# **Norēķinu kārtība**

1. DIENESTS apmaksā veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas norēķinu sistēmā “Vadības informācijas sistēma” (turpmāk – Vadības informācijas sistēma) izveidotus rēķinus atbilstoši informācijai, ko šajā sistēmā norādījis IZPILDĪTĀJS, pamatojoties uz normatīvajiem aktiem.
2. DIENESTS, pamatojoties uz ievadītajiem un apmaksai akceptētajiem uzskaites dokumentiem, sagatavo atsevišķus rēķinus Vadības informācijas sistēmā:
	1. līdz katra mēneša 12.datumam par sniegtajiem ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem iepriekšējā mēnesī:

|  |  |
| --- | --- |
| **Rēķina veids** | **Rēķinā iekļautie ambulatorie veselības aprūpes pakalpojumi** |
| AP13 | Līgumā paredzētie primārās veselības aprūpes pakalpojumi, kas veikti atbilstoši veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas regulējošajos normatīvajos aktos noteiktajai kārtībai. |
| APSV | Līgumā paredzētie nekvotētie sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi, kas veikti atbilstoši veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas regulējošajos normatīvajos aktos noteiktajai kārtībai. |
| AP03 | Līgumā paredzētie kvotētie sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi, kas veikti atbilstoši veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas regulējošajos normatīvajos aktos noteiktajai kārtībai. |
| APPK03 | Līgumā paredzētie ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi, kas veikti atbilstoši veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas regulējošajos normatīvajos aktos noteiktajai  kārtībai, kādā veicama pacientu veselības aprūpe mājās. |
| AP3L | Līgumā paredzētie laboratoriskie ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi, kas veikti atbilstoši veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas regulējošajos normatīvajos aktos noteiktajai kārtībai. |
| APLG | Primārās un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi, kuri atbilstoši normatīvam regulējumam tiek apmaksāti no līdzekļiem neparedzētiem gadījumiem. |
| APES01 | Veselības aprūpes pakalpojumi, 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. |
| ZP01 | Līgumā paredzētie veselības aprūpes pakalpojumi, kas veikti atbilstoši veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas regulējošajos normatīvajos aktos noteiktajai kārtībai, kādā veicami zobārstniecības pakalpojumi, tai skaitā Ukrainas pilsoņiem sniegtie zobārstniecības pakalpojumi un veselības aprūpes pakalpojumi, 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. |
| ZPLG | Zobārstniecības pakalpojumi, kuri atbilstoši normatīvam regulējumam tiek apmaksāti no līdzekļiem neparedzētiem gadījumiem. |

* 1. līdz katra mēneša 10.datumam, bet rēķinu par decembri - līdz 15.janvārim par sniegtajiem stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem:

|  |  |
| --- | --- |
| **Rēķina veids** | **Rēķinā iekļautie stacionārie veselības aprūpes pakalpojumi** |
| SP08P | Līgumā paredzētie stacionārās veselības aprūpes pakalpojumi, kas veikti atbilstoši veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas regulējošajos normatīvajos aktos noteiktajai kārtībai. Par sniegtajiem pakalpojumiem (plānveida). |
| SP08N | Līgumā paredzētie stacionārās veselības aprūpes pakalpojumi, kas veikti atbilstoši veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas regulējošajos normatīvajos aktos noteiktajai kārtībai. Par sniegtajiem pakalpojumiem (neatliekamie). |
| SP05P | Līgumā paredzētie stacionārās veselības aprūpes pakalpojumi, kas veikti atbilstoši veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas regulējošajos normatīvajos aktos noteiktajai kārtībai. Citi stacionāro pakalpojumu apmaksas nosacījumi (plānveida). |
| SP05N | Līgumā paredzētie stacionārās veselības aprūpes pakalpojumi, kas veikti atbilstoši veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas regulējošajos normatīvajos aktos noteiktajai kārtībai. Citi stacionāro pakalpojumu apmaksas nosacījumi (neatliekamie). |
| SPES01 | Līgumā paredzētie stacionārie veselības aprūpes pakalpojumi, 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. |

1. 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.
2. Trešajā darba dienā pēc šīs kārtības 2.punktā noteiktā datuma DIENESTS apstiprina izveidoto rēķinu, uzliekot pazīmi “MA”- maksātāja apstiprināts un „PA”- piegādātāja apstiprināts.
3. DIENESTS 20 (divdesmit) kalendāro dienu laikā no brīža, kad atbilstoši šīs kārtības 4.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.
4. Ja IZPILDĪTĀJS norādīts veselības aprūpes organizēšanu un finansēšanu regulējošajos normatīvajos aktos kā tāds, kuram DIENESTS apmaksā attiecīgus veselības aprūpes pakalpojumus atbilstoši atsevišķi iesniegtam rēķinam, tas iesniedz minēto rēķinu par attiecīgajiem minētajos normatīvajos aktos uzskaitītajiem iepriekšējā mēnesī sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (minētais rēķins netiek veidots Vadības informācijas sistēmā) līdz kārtējā mēneša 20.datumam, bet DIENESTS apmaksā IZPILDĪTĀJA iesniegto rēķinu 20 (divdesmit) kalendāro dienu laikā pēc tā saņemšanas. Papildus rēķinam IZPILDĪTĀJS pievieno zāļu un/vai medicīnisko ierīču uzskaites kopsavilkumu par izlietojumu iepriekšējā mēnesī, kurā uzrāda pacienta vārdu, uzvārdu, personas kodu, no stacionāra izrakstītā (mirušā) kartes numuru, zāļu un/vai medicīnisko ierīču nosaukumu, vienību skaitu, vienas vienības cenu un summu.
5. DIENESTS var veikt priekšapmaksu:
	1. par kārtējā gada janvāri laika posmā līdz Finanšu paziņojuma par plānoto finansējuma apjomu veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai kārtējam gadam saņemšanas – līdz 100% apmērā no aprēķinātās viena mēneša vidējās rēķinu summas par iepriekšējo gadu, pamatojoties uz IZPILDĪTĀJA rakstisku iesniegumu. Šī priekšapmaksa ir avansa maksājums kārtējam gadam paredzētās kopējās līguma summas ietvaros;
	2. laika posmā no janvāra līdz novembrim (ieskaitot) – līdz 50% apmērā un decembrī līdz 100% apmērā no iepriekšējā mēneša rēķina summas.
6. Pamatojoties uz IZPILDĪTĀJA iesniegumu, DIENESTS var veikt kārtējā mēneša priekšapmaksu par fiksētajiem plānveida un neatliekamajiem stacionārajiem pakalpojumiem līdz 100% apmērā no attiecīgā mēnesī plānotās summas
7. Dienests šīs kārtības 7.punktā minētās priekšapmaksas ārstu praksēm, kas sniedz ģimenes ārsta, zobārstniecības vai sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus, var veikt tikai pamatojoties uz IZPILDĪTĀJA rakstisku iesniegumu.
8. Ja IZPILDĪTĀJS, kas sniedz ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus, 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 DIENESTU. Šajā gadījumā atbilstoši šīs kārtības 7.2.punktā aprēķinātā priekšapmaksa tiek samazināta par 5% par katru darba dienu, ko IZPILDĪTĀJS plāno atpūtas laikam.
9. Gadījumā, ja IZPILDĪTĀJS vēlas saņemt lielāku priekšapmaksu par šīs kārtības 7.punktā minēto, DIENESTS pēc IZPILDĪTĀJA rakstiski pamatota iesnieguma var lemt par palielinātu priekšapmaksu un var slēgt vienošanos par priekšapmaksas ieturēšanas termiņiem un kārtību.
10. DIENESTS var veikt IZPILDĪTĀJAM priekšapmaksu līdz 100% no pēdējā mēneša rēķina summas, ja Vadības informācijas sistēmā tiek izstrādāts tehniskais risinājums, kura dēļ DIENESTS nevar sagatavot rēķinus šīs kārtības norādītajos termiņos par šīs kārtības 2. punktā minētiem pakalpojumiem.
11. . Veselības aprūpes pakalpojumiem, kuriem Finanšu paziņojumā finansējuma apjoms noteikts sadalījumā pa mēnešiem, katru mēnesi finansējuma apjoms 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 DIENESTS samaksā attiecīgajam mēnesim Līgumā paredzēto finansējuma apjomu;
	2. ja faktiski sniegtais veselības aprūpes pakalpojumu apjoms naudas izteiksmē nepārsniedz noteikto mēneša finansējuma summu, tad DIENESTS apmaksā sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus atbilstoši apstiprinātajiem rēķiniem;
	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.
12. Ja pēc norēķinu veikšanas DIENESTS konstatē, ka kļūdaini samaksājis IZPILDĪTĀJAM lielāku summu:
	1. gadījumā, ja apmaksātajā rēķinā par iepriekšējo periodu bijusi kļūda, DIENESTS veic nākamā rēķina korekciju ar manuālā akta palīdzību, manuālā akta apraksta sadaļā norādot labojuma iemeslus;
	2. gadījumā, ja DIENESTS apmaksājis lielāku summu nekā norādīta rēķinā, DIENESTS IZPILDĪTĀJU rakstiski informē par pārmaksas iemeslu un piedāvā pārmaksātās summas ieturējuma grafiku.
13. Pēc kalendārā gada beigām tiek veikta savstarpējo norēķinu salīdzināšana atbilstoši noslēgtajam Līgumam.
14. Ja IZPILDĪTĀJS, kuram saskaņā ar normatīvajiem aktiem ir jāveic riska maksājums**,** 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.
15. 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.