*5.pielikums*

*līgumam par valsts apmaksātu veselības aprūpes*

*pakalpojumu sniegšanu un apmaksu*

**Norēķinu kārtība**

1. DIENESTS apmaksā veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas norēķinu sistēmā “Vadības informācijas sistēma” (turpmāk – VIS) 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 VIS:
	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, tai skaitā ģimenes ārsta prakses 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 ambulatorie laboratoriskie veselības aprūpes pakalpojumi, kas veikti atbilstoši veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas regulējošajos normatīvajos aktos noteiktajai kārtībai.  |
| APLG  | Primārās un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi, tai skaitā ģimenes ārsta prakses pakalpojumi, kuri atbilstoši normatīvam regulējumam tiek apmaksāti no papildu finansējuma.  |
| APES01  | Veselības aprūpes pakalpojumi, tai skaitā ģimenes ārsta prakses 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.  |

* 1. līdz katra mēneša 10.datumam, bet par decembri – līdz 15.janvārim, par iepriekšējā mēnesī 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 šī pielikuma 2.punktā noteiktā datuma VIS izskata izveidoto rēķinu un par konstatētajām neatbilstībām informē DIENESTU.
2. Trešajā darba dienā pēc šī pielikuma 2.punktā noteiktā datuma DIENESTS apstiprina izveidoto rēķinu, uzliekot pazīmi “MA”- maksātāja apstiprināts un „PA”- piegādātāja apstiprināts.
3. DIENESTS 20 (divdesmit) kalendāro dienu, bet ģimenes ārstu praksēm 15 (piecpadsmit) kalendāro dienu laikā no dienas, kad atbilstoši šī pielikuma 4.punktam VIS rēķinu apstiprinājis un nodevis norēķinu veikšanai, apmaksā to. VIS izveidots un apstiprināts rēķins  netiek izdrukāts un ir derīgs bez paraksta.
4. Ja par IZPILDĪTĀJA sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem netiek veidots rēķins VIS, atbilstoši normatīvajiem dokumentiem un līgumam (neattiecas uz ģimenes ārsta praksi):

6.1. IZPILDĪTĀJS iesniedz rēķinu līdz katra mēneša 15.datumam par iepriekšējā mēnesī sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, izņemot references laboratoriju, kas iesniedz rēķinu par pirmo pusgadu līdz pārskata gada 15.jūlijam, par otro pusgadu līdz pārskata gada 15.decembrim;

6.2. DIENESTS iesniegto rēķinu apmaksā 20 (divdesmit) kalendāro dienu laikā;

6.3. IZPILDĪTĀJS pie rēķina pievieno DIENESTA tīmekļvietnē [www.vmnvd.gov.lv](https://www.vmnvd.gov.lv/) sadaļā  “Profesionāļiem” > “Līgumu dokumenti” norādīto pārskatu par zāļu un/vai medicīnisko ierīču izlietojumu iepriekšējā mēnesī, bet references laboratorija par references laboratorijas pakalpojumu programmas izpildi pusgadā;

6.4. DIENESTS par šiem pakalpojumiem veic norēķinus atbilstoši iesniegtajiem rēķiniem pēc faktiskās izpildes,  nepārsniedzot Līguma gada summu.

1. DIENESTS var veikt avansa maksājumu:

7.1. 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. Tas ir avansa maksājums kārtējam gadam paredzētās kopējās līguma summas ietvaros;

7.2. laika posmā no janvāra līdz novembrim (ieskaitot) – līdz 50% apmērā un decembrī līdz 100% apmērā no iepriekšējā mēneša rēķina summas.

1. Pamatojoties uz IZPILDĪTĀJA, kas sniedz stacionāros veselības aprūpes pakalpojumus, iesniegumu, DIENESTS var veikt kārtējā mēneša avansa maksājumu par fiksētajiem plānveida un neatliekamajiem  stacionārajiem pakalpojumiem līdz 100% apmērā no attiecīgā mēnesī plānotās summas.

1. DIENESTS šī pielikuma 7.punktā minēto avansa maksājumu ārstu praksēm, kas sniedz ģimenes ārsta, zobārstniecības vai sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus, var veikt, tikai pamatojoties uz IZPILDĪTĀJA rakstisku iesniegumu.

1. 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.apakšpunktā aprēķināto avansa maksājum samazina 5% apmērā par katru darba dienu, ko IZPILDĪTĀJS plāno atpūtas laikam.

1. Gadījumā, ja IZPILDĪTĀJS vēlas saņemt lielāku avansa maksājumu par šī pielikuma 7.punktā minēto, DIENESTS pēc IZPILDĪTĀJA rakstiski pamatota iesnieguma var lemt par palielinātu priekšapmaksu un var slēgt vienošanos par priekšapmaksas ieturēšanas termiņiem un kārtību.
2. DIENESTS var veikt IZPILDĪTĀJAM avansa maksājumu līdz 100% no pēdējā mēneša rēķina summas, ja VIS tiek izstrādāts tehniskais risinājums, kura dēļ DIENESTS nevar sagatavot rēķinus šī pielikuma norādītajos termiņos par 2. punktā minētiem pakalpojumiem.
3. DIENESTS par veselības aprūpes pakalpojumiem, kuriem Finanšu paziņojumā finansējuma apjoms noteikts sadalījumā pa konkrētiem pakalpojuma veidiem un mēnešiem, kā arī pa veselības aprūpes pakalpojuma plānošanas vienībām (teritorijām), katru mēnesi finansējuma apjomu kontrolē pieaugošās summās no Līguma darbības perioda sākuma šādā kārtībā (neattiecas uz ģimenes ārsta praksi):

13.1.  ja faktiski sniegtais veselības aprūpes pakalpojumu apjoms naudas izteiksmē mēnesī pārsniedz konkrēto pakalpojuma veidu, kā arī pa veselības aprūpes pakalpojuma plānošanas vienībām (teritorijām),  noteikto mēneša finansējuma summu, tad DIENESTS samaksā attiecīgajam mēnesim Līgumā paredzēto finansējuma apjomu;

13.2. ja faktiski sniegtais veselības aprūpes pakalpojumu apjoms naudas izteiksmē nepārsniedz  konkrētajā pakalpojuma veidā, kā arī pa veselības aprūpes pakalpojuma plānošanas vienībām (teritorijām),   noteikto mēneša finansējuma summu, tad DIENESTS apmaksā sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus atbilstoši apstiprinātajiem rēķiniem;

13.3. norēķini par faktiski sniegto veselības aprūpes pakalpojumu veidiem tiek veikti katru mēnesi, ņemot vērā iepriekšējos mēnešos neapmaksātos konkrētos pakalpojuma veidus pakalpojumus, nepārsniedzot Līguma darbības periodam noteikto konkrētā pakalpojuma summu.  Konkrētā pakalpojuma veida neizpildes gadījumā, finansējums netiek novirzīts citu pakalpojuma veidu finansējuma pārstrādes segšanai, kā arī mēneša un gada summa netiks samaksāta Līgumā noteiktā pilnā apmērā.

14. Pēc kalendārā gada beigām tiek veikta savstarpējo norēķinu salīdzināšana atbilstoši noslēgtajam Līgumam.

1. 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.
2. DIENESTS nemaksā IZPILDĪTĀJAM, kas sniedz ģimenes ārsta prakses pakalpojumus vai ambulatoros pakalpojumus, kas tiek apmaksāti ar fiksētu maksājumu (dežūrārsta kabinets, vecmātes kabinets, feldšeru-vecmāšu punkts, sekundārās ambulatorās veselības aprūpes fiksētā maksājuma (tāmes finansējuma) kabineti), ja nav nodrošināts aizvietotājs prombūtnes (tajā skaitā darbnespējas) gadījumā.
	1. kas pārsniedz 9 (deviņas) kalendārās dienas - sākot ar 10 (desmito) dienu prombūtnē esošai personai darba algu un darba devēja sociālo nodokli, izņemot IZPILDĪTĀJAM, kas sniedz ģimenes ārsta prakses pakalpojumus un aizvietošanu līdz 2 (diviem) mēnešiem nodrošina ar esošo prakses personālu. Ģimenes ārsta praksei DIENESTS nemaksā, ja nav nodrošināts aizvietotājs, kas pārsniedz 2 (divus) mēnešus.
	2. kas pārsniedz 6 (sešus) mēnešus - arī fiksēto maksājumu kabineta uzturēšanai izņemot IZPILDĪTĀJAM, kas sniedz ģimenes ārsta prakses pakalpojumus.

1. DIENESTS samazina IZPILDĪTĀJAM, kas sniedz stacionāros veselības aprūpes pakalpojumus, kārtējo maksājumu IZPILDĪTĀJA iesniegtajā pārskatā par faktiski nodrošinātu ārstniecības personu skaitu neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā (24 stundu pieejamība) norādītajā apmērā par iepriekšējo periodu.