***3. Valsts obligātā veselības apdrošināšana. Valsts apmaksātie veselības aprūpes pakalpojumi. Valsts apmaksātās medicīniskās palīdzības minimums un pilnais veselības aprūpes pakalpojumu grozs. Rindu veidošana.***

Valsts obligātā veselības apdrošināšana ir uz solidaritātes principa balstīts pasākumu kopums, ko organizē valsts, lai nodrošinātu valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus. Latvijā valsts obligātās veselības apdrošināšanas ietvaros personām ir tiesības saņemt valsts apmaksātos primāros, sekundāros un terciāros veselības aprūpes pakalpojumus, kā arī ambulatorajai ārstēšanai paredzētās zāles un medicīniskās ierīces saskaņā ar normatīvajiem aktiem par ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtību.

**Latvijā veselības aprūpes kopējo finansējumu veido:**

* valsts budžetā paredzētie finanšu līdzekļi (budžeta dotācijas, ieņēmumi no valsts sociālās apdrošināšanas obligāto iemaksu sadales veselības aprūpes pakalpojumu finansēšanai un pašvaldību budžeta finansējums saskaņā ar pašvaldību lēmumiem, kas pieņemti veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanai, kā arī atsevišķu pakalpojumu izmaksu segšanai);
* pacientu līdzmaksājumi;
* brīvprātīgās apdrošināšanas līdzekļi (apdrošināšanai pakļautie maksājumi ir pacienta līdzmaksājums un samaksa par veselības aprūpes pakalpojumiem, kas nav iekļauti valsts apmaksātajos veselības aprūpes pakalpojumos);
* finanšu līdzekļi, kas iekasēti veselības aprūpes organizācijās, sniedzot maksas medicīnas pakalpojumus.

**Tiesības saņemt veselības aprūpes pakalpojumus valsts obligātās veselības apdrošināšanas ietvaros**:

* Ikvienam ir tiesības saņemt neatliekamo medicīnisko palīdzību. Ministru kabinets nosaka neatliekamās medicīniskās palīdzības saņemšanas kārtību.
* Valsts apmaksātās medicīniskās palīdzības minimumu ir tiesības saņemt:
* Latvijas pilsonim;
* Latvijas nepilsonim;
* ārzemniekam, kuram ir pastāvīgās uzturēšanās atļauja Latvijā, un bezvalstniekam, kuram bezvalstnieka statuss piešķirts Latvijas Republikā;
* bēglim vai personai, kurai piešķirts alternatīvais statuss;
* aizturētajam;
* patvēruma meklētājam;
* personai, kura ir sociāli apdrošināta veselības apdrošināšanai saskaņā ar likumu "Par valsts sociālo apdrošināšanu";
* personai, kura nav sociāli apdrošināta veselības apdrošināšanai saskaņā ar likumu "Par valsts sociālo apdrošināšanu", bet ir veikusi veselības apdrošināšanas iemaksas.
* Valsts apdrošinātās iedzīvotāju grupas, kurām ir tiesības saņemt veselības aprūpes pakalpojumus valsts obligātās veselības apdrošināšanas ietvaros:
* bērni vecumā līdz 18 gadiem;
* bāreņi un bez vecāku gādības palikušie bērni līdz 24 gadu vecuma sasniegšanai;
* personas, kuras mācās vispārējās izglītības iestādēs, profesionālās pamatizglītības vai profesionālās vidējās izglītības iestādēs, piedalās Eiropas brīvprātīgā darba, interešu izglītības vai jauniešu mobilitātes programmās vai ir pilna laika studējošie;
* bezdarbnieki, kuri ir reģistrējušies Nodarbinātības valsts aģentūrā;
* orgānu donori;
* Černobiļas atomelektrostacijas avārijas rezultātā cietušās personas, kā arī tās seku likvidācijā cietušās personas;
* personas, kuras saņem atlīdzību par adoptējamā bērna aprūpi pirmsadopcijas periodā;
* personas, kuras saņem bērna invalīda kopšanas pabalstu vai piemaksu pie ģimenes valsts pabalsta par bērnu invalīdu;
* viens no vecākiem, kuri audzina bērnu vecumā līdz 7 gadiem vai vismaz 3 bērnus vecumā līdz 15 gadiem;
* personas, kuras saņem pakalpojumus ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijās, kas ir reģistrētas sociālo pakalpojumu sniedzēju reģistrā;
* personas, kuras izstājušās no sociālo pakalpojumu sniedzēju reģistrā reģistrētām ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijām, lai saņemtu sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojumus dzīvesvietā;
* pilngadīgas personas, kuras saņem sociālo pakalpojumu sniedzēju reģistrā reģistrētas grupu mājas pakalpojumus;
* personas, kuras saņem bērna kopšanas pabalstu vai vecāku pabalstu;
* personas, kurām ir noteikta I vai II grupas invaliditāte;
* personas, kurām ir noteikta III grupas invaliditāte;
* personas, kuras sasniegušas likumā "Par valsts pensijām" vecuma pensijas piešķiršanai noteikto vecumu;
* personas, kuras saņem izdienas pensiju vai speciālo valsts pensiju;
* politiski represētās personas un nacionālās pretošanās kustības dalībnieki;
* tradicionālo reliģisko organizāciju mūki un mūķenes, kas dzīvo klosteros;
* personas, kuras ir cietušas no vardarbīgiem noziedzīgiem nodarījumiem, un cilvēktirdzniecības upuri, kuru statusu apliecina procesa virzītāja lēmuma kopija vai tiesībaizsardzības institūcijas izziņa. MK nosaka laikposmu, kurā minētās personas ir uzskatāmas par apdrošinātām personām;
* personas, kuras saņem atlīdzību par audžuģimenes pienākumu pildīšanu;
* apcietinātie un notiesātie, kuri sodu izcieš brīvības atņemšanas iestādē.

**Valsts apmaksātās medicīniskās palīdzības minimumā ietilpst šādi veselības aprūpes pakalpojumi:**

* neatliekamā medicīniskā palīdzība;
* dzemdību palīdzība;
* ģimenes ārsta sniegtie veselības aprūpes pakalpojumi (tai skaitā diagnostiskie izmeklējumi ārstniecības nodrošināšanai atbilstoši ģimenes ārsta kompetencei), kā arī ģimenes ārsta izrakstītās likumā minēto slimību ambulatorajai ārstēšanai paredzētās zāles un medicīniskās ierīces saskaņā ar normatīvajiem aktiem par ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtību;
* veselības aprūpes pakalpojumi, kas saistīti ar tādu slimību ārstniecību, kurām ir nozīmīga ietekme uz sabiedrības veselības rādītājiem vai kuras apdraud sabiedrības veselību (tai skaitā psihiskas slimības, tuberkuloze), kā arī šo slimību ambulatorajai ārstēšanai paredzētās zāles un medicīniskās ierīces saskaņā ar normatīvajiem aktiem par ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtību.

**Valsts apmaksātie veselības aprūpes pakalpojumi:**

* neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigādes sniegtā neatliekamā medicīniskā palīdzībā;
* neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšana stacionāro ārstniecības iestāžu uzņemšanas nodaļās un steidzamās medicīniskās palīdzības punktos;
* dzemdību palīdzība;
* tiesu psiholoģiskā un tiesu psihiatriskā ekspertīze;
* valsts organizētā vēža skrīninga pasākumi normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā;
* laboratoriskie un citi diagnostikas izmeklējumi, kas veikti ar ģimenes ārsta nosūtījumu;
* hroniskās hemodialīzes, hemofiltrācijas un peritoneālās dialīzes procedūras un ar šīm procedūrām saistītās speciālistu konsultācijas;
* ģimenes ārsta un viņa praksē nodarbināto ārstniecības personu sniegtā veselības aprūpe, tai skaitā:
* profilaktiskās apskates, kā arī sirds un asinsvadu slimību riska noteikšana;
* vakcinācijas kalendārā ietvertu vakcināciju un vakcināciju pret gripu saskaņā ar normatīvajiem aktiem par ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtību;
* ģimenes ārsta mājas vizītes pie bērniem, personām, kurām noteikta I grupas invaliditāte, personām, kuras vecākas par 80 gadiem, personām, kurām nepieciešama paliatīvā aprūpe (pacientiem, kuru izārstēšana nav iespējama, bet pie noteiktām diagnožu grupām), mājas apstākļos mirušām personām, lai apliecinātu nāves faktu, personām, kurām nepieciešama ilgstoša plaušu mākslīgā ventilācija, personām, kas saņem mājas aprūpi atbilstoši MK noteikumos noteiktajai kārtībai, personām, kuras gripas epidēmijas laikā slimo ar gripu, personām ar psihiskiem traucējumiem pie noteiktām diagnozēm,
* ģimenes ārsta praksē veiktas manipulācijas atbilstoši ārstniecības personu kompetencei.
* ilgstoša plaušu mākslīgā ventilācija, tai skaitā speciālista mājas vizītes un medicīniskā rehabilitācija personām, kurām nepieciešama ilgstoša plaušu mākslīgā ventilācija;
* veselības aprūpes pakalpojumi diagnozes noteikšanai, ārstēšanai un medicīniskajai rehabilitācijai personām:
* ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem,
* ar ļaundabīgiem audzējiem,
* ar cukura diabētu,
* ar noteiktu diagnožu infekcijas slimībām;
* ambulatori veicamas injekcijas sniedzot:
* neatliekamo medicīnisko palīdzību,
* medicīnisko palīdzību grūtniecēm un sievietēm pēcdzemdību periodā,
* medicīnisko palīdzību personām ar cukura diabētu, tuberkulozi, onkoloģiskām vai psihiskām slimībām un personām, kas mājās saņem ilgstošu plaušu mākslīgo ventilāciju.
* zāles un medicīniskās ierīces, kuras Nacionālais veselības dienests (turpmāk – NVD) iepērk centralizēti, kā arī kompensējamās zāles un medicīnas ierīces atbilstoši normatīvajam aktam par ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtību;
* zobārstniecības pakalpojumus bērniem,
* zobārstniecības palīdzību patvēruma meklētājiem akūtā gadījumā,
* zobu protezēšanu Černobiļas atomelektrostacijas avārijas seku likvidēšanas dalībnieku un Černobiļas atomelektrostacijas avārijas rezultātā cietušo personu sociālās aizsardzības likuma 14. pantā noteiktajām personām, kurām izdevumus par zobārstniecības pakalpojumiem sedz 50 % apmērā, bet izdevumus par zobu protezēšanu ar izņemamām plastmasas protēzēm – pilnā apmērā;
* veselības aprūpi, ko sniedz vecmāte vai ārsts, kurš specializējies noteiktā specialitātē, citas ārstniecības personas un ārstniecības atbalsta personas;
* noteiktus veselības aprūpes pakalpojumus mājās;
* ilgstoši slimojošām personām darbspējīgā vecumā invaliditātes iestāšanās vai tās progresēšanas novēršanai, ja persona saņēmusi ārstu konsīlija lēmumu, kurā slimība atzīta kā darbspējas apdraudoša un norādītas ārstēšanas metodes, pamatojot to izvēli, noteiktajā prioritārā kārtībā nodrošina veselības aprūpes pakalpojumus šādā apmērā:
* ķirurģiskos, traumatoloģiskos vai rehabilitācijas pakalpojumus personām ar traumām, politraumām, dorsopātijām, nervu, nervu saknīšu un pinumu bojājumiem, izgulējumiem, apdegumiem, apsaldējumiem un ortopēdiskām slimībām;
* invazīvās kardioloģijas pakalpojumus personām pēc infarkta;
* ķirurģiskos pakalpojumus personām ar draudošu aklumu (katarakta, glaukoma un citas acu un to palīgorgānu slimības);
* kohleārā implanta implantāciju;
* medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu atbilstoši fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta izstrādātajam rehabilitācijas plānam pēc insulta, kardioķirurģiskajām operācijām un lielo locītavu endoprotezēšanas.
* ambulatori veiktus laboratoriskos izmeklējumus, kas veikti ar speciālistu nosūtījumu;
* ambulatori veiktus vizuālās diagnostikas izmeklējumus, kas veikti ar speciālistu nosūtījumu, ievērojot manipulāciju sarakstā noteiktos nosacījumus;
* dienas stacionārā sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus, tai skaitā ambulatori veicamas injekcijas ādā, zemādā, intramuskulāri un intravenozi;
* psihoterapeitisko un psiholoģisko palīdzību;
* stacionāro veselības aprūpi;
* medicīnisko rehabilitāciju;
* zāles un medicīniskās ierīces:
* kompensējamās zāles un medicīnas ierīces saskaņā ar normatīvajiem aktiem par ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtību;
* līgumā ar NVD noteiktās zāles reto slimību ārstēšanai,
* dzirdes implantus bērniem vai personām ar prognozējamu invaliditāti un ilgstoši slimojošām personām darbspējīgā vecumā.
* valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus citā ES dalībvalstī, EEZ valstī un Šveicē atbilstoši noteiktajai kārtībai un Eiropas Parlamenta un Padomes 2004. gada 29. aprīļa Regulas (EK) Nr. 883/2004 par sociālās nodrošināšanas sistēmu koordinēšanu (piemēram, slimības pabalsti; maternitātes un līdzvērtīgi paternitātes pabalsti; invaliditātes pabalsti; pabalsti sakarā ar nelaimes gadījumiem darbā un arodslimībām) nosacījumiem;
* izdevumu atlīdzību par citā ES dalībvalstī, EEZ valstī vai Šveicē saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem atbilstoši noteiktajai kārtībai (pārrobežu veselības aprūpe pacientiem nodrošina ārstniecības izdevumu atlīdzību, vienotas receptes medikamentiem un medicīniskajām ierīcēm, nodarītā kaitējuma atlīdzību).

Ārstniecības iestāde, kas ir noslēgusi līgumu ar NVD par valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, ir atbildīga par veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas rindu veidošanu, un ievērojot šādus nosacījumus:

* prioritāri veselības aprūpes pakalpojumus sniedz bērniem un grūtniecēm;
* valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu plāno tā, lai nodrošinātu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību visa kalendāra gada laikā;
* ārstniecības iestāde nodrošina personai nepieciešamo sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu ne vēlāk kā 10 darbdienu laikā onkologu pirmajai konsultācijai, audzēju primārai un sekundārai diagnostikai šādos gadījumos un kārtībā:
* ārstniecības iestāde tiem pacientiem, kurus ģimenes ārsts sirds un asinsvadu slimību riska noteikšanai nosūtījis izmeklējumu veikšanai, nodrošina nepieciešamā pakalpojuma sniegšanu šādā laika periodā, skaitot no dienas, kad pacients vērsies ārstniecības iestādē:
* elektrokardiogrammu – 3 mēnešu laikā vai mēneša laikā, ja ģimenes ārsts nosūtījumā veicis atzīmi par augstu vai ļoti augstu sirds un asinsvadu slimību risku;
* ehokardiogrāfiju – 6 mēnešu laikā vai 3 mēnešu laikā, ja ģimenes ārsts nosūtījumā veicis atzīmi par augstu vai ļoti augstu sirds un asinsvadu slimību risku;
* miega artēriju ultrasonoskopiju – 6 mēnešu laikā vai 3 mēnešu laikā, ja ģimenes ārsts nosūtījumā veicis atzīmi par augstu vai ļoti augstu sirds un asinsvadu slimību risku;
* veloergometriju – 3 mēnešu laikā.
* ārstniecības iestāde, kas atbilstoši līgumam ar NVD nodrošina pēcskrīninga izmeklējumus, tos veic 30 dienu laikā no dienas, kad persona vērsusies ārstniecības iestādē pakalpojuma saņemšanai;
* personai ar prognozējamu invaliditāti valsts apmaksātos plānveida veselības aprūpes pakalpojumus, kuri ir iekļauti Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas apstiprinātajā individuālajā rehabilitācijas plānā, uzsāk sniegt šādos termiņos:
* ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus – 15 darbdienu laikā;
* plānveida ambulatorās un stacionārās medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus – 15 darbdienu laikā;
* plānveida operācijas – 5 mēnešu laikā.
* ārstniecības iestādes, kuras veic plānveida lielo locītavu endoprotezēšanu, veido un uztur šādas valsts apmaksāto plānveida veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas pretendentu rindas:
* endoprotezēšana steidzamības kārtā atbilstoši līgumā ar dienestu noteiktajiem kritērijiem;
* endoprotezēšana vispārējā kārtībā;
* dinamiskās novērošanas programma.

Ja persona, kura ir rindā uz lielo locītavu endoprotezēšanu, atsakās no piedāvātā laika, kurā plānots veikt lielo locītavu endoprotezēšanas operāciju, vai divu mēnešu laikā no piedāvājuma nosūtīšanas dienas nesniedz atbildi, tā tiek svītrota no minētās rindas.

***4. Pacienta līdzmaksājumi saņemot valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus.***

Saņemot valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus, persona veic pacienta līdzmaksājumu (pacienta iemaksu) veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam. Tas ir maksājums, kuru pacients veic, saņemot valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus. Pacienta līdzmaksājums ir neliela daļa no kopējām pakalpojumu izmaksām, lielāko daļu no pakalpojuma izmaksām sedz valsts Nacionālais veselības dienests (turpmāk - NVD) atbilstoši valstī vienotiem apstiprinātiem pakalpojumu tarifiem. Ja cilvēkam ir iegādāta veselības aprūpes pakalpojumu apdrošināšanas polise, tad konkrētā pakalpojuma apmaksas apjoms ir atkarīgs no tā, vai un kādā mērā konkrētā apdrošināšanas polise sedz attiecīgo pakalpojumu. Ja cilvēks pilnā mērā pats apmaksā medicīnas pakalpojumu, tad viņš to dara atbilstoši attiecīgās ārstniecības iestādes maksas pakalpojumu cenrādim.

**Pacienta līdzmaksājuma apmērs:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ārsta apmeklējums** | |
| Ģimenes ārsta apmeklējums personām līdz 65 gadu vecumam | **2 eiro** |
| Ģimenes ārsta apmeklējums personām no 65 gadu vecumam | **1 eiro** |
| Ārsta speciālista apmeklējums | **4 eiro** |
| **Ģimenes ārsta mājas vizīte** | |
| Ģimenes ārsta mājas vizīte pacientiem:   * vecākiem par 80 gadiem; * pacientiem ar gripas saslimšanu gripas epidēmijas laikā; * ja pēc ārsta iniciatīvas veikta mājas vizīte pie pacienta pēc Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta izsaukuma.   Pārējiem iedzīvotājiem ģimenes ārsta mājas vizīte ir maksas pakalpojums atbilstoši ārstniecības iestādes vai ģimenes ārsta prakses apstiprinātam maksas pakalpojumu cenrādim. | **2,85 eiro** |
| **Ārstēšanās dienas stacionārā** | |
| Par ārstēšanos dienas stacionārā (par katru dienu) | **7 eiro** |
| Par ambulatori un dienas stacionārā veiktajām operācijām (par katru veikto operāciju) | **4 eiro** |
| **Ārstēšanās slimnīcā** | |
| Par ārstēšanos slimnīcā (sākot ar otro dienu) | **10 eiro** |
| Par medicīnisko rehabilitāciju stacionārā (sākot ar otro dienu) | **5 eiro** |
| Par ārstēšanos aprūpes slimnīcās, tai skaitā hronisko pacientu aprūpes nodaļās un gultās | **7 eiro** |
| Par ārstēšanos ar onkoloģijas un onkohematoloģijas diagnozēm | **7 eiro** |
| Par ārstēšanos no alkohola, narkotisko, psihotropo un toksisko vielu atkarības | **7 eiro** |

* Līdzmaksājums par ķirurģisku operāciju. Ārstniecības iestādes var iekasēt šo līdzmaksājumu ne vairāk kā 31 eiro par vienā stacionēšanās reizē operāciju zālē veiktajām ķirurģiskajām manipulācijām.
* Persona pacienta līdzmaksājumu var samaksāt 15 dienu laikā pēc veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanas vai citā laikā, ja par to ir panākta rakstiska vienošanās ar ārstniecības iestādi.
* Kopējais pacienta līdzmaksājuma apmērs par katru stacionēšanas reizi vienā stacionārajā ārstniecības iestādē nedrīkst pārsniegt 355 eiro.
* Pacienta līdzmaksājumu summa par kalendāra gadā saņemtajiem ambulatorajiem un stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem nedrīkst pārsniegt 570 eiro.

Izziņu par to, ka persona kalendāra gada laikā ir saņēmusi veselības aprūpes pakalpojumus un veikusi pacienta līdzmaksājumu (tai skaitā apdrošinātāja vai citas personas segto) 570 eiro apmērā, izsniedz Nacionālais veselības dienests atbilstoši personas uzrādītajiem maksājuma dokumentiem.

No pacienta līdzmaksājuma ir **atbrīvotas** šādas personu grupas:

* bērni vecumā līdz 18 gadiem;
* grūtnieces un sievietes pēcdzemdību periodā līdz 70 dienām, ja tiek saņemti veselības aprūpes pakalpojumi, kas saistīti ar grūtniecības un pēcdzemdību novērošanu un grūtniecības norisi;
* politiski represētās personas, nacionālās pretošanās kustības dalībnieki un Černobiļas atomelektrostacijas avārijas rezultātā cietušās personas, kā arī tās seku likvidācijā cietušās personas;
* personas, kuras slimo ar tuberkulozi, un personas, kurām veic izmeklējumus tuberkulozes noteikšanai;
* psihiski slimas personas, saņemot psihiatrisko ārstēšanu;
* personas, saņemot hroniskās hemodialīzes, hemodiafiltrācijas un peritoneālās dialīzes procedūras visā ārstniecības procesa laikā;
* personas, kuras saņem veselības aprūpes pakalpojumus noteiktu infekcijas slimību gadījumos;
* personas, kurām neatliekamo medicīnisko palīdzību sniedz neatliekamās medicīniskās palīdzības brigāde;
* personas, kuras saņem pakalpojumus ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijās, kas reģistrētas sociālo pakalpojumu sniedzēju reģistrā;
* personas, kurām ģimenes ārsts veic vispārējo veselības pārbaudi un imūnprofilaksi atbilstoši vakcinācijas kalendāram, kā arī veic profilaktiskās apskates un izmeklējumus valsts organizētā vēža skrīninga ietvaros;
* personas, kurām vakcinācijas kalendāra ietvaros veic vakcināciju, stinguma krampju neatliekamo profilaksi, pēcekspozīcijas imunizāciju pret trakumsērgu, kā arī vakcināciju pret gripu atbilstoši normatīvajiem aktiem par ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtību;
* personas, kuras saņem ilgstošu plaušu mākslīgo ventilāciju mājas apstākļos;
* orgānu donori;
* personas, kuras saņem veselības aprūpi mājās vai paliatīvo aprūpi stacionārajā ārstniecības iestādē Ministru kabineta noteiktajā apjomā, kā arī paliatīvo aprūpi, ko sniedz ģimenes ārsts mājas vizītes laikā;
* personas, kurām ir noteikta I grupas invaliditāte;
* personas, kurām ir noteikta II grupas invaliditāte;
* trūcīgās personas, kas par tādām atzītas saskaņā ar normatīvajiem aktiem par kārtību, kādā ģimene vai atsevišķi dzīvojoša persona atzīstama par trūcīgu;
* Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta darbinieki;
* patvēruma meklētāji.

***5. E-veselības sistēma, tās uzdevumi un piedāvājumi***

E-veselības normatīvais regulējums - Ministru kabineta noteikumi Nr.134 (11.03.2014.) «Noteikumi par vienoto veselības nozares elektronisko informācijas sistēmu» nosaka:

* vienotās veselības nozares elektroniskās informācijas sistēmas pārzini (NVD),
* veselības informācijas sistēmā glabājamos datus un to apstrādes kārtību, kā arī datu izsniegšanas kārtību;
* veselības informācijas sistēmas autentifikācijas rīku izmantošanas kārtību, kā arī procedūras ierakstu autentiskuma nodrošināšanas kārtību.

**Veselības informācijas sistēmas uzdevumi:**

* Ar personas veselību saistīto datu centralizētu apstrādi, kas nepieciešami ārstniecībā;
* Ar personas veselību saistīto datu apstrādi, kas nepieciešami statistikas nodrošināšanai un pētniecībai;
* Elektronisku recepšu izrakstīšanu un apriti starp ārstniecības personu un farmaceitu vai farmaceita asistentu;
* Darbnespējas lapu izrakstīšanu un apriti starp ārstniecības personu un kompetento iestādi, kas īsteno valsts politiku sociālās apdrošināšanas un valsts sociālo pabalstu jomā;
* Elektronisku pacienta apmeklējuma rezervēšanu pie ārstniecības personas;
* Elektronisku apstrādi nosūtījumiem veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanai;
* Datu par valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu un zāļu un medicīnisko ierīču apmaksu elektronisku nosūtīšanu NVD veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas norēķinu sistēmai "Vadības informācijas sistēma";
* Piekļuvi radioloģiskajās manipulācijās iegūtajiem attēliem, kas tiek uzglabāti digitālā vizuālās diagnostikas attēlu arhivēšanas sistēmā;
* Centralizētu apstrādi ar personas veselību saistītajiem datiem, kas nepieciešami vakcinācijas plānošanai, organizēšanai, veikšanai un uzraudzībai atbilstoši vakcinācijas noteikumos noteiktajai kārtībai.

**E-veselības sistēmas uzdevumi:**

* Uzlabot sabiedrības veselības stāvokli
* veicinot iedzīvotāju iesaisti savas veselības saglabāšanā un kontroli par savu veselību,
* sniedzot iedzīvotājam pieeju saviem veselības datiem,
* nodrošinot efektīvāku veselības veicināšanas lēmumu pieņemšanu,
* palielinot pieejamību informācijai par veselības veicināšanas pasākumiem.
* Nodrošināt kvalitatīvu un savlaicīgu informāciju
* ārsti un farmaceiti operatīvi saņem kvalitatīvu informāciju par pacientu,
* ir iespējas pārliecināties, vai pacients ievēro ārsta nozīmēto ārstēšanu – ir apmeklējis nepieciešamos speciālistus, iegādājies nepieciešamās zāles vai veicis nepieciešamās veselības pārbaudes.
* Palielināt veselības aprūpes efektivitāti - veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem nodrošināta ātra pieeja pie nepieciešamajiem pacienta veselības datiem.
* Paaugstināt iedzīvotāju veselības datu ticamību un drošību, kā arī mazināt kļūdas ārstniecības procesā
* novērstas kļūdas, kas rodas, piemēram, receptēs nesalasāma rokraksta dēļ, kā arī tās, kas rodas, ja ārsta rīcībā savlaicīgi nav visa nepieciešamā informācija par pacientu, jo ne vienmēr ir pietiekami daudz laika izskaidrot pacientam nepieciešamo informāciju par viņa veselības stāvokli un paskaidrot, kādas hroniskas slimības, alerģijas viņam ir, kādas zāles viņš lieto,
* iespēja pacientam kontrolēt pieeju saviem veselības datiem un piekļūt tiem vienuviet, sev ērtā laikā un veidā.

**E-veselības sistēmas 2 daļas:**

***Publiskā daļa***

Publiskajā daļā ir pieejama plaša informācija par veselības nozares jaunumiem, informācija par veselīgu dzīvesveidu, datu bāzes, meklētāji, statistikas dati un pētījumi par sabiedrības veselību u. c. aktuāla informācija.

***Autorizētā daļa***

* Lai piekļūtu sadaļām, kurām nepieciešama autorizācija, nepieciešams autentificēties, noklikšķinot uz pogas “Pieslēgties”, izmantojot drošas piekļuves līdzekļus – internetbankas piekļuves datus, elektronisko parakstu (eParaksts) vai elektronisko identifikācijas karti (eID).
* Veselības aprūpes profesionāļiem ir iespējams piekļūt E-veselības sistēmai, turpinot darbu savā līdz šim jau izmantotajā veselības aprūpes informācijas sistēmā/specializētajā programmatūrā, kur datu apmaiņa starp ārsta/aptiekas izmantoto sistēmu un E-veselības sistēmu notiek automātiski starp sistēmām.
* Autentificējoties E-veselības sistēmā:
* iedzīvotāji var apskatīt savus veselības pamatdatus, noteikt piekļuvi ārstiem saviem veselības datiem, apskatīt aktuālās medikamentu receptes un savas darbnespējas lapas;
* ārstniecības personas var aplūkot savu pacientu veselības datus, izrakstīt medikamentu receptes un darbnespējas lapas;
* farmaceiti var piekļūt pacientam izrakstītajām receptēm un atzīmēt to izsniegšanu aptiekā.

Autorizētajā daļā pieejami tie iedzīvotāju veselības dati, kurus veselības aprūpes iestāde ir iesūtījusi vai ievadījusi E-veselības sistēmā.

**E-veselība šodien nodrošina:**

* Elektronisku darbnespējas lapu un kompensējamo medikamentu recepšu apriti;
* Ārstniecības iestāžu E-veselības sistēmā iesniegto izrakstu (epikrīzes un vizuālās diagnostikas izmeklējumu aprakstu) uzturēšanu;
* Ārstniecības iestāžu veikto pret COVID-19 vakcinācijas reģistrāciju; Ārstniecības personām ir pieejami ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistru kartes;
* No 2017. gada 1. jūlija ārstniecības personu ievadītie pacienta veselības pamatdati jeb informācija par pacientam diagnosticētajām alerģijām, hroniskām slimībām, veiktajām ķirurģiskajām operācijām un regulāri lietotajām zālēm.

No 2018. gada 1. janvāra **darbnespējas lapas (slimības lapas)** tiek atvērtas, pagarinātas un noslēgtas tikai elektroniski. Ārsts E-veselības sistēmā atver e-darbnespējas lapu. Ja darba devējs vēlas pārliecināties par e-darbnespējas lapas atvēršanas faktu, pēc pacienta pieprasījuma ārsts vai pacients pats var nosūtīt šo informāciju uz darba devēja e-pastu, autorizējoties E-veselības portālā. Ja e-darbnespējas lapu nevar atvērt tehnisku iemeslu dēļ (piemēram, interneta vai elektrības traucējumu gadījumā), ārsts veic par to atzīmi pacienta medicīniskajā dokumentācijā un atver e-darbnespējas lapu nākamo 5 darba dienu laikā, norādot sistēmā darbnespējas perioda pirmo dienu. Ārsts noslēdz e-darbnespējas lapu. Šo informāciju nākamajā dienā automātiski saņem Valsts ieņēmumu dienests (VID). Informāciju par noslēgto e-darbnespējas lapu darba devējs redz savā Valsts ieņēmumu dienesta Elektroniskās deklarēšanas sistēmas (EDS) profilā. Pacientam darbnespējas lapa vairs nav jāiesniedz darba devējam (vai visiem darba devējiem, ja tādi ir vairāki) papīra formā. Darba devējam netiek nosūtīta informācija par darbinieka diagnozi. To e-darbnespējas lapā redz tikai pacients un ārsts, kurš ir noslēdzis e-darbnespējas lapu. Informāciju par savām e-darbnespējas lapām pacients var apskatīt, autorizējoties E-veselības portālā – E-veselības profila sadaļā "Darbnespējas lapas" (darbnespēju periodi, darbnespējas lapu statusi). Iesniegumu slimības pabalsta saņemšanai Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūrai (VSAA) pacients var iesniegt papīra formā vai elektroniski, izmantojot www.latvija.lv e-pakalpojumu, iesniegumā atzīmējot konkrēto darbnespējas lapu. Informāciju par noslēgtajām B darbnespējas lapām VSAA saņem elektroniski. Slimības pabalsts jāpieprasa 6 mēnešu laikā, skaitot no pirmās pārejošas darbnespējas dienas. VSAA lēmums par pabalsta piešķiršanu (pieņem 10 dienu laikā) tiek saņemts atbilstoši iesniegumā norādītajam lēmuma saņemšanas veidam - klātienē, pa pastu vai www.latvija.lv sadaļā "Mana darba vieta".

No 2018. gada 1. janvāra **valsts kompensējamo medikamentu receptes** tiek izrakstītas tikai elektroniski. E-recepte tiek izrakstīta ārsta apmeklējuma laikā, un tad pacientam ir jāveic pacienta iemaksa. Ja e-recepte ir izrakstīta bez ārsta apmeklējuma (piemēram, hroniskam pacientam) – pacienta iemaksa netiek iekasēta. Lēmumu par e-receptes attālinātu izrakstīšanu pieņem ārsts, izvērtējot konkrēto gadījumu un balstoties uz savu profesionālo kompetenci. Lai iegādātos savas e-receptes zāles, aptiekā jāuzrāda personu apliecinošs dokuments – pase vai personas apliecība (eID). Ja nepieciešams iegādāties e-receptes zāles savam nepilngadīgajam bērnam (arī bērna aizbildnim), tad aptiekā jāuzrāda savs personu apliecinošs dokuments un jānosauc bērna vārds un uzvārds. Iedzīvotājs E-veselībā var deleģēt citu cilvēku e-recepšu zāļu iegādei. Tādā gadījumā e-receptes zāles var iegādāties gan pacients, gan cilvēks, kurš deleģēts e-recepšu zāļu iegādei (aptiekā uzrādot tikai savu personu apliecinošu dokumentu un nosaucot pacienta vārdu, uzvārdu). Iedzīvotājs jebkurā mirklī var mainīt vai atcelt uzstādīto deleģējumu. Aptiekā nav jānosauc cita cilvēka personas kods vai jāuzrāda viņa personu apliecinošs dokuments. Izmantojot parasto e-recepti (agrāk zilā krāsā), pacients var iegādāties medikamentus pa daļām vienā vai vairākās aptiekās, jo farmaceits E-veselības sistēmā redzēs atlikušo medikamentu daudzumu. Savukārt kompensējamo zāļu e-recepti (iepriekš rozā krāsā) var izmantot tāpat kā līdz šim – iegādājoties visus medikamentus 1 reizē, jo kompensējamo medikamentu izsniegšana pa daļām ir aizliegta. Šāda kārtība attiecas arī uz psihotropo un narkoloģisko medikamentu iegādi. Informāciju par savām e-receptēm pacients var apskatīt, autorizējoties E-veselības portālā – E-veselības profila sadaļā „Receptes” (iespējams aplūkot medikamenta nosaukumu, devu, receptes izrakstīšanas datumu un derīguma termiņu).

***6. Zāļu iegādes kompensācijas sistēma.***

Zāļu iegādes kompensācijas sistēma nodrošina pacientiem iespēju saņemt noteiktu slimību ārstēšanai nepieciešamos medikamentus, kurus pilnībā vai daļēji apmaksā valsts un kuri ir iekļauti valsts Kompensējamo zāļu sarakstā. Zāles un medicīniskās ierīces, kas ir iekļautas valsts Kompensējamo zāļu sarakstā (KZS), tiek apmaksātas 100 %, 75% un 50 % apmērā – atkarībā no pacientam noteiktās diagnozes. Tas sastāv no:

* A saraksta, kurā iekļauti līdzvērtīgas efektivitātes medikamenti;
* B saraksta, kurā iekļautajiem medikamentiem KZS nav līdzvērtīgas efektivitātes zāļu.
* C saraksta, kurā tiek iekļautas zāles, kuru izmaksas viena pacienta ārstēšanai gadā pārsniedz 4268,62 eiro un ražotājs zāļu kompensācijas izdevumus noteiktam pacientu skaitam apņemas segt no saviem līdzekļiem.
* M saraksta, kurā ir apmaksājamās zāles, kuras lieto grūtnieces, sievietes pēcdzemdību periodā līdz 70 dienām un bērni līdz 24 mēnešu vecumam, bet kuras nav iekļautas iepriekšminētajos zāļu sarakstos.

**Kompensējamo zāļu un medicīnisko ierīču izrakstīšanas kārtība:**

Kompensējamo zāļu un medicīnisko ierīču izrakstīšanas kārtība ir veidota ar mērķi veicināt lētāku līdzvērtīgas efektivitātes kompensējamo zāļu izrakstīšanu. Tā paredz, ka ārsts uz receptes izrakstīs attiecīgajai diagnozei paredzēto zāļu vispārīgo nosaukumu, ja pacients pirmo reizi saņem konkrētai diagnozei paredzētās kompensējamās zāles. Aptiekā farmaceits izsniedz lētākās attiecīgā vispārīgā nosaukuma zāles. Ja aptiekā izsniegtās lētākās zāles nesniedz vēlamo terapeitisko efektu, tad ārsts var izrakstīt citas zāles, sākot ar nākamajām lētākajām attiecīgā vispārīgā nosaukuma zālēm. Šajā gadījumā valsts 50 %, 75 % vai 100 % apmērā (atkarībā no konkrētās diagnozes kompensācijas apmēra) kompensē lētākās no zālēm ar līdzvērtīgu efektivitāti. Ja pacientam ir izvēlētas dārgākas zāles, starpība starp lētākām un dārgākām jāsedz pašam pacientam. Tāpēc pacientam ir svarīgi apspriest ar ārstu lētāko līdzvērtīgas efektivitātes zāļu lietošanas iespēju. Trūcīgiem pacientiem 50%, 75% vai 100% kompensācijas gadījumā lētākais medikaments tiek apmaksāts pilnībā.

Kompensējamo zāļu iegādes izdevumus sedz, piemērojot šādas **kompensācijas kategorijas**:

* I kategorija – kompensācija 100 % apmērā vai attiecīgās grupas references cenas apmērā (attiecībā uz kompensējamo zāļu A sarakstā iekļautajām zālēm un medicīniskajām ierīcēm), ja pacientam konstatēta hroniska, dzīvību apdraudoša slimība vai slimība, kas izraisa smagu neatgriezenisku invaliditāti un kuras ārstēšanā ir nepieciešama attiecīgo zāļu lietošana, lai uzturētu pacienta dzīvības funkcijas;
* II kategorija – kompensācija 75 % apmērā vai – attiecībā uz kompensējamo zāļu A sarakstā iekļautajām zālēm un medicīniskajām ierīcēm – 75 % apmērā no attiecīgās grupas references cenas, ja pacientam konstatēta hroniska slimība, kuras ārstēšanā bez attiecīgo zāļu lietošanas ir apgrūtināta pacienta dzīvības funkciju uzturēšana vai kas izraisa smagu invaliditāti;
* III kategorija – kompensācija 50 % apmērā vai – attiecībā uz kompensējamo zāļu A sarakstā iekļautajām zālēm un medicīniskajām ierīcēm – 50 % apmērā no attiecīgās grupas references cenas, ja pacientam konstatēta hroniska vai akūta slimība, kuras ārstēšanā ir nepieciešama attiecīgo zāļu lietošana, lai uzturētu vai uzlabotu pacienta veselības stāvokli, vai gadījumā, ja no kompensācijai piešķirtajiem līdzekļiem apmaksā vakcīnas.

Pacients, iegādājoties kompensējamo zāļu sarakstā iekļautās zāles vai medicīniskās ierīces I kompensācijas kategorijas ietvaros, aptiekā maksā līdzmaksājumu – 0,71 eiro par katru recepti. Nacionālais veselības dienests, veicot norēķinus ar aptieku, samazina atmaksājamo summu par pacienta veiktā līdzmaksājuma apmēru.

**Pacienta līdzmaksājumu nepiemēro:**

* pacientam, kas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā atzīts par trūcīgu vai patvēruma meklētāju pacientiem izrakstītajām receptēm (trūcīgais pacients aptiekā uzrāda izziņu par atbilstību trūcīgas ģimenes (personas) statusam, ko izsniedzis pašvaldības sociālais dienests saskaņā ar normatīvajiem aktiem par ģimenes vai atsevišķi dzīvojošas personas atzīšanu par trūcīgu vai Valsts robežsardzes izsniegtu patvēruma meklētāja personas dokumentu);
* bērniem līdz 18 gadu vecumam izrakstītajām receptēm;
* receptēm, uz kurām ir izrakstītas zāles vai medicīniskās ierīces, kuru Nacionālā veselības dienesta noteiktā aptiekas cena nepārsniedz 4,27 eiro.

Kompensējamo zāļu saraksta aktualizēšana - Nacionālais veselības dienests regulāri veic Kompensējamo zāļu sarakstā jau iekļauto medikamentu:

* cenu analīzi, salīdzinot ar cenām citās Eiropas Savienības valstīs;
* efektivitātes analīzi, balstoties uz jaunāko zinātnisko pētījumu datiem.

Tas sniedz iespēju:

* panākt cenu samazinājumu Kompensējamo zāļu sarakstā jau iekļautajām zālēm, samazinot arī pacienta līdzmaksājumu;
* nodrošināt pacientiem citu izmaksu un terapeitiski efektīvāku zāļu kompensāciju;
* samazināt izdevumus Kompensējamo zāļu sarakstā iekļauto zāļu kompensācijai, nodrošinot zāļu kompensāciju lielākam pacientu skaitam.