***7. Ambulatorā veselības aprūpe***

Par ambulatoro veselības aprūpi uzskatāmi veselības aprūpes pakalpojumi, kurus iedzīvotāji var saņemt ambulatori noteiktā laikā (parasti dienas laikā) un vietā – poliklīnikās, veselības centros, slimnīcu ambulatorajās daļās un uzņemšanas nodaļās, piemēram, speciālistu konsultācijas, dažādi izmeklējumi u.c. pakalpojumi.

Lai ambulatori saņemtu konsultācijas pie speciālistiem, veiktu diagnostiskos izmeklējumus vai citus ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus, maksājot tikai pacienta līdzmaksājumu, iepriekš nepieciešams vērsties pie ģimenes ārsta. Ārsts izvērtēs veselības stāvokli un nepieciešamības gadījumā izsniegs nosūtījumu. Nosūtījumus izsniedz arī ārsti speciālisti. Ir arī tiešās pieejamības speciālisti, pie kuriem nosūtījums nav nepieciešams. Jāatzīmē, ka nosūtījumu valsts apmaksāta magnētiskās rezonanses vai scintigrāfijas izmeklējuma veikšanai ir tiesīgs izsniegt tikai ārsts speciālists. Lai saņemtu nosūtījumu valsts apmaksātiem medicīnas pakalpojumiem, jādodas uz valsts apmaksātu vizīti pie ārsta. Maksas vizītes laikā ārsts nav tiesīgs izsniegt nosūtījumu valsts apmaksātas aprūpes saņemšanai. Ja pacients saņēmis ģimenes ārsta vai ārsta speciālista nosūtījumu, jāvēršas jebkurā ārstniecības iestādē, kas sniedz attiecīgo pakalpojumu par valsts līdzekļiem. Tomēr jāņem vērā, ka katrā ārstniecības iestādē ir noteikts pacientu skaits mēnesī, par kuriem sniegtajiem pakalpojumiem valsts ir apņēmusies samaksāt. Ja reģistrēto pacientu skaits konkrētajā mēnesī ir lielāks nekā paredzētais, pacienti tiek pierakstīti uz nākamo mēnesi. Ja, valsts apmaksāta veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanai vienā ārstniecības iestādē jāgaida rindā – pacientam ir tiesības vērsties citā ārstniecības iestādē, kurā gaidīšanas rindas nav vai tā ir mazāka. Vietu, kur saņemt valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu, var izvēlēties brīvi – neatkarīgi no pilsētas, kurā Jūs dzīvojat vai ārstniecības iestādes, kurā strādā Jūsu ģimenes ārsts. Vienas saslimšanas laikā, vairākas reizes apmeklējot vienu un to pašu speciālistu, atkārtots ģimenes ārsta nosūtījums nav nepieciešams. Derīguma termiņš nosūtījumiem nav noteikts. Līdz ar to nosūtījums, piemēram, uz diagnostisko izmeklējumu vai pie speciālista ir derīgs bez termiņa ierobežojuma, kamēr konkrētais pakalpojums pacientam ir aktuāls (var izvērtēt ārsts) un pacients ir saņēmis pakalpojumu. Izņēmums ir nosūtījums uz Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisiju, kas ir derīgs vienu mēnesi pēc izsniegšanas.

***7.1. Primārā veselības aprūpes pakalpojumi ģimenes ārstu praksēs***

Primārā veselības aprūpe — veselības aprūpes pakalpojumu kopums, ko personai ambulatorajā ārstniecības iestādē vai personas dzīvesvietā sniedz primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji.

Veselības aprūpes pamatu veido primārā aprūpe*,* ko nodrošina ģimenes ārsti. Praktizējošo ģimenes ārstu saraksts, kuri ir līgumattiecībās ar valsti, skatāms Nacionālā veselības dienesta mājaslapā www.vmnvd.gov.lv/ sadaļā "Ģimenes ārsti atbilstoši teritorijām". Ģimenes ārsts ir speciālists, kas nodrošina primāro veselības aprūpi - tas ir pirmais saskarsmes posms starp pacientu un veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju, kurā risina iedzīvotāju veselības problēmas, lietojot vienkāršas un izmaksu ziņā efektīvas medicīnas tehnoloģijas. Ikvienam iedzīvotājam ir tiesības sev izvēlēties ģimenes ārstu, kā arī tiesības pēc paša izvēles pārreģistrēties pie cita ģimenes ārsta. Ģimenes ārstu pacients izvēlas atkarībā no savas faktiskās dzīvesvietas. Lai reģistrētos vai pārreģistrētos pie ģimenes ārsta, pacients vēršas pie izvēlētā ģimenes ārsta, kopā ar ārstu aizpilda vienošanos divos eksemplāros, no kuriem viens eksemplārs paliek pie ģimenes ārsta, bet otrs – pie pacienta. Vienošanos ģimenes ārsts uzglabā, kamēr pacients ir reģistrēts viņa pacientu sarakstā. Katrs ģimenes ārsts atbilstoši līgumam ar NVD sniedz veselības aprūpes pakalpojumus savas darbības pamatteritorijā, nodrošinot savā pacientu sarakstā reģistrēto pacientu veselības aprūpi. Ģimenes ārsts savā pacientu sarakstā reģistrētam pacientam var sniegt veselības aprūpes pakalpojumus arī ārpus savas darbības pamatteritorijas, par to rakstiski vienojoties ar pacientu.

Ģimenes ārsts var nepiekrist pacienta reģistrācijai savu pacientu sarakstā tikai gadījumā, ja:

* pacienta dzīvesvieta atrodas ārpus ģimenes ārsta darbības pamatteritorijas;
* ģimenes ārsta pacientu sarakstā jau ir 1800 reģistrētu pacientu vai 800 bērnu (neattiecas uz ģimenes ārsta darbības pamatteritorijā dzīvojošiem pacientiem un reģistrēto pacientu bērniem, vecākiem vai laulāto).

Lai saņemtu valsts apmaksātu ārsta speciālista konsultāciju vai diagnostisko izmeklējumu, maksājot tikai pacienta iemaksu, nepieciešams ģimenes ārsta vai ārsta speciālista nosūtījums, kurš ir līgumattiecībās ar NVD. Bez ģimenes ārsta nosūtījuma pacients var vērsties pie šādiem *tiešās pieejamības speciālistiem*:

1. psihiatra, ja pacients slimo ar psihisku slimību;
2. narkologa, ja pacients slimo ar alkohola, narkotisko vai psihotropo vielu atkarību;
3. pneimonologa, ja persona slimo ar tuberkulozi;
4. dermatovenerologa, ja pacients slimo ar seksuāli transmisīvu slimību;
5. endokrinologa, ja pacients slimo ar cukura diabētu;
6. onkologa, onkologa ķīmijterapeita, ja pacients slimo ar onkoloģisku slimību;
7. ginekologa,
8. oftalmologa,
9. bērnu ķirurga,
10. pediatra,
11. infektologa, ja persona slimo ar humānā imūndeficīta vīrusa infekciju.

Bez ārsta nosūtījuma pacienti var vērsties arī steidzamās medicīniskās palīdzības punktos vai slimnīcu uzņemšanas nodaļās pēkšņas traumas, pēkšņas saslimšanas vai hroniskas slimības saasināšanās gadījumos, kas prasa steidzamu ārstniecības personu iejaukšanos.

Atkārtots ģimenes ārsta nosūtījums nav nepieciešams vienas saslimšanas laikā dodoties vairākas reizes pie ārsta speciālista.  Pacientu var nosūtīt pie jebkura speciālista, kurš ir līgumattiecībās ar Nacionālo veselības dienestu. Ambulatoro (arī slimnīcu ambulatoro nodaļu) ārstniecības iestāžu un ārstu speciālistu saraksti un to sniegtie ārstniecības pakalpojumi atbilstoši Nacionālā veselības dienesta teritoriālajām nodaļām. Ja pacients dodas pie ārstiem, kuri nav līgumattiecībās ar valsti, pacients maksā par saņemtajiem pakalpojumiem atbilstoši ārstniecības iestādē apstiprinātajam maksas pakalpojumu cenrādim jeb pilnu ārsta noteikto maksu.

Teritorijās, kur iedzīvotāju nokļūšana pie ģimenes ārsta ir apgrūtināta satiksmes vai citu apstākļu dēļ, iedzīvotājiem ir pieejams *ārsta palīgs (feldšeris).* Feldšeris ir ārstniecības persona, kas nodrošina primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu. Feldšeris veic pacientu aprūpi, piedalās ārstniecībā, nodarbojas ar pacientu izglītošanu veselības jautājumos, kā arī izmeklē pacientus, diagnosticē slimību un atbilstoši savai kvalifikācijai veic ārstēšanu.

***7.2. Veselības aprūpes profilakse un “Zaļie koridori”***

Ikviens pilngadīgs pacients reizi gadā var veikt *bezmaksas profilaktisko apskati* pie ģimenes ārsta, kuram noslēgts līgums ar NVD par valsts apmaksāto primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu. Profilakse, savlaicīga slimību diagnostika, efektīva un pareizi izvēlēta tālākā ārstēšana - to visu veic ģimenes ārsts kopīgi ar māsu, ārsta palīgu. Ja veiksmīgi izveidojusies pacienta un ārsta sadarbība jau šajā posmā, varam sagaidīt daudz labākus rezultātus pacientu veselības aprūpē. Minētā profilaktiskā apskate reizi gadā ir bezmaksas, ja pacients gada laikā jau nav vērsies pie ģimenes ārsta ar kādu saslimšanu, kuras laikā veikta attiecīgā profilaktiskā apskate. Tās laikā ģimenes ārsts izvērtē sūdzības par veselību, kā arī kompetences ietvaros novērtē veselības stāvokli, tajā skaitā nosaka ķermeņa svaru, garumu, asinsspiedienu, pulsu, ķermeņa temperatūru, sirdsdarbību, apskata un iztausta kakla, padušu, cirkšņu limfmezglus, izklausa plaušas, iztausta vēderu u.c. Savukārt nepieciešamības gadījumā, izlemjot par pacientam nepieciešamo izmeklējumu vai konsultāciju apjomu, ģimenes ārsts koordinē pacientu veselības aprūpes sistēmā atbilstoši medicīniskām indikācijām. Tomēr vienlaikus, ņemot vērā gados vecāko iedzīvotāju īpatsvara pieaugumu, nepieciešams pilnveidot veselības aprūpes personāla informētību par vecākā gadagājuma iedzīvotāju riskiem saistībā ar veselības stāvokli.

*Vēža savlaicīgas atklāšanas programma* ietver valsts apmaksātas dzemdes kakla vēža, krūts vēža un zarnu (kolorektālā) vēža profilaktiskās pārbaudes. Dzemdes kakla un krūts vēža pārbaudes veikšanai tiek nosūtītas uzaicinājuma vēstules, bet zarnu pārbaudes organizē ģimenes ārstu prakses. Regulāra vēža profilaktisko pārbaužu veikšana ir ļoti svarīga, jo pirmsvēža izmaiņas nerada sūdzības un tām nav simptomu. Profilaktiskās pārbaudes sniedz iespēju gūt pārliecību par veselības stāvokli, savukārt gadījumā, ja tiek atklāta slimība, uzsākt savlaicīgu ārstēšanu. Dzemdes kakla un krūšu profilaktiskās pārbaudes uzaicinājuma vēstules tiek nosūtītas izlases kārtībā atbilstoši Iedzīvotāju reģistra datiem. Uzaicinājums dzemdes kakla pārbaudei tiek nosūtīts sievietēm vecumā no 25 līdz 70 gadiem (reizi 3 gados), savukārt krūts vēža pārbaudei (ar mamogrāfijas metodi) sievietēm vecumā no 50 līdz 69 gadiem (reizi 2 gados). Uzaicinājuma vēstules tiek nosūtītas uz sievietes deklarēto dzīvesvietas adresi aptuveni 3 mēnešu laikā pēc personas dzimšanas dienas. Ja sievietei ir sūdzības par veselības stāvokli, viņa bez nosūtījuma var vērsties pie jebkura ginekologa, kas sniedz valsts apmaksātas konsultācijas.

Valsts apmaksātu zarnu vēža profilaktisko pārbaudi reizi gadā var veikt pacienti vecumā no 50 līdz 74 gadiem. Profilaktiskā pārbaude ietver slēpto asiņu izmeklējumu fēcēs (no trīs sekojošām vēdera izejām). Šīs pārbaudes veikšanai uzaicinājuma vēstule netiek nosūtīta. Lai veiktu profilaktisko pārbaudi, pacientam ir jāvēršas savā ģimenes ārsta praksē, lai saņemtu testa komplektu un informāciju par izmeklējuma veikšanu mājas apstākļos. Šo testu ir iespējams veikt arī laboratorijā, ja pacientam ir ģimenes ārsta nosūtījums.

Lai mazinātu mirstību no onkoloģiskajām slimībām, uzlabotu agrīnu šo slimību diagnosticēšanu un nodrošinātu savlaicīgu ārstēšanu, izmantojot jaunākās tehnoloģijas, izveidots tā saucamais onkoloģijas "zaļais koridors". Pacientiem ar aizdomām par onkoloģisku slimību nepieciešamie valsts apmaksātie veselības aprūpes pakalpojumi diagnozes noteikšanai tiek veikti iespējami ātri, lai nepieciešamības gadījumā uzsāktu pacienta savlaicīgu ārstēšanu un sasniegtu labākus ārstēšanās rezultātus. Šo pakalpojumu saņemšana ārpus kopējās gaidīšanas rindas pakalpojumu saņemšanai tiek saukta par "zaļo koridoru". Pacientiem tiek nodrošināta secīga izmeklēšana diagnozes noteikšanai:

* Ģimenes ārsts izvērtē pacienta sūdzības un veselības stāvokli. Ja ģimenes ārstam rodas aizdomas par onkoloģisku slimību, ārsts izsniedz nosūtījumu noteiktu valsts apmaksātu izmeklējumu veikšanai (piemēram, mamogrāfijas, ultrasonogrāfijas). Šie izmeklējumi tiek veikti 10 darbdienu laikā no pierakstīšanās dienas un ārpus kopējā ārstniecības iestādei noteiktā finansējuma (kvotas). Lai pacientiem ar aizdomām par onkoloģisku slimību tiktu veikti izmeklējumi ārpus kopējās rindas: izsniedzot nosūtījumu, ģimenes ārsta tajā norāda noteiktu kodu un informē pacientu par to, kā pierakstīties uz izmeklējumiem; pierakstoties, pacients informē par nosūtījumā norādīto kodu un dodas uz izmeklējumiem, ņemot līdzi nosūtījumu.
* Ģimenes ārsts izvērtē izmeklējumu rezultātus. Ja apstiprinās onkoloģiska diagnoze vai ārstam joprojām ir aizdomas par onkoloģisku slimību, ģimenes ārsta praksē izsniedz nosūtījumu un pa tālruni pieraksta pacientu speciālista konsultācijas saņemšanai kādā no specializētajām slimnīcām. Arī šīs konsultācijas tiek nodrošinātas 10 darbdienu laikā un ārpus kopējā iestādes finansējuma.

*Programma sirds un asinsvadu slimību agrīnai atklāšanai* paredz uzlabot sirds un asinsvadu slimību profilaksi un agrīnu slimību atklāšanu. Papildus ikgadējai profilaktiskajai apskatei pie ģimenes ārsta pacientam 40, 50, 55, 60 un 65 gadu vecumā vienu reizi tiks novērtēts sirds un asinsvadu saslimšanu risks atbilstoši SCORE (fatālu kardiovaskulāru notikumu riska tuvāko 10 gadu laikā noteikšanas metode) metodei, pirms tam veicot sirds un asinsvadu un smēķēšanas anamnēzes izvērtēšanu, asinsspiediena noteikšanu, ķermeņa masas indeksa, kopējā holesterīna un glikozes līmeņa asinīs noteikšanu, kā arī sirds un miega artēriju auskultāciju. Vadoties no iegūtā sirds un asinsvadu saslimšanu riska novērtējuma, ģimenes ārsts organizēs pacientam papildu nepieciešamos izmeklējumus - elektrokardiogrammu, ehokardiogrāfiju, miega artēriju ultrasonoskopiju un veloergometriju. Programmas ietvaros ārstniecības iestādei pacientam, kuru ģimenes ārsts sirds un asinsvadu slimību riska noteikšanai nosūtījis izmeklējumu veikšanai, jānodrošina nepieciešamā pakalpojuma sniegšanu noteiktā laika periodā, skaitot no dienas, kad pacients vērsies ārstniecības iestādē:

* elektrokardiogramma – 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.

Papildus ir izstrādātas arī detalizētas rekomendācijas jeb algoritmi pacientu aprūpei un terapijai, ņemot vērā noteiktos riskus – pacienta dzīvesveida paradumu maiņai, nepieciešamajiem laboratoriskajiem izmeklējumiem, medikamentozajai terapijai, kardiologa konsultācijai un turpmākajai uzraudzībai pie ģimenes ārsta.

***7.3. Zobārstniecības pakalpojumi***

* Zobārstniecības pakalpojumi no valsts budžeta līdzekļiem pilnā apjomā tiek apmaksāti bērniem līdz 18 gadu vecumam.
* Reizi gadā bērniem tiek apmaksāta arī zobu higiēna - 2 līdz 18 gadu vecumā. Divas reizes gadā zobu higiēnas pakalpojumus bērni var saņemt 7, 11 un 12 gadu vecumā.
* Černobiļas atomelektrostacijas avārijas seku likvidēšanas dalībniekiem un Černobiļas atomelektrostacijas avārijas rezultātā cietušo personu sociālās aizsardzības likuma 14. pantā noteiktām personām izdevumus par zobārstniecības pakalpojumiem sedz 50 % apmērā, bet izdevumus par zobu protezēšanu ar izņemamām plastmasas protēzēm pilnā apmērā.
* Bērniem līdz 18 gadu vecumam apmaksā pirmreizēju ortodontisko konsultāciju, bet personām iedzimtu sejas – žokļu šķeltņu gadījumos apmaksā ortodontisko ārstēšanu vecumā līdz 22 gadiem.

Līgumattiecībās ar valsti esošo zobārstu un zobārstniecības prakšu saraksti skatāmi Nacionālā veselības dienesta mājaslapā //www.vmnvd.gov.lv/ sadaļā "Zobārstniecības palīdzība".

Visiem pārējiem iedzīvotājiem, tai skaitā pensionāriem, neatkarīgi no nodokļu nomaksas, zobārstniecības pakalpojumi ir jāapmaksā pilnā apmērā pašiem. Dažkārt finansiālu atbalstu saviem iedzīvotājiem zobu labošanai sniedz dzīvesvietas pašvaldības sociālais dienests. Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likuma 35. pants paredz, ka krīzes situācijā, kad ģimene (persona) pašu spēkiem nespēj nodrošināt savas pamatvajadzības (ēdienu, apģērbu, mājokli, veselības aprūpi, obligāto izglītību), pašvaldība, neizvērtējot ģimenes (personas) ienākumus, var piešķirt vienreizēju pabalstu krīzes situācijā. Pabalstu veidus, apmēru un nosacījumus to saņemšanai nosaka katra pašvaldība savos saistošajos noteikumos.

***7.4. Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi***

Sekundārā ambulatoro veselības aprūpe ir ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu kopums, ko personai ārstniecības iestādē sniedz kādā slimību profilā specializējusies ārstniecības persona un kas orientēts uz akūtu vai plānveida veselības aprūpi, tai skaitā sniedzot ārstniecības pakalpojumus dienas stacionārā.

Dienas stacionārā sniedz veselības aprūpes pakalpojumus, kurus to sarežģītības, risku vai laikietilpības dēļ nav iespējams sniegt ambulatori, bet kuru dēļ tomēr nav nepieciešama pacienta uzņemšana stacionārā, lai nodrošinātu ārstniecības personu diennakts uzraudzību. Dienas stacionārā sniedzamie veselības aprūpes pakalpojumi ir ārstniecības vai diagnostikas pakalpojumi, kuru sniegšanas laikā personai ārstēšanu un veselības aprūpi ārstniecības iestādē nodrošina nepilnu diennakti (ne agrāk kā no plkst. 6.00 un ne vēlāk kā līdz plkst. 22.00), ne mazāk kā 3 stundas veic manipulācijas vai nodrošina personas novērošanu pēc manipulāciju veikšanas, un tiem ir šādas raksturīgas pazīmes:

* uzņemšana vienu vai vairākas reizes;
* laikposms starp divām sekojošām uzņemšanām ir vismaz 6 stundas;
* vienas uzņemšanas ilgums ir līdz 16 stundām.

Dienas stacionārā neveic izmeklējumus, ārstnieciskās procedūras un ķirurģiskās operācijas, kuras nav tieši saistītas ar dienas stacionārā sniedzamiem pakalpojumiem un kuras atbilstoši normatīvajiem aktiem par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm vai to struktūrvienībām var veikt aprīkotā speciālista vai procedūru kabinetā.

Lai persona saņemtu sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu, ģimenes ārsts vai speciālists kopīgi ar personu izvēlas veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanas vietu, izvērtējot pakalpojuma saņemšanas steidzamību, un informē personu par nepieciešamību pieteikties attiecīgajā ārstniecības iestādē veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanai, izņemot gadījumu, ja personai pēc ļaundabīgo audzēju primārās diagnostikas nepieciešama tāda speciālista konsultācija, kurš nodrošina ļaundabīgo audzēju sekundāro diagnostiku. Šādā gadījumā ģimenes ārsts, ieslodzījuma vietas ārsts vai ginekologs piesaka personu konsultācijas saņemšanai un informē viņu par plānoto pakalpojuma saņemšanas laiku.

Organizējot ambulatoru psihiatriskās palīdzības nodrošināšanu, pacienta sākotnējo novērtēšanu veic psihiatrs vai bērnu psihiatrs, kurš pacientu nosūta pakalpojuma saņemšanai pie psihologa/psihoterapeita, nosūtījumā norādot nepieciešamo apmeklējumu skaitu.

Valsts apmaksātu sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu veidus, ko sniedz katra ārstniecības iestāde, nosaka līgumā ar dienestu un publicē dienesta tīmekļvietnē.

**Valsts apmaksātus sekundārās veselības aprūpes pakalpojumus persona saņem:**

* pēc ģimenes ārsta vai speciālista nosūtījuma, izņemot pozitronu emisijas tomogrāfijas ar datortomogrāfiju izmeklējumu, kura saņemšanai nepieciešams ārstu konsīlija lēmums;
* pēc savas iniciatīvas vēršoties pie tiešās pieejamības speciālistiem;
* pēc savas iniciatīvas vēršoties ārstniecības iestādēs, tai skaitā steidzamās medicīniskās palīdzības punktā, lai saņemtu neatliekamo medicīnisko palīdzību;
* pēc neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādes nosūtījuma;
* valsts organizētā krūts un dzemdes kakla vēža skrīninga ietvaros, vēršoties ārstniecības iestādē, kas īsteno skrīninga programmu, pēc savas iniciatīvas (ja dienesta vadības informācijas sistēmā ir derīga uzaicinājuma vēstule) vai ar dienesta nosūtīto uzaicinājuma vēstuli;
* ar NVD nosūtīto uzaicinājuma vēstuli medicīniskās apaugļošanas pakalpojuma saņemšanai.

Valsts apmaksātus ambulatoros *laboratoriskos izmeklējumus* pacients var saņemt ar ģimenes ārsta vai ārsta-speciālista nosūtījumu. Lēmumu par nosūtījuma izsniegšanu katrā individuālajā gadījumā pieņem ārsts, izvērtējot pacienta veselības stāvokli, sūdzības un ņemot vērā nosūtījuma izrakstīšanas nosacījumus. Par valsts apmaksātu laboratorisko izmeklējumu veikšanu nav jāveic pacienta iemaksas. Ārstniecības iestādē vai laboratorijā var tikt pieprasīts maksājums par asins parauga ņemšanu. Nosūtījumu valsts apmaksātu laboratorisko izmeklējumu veikšanai ir tiesīgi izrakstīt ārsti, kuriem ir noslēgts līgums ar valsti par valsts apmaksātu pakalpojumu sniegšanu. Lielākajai daļai laboratorisko izmeklējumu nav nosūtīšanas nosacījumu, taču atsevišķiem izmeklējumiem šādi nosacījumi ir noteikti. Piemēram, uz atsevišķiem izmeklējumiem var nosūtīt gan ģimenes ārsts un gan ārsts-speciālists vai tikai ārsts-speciālists. Atsevišķiem izmeklējumiem ir noteikts skaits, ko valsts apmaksā 12 mēnešu laikā vienam pacientam – tie ir izmeklējumi, kurus medicīnisku iemeslu dēļ nav lietderīgi biežāk atkārtot. Piemēram, vairogdziedzera tireotropā hormona (TSH) analīzes valsts apmaksā ne biežāk kā reizi gadā, izņemot gadījumus, kad pacientam ir kāda no vairogdziedzera slimībām.

*Diabētiskās pēdas aprūpes kabineti*. Pacientiem ar cukura diabēta saslimšanu no valsts budžeta līdzekļiem tiek apmaksāta aprūpe diabētiskās pēdas aprūpes kabinetā, kurā pēdu aprūpi nodrošina podologs. Pacientam, kurš slimo ar cukura diabētu, nosūtījumu uz diabētiskās pēdas aprūpes kabinetu, izvērtējot pacienta pēdu veselības stāvokli, var izsniegt ģimenes ārsts vai ārsts-speciālists, kurš ir līgumattiecībās ar valsti (piemēram, endokrinologs). Šiem pacientiem endokrinologs ir tiešās pieejamības speciālists, pie kura var doties bez nosūtījuma. Lēmumu par pēdu aprūpes biežumu un nepieciešamo aprūpes apjomu pieņem ārsts, izvērtējot cukura diabēta pacienta pēdu stāvokli. Saņemot valsts apmaksātu veselības aprūpi Diabētiskās pēdas aprūpes kabinetā, pacientam nav jāveic pacienta iemaksas vai līdzmaksājumi. Diabēta apmācības kabinetā pacienti saņem pakalpojumus ar ģimenes ārsta, endokrinologa, vai bērnu endokrinologa nosūtījumu, ja apmācību veic pirmo reizi un ar endokrinologa vai bērnu endokrinologa nosūtījumu, ja apmācību veic atkārtoti.

Narkoloģisko slimnieku (alkohola, narkotisko, psihotropo, toksisko vielu, azartspēļu vai datorspēļu atkarības slimnieku) ārstēšana Latvijā notiek labprātīgi pēc pacientu vēlēšanās narkoloģiskajās ārstniecības iestādēs. Pacients var vērsties pie sertificēta narkologa bez ģimenes ārsta nosūtījuma. Narkologs ir tiešās pieejamības speciālists. Pacienta ārstēšanu organizē narkologs sadarbībā ar citām ārstniecības personām vai ārstniecības atbalsta personām. Narkoloģisko medicīnisko palīdzību ir iespējams saņemt gan ārstniecības iestādēs, kurām ir līgumattiecības ar NVD, t.i., par valsts budžeta līdzekļiem, veicot tikai pacienta līdzmaksājumu, gan arī privātās ārstniecības iestādēs, kurām nav līgumattiecību ar NVD, t.i., pie privāti praktizējošiem ārstiem par saviem līdzekļiem. Latvijā ir pieejama ambulatorā narkoloģiskā palīdzība un narkoloģiskā palīdzība stacionārā. Ambulatorās un stacionārās ārstniecības iestādes (Rīga, Jūrmala un Rīgas rajons, Vidzeme, Latgale, Zemgale un Kurzeme), kas ir līgumattiecībās ar NVD.

***Vakcinācija****.* Noteiktos vecumos un gadījumos iedzīvotāji var veikt valsts apmaksātu vakcināciju. No valsts budžeta līdzekļiem tiek apmaksāta vakcinācija bērniem un pieaugušajiem atbilstoši Vakcinācijas kalendāram.

Pretgripas vakcinācija tiek apmaksāta noteiktām iedzīvotāju grupām atbilstoši kompensējamo zāļu M sarakstam. No šī saraksta tiek apmaksāta arī vakcinācija pret ērču encefalītu - bērniem līdz 24 mēnešu vecumam vakcinācija tiek apmaksāta 50 % apmērā, savukārt grūtniecēm un sievietēm līdz 42 pēcdzemdību perioda dienām - 25 % apmērā. Bērniem, kuru deklarētā dzīvesvieta ir ērču encefalīta endēmiskajā teritorijā, vakcinācija tiek veikta vispārējā kārtībā un apmaksāta 100 %. Sākot ar 2019. gada 1. oktobri pretgripas vakcīna grūtniecēm iekļauta vakcinācijas kalendārā un tiek apmaksāta 100 % apmērā.

Valsts apmaksā vakcināciju:

* pret difteriju un stinguma krampjiem;
* pret trakumsērgu pēc saskares ar dzīvniekiem vai cilvēkiem, kuri ir slimi vai tiek turēti aizdomās par saslimšanu ar trakumsērgu;
* hemodialīžu slimniekiem pret B hepatītu;
* 12 gadus vecas meitenes - pret cilvēka papilomas vīrusa infekciju;
* vēršoties pie sava ģimenes ārsta 50 % apmaksātu vakcināciju pret gripu var saņemt iedzīvotāji vecumā no 65 gadiem un iedzīvotāji, kas pieder noteiktām veselības riska grupām: ar hroniskām plaušu slimībām; ar hroniskām kardiovaskulārām slimībām, neatkarīgi no to cēloņa; ar hroniskām vielmaiņas slimībām; ar hroniskām nieru slimībām, ar imūndeficītu; ja saņem imūnsupresīvu terapiju;
* pret COVID-19 vīrusa infekciju.