

## Veselības aprūpes pakalpojumi

No valsts budžeta Latvijā nodrošināta veselības aprūpe: .....	2
Pacienta iemaksas .....	3
Atbrīvojumi no pacienta iemaksu un līdzmaksājumu veikšanas.....	4
Primārā aprūpe .....	6
Neatliekamā medicīniskās palīdzības dienesta palīdzība .....	9
No valsts budžeta līdzekļiem apmaksāta veselības aprūpes pakalpojumu sniegšana slimnīcās .....	10
Steidzamās medicīniskās palīdzības punkti.....	12
Veselības aprūpe mājās.....	13
Onkoloģijas "zaļais koridors" .....	14
Valsts apmaksātus ambulatorie laboratoriskie izmeklējumi .....	15
Narkoloģisko slimnieku ārstēšana .....	15
Diabētiskās pēdas aprūpes kabineti .....	16
Vakcinācija. ....	16
Zāļu iegādes kompensācijas sistēma .....	17

Ar veselības aprūpes sistēmu, gribot vai negribot, nākas saskarties ikvienam, tāpēc viedoklis ir visiem. Diemžēl, salīdzinot ar citām Eiropas Savienības valstīm, Latvijā sabiedrība veselības aprūpes sistēmas kvalitāti vērtē kā zemu. Iemesli, kāpēc sabiedrību neapmierina pašlaik esošā veselības aprūpes sistēma, ir vairāki, tomēr par vienu no galvenajiem var uzskatīt veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības trūkumu un augsto pacientu līdzmaksājumu apjomu, it īpaši iedzīvotājiem ar zemiem ienākumiem.

Jebkuras valsts veselības aprūpes sistēmas **pamatprincipi**:

1. universālums,
2. piekļuve kvalitatīvai veselības aprūpei,
3. taisnīgums,
4. solidaritāte.

Latvijā veselības aprūpes kopējo **finansējumu** sastāda:

- valsts budžetā paredzētie finanšu līdzekļi;
- pacientu nodevas un 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.

Ja tiek saņemti valsts apmaksāti pakalpojumi, tad pacienti maksā pacientu iemaksas (kas ir neliela daļa no kopējām pakalpojumu izmaksām), bet lielāko daļu no pakalpojuma izmaksām sedz valsts Nacionālais veselības dienests (turpmāk tekstā - 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 cenrādīm.

#### **No valsts budžeta Latvijā nodrošināta veselības aprūpe:**

- ģimenes ārsta un viņa komandas sniegtā veselības aprūpe;
- profilaktiskā apskate pie ģimenes ārsta vienreiz gadā (ja pacients gada laikā nav vērsies pie ārsta saistībā ar saslimšanu);
- krūts, dzemdes un zarnu vēža profilaktiskās pārbaudes;
- speciālistu sniegtā veselības aprūpe;
- izmeklējumi ar ģimenes ārsta vai speciālista nosūtījumu;
- medicīniskā palīdzība steidzamās medicīniskās palīdzības punktos;
- dienas stacionārā sniegtie veselības aprūpes pakalpojumi;
- veselības aprūpe diennakts stacionārā;
- veselības aprūpe mājās;
- neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādes sniegtā palīdzībā;
- medicīniskā rehabilitācija;
- kompensējamās zāles un medicīnas ierīces.

Lai saņemtu valsts apmaksātus pakalpojumus, jāvēršas ārstniecības iestādē, kas sniedz valsts apmaksātus pakalpojumus. No veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai paredzētajiem valsts budžeta līdzekļiem **nemaksā par:**

1. pakalpojumiem, kuri nav veselības aprūpes pakalpojumi, tai skaitā neapmaksā personas vai tās pavadošās personas transporta un uzturēšanās izdevumus, kas saistīti ar pārvietošanos, lai saņemtu veselības aprūpes pakalpojumu;
2. veselības aprūpes pakalpojumiem, kuri saņemti bez tāda ārsta nosūtījuma, kuram ir tiesības nosūtīt valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai, izņemot neatliekamo medicīnisko palīdzību, kuru sniedz līgumattiecībās ar dienestu esoša ārstniecības iestāde, un citos šajos noteikumos minētajos gadījumos;

3. sekundārās veselības aprūpes pakalpojumiem, ja persona rakstiski atteikusies no gaidīšanas uz plānveida veselības aprūpes pakalpojumu un pati vai trešā persona veikusi maksājumus par attiecīgo veselības aprūpes pakalpojumu;
4. tādu personu stacionāru ārstēšanu, kuru slimību vai traumu var ārstēt ambulatori;
5. tādiem pašiem vai informatīvi līdzvērtīgiem izmeklējumiem sekundārajā veselības aprūpē, kuri atkārtoti veikti mēneša laikā no dienas, kad veikts izmeklējums ar ģimenes ārsta vai speciālista nosūtījumu, izņemot gadījumus, ja personai sniedz neatliekamo medicīnisko palīdzību līgumattiecībās ar dienestu esošā ārstniecības iestādē.

### **Pacienta iemaksas**

*Pacienta iemaksas* ir maksājums, kuru pacients veic, saņemot valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus. Pacienta iemaksu apmērs:

<b>Ārsta apmeklējums</b>	
Ģimenes ārsta apmeklējums	<b>1,42 eiro</b>
Ārsta speciālista apmeklējums	<b>4,27 eiro</b>
<b>Ģimenes ārsta mājas vizīte</b>	
<p>Ģimenes ārsta mājas vizīte pacientiem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vecākiem par 80 gadiem;</li> <li>• pacientiem ar gripas saslimšanu gripas epidēmijas laikā;</li> <li>• ja pēc ārsta iniciatīvas veikta mājas vizīte pie pacienta pēc Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta izsaukuma.</li> </ul> <p>Pārējiem iedzīvotājiem ģimenes ārsta mājas vizīte ir maksas pakalpojums atbilstoši ārstniecības iestādes vai ģimenes ārsta prakses apstiprinātam maksas pakalpojumu cenrādim.</p>	<b>2,85 eiro</b>
<b>Ārstēšanās dienas stacionārā</b>	
Par ārstēšanos dienas stacionārā (par katru dienu)	<b>7,11 eiro</b>

Par ambulatori un dienas stacionārā veiktajām operācijām (par katru veikto operāciju)	<b>4,27 eiro</b>
<b>Ārstēšanās slimnīcā</b>	
Par ārstēšanos slimnīcā (sākot ar otro dienu)	<b>10 eiro</b>
Par medicīnisko rehabilitāciju stacionārā (sākot ar otro dienu)	<b>10 eiro</b>
Par ārstēšanos aprūpes slimnīcās, slimnīcu aprūpes nodaļās un gultās	<b>7,11 eiro</b>
Par ārstēšanos ar onkoloģijas un onkohematoloģijas diagnozēm	<b>7,11 eiro</b>
Par ārstēšanos no alkohola, narkotisko, psihotropo un toksisko vielu atkarības	<b>7,11 eiro</b>

Līdzmaksājums par ķirurģisku operāciju. Ārstniecības iestādes var iekasēt šo līdzmaksājumu ne vairāk kā **31 eiro** par vienā stacionēšanās reizē operāciju zālē veiktajām ķirurģiskajām manipulācijām. Kopējā pacientu iemaksu summa, ko maksā pacients par katru ārstēšanās gadījumu slimnīcā nedrīkst pārsniegt **355,72 eiro**.

#### **Atbrīvojumi no pacienta iemaksu un līdzmaksājumu veikšanas.**

Vairākas iedzīvotāju grupas ir ***atbrīvotas no pacienta iemaksu un līdzmaksājumu veikšanas***. Pacienta iemaksas un līdzmaksājumu par ķirurģiskajām operācijām **neveic**:

- bērni vecumā līdz 18 gadiem;
- grūtnieces un sievietes pēcdzemdību periodā līdz 42 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;
- I grupas invalīdi;
- tuberkulozes slimnieki un pacienti, kuriem veic izmeklējumus tuber-kulozes noteikšanai;
- psihiski slimas personas, saņemot psihiatrisko ārstēšanu;

- pacienti, saņemot hroniskās hemodialīzes, hemodiafiltrācijas un peritoneālās dialīzes procedūras visā ārstniecības procesa laikā;
- personas, kuras saņem veselības aprūpes pakalpojumus infekcijas slimību gadījumos (piemēram, difterija, garais klepus, kašķis, laima slimība, leģionāru slimība, leptospiroze, lepra, trakumsērga, vējbakas u.c.);
- pacienti, saņemot ilgstošu plaušu mākslīgo ventilāciju mājas apstākļos;
- orgānu donori;
- personas, kuras saņem veselības aprūpi mājās vai paliatīvo veselības aprūpi stacionārajās ārstniecības iestādēs paliatīvās aprūpes pakalpojumu programmā, kā arī paliatīvo veselības aprūpi, ko sniedz ģimenes ārsts mājās vizītes laikā;
- 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;
- personas, kurām neatliekamo medicīnisko palīdzību sniedz neatliekamās medicīniskās palīdzības (ātrās palīdzības) brigādes;
- personas, kuras saņem pakalpojumus ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijās, kas reģistrētas Sociālo pakalpojumu sniedzēju reģistrā, ārstniecības iestādē uzrādot dokumentu, kas apliecina minēto faktu;
- visi iedzīvotāji, kuriem veic profilaktiskās apskates un izmeklējumus (bērnu profilaktiskā veselības aprūpe, vēža profilakse) normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā;
- visi iedzīvotāji, kuriem veic vakcināciju vakcinācijas kalendāra ietvaros, pasīvo imūnterapiju, kā arī vakcināciju pret gripu atbilstoši noteikumiem par ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtību;
- ja viena kalendārā gada laikā veiktās pacientu iemaksas sasniegušas 569,15 eiro (līdzmaksājumi par operācijām netiek ieskaitīti) un pacients, uzrādot maksājumus apliecinošus dokumentus, ir saņēmis atbrīvojumu kādā no Nacionālā veselības dienesta teritoriālajām nodaļām. Pacienta iemaksu kopsummā tiek ņemtas vērā veiktās iemaksas par valsts apmaksājamiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kas saņemti ārstu praksēs, veselības centros un slimnīcās, ieskaitot pacienta iemaksas par diagnostiskajiem izmeklējumiem ambulatori un dienas stacionārā, kā arī apdrošinātāja segtās pacienta iemaksas. Ja pacienta iemaksu kopsomma, kas veikta kalendāra gada laikā, ir sasniegusi 569,15 eiro, iedzīvotājam ir jāvēršas kādā no NVD teritoriālajām nodaļām ar iesniegumu un jāuzrāda maksājumu dokumentu oriģināli (kases čeki, stingrās

uzskaites kvītis). NVD teritoriālās nodaļas pārbauda iesniegtos dokumentus un izsniedz izziņu par atbrīvojumu no pacienta iemaksu veikšanas līdz kalendārā gada beigām. Izsniegtā izziņa iedzīvotājam jāuzrāda, saņemot valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus.

### **Primārā aprūpe**

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/](http://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 izvēlēta 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 nepieņemt 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 *tiesās 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.

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 cenrādī jeb pilnu ārsta noteikto maksu.

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.

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.

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, izklausā 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 pārbažu 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 67 gadiem (reizi 3 gados), savukārt krūts vēža pārbaudei (ar mamogrāfijas metodi) sievietēm vecumā no 50 līdz 68 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. Pacienta iemaksa par ginekologa apmeklējumu ir 4,27 eiro. Mamogrāfijas izmeklējumu ir iespējams veikt ar ģimenes ārsta vai ārsta-speciālista nosūtījumu, veicot pacienta iemaksu 2,85 eiro apmērā.

Valsts apmaksātu zarnu vēža profilaktisko pārbaudi reizi gadā var veikt sievietes un vīrieši 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 jāvērsas 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.



## Neatliekamā medicīniskās palīdzības dienesta palīdzība

Jebkurā veselības pasliktināšanās gadījumā cilvēkam būtu jāvērsas pie ārsta. Tomēr ir brīži, kad veselība negaidīti apmet kūleni un palīdzēt sākotnējā stāvokļa atgūšanā var tikai kvalificēts neatliekamās medicīniskās palīdzības (NMP) mediķis. **Neatliekamā medicīniskās palīdzības dienesta palīdzība** jālūdz gadījumos, kad pēkšņi un negaidīti radušies dzīvību un veselību apdraudoši traucējumi, kad parādību spektrs ietver objektīvus simptomus. Piemēram, ja cilvēkam ir samaņas un apziņas traucējumi, straujas un pēkšņas hemodinamikas (asinsspiediena) svārstības, sirdsdarbības traucējumi ar pēkšņām ritma un frekvences izmaiņām vai sāpēm, objektīvi elpošanas traucējumi, elpas trūkums, pēkšņas asas sāpes vēderā u.c., taču šos objektīvos sindromus ārstniecības persona var noteikt tikai klātienē, nevis pa tālruni. Dzīvībai kritiskos gadījumos jāzvana Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestam **113**. Ir gadījumi, kad par NMP sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem būs jāmaksā pēc iestādes noteiktā tarifa. Ministru kabineta noteikumos Nr.1529 „Veselības aprūpes organizācijas un finansēšanas kārtība” ir uzskaitīti tie gadījumi, kad šī palīdzība tiek definēta kā neatliekama un veselībai, dzīvībai bīstama. NMP brigāde neatliekamo medicīnisko palīdzību cietušajam (saslimušajam) sniedz notikuma vietā, kā arī transportēšanas laikā uz ārstniecības iestādi šādos gadījumos:

- nelaiemes gadījumi, avārijas, katastrofas, smagas mehāniskās, termiskās, ķīmiskās un kombinētās traumas, elektrotraumas, svešķermeņi elpošanas ceļos, slīkšana, smakšana, saindēšanās;
- pēkšņa saslimšana vai trauma sabiedriskā vietā;
- pēkšņa saslimšana vai hronisku slimību paasināšanās, kas apdraud pacienta dzīvību;
- sirds un asinsvadu saslimšana, kurai raksturīgas sāpes, smakšanas lēkmes vai aizdusa, auksti sviedri, sirdsdarbības ritma traucējumi, samaņas zudums;
- perifēro asinsvadu saslimšana, kurai raksturīgas pēkšņas sāpes rokās vai kājās, roku vai kāju aukstums, bālums;
- centrālās vai perifērās nervu sistēmas saslimšanas, kurām raksturīgi pēkšņi apziņas traucējumi, krampji, ģībonis, galvas vai muguras sāpes, jušanas vai kustību traucējumi;
- kuņģa vai zarnu trakta saslimšana, kurai raksturīgas pēkšņas sāpes vēderā, vemšana, auksti sviedri, nepārtraukta caureja;
- urīnceļu saslimšana, kurai raksturīgas pēkšņas sāpes jostas un krustu apvidū vai akūti urinācijas traucējumi;
- akūti psihiskās darbības traucējumi, kuriem raksturīga agresīva rīcība vai pašnāvības mēģinājums;
- dzīvībai bīstama jebkuras izcelsmes asiņošana;

- dzīvībai bīstamas jebkuras izcelsmes alerģijas reakcijas;
- bronhiālās astmas lēkme;
- dzemdētājas nogādāšana attiecīgajā ārstniecības iestādē;
- ja veselībai un dzīvībai kritiskā stāvoklī nepieciešama pacienta neatliekama pārvešana pēc ģimenes ārsta vai speciālista nosūtījuma.

Iepriekš minētajos gadījumos NMP brigādes izbrauc nekavējoties un 75% gadījumu pilsētā nokļūst nelaimes vietā 15 minūtēs, bet lauku teritorijā 25 minūtēs. "Ātrās palīdzības" brigāde nogādā pacientu tuvākajā slimnīcā. Taču jāatceras, ka „ātrās palīdzības” mediķi neizraksta medikamentu receptes, neizsniedz darba nespējas lapas, kā arī to rīcībā nav medikamentu, izņemot tos, kuri nepieciešami tūlītējai palīdzības sniegšanai.

### **No valsts budžeta līdzekļiem apmaksāta veselības aprūpes pakalpojumu sniegšana slimnīcās**

No valsts budžeta līdzekļiem tiek apmaksāta noteiktu **veselības aprūpes pakalpojumu sniegšana slimnīcās** atbilstoši slimnīcu profiliem un pakalpojumiem, kas tiek sniegti konkrētās ārstniecības iestādes stacionārā. Tās ir dažādas operācijas, endoprotezēšana, medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi un cita veida veselības aprūpe. Noteiktus veselības aprūpes pakalpojumus iespējams saņemt ne tikai stacionārā, bet arī ārstniecības iestādes dienas stacionārā. Piemēram, atsevišķas ķirurģiskas manipulācijas, rehabilitāciju u.c. Valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai slimnīcā, pacientu var nosūtīt gan ģimenes ārsts, gan ārsts speciālists, kurš ir līgumattiecībās ar valsti. Nosūtījumam uz slimnīcu ārsts pievieno izrakstu ar veiktajiem izmeklēšanas rezultātiem, kas pamato konkrēto nosūtīšanas mērķi un pacienta veselības stāvokli. Ārsts izvērtē pakalpojuma saņemšanas steidzamību. Kopā ar pacientu izvēlas slimnīcu, kurā nodrošina pacientam nepieciešamo veselības aprūpes pakalpojumu. Ja ģimenes ārsts vai speciālists uzskata, ka pacientam nepieciešams saņemt ārstēšanos slimnīcā neatliekamā kārtā, viņš var izsniegt nosūtījumu, nevienojoties ar slimnīcu par stacionēšanas laiku. Šādā gadījumā slimnīcas uzņemšanas nodaļā veic nepieciešamos diagnostiskos izmeklējumus un atkārtoti izvērtē medicīniskās indikācijas veselības aprūpes saņemšanai neatliekamā kārtā. Ja slimnīcas uzņemšanas nodaļā konstatē, ka nav nepieciešama ārstēšana neatliekamā kārtā, ar pacientu jāvienojas par iespējamo stacionēšanas laiku un jāinformē pacienta ģimenes ārsts. Ja slimnīcas uzņemšanas nodaļā konstatē, ka pacientam nav nepieciešama ārstēšanās slimnīcā, pacientam tiek noformēts stacionēšanas atteikums. Ja pacients vērsas slimnīcā pēc savas iniciatīvas, slimnīcas uzņemšanas nodaļā veic nepieciešamos

diagnostiskos izmeklējumus, izvērtē medicīniskās indikācijas un pieņem lēmumu par veselības aprūpes sniegšanu neatliekamā kārtā. Ja slimnīcas uzņemšanas nodaļā konstatē, ka veselības aprūpe nav sniedzama neatliekamā kārtā, pacientam rakstiski jāsniedz stacionēšanas atteikums un jāinformē pacients par iespēju saņemt nepieciešamo veselības aprūpi.

No valsts budžeta līdzekļiem *tiek apmaksātas:*

- operācijas neatliekamās medicīniskās palīdzības gadījumos;
- operācijas bērniem;
- ambulatori vai dienas stacionārā veiktās operācijas;
- stacionārā veiktās operācijas noteiktās veselības aprūpes pakalpojumu programmās (piemēram, stacionārā palīdzība asinsvadu ķirurģijā, mugurkaulāja saslimšanu un traumu ķirurģiska ārstēšana u.c.);
- plānveida operācijas personai ar prognozējamu invaliditāti (atbilstoši Veselības un darbības ekspertīzes ārstu valsts komisijas apstiprinātajam personas ar prognozējamu invaliditāti individuālajam rehabilitācijas plānam) un ilgstoši slimojošām personām darbības jēgā vecumā.

Visas valsts apmaksātās operāciju manipulācijas ir ietvertas Ministru kabineta noteikumu Nr. 1529 16. pielikumā. Katrai manipulācijai ir nosaukums un kods, tomēr jāņem vērā, ka dažādiem pacientiem ar vienu un to pašu diagnozi var tikt veiktas dažādas manipulācijas un tikai konsultācijas laikā ārsts ir tiesīgs pieņemt lēmumu, kura no tām būs vispiemērotākā. To, kāda operācija pacientam ir nepieciešama, vai tā tiek apmaksāta no valsts budžeta un kurās ārstniecības iestādēs tiek veiktas šādas operācijas, ieteicams pārrunāt ar ārstējošo ārstu, kas izvērtējis pacienta veselības stāvokli un izsniedzis nosūtījumu operācijas veikšanai.

Saņemot nosūtījumu uz stacionāru, jākonsultējas ar ārstu, kurās ārstniecības iestādēs tiek veiktas šādas operācijas, kā arī savlaicīgi jānoskaidro visa cita svarīgā informācija un jāpārliedz, ka ārsta sniegtā informācija ir saprasta pareizi. Ja valsts apmaksāta pakalpojuma saņemšanai ir nepieciešams gaidīt rindā, bet pacients vēlas pakalpojumu saņemt ātrāk, pacients var vērsties citā ārstniecības iestādē, kur gaidīšanas rindas nav vai tā ir mazāka. Reizi mēnesī ārstniecības iestādes sniedz informāciju par gaidīšanas rindām valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai. Tā pieejama mājaslapas sadaļā [rindapiearsta.lv](http://rindapiearsta.lv). Detalizētāku informāciju par pierakstīšanos plānveida operācijas veikšanai var noskaidrot konkrētas ārstniecības iestādes reģistratūrā. Ja ārsts uzskata, ka pacients jāstacionē neatliekamā kārtā, viņš var izsniegt nosūtījumu bez

iepriekšējās vienošanās ar ārstniecības iestādi. Šādos gadījumos slimnīcas uzņemšanas nodaļā veic nepieciešamos izmeklējumus un atkārtoti izvērtē pacienta veselības stāvokli. Ja pacients vēršas slimnīcā pēc savas iniciatīvas, slimnīcas uzņemšanas nodaļā veic nepieciešamos diagnostiskos izmeklējumus, izvērtē medicīniskās indikācijas un pieņem lēmumu par veselības aprūpes pakalpojuma sniegšanu neatliekamā kārtā. Ja uzņemšanas nodaļā konstatē, ka aprūpi nav nepieciešams sniegt neatliekamā kārtā, slimnīca vienojas ar pacientu par iespējamo stacionēšanas laiku un informē par to pacienta ģimenes ārstu. Neatliekamās medicīniskās palīdzības brigāde nosūta pacientu veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanai slimnīcā, nogādājot pacientu tuvākajā slimnīcā, kura atbilst obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm neatliekamās palīdzības sniegšanai.

### **Steidzamās medicīniskās palīdzības punkti**

*Steidzamās medicīniskās palīdzības punktus* veselības aprūpes pakalpojumus sniedz pacientiem, kuriem ir trauma, pēkšņa saslimšana vai hroniskas slimības saasināšanās, kas prasa steidzamu ārstniecības personu iejaukšanos, un nepieciešamā palīdzība pārsniedz primārās veselības aprūpes ārsta kompetenci.

1. līmeņa steidzamās medicīniskās palīdzības punktus medicīnisko palīdzību sniedz viens ārsts ar vienu māsu vai ārsta palīgu – brīvdienās un svētku dienās: diennakti; darbdienās: 16.00-8.00 vai viens ārsta palīgs - brīvdienās un svētku dienās: diennakti; darbdienās: 16.00 – 8.00. 1. līmeņa steidzamās medicīniskās palīdzības punkti ir:

- Priekule - Priekules slimnīca. Aizputes 5, Priekules novads, LV-3434, tālr.63459115.
- Smiltene - Sarkanā Krusta Smiltenes slimnīca. Dakteru iela 14, Smiltenes novads, LV-4729, tālr.64772303.
- Saulkrasti - Saulkrastu slimnīca. Ainažu iela 34, Saulkrastu novads, LV-2160, tālr.67951275, 67952700 (janvārī, februārī, martā, aprīlī un oktobrī, novembrī, decembrī darbojas kā 1.līmeņa punkts).
- Līvāni - Līvānu slimnīca. Zaļā iela 44, Līvānu novads, LV-5316, tālr.65307603.
- Gulbene - Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība. Upes iela 1, LV-4401, tālr.64473868.
- Aizpute - Kuldīgas slimnīca. Pils iela 3, Aizputes novads, LV-3456, tālr.63448353.
- Saldus - Saldus medicīnas centrs. Slimnīcas iela 3, Saldus novads, LV-3801, tālr.63881055.

2. līmeņa steidzamās medicīniskās palīdzības punktos steidzamo medicīnisko palīdzību atbilstoši kompetencei sniedz divi ārsti (ķirurgs/traumatologs un internists vai anesteziologs–reanimatologs) un viena māsa - darbdienās, brīvdienās un svētku dienās: 8.00 – 24.00. No plkst. 24.00 līdz 8.00 medicīnisko palīdzību sniedz viens ārsts un viena māsa vai ārsta palīgs. 2. līmeņa steidzamās medicīniskās palīdzības punkti ir:

- Aizkraukle - Aizkraukles slimnīca. Bērzu iela 5, Aizkraukles novads, LV-5101, tālr.65133899, 65133873.
- Limbaži - Limbažu slimnīca. Kloštera iela 3, Limbažu novads, LV-4001, tālr.64024044.
- Ludza - Ludzas medicīnas centrs. Raiņa iela 43, Ludzas novads, LV-5701, tālr.65707094.
- Sigulda - Rīgas rajona slimnīca. Lakstīgalas iela 13, Siguldas novads, LV-2150, tālr.67972808, 26567675.
- Valka - Vidzemes slimnīca. Rūjienas iela 3, Valkas novads, LV-4701, tālr. 27036534.

3. līmeņa steidzamās medicīniskās palīdzības punktos medicīnisko palīdzību atbilstoši kompetencei sniedz trīs ārsti (ķirurgs/traumatologs, anesteziologs un internists vai anesteziologs–reanimatologs) un divas māsas vai ārstu palīgi - darbdienās, brīvdienās un svētku dienās: 8.00 – 24.00. No plkst. 24.00 līdz 8.00 medicīnisko palīdzību sniedz divi ārsti un viena māsa vai ārsta palīgs. 3. līmeņa steidzamās medicīniskās palīdzības punkti ir:

- Bauska - Bauskas slimnīca. Dārza iela 7/1, Bauskas novads, LV-3901, tālr.63924696, 63923433, 63923153.
- Saulkrasti - Saulkrastu slimnīca. Ainažu iela 34, Saulkrastu novads, LV-2160, tālr.67951275, 67952700 (maijā, jūnijā, jūlijā, augustā, septembrī darbojas kā 3.līmeņa punkts).
- Talsi - Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca. V.Ruģēna iela 7, LV-3201, tālr.63223350.

Ja pacienta atrašanās vietas tuvumā nav steidzamās medicīniskās palīdzības punkta, iespējams vērsties slimnīcas uzņemšanas nodaļā, kurā sniedz atbilstošos pakalpojumus.

### **Veselības aprūpe mājās**

Veselības aprūpe mājās ir māsu vai ārsta palīgu (feldšeru) sniegtā veselības aprūpe pacientam tā dzīvesvietā. Veselības aprūpe mājās tiek nodrošināta, lai pacients pēc operācijas vai pārciestas slimības, traumas vai

kādām manipulācijām, pēc kurām vairs nav nepieciešams uzkavēties stacionārā, varētu ātrāk doties mājās. Veselības aprūpi mājās pacienti var saņemt, ja:

- pacientam ir hroniska saslimšana un pārvietošanās traucējumi, kuru dēļ pacients nespēj ierasties ārstniecības iestādē;
- pacients ir izrakstīts no stacionārās ārstniecības iestādes vai no dienas stacionāra pēc ķirurģiskas iejaukšanās;
- pacientam (ar diagnozi I60 - Subarahnoidāls asinsizplūdums, I61 - Intracerebrāls asinsizplūdums, I63 - Smadzeņu infarkts, I64 - Insults, neprecizējot, vai tas ir asinsizplūdums vai infarkts vai I69 - Cerebrovaskulāru slimību sekas) nepieciešami medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi un to sniegšana uzsākta 6 mēnešu laikā pēc saslimšanas.

### **Onkoloģijas "zaļais koridors"**

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:

1. 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.
2. 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.

### **Valsts apmaksātus ambulatorie laboratoriskie izmeklējumi**

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.

### **Narkoloģisko slimnieku ārstēšana**

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.

### **Diabētiskās pēdas aprūpes kabineti**

**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.

### **Vakcinācija.**

Noteiktos vecumos un gadījumos iedzīvotāji var veikt valsts apmaksātu vakcināciju. Valsts apmaksā vakcināciju:

1. pret difteriju un stinguma krampjiem;
2. pret trakumsērgu pēc saskares ar dzīvniekiem vai cilvēkiem, kuri ir slimi vai tiek turēti aizdomās par saslimšanu ar trakumsērgu;
3. hemodialīzu slimniekiem pret B hepatītu;
4. 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.

Černobiļas atomelektrostacijas avārijas seku likvidēšanas dalībniekiem un Černobiļas atomelektrostacijas avārijas rezultātā cietušo personu sociālās aizsardzības likuma 14. pantā noteiktām personām izdevumus par **zobārstniecības pakalpojumiem** valsts sedz 50 % apmērā, bet izdevumus par zobu protezēšanu ar izņemamām plastmasas protēzēm pilnā apmērā.



## 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 Kompensējamo zāļu sarakstā (KZS). 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.

Zāles valsts kompensē 100%, 75% un 50% apmērā atkarībā no diagnozes. Saņemot kompensējamās zāles vai medicīniskās ierīces ar 100% kompensāciju, aptiekā pacientam jāpiemaksā **0,71** eiro par katru recepti. Šis **maksājums nav jāveic** par receptēm:

- kas izrakstītas bērniem līdz 18 gadu vecumam;
- ja zāļu aptiekas cena ir līdz 4,27 eiro;
- trūcīgajām personām.

Valsts kompensē lētākās zāles ar līdzvērtīgu efektivitāti. Ja pacientam ir izvēlētas dārgākas zāles, starpība starp lētākajām un dārgākām zālēm ir jāsedz pacientam pašam. Tāpēc pacienti aicināti pārrunāt ar ārstu un farmaceitu lētāku zāļu lietošanas iespēju. Kompensējamo zāļu un medicīnisko ierīču izrakstīšanas kārtība 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 vēlamu 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. Zāļu kompensācijas kārtību nosaka LR Ministru kabineta noteikumi nr. 899. (31.10.2006.) "Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība".