



Laidiens: **22.11.2013., Nr. 228**

Oficiālās publikācijas Nr.: **2013/228.9**

Ministru kabineta noteikumi Nr.1268

Rīgā 2013.gada 5.novembrī (prot. Nr.58 46.§)

Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi

*Izdoti saskaņā ar Pacientu tiesību likuma
16.panta trešo daļu un 17.panta pirmo un trešo daļu*

I. Vispārīgie jautājumi

1. Noteikumi nosaka:

1.1. kārtību, kādā no Ārstniecības riska fonda pieprasa atlīdzību par pacienta dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu (turpmāk – kaitējums), kā arī atlīdzību par ārstniecības izdevumiem;

1.2. kārtību, kādā novērtē pacientam radītā kaitējuma apmēru, pieņem lēmumu par atlīdzības izmaksu un izmaksā atlīdzību no Ārstniecības riska fonda;

1.3. Ārstniecības riska fonda izveidošanas, uzkrāšanas un administrēšanas kārtību, kā arī ārstniecības riska maksājuma apmēru un maksāšanas kārtību.

2. Ārstniecības riska fonda darbību nodrošina šādas iestādes:

2.1. Veselības inspekcija (turpmāk – inspekcija), kas veic ekspertīzi, sagatavo atzinumu un nosaka kaitējuma apmēru procentos, kā arī vērtē ārstniecības izdevumu saistību ar pacientam nodarītā kaitējuma seku mazināšanu vai novēršanu;

2.2. Nacionālais veselības dienests (turpmāk – dienests), kas administrē Ārstniecības riska fonda līdzekļus un, pamatojoties uz inspekcijas atzinumu, pieņem lēmumu par atlīdzības izmaksāšanu vai par atteikumu to izmaksāt, kā arī izmaksā atlīdzību no Ārstniecības riska fonda.

II. Kārtība, kādā pieprasa atlīdzību no Ārstniecības riska fonda

3. Pacients, kas saskaņā ar Pacientu tiesību likuma 16.panta pirmo daļu ir tiesīgs prasīt atlīdzību no Ārstniecības riska fonda (turpmāk – iesniedzējs), ievērojot Pacientu tiesību likuma 16.panta piektajā daļā paredzētos atlīdzības prasījuma termiņus, aizpilda un iesniedz dienestā atlīdzības prasījuma iesniegumu atbilstoši šo noteikumu 1.pielikumam.

4. Iesniedzējs atlīdzības prasījuma iesniegumam pievieno ārstniecības izdevumus apliecinošus attaisnojuma dokumentus, kas apliecina izmaksas par ārstniecības personas sniegtajām konsultācijām, medicīniskajām manipulācijām, diagnostiskiem un laboratoriskiem izmeklējumiem, zāļu un medicīnisko ierīču iegādi un medicīnisko rehabilitāciju (čēkus, kvītis, rēķinus), un medicīnas dokumentus, kas pamato sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus (ārstniecības iestādes izraksts/epikrīze vai ārsta speciālista (konsultanta) atzinums).

III. Kārtība, kādā novērtē atlīdzības prasījumu, kā arī lēmuma pieņemšanas un atlīdzības izmaksas kārtība

5. Dienests, saņemot iesniedzēja atlīdzības prasījuma iesniegumu, izvērtē tajā iekļauto informāciju un pievienotos dokumentus (ārstniecības izdevumus apliecinošus attaisnojuma dokumentus). Ja dienests konstatē, ka atlīdzības prasījuma iesniegums ir nepilnīgs, tas piecu darbdienu laikā pēc atlīdzības prasījuma iesnieguma saņemšanas rakstiski pieprasa iesniedzējam mēneša laikā iesniegt papildu informāciju.

6. Dienests, izvērtējot atlīdzības prasījuma iesniegumu, kopā ar pievienotiem dokumentiem nosūta to inspekcijai ekspertīzes veikšanai un atzinuma sniegšanai, kā arī informē par to ārstniecības iestādi, par kuru ir saņemts atlīdzības prasījuma iesniegums, vai pieņem vienu no šādiem lēmumiem:

6.1. atteikt izmaksāt atlīdzību par kaitējumu, ja atlīdzības prasījuma iesniegumā nav iekļauta visa nepieciešamā informācija un iesniedzējs attiecīgo informāciju nav iesniedzis arī pēc dienesta pieprasījuma;

6.2. atteikt izmaksāt atlīdzību par ārstniecības izdevumiem, ja atlīdzības prasījuma iesniegumam nav pievienoti ārstniecības izdevumus apliecināši attaisnojuma dokumenti un iesniedzējs attiecīgos dokumentus nav iesniedzis arī pēc dienesta pieprasījuma;

6.3. atteikt izmaksāt atlīdzību, ja nav ievēroti Pacientu tiesību likuma 16.panta piektajā daļā norādītie atlīdzības prasījuma termiņi.

7. Inspekcija, saņemot no dienesta atlīdzības prasījuma iesniegumu:

7.1. veic pacienta medicīnisko dokumentu ekspertīzi;

7.2. konstatē kaitējuma esību vai neesību;

7.3. konstatē šo noteikumu 12.punktā minēto apstākļu esību vai neesību;

7.4. atbilstoši šo noteikumu 2.pielikumam nosaka kaitējuma sekas un apmēru, izteiktu procentos, ņemot vērā veselības stāvokli, kas bijis līdz kaitējuma nodarīšanas brīdim, ja tā konstatē kaitējumu.

8. Inspekcija, veicot šo noteikumu 7.punktā minētās darbības, ir tiesīga:

8.1. pieprasīt un saņemt no ārstniecības iestādēm pacienta medicīniskos dokumentus;

8.2. pieaicināt citas ārstniecības personas, tai skaitā ārstniecības personu profesionālo asociāciju pārstāvjus un galvenos speciālistus;

8.3. pieprasīt, lai komisija (ne mazāk kā triju ārstniecības personu sastāvā, ja nepieciešams, pieaicinot speciālistus no citām ārstniecības iestādēm), ko izveidojis tās ārstniecības iestādes vadītājs, par kuru ir saņemts atlīdzības prasījuma iesniegums, veiktu izvērtējumu un sniegtu inspekcijai viedokli par kaitējuma esību vai neesību un kaitējuma apmēru.

9. Kaitējuma (arī morālā kaitējuma) smaguma pakāpi procentos inspekcija nosaka atbilstoši šo noteikumu 2.pielikumam, ņemot vērā šādus kritērijus:

- 9.1. veselības stāvoklis, slimības raksturs un smagums ārstniecības procesa sākumā;
- 9.2. slimības paredzamā norises gaita, veicot atbilstošu ārstēšanu, un cēloņsakarība starp ārstniecības personas darbību vai bezdarbību un ārstniecības rezultātā radušos kaitējumu;
- 9.3. pacienta līdzdalība (līdzestība) savas veselības aprūpē, tās nozīme un ietekme uz ārstniecības procesa norisi;
- 9.4. kaitējuma smagums kopsakarā ar nepieciešamās ārstēšanās ilgumu un ārstēšanās izdevumiem;
- 9.5. ārstniecības procesā radušies neparedzami veselības traucējumi, kas ir vai nav saistāmi ar konkrētās saslimšanas ārstēšanu, ārstniecības personas darbību vai bezdarbību;
- 9.6. ārstniecības personas ieguldījums pacienta veselības stāvokļa uzlabošanā, atjaunošanā;
- 9.7. apstākļi un vide ārstniecības iestādē;
- 9.8. cik pilnīgi un pienācīgi ārstniecības persona veica savus pienākumus pacienta ārstēšanas laikā;
- 9.9. vai ārstniecības iestādei ir bijuši pieejami visi nepieciešamie resursi, lai novērstu kaitējuma rašanās cēloni;
- 9.10. ārstniecības personas darbības atbilstība Ārstniecības likuma 9.¹ panta pirmajai daļai.
10. Pēc šo noteikumu 7., 8. un 9.punktā minēto pasākumu veikšanas inspekcija nosūta dienestam atzinumu. Atzinumā norāda:
- 10.1. kaitējuma esību vai neesību;
- 10.2. kaitējuma apmēru, izteiktu procentos;
- 10.3. vai ir konstatēts kāds no šo noteikumu 12.punktā minētajiem apstākļiem.
11. Dienests Pacientu tiesību likuma 16.panta sestajā daļā noteiktajos termiņos pieņem lēmumu par atlīdzības izmaksāšanu vai par atteikumu izmaksāt atlīdzību. Lēmumu dienests Paziņošanas likumā noteiktajā kārtībā paziņo iesniedzējam.
12. Dienests pieņem lēmumu par atteikumu izmaksāt atlīdzību, ja ir viens no šādiem apstākļiem:
- 12.1. nav konstatēta cēloņsakarība starp kaitējumu un ārstniecības personas veikto darbību vai bezdarbību ārstniecības procesā;
- 12.2. orgānu vai audu anatomisks bojājums vai funkciju traucējums ir saistīts ar veikto ārstniecību, taču nav radies ārstniecības personas neprofesionālas rīcības dēļ;
- 12.3. pacients ar apzinātu rīcību ir veicinājis kaitējuma rašanos vai tā apmēra palielināšanos un ir kavējis ārstniecības personu sniegt nepieciešamos ārstniecības pakalpojumus;
- 12.4. pacients ir atteicies no ārstniecības;
- 12.5. attiecībā uz ārstniecības izdevumiem –, ja nav konstatēta cēloņsakarība starp kaitējumu un iesniegtajiem ārstniecības izdevumus apliecinošiem attaisnojuma dokumentiem.
13. Pieņemot lēmumu par atlīdzības izmaksāšanu, izmaksājamās atlīdzības apmēru par kaitējumu dienests aprēķina, izmantojot šādu formulu:

$$KA = \frac{K \times a}{100}, \text{ kur}$$

KA – izmaksājamās atlīdzības apmērs par kaitējumu (arī par morālo kaitējumu), izteikts *euro*;

K – kaitējuma apmērs, izteikts procentos saskaņā ar šo noteikumu 2.pielikumu, ņemot vērā šo noteikumu 9.punktā noteiktos kritērijus;

a – maksimālā atlīdzības summa par kaitējumu, izteikta *euro* atbilstoši Pacientu tiesību likuma 16.panta otrās daļas 1.punktam.

14. Atlīdzības izmaksu par kaitējumu un ārstniecības izdevumiem dienests nodrošina 90 darbdienu laikā pēc lēmuma par atlīdzības izmaksāšanu spēkā stāšanās dienas, pārskaitot atlīdzību uz iesniedzēja norādīto bankas kontu kredītiestādē vai pasta norēķinu sistēmas kontu.

15. Pacienta nāves gadījumā atlīdzību izmaksā pacienta mantiniekam proporcionāli mantojuma daļai, ja ir iesniegts atlīdzības prasījuma iesniegums un mantojuma apliecība, kas apliecina mantinieka tiesības uz visu mantojumu vai noteiktu tā daļu.

16. Nepilngadīga pacienta nāves gadījumā atlīdzību izmaksā viņa likumiskajam pārstāvim, ja ir iesniegts atlīdzības prasījuma iesniegums un pacienta miršanas apliecība.

IV. Ārstniecības riska fonda izveidošanas, uzkrāšanas un administrēšanas kārtība, kā arī riska maksājuma apmēra noteikšanas un maksāšanas kārtība

17. Ārstniecības riska fondu veido Pacientu tiesību likuma 17.panta pirmajā daļā minētie finanšu līdzekļi, kas uzkrāti šajos noteikumos noteiktajā kārtībā.

18. Dienests saskaņā ar šiem noteikumiem aprēķina gada riska maksājuma apmēru par ārstniecības iestādē strādājošām ārstniecības personām un reizi gadā (līdz kārtējā gada 31.martam) nosūta ārstniecības iestādei attiecīgu rēķinu.

19. Lai Ārstniecības riska fonda kārtējā gadā neizlietotos līdzekļus varētu izmantot nākamajā gadā, Veselības ministrija budžeta un finanšu jomu regulējošajos normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā sagatavo priekšlikumu apropriācijas palielinājumam – ieņēmumu no maksas pakalpojumiem un citu pašu ieņēmumu atlikuma izmantošanai.

20. Ārstniecības iestāde maksājumus Ārstniecības riska fondā veic reizi ceturksnī vienas ceturtdaļas apmērā no gada riska maksājuma summas, rēķinā norādītajā termiņā ieskaitot attiecīgo summu dienestam Valsts kasē atvērtajā attiecīgās pamatbudžeta apakšprogrammas izdevumu kontā. Riska maksājumu var samaksāt arī avansa veidā.

21. Dienestam ir tiesības vērsties ar piedziņu pret ārstniecības iestādi, ja tā nav veikusi riska maksājumu vispār vai nav veikusi maksājumu rēķinā norādītajā apmērā vai termiņā.

22. Ja kaitējumu nodarījusi ārstniecības persona, kura strādā ārstniecības iestādē, kas nav veikusi riska maksājumu vispār vai nav veikusi maksājumu rēķinā norādītajā apmērā vai termiņā, dienests Civilprocesa likumā noteiktajā kārtībā no attiecīgās ārstniecības iestādes regresa kārtībā piedzen visu pacientam izmaksātās atlīdzības summu.

23. Aprēķinot gada riska maksājuma apmēru ārstniecības iestādei un sagatavojot rēķinu, dienests ņem vērā:

23.1. ārstniecības personu dalījumu riska grupās atbilstoši šo noteikumu 3.pielikumam;

23.2. Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā pieejamo informāciju par ārstniecības personu darba vietu (pamatdarbs, blakus darbs) skaitu uz iepriekšējā gada 1.novembri.

24. Vidējo riska maksājuma apmēru par vienu ārstniecības personu dienests aprēķina, izmantojot šādu formulu:

$$M = A \times S/P, \text{ kur}$$

A – maksimālā atlīdzības summa par kaitējumu, izteikta *euro* atbilstoši Pacientu tiesību likuma 16.panta otrajai daļai;

S – prognozējamais pieprasāmo pamatoto atlīdzību skaits gadā;

P – riska apjoms visās ārstniecības iestādēs strādājošo ārstniecības personu darba vietu skaitam, ņemot vērā ārstniecības personu sadalījumu riska grupās.

25. Riska apjomu visās ārstniecības iestādēs strādājošo ārstniecības personu darba vietu skaitam aprēķina, izmantojot šādu formulu:

$$P = (D1 \times K1) + (D2 \times K2) + (D3 \times K3) + (D4 \times K4) + (D5 \times K5) + (D6 \times K6), \text{ kur}$$

P – riska apjoms gadā visās ārstniecības iestādēs strādājošo ārstniecības personu darba vietu skaitam, ņemot vērā ārstniecības personu sadalījumu riska grupās;

D1 – ārstniecības personu darba vietu skaits, kas ietilpst pirmajā riska grupā (otrajā riska grupā D2, trešajā riska grupā D3, ceturtajā riska grupā D4, piektajā riska grupā D5 un sestajā riska grupā D6) atbilstoši šo noteikumu 3.pielikumam;

K1 – riska koeficients pirmajai ārstniecības personu riska grupai (K2 – otrajai riska grupai, K3 – trešajai riska grupai, K4 – ceturtajai riska grupai, K5 – piektajai riska grupai un K6 – sestajai riska grupai) atbilstoši šo noteikumu 3.pielikumam.

26. Dienests gada riska maksājumu par tajā strādājošajām ārstniecības personām ārstniecības iestādei aprēķina, izmantojot šādu formulu:

$$R_m = (M \times D1 \times K1) + (M \times D2 \times K2) + (M \times D3 \times K3) + (M \times D4 \times K4) + (M \times D5 \times K5) + (M \times D6 \times K6), \text{ kur}$$

M – vidējais riska maksājuma apmērs par vienu ārstniecības personu;

D1 – ārstniecības personu darba vietu skaits, kas ietilpst pirmajā riska grupā (otrajā riska grupā D2, trešajā riska grupā D3, ceturtajā riska grupā D4, piektajā riska grupā D5 un sestajā riska grupā D6) atbilstoši šo noteikumu 3.pielikumam;

K1 – riska koeficients pirmajai ārstniecības personu riska grupai (K2 – otrajai riska grupai, K3 – trešajai riska grupai, K4 – ceturtajai riska grupai, K5 – piektajai riska grupai un K6 – sestajai riska grupai) atbilstoši šo noteikumu 3.pielikumam.

27. Saskaņā ar šiem noteikumiem aprēķināto un ārstniecības iestādes samaksāto riska maksājumu nepārrēķina un attiecina uz visām attiecīgās ārstniecības iestādes ārstniecības personām neatkarīgi no to dalījuma pa riska grupām vai skaita izmaiņām kalendāra gada laikā.

28. Ārstniecības iestāde mēneša laikā pēc tās reģistrēšanas Ārstniecības iestāžu reģistrā paziņo dienestam datumu, ar kuru tā uzsāk veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu. Šādā gadījumā dienests divu nedēļu laikā aprēķina riska maksājuma apmēru kārtējā gada atlikušajam periodam, sākot no paziņojumā norādītā datuma, atbilstoši Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā pieejamai informācijai par ārstniecības personu darba vietu skaitu uz to brīdi, kad ārstniecības iestāde ir uzsākusi veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, un dalījumam riska grupās un nosūta rēķinu ārstniecības iestādei.