



Laidiens: 18.08.2010., Nr. 130

R

Grozījumi Ministru kabineta 2006.gada 19.decembra noteikumos Nr.1046 "Veselības aprūpes organizēšanas un

Izdoti saskaņā ar

1. Izdarīt Ministru kabineta 2006.gada 19.decembra noteikumos Nr.1046 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" (Latvijas Vēstnesis, 2006, 208.nr.; 2007, 144.nr.; 2008, 104., 157., 183., 206.nr.; 2010, 16., 65., 89.nr.) šādus grozījumus:

1.1. aizstāt 7.⁵ punktā skaitļus un vārdus "10.17. un 10.18.apakšpunktā" ar skaitļiem un vārdiem "10.17., 10.18. un 10.19.apakšpunktā";

1.2. izteikt 10.10.apakšpunktu šādā redakcijā:

"10.10. personas, kas ir sociālo pakalpojumu reģistrā reģistrētu valsts vai pašvaldības ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūciju klienti, vai personas, kur reģistrā reģistrēto sociālo pakalpojumu sniedzēju ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijās apmaksā valsts vai pašvaldība, ārstniecības iestādē, uzrādot faktu";

1.3. izteikt 10.18.apakšpunktu šādā redakcijā:

"10.18. atsevišķi dzīvojošas personas vai ģimenes, kas sastāv no laulātajiem, personām, kurām ir kopēji izdevumi par uzturu un kuras mitinās vienā mājoklī, ja ienākumi uz kā laika pēc nodokļu samaksas nepārsniedza 120 latu mēnesi un ja tām nav piešķirts trūcīgas personas (ģimenes) statuss, un minēto faktu apliecina pašvaldības sociālā dienesta

1.4. papildināt noteikumus ar 10.19.apakšpunktu šādā redakcijā:

"10.19. Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta darbinieki.";

1.5. izteikt 14.22.1.apakšpunktu šādā redakcijā:

"14.22.1. psihiatra mājas vizītes pie psihiatriska profila pacientiem, kuri veselības stāvokļa dēļ nevar apmeklēt ārstniecības iestādi";

1.6. papildināt 14.37.2.apakšpunktu aiz vārda "saslimšanu" ar vārdu "stacionāru";

1.7. papildināt noteikumus ar 14.37.2.¹ apakšpunktu šādā redakcijā:

"14.37.2.¹ ambulatori veiktu traumu seku, kaulu un locītavu saslimšanu ārstēšanu";

1.8. izteikt 14.40.apakšpunktu šādā redakcijā:

"14.40. par konservatīvu miomektomiju, izņemot gadījumus, ja konstatēta asiņošana vai tiek traucēta blakusorgānu darbība";

1.9. svītrot 18.¹ punktu;

1.10. izteikt 44.1.apakšpunktu šādā redakcijā:

"44.1. ģimenes ārsta pacientu pieņemšanas laiks – ne mazāk par 20 stundām nedēļā";

1.11. papildināt noteikumus ar 44.1.¹ apakšpunktu šādā redakcijā:

"44.1.¹ māsas vai ārsta palīga pacientu patstāvīgais pieņemšanas laiks – ne mazāk par 10 stundām nedēļā";

1.12. papildināt 44.6.apakšpunktu aiz vārda "laikā" ar teikumu šādā redakcijā:

"Lai pakalpojumu nodrošinātu piecu darbdienu laikā, ģimenes ārsts, ja nepieciešams, pagarina pacientu pieņemšanas laiku";

1.13. izteikt 54.2.apakšpunktu šādā redakcijā:

"54.2. ja ārstniecības iestāde, kurā strādā māsa vai ārsta palīgs (feldšeris), kas nodrošina veselības aprūpi mājās, ir iesniegusi centrā rakstisku iesniegumu, izsakot vēlmi būt līguma veselības aprūpi mājās, kā arī norādījusi šādas ziņas – ārstniecības iestādes nosaukums, reģistrācijas numurs, juridiskā adrese, kontakttālrunis, ārstniecības personas vārds, uzvārds, numurs, teritorija, kurā veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs vēlas sniegt veselības aprūpi mājās, atbilstoši šo noteikumu 57.punktā minētajam iedalījumam";

1.14. papildināt noteikumus ar 55.² punktu šādā redakcijā:

"55.² Ja ģimenes ārsts pārtrauc līgumattiecības ar centru, centru, neievērojot gaidīšanas saraksta hronoloģisko secību, piedāvā iespēju pārņemt attiecīgo praksi ģimenes ārstam, kuram ir vairāk nekā 12 mēnešus nepārtraukti aizvietojis līgumattiecības pārtraukušo ģimenes ārstu";

1.15. aizstāt 85.punktā vārdus "veselības ministra apstiprināto pacientu hospitalizācijas kārtību" ar vārdiem "hospitalizācijas plānu, ko atbilstoši Veselības ministrijas instrukcijas medicīniskās palīdzības dienests";

1.16. papildināt noteikumus ar 97.3.apakšpunktu šādā redakcijā:

"97.3. samaksa par veselības aprūpes pakalpojumiem, kas sniegti šo noteikumu 7.⁶ punktā, 10.17. un 10.18.apakšpunktā minētajām personām, atbilstoši faktisko gultasdienu samaksas 3.punktā noteiktajam gultasdienas tarifam un veikto manipulāciju tarifiem, kas šo noteikumu 18.pielikumā atzīmētas ar zvaigznīti (*)";

1.17. izteikt 114.3.apakšpunktu šādā redakcijā:

"114.3. pēc ārstniecības iestādes vadītāja pilnvarotas ārstniecības personas pieprasījuma, ja uz ES, EEZ dalībvalsts vai Šveices ārstniecības iestādi dzīvībai kritiskā stāvoklī nekurš šo noteikumu XI nodaļā noteiktajā kārtībā ir saņēmis E 112 vai S 2 veidlapu. Pārvešanas izdevumus šajā gadījumā sedz Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests.”;

1.18. svītrot 128.¹ punkta ievaddaļā vārdus "saskaņojot to ar Veselības ministriju”;

1.19. aizstāt 130.2.1.3.apakšpunktā vārdus "pašvaldības sabiedrībai ar ierobežotu atbildību "Ventspils slimnīca"" ar vārdiem "sabiedrībai ar ierobežotu atbildību "Ziemeļkurzer

1.20. svītrot 130.¹ un 130.² punktu;

1.21. izteikt 130.³ 4.apakšpunktu šādā redakcijā:

"130.³ 4. pacientu iemaksu par līguma ietvaros ārstētiem pacientiem, kas pilnībā vai daļēji atbrīvoti no pacienta iemaksas, kā arī šo noteikumu 7.⁵ punktā minēto līdzmaksāju noteiktā līguma finanšu apmēra”;

1.22. papildināt noteikumus ar 130.⁹ punktu šādā redakcijā:

"130.⁹ Ja kārtējā gada laikā kopējais finansējuma apmērs veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai ir palielināts, centrs pārskata līgumos ar pakalpojumu sniedzējiem plānoto ievērojot šādus nosacījumus:

130.⁹ 1. līdzekļi tiek sadalīti, novirzot no kopējā finanšu apjoma palielinājuma summas ambulatorajai veselības aprūpei 25 %, bet stacionārajai veselības aprūpei 75 %;

130.⁹ 2. ja faktiski veiktā pacientu iemaksu kompensācija pārsniedz plānoto, papildu finanšu līdzekļus novirza pacientu iemaksu kompensācijai par šo noteikumu 10.punktā (ī minētajām personām sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem un 11.punktā minētajiem gadījumiem tiem sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedz piemaksu par uzņemšanas nodaļas darbību, plānoto finanšu līdzekļu apmēru palielinot par summu, kas atbilst starpībai starp pirmajā pusgadā faktiski veikto pacientu iemaks pusgadam plānoto finanšu līdzekļu apmēru pacientu iemaksu kompensācijai, piemērojot koeficientu 2,0;

130.⁹ 3. atbilstoši atlikušajai summai finanšu līdzekļus novirza veselības aprūpes mājās un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, kuri veselība: pārsniedzot līgumā noteikto finanšu apmēru pirmajam pusgadam vismaz par 5 %, šādos pakalpojumu veidos un kārtībā:

130.⁹ 3.1. mājās sniegto veselības aprūpes pakalpojumu (šo noteikumu XII ¹ nodaļa), dienas stacionārā sniegto veselības aprūpes pakalpojumu (šo noteikumu 81.punkts), labc pieejamības speciālistu (šo noteikumu 76.2.apakšpunkts) sniegto veselības aprūpes pakalpojumu, multiplās sklerozes pacientu konsultatīvās palīdzības akciju sabiedrībā "Lat konsultatīvās palīdzības surdoloģijā bērniem Rīgas pašvaldības sabiedrībā ar ierobežotu atbildību "Veselības centrs "Bīķernieki", ambulatorās veselības aprūpes valsts sabiedu Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca" pacientiem, kuriem veikta nieru vai aknu transplantācija, ģenētisko slimnieku konsultēšanas valsts sabiedrībā ar ierobežotu atbildību un tiesu psihiatrisko ekspertīžu tiesu ekspertīzes iestādēs apmaksai plānoto summu palielina par pārsniegto apjomu, tam piemērojot koeficientu 1,0;

130.⁹ 3.2. pārējo veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai plānoto summu palielina par pārsniegto apjomu, tam piemērojot koeficientu 0,8;

130.⁹ 3.3. pārskatot līguma finanšu apjomu, centrs aprēķina nepieciešamo finanšu līdzekļu apmēru pacientu iemaksu kompensācijai par šo noteikumu 10.punktā (izņemot 10. personām sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem un 11.punktā minētajiem gadījumiem, pirmajā pusgadā līgumā noteiktā finanšu apmēra pārsniegumam piemērojot š 130.⁹ 3.2.apakšpunktā noteikto koeficientu atbilstoši pakalpojumu veidam;

130.⁹ 3.4. ja piešķirtais papildu finansējums sekundārajai ambulatorajai veselības aprūpei un veselības aprūpei mājās nav pietiekams, lai pilnībā izpildītu šo noteikumu 130.⁹ : minētos nosacījumus, vai tas pārsniedz kopējo finanšu līdzekļu apmēru, kas nepieciešams šo nosacījumu izpildei, centrs papildus piešķiramo finanšu līdzekļu apmēru propor

130.⁹ 3.5. ja aprēķina rezultātā ārstniecības iestādei finansējuma apmērs jāpalielina par summu, kas nepārsniedz 100 latu, centrs ārstniecības iestādei iepriekš noteikto finanš

130.⁹ 4. papildu finanšu līdzekļus novirza visiem stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem šādā secībā un kārtībā:

130.⁹ 4.1. ja faktiski veiktā pacientu iemaksu kompensācija pārsniedz plānoto, centrs aprēķina nepieciešamo finanšu līdzekļu apmēru pacientu iemaksu kompensācijai par šo 10.18.apakšpunktu) minētajām personām sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kā arī 11. un 11.¹ punktā minētajiem gadījumiem, palielinot plānoto finanšu līdzekļu starp pirmajā pusgadā faktiski veikto pacientu iemaksu kompensācijas apmēru un pirmajam pusgadam plānoto finanšu līdzekļu apmēru pacientu iemaksu kompensācijai, pie

130.⁹ 4.2. atbilstoši atlikušajai summai centrs proporcionāli palielina programmā "Iezīmētie pakalpojumi" un programmā "Pārējie pakalpojumi" ietilpstošo veselības aprūpes j

1.23. aizstāt 132.punktā vārdus "pašvaldības sabiedrību ar ierobežotu atbildību "Ventspils slimnīca"" ar vārdiem "sabiedrību ar ierobežotu atbildību "Ziemeļkurzemes reģionāl

1.24. svītrot 136.¹ punktā vārdus "attiecīgās izmaiņas saskaņojot ar Veselības ministriju”;

1.25. svītrot 136.² punktu;

1.26. izteikt 137.punktu šādā redakcijā:

"137. Ja veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs ilgāk par mēnesi no piedāvājuma izteikšanas dienas neparaksta centra piedāvāto līgumu, veselības aprūpes pakalpojumu sni līgumu.”;

1.27. izteikt XI nodaļu šādā redakcijā:

"XI. Latvijas Republikas sociālā nodrošinājuma sistēmai pakļauto personu veselības aprūpes pakalpojumu saņemšana ES, EEZ dalībvalstīs un Šveicē un norēķinu veselības aprūpes pakalpojumiem

181. Personas tiesības saņemt no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus citā ES dalībvalstī apliecina šādi vienota parauga dokumenti ES dalīb Eiropas Parlamenta un Padomes 2004.gada 29.aprīļa Regulu (EK) Nr.883/2004 par sociālā nodrošinājuma sistēmu koordinēšanu (turpmāk – regula Nr.883/2004) un Eiropas Pa 16.septembra Regulu (EK) Nr.987/2009, ar kuru nosaka īstenošanas kārtību Regulai (EK) Nr.883/2004 par sociālā nodrošinājuma sistēmu koordinēšanu (turpmāk – regula Nr.9

181.1. S 1 veidlapa "Apliecinājums tiesībām saņemt veselības aprūpi" (turpmāk – S 1 veidlapa), kas nodrošina personai tiesības veidlapā norādītajā valstī saņemt šajā valstī ga pakalpojumus;

181.2. S 2 veidlapa "Apliecinājums tiesībām uz plānveida ārstēšanu" (turpmāk – S 2 veidlapa), kas nodrošina tiesības saņemt veidlapā norādīto plānveida veselības aprūpes pa termiņā;

181.3. S 3 veidlapa "Apliecinājums tiesībām uz ārstēšanu pensionētam pierobežas darbiniekam valstī, kurā iepriekš bija nodarbināts" (turpmāk – S 3 veidlapa), kas nodrošina : tiesības pabeigt veidlapā norādīto ārstēšanos veidlapā norādītajā valstī;

181.4. Eiropas veselības apdrošināšanas karte (turpmāk – apdrošināšanas karte) vai Eiropas veselības apdrošināšanas karti aizvietojošais sertifikāts (turpmāk – apdrošināšana nodrošina īslaicīgas uzturēšanās laikā kādā no ES dalībvalstīm tiesības saņemt neatliekamo vai nepieciešamo medicīnisko palīdzību.

182. Personas tiesības Šveicē un trijās EEZ dalībvalstīs – Īslandē, Lihtenšteinā, Norvēģijā – saņemt no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus dokumenti, kurus izsniedz centrs, piemērojot Padomes 1971.gada 14.jūnija Regulu (EEK) Nr.1408/71 par sociālā nodrošinājuma sistēmu piemērošanu darbiniekiem un viņu ģimī (turpmāk – regula Nr.1408/71), un Padomes 1972.gada 21.marta Regulu (EEK) Nr.574/72, ar kuru nosaka īstenošanas kārtību Regulai (EEK) Nr.1408/71 par sociālā nodrošinājuma un viņu ģimenēm, kas pārvietojas Kopienā (turpmāk – regula Nr.574/72):

182.1. E 106 veidlapa "Apliecība par tādu personu tiesībām uz slimības un maternitātes pabalstiem pakalpojumu veidā, kuras dzīvo valstī, kas nav kompetentā valsts" (turpmāk – tiesības saņemt valsts garantētos veselības aprūpes pakalpojumus veidlapā norādītajā valstī);

182.2. E 109 veidlapa "Apliecība apdrošinātās personas ģimenes locekļu reģistrēšanai un uzskaitījumu atjaunināšanai" (turpmāk – E 109 veidlapa), kas nodrošina tiesības saņemt pakalpojumus veidlapā norādītajā valstī;

182.3. E 112 veidlapa "Apliecība par tiesību saglabāšanu attiecībā uz slimības un maternitātes pabalstiem, kurus patlaban piešķir" (turpmāk – E 112 veidlapa), kas nodrošina tādā plānveida veselības aprūpes pakalpojumu veidlapā norādītajā valstī un termiņā;

182.4. E 120 veidlapa "Apliecība par tiesībām saņemt pabalstus pakalpojumu veidā pensionāriem un viņu ģimenes locekļiem" (turpmāk – E 120 veidlapa), kas nodrošina tiesības saņemt pakalpojumus veidlapā norādītajā valstī;

182.5. E 121 veidlapa "Izziņa par pensionāru un viņu ģimenes locekļu reģistrāciju un sarakstu atjaunināšanu" (turpmāk – E 121 veidlapa), kas nodrošina tiesības saņemt valsts pakalpojumus veidlapā norādītajā valstī;

182.6. apdrošināšanas karte vai apdrošināšanas karti aizvietojošais sertifikāts, kas nodrošina tiesības saņemt neatliekamo vai nepieciešamo medicīnisko palīdzību īslaicīgas uzturēšanās laikā – Īslandē, Lihtenšteinā, Norvēģijā – un Šveicē.

183. Uzrādot šo noteikumu 181. un 182.punktā minētos dokumentus, persona nav tiesīga saņemt no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus citā personai ir uzskatāma par apdrošinātu:

183.1. citas sociālā nodrošinājuma sistēmas ietvaros saskaņā ar regulu Nr.883/2004 vai regulu Nr.1408/71;

183.2. kādas Eiropas Savienības institūcijas sociālā nodrošinājuma sistēmas ietvaros vai veselības apdrošināšanas shēmas ietvaros saskaņā ar 1968.gada 29.februāra Padomes "Eiropas Kopienas Civildienesta noteikumi un Eiropas Kopienas pārejo darbinieku nodarbinātības kārtība", izņemot gadījumu, kas minēts regulas Nr.883/2004 15.pantā;

183.3. starptautiskas organizācijas sociālā nodrošinājuma sistēmas ietvaros;

183.4. studentu sociālā nodrošinājuma sistēmas ietvaros.

184. Aizpildītas un apstiprinātas šo noteikumu 181. un 182.punktā minētās veidlapas un apdrošināšanas karti vai apdrošināšanas karti aizvietojošo sertifikātu centrs izsniedz no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus.

185. Personai ir pienākums nekavējoties informēt centru, ja šo noteikumu 181. un 182.punktā minēto veidlapu un apdrošināšanas kartes vai apdrošināšanas karti aizvietojošā personai zaudē tiesības saņemt no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus. Šādā gadījumā vai pēc attiecīga iesnieguma saņemšanas centrs anulē personai attiecīgu lēmumu. Centrs 10 darbdienu laikā pēc šo noteikumu 181.1., 181.3., 182.1., 182.2., 182.4. un 182.5.apakšpunktā minēto veidlapu anulēšanas par to paziņo kuru veidlapa ir attiecināma.

186. Lai saņemtu S 1 veidlapu, persona iesniedz centrā šādus dokumentus:

186.1. ja persona ir nodarbināta un pakļauta valsts sociālā nodrošinājuma sistēmai Latvijas Republikā, bet tās pastāvīgā dzīvesvieta ir citā ES dalībvalstī:

186.1.1. iesniegumu, kurā norāda šādu informāciju:

186.1.1.1. vārds, uzvārds;

186.1.1.2. personas kods (vai identifikācijas numurs) un Valsts ieņēmumu dienesta piešķirtais reģistrācijas numurs;

186.1.1.3. adrese pastāvīgās dzīvesvietas valstī;

186.1.1.4. darbavietas nosaukums un adrese;

186.1.1.5. nodarbinātības sākuma datums attiecīgajā darbavietā;

186.1.1.6. laikposms, kurā persona atgriežas savā dzīvesvietas valstī (piemēram, reizi nedēļā, reizi mēnesī, dažas reizes gadā);

186.1.1.7. tālrunis;

186.1.2. personas apliecinājumu par to, ka persona nav uzskatāma par apdrošinātu citas šo noteikumu 183.punktā norādītās sociālā nodrošinājuma sistēmas ietvaros un ka tā ja mainīsies šo noteikumu 186.1.1.apakšpunktā minētajā iesniegumā norādītās ziņas;

186.1.3. izziņu no darbavietas, kas apliecina, ka persona tur ir nodarbināta un ka darba devējs informēs centru par darba tiesisko attiecību pārtraukšanu piecu darbdienu laikā pārtraukšanas;

186.2. ja persona ir ES, EEZ dalībvalsts (tai skaitā arī Latvijas Republikas) vai Šveices iedzīvotājs un ir pastāvīgi nodarbināta, un pakļauta valsts sociālā nodrošinājuma sistēmai īslaicīgi (ne ilgāk kā uz 24 mēnešiem) nosūtīta uz citu ES, EEZ dalībvalsti vai Šveici:

186.2.1. iesniegumu, kurā norāda šādu informāciju:

186.2.1.1. vārds, uzvārds;

186.2.1.2. personas kods (vai identifikācijas numurs) un Valsts ieņēmumu dienesta piešķirtais reģistrācijas numurs;

186.2.1.3. dzīvesvietas adrese valstī, kurā persona uzturēsies;

186.2.1.4. nosūtītājās darbavietas nosaukums un adrese;

186.2.1.5. tālrunis;

186.2.2. personas apliecinājumu par to, ka persona nav uzskatāma par apdrošinātu citas šo noteikumu 183.punktā norādītās sociālā nodrošinājuma sistēmas ietvaros un ka tā ja mainīsies šo noteikumu 186.2.1.apakšpunktā minētajā iesniegumā norādītās ziņas;

186.2.3. izziņu no darbavietas, kas apliecina, ka persona tur ir nodarbināta un tiek nosūtīta darbā uz citu ES dalībvalsti un ka darba devējs informēs centru par darba tiesisko a komandējuma pirms termiņa piecu darbdienu laikā pēc darba tiesisko attiecību pārtraukšanas vai atsaukšanas no komandējuma;

186.3. ja persona saņem Latvijas Republikas pensiju vai ir to pieprasījusi, – iesniegumu, kurā norāda šādu informāciju:

186.3.1. vārds, uzvārds;

186.3.2. personas kods;

186.3.3. deklarētās dzīvesvietas adrese citā ES dalībvalstī;

186.3.4. tālrunis;

186.3.5. piešķirtās vai pieprasītās pensijas veids (vecuma, apgādnieka zaudējuma, invaliditātes, izdienas);

186.4. ja persona ir valsts sociālā nodrošinājuma sistēmai pakļautas personas vai tās personas ģimenes loceklis (laulātais; valsts sociālā nodrošinājuma sistēmai pakļautas per persona), kura saņem Latvijas Republikas pensiju vai ir to pieprasījusi:

186.4.1. iesniegumu, kurā norāda šādu informāciju:

186.4.1.1. vārds, uzvārds;

186.4.1.2. personas kods (vai identifikācijas numurs);

186.4.1.3. deklarētās dzīvesvietas adrese;

186.4.1.4. vai persona ir nodarbināta, vai saņem kādu pabalstu un, ja saņem, kurā valstī;

186.4.1.5. tā ģimenes locekļa vārds, uzvārds, personas kods (vai identifikācijas numurs), kurš ir nodarbināts un pakļauts valsts sociālā nodrošinājuma sistēmai Latvijas Republ piešķirtais reģistrācijas numurs;

186.4.1.6. tālrunis;

186.4.2. laulību vai radniecību apliecināšanu dokumentu (laulības apliecības, dzimšanas apliecības) kopijas;

186.4.3. personas apliecinājumu par to, ka persona nav uzskatāma par apdrošinātu citas šo noteikumu 183.punktā norādītās sociālā nodrošinājuma sistēmas ietvaros un ka tā ja mainīsies šo noteikumu 186.4.1.apakšpunktā minētajā iesniegumā norādītās ziņas.

187. Lai saņemtu E 106 veidlapu, persona iesniedz centrā šādus dokumentus:

187.1. ja persona ir nodarbināta un pakļauta valsts sociālā nodrošinājuma sistēmai Latvijas Republikā, bet tās pastāvīgā dzīvesvieta ir Šveicē vai EEZ dalībvalstī – Īslandē, Liht norādīti šo noteikumu 186.1.1., 186.1.2. un 186.1.3.apakšpunktā;

187.2. ja persona ir ES, EEZ dalībvalsts (tai skaitā arī Latvijas Republikas) vai Šveices iedzīvotājs un ir pastāvīgi nodarbināta un pakļauta valsts sociālā nodrošinājuma sistēmai islaicīgi (ne ilgāk kā uz 12 mēnešiem) nosūtīta uz Šveici vai EEZ dalībvalsti – Īslandi, Lihtenšteinu vai Norvēģiju – dokumentus, kas norādīti šo noteikumu 186.2.1., 186.2.2. u

188. Lai saņemtu E 109 veidlapu, persona, kas ir valsts sociālā nodrošinājuma sistēmai pakļautas personas ģimenes loceklis (laulātais; valsts sociālā nodrošinājuma sistēmai p aizgādībā esoša persona), iesniedz centrā dokumentus, kas norādīti šo noteikumu 186.4.1., 186.4.2. un 186.4.3.apakšpunktā.

189. Lai saņemtu E 120 veidlapu vai E 121 veidlapu, persona, kas saņem Latvijas Republikas pensiju vai ir to pieprasījusi, iesniedz centrā iesniegumu, norādot šo noteikumu 1

190. Lai saņemtu apdrošināšanas karti, persona iesniedz centrā iesniegumu, kurā norāda šādu informāciju:

190.1. vārds, uzvārds;

190.2. personas kods (identifikācijas numurs);

190.3. tālrunis;

190.4. adrese (ja persona vēlas saņemt apdrošināšanas karti pa pastu).

191. Personām, kas ir ES, EEZ dalībvalsts vai Šveices pilsoņi, kuri uzturas Latvijas Republikā sakarā ar nodarbinātību vai kā pašnodarbinātas personas, kā arī viņu ģimenes loc papildus 190.punktā minētajam iesniegumam jāiesniedz izziņa no darbavietas, kas apliecina, ka persona tur ir nodarbināta un ka darba devējs informēs centru par darba tiesi: darbdienu laikā pēc darba tiesisko attiecību pārtraukšanas.

192. Apdrošināšanas karti personai izsniegt personīgi vai pēc personas rakstiska lūguma nosūta pa pastu ierakstītā vēstulē uz norādīto adresi.

193. Apdrošināšanas karti izsniegt uz trijiem gadiem.

194. Centrs, nesagatavojot rakstisku lēmumu, izsniegt personai apdrošināšanas karti iesnieguma saņemšanas dienā vai nosūta pa pastu, ja persona šādu lūgumu ir izteikusi, t saņemšanas, ja šo noteikumu 190.punktā minēto iesniegumu ir iesniegusi persona, kas ir tiesīga saņemt valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus, izņemot gadījum dalībvalsts vai Šveices pilsonis, kas uzturas Latvijas Republikā sakarā ar nodarbinātību vai kā pašnodarbināta persona, vai minētās personas ģimenes loceklis, vai ārzemnieks, Latvijas Republikā.

195. Ja šo noteikumu 190.punktā minēto iesniegumu ir iesniegusi persona, kas ir ES, EEZ dalībvalsts vai Šveices pilsonis, kas uzturas Latvijas Republikā sakarā ar nodarbinātīl minētās personas ģimenes loceklis, vai ārzemnieks, kam ir pastāvīgās uzturēšanās atļauja Latvijas Republikā, centrs izskata personas iesniegumu, pieņem lēmumu un izsnied vēstulē personai. Ja lēmums ir personai labvēlīgs, tajā ietver uzaicinājumu saņemt apdrošināšanas karti, bet, ja persona iesniegumā ir lūgusi nosūtīt apdrošināšanas karti pa p

196. Apdrošināšanas karti atkārtoti izsniegt iepriekšējās apdrošināšanas kartes derīguma termiņa laikā tikai pēc iepriekš izsniegtās apdrošināšanas kartes anulēšanas, pamat atkārtotu kartes izgatavošanu persona maksā atbilstoši Veselības norēķinu centra cenrādim.