



Laidiens: 07.01.1997., Nr. 3/4

Ministru kabineta noteikumi Nr. 485

Rīgā 1996.gada 24.decembrī (prot. nr.61 41.§)

Veselības aprūpes finansēšanas noteikumi

*Izdoti saskaņā ar Satversmes 81.pantā noteiktajā kārtībā izdoto
Ministru kabineta 1994.gada 30.augusta noteikumu nr.177
“Ārstniecības noteikumi” 4.punktu*

I. Noteikumos lietotie termini

- 1. Valsts obligātā veselības apdrošināšana** — valsts obligātās sociālās apdrošināšanas veids, kas slimokases dalībniekiem garantē ārstnieciskās palīdzības izdevumu segšanu valsts noteiktajā apmērā.
- 2. Pakalpojumu minimums** — valsts obligātās veselības apdrošināšanas pakalpojumu minimums jeb bāzes programma (ārstnieciskās palīdzības minimālais apjoms), kas jānodrošina slimokases dalībniekiem par valsts obligātās veselības apdrošināšanas līdzekļiem.
- 3. Pacienta iemaksa** — valstī noteikts vienots tiešs pacienta maksājums, ko ārstniecības iestādei ir tiesības iekasēt par ambulatorās iestādes apmeklējumu, ārstniecības personas mājas vizīti vai stacionārā pavadītu dienu.
- 4. Līdzdalības maksājums** — valstī noteikts vienots pacienta vai trešās personas maksājums ārstniecības iestādei par ārstniecības pakalpojuma saņemšanu, kas sedz līdz 15% no pakalpojumu minimumā ietilpstošo ārstniecības pakalpojumu izmaksām.
- 5. Trešā persona** — šo noteikumu izpratnē — institūcija, privāta persona vai apdrošināšanas sabiedrība, kura sedz pacienta līdzdalības maksājumu attiecīgās personas vietā.
- 6. Slimokase** — patstāvīga juridiska persona, kas nodrošina slimokases dalībniekiem pakalpojumu minimuma apmaksas organizēšanu un uzraudzību.
- 7. Slimokases dalībnieks** — fiziska persona, kurai ir tiesības uz pakalpojumu minimumu un kura ir reģistrēta Slimokases dalībnieku reģistrā.

II. Vispārīgie jautājumi

- 8.** Šie noteikumi nosaka iedzīvotāju veselības aprūpes finansēšanas kārtību, kā arī ārstniecības pakalpojumu veidus un apjomu, kas šajos noteikumos noteiktajā apmērā tiek apmaksāti no valsts pamatbudžeta un valsts speciālā veselības aprūpes budžeta (turpmāk tekstā — “speciālais budžets”) līdzekļiem un ārstniecības pakalpojuma saņēmēja līdzekļiem.

9. Ārstniecības pakalpojumus šajos noteikumos noteiktajā kārtībā saņem Latvijas pilsoņi, ārvalstnieki un bezvalstnieki, kuriem ir piešķirts personas kods un kuri ir reģistrēti Iedzīvotāju reģistrā.

10. Ārvalsts pilsoņiem un personām bez pavalstniecības, kuri nav reģistrēti Iedzīvotāju reģistrā, Latvijas Republikas teritorijā sniegtās veselības aprūpes un tiesu medicīniskās ekspertīzes izdevumus sedz attiecīgais ārvalsts pilsonis vai apdrošināšanas sabiedrība, ja starpvalstu līgumos nav noteikts citādi, vai attiecīgā fiziskā vai juridiskā persona, kas, parakstot ielūgumu ieceļošanas vīzas iegūšanai, galvojusi, ka segs nepieciešamos ārvalsts pilsoņa veselības aprūpes izdevumus.

11. Līdzekļus, kas nepieciešami pakalpojumu minimuma apmaksai, veido:

11.1. iedzīvotāju ienākuma nodokļa ieņēmumu daļa kārtējā gada valsts budžeta likumā noteiktajā apmērā;

11.2. valsts budžeta dotācija saskaņā ar kārtējā gada valsts budžeta likuma nosacījumiem;

11.3. pacienta iemaksa;

11.4. pacienta līdzdalības maksājums, kuru sedz attiecīgā persona vai tās vietā — trešā persona;

11.5. citi trešās personas veikti maksājumi.

12. Ārstniecības iestāžu izdevumus par pakalpojumu minimumā ietilpstošajiem ārstniecības pakalpojumiem ne mazāk kā 80% apmērā no ārstniecības pakalpojumu izmaksām sedz slimokases saskaņā ar noslēgtajiem līgumiem. Slimokasu veidošanas kārtību nosaka Ministru kabinets.

13. Ārstniecības iestādei ir tiesības iekasēt pacienta iemaksu 0,20 latu apmērā par ambulatorās ārstniecības iestādes apmeklējumu, 0,40 latu apmērā — par ārstniecības personas mājas vizīti un 0,45 latu apmērā — par stacionārā (rehabilitācijas institūcijā) pavadīto dienu. Šis maksājums attiecas uz valsts programmās un pakalpojumu minimumā iekļautajiem ārstniecības pakalpojumiem.

14. No šo noteikumu 13.punktā minētās pacienta iemaksas atbrīvojami:

14.1. bērni līdz gada vecumam;

14.2. bērni invalīdi vecumā līdz 16 gadiem;

14.3. bērni vecumā līdz 16 gadiem, ja ārstniecības pakalpojumi tiek saņemti stacionāros (rehabilitācijas institūcijās);

14.4. bērni un skolēni — profilaktiskajās apskatēs skolās un bērnudārzos;

14.5. visi iedzīvotāji — profilaktiskajās apskatēs labklājības ministra noteiktajā kārtībā;

14.6. bērnunamu, bērnunamu–patversmju, ģimenes bērnunamu, bērnu bāreņu aprūpes centru, specializēto bērnu invalīdu iestāžu un internātskolu audzēkņi;

14.7. visi iedzīvotāji, ja neatliekamā medicīniskā palīdzība tiek saņemta šo noteikumu 22.1.apakšpunktā minētajos gadījumos;

14.8. grūtnieces, ja tiek saņemti ar grūtniecības un pēcdzemdību novērošanu un grūtniecības norisi saistītie ārstniecības pakalpojumi;

14.9. personas, kuras atrodas obligātajā militārajā dienestā;

14.10. ieslodzījumā esošās personas;

14.11. valsts specializēto centru un pašvaldību pansionātu (centru) aprūpē esošās personas.

15. Ārstniecības iestādes par pakalpojumu minimumā ietilpstošajiem ārstniecības pakalpojumiem no pacienta iekasē līdzdalības maksājumu, kas nepārsniedz 15% no sniegto ārstniecības pakalpojumu izmaksām. Šis maksājums ir labklājības ministra noteikts un vienots visā valstī.

16. No šo noteikumu 15.punktā minētā līdzdalības maksājuma atbrīvojami:

16.1. bērni vecumā līdz 18 gadiem;

16.2. grūtnieces, ja tiek saņemti ar grūtniecības novērošanu un grūtniecības norisi saistītie ārstniecības pakalpojumi;

16.3. trūcīgās personas, kas par tādām atzītas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā;

16.4. personas, kuras atrodas obligātajā militārajā dienestā;

16.5. jebkurš pacients, ja tiek saņemta neatliekamā medicīniskā palīdzība;

16.6. ieslodzījumā esošās personas;

16.7. politiski represētās personas un Černobiļas atomelektrostacijas avārijas seku likvidācijā cietušās personas.

17. Līdzdalības maksājumu veic attiecīgās personas vai to vietā — trešās personas saskaņā ar noslēgtajiem līgumiem.

18. Līdzdalības maksājumu par šo noteikumu 16.punktā minēto kategoriju iedzīvotājiem ārstniecības iestādei visos gadījumos sedz slimokase no šo noteikumu 11.1. un 11.2.apakšpunktā minētajiem līdzekļiem. Slimokases ieņēmumu daļā līdzekļi tiek atjaunoti šādā veidā:

18.1. līdzdalības maksājumu par šo noteikumu 16.4.apakšpunktā minēto kategoriju iedzīvotājiem veic Aizsardzības ministrija un Iekšlietu ministrija;

18.2. līdzdalības maksājumu par šo noteikumu 16.6.apakšpunktā minēto kategoriju iedzīvotājiem veic Iekšlietu ministrija.

19. Slimokase, noslēdzot līgumu ar ārstniecības pakalpojumu sniedzēju, nodrošina ārstniecības pakalpojumu apmaksu atbilstoši slimokases apmaksājamo ārstniecības pakalpojumu izmaksām.

20. Izdevumus par konsultācijām, kā arī par staru, laboratorijas, funkcionālās diagnostikas un endoskopiskajiem izmeklējumiem, kurus izdara prettiesiskos nodarījumos cietušām personām diferenciāldiagnostikai pēc tiesu medicīnas eksperta norīkojuma, sedz ekspertīzes pieprasītājs. Starprajonu tiesmedicīnisko nodaļu telpu uzturēšanas izdevumi tiek segti no pakalpojumu minimumam paredzētajiem līdzekļiem.

III. Pakalpojumu minimums

21. Pakalpojumu minimums nosaka iedzīvotājiem sniedzamās ārstnieciskās palīdzības minimālo apjomu, kas ārstniecības iestādēm jānodrošina par valsts obligātās veselības apdrošināšanas līdzekļiem.

22. Pakalpojumu minimumā ietilpst šādi ārstnieciskās palīdzības veidi:

22.1. neatliekamā medicīniskā palīdzība, ko pēc izsaukuma saņemšanas nodrošina neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādes šādos gadījumos:

22.1.1. nelaimes gadījumi, avārijas, katastrofas, stihiskas nelaimes, smagas mehāniskas traumas, elektrotraumas, zibens radīti bojājumi, plaši apdegumi un apsaldējumi, saules un siltuma dūrieni, sliķšana, smakšana, svešķermeņi

elpošanas ceļos un citās ķermeņa vietās, ja ir apdraudēta cietušā dzīvība;

22.1.2. saindēšanās;

22.1.3. trauma vai pēkšņa saslimšana uz ielas, sabiedriskā vietā, uzņēmumā vai iestādē;

22.1.4. pēkšņa saslimšana un hronisku slimību gaitas saasināšanās, kas apdraud slimnieka dzīvību:

22.1.4.1. sirds un asinsvadu saslimšana ar sāpēm, smakšanas lēkmēm vai aizdusu, aukstiem sviedriem, sirdsdarbības ritma traucējumiem, samaņas zudumu;

22.1.4.2. perifēro asinsvadu saslimšana ar pēkšņām sāpēm rokās vai kājās, roku vai kāju aukstumu, bālumu;

22.1.4.3. centrālās un perifērās nervu sistēmas saslimšana ar pēkšņiem apziņas traucējumiem, krampjiem, ģīboni, galvas un muguras sāpēm, paralīzi un citiem kustību traucējumiem;

22.1.4.4. kuņģa, zarnu trakta saslimšana ar pēkšņām asām sāpēm vēderā, vemšanu, aukstiem sviedriem, nepārtrauktu caureju;

22.1.4.5. urīnceļu saslimšana ar pēkšņām sāpēm jostas un krustu apvidū vai akūtiem urinācijas traucējumiem;

22.1.4.6. akūti psihiskās darbības traucējumi, ko pavada agresīva rīcība vai pašnāvības mēģinājums;

22.1.4.7. jebkuras izcelsmes izteikta asiņošana vai izteiktas alerģiskas reakcijas;

22.1.4.8. bronhiālās astmas lēkme;

22.1.5. pacientu steidzama pārvešana, kas nepieciešama atbilstoši diagnozei un (vai) veselības stāvokļa smaguma pakāpei:

22.1.5.1. uz stacionāru vai no viena stacionāra uz otru stacionāru, ja ir attiecīgs norīkojums vai attiecīgs ārsta izsaukums;

22.1.5.2. dzemdētāju nogādāšana ārstniecības iestādē;

22.2. akūtu slimību un hronisku slimību saasinājumu diagnostika, ārstēšana un dinamiska novērošana;

22.3. psihisko, narkoloģisko un tuberkulozes slimnieku ambulatorā aprūpe un profilakse;

22.4. tādu slimnieku apmeklēšana un ārstēšana mājās, kuru veselības stāvoklis neļauj apmeklēt ārstniecības iestādes (transporta izdevumi netiek segti);

22.5. grūtnieču un nedēļnieču novērošana, palīdzība dzemdībās, palīdzība grūtniecības patoloģijas gadījumos;

22.6. infekciju, seksuāli transmisīvo un lipīgo ādas slimību profilakse, diagnostika un ārstēšana;

22.7. specifiskā un nespecifiskā vakcinācija un specifiskā imunoterapija atbilstoši veselības valsts ministra noteiktajai kārtībai;

22.8. autopsiju, operāciju un biopsiju materiāla patoloģiskā izmeklēšana, izņemot infekciju, tuberkulozes, onkoloģisko un hematoloģisko slimību gadījumos, kad maksu par izmeklēšanu sedz no valsts pamatbudžeta līdzekļiem;

22.9. zobārstnieciskā palīdzība bērniem vecumā līdz 18 gadiem un jauniesaucamajiem:

22.9.1. zobu primārā profilakse, izņemot silantu lietošanu;

- 22.9.2. zobu sekundārā profilakse, izņemot zobu plombēšanu ar gaismā cietējošiem materiāliem un endodontiju vairāk nekā vienam zobam (izņemot zobu traumu gadījumus);
- 22.9.3. ortodontiskas pirmreizējas konsultācijas un ārstniecības pakalpojumi smagu sakodiena anomāliju gadījumos;
- 22.9.4. ārstēšana sejas un žokļa apvidus traumas un iekaisumu gadījumos, kas rada funkcionālus traucējumus, kā arī traumu gadījumos bez funkcionāliem traucējumiem, ja pacients ir vērsies pēc pirmās palīdzības 24 stundu laikā;
- 22.10. asinskomponentu sagatavošana, kas pārsniedz valsts pasūtījumā garantēto asins komponentu daudzumu;
- 22.11. profilaktisko apskāšu veikšana veselības valsts ministra noteiktajā kārtībā;
- 22.12. nodrošinājums ar ārstniecības līdzekļiem, kuru iegādei Ministru kabinets noteicis atvieglojumus;
- 22.13. medicīniskā palīdzība traumu un arodslimību gadījumos;
- 22.14. plānotās operācijas (plānoto operāciju veikšanai slimokases ir tiesīgas noteikt kvotas un rindas, kā arī cita veida apmaksas noteikumus);
- 22.15. rehabilitācijas terapija pēc pirmreizējas saslimšanas, hroniskas slimības paasinājuma vai traumas bērniem vecumā līdz 16 gadiem;
- 22.16. medicīniskā palīdzība Černobiļas atomelektrostācijas avārijas sekū likvidācijā cietušajām personām, 1. un 2.grupas invalīdiem un politiski represētajām personām saskaņā ar normatīvajiem aktiem.

IV. Ārstniecības pakalpojumi, ar kuriem saistītos izdevumus slimokase nesedz

23. Slimokase no valsts obligātās veselības apdrošināšanas līdzekļiem nesedz izdevumus par šādiem ārstniecības pakalpojumiem:
- 23.1. zobārstnieciskā palīdzība, izņemot šo noteikumu 22.9.apakšpunktā minētos gadījumus;
- 23.2. stacionārā ārstēšana plānoto operāciju vai hronisku slimību gadījumos bez ārstējošā ārsta norīkojuma;
- 23.3. konsultācijas un izmeklēšana plānoto operāciju vai hronisku slimību gadījumos bez ārstējošā ārsta norīkojuma;
- 23.4. ambulatori veicamās injekcijas ādā, zemādā, intramuskulāri un intravenozi (izņemot gadījumus, kad tiek sniegta neatliekamā medicīniskā palīdzība; medicīniskā palīdzība onkoloģiskiem un cukura diabēta slimniekiem un bērniem vecumā līdz 14 gadiem). Ambulatori veicamo injekciju apmaksas kārtību apstiprina labklājības ministrs;
- 23.5. pirmreizējie medicīniski profilaktiskie pasākumi, kas nepieciešami stājoties darbā;
- 23.6. periodiskās medicīniskās apskates, kas nepieciešamas darba apstākļu un darba specifikas dēļ;
- 23.7. ārstēšanās sanatorijās un kūrortos;
- 23.8. aborti bez medicīniskajām vai sociālajām indikācijām;
- 23.9. anonīmie ārstniecības un profilakses pasākumi (izņemot izmeklēšanu AIDS un sifilisa noteikšanai);
- 23.10. seksoloģiskā ārstēšana;
- 23.11. medicīniskās palīdzības nodrošināšana dažādos sabiedriskos pasākumos;
- 23.12. kosmetoloģiskie pakalpojumi;