2018. gada Noteikumi Nr.

Rīgā (prot. Nr.   .§)

**Veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas kārtība sirds un asinsvadu slimību profilaksei**

Izdoti saskaņā ar

Veselības aprūpes finansēšanas likuma

8. panta otro daļu un 10.panta trešo daļu

1. Noteikumi nosaka:

1.1. veselības aprūpes pakalpojumus sirds un asinsvadu slimību profilaksei;

1.2. kārtību, kādā tiek organizēti veselības aprūpes pakalpojumi sirds un asinsvadu slimību profilaksei, un kārtību, kādā tiek veikta samaksa par šiem pakalpojumiem, kā arī samaksas apmēru.

1. Veselības aprūpes pakalpojumus sirds un asinsvadu slimību profilaksei īsteno ģimenes ārsta prakse vienu reizi pacientam konkrētā vecuma grupā, ievērojot šādus nosacījumus:
	1. pacientam ir 40, 50, 55, 60 vai 65 gadi;
	2. ģimenes ārsta praksē nodarbināta ārstniecības persona izvērtē pacienta sirds un asinsvadu slimību un smēķēšanas anamnēzi, nosaka sistolisko un diastolisko asinsspiedienu, vidukļa apkārtmēru un ķermeņa masas indeksu, kopējā holesterīna un glikozes līmeni asinīs, kā arī veic sirds un miega artēriju auskultāciju;
	3. ģimenes ārsts nosaka sirds un asinsvadu slimību risku, pielietojot metodi fatālu kardiovaskulāru notikumu riska noteikšanai tuvāko 10 gadu laikā (SCORE metode);
	4. pēc sirds un asinsvadu slimību riska noteikšanas ģimenes ārsts organizē pacientam turpmākos pasākumus atbilstoši šo noteikumu 1.pielikumam.
2. Šajos noteikumos noteiktā kārtība veselības aprūpes pakalpojumiem sirds un asinsvadu slimību profilaksei neattiecas uz augsta un ļoti augsta riska pacientiem, kuriem ir:
	1. kardiovaskulāra slimība (KVS) ar vienu no šādām pazīmēm:
		1. bijis miokarda infarkts (MI) vai bijis akūts koronārs sindroms (AKS);
		2. bijusi koronārā revaskularizācija – perkutāna koronāra intervence (PKI) vai koronāro artēriju šuntēšana (KAŠ);
		3. bijusi ne koronāro artēriju revaskularizācija;
		4. bijis artēriju aterotrombotisks insults vai tranzitora išēmiska lēkme;
		5. ir aortas aneirisma vai perifēro artēriju slimība;
		6. ir nešaubīga aterosklerotiska panga koronārā, miega vai citā artērijā, kas konstatēta angiogrāfijā vai ultrasonoskopijā vai citā neinvazīvā attēldiagnostiskā izņemot gadījumus, kad asinsvadu sienas vidējā slāņa (*intima media* sabiezējums (IMT)) biezums ir līdz 1,5 mm;
	2. pirmā vai otrā tipa cukura diabēts ar mērķa orgānu bojājumu ar vienu vai vairākiem sirds un asinsvadu slimību riska faktoriem - smēķēšana, izteikta hiperholesterinēmija vai izteikta arteriāla hipertensija- vai bez tiem;
	3. smaga vai mērena hroniska nieru slimība (HNS) ar glomerulu filtrācijas ātrumu (GFĀ) zemāku par 59 ml/min/1,73 m2;
	4. trešās pakāpes vai smaga (trešās pakāpes) arteriāla hipertensija;
	5. ģimenes jeb primāra hiperlipidēmija.
3. Ārstniecības iestāde pacientam, kuru ģimenes ārsts nosūtījis izmeklējumu veikšanai šo noteikumu 1.pielikumā noteiktajā kārtībā ar diagnozes kodu Z03.5, nodrošina nepieciešamā pakalpojuma sniegšanu šādā laika periodā, skaitot no dienas, kad pacients vērsies ārstniecības iestādē:
	1. elektrokardiogrammu trīs mēnešu laikā vai viena mēneša laikā, ja ģimenes ārsts nosūtījumā veicis atzīmi par augstu vai ļoti augstu sirds un asinsvadu slimību risku;
	2. ehokardiogrāfiju sešu mēnešu laikā vai trīs mēnešu laikā, ja ģimenes ārsts nosūtījumā veicis atzīmi par augstu vai ļoti augstu sirds un asinsvadu slimību risku;
	3. miega artēriju ultrasonoskopiju sešu mēnešu laikā vai trīs mēnešu laikā, ja ģimenes ārsts nosūtījumā veicis atzīmi par augstu vai ļoti augstu sirds un asinsvadu slimību risku
	4. veloergometriju trīs mēnešu laikā.
4. Pēc šo noteikumu 1.pielikumā noteikto pasākumu īstenošanas ģimenes ārsts veic pacienta sirds un asinsvadu veselības stāvokļa uzraudzību šo noteikumu 2. pielikumā noteiktajā kārtībā līdz pacients ir sasniedzis nākamo šo noteikumu 2.1.apakšpunktā minēto vecuma grupu.
5. Nacionālais veselības dienests veic samaksu par sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem sirds un asinsvadu slimību profilaksē, ievērojot šādus nosacījumus:
	1. par šo noteikumu 2.pielikumā minētajiem veselības aprūpes pakalpojumiem Nacionālais veselības dienests veic samaksu atbilstoši Ministru kabineta 2013. gada 17. decembra noteikumos Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” noteiktajam;
	2. par šo noteikumu 2.3.apakšpunktā minētajiem veselības aprūpes pakalpojumiem Nacionālais veselības dienests veic samaksu vienu reizi atbilstoši šo noteikumu 3.pielikumā noteiktajam, ja tie veikti pacientam 2.1.apakšpunktā noteiktajā vecumā un ar diagnozes kodu Z03.5 atbilstoši Starptautiskajam slimību klasifikatoram (SSK-10);
	3. ambulatoros laboratoriskos izmeklējumus atbilstoši šo noteikumu 4.pielikumam apmaksā, ja tie veikti pacientam ar ģimenes ārsta nosūtījumu un pacienta diagnozes kodu Z03.5 atbilstoši Starptautiskajam slimību klasifikatoram (SSK-10);
	4. par ģimenes ārsta veiktajām manipulācijām Nacionālais veselības dienests veic samaksu saskaņā ar šo noteikumu 5.pielikumu, ja manipulācijas veiktas pacientam ar diagnozes kodu Z03.5 atbilstoši Starptautiskajam slimību klasifikatoram (SSK-10);
	5. par šo noteikumu 1.pielikuma ietvaros veiktajiem diagnostiskiem izmeklējumiem Nacionālais veselības dienests veic samaksu virs plānotā gada finanšu apmēra, ja tie veikti pacientam ar diagnozes kodu Z03.5 atbilstoši Starptautiskajam slimību klasifikatoram (SSK-10).
6. Jautājumos, ko neregulē šie noteikumi, piemērojami Ministru kabineta 2013. gada 17. decembra noteikumi Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”.
7. Noteikumi stājas spēkā 2018. gada 1. jūlijā.

|  |  |
| --- | --- |
| Ministru prezidents | Māris Kučinskis |
| Veselības ministre | Anda Čakša |
| Iesniedzējs: | Anda Čakša |
| Vīza: Valsts sekretārs  | Aivars Lapiņš |