LATVIJAS REPUBLIKAS MINISTRU KABINETS

2013.gada \_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_ Noteikumi Nr.

Rīgā (prot. Nr. .§)

**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 pieprasa atlīdzību no Ārstniecības riska fonda 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 un 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, nosaka kaitējuma apmēru procentos, vērtē pacienta radušos ārstniecības izdevumu saistību ar nodarītā kaitējuma seku mazināšanu vai novēršanu;

2.2. Nacionālais veselības dienests (turpmāk – Dienests), kas ir Ārstniecības riska fonda līdzekļu administrētājs un, pamatojoties uz Inspekcijas atzinumu, pieņem lēmumu par atlīdzības izmaksu vai atteikumu to izmaksāt un izmaksā atlīdzību no Ārstniecības riska fonda.

**II. Atlīdzības no Ārstniecības riska fonda pieprasīšanas kārtība**

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. Atlīdzības prasījuma iesniegumam iesniedzējs pievieno attiecīgus ārstniecības izdevumus apliecinošus attaisnojuma dokumentus par pacientam radītiem ārstniecības izdevumiem - izmaksas par ārstniecības personas sniegtajām konsultācijām, medicīniskām manipulācijām, diagnostiskiem un laboratoriskiem izmeklējumiem, zāļu un medicīnisko ierīču iegādi un medicīnisko rehabilitāciju (čekus, kvītis, rēķinus) un medicīnas dokumentus, kas pamato veiktos veselības aprūpes pakalpojumus (izraksts/epikrīze no ārstniecības iestādes vai ārsta speciālista, (konsultanta) slēdziens).

**III. Atlīdzības no Ārstniecības riska fonda prasījuma novērtēšanas, lēmuma pieņemšanas un 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, Dienests piecu darba dienu laikā no atlīdzības prasījuma iesnieguma saņemšanas dienas rakstiski pieprasa iesniedzējam viena mēneša laikā iesniegt papildu informāciju.

6. Dienests, izvērtējot atlīdzības prasījumu iesniegumu, pieņem vienu no šādiem lēmumiem:

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

6.2. atteikt izmaksāt atlīdzību par ārstniecības izdevumiem, ja atlīdzības prasījuma iesniegumam nav pievienoti attiecīgi ārstniecības izdevumus apliecinošie attaisnojuma dokumenti un minētos dokumentus iesniedzējs nav iesniedzis arī pēc Dienesta pieprasījuma;

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

6.4. nosūtīt atlīdzības prasījuma iesniegumu un tam pievienotos dokumentus Inspekcijai ekspertīzes veikšanai un atzinumu sniegšanai, informējot par to ārstniecības iestādi, par kuru ir saņemts atlīdzības prasījuma iesniegums.

7. Inspekcija, saņemot no Dienesta atlīdzības prasījuma iesniegumu:

7.1. veic pacienta medicīnisko dokumentu ekspertīzi;

7.2. konstatē kaitējuma esamību vai neesamību;

7.3.konstatē šo noteikumu 12.punktā noteikto apstākļu esamību vai neesamību;

7.4. konstatējot kaitējuma esamību, nosaka kaitējuma sekas un apmēru izteiktu procentos no veselības stāvokļa, kas bijis līdz kaitējuma nodarīšanas brīdim atbilstoši šo noteikumu 2.pielikumam.

8. Inspekcija, veicot šo noteikumu 7.punktā noteiktos pasākumus, ir tiesīga:

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

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

8.3. pieprasīt, lai ārstniecības iestādes, par kuru ir saņemts atlīdzības prasījuma iesniegums, vadītāja izveidota komisija (ne mazāk kā trīs ārstniecības personu sastāvā, nepieciešamības gadījumā, pieaicinot speciālistus no citām ārstniecības iestādēm) veiktu izvērtējumu un sniegtu Inspekcijai viedokli par kaitējuma esamību vai neesamību un kaitējuma apmēru.

9. Kaitējuma, kas ietver arī morālo kaitējumu, 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 atbilstošas ārstēšanas gadījumā 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. kaitējumu smagums kopsakarā ar nepieciešamās ārstēšanās ilgumu un ārstēšanās izdevumiem;

9.5. ārstniecības procesā radušies neparedzamie 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, kurā norāda:

10.1. kaitējuma esamību vai neesamību;

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 izmaksāt vai atteikt izmaksāt atlīdzību. Pieņemto lēmumu par atlīdzības izmaksu vai par atteikumu izmaksāt atlīdzību Dienests iesniedzējam paziņo Paziņošanas likumā noteiktajā kārtībā.

12. Dienests pieņem lēmumu atteikt izmaksāt atlīdzību, ja ir viens no šādiem apstākļiem:

12.1. ja nav konstatēta cēloņsakarība starp kaitējumu un ārstniecības personas veikto darbību vai bezdarbību ārstniecības procesā;

12.2. ja orgānu vai audu anatomisks bojājums vai funkciju traucējums ir saistīts ar veikto ārstniecību, taču nav radies ārstniecības personas neprofesionālas rīcības dēļ;

12.3. ja pacients ar apzinātu rīcību ir veicinājis kaitējuma rašanos vai tā apmēra palielināšanos un ir kavējis ārstniecības personu sniegt tai nepieciešamos ārstniecības pakalpojumus;

12.4. ja pacients ir atteicies no ārstniecības;

12.5. ja nav konstatēta cēloņsakarība starp kaitējumu un iesniegtajiem ārstniecības izdevumu apliecinošiem attaisnojuma dokumentiem – attiecībā uz ārstniecības izdevumiem.

13. Pieņemot lēmumu izmaksāt atlīdzību, izmaksājamās atlīdzības apmēru par kaitējumu Dienests aprēķina, izmantojot šādu formulu:

**KA = K \* a , kur:**

 **100**

KA – izmaksājamās kaitējuma atlīdzības apmērs par kaitējumu, ietverot arī morālo kaitējumu, izteikts oficiālajā valūtā;

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 oficiālajā valūtā atbilstoši Pacientu tiesību likuma 16.panta otrās daļas 1.punktā noteiktajam.

14. Atlīdzību izmaksas par kaitējumu un ārstniecības izdevumiem Dienests nodrošina ne vēlāk kā 90 darba dienu 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 tā iegūtajai 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 nepilngadīga pacienta likumiskajam pārstāvim, ja ir iesniegts atlīdzības prasījuma iesniegums un bērna miršanas apliecība.

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

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

18. Dienests reizi gadā (līdz kārtējā gada 31.martam) nosūta ārstniecības iestādei rēķinu ar šajos noteikumos noteiktā kārtībā aprēķinātu gada riska maksājuma apmēru par ārstniecības iestādē strādājošām ārstniecības personām.

19. Lai nodrošinātu Ārstniecības riska fonda kārtējā gadā neizlietoto līdzekļu izlietojumu nākamajā gadā, Veselības ministrija budžeta un finanšu jomu regulējošo normatīvo aktu noteiktajā kārtībā sagatavo priekšlikumu apropriācijas palielinājumam – ieņēmumu no maksas pakalpojumiem un citu pašu ieņēmumu atlikuma izmantošanai.

20. Maksājumus Ārstniecības riska fondā ārstniecības iestāde veic reizi ceturksnī vienas ceturtdaļas apmērā no gada riska maksājuma summas ne vēlāk par rēķinā norādītajiem termiņiem Dienestam Valsts kasē atvērtajā attiecīgās pamatbudžeta apakšprogrammas izdevumu kontā. Riska maksājumu var nomaksāt arī avansa veidā.

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

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

23. Aprēķinot ārstniecības iestādei ārstniecības gada riska maksājuma apmēru, Dienests, sagatavojot rēķinu, 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 x S / P**, kur:

A – maksimālā atlīdzības summa par kaitējumu izteikta oficiālajā valūtā atbilstoši Pacientu tiesību likuma 16.panta otrajā daļā noteiktajam;

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 x K1)+ (D2 x K2)+ (D3 x K3)+ (D4 x K4)+ (D5 x K5)+ (D6 x K6)**, 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 ārstniecības iestādei aprēķina ārstniecības riska gada maksājumu par tajā strādājošajām ārstniecības personām, izmantojot šādu formulu:

**Rm = (M x D1 x K1) + (M x D2 x K2) + (M x D3 x K3) + (M x D4 x K4) + (M x D5 x K5) + (M x D6 x K6)**,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 kalendārā gada laikā.

28. Ārstniecības iestāde mēneša laikā no tās reģistrēšanas Ārstniecības iestāžu reģistrā paziņo Dienestam datumu, ar kuru tā uzsāk sniegt veselības aprūpes pakalpojumus. Šādā gadījumā Dienests divu nedēļu laikā aprēķina un nosūta rēķinu par riska maksājuma apmēru kārtēja 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 sniegt veselības aprūpes pakalpojumus, un dalījumam riska grupās.

**V. Noslēguma jautājumi**

29. Dienests rēķinus ārstniecības iestādēm par ārstniecības riska maksājumu 2013.gadam nosūta līdz 2013.gada 25.decembrim atbilstoši ārstniecības personu reģistrā pieejamai informācijai par ārstniecības personu darba vietu skaitu uz 2013.gada 1.novembri.

30. 2013.gadā un 2014.gadā Dienests aprēķinos izmanto šo noteikumu 24.punktā noteikto maksimālo atlīdzības summu par kaitējumu (A) atbilstoši Pacientu tiesību likuma 16.panta otrās daļas 1.punktā noteiktajam.

**Informatīva atsauce uz Eiropas Savienības direktīvu**

Noteikumos iekļautas tiesību normas, kas izriet no Eiropas Parlamenta un Padomes 2011.gada 9.marta Direktīvas 2011/24/ES par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē.

Ministru prezidents V.Dombrovskis

Veselības ministre I.Circene

31.10.2013 07:18

1856

Ž.Zvaigzne

67876041, Zanete.Zvaigzne@vm.gov.lv