**Ministru kabineta noteikumu projekta**

**„Grozījumi Ministru kabineta 2006.gada 4.aprīļa noteikumos Nr.265 „Medicīnisko dokumentu lietvedības kārtība ””**

**sākotnējās ietekmes novērtējuma ziņojums (anotācija)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tiesību akta projekta anotācijas kopsavilkums** | |
| Mērķis, risinājums un projekta spēkā stāšanās laiks (500 zīmes bez atstarpēm) | Noteikumu projekta mērķis ir aktualizēt informāciju, ko satur medicīniskā dokumentācija un veikt precizējumus attiecībā uz medicīnisko ierakstu apstrādi un uzglabāšanu.  Noteikumu projekts stāsies spēkā Oficiālo publikāciju un tiesiskās informācijas likumā noteiktajā kārtībā. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I. Tiesību akta projekta izstrādes nepieciešamība** | | |
| 1. | Pamatojums | [Ārstniecības likuma](http://likumi.lv/doc.php?id=52951) 59.pants un Ministru kabineta 2018. gada 6. marta sēdes protokola Nr.14 40.§ 3.punkts |
| 2. | Pašreizējā situācija un problēmas, kuru risināšanai tiesību akta projekts izstrādāts, tiesiskā regulējuma mērķis un būtība | Ārstniecības iestāžu medicīnisko dokumentu lietvedības kārtību, kas ir saistoša visām Latvijas Republikas ārstniecības iestādēm, nosaka Ministru kabineta 2006. gada 4. aprīļa noteikumi Nr.265 „Medicīnisko dokumentu lietvedības kārtība” (turpmāk – MK noteikumi Nr.265). Minētajos noteikumos noteikti ieraksti medicīniskajā un uzskaites dokumentācijā, to saturs, aizsardzība un kvalitāte, kā arī medicīnisko un uzskaites dokumentu glabāšanas termiņi.  Grozījumi MK noteikumos Nr.265 (turpmāk –noteikumu projekts) izstrādāti, lai aktualizētu informāciju, ko satur medicīniskā dokumentācija, kā arī veiktu precizējumus attiecībā uz datu apstrādi un uzglabāšanu.  **Noteikumu projekta izmaiņu virzieni:**  **1. Atsevišķu medicīnisko ierakstu uzglabāšanas laika samazinājums.**  Šobrīd MK noteikumu Nr.265 35.punktā noteikti medicīnisko ierakstu uzglabāšanas termiņi, atsevišķus ierakstus paredzot uzglabāt:   * 1 gadu pēc pēdējā ieraksta; * 2 gadus pēc pēdējā ieraksta; * 3 gadus pēc pēdējā ieraksta; * 5 gadus pēc pēdējā ieraksta; * 10 gadus pēc pēdējā ieraksta; * 15 gadus pēc pēdējā ieraksta; * 25 gadus pēc pēdējā ieraksta; * 75 gadus pēc pēdējā ieraksta.   MK noteikumi Nr.265 paredz uzglabāt 75 gadus pēc pēdējā ieraksta 13 noteikumos ietvertos medicīniskos un uzskaites dokumentus:   |  |  | | --- | --- | | 2. pielikumu | “Grūtnieču, dzemdētāju un nedēļnieču stacionēšanas reģistrācijas žurnāls (veidlapa Nr.002/u)”; | | 3. pielikumu | “Stacionāra pacienta medicīniskā karte (veidlapa Nr.003/u)”; | | 30. pielikumu | “Nosūtījums uz Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisiju (veidlapa Nr. 088/u)”; | | 34. pielikumu | “Dzemdību vēsture Nr.\_\_\_ (veidlapa Nr.096/u)”; | | 35. pielikumu | “Jaundzimušā attīstības vēsture Nr.\_\_\_ (veidlapa Nr.097/u)”; | | 47. pielikumu | “Ambulatorā pacienta medicīniskā karte (veidlapa Nr. 025/u)”; | | 49. pielikumu | “Epidēmiskā karte pacientam ar seksuāli transmisīvu slimību (ieliekama veidlapā Nr.025/u) (veidlapa Nr. 025/u-ven) ”; | | 64. pielikumu | “Neatliekamās medicīniskās palīdzības (NMP) pavadlapa Nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(veidlapa Nr.114/u)”; | | 70. pielikumu | “Galveno rādītāju lapa par pacienta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_stāvokli intensīvās terapijas nodaļā/palātā”; | | 73. pielikumu | “Medicīniskā izziņa personas uzņemšanai sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijās”. | | 84. pielikumu | “Mātes pase (veidlapa Nr. 113/u)”; | | 93. pielikumu | “Bērna vecumā no 1 nedēļas līdz 5 gadiem fiziskās un garīgās attīstības novērtēšanas lapa”; | | 95. pielikumu | “Pacienta karte veselības aprūpei mājās”. |   Medicīnisko dokumentu/ierakstu uzglabāšana 75 gadus pēc pēdējā veiktā ieraksta līdz šim tika īstenota ar mērķi nodrošināt, ka medicīniskā dokumentācija tiek saglabāta un cilvēkam ir pieejama viņa dzīves laikā, ņemot vērā vidējo iedzīvotāju dzīves ilgumu. Taču, ņemot vērā to, ka MK noteikumos Nr. 265 noteiktā medicīnisko ierakstu uzglabāšanas prasība attiecās uz periodu no pēdējā ieraksta nevis dzimšanas brīža, nereti medicīniskie ieraksti tiek uzglabāti krietni ilgāk par cilvēka mūžu, īpaši, ja ieraksti veikti par gados vecāku pacientu.  Vienlaikus medicīniskās dokumentācijas uzglabāšana, jo īpaši papīra veidā, rada administratīvo slogu ārstniecības iestādēm, kā arī citas ar dokumentu uzglabāšanu saistītas problēmas, kā piemēram, resursus (telpas, plauktus, personālu, kas atbildīgs par dokumentu arhīva darbības nodrošinājumu. Piemēram, SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” medicīniskie dokumenti papīra formātā aizņem 6 820 plauktu metrus, Ambulatorās daļas medicīniskie dokumenti atsevišķi – 2 500 plauktu metrus, un saglabāšanai ārpakalpojumā nodotie medicīniskie dokumenti – 5 000 plauktu metrus (5 km)), izmaksas (telpu uzturēšanai, personāla atalgojumam, u.tml. Piemēram, SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” par izvesto dokumentu uzglabāšanu ārpakalpojumu sniedzējam maksā ap 40 000 EUR gadā), papīra ilgtspēja (dokumentus uzglabāt papīra veidā ir sarežģīti, jo papīrs ilgtermiņā izšķīst, drūp, sadalās, ieraksti līdz ar to kļūst nesalasāmi un “izzūd”)).  Ņemot vērā ilgo uzglabāšanas laika termiņu, ne vienmēr ārstniecības iestādes, tajā skaitā ģimenes ārsti, spēj nodrošināt uzglabāšanu (medicīniskos dokumentus no 1972.gada varēs iznīcināt tikai 2047.gadā), jo īpaši pēc ārsta nāves (ņemot vērā 75 gadu uzglabāšanu pēc pēdējā veiktā ieraksta un vidējā mūža rādītājus- piemēram, ja ārsta privātpraksē nodarbināts ārsts veicis ārstniecību personai, ārstam esot 40 gadu vecumā, attiecīgā medicīniskā dokumentācija visticamāk būs jāuzglabā vēl pēc ārsta nāves). Papildus norādāms, ka medicīniskās dokumentācijas glabāšanas termiņi citās Eiropas valstīs ir ļoti atšķirīgi. Eiropas rekomendācijas paredz pacienta medicīniskos dokumentus glabāt tik ilgi, cik tie nepieciešami noteikto mērķu sasniegšanai. Pārsvarā tiek pieminēti 10-20-25-30 gadi, taču vienlaikus aktualizēts jautājums arī par uzglabāšanas laika pagarināšanu.  Eiropas Parlamenta un Padomes regula (ES) 2016/679 par fizisku personu aizsardzību attiecībā uz personas datu apstrādi un šādu datu brīvu apriti nosaka, ka:   * Jo īpaši nepieciešams nodrošināt, lai personas datu glabāšanas laikposms tiktu stingri ierobežots līdz minimumam. * Konkrētajiem personas datu apstrādes nolūkiem vajadzētu būt nepārprotamiem, leģitīmiem un noteiktiem jau personas datu vākšanas laikā. Personas datiem vajadzētu būt adekvātiem, atbilstīgiem, un tiem būtu jāietver tikai tas, kas nepieciešams tiem nolūkiem, kādos tie tiek apstrādāti. * Personas dati būtu jāapstrādā tikai tad, ja apstrādes nolūku nav iespējams pienācīgi sasniegt citiem līdzekļiem. * Pārzinim būtu jānosaka termiņi, kad dati ir jādzēš vai periodiski jāpārskata. * Personas dati būtu jāapstrādā veidā, kas nodrošina personas datu pienācīgu drošību un konfidencialitāti, tostarp nepieļaujot neatļautu piekļuvi personas datiem vai to neatļautu izmantošanu un neatļautu piekļuvi aprīkojumam, kas izmantots apstrādei. * Tāpat saskaņā ar Regulas 5.panta 1.punkta b) daļu personas dati tiek vākti konkrētos, skaidros un leģitīmos nolūkos, un to turpmāku apstrādi neveic ar minētajiem nolūkiem nesavienojamā veidā, savukārt e) daļa nosaka, ka dati tiek glabāti veidā, kas pieļauj datu subjekta identifikāciju, ne ilgāk kā nepieciešams nolūkiem, kādos attiecīgos personas datus apstrādā.   Tādējādi secināms, ka arī medicīniskie ieraksti un tajos ietvertais informācijas apjoms būtu uzglabājami tik ilgi, cik tie nepieciešami noteikta mērķa sasniegšanai.  Medicīnisko ierakstu galvenie mērķi ir:   * Plānot sniedzamās medicīniskās palīdzības apjomu pacientam, kā arī novērtēt slimības attīstības gaitu un pacienta ārstēšanu; * Nodrošināt dokumentālu pierādījumu pacienta ārstnieciskajam novērtējumam un ārstēšanas virzienam, kā arī izmaiņām veselības stāvoklī; * Nodrošināt informāciju par pacientam veikto veselības aprūpi ārstniecības procesā; * Nodrošināt datus izglītojošiem pasākumiem un pētījumiem.   Medicīniskie ieraksti nepieciešami ne tikai ārstniecības procesa organizēšanai, bet arī administratīvo/juridisko saistību īstenošanai. Tādējādi (saskaņā ar Eiropas Parlamenta un Padomes regulā (ES) 2016/679 par fizisku personu aizsardzību attiecībā uz personas datu apstrādi un šādu datu brīvu aprīti noteikto) medicīniskie ieraksti būtu uzglabājami tik ilgi, cik tas nepieciešams ārstniecības nodrošināšanai, pētījumu īstenošanai un administratīvo/juridisko saistību īstenošanai.  Ārstniecības procesā ir nepieciešama aktuālākā informācija par pacienta veselības stāvokļa rādītājiem, sūdzībām, terapiju, kā arī iepriekšējo anamnēzi (slimību vēsturi), ko lielākoties iegūst no paša pacienta vai tuviniekiem, kā arī pašas ārstniecības iestādes jau rīcībā esošās informācijas (elektroniskajām datu informācijas sistēmām vai arhīva). Ārstniecības personas norāda, ka informācijai par pacientam veikto ārstniecību pirms 75 gadiem nav būtiskas nozīmes, izņemot atsevišķus būtiskus informācijas aspektus, kas var ietekmēt aktuālo ārstniecības procesu, piemēram, veiktajām orgānu transplantācijām vai operācijām. Taču attiecīgo informāciju vairumā gadījumu var iegūt no paša pacienta (tajā skaitā pacienta paša rīcībā esošās medicīniskās dokumentācijas kopijām, norakstiem vai izrakstiem), kā arī veicot diagnostiskos izmeklējumus, kas sniegs aktuālāko informāciju par pacienta veselības stāvokli, nevis uzglabāt pilnīgi visu informāciju par visiem pacientiem veikto veselības aprūpi, piemēram, ambulatoru saslimšanu un vienreizēju konsultāciju pie speciālista.  Vienlaikus saskaņā ar slimnīcu sniegto informāciju medicīniskie ieraksti reti tiek pieprasīti- vairums slimnīcu norāda, ka nav novērots pieprasījums par medicīnisko dokumentāciju, kas vecāka par 10-12 gadu periodu. Turklāt minētais informācijas pieprasījums attiecināms arī uz medicīnisko ierakstu izmantošanu izglītojošiem pasākumiem un pētījumiem.  Attiecībā uz administratīvo/juridisko saistību īstenošanu: atbilstoši Pacientu tiesību likuma 18.panta trešajai daļai šajā likumā noteikto tiesību vai no tām izrietošo ar ārstniecību saistīto interešu aizstāvēšanai persona normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā ne vēlāk kā divu gadu laikā no tiesību vai interešu aizskāruma dienas ir tiesīga iesniegt sūdzību Veselības inspekcijā normatīvajos aktos noteikto un nepieciešamo darbību veikšanai. Savukārt Pacientu tiesību likuma 16.panta piektā daļa paredz, ka pacients atlīdzību par viņa dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu, kā arī par ārstniecības izdevumiem no Ārstniecības riska fonda pieprasa ne vēlāk kā divu gadu laikā no kaitējuma atklāšanas dienas, taču ne vēlāk kā triju gadu laikā no tā nodarīšanas dienas. Tādējādi atbilstoši normatīvajam regulējumam, kā arī, ņemot vērā iesniedzēju iebildumu apjomu, sūdzības par veselības aprūpes kvalitāti Veselības inspekcijai ir jāizskata par periodu līdz diviem gadiem pirms sūdzības iesniegšanas inspekcijā. Savukārt, attiecībā uz atlīdzības prasījuma iesniegumiem Ārstniecības riska fondam Veselības inspekcijai ir jāveic ekspertīzes par periodu līdz trīs gadiem pirms iesniegumu iesniegšanas Nacionālajā veselības dienestā.  Vienlaikus no Civillikuma izrietošās saistības beidzas un zaudē aktualitāti10 gados, izņemot, ja prasītājs šo desmit gadu laikā pretenziju izskata, piemēram, nosūtot vēstuli, tad šie 10 gadi pagarinās no tā brīža.  Vienlaikus ir noteikts uzglabāšanas laiks attiecībā uz informācijas uzglabāšanu par donoru un donora-recipienta izsekojamību:   * Atbilstoši Ministru kabineta 2005. gada 27. decembra noteikumu Nr.1037 “Noteikumi par cilvēka asiņu un asins komponentu savākšanas, testēšanas, apstrādes, uzglabāšanas un izplatīšanas kvalitātes un drošības standartiem un kompensāciju par izdevumiem zaudētā asins apjoma atjaunošanai” 41.punktam informāciju par cilvēka asiņu un asins komponentu izsekojamību jāglabā 30 gadus; * Ministru kabineta 2013. gada 29. janvāra noteikumu Nr.70 “Noteikumi par cilvēka orgānu izmantošanu medicīnā, kā arī cilvēka orgānu un miruša cilvēka ķermeņa izmantošanu medicīnas studijām” 72.punkts nosaka, ka datus, kas nepieciešami donora un recipienta pilnīgai izsekojamībai, ieguves organizācija un transplantācijas centrs glabā vismaz 30 gadus pēc attiecīgā orgāna ziedošanas. Informāciju atļauts uzglabāt elektroniski; * Ministru kabineta 2013. gada 22. oktobra noteikumu Nr.1176 “Cilvēka audu un šūnu izmantošanas kārtība” 91.punkts nosaka, ka Audu centrs donoru datubāzē izveidoto donora lietu un Audu centrs izsekojamības sistēmā minētos datus atbilstoši dokumentu un arhīvu pārvaldības jomu regulējošo normatīvo aktu prasībām glabā vismaz 30 gadu pēc audu vai šūnu klīniskās izmantošanas.   Tādējādi dati, kas saistās ar donoru un donora-recipienta izsekojamību, ir jāuzglabā vismaz 30 gadus pēc donora orgānu, asiņu, audu vai šūnu klīniskās pielietošanas - t.i., transplantācijas; nodošanas zāļu, tostarp ATMP ražošanai; embriotransfera; cilvēka audus/šūnas saturošu medicīnas ierīču implantācijas un tml.), ņemot vērā to, ka ir iespējama cilvēka izcelsmes biomateriāla ilgstoša kriosaglabāšana, tostarp, piemēram, sasaldēta (kriokonservēta) eritrocītu masa var glabāties 30 gadus. Daļā ārstniecības iestāžu dati par donoru un visās ārstniecības iestādēs dati par recipientu tiek fiksēti stacionārā (MK noteikumu Nr.265 3.pielikums) vai ambulatorā ( MK noteikumu Nr.265 47.pielikums) pacienta medicīnas kartē, tādēļ šiem dokumentiem uzglabāšanas termiņš nosakāms vismaz 30 gadus pēc pēdējā ieraksta. Šajos medicīniskajos dokumentos ārstniecības iestādēs tiek fiksēti izsekojamības dati par cilvēka orgānu, asins komponentu, audu un šūnu pielietošanu pacientam saistībā ar transfūziju, transplantāciju, embriotransferu, cilvēka audus vai šūnas saturošu implantu pielietošanu, jaunieviestās terapijas zāļu ievadīšanu un tml., kā arī izsekojamības dati par izmantoto biomateriālu. Daļā ārstniecības iestāžu stacionāra pacienta medicīnas kartē vai ambulatora pacienta medicīnas kartē tiek fiksēti arī dati, kas saistīti ar donora atlasi, laboratorisko izmeklēšanu un piekrišanu ziedošanai.  Saskaņā ar Eiropas Savienības Direktīvu prasībām visām dalībvalstīm iestādēs, kurās tiek veikta transfūzija, transplantācija, pielietoti cilvēka audi un šūnas, ir jānodrošina šādu izsekojamības datu uzglabāšana vismaz 30 gadus pēc donora orgānu, asiņu, audu vai šūnu klīniskās pielietošanas, tā kā cilvēka izcelsmes biomateriālu, kas paredzēts klīniskai pielietošanai dalībvalstī, var saņemt no citām valstīm, kā arī dalībvalstī saņemt medicīnisko palīdzību var arī citu valstu pilsoņi.  Izsekojamības nodrošināšana ir nepieciešama tādēļ, ka nav iespējams pilnībā izslēgt slimību transmisijas risku no donora recipientam vai kriosaglabātā biomateriāla kontamināciju, kā arī ir iespējama jaunu saslimšanu un slimību risku parādīšanās (kā piemēram Ebola vīrusa vai Zikas vīrusa infekcijas uzliesmojums). Sabiedrības veselības aizsardzības nolūkā, tostarp lai atsauktu no pielietošanas kriosaglabātu biomateriālu, kura donoram pēc biomateriāla ziedošanas atklātas saslimšanas, kuras iespējams pārnest recipientam, kā arī lai informētu donorus vai recipientus par potenciālajām problēmām, kas atklājās pēc cilvēka orgānu, asiņu, audu vai šūnu klīniskās pielietošanas (tostarp pēc ilgāka laika perioda, kā piemēram prionu saslimšanas), ir nepieciešams, lai visās dalībvalstīs 30 gadu periodā būtu iespējams izsekot šādu cilvēka izcelsmes biomateriālu no donora līdz recipientam un vice versa, kā arī varētu izsekot datus, kas saistīti ar izstrādājumiem un materiāliem, kas nonākuši saskarē ar cilvēka asinīm, asins komponentiem, audiem, šūnām vai orgāniem.  Vienlaikus atbilstoši Krimināllikuma 56.pantam ilgākais laika periods, kad personu nevar saukt pie kriminālatbildības, ir, ja no dienas, kad persona izdarījusi noziedzīgu nodarījumu, pagājuši piecpadsmit gadi no sevišķi smaga nozieguma izdarīšanas dienas, izņemot noziegumu, par kuru saskaņā ar Krimināllikumu var piespriest mūža ieslodzījumu.  Tāpat saskaņā ar Krimināllikuma 56.panta pirmo prim daļu personu nevar saukt pie kriminālatbildības, ja no dienas, kad noziedzīgā nodarījumā, kas vērsts pret nepilngadīgas personas tikumību un dzimumneaizskaramību vai ar ko nodarīti smagi miesas bojājumi, kas saistīti ar dzimumorgānu kropļošanu vai reproduktīvo spēju zaudējumu, vai cilvēku tirdzniecībā, vai piespiešanā veikt abortu, cietusī persona sasniegusi astoņpadsmit gadu vecumu, ir pagājuši divdesmit gadi, izņemot noziegumu, par kuru saskaņā ar likumu var piespriest mūža ieslodzījumu (šajos gadījumos personu var saukt pie kriminālatbildības, ja ir pagājuši 30 gadi). Atbilstoši iepriekšminētajam pantam gadījumā, ja nepilngadīgā persona ir cietusi no seksuālās vardarbības, tad medicīniskie dokumenti būtu jāglabā līdz nepilngadīgā persona sasniedz pilngadību un atbilstoši noilgumam kriminālprocesā tie būtu jāuzglabā vēl 20 gadus.  Tādējādi secināms, ka 75 gadu tuvinājuma izmantošanai pēc pēdējā veiktā ieraksta juridiski un administratīvi nozīmīgu dokumentu glabāšanai vairs nav pietiekama pamatojuma.  Tāpat, pamatojoties uz iepriekš minēto, secināms, ka medicīniskā dokumentācija administratīvo/juridisko saistību īstenošanai un arī sabiedrisko interešu pārstāvībai uzglabājama ne mazāk kā 40 gadus.  Medicīniskā dokumentācija (kā minēts sākotnēji tās izmantošanas mērķos) nodrošina arī pacienta tiesību un interešu aizstāvību, piemēram, pacientam ir pieejama informācija par viņa dzīves laikā viņam nodrošinātajiem ārstniecības pakalpojumiem. Atkārtotas ārstniecības gadījumā ārstniecības personālam ir būtiski zināt pacienta esošo veselības stāvokli, kā arī slimību anamnēzi, kas attiecīgi ietekmē arī lēmumu par ārstniecību. Informācijai par pacientam veiktajiem izmeklējumiem vai manipulācijām pirms vairāk nekā 40 gadu periodu ir informatīvs raksturs, un būtiskāka nozīme ir esošajam veselības stāvoklim, ko var objektīvi izvērtēt arī ar nepieciešamajiem diagnostiskiem izmeklējumiem. Tāpat medicīniskās dokumentācijas uzglabāšana papīra formātā vienā ārstniecības iestādē sarežģī attiecīgās informācijas iegūšanu no tās citā ārstniecības iestādē, tādējādi jau tagadējā ārstniecības iestāžu praksē senāka dokumentācija par 40 gadiem, īpaši- kas atrodas citā ārstniecības iestādē- netiek izmantota, iespējami izmantojot iestādes konkrētā brīdī esošus resursus. Minētais, protams, pakāpeniski tiek risināts, ieviešot un attīstot e-veselības sistēmu.  Uzglabāšanas laika medicīniskiem ierakstiem, kad tie būtu iznīcināmi, noteikšanai Veselības ministrija organizēja arī diskusijas un lūdza vairāku institūciju viedokli. Saņemtais viedoklis bijis dažāds, gan atbalstot uzglabāšanu tikai 10 gadus, kā arī vienlaikus rosinot medicīniskos ierakstus glabāt 50 gadus (drošības pēc). Vairākums aptaujāto institūciju (valsts pārvaldes institūcijas) un organizāciju (nevalstiskās organizācijas un slimnīcas) atbalstīja uzglabāšanas laika samazinājumu no 75 gadiem uz 25 gadiem pēc pēdējā ieraksta vai 15 gadus pēc personas nāves. Ņemot vērā saņemtos viedokļus sākotnēji tika virzīts priekšlikums mazināt attiecīgo medicīnisko ierakstu uzglabāšanas laiku uz 25 gadiem pēc pēdējā ieraksta vai 15 gadus pēc pacienta nāves, kas tika virzīts kā kompromisa variants starp ārstniecības iestāžu administratīvo slogu un pacientu interesēm un tiesībām. Taču pēc minētā priekšlikuma pieteikšanas 2019. gada 14. marta Valsts sekretāru sanāksmē (VSS-205) tika saņemts papildus viedoklis no Labklājības ministrijas un Tieslietu ministrijas par nepieciešamību uzglabāt medicīnisko dokumentāciju ilgāku laika periodu, pamatojoties uz Krimināllikumā noteikto. Tāpat saņemts papildus viedoklis attiecībā uz datu uzglabāšanu saistībā ar donoru un donoru-recipienta izsekojamību un attiecīgās informācijas uzglabāšanu 30 gadus pēc pēdējā ieraksta. Ņemot vērā minēto, noteikumu projekts precizēts un paredz noteikt 40 gadu uzglabāšanas laiku noteiktiem medicīniskiem ierakstiem pēc pēdējā ieraksta vai 15 gadus pēc pacienta nāves.  Ņemot vērā minēto un **uzglabāšanas laika 75 gadu periodam pēc pēdējā veiktā ieraksta nepietiekamo pamatojumu**, **noteikumu projekts paredz mazināt medicīnisko ierakstu uzglabāšanas laiku no 75 gadiem uz 40 gadiem pēc pēdējā veiktā ieraksta vai 15 gadiem pēc pacienta nāves**, vienlaikus nodrošinot medicīnisko ierakstu uzglabāšanas laiku ārstniecības un valstī noteikto cilvēktiesību un administratīvo procesu nodrošināšanai, kā arī vienlaikus mazinot administratīvo slogu ārstniecības iestādēm.  Vienlaikus norādāms, ka tādējādi visa iepriekš minētā medicīniskā dokumentācija, ko līdz šim uzglabāja 75 gadu termiņu pēc pēdējā ieraksta, turpmāk būs uzglabājama tikai 40 gadus pēc pēdējā ieraksta vai 15 gadus pēc personas nāves, un pēc šī termiņa medicīniskie ieraksti iznīcināmi.  Noteikumu projekts paredz arī mazināt 8.pielikuma “Dzemdību reģistrācijas žurnāls” uzglabāšanas laiku no 2 gadiem uz vienu gadu. Dzemdību reģistrācijas žurnāls galvenokārt nepieciešams dzemdību reģistrācijai un vēsturiski bija paredzēts ērtākai informācijas atrašanai par dzemdētājām. Ņemot vērā to, ka šobrīd vairums ārstniecības iestāžu izmanto elektroniskās informācijas sistēmas, kā arī pārējo ar dzemdībām saistīto dokumentāciju un to, ka nav lietderīgi uzglabāt Dzemdību reģistrācijas žurnālu ilgāk par vienu gadu pēc pēdējā ieraksta veikšanas, noteikumu projekts paredz žurnālu turpmāk uzglabāt vienu nevis divus gadus pēc pēdējā ieraksta.  Tāpat Noteikumu projekts paredz mazināt MK noteikumu Nr.265 30.pielikuma “Nosūtījums uz Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisiju” uzglabāšanas laiku no 75 gadiem uz 5 gadiem. Saskaņā ar Labklājības ministrijas sniegto informāciju MK noteikumu Nr.265 30.pielikumā „Nosūtījums uz Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisiju” iekļautā informācija ir iegūta, apkopojot personas citos, piemēram, pacienta ambulatorā karte, pacienta slimības vēsture, u.c., medicīniskajos dokumentos esošo informāciju, kura tiek uzglabāta dažādās informācijas sistēmās. Nosūtījums ir tikai viens no Personas ekspertīzes lietas dokumentiem. Turklāt lietās invaliditātes ekspertīzes dokumenti ir aktuāli personas dzīves laikā, lai īstenotu tiesības, kuras izriet no piešķirtā statusa. Pašreizējais normatīvo aktu regulējums paredz, ka Personas ekspertīzes lietā esošais nosūtījums jāuzglabā 75 gadus pēc pēdējā veiktā ieraksta, tai skaitā arī par mirušu personu. Informāciju par personas nāvi Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisija saņem, sinhronizējot datu bāzi ar Pilsonības un migrācijas lietu pārvaldes datu bāzi. Personas ekspertīzes lietas par mirušām personām tiek izņemtas no aktīvā reģistra un uzskaitītas atsevišķā reģistrā. Šobrīd Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijai ir jāuzglabā ļoti liels skaits Personas ekspertīzes lietas papīra formā par mirušām personām, kuru uzglabāšanai ir nepieciešamas telpas, kā arī tas rada papildu noslodzi arhivāram lietu kārtošanai. Līdzšinējā Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas pieredze liecina, ka informācija par mirušas personas invaliditāti un ar to saistītiem dokumentiem tiek pieprasīta gada laikā pēc miršanas fakta, kad tā nepieciešama tiesībsargājošām iestādēm vai ar nodokļu jomu saistītu tiesību precizēšanai. Tādējādi nav lietderīgi un pietiekama pamatojuma ilgākam Nosūtījuma uz Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisiju uzglabāšanas laikam par 5 gadiem.  Tāpat, lai mazinātu administratīvo slogu ārstniecības iestādēm, kas sniedz laboratoriskus pakalpojumus, noteikumu projekts paredz mazināt MK noteikumu Nr.265 76.pielikuma „Patologhistoloģiskā izmeklēšana” uzglabāšanas termiņu no 15 uz 5 gadiem. Attiecīgais pielikums tiek izmantots kā nosūtījums uz histoloģisko izmeklējumu un tiek aizpildīts divos eksemplāros- vienu eksemplāru glabā ārstniecības iestādes patoloģijas nodaļā vai laboratorijā, kurā tiek veikts patologhistoloģiskais izmeklējums, bet otrs tiek pievienots stacionāra pacienta medicīniskajai kartei (veidlapa 003/u, kas ir MK noteikumu Nr.265 3.pielikums) vai ambulatorā pacienta medicīniskajai kartei (veidlapa 025/u, MK noteikumu Nr.265 47.pielikums). Ņemot vērā to, ka medicīniskie ieraksti stacionāra pacienta medicīniskajā kartē un ambulatorā pacienta medicīniskajā kartē jāglabā šobrīd 75 gadus pēc pēdējā ieraksta, taču ar noteikumu projektu plānots uzglabāt 40 gadus pēc pēdējā ieraksta vai 15 gadus pēc pacienta nāves, un tajās atkarībā no konkrētā gadījuma tiek pievienots MK noteikumu Nr.265 76.pielikums, nav nepieciešamības otru 76.pielikuma eksemplāru uzglabāt ārstniecības iestādes patoloģijas nodaļā vai laboratorijā ilgāku termiņu par 5 gadiem bez reālas nepieciešamības un pielietojuma, tādējādi uzglabājot dokumentāciju dubultā. Vienlaikus noteikumu projekts paredz veidlapu papildināt ar papildus lauku, kurā jāatzīmē izmeklējuma maksātājs, lai izvairītos no pakalpojumu apmaksas veicēja noteikšanas problemātikas un ambulatori maksas izmeklējumi netiktu iekļauti valsts apmaksai, tā kā histoloģiskie izmeklējumi var būt ne tikai valsts apmaksājami, bet arī maksas pakalpojumi.  Tāpat noteikumu projekts paredz noteikt, ka MK noteikumu Nr.265 84.pielikums“Mātes pase” vairs nav jāuzglabā ārstniecības iestādē 75 gadus pēc pēdējā ieraksta (netiek iekļauts noteikumu projektā paredzētajā jaunajā 35.7.apakšpunkta redakcijā), tā kā Mātes pase atrodas pie pacientes un noteiktais uzglabāšanas laiks ārstniecības iestādēm nav saistošs.  **2. Redakcionāli precizējumi un jaunas normas:**   * Noteikumu projekts paredz papildināt MK noteikumus Nr.265 ar precizējošu normu (precizētu MK noteikumu Nr.265 35.8.apakšpunktu), ka dokumentāciju, kas ievietota Ambulatorajā/Stacionārajā pacienta kartē (47. un 3.piel.), Dzemdību/Jaundzimušo attīstības vēsturē (34. un 35.piel.) vai kartē veselības aprūpes mājās (95.piel.), glabā tādu termiņu kā attiecīgo pacienta karti/vēsturi. Tādējādi tiek precizēts, ka arī tādu dokumentāciju, kurai MK noteikumos Nr.265 paredzēts cits uzglabāšanas laiks, taču tā ievietota minētajās pacienta kartēs vai vēsturēs, neiznīcina pēc atsevišķi noteiktā uzglabāšanas laika beigām, bet gan uzglabā tādu pašu laiku kā attiecīgo pacienta karti/vēsturi, kā arī vienlaikus ļauj uzglabāt medicīniskos ierakstus, kuriem nav noteikts uzglabāšanas laiks (piemēram, diagnostisko izmeklējumu rezultātiem) un tādējādi izpildot datu regulā par fizisku personu aizsardzību attiecībā uz personas datu apstrādi un šādu datu brīvu apriti noteikto (citādi uzglabāšanai nenoteiktie ieraksti būtu iznīcināmi, lai ievērotu regulā noteiktās prasības); * Tāpat noteikumu projekts paredz papildināt MK noteikumus Nr.265 (ar 35.2 punktu) ar nosacījumu medicīnisko ierakstu iznīcināšanai, nosakot, ka pēc uzglabāšanas laika beigām medicīniskos ierakstus iznīcina, izstrādājot iznīcināšanas aktu, ko glabā pastāvīgi pēc tā izstrādes un kurā iekļauj informāciju par pacienta identifikāciju, pēdējā ieraksta datumu, iznīcināšanas datumu un iemeslu, tādējādi nodrošinot izsekojamību par medicīnisko ierakstu iznīcināšanu un attiecīgi dokumentu apriti; * MK Noteikumu Nr.265 papildinājums ar 35.3 punktu nepieciešams, lai precizētu medicīnisko ierakstu uzglabāšanu ārstniecības iestāžu likvidācijas un reorganizācijas gadījumos. Arhīvu likuma 7.pants nosaka, ka likvidējamo un reorganizējamo institūciju pastāvīgi glabājamie dokumenti nav dalāmi un ir nododami pastāvīgā valsts glabāšanā Latvijas Nacionālajā arhīvā sakārtotā veidā atbilstoši dokumentu un arhīvu pārvaldības noteikumiem. Likvidējamo un reorganizējamo institūciju uz laiku glabājamie dokumenti tiek nodoti institūcijas tiesību un saistību pārņēmējam. Ja institūcijai nav tiesību un saistību pārņēmēja, uz laiku glabājamie dokumenti tiek nodoti glabāšanā Latvijas Nacionālajā arhīvā. Institūcijas tiesību un saistību pārņēmējam var tikt nodoti likvidējamo un reorganizējamo institūciju pastāvīgi glabājamie dokumenti nodoto funkciju un uzdevumu izpildes nodrošināšanai, ja dokumentu glabāšanai ir nodrošināti attiecīgi apstākļi un saņemta Latvijas Nacionālā arhīva atļauja. Ņemot vērā minēto, lai izvairītos no situācijām, kad pēc ārstniecības iestāžu likvidācijas un reorganizācijas procesa nav pieejami medicīniskie ieraksti par pacientiem (tie pazaudēti vai nav zināma to atrašanās vieta), kas saņēmuši attiecīgajā ārstniecības iestādē veselības aprūpes pakalpojumus, noteikumu projekts paredz noteikt, ka likvidējamo un reorganizējamo ārstniecības iestāžu medicīnisko ierakstu uzglabāšanu veic atbilstoši Arhīvu likumam, no kā savukārt izriet dokumentācijas nodošana Latvijas Nacionālajam arhīvam vai saistību pārņēmējam; * Noteikumu projekts paredz arī papildināt MK noteikumu Nr.265 5.pielikumu “Stacionāra pacientu kustības un gultu fonda uzskaites lapa” un 10.pielikumu “Pacientu kustības un gultu fonda uzskaites kopsavilkums stacionārā (nodaļā)” ar norādi, ka stacionārās gultas profils norādāms atbilstoši Slimību profilakses un kontroles centra (turpmāk – SPKC) uzturētajam Stacionāro gultu profilu klasifikatoram (kas attiecīgi pieejams SPKC mājaslapā). Minētais precizējams nepieciešams, jo veidlapās paredzēts sniegt informāciju par stacionāro gultu profilu, taču profilu iedalījumi normatīvajā regulējumā nav pieejami, kā arī nav ietverta atsauce uz SPKC izveidoto stacionāro gultu profilu klasifikatoru, tādējādi stacionārās ārstniecības iestādes SPKC iesniedz ne vienmēr aktuālu un klasifikatoram atbilstošu informāciju, kas savukārt attiecīgi traucē veikt korektu datu apstrādi. Tāpat nepieciešams papildināt 10.pielikumu ar norādi, ka veidlapu stacionārajām ārstniecības iestādēm jāiesniedz SPKC katru mēnesi līdz mēneša 15.datumam. Šobrīd attiecīgās informācijas sniegšanas jeb 10.pielikuma iesniegšanas periodiskums MK noteikumos Nr.265 nav noteikts, tādējādi ārstniecības iestādes iesniedz datus par atšķirīgiem periodiem, un SPKC nevar korekti apkopot iesniegto informāciju un apstrādāt datus, kas nepieciešami stacionārās veselības aprūpes plānošanai; * MK noteikumu Nr.26512.pielikuma“Izraksts no stacionārā/ambulatorā pacienta medicīniskās kartes” 9.2. apakšpunkts paredz informācijas sniegšanu par medicīniskās rehabilitācijas nepieciešamību, rekomendācijas sociālajiem dienestiem, ārsta slēdzienu par darbnespējas turpināšanu vai pārtraukšanu, prognozi un izmeklējumu plānu, darbnespējai turpinoties. Izraksts no stacionārā/ambulatorā pacienta medicīniskās kartes tiek izmantots kā universāla veidlapa, ko vienlaikus izmanto kā informācijas sniegšanas veidu arī izglītības iestādēm, piemēram, lai sniegtu informāciju par izglītojamā izglītības iestādes neapmeklējumu saslimšanu dēļ, tādēļ noteikumu projekts paredz papildināt attiecīgo veidlapas redakciju arī ar informācijas sniegšanu izglītības iestādēm (tajā skaitā speciālām izglītības iestādēm un internātskolām), ne tikai sociāliem dienestiem; * Vienlaikus noteikumu projekts paredz precizēt MK noteikumu Nr.103.veidlapu, svītrojot no tās atsauci uz Ministru kabineta 2013. gada 17. decembra noteikumu Nr. 1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" 7. pielikumu, ņemot vērā to, ka attiecīgie noteikumi (Nr.1529) zaudējuši spēku un attiecīgās norādes valsts organizētā vēža skrīninga programmas īstenošanas nosacījumiem iekļautas Nacionālā veselības dienesta mājaslapā un savstarpēji noslēgtos līgumos ar valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem; * Pamatojoties uz SIA “Vidzemes slimnīca” izrādīto iniciatīvu un nepieciešamību, noteikumu projekts paredz precizēt 3.pielikuma “Stacionāra pacienta medicīniskā karte” nosaukumu, papildinot to ar vārdiem “un dienas stacionāra”, tā kā attiecīgo veidlapu lielākoties izmanto arī dienas stacionārā pacientam sniegtās veselības aprūpes gadījumā. Dienas stacionāros sniegtie veselības pakalpojumi galvenokārt tiek sniegti stacionāros, taču var tikt sniegti arī ambulatorajās ārstniecības iestādēs. Atsevišķām ārstniecības iestādēm nereti nav skaidrs, vai šāda pakalpojuma sniegšanas dokumentēšanai izmantoja stacionāra vai ambulatora pacienta karte. Lai neradītu pārpratumus dokumentācijas lietojumā, attiecīgi precizēts 3.pielikuma nosaukums, norādot, ka attiecīgo karti izmanto arī dienas stacionāriem, ne tikai stacionāriem gadījumiem. * Tāpat, pamatojoties uz SIA “Vidzemes slimnīca” izrādīto iniciatīvu un nepieciešamību, papildināta 47.pielikuma “Ambulatorā pacienta medicīniskā karte” ievaddaļa ar iespēju norādīt kartes numuru, ko nereti paredz norādīt citās medicīniskās dokumentācijas veidlapās (ja tāds ir). Lai gan līdz šim nebija šķēršļu katrai ārstniecības iestādei numurēt ambulatorā pacienta kartes atbilstoši tajā izstrādātai iekšējai kārtībai, minētās sadaļas iekļaušana pielikumā paredzēs noteiktu un vienotu vietu kartes numura norādei.   **3. Noteikumu projekts paredz svītrot no MK noteikumiem Nr.265 šādus pielikumus:**   * 28.pielikumu “No stacionāra (nodaļas) izrakstītā (mirušā) pacienta karte Nr.\_\_\_ Psihiatriskās informācijas pielikums”. Informācija par veidlapā apkopotiem datiem ir pieejama citos ārstniecības iestādes medicīniskajos ierakstos, turklāt informācija vairs netiek izmantota statistisko pārskatu sagatavošanai vai pētniecībai. Daļa no veidlapā iekļautās informācijas dublējas ar MK noteikumos Nr.134 ietverto 12. pielikumu “Karte pacientam ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem”, kā arī vienlaikus daļu no informācijas var iegūt no elektroniskām datu bāzēm psihiatriskās aprūpes stacionāros, kā arī no informācijas, ko ārstniecības iestādes sniedz Nacionālajam veselības dienestam. Turklāt noteikumu 28.pielikums glabājamas tikai vienu gadu, tādēļ netiek ievietots pacienta stacionārajā kartē un uzglabāts atsevišķi, palielinot administratīvo slogu ārstniecības iestādēm; * 36.pielikums „Jaundzimušā karte” (veidlapa 098/u) un 37.pielikums „Jaundzimušā kartes papildtalons” (veidlapa Nr.098-1/u) svītrojami ar atbilstošām korekcijām MK noteikumu Nr.265 31. un 35.2. apakšpunktos, tā kā, stājoties spēkā Ministru kabineta 2018. gada 12. jūnija noteikumiem Nr. 328 “Jaundzimušo reģistra noteikumi”, veidlapas zaudējušas aktualitāti un veidlapās ietvertā informācija tiek ievadīta un uzglabāta Jaundzimušo reģistrā, tajā skaitā informācija par perinatālā periodā mirušo jaundzimušo galīgo nāves cēloni tiek iegūta no SPKC pārraudzībā esošās Latvijas iedzīvotāju nāves cēloņu datu bāzes, aktualizējot Jaundzimušo reģistrā esošos datus; * 68.pielikumu “Paziņojums par personu, kurai pirmo reizi diagnosticēts AIDS (veidlapa Nr.HIV-7)” un 80.pielikumu “Paziņojums par HIV inficētas personas vai AIDS pacienta nāvi (veidlapa Nr. HIV-8)” saistībā ar 2019. gada 8. janvārī (prot. Nr. 1 16. §) pieņemtajiem MK noteikumiem Nr. 7 “Grozījumi Ministru kabineta 2008. gada 15. septembra noteikumos Nr. 746 ”Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība”” (turpmāk – noteikumi Nr. 746), kas stājas spēkā 2019. gada 1. jūlijā pēc HIV/AIDS gadījumu reģistra izveides un tā iekļaušanas ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra valsts informācijas sistēmā (turpmāk – PREDA). MK noteikumu Nr. 265 68. un 80.pielikums zaudēs savu aktualitāti un nepieciešamību, tā kā informācija tiks sniegta tiešsaistes režīmā. Šobrīd atbilstoši 2012. gada 3. aprīļa MK noteikumiem Nr. 241 “Slimību profilakses un kontroles centra nolikums”, MK 2003. gada 4. novembra noteikumiem Nr. 628 ”Cilvēka imūndeficīta vīrusa infekcijas (HIV) un AIDS izplatības ierobežošanas un ar HIV inficētu personu un AIDS slimnieku ārstēšanas organizatoriskā kārtība” un MK 1999. gada 5. janvāra noteikumiem Nr.7 „Infekcijas slimību reģistrācijas kārtība” noteiktajam SPKC apkopo informāciju par jaunatklātajiem HIV/AIDS gadījumiem, kā arī veido, uztur un papildina HIV/AIDS gadījumu reģistru. Pēc šobrīd valstī noteiktās kārtības informāciju par jaunatklātiem HIV/AIDS gadījumiem ārstniecība iestādes iesniedz SPKC, aizpildot veidlapas papīra formātā saskaņā ar MK noteikumos Nr. 265 apstiprinātajām veidlapām- 66. pielikumu (veidlapa Nr. HIV-6 ”Paziņojums par apstiprinātu HIV infekcijas gadījumu”), 68. pielikumu (veidlapa Nr. HIV-7 ”Paziņojums par personu, kurai pirmo reizi diagnosticēts AIDS”) un 80. pielikumu (veidlapa Nr. HIV-8 ”Paziņojums par HIV inficētas personas vai AIDS pacienta nāvi”). Minētās veidlapas SPKC tiek sūtītas, izmantojot pasta pakalpojumus. Savukārt Saskaņā ar MK 2008. gada 15. septembra noteikumiem Nr. 746 „Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība” Latvijā ir izveidots reģistrs PREDA, kas šobrīd satur datus par pacientiem, kuri slimo ar sabiedrības veselību būtiski ietekmējošu hronisku infekcijas slimību – C hepatītu. Stājoties spēkā noteikumiem Nr. 746, no 2019. gada 1. jūlija PREDA tiks apkopoti dati arī par pacientiem, kuriem diagnosticēts HIV un AIDS. Tā kā līdzšinējais HIV/AIDS gadījumu reģistrs nesaturēja daudzus nozīmīgus epidemioloģiskos un klīniskos datus, kas nepieciešami informācijas apkopošanai un analīzei, kā arī nebija paredzēts klīnisko datu analīzei, lai izvērtētu HIV/AIDS slimības norisi un attīstību dinamikā, sekotu pacienta ārstēšanas rezultātiem un valstī plānotu ārstēšanai nepieciešamo finansējumu, lai novērstu minētās problēmas un nodrošinātu HIV/AIDS gadījumu reģistra darbību atbilstoši mūsdienu prasībām, rastu iespēju datu ievadei tiešsaistes režīmā un vienlaicīgi mazinātu slogu ārstniecības personām, kas informāciju par HIV/AIDS pacientiem SPKC nosūta, izmantojot veidlapas (66. pielikums, 68. pielikums, 80. pielikums), Veselības ministrija veica grozījumus MK 2008. gada 15. septembra noteikumos Nr. 746 „Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība”, kas paredz HIV/AIDS gadījumu reģistra iekļaušanu PREDA. PREDA sniedz iespējas identificēt pacienta datus no dažādiem citiem reģistriem, piemēram, no Latvijas iedzīvotāju nāves cēloņu datu bāzes. Tā kā PREDA HIV/AIDS gadījumu reģistrā nepieciešamā informācija tiks aizpildīta automātiski, pārņemot datus no Latvijas iedzīvotāju nāves cēloņu datu bāzes, ārstniecības personām nebūs nepieciešams SPKC ziņot par HIV/AIDS nāves gadījumu, izmantojot veidlapu Nr. HIV-8 ”Paziņojums par HIV inficētas personas vai AIDS pacienta nāvi”. Līdz ar to no noteikumiem Nr.265 paredzēts svītrot 80.pielikumu. Vienlaicīgi, ņemot vērā to, ka izstrādātajā HIV/AIDS pacienta kartē ir iekļauti nepieciešamie dati par AIDS pacientu, tai skaitā tie dati, kurus šobrīd satur arī veidlapa Nr. HIV-7 ”Paziņojums par personu, kurai pirmo reizi diagnosticēts AIDS”, kā arī to, ka šobrīd šo informācijas nosūtīšanu nodrošina infektologs, un arī turpmāk infektologs datus par AIDS pacientu ievadīs tiešsaistē, izmantojot PREDA iekļauto jaunizveidoto HIV/AIDS gadījumu reģistru, no MK noteikumiem Nr.265 svītrojams arī 68. pielikums. Līdz 2019. gada 1. jūlijam 68. un 80. pielikumā ietvertās veidlapas izmantojamas ierastajā kārtībā. Minēto saistīto tiesību aktu projektos noteiktajām attiecīgajām savstarpēji saistītajām prasībām tiks piemērots tāds pats spēkā stāšanās laiks kā grozījumiem noteikumos Nr.746 - 2019. gada 1. jūlijs; * 92.pielikumu “Cukura diabēta pacienta insulīna karte”, tā kā tā zaudējusi savu aktualitāti un lietderību, un tajā ietvertā informācija ārstniecības personām pieejama Vienotajā veselības nozares elektroniskajā informācijas sistēmā jeb e-veselības sistēmā. Ņemot vērā to, ka lielākā daļa pacientu attiecīgo karti nelieto un arī tās lietojums negarantē informācijas norādi par izsniegtajiem insulīna preparātiem, kartes izmantošana nav lietderīga.   **4. Vienlaikus noteikumu projekts paredz izteikt jaunā redakcijā šādus MK noteikumu Nr.265 pielikumus:**   * 32.pielikumu “Ārstniecības iestādes ziņojums par diagnosticētu tuberkulozi”, lai uzlabotu tuberkulozes gadījumu epidemioloģisko izmeklēšanu un mazinātu nepamatotu slogu ārstniecības personām, ziņojot SPKC par saslimšanas gadījumu ar tuberkulozi. Veidlapa sadalīta divās daļās: pirmajā daļā ietverta informācija par tuberkulozes pacientu un tuberkulozes diagnozes noteikšanu, un šī informācija būs jāsniedz SPKC par katru atklāto tuberkulozes gadījumu, savukārt papilddaļa ietver informāciju, kas nepieciešama SPKC pretepidēmijas pasākumu organizēšanai. Papilddaļā ietverto informāciju ārstniecības persona sniegs SPKC tikai tādos gadījumos, kad būs nepieciešama SPKC iesaiste pretepidēmijas pasākumu organizēšanā. Minētie gadījumi, kad ārstniecības iestādei jāsniedz plašāka informācija SPKC par infekcioza pacienta vai bērna līdz 4 gadu vecumam ar latentu tuberkulozes infekciju uzturēšanās vietām, lai noteiktu pārējās kontaktpersonas (ārstniecības iestādē nosaka kontaktpersonas tikai pacienta dzīves vietā) vai infekcijas avotu, par iespējamo infekciozitātes periodu un citu informāciju, uzskaitīti papilddaļas sākumā. Savukārt piezīme pie veidlapas virsraksta norāda, ka aizpildītu ziņojumu atbilstoši normatīvajiem aktiem par infekcijas slimību reģistrācijas kārtību nosūta SPKC. Attiecīgo precizējumu veidlapā rezultātā tiek samazināts informācijas apjoms, kas ārstniecības personām jāsniedz SPKC par pirmreizēji atklātu tuberkulozi gadījumos, ja SPKC iesaiste nav nepieciešama. Tāpat veidlapas pamatdaļā ir noteikts, ka personas dzimšanas datumu norāda tikai gadījumos, ja tas nav identificējams no personas koda. Vienlaikus veidlapas papilddaļā ir samazināts sniedzamais informācijas apjoms par personas nodarbošanos, norādot tikai to, vai persona strādā, nestrādā vai studē. Vienlaicīgi šī daļa ir papildināta ar papildus informāciju par kontaktpersonām, par kurām nav paziņots dzīves vietai tuvāk praktizējošajam pneimonologam, jo šo kontaktpersonu medicīnisko novērošanu ir jāorganizē SPKC. Arī šobrīd ārstniecības personas par šādām kontaktpersonām ziņo SPKC, rakstot vēstuli. Lai atvieglotu ziņošanu, ir izveidota sistematizēta forma tabulas veidā. Vienlaicīgi tiek paredzēts, ka ārstniecības persona par šīm kontaktpersonām sniegs to informāciju, kas ir viņas rīcībā un SPKC papildinās nepieciešamos datus kontaktpersonas identificēšanai; * 57.pielikumu „Zobārstniecības pacienta ambulatorā karte” un60.pielikumu „Profesionālās zobu higiēnas zobārstniecības pacienta ambulatorā karte” atbilstoši aktuālākajai situācijai un terminoloģijai zobārstniecības nozarē. Ņemot vērā to, ka priekš pakalpojuma saņēmēja nav lietderīgi un ir diskriminējoši sniegt informāciju par to, vai persona ir inficēta ar hepatītu vai AIDS/TBC, kā arī nodrošinot zobārstniecības pakalpojumus un neuzmanīgi vai nepareizi īstenojot higiēnas prasības attiecībā uz potenciālo infekcijas avotu, var tikt pārnestas arī citas transmisijas slimības, no noteikumu 57., 58. (“Akūtās palīdzības zobārstniecības pacienta ambulatorā karte”) un 60. pielikumā ietvertās no pacienta iegūstamās informācijas svītrojami “hepatīts” un “AIDS/TBC”. Veicot profesionālo darbību zobārstniecībā, gan zobārstam, gan citam kvalificētam iestādes darbiniekam ir pienākums ievērot un vienlīdzīgi nodrošināt higiēnas prasības attiecībā pret ikvienu pakalpojuma saņēmēju un atbilstoši viņa aprūpē pielietojamiem instrumentiem un materiāliem. Tikai kvalitatīva higiēnas procedūru izpilde ikvienā tās posmā ietekmēs gan pacientu, gan darbinieku drošību un ierobežos transmisijas infekciju izplatību, saņemot zobārstniecības pakalpojumus; * 66.pielikums“Paziņojums par apstiprinātu HIV infekcijas gadījumu (veidlapa Nr.HIV-6)” pārstrādāts, pielāgojot tajā iekļauto informāciju atbilstoši datiem, kurus saturēs PREDA sistēmas HIV/AIDS gadījumu reģistrs, kā arī izstrādājot to atbilstoši mūsdienu prasībām un vajadzībām un lieki nenoslogojot ārstniecības personas, kuras izmantos šo veidlapu, lai ziņotu SPKC par HIV saslimšanas gadījumu. Līdz 2019. gada 1. jūlijam izmantojama līdzšinējā 66. pielikuma veidlapa. Minēto saistīto tiesību aktu projektos noteiktajām attiecīgajām savstarpēji saistītajām prasībām tiks piemērots tāds pats spēkā stāšanās laiks kā grozījumiem noteikumos Nr.746 - 2019. gada 1. jūlijs.   **5. Noteikumu projekts paredz jaunu MK noteikumu Nr.265 pielikumu**, kurā iekļauti veidlapu paraugi sistematizētai un vienotai tuberkulozes un tuberkulozes infekcijas izmeklējumu un ārstēšanas dokumentēšanai. Tuberkulozes vai tuberkulozes infekcijas diagnostika un ārstēšana ir jāatzīmē ambulatorā vai stacionārā pacienta medicīniskajā kartē un, lai to varētu veikt vienkāršāk, ātrāk un precīzāk, pneimonologi ir izstrādājuši paraugus sistemātiskai tuberkulozes vai tuberkulozes infekcijas pacientu aprūpes dokumentācijai un daļa ārstu to izmanto jau šobrīd. Ņemot vērā to, ka šīs jau izstrādātās formas atvieglo ārstu darbu un sistematizē pierakstus par tuberkulozes vai tuberkulozes infekcijas pacientu aprūpi, ir lietderīgi tās ieviest vispārējā praksē, apstiprinot ar Ministru kabineta noteikumiem:  1)Lai pārskatāmi dokumentētu darbības ar kontaktpersonām, projekts paredz, ka pneimonologs un medicīnas māsa, aprūpējot tuberkulozes pacientu un ar viņu saistītās kontaktpersonas dzīvesvietā, aizpilda “Tuberkulozes pacienta un kontaktpersonu aprūpes karti”, kurā iekļauj informāciju par kontaktpersonām un tām veikto pārbaužu un medicīniskās novērošanas datumiem, kā arī kartē tiek fiksēta informācija par medicīnas māsas veiktajām darbībām saistībā ar pacienta izglītošanu un ieteikumiem pacientam un māsas novērojumiem. 2)Lai novērstu zāļu rezistences veidošanās iespēju, nodrošinot tuberkulozes pacientu ārstēšanu tikai tiešā ārstniecības personas novērošanā (DOTS) (t.i. tuberkulozes zāles netiek izsniegtas tuberkulozes pacientam lietošanai paškontrolē), tuberkulozes pacientu ārstēšanā iesaistītā ārstniecības persona pārliecinās, ka pacients izdzer zāles, noskaidro zāļu blakusparādības, dokumentē katru izdzerto medikamentu devu un veic atzīmes Tuberkulozes pacienta ārstēšanas kartē. Šajāminētajā kartē, tiek atzīmēts arī pacienta svars un augums, uzsākot ārstēšanu, kā arī reizimēnesī veiktās svara kontroles rezultāti.  3)Ambulatorās ārstēšanās laikā jāaizpilda arī Tuberkulozes pacienta zāļu kontrolējamās terapijas karte, kurā pacients un zāļu izsniedzējs parakstās par katru ārstēšanas epizodi. Arī šī kārtība jau praktiski pastāv un nepieciešama DOTS nodrošināšanai.  4) Tuberkulozes pacienta ārstēšanas laikā ar PVO, Eiropas Slimību profilakses un kontroles centra vadlīnijās vai Nacionālajā veselības dienestā reģistrētajās Tuberkulozes klīniskajās vadlīnijās noteiktu intervālu tiek veikti krēpu bakterioloģiskie izmeklējumi, arī plaušu radioloģiskie izmeklējumi, kā rezultāti tiek fiksēti medicīniskajā dokumentācijā. Tāpat medicīniskajā dokumentācijā tiek fiksēti Izmeklējumi uz tuberkulozes mikobaktērijām un to jutības un rezistences (*Mycobacterium tuberculosis* nejutība pret tuberkulozes medikamentiem) uz zālēm rezultāti, kas ir būtisks izmeklējums pareizu zāļu izvēlei, ārstēšanas gaitas novērtēšanai un multirezistentās tuberkulozes izplatības ierobežošanai.  5)Ja pacientam tiek diagnosticēta multirezistenta tuberkuloze (turpmāk – MR-TB), viņa ārstēšanas vadīšanai RAKUS veido ārstu konsīliju, kas ir ļoti svarīgi, lai pieņemtu lēmumu par sarežģītām zāļu shēmām, vērtētu jutību uz zālēm un izslēgtu rezistences veidošanos. MR-TB ārstu konsīlijauzdevums ir noteikt optimālu ārstēšanu, pārskatītun izvērtēt ārstēšanas gaitu, rezultātus. Konsīlija lēmumi tiek fiksēti medicīniskajā dokumentācijā, aizpildot “Konsīlija lēmumu lapu multirezistentas tuberkulozes pacienta ārstēšanai”. MR-TB pacientam tiek aizpildīta MR-TB ārstēšanas kopsavilkuma lapa, kurā tiek norādīts ar kādiem medikamentiem un cik ilgi pacients ārstējies, kā arī tiek aizpildīta Zāļu jutības testu kopsavilkuma lapa , kurā tiek atzīmēta jutība vai rezistence pret MR-TB ārstēšanai paredzētajām zālēm, analīžu datumi un metodes. Minētās informācijas sakārtošana izstrādātajās formās nepieciešama MR-TB pacienta aprūpes pārskatāmībai.  Pielikumā iestrādāto medicīniskās informācijas un darbību dokumentēšanas paraugi nepieciešami, lai nodrošinātu vienotu pieeju jebkurā tuberkulozes pacienta ārstēšanas vietā  **Galvenie MK noteikumu Nr.265 grozījumu ietvaros veikto izmaiņu virzieni:**   1. **Medicīnisko ierakstu uzglabāšanas termiņu samazināšana**:    * no 75 gadiem uz 40 gadiem vai 15 gadiem pēc personas nāves;    * 8.pielikums “Dzemdību reģistrācijas žurnāls” glabājams nevis 2 gadus, bet vienu gadu pēc pēdējā ieraksta;    * 30.pielikums (Nosūtījums uz VDEĀVK) glabājams nevis 75 gadus, bet 5 gadus;    * 76.pielikums par Patologhistoloģisko izmeklēšanu glabājams laboratorijā nevis 15, bet 5 gadus un tajā iekļauts papildinājums, kas ir maksātājs (NVD vai maksas pakalpojums);    * neuzglabā Mātes pasi (84.piel.); 2. **noteiktas prasības dokumentu iznīcināšanai** (iznīcināšanas izsekojamībai jāsastāda medicīnisko ierakstu iznīcināšanas akts, ko uzglabā pastāvīgi); 3. **jauns nosacījums**, ka to dokumentāciju (nosūtījumus, izrakstus, utc.), kas ievietota Ambulatorajā/Stacionārajā pacienta kartē (47. un 3.piel.), Dzemdību/Jaundzimušo attīstības vēsturē (34. un 35.piel.) vai kartē veselības aprūpes mājās (95.piel.), **glabā tādu pašu termiņu, kā karti/vēsturi, kurā ievietota**; 4. **Svītrot no MK noteikumiem Nr.265**:    * 28.pielikumu (*No stacionāra (nodaļas) izrakstītā (mirušā) pacienta karte (Psihiatriskās informācijas pielikums))*;    * 36.pielikumu *(Jaundzimušā karte);*    * 37.pielikumu *(Jaundzimušā kartes papildtalons);*    * 68.pielikumu *“Paziņojums par personu, kurai pirmo reizi diagnosticēts AIDS (veidlapa Nr.HIV-7)”;*    * 80.pielikumu*“Paziņojums par HIV inficētas personas vai AIDS pacienta nāvi (veidlapa Nr. HIV-8)”;*    * 92.pielikumu *“Cukura diabēta pacienta insulīna karte”;* 5. **Izteikt jaunā redakcijā MK noteikumu Nr.265**:    * Paziņojumu par diagnosticētu tuberkulozi (32.piel.) aktualizētā un ērtāk lietojamā redakcijā;    * Zobārstniecības pacienta ambulatorā karti (57.piel.) unProfesionālās zobu higiēnas zobārstniecības pacienta ambulatorā karti (60.piel.), lai veiktu redakcionālus precizējumus un aktualizētu redakciju;    * Paziņojumu par apstiprinātu HIV infekcijas gadījumu (66.piel.), pielāgojot sniedzamo informāciju atbilstoši HIV/AIDS gadījumu reģistram; 6. **Citi precizējumi**:  * Papildināts 3.pielikuma “Stacionāra pacienta medicīniskā karte” nosaukums ar vārdiem “un dienas stacionāra”; * Papildinājumi 5.pielikumā “Stacionāra pacientu kustības un gultu fonda uzskaites lapa” un 10.pielikumā “Pacientu kustības un gultu fonda uzskaites kopsavilkums stacionārā (nodaļā)” ar norādi, ka stacionārās gultas profils norādāms atbilstoši SPKC uzturētajam Stacionāro gultu profilu klasifikatoram, un 10.pielikums iesniedzams SPKC katru mēnesi līdz mēneša 15.datumam; * Papildinājums 12.pielikumā “Izraksts no stacionārā/ambulatorā pacienta (vajadzīgo pasvītrot) medicīniskās kartes” ar informācijas norādi ne tikai sociālajiem dienestiem, bet arī izglītības iestādēm; * Papildināta 47.pielikuma “Ambulatorā pacienta medicīniskā karte” ievaddaļa ar iespēju norādīt kartes numuru; * No 58.pielikuma “Akūtās palīdzības zobārstniecības pacienta ambulatorā karte” ietvertās no pacienta iegūstamās informācijas svītrota informācija par saslimstību ar hepatītu un AIDS/TBC; * Papildināts 76.pielikums ar papildus lauku, kurā jāatzīmē patologhistoloģiskā izmeklējuma maksātājs; * 103.pielikumā “Skrīninga mamogrāfijas rezultāts/nosūtījums uz turpmākajiem pēcskrīninga izmeklējumiem” svītrota atsauce uz Ministru kabineta 2013. gada 17. decembra noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 7. pielikumu; * 3., 12., 13., 32., 47., 57. un 60.pielikumā paraksta daļa (pamatojoties uz Vides aizsardzības un reģionālās attīstības ministrijas iebildumu) papildināta ar piezīmi, ka dokumenta rekvizītus “paraksts” un “datums” neaizpilda, ja elektroniskais dokuments ir sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu. Ja elektroniskais dokuments ir parakstīts ar drošu elektronisko parakstu un tam ir laika zīmogs, elektroniskā dokumenta parakstīšanas laiks ir laika zīmoga pievienošanas datums un laiks; * Papildināts ar jaunu veidlapu tuberkulozes vai tuberkulozes infekcijas diagnostikai un ārstēšanai. |
| 3. | Projekta izstrādē iesaistītās institūcijas un publiskas personas kapitālsabiedrības | Ārstniecības iestādes un ārstniecības personas, Valsts tiesu medicīnas ekspertīzes centrs, Slimību profilakses un kontroles centrs, Latvijas Zobārstu asociācija, Latvijas Patologu asociācija, Nacionālais veselības dienests, SIA „Akadēmiskā histoloģijas laboratorija”. |
| 4. | Cita informācija | Noteikumu projekta izpilde tiks nodrošināta Veselības ministrijai piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **II. Tiesību akta projekta ietekme uz sabiedrību, tautsaimniecības attīstību un administratīvo slogu** | | |
| 1. | Sabiedrības mērķgrupas, kuras tiesiskais regulējums ietekmē vai varētu ietekmēt | Ārstniecības iestādes un ārstniecības personas, Slimību profilakses un kontroles centrs, Veselības inspekcija (kā normatīvo aktu veselības jomā kontrolējoša institūcija). |
| 2. | Tiesiskā regulējuma ietekme uz tautsaimniecību un administratīvo slogu | Ārstniecības iestādēm administratīvais slogs mazināsies attiecībā uz medicīnisko ierakstu uzglabāšanu, kā arī atsevišķas medicīniskās dokumentācijas aizpildīšanu.  Slimību profilakses un kontroles centram un Veselības inspekcijai administratīvais slogs nemainīsies. |
| 3. | Administratīvo izmaksu monetārs novērtējums | Projekts šo jomu neskar |
| 4. | Atbilstības izmaksu monetārs novērtējums | Projekts šo jomu neskar |
| 5. | Cita informācija | Projekta izpilde tiks nodrošināta esošo budžeta līdzekļu ietvaros. |

*Anotācijas III sadaļa – projekts šo jomu neskar.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IV. Tiesību akta projekta ietekme uz spēkā esošo tiesību normu sistēmu** | | |
| Saistītie tiesību aktu projekti | Noteikumu projekts skatāms vienlaicīgi ar Ministru kabineta noteikumu projektu “Epidemioloģiskās drošības pasākumi tuberkulozes izplatības ierobežošanai” (iesniegti Valsts kancelejā izskatīšanai Ministru kabineta sēdē)  Pēc grozījumu stāšanās spēkā nepieciešams pārskatīt arī Ministru kabineta 2014. gada 11. marta noteikumos Nr. 134 “Noteikumi par vienoto veselības nozares elektronisko informācijas sistēmu” noteikto ierakstu uzglabāšanas laiku veselības informācijas sistēmā (e-veselībā), attiecīgi paredzot tajā mazināt informācijas uzglabāšanas laiku. |
| Atbildīgā institūcija | Veselības ministrija |
| Cita informācija | Noteikumu projekts vienlaikus saistīts ar 2019. gada 8. janvārī (prot. Nr. 1 16. §) pieņemtajiem Ministru kabineta noteikumiem Nr. 7 “Grozījumi Ministru kabineta 2008. gada 15. septembra noteikumos Nr. 746 ”Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība”” (stājas spēkā 2019. gada 1. jūlijā). |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **V. Tiesību akta projekta atbilstība Latvijas Republikas starptautiskajām saistībām** | | |
| 1. | Saistības pret Eiropas Savienību | Eiropas Parlamenta un Padomes 2016. gada 27. aprīļa regulā (ES) 2016/679 par fizisku personu aizsardzību attiecībā uz personas datu apstrādi un šādu datu brīvu apriti ietverto nosacījumu pārņemšana.  Vienlaikus prasības nodrošināt izsekojamības datu uzglabāšanai saistībā ar veiktu transfūziju, transplantāciju, pielietotiem cilvēka audiem un šūnām, un medicīnisko ierakstu uzglabāšanu vismaz 30 gadus pēc donora orgānu, asiņu, audu vai šūnu klīniskās pielietošanas ir noteiktas:   * Komisijas Direktīvas 2005/61/EC (2005. gada 30. septembris) ar ko īsteno Eiropas Parlamenta un Padomes Direktīvu 2002/98/EK attiecībā uz izsekojamības prasībām un nopietnu blakņu un nevēlamu notikumu paziņošanu; * Eiropas Parlamenta un Padomes Direktīvas 2010/53/EU (2010. gada 7. jūlijs) par transplantācijai paredzētu cilvēku orgānu kvalitātes un drošības standartiem; * Eiropas Parlamenta un Padomes Direktīvas 2004/23/EC (2004. gada 31. marts), par kvalitātes un drošības standartu noteikšanu cilvēka audu un šūnu ziedošanai, ieguvei, testēšanai, apstrādei, konservācijai, uzglabāšanai un izplatīšanai. |
| 2. | Citas starptautiskās saistības | Nav |
| 3. | Cita informācija | Nav |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VI. Sabiedrības līdzdalība un komunikācijas aktivitātes** | | |
| 1. | Plānotās sabiedrības līdzdalības un komunikācijas aktivitātes saistībā ar projektu | Noteikumu projektā ietvertās normas izstrādātas, pamatojoties uz saņemtajiem priekšlikumiem no VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”, Valsts tiesu medicīnas ekspertīzes centra, Slimību profilakses un kontroles centra, Latvijas Zobārstu asociācijas, Latvijas Patologu asociācijas, Nacionālā veselības dienesta, SIA „Akadēmiskā histoloģijas laboratorija”, u.c. nozari pārstāvošām organizācijām un ārstniecības iestādēm.  Lai izvērtētu iespējas medicīnisko ierakstu, kam noteikts 75 gadu uzglabāšanas termiņš, uzglabāšanas laika samazinājumu uz (sākotnēji) 25 gadiem, Veselības ministrija (turpmāk – VM) lūgusi viedokli saistītām valsts institūcijām, VM galvenajiem speciālistiem un sabiedriskajām organizācijām.  Viedokļi saņemti no Tieslietu ministrijas, Labklājības ministrijas, Izglītības un zinātnes ministrijas, Kultūras ministrijas, Iekšlietu ministrijas, Nacionālā veselības dienesta, Slimību profilakses un kontroles centra, Veselības inspekcijas, Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta, Valsts tiesu medicīnas ekspertīzes centra, biedrībām “Latvijas Ārstu biedrība”, “Veselības aprūpes un darba devēju asociācija”, “Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācija”, “Latvijas Ģimenes ārstu asociācija”, “Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācija”, “Latvijas Radiologu asociācija”, “Latvijas Infektologu un Hepatologu asociācija”, kā arī slimnīcām (biedrības “Latvijas Slimnīcu biedrība” biedriem) un četriem VM galvenajiem speciālistiem.  Iepriekš minētās institūcijas kopumā atbalsta medicīnisko ierakstu uzglabāšanas termiņa samazināšanu no 75 gadiem.  Noteikumu projekts pieejams Veselības ministrijas mājaslapā sabiedrības līdzdalības sadaļā[[1]](#footnote-1), kur tika nodrošināta informācijas sniegšana un sabiedrības līdzdalība par noteikumu projektu, kā arī aicinājums pieteikties sabiedriskajai apspriedei. |
| 2. | Sabiedrības līdzdalība projekta izstrādē | 2018. gada 10. oktobrī Veselības ministrija organizēja sabiedrisko apspriedi par noteikumu projektu. Sabiedriskajā apspriedē piedalījās pārstāvji no biedrības “Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācija”, biedrības “Latvijas Ģimenes ārstu asociācija”, SIA "Kuldīgas slimnīca", A/S “Latvijas Jūras medicīnas centrs”, SIA "Jēkabpils reģionālā slimnīca", SIA “Alūksnes slimnīca”, SIA “Vidzemes slimnīca”, Slimību profilakses un kontroles centra, biedrības “Latvijas zobārstu asociācija”, biedrības “Veselības aprūpes un darba devēju asociācija” un biedrības “Medicīnas iestāžu biedrība”. Sabiedriskās apspriedes laikā no tās dalībniekiem konceptuāli saņemts atbalsts noteikumu projektam un tā tālākai virzībai, vienlaikus izsakot priekšlikumus veikt redakcionālus precizējumus noteikumu projekta redakcijā un papildināt noteikumu projekta anotāciju attiecībā uz uzglabāšanas laika pamatojumu, kā arī saņemti priekšlikumi papildus grozījumu iekļaušanai noteikumu projektā[[2]](#footnote-2).  Pēc noteikumu projekta pieteikšanas 2019. gada 14. marta Valsts sekretāru sanāksmē (VSS-205) saņemti iebildumi no Tieslietu ministrijas, Finanšu ministrijas, Iekšlietu ministrijas, Kultūras ministrijas, Labklājības ministrijas, Vides aizsardzības un reģionālās attīstības ministrijas un biedrības “Latvijas Tirdzniecības un rūpniecības kamera”. Informācija par saņemtajiem iebildumiem iekļauta izziņā par atzinumos sniegtajiem iebildumiem noteikumu projektam (atbilstoši normatīvajā regulējumā noteiktajam). Papildus tika saņemta informācija no Zāļu valsts aģentūras attiecībā uz nepieciešamību uzglabāt MK noteikumu Nr.265 3. un 47.pielikumu (Stacionāra un Ambulatorā pacienta medicīnisko karti) vismaz 30 gadus pēc pēdējā veiktā ieraksta saistībā ar izsekojamības datu nodrošināšanu par cilvēka orgānu, asins komponentu, audu un šūnu pielietošanu pacientam saistībā ar transfūziju, transplantāciju, embriotransferu, cilvēka audus vai šūnas saturošu implantu pielietošanu, jaunieviestās terapijas zāļu ievadīšanu un tml., kā arī izsekojamības dati par izmantoto biomateriālu. Iebildumi ņemti vērā. |
| 3. | Sabiedrības līdzdalības rezultāti | Sabiedrības pārstāvji atbalsta noteikumu projektu un tā tālāku virzību. Sabiedriskās apspriedes laikā saņemti priekšlikumi redakcionāliem precizējumiem projektā, kas ņemti vērā. Tāpat skaidroti iemesli, kādēļ netika ņemti vērā priekšlikumi papildus grozījumu iekļaušanai noteikumu projektā. |
| 4. | Cita informācija | 2018. gada 20. jūlijā Veselības ministrijā notika sabiedriskā apspriede par projektu „Noteikumi par epidemioloģiskās drošības pasākumiem tuberkulozes izplatības ierobežošanai”, kurā tajā brīdī bija iekļauti tuberkulozes pacienta aprūpē izmantojamo veidlapu projekti. Par veidlapām, kuras saskaņā ar Valsts kancelejas 2019. gada 23. maija atzinumu Nr. 18/TA-766 tehniski no minētā projekta pārceltas uz šo noteikumu projektu, iebildumu nebija. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VII. Tiesību akta projekta izpildes nodrošināšana un tās ietekme uz institūcijām** | | |
| 1. | Projekta izpildē iesaistītās institūcijas | Ārstniecības iestādes un ārstniecības personas, Slimību profilakses un kontroles centrs, Veselības inspekcija (kā normatīvo aktu veselības jomā kontrolējoša institūcija). |
| 2. | Projekta izpildes ietekme uz pārvaldes funkcijām un institucionālo struktūru. Jaunu institūciju izveide, esošu institūciju likvidācija vai reorganizācija, to ietekme uz institūcijas cilvēkresursiem | Projekts šo jomu neskar |
| 3. | Cita informācija | Nav |

Veselības ministre I. Viņķele

Vīza: Valsts sekretāre D. Mūrmane-Umbraško

Skuja, 67876189

[liene.skuja@vm.gov.lv](mailto:liene.skuja@vm.gov.lv)

Segliņa, 67876102

anita.segliņa@vm.gov.lv

1. http://www.vm.gov.lv/lv/aktualitates/sabiedribas\_lidzdaliba/sabiedriska\_apspriede/ [↑](#footnote-ref-1)
2. http://www.vm.gov.lv/lv/aktualitates/sabiedribas\_lidzdaliba/veselibas\_ministrijas\_rikotas\_sabiedriskas\_apspriedes\_2018ga1/ [↑](#footnote-ref-2)