



Iesniegums Ārstniecības riska fondam

Publicēts: 23.01.2020.

Atjaunināts: 26.07.2021.

Veselības inspekcija, sākot ar 2019.gada 1.janvāri veic iesniegumu par atlīdzības pieprasījumu izskatīšanu un lēmumu pieņemšanu par atlīdzības izmaksām vai atteikumu izmaksāt atlīdzību no Ārstniecības riska fonda (skatīt [šeit](#)). Atlīdzības izmaksu uz iesniedzēja bankas kontu, atbilstoši Veselības inspekcijas lēmumam, nodrošina Nacionālais veselības dienests.

Pacientam ir tiesības uz atlīdzību par:

viņa dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu (arī morālo kaitējumu), kuru ar savu darbību vai bezdarbību nodarījušas ārstniecības iestādē strādājošās ārstniecības personas vai radījuši apstākļi ārstniecības laikā;

izdevumiem, kas saistīti ar ārstniecību, ja ārstniecība ir bijusi nepieciešama, lai novērstu vai mazinātu ārstniecības personas vai apstākļu ārstniecības laikā nodarītā kaitējuma nelabvēlīgās sekas pacienta dzīvībai vai veselībai.

No Ārstniecības riska fonda līdzekļiem atmaksājami ir tikai tie ārstniecības izdevumi, kas veikti, lai novērstu vai mazinātu pacienta veselībai nodarīto kaitējumu, nevis tādi izdevumi, kas veikti, maksājot par veselības aprūpes pakalpojumu, kas nodarīja kaitējumu pacienta veselībai. Tāpat arī netiek atmaksāti tādi izdevumi, kas nav ārstniecības izdevumi/saistīti ar ārstniecību, piemēram, transporta izdevumi, kā arī netiek atmaksāti apdrošināšanas kompāniju jau atmaksātie izdevumi.

Atlīdzību pacientam izmaksā par kaitējumu, kas nodarīts pacientam pēc 2013. gada 25.oktobra. Iesniegums Ārstniecības riska fondā jāiesniedz ne vēlāk kā divu gadu laikā no kaitējuma atklāšanas dienas, taču ne vēlāk kā triju gadu laikā no tā nodarīšanas dienas.

Pacientam ir tiesības uz atlīdzību par viņa dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu, neatkarīgi no tā:

vai tiek sniegti valsts apmaksātie veselības aprūpes pakalpojumi vai maksas pakalpojumi;

kāds ir iestādes statuss – valsts, pašvaldības vai privātā ārstniecības iestāde

vai ārstniecības iestāde ir veikusi ārstniecības riska maksājuma iemaksu.

Maksimālais atlīdzības apjoms ir paredzēts 142 290 eiro apmērā par nodarīto kaitējumu pacienta dzīvībai vai veselībai (tajā skaitā arī morālo kaitējumu), kā arī atlīdzība par pacienta ārstniecības izdevumiem šo izdevumu apmērā, bet ne vairāk kā 7114,36 eiro (līdz 2014. gada 1. janvārim) vai 28 460 eiro (par pacienta ārstniecības izdevumiem, kas nepieciešami, lai novērstu kaitējuma sekas, ja kaitējums izdarīts pēc 2014. gada 1. janvāra).

Kam ir tiesības vērsties Ārstniecības riska fondā?

pacientam, kura veselībai ir nodarīts kaitējums;

pacienta pārstāvim:

—● vienam no bērna vecākiem, ja pacients ir nepilngadīgs;

—● pilnvarotajam pārstāvim, iesniedzot vai uzrādot Veselības inspekcijā pilnvaras oriģinālu;

pacienta mantiniekam, ja pacients ir miris, iesniedzot vai uzrādot Veselības inspekcijā apliecības par laulātā mantas daļu

vai mantojuma apliecības oriģinālu.

Atbilstoši Ministru kabineta 2013.gada 5.novembra noteikumu Nr. 1268 „[Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi](#)” 15.punktam atbildību izmaksā:

pacientam;

pacienta nāves gadījumā pacienta mantniekam proporcionāli mantojuma daļai, ja ir iesniegta apliecība par laulātā mantas daļu vai mantojuma apliecība;

nepilngadīgā pacienta likumiskajam pārstāvim.

Kur jāvēršas, lai saņemtu atbildību?

Lai pacients pieprasītu atbildību no Ārstniecības riska fonda, viņam ar iesniegumu jāvēršas Veselības inspekcijā, Klijānu ielā 7, LV-1012. Iesniegumu var iesniegt klātienē, nosūtīt pa pastu vai iesniegt elektroniski uz e-pasta adresi vi@vi.gov.lv, ja tas parakstīts ar drošu elektronisko parakstu un, ja nav pievienoti dokumenti, kuriem obligāti iesniedzami vai uzrādāmi dokumentu oriģināli.

Pacients iesniegumā ([iesnieguma veidlapas paraugs](#)) norāda veidlapā prasīto informāciju. Ja pacients lūdz atlīdzināt arī ārstniecības izdevumus, Veselības inspekcija lūdz aizpildīt Ārstniecības izdevumu deklarāciju ([deklarācijas veidlapas paraugs](#)) Vēršam uzmanību - ir jāaizpilda abas dokumenta lapas ar maksājumus apliecinošu dokumentu uzskaitījumu! Par ārstniecības izdevumiem, kas attiecas uz vienu veselības aprūpes epizodi, aizpilda atsevišķu veidlapu - maksājumus apliecinošu dokumentu uzskaitījumu. Iesniegumā ietveramā informācija ir norādāma vienkāršā un saprotamā formā, ko pacients var aizpildīt pats. Iesnieguma izvērtēšana tiek veikta administratīvā procesa ietvaros, proti, visas nepieciešamās darbības – informācijas iegūšanu, pierādījumu vākšanu un ekspertīzes veikšanu nodrošina valsts pārvaldes iestādes, tādejādi pacients administratīvajā procesā var pārstāvēt sevi pats un nav nepieciešama pārstāvja (advokāta, jurista vai cita pilnvarota pārstāvja) pieaicināšana, izņemot gadījumā, ja pacients to īpaši vēlas.

Iesniegumam jāpievieno šādi dokumenti:

Medicīniskie dokumenti, kas attiecas uz iesniegumā norādīto sūdzību un ir pacienta rīcībā;

Pilnvara (jāiesniedz vai jāuzrāda oriģināls), ja pacientu pārstāv pilnvarotais pārstāvis;

Mantojuma apliecība vai apliecība par laulātā mantas daļu (jāiesniedz vai jāuzrāda oriģināls), ja pacients ir miris;

Ja tiek lūgts atlīdzināt ārstniecības izdevumus, kas veikti veselībai nodarītā kaitējuma novēršanai vai mazināšanai, atbildības prasījuma iesniegumam iesniedzējs obligāti pievieno:

ārstniecības izdevumu deklarāciju;

ārstniecības izdevumus apliecinošus personificētus attaisnojuma dokumentus - čekus vai kvītis (jāuzrāda vai jāiesniedz oriģināls, sūtot pa pastu - jānosūta oriģināls*), kas apliecina izmaksas par ārstniecības personas sniegtajām konsultācijām, medicīniskajām manipulācijām, diagnostiskiem un laboratoriskiem izmeklējumiem, zāļu un medicīnisko ierīču iegādi un medicīnisko rehabilitāciju (čekus, kvītis);

medicīnas dokumentus, kas pamato saņemtos veselības aprūpes pakalpojumus, zāļu vai medicīnas ierīču iegādi (ārstniecības iestādes izraksts/epikrīze, ārsta speciālista (konsultanta) atzinums, recepte).

Būtiski ir pievienot medicīnas dokumentus, kas pamato katrā iesniegumam pievienotajā maksājumu apliecinošā dokumentā (čekā un kvītī) radušos ārstniecības izdevumus.

* Atbilstoši Ministru kabineta noteikumu Nr.1268 14.² apakšpunktam, ja Veselības inspekcija pieņem lēmumu izmaksāt atbildību par ārstniecības izdevumiem, tā neatdod iesniedzējam šo noteikumu 4.1. apakšpunktā minētos dokumentus (ārstniecības izdevumus apliecinošus personificētus attaisnojuma dokumentus un/vai medicīnas dokumentus).

Cik ilgā laikā notiek iesnieguma izvērtēšana?

Pacienta atlīdzības prasījumu par viņa dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu, kā arī par ārstniecības izdevumu atlīdzināšanu izskata un lēmumu pieņem sešu mēnešu laikā pēc tam, kad Veselības inspekcija saņēmusi atlīdzības prasījumu. Ja nepieciešams pieprasīt, savākt un izvērtēt papildu informāciju, atlīdzības prasījuma izskatīšanas un lēmuma pieņemšanas termiņš var tikt pagarināts līdz vienam gadam.

Kā notiek iesnieguma izvērtēšana?

Saņemot pacienta iesniegumu, Veselības inspekcija pārbauda, vai ir iesniegti visi nepieciešamie dokumenti un ievēroti Pacientu tiesību likumā noteiktie termiņi – kaitējums pacientam nodarīts pēc 2013.gada 25.oktobra, iesniegums iesniegts ne vēlāk kā divu gadu laikā no kaitējuma atklāšanas dienas, taču ne vēlāk kā triju gadu laikā no tā nodarīšanas dienas.

Veselības inspekcija veic ekspertīzi un nosaka pacienta dzīvībai vai veselībai nodarītā kaitējuma esību vai neesību, kaitējuma sekas un apmēru.

Veselības inspekcija pieņem lēmumu par atlīdzības izmaksāšanu vai atteikumu izmaksāt atlīdzību un to nosūta Nacionālajam veselības dienestam atlīdzības izmaksai.

Plašāka informācija par iesnieguma iesniegšanas kārtību pieejama, zvanot uz Veselības inspekcijas informatīvo tālruni 67081600 (darba dienās no plkst. 8.30 līdz 17.00) vai rakstot uz e-pastu vi@vi.gov.lv.

Pakalpojuma kartīte valsts pārvaldes pakalpojumu portālā latvija.lv

[Skatīt vairāk](#)

<https://www.vi.gov.lv/lv/iesniegums-arstniecibas-riska-fondam>