



Kāpēc tomēr pārku privāto polisi?

Madoniete Maija Gusare sarunas ievadā atzīst: — Kad strādā un darba devējs pārku veselības apdrošināšanas polisi, ir citādāk — polise ir, vai nu to izmanto, vai neizmanto. Kad tā ir jāpārku pašam, tad ir jādomā, cik naudas varēsi atvēlēt.



Pārku veselības apdrošināšanas polisi, vados pēc principa "Sargā pats sevi, tad arī Dievs tevi sargās", jo nezini, kas notiks, cik naudas vajadzēs ārstēšanai. Uzskatu, ka veselības apdrošināšanas polises ir dārgas, un, jo esi gados vecāks, jo daudzi apdrošinātāji veselības polisi vispār nepārdod. Ir kādas pāris sabiedrības, kas apkalpo no 65 gadu vecuma, daudzas nemaz neņemtas cilvēkus gados apdrošināt.

Trīs gadus veselības apdrošināšanas polisi pārku pati, gadā atvēlot 400–500 eiro lielu summu.

Privātā veselības apdrošināšanas polise Latvijā var būt noderīga privāto speciālistu konsultācijām, diagnostikai, analizēm, stacionāra segumam u. c.

Uzreiz pateikšu arī minusus. Pagājušajā gadā man vajadzēja kardiologa konsultāciju, un, lai nevajadzētu gaidīt mēnešus rindā, braucu pie privāta ārsta. A. Skrīdes klīnikā kardiologa konsultācija maksāja 85 eiro, apdrošinātāji no šīs summas atmaksāja 20 eiro. Uzskatu, ka tas ir ļoti skopi. Pakalpojumiem vajadzīgs arī ģimenes ārsta nosūtījums. Ja aizietu uz konsultāciju pie A. Skrīdes bez ģimenes ārsta nosūtījuma, man polise neko neatmaksātu.

Kāpēc tomēr pārku privāto polisi? Tāpēc, ka nezinu, kas ar mani notiks un cik liela summa medicīniskajai palīdzībai būs vajadzīga. Aprīlī pabiju slimnīcā, un tur nesamaksāju nevienu centu, jo visu sedza apdrošināšana, ko paredzēja polise. Arī tad, kad braucu uz divām dienām uz Igauniju, nopirku atsevišķi tām dienām apdrošināšanu, jo, esot citā valstī, tas rada drošību.

Ja vēlētos segumu medikamentu iegādei vai zobārsta pakalpojumiem, polise būtu vēl dārgāka. Laikā, kad veselības apdrošināšanas polisi pirka darbavietā, tur bija iespēja medikamentu iegādei, taču tolaik man izrakstīja tikai dabīgos līdzekļus.

Uz jautājumu, vai privātpersonu polises mēdz būt mazāk izdevīgas nekā darba devēju polises, Maija atbildēja apstiprinoši, jo varēja salīdzināt ar aktīvo laiku, strādājot. Ir svarīgi zināt atbildību nosacījumus.

Ko varētu ieteikt senioriem? Maija Gusare iesaka ņemt vērā, ka pacientiem pēc 60–65 gadu vecuma polises kļūst ievērojami dārgākas, lētākajām polisēm mēdz būt ierobežojumi.

Var jau arī nepirkt polisi, bet veselībai nolikt 400–500 eiro savā maciņā, un, kad dodies pie speciālista, tad arī izlietot, maksājot par visu tik, cik tas maksā.

IVETA ŠMUGĀ

Jebkuram pacientam ir tiesības uz cieņpilnu veselības aprūpi

ZANE BIKOVSKA

Veselības apdrošināšanas polises daudziem iedzīvotājiem kļūvušas par būtisku ikdienas daļu, īpaši gadījumos, kad nepieciešams saņemt speciālistu konsultācijas, veikt izmeklējumus vai segt ārstniecības izdevumus.

Gadu gaitā sabiedrībā izveidojusies ierasta kārtība, kurā ārstniecības iestādēs, pacientu un apdrošinātāju sadarbības vienotā sistēmā, tomēr veselības aprūpes nozare pēdējos gados piedzīvo arvien lielākas pārmaiņas. Digitalizācija, jaunu sistēmu ieviešana un pieaugošās prasības datu apstrādei ārstniecības iestādēm rada papildu administratīvo slogu un liek pārskatīt līdzšinējos darba procesus.

Lai skaidrotu pieņemto lēmumu par izmaiņām norēķinos ar apdrošinātājiem, Madonas slimnīcas medicīniskā direktore BAIBA LIČĪTE skaidro situāciju, tās iemeslus un ietekmi uz pacientiem.

— Lūdzu, pastāstiet, kas ir šī lēmuma pamatā.

— Galvenais iemesls bija milzīgais administratīvais slogs, kas pēdējos gados ir dubultojies. Slimnīcai šobrīd ir jāpilda daudzas jaunas valsts noteiktas prasības: pāreja uz pilnībā elektroniskām receptēm, digitāliem izrakstiem, e-kvitim, papīra formātā izsniegto nosūtījumu digitalizēšana, nosūtījumu aktīvēšana sistēmā u. c.

Šo prasību mērķis ir pacientu ātrāka un ērtāka piekļuve veselības aprūpes pakalpojumiem, kā arī medicīniskās informācijas apmaiņas uzlabošana starp speciālistiem. Šīs sistēma ir jauna un prasa rūpīgu datu ievadi, tāpēc lūdzam pacientus būt pacietīgiem un reķināties ar ilgāku apkalpošanas laiku reģistratūrā.

Mēs izvēlamies savu darbinieku laiku un enerģiju veltīt tiešajam darbam ar pacientu, nesievot privāto apdrošināšanas sabiedrību datu administrēšanai. Šīs lēmums ļauj reģistratūrā strādāt ātrāk, mazinot rindas un lieku stresu gan personālam, gan apmeklētājiem.

— Izmaiņas ietekmē pacientus un viņu ikdienas?

— Svarīgākais — pakalpojumu pieejamība nemainās.

Kas mainās: pacientam par pakalpojumu vai līdzmaksājumu jānorēķinās pašam. Tā kā mūsu ikdiena kļūst arvien "datorizētāka" (lietotnes, e-paraksti, elektroniskie maksājumi), čeka iesniegšana apdrošinātājam aizņem vien pāris minūtes.



Madonas slimnīca ir atvērta sadarbībai, taču tikai ar izdevīgiem un loģiskiem nosacījumiem.



Madonas slimnīcas medicīniskā direktore Baiba Ličīte. Foto — AGRIS VECKALNIŅŠ

“Madonas slimnīcas prioritāte vienmēr būs pacienta veselība un kvalitatīva ārstēšana.”

Lielākajai daļai poļušu īpašnieku, kas ir strādājoši cilvēki, tas nav šķērslis.

Kas nemainās: šis lēmums neietekmē grupas, kuras no līdzmaksājumiem atbrīvojuši valsts (bērni līdz 18 gadu vecumam, personas ar I un II grupas invaliditāti, trūcīgas personas u. c.). Viņiem palīdzība joprojām ir bez maksas.

— Sabiedrība visus jauninājumus bieži uztver visai skeptiski. Kāda ir Madonas slimnīcas pacientu reakcija?

— Sākumā bija vērojams pārsteigums, jo pie ērtībām pierod ātri. Taču tagad redzam, ka situācija ir pat uzlabojusies. Pacienti atzīst, ka nauđu savā

rammā. Šīs sistēmas savā starpā "nesadarbojas", radot kļūdu risku un finansiālus zaudējumus slimnīcai, kas iepriekš bija jāsedz no mūsu līdzekļiem.

— Pastāv iespēja, ka nākotnē sadarbība tiks atjaunota?

— Mēs esam atvērti sadarbībai, taču tikai ar slimnīcai izdevīgiem un loģiskiem nosacījumiem. Piedāvājam apdrošinātājiem pāriet uz vienkāršotu modeli: mēs sniedzam tādas pašas atskaites kā valstij, un viņi tās apmaksā bez dubultas datu vadišanas. Ja apdrošinātāji būs gatavi šādam tehniskam risinājumam, mēs labprāt atjaunosim līgumus.

— Secinājums par kopējo situāciju.

— Šī situācija spīlgti parāda, ka veselības aprūpes sistēma Latvijā ir pārslodgata ar birokrātiju. Madonas slimnīcas prioritāte vienmēr būs pacienta veselība un kvalitatīva ārstēšana. Pašreizējā sistēma "pacients — čeks — apdrošinātājs" strādā efektīvi un godīgi pret visām pusēm.

Saruna ar Baibu Ličīti apliecina, ka ikvienas pārmaiņas prasa laiku, taču galvenais paliek nemainīgs — rūpes par pacientiem un kvalitatīvas veselības aprūpes nodrošināšana. Arī turpmāk prioritāte būs profesionāla palīdzība, pacientu vajadzības un pieejami pakalpojumi iedzīvotājiem, vienlaikus turpinot darbu pie risinājumiem, kas ikdienas procesus padarītu vēl efektīvākus.

Pacienta ārstēšanas kārtību nedrīkst noteikt apdrošināšanas esamība vai tās veids. Izšķirošajam faktoram vienmēr jābūt medicīniskajam stāvoklim un nepieciešamajai palīdzībai konkrētajā brīdī. Tas nozīmē, ka prioritāte veselības aprūpē ir paliek pacientu vajadzības, nevis administratīvi vai finansiāli apsvērumi.

Iedzīvotāji ar neērtībām nesaskaras

AGRITA NUSBAUMA-KOVALEVSKA

Latvijā veselības apdrošināšana kļūvusi par nozīmīgu ikdienas atbalstu daudziem tūkstošiem iedzīvotāju. Tā ļauj ātrāk saņemt medicīniskos pakalpojumus, samazināt personīgos izdevumus un justies drošāk par pieejamo veselības aprūpi. Taču pēdējos gados sabiedrībā ik pa laikam izskan jautājumi par gadījumiem, kad kāda ārstniecības iestāde pārtrauc sadarbību ar apdrošinātājiem. Tas pacientiem nereti rada neizpratni — kāpēc šāda situācija rodas un ko tas nozīmē ikdienā?

Latvijas Apdrošinātāju asociācijas pārstāve Sandija Šaicāne skaidro: — Līgums starp



Sandija Šaicāne, Latvijas Apdrošinātāju asociācijas pārstāve. Foto no personiskā arhīva

(transportēšanas) izdevumus pacienta smagas saslimšanas vai nāves gadījumā, tāpēc papildus EVAK iedzīvotāji vienmēr tiek aicināti iegādāties privāto ceļojumu apdrošināšanu, kas sedz šīs izmaksas.

— Kur Vidzemes iedzīvotāji var pieteikties EVAK saņemšanai?

— Klātienē to var veikt Nacionālā veselības dienesta Vidzemes teritoriālajā nodaļā Smiltēnē, Pils ielā 6 vai arī attālināti, aizpildot pieteikumu portālā www.latvija.gov.lv, kurā autorizējoties (meklējot ierakstot: Eiropas veselības apdrošināšanas kartes (EVAK) izsniegšana, anulēšana fiziskai personai), e-pakalpojuma jāaizpilda elektronisks pieteikums un jāveic pasta izdevumu apmaks. Pieteikums tiek izskatīts 3 darba dienu laikā pēc tā saņemšanas, un EVAK tiek nosūtīta pa pastu uz pieteikuma norādīto adresi. Ar e-parakstu: elektroniski aizpildot iesnieguma veidlapu, pievienojot maksājumu apliecināšanu dokumentu par pasta pakalpojumiem un parakstot to ar drošu elektronisko parakstu, tā ir jānosūta uz e-pastu nvd@vmnvd.gov.lv. Var pieteikties, nosūtot pieteikuma veidlapu pa pastu.

Aizpildot un parakstot iesnieguma veidlapu, tā jānosūta apliecināt NVD, klāt pievienojot maksājuma apliecinājumu par pasta izdevumiem — 2,35 eiro.

— Kādi dokumenti nepieciešami, lai saņemtu EVAK?

— Personu apliecināšanas dokumenti — pase vai eID karte.

— Cik ilgs ir EVAK derīguma termiņš?

— Trīs gadi.

— Vai EVAK izsniegšana ir bez maksas?

ārstniecības iestādi un apdrošinātāju ir brīvprātīga vienošanās starp divām juridiskām personām. Tas nozīmē, ka abas puses savstarpēji vienojas par sadarbības noteikumiem, norēķinu kārtību, tehniskajiem risinājumiem un citiem aspektiem. Ja vienošanās netiek panākta, sadarbība var netikt turpināta vai arī vispār netiek uzsākta. Iemesli šādām situācijām var būt ļoti dažādi. Dažkārt ārstniecības iestāde un apdrošinātājs nevar vienoties par sadarbības nosacījumiem vai finanšu jautājumiem. Citreiz problēmas rada tehniski aspekti — piemēram, abu pušu IT sistēmu nesavietojamība. Tas var ietekmēt datu apmaiņu, reķinu apstrādi vai pakalpojumu apstiprināšanu. Tāpat iespējami arī citi organizatoriski vai administratīvi apsvērumi, par kuriem detalizētāk var skaidrot tikai pašas iesaistītās puses.

Lai gan šādas situācijas sabiedrībā tiek pamanītas, tās nav uzskatāmas par ļoti bieži sastopamu problēmu. Precīza statistika par noslēgtajiem vai pārtrauktajiem sadarbības līgumiem netiek apkopota, tomēr kopumā veselības apdrošināšanas sistēma Latvijā darbojas plaši un aktīvi. 2025. gadā veselības apdrošināšanā bija apdrošināti 494 tūkstoši cilvēku. Tas ir ievērojams skaits, kas apliecina — veselības polises iedzīvotājiem kļūvušas par nozīmīgu sociālās drošības elementu.

Gadījumos, kad ārstniecības iestādei nav tiešas sadarbības ar apdrošinātāju, cilvēks joprojām var izmantot savu polisi, taču mainās norēķinu kārtība.

— Norēķināšanās starp iestādi un apdrošinātāju notiek saskaņā ar noslēgto līgumu. Norēķināšanās no klienta puses notiek tā, ka klients apmaksā pakalpojumu par saviem līdzekļiem un pēc tam iesniedz čeku apdrošinātājam, — pastāsta Sandija Šaicāne. — Čeka iesniegšana ir viens papildu solis, taču mūsdienās vairumam apdrošinātāju ir mobilās lietotnes, kurās viegli nofotografēt un nosūtīt čeku. Tas nav sarežģīti — dažu klikšķu jautājums. Ja čeku apdrošinātājs neapmaksā pilnībā, tad neapmaksāto daļu iespējams iekļaut gada ienākumu deklarācijā un iesniegt Valsts ieņēmumu dienestam iedzīvotāju ienākuma nodokļa atmaksai par ārstniecības izdevumiem.

Kopumā eksperti uzsver, ka atsevišķas sadarbības izmaiņas starp ārstniecības iestādēm un apdrošinātājiem nenozīmē sistēmas problēmas kopumā. Veselības apdrošināšana Latvijā turpina attīstīties, un tās izmantošana kļūst arvien izplatītāka. Vienlaikus iedzīvotāji tiek aicināti rūpīgi iepazīties ar savas polises nosacījumiem, lai zinātu, kā rīkoties dažādās situācijās un kā visērtāk izmantot pieejamos pakalpojumus.

Eiropas veselības apdrošināšanas karte — EVAK

INESE ELSIŅA

Eiropas veselības apdrošināšanas karte jeb EVAK (angļu valodā — European Health Insurance Card) ir plastika karte, kas apliecina, ka persona ir Eiropas Savienības dalībvalsts, Eiropas Ekonomikas zonas dalībvalsts (Islandes, Norvēģijas, Lihtenšteinas) vai Šveices Konfederācijas iedzīvotājs un savā valstī ir sociāli apdrošināts.

Islaičigi uzturoties citā dalībvalstī vai Apvienotajā Karalistē, EVAK apliecina tiesības saņemt nepieciešamo vai neatliekamo medicīnisko veselības aprūpi tādā pašā apjomā, kādā tā tiek nodrošināta attiecīgās valsts iedzīvotājiem. EVAK līdz ar to pasargā no milzīgiem spontāniem reķiniem, apliecinot piederību valsts veselības sistēmai un nodrošinot ārstēšanu, veicot tikai pacienta līdzmaksājumus, vai ar atvieglojumu nosacījumiem.

Uz "Stara" jautājumiem par EVAK detalizētāk lūdzu atbildēt Nacionālā veselības dienesta Sabiedrisko attiecību nodaļas vadītājas vietnieci Kitiju Grīnu.

— Kādos gadījumos iedzīvotājiem nepieciešama EVAK karte?

— Eiropas veselības apdrošināšanas karte iedzīvotājiem nepieciešama gadījumos, kad iecerēts islaicīgi (līdz trīs mēnešiem) uzturēties kādā no dalībvalstīm neatkarīgi no mērķa — gan dodo-



ties atpūtas vai tūrisma braucienā, gan komandējumā vai biznesa darījuma braucienā, arī dodoties studēt, mācību praksē (uz visu studiju/prakses laiku) vai darba meklējumos ārpus valsts (atrodot darbu, veselības aprūpi nodrošina valsts, kurā persona strādā). Karte darbojas Eiropas Savienības dalībvalstīs: Austrijā, Beļģijā, Bulgārijā, Čehijā, Dānijā, Francijā, Grieķijā, Horvātijā, Igaunijā, Itālijā, Irījā, Kiprā, Lietuvā, Luksemburgā, Maltā, Nīderlandē, Polijā, Portugālē, Rumānijā, Slovākijā, Slovēnijā, Somijā, Spānijā, Ungārijā, Vācijā un Zviedrijā.

Eiropas Ekonomikas zonas dalībvalstīs: Norvēģijā, Islandē, Lihtenšteinā; Šveices Konfederācijā un Apvienotajā Karalistē.

— Vai EVAK sedz visus medicīniskos izdevumus ārvalstīs?

— EVAK apliecina tiesības saņemt nepieciešamo vai neatliekamo medicīnisko veselības aprūpi tādā pašā apjomā, kādā tā tiek nodrošināta attiecīgās valsts iedzīvotājiem. Šādu palīdzību sniegs ārstniecības iestādes un ārsti, kuri attiecīgajā valstī nodrošina valsts garantēto veselības aprūpes pakalpojumus. Sniedzamo pakalpojumu veidu un apmēru katrā individuālajā gadījumā izvērtē ārstejošais ārsts. EVAK nesedz pakalpojumu privātās iestādēs, pacienta iemaksas vai repatriācijas

— EVAK tiek izsniegta bez maksas. Pēc EVAK derīguma termiņa beigām jaunas EVAK saņemšana ir bez maksas. Bez maksas EVAK tiek izsniegta arī viena mēneša laikā pirms spēkā esošās EVAK derīguma termiņa beigām. Ja derīguma termiņš nav beidzies, bet ir nepieciešams saņemt jaunu EVAK (piemēram, tās nozaudēšanas gadījumā, uzvārda maiņas gadījumā, atkārtota EVAK saņemšana ir maksas pakalpojums, par kuru jāmaksā 3.13 eiro.

— Kā rīkoties, ja EVAK karte ceļojuma laikā ir nozaudēta?

— Ja persona, atrodoties ārvalstīs, ir pazaudējusi EVAK, tā ir nozagta, sabojāta vai karti objektīvu iemeslu dēļ nav bijis iespējams saņemt pirms izbraukšanas un ir radusies nepieciešamība saņemt neatliekamo vai nepieciešamo medicīnisko palīdzību, jāsazinās ar Nacionālo veselības dienestu, lai saņemtu EVAK aizvietojošo sertifikātu.

— Vai ar EVAK iespējams saņemt plānveida ārstēšanu citā valstī?

— Eiropas veselības apdrošināšanas karte (EVAK) nav paredzēta tam, lai saņemtu plānveida ārstēšanu citā valstī. EVAK sedz tikai neatliekamo vai nepieciešamo medicīnisko palīdzību, kas pēkšņi kļūvusi nepieciešama islaicīgas uzturēšanās laikā ārzemēs.

— Kādas ir biežākās iedzīvotāju kļūdas, izmantojot EVAK?

— Novēcojušas kartes izmantošana. EVAK tiek izsniegta uz 3 gadiem. Bieži vien cilvēki dodas ceļojumā, nepārbaudot kartes derīguma termiņu, vai aizmirst to laikus atjaunot.

Uzskats, ka EVAK sedz visus izdevumus. EVAK negarantē pil-

nīgi bezmaksas pakalpojumus. Tā nodrošina tādu pašu medicīnisko aprūpi un nosacījumus kā attiecīgās valsts vietējiem iedzīvotājiem. Tas nozīmē, ka par valsts noteiktajiem pacienta līdzmaksājumiem (piemēram, par vizīti pie ārsta vai uzturēšanos slimnīcā) būs jāsamaksā pašam.

Nepieciešamās vai neatliekamās medicīniskās palīdzības saņemšanas iespējas privātajās klīnikās. EVAK ir derīga tikai valsts vai līgumslēdzēju veselības aprūpes iestādēs. Ja persona vērsīsies privātklīnikā vai pie ārsta, kuram nav līguma ar valsts veselības dienestu, EVAK nedarbosies un iedzīvotājam būs jāmaksā par sevīem personīgajiem līdzekļiem.

— Cik EVAK karšu Latvijā tika izsniegtas aizvadītajā gadā?

— 2025. gadā tika izsniegtas 175 710 EVAK. Pēdējos gados vērojama stabila tendence EVAK pieprasījums, kas lielākoties skaidrojama ar to, ka EVAK tiek izsniegtas ar 3 gadu derīguma termiņu, kas nozīmē regulāru karšu atjaunošanas ciklu iedzīvotājiem, kuri tās izmanto pastāvīgi. Vasaras sezonā ir izteiktis ceļojumu un atvaļinājumu periods, līdz ar to pieaug pieprasījums pēc EVAK vai tās atjaunošanas, ja beidzies derīguma termiņš.

NVD stingri atgādina, ka EVAK nesedz pacienta līdzmaksājumus (kas dažās valstīs var būt augsti), repatriācijas (transportēšanas) izdevumus smagas saslimšanas vai nāves gadījumā, kā arī privāto klīniku pakalpojumus.

Plašāka informācija par EVAK un EVAK aizvietojošo sertifikātu pieejama Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnes sadaļā "EVAK karte".