Likumprojekts

**Veselības aprūpes finansēšanas likums**

**1.pants. Likumā lietotie termini**

## (1) Likumā lietotie termini atbilst Ārstniecības likumā un Pacientu tiesību likumā lietotajiem terminiem, ja šajā likuma nav noteikts citādi.

## (2) Likumā ir lietoti arī šādi termini:

## 1) Veselības aprūpe – pasākumu kopums, ko sniedz veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji personas veselības nodrošināšanai, uzturēšanai un atjaunošanai.

## 2) Primārā veselības aprūpe – veselības aprūpes pakalpojumu kopums, ko personai ambulatorajā ārstniecības iestādē vai personas dzīvesvietā sniedz primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji.

## 3) Sekundārā veselības aprūpe – veselības aprūpes pakalpojumu kopums, ko personai ārstniecības iestādē sniedz kādā slimību profilā specializējusies ārstniecības persona un kas orientēta uz neatliekamu, akūtu vai plānveida veselības aprūpi.

## 4) Terciārā veselības aprūpe – augsti specializētu veselības aprūpes pakalpojumu kopums, personai ārstniecības iestādē sniedz viena vai vairākas kādā slimību profilā specializējusies ārstniecības persona ar papildus kvalifikāciju.

## 5) Valsts obligātā veselības apdrošināšana – uz solidaritātes principa balstīts pasākumu kopums, ko organizē valsts, lai nodrošinātu apdrošinātās personas ar valsts apmaksātiem veselības aprūpes pakalpojumiem.

6) Veselības apdrošināšanas iemaksas - šajā likumā noteikta apjoma iemaksas, ko veic personas, kuras nav sociāli apdrošinātas, lai iegūtu tiesības uz apdrošinātās personas statusu un valsts obligāto veselības apdrošināšanu.

## **2.pants. Likuma mērķis**

## Šā likuma mērķis ir nodrošināt ilgtspējīgu veselības aprūpes finansēšanu, kuras pamatā ir visas sabiedrības solidāra iesaiste atbildīgā nodokļu maksāšanā, lai veicinātu labai starptautiskai praksei atbilstošu veselības aprūpes finansējumu, tādējādi sekmējot veselības aprūpes pieejamību un sabiedrības veselības rādītāju uzlabošanos.

## **3.pants. Likuma darbības joma**

## Šis likums nosaka veselības aprūpes finansēšanas sistēmas vispārīgos principus un struktūru un regulē valsts obligātās veselības apdrošināšanas finansiālo un organizatorisko struktūru.

## **4.pants. Veselības aprūpes finansēšanas avoti**

## (1) Veselības aprūpes finansēšanas avoti ir:

## 1) valsts budžeta dotācija no vispārējiem ieņēmumiem saskaņā ar gadskārtējā valsts budžeta likumu;

## 2) valsts budžeta dotācija no vispārējiem ieņēmumiem, kas veidojas no ieņēmumiem no valsts sociālās apdrošināšanas obligāto iemaksu sadales veselības aprūpes finansēšanai (obligāto iemaksu daļa, kas atbilst vienam procentpunktam no obligāto iemaksu likmes) saskaņā ar gadskārtējā valsts budžeta likumu;

## 3) valsts budžeta dotācija no vispārējiem ieņēmumiem, kas veidojas no ieņēmumiem no veselības apdrošināšanas iemaksām saskaņā ar gadskārtējā valsts budžeta likumu;

## 4) valsts budžeta līdzekļi veselības aprūpes jomu regulējošos normatīvajos aktos paredzētajos gadījumos, kas saistīti ar veselības aprūpes nodrošināšanu un veselības nozares administrēšanu un uzraudzību;

## 5) šajā likumā paredzētie pacientu līdzmaksājumi;

## 6) Eiropas Savienības fondu un citu ārvalstu finanšu instrumentu līdzekļi;

## 7) pašvaldību budžeta finansējums saskaņā ar pašvaldību lēmumiem veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanai, kā arī atsevišķo pakalpojumu izmaksu segšanai;

## 8) valsts un pašvaldību ārstniecības iestāžu pašu ieņēmumi.

## (2) Veselības aprūpes publiskais finansējums pakāpeniski palielinoties veido vismaz 4% no iekšzemes kopprodukta.

## **5.pants. Veselības aprūpei piešķirtā valsts finansējuma izlietojums**

(1) Valsts budžeta dotācijas no vispārējiem ieņēmumiem Veselības ministrijas programmai veselības aprūpes nodrošināšanai piešķirtos līdzekļus atbilstoši gadskārtējam valsts budžeta likumam novirza:

1) valsts apmaksātās medicīniskās palīdzības minimuma nodrošināšanai;

2) veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai apdrošinātai personai;

3) ar veselības aprūpes nodrošināšanu ārkārtas situācijās saistīto valsts materiālo rezervju veidošanai, atjaunošanai un uzturēšanai;

4) veselības aprūpes un profilakses programmas pasākumiem;

5) veselības aprūpes pētījumu un attīstības programmas pasākumiem;

6) slimību profilakses un kontroles pasākumiem.

(2) Pieaugot finansējumam veselības aprūpes pakalpojumiem, proporcionāli pieaug arī finansējums ģimenes ārstu sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem.

(3) Ministru kabinets nosaka veselības aprūpes pakalpojumus, kuriem novirza valsts budžeta dotāciju no vispārējiem ieņēmumiem no Tieslietu ministrijas, Aizsardzības ministrijas un Iekšlietu ministrijas programmas veselības aprūpes nodrošināšanai, personas grupas, kurām ir tiesības saņemt minētos veselības aprūpes pakalpojumus, kā arī pacientu grupas, kurām no šajā pantā minētajiem finanšu līdzekļiem sedz pacienta līdzmaksājumu.

## (4) Ministru kabinets nosaka veselības aprūpes pakalpojumu, kas netiek apmaksāts no šā panta pirmajā daļā minētiem finanšu līdzekļiem, sarakstu.

## **6.pants. Pacientu līdzmaksājumi**

(1) Saņemot valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus, persona veic pacienta līdzmaksājumu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam.

(2) No pacienta līdzmaksājuma ir atbrīvotas šādas iedzīvotāju grupas:

1) bērni vecumā līdz 18 gadiem;

2) grūtnieces un sievietes pēcdzemdību periodā līdz 42 dienām, ja tiek saņemti veselības aprūpes pakalpojumi, kas saistīti grūtniecības un pēcdzemdību novērošanu un grūtniecības norisi;

3) politiski represētās personas, nacionālās pretošanās kustības dalībnieki un Černobiļas atomelektrostacijas avārijas rezultātā cietušās personas, kā arī tās seku likvidācijā cietušās personas;

4) personas, kuras slimo ar tuberkulozi, un personas, kurām veic izmeklējumus tuberkulozes noteikšanai;

5) psihiski slimas personas, saņemot psihiatrisko ārstēšanu;

6) personas, saņemot hroniskās hemodialīzes, hemodiafiltrācijas un peritoneālās dialīzes procedūras visā ārstniecības procesa laikā;

7) personas, kuras saņem veselības aprūpes pakalpojumus Ministru kabineta noteikto infekcijas slimību gadījumos;

8) personas, kurām neatliekamo medicīnisko palīdzību sniedz neatliekamās medicīniskās palīdzības brigāde;

9) personas, kuras saņem pakalpojumus ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijās, kas reģistrētas Sociālo pakalpojumu sniedzēju reģistrā;

10) personas, kuras saņem ģimenes ārsta veikto vispārējo veselības pārbaudi un imūnprofilaksi atbilstoši vakcinācijas kalendāram, kā arī veic profilaktiskās apskates un izmeklējumus valsts organizētā vēža skrīninga ietvaros;

11) personas, kurām vakcinācijas kalendāra ietvaros veic vakcināciju, stinguma krampju neatliekamo profilaksi, pēcekspozīcijas imunizāciju pret trakumsērgu, kā arī vakcināciju pret gripu atbilstoši normatīvajiem aktiem par ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtību;

12) personas, saņemot ilgstošu plaušu mākslīgo ventilāciju mājas apstākļos;

13) orgānu donori;

14) personas, kuras saņem veselības aprūpi mājās vai paliatīvo aprūpi stacionārajā ārstniecības iestādē Ministru kabineta noteiktajā apjomā, kā arī paliatīvo aprūpi, ko sniedz ģimenes ārsts mājas vizītes laikā;

15) personas, kurām ir noteikta I grupas invaliditāte;

16) trūcīgās personas, kas par tādām atzītas saskaņā ar normatīvajiem aktiem par kārtību, kādā ģimene vai atsevišķi dzīvojoša persona atzīstama par trūcīgu;

17) Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta darbinieki;

18) patvēruma meklētāji.

(3) Šā panta otrā daļa neattiecas uz pacienta līdzmaksājumiem ambulatorajai ārstēšanai paredzētām zālēm un medicīniskām ierīcēm saskaņā ar normatīvajiem aktiem par ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtību, izņemot šādas personu grupas:

1) bērnus vecumā līdz 18 gadiem;

2) trūcīgās personas, kas par tādām atzītas saskaņā ar normatīvajiem aktiem par kārtību, kādā ģimene vai atsevišķi dzīvojoša persona atzīstama par trūcīgu;

3) patvēruma meklētājus;

4) grūtnieces un sievietes pēcdzemdību periodā līdz 42 dienām.

## (4) Ministru kabinets nosaka pacienta līdzmaksājumu par valsts apmaksātiem veselības aprūpes pakalpojumiem apmēru un samaksas kārtību.

**7.pants. Valsts apmaksātās medicīniskās palīdzības minimums**

(1) Valsts apmaksātās medicīniskās palīdzības minimumā ietilpst šādi veselības aprūpes pakalpojumi:

1) neatliekamā medicīniskā palīdzība;

2) dzemdību palīdzība;

3) ģimenes ārsta sniegtie veselības aprūpes pakalpojumi, kā arī ģimenes ārsta izrakstītās ambulatorajai ārstēšanai paredzētās zāles un medicīniskās ierīces saskaņā ar normatīvajiem aktiem par ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtību šā panta pirmās daļas 4.punktā minēto saslimšanu ārstēšanai;

4) veselības aprūpes pakalpojumi saslimšanas ar nozīmīgu ietekmi uz sabiedrības veselības rādītājiem vai apdraudējumu sabiedrības veselībai ārstniecībai (tajā skaitā, psihiskas saslimšanas, tuberkuloze), kā arī šo saslimšanu ārstēšanai izrakstītās ambulatorajai ārstēšanai paredzētās zāles un medicīniskās ierīces saskaņā ar normatīvajiem aktiem par ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtību.

## (2) Ministru kabinets nosaka šā panta pirmajā daļā minētos valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus, to sniegšanas organizēšanas un apmaksas kārtību.

**8.pants. Valsts obligātā veselības apdrošināšana**

(1) Valsts obligātās veselības apdrošināšanas ietvaros personām papildus šā likuma 7.pantā norādītajam valsts apmaksātās medicīniskās palīdzības minimumam ir tiesības saņemt primāros, sekundāros un terciāros veselības aprūpes pakalpojumus, kā arī papildus šā likuma 7.pantam ambulatorajai ārstēšanai paredzētās zāles un medicīniskās ierīces saskaņā ar normatīvajiem aktiem par ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtību.

(2) Ministru kabinets nosaka šā panta pirmajā daļā minētos valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus, to sniegšanas organizēšanas un apmaksas kārtību, kā arī veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas pretendentu rindu veidošanas kārtību.

(3) Valsts obligātās veselības apdrošināšanas kārtību un veselības aprūpes pakalpojumu klāstu nosaka Valsts obligātās veselības apdrošināšanas likums.

**9.pants. Tiesības saņemt neatliekamo medicīnisko palīdzību**

Ikvienam ir tiesības saņemt neatliekamo medicīnisko palīdzību. Ministru kabineta nosaka neatliekamās medicīniskās palīdzības saņemšanas kārtību.

**10.pants. Tiesības saņemt valsts apmaksātās medicīniskās palīdzības minimumu**

(1) Šā likuma 7.pantā norādīto valsts apmaksātās medicīniskās palīdzības minimumu ir tiesības saņemt:

1) Latvijas pilsonim;

2) Latvijas nepilsonim;

3) ārzemniekam, kuram ir pastāvīgās uzturēšanās atļauja Latvijā, un bezvalstniekam, kuram ir termiņuzturēšanās atļauja Latvijā;

4) bēglim vai personai, kurai piešķirts alternatīvais statuss;

5) aizturētajam;

6) patvēruma meklētājiem;

7) šā likuma 11.pantā minētajai apdrošinātai personai.

(2) Latvijas pilsoņa un Latvijas nepilsoņa laulātajam ar termiņuzturēšanās atļauju, kas nav šā likuma 10.panta pirmajā un otrajā daļā minētā apdrošinātā persona, ir tiesības saņemt valsts apmaksātu dzemdību palīdzību.

**11.pants. Tiesības uz veselības aprūpes pakalpojumiem valsts obligātās veselības apdrošināšanas ietvaros**

(1) Tiesības uz veselības aprūpes pakalpojumiem valsts obligātās veselības apdrošināšanas ietvaros ir šādām apdrošinātām personām:

1) persona, par kuru ir veiktas valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas veselības apdrošināšanai saskaņā ar likumu “Par valsts sociālo apdrošināšanu”;

2) persona, kura atbilst šā likuma 10.panta pirmās daļas 1., 2., 3., 4. un 6.punktam un ir veikusi veselības apdrošināšanas iemaksas saskaņā ar šā likuma 12.pantu.

(2) Par apdrošinātām personām, kurām ir tiesības uz valsts obligāto veselības apdrošināšanu, ir uzskatāmas arī šā likuma 10.panta pirmās daļas 1., 2., 3., 4. un 6.punktā minētās personas, ja tās atbilst vienam no šādiem kritērijiem:

1) bērni vecumā līdz 18 gadiem

2) bāreņi un bez vecāku gādības palikušie bērni un jaunieši līdz 24 gadu vecuma sasniegšanai;

3) personas, kuras mācās vispārējās izglītības iestādēs, profesionālās pamatizglītības vai profesionālās vidējās izglītības iestādēs, vai ir pilna laika studējošais;

4) bezdarbnieki, kuri ir reģistrējušies Nodarbinātības valsts aģentūrā;

5) orgānu donori;

6) personas, kuras cietušas Černobiļas atomelektrostacijas avārijas seku likvidācijā;

7) personas, kuras saņem atlīdzību par adoptējamā bērna aprūpi pirmsadopcijas periodā;

8) personas, kuras saņem bērna invalīda kopšanas pabalstu vai piemaksu pie ģimenes valsts pabalsta par bērnu invalīdu;

9) šā panta pirmās daļas 1.punktā minētās personas laulātie, kuri audzina bērnu vecumā līdz 7 gadiem vai vismaz trīs bērnus vecumā līdz 15 gadiem;

10) personas, kuras saņem pakalpojumus ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijās, kas ir reģistrētas Sociālo pakalpojumu sniedzēju reģistrā;

11) personas, kuras izstājušās no sociālo pakalpojumu sniedzēju reģistrā reģistrētām ilgstošās sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijām, lai saņemtu sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojumus dzīvesvietā;

12) pilngadīgas personas, kas saņem Sociālo pakalpojumu sniedzēju reģistrā reģistrētas grupu mājas pakalpojumus;

13) personas, kuras saņem bērnu kopšanas vai vecāku pabalstu;

14) personas, kurām likumā paredzētajā kārtībā noteikta I vai II grupas invaliditāte;

15) personas, kuras saņem izdienas pensiju, valsts vecuma pensiju, speciālo valsts pensiju vai valsts sociālā nodrošinājuma pabalstu pēc pensionēšanas vecuma sasniegšanas,

16) politiski represētās personas un nacionālās pretošanās kustības dalībnieki;

17) valsts atzīto tradicionālo reliģisko konfesiju mūki un mūķenes, kas dzīvo klosteros;

18) personas, kuras ir cietušas no vardarbīgiem noziedzīgiem nodarījumiem, un cilvēktirdzniecības upuri, kuru statusu apliecina procesa virzītāja lēmuma kopija vai tiesībaizsardzības institūcijas izziņa. Ministru kabinets nosaka periodu, kurā minētās personas ir uzskatāmas par apdrošinātām personām.

(3) Papildus šā panta pirmajā un otrajā daļā minētajam par apdrošinātām personām ir uzskatāmi arī:

1) apcietinātie un notiesātie, kuri sodu izcieš brīvības atņemšanas iestādē;

2) šā panta pirmās daļas 1.punktā minēto personu, kuras uzturas Latvijā sakarā ar nodarbinātību vai kā pašnodarbināta persona, šā panta trešās daļas 1.punktā minēto personu, kā arī šā likuma 10.panta pirmās daļas 1., 2., 3., 4., 5. un 6.punktā minēto personu bērni vecumā līdz 18 gadiem;

3) šā panta pirmās daļas 1.punktā minēto personu, kuras uzturas Latvijā sakarā ar nodarbinātību vai kā pašnodarbināta persona, laulātie ar termiņuzturēšanās atļaujām, kuri audzina bērnu vecumā līdz 7 gadiem vai vismaz trīs bērnus vecumā līdz 15 gadiem;

4) Eiropas Savienības dalībvalsts, Eiropas Ekonomikas zonas valsts vai Šveices konfederācijas pilsoņa, kurš uzturas Latvijā sakarā ar nodarbinātību vai kā pašnodarbināta persona, ģimenes loceklis.

**12.pants. Veselības apdrošināšanas iemaksa**

(1) Veselības apdrošināšanas iemaksas apmērs kalendārā gadā ir 5 % no divpadsmitkārtīgas minimālās mēneša darba algas.

(2) Veselības apdrošināšanas iemaksas maksā reizi gadā valsts budžetā par kārtējo kalendāro gadu un par diviem iepriekšējiem kalendārajiem gadiem, ja veselības apdrošināšanas iemaksas par diviem iepriekšējiem kalendārajiem gadiem nav maksātas vai persona nav bijusi šā likuma 11.pantā minētā apdrošinātā persona, saskaņā ar attiecīgajā gadā, kad tiek veikts maksājums, noteikto likmi.

(3) Lai iegūtu tiesības uz veselības aprūpes pakalpojumiem valsts obligātās veselības apdrošināšanas ietvaros kalendārā gadā, ja persona attiecīgajā kalendārajā gadā ir zaudējusi šā likuma 11. panta pirmās daļas 1.punktā, otrajā vai trešajā daļā minētās apdrošinātās personas statusu, veselības apdrošināšanas iemaksu summai jābūt samaksātai apmērā, ko aprēķina saskaņā ar šādu formulu:

Veselības apdrošināšanas iemaksa = veselības apdrošināšanas iemaksa gadam x 1/12x kārtējā kalendārajā gadā atlikušo pilno mēnešu skaits (ieskaitot kārtējo mēnesi).

(4) Veselības apdrošināšanas iemaksas administrē Nacionālais veselības dienests (turpmāk – Dienests). Ministru kabinets nosaka veselības apdrošināšanas iemaksu maksāšanas kārtību.

**13.pants. Tiesību uz veselības aprūpes pakalpojumiem valsts obligātās veselības apdrošināšanas ietvaros spēkā esamība**

(1) Tiesības uz veselības aprūpes pakalpojumiem valsts obligātās veselības apdrošināšanas ietvaros stājas spēkā ar dienu, kad apdrošinātā persona iekļauta Dienesta uzturētājā veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju datu bāzē. Dienests informāciju veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju datu bāzē iekļauj piecu kalendāro dienu laikā pēc informācijas saņemšanas Dienestā.

(2) Veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju datu bāzē Dienests iekļauj šādu informāciju:

1) apdrošinātās personas dati – vārds, uzvārds, personas kods, deklarētās dzīvesvietas adrese;

2) informācija, kas apliecina personas atbilstību šā likuma 10.pantā minētajam apdrošinātās personas statusam.

(3) Ministru kabinets nosaka kārtību un termiņus, kādā institūcijas sniedz informāciju Dienestam apdrošinātās personas iekļaušanai veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju datu bāzē, informācijas uzglabāšanas termiņus, kā arī kārtību, kāda personas tiek svītrotas no veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju datu bāzes.

(4) Personas tiesības uz veselības aprūpes pakalpojumiem valsts obligātās veselības apdrošināšanas ietvaros saglabājas vēl trīs mēnešus pēc šā likuma 11.panta pirmās daļas 1.punktā un otrā un trešā daļā minētā apdrošinātās personas statusa zaudēšanas.

**14.pants. Veselības ministrijas kompetence**

Veselības ministrija veselības aprūpes finansēšanas jomā:

1) izstrādā valsts politiku veselības aprūpes finansēšanā;

2) izstrādā valsts politiku valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas organizēšanā, kā arī kontrolē tās īstenošanu.

**15.pants. Dienesta kompetence**

(1) Dienests ir veselības ministra pakļautībā esoša institūcija, kura šā likuma izpildes nodrošināšanai realizē šādas pamatfunkcijas:

1) administrē veselības aprūpei paredzētos valsts budžeta līdzekļus;

2) uzrauga valsts budžeta līdzekļu izlietojumu ārstniecības iestādēs un aptiekās.

(2) Dienesta konsultatīvā institūcija atbilstoši šā panta ceturtajā daļā noteiktajai kompetencei ir Dienesta konsultatīvā padome.

(3) Ministru kabinets apstiprina Dienesta konsultatīvās padomes nolikumu. Dienesta konsultatīvās padomes sastāvu pēc veselības ministra priekšlikuma apstiprina Ministru kabinets, iekļaujot Dienesta konsultatīvajā padomē vienu pārstāvi no:

1) Veselības ministrijas;

2) Finanšu ministrijas;

3) Labklājības ministrijas;

4) darba devēju organizācijas, kas ir pārstāvētas Nacionālās trīspusējas sadarbības padomes Veselības aprūpes nozares apakšpadomē

5) darba ņēmēju organizācijas, kas ir pārstāvētas Nacionālās trīspusējas sadarbības padomes Veselības aprūpes nozares apakšpadomē;

(4) Dienesta konsultatīvā padome:

1) izskata Dienesta sagatavotos pārskatus par valsts finansējuma izlietojumu veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanā;

2) izskata Dienesta sagatavotos priekšlikumus veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju izvēlēs kritērijiem un nosacījumiem par veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību;

3) sniedz ieteikumus Dienesta darbības uzlabošanai veselības aprūpes finansēšanas un valsts finansējuma izlietojuma uzraudzības jautājumos;

4) sekmē veselības aprūpes finansēšanas jomu regulējošo normatīvo aktu pilnveidošanu.

5) veic citus veselības aprūpes jomu regulējošos normatīvajos aktos noteiktus pienākumus.

**Pārejas noteikumi**

1. Likums stājas spēkā 2018.gada 1.janvārī.

2. Šā likuma 15.panta otrā, trešā un ceturtā daļa stājas spēkā 2018.gada 1.jūnijā.

3. 2018.gadā tiesības uz valsts obligāto veselības apdrošināšanu ir šā likuma 10.panta pirmajā daļā minētām personām neatkarīgi no veiktajām sociālās apdrošināšanas obligātajām iemaksām.

a4. No 2019.gada 1.janvāra tiesības uz valsts obligāto veselības apdrošināšanu ir šā likuma 11.panta otrajā un trešajā daļā minētajām personām, kā arī personām, par kurām 2018.gadā (iepriekšējā kalendārā gadā) ir veiktas valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas veselības apdrošināšanai saskaņā ar likumu “Par valsts sociālo apdrošināšanu”, un personām, kuras 2018.gadā ir veikušas veselības apdrošināšanas iemaksas saskaņā ar šā likuma 12.pantu un Pārejas noteikumu 5.punkta 1.apakšpunktu.

5. Šā likuma 12.panta pirmā daļa stājas spēkā 2020. gada 1. janvārī. Līdz 2020. gada 1. janvārim veselības apdrošināšanas iemaksas apmērs kalendārā gadā ir:

1) 2018. gadā - 1% no divpadsmitkārtīgas minimālās mēneša darba algas;

2) 2019.gadā – 3% no divpadsmitkārtīgas minimālās mēneša darba algas.

6. Šā likuma 4.panta otrā daļa stājas spēkā 2020. gada 1. janvārī. Ministru kabinets, iesniedzot Saeimai gadskārtējo likumu par valsts budžetu paredz ikgadēju finansējuma pieaugumu veselības aprūpei tādā apmērā, lai publiskais finansējums 2020.gadā sasniegtu 4% no iekšzemes kopprodukta.

7. Ministru kabinets līdz 2018.gada 31.decembrim izstrādā šā likuma 8.panta trešajā daļā minēto Valsts obligātās veselības apdrošināšanas likumu.

8. Ministru kabinets līdz 2018. gada 1. maijam izdod šā likuma 12.panta ceturtā daļā, 13.panta trešajā daļā un 15.panta trešā daļā paredzētos Ministru kabineta noteikumus.

9. Ministru kabinets līdz 2018. gada 1. septembrim izdod šā likuma 5.panta trešā un ceturtā daļā, 6.panta ceturtā daļā, 7.panta otrā daļā, 8.panta otrā daļā, 9.pantā un 11.panta otrās daļas 18.punktā paredzētos Ministru kabineta noteikumus. Līdz attiecīgo Ministru kabineta noteikumu spēkā stāšanās dienai, bet ne ilgāk kā līdz 2018.gada 31.augustam ir piemērojami Ministru kabineta 2013.gada 17.decembra noteikumi Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”, ciktāl tie nav pretrunā ar šo likumu.

Veselības ministre Anda Čakša

Iesniedzējs: Veselības ministre Anda Čakša

Vīza: Valsts sekretāra p.i. Daina Mūrmane-Umbraško