**Likumprojekta “Grozījumi Veselības aprūpes finansēšanas likumā”
sākotnējās ietekmes novērtējuma ziņojums (anotācija)**

|  |
| --- |
| **Tiesību akta projekta anotācijas kopsavilkums** |
| Mērķis, risinājums un projekta spēkā stāšanās laiks (500 zīmes bez atstarpēm) | Likumprojekta “Grozījumi Veselības aprūpes finansēšanas likumā” mērķis ir ieviest visaptverošu valsts obligāto veselības apdrošināšanu un noteikt vienotu valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu apjomu. Līdz ar to likumprojekts paredz izslēgt normas par valsts apmaksāto medicīniskās palīdzības minimumu un personām, kurām ir tiesības saņemt valsts apmaksātās medicīniskās palīdzības minimumu, kā arī par veselības apdrošināšanas iemaksām. Papildus likumprojekts papildināts ar normām, kas nosaka kritērijus veselības aprūpes pakalpojuma iekļaušanai valsts apmaksājamo veselības aprūpes pakalpojumu klāstā, kā arī kritērijus līgumu slēgšanai par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu.Projekts stāsies spēkā 2021.gada 1.janvārī. |

|  |
| --- |
| **I. Tiesību akta projekta izstrādes nepieciešamība** |
| 1. | Pamatojums | Deklarācija par Artura Krišjāņa Kariņa vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību – “135. Izveidosim ilgtspējīgu veselības aprūpes finansēšanas modeli, kas paredz obligātu visu Latvijas rezidentu iekļaušanu”Veselības aprūpes finansēšanas likuma Pārejas noteikumu 7. un 13.punktsMinistru kabineta 2018.gada 8.maija sēdes protokols Nr.23, 18.§, 5.punkts |
| 2. | Pašreizējā situācija un problēmas, kuru risināšanai tiesību akta projekts izstrādāts, tiesiskā regulējuma mērķis un būtība | Šobrīd veselības aprūpes finansēšanas modelis ietverts Veselības aprūpes finansēšanas likumā (turpmāk – likums), kas tika pieņemts 2017.gada nogalē un kurā iekļauts divu tā saucamo veselības aprūpes pakalpojumu “grozu” princips – veselības aprūpes minimums (“pamata grozs”), kas tiek nodrošināts Latvijas pilsoņiem, nepilsoņiem, ārzemniekiem ar pastāvīgo uzturēšanās atļauju u.c., un valsts obligātā veselības apdrošināšana (“pilnais grozs”), kas tiek nodrošināts personām, kuras veic valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas vispārējā režīmā un personām, kuras ir sociāli mazāk aizsargātas (bērni, pensionāri, bezdarbnieki u.c.), savukārt pārējiem paredzot iespēju minētai apdrošināšanai pievienoties brīvprātīgi.Atbilstoši likumam “Par valsts sociālo apdrošināšanu” sociāli apdrošināti veselības apdrošināšanai ir visi darba ņēmēji, kuri maksā valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas vispārējā režīmā. Minētajām personām ar 2017.gada grozījumiem likumā “Par valsts sociālo apdrošināšanu” tika par vienu procentpunktu palielinātas valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas un šis procentpunkts tiek novirzīts veselības aprūpes finansēšanai. Tajā pašā laikā likums “Par valsts sociālo apdrošināšanu” ietver vēl virkni darba ņēmēju, kuri ir valsts sociālās apdrošināšanas obligātu iemaksu veicēji, bet par kuriem šīs iemaksas netiek veiktas vispārējā režīmā – autoratlīdzību saņēmēji, patenmaksas maksātāji, sezonas laukstrādnieki, pašnodarbinātie, kuri veic iemaksas 5% apmērā pensiju apdrošināšanai. Šāds dalījums, kas paredz atšķirīgu pieeju veselības apdrošināšanai valsts sociālās apdrošināšanas obligāto iemaksu veicējiem, nav uzskatāms par objektīvu un samērīgu. Tāpat veselības apdrošināšanai nav pakļauti mikrouzņēmuma darbinieki.Analizējot veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju datubāzē iekļautos datus, uz 2019.gada vidu veselības aprūpes pakalpojumu “pamata grozu” varētu saņemt 400 981 persona (no šīm personām 129 437 personām 2018.gadā ir sniegti veselības aprūpes pakalpojumi). Tas ir ļoti liels veselības aprūpes pakalpojumu “pamata groza” saņēmēju skaits, kas ierobežo veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību iedzīvotājiem.Lai risinātu iepriekš identificētās problēmas, ir pārskatīts likumā ietvertais veselības aprūpes pakalpojumu finansēšanas modelis, saglabājot obligāto veselības apdrošināšanu, taču paplašinot personu loku, kuras ir pakļautas obligātai veselības apdrošināšanai. t.i., valsts obligātai veselības apdrošināšanai tiek pakļauti visi Latvijas rezidenti, un nosakot vienotus nosacījumus, pie kuriem persona tiks uzskatīta par sociāli apdrošinātu veselības apdrošināšana: 1) visi valsts sociālās apdrošināšanas obligāto iemaksu veicēji vispārējā režīmā, kuriem jau ar 2018.gada 1.janvāri ir par vienu procentpunktu palielināta valsts sociālās apdrošināšanas oligāto iemaksu likme veselības apdrošināšanai;2) mikrouzņēmuma darbinieki, kuri tiks pakļauti valsts obligātai veselības apdrošināšanai par vienu procentpunktu palielinot mikrouzņēmuma nodokli un novirzot to valsts pamatbudžeta ieņēmumos veselības aprūpes finansēšanai;3) pašnodarbinātie, kuri veic 5% valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas pensiju apdrošināšanai un kuri tiks pakļauti valsts obligātai veselības apdrošināšanai par vienu procentpunktu palielinot valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksu apmēru veselības apdrošināšanai;4) autoratlīdzību saņēmēji, kuri tiks pakļauti valsts obligātai veselības apdrošināšanai par vienu procentpunktu palielinot valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksu apmēru veselības apdrošināšanai;5) patentmaksas veicēji, kuri tiks pakļauti valsts obligātai veselības apdrošināšanai palielinot patentmaksas bāzes apmēru;6) sezonas laukstrādnieki, kuri tiks pakļauti valsts obligātai veselības apdrošināšanai par vienu procentpunktu palielinot sezonas laukstrādnieku ienākuma nodokli un novirzot to valsts pamatbudžeta ieņēmumos veselības aprūpes finansēšanai;7) pārējie Latvijas rezidenti, kuri šobrīd nemaksā valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas vai nav pakļautas valsts sociālai apdrošināšanai no valsts puses, tiks iekļautas valsts obligātās veselības apdrošināšanas sistēmā, maksājot valsts sociālās apdrošināšanas obligāto iemaksu veselības apdrošināšanai - viens procentpunkts no minimālās mēneša darba algas mēnesī.  Tajā pašā laikā saglabājot personu loku, kurām būs tiesības saņemt veselības aprūpes pakalpojumus valsts obligātās veselības apdrošināšanas ietvaros neveicot valsts sociālās apdrošināšanas obligāto iemaksas veselības apdrošināšanas. Ņemot vērā minēto, tiek izslēgts likuma 8., 9. un 12.pants (likumprojekta 5. un 8.pants), kā arī veikti attiecīgi precizējumi likumā saistībā ar atteikšanos no brīvprātīgajām veselības apdrošinānas iemaksām un veselības aprūpes pakalpojumu minimumam – grozīts likuma 1., 4., 5., 10., 11. un 13.pants. Ar likumprojektu tiek redakcionāli precizēta arī likuma 6.panta trešā daļa, precīzāk definējot, ka 6.pantā noteiktas attiecībā uz pacientu līdzmaksājumu neattiecas uz maksājumu par kompensējamām zālēm. Tāpat ar likumprojektu tiek redakcionāli precizēts 11.panta otrās daļas 16.punkts, lai viennozīmīgāk definētu personu loku, kam ir tiesības saņemt veselības aprūpes pakalpojumus valsts obligātās veselības apdrošināšanas ietvaros. Tāpat precizēt 11.panta trešās daļas 2.punkts, nosakot, ka no valsts puses sociāli apdrošinātas veselības apdrošināšanai ir arī sociāli apdrošināto veselības apdrošināšanai bērni vecumā līdz 18 gadiem, ja šiem bērniem ir termiņuzturēšanās atļauja un deklarētā dzīvesvieta Latvijā. Kā arī tiek izlēgts 11.panta trešās daļas 3.punkts, jo Latvijas pilsoņa vai nepilsoņa laulātais ar termiņuzturēšanas atļauju un deklarēto dzīvesvietu Latvijā tiks iekļautas valsts obligātās veselības apdrošināšanas sistēmā, maksājot valsts sociālās apdrošināšanas obligāto iemaksu veselības apdrošināšanai - viens procentpunkts no minimālās mēneša darba algas mēnesī. Papildus likumprojekts tiek papildināts ar četrām jaunām grupām, kurām būs tiesības saņemt veselības aprūpes pakalpojumus valsts obligātās veselības apdrošināšanas ietvaros neveicot valsts sociālās apdrošināšanas obligāto iemaksas veselības apdrošināšanas. Trīs grupas ir personas, kuras uzturas ārvalstīs kā a) diplomātisko un konsultāro dienestu pildošas personas laulātais, b) dienesta pienākumus pildoša karavīra laulātais un c) Eirojusta pārstāvja laulātais. Minētās grupas ir pāņemtas no likuma “Par valsts sociālo apdrošināšanu”. Ceturtā grupa personas, kas kopj pilngadīgu personu, kurai noteikta I vai II grupas invaliditāte. Veselības aprūpes finansēšanas likuma Pārejas noteikumu 7.punkts nosaka, ka Ministru kabinets izstrādā un iesniedz Saeimai likumprojektu par kritērijiem veselības aprūpes pakalpojuma iekļaušanai valsts apmaksājamo veselības aprūpes pakalpojumu klāstā un kritērijiem līgumu slēgšanai par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu. Noteikti kritēriji veselības aprūpes pakalpojumu iekļaušanai valsts apmaksājamo veselības aprūpes pakalpojumu klāstā balstās uz šādiem principiem – veselības aprūpes pakalpojuma ārstnieciskais efekts, izmaksu lietderība, nepieciešamība sabiedrībā un savietojamība ar nacionālo veselības politiku, kā arī atbilstība pieejamiem finanšu resursiem. Minētie principi ir būtiskākie, lai varētu izvērtēt valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu saraksta paplašināšanu. Veselības aprūpes pakalpojumu valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu klāstā varēs iekļaut, ja izpildīsies visi kritēriji. Ir dots arī deleģējums Ministru kabinetam noteikt kārtību, kādā tiek veikts valsts apmaksājamo veselības aprūpes pakalpojumu klāstā iekļaujamo veselības aprūpes pakalpojumu izvērtējums (piemēram, kas ir tiesīgs rosināt iekļaušanu, kādi dokumenti iesniedzami u.c.). Kritēriji līgumu slēgšanai par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu ir noteikti, balstoties uz pamatprincipu – pacienta tiesībām saņemt kvalitatīvu, kvalificētu un viņa veselības stāvoklim atbilstošu ārstniecību. Balstoties uz minēto, ir definēti arī kritēriji – gan vispārīgie (kvalitāte, pieejamība (finansiālā, ģeogrāfiskā, organizatoriskā un administratīvā), efektivitāti un cilvēkresursi (personāla nodrošinājums)), gan konkrēti (atbilstība veselības aprūpes jomu regulējošiem normatīvajiem aktiem, tas, ka ārstniecības iestādei nav ierosināts maksātnespējas process un ārstniecības iestādei nav nodokļu parādu, kas pārsniegtu 150,00 euro u.c.). Vispārīgie kritēriji tika diskutēti ar Ministru prezidenta 2018.gada 3.aprīļa rīkojumu Nr.89 „Par darba grupu” izveidotajā darba grupā ziņojuma sagatavošanai par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu valsts, pašvaldību un privātajās ārstniecības iestādēs. Minētajā darba grupā bija pārstāvji gan no primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, gan sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, gan stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem. Darba grupas ziņojums tika izskatīts Ministru kabineta sēdē šā gada 3.jūlijā (Ministru kabineta 2018.gada 3.jūlija sēdes protokols Nr.31 29.§ „Informatīvais ziņojums „Darba grupas ziņojums par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu valsts, pašvaldību un privātajās ārstniecības iestādēs””) un nosūtīts Saeimai. Minētajā ziņojumā noteikts, ka lēmumam slēgt līgumu par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu jābūt balstītam uz noteiktiem kritērijiem: 1. veselības aprūpes kvalitāte;
2. veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība (gan finansiālā pieejamība, gan ģeogrāfiskā pieejamība, gan arī organizatoriskā un administratīvā pieejamība);
3. veselības aprūpes pakalpojumu efektivitāte;
4. cilvēkresursi (pakalpojuma sniegšanā iesaistītā personāla nodrošinājums).

 Pasaules Bankas ziņojumā *Slimnīcu apjomi un aprūpes kvalitāte Latvijā* (pieejams: http://www.vmnvd.gov.lv/uploads/files/58a6f2b479157.pdf) izvērtēts, ka Latvijā var uzlabot gan aprūpes efektivitāti, gan kvalitāti. Šai ziņojumā tāpat norādīts, ka veselības aprūpes profesionāļi, kuri strādā ar lielu gadījumu skaitu, nodrošina labākus rezultātus, nekā slimnīcas un ārsti ar zemāku aktivitāti, skatoties gan pēc dažādām saslimšanām, gan procedūrām. Kvalitātes un efektivitātes mērīšanai izmanto dažādus rādītājus, piemēram, *procedūru apjoma rādītājs* attiecas uz procedūru skaitu, kas veiktas noteiktā slimnīcā vai ko veicis noteikts ārsts katru gadu un ko iespējams definēt attiecībā uz jebkuru ķirurģisko procedūru veidu. *Slimnīcas apjoma rādītājs* tiek definēts kā slimnīcā vienā gadā veikto valsts finansēto procedūru kopskaits. *Vidējais uzturēšanās ilgums* attiecas uz vidēju dienu skaitu, ko pacienti pavada slimnīcā un to mēra, lai izvērtētu slimnīcas darba efektivitāti, proti, vai pacientam tiek savlaicīgi sastādīts ārstēšanas plāns, veikti nepieciešamie izmeklējumi, procedūras, nozīmēti medikamenti, operācija. Tāpat veselības aprūpes kvalitāti vērtē pamatojoties uz *atkārtotas uzņemšanas pēc 30 dienām rādītāju*, tas attiecas uz to pacientu skaitu, kuriem veiktas atsevišķas procedūras un kuri atkārtoti uzņemti slimnīcā 30 dienu laikā jebkāda iemesla dēļ. Veselības aprūpes kvalitāti var mērīt pamatojoties uz notikušajiem incidentiem (veselības aprūpes iznākums atšķiras no iepriekš sagaidītā), tāpat var izmantot pacientu apmierinātības pētījumus, noteiktu aprūpes standartu izmantošanu u.c.  Līdz ar to plānots, ka gan kvalitātes, gan efektivitātes kritēriji tiks noteikti katrai veselības aprūpes jomai vai pakalpojumam atsevišķi, līdzīgi kā tas jau ir veikts nosakot kvalitātes un efektivitātes kritērijus mamogrāfijas pakalpojumam, onkoloģiskajām operācijām, medicīniskai apaugļošanai. Arī ar Ministru prezidenta 2018.gada 3.aprīļa rīkojumu Nr.89 „Par darba grupu” izveidotā darba grupa secināja, ka nākamajos gados jāturpina iesākto praksi valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu iepirkšanā, pēc iespējas ieviešot stratēģisko iepirkumu un tādējādi finansējuma novirzīšanu veselības aprūpei sasaistīt ar rezultātu, pakāpeniski pilnveidot valsts finansēto pakalpojumu sniedzēju atlasi un ņemot vērā veicamā iepirkuma specifiku pēc iespējas nolikumu izstrādē piesaistīt attiecīgo jomu veselības aprūpes speciālistus gan no publiskā, gan privātā sektora, noteikt prasības gan pakalpojuma apjomam, gan kvalitātei. Vienlaikus gan jāņem vērā, ka visiem veselības aprūpes pakalpojumiem nebūs attiecināmi kvalitātes vai efektivitātes rādītāji un šajā gadījumā ir runa par sociāli vajadzīgiem veselības aprūpes pakalpojumiem (piemēram, tiks iepirkts feldšerpunktu pakalpojumus, kas pēc būtības nav efektīvs, jo apkalpos nelielu cilvēku skaitu, taču ir sociāli nepieciešams, jo līdz tuvākajai ģimenes ārstu praksei ir vairāk pie pieci kilometri).Kā viens no kritērijiem līguma slēgšanai par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu ir norādīts iepriekš noslēgtā līguma izpilde, ja ārstniecības iestāde jau sniedz valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus. Šajā gadījumā par līguma neizpildi tiks uzskatīti tie gadījumi, kas tieši atkarīgi no ārstniecības iestādes rīcības. Papildus ir doti arī vairāki deleģējumi Ministru kabinetam – kārtība, kādā tiek veikta veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju izvērtēšana un atlase (tiks noteikts pats izvērtēšanas un atlases process), kārtību un nosacījumus, kādā primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji tiek iekļauti gaidīšanas sarakstā un izslēgti no tā (attiecībā uz primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem netiek veikta atlases procedūra, bet viņi tiek iekļauti primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju gaidīšanas sarakstā, kurā ir gan tādi, kas jau sniedz valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus, gan arī tādi, kuri valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus nesniedz. Iekļaušana sarakstā nenozīmē automātisku līguma slēgšanu, bet ir tikai potenciālo līgumpartneru saraksts, līdz ar to ir nepieciešams noteikt nosacījumus, pie kuriem iekļauj gaidīšanas sarakstā un izslēdz no tā), ārstniecības iestādes, ar kurām tiek slēgti līgumi par stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu. |
| 3. | Projekta izstrādē iesaistītās institūcijas un publiskas personas kapitālsabiedrības | Nav |
| 4. | Cita informācija | Nav |

|  |
| --- |
| **II. Tiesību akta projekta ietekme uz sabiedrību, tautsaimniecības attīstību un administratīvo slogu** |
| 1. | Sabiedrības mērķgrupas, kuras tiesiskais regulējums ietekmē vai varētu ietekmēt | Tiesiskais regulējums attieksies uz Latvijas iedzīvotājiem – apmēram 1,9 milj.  |
| 2. | Tiesiskā regulējuma ietekme uz tautsaimniecību un administratīvo slogu | Projekts šo jomu neskar |
| 3. | Administratīvo izmaksu monetārs novērtējums | Projekts šo jomu neskar |
| 4. | Atbilstības izmaksu monetārs novērtējums | Projekts šo jomu neskar |
| 5. | Cita informācija | Nav |

|  |
| --- |
| **III. Tiesību akta projekta ietekme uz valsts budžetu un pašvaldību budžetiem** |
| Projekts šo jomu neskar |

|  |
| --- |
| **IV. Tiesību akta projekta ietekme uz spēkā esošo tiesību normu sistēmu** |
| 1. | Saistītie tiesību aktu projekti | Likumprojekts “Grozījumi likumā “Par valsts sociālo apdrošināšanu” – izslēdzot normu, ka mikrouzņēmuma darbinieki nav pakļauti veselības apdrošināšanai, kā arī precizēt normas, ka veselības apdrošināšanai ir pakļauti arī visi speciālajos režīmos nodarbinātie, kā arī ieviešot valsts sociālās apdrošināšanas obligāto iemaksu veselības apdrošināšanai tiem Latvijas rezidentiem, kas nav valsts sociālās apdrošināšanas obligāto iemaksu veicēji ne vispārējā, ne speciālajā režīmā.Likumprojekts “Grozījumi Mikrouzņēmuma nodokļa likumā” – palielināt nodokļa likmi un veikt izmaiņas nodokļa sadales kārtībāLikumprojekts “Grozījumi likumā “Par iedzīvotāju ienākuma nodokli”” – palielinot patentmaksu un precizējot patenmaksas sadalījumu, kā palielinot sezonas laukstrādnieka ienākuma nodokli un precizējot tā sadali |
| 2. | Atbildīgā institūcija | Veselības ministrija |
| 3. | Cita informācija | Nav |

|  |
| --- |
| **V. Tiesību akta projekta atbilstība Latvijas Republikas starptautiskajām saistībām** |
| Projekts šo jomu neskar |

|  |
| --- |
| **VI. Sabiedrības līdzdalība un komunikācijas aktivitātes** |
| 1. | Plānotās sabiedrības līdzdalības un komunikācijas aktivitātes saistībā ar projektu | Likumprojekts 2020.gada 15.janvāri publicēts Veselības ministrijas un Valsts kancelejas mājas lapā un 2020.gada 29.janvārī notika sabiedriskā apspriede. |
| 2. | Sabiedrības līdzdalība projekta izstrādē | Apspriedē piedalījās pārstāvji no Biofarmaceitisko zāļu ražotāju asociācijas Latvijā, Veselības aprūpes darba devēju asociācijas, kā arī LDDK sociālās drošības un veselības aprūpes eksperts. |
| 3. | Sabiedrības līdzdalības rezultāti | Tikšanās laikā netika pausti konceptuāli iebildumi Veselības ministrijas virzītajām izmaiņām.LDDK sociālās drošības un veselības aprūpes eksperts rosināja patentmaksas veicējiem vienu procentpunktu attiecināt nevis uz patentmaksas apmēru, bet gan uz ienākumiem, vai arī visiem darba ienākuma veidiem, izņemot vispārīgā režīmā strādājošiem un mikrouzņēmuma nodokļa maksātājiem, piemērot samērīgu, fiskētu veselības apdrošināšanas iemaksu, kas būtu vismaz viena procentpunkta apmērā no minimālās algas. Veselības ministrija skaidro, ka jau šobrīd iemaksa valsts sociālās apdrošināšanas speciālajā budžetā pensiju apdrošināšanai un invaliditātes apdrošināšanai tiek veiktas no patentmaksas apmēra. Ņemot vērā, ka veselība apdrošināšana ir viens no sociālās apdrošināšanas veidiem, Veselības ministrija uzskata, ka nav pamata vienam sociālās apdrošināšanas veidam noteikt citu principu iemaksas bāzes noteikšanai. Veselības ministrija arī nevar piekrist priekšlikumam palielināt par vienu procentpunktu valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas veselības apdrošināšanai tikai vispārējā režīmā strādājošiem un mikrouzņēmuma nodokļa maksātājiem, savukārt pārējiem noteikt vienotu fiksētu maksājumu vismaz viena procentpunkta apmērā no minimālās algas. Veselības apdrošināšana ir viens no sociālās apdrošināšanas veidiem un līdz ar to tam arī jāatbilst valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas veikšanas principiem. |
| 4. | Cita informācija |  |

|  |
| --- |
| **VII. Tiesību akta projekta izpildes nodrošināšana un tās ietekme uz institūcijām** |
| 1. | Projekta izpildē iesaistītās institūcijas | Nacionālais veselības dienests |
| 2. | Projekta izpildes ietekme uz pārvaldes funkcijām un institucionālo struktūru.Jaunu institūciju izveide, esošu institūciju likvidācija vai reorganizācija, to ietekme uz institūcijas cilvēkresursiem | Projektam nav plānota papildu ietekme uz pārvaldes funkcijām un institucionālo struktūru.  |
| 3. | Cita informācija | Nav |

Veselības ministre I.Viņķele

Vīza: Valsts sekretāre D. Mūrmane-Umbraško

Jurševica, 67876186

anita.jursevica@vm.gov.lv