**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) | Likumprojekts “Grozījumi Veselības aprūpes finansēšanas likumā” ir izstrādāts, lai risinātu šādus jautājums:1) noteikt, ka personai līdz 2022.gadam ir tiesības saņemt veselības aprūpes pakalpojumus valsts obligātās veselības apdrošināšanas ietvaros neatkarīgi no veiktajām iemaksām. Tāpat likumprojekts paredz par gadu pārcelt normu, kad no pacienta līdzmaksājuma ir atbrīvojamas personas, kurām ir noteikta II grupas invaliditāte, kā arī paredz uzdevumu Ministru kabinetam līdz 2021.gada 30.aprīlim iesniegt Saeimā likumprojektu par vienota valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojuma apjoma un visaptverošanas valsts obligātās veselības apdrošināšanas ieviešanu2) noteikt kritērijus veselības aprūpes pakalpojuma iekļaušanai valsts apmaksājamo veselības aprūpes pakalpojumu klāstā un kritērijiem līgumu slēgšanai par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu atbilstoši Veselības aprūpes finansēšanas likuma Pārejas noteikumu 7.punktam3) precizēt redakcionāli atsevišķas normas. |

|  |
| --- |
| **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 ministrijas iniciatīva |
| 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, 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.Lai risinātu iepriekš identificētās problēmas, tika pārskatīts Veselības aprūpes finansēšanas likumā ietverto veselības aprūpes pakalpojumu finansēšanas modeli, saglabājot obligāto veselības apdrošināšanu, taču paplašinot personu loku, kuras ir pakļautas obligātai veselības apdrošināšanai, t.i., valsts obligātai veselības apdrošināšanai pakļaut visus valsts sociālās apdrošināšanas obligāto iemaksu veicējus, kā arī tās personas, kuras nemaksā valsts sociālās apdrošināšanas iemaksas vai nav pakļautas valsts obligātai veselības apdrošināšanai no valsts puses (iekļaujot valsts obligātās veselības apdrošināšanas sistēmā maksājot obligāto iemaksu veselības apdrošināšanas). Ņemot vērā, ka piedāvātais risinājums paplašināt personu loku, kuras ir pakļautas obligātai veselības apdrošināšanai, skar ne tikai veselības aprūpes politiku, bet arī nodokļu jautājumus, tad šis risinājums būtu ieviešams pēc izmaiņām nodokļu jomā. Šobrīd tiek gatavoti normatīvie akti, lai ieviestu izmaiņas nodokļu jomā, kas skars valsts sociālās apdrošināšanas obligāto iemaksu likmi, patentmaksas maksātāju loku, mikrouzņēmuma turpmāko darbību. Tādējādi definēt precīzu personu loku, kuras būtu pakļaujamas valsts obligātai veselības apdrošināšanai, un veikt nepieciešamās izmaiņas normatīvajos aktos varēs tikai pēc šobrīd virzīto izmaiņu nodokļu jomā spēkā stāšanās 2021.gadā.  Līdz ar to ir nepieciešams veikt grozījumus Veselības aprūpes finansēšanas likumā, nosakot, ka personai līdz 2022.gadam ir tiesības saņemt veselības aprūpes pakalpojumus valsts obligātās veselības apdrošināšanas ietvaros neatkarīgi no veiktajām iemaksām. Tāpat likumprojekts paredz par gadu pārcelt normu, kad no pacienta līdzmaksājuma ir atbrīvojamas personas, kurām ir noteikta II grupas invaliditāte, kā arī paredz uzdevumu Ministru kabinetam līdz 2021.gada 30.aprīlim iesniegt Saeimā likumprojektu par vienota valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojuma apjoma un visaptverošanas valsts obligātās veselības apdrošināšanas ieviešanu. 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.  Papildus likumprojekts tiek papildināts ar 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”. 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. Arī turpmāk Ministru kabinetam būtu nosakāms deleģējums noteikt konkrētas stacionārās ārstniecības iestādes, ar kurām slēdzams līgums, ņemot vērā kopējo stacionāro ārstniecības iestāžu skaitu valstī un nepieciešamību vienmērīgi nodrošināt stacionāros veselības aprūpes pakalpojumus visā valsts teritorijā. Šobrīd šis ārstniecības iestādes ir noteiktas atbilstoši Veselības aprūpes finansēšanas likuma 10.panta trešajā daļā dotajam deleģējumam Ministru kabinetam noteikt kārtību kādā tiek organizēta veselības aprūpes pakalpojumu sniegšana. Tomēr tas nenozīmē, ka minētajām ārstniecības iestādēm nav jānodrošina 17.panta pirmajā daļā noteikto kritēriju izpilde. |
| 3. | Projekta izstrādē iesaistītās institūcijas un publiskas personas kapitālsabiedrības | Nav |
| 4. | Cita informācija | Projektā ietvertie pasākumi tiks nodrošināti 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 | 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** |
| Projekts šo jomu neskar |

|  |
| --- |
| **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 | Ņemot vērā, ka ar likumprojektu ir plānots līdz 2022.gadam kamēr tiks ieviesta izmaiņas nodokļu jautājumos saglabāt Latvijas iedzīvotājiem līdzšinējo pieeju veselības aprūpes pakalpojumiem, sabiedrības līdzdalība netiek plānota un nav nepieciešama |
| 2. | Sabiedrības līdzdalība projekta izstrādē | Nav |
| 3. | Sabiedrības līdzdalības rezultāti | Nav |
| 4. | Cita informācija | Nav |

|  |
| --- |
| **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

Jurševica, 67876186

anita.jursevica@vm.gov.lv

v\_sk = 1866