

**Veselības nozares stratēģiskās padomes
sanāksmes**

PROTOKOLS

Rīgā

Datums:	19.05.2022.	Nr.	5
----------------	-------------	------------	---

Sākums:	10.01	Beigas:	12.42
Norises vieta:	Veselības ministrijas lielā zāle (309. kabinets) un attālināti <i>MS Teams</i>		
Vada:	Daniels Pavļuts – Veselības ministrs		
Dalībnieki:	Vārds Uzvārds, amats	Piedalās	
	Ilze Aizsilniece – Latvijas Ārstu biedrība	☒	
	Gunta Anča – Latvijas Cilvēku ar īpašām vajadzībām sadarbības organizācija SUSTENTO	☐	
	Daiga Behmane – Latvijas Veselības ekonomikas asociācija	☐	
	Dace Ķikute – Latvijas Farmaceitu biedrība	☒	
	Andrejs Ērglis – Latvijas Universitāte	☐	
	Ilze Rudzīte (aizvieto Gintu Kaminski) – Latvijas Pašvaldību savienība	☒	
	Jevgēnijs Kalējs – Latvijas Slimnīcu biedrība	☒	
	Valdis Keris – Latvijas Veselības un sociālās aprūpes darbinieku arodbiedrība	☐	
	Līga Kozlovskā – Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācija	☒	
	Jānis Vētra (aizvieto Artūru Šilovu) – Latvijas Jauno ārstu asociācija	☒	
	Dita Raiska – Latvijas Māsu asociācija	☒	
	Ināra Pētersone (aizvieto Māri Rēvaldu) – Veselības aprūpes darba devēju asociācija	☒	
	Juris Raudovs – Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienība	☒	
	Sarmīte Veide – Latvijas Ģimenes ārstu asociācija	☐	
	Aigars Pētersons – Rīgas Stradiņa universitāte	☐	
	Valts Ābols – Latvijas Lielo slimnīcu asociācija	☒	
	Jānis Dobelis (aizvieto Egilu Eināru Jurševicu) – Latvijas Patentbrīvo medikamentu asociācija	☐	
	Valters Bolēvics – Starptautisko inovatīvo farmaceitisko firmu asociācija	☐	
	Baiba Ziemeļe – Latvijas Pacientu organizāciju tīkls	☒	
1. Pieaicinātie:	Boriss Kņigins – Veselības ministrijas valsts sekretāra vietnieks finanšu jautājumos	☒	
	Sanita Janka – Veselības ministrijas Veselības aprūpes departamenta direktore	☒	
	Inese Kaupere – Veselības ministrijas Farmācijas departamenta direktore	☒	
	Laura Boltāne – Veselības ministrijas Pārnozaru politikas nodaļas vadītāja	☒	

	Dace Spaliņa – Veselības ministra padomniece juridiskajos jautājumos	☒
	Ilze Ortveina – Latvijas Māsu asociācija	☒
	Elīna Briņķe – Veselības ministrijas Pārnozaru politikas nodaļas vecākā eksperte	☒
	Eva Juhņēviča – Nacionālā veselības dienesta Vakcinācijas projekta nodaļas vadītāja	☒
	Ineta Būmane – Veselības ministrijas Veselības aprūpes organizācijas nodaļas vadītāja.	☒
	Kaspars Bērziņš – Veselības ministra padomnieks rīcībpolitikas jautājumos	☒
	Kristīne Kļaviņa – Veselības ministrijas Nozares cilvēkresursu attīstības nodaļas vadītāja	☒
	Valdis Miķelsons – Veselības ministrijas Ārstniecības kvalitātes nodaļas vadītājs	☒
	Sanda Osemļjaka – Veselības ministrijas Veselības aprūpes organizācijas nodaļas vecākā eksperte	☒
	Lāsma Bindere – Veselības ministra komunikācijas padomniece	☒
	Edgars Labsvīrs – Amerikas Tirdzniecības palātas Latvijā Veselības darba grupas līdzpriekšsēdētājs	☒
	Alise Krūmiņa – Amerikas Tirdzniecības palātas Latvijā Veselības finansēšanas darba grupas vadītāja	☒
	Vladislava Marāne – Veselības ministra biroja vadītāja	☒
Protokolē:	Ingmārs Freimanis – Veselības ministrijas Pārnozaru politikas nodaļas vecākais eksperts	
Darba kārtība:		
1. Slimnīcu tīkla attīstības stratēģija (S. Janka) 2. Aptieku izvietojuma kritēriji (I. Kaupere) 3. Covid-19 izejas stratēģija/gatavība rudenim (S. Janka) 4. Ēdināšanas pakalpojumu nodrošināšana slimnīcās 5. AmCham pozīcijas dokumenta par veselības aprūpes finansējumu prezentācija 6. Informatīvais ziņojums “Par veselības aprūpes nodrošināšanas infrastruktūras attīstības investīciju stratēģiju 2021.-2029. gadam”		
Sanāksmē apspriests:		
D. Pavļuts atklāj sēdi un iepazīstina dalībniekus ar darba kārtību.		
1. Slimnīcu tīkla attīstības stratēģija		
S. Janka uzstājas ar prezentāciju par slimnīcu tīklu attīstības stratēģiju. Prezentācijā iekļauta informācija par esošo slimnīcu finansēšanas mehānismu atbilstoši līmeņiem. Kā galvenās problēmas esošajā slimnīcu tīklā norādītas veselības pakalpojumu pieejamība un kvalitātes atšķirības dažādās Latvijas teritorijās, tostarp vienāda līmeņa slimnīcu starpā, ārstu pārslogde, strādājot vairākās darbavietās, kas ietekmē pacientu drošību un pakalpojumu kvalitāti, un iedzīvotāju skaita samazināšanās radīta nepietiekama pacientu plūsma slimnīcās. Šo problēmu risināšanai mērķis ir panākt, ka pacients dažādās Latvijas teritorijās saņem vienādas kvalitātes veselības aprūpes pakalpojumus. Kā līdzeklis šī mērķa īstenošanai tiek piedāvāts slimnīcu sadarbības tīkls. Slimnīcu sadarbības tīkla ietvaros paredzēti vienoti sadarbības principi pacientu pārvešanai, gultu resursu, cilvēkresursu pārraudzībai, diagnostisko izmeklējumu nodrošināšanai,		

speciālistu profesionālai pilnveidei un apmācībai. Šo sadarbības mehānismu nodrošināšanai paredzēts izveidot metodiskās vadības centrus. Slimnīcām atbilstoši līmeņiem paredzēts noteikt obligātos un papildu pakalpojumu profilus. Slimnīcu tīkla attīstības stratēģijas turpmākie soļi ir prasību noteikšana obligātajiem profiliem, nosakot pārejas periodu, pārskatīt stacionāro pakalpojumu tarifus, noteikt slimnīcu sadarbības principus, izveidot metodisko vadību un īstenot kvalitātes uzraudzību, uzlabot hronisko pacientu aprūpi Rīgas plānošanas teritorijā, kā arī panākt ciešāku sadarbību ar pašvaldībām.

Pēc S. Jankas prezentācijas D. Pavļuts aicina uzdot jautājumus vai sniegt komentārus.

J. Kalējs atzīmē, ka prezentāciju esot redzējis jau tad, kad ticies ar Latvijas Slimnīcu biedrības pārstāvjiem, un jau tad esot bijis daudz iebildumu un komentāru, tostarp viens no būtiskākajiem komentāriem bijis par to, ka iepriekšējā plānā bijis paredzēts likvidēt otrā līmeņa slimnīcas un pārveidot tās par pirmā vai trešā līmeņa slimnīcām. Tāpat bija iebildumi par plānu veikt bērnu ķirurģiju tikai BKUS. Kas attiecas uz jaunākā ziņojuma prezentāciju, tiek gaidīts pats ziņojums, lai to varētu analizēt. Kad ziņojums divu nedēļu laikā tiks nosūtīts, kā bijis solīts, tiks sniegti komentāri apmēram divu nedēļu laikā. J. Kalējs norāda, ka vājš punkts ir sadarbības tīkls, kā arī pašvaldību iesaistīšana. Prezentācijā neesot informācijas arī par specializētajām slimnīcām, piemēram, par dzemdību namu, traumatoloģiju, psihiatriju.

S. Janka norāda, ka attiecībā uz somatisko medicīnu, dzemdību palīdzību un traumatoloģiju, notiek virzība uz multidisciplināru pieeju. Attiecīgi būs jāvērtē šo slimnīcu loma sadarbības tīklā. Atbildot uz komentāru par specializētajām slimnīcām, S. Janka norāda, ka psihiatriskās slimnīcas saglabāsies kā specializētas slimnīcas, tomēr svarīga ir metodiskā vadība, ka arī svarīgi ir izstrādāt kvalitātes kritērijus psihiatrijā. Piemēram, vai kvalitātes rādītājs ir pacienta apgriešanās mājās vai atgriešanās darbā. Ziņojums tiks izsūtīts divu nedēļu laikā. Svarīga ir ne tikai infrastruktūra, bet arī spēja piesaistīt ārstus, proti, lai ārstiem nebūtu pārslodze, jo tas ietekmē pakalpojumu kvalitāti.

D. Pavļuts norāda, ka ir veikts neformālais konsultāciju aplis, saņemta atgriezeniskā saite. Klāt ir nākuši slimnīcu tīkla sadarbības principi, vienota metodiskā vadība, iespējams, sagaidāmas institucionālas izmaiņas, ciešāka sadarbība ar pašvaldībām, kā arī citas lietas. Informatīvais ziņojums pēc iespējas drīzāk tiks virzīts formālā saskaņošanā.

D. Pavļuts piesaka nākamo darba kārtības jautājumu.

2. Aptieku izvietojuma kritēriji

I. Kaupere uzstājas ar prezentāciju un norāda, ka jautājums ir svarīgs, jo esošais regulējums tiek izmantots komerciālu interešu vārdā, un no tā cieš pacientu intereses. Jauno aptieku izvietojuma kritēriju mērķis ir padarīt aptiekas pieejamākas, tostarp mazāk apdzīvotās vietās, veicināt aptieku pārvietošanu tuvāk iedzīvotāju dzīvesvietai, mazināt aptieku izvietojumu vietās, kas izdevīgas komersantiem, sekmēt godīgu konkurenci, izvietojot aptiekas slimnīcas teritorijā, palielināt pieļaujamo aptieku skaitu valstī. Prezentācijā tiek sniegta informācija par to aptieku skaitu, kurās tiek izgatavotas zāles. Secināts, ka nepieciešams mainīt nosacījumus aptiekām, kurās notiek ekstemporāli izgatavojamo zāļu realizācija, lai nodrošinātu vienmērīgāku pārklājumu. Veselības ministrijas piedāvātais kompromiss noteiktu, ka vienā ārstniecības iestādes adresē nevar izvietot vairāk par divām vispārēja jeb atvērta tipa aptiekām, kā arī noteiktu pašvaldību tiesības rosināt aptiekas pārvietošanu uz pašvaldībai piederošu ārstniecības iestādi. Tāpat Veselības ministrija kā kompromisu piedāvā V un IV līmeņa ārstniecības iestādēs izvietotajām aptiekām noteikt pienākumu nodrošināt vismaz vienas aptiekas diennakts darbu apdzīvotā vietā, kurā atrodas attiecīgā ārstniecības iestāde (tā var būt cita aptieka, ne obligāti ārstniecības iestādes teritorijā esošā aptieka). Iespējams vienoties arī par noteikumu spēkā stāšanās datumu, bet par to vēl norisinās diskusijas.

Pēc prezentācijas D. Pavļuts norāda, ka aptieku izvietojuma jautājums virzās ļoti lēni, jo par jautājumu ir daudz viedokļu, un arī ministrijas par to izrāda ārkārtēju interesi. Ir bijusi virkne citu konceptuālu priekšlikumu, lai palielinātu aptieku pakalpojumu pieejamību mazāk apdzīvotās teritorijās, bet nav izdevies panākt vienošanos ar farmaceitus pārstāvošām organizācijām, un tas ir atlikts uz citu reizi, tādēļ šobrīd Veselības ministrija piedāvā minimālo programmu.

B. Ziemeļe vērš uzmanību uz to, ka saskaņā ar sniegto informāciju diskusijas notiek starp Veselības ministriju, citām ministrijām, farmaceitisko sektoru un uzņēmējiem, tomēr nav skaidrs, kurš diskusijās pārstāv pacientu intereses, kuras paredzēts aizstāvēt ar piedāvātajiem kritērijiem.

I. Kaupere atbild uz jautājumu un norāda, ka noteikumu projekts ir ticis virzīts parastajā noteikumu apstiprināšanas kārtībā, ievietots TAP, virzīts sabiedriskajai apspriedei, sabiedriskajām organizācijām, tostarp pacientu organizācijām, ir bijusi iespēja izteikties. Noteikumu projekts vairākkārt ticis skatīts farmācijas nozares konsultatīvās padomes sēdē, kur ticis diskutēts par to, kādi kritēriji būtu pieejamāki, un bijusi pilnīga vienprātība par to, ka nosacījums par 500 metriem starp aptiekām būtu saglabājams. Turklāt, kad noteikumu projekts tiek virzīts atkārtotai saskaņošanai starp ministrijām, projekts ir pieejams TAP, un sabiedriskās organizācijas var izteikt par to komentārus.

B. Ziemeļe norāda, ka saskaņošana un pacientu interešu ievērošana ir divas dažādas lietas.

I. Kaupere atbild, ka vēl nav minējusi, ar kurām pacientu organizācijām noteikumu projekts ir ticis saskaņots, bet nav saņemti iebildumi no pacientu organizācijām, tādēļ var teikt, ka pacientu organizācijas neiebilst. Iebilst tikai komersanti un komersantus pārstāvošās institūcijas. Nav iebildumu arī no Labklājības ministrijas.

I. Pētersone pateicas par prezentāciju un par to, ka ir ņēmti vērā un noteikumos integrēti priekšlikumi. Ir precizējošs jautājums par prezentācijas pēdējo slaidu – ir paredzēts, ka apdzīvotā vietā, kurā V un IV līmeņa ārstniecības iestādē ir izvietota aptieka, ir jābūt vismaz vienai diennakts aptiekai, bet nav skaidrs, kas šajā gadījumā ir apdzīvota vieta. Vai runa ir par teritoriju visas pilsētas mērogā, vai arī šaurāk.

I. Kaupere atbild, ka šajā gadījumā apdzīvota vieta būtu jāsaprot kā visas pilsētas mērogs. Piemēram, ja Rīgā ir diennakts aptieka, turklāt ne tikai viena, bet vairākas, tad slimnīcas aptiekai nav jānodrošina diennakts aptieka. Bet, piemēram, Liepājā, kur, iespējams, nav diennakts aptiekas, ja attiecīgā līmeņa slimnīcā ir izvietota aptieka, tad ir jānodrošina, lai Liepājā būtu vismaz viena diennakts aptieka. Veselības ministrija ierosinājusi, ka tā varētu būt pagarinātā darba laika aptieka, bet Ekonomikas ministrija uzstājusi, ka tai jābūt diennakts aptiekai.

V. Ābols pateicas par prezentāciju un jautā, vai pareizi saprotams, ka jaunā pieeja ļaus slimnīcām izveidot savā ārstniecības procesā integrētu aptieku.

I. Kaupere vaicā, vai jautājums ir par slimnīcai piederošu aptieku, un norāda, ka nav runa par īpašuma tiesībām. Ir paredzēts, ka pašvaldība var pārvietot aptieku vēlamā teritorijā.

V. Ābols precizē jautājumu un jautā, vai ierobežojumi šādā gadījumā attiektos uz slimnīcām.

I. Kaupere atbild, ka slimnīcas teritorijā var atvērt aptieku, bet atbilstoši spēkā esošajiem nosacījumiem. Ir gadījumi, kad pie slimnīcas ir aptieka, un, ja konkursā neuzvar aptieka, kas ir pie slimnīcas, tad sakarā ar 500 metru ierobežojumu slimnīcā nav aptiekas.

D. Ķikute norāda, ka Latvijas Farmaceitu biedrība ir atbalstījusi šo projektu. Šodien prezentētais jaunais kompromiss par diennakts aptieku situācijas uzlabošanu arī ir farmaceitiem pieņemams. D. Ķikute norāda, ka aptieku nozare ir sarežģīta un saistīta ar biznesa interesēm, tomēr klātesošajiem jāatgādina, ka biznesa intereses tiek īstenotas ar farmācijas speciālistu ikdienas darbu, un farmaceitam ir nepieciešami apstākļi, kuros iespējams veikt farmaceitisko aprūpi. Jebkuras izmaiņas, kas veicina biznesa spiedienu uz speciālistu, uz pārdošanu, nav pieļaujamas, jo aptieku nozarē jau šobrīd ir daudz risku saistībā ar kvalitatīvu pakalpojumu nodrošināšanu, ar cilvēku resursu pieejamību. Runājot par aptieku sektoru, ir runa arī par pacientu drošību, par farmaceitisko aprūpi. Diemžēl visas aptiekas nevar būt rentablas, tādēļ jāpievērš uzmanība, lai nebūtu biznesa spiediena attiecībā uz pārdošanas apjomu, lai aptiekas darbība būtu samērīga. Farmaceita ikdienas pārslodze varētu ietekmēt pacientu drošību. Cerams, ka pārmaiņas tiks īstenotas samērīgi, lai neradītu papildu biznesa spiedienu uz farmācijas speciālistiem.

D. Pavļuts lūdz I. Kauperei apstiprināt to, kāds ir nākamais saskaņošanas solis.

I. Kauperei apstiprina, ka paredzēts noteikumu projektu virzīt apstiprināšanai valdībā. Šobrīd turpinās pēdējo jautājumu saskaņošana ar VARAM un Ekonomikas ministriju, tostarp nepieciešamo papildinājumu. Ministrijas skata projektu ļoti rūpīgi, ir ieinteresētas minētajos jautājumos, tādēļ sarunas ir sarežģītas. Aptieku skaits tiks palielināts, tiks uzlabots aptieku izvietojums un novērsta komersantu manipulācija ar kritērijiem.

D. Pavļuts piekrīt, ka ir izteiktas biznesa intereses, process ir sarežģīts, bet ir paredzams, ka tiks atrasts kompromiss.

D. Pavļuts piesaka nākamo jautājumu, kas skar COVID-19 turpmākos scenārijus un gatavošanos tiem.

3. Covid-19 izejas stratēģija/gatavība rudenim

S. Janka norāda, ka šobrīd notiek darbs pie iespējamiem scenārijiem rudenī. Ir jāsaprot, kas būs nepieciešams, jo paredzams, ka infekcija saglabāsies. Pirmais slaidis ilustrē COVID-19 gaitu no 2021. gada līdz 2022. gada ziemai un parāda, ka inficēto skaits ne vienmēr ir saistīts ar lielāku veselības aprūpes nozares noslodzi. Delta vilnis ir parādījis, ka inficēto skaits nebija tik liels, tomēr vīrusa daba radīja pārslodzi veselības sistēmā, it īpaši slimnīcu intensīvajā terapijā. Delta vilnis pārsteidza nesagatavotus, un nebija iespējas atbilstoši nodrošināt skābekļa terapiju, jo līdz šim nav bijis vajadzības pacientiem nodrošināt skābekli no 60 līdz 80 litriem minūtē. S. Janka prezentē paveikto veselības aprūpes sistēmas kapacitātes veicināšanai: pārprofilētas 2178 COVID-19 pacientu gultas un ieviestas 280 jaunas COVID-19 pacientu gultas; izveidotas 107 intensīvās terapijas gultas un izdalītas pēc līmeņiem; iegādātas medicīniskās ierīces, izveidotas rezerves; iegādātas 97 dezinfekcijas iekārtas; uzlabota skābekļa terapijas pieejamība; uzlabota slimnīcu infrastruktūra, nodrošinot pacientu plūsmu nodalīšanu; palielināta observācijas gultu pieejamība; nodrošinātas intensīvās terapijas gultu piemaksas. S. Janka prezentē Eiropas Slimību profilakses un kontroles centra identificētos piecus COVID-19 scenārijus: I zems apdraudējums; II sezonāla infekcija; III grūti kontrolējama infekcija; IV nekontrolējama infekcija; V jauna pandēmija. Jau šobrīd ir jāuzsāk situācijas monitorēšana. Nepieciešams iegūt informāciju par vīrusa dabu un ietekmi, kā arī par citiem ietekmējošiem faktoriem. Balstoties uz šo informāciju, jāveic pasākumi veselības aprūpes sistēmas gatavībai, izmaiņām testēšanā un ierobežojumiem. Prezentācijā iekļauta informācija par paredzētajiem pasākumiem trīs scenārijos: sezonāla inficēšanās; grūti kontrolējama infekcija; nekontrolējama infekcija (kā Delta variants). Prezentācijā uzskaitītas vasarā veicamās darbības, gatavojoties rudenim.

Prezentācijas noslēgumā S. Janka norāda, ka B. Kņigins ar savu komandu strādā pie nepieciešamā finansējuma aprēķināšanu dažādiem scenārijiem, tostarp izmaksas testēšanai, ārstēšanai, vakcinācijai, kā arī veselības aprūpes uzraudzības iestādes un IKT sistēmu stiprināšanai.

J. Kalējs pateicas par apjomīgu ziņojumu un norāda, secinājums, ka ārstniecības iestādes nav bijušas gatavas, ir pašsaprotams, jo nav bijušas atbilstošas prasības. Skābekļa patēriņš iepriekšējā periodā nebija tik liels. Attiecībā uz sadarbības tīklu J. Kalējs norāda, ka šāda tīkla faktiski nav. Slimnīcu vadītāji pazīst viens otru, un tādēļ arī sadarbojas, bet ar kritērijiem un līgumiem pamatota tīkla nav. Par šo jautājumu ir bijusi saruna ar Latvijas Pašvaldību savienību. Attiecībā uz intensīvās terapijas gultām – pagājušajā finanšu periodā bija palielināts finansējums tieši intensīvās terapijas gultām atbilstoši līmeņiem, katram līmenim nosakot citādu piemaksu. Šogad tas nav darīts. J. Kalējs vēlas zināt, vai pēdējā piebilde par B. Kņigina budžeta aprēķiniem ir saistīta ar pamatu intensīvās terapijas gultu izvietojumam. Saistībā ar jūlijā paredzētajām Veselības inspekcijas pārbaudēm slimnīcās, lai noteiktu gatavību, ir teikts, ka pārbaudes palīdzēsot slimnīcām. J. Kalējs vēlas zināt, kādā veidā tiks palīdzēts, ņemot vērā to, ka Veselības inspekcijai nav mehānismu palīdzības sniegšanai. Ja Veselības inspekcija konstatēs, ka slimnīca nav gatava atbilstoši līmenim, ir nepieciešams finansējums. Vai šajā sakarā ir paredzēts risinājums?

S. Janka norāda, ka palīdzības mehānisms nav domāts attiecībā uz līmeņiem, bet uz plūsmu nodali. To neīstenoja tikai Veselības inspekcija, līdzī brauca arī speciālisti no slimnīcām un norādīja uz vietām, kuras nepieciešams uzlabot, lai nodrošinātu atsevišķās plūsmas, lai inficētie pacienti nesaskartos ar pārējiem pacientiem. Attiecībā uz intensīvo terapiju un izmaksām tiks veikti aprēķini, un to varēs paskaidrot B. Kņigins. Par to tiks informēta Finanšu ministrija. Komentārs par skābekli nebija domāts kā pārmetums slimnīcām.

J. Kalējs nepiekrīt un norāda, ka sanāksmē ar Latvijas Pašvaldību savienību Veselības ministrija skaidri pateikusi, ka slimnīcas nav gatavas COVID-19 ārstēšanai. Tas bijis domāts negatīvā nozīmē kā pārmetums slimnīcām.

S. Janka atkārtoti norāda, ka tas nav pārmetums, un pandēmija ir daudz iemācījusi. Skaidrs, ka slimnīcu ēkas ir celtas pirms daudziem gadiem, un nav iespējams tās ātri pārbūvēt. Veselības inspekcijas pārbaudes ir veiktas, lai palīdzētu izlemēt, kā norobežot pacientu plūsmas. Piemēram, to var darīt ar slūžām, kas ir labs risinājums līdz brīdim, kad slimnīcu infrastruktūru būs iespējams pielāgot pilnībā.

B. Kņigins norāda, ka attiecībā uz finansējumu aprēķini tiek veikti, balstoties uz iepriekšējo pieredzi. Intensīvās terapijas tarifu piemaksas ir ierēķinātas atbilstošajos scenārijos. Tomēr jāērēķinās, ka šis gads nav salīdzināms ar iepriekšējo, ekonomiskā situācija ir mainījies, tādēļ paredzams, ka Finanšu ministrija būs daudz striktāka, saskaņojot COVID-19 papildu finansējumu, neatkarīgi no scenārija. Šobrīd Veselības ministrija orientējas uz to, ka būs jāērēķinās ar iekšējiem resursiem. Ja iepriekšējā gada beigās šī gada budžetam bija panākts, ka visi COVID-19 izdevumi tiek rēķināti kā papildu izdevumi, tad šobrīd sakarā ar aktuālajiem notikumiem situācija ir pilnīgi atšķirīga, tādēļ nebūs iespējams pilnā apmērā izmantot pagājušajā gadā piešķirto finansējumu. Šobrīd notiek saskaņošanas process ar Finanšu ministriju, tiks ziņots par saskaņošanas procesa iznākumu.

L. Kozlovskā saka, ka B. Kņigins uz viņas jautājumu jau daļēji ir atbildējis. L. Kozlovskā atgādina, ka sanāksmes diena, 19. maijs ir Pasaules ģimenes ārstu diena. Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācija ir nosūtījusi vēstuli Veselības ministram, VADDA, kā arī citiem kolēģiem par finansējuma nepieciešamību saistībā ar COVID-19 jaunajām infekcijām, kā arī saistībā ar COVID-19 ilgtermiņa sekām (*long covid*), ar kurām jāsaskaras ģimenes ārstu praksēs. To noteikti redz arī speciālisti ambulatorajā līmenī, jo sevišķi saistībā ar ietekmi uz psihisko veselību. Jaunā

psihiskās veselības aprūpes programma kopumā ģimenes ārstiem uzliek daudz papildu uzdevumus. Tāpat ir paplašinātas onkoloģiskā skrīninga programmas. Laba hronisko pacientu aprūpe ģimenes ārstu praksēs ir garants, ka pacienti vieglāk pārcietīs COVID-19. Iepriekšējā dienā no NVD, no Vakcinācijas biroja saņemta informācija, ka līdz 30. augustam jāpabeidz veidot elektronisko datubāzi ar hroniskajiem pacientiem un pacientiem, kas vecāki par 65 gadiem. Ģimenes ārstiem vai primārai aprūpei, vai sekundārai aprūpei nav jābūt tiem, kuriem lemt par to, no kurienes iegūt finansējumu. Tomēr, ja pēc 1. jūlija neturpināsies pandēmijas piemaksas un trešā palīga piemaksas, nav zināms, kā būs iespējams no jauna uzsākt darbu novembrī un decembrī atbilstoši tam, ko prognozē Eiropas vadošie epidemiologi. Nepieciešams konkrēts finansiāls risinājums.

D. Pavļuts aicina atcerēties, kā gada sākumā noritējusi trešā darbinieka saskaņošana. Bija vienošanās, ka finansējums tiek ņemts no līdzekļiem neparedzētiem gadījumiem, un COVID-19 kontekstā bija iespējams par to vienoties tikai uz pusgadu. Pirmkārt, ir nepieciešams rosināt lemt par šīs politikas turpināšanu, jo sevišķi ņemot vērā to, ka sagaidāms, ka rudenī būs COVID-19 infekciju pieaugums. Pat vismaigākā scenārija gadījumā ir jāvakcinē riska grupu pārstāvji. Tā būs smaga politiska diskusija, ņemot vērā to, cik liels šobrīd ir pieprasījums pēc papildu resursiem. Otrkārt, nepieciešams šo finansējumu pieprasīt no nākamā gada bāzes budžeta. Kontekstā ar šī brīža darbu pie jauna primārās aprūpes standarta ir jāsaprot, kādi ir ieguvumi no trešā darbinieka.

I. Pētersone vēlas turpināt L. Kozlovskas minēto. Nav zināms, kā pārējie Ministru kabineta locekļi raugās uz šī brīža prioritātēm, ir saprotams, ka svarīga ir ārējā un iekšējā drošība, tomēr tikpat svarīga ir iedzīvotāju veselība. Cerams, ka Ministru kabineta locekļi izprot, ka, neskatoties uz to, ka COVID-19 infekciju apjoms ir samazinājies, sekas divu gadu griezumā joprojām turpinās. Slogs ģimenes ārstu praksēm joprojām ir liels. Tāpat ir arī slogs ambulatorajā sektorā, jo ģimenes ārsti pacientus attiecīgi nosūtīta pie speciālistiem. VADDA jau rakstīja vēstuli par laboratorijas izmeklējumiem un to, ka gada pirmajos četros mēnešos ir izveidojušās pārstrādes par ambulatorajiem laboratoriskajiem pakalpojumiem tuvu pieciem miljoniem *euro*. Ir jāizlemj, vai pārtraukt laboratorijas izmeklējumus, kad mēneša beigās ir sasniegta 1/12 no gadam paredzētā apjoma, lai valsts apmaksātie pacienti gaida jaunu mēnesi. VADDA ir regulāras diskusijas ar veselības ministriem, un parasti tiek panākta kopīga izpratne. VADDA atkārtoti uzrunāja premjeru un finanšu ministru, bet ir iespāids, ka neveidojas dialogs. Veselības aprūpes sistēmā trūkst finansējuma esošo izmaksu segšanai, nerunājot par attīstību. Ja Veselības ministrijai ir kādas idejas finansējuma problēmas risināšanai, Veselības nozares stratēģiskās padomes locekļi ir gatavi iesaistīties sarunā un palīdzēt jebkādā formātā, lai Ministru kabinets saprastu, ka runa nav par Veselības ministriju, bet Latvijas iedzīvotājiem.

B. Kņigins atbild, ka minētā vēstule šobrīd ir saņemta Veselības ministrijā, notiek iekšējs darbs kopā ar NVD, lai saprastu, kādi varētu būt šī brīža risinājumi. Šī brīža situācija ir īpatnēja un nav salīdzināma ar iepriekšējiem gadiem, jo nebija gaidāms, ka gada sākumā tā varētu pieaugt laboratoriju izdevumi. Pēc iekšējas vienošanās tiks organizēta saruna par šo jautājumu.

I. Pētersone norāda, ka minētais bijis tikai piemērs. Problēma nav tikai ar laboratorijām, problēma ir vispārēja, arī pie citiem speciālistiem, kas saistīti ar COVID-19 seku ārstēšanu, ir ievērojami pieaugušas rindas. Ir krietni pieaudzis slogs uz veselības aprūpes sistēmu. Tiem, kuri nav iesaistīti veselības aprūpē, skatoties uz statistiku par inficētajiem un slimnīcās ievietotajiem, rodas iespāids, ka situācija ir normalizējusies un atgriezies pie tā, kā bija pirms COVID-19. Bet realitātē tā nav. Skaidrs, ka Veselības ministrija par katru cenu cenšas pārstāvēt un aizstāvēt veselības nozares vajadzības. Iespējams, ka nepieciešama saruna ar premjeru un finanšu ministru, piemēram, pieaicinot Veselības nozares stratēģiskās padomes sēdē, lai veidotu izpratni.

J. Kalējs norāda, ka līdzīga situācija ir arī slimnīcās. Iepriekš minētie nokavētie gadījumi saistībā ar primārās un sekundārās aprūpes atlikšanu nonāk līdz slimnīcām, tādēļ slimnīcām šobrīd nav mazāk darba.

V. Marāne pateicas par iepriekšējiem komentāriem un norāda, ka Veselības ministrija redz esošo situāciju. Problēmu noteikti var uzsvērt ziņojumā. Kad ziņojums tiks saskaņots, par to varēs informēt arī Ministru kabineta sēdē. Tāpat var arī apsvērt tikšanos ar Finanšu ministriju, iespējams, plašākā kontekstā, ņemot vērā to, ka šobrīd Veselības ministrijā notiek darbs pie nākamā gada budžeta. Par iespējamu tikšanos tiks dota ziņa.

I. Aizsilniece saka, ka vēlas pievienoties I. Pētersones teiktajam, ka nepieciešama saruna ar Finanšu ministrijas un valdības pārstāvjiem. Situācija ir ļoti nopietna, ņemot vērā to, ka gadījumā, ja nebūs COVID-19 piemaksu, no veselības aprūpes nozares varētu aiziet projām ievērojams daudzums cilvēku, tostarp medicīnas māsas. Iespējams, ka jūlijā un augustā būs citas prioritātes, un nebūs iespējas atrast finansējumu, bet rudenī situācija būs dramatiskā. I. Aizsilniece atgādina, ka jau 2019. gadā Saeimā ir runājusi par to, ka jālūdz pārskatīt Latvijas Republikas budžetu. Budžetā ir daudz “melno caurumu”, un mēs nevaram tos vairs atļauties, ja nevaram Latvijas iedzīvotājiem nodrošināt mūsdienīgu terapiju un ja ārstiem ir jāmeklē iespēja ar ziedot.lv atbalstu nodrošināt paliatīvo aprūpi. Situācija ar katru dienu paliek sliktāka, un mēs nevaram saviem pacientiem nodrošināt elementāras lietas, nevaram nodrošināt iespēju cieņpilni un bez mokām aiziet no dzīves. Paldies iedzīvotājiem, kuri ziedo, un kritiskos gadījumos mēs varam izmantot ziedoto naudu, bet tas nav risinājums normālā veselības aprūpes sistēmā. Saruna ir nepieciešama steidzami, jo, kā jau zināms, arodbiedrības runā par streiku. LĀB nākošajā nedēļā plāno par to diskutēt, jo šāda attieksme pret veselības aprūpi nav pieņemama.

B. Kņigins pateicas par komentāru un norāda, ka šī ir ikgadējā diskusija ar visiem iesaistītajiem par budžetu, un mēs cenšamies uzsvērt šīs problēmas. Paldies partneriem, kas iesaistās, pagājušajā nedēļā bija diskusija Saeimā par budžetu. Mēs visi kopā joprojām esam vienā nozarē, bet ir jābūt plašākai politiskajai gribai palielināt veselības budžetu. Pagājušajā gadā izdevās panākt labus rezultātus, veselības aprūpes budžets tika palielināts, protams, ne visās vēlamajās pozīcijās, bet tomēr neproporcionāli ar parējām nozarēm. Šis gads ir īpatnējs, ir jāreķinās ar to, kāda būs kopējā ekonomiskā situācija valstī saistībā ar budžeta sadalījumu. Jārēķinās, ka šis ir vēlēšanu gads, un kādā brīdī notiks aktīvas diskusijas par budžetu. Mūsu dienaskārtībā ir visi pieminētie elementi, mēs turpināsim par to diskutēt ar Finanšu ministriju un pārējiem iesaistītajiem.

I. Pētersone norāda, ka Veselības nozares stratēģiskās padomes locekļi viens otru saprot, tomēr nepieciešams ar lēmumu vienoties par to, ka steidzami ir nepieciešama saruna ar valdību un lūgt Veselības ministrijai šo lēmumu rakstiskā veidā atklāti vai slēgti nodot tālāk un prasīt mēneša laikā rīkot sanāksmi. Veselības aprūpes sistēma ir saistīta ar drošības jautājumu.

J. Kalējs piekrīt.

B. Kņigins piekrīt, ka tā var darīt. Termins būtu atkarīgs no tā, kā iekšēji vienojas par izdarāmajiem soļiem. Šāda diskusija būtu pamatota tad, kad būtu atbilstoša gatavība. Šobrīd tikai strādājam pie nākamā gada budžeta pieprasījuma. Iespējams, ka nākamajā MK sēdē tiks skatītas Sabiedrības veselības pamatnostādnes.

I. Pētersone papildina, ka runa nav tikai par nākamā gada budžetu, ir runa par šī gada krīzi veselības aprūpes sistēmā. Veselības ministrija rudenī saņems ne tikai politiskus pārmetumus, bet arī pārmetumus no iedzīvotājiem. Ir jānoņem spriedze. Ja jau premjeram un Finanšu ministram un pārējiem Ministru kabineta locekļiem nerūp veselības aprūpe, lai viņi uzņemās atbildību. Mēs kā nozare esam gatavi par to publiski runāt, ka Veselības ministrija un veselības nozare izdarījusi

visu iespējamo, bet netiek sadzirdēta. Nozares sniegtā informācija un NVD apkopotā statistika ir dramatiska. Ir jāatrod līdzekļi arī šim gadam, ne tikai nākamajam.

B. Kņigins norāda, ka viņš tikai teicis, ka nepieciešams sagatavoties.

I. Pētersone piekrīt.

J. Kalējs jautā, vai iespējams Veselības nozares stratēģiskās padomes lēmums mēneša laikā aicināt uz sanāksmi premjeru un finanšu ministru.

I. Pētersone norāda, ka vajadzētu nevis aicināt, bet pieprasīt sarunu par esošo situāciju veselības nozarē.

J. Kalējs papildina, ka sarunai jābūt par iespējamiem risinājumiem.

V. Marāne norāda, ka var sanāksmes protokolā ierakstīt, ka esam vienojušies organizēt šādu sarunu.

J. Kalējs papildina, ka nevajadzētu atbildību organizēt uzlikt vienīgi Veselības ministrijai, tā ir Veselības nozares stratēģiskā padome, kas to nolemj, un Veselības ministrija ir tikai daļa no stratēģiskās padomes.

K. Bērziņš norāda, ka ir nepieciešams šaurāk definēt sarunas tēmu un norādīt, ka tas ir par kopējo finansējumu. Ir būtiski saglabāt kopīgu pozīciju, lai nav iespējas Veselības nozares stratēģiskās padomes locekļus "sarīdīt" savā starpā.

I. Pētersone piekrīt un norāda, ka jābūt kopīgam viedoklim.

J. Kalējs norāda, ka labs atbalsts būs arodbiedrības streiks, kas parādīs to, kāda ir nostāja no pacientu un darbinieku puses.

K. Bērziņš izsaka šaubas par to, vai arodbiedrības streiku var interpretēt vēlamā gultnē. Ir nepieciešams norādīt, ka tā nav tikai Veselības ministrijas atbildība, bet kopēja problēma.

V. Marāne sola, ka Veselības ministrija sagatavos savu redzējumu par ietvaru sarunai, pieejamos datus. Sagatavotais tiks laicīgi nosūtīts Veselības nozares stratēģiskajai padomei, lai padomes locekļi var to papildināt ar savu viedokli un datiem. Jābūt gataviem sarunai ar vienotu vēstījumu.

I. Ortveina norāda, ka viss ir pateikts. Vairs nav atlicis vietas diplomātijai un aicinājumiem. Valdībai ir jāsaprot, ka ne mums vajadzīga veselības aprūpe, bet valdībai tā vajadzīga. I. Ortveina vēlas zināt, kāds progress panākts februārī solītajam, ka Veselības ministrija Ministru kabinetā prasīs virzīt konceptuālo atalgojuma ziņojumu.

B. Kņigins atbild, ka attiecībā uz atalgojuma modeli, kā jau ziņots iepriekš, kā priekšnosacījums ir nepieciešams apstiprināt Sabiedrības veselības pamatnostādnes. Pamatnostādnes tiks skatītas nākamajā otrdienā, pēc pamatnostādņu apstiprināšanas precizētais modelis tiks sūtīts saskaņošanai.

4. Ēdināšanas pakalpojumu nodrošināšana slimnīcās

J. Kalējs pauž nožēlu, ka sanāksmē vairs nav slimnīcu pārstāvju. 29. martā bijusi tikšanās ar NVD, kurā teikts, ka slimnīcas saņēmušas brīdinājumus par ēdināšanas ārpakalpojuma pārtraukšanu. Aptuveni 90 % slimnīcu ēdināšana tiek nodrošināta kā ārpakalpojums. Visi ārpakalpojumu sniedzēji brīdina slimnīcas par līgumu pārtraukšanu saistībā ar dramatisku izmaksu pieaugumu. Pašreizējā cena par trīsreizēju un četrrreizēju ēdināšanu (dzemdniecībā, bērnu slimnīcās, bērnu nodaļās) ir aptuveni 3 *euro*, bet gandrīz visi ēdināšanas sniedzēji pieprasa cenas paaugstināšanu uz aptuveni 5 *euro* dienā. Latvijas Slimnīcu biedrības piedāvājums, kas jau ir apspriests ar B. Kņiginu, ņemot vērā to, ka budžetā šim nolūkam nekas nav paredzēts, ir samazināt vienu ēdienreizi un saglabāt iepriekšējo finansējumu vai arī piedāvāt pacientam segt aptuveni 30 % no izmaksu starpības. Ir zināms, ka ne visi pacienti vēlas trīs ēdienreizes. Trešais variants būtu segt izmaksu pieaugumu no budžeta, bet tad budžets tiktu “sašūpots”. Lēmums ir jāpieņem Veselības ministrijai.

B. Kņigins norāda, ka, lai nonāktu pie pierādījumos balstīta lēmuma, nepieciešams šo informāciju iesniegt Veselības ministrijā. Šis jautājums ir cieši saistīts ar iepriekšējo dienaskārtības punktu, un to arī varētu apspriest sarunā ar premjeru un finanšu ministru. Ņemot vērā, ka iespējas saņemt finansējumu no budžeta ir ierobežotas, valdībai ir jāpiedāvā visi iespējamie risinājumi, un valdībai ir jāpieņem lēmums. Katram no variantiem ir savi plusi un mīnusi.

J. Kalējs saka, ka risinājums ar pacienta piemaksām būtu mazāk “sāpīgs”. Slimnīcu vadītāji norādījuši, ka šajā gadījumā daļa pacientu varēs paši atteikties no ēdienreizes, jo viņi negribēs ēst, vai arī ēdienu viņiem atnesīs radnieki. Iespējamo risinājumu apraksts tiks iesniegts Veselības ministrijā.

L. Kozlovskā vēlas aktualizēt citu jautājumu, iespējams, nākamajai sanāksmei – par veselības aprūpes nodrošināšanas infrastruktūras attīstības investīciju stratēģiju 2021. – 2029. gadam. VADDA ir uzrakstījusi vēstuli par šo jautājumu, Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācija organizēja sanāksmi ar Veselības ministriju par šo jautājumu. Primārās aprūpes pārstāvji ir neapmierināti par 1 %, kas šajā periodā ir paredzēts primārai aprūpei no vairāk nekā 139 miljoniem *euro* finansējuma. L. Kozlovskā vēlas zināt, kāda ir šī jautājuma virzība, un rosina to izskatīt nākamajā sanāksmē.

B. Kņigins saka, ka varēs sniegt atbildi uz šo jautājumu, bet aicina atgriezties pie sanāksmes darba kārtības. B. Kņigins rosina Amerikas Tirdzniecības palātas Latvijā pārstāvjus prezentēt sagatavoto materiālu un sola pēc tam atbildēt uz jautājumu par investīcijām vai arī pārcelt jautājumu uz nākamo sanāksmi.

5. AmCham pozīcijas dokumenta par veselības aprūpes finansējumu prezentācija

A. Krūmiņa pateicas par iespēju piedalīties sanāksmē un norāda, ka pārstāv Amerikas Tirdzniecības palātu Latvijā kopā ar E. Labsvīru, sola īsi prezentēt sagatavoto materiālu. A. Krūmiņa norāda, ka arī Amerikas Tirdzniecības palāta vērs uzmanību uz sanāksmē iepriekš identificētajām problēmām. Viens aspekts ir veselības nozarei nepieciešamā finansējuma kāpinājums, otrs aspekts ir finansējuma maksimāli efektīva izlietošana ar pievienoto vērtību pacientam. Amerikas Tirdzniecības palāta Latvijā ir sagatavojusi rekomendācijas un aicina Veselības nozares stratēģisko padomi vērsties pie premjera un finanšu ministra ar aicinājumu tikties un runāt par veselības aprūpes finansējuma problēmām, kā arī organizēt ekspertu grupas, kurās tiktu izstrādāti konkrēti priekšlikumi finansējuma kāpināšanai un efektīvu veselības aprūpes modeļu ieviešanai.

E. Labsvīrs uzstājas ar prezentāciju. E. Labsvīrs norāda, ka šīs sanāksmes ietvaros noteikti nav domstarpību par to, ka ieguldījumi veselībā nav izdevumi, bet ir investīcijas cilvēku kapitālā. Atbilstoši ieguldīta nauda veselības aprūpē atgriežas ekonomikā, tostarp budžetā. AmCham ir

iepazīnušies ar risinājumiem Igaunijā un Lietuvā, pievērsoties tam, kā budžets tiek plānots kaimiņvalstīs, kā arī citās Eiropas valstīs. Šī informācija var kalpot kā praktiski piemēri situācijas labošanai Latvijā. Latvijā veselības budžetu veido, katru gadu pieņemot Budžeta likuma paketi. Kā finansējuma grīda ir nostiprināti 4 % no IKP un arī 1 % no nodarbināto ienākumiem, savukārt Igaunijā un Lietuvā ir konkrētas veselības apdrošināšanas likumos nostiprinātas likmes. Bet vēl svarīgāk, ka, piemēram, Lietuvā pusi no apdrošināšanas fonda sastāda budžeta subsīdija, kas tiek noteikta pēc formulas, kas netiek pārskatīta katru gadu. Rezerves fonds nosaka iespējas ātri reaģēt, piemēram, COVID-19 situācijā. Latvijā tāds pastāv, Latvijā apmēram miljons *euro* katru gadu paliek kontā no ieņēmumiem no maksas pakalpojumiem, bet tas noteikti nav salīdzināms ar Lietuvu un Igauniju, kur ir nosacījumi uzturēt riska rezerves. Igaunijā rezerves 2020. gada beigās bija 117,8 miljoni *euro*, Lietuvā rezerves 2020. gada beigās bija 227,6 miljoni *euro*. AmCham rekomendācijas izmaiņām veselības finansēšanai Latvijā nosaka, ka 4 % no IKP vairs nav adekvāts finansējuma apjoms. Visatbilstošākā finansējuma korelācija ir vidējā alga valstī. Balstoties uz korelāciju ar vidējo algu, 2027. gadā veselības budžetam būtu jābūt 8 % no IKP. Otrs aspekts ir saistīts ar NVD darbu kā finanšu institūcijai, kas ir saistīts ar regulāru budžeta pārplānošanu. Labāka pieeja būtu plānot budžetu ilgtermiņā, balstoties uz iedzīvotāju vajadzībām. Šādi tiktu ietaupīti arī NVD darba resursi. Lai iespējotu ilgtermiņa plānošanu, ir jāveic investīcijas veselības sistēmas pārvaldības kapacitātē ar uzsvāru uz digitālās veselības attīstību. Galvenie secinājumi ir šādi: Latvijā veselības aprūpes budžets tiek plānots retrospektīvi, budžets neatspoguļo nākotnes vajadzības, netiek ņemts vērā pacientu skaita pieaugums; iztrūkst budžeta izpildes koridors (tiek tērēts daudz resursu tā pārplānošanai) un riska rezervju fonds; piesaiste makroekonomiskajam rādītājam, piemēram, vidējai algai, iespējotu ilgāka termiņa plānošanu. Attiecībā uz kompensējamo izdevumu budžetu AmCham piedāvā šādus secinājumus: ambulatorās ārstēšanas tehnoloģijām ir jābūt atbilstoši finansētām un budžetam jāaug proporcionāli; šobrīd budžeta izlietojums nekorelē ar sasniegto rezultātu, un risinājums ir vērtībās balstītas veselības aprūpes (VBVA) koncepta ieviešana. VBVA finansēšanas modeļa galvenais princips būtu samaksa par rezultātu un samaksa par vairāku klīniku vai iestāžu darbu vienā gabalā, kas risinātu veselības aprūpes sistēmas fragmentāciju. AmCham norāda šādus ieguvumus un VBVA pieejas: pacientiem – izmaksu samazinājums, īsāks ārstēšanas laiks, labāki ārstēšanas rezultāti un pieredze; finansētājiem – izmaksu kontrole un finansiālā riska mazināšana; veselības aprūpes sistēmai – uzlabota spēja pārvaldīt izdevumus un labāka ierobežoto resursu izmantošana; pakalpojumu sniedzējiem – uzlabota darbības efektivitāte, pakalpojumu profesionalitāte un kvalitāte; medicīnas tehnoloģiju nodrošinātājiem – tehnoloģiju pozitīvās ietekmes pacientiem nodrošināšana. Daļa no VBVA pieejas būtu arī integrētu veselības pakalpojumu nodrošināšana, tostarp hronisko pacientu aprūpes vadību veselības sektorā un ārpus tā, īpaši labklājības sektorā. Kopumā AmCham rosina politikas veidotājus: līdz 2027. gadam sasniegt ES vidējo rādītāju valsts ieguldījumiem veselībā 8 % no IKP; noteikt veselības budžeta sasaisti ar makroekonomiskajiem rādītājiem, vēlams ar vidējo algu; ambulatoro tehnoloģiju budžeta (KZS) pieaugumu proporcionāli piesaistīt kopējam pieaugumam; atteikties no “divu grozu” sistēmas; paredzēt NVD riska rezerves vismaz 3% apmērā; ieviest integrētu veselības aprūpi, ieviest VBVA; izveidot pārresoru darba grupu uzlabojumiem veselības finansēšanas jomā.

A. Krūmiņa norāda, ka ziņojums ir nosūtīts Veselības ministrijai, Finanšu ministrijai un Labklājības ministrijai, kā arī premjeram ar aicinājumu veidot ekspertu grupas un diskutēt par rekomendācijām.

AmCham ziņojums par veselības aprūpes finansējumu pieejams tiešsaistē:

<https://www.amcham.lv/data/Advocacy/amcham-zinojums-2022-lv.pdf>

AmCham sagatavotais VBVA konceptuālais dokuments pieejams tiešsaistē:

<https://www.amcham.lv/data/Advocacy/vbva-koncepcija-2022.pdf>

B. Ziemeles attiecībā uz priekšlikumu par pārresoru darba grupu norāda, ka jau pastāv NVD konsultatīvā padome, kuras mērķis saskaņā ar likumu ir uzraudzīt veselības aprūpes finansējumu,

tomēr tā nedarbojas. Šī gada februārī Ministru kabinets apstiprināja konsultatīvās padomes sastāvu, tomēr jau divus gadus nav notikusi neviena sanāksme. Iespējams, ka šis jau esošais formāts ir izmantojams šādas politikas ieviešanai un uzraudzībai.

B. Kņigins pateicas par komentāru, pateicas AmCham par ieguldījumu un sola turpmāk sadarboties visos iespējamajos formātos, lai veicinātu veselības nozares budžeta pieaugumu. Priekšlikumi ir saprotami un lietderīgi, tomēr jāreķinās, ka visu nebūs iespējams īstenot, jo optimistisks skatījums uz plāniem atšķiras no realitātes un ar to saistītajiem ierobežojumiem. Veselības ministrija bija cerējusi uz lielāku finansējumu nekā 8 % no IKP, tika prasīts deviņu miljardu *euro* pieaugumu Veselības ministrijas budžetā līdz 2027. gadam, kas ir tuvu 11 vai 12 % no IKP, kas bija saskaņā ar PVO rekomendācijām. Tomēr valdība pagājušajā gadā pieprasīja iekļauties ierobežotā budžeta apjomā. Finanšu ministrijas un PKC pirmais piedāvājums bija NAP, kurā paredzēts viens miljards *euro*, kas nenosedz inflācijas pieaugumu. Veselības ministrija diskusijās ir prasījusi un pamatojusi vairāk nekā trīs miljardu *euro* finansējumu, kas sastāda 6 % no IKP līdz 2027. gadam. Cerams, ka nākamajā otrdienā tiks pieņemts Veselības ministrijas galvenais plānošanas dokuments, kurš iezīmē attīstību līdz 2027. gadam. Jau divus gadus darbs notiek bez šāda plānošanas dokumenta. Ir apspriežams arī ieteikums par budžeta piesaisti rādītājiem. Tomēr politiskā līmenī nākas atdurties pret to, ka līdz šim ir bijis iespējams vienoties par aizsardzības nozares piesaisti IKP, bet iepriekšējie mēģinājumi panākt Veselības ministrijas finansējuma piesaisti IKP tika noraidīti. Arī diskusijās par Veselības aprūpes finansēšanas likumu tika teikts, ka, ja Veselības ministrija vēlas lielāku finansējumu, tad netiks piešķirts nekāds noteikts procentuāls apjoms, bet Veselības ministrijai pašai jāatrod finansējums, proti, Veselības ministrijai sabiedrībai jāpiemēro kāds jauns nodoklis, kas ienesīs finansējumu. Tajā pašā laikā valdības politiskais uzstādījums ir nodokļus valstī necelt. Diskusiju ir nepieciešams turpināt un vērtēt labāko, ko var īstenot. Viennozīmīgi ir jāizvairās no “divu grozu” principa, šis lēmums ir pieņemts jau sen, vienīgi tehniski neizdevās to izvirzīt pagājušajā gada nogalē. Ir paredzēts to atrisināt šogad, un Veselības nozares stratēģiskā padome tiks informēta, kad diskusijas tuvosies noslēgumam.

A. Krūmiņa norāda, ka saprot B. Kņigina teikto. Tas, ka tiek darīts viss iespējamais, bet panākt var tikai tik, cik var panākt, un kāds ir politiskais lēmums, jau izskanēja Ekonomikas ministrijas iekšējā tirgus darba sanāksmē, kur tika prezentēts AmCham pagājušā gada ziņojums. Bet AmCham piedāvā ļoti konkrētus priekšlikumus un lūdz Veselības nozares stratēģiskās padomes locekļus par to izteikties. Iepriekšējā diskusija tieši ir bijusi par to, ka finansējums ir pārāk mazs, un izskanējušas K. Bērziņa bažas par to, ka veselības nozare reizēm ir sadalīta un ka sarunās ar Finanšu ministru un premjeru pastāv risks, ka nozare tiek savstarpēji “sarīdīta”. Tomēr klātesošajiem ir kopīgas intereses. Un, ja ir konkrēti ierosinājumi, tad ar šiem ierosinājumiem ir arī jāstrādā. AmCham aicina sākt ar konkrētajiem priekšlikumiem un virzīt konkrētu sarunas tematu. Zināms, ka Sabiedrības veselības pamatnostādnes ir ieplānotas skatīšanai valdības sēdē, zināms ir arī process un gala iznākums, bet nozares uzdevums ir parādīt, ka 6 % no IKP ir par maz. A. Krūmiņa pateicas B. Ziemelei par ieteikumu par konsultatīvo padomi, tomēr ir bažas par to, ka šis ir pārāk augsts mērķis un ka drīzāk ir nepieciešama ekspertu grupa, kurā tiek strādāts ar konkrētiem priekšlikumiem, un iespējams, ka tālāk paredzama arī vienošanās ar konsultatīvo padomi, kas ir lēmēj institūcija. A. Krūmiņa aicina Veselības nozares stratēģiskās padomes locekļus izteikties, lai rastu konkrētu risinājumu.

E. Labsvīrs komentē B. Kņigina teikto un norāda, ka mehānisma izmaiņas var veikt bez veselības budžeta pieauguma, pat samazinot veselības budžeta izmaksas. Skaidrs, ka no 4 % no IKP finansējuma neviens nepieņems politisko lēmumu piešķirt 8 % no IKP. AmCham rekomendācijas ir veidotas kā plāns, lai īsā termiņā virzītos uz 6 vai 8 % no IKP. Tajā pašā laikā IKP nav faktors AmCham rekomendācijās, jo AmCham ieskatā IKP nekorelē ar budžeta izmaiņām. Turpretī ir laba korelācija ar vidējo algu kā tautsaimniecības indikatoru. Ir nepieciešams IKP atdalīt no

politiskiem lēmumiem, un kaimiņvalstīs tas jau ir izdarīts. AmCham arī apzinās, ka piedāvātais ir tikai redzējums un ka ne visu ir iespējams īstenot.

I. Ortveina norāda, ka piedāvājums no pirmā acu uzmetiena šķiet saprotams, bet nav korekti prasīt viedokļus tiem, kuri sanāksmē redz šo piedāvājumu pirmo reizi, ir nepieciešams laiks, lai iepazītos ar dokumentā izklāstīto koncepciju. Iespējams, piedāvājuma apspriešanai var rīkot sanāksmi. Ja piedāvājumu vēlas savienot ar esošo veselības aprūpes sistēmu, tad tam nav lielas nākotnes. Piedāvājums ir konceptuāla izmaiņa, domāšanas maiņa par veselības aprūpes sistēmu, un tā nav atkarīga no nozares speciālistiem, kuri zina par esošās veselības aprūpes sistēmas trūkumiem, bet no politiķu vēlmes nodrošināt Latviju ar veselu sabiedrību, ar veselīgiem, darbaspējīgiem cilvēkiem. Tā ir politiskā izšķiršanās. I. Ortveina piedāvājumu vērtē pozitīvi.

I. Pētersone atzīmē, ka šī ir trešā reize, kad viņa dzird par šīm rekomendācijām. I. Pētersone piekrīt, ka rezultātam piesaistīts finansējuma modelis ir atbalstāms, un par to nevajadzētu būt diskusijām. Ir nepareizi sasaistīt veselības aprūpes budžetu ar IKP, ņemot vērā to, kā tas tiek rēķināts. Lietuvas un Igaunijas budžeta plānošanas modeļi no finanšu aspekta šķiet labāki. Lai tālāk popularizētu AmCham rekomendācijas būtu derīga diskusija ar LDDK un LTRK. I. Pētersone pati darbojas šajās divās organizācijās, un LDDK jau četrus vai piecus gadus ir bijušas diskusijas par veselības aprūpes budžeta sasaistīšanu ar nodokļu maksāšanas kultūras uzlabošanu. Lietuvas un Igaunijas modelis nenozīmē, ka no algas atvilktais konkrētais nodokļa apjoms veselības aprūpes sistēmai ir saistīts ar tiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kādus cilvēks var saņemt. Tomēr ir vajadzīga apziņa, ka cilvēks ar savu algu un ar saviem nodokļiem ir iesaistījies veselības aprūpes budžeta veidošanā. Jāsaprot, ka cilvēks ar lielāku algu solidaritātes nolūkos palīdz cilvēkiem bez ienākumiem vai ar mazākiem ienākumiem. LDDK un LTRK iekšienē ir aktuāla diskusija par algu nodokļu reformēšanu. L. Meņģelsone LDDK padomē vairākkārt ir rādījusi piemērus ar algu nodokļu struktūru Igaunijā un Lietuvā, un vienmēr ir uzsvērts arī veselības nodoklis. Ir vērts analizēt kaimiņvalstu nodokļu sistēmu. LDDK un LTRK ir organizācijas, kurās AmCham piedāvātajam plānam varētu atrast dzirdīgas ausis. Ja veselības nozare un uzņēmēji vienotos, plānu varētu vieglāk virzīt tālāk. Nacionālā trīspusējās sadarbības padome, kurā ir valdība, arodbiedrības un uzņēmēju organizācijas arī ir platforma, kurā būtu reālistiski vienoties par pārmaiņām. Visi klātesošie visdrīzāk piekrīt, ka ir nepieciešamas reformas. I. Pētersone pateicas AmCham par darbu.

B. Kņigins pateicas par sarunu un saka, ka sadarbība tiks turpināta. B. Kņigins sola, ka centīsies atlikušajā sanāksmes laikā atbildēt uz L. Kozlovskas iepriekš uzdoto jautājumu par veselības aprūpes nodrošināšanas infrastruktūras attīstības investīciju stratēģiju, kura bija izsludināta publiskai apspriedei.

6. Informatīvais ziņojums “Par veselības aprūpes nodrošināšanas infrastruktūras attīstības investīciju stratēģiju 2021.-2029. gadam”

B. Kņigins demonstrē prezentāciju par informatīvo ziņojumu “Par veselības aprūpes nodrošināšanas infrastruktūras attīstības investīciju stratēģiju 2021.-2029. gadam”. Ziņojums izstrādāts, lai nodrošinātu daļu ES fondu ieguldījumu regulas priekšnosacījumu izpildi attiecībā uz stratēģisko ietvaru veselības aprūpes jomā. Informatīvais ziņojums ietver infrastruktūras attīstības vajadzības valsts apmaksāto pakalpojumu attīstībai, t.sk. pakalpojumu kartējumu un investīciju kartējumu atbilstoši esošiem veselības aprūpes politikas plānošanas dokumentiem (NAP2021, SVP, Slimnīcu izvērtējuma ziņojums, Paliatīvās aprūpes plāns, Onkoloģijas plāns u.c.). Šis nav politikas plānošanas dokuments, bet gan informatīvs kopsavilkums par nozares politikas plānošanas dokumentu izpildi un rīcībpolitiku, atbilstoši EK pieprasījumam. Galvenais diskusiju temats šobrīd ir kohēzijas politikas finansējums. B. Kņigins prezentācijā rāda ES fondu 2021.-2027. gada 4.1.1. specifiskā atbalsta mērķa “Ārstniecības iestāžu infrastruktūras attīstība” paredzēto finansējumu:

ES fondu pasākuma Nr.	ES fondu pasākuma nosaukums	Kopējais finansējums (ES fondu un nacionālais līdzfinansējums), euro
1	2	3
	Kopā	296 777 880
4.1.1.1.	Ārstniecības iestāžu infrastruktūras attīstība, t.sk.:	106 338 240
4.1.1.1.1.	Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca, VŠIA jaunā korpusa iekārtas un aprīkojums (MK lēmums)	28 000 000
4.1.1.1.2.	Psihiatrijas profila ārstniecības iestāžu infrastruktūras attīstība (iezīmēts Nacionālajā attīstības plānā)	17 400 000***
4.1.1.1.3.	Stacionāro ārstniecības iestāžu attīstība, ar nosacījumu obligāts ieguldījums 30% sekundāro ambulatoro pakalpojumu attīstībai (bez MK lēmumiem par PSKUS un RAKUS ANM iekārtām)	60 938 240***
4.1.1.1.4.	Sekundāro ambulatoro ārstniecības iestāžu attīstībai ārpus slimnīcu loka, t.sk. privātie publisko veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji	
4.1.1.2.	P.Stradiņa klīniskās universitātes slimnīcas infrastruktūras attīstība (MK lēmums)	151 185 240
4.1.1.3	Primārās veselības aprūpes lomas stiprināšana, attīstot infrastruktūru	8 700 000***
4.1.1.5.	Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta attīstība	13 154 400
4.1.1.6.	Hroniski slimo un nedziedināmi slimo pacientu aprūpei nepieciešamās infrastruktūras attīstība	17 400 000***

*** Finansējuma saņēmēju līmenī nav sadalīts finansējums, tiks sadalīts atbilstoši aktuālai rīcībpolitikai izstrādājot atbalsta saņemšanas nosacījumus

Diskusijas vēl turpināsies, tiks izstrādāti attiecīgi plānošanas dokumenti. Šobrīd vēl netiek sadalīts finansējums. Šobrīd tiek skaidrots, ka ir iezīmēti noteikti pasākumi un attiecīgi finansējuma apjomi. Par informatīvo ziņojumu ir saņemti daudzi komentāri, tuvākajā laikā tiks publicēta izziņa. Ja izziņā ietvertā informācija nebūs pietiekama, ir iespējams sazināties tieši un vienoties par turpmākajām sanāksmēm.

B. Kņigins demonstrē prezentācijas slaidu par Atveseļošanas un noturības mehānisma plāna investīcijas 4.1.1.2.i. "Atbalsts universitātes un reģionālo slimnīcu veselības aprūpes infrastruktūras stiprināšanai, lai nodrošinātu visaptverošu ilgtspējīgu integrētu veselības pakalpojumu, mazinātu infekciju slimību izplatību, epidemioloģisko prasību nodrošināšanā" paredzēto finansējumu un projektu iesniegšanas termiņiem:

- Ministru kabineta noteikumi Nr. 254 (19.04.2022.)
- Projektu iesniegšana: līdz 27.06.2022.
- Provizoriskā izvērtēšana: līdz 27.08.2022.
- Provizoriskā līgumu slēgšana: 2022.gada septembris

Finansējuma saņēmējs	Investīcijai pieejamais attiecināmais finansējums (EUR)		
	Kopā	Atveseļošanas fonds	PVN
VSIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca"	99 972 040	82 621 521	17 350 519
VSIA "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca"	37 043 235	30 614 244	6 428 991
VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca"	22 903 000	18 928 099	3 974 901
SIA "Liepājas reģionālā slimnīca"	3 589 856	2 966 823	623 033
SIA "Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca"	2 273 575	1 878 988	394 587
SIA "Vidzemes slimnīca"	2 812 053	2 324 011	488 042
SIA "Daugavpils reģionālā slimnīca"	4 786 474	3 955 764	830 710
SIA "Rēzeknes slimnīca"	2 967 615	2 452 574	515 041
SIA "Jēkabpils reģionālā slimnīca"	2 153 914	1 780 094	373 820
SIA "Jelgavas pilsētas slimnīca"	2 393 237	1 977 882	415 355
KOPĀ:	180 894 999	149 500 000	31 394 999

B. Kņigins demonstrē prezentācijas slaidu par Atveseļošanas un noturības mehānisma plāna investīcijas 4.1.1.3.i. "Atbalsts sekundāro ambulatoro pakalpojumu sniedzēju veselības aprūpes infrastruktūras stiprināšanai, lai nodrošinātu visaptverošu ilgtspējīgu integrētu veselības pakalpojumu, mazinātu infekciju slimību izplatību, epidemioloģisko prasību nodrošināšanā" paredzēto finansējumu un norāda, ka TAP portālā tiek izsludināti attiecīgie Ministru kabineta noteikumi:

Atbalsta saņēmējs	Atveseļošanas fonda finansējums (EUR)		
AS "Veselības centru apvienība"	883 174.00	SIA "Preiļu slimnīca"	154 610.00
SIA "Dziedniecība"	450 309.00	SIA "Saldus medicīnas centrs"	155 719.00
SIA "VESELĪBAS CENTRS 4"	359 552.00	Pašvaldības SIA "Kauguru veselības centrs"	138 286.00
SIA "Rīgas 1. slimnīca"	391 491.00	SIA "Salaspils veselības centrs"	139 350.00
SIA "Rīgas veselības centrs"	367 523.00	SIA "TALSU VESELĪBAS CENTRS"	121 206.00
AS "Latvijas Jūras medicīnas centrs"	255 678.00	SIA "Alūksnes slimnīca"	136 597.00
SIA "OGRES RAJONA SLIMNĪCA"	256 332.00	SIA "Siguldas slimnīca"	136 690.00
SIA "JELGAVAS POLIKLĪNIKA"	237 267.00	SIA "Daugavpils bērnu veselības centrs"	127 236.00
SIA "CĒSU KLĪNIKA"	245 716.00	SIA "Kuldīgas slimnīca"	115 481.00
Madonas novada pašvaldības SIA "Madonas slimnīca"	217 510.00	SIA "MOŽUMS-1"	106 343.00
SIA "Bauskas slimnīca"	205 995.00	SIA "Sarkanā Krusta Smiltenes slimnīca"	118 294.00
SIA "Dobeles un apkārtnes slimnīca"	197 111.00	SIA "VALMIERAS VESELĪBAS CENTRS"	107 503.00
SIA "Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība"	220 378.00	SIA "medicīnas firma "Elpa""	114 895.00
SIA "Tukuma slimnīca"	181 486.00	SIA "DZELZCEĻA VESELĪBAS CENTRS"	102 053.00
SIA "Aizkraukles slimnīca"	182 745.00	Pašvaldības SIA "ĀDAŽU SLIMNĪCA"	112 220.00
SIA "Ludzas medicīnas centrs"	180 757.00	VSIA "Iekšlietu ministrijas poliklīnika"	83 274.00
SIA "LIMBAŽU SLIMNĪCA"	187 850.00	SIA "JAUNLIEPĀJAS PRIMĀRĀS VESELĪBAS APRŪPES CENTRS"	89 717.00
Pašvaldības SIA "Ventspils poliklīnika"	157 236.00	SIA "OlainMed"	85 830.00
SIA "Zemgales veselības centrs"	180 969.00	SIA "PRIEKULES SLIMNĪCA"	88 429.00
SIA "Rīgas 2. slimnīca"	158 260.00	SIA "GRĪVAS POLIKLĪNIKA"	74 392.00
SIA "Jūrmalas slimnīca"	146 786.00	Līvānu novada domes pašvaldības SIA "Līvānu slimnīca"	64 292.00
SIA "Krāslavas slimnīca"	161 406.00	Pašvaldības aģentūra "Saulkrastu veselības un sociālās aprūpes centrs"	65 757.00
		Pašvaldības aģentūra "Iecavas veselības centrs"	63 178.00
		Krāslavas novada Veselības un sociālo pakalpojumu centrs "Dagda"	57 600.00
		SIA "Kronoss"	55 321.00
		SIA "SANARE-KRC JAUNKEMERI"	60 196.00
		KOPĀ:	8 500 000.00

B. Kņigins norāda, ka finansējumu ambulatorajām iestādēm paredzēts sadalīt atbilstoši darbu apjomam. Šis ir pirmais solis finansējuma nevienlīdzības mazināšanai.

I. Pētersone norāda, ka fondu sadalījumam vienmēr bija jābūt balstītam uz to, vai iestāde sniedz valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus, neskatoties uz to, vai ārstniecības iestāde ir publiskajā vai privātajā sektorā. Pēdējā slaidā norādītais solis ir tas, kā finansējumam vajadzēja būt sadalītam vienmēr. Tā tam vajadzētu būt arī turpmāk. I. Pētersone norāda, ka neatkārtos, to, ko VADDA jau ir iesniegusi Veselības ministrijā, bet joprojām neskaidrs ir tas, ka nosaukumā ir iekļauts vārds "stratēģija", jo stratēģija nosaka citu dokumenta uzbūvi. Tāpat bažas ir par

plānošanas periodu, jo Sabiedrības veselības pamatnostādnes tiek plānotas ar periodu līdz 2027. gadam, bet informatīvajā ziņojumā periods ir līdz 2029. gadam. Pareizi būtu vispirms izveidot pamatnostādnes un pēc tam, izejot no pamatnostādnēs noteiktajiem mērķiem, noteikt ieguldījumus infrastruktūrā. Nav loģiski, ka infrastruktūras stratēģija ir ilgākam periodam. Sīkāki komentāri šobrīd netiks sniegti, jo tie ir iesniegti rakstiski.

B. Kņigins atbild, ka nosaukumu var precizēt. Attiecībā uz atšķirībām periodos B. Kņigins informē, ka arī fondu stratēģijas dokumenta nosaukumā ir 2021.-2027. periods, bet faktiski investīcijas tiek plānotas līdz 2029. gadam. 2029. gads tiek minēts uzskatāmības vārdā. Līdzīgi kā citur Eiropā, arī Latvijā fondu ieviešana ir aizkavējusies un uzsāksies vēlāk, nekā iedalīts plānošanas periods. Lai izvairītos no apjukuma, arī minēto periodu nosaukumā var mainīt.

I. Pētersone papildina, ka nav skaidrs, kādēļ finansējums tabulā sadalīts matemātiski proporcionāli, bet netiek ņemtas vērā investīcijas, kas ārstniecības iestādē jau ir ieguldītas. Neņemot vērā iepriekš ieguldīto, kāds attīstīsies ātrāk, un kāds nomaļāks reģions visu laiku paliks zemākā attīstības līmenī. Ja ziņojums tiks sūtīts EK, nevar pievērst tik maz uzmanības ģimenes ārstu sadaļai. COVID-19 krīze ir parādījusi, ka šajā sadaļā ir nepieciešamas lielas investīcijas, turklāt runa ir par periodu līdz 2029. gadam. Ja tas nav uzsvērts šajā ziņojumā, tad nav izpratnes par to, ka ģimenes medicīna ir svarīga. Šī sadaļa būtu jāpārskata.

B. Kņigins atbild, ka sadaļu pārskatīšana šajā posmā vairs nebūs iespējama, jo konceptuālie lēmumi jau ir pieņemti. Attiecībā uz godīguma principu sadalījumā B. Kņigins uzskata, ka kādā brīdī ir jāuzsāk ar "balto lapu", un šis varētu būt tāds brīdis. Ja šobrīd centīsimies ieviest kādus papildu kritērijus, lai ņemtu vērā iepriekš ieguldīto, diskusijas būs nebeidzamas. Šobrīd būtu derīgi pieņemt vienu skaidri un vienlīdzīgu kritēriju, kas attiecināms uz visiem, un turpmāk pieturēties pie šādas politikas. Arī iepriekš atšķirības sadalījumā tika pamatotas ar argumentiem.

L. Kozlovskā saka, ka nojauš, ka nav vērts šādu diskusiju attīstīt tālāk, jo šāds viedoklis par primārās veselības aprūpes lomu ir pausts jau iepriekš. Primārās veselības aprūpes loma netiek pietiekoši novērtēta, un tomēr 70 % no visiem ambulatorajiem pakalpojumiem tiek sniegti caur ģimenes ārstu. To ir atzinusi PVO un Valsts operatīvā medicīniskā komisija, ka līdz 30 % finansējuma jābūt piešķirti ģimenes medicīnai, bet Latvijā piešķirti tikai nepilni 8 % no veselības aprūpes budžeta. L. Kozlovskā aicina pēc iespējas drīzāk nosūtīt prezentācijas, jo šīs diskusijas noteikti turpināsies, jo primārās veselības aprūpes loma finansējuma sadalījumā nav novērtēta.

B. Kņigins atzīst, ka tiks turpinātas diskusijas, lai nonāktu pie pēc iespējas labāka rezultāta.

I. Pētersone precizē, ka nepieciešams nosūtīt arī pēdējās rādītās prezentācijas.

B. Kņigins apstiprina, ka tiks nosūtītas visas prezentācijas. B. Kņigins pateicas par garu un produktīvu diskusiju, pateicas visiem dalībniekiem. Nākamā sanāksme paredzēta pēc Sabiedrības veselības pamatnostādņu apstiprināšanas. B. Kņigins vēl veiksmīgu nedēļas nogali.

Pieņemtie lēmumi:

Organizēt Veselības nozares stratēģiskās padomes pārstāvju tikšanos ar premjeru un finanšu ministru, lai pārrunātu problēmas saistībā ar veselības nozares finansējumu.

Sanāksmes vadītājs

(paraksts*)

Daniels Pavļuts

Protokolētājs

(paraksts*)

Ingmārs Freimanis

* PARAKSTĪTS AR DROŠU ELEKTRONISKO PARAKSTU UN SATUR LAIKA ZĪMOGU