

**Veselības nozares stratēģiskās padomes
sanāksmes**

PROTOKOLS

Rīgā

Datums:	14.09.2022.	Nr.	8
----------------	-------------	------------	---

Sākums:	15.01	Beigas:	16.42
Norises vieta:	Veselības ministrijas lielā zālē (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 vajadzībāsadarbības organizācija SUSTENTO	☐	
	Daiga Behmane – Latvijas Veselības ekonomikas asociācija	☒	
	Dace Ķikute – Latvijas Farmaceitu biedrība	☒	
	Andrejs Ērglis – Latvijas Universitāte	☒	
	Gints Kaminskis – Latvijas Pašvaldību savienība	☐	
	Jevgēnijs Kalējs – Latvijas Slimnīcu biedrība	☒	
	Valdis Keris – Latvijas Veselības un sociālās aprūpes darbinieku arodbiedrība	☐	
	Līga Kozlovska – Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācija	☒	
	Ieva Znotiņa (aizvieto Artūru Šilovu) – Latvijas Jauno ārstu asociācija	☒	
	Dita Raiska – Latvijas Māsu asociācija	☒	
	Māris Rēvalds – Veselības aprūpes darba devēju asociācija	☒	
	Juris Raudovs - Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienība	☒	
	Sarmīte Veide – Latvijas Ģimenes ārstu asociācija	☒	
	Guntis Bahs (aizvieto Aigaru Pētersonu) – Rīgas Stradiņa universitāte	☒	
	Valts Ābols – Latvijas Lielo slimnīcu asociācija	☒	
	Egils Einārs Jurševics – 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	☒	
	Antra Valdmane – Veselības ministrijas valsts sekretāra vietniece veselības politikas jautājumos	☒	

	Aiga Balode – Veselības ministrijas valsts sekretāra vietniece digitalizācijas un pārmaiņu vadības jautājumos	☒
	Māris Dreimanis – Nacionālā veselības dienesta digitālās transformācijas vadītājs	☒
	Inga Milaševiča – Nacionālā veselības dienesta direktora vietniece veselības aprūpes administrēšanas jautājumos	☒
	Gundega Ozoliņa – Veselības ministrijas Nozares budžeta plānošanas departamenta direktore	☒
	Jana Feldmane – Veselības ministrijas Sabiedrības veselības departamenta direktore	☒
	Svetlana Batare – Veselības ministrijas Nozares budžeta plānošanas departamenta direktores vietniece	☒
	Inese Kaupere – Veselības ministrijas Farmācijas departamenta direktore	☒
	Oskars Šneiders – Veselības ministrijas Komunikācijas nodaļas vadītājs	☒
	Laura Boltāne – Veselības ministrijas Pārnozaru politikas nodaļas vadītāja	☒
	Sanita Janka – Veselības ministrijas Veselības aprūpes departamenta direktore	☒
	Ieva Melišus – Veselības ministrijas Veselības aprūpes organizācijas nodaļas vecākā eksperte	☒
	Guntis Ieviņš – Veselības ministrijas Informācijas tehnoloģiju nodaļas vadītājs	☒
	Sandra Kasparenko – Veselības ministrijas Nozares budžeta plānošanas departamenta vecākā eksperte	☒
	Lāsma Zandberga – Veselības ministrijas Nozares budžeta plānošanas departamenta vadošā eksperte	☒
	Ineta Būmane – Veselības ministrijas Veselības aprūpes organizācijas nodaļas vadītāja.	☒
	Ilze Ortveina – Latvijas Māsu asociācija	☒
	Ilze Šķinķe – Veselības ministrijas Juridiskā departamenta vadītāja	☒
	Liene Ābola – Veselības ministrijas Nozares budžeta plānošanas departamenta vecākā referente	☒
	Kristīne Kļaviņa – Veselības ministrijas Nozares cilvēkresursu attīstības nodaļas vadītāja	☒
	Elīna Briņķe – Veselības ministrijas Pārnozaru politikas nodaļas vecākā eksperte	☒
	Lāsma Bindere – Veselības ministra komunikācijas padomniece	☒
	Dace Spaliņa – Veselības ministra padomniece juridiskajos jautājumos	☒

	Vladislava Marāne – Veselības ministra biroja vadītāja	☒
Protokolē:	Ingmārs Freimanis – Veselības ministrijas Pārnozaru politikas nodaļas vecākais eksperts	
Darba kārtība:		
1. Primārās veselības aprūpes modelis 2. Digitālās veselības attīstība 3. Aktuālais par jaunajiem aptieku izvietojuma kritērijiem 4. Izmaiņas veselības aprūpes finansēšanas likumā 5. Jaunais ārstniecības personu darba samaksas modelis 6. Veselības ministrijas piedāvājums budžeta pārdalei		
Sanāksmē apspriestais:		
D. Pavļuts atklāj sanāksmi un informē par sēdes darba kārtībā iekļautajiem jautājumiem, piesaka pirmo darba kārtības punktu. 1. Primārās veselības aprūpes modelis Prezentē I. Melišus. Prezentācijas pirmajā daļā tiek demonstrēta statistika, kas ir par pamatu nepieciešamībai mainīt primārās veselības aprūpes modeli: 30 % no ģimenes ārstiem ir sasnieguši pensionēšanās vecumu un var pieņemt lēmumu par līguma attiecību pārtraukšanu ar Nacionālo veselības dienestu; nav pietiekami daudz jauno ģimenes ārstu, jauno speciālistu un darbaspējas vecuma speciālistu kopskaits ar katru gadu arvien vairāk attālinās no rekomendētā skaita; jauno ārstu prakses vairāk atrodas lielākajās pilsētās, bet novados ir lielāks īpatsvars ģimenes ārstu pensionēšanās vecumā. Izvirzītie mērķi primārās veselības aprūpes stiprināšanai ir pilna digitalizācija, cilvēkresursu piesaiste, regulāra komunikācija, pacienta ceļu koordinācija, proaktīva profilakse, mazāks administratīvais slogs praksēs, hronisko pacientu regulāra aprūpe, pakalpojumu klāsta paplašināšana. Ir uzsākts darbs pie primārā veselības aprūpes standarta, prezentācijā iekļauta informācija par sasniegto progresu saistībā ar standarta izpildi. Līdz šī gada beigām ir paredzēts pabeigt darbu pie aprūpes standarta; šobrīd saskaņošanā ir ziņojums par primārās veselības aprūpes situāciju Latvijā. Kā nākamais solis plānots darbs pie kvalitātes standarta un finanšu modeļa pārskatīšana. Kā risinājumi finanšu resursu labākai izlietošanai piedāvāti: veidot rezultatīvo rādītāju ģimenes ārsta darba apjoma mērīšanai; ieguldīt finansējumu izpildāmā, mērķtiecīgā un nonitrējamā kvalitātes sistēmā; noteikt skaidrus kritērijus pakalpojumiem, kas ir iekļauti kapitācijas naudā un fiksētās piemaksās; īstenot digitalizāciju, lai mazinātu birokrātisko slogu un atvieglotu prakses darba organizēšanu. D. Pavļuts pateicas par prezentāciju un jautā, vai prezentācijā pieminētais informatīvais ziņojums ir bijis pieejams viedokļa sniegšanai iesaistītajām pusēm. I. Melišus atbild, ka ziņojums ir saskaņots ar valsts institūcijām, bet sanāksmes dienā ziņojums ir nosūtīts Latvijas ģimenes ārstu asociācijām, un tiks gaidīti komentāri. D. Pavļuts izsaka cerību, ka, izvērtējot šo ziņojumu, mazināsies neskaidrības un pārpratumi. D. Pavļuts norāda, ka publiski izskanējušas Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācijas bažas par to, ka primārās aprūpes standarta piedāvājums nivelētu ģimenes ārstu pakalpojumus, tomēr mērķis ir cits: definēt pakalpojumu minimālo līmeni. Savukārt pakalpojuma līmeņa celšanu var stimulēt ar finansējuma modeļa korekcijām. L. Kozlovskā iebilst pret pieņēmumu, ka Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācijas viedoklis nav bijis zināšanās balstīts. Ģimenes ārstu organizāciju pārstāvji Veselības ministrijas darba grupās divas reizes ir runājuši par ģimenes ārstu prakses standartu. Bijis daudz diskusiju, tomēr L. Kozlovskā joprojām uzskata, ka standarts jau ir noteikts ar pašreizējo likumdošanu. Ministru kabineta 2009. gada 24. marta noteikumi Nr. 268 skaidri nosaka kompetences ģimenes ārstiem. Prezentācijā iekļautais minimālais pakalpojumu apjoms ir ģimenes ārstu ikdienas darba		

sastāvdaļa, un to nosaka dažādi Ministru kabineta noteikumi, tostarp Ministru kabineta 2018. gada 28. augusta noteikumi Nr. 555, kā arī līgums ar Nacionālo veselības dienestu un, protams, Ministru kabineta 2009. gada 24. marta noteikumi Nr. 268, kas nosaka kompetences, kas tiek mācītas rezidentiem, topošajiem ģimenes ārstiem. Darba grupas sanāksmēs ir kļuvis skaidrs, ka šis standarts, ko iepriekš noteikuši minētie normatīvie akti, tiks pazemināts. Ir atbalstāms tas, ka tiks veicināta augsta pakalpojumu kvalitāte, tomēr nevar teikt, ka caur likumdošanu nebūtu noteikts pakalpojumu pamats. L. Kozlovskā pateicas par darbu, pateicas kolēģiem un izsaka cerību, ka situācija uzlabosies.

D. Pavļuts aicina neizvērst pārmērīgi detalizētu diskusiju, tomēr saistībā ar standartiem norāda, ka ģimenes ārsti ir līgumattiecībās ar Nacionālo veselības dienestu, kas nozīmē, ka standarti ir daļa no līgumattiecību dabas, un tas ir veids, kā sabiedrībai skaidri norādīt, ka ir pamats, uz ko var paļauties un ko valsts nodrošina.

S. Veide pauž bažas par prezentācijā iekļauto apstākli par jauno ārstu trūkumu, kas nozīmē, ka tam ir kāds cēlonis. No vienas puses ir plāni saistībā ar izcilības praksēm un to atbalstu, bet no otras puses pastāv risks, ka būs rajoni, kuros ģimenes ārstu trūkuma dēļ nevarēs aprūpēt pacientus. Nepieciešams radīt tādas apstākļus un tādas resursus, lai ģimenes medicīnai piesaistītu jaunus ārstus. Jāstrādā pie atbilstoša atalgojuma, jāstiprina komanda, atbalsta personāls. Zināms, ka 30 % ģimenes ārstu ir tikai viena medicīnas māsa, bet nepieciešamas vismaz divas, trīs vai vēl vairāk. Jāmazina nevienlīdzība, jo ir ģimenes ārsta prakses, kurām ir telpas un iespējas strādāt, bet ir arī prakses, kurās ir viens mazs kabinets, un ir grūti izpildīt valsts noteiktos nosacījumus. Ja tiks atbalsētas tikai izcilības prakses, tad daļai iedzīvotāju būs iespēja saņemt kvalitatīvus un plaša klāsta veselības aprūpes pakalpojumus, bet lielākajai daļai šādas iespējas nebūs, un tas veicinās visas sabiedrības nevienlīdzību. Nepieciešams, lai visiem iedzīvotājiem tiktu nodrošināta vienāda primārā veselības aprūpe, ko sniedz ģimenes ārsti.

D. Behmane lūdz nosūtīt ziņojumu par primārās veselības aprūpes situāciju Latvijā visiem Veselības nozares stratēģiskās padomes locekļiem.

2. Digitālās veselības attīstība

Prezentē M. Dreimanis, sāk prezentāciju ar plānoto digitālās veselības attīstībā. Tiek strādāts ar COVID-19 risinājumu pārņemšanu: no 5. septembra pieejams riska pacientu reģistrs (ģimenes ārstu mērķtiecīgam darbam – vakcinācijai, arī citai aprūpei); vakcinācijas procesa digitalizācija visām vakcīnām (plānošana, pasūtīšana, loģistika, krājumi un uzskaitē, atteikumi un kontrindikācijas, statistika u.c.); e-laboratorija (nosūtījumi, rezultāti, informācijas nodošana SPKC). Atsevišķs jautājums bloks ir telemedicīnas ietvars, kurā būtiskākais ir nevis tehniskie risinājumi, bet regulējums, standarti, norēķini, lai panāktu, ka telemedicīnas pakalpojumi ir līdzvērtīgi klātienē pakalpojumiem. Tiek strādāts pie Eiropas veselības datu telpas ar mērķi panākt arī datu pieejamību sekundārai izmantošanai. Pieejamo finansējumu veido ES solidaritātes fonds 0,7 miljonu *euro* apmērā “reālā laika epidemioloģijai”: datu apmaiņai ar SPKC, pašpaziņošanai, epidemiologa darbībai, pacientu un ģimenes ārstu apziņošanai. Atsevišķs finansējums 2,2 miljonu *euro* apjomā ir Digitālās veselības platformas (digitālās veselības “kodola”) izstrādei un ieviešanai. Latvijas Atveseļošanas un noturības mehānisma plānā 10,1 miljons *euro* ir paredzēts šādiem trīs virzieniem: slimnīcu informācijas sistēmas un to sadarbība ar Digitālās veselības “kodolu”; veselības un finanšu datu analītika; Latvijas iedzīvotāju references genoma infrastruktūra. Paredzēts arī 25,9 miljonu *euro* ES fondu finansējums, kas dažādos veidos veicinās datu vienreizējas principa ieviešanu, veicināta datu apmaiņa, uzsvars uz ārstniecības personu digitālo prasmju apgušanu.

Prezentācijā tālāk tiek stāstīts par pārmaiņām digitālās veselības pārvaldībā, sākot ar galveno izaicinājumu uzskaitījumu: sadrumstalota vide; neefektīvas esošās sistēmas (novecojušas, neērtas,

funkciju un datu dublēšanās, vāja integrācija); nepietiekama sadarbība gan sistēmu, gan speciālistu starpā; trūkumi pārvaldībā, nav vienota redzējuma par attīstību, netiek veidota ekspertīze un saglabātas zināšanas; zems finansējums, darbinieku atalgojums būtiski atpaliek no tirgus, nepietiek darbinieku; nepietiekamas prasmes; esošajai centralizētajai e-veselības sistēmai nav attīstības perspektīvu. Secināms, ka uzsvars uz centralizētu valsts e-veselības sistēmu nav ilgtspējīgs, tādēļ nepieciešams pāriet uz atvērtu ekosistēmu, kas savienota ar centrālo “kodolu”, izmantojot definētus standartus un vadoties pēc rokasgrāmatām. Nepieciešams mainīt pieeju ar izolētiem IKT projektiem, tā vietā pievērsties nepieciešamo pakalpojumu modernizācijai un digitalizācijai. Prezēntācijā iekļauta informācija par vasarā parakstīto sadarbības memorandu par digitālo transformāciju, digitālo veselību un inovācijām. Tālāk tiek stāstīts par Digitālās veselības kompetenču centru un tā lomu iepriekš minētajā ekosistēmā. Digitālās veselības kompetenču centrs būs atbildīgs par šādiem četriem virzieniem: par resora IKT pārvaldību, stratēģijas izstrādi un īstenošanu, ekosistēmas veidošanu; standartu un vadlīniju izstrādes koordinēšanu, risinājumu sertificēšanu, atbalstu inovācijām; IKT risinājumu savstarpējās datu apmaiņas nodrošināšanu digitālās veselības "kodolā"; Latvijas iekļaušanos Eiropas veselības datu telpā, tostarp veselības datu sekundārai izmantošanai. Prezēntācijā tiek skaidrots, ka šāda pārvaldības struktūra atbilst PVO rekomendācijām. Digitālās veselības kompetenču centra izveide paredzēta esošo budžeta līdzekļu ietvaros, tā noritēs pakāpeniski, sākotnēji izmantojot Nacionālā veselības dienesta un Veselības ministrijas IKT finansējumu 7 499 704 *euro* apmērā. Paredzēts pārcelt 51 darba vietu.

D. Pavļuts uzsver, ka gan amata vietas, gan budžets ir jau esošais; tiek vienā struktūrvienībā apvienoti dažādās iestādēs nodarbinātie IKT darbinieki, lai būtu resursi īstenot sarežģītus projektus. Ir secināts, ka līdzšinējās e-veselības problēmas ir bijušas saistītas tieši ar kompetences un kapacitātes trūkumu. Ir redzams, cik daudz līdzekļu ir paredzēts esošās sistēmas uzturēšanai un attīstīšanai, tomēr ir iespējams to darīt efektīvāk.

M. Dreimanis turpina prezēntāciju. Prezēntācijā iekļauta informācija par digitālās veselības ekosistēmas pilotprojektu – onkoloģijas reģistru. Onkoloģijas reģistra jaunajā pieejā iezīmēs četri pamatprincipi: vienreizējā datu ievade – datus ievada slimnīcu informācijas sistēmās; strukturēti dati – saskaņā ar onkoloģijā izmantotajiem starptautiskajiem standartiem; sadarbība – standartu un kodējumu izmantošana, datu kodēšanas un apstrādes vadlīniju nodrošināšana; ārstniecības mērķi – fokuss uz uzlabotiem ārstniecības un diagnostikas procesiem, speciālistu sadarbību. Onkoloģijas reģistra ieviešana paredzēta trīs kārtās ar šādiem rezultātiem: pirmajā kārtā nodrošināts populācijas reģistrs ar līdzīgu datu kopu kā esošajā reģistrā, bet ar vienreizējas datu ievades principu, sadarspējīgs, ar savlaicīgiem datiem; otrajā kārtā uzlabotas datu analīzes iespējas klīniskiem un zinātniskiem mērķiem, uz rezultātu orientētas ārstēšanas vērtēšanu; trešajā kārtā pieejami dati, lai veidotu vērtībā balstītu veselības aprūpi un veselības ekonomikas novērtējumus, pētījumus. Jau pirmās kārtas izstrādē iesaistījušies veselības aprūpes un IKT speciālisti no dažādām iestādēm, domnīcām, biedrībām. Līdz šī gada beigām paredzēts izveidot kodējumu, konkrētu datu modeli, uzsākt normatīvo aktu izstrādi, uzsākt programmēšanas darbus vienotai datu ievākšanai un centralizēšanai.

D. Behmane norāda, ka prezēntācijā ir stāstīts par dažādām daļām, un jautā, vai top arī vienots arhitektūras dokuments.

M. Dreimanis apstiprina, ka top kopējais arhitektūras dokuments, kurā aprakstīti tehniski risinājumi, kā arī notiek darbs pie procesa kartēšanas, kurā parādīts tas, kā noritēs informācijas plūsma. Šī informācija sākumā būs pieejama speciālistiem, un daļu no informācijas paredzēts arī publicēt apspriešanai IKT nozares profesionāļiem, lai šie profesionāļi varētu vērtēt, vai piedāvātie risinājumi ir pietiekoši moderni.

D. Pavļuts papildina, ka šī pieeja radikāli atšķiras no tā, ko nozare ir darījusi iepriekš, kad izpildītājam norādīts vēlamais rezultāts un prasīts to visu izpildīt. Tagad ir paredzēts kopā ar

lietotāju pārstāvjiem un nozares tehnoloģiju uzņēmumiem kopīgi izstrādāt detalizētu vajadzību aprakstu, lai izpildītājam būtu pilnībā skaidrs un konkrēts uzdevums. Ir nepieciešams pievērsties darbam dažādos līmeņos. Pirmkārt, ir vajadzīga ekosistēmas rokasgrāmata vai vadlīnijas. Tie ir noteikumi, pēc kuriem sistēmai varēs pieslēgties jebkurš, tostarp saskarnes izstrādātājs vai gala lietotāju sistēmas pārzinis. Analoģiski būvniecības nozarē šo funkciju pilda tehniskie noteikumi, piemēram, elektropieslēguma izveidei. Otrkārt, ir jāapraksta tas, kā darbosies kritiskie reģistri un lielais sistēmas “kodols”, ar kuru tiks veidoti savienojumi.

V. Bolēvics pateicas par domāšanas maiņu, kuru viņš esot gaidījis jau gadiem; ar prieku klausījies prezentāciju. V. Bolēvics vēlas uzdot praktisku jautājumu par onkoloģijas reģistru: ja līdz gada beigām ir paredzēts uzsākt darbu, kad paredzēts pabeigt pirmo kārtu un otro kārtu? Kad reģistrs sāks strādāt?

M. Dreimanis atbild, ka gada beigā būs pabeigti pirmie soļi, tostarp pirmās kārtas kartējums un prasības, savukārt nākamajā gadā tiks panākta strādājoša risinājuma izmantošana. Trešās kārtas termiņu šajā brīdī ir grūti prognozēt.

V. Bolēvics atvairinās, ka pārtrauc, un norāda, ka pirmās un otrās kārtas pabeigšanas termiņi ir svarīgi, jo šie dati ir saistīti ar ražotāju līgumiem un ar Nacionālo veselības dienestu. V. Bolēvics lūdz apstiprināt, ka līdz nākamā gada beigām būs pabeigta pirmā un otrā kārtā, un ražotājiem, kuri slēgs līgumu ar Nacionālo veselības dienestu, būs pieejami aktuālie dati.

M. Dreimanis apstiprina, ka viennozīmīgi būs pabeigta izstrāde. Jautājums, kas vēl nav detalizēti plānots, ir tas, kurā brīdī un kādas iestādes sāks strukturēti nodot datus, jo šim mērķim ir nepieciešama trešo pušu īstenota izstrāde, kā arī nepieciešamas izmaiņas normatīvajos aktos. Arī tad, ja 2023. gadā tiek pabeigta paša reģistra izstrāde, nav garantēts, ka visi sadarbības partneri būs gatavi.

D. Pavļuts papildina un norāda, ka izpildes centrs ir Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca. Sagaidāms, ka otrajā kārtā datu ievadi reģistrā varēs veikt galvenā iestāde. Protams, problēmas būs ar jau uzkrātajiem datiem, kurus varēs ievadīt sistēmā laika gaitā. Tas ir saistīts ar to, kā Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca varēs īstenot projektā paredzēto, un to, kā programmatūras izstrāde ļaus savienoties ar sistēmu. Izaicinājums nav vienīgi tehniski izstrādāt jaunu sistēmu, bet arī palīdzēt atbildīgajai iestādei pārveidot savu darbību, lai panāktu sadarbību.

V. Bolēvics jautā, vai Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca ir atbildīga par šo projektu.

D. Pavļuts apstiprina un norāda, ka tehniskos programmēšanas darbus pasūta Nacionālais veselības dienests, bet faktiskais pasūtītājs ir Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca, tādēļ finansējums ir novirzīts tur.

V. Bolēvics vēl veiksmi darbos.

D. Pavļuts pateicas un vērš uzmanību uz to, ka svarīgs elements, kas vēl nav pieminēts, ir tas, ka paredzēts daudz vairāk un kvalitatīvi iesaistīt dažādas lietotāju grupas, gan medikus, gan pacientus, gan tehnoloģiju nozari. Vasarā tika parakstīts sadarbības memorands, un nākamajā nedēļā ir plānota sanāksme jaunā formātā, kur pulcēsies gan līdzšinējie e-veselības lietotāju padomes pārstāvji, gan memoranda parakstītāji. Paredzēts plānot darbu un vienoties par to, cik bieži paredzētas sanāksmes un kā apmainīties ar informāciju, nodrošinot iesaisti.

B. Ziemeļe pateicas par lielisku prezentāciju un vērš uzmanību uz to, ka saistībā ar onkoloģijas reģistru nav pieminēti ORPHA kodi, kas ir svarīgi reto slimību pacientiem. Daudzi vēži ir retie

vēži, tādēļ to būtu vēlams iekļaut jau no paša sākuma. B. Ziemeļe vērš uzmanību uz to, ka Latvijas Pilsoniskā alianse, kas ir visu biedrību un nodibinājumu galvenā organizācija Latvijā, vairākkārt aktualizējusi jautājumu par sabiedrības iesaisti ANM un citos ES projektos. B. Ziemeļe prezentācijā nav redzējusi, ka jēgpilni tiktu iesaistīti pacienti, kas ir centrā visai veselības aprūpes sistēmai; ne tikai kā sabiedrisko attiecību pasākumu apmeklētāji, bet arī darbā plecu pie pleca, lai uzlabotu visus procesus un padarītu veselības aprūpi ērtāku, vienkāršāku, labāku, efektīvāku. B. Ziemeļe vēlas zināt, kā tieši paredzēts iesaistīt pacientus lielajos projektos vai vismaz par informēt par tiem ārpus sabiedrisko attiecību aktivitātēm.

D. Pavļuts precizē, vai runa ir par visu ANM projektu klāstu, kas ietver gan investīcijas infrastruktūrā, gan pakalpojumu modernizācijā, kā arī citās lietās. B. Ziemeļe apstiprina māj ar galvu. D. Pavļuts jautā, vai sanāksmē ir kāds no Veselības ministrijas fondu un ANM speciālistiem, piemēram B. Kņigins.

A. Balode papildina, ka saistībā ar IKT ANM projektiem pirmdienas Digitālās veselības padomes sēdē paredzēts sniegt dziļāku ieskatu un vienoties par iesaisti, jo visiem padomes locekļiem ir dažādas atbildības jomas. Veselības ministrijā arī onkoloģijas reģistram ir izveidota nozares darba grupa.

D. Pavļuts pateicas par papildinājumu, norāda, ka pārvaldības struktūra ANM projektiem ir līdzīga, un ir jārod atbilde tam, kā to padarīt caurspīdīgu un pārskatāmu. D. Pavļuts lūdz B. Kņigina komentāru.

B. Kņigins apstiprina, ka ANM pamatstruktūra un pārvaldība ir līdzīga citiem fondiem. Finansējuma saņēmējam ir pienākums savu projektu padarīt caurskatāmu un iesaistīt sadarbības partnerus. Veselības ministrija un Vides aizsardzības un reģionālās attīstības ministrija ir strādājušas, lai, ieviešot IKT komponentu, šo procesu padarītu caurskatāmu un iesaistītu sadarbības partnerus.

D. Pavļuts pateicas un jautā B. Ziemeļei, vai viņa saņēmusi atbildi uz savu jautājumu.

B. Ziemeļe apstiprina, ka jautājums vismaz daļēji atbildēts, kā arī norāda, ka vēlas saņemt ielūgumu uz nākamās pirmdienas Digitālās veselības padomes sēdi.

D. Pavļuts, norāda, ka visiem memoranda parakstītājiem būtu jāsaņem ielūgums, tādēļ tā esot tikai tehniska problēma. D. Pavļuts aicina pievērsties nākamajam darba kārtības jautājumam.

3. Aktuālais par jaunajiem aptieku izvietojuma kritērijiem

I. Kaupere uzstājas ar prezentāciju un norāda, ka šis jautājums jau ir apskatīts kādā no iepriekšējām Veselības nozares stratēģiskās padomes sēdēm. Šobrīd projekts ir iesniegts saskaņošanai Ministru kabinetā. Prezentācijā iekļauta informācija par galvenajiem jauno aptieku izvietojuma kritēriju mērķiem: pārtraukt patvaļīgu aptieku pārvietošanu komersantu interesēs no mazāk apdzīvotām vietām uz komersantus interesējošām vietām, kas nav iedzīvotāju interesēs; palielināt aptieku pieejamību, tostarp mazāk apdzīvotās vietās (ciemos); sekmēt godīgu konkurenci, izvietojot aptieku slimnīcas teritorijā (V, IV, III līmeņa ārstniecības iestādes adresē, ievērojot Publiskas personas finanšu līdzekļu un mantas izšķērdēšanas novēršanas likums, Publiskas personas mantas iznomāšanas noteikumus); nodrošināt diennakts aptieku pieejamību ne tikai Latvijas lielākajās pilsētās (Rīgā, Liepājā, Daugavpilī, Ventspilī, Jelgavā, Valmierā), bet arī Jēkabpilī, Rēzeknē, Madonā, Cēsīs, Dobelē, Jūrmalā, Ogrē, Balvos un Kuldīgā; sekmēt aptieku pieejamību mazāk apdzīvotās vietās, kur iedzīvotāju skaits ir 2500 vai mazāks; palielināt pieejamo aptieku skaitu valstī par 43%. Nācies ieguldīt daudz darba, saskaņojot projektu ar

citām ministrijām, gan arī diskutējot ar nozares pārstāvjiem, jo īpaši tādēļ, ka arī nozares pārstāvju domas bija mainīgas.

E. E. Jurševics jautā, vai paredzētās izmaiņas nosaka kādi Ministru kabineta noteikumi.

D. Pavļuts apstiprina, ka tie ir Ministru kabineta noteikumu grozījumi. D. Pavļuts atzīst šajā darba kārtības punktā jaunu ziņu ir maz. Elements par diennakts aptiekām ir parādījis salīdzinoši nesen saskaņošanas procesā, bet pārējais ir tas pats. Ir nācies atspēkot dažādus nepamatotus priekšstatus, piemēram, par to, ka paredzēts samazināt potenciālo aptieku skaitu, bet īstenībā ir tieši pretēji – saskaņā ar jauno regulējumu aptieku skaits var pieaugt, un nevienai no esošajām aptiekām nebūs liegts darboties. Neatkarīgi no tā, vai šādi pārmetumi ir domāti patiesi vai arī izmantoti manipulatīvi, nākas nodarboties ar mītu atspēkošanu. Vēl ir daži nesaskaņoti jautājumi, bet Veselības ministrija ir darījusi visu iespējamo, lai jautājumu atrisinātu.

M. Rēvalds jautā, vai nosacījumi par slimnīcu teritorijām attiecas vairāk uz privātām slimnīcām.

I. Kaupere vērš uzmanību uz to, ka nosacījumi attiecas uz V, IV, III līmeņa slimnīcām, tātad runa ir par valsts slimnīcām, kuras ir iedalītas līmeņos.

D. Pavļuts aicina pievērsties nākamajam darba kārtības jautājumam.

4. Izmaiņas Veselības aprūpes finansēšanas likumā

I. Šķiņķe uzstājas ar prezentāciju un skaidro, ka šī brīža Veselības aprūpes finansēšanas likums paredz divus veselības aprūpes “grozus”: veselības aprūpes minimumu (“pamata grozu”) Latvijas pilsoņiem, nepilsoņiem, ārzemniekiem ar pastāvīgo uzturēšanās atļauju un citiem, kuri nav sociāli apdrošināti; valsts obligāto veselības apdrošināšanu (“pilno grozu”) personām, kuras veic valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas vispārējā režīmā un personām, kuras ir sociāli mazāk aizsargātas (bērni, pensionāri, bezdarbnieki). Atbilstoši Saeimas dotajam uzdevumam, kas iekļauts šī likuma pārejas noteikumos, Veselības ministrijai ir jāizveido visaptveroša valsts obligātā veselības apdrošināšana un jāiesniedz attiecīgais likumprojekts Saeimai. Tāpat arī deklarācijas par Artura Krišjāņa Kariņa vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību 135. punkts nosaka izveidot ilgtspējīgu veselības aprūpes finansēšanas modeli, kas paredz obligātu visu Latvijas rezidentu iekļaušanu, bet 138. punkts liek noteikt pierādījumus balstītu vienotu valsts apmaksāto pakalpojumu grozu, kas tiek nodrošināts visiem Latvijas rezidentiem. Šobrīd, norēķinoties par saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, pacients var samaksāt pats, paļauties uz apdrošināšanas polisi, ja tāda ir, vai arī paļauties uz valsts finansējumu. Valsts finansējums savukārt veidojas no vispārīgajiem nodokļiem vai arī no veselības nodokļa (1 % apmērā no sociālā nodokļa). Ir plānots atteikties no brīvprātīgās iemaksas. Veselības nozares budžetā veselības nodoklis veido pavisam nelielu daļu – pagājušajā gadā bija mazāk nekā 7 %, šogad tie ir 7,5 % no kopējā veselības aprūpes budžeta, kas nozīmē, ka veselības aprūpe pamatā tiek finansēta no vispārējiem nodokļiem. Vērtējot iespējamās pieejas veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai, nolemts, ka valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus piešķir personām pēc to deklarētās dzīvesvietas, jo šī pazīme ir viegli atrodama un administrējama, un Veselības ministrija jau ilgstoši par šādu modeli ir diskutējusi ar iesaistītajām ministrijām. Neatkarīgi no tā, neatliekamā medicīniskā palīdzība tiek nodrošināta visiem. Atteikšanās no “pamata groza” nozīmē, ka joprojām ir personas, kuras ir sociāli apdrošinātas saskaņā ar likumu Par valsts sociālo apdrošināšanu, un tāpat ir personu grupas, kurām valsts nodrošina tiesības saņemt valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus, piemēram, bērni, pensionāri un citi. Visi pārējie, kas neietilpst šajās grupās, varētu saņemt valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus pēc deklarētās dzīvesvietas principa, jo šīs personas arī iesaistās vispārējā nodokļu maksāšanā. Prezentācijā iekļauta tabula ar personu skaitu dažādās grupās.

Grupa	Skaitis (2022.gads) 2 380 k personas	Piezīmes
Personas, kuras ir sociāli apdrošinātas veselības apdrošināšanai	858 k	
Sociāli aizsargātas personas	962 k	
Citi:	458 k	
Personas, kuras veic ar nodarbinātību saistītus nodokļu maksājumus	108 k	
Pašnodarbinātie, kuru ienākums mēnesī nesasniedz minimālo algu	34 k	
Mikrouzņēmuma īpašnieks	30 k	
Autoratlīdzību saņēmējs	39 k	(līdz 2022.gada beigām)
Sezonas laukstrādnieki	4 k	
Neveic sociālās apdrošināšanas iemaksas	28 k	Nenodarbinātas personas, nelegāli nodarbinātie utt.
Latvijas pilsoņi, kas dzīvo un ir nodarbināti citā valstī	215 k	faktiski veic nodokļa maksājumus citā valstī, saņēma pakalpojumus 8k (2 487 940)
Personas ar ES/EEZ/ŠKF pilsonību	24 k	nav spēkā pastāvīgā uzturēšanās atļauja, nav nodarbināta, nav nodarbinātās personas laulātais vai bērns
Ārvalstnieks, kurš nav ES/EEZ/ŠKF pilsoņu grupā	78 k	nav spēkā uzturēšanās dokuments (nav reģistrēts uzturēšanās dokuments, vai tam ir beidzies termiņš vai anulēts)

D. Pavļuts vērš uzmanību uz to, ka prezentācija ir aizņēmusi daudz laika.

I. Šķinķe informē, ka šis ir pēdējais slaidis, un sola neizplūst detaļās par personu grupām. Svarīgākais, ka apzināts personu loks, kuru varētu skart izmaiņas regulējumā.

D. Pavļuts pateicas par prezentāciju un atgādina, ka 2019. gadā vasarā Saeima pēc garas konceptuālas diskusijas nolēma, ka turpmāk Latvijā būs viena “groza” modelis. Saeima uzdeva Veselības ministrijai līdz nākamajam gadam iesniegt viena “groza” regulējumu. Sniedzot piedāvājumus šādam regulējumam, Veselības ministrija vairākas reizes ir atdūrusies pret ministriju saskaņojumiem vai iebildumiem no koalīcijas partneriem, kas snieguši konceptuālus iebildumus par to, ka diasporas pārstāvjiem tiek atņemtas tiesības saņemt valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus. Veselības ministrija ir centusies skaidrot, ka visos iespējamajos variantos iekasētā veselības nodokļa apjoms nebūtu būtisks, un veselības aprūpe būtu pārsvarā jāfinansē no vispārējiem nodokļu ieņēmumiem. Latvijas apstākļos nodokļu modelis, kurā veselības aprūpe tiek finansēta tieši, nav iedomājams bez patiešām fundamentālām pārmaiņām. D. Pavļuts norāda, ka pastāv priekšstats, ka ir tāda iedzīvotāju grupa, kas dzīvo ārzemēs un būtiski tērē Latvijas finansējumu veselības aprūpes pakalpojumiem. Kā redzams prezentācijas tabulā, Latvijas pilsoņi, kas dzīvo un ir nodarbināti citā valstī sastāda 215 000 personu, bet dati rāda, ka pirmajā pusgadā no šīm personām tikai 8 000 ir izmantojuši Latvijas valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus, kas kopumā izmaksājuši aptuveni 2,5 miljonus *euro*, un šis skaitlis uz kopējā fona ir niecīgs. Veselības ministrija ir centusies to skaidrot, bet tas nav bijis veiksmīgi; rezultātā četru gadu laikā nav izdevies atcelt divu “grozu” modeli un vienoties par viena “groza” aprakstu Veselības aprūpes finansēšanas likumā. Veselības ministrija piedāvā aprakstu, kurā pamats valsts apmaksātu veselības pakalpojumu saņemšanai Latvijā ir deklarētā dzīvesvieta. Ja ir gadījumi, kad deklarētā dzīvesvieta nesakrīt ar faktisko, veselības aprūpes nozarei nav jārisina deklarācijas statusa pilnveidošana, tas ir jādara atbildīgajām institūcijām.

M. Rēvalds norāda, ka viena problēmas daļa ir ārzemēs dzīvojošie Latvijas valstspiederīgie, bet otra problēma ir ēnu ekonomika un zemais nodokļu režīms attiecībā uz Latvijā dzīvojošajiem.

D. Pavļuts norāda, ka šī problēma ir daļēji risināta, panākts sociālo iemaksu uzlabojums, tomēr caur veselības finansēšanu nevajadzētu risināt ekonomikas jautājumus. Veselības ministrija ir

gatava atbalstīt Finanšu ministriju jebkādos priekšlikumos nodokļu nomaksas sekmēšanai. D. Pavļuts atgādina, ka deklarācijas statuss Latvijā ir viena no nodokļu rezidences pazīmēm. Ja Finanšu ministrija uzskata, ka deklarēts cilvēks vienlaikus ir uzskatāms arī par nodokļu rezidentu, tad tas, kā iekasēt no šāda cilvēka nodokļus, ir fiskālās un nodokļu politikas jautājums. Savukārt tas, kā padarīt deklarāciju efektīvāku, ir sadarbības jautājums ar pavisam citām institūcijām. Veselības ministrijas uzdevums ir panākt atteikšanos no divu “grozu” modeļa, lai Saeimā tiktu pieņemti grozījumi Veselības aprūpes finansēšanas likumā.

M. Rēvalds jautā, vai plānots to izdarīt vēl esošajā Saeimas sastāvā.

D. Pavļuts domā, ka izdosies panākt, ka nākošajā nedēļā Saeimas Sociālo un darba lietu komisijā Veselības ministrijas izstrādātais priekšlikums tiks virzīts tālāk, iespējams, nedaudz pielabots. Nav garantijas, ka darbs tiks pabeigts esošajā Saeimas sastāvā, bet tam vajadzētu tikt pārceltam uz nākamo.

D. Behmane norāda, ka tabulā norādītie 8 000 cilvēku atbilst pārrobežu veselības aprūpes nosacījumiem, vai arī šie cilvēki veselības aprūpes pakalpojumus saņem par pilnu samaksu.

D. Pavļuts piekrīt un norāda, ka šie cilvēki var izmantot S1 veidlapu vai citus risinājumus. Vai nu par veselības aprūpes pakalpojumiem šiem cilvēkiem samaksās citas valsts budžets, vai arī viņi paši.

E. E. Jurševics jautā, vai naudas izteiksmē šis cilvēku apjoms rada 2,5 miljonu izmaksas.

D. Pavļuts atbild apstiprinoši un norāda, ka tas ir atbilstoši šī brīža aprēķiniem.

E. E. Jurševics norāda, ka ir radīts iespaids, ka šis apjoms ir daudz lielāks.

D. Pavļuts piekrīt un norāda, ka oponenti ir pārliecināti par savu viedokli, bet neatsaucas uz salīdzināmajiem datiem. Privātā sektora pakalpojumu sniedzēji liecina, ka Latvijas valstspiederīgie, kas dzīvo ārzemēs, nespēj izstāvēt rindas uz valsts apmaksātajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, līdz ar to, esot Latvijā, izmanto maksas pakalpojumus.

S. Veide norāda, ka šie cilvēki vienīgi var apmeklēt ģimenes ārstu.

M. Rēvalds piebilst, ka ir cilvēki, kuri prot laicīgi pierakstīties attālināti, tomēr norāda, ka bijis svarīgi uzzināt, ka šī problēma nav tik apjomīga.

D. Pavļuts aicina pievērsties nākamajam darba kārtības jautājumam.

5. Jaunais ārstniecības personu darba samaksas modelis

Prezentācijā iekļauta informācija par jaunā ārstniecības personu darba samaksas modeļa mērķiem. D. Pavļuts atgādina, ka jaunajam modelim, kuru sāka izstrādāt 2019. gada beigās, bija divi lieli uzdevumi: noformulēt mediķu atalgojuma turpmāko pieaugumu pa gadiem un noteikt reformas ieviešanu. Algu modelis apraksta mērķa algas jēdzienu, definē “trepes”, nosakot dažādu līmeņu mediķu atalgojumu, un detalizēti apraksta to, kā pēc būtības jāmainās atalgojuma sistēmai, nosakot skaidras proporcijas starp atalgojuma fiksēto un mainīgo daļu, aprakstot slodžu saturu. Uzdevums ir padarīt atalgojuma sistēmu ne tikai devīgāku, bet vienlaikus arī tādu, kas dod ieguvumus pacientam un kas ir caurspīdīga. D. Pavļuts atgādina, ka par to ir daudz runāts; ir viena arodbiedrība, kas šo modeli neatbalsta, bet pārējie par to ir lielā mērā vienojušies. 2021. gada sākumā Veselības ministrija atdūrās pret to, ka valdībā nebija atbalsta šī modeļa apstiprināšanai, jo finanšu ministrs un premjers uzskatīja, ka tie ir solījumi, kurus nebūs iespējams īstenot, tādēļ

par to būs jāmaksā politiska cena. Veselības ministrijai izdevās vienoties par to, ka valdībā tika apstiprinātas Sabiedrības veselības pamatnostādnes, kurās paredzēts, ka līdz 2027. gadam veselības aprūpes budžetam jāpieaug vēl par 950 miljoniem *euro*, un aptuveni trešdaļa no šī finansējuma tiktu ieguldīta turpmākam atalgojuma pieaugumam. Caurmērā gadā atalgojumam budžetā būtu jāpievieno 50-60 miljoni *euro*. Kad tas bija saskaņots valdībā, Veselības ministrija atgriezās pie atalgojuma modeļa, aprēķins tika saskaņots ar Sabiedrības veselības pamatnostādnes norādītā, un atalgojuma modelis tika virzīts atkārtotai saskaņošanai. Bija pienākusi šī gada vasara, un Finanšu ministrija rakstīja, ka vēlēšanas ir tuvu, un par šo jautājumu jālemj nākamajai valdībai. D. Pavļutam par šo jautājumu bija diskusija ar premjeru par to, ka nav nekāda apstiprināta modeļa, tādēļ iespējams, ka sagaidāms mediķu streiks. Tika panākts kompromiss, ka, ja atalgojuma modeļa informatīvajā ziņojumā izņem detalizēto tabulu par plānoto algu pieaugumu, tad premjers šo jautājumu var pievienot valdības darba kārtībā. D. Pavļuts šim kompromisam esot piekritis, un šī ir galvenā šīs dienas ziņa. Lai atalgojuma modelis ar kopējo finansējumu un pārkārtojumiem varētu virzīties tālāk, no informatīvā ziņojuma ir jāizņem lapa ar detalizēto grafiku. D. Pavļuts uzskata, ka tā ir pieņemama cena, lai virzītu tālāk kopīgi izdarīto darbu. Finanšu garantijas ir balstītas tajā, ka finansējuma aprēķins atbilst tam, kas ir Sabiedrības veselības pamatnostādnes.

E. E. Jurševics jautā, vai tas nozīmē, ka nākamā gada budžetā šie 50 miljoni *euro* nav garantēti.

D. Pavļuts atbild, ka nākamā gada budžetā neviens miljons nav skaidri noteikts, izņemot to, kas jau apsolīts rēķinu dzēšanai (ap 600 miljoniem *euro*), to, kas apsolīts aizsardzībai un iekšlietām, drošības stiprināšanai un vēl pāris lietas.

E. E. Jurševics jautā, vai šie 50 miljoni *euro* ir daļa no 99 miljoniem *euro*, ko Veselības ministrija prasījusi papildu finansējumam.

D. Pavļuts atbild, ka 55 miljoni *euro* ir apjoms, kas nepieciešams, lai nākamajā gadā turpinātu atalgojuma palielinājumu pēc grafika; 99 miljoni *euro* ir apjoms, kas ticis prasīts pagājušajā gadā.

E. E. Jurševics vēlas zināt, kāds ir kopējais papildu finansējums, ko Veselības ministrija prasījusi nākamajam gadam.

D. Pavļuts norāda, ka prioritārajos pasākumos ir iekļauts budžeta finansējums vairāk nekā 500 miljoni *euro*, ņemot vērā to, ka tur ir iekļautas visas iedomājamās pozīcijas. D. Pavļuts jautā G. Ozoliņai, vai nav pateikts kaut kas būtisks.

G. Ozoliņa papildina informāciju par saskaņošanas procesu. Vēlreiz aktualizētais projekts ir ievietots TAP sistēmā, nosūtīts atzinumu sniedzējiem, atzinuma sniegšanas termiņš ir pirmdiena.

D. Pavļuts papildina, ka būtu vēlams, lai šo jautājumu varētu izskatīt valdībā jau otrdien, tādēļ ir vēlams atzinumus sniegt laicīgi.

G. Ozoliņa papildina, ka Veselības ministrija Finanšu ministrijai ir lūgusi atzinumu iesniegt agrāk, bet to, kāds būs rezultāts, vēl redzēsim.

D. Behmane jautā, vai ir pieejams pilotprojektu rezultātu apkopojums.

D. Pavļuts atbild, ka ir redzējis prezentācijas no klīnikām, kas īstenojušas šos pilotprojektus, bet Veselības nozares stratēģiskās padomes sanāksmēs par to nav runāts.

D. Behmane jautā, vai iespējams saņemt šo informāciju.

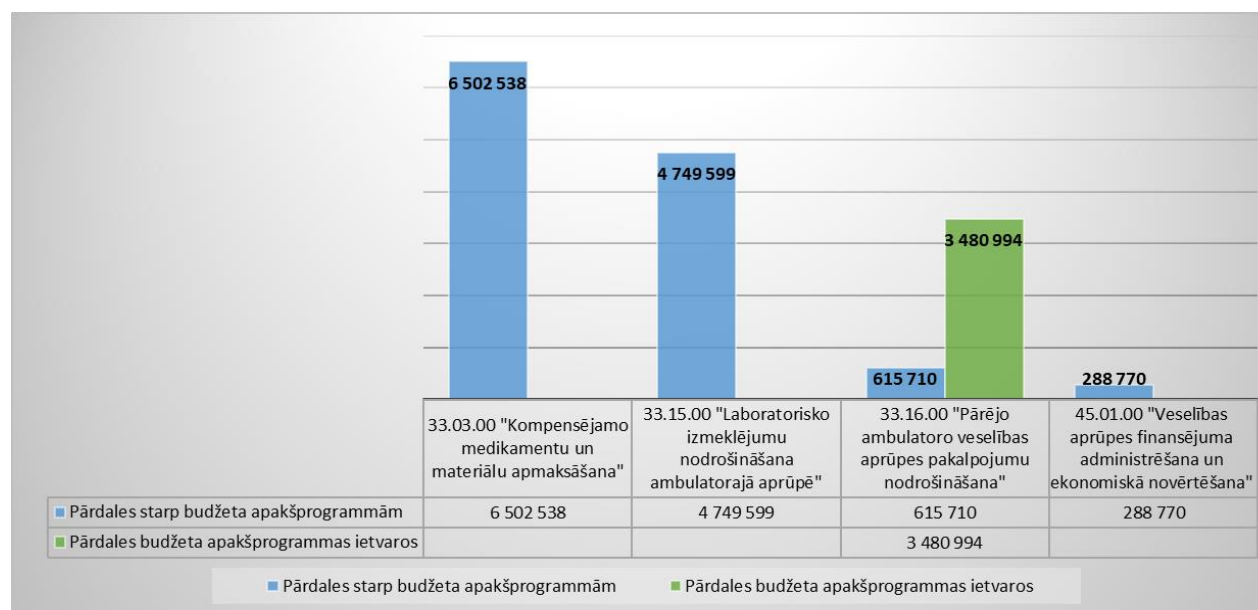
D. Pavļuts atbild, ka par šo jautājumu jāvienojas ar slimnīcām, kas īstenojušas pilotprojektus.

K. Kļaviņa informē, ka ir apstiprināts darba grupas rīkojums par samaksas modeļa normatīvo aktu izstrādi, un pirmais uzdevums ir apkopot galvenos pilotprojekta secinājumus. Kad darba grupa būs veikusi šo uzdevumu, ir paredzēts secinājumus prezentēt Veselības nozares stratēģiskās padomes sanāksmē.

D. Pavļuts pateicas par precizējumu. D. Pavļuts aicina uzdot papildu jautājumus. D. Pavļuts rezumē, ka galvenās izmaiņas ir atteikšanās no lapas ar detalizēto grafiku, un aicina pāriet pie nākamā darba kārtības jautājuma.

6. Veselības ministrijas piedāvājums budžeta pārdalei starp budžeta apakšprogrammām

G. Ozoliņa uzstājas ar prezentāciju. Reaģējot uz Finanšu ministrijas pieprasījumu sniegt informāciju par atlikumiem, kas veidojas, prognozējot budžeta izpildi līdz gada beigām, vienlaicīgi sniedzot informāciju par iztrūkumiem, Veselības ministrija sadarbībā ar Nacionālo veselības dienestu ir analizējusi un apkopojusi informāciju par veselības nozares budžetu. Kompensējamo medikamentu sadaļā prognozējamais deficīts ir 8,6 miljoni *euro*, laboratorisko izmeklējumu nodrošināšana ambulatorajā aprūpē deficīts sastāda 6,5 miljonus *euro*, pārējo ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanā deficīts arī sastāda 6,5 miljonus *euro*, veselības aprūpes finansējuma administrēšana un ekonomiskā novērtēšana sastāda 288 tūkstošu *euro* deficītu, norēķini par Eiropā sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem sastāda 8,2 miljonu *euro* deficītu, deficīts ēdināšanas finansējumā sastāda 1,2 miljonus *euro*, energoresursu sadārdzinājums stacionārajā palīdzībā veido 15,8 miljonu *euro* deficītu, energoresursu sadārdzinājums Veselības ministrijas padotības iestādēm veido 4 miljonu *euro* deficītu. Par šo jautājumu vēl jāpanāk politiska vienošanās, bet Veselības ministrijas priekšlikums Finanšu ministrijai ir saglabāt prognozējamo pārpalikumu veselības nozarē. Centralizētajai medikamentu iegādei pārpalikums ir 4,2 miljoni *euro*, primārās ambulatorās veselības aprūpes nodrošināšanai pārpalikums ir 1,9 miljoni *euro*, sekundārās ambulatorās veselības aprūpes nodrošināšanai pārpalikums ir 3,4 miljoni *euro*, plānveida stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanā pārdalāmais pārpalikums ir 7,2 miljoni *euro*. Kopumā prognozētais pārpalikums stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanā 24 miljoni *euro*, bet atlikušos 17 miljonus *euro* plānots saglabāt nozares ietvaros. Prezentācijā iekļauta informācija par finanšu līdzekļu pārdali starp budžeta apakšprogrammām un budžeta apakšprogrammu ietvaros, piemērojot korekcijas koeficientu 0,72842.



D. Pavļuts skaidro, ka Finanšu ministrija vērsusies pie visām ministrijām ar lūgumu apkopot faktisko budžeta izpildi, prognozēt iespējamus ietaupījumus, lai tos varētu novirzīt uz citām prioritātēm, piemēram, inflācijas seku mazināšanai. Apzinot Veselības ministrijas situāciju, konstatēts, ka ir ietaupījumi, bet tāpat konstatējumi arī iztrūkumi, piemēram, kompensējamo medikamentu un pakalpojumu finansējumā. Līdz ar to Veselības ministrija piedāvā ietaupījumu vismaz daļēji ieguldīt nozares finansējuma deficītā. D. Pavļuts ar mēģinās šo pozīciju aizstāvēt koalīcijā. D. Pavļuts aicina uzdot jautājumus.

E. E. Jurševics jautā, vai Finanšu ministrija piekrīt šādam risinājumam.

D. Pavļuts norāda, ka būs politiska diskusija par to, vai nozarēm var ļaut norādīt prioritātes pēc saviem ieskatiem, pārdalot budžeta pārpalikumu.

E. E. Jurševics, D. Behmane, M. Rēvalds norāda, ka atbalsta šādu pozīciju.

D. Behmane norāda, ka vispār nepieciešama saruna par budžeta plānošanu, par to, kā nozares iekšienē iespējams pārdalīt budžeta pārpalikumu.

D. Pavļuts norāda, ka tā ir budžeta filozofijas tēma. Ir lietas, kas risināmas nozares iekšienē. D. Pavļuts norāda, ka apspriests pēdējais darba kārtības punkts, un aicina vērst uzmanību uz citiem aktuāliem jautājumiem.

E. E. Jurševics jautā par Zāļu valsts aģentūras direktora vakanci.

D. Pavļuts norāda, ka ir konkrēts plāns, bet viņš plāno apmeklēt Zāļu valsts aģentūru, kuras darbinieki ir pelnījuši par šo plānu uzzināt pirmie. Bija neveiksmīgs mēģinājums atrast kandidātu konkursa ceļā. Tomēr ir atrasta iespēja pārcelt no cita amata valsts pārvaldē pieredzējušu darbinieku, iestādes vadītāju. Vēl ir palikuši daži formāli šķēršļi, tostarp citu ministriju piekrišana.

A. Ērglis norāda, ka viņam reizēm pārmet pārmērīgu optimismu un labvēlīgu attieksmi pret pastāvošo varu, bet viņaprāt svarīgs jautājums ir pēctecība. Ja tiek palielinātas algas, tad svarīgs ir palielināšanas pamats un standarti. A. Ērglis vērs L. Kozlovskas un S. Veides uzmanību uz to, ka arī kardiologiem ir noteikti standarti. Standartiem ir jābūt, to ieviešana ir pareiza, turklāt standarti mainās. Arī medicīnā ir nepieciešams diskutēt par problēmām, skatoties uz to jēgu. Ministrijas uzsāktais ceļš ir ļoti atbalstāms, ir redzamas rūpes par nozari, un tām vajadzētu turpināties. Šādi to vajadzētu mierīgi un konstruktīvi turpināt, ar konkrētiem skaitļiem, nevis ar politisku iztēli par to, kā lietām vajadzētu būt. A. Ērglis pateicas par paveikto un novēl veiksmīgi turpināt iesākto.

E. E. Jurševics papildina, ka līdz šim Veselības ministrijai un ministram nav bijuši tik smagi gadi, kā pēdējie. Nākošajam ministram būs vieglāk. Pandēmija uzlika smagu nastu, bet principā Veselības ministrija tika galā.

D. Pavļuts piekrīt, ka visi tika galā, un arī Veselības ministrija tika galā. Ir vienmēr svarīgi pateikties mediķiem, bet arī ierēdņi strādāja dienām un naktīm. D. Pavļuts pauž gandarījumu, ka ir arī ierēdņi, kuri ir izpelnījušies atzinību par paveikto. Jebkuram pēctecim būs iespēja turpināt iesākto, ja vien būs vēlme. Ir iesākts apjomīgs darbs, ir apjomīga investīciju programma infrastruktūras attīstībai aptuveni 700 miljonu *euro* apjomā, kas ir ieviesta tikai daļēji. Ir vesela virkne plānu veselības aprūpes apakšnozarēs (psihiskā veselība, atkarību ārstēšana, onkoloģija), atliek tikai darīt. Ir labi, moderni, progresīvi pasākumu plāni un dažādas stratēģijas, top cilvēkresursu stratēģija. Arī digitālās veselības jomā ir izdarīta pāreja no vecās pieejas uz modernāku. Atliek tikai darīt tālāk. Ja nebūtu bijusi pandēmija, nozares pārvaldības uzlabošanas

jomā būtu izdarīts vairāk. No otras puses arī pandēmijas pieredze ir devusi daudz. D. Pavļuts vēlreiz pateicas par kopīgi padarīto.

Sanāksmes vadītājs

(paraksts*)

Daniels Pavļuts

Protokolētājs

(paraksts*)

Ingmārs Freimanis

* PARAKSTĪTS AR DROŠU ELEKTRONISKO PARAKSTU UN SATUR LAIKA ZĪMOGU