**Koncepcijas projekts par veselības aprūpes sistēmas finansēšanas modeli**

(informatīvā daļa)

Saturs

[**I Esošās situācijas apraksts** 4](#_Toc344897224)

[1. Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība 9](#_Toc344897225)

[2. Pakalpojumu saņemšana un apmaksa 11](#_Toc344897226)

[3. Galvenās pastāvošās problēmas veselības aprūpes sistēmā 14](#_Toc344897227)

[**II Veselības aprūpes finansēšanas sistēmas Austrijā un Lietuvā** 16](#_Toc344897228)

[1. Austrija 17](#_Toc344897230)

[2. Lietuva 21](#_Toc344897231)

[**III Problēmas risinājuma iespējamie varianti** 26](#_Toc344897232)

[1.Modelis Nr.1 – plānveida veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas sasaiste ar nodokļa aprēķināšanas faktu 29](#_Toc344897233)

[1.1. 1A variants. Veselības aprūpes pakalpojumu saņemšana](#_Toc344897237) [pamatojoties uz to, ka par personas gūtajiem](#_Toc344897238) [ienākumiem ir aprēķināts IIN 38](#_Toc344897239)

[1.2. 1B variants. Veselības aprūpes pakalpojumu saņemšana pamatojoties uz to, ka par personas gūtajiem ienākumiem ir aprēķināts VSAOI 42](#_Toc344897272)

[2.Modelis Nr.2 – valsts veselības obligātā apdrošināšana ar valsts veselības apdrošināšanas obligāto iemaksu 3.65 procentpunktu apmērā ieviešanu 45](#_Toc344897298)

[**IV Nepieciešamie tiesību aktu projekti** 67](#_Toc344897323)

**Lietotie saīsinājumi:**

Veselības ministrija – VM

Nacionālais veselības dienests – NVD

Finanšu ministrija – FM

Valsts ieņēmumu dienests – VID

Ministru kabineta 2006.gada 19.decembra

noteikumi Nr.1046 „Veselības

aprūpes organizēšanas un

finansēšanas kārtība” – MK noteikumi Nr.1046

Ministru kabineta 2006.gada 31.oktobra

noteikumu Nr.899 „Ambulatorajai

ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko

ierīču iegādes izdevumu kompensācijas

kārtība” – MK noteikumi Nr.899

Iedzīvotāju ienākuma nodoklis – IIN

Uzņēmumu ienākuma nodoklis – UIN

Valsts sociālās apdrošināšanas – VSAOI

obligātās iemaksa

Iekšzemes kopprodukts – IKP

Valdības rīcības plāns – VRP

1. Esošās situācijas apraksts

Koncepcijas projekts par veselības aprūpes sistēmas finansēšanas modeli sagatavots:

* lai izpildītu Ministru prezidenta 2010.gada 17.maija rezolūciju Nr.18/TA-744, koncepcijā ietverot VM informatīvajā ziņojumā par obligātās veselības apdrošināšanas ieviešanas lietderību iekļautos secinājumus un risinājumus;
* saskaņā ar Ministru kabineta 2012.gada 16.februāra rīkojuma Nr.84 „Par VRP Deklarācijas par Valda Dombrovska vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību īstenošanai” rīcības plāna 18.1. un 18.2. punktiem, kuri paredz izstrādāt un iesniegt apstiprināšanai Ministru kabinetā koncepciju par veselības apdrošināšanas sistēmas izveidi un izstrādāt nepieciešamos normatīvos aktus par veselības aprūpes finansēšanu un nodrošināt, ka veselības aprūpei atvēlētais finansējuma apjoms (procentos no IKP) tiek tuvināts Eiropas Savienības valstu vidējiem rādītājiem. Mērķa īstenošanai veselības aprūpes valsts budžets gadā tiek palielināts vismaz par 0,25% no IKP, 2020.gadā sasniedzot rādītāju, ka veselības aprūpes valsts budžets ir 4,5% no IKP;
* lai izpildītu Ministru prezidenta 2009.gada 21.oktobra rezolūciju Nr.111-1/170, iekļaujot jautājumu par sistēmā strādājošā ārstniecības personāla atalgojumu.

Koncepcijas izstrādes laikā tika nodrošināta:

* sistēmas maiņas priekšizpēte, NVD organizējot sanāksmes, kurās piedalījās ministrijas (Izglītības un zinātnes ministrija, Labklājības ministrija, Iekšlietu ministrija) un to padotībā esošās institūcijas (Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra, VID, Nodarbinātības valsts aģentūra, Pilsonības un migrācijas lietu pārvalde);
* VM un uzņēmuma Ernst & Young Baltic organizēta diskusija – seminārs „Veselības aprūpes sistēmas finansēšanas izmaiņas – iespēju salīdzinājums”, kurā piedalījās FM, Labklājības ministrijas, Latvijas Pašvaldību savienības, apdrošinātāju asociācijas pārstāvji;
* sabiedriskā apspriešana, publicējot koncepciju mājas lapā un aicinot sabiedrību sniegt viedokli par koncepciju – sabiedriskās apspriešanas laikā no iedzīvotājiem pamatā tika saņemti lūgumi sīkāk skaidrot koncepcijas projektu, kas arī tika darīts, kā arī saņemts viens priekšlikums par vēl vienu iedzīvotāju kategoriju, par kuru maksājumus veic valsts (personas, kuras kopj pilngadīgu I grupas invalīdu), ar kuru tika papildināts koncepcijas projekts;
* koncepcijas prezentēšana un apspriešana Veselības aprūpes nozares apakšpadomes (VANA) sēdē, kurā pārstāvēta Latvijas Slimnīcu biedrība, Latvijas Ārstniecības un aprūpes darbinieku arodsavienība, Latvijas Veselības un sociālās aprūpes darbinieku arodbiedrība un Veselības aprūpes darba devēju asociācija – 19.07.2012 VANA sēdē tika nolemts: darbs pie koncepcijas ir turpināms; aicināt 2012.gada 2.augusta Nacionālās trīspusējās sadarbības padoms sēdē izskatīt jautājumu par VRP izpildi attiecībā uz IKP procentuālo pieaugumu veselības aprūpei VRP noteiktajos apmēros un paredzētajos termiņos;
* koncepcijas prezentēšana un apspriešana Nacionālās trīspusējās sadarbības padomes sēdē un tikšanās laikā ar Latvijas Tirdzniecības un rūpniecības kameras pārstāvjiem – 05.07.2012 Nacionālās trīspusējās sadarbības padomes sēdē tika nolemts: atbalstīt VM izstrādāto koncepciju par plānveida veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības sasaistīšanu ar nodokļu nomaksāšanu; turpināt darbu sadarbībā ar FM pie koncepcijas izstrādes, izvērtējot, cik lielu nodokļu daļu iekļaut veselības aprūpes budžetā un cik lielu summu vajadzēs maksāt nodokļu nemaksātājiem, lai saņemtu plānveida pakalpojumus; nākamās VANA sēdes darba kārtībā iekļaut jautājumu par obligātās veselības apdrošināšanas koncepciju.

23.11.2012 pētījumu aģentūra TNS sadarbībā ar telekompāniju LNT, raidījumu 900 sekundes, prezentēja pētījumu, kas apliecina, ka lielākā daļa (60%) Latvijas ekonomiski aktīvo iedzīvotāju vecumā no 18 līdz 55 gadiem ir informēti par izstrādāto koncepciju, kas paredz Latvijā izveidot jaunu veselības aprūpes finansēšanas sistēmu, kur finansējuma avots ir personificēti, iedzīvotāju ienākumiem piesaistīti maksājumi. 45% Latvijas ekonomiski aktīvo iedzīvotāju vecumā no 18 līdz 55 gadiem uzskata, ka veselības aprūpes finansēšana būtu jāpiesaista IIN nomaksai. Pētījumu var atrast: [http ://www.tns.lv/?lang=lv&fullarticle=true&category=showuid&id=3998](http://www.tns.lv/?lang=lv&fullarticle=true&category=showuid&id=3998).

Laika posmā no 2005.-2008.gadam veselības aprūpei piešķirtais finansējums pakāpeniski pieauga, taču ekonomiskās krīzes rezultātā kopš 2009.gada veselības aprūpes budžets katru gadu tiek samazināts, pamatā samazinot finansējumu slimnīcām, vienlaicīgi tika attīstīta ambulatorā un mājas aprūpe, lai ierobežotā finansējuma apstākļos valsts iedzīvotājiem nodrošinātu veselības aprūpes pakalpojumus minimāli nepieciešamajā apjomā (skatīt 1.attēlu „Veselības aprūpes finansējums 2005.-2012.g. sadalījumā pa pamatfunkcijām un ES fondu un ārvalstu finanšu instrumentiem”).

1.attēls

\*ES fondu un ārvalstu finanšu palīdzības finansējums – no 2011.gada 1.novembra kopā ar FM Centrālās finanšu un līgumu aģentūras pārziņā esošo finansējumu veselības aprūpei.

Izdevumi veselības aprūpei (ambulatorā, stacionārā un specializētā veselības aprūpe) 2012.gadā sastāda 87 % no kopējiem valsts budžeta izdevumiem veselības nozares jomā. Atlikušie 13 % ir citi izdevumi, kuri tiek izlietoti šādās jomās:

* 7% - ES fondiem un ārvalstu finanšu palīdzībai;
* 3 % - medicīnas izglītības nodrošināšanai (gan augstākā izglītība, gan rezidentu apmācība);
* 1 % - nozares administrēšanas nodrošināšanai (VM un NVD darbības nodrošināšana);
* 1 % - nozares uzraudzības nodrošināšanai (Veselības inspekcijas un Slimību profilakses un kontroles centra darbības nodrošināšana);
* 1 % - starptautisko saistību nodrošināšanai (Krievijas Federācijas militāro pensionāru veselības aprūpes nodrošināšana un dalība starptautiskās organizācijās) un izdevumiem kultūrai.

Veselības nozarē 2009.gadā tika īstenotas straujas pārmaiņas, kā rezultātā ir ievērojami samazināts veselības nozarē strādājošo un iestāžu skaits, un tādejādi bija iespējams nodrošināt veselības aprūpes pakalpojumus minimāli nepieciešamā apjomā. Slimnīcu skaits ir samazināts, sasniedzot vienu no zemākajiem slimnīcu skaita rādītājiem uz 100 000 iedzīvotāju Eiropas Savienībā, salīdzinājumā ar 2006., 2007.gadu, kad Latvijā bija viens no augstākajiem slimnīcu skaita rādītājiem – 2006.gadā 106 slimnīcas, turpretī 2010.gadā vien 39 slimnīcas. Veselības aprūpes budžeta ekonomiskas izlietošanas sekmēšanai 2009.gadā ir uzsākti pasākumi ambulatorā sektora pieejamības veicināšanai. Savukārt ārstniecības personu skaits normāla darba laika ietvaros (ārstniecības iestādēs, kuras ir līgumattiecībās ar NVD par no valsts budžeta apmaksājamo veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu) ir samazinājies no 24 742 - 2008.gadā līdz 17 800 - 2011.gadā.

Kā norādīts pētījumā „Eiropas Savienības statistikas pētījums par ienākumiem un dzīves apstākļiem” („The European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) survey”), krīzes apstākļos ir palielinājies to cilvēku īpatsvars, kuri norādījuši, ka nepieciešamības gadījumā neveica veselības pārbaudi ārstniecības pakalpojumu nepietiekamas pieejamības dēļ – no 10,1% 2008.gadā līdz 16,2% 2011.gadā. Saskaņā ar pētījumu par pakalpojumu nepietiekamu pieejamību liecina trīs iemesli: 1) pārāk dārgi; 2) pārāk tālu jābrauc; 3) pārāk ilgi jāgaida uz pieņemšanu. Jāatzīmē, ka īpaši palielinājies rādītājs „pārāk dārgi”, jo, ja 2008.gadā 6,8% no aptaujātajiem respondentiem atzina, ka pakalpojums ir nepieejams tā dārdzības dēļ, tad 2011.gadā uz šo iemeslu norādīja jau 14,7% respondentu. Tai pat laikā rādītājs „pārāk tālu jābrauc” ir palicis nemainīgs – 0,7% no respondentiem atzina, ka pakalpojums nepieejams, jo pārāk tālu jābrauc, gan 2008.gadā, gan 2011.gadā, bet rādītājs „pārāk ilgi jāgaida uz pieņemšanu” ir samazinājies no 2,5% 2008.gadā līdz 0,8% 2011.gadā[[1]](#footnote-1).

Šādas izmaiņas var skaidrot gan ar valsts budžeta līdzekļu samazinājumu, gan ar kopējās ekonomiskās situācijas pasliktināšanos.

No 2010.-2012.gadam ir strauji krities publiskā veselības aprūpes finansējuma procentuālais īpatsvars no IKP un 2012.gadā tie ir 3.47%, kas ir otrs zemākais rādītājs pēdējo astoņu gadu laikā.

2.attēls

Datu avots: VM (finansējums – ikgadējais likuma par valsts budžetu, iedzīvotāju skaits – CSP dati)

No 2000.-2008.gadam ik gadu ir pieauguši veselības aprūpes izdevumi uz vienu iedzīvotāju (skatīt 2.attēlu „Veselības aprūpes izdevumi uz vienu iedzīvotāju, latos” - norādītajā finansējumā ir ietverti valsts budžeta izdevumi veselības aprūpei, ES fondi un ārvalstu finanšu instrumenti). Savukārt no 2009.-2012.gadam tie ir samazinājušies, bet ar tendenci pieaugt, jo samazinās iedzīvotāju skaits. Veselības aprūpes izdevumu apjomu uz vienu iedzīvotāju ietekmē arī sabiedrības novecošanās, t.i., pieaugošais veco ļaužu īpatsvars valstī, jo tieši gados vecie iedzīvotāji veselības aprūpes pakalpojumus izmanto visaktīvāk.

Papildus VM budžetā paredzētajam veselības aprūpes finansējumam, atbilstoši likuma „Par obligāto sociālo apdrošināšanu pret nelaimes gadījumiem darbā un arodslimībām” 14.panta trešajai daļai – sociāli apdrošināto personu ārstēšana, aprūpe un medicīniskā rehabilitācija tiek segta arī no darba negadījumu speciālā apdrošināšanas budžeta. Plānotais finansējums, atbilstoši Labklājības ministrijas datiem, 2012. un 2013.gadā - 96 946 lati.

Latvijā ir viens no zemākajiem rādītājiem publisko izdevumu apjomam veselības aprūpei no kopējiem valdības izdevumiem (skatīt 3.attēlu „Publiskie izdevumi veselības aprūpei % no kopējiem valdības izdevumiem 2009.gadā”).

3.attēls

Datu avots: PVO datubāze

Kopējie izdevumi veselības aprūpes nozarei Latvijā procentos no IKP ir vieni no zemākajiem starp 27 Eiropas Savienības valstīm – 6,7% (2010.gadā – ceturtais zemākais rādītājs) (skatīt 4.attēlu „Kopējie izdevumi veselības aprūpes nozarei ES valstīs, 2010.gads (% no IKP)”). Lielāko daļu no kopējiem izdevumiem veselības aprūpes nozarei veido publiskie jeb valsts izdevumi (4,0% no IKP), kamēr privātie izdevumi – (2,7% no IKP) (2010.gadā), tomēr, salīdzinot valsts un privāto izdevumu attiecību (60% pret 40%) Latvijā un citās ES valstīs, ir redzams, ka Latvijā ir salīdzinoši liels privāto izdevumu apjoms (skatīt 3.attēlu). Pastāv cieša saistība – jo zemāks valsts jeb publiskais finansējums pret kopējiem izdevumiem no IKP, jo lielāki ir pacientu tieši maksājumi.

Starp jaunajām ES dalībvalstīm (pievienojušās pēc 2004.gada) veselības aprūpei no valsts jeb publiskā finansējuma vidēji tiek nodrošināti 4,6% no IKP, savukārt plānotie 4,5% no IKP Latvijā ir noteikti VRP.

4.attēls

Kopējie izdevumi veselības aprūpes nozarei

ES valstīs, 2010. gads (% no IKP)[[2]](#footnote-2)

*Avots: Pasaules Veselības organizācija (PVO)*

1. **Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība**

Atbilstoši Ārstniecības likuma 4.panta 1.daļai „[*Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību*](http://www.likumi.lv/doc.php?id=99669)*, plānveida veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas pretendentu rindu veidošanas kārtību*, *to ārstniecības pakalpojumu veidus un apjomu, kuri tiek apmaksāti no valsts pamatbudžeta un pakalpojumu saņēmēju līdzekļiem, kā arī šīs samaksas kārtību nosaka Ministru kabinets”* un 16.pantam „*Ikvienam ir tiesības saņemt neatliekamo medicīnisko palīdzību Ministru kabineta noteiktajā kārtībā*”. Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību, to ārstniecības pakalpojumu veidus un apjomus, kuri tiek apmaksāti no valsts budžeta un pakalpojumu saņēmēja līdzekļiem, un samaksas kārtību par minētajiem pakalpojumiem, nosaka MK noteikumi Nr.1046.

Veselības aprūpes nozares valsts budžeta līdzekļu izlietojums ir VM pārraudzībā.Laika posmā no 1997.gada līdz 2004.gadam bija divi galvenie veselības aprūpes budžeta ieņēmumu avoti: iezīmēti 28,4 % no iedzīvotāju ienākumu nodokļa un dotācijas no vispārējiem ieņēmumiem (arī finansēti centrālajā līmeni no nodokļu ieņēmumiem). Šo finansējumu iekasēja valdība un nodeva veselības apdrošināšanas organizācijai (Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra), kura savukārt piešķīra šo finansējumu astoņām teritoriālajām „slimokasēm”, kuras attiecīgi iepirka pakalpojumus saviem iedzīvotājiem. Sākot ar 2004.gada janvāri, tika atcelta veselības aprūpei iezīmētā algas nodokļa daļa. Kopš 2005.gada janvāra Latvijas veselības aprūpes galvenais ieņēmumu avots ir vispārējie, neiezīmētie nodokļi. Tomēr Latvijas finansēšanas sistēma atšķiras no vairuma uz nodokļiem bāzēto sistēmu ar to, ka šie valdības līdzekļi joprojām tiek nodoti Veselības ministrijas padotības iestādei NVD, kas darbojas kā pakalpojumu iepircējs visiem iedzīvotājiem[[3]](#footnote-3). Šāda pakalpojuma pircēja atdalīšana no pakalpojuma sniedzēja ir tipiska obligātās sociālās veselības apdrošināšanas pazīme.

Veselības aprūpes nozare tiek organizēta šādos četros līmeņos:

* 1. 1.līmenis – neatliekamā palīdzība tiek sniegta gadījumos, kad ir apdraudēta pacienta veselība vai dzīvība piepešas saslimšanas vai ievainojuma dēļ;
	2. 2.līmenis – primārā veselības aprūpe:
		1. veselības veicināšanas pasākumi;
		2. agrīna slimību diagnostika;
		3. veselības stāvokļa uzraudzība, izmantojot vienkāršas un izmaksu ziņā efektīvas medicīnas tehnoloģijas;
	3. 3.līmenis – sekundārā veselības aprūpe:
	4. specializēta ambulatorā un stacionārā (nepieciešama pacienta ievietošana slimnīcā) veselības aprūpe;
	5. vērsta uz maksimāli ātru un kvalitatīvu pacienta veselības stāvokļa uzlabošanu līdz pakāpei, kad iespējama tālāka ārstēšana, veicot primārās veselības aprūpes pasākumus;
	6. 4.līmenis – terciārā veselības aprūpe:
	7. specializēta ambulatorā un stacionārā veselības aprūpe;
	8. saistīta ar tehniski daudzveidīgu un sarežģītu medicīnisko tehnoloģiju izmantošanu.

Latvijā veselības aprūpes apmaksai pamatā izšķirami trīs veselības aprūpes finansēšanas avoti:

* 1. valsts budžeta dotācija no vispārējiem ieņēmumiem *(līdzekļi izdevumu segšanai par valsts apmaksātajiem veselības aprūpes pakalpojumiem)*;
	2. pacientu maksājumi *(līdzekļi izdevumu segšanai, kas netiek iekļauti veselības aprūpes budžetā)*:
		1. pacientu līdzmaksājumi un pacientu iemaksas par visiem normatīvajos aktos paredzētajiem pakalpojumiem (atsevišķas pacientu grupas no pacientu līdzmaksājumiem un pacientu iemaksām ir atbrīvotas un tām šie izdevumi tiek kompensēti no valsts budžeta);
		2. pacientu tiešie maksājumi par pakalpojumiem, kurus nefinansē no valsts budžeta līdzekļiem, kā arī, ja pacients nevēlas saņemt veselības aprūpes pakalpojumus atbilstoši valsts noteiktajai veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas un finansēšanas kārtībai, pacients var saņemt veselības aprūpes pakalpojumus, sedzot to izmaksas no saviem finanšu līdzekļiem. Šajā gadījumā pacients saņem veselības aprūpes pakalpojumus, sedzot to izmaksas pilnā apjomā.
	3. privātā jeb brīvprātīgā apdrošināšana, kura tiek piedāvāta darba devējiem vai indivīdiem lietotāja maksas segšanai par valsts nefinansētiem pakalpojumiem (papildu apdrošināšana) vai par papildu labumiem, piemēram, ātrāku piekļuvi pakalpojumiem.
1. **Pakalpojumu saņemšana un apmaksa**

Veselības aprūpe ir būtiska sabiedrības veselības sastāvdaļa. Tā ietver gan ārstniecisko, gan farmaceitisko aprūpi un ir vērsta uz veselības nodrošināšanu, uzturēšanu un atjaunošanu. Latvijas Republikas Satversmes 111.pants nosaka – „*Valsts aizsargā cilvēku veselību un garantē ikvienam medicīniskās palīdzības minimumu*”, tādējādi svarīgi ir radīt nosacījumus, lai visi iedzīvotāji saņemtu izmaksu efektīvus, pieejamus un kvalitatīvus veselības aprūpes pakalpojumus. Lai saņemtu plānveida palīdzību, nepieciešams vērsties pie ģimenes ārsta, speciālista vai ieslodzījuma vietā strādājoša ārsta, lai saņemtu nosūtījumu. Pamatojoties uz identificētajām veselības problēmām pacients tiek nosūtīts pie atbilstošā speciālista. Valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus pacientiem ir iespējams saņemt ārstniecības iestādēs, kas noslēgušas līgumu ar NVD. Ja persona vēršas pie veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja (ārstniecības iestādes (stacionārās, ambulatorās), ģimenes ārsta, neievērojot valstī noteikto veselības aprūpes saņemšanas kārtību, vai vēršas pie veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja, kam nav noslēgts līgums ar NVD, tādā gadījumā tas ir maksas pakalpojums. Ja starp NVD un veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem noslēgtajā līgumā paredzētais piešķirto līdzekļu apjoms, kas sadalīts pa mēnešiem, pārsniedz paredzētos līdzekļus attiecīgajam mēnesim, veidojas rinda, kaut arī kapacitāte vairumam veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju ir pietiekama. Veselības aprūpes pakalpojumi ir pieejami valstij un pašvaldībai piederošajās un privātajās ambulatorās un stacionārās ārstniecības iestādēs.[[4]](#footnote-4)

Atbilstoši MK noteikumiem Nr.1046 un MK noteikumi Nr.899 , NVD veic samaksu par veselības aprūpes pakalpojumiem, kā arī zālēm, medicīniskajām ierīcēm un precēm, kas paredzētas ambulatorajai ārstniecībai, saskaņā ar noslēgtajiem līgumiem, bet persona, saņemot valsts nodrošinātos veselības aprūpes pakalpojumus, veic pacienta iemaksu, izņemot MK noteikumu Nr.1046 10.punktā minētās iedzīvotāju kategorijas. Ārstniecības iestāde iekasē pacienta iemaksu, kā arī tā papildus var iekasēt līdzmaksājumus. Persona veic samaksu pilnā apmērā par tiem pakalpojumiem, kuru apmaksa no budžeta netiek veikta vispār, piemēram, homeopātiskā ārstēšana, dzirdes aprātu iegāde (izņemot dzirdes implantus bērniem).

MK noteikumi Nr.1046 nosaka pakalpojumu finansējuma plānošanas principus, lai nodrošinātu pakalpojumus pacientam no valsts budžeta līdzekļiem un pacienta iemaksas un līdzmaksājuma:

* ģimenes ārsta un viņa komandas sniegto veselības aprūpi, kā arī profilaktisko apskati vienreiz gadā;
* speciālista sniegto veselības aprūpi;
* laboratoriskos izmeklējumus un medicīniskās manipulācijas ar ģimenes ārsta vai speciālista nosūtījumu;
* veselības aprūpi dienas stacionārā;
* mājas aprūpi;
* neatliekamās medicīniskās brigādes palīdzību;
* neatliekamo medicīnisko palīdzību slimnīcās un traumpunktos;
* veselības aprūpi neatliekamās medicīniskās palīdzības slimnīcās, nodrošinot vairāku speciālistu palīdzību un nepieciešamos izmeklējumus;
* aprūpi slimnīcās pēc ārstniecības posma pabeigšanas neatliekamās medicīniskās palīdzības slimnīcā, kā arī hronisku slimību paasinājuma gadījumos;
* rehabilitāciju pēc ārstniecības posma pabeigšanas neatliekamās medicīniskās palīdzības slimnīcā vai medicīniskās rehabilitācijas dinamisko novērošanu;
* kompensējamās zāles un medicīnas ierīces.

Zāļu iegādes kompensācijas sistēma ir nozīmīga veselības aprūpes sastāvdaļa, kas paredz zāļu kompensāciju no valsts budžeta līdzekļiem pacientiem, kuri slimo ar smagām un hroniskām slimībām un kuriem zāļu lietošana ir nepieciešama dzīvības funkciju nodrošināšanai un uzturēšanai. Zāļu kompensācijas apjoms (100%, 75% vai 50%) ir atkarīgs no slimības rakstura un smaguma pakāpes.

Farmācijas likuma 5.panta 20.punktā ir dots deleģējums Ministru kabinetam noteikt ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtību. MK noteikumos Nr.899 tiek izdalīti divi kompensēšanas mehānismi:

* vispārējais – zāļu kompensācija atbilstoši kompensējamo zāļu A, B un C sarakstam un MK noteikumu Nr.899 1.pielikumā iekļauto diagnožu ārstēšanai;
* individuālais – ietverts MK noteikumu Nr.899 XII nodaļā „Zāļu un medicīnisko ierīču kompensācija individuālām personām”, paredzot kompensācijas iespējas izņēmumu gadījumos, kad zāles nav iekļauts kompensējamo zāļu sarakstā (nav ārstnieciski un ekonomiski izvērtēts) un bez konkrēto zāļu lietošanas nav iespējams uzturēt pacienta dzīvības funkcijas.

Šobrīd valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus var saņemt ikviens Latvijas iedzīvotājs, neatkarīgi no nodokļu maksāšanas vai nemaksāšanas fakta. Par nodarbinātajām personām Latvijas Republikā šobrīd tiek maksāti divu veidu nodokļi:

* IIN – 24% apmērā no 2013.gada 1.janvāra;
* VSAOI atkarībā no apdrošinātās personas statusa 20% (personām, kuras brīvprātīgi pievienojas valsts pensiju apdrošināšanai) līdz 35.09% apmērā.

Kamēr iedzīvotāju VSAOI tiek izmantotas dažādiem sociālās sfēras pakalpojumiem (pensijas, pabalsti utt.), veselības aprūpe valstī tiek apmaksāta no valsts pamatbudžeta līdzekļiem, un IIN ir viens no valsts pamatbudžetu veidojošajiem nodokļiem. Saskaņā ar likumu „Par iedzīvotāju ienākuma nodokli”, IIN maksā fiziskas personas, kuras taksācijas gadā gūst ienākumus Latvijas Republikā un/vai ārvalstīs. Ar IIN apliekamais objekts ir iekšzemes nodokļu maksātāja taksācijas gada (mēneša) ienākums.

 Pēc VID un Centrālās statistikas pārvaldes datiem (iedzīvotāju skaits pārrēķināts saskaņā ar 2011.gada tautas skaitīšanas rezultātiem) IIN 2011.gadā ir maksājuši 66.8% no darbaspējas vecumā esošajiem Latvijas iedzīvotājiem.

Līdz ar to var secināt, ka ir daļa iedzīvotāju, kas šobrīd gan attaisnojošu, gan neattaisnojošu iemeslu dēļ nemaksā IIN un kuru veselības aprūpe tiek finansēti no kopējā valsts budžeta. Šāda situācija var tikt neviennozīmīgi vērtēta no sociālā taisnīguma viedokļa un neveicināt nodokļu maksāšanu, nodokļu maksātājus nostādot neizdevīgākā situācijā, jo viņi ir spiesti apmaksāt arī citu saņemtos pakalpojumus.

Pašreizējās veselības aprūpes finansēšanas sistēmas priekšrocības un trūkumi[[5]](#footnote-5)

| **Priekšrocības** | **Trūkumi** |
| --- | --- |
| * Pašreizējā veselības aprūpes finansēšanas sistēmā tiek ievērots solidaritātes princips – veselības aprūpes pakalpojumi tiek nodrošināti, neskatoties uz pacienta veiktajām iemaksām, pretēji veselības aprūpes sistēmām, kas balstītas uz privāto veselības aprūpes apdrošināšanu (apdrošinātā persona maksā tikai par sevi un šī maksājuma pamatā ir personas saslimšanas riska novērtējums);
* Pastāv skaidri nodalīti veselības aprūpes sistēmas līmeņi – neatliekamā, primārā, sekundārā un terciārā.
 | * Pašreizējā veselības aprūpes sistēmā nepastāv nodokļu nomaksas sasaiste ar valsts nodrošināto veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu. Pamatbudžeta noteikšanas principi nav sasaistīti ar faktisko vajadzību pēc veselības aprūpes pakalpojumiem;
* Pašlaik valsts budžeta plānošanā nav iedibināta prakse sasaistīt pamatbudžeta nodokļus ar to izlietošanas mērķi;
* Zemā veselības aprūpes finansējuma dēļ veidojas rindas veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai, kaut arī kapacitāte veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai ir pietiekama;
* Latvijā šobrīd veselības aprūpes piešķirtais finansējums ir ļoti zems - veselības aprūpes valsts daļas budžets Latvijā % pret IKP 2007. gadā bija 3,51%, 2010- 4,01%. Citās ES valstīs (4,6%-7%), tomēr jāņem vērā, ka Latvijā ir salīdzinoši augsts privāto maksājumu īpatsvars;
* Ārstniecības likums pieļauj situāciju, ka ārvalstīs strādājošie un ārvalstīs nodokļus maksājošie Latvijas iedzīvotāji saņem Latvijā veselības aprūpes pakalpojumus bez nodokļu maksāšanas Latvijā.
 |

1. **Galvenās pastāvošās problēmas veselības aprūpes sistēmā**
2. Šobrīd veselības aprūpes budžets nav sasaistīts ar nodokļu ieņēmumiem un ieņēmumi nav personificēti. Līdz ar to pastāv situācija, ka Latvijas iedzīvotāji saņem veselības aprūpes pakalpojumus bez tiešu, uz veselības aprūpi vērstu nodokļu maksāšanas Latvijā, kā arī no gada uz gadu pastāv veselības aprūpes budžeta neprognozējamība.
3. Finansējums, līdz ar krīzes gados veikto samazinājumu, ir nepietiekams esošā veselības aprūpes pakalpojumu apjoma nodrošināšanai, turklāt finansējums tiek piešķirts, nesasaistot to ar faktiski nepieciešamo pakalpojumu apjomu.
4. Šāda samazinātā finansējuma apstākļos nav iespējams nodrošināt sniegto veselības aprūpes pakalpojumu ilgtspējību un stabilitāti, jo mainoties ekonomiskajai situācijai ir ievērojami samazināts finansējums, kas ir pretēji citās ES valstīs veiktajiem pasākumiem veselības nozares finansējumā, kur tas ir saglabāts aptuveni iepriekšējo gadu līmenī.
5. Veselības aprūpes finansēšanas sistēmas Austrijā un Lietuvā

Mūsdienās izdala trīs galvenos veselības aprūpes finansēšanas modeļus: sociālā veselības apdrošināšana, vispārējā nodokļu valsts finansēšanas sistēma un brīvprātīgā privātā veselības apdrošināšana[[6]](#footnote-6).

1. *Sociālā (obligātā) veselības apdrošināšana*

Galvenās sociālās veselības apdrošināšanas pazīmes ir – sociālās apdrošināšanas iemaksas ir obligātas visiem vai daļai no populācijas; iemaksas nav saistītas ar risku un tās tiek turētas atsevišķi no citiem iekasētajiem nodokļiem vai iemaksām. Parasti iemaksas tiek piemērotas kā daļa no ienākumiem, kurus maksā darba devējs un darba ņēmējs. Iemaksu proporcija plaši atšķiras starp dažādām valstīm. Sociālās veselības apdrošināšanas iemaksas tiek savāktas fondos (sauktas arī slimokases), kuri ir privātas vai publiskas bezpeļņas organizācijas, parasti, ar likumā noteiktu atbildību. Fondi darbojas kā veselības aprūpes pakalpojumu pircēji/maksātāji. Starp fondiem un pakalpojumu sniedzējiem pastāv līgumattiecības. Fondu skaits un izcelsme plaši atšķiras.[[7]](#footnote-7) Šobrīd sociālā (obligātā) veselības apdrošināšana darbojas Austrijā, Beļģijā, Francijā, Vācijā, Luksemburgā, Ungārijā, Igaunijā, Šveicē, u.c. Minētajās valstīs veselības aprūpes pakalpojumus no veselības apdrošināšanas fonda līdzekļiem saņem attiecīgi: 99%, 99- 100%, 100%, 88%, 100% iedzīvotāji[[8]](#footnote-8).

1. *Vispārējā nodokļu valsts finansēšanas sistēma*

Šajā sistēmā veselības aprūpes finansējuma galvenais avots ir dotācija no pamatbudžeta vispārējiem ieņēmumiem. Sistēma raksturojas ar centralizēti organizētiem valsts veselības aprūpes pakalpojumiem, kur pakalpojumus nodrošina, galvenokārt, publiski pakalpojumu sniedzēji. Sistēmas lielākais pluss ir valsts administrācija, kas to padara kontrolējamu, ar maziem administrācijas izdevumiem, bet mīnuss – nozares finansēšana ir pakļauta regulārām pārmaiņām un politiskiem manevriem, kā arī veselības aprūpes budžets konkurē ar citām prioritātēm valstī.

Šobrīd šī sistēma darbojas Anglijā, Itālijā, Spānijā, Portugālē Zviedrijā, Dānijā, Norvēģijā, Maltā un Somijā.

1. *Brīvprātīgā privātā veselības apdrošināšana*

Brīvprātīgās veselības apdrošināšanas gadījumā maksājumu apdrošināšanas kompānijai veic darba devēji, asociācijas, indivīdi un ģimenes. Brīvprātīgās veselības apdrošināšanas prēmiju iekasēšana balstās uz tirgus principiem un to savākšanu nodrošina privātās apdrošināšanas sabiedrības. Veselības apdrošināšanas maksājuma (prēmijas) aprēķina pamatā ir personas saslimšanas riska novērtējums. Personas saslimšanas riska novērtējums tiek izsvērts no individuālā riska konkrētam cilvēkam, kā arī ņemot vērā visas sabiedrības veselības risku kopējās tendences. Tas nozīmē, ka apdrošinātā persona maksā tikai par sevi un šajā gadījumā nedarbojas solidaritātes princips. Amerikas Savienotās Valstis ir labs veselības sistēmas piemērs, kurā paļaujas galvenokārt uz privāto veselības apdrošināšanu.

Koncepcijā detalizēti analizētas Lietuvas un Austrijas veselības aprūpes finansēšanas sistēmas. Lietuva ir izvēlēta, jo ir Baltijas valsts ar Latvijai līdzīgu ekonomisko situāciju, kā arī tā ir viena no pēdējām valstīm, kura ieviesa veselības apdrošināšanas sistēmu. Savukārt Austrijas veselības aprūpes sistēma tika izvēlēta, jo ir viena no senākajām un labāk funkcionējošām veselības apdrošināšanas sistēmām. Tā ir viena no starptautiski atzītākajām veselības aprūpes sistēmām, kā arī tai ir augsts veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības līmenis.

1. **Austrija**

Vispārēja informācija par Austrijas veselības aprūpes sistēmu[[9]](#footnote-9)

| **Rādītājs** | **Apraksts** |
| --- | --- |
| **Veselības aprūpes izdevumi** | 11% no IKP, t.sk. publiskie izdevumi (8,5% no IKP) un privātie izdevumi (2,5% no IKP) 2010.gadā  |
| **Veselības aprūpes sistēma** | Obligātā valsts veselības apdrošināšana, ko saņem 99% no kopējā iedzīvotāju skaita Austrijā. Balstīta uz obligāto veselības apdrošināšanu un solidaritātes principu. |
| **Veselības aprūpes sistēmas principi** | Solidaritāte, universālums un finansiālā pieejamība |
| **Finansēšanas avoti** | Galvenais finansējuma avots – sociālā veselības apdrošināšana  |
| **Apdrošināšanas institūcijas** | 24 sociālās apdrošināšanas institūcijas, 21 no tām – apdrošināšanas fondi |

Kopējie izdevumi veselības aprūpes nozarei Austrijā procentos no IKP ir viens no augstākajiem rādītājiem starp 27 Eiropas Savienības valstīm – 11% (2010.gadā - sestais augstākais rādītājs). Austrijā publiskie izdevumi veselības aprūpes nozarei veido 8,5% no IKP, kamēr privātie izdevumi – 2,5%.[[10]](#footnote-10)

Austrijas veselības aprūpes sistēma pēc Pasaules Veselības organizācijas datiem ir ierindota kā 9. labākā pasaulē starp veselības aprūpes sistēmām, kā arī valsts iedzīvotāju apmierinātības līmenis ar pastāvošo sistēmu nozarē ir viens no augstākajiem Eiropā.[[11]](#footnote-11)

Austrijas veselības aprūpes finansēšanas sistēma ir balstīta uz solidaritātes principu. Austrijas iedzīvotāji nekādā veidā netiek diskriminēti attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību – ne pēc vecuma, dzimuma, izcelsmes, ne ienākumiem.[[12]](#footnote-12) Sociālajā veselības apdrošināšanā iesaistīto personu ienākumu līmenis nav ierobežojošs faktors sociālās veselības apdrošināšanas klasificēto veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai. Obligātā sociālā apdrošināšana aptver visus strādājošos un pensionārus, kuri neierobežoti saņem veselības aprūpes pakalpojumus.[[13]](#footnote-13)Austrijas veselības aprūpes sistēmā tiek izlīdzinātas atšķirības starp cilvēkiem ar augstiem un zemiem ienākumiem, nodarbinātajiem un bezdarbniekiem – iedzīvotāji netiek diskriminēti attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību.[[14]](#footnote-14)

Nodarbināto ģimenēs apgādājamie automātiski tiek segti no nodarbinātā ģimenes locekļa apdrošināšanas. Lai līdzapdrošināti tiktu pašnodarbināto personu apgādājamie, pašnodarbinātajiem nepieciešams iegādāties papildu apdrošināšanu.

Valsts apmaksā veselības aprūpi neaizsargātajām iedzīvotāju grupām (piemēram, maznodrošinātajām personām, invalīdiem) ar mērķi nodrošināt veselības aprūpes pieejamību visiem valsts iedzīvotājiem. Noteiktas personu grupas un hroniski slimas personas ir atbrīvotas no maksas par receptēm. Veselības apdrošināšanas fondi no savas puses izstrādā vadlīnijas par izņēmumiem citās pakalpojumu jomās. No veselības apdrošināšanas sistēmas tiek finansētas pieaugušo un bērnu profilaktiskās pārbaudes.

Likumā par ilgtermiņa aprūpes pabalstiem paredzēts atbalsts (naudas pabalstu un pabalstu natūrā kombinācija) tādām neaizsargāto personu grupām kā vecāka gadagājuma personas ar invaliditāti. Šie pabalsti nav atkarīgi no personas ienākumiem vai to īpašumā esošajiem aktīviem. Likumā izdalītas septiņas vecāka gadagājuma personu grupas (katrai no tām ir atšķirīgas vajadzības pēc veselības aprūpes pakalpojumiem). Personām, kas ietilpst pirmajā līmenī dienas ietvaros ir nepieciešama salīdzinoši īsa vizīte, personām virs trešā līmeņa ir nepieciešama stacionārā aprūpe 24 stundas diennaktī, savukārt personām, kas kvalificējas sestajam un septītajam līmenim nepieciešama nepārtraukta aprūpe. Likumā noteiktajām personu grupām tiek piešķirts ikmēneša pabalsts, kas ir atšķirīgs katram no septiņiem līmeņiem (pirmajam līmenim – LVL 109 (EUR 155), septītajam līmenim – LVL 1 160 (EUR 1 650)). Jāatzīmē, ka koncepcija šo jautājumu nerisina, tomēr ņemot vērā sabiedrības novecošanos, valdībai tuvāko gadu laikā būs jāpieņem lēmums par ilgtermiņa aprūpes iespējamiem attīstības modeļiem.

Sociālā palīdzība maznodrošinātajām personām tiek sniegta no pašvaldību budžeta. Savukārt tie nodarbinātie, kuru vidējie mēneša ienākumi nepārsniedz noteiktu limitu (LVL 245 (EUR 349) 2008.gadā) tiek apdrošināti tikai pret nelaimes gadījumiem Reģionālajā veselības aizsardzības fondā. Šīm personām par veselības apdrošināšanu nepieciešams veikt ikmēneša maksājumus LVL 35 (EUR 49,25) apmērā. 2010.gadā personām, kuru ienākumi nepārsniedza LVL 551 (EUR 784) un hroniski slimām personām ar ienākumiem zem LVL 634 (EUR 901,6) nebija jāveic iemaksas par receptes izsniegšanu, kā arī maksa par dienas stacionāra pakalpojumiem[[15]](#footnote-15). Tikai 2% no iedzīvotājiem, kuri ietilpst iedzīvotāju kvintilē ar zemākajiem ienākumiem uzskata, ka veselības aprūpes pakalpojumiem ir zema pieejamība[[16]](#footnote-16).

Austrijas veselības aprūpes finansējuma avotu procentuālais sadalījums, 2010.gads [[17]](#footnote-17)

|  | **2010. gads** |
| --- | --- |
| *Valsts un pašvaldību nodokļi* | *32,34%* |
| *Sociālā veselības apdrošināšana* | *44,79%* |
| **Publiskie finansējuma avoti kopā** | **77,13%** |
| *Pacientu tiešie maksājumi* | *16,83%* |
| *Privātās apdrošināšanas iemaksas* | *4,71%* |
| *Citi maksājumi, tajā skaitā netiešie* | *1,33%* |
| **Privātie finansējuma avoti kopā** | **22,87%** |
| Ārējie avoti | 0,00% |

Eiropas Savienības dalībvalstīs vidēji 82% no veselības aprūpes pakalpojumiem tiek finansēti no valsts līdzekļiem. Austrijā šis rādītājs 2005.gadā bija zem Eiropas vidējā – 70%.

Austrijas iedzīvotājiem ir pieejami šādi valsts apmaksāti veselības aprūpes pakalpojumi[[18]](#footnote-18):

* primārās veselības aprūpes pakalpojumi, ko sniedz ārsti, kuriem ir līgumsaistības ar Austrijas sociālo veselības apdrošināšanas fondu;
* specializēta stacionārā un ambulatorā aprūpe;
* neatliekamā palīdzība;
* grūtniecības aprūpe;
* psihoterapija;
* fizioterapija, ergoterapija u.c.;
* zobārstniecība;
* medikamenti un medicīnas ierīces;
* preventīvā aprūpe, vakcinācijas un skrīningi;
* rehabilitācijas un ilgtermiņa aprūpes pakalpojumi u.c.

Gandrīz visas sociālajā veselības apdrošināšanas shēmā iesaistītās personas (gandrīz visi strādājošie un pensionāri), kas ir aptuveni 99% no visiem Austrijas iedzīvotājiem, saņem sociālās veselības apdrošināšanas klasificētos veselības aprūpes pakalpojumus.[[19]](#footnote-19)

Neatliekamā medicīniskā palīdzība jāsniedz visiem Austrijas iedzīvotājiem, neatkarīgi no to apdrošināšanas statusa. Kad neatliekamās medicīniskās palīdzības saņēmēja veselības stāvoklis ir stabilizējies, tiek precizēts pacienta apdrošināšanas statuss. Turpmākie veselības aprūpes pakalpojumi tiek sniegti tādā apmērā, kas norādīts apdrošināšanas polisē vai arī pacientam par tālāko palīdzību ir jāmaksā pašam. [[20]](#footnote-20)

Apdrošināšana ir saistīta ar darba devēju un tiek uzsākta automātiski. Pašnodarbinātajām personām un citām personām, kuru nodarbinātību nepārvalda kāda noteikta organizācija, pašām ir jāpiesakās uz apdrošināšanu. Maznodrošinātajām personām sociālā palīdzība tiek segta no pašvaldību budžeta. Uz strādājošajiem ar zemiem ienākumiem (strādājošie, kuru mēneša ienākumi nepārsniedz konkrētu limitu) attiecas Reģionālā veselības aizsardzības fonda apdrošināšana pret nelaimes gadījumiem. Šai iedzīvotāju grupai ir rekomendēts iegādāties brīvprātīgu veselības apdrošināšanu, kā arī pensiju apdrošināšanu Reģionālajā veselības apdrošināšanas fondā un veselības apdrošināšana stājas spēkā dienu pēc pieteikuma aizpildīšanas.

1. **Lietuva**

Vispārēja informācija par Lietuvas veselības aprūpes sistēmu

| **Rādītājs** | **Apraksts** |
| --- | --- |
| Veselības aprūpes budžets | 3.76% no IKP (valsts budžeta izdevumi) 2011. gadā  |
| Veselības aprūpes sistēma | Balstīta uz obligāto veselības apdrošināšanu un solidaritātes principu, tiek nodrošināta valsts sociālās apdrošināšanas ietvaros. |
| Veselības aprūpes sistēmas principi | Solidaritāte un universālums |
| Finansēšanas avoti | Galvenais finansējuma avots – obligātā veselības apdrošināšana  |

*Avots: Lietuvas statistikas departamenta dati*

Kopējie izdevumi veselības aprūpes nozarei Lietuvā procentos no IKP ir 22.vietā starp 27 Eiropas Savienības valstīm 2010.gadā. [[21]](#footnote-21)

 Lietuvas veselības aprūpes budžeta attiecība pret IKP (publisko izdevumu daļa) 2008.gadā veidoja 3,92%. Samazinoties IKP 2009.un 2010. gadā, būtiski pieauga veselības aprūpes budžeta procents, bet 2011.gadā ar palielinātu IKP un mazu veselības aprūpes budžetu, procentuāli vērojams samazinājums. [[22]](#footnote-22)

Lietuvas veselības aprūpes sistēma ir balstīta uz diviem principiem:

1. universālais princips: visiem Lietuvas rezidentiem (pilsoņiem un Lietuvā dzīvojošajiem ārzemniekiem) jābūt pakļautiem obligātajai veselības apdrošināšanai;
2. solidaritātes princips: valsts apmaksāto veselības pakalpojumu apjoms un kvalitāte nav atkarīga no veikto veselības apdrošināšanas iemaksu lieluma.

Visiem Lietuvas rezidentiem (pilsoņiem un ārzemniekiem) ir obligāti jābūt pakļautiem obligātajai veselības apdrošināšanai. Personas, kuras ir deklarējušas savu aizbraukšanu no Lietuvas, paziņojot par dzīvesvietas maiņu vai iesniedzot nodokļu deklarāciju, netiek turpmāk uzskatītas par pastāvīgi dzīvojošām Lietuvā un tiek atbrīvotas no obligātajām veselības apdrošināšanas iemaksām Lietuvā.

Minimālais veselības apdrošināšanas iemaksu maksājums ir vismaz LTL 72 jeb LVL 14,69 mēnesī, attiecīgi gadā – LTL 864 jeb LVL 176,25. Personām, kuras veselības apdrošināšanas iemaksu maksājumus iepriekš nav veikušas, obligātā veselības apdrošināšana stājas spēkā nākošajā mēnesī, kas seko dienai, kad par viņiem tika veiktas vai viņi paši veica obligātās veselības apdrošināšanas iemaksu trīs mēnešus pēc kārtas, vai arī no dienas, kad šīs personas veikušas iemaksu, kas ir vienāda ar trīs minimālajām mēneša darba algām (LTL 2 400 jeb LVL 489,60).

Finansējuma avoti

Atbilstoši likumam „Par veselības apdrošināšanu” Obligātās veselības apdrošināšanas fonda budžeta ieņēmumi sastāv no:

1. apdrošināto personu veiktajām veselības apdrošināšanas iemaksām;
2. valsts budžeta iemaksām, kas veiktas par apdrošinātajiem par valsts līdzekļiem un neatliekamo medicīnisko palīdzību;
3. ieņēmumiem no iestādēm, kas administrē obligātās veselības apdrošināšanas pakalpojumus;
4. papildu piešķīrumiem no valsts budžeta;
5. fizisko un juridisko personu brīvprātīgajām iemaksām;
6. valsts budžeta apropriācijām, lai kompensētu ortopēdisko ierīču iegādes;
7. piedzītajiem vai atmaksātajiem līdzekļiem no veselības aprūpes iestādēm vai aptiekām par pakalpojumiem, medikamentiem vai medicīnisko aprīkojumu, kas izrakstīti vai sniegti nelegāli vai par ko nelikumīgi pieprasīta atlīdzība;
8. līdzekļiem, kas iegūti saskaņā ar likuma „Par fizisko un juridisko personu nodarītajiem kaitējumiem apdrošinātā veselībai” nosacījumiem, ja izmaksas par veselības aprūpes pakalpojumiem bija segtas no Obligātā veselības apdrošināšanas fonda.

Likums „Par veselības apdrošināšanu” nosaka, ka veselības apdrošināšanas iemaksu maksājums ir jāveic gan apdrošinātajām personām, gan apdrošinātājiem. Par apdrošinātājiem uzskatāmas juridiskas personas un to filiāles vai pārstāvniecības, kā arī fiziskas personas, kam ir pienākums maksāt veselības apdrošināšanas iemaksas. Apdrošinātājiem ir pienākums veikt veselības apdrošināšanas iemaksas maksājumu 3% apmērā. Apdrošinātajām personām ir pienākums veikt apdrošinātās personas maksājuma daļu no veselības apdrošināšanas iemaksas, ko ietur apdrošinātājs un kas ir vienāda ar 6% no kopējā ienākuma. Tādējādi, kopējā iemaksu likme ir 9% apmērā.

Saskaņā ar likumu „Par veselības apdrošināšanu” obligāto veselības apdrošināšanu ir tiesīgas saņemt šādas personas:

* Lietuvas pilsoņi un ārvalstu pilsoņi, kas pastāvīgi dzīvo Lietuvā;
* ārvalstu pilsoņi, kas uzturas Lietuvā uz laiku, ja tie ir legāli nodarbināti Lietuvā, kā arī šo pilsoņu nepilngadīgie ģimenes locekļi;
* ārvalstu pilsoņi, kas ir saņēmuši papildu vai pagaidu aizsardzību Lietuvā: personas, kas ir jaunākas par 18 gadiem, personas, kurām ir diagnosticēta tāda saslimšana, kura ir iekļauta VM apstiprinātajā sarakstā, vientuļie vecāki, kas audzina nepilngadīgu bērnu, sievietes grūtniecības laikā 70 dienas pirms bērna piedzimšanas (pēc 28 grūtniecības nedēļām un turpmāk) un 56 dienas pēc bērna piedzimšanas, personas, kuras sasniegušas pensijas vecumu, kā arī nepilngadīgie ārvalstnieki bez pavadības.

Zemāk minētās personas tiek uzskatītas par apdrošinātām no valsts līdzekļiem (izņemot tos, kam jāveic vai par kuriem tiek veikti obligātie veselības apdrošināšanas iemaksu maksājumi, jo tiek saņemts ienākums, par kuru maksājamas veselības apdrošināšanas iemaksas, kā norādīts augstāk):

1. personas, kas saņem jebkāda veida pensiju vai pabalsta kompensāciju saskaņā ar Lietuvas normatīvajiem aktiem;
2. bezdarbnieki darbaspējīgā vecumā, kas ir reģistrēti nodarbinātības aģentūrā pēc dzīvesvietas kā darba meklētāji;
3. bezdarbnieki darbaspējīgā vecumā, kam ir likumā noteiktās valsts sociālās pensijas apdrošināšanas ieraksts, lai saņemtu vecuma pensiju;
4. sievietes, kam piešķirts maternitātes atvaļinājums un nenodarbinātas sievietes grūtniecības laikā 70 dienas pirms bērna dzimšanas (no 28 grūtniecības nedēļām un vēlāk) un 56 dienas pēc bērna dzimšanas;
5. viens no vecākiem (adoptētājiem), kas audzina bērnu līdz 8 gadu vecumam, kā arī viens no vecākiem (adoptētājiem), kas audzina divus vai vairāk nepilngadīgus bērnus;
6. personas līdz 18 gadu vecumam;
7. pilna laika vispārējās izglītības, profesionālās izglītības, pēc vidusskolas un augstākās izglītības skolnieki un studenti Lietuvā, kā arī Lietuvas pilsoņi un ārzemnieki un bezvalstnieki, kas pastāvīgi dzīvo Lietuvā, kas ir pilna laika augstākās izglītības iestāžu studenti ES dalībvalstīs;
8. personas, kas saņem valsts atbalstu sociālā pabalsta veidā;
9. viens no vecākiem (adoptētājiem), aizbildnis vai aizgādnis, kas rūpējas par invalīdu mājās (bērnu invalīdu), vai persona, kam atzīta darba nespēja (pirms 2005.gada 1.jūlija -1.grupas invalīds) līdz 24 gadu vecumam, vai persona, kas pirms 26 gadu vecuma sasniegšanas tika atzīta par darba nespējīgu (pirms 2005.gada 1.jūlija -1.grupas invalīds) slimības dēļ, kas radusies pirms 24 gadu vecuma sasniegšanas, vai persona, kam ir atzīta nepieciešamība pēc īpašas aprūpes (pirms 2005.gada 1.jūlija – pilnīga nespēja);
10. personas, kas atzītas par nespējīgām saskaņā ar normatīvo aktu noteiktajām procedūrām;
11. personas, kas slimo ar sabiedrībai bīstamām infekcijas slimībām, kas ir iekļautas VM sarakstā;
12. pretošanās kustības dalībnieki – brīvprātīgie, brīvības cīņu dalībnieki, rehabilitētie politieslodzītie un tiem pielīdzināmas personas, deportētie un tiem pielīdzināmas personas, personas, kas cietušas 1991.gada 13.janvāra notikumos un citos notikumos, kas saistīti ar Lietuvas neatkarības un valstiskuma aizstāvēšanu;
13. personas, kas piedalījušās Černobiļas kodolkatastrofas seku likvidēšanā;
14. bijušie geto iemītnieki un nepilngadīgie ieslodzītie fašistiskajās piespiedu ieslodzījuma vietās;
15. valsts atzīto tradicionālo reliģisko apvienību garīdznieki, garīdzniekus sagatavojošo skolu studenti, novices klostera noteiktajā novices periodā;
16. personas, kurām ir atzīts statuss kā Afganistānas kara dalībniekiem saskaņā ar normatīvo aktu noteiktajām procedūrām;
17. nepilngadīgi ārvalstnieki bez pavadības;
18. ārvalstnieki, kas saņēmuši pagaidu vai papildus aizsardzību Lietuvas Republikā: personas, kas nav sasniegušas 18 gadu vecumu, personas, kurām diagnosticēta slimība vai tāds veselības stāvoklis, kas ir iekļauts VM apstiprinātajā sarakstā, vientuļie vecāki, kas audzina nepilngadīgus bērnus, sievietes grūtniecības laikā 70 dienas pirms bērna dzimšanas (pēc 28 grūtniecības nedēļām un vēlāk) un 56 dienas pēc bērna dzimšanas, personas, kas sasniegušas pensijas vecumu;
19. valsts prezidenta dzīvesbiedrs, kas nav sasniedzis pensijas vecumu un nesaņem apdrošināšanai pakļautu ienākumu – dzīvesbiedra prezidentūras laika posmā.

Likumā par veselības apdrošināšanu ir noteikts, ka Lietuvas studenti, kuri mācās ārzemēs un ārvalstu studenti, kuri studē Lietuvā tiek apdrošināti no valsts līdzekļiem.

Veselības aprūpes pakalpojumi, kas Lietuvā tiek segti no Obligātā veselības apdrošināšanas fonda budžeta:

1. Profilaktiskā medicīniskā palīdzība:
	* 1. informācijas sniegšana par slimību profilakses jautājumiem;
		2. profilaktiskās apdrošināto veselības pārbaudes, kā noteikusi VM.
2. Medicīniskā palīdzība:
	* 1. individuālie veselības aprūpes pakalpojumi, kas sniegti primārajā, sekundārajā un terciārajā veselības pasākumu līmenī;
		2. valsts palīdzība ortopēdisko ierīču iegādē saskaņā ar VM noteiktajām procedūrām.
3. Medicīniskā rehabilitācija, aprūpe, sociālie pakalpojumi, kas attiecināmi uz individuālo veselības aprūpi:
	1. aprūpe un sociālie pakalpojumi, uzturošās terapijas pakalpojumi aprūpes un uzturošās terapijas slimnīcās saskaņā ar VM noteiktajām procedūrām un laika limitiem, kas nepārsniedz 120 dienas kalendārajā gadā. Aprūpe ietver injekcijas, izgulējumu aprūpi un profilaksi, brūču aprūpi, drenāžu aprūpi, higiēnas pakalpojumus. Sociālie pakalpojumi, kas attiecināmi uz individuālo veselības aprūpi, ietver veselības aprūpes pakalpojumus sanatorijās, kas nepieciešami pilnīgai atlabšanai pēc traumām, ķirurģijas u.c.;
	2. medicīniskā rehabilitācija ietver pakalpojumus, kas norādīti VM apstiprinātajā sarakstā. Pakalpojumi tiek iedalīti atsevišķās grupās. Medicīniskā rehabilitācija ietver fizioterapiju, sociālos un psiholoģiskos pakalpojumus, ortopēdiskos pakalpojumus u.c.
4. Individuālā veselības pārbaude:
	1. apdrošināto pārejošas darba nespējas pārbaude;
	2. autopsija nāves gadījumā.
5. Medikamentu un medicīniskās palīdzības piederumu iegādes izdevumu atlīdzināšana apdrošinātajiem:
	1. tiek atmaksāti izdevumi, kas radušies apdrošinātajiem saistībā ar kompensējamo medikamentu un medicīniskās palīdzības piederumu iegādi, kas parakstīti pacientu ambulatorajai ārstēšanai. Slimību un to ārstējošo kompensējamo medikamentu, kompensējamo medikamentu un kompensējamo medicīniskās palīdzības piederumu sarakstu, kā arī to iegādes izmaksu atlīdzināšanas procedūru apstiprina VM, izvērtējot Nacionālā veselības apdrošināšanas fonda un Obligātās veselības apdrošināšanas padomes viedokļus.
6. Izdevumu atmaksa par ekstremitāšu, locītavu un orgānu nomaiņu ar protēzēm, kā arī par protēžu iegādi un par medikamentiem un medicīniskās palīdzības piederumiem, kas tiek apmaksāti centralizēti.
7. Problēmas risinājuma iespējamie varianti

Eiropas Savienībā pamatā veselības aprūpē izšķir divus finansēšanas pamatveidus:

* veselības apdrošināšana (konkrēta nodokļa vai maksājuma veidā);
* valsts budžeta finansēta veselības aprūpe.

Veselības apdrošināšanas sistēmas galvenā pazīme ir personificētas obligātas iemaksas veikšana veselības aprūpei (nodoklis, maksājums), tādejādi nodrošinot tiešu personas līdzdalību, finansējot veselības aprūpi un personificētu pakalpojumu saņemšanu.

Izvēloties veikt izmaiņas veselības aprūpes finansēšanas modelī, kā galvenie un svarīgākie mērķi ir:

1. Finanšu līdzekļu un pakalpojumu apjoma palielināšana un pieejamības uzlabošana, pakāpeniski sasniedzot veselības aprūpes valsts budžetu 4,5% apmērā no IKP (pēc VRP 2014.gadā), vēlākais līdz 2020.gadam.
2. Tiesību saņemt veselības aprūpes pakalpojumus sasaistīšana ar paziņošanas par nodokļu aprēķināšanu vai ar valsts veselības apdrošināšanas obligāto iemaksu nomaksas faktu.
3. Ilgtspējīgas veselības aprūpes finanšu sistēmas izveide, tās paredzamība un stabilitāte.

Veselības aprūpes finansēšana ir tieši saistīta ar veselības sistēmas pamatuzdevumiem, par kuriem vienojušās valstis Pasaules Veselības organizācijas ietvaros:

1. Uzlabot iedzīvotāju veselību.
2. Samazināt ar veselību saistītu nevienlīdzību.
3. Atbilst tam, ko iedzīvotāji sagaida no sistēmas.
4. Nodrošināt taisnīgumu finansēšanā.[[23]](#footnote-23)

Pakāpeniski sasniedzot veselības aprūpes valsts budžetu 4,5% apmērā no IKPbūs iespējams palielināt veselības aprūpes apjoma ietvaru – palielināt no valsts budžeta apmaksājamo ambulatoro apmeklējumu skaitu, laboratorisko izmeklējumu skaitu, mazināt gaidīšanas laiku (rindas uz pakalpojumu saņemšanu), nodrošināt kompensējamo medikamentu pieejamību u.c., veselības aprūpes pakalpojumus nodrošinot valsts un pašvaldību īpašumā esošajās kapitālsabiedrības un privātajās sabiedrībās. Detalizētāka informācija par papildus nepieciešamo finansējumu pakāpeniskai veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības paaugstināšanai, kā arī rezultatīvie rādītāji, kurus plānots sasniegt, ietverti 1. un 2.pielikumā.

1.tabulā ir iekļauti rezultatīvie rādītāji veselības aprūpes mērķu sasniegšanai 2011.-2020.gadam.

1.tabula

**Veselības aprūpes mērķu sasniegšana 2011.-2020.gadam**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **2011** | **2016** | **2020** |
| 1. Samazināts pacientu tiešo maksājumu īpatsvars (izmainīta veselības aprūpes finansējuma avotu attiecība):
 |  |  |  |
| * 1. *publiskais finansējums*
 | 59,2 % | 63,6 % | 68 % |
| * 1. *privātais finansējums (piem., pacientu tiešie maksājumi, privātā brīvprātīgā veselības apdrošināšana)*
 | 40,8 % | 36,4 % | 32 % |
| 1. Ambulatoro apmeklējumu skaits (kopā), t.sk.:
 | 12 983 127 | 12 983 000 | 12 983 000 |
| * 1. *apmeklējumu skaits pie ģimenes ārstiem*
 | 6 844 343 | 6 844 000 | 6 844 000 |
| * 1. *sekundāro ambulatoro apmeklējumu skaits (pie speciālistiem, ārstniecības personām, dienas stacionārā veiktās aktivitātes u.c.), t.sk.:*
 | 6 138 784 | 6 139 000 | 6 139 000 |
| * + 1. *no valsts budžeta apmaksāto sekundāro ambulatoro apmeklējumu skaits (pie speciālistiem ambulatoros centros, dienas stacionārā u.c.)*
 | 2 177 186 | 2 977 586 | 4 520 000 |
| * + 1. *pacientu tieši apmaksāto sekundāro ambulatoro apmeklējumu skaits (pie speciālistiem ambulatoros centros, dienas stacionārā u.c.)*
 | 3 961 598 | 3 161 414 | 1 619 000 |
| 1. No valsts budžeta nodrošināto stacionēšanas gadījumu skaits
 | 330 000 | 330 000 | 330 000 |
| 1. Stacionāro ārstniecības iestāžu, kurās sniedz no valsts budžeta apmaksātus pakalpojumus, skaits\*
 | 39 | 39 | 39 |
| 1. Ārstniecības personu, kuras nodrošina no valsts budžeta apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus, slodžu skaits
 | 19 948 | 22 020 | 22 020 |
| 1. Ārstniecības personu darba samaksas paaugstināšana (koeficents pret tautsaimniecībā vidējo)
 |  |  |  |
| * 1. *Ārstiem un funkcionālajiem speciālistiem*
 | 1,18 | 1,58 | 2,18 |
| * 1. *māsām, ārsta palīgiem (ārstniecības un pacientu aprūpes personām un funkcionālo speciālistu asistentiem)*
 | 0,71 | 0,95 | 1,31 |
| * 1. *māsu palīgiem (ārstniecības un pacientu aprūpes atbalsta personām)*
 | 0,47 | 0,63 | 0,87 |
| 1. Pacientu iemaksu un līdzmaksājuma stacionārā samazinājums par 50 % (samazinājums tiek sasniegts 2014.gadā un saglabājas turpmāk)
 |  |  |  |
| * 1. *pacientu iemaksa LVL*
 | 9 | 4,50 | 4,50 |
| * 1. *līdzmaksājums LVL*
 | 30 | 15 | 15 |
| 1. Rehabilitācijas pakalpojumu apjoma palielināšana, t.sk.:
 |  |  |  |
| * 1. *bērniem (2020.gadā saglabājas 2017.gadā sasniegtais līmenis)*
 | 1 417 | 9 239 | 19 739 |
| * 1. *pieaugušajiem*
 | 1 438 | 22 166 | 154 896 |
| 1. Pacientu skaita palielināšana esošajām diagnozēm kompensējamo medikamentu un materiālu sistēmā
 | 524 282 | 581 927 | 661 927 |
| 1. Izpildīto Neatliekamās medicīniskās palīdzības izsaukumu skaits uz 1000 iedzīvotājiem
 | 205.3 | 200 | 195 |
| 1. IV stadijas onkoloģisko slimnieku īpatsvars no visiem uzskaitē uzņemtajiem pacientiem (%)
 | 22,8 | 20 | 17 |

1. **Modelis Nr.1 – plānveida veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas sasaiste ar nodokļa aprēķināšanas faktu**

Koncepcijas pirmais modelis paredz saglabāt esošo no valsts budžeta dotācijas no vispārējiem ieņēmumiem finansētu veselības aprūpes sistēmu, sasaistot tiesības uz veselības aprūpi ar nodokļu aprēķināšanas faktu. Tiks vērtēts tikai nodokļu aprēķināšanas fakts, neskatoties uz nodokļu maksājumu apmēru, jo nav svarīgs nomaksātā nodokļa apmērs, bet gan tikai tā aprēķināšana.

Latvijā pastāv uz rezidences principu balstīta un no valsts budžeta dotācijas no vispārējiem ieņēmumiem finansēta veselības aprūpes sistēma, kurā iedzīvotāju tiesības saņemt valsts nodrošināto veselības aprūpi nav saistītas ar iedzīvotāju veiktajiem maksājumiem vai nodokļiem, bet gan tikai ar faktu, ka persona Latvijā legāli uzturas un tai ir piešķirts personas kods. Plānotās izmaiņas papildinās divus iepriekš minētos nosacījumus un personām darbspējīgā vecumā tiesības uz plānveida veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu būs atkarīgas no tā vai par personas gūtajiem ienākumiem ir aprēķināts konkrēts nodoklis. Sasaistot nodokļu aprēķināšanas faktu ar tiesībām saņemt no valsts apmaksātus plānveida veselības aprūpes pakalpojumus, tiktu veicināta arī iedzīvotāju motivācija maksāt nodokļus.

* 1. **Pamatpakalpojumu nodrošinājums**

**Šai modelī visiem iedzīvotājiem, kuri minēti Ārstniecības likuma 17.pantā[[24]](#footnote-24), neatkarīgi no 1A un 1B variantos paredzēto nodokļu aprēķināšanas vai neaprēķināšanas fakta, lai nodrošinātu Latvijas Republikas Satversmes 111.pantā noteikto, ka „Valsts aizsargā cilvēku veselību un garantē ikvienam medicīniskās palīdzības minimumu”, no Latvijas valsts budžeta tiks nodrošināti šādi pamatpakalpojumi – medicīniskās palīdzības minimums:**

1. skaidri definēta neatliekamā medicīniskā palīdzība (skatīt 3.pielikumu);
2. plānveida veselības aprūpe pacientiem šādu diagnožu vai veselības stāvokļu noteikšanai (ja pastāv aizdomas par saslimšanu) un ārstēšanai:
	* grūtniecēm un sievietēm pēcdzemdību periodā līdz 42 dienām;
	* pacientiem, kas slimo ar psihiskām slimībām;
	* pacientiem ar onkoloģiskām un hematoloģiskām saslimšanām;
	* pacientiem, kas slimo ar cukura diabētu;
	* tuberkulozes slimniekiem un pacientiem, kuriem veic izmeklējumus tuberkulozes noteikšanai;
	* infekciju slimību slimniekiem un pacientiem, kuriem veic izmeklējumus infekciju slimību noteikšanai (konkrētas infekciju slimības noteiktas MK noteikumu Nr.1046 4.pielikumā „Infekciju slimību saraksts”);
	* pacientiem, kas saņem hroniskās hemodialīzes, hemodiafiltrācijas un peritoneālās dialīzes procedūras;
	* pacientiem, kas saņem ilgstošu plaušu mākslīgo ventilāciju;
	* pacientiem, kas saņem paliatīvo veselības aprūpi;
3. kompensējamie medikamenti pacientiem, kuriem pienākas medikamentu kompensācija 100% apmērā, kā arī kompensējamie medikamenti visā 2.punktā minētajām diagnozēm vai veselības stāvokļiem.
	1. **Iedzīvotāju kategorijas**

**Pārējā (plānveida) valsts apmaksātā veselības aprūpe** (apjoms atbilstoši MK noteikumiem Nr.1046) **tiks nodrošināta šādām iedzīvotāju kategorijām:**

1. iedzīvotājiem, par kuru gūtajiem ienākumiem ir aprēķināts konkrētais nodoklis;
2. iedzīvotāju grupām, par kurām maksājumus veic valsts:
	1. bērniem vecumā līdz 18 gadiem, kā arī bāreņiem un bez vecāku gādības palikušiem bērniem līdz 24 gadu vecuma sasniegšanai;
	2. personām, kurām piešķirta valsts vecuma, izdienas, apgādnieka zaudējuma vai speciālā valsts pensija;
	3. personām, kuras saņem valsts sociālā nodrošinājuma pabalstu;
	4. personām, kuras saņem vecāku, bērnu kopšanas vai ģimenes valsts pabalstu par bērnu vecumā līdz 3 gadiem;
	5. personām, kuras saņem vecāku, bērnu kopšanas vai ģimenes valsts pabalstu un kuriem ir vismaz 3 bērni, no kuriem vismaz viens ir pirmsskolas vecumā (t.i., līdz bērns sasniedz 7 gadu vecumu);
	6. personām, kuras saņem bērna invalīda kopšanas pabalstu;
	7. personām, kuras saņem piemaksu pie ģimenes valsts pabalsta par bērnu invalīdu vai valsts atbalstu ar celiakiju slimiem bērniem;
	8. personām, kuras kopj pilngadīgu personu, kurai noteikta I grupas invaliditāte un kurai ir izsniegts Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas atzinums par īpašas kopšanas nepieciešamību;
	9. I, II un III grupas invalīdi, kā arī 9 mēnešus pēc šī statusa zaudēšanas;
	10. personām, kuras saņem apdrošināšanas atlīdzību vai kaitējuma atlīdzību par darbspēju zaudējumu, kā arī personām, kuras saņem slimības pabalstu;
	11. personām, kuras saņem atlīdzību par audžuģimenes pienākumu pildīšanu, atlīdzību par adoptējamā bērna aprūpi vai atlīdzību par aizbildņa pienākumu pildīšanu ;
	12. personām, kuras saņem pakalpojumus ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijās, kas ir reģistrētas Sociālo pakalpojumu sniedzēju reģistrā;
	13. bezdarbniekiem, kuri ir reģistrējušies Nodarbinātības valsts aģentūrā, kā arī 9 mēnešus pēc bezdarbnieku statusa zaudēšanas;
	14. personām, kuras ir vecumā no 18 līdz 25 gadiem un iegūst vispārējo vai profesionālo izglītību, kā arī 9 mēnešus pēc šī statusa zaudēšanas;
	15. personām, kuras ir vecumā no 18 līdz 30 gadiem un ir pilna laika students, kā arī 9 mēnešus pēc šī statusa zaudēšanas;
	16. ieslodzītajiem ieslodzījuma vietās, kā arī personām, kas atbrīvotas no ieslodzījuma vietas, laika posmā līdz 9 mēnešiem pēc atbrīvošanas;
	17. personām, kuras no piemājas saimniecības vai personīgās palīgsaimniecības gūst ienākumus no lauksaimnieciskās ražošanas un lauku tūrisma pakalpojumu sniegšanas, kas nepārsniedz 2000 latus gadā un kuras nav reģistrējušās kā saimnieciskās darbības veicējas, un kuru īpašumā, pastāvīgā lietošanā vai nomā esošā lauksaimniecībā izmantojamā zeme ir pieteikta un apstiprināta vienotā platību maksājuma saņemšanai saskaņā ar normatīvajiem aktiem par valsts un Eiropas Savienības atbalsta piešķiršanu lauksaimniecībai tiešā atbalsta shēmas ietvaros;
	18. politiski represētajām personām;
	19. Nacionālās pretošanās kustības dalībniekiem;
	20. personām, kuras cietušas Černobiļas atomelektrostacijas avārijas seku likvidācijā;
	21. orgānu donoriem.

Ārvalstniekiem (Eiropas Savienības un Eiropas Ekonomiskās zonas dalībvalstu, kā arī Šveices Konfederācijas pilsoņiem), kuri nepakļaujas rezidences principam un Latvijā nemaksā IIN, ir iespēja izmantot Eiropas veselības apdrošināšanas karti. Uzrādot Eiropas veselības apdrošināšanas karti nepieciešamā un neatliekamā veselības aprūpe tiek sniegta tādā pašā apjomā, kādā tā tiek nodrošināta Latvijas iedzīvotājiem. Ārvalstniekiem sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus apmaksās attiecīgās (mītnes) valsts kompetentā institūcija, ārvalstniekam pašam sedzot pacienta iemaksu.

Latvijas pilsoņi (nepilsoņi), kas strādā un maksā IIN ārpus Latvijas, saņem pakalpojumus tajā valstī, kurā viņi maksā nodokļus. Ja šīs personas vēlas saņemt veselības aprūpes pakalpojumu Latvijā, tām ir iespēja izmantot Eiropas veselības apdrošināšanas karti.

Sezonas darbinieki un darbinieki ar darba līgumu uz noteiktu laiku, izbeidzoties darba attiecībām, veselības aprūpes pakalpojumus saņem nākamajā ceturksnī, pēc kura ir bijis nodokļa aprēķināšanas gadījums.

Iepriekš minētajās kategorijās ietilpstošajiem no valsts apmaksātās veselības aprūpes pienāksies pašlaik spēkā esošais pakalpojumu apjoms - saņems pilnā apjomā normatīvajos aktos noteiktos veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas modelī ietvertos veselības aprūpes pakalpojumus, papildus maksājot vien normatīvajos aktos noteiktās pacientu iemaksas (izņemot no pacientu iemaksas atbrīvotās iedzīvotāju kategorijas).

Pastāv risks, ka atsevišķas iedzīvotāju grupas, piemēram, personas bez dokumentiem, nestrādājošas ilgstoši slimojošas personas darbspējas vecumā, personas ar alkohola atkarībām, narkotiku atkarībām u.c., neatbildīs nevienai no atbrīvotajām kategorijām un nesaņems plānveida palīdzību, līdz ar to pastāv iespēja, ka šīs personas vērsīsies pašvaldības sociālajā dienestā pēc palīdzības, kas radīs slogu pašvaldību budžetiem. Ņemot vērā iepriekš minēto, nepieciešams stiprināt NVD sadarbību ar pašvaldību sociālajiem dienestiem, lai operatīvi risinātu jautājumu par personas statusu un nepieciešamo pakalpojumu saņemšanu.

* 1. **Finansējums**

Šī modeļa realizācijai un veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības palielināšanai ir nepieciešams papildu finansējums, pakāpeniski sasniedzot veselības aprūpes valsts budžetu 4,5% apmērā no IKP (pēc VRP 2014.gadā), vēlākais līdz 2020.gadam, atbilstoši 2.tabulā plānotajam.

Lai pakāpeniski sasniegtu veselības aprūpes finansējuma palielinājumu, balstoties uz galvenajiem makroekonomiskajiem rādītājiem un to prognozi, ir sagatavota veselības aprūpes budžeta sasniedzamo finansiālo rādītāju prognoze līdz 2020.gadam. Aprēķinos plānots pakāpeniski sasniegt budžeta finansējumu veselības aprūpei 4,5% apmērā no IKP. IKP pieauguma palielinājums 2016.-2020.gadam prognozēts 6% apmērā (faktiskajās cenās) pret iepriekšējo gadu un ir norādīts 2.tabulā “Prognoze par IKP un valsts budžeta līdzekļu apmēru veselības aprūpei”. Detalizētāka informācija par papildus nepieciešamo finansējumu pakāpeniskai veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības paaugstināšanai, kā arī rezultatīvie rādītāji, kurus plānots sasniegt, ietverti 1. un 2.pielikumā.

2.tabula

**Prognoze par IKP un valsts budžeta līdzekļu apmēru veselības aprūpei**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **2012** | **2013** | **2014** | **2015** | **2016** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** |
| **IKP, milj.LVL** | **15 108** | **15 986** | **16 958** | **17 989** | **19 068** | **20 212** | **21 425** | **22 711** | **24 074** |
| *izmaiņas, milj.LVL* |  | 878 | 972 | *1 031* | 1 079 | 1 144 | 1 213 | 1 286 | 1 363  |
| *izmaiņas, %* |  | *5.8%* | *6.1%* | *6.1%* | *6.0%* | *6.0%* | *6.0%* | *6.0%* | *6.0%* |
|  |
| **Valsts budžeta līdzekļi veselības aprūpei, milj.LVL** | **524,4** | **500,3** | **559,6** | **629,6** | **705,5** | **788,3** | **878,4** | **976,6** | **1 083,3** |
| % no IKP | 3.5% | 3.1% | 3.3% | 3.5% | 3.7% | 3.9% | 4.1% | 4.3% | 4.5% |
| *izmaiņas, milj.LVL* |  |  | *59,3* | *70,0* | *75,9* | *82,8* | *90,1* | *98,2* | *106,7* |
| t.sk., |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **pamatfunkcijām, milj.LVL** | **486,1** | **464,4** | **521,6** | **591,6** | **667,5** | **750,3** | **840,4** | **938,6** | **1 045,3** |
| % no IKP | 3.2% | 2.9% | 3.1% | 3.3% | 3.5% | 3.7% | 3.9% | 4.1% | 4.3% |
| *izmaiņas, milj.LVL* |  |  | *57,2* | *70,0* | *75,9* | *82,8* | *90,1* | *98,2* | *106,7* |
| t.sk., |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| neatliekamās medicīniskās palīdzības nodrošināšanai, milj.LVL  | 224,8 | 224,1 | 246,9 | 256,0 | 269,5 | 283,2 | 297,6 | 312,0 | 323,0 |
| plānveida veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai, milj.LVL | 191,1 | 175,6 | 210,1 | 271,0 | 333,4 | 402,5 | 478,2 | 562,0 | 657,7 |
| *izmaiņas, milj.LVL* |  |  | *57,3* | *70,0* | *75,9* | *82,8* | *90,1* | *98,2* | *106,7* |
| Pārējām pamatfunkcijām (NMPD, VADC, SPKC, NVD, VM u.c.), kuras netiek iekļautas veselības obligātās apdrošināšanas sistēmā | 70,2 | 64,7 | 64,6 | 64,6 | 64,6 | 64,6 | 64,6 | 64,6 | 64,6 |
| *izmaiņas, milj.LVL* |  |  | *-0,1* | *0* | *0* | *0* | *0* | *0* | *0* |
| **ES fondi un ārvalstu finansējums, milj.LVL** | **38,3** | **35,9** | **38,0** | **38,0** | **38,0** | **38,0** | **38,0** | **38,0** | **38,0** |
| % no IKP | 0.3% | 0.2% | 0.2% | 0.2% | 0.2% | 0.2% | 0.2% | 0.2% | 0.2% |
| *izmaiņas, milj.LVL* |  |  | *2,1* | *0* | *0* | *0* | *0* | *0* | *0* |

\*IKP ieņēmumi prognozēti pamatojoties uz FM sagatavoto makroekonomisko rādītāju prognozēm

\*\* ES fondu un ārvalstu finansējums, milj.LVL 2014.-2020.gadam ir indikatīvs 38 mlj. latu apmērā katru gadu, kas noteikts pamatojoties uz 2011., 2012. un 2013.gada vidējo finansējumu šajā pozīcijā. Plānotie pasākumi atbilst Nacionālā attīstības plāna 2014.–2020.gadam noteiktajiem uzdevumiem, kur VM ir atbildīga vai līdzatbildīga institūcija

* 1. **Īstenošanas tehniskās iespējas**

Lai realizētu šo modeli, nepieciešams izveidot informācijas sistēmu, kuras uzturētājs nodrošinātu datu par katru iedzīvotāju pieejamību pakalpojumu sniedzējiem (ārstniecības iestādēm). Šobrīd NVD rīcībā, tā nolikumā minēto funkciju veikšanai,  ir Vadības informācijas sistēma, kurā ir realizēts veselības aprūpes saņēmēju reģistrs, atbilstoši Ārstniecības likuma  17.pantam. Taču šī reģistra  funkcionalitāte ir ierobežota un neparedz datu apmaiņu ar koncepcijas ietvaros iesaistīto iestāžu datu bāzēm, IT sistēmām un reģistriem. Sistēmas darbības nodrošināšanai nepieciešama virkne datu, kas tiktu apkopoti NVD uzturētajā reģistrā un, kuras funkcionalitāte tiktu paplašināta ar šādu kategoriju datiem:

Dati, kas saņemami no VID:

* informācija par iedzīvotājiem, par kuriem pārskata periodā ir aprēķināts IIN un VSAOI.

Dati, kas saņemami no Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūras:

* personas, kurām piešķirta valsts vecuma, izdienas, apgādnieka zaudējuma vai speciālā valsts pensija;
* personas, kurām piešķirta invaliditātes pensija;
* personas, kuras saņem valsts sociālā nodrošinājuma pabalstu;
* personas, kuras saņem vecāku, bērnu kopšanas vai ģimenes valsts pabalstu par bērnu vecumā līdz 3 gadiem;
* personas, kuras saņem vecāku, bērnu kopšanas vai ģimenes valsts pabalstu un kuriem ir vismaz 3 bērni, no kuriem vismaz viens ir pirmsskolas vecumā (t.i., līdz bērns sasniedz 7 gadu vecumu);
* personas, kuras saņem bērna invalīda kopšanas pabalstu;
* personas, kuras saņem piemaksu pie ģimenes valsts pabalsta par bērnu invalīdu vai valsts atbalstu ar celiakiju slimiem bērniem;
* personas, kuras saņem apdrošināšanas atlīdzību vai kaitējuma atlīdzību par darbspēju zaudējumu, kā arī personas, kuras saņem slimības pabalstu;
* personas, kuras saņem atlīdzību par audžuģimenes pienākumu pildīšanu un par adoptējamā bērna aprūpi;
* personas, kuras saņem atlīdzību par aizbildņa pienākumu pildīšanu

Dati, kas saņemami no Sociālās integrācijas valsts aģentūras un pašvaldības sociālajiem dienestiem:

* personas, kuras saņem pakalpojumus ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijās, kas ir reģistrētas Sociālo pakalpojumu sniedzēju reģistrā.

Dati, kas saņemami no Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas:

* personas, kurām piešķirta I, II un III invaliditātes grupa, kā arī informācija par invaliditātes grupas zaudēšanu;
* personas, kuras kopj pilngadīgu personu, kurai noteikta I grupas invaliditāte un kurai ir izsniegts Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas atzinums par īpašas kopšanas nepieciešamību. Vienlaicīgi Labklājības ministrijai kopā ar VM ir jārisina jautājums, kā ir nosakāma persona, kura aprūpē invalīdu, kuram ir piešķirts invalīda kopšanas pabalsts.

Dati, kas saņemami no Nodarbinātības valsts aģentūras:

* bezdarbnieki, kuri ir reģistrējušies Nodarbinātības valsts aģentūrā, kā arī informācija par bezdarbnieku statusa zaudēšanu.

Dati, kas saņemami no augstskolām un Izglītības un zinātnes ministrijas:

* personas, kuras ir vecumā no 18 līdz 25 gadiem un iegūst vispārējo vai profesionālo izglītību, kā arī 9 mēnešus pēc šī statusa zaudēšanas;
* personas, kuras ir vecumā no 18 līdz 30 gadiem un ir pilna laika students, kā arī 9 mēnešus pēc šī statusa zaudēšanas.

Dati, kas saņemami no Ieslodzījumu vietas pārvaldes:

* ieslodzītie ieslodzījuma vietās, kā arī personas, kas atbrīvotas no ieslodzījuma vietas, laika posmā līdz 9 mēnešiem pēc atbrīvošanas.

Dati, kas saņemami no VSIA „Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca”:

* personas, kuras cietušas Černobiļas atomelektrostacijas avārijas seku likvidācijā;
* orgānu donori.

Dati, kas saņemami no Pilsonības un migrācijas pārvaldes:

* bērni vecumā līdz 18 gadiem;
* bāreņi un bez vecāku gādības palikušie bērni līdz 24 gadu vecuma sasniegšanai;
* politiski represētās personas;
* Nacionālās pretošanās kustības dalībnieki.

Dati, kas saņemami no Lauku atbalsta dienesta:

* fizisko personu saraksts, kuru īpašumā, pastāvīgā lietošanā vai nomā esošā lauksaimniecībā izmantojamajā zeme ir pieteikta un apstiprināta vienotā platību maksājuma saņemšanai saskaņā ar normatīvajiem aktiem par valsts un Eiropas Savienības atbalsta piešķiršanu lauksaimniecībai tiešā atbalsta shēmas ietvaros.

Informāciju par 1.modeļa īstenošanai nepieciešamo finansējumu IT sistēmu saslēgšanai skatīt 4.pielikumā „Koncepcijas projekta par veselības aprūpes sistēmas finansēšanas modeli ietekme uz valsts un pašvaldību budžetiem 1.modelim”.

Gadījumā, ja kādu apstākļu ietekmē nedarbosies veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju reģistrs un ārstniecības personas nevarēs saņemt datus par pacientiem, tad tās jebkurā gadījumā pacientiem sniegs veselības aprūpes pakalpojumus. Katrs gadījums pēc tam tiks izskatīts un vērtēts atsevišķi, nepieciešamības gadījumā no personas pēc tam pieprasot atmaksāt izdevumus par viņam sniegtajiem pakalpojumiem.

Jau šobrīd ārstniecības iestādēm ir pienākums – izvērtēt, vai persona ietilpst to personu kategorijā, kurām ir tiesības saņemt valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus, pārbaudīt šo personu statusu veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju reģistrā un neskaidrību gadījumā sazināties ar NVD. Šādi pienākumi ir iekļauti līgumā par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu. Ieviešot koncepcijā paredzēto risinājumu, ārstniecības iestāžu pienākumu apjoms attiecībā uz personas statusa noskaidrošanu būtiski netiek mainīts. Arī šobrīd gadījumā, ja ir bijušas neskaidrības par personas statusu, katrs gadījums tiek izvērtēts atsevišķi, un ja tiek secināts, ka personai pienākas valsts apmaksāti veselības aprūpes pakalpojumi, tad NVD tos apmaksā. Savukārt, ja personai nebija tiesību saņemt valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus, tad maksu par sniegtajiem pakalpojumiem no personas piedzen ārstniecības iestāde – lielajām iestādēm ir noslēgti līgumi ar parādu piedzīšanas uzņēmumiem, pārējie paši organizē šo procesu. Tomēr izdevumu piedziņas procesā no pacientiem ārstniecības iestādēm var rasties problēmas ņemot vērā lēno lietu izskatīšanu tiesās un civilprocesa ietvaros iespējamās izmaksas. Jāatzīmē, ka līdz šim nav saņemts neviens ārstniecības iestādes iesniegums, ka sistēmas darbības pārtraukuma dēļ nav varēts sniegt veselības aprūpes pakalpojumus.

* 1. A variants. Veselības aprūpes pakalpojumu saņemšana

pamatojoties uz to, ka par personas gūtajiem

ienākumiem ir aprēķināts IIN

1.modeļa A variantā plānveida veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas iespēja tiek sasaistīta ar faktu, vai par personas gūtajiem ienākumiem ir aprēķināts IIN.

Personām, par kurām par iepriekšējo ceturksni VID būs iesniegta informācija par aprēķināto IIN, būs tiesības saņemt valsts apmaksātus plānveida veselības aprūpes pakalpojumus. Reizi ceturksnī VID nodos NVD informāciju par šādām IIN maksātāju kategorijām:

|  |  |
| --- | --- |
| Nodokļa maksātāju veids | Paziņošanas veids |
| darba ņēmēji | Šobrīd darba devējs sniedz - *„Ziņojums par valsts sociālās apdrošināšanas obligātajām iemaksām no darba ņēmēju darba ienākumiem, iedzīvotāju ienākuma nodokli un uzņēmējdarbības riska valsts nodevu pārskata mēnesī”*. Iespējams iegūt informāciju no VID reizi ceturksnī.  |
| saimnieciskās darbības veicēji | Šobrīd – *„Gada ienākumu deklarācija”.* Nepieciešams izveidot jaunas paziņošanas formas reizi ceturksnī. |
| ienākuma no kapitāla pieauguma saņēmēji | Šobrīd – *„Pārskata perioda deklarācija par ienākumu no kapitāla pieauguma”.* Nepieciešams izveidot jaunas paziņošanas formas reizi ceturksnī. |
| mikrouzņēmuma īpašnieki un darbinieki | Šobrīd – *„Mikrouzņēmumu nodokļu deklarācija”.* Iespējams iegūt informāciju no VID reizi ceturksnī. |
| patentmaksas maksātāji | Šobrīd – *„Reģistrācijas iesniegums patentmaksas veikšanai”.* Iespējams iegūt informāciju no VID reizi ceturksnī. |
| ienākuma, no kura nodokli ietur izmaksas vietā, guvējs | Šobrīd – *„Pārskats par izmaksas vietā ieturēto un budžetā ieskaitīto iedzīvotāju ienākuma nodokli”.* Iespējams iegūt informāciju no VID reizi ceturksnī. |
| IIN maksātāji no citiem ienākuma veidiem | Šobrīd – *„Gada ienākumu deklarācija” D11.* Nepieciešams izveidot jaunas paziņošanas formas reizi ceturksnī. |

Ieviešot šo modeli, persona plānveida veselības aprūpes pakalpojumus varēs saņemt nākamajā ceturksnī, kas sekos divus mēnešus pēc iepriekšējā ceturkšņa, ja būs aprēķināts IIN vismaz vienu reizi iepriekšējā atskaites perioda (ceturkšņa) laikā, kā arī turpmāk iepriekš minēto veidlapu aizpildītājiem būs pienākums paziņot par personai aprēķināto IIN šādos periodos:

|  |  |
| --- | --- |
| Atskaites periods  | Pakalpojumu saņemšanas periods |
| Oktobris, novembris decembris | Marts, aprīlis, maijs |
| Janvāris, februāris, marts | Jūnijs, jūlijs, augusts |
| Aprīlis, maijs, jūnijs | Septembris, oktobris, novembris |
| Jūlijs, augusts, septembris | Decembris, janvāris, februāris |

Personām, par kurām par iepriekšējo atskaites periodu (ceturksni) VID nebūs iesniegta informācija par aprēķināto IIN un kuras neiekļausies kādā no grupām, par kurām maksājumus veic valsts, būs tiesības saņemt plānveida veselības aprūpes pakalpojumus:

* maksājot pilnu veselības aprūpes pakalpojumu cenu vai;
* maksājot brīvprātīgu pievienošanās maksājumu 60 latus ceturksnī (veselības nodevu), tās iegūs tiesības saņemt pakalpojumu šim ceturksnim sekojošajā ceturksnī. Šīm personām būs pienākums vai nu turpināt maksāt veselības nodevu 60 Ls apmērā turpmākajos ceturkšņos, vai arī kļūt par IIN maksātāju, par kura aprēķināto IIN tiek paziņots VID.

1.modeļa A varianta priekšrocības un trūkumi

|  |  |
| --- | --- |
| **Priekšrocības** | **Trūkumi** |
| 1.Tiek nodrošināts taisnīgums un valsts apmaksātus plānveida veselības pakalpojumus saņems tikai personalizēta nodokļa maksātāji.  | 1.Samazinās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība tiem valsts iedzīvotājiem, kuri dažādu iemeslu dēļ nemaksā vai izvairās no IIN maksāšanas.  |
| 2.Tiks precizēts veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju loks. Piemēram, primārajā veselības aprūpē, novēršot situāciju, ka pie ģimenes ārstiem ir reģistrēti vairāk pacienti, nekā Latvijā dzīvo iedzīvotāji (2011.gadā pie ģimenes ārstiem bija reģistrēti 2 142 883 pacienti, bet saskaņā ar Tautas skaitīšanas galīgajiem rezultātiem valstī dzīvoja 2 070 371 iedzīvotājs). | 2.Papildus administratīvais slogs VID un tiem saimnieciskās darbības veicējiem, kuri šobrīd katru ceturksni nesniedz paziņojumu par pārskata periodā aprēķināto IIN. |
| 3.Nav jāveic radikālas reformas esošās veselības aprūpes sistēmas pārveidošanā, kas prasītu ievērojamus papildus finanšu līdzekļus. | 3.Papildus izdevumi NVD uzturētās datu bāzes saslēgšanā (un turpmākā uzturēšanā) ar VID, Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūras u.c. sistēmām, no kurām plānots iegūt datus par aprēķināto IIN, kā arīpar iedzīvotāju grupām, par kurām maksājumus veic valsts. |
| 4.Salīdzinoši nelieli izdevumi modeļa ieviešanai un turpmākai administrēšanai  | 4.Apgrūtināta informācijas iegūšana par tām nodokļu maksātāju kategorijām, kas gūst saimnieciskās darbības ienākumus un var nereģistrēties VID kā saimnieciskās darbības veicēji:* personas, kuras iznomā vai izīrē nekustamo īpašumu, ja ar saimniecisko darbību saistītie izdevumi ir nebūtiski;
* autoratlīdzības saņēmējs, ja nodokli no autoratlīdzības ietur šī ienākuma izmaksātājs;
* personas, kuras no piemājas saimniecības vai personīgās palīgsaimniecības gūst ienākumus no lauksaimnieciskās ražošanas un lauku tūrisma pakalpojumu sniegšanas, kas nepārsniedz 2000 latus gadā un kuras nav reģistrējušās kā saimnieciskās darbības veicējas, un kuru īpašumā, patstāvīgā lietošanā vai nomā esošā lauksaimniecībā izmantojamā zeme nav pieteikta un apstiprināta vienotā platību maksājuma saņemšanai saskaņā ar normatīvajiem aktiem par valsts un Eiropas Savienības atbalsta piešķiršanu lauksaimniecībai tiešā atbalsta shēmas ietvaros.

Zemnieku saimniecības var izvēlēties būt arī par UIN maksātāju un šajā gadījumā zemnieku saimniecība var neveikt maksājumus. Zemnieku vai zvejnieku saimniecība var būt arī ģimenes uzņēmums, kurā ir vairāki dibinātāji (ģimenes locekļi). Šādā gadījumā IIN no saimniecības ienākuma maksā tikai viens no dibinātājiem. |
| 5.Tiesības saņemt veselības aprūpi tiek sasaistītas ar to nodokli (IIN), kura ieņēmumi ar valsts budžeta dotāciju tiek novirzīti arī veselības aprūpei. | 5.Pastāv iespēja, ka pieaugot valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu apjomam, vienlaicīgi samazināsies to veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju, kas nevēlas un neslēdz publisko tiesību līgumu ar NVD, bet šos pakalpojumus sniedz balstoties uz pakalpojuma tirgus cenu, sniedzamo pakalpojumu apjoms. Tomēr šīm ārstniecības iestādēm ir iespēja attīstīt un piedāvāt personām jaunus veselības aprūpes pakalpojumu veidus vai pieteikties veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlases procedūrā, lai iegūtu tiesības slēgt līgumus ar NVD par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu. |
|  | 6. Nodokļu administrēšanā nodokļu maksātājam ir paredzēta iespēja trīs gadu laikā veikt IIN deklarāciju labojumus. Sasaiste ar nodokļu nomaksu varētu rosināt nodokļu maksātāju veikt fiktīvus labojumus deklarācijās, lai kvalificētos pakalpojuma saņemšanai. No otras puses pastāvētu iespēja, ka lēmums par pakalpojuma sniegšanu būtu balstīts uz informāciju no deklarācijām, kuras vairs nevar grozīt - 4 gadus atpakaļ, skaitot no šodienas, kas savukārt operatīvi neatspoguļotu nodokļu maksātāja statusu |

* 1. B variants. Veselības aprūpes pakalpojumu saņemšana pamatojoties uz to, ka par personas gūtajiem ienākumiem ir aprēķināts VSAOI

1.modeļa B variantā plānveida veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas iespēja tiek sasaistīta ar faktu, vai par personas gūtajiem ieņēmumiem ir aprēķināts VSAOI. Personām, par kurām par iepriekšējo ceturksni VID būs iesniegta informācija par aprēķināto VSAOI, būs tiesības saņemt valsts apmaksātus plānveida veselības aprūpes pakalpojumus. Reizi ceturksnī VID nodos NVD informāciju par šādām VSAOI maksātāju kategorijām:

|  |  |
| --- | --- |
| Nodokļa maksātāju veids | Paziņošanas veids |
| darba ņēmēji | Šobrīd darba devējs sniedz – *„Ziņojums par valsts sociālās apdrošināšanas obligātajām iemaksām no darba ņēmēju darba ienākumiem, iedzīvotāju ienākuma nodokli un uzņēmējdarbības riska valsts nodevu pārskata mēnesī”*. Iespējams iegūt informāciju no VID reizi ceturksnī. |
| pašnodarbinātie | Šobrīd reizi ceturksnī pašnodarbinātie sniedz *„Ziņojums par pašnodarbinātā vai iekšzemes darba ņēmēja pie darba devēja - ārvalstnieka, vai ārvalstu darba ņēmēja pie darba devēja - ārvalstnieka valsts sociālās apdrošināšanas obligātajām iemaksām”.* Iespējams iegūt informāciju no VID reizi ceturksnī. |
| mikrouzņēmuma īpašnieki un darbinieki | Šobrīd – *„Mikrouzņēmumu nodokļu deklarācija”.* Nepieciešams izveidot jaunas paziņošanas formas reizi ceturksnī. Iespējams iegūt informāciju no VID reizi ceturksnī. |
| patentmaksas maksātāji | Šobrīd – *„Reģistrācijas iesniegums patentmaksas veikšanai”.* Nepieciešams izveidot jaunas paziņošanas formas reizi ceturksnī Iespējams iegūt informāciju no VID reizi ceturksnī. |

Ieviešot šo modeli, persona plānveida veselības aprūpes pakalpojumus varēs saņemt nākamajā ceturksnī, kas sekos divus mēnešus pēc iepriekšējā ceturkšņa, ja būs aprēķinātas VSAOI vismaz vienu reizi iepriekšējā atskaites perioda (ceturkšņa) laikā, kā arī turpmāk iepriekš minēto veidlapu aizpildītājiem būs pienākums paziņot par personai aprēķinātajām VSAOI šādos periodos:

|  |  |
| --- | --- |
| Atskaites periods  | Pakalpojumu saņemšanas periods |
| Oktobris, novembris decembris | Marts, aprīlis, maijs |
| Janvāris, februāris, marts | Jūnijs, jūlijs, augusts |
| Aprīlis, maijs, jūnijs | Septembris, oktobris, novembris |
| Jūlijs, augusts, septembris | Decembris, janvāris, februāris |

Personām, par kurām par iepriekšējo atskaites periodu (ceturksni) VID nebūs iesniegta informācija par aprēķinātajām VSAOI un kuras neiekļausies kādā no grupām, par kurām maksājumus veic valsts, būs tiesības saņemt plānveida veselības aprūpes pakalpojumus:

* maksājot pilnu veselības aprūpes pakalpojumu cenu vai;
* maksājot brīvprātīgu pievienošanās maksājumu 60 latus ceturksnī (veselības nodevu), tās iegūs tiesības saņemt pakalpojumu šim ceturksnim sekojošajā ceturksnī. Šīm personām būs pienākums vai nu turpināt maksāt veselības nodevu 60 Ls apmērā turpmākajos ceturkšņos, vai arī kļūt par VSAOI maksātāju, par kura aprēķinātajām VSAOI tiek paziņots VID.

1.modeļa B varianta priekšrocības un trūkumi

|  |  |
| --- | --- |
| **Priekšrocības** | **Trūkumi** |
| 1.Tiek nodrošināts taisnīgums un valsts apmaksātus plānveida veselības pakalpojumus saņems tikai personalizētu nodokļu maksātāji. | 1.Samazinās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība tiem valsts iedzīvotājiem, kuri dažādu iemeslu dēļ nemaksā vai izvairās no VSAOI maksāšanas. |
| 2.Tiks precizēts veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju loks. Piemēram, primārajā veselības aprūpē, novēršot situāciju, ka pie ģimenes ārstiem ir reģistrēti vairāk pacienti, nekā Latvijā dzīvo iedzīvotāji (2011.gadā pie ģimenes ārstiem bija reģistrēti 2 142 883 pacienti, bet saskaņā ar Tautas skaitīšanas galīgajiem rezultātiem valstī dzīvoja 2 070 371 iedzīvotājs). | 2.Papildus administratīvais slogs VID un tiem saimnieciskās darbības veicējiem, kuri šobrīd katru ceturksni nesniedz paziņojumu par pārskata periodā aprēķināto VSAOI. |
| 3.Nav jāveic radikālas reformas esošās veselības aprūpes sistēmas pārveidošanā, kas prasītu ievērojamus papildu finanšu līdzekļus. | 3.Pašnodarbinātas personas, kuru ienākumi mēnesī nesasniedz 200 latus, nemaksā VSAOI, bet maksā IIN. |
| 4.VSAOI fiziska persona veic no nodarbinātības rezultātā aprēķinātā vai gūtā ienākuma – gan no darba devēja aprēķinātā, gan no pašnodarbinātā gūtā ienākuma. | 4.Papildus izdevumi NVD uzturētās datu bāzes saslēgšanā (un turpmākā uzturēšanā) ar VID, Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūras u.c. sistēmām, no kurām plānots iegūt datus par aprēķināto VSAOI, kā arīpar iedzīvotāju grupām, par kurām maksājumus veic valsts. |
| 5.Pašnodarbinātie (lielākā daļa saimnieciskās darbības veicēju) jau šobrīd iesniedz VID ceturkšņa ziņojumu par aprēķinātajām VSAOI. | 5.Tiesības saņemt veselības aprūpi tiek sasaistītas ar to nodokli (VSAOI), kura ieņēmumi ar valsts budžeta dotāciju netiek novirzīti arī veselības aprūpei, bet tikai sociālo jautājumu risināšanai. |
| 6.VSAOI sistēmā jau ir izstrādāta personificētā uzskaite attiecībā uz maksātājiem. | 6.Pastāv iespēja, ka pieaugot valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu apjomam, vienlaicīgi samazināsies to veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju, kas nevēlas un neslēdz publisko tiesību līgumu ar NVD, bet šos pakalpojumus sniedz balstoties uz pakalpojuma tirgus cenu , sniedzamo pakalpojumu apjoms. Tomēr šīm ārstniecības iestādēm ir iespēja attīstīt un piedāvāt personām jaunus veselības aprūpes pakalpojumu veidus vai pieteikties veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlases procedūrā, lai iegūtu tiesības slēgt līgumus ar NVD par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu. |
| 7.Tiek daļēji atrisināts 1A modeļa 4.trūkums. |  |

* 1. Modelis Nr.2 – valsts veselības obligātā apdrošināšana ar valsts veselības apdrošināšanas obligāto iemaksu 3.65 procentpunktu apmērā ieviešanu

Šajā modelī paredzēts ieviest valsts veselības obligāto apdrošināšanu – fiziskas personas tiesības saņemt no valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus sasaistot ar:

* valsts veselības apdrošināšanas obligāto iemaksu nomaksu (pašnodarbinātai personai) vai paziņošanu par aprēķināšanu (nodarbinātai personai).
* valsts veselības apdrošināšanas brīvprātīgo iemaksu nomaksu;
* vienreizēja maksājuma (nodevas) nomaksu.

Papildus finansiāliem ieguvumiem tiktu veicināta arī iedzīvotāju motivācija maksāt nodokļus.

Modeļa ietvaros ir plānots ieviest valsts veselības obligāto apdrošināšanu, ieviešot valsts veselības apdrošināšanas obligātās iemaksas 3.65 procentpunktu apmērā, nodalot tās 4 procentpunktu apmērā no spēkā esošās IIN likmes. Tas nozīmētu, ka 2014.gadā IIN likme tiktu samazināta līdz 18 procentpunktiem (šobrīd likumdošanā paredzēto 22 procentpunktu vietā) un 2015.gadā un turpmāk - IIN likme tiktu samazināta līdz 16 procentpunktiem (šobrīd likumdošanā paredzēto 20 procentpunktu vietā).

Valsts veselības apdrošināšanas obligātās iemaksas tiks uzskatītas par nomaksātām tālākminētajos gadījumos.

1) Par nodarbināto personu, kura gūst ienākumus uz darba tiesisko attiecību pamata un kuras ar algotu darbu saistītos nodokļus (algas nodokli un darba ņēmēja valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas) ir jāaprēķina, jāietur no darbinieka algota darba ienākuma un jāiemaksā budžeta kontā nodarbinātās personas darba devējam, aprēķinātās valsts veselības apdrošināšanas obligātās iemaksas ir jāpaziņo iemaksas administrējošajai iestādei.

Tā kā pienākumi attiecībā uz valsts veselības apdrošināšanas obligātām iemaksām tāpat kā uz darbaspēka nodokļiem tiks deleģēti nodarbinātās personas darba devējam, atbildību par sekām valsts veselības apdrošināšanas obligāto iemaksu kļūdainas aprēķināšanas un/vai nesamaksāšanas gadījumā, nevar tikt uzlikta pašai nodarbinātajai personai. Tas nozīmē, ka, ja vēlāk tiks konstatēts, ka darba devējs nav aprēķinājis pilnā apmērā nodarbinātās personas valsts veselības apdrošināšanas obligātās iemaksas vai ir tās iemaksājis budžetā samazinātā apmērā, vai aprēķinātās valsts veselības apdrošināšanas obligātās iemaksas vispār nav iemaksājis budžetā, sankcijas tiks vērstas pret darba devēju (aprēķinot un piedzenot no darba devēja nokavējuma naudu par maksājumu kavējumu, kā arī vēršot piedziņu pret darba devēju budžetā nesamaksāto valsts veselības apdrošināšanas obligāto iemaksu apmērā). Nodarbinātās personas – darbinieka tiesības saņemt valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus būs atkarīgas no darba devēja nodokli administrējošajai iestādei sniegtās informācijas par nodarbinātajai personai noteiktā periodā aprēķinātajām valsts veselības apdrošināšanas obligātām iemaksām.

Līdzīga pieeja pastāv arī attiecībā uz valsts sociālās apdrošināšanas obligātajām iemaksām – ar Satversmes tiesas 13.03.2001. spriedumu lietā Nr.2000-08-0109, par neatbilstošiem Latvijas Republikas Satversmes 1. un 109.pantam, 1966.gada 16.decembra Starptautiskā pakta par ekonomiskajām, sociālajām un kultūras tiesībām 9.pantam un 11.panta pirmajai daļai tika atzīta likuma „Par valsts sociālo apdrošināšanu” norma, kas paredzēja, ka sociāli apdrošinātais (statuss, kas dod tiesības uz valsts sociālajiem pakalpojumiem) ir persona, par kuru faktiski ir veiktas obligātās iemaksas, attiecībā uz personām, kuras sociālās apdrošināšanas iemaksas veic ar citu personu starpniecību vai par kurām maksājumus izdara citas personas.

Par nodarbinātu personu tiks uzskatīta arī persona, kas saņem atlīdzību un darbojas Latvijas Republikā reģistrētas kapitālsabiedrības, kooperatīvās sabiedrības, Eiropas komercsabiedrības, Eiropas kooperatīvās sabiedrības padomē vai valdē, kā arī persona, kas pilda pienākumus vēlētā valsts pārvaldes institūcijā, citā vēlētā amatā un amatā, kurā persona iecelta, pamatojoties uz Saeimas, Ministru kabineta vai pašvaldības domes lēmumu.

2) Pašnodarbināta persona (persona, kas gūst ienākumus ārpus darba tiesiskajām attiecībām) reizi ceturksnī ir deklarējusi un veikusi valsts veselības apdrošināšanas obligāto iemaksu maksājumus atbilstoši deklarētajam.

Valsts veselības apdrošināšanas obligāto iemaksu sadalījumā sadaļā „pašnodarbinātas personas” ir ietvertas arī personas, kuras gūst ar iedzīvotāju ienākuma nodokli apliekamus ienākumus, bet neatbilst „pašnodarbinātas personas” vai „darba ņēmēja” statusam šobrīd likuma „Par valsts sociālo apdrošināšanu” izpratnē. Šīm personām ir tādi paši valsts veselības apdrošināšanas obligāto iemaksu nomaksas nosacījumi kā pašnodarbinātām personām.

Gan Lietuvā, gan Igaunijā obligātās veselības apdrošināšanas iemaksas tiek maksātas kopā ar valsts sociālās apdrošināšanas iemaksām: attiecīgi Lietuvā – darba devējs samaksā darba ņēmēja valsts sociālās apdrošināšanas iemaksas un 3 % veselības apdrošināšanas likmi un darba devēja veselības apdrošināšanas likmi 6 % apmērā, Igaunijā – veselības apdrošināšanas likmi 13 % apmērā kā darba devēja sociālo apdrošināšanu par savu darba ņēmēju maksā darba devējs.

Lietuvā šobrīd noteiktās obligātās veselības apdrošināšanas likmes un nodokļa objekts ir:

* nodarbinātajiem – 3 % likme, ko maksā darba ņēmējs un 6 %, ko maksā darba devējs, tātad kopā 9 % no darba ņēmēja kopējiem ienākumiem;
* personām no ienākumiem par autortiesībām, sportistiem u.c. – 9 % (3 % plus 6 %) no kopējiem ienākumiem, bet ne mazāk kā 9 % no Lietuvā noteiktās minimālās mēnešalgas;
* pašnodarbinātajiem bez komercdarbības licences – 9 % no puses visu ienākumu, bet ne mazāk kā 9 % no Lietuvā noteiktās minimālās algas;
* pašnodarbinātajiem ar komercdarbības licenci – 9 % no Lietuvā noteiktās minimālās mēnešalgas;
* individuālo uzņēmumu īpašniekiem un lauksaimniecības apvienību biedriem – 9 % no peļņas, bet ne mazāk kā 9 % no Lietuvā noteiktās minimālās mēnešalgas;
* patstāvīgajiem iedzīvotājiem, kuriem ir cita veida ienākumi (dividendes, īres maksa, ienākumi no īpašuma pārdošanas) – 6 % no kopējiem ienākumiem, ko iekasē kā iedzīvotāju ienākuma nodokli, bet ne mazāk kā 9 % no Lietuvā noteiktās minimālās mēnešalgas;
* pārējiem iedzīvotājiem, kuri paši veic iemaksas - 9 % no Lietuvā noteiktās minimālās mēnešalgas.

Igaunijā šobrīd noteiktās obligātās veselības apdrošināšanas likmes un nodokļa objekts ir:

* nodarbinātajiem - veselības apdrošināšanas likmi 13 % apmērā kā darba devēja sociālo apdrošināšanu par savu darba ņēmēju maksā darba devējs;
* pašnodarbinātajiem (arī pārējiem) - veselības apdrošināšanas likme 13 % apmērā ir jāmaksā pašiem, bet ne mazāk kā no Igaunijā noteiktās minimālās mēnešalgas, Igaunijā ir noteikta augstākā robeža pašnodarbinātajiem sociālajam nodoklim (tai skaitā veselības apdrošināšanai), nodokļa maksājums netiek veikts par tiem ienākumiem, kuri gadā pārsniedz 15 minimālās mēnešalgas.

Kā jau iepriekš minēts, Latvijas Republikas Satversmes 111.pants nosaka – „Valsts aizsargā cilvēku veselību un garantē ikvienam medicīniskās palīdzības minimumu”. Ieviešot izmaiņas veselības aprūpes finansēšanā ir būtiski izvērtēt vai tās atbilst Latvijas Republikas Satversmei, tai skaitā vai veselības aprūpes pakalpojumu apjoma samazināšana noteiktām grupām var tikt uzskatīta par cilvēka pamattiesību ierobežošanu.

Jāatzīmē, ka tiesības uz veselības aprūpi līdzīgi kā Latvijā ir ietvertas arī Lietuvas un Igaunijas konstitūcijās. Lietuvā tiesības uz veselības aprūpi ietvertas konstitūcijas 53.pantā, kurš nosaka: „Valsts rūpējas par cilvēku veselību un garantē medicīnisko palīdzību, un aprūpi cilvēka slimības gadījumā.” Lietuvas konstitūcijā ietverts, ka papildus ar likumu tiek noteikta kārtība kā Lietuvas pilsoņiem veselības aprūpes iestādēs tiek sniegta bezmaksas medicīniskā palīdzība. Savukārt Igaunijas konstitūcijas 28.panta pirmā daļa paredz: „Ikvienam ir tiesības uz veselības aizsardzību.” Minētā panta otrā daļa nosaka, ka tiesības saņemt valsts palīdzību ir Igaunijas pilsoņiem un vienlīdzīgi arī citām personām vecuma, darbnespējas, apgādnieka zaudējuma gadījumā. Igaunijas konstitūcijā ir norādītas vispārīgas veselības aizsardzības tiesības un tādu personu tiesības saņemt valsts palīdzību, kurām norādīto iemeslu dēļ ir ierobežota iespēja pastāvīgi rūpēties par savu veselību.[[25]](#footnote-25)

2006. gada 2. novembra spriedumā lietā Nr. 2006-07-01 Satversmes tiesa norādīja: „Latvijas konstitucionālais likumdevējs Satversmē noteicis virkni sociālo tiesību. Tādējādi likumdevējs noteicis, ka Latvija ir sociāli atbildīga valsts, proti, tāda valsts, kas likumdošanā, pārvaldē un tiesas spriešanā cenšas iespējami plaši īstenot sociālo taisnīgumu. Sociāli atbildīgas valsts mērķis ir sabiedrībā izlīdzināt būtiskākās sociālās atšķirības un katrai iedzīvotāju grupai nodrošināt atbilstošu dzīves standartu.” Tādejādi Latvijā darbojas sociāli atbildīgas valsts princips un tas ietver šādus elementus:

1) valsts pienākumu nodrošināt cilvēka cienīgu dzīves līmeni, kas ietver sociālās palīdzības, pamatpakalpojumu, kā arī izglītības, veselības un sociālās aprūpes, kultūras iestāžu pieejamības nodrošināšanu;

2) valsts pienākumu nodrošināt aizsardzību sociāla riska gadījumā;

3) valsts pienākumu rūpēties par sociālo taisnīgumu, kas ietver rūpes par sociālo atšķirību izlīdzināšanu, vājāko aizsardzību un iespēju vienlīdzību;

4) cilvēka saistību ar sabiedrību, kas ietver arī cilvēka pienākumus pret citiem cilvēkiem.[[26]](#footnote-26)

Tādejādi Latvijas Republikas Satversmē ietvertās sociālās tiesības paredz ne tikai valsts pienākumus attiecībā pret tās iedzīvotājiem, bet arī personas saistību ar sabiedrību un līdz ar to personas pienākumus pret sabiedrību. Personas rīcības brīvības ierobežojumi tiek noteikti, lai veicinātu sociālo kopdzīvi.[[27]](#footnote-27)

Cilvēka saistību ar sabiedrību, tai skaitā pienākumu pret citiem cilvēkiem Satversmes tiesas ir ietvērusi 2011.gada 19.decembra spriedumā lietā Nr.2011 – 03 – 01: “Sociālais taisnīgums prasa, lai no speciālā budžeta vispirms tiktu finansētas pensijas tām personām, kuras pienācīgi līdzdarbojušās pensijas kapitāla uzkrāšanā.” Ņemot vērā, ka tiesības saņemt pensiju tāpat kā tiesības uz veselības aprūpi ir sociālās tiesībās, var secināt, ka tiesību uz veselības aprūpi saņemšanas sasaistīšana ar nodokļa nomaksas faktu atbilst Latvijas Republikas Satversmē ietvertajam.

Latvijas Republikas Satversmes 111.pants nosaka: „Valsts aizsargā cilvēku veselību un garantē ikvienam medicīniskās palīdzības minimumu”. Likumdevējs Satversmē un citos veselības jomu regulējošos aktos nav skaidrojis medicīniskās palīdzības minimumu. Jāpiekrīt Latvijas Republikas Satversmes VIII daļas komentāros ietvertajam, ka medicīniskās palīdzības minimums nav skaidrojams tikai no gramatiskā viedokļa, ka minumums ir minimāli nepieciešamais un norma ir jāinterpretē pēc iespējas plašāk.[[28]](#footnote-28) Tomēr vienlaikus jāatzīmē, ka Latvijas Republikas Satversmē ietvertās tiesības nav neierobežojamas un to jau ir atzinusi arī Satversmes tiesa savos spriedumos norādot, ka Satversmes 111.pants neuzliek valstij pienākumu nodrošināt ikvienam iespējami augstāko veselības līmeni, taču no šajā pantā noteiktā izriet valsts pienākums noteiktos gadījumos veikt pasākumus, lai aizsargātu cilvēku veselību. Juridiskās argumentācijas ceļā nav iespējams izvērtēt valsts finansiālās iespējas, ekonomisko situāciju, tiesībpolitikas prioritātes un atsevišķu sociālo grupu īpašās vajadzības. Visi šie apsvērumi Satversmes tiesas ieskatā (Satversmes tiesas 288.gada 29.decembra spriedums lietā Nr.2008 – 37 – 03) ietekmē likumdevēja vai Ministru kabineta izšķiršanos, paredzot noteiktus pakalpojumus un to apmēru.

Latvijas Republikas Satversmē ietvertās tiesības uz veselības aprūpi ir nepieciešams interpretēt arī Latvijas uzņemto starptautisko saistību kontekstā. Rīcības brīvības robežas nosaka gan Satversme, gan Latvijas starptautiskās saistības proti, Starptautiskais pakts par ekonomiskajām, sociālajām un kultūras tiesībām. Pakts nosaka, ka:

1. dalībvalstis atzīst katra cilvēka tiesības sasniegt visaugstāko fiziskās un psihiskās veselības līmeni;
2. pasākumos, kas šī pakta dalībvalstīm jāveic minēto tiesību pilnīgai realizēšanai, ietilpst pasākumi, kas nepieciešami, lai:

a) nodrošinātu nedzīvi dzimušo skaita un bērnu mirstības samazināšanos un bērnu veselīgu attīstību;

b) visu vides higiēnas un rūpniecības darba higiēnas aspektu uzlabošanos;

c) epidēmisko un endēmisko slimību, arodslimību un citu slimību profilaksi un ārstēšanu un to apkarošanu;

d) apstākļu radīšanu, kas nodrošinātu visiem medicīnisko palīdzību un medicīnisko kopšanu slimības gadījumā.

Veselības ministrijas ieskatā Starptautiskais pakts par ekonomiskajām, sociālajām un kultūras tiesībām paredz dalībvalstīm tiesības to pienākumus realizēt noteiktā līmenī un paktā noteiktais ietverts koncepcijas piedāvātajā risinājumā.

Koncepcijā ir paredzētas plašs to pakalpojumu loks, kuru saņems personas neatkarīgi no IIN vai VSAOI aprēķināšanas vai neaprēķināšanas fakta, vai arī valsts veselības apdrošināšanas obligāto iemaksu maksāšanas vai nemaksāšanas fakta, lai nodrošinātu Latvijas Republikas Satversmes 111.pantā noteikto, ka „Valsts aizsargā cilvēku veselību un garantē ikvienam medicīniskās palīdzības minimumu.” (skatīt ietverto par pamatpakalpojumu). Piemēram Igaunijā personas, kuras neveic obligātās veselības apdrošināšanas likmes iemaksu saņem tikai neatliekamo medicīnisko palīdzību.

Koncepcijā ietvertie risinājumi ir vērtējami atbilstoši šādiem nosacījumiem:

1. vai ar izraudzīto līdzekļi var sasniegt leģitīmo mērķi (piemērotība). Koncepcijas leģitīmais mērķis ir sociālais taisnīgums un solidaritāte. Šādā sistēmā visas personas piedalās veselības aprūpes pakalpojumu finansēšanā caur noteikta nodokļa maksāšanu, bet pakalpojumus izmanto tad kad tie nepieciešami. Šāda sistēma arī neparedz atšķirīgu piekļuvi veselības aprūpes pakalpojumiem pamatojoties uz veiktajām iemaksām. Veselības aprūpes “universālo pārklājumu” visefektīvāk var nodrošināt, ja izmaksas (maksājumi) tiek sadalīti līdzvērtīgi starp visu populāciju. Līdz ar to var secināt, ka ar izraudzīto līdzekli var sasniegt leģitīmo mērķi.

No otras puses – Latvija kā sociāli atbildīga valsts apdrošinās vājāko grupu aizsardzību, apdrošinot tās iedzīvotāju grupas, kuras pašas nevar veikt iemaksas.

1. Vai leģitīmo mērķi nevar sasniegt ar indivīda tiesības mazāk ierobežojošiem līdzekļiem (nepieciešamība). Rosinātajās izmaiņās veselības aprūpes sistēmas finansēšanā ir būtiski tas, ka mainās finansēšana no vispārējas valsts budžeta dotācijas uz personificētām iemaksām. Šādā sistēmā būtiski, ka katra persona pati ar savām iemaksām piedalās šīs sistēmas veidošanā (finansēšanā). Līdz ar to leģitīmo mērķi var sasniegt tikai ieviešot personificētas iemaksas.
2. Vai labums ko iegūst sabiedrība, ir lielāks par indivīda tiesībām nodarīto kaitējumu (atbilstība). Kā jau iepriekš minēts šādas sistēmas izveidei ir noteiktas pozitīvās puses:
3. skaidrāk iezīmēta resursu sadale;
4. lielāka iespēja iesaistīt dažādas iedzīvotāju grupas veselības aprūpei nepieciešamo līdzekļu nodrošināšanai;
5. iedzīvotāju motivācija veikt maksājumus ir lielāka;
6. palīdz mobilizēt papildus resursus veselības aprūpei.

Šāda līdzekļu savākšana ļauj līdzekļus izlietot mērķtiecīgāk, sistēma ir strukturētāka un pēc iespējas pasargā mazaizsargātās (vājākās) iedzīvotāju grupas, līdz ar to var secināt, ka labums ko iegūst sabiedrība, ir lielāks par indivīda tiesībām nodarīto kaitējumu.

* 1. **Pamatpakalpojumu nodrošinājums**

**Šajā modelī Latvijas iedzīvotāji tiks pakļauti valsts veselības obligātai apdrošināšanai ar atsevišķu valsts veselības apdrošināšanas obligāto iemaksu ieviešanu un maksāšanu. Šai modelī visiem iedzīvotājiem, kuri minēti Ārstniecības likuma 17.pantā[[29]](#footnote-29), neatkarīgi no valsts veselības apdrošināšanas obligāto iemaksu maksāšanas vai nemaksāšanas fakta, lai nodrošinātu Latvijas Republikas Satversmes 111.pantā noteikto, ka „Valsts aizsargā cilvēku veselību un garantē ikvienam medicīniskās palīdzības minimumu.”, no Latvijas valsts budžeta tiks nodrošināti šādi pamatpakalpojumi – medicīniskās palīdzības minimums:**

1. skaidri definēta neatliekamā medicīniskā palīdzība (skatīt 3.pielikumu);
2. plānveida veselības aprūpe pacientiem šādu diagnožu vai veselības stāvokļu noteikšanai (ja pastāv aizdomas par saslimšanu) un ārstēšanai:
	* grūtniecēm un sievietēm pēcdzemdību periodā līdz 42 dienām;
	* pacientiem, kas slimo ar psihiskām slimībām;
	* pacientiem ar onkoloģiskām un hematoloģiskām saslimšanām;
	* pacientiem, kas slimo ar cukura diabētu;
	* tuberkulozes slimniekiem un pacientiem, kuriem veic izmeklējumus tuberkulozes noteikšanai;
	* infekciju slimību slimniekiem un pacientiem, kuriem veic izmeklējumus infekciju slimību noteikšanai (konkrētas infekciju slimības noteiktas MK noteikumu Nr.1046 4.pielikumā „Infekciju slimību saraksts”);
	* pacientiem, kas saņem hroniskās hemodialīzes, hemodiafiltrācijas un peritoneālās dialīzes procedūras;
	* pacientiem, kas saņem ilgstošu plaušu mākslīgo ventilāciju;
	* pacientiem, kas saņem paliatīvo veselības aprūpi;
3. kompensējamie medikamenti pacientiem, kuriem pienākas medikamentu kompensācija 100% apmērā, kā arī kompensējamie medikamenti visām 2.punktā minētajām diagnozēm vai veselības stāvokļiem.
	1. **Iedzīvotāju kategorijas**

**Pārējā (plānveida) valsts apmaksātā veselības aprūpe** (apjoms atbilstoši MK noteikumiem Nr.1046) **tiks nodrošināta, šādām iedzīvotāju kategorijām:**

1. valsts veselības apdrošināšanas obligāto un brīvprātīgo iemaksu maksātājiem;

2. iedzīvotāju grupām, kuras ir apdrošinātas no valsts:

* 1. bērniem vecumā līdz 18 gadiem, kā arī bāreņiem un bez vecāku gādības palikušiem bērniem līdz 24 gadu vecuma sasniegšanai;
	2. personām, kurām piešķirta valsts vecuma , izdienas, apgādnieka zaudējuma vai speciālā valsts pensija;
	3. personām, kuras saņem valsts sociālā nodrošinājuma pabalstu;
	4. personām, kuras saņem vecāku, bērnu kopšanas vai ģimenes valsts pabalstu par bērnu vecumā līdz 3 gadiem;
	5. personām, kuras saņem vecāku, bērnu kopšanas vai ģimenes valsts pabalstu, kuriem ir vismaz 3 bērni, no kuriem vismaz viens ir pirmsskolas vecumā (t.i., līdz bērns sasniedz 7 gadu vecumu);
	6. personām, kuras saņem bērna invalīda kopšanas pabalstu;
	7. personām, kuras saņem piemaksu pie ģimenes valsts pabalsta par bērnu invalīdu vai valsts atbalstu ar celiakiju slimiem bērniem;
	8. personām, kuras kopj pilngadīgu personu, kurai noteikta I grupas invaliditāte, un kurai ir izsniegts Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas atzinums par īpašas kopšanas nepieciešamību;
	9. I, II un III grupas invalīdiem, kā arī 9 mēnešus pēc šī statusa zaudēšanas;
	10. personām, kuras saņem apdrošināšanas atlīdzību vai kaitējuma atlīdzību par darbspēju zaudējumu, kā arī personām, kuras saņem slimības pabalstu;
	11. personām, kuras saņem atlīdzību par audžuģimenes pienākumu pildīšanu, atlīdzību par adoptējamā bērna aprūpi vai atlīdzību par aizbildņa pienākumu pildīšanu;
	12. personām, kuras saņem pakalpojumus ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijās, kas ir reģistrētas Sociālo pakalpojumu sniedzēju reģistrā;
	13. bezdarbniekiem, kuri ir reģistrējušies Nodarbinātības valsts aģentūrā, kā arī 9 mēnešus pēc bezdarbnieku statusa zaudēšanas;
	14. personām, kuras ir vecumā no 18 līdz 25 gadiem un iegūst vispārējo vai profesionālo izglītību, kā arī 9 mēnešus pēc šī statusa zaudēšanas;
	15. personām, kuras ir vecumā no 18 līdz 30 gadiem un ir pilna laika students, kā arī 9 mēnešus pēc šī statusa zaudēšanas;
	16. ieslodzītajiem ieslodzījuma vietās, kā arī personām, kas atbrīvotas no ieslodzījuma vietas, laika posmā līdz 9 mēnešiem pēc atbrīvošanas;
	17. politiski represētajām personām;
	18. Nacionālās pretošanās kustības dalībniekiem;
	19. personām, kuras cietušas Černobiļas atomelektrostacijas avārijas seku likvidācijā;
	20. orgānu donoriem.
1. personām, kuras ir veikušas maksājumu (nodevu) valsts budžetā trīs minimālo mēnešalgu apmērā (t.i., šobrīd 600 Ls), kā arī pēc tam ir kļuvušas par valsts veselības apdrošināšanas obligāto un brīvprātīgo iemaksumaksātāju.

Tie ārvalstnieki, kuri dzīvo Latvijā un kuri maksā valsts veselības apdrošināšanas obligātās iemaksas , saņem valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus pilnā apmērā. Līdz ar to tiks risināts jautājums par to, ka pašreiz Ārstniecības likuma 17. pantā noteikto personu lokā neietilpst tie ārvalstnieki, kas veic nodokļu iemaksas, bet kuriem nav pastāvīgās uzturēšanās atļaujas.

Ārvalstniekiem (Eiropas Savienības un Eiropas Ekonomiskās zonas dalībvalstu, kā arī Šveices Konfederācijas pilsoņiem), kuri Latvijā nemaksā valsts veselības apdrošināšanas obligātās iemaksas , ir iespēja izmantot Eiropas veselības apdrošināšanas karti. Uzrādot Eiropas veselības apdrošināšanas karti nepieciešamā un neatliekamā veselības aprūpe tiek sniegta tādā pašā apjomā, kādā tā tiek nodrošināta Latvijas iedzīvotājiem. Ārvalstniekiem sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus apmaksās attiecīgās (mītnes) valsts kompetentā institūcija, ārvalstniekam pašam sedzot pacienta iemaksu.

Latvijas pilsoņi, kas strādā un maksā nodokļus ārpus Latvijas, saņem pakalpojumus tajā valstī, kurā viņi maksā nodokļus. Ja šīs personas vēlas saņemt veselības aprūpes pakalpojumu Latvijā, attiecībā uz tām piemērojams tālāk ietvertais risinājums par iedzīvotājiem, kuri paši veiks veselības apdrošināšanas obligātās iemaksas vai iespēja izmantot Eiropas veselības apdrošināšanas karti.

Sezonas darbinieki un darbinieki ar darba līgumu uz noteiktu laiku, izbeidzoties darba tiesiskajām attiecībām, veselības aprūpes pakalpojumus saņem arī nākamajā ceturksnī, pēc kura ir bijis nodokļa aprēķināšanas gadījums.

Iepriekš minētajās kategorijās ietilpstošajiem no valsts apmaksātās veselības aprūpes pienāksies pašlaik spēkā esošais pakalpojumu apjoms: viņi saņems pilnā apjomā normatīvajos aktos noteiktos veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas modelī ietvertos veselības aprūpes pakalpojumus, papildus maksājot vien normatīvajos aktos noteiktās pacientu iemaksas (izņemot no pacientu iemaksas atbrīvotās iedzīvotāju kategorijas).

Pastāv risks, ka atsevišķas iedzīvotāju grupas, piemēram, personas bez dokumentiem, nestrādājošas, ilgstoši slimojošas personas darbspējas vecumā, personas ar alkohola atkarībām, narkotiku atkarībām u.c., neatbildīs nevienai no atbrīvotajām kategorijām un nesaņems plānveida palīdzību, līdz ar to pastāv iespēja, ka šīs personas vērsīsies pašvaldības sociālajā dienestā pēc palīdzības, kas radīs slogu pašvaldību budžetiem. Ņemot vērā iepriekš minēto, nepieciešams stiprināt NVD sadarbību ar pašvaldību sociālajiem dienestiem, lai operatīvi risinātu jautājumu par personas statusu un nepieciešamo pakalpojumu saņemšanu.

* 1. **Valsts veselības apdrošināšanas obligāto iemaksu maksāšanas kārtība**

Šis variants paredz Latvijā veidot jaunu veselības aprūpes finansēšanas sistēmu, ieviešot speciālo veselības aprūpes budžetu, kura finansējuma avots ir:

* valsts veselības apdrošināšanas obligātās iemaksas3.65 procentpunktu apmērā, kuras maksās nodarbinātās personas un pašnodarbinātie un kuras tiks nodalītas no spēkā esošās IIN likmes 4 procentpunktu apmērā;
* transferts no pamatbudžeta par valsts apdrošinātajām iedzīvotāju kategorijām;
* ieņēmumi no vienreizējiem maksājumiem (nodevas) valsts budžetā trīs minimālo mēnešalgu apmērā (t.i., šobrīd 600 Ls) un valsts veselības apdrošināšanas brīvprātīgajām iemaksām;
* maksas pakalpojumiem un citiem pašu ieņēmumiem.

Valsts veselības apdrošināšanas obligātās iemaksastiks aprēķināts:

* **nodarbinātai personai** – no algas nodokļa maksātāja mēneša bruto ienākuma un tas tiks uzskatīts par nodarbinātās personas attaisnotajiem izdevumiem, kas tiks atskaitīti no personas apliekamā nodarbinātības ienākuma tajā mēnesī, par kuru iemaksa ir aprēķināta (līdzīgi kā valsts sociālās apdrošināšanas obligāto iemaksu darbinieka daļa). Valsts veselības apdrošināšanas obligātās iemaksas aprēķinās, ieturēs un budžeta kontā līdz nākamā mēneša 31.datumam iemaksās nodarbinātās personas darba devējs;
* **pašnodarbinātai personai -** būs jānodrošina valsts veselības apdrošināšanas obligāto iemaksumaksājums no brīvi izraudzītiem ienākumiem, bet ne mazāks kā no minimālās darba algas - vismaz 21.90  Ls apmērā pārskata ceturksnī (7.30 Ls mēnesī jeb 3.65 % no 200 Ls). Svarīga ir maksāšanas regularitāte, t.i., ka 7.30 Ls tiek maksāti katru mēnesi un kopā ir 21.90 Ls ceturksnī. 87.60 Ls maksāt vienreiz gadā ir iespējams, ja tie tiek maksāti avansā.

Valsts veselības apdrošināšanas obligāto iemaksu minimālā maksājuma apmērs tiek noteikts 7.30 Ls mēnesī, attiecīgi 87.60 Ls gadā, kas vērtējot personas statusu (nodarbinātā persona vai pašnodarbinātā persona), primāri tiks vērtēta atbilstība nodarbinātās personas statusam, pēc tam tiks vērtēts vai persona ir pašnodarbinātais un pēc tam tiks vērtēta atbilstība iedzīvotāju grupām, kuras ir apdrošinātas no valsts. Ja persona atbildīs abiem statusiem - gan nodarbinātas personas statusam, gan pašnodarbinātas personas statusam, tad valsts veselības apdrošināšanas obligātās iemaksastiks aprēķinātas no visiem personas ienākumiem, kas gūti esot šajos statusos.

Tās personas, kuras nav ne nodarbinātas personas, ne pašnodarbinātas personas, bet vēlēsies pievienoties sistēmai, pašas veiks valsts veselības apdrošināšanas brīvprātīgās iemaksas, katru mēnesi par sevi maksājot 20 Ls un pārskata ceturksnī kopā samaksājot 60 Ls (20 Ls mēnesī jeb 240 Ls gadā tiek pielīdzināts vidējiem veselības aprūpes izdevumiem uz vienu iedzīvotāju 2011.gadā 239.17 Ls (skat.2.attēlu). Šīs grupas pievienošanās un tiesību zaudēšana uz pakalpojumiem ir tāda pati kā pārējām IIN maksātāju kategorijām, kas ir valsts veselības apdrošināšanas obligāto iemaksumaksātājas.

Valsts veselības apdrošināšanas obligātās iemaksas administrējošā iestāde būs VID, bet valsts veselības apdrošināšanas brīvprātīgās iemaksas un vienreizējos maksājumus (nodevas) administrējošā iestāde būs NVD.

Ieviešot šo modeli, persona (nodarbinātās personas, pašnodarbinātās personas un personas, kuras ir veikušas valsts veselības apdrošināšanas brīvprātīgās iemaksas ) plānveida veselības aprūpes pakalpojumus varēs saņemt nākamajā ceturksnī, kas sekos divus mēnešus pēc iepriekšējā ceturkšņa, ja par to būs maksātas valsts veselības apdrošināšanas obligātās iemaksas (vai paziņots par aprēķināšanu) vai maksātas valsts veselības apdrošināšanas brīvprātīgās iemaksas iepriekšējā atskaites periodā ceturksnī (maksāts par visiem ceturkšņa mēnešiem), kā arī turpmākajos atskaites periodos (ceturkšņos) tām būs pienākums turpināt maksāt (vai būt nodarbinātajam, par kuru tiek paziņots par aprēķināšanu) valsts veselības apdrošināšanas obligātās iemaksas vai maksāt valsts veselības apdrošināšanas brīvprātīgās iemaksas šādos periodos:

|  |  |
| --- | --- |
| Atskaites periods  | Pakalpojumu saņemšanas periods |
| Oktobris, novembris decembris | Marts, aprīlis, maijs |
| Janvāris, februāris, marts | Jūnijs, jūlijs, augusts |
| Aprīlis, maijs, jūnijs | Septembris, oktobris, novembris |
| Jūlijs, augusts, septembris | Decembris, janvāris, februāris |

Ja par personu atskaites periodā nebūs samaksātas (vai paziņots par aprēķināšanu) valsts veselības apdrošināšanas obligātās iemaksas vai samaksātas valsts veselības apdrošināšanas brīvprātīgās iemaksas, tad tā plānveida valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumu varēs saņemt maksājot pilnu pakalpojuma cenu. Persona, par kuru pārtrauc veikt (vai paziņot par aprēķināšanu) valsts veselības apdrošināšanas obligāto iemaksu maksājumus vai maksāt valsts veselības apdrošināšanas brīvprātīgās iemaksas valsts budžetā, tiesības saņemt valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus zaudē nākamajā pakalpojumu saņemšanas periodā, kurš seko atskaites periodam, kurā nav maksātas (vai paziņots par aprēķināšanu) valsts veselības apdrošināšanas obligātās iemaksas vai maksātas valsts veselības apdrošināšanas brīvprātīgās iemaksas. Persona, par kuru nebūs veiktas (vai paziņots par aprēķināšanu) valsts veselības apdrošināšanas obligātās iemaksas vai maksāti valsts veselības apdrošināšanas brīvprātīgo iemaksu maksājumi valsts budžetā iepriekšējā atskaites periodā, veselības aprūpes pakalpojumus varēs saņemt jau nākamajā mēnesī, veicot vienreizēju maksājumu (nodevu) valsts budžetā trīs minimālo mēnešalgu apmērā (t.i., šobrīd 600 Ls), lai pievienotos sistēmai, kā arī pēc tam kļūstot par personu, par kuru tiek maksātas (vai paziņots par aprēķināšanu) valsts veselības apdrošināšanas obligātās iemaksasvai maksātas valsts veselības apdrošināšanas brīvprātīgās iemaksas valsts budžetā. Ja par personu nākamajā mēnesī, kas seko mēnesim, kad veikts maksājums trīs minimālo mēnešalgu apmērā, neveic (vai par to netiek paziņots par aprēķināšanu) valsts veselības apdrošināšanas obligātās iemaksas vai nemaksā valsts veselības apdrošināšanas brīvprātīgās iemaksas valsts budžetā, tad tai būs pienākums atmaksāt valstij par tai sniegtajiem plānveida valsts apmaksātajiem veselības aprūpes pakalpojumiem. Vienreizējā maksājuma (nodevas) apjoms 600 Ls jeb trīs minimālo mēnešalgu apmērā ir izvēlēts, lai pārņemtu praksi no Lietuvas, kā arī tiek plānots, ka šādu maksājumu iedzīvotāji varētu izvēlēties veikt, ja būs skaidri zināmas plānveida veselības aprūpes pakalpojuma izmaksas, kuras ievērojami pārsniegs 600 Ls (piemēram, plānveida pakalpojuma vidējās izmaksas viena pacienta ārstēšanai kardioķirurģijā pieaugušajiem – 6 578,20 Ls, nieres transplantācija un pēcoperācijas periods – 11 024,50 Ls, krūšu aortas endoprotezēšana 12 946,80 Ls utt.).

Darba devējam būs pienākums ieturēt par darba ņēmēju valsts veselības apdrošināšanas obligāto iemaksumaksājumus, kā arī veikt pārskaitījumus uz valsts speciālā budžeta kontu. Jau šobrīd likuma „Par nodokļiem un nodevām” 15.pants nosaka, ka nodokļu maksātāju vispārīgie pienākumi ir noteiktajā termiņā un pilnā apmērā nomaksāt nodokļus un nodevas. Saskaņā ar šī likuma 18.pantu, VID pienākumi ir kontrolēt nodokļu, nodevu, kā arī citu valsts noteikto maksājumu aprēķināšanas un maksāšanas pareizību, piedzīt termiņā nesamaksātos nodokļus, tādējādi, ievērojot likuma „Par nodokļiem un nodevām” 26.panta pirmo daļu, nodokļu administrācija, atbilstoši nodokļu deklarācijai, avansa maksājumu aprēķinam, kā arī citiem dokumentiem par maksājumiem budžetā vai pēc nodokļu administrācijas kontroles (pārbaudes, revīzijas) aprēķinātos nodokļu maksājumus (arī soda naudu), kuri nav samaksāti nodokļu likumos vai citos normatīvajos aktos noteiktajā termiņā, un ar tiem saistīto nokavējuma naudu (turpmāk – nokavētie nodokļu maksājumi), kā arī izdevumus par nokavēto nodokļu maksājumu piedziņu bezstrīda kārtībā piedzen bezstrīda kārtībā, pamatojoties uz lēmumu par nokavēto nodokļu maksājumu piedziņu.

Reizi ceturksnī VID nodos NVD informāciju par šādām valsts veselības apdrošināšanas obligātās iemaksas maksātāju kategorijām, papildinot jau esošās atskaites par VSAOI ar informāciju par valsts veselības apdrošināšanas obligātajām iemaksām vai arī izveidojot jaunas atskaites:

|  |  |
| --- | --- |
| Nodokļa maksātāju veids | Paziņošanas veids |
| nodarbinātie | Šobrīd darba devējs sniedz – *„Ziņojums par valsts sociālās apdrošināšanas obligātajām iemaksām no darba ņēmēju darba ienākumiem, iedzīvotāju ienākuma nodokli un uzņēmējdarbības riska valsts nodevu pārskata mēnesī”*. Iespējams iegūt informāciju no VID reizi ceturksnī, papildinot atskaiti ar valsts veselības apdrošināšanas obligātajām iemaksām. |
| pašnodarbinātie | Šobrīd reizi ceturksnī pašnodarbinātie sniedz *„Ziņojums par pašnodarbinātā vai iekšzemes darba ņēmēja pie darba devēja - ārvalstnieka, vai ārvalstu darba ņēmēja pie darba devēja - ārvalstnieka valsts sociālās apdrošināšanas obligātajām iemaksām”.* Iespējams iegūt informāciju no VID reizi ceturksnī, papildinot atskaiti ar valsts veselības apdrošināšanas obligātajām iemaksām. |
| mikrouzņēmuma īpašnieki un darbinieki | Šobrīd – *„Mikrouzņēmumu nodokļu deklarācija”.* Nepieciešams izveidot jaunas paziņošanas formas reizi ceturksnī. Iespējams iegūt informāciju no VID reizi ceturksnī. |

Normatīvo aktu izstrādes procesā, VM un FM jānosaka tas personu ienākumu apjoms, kuru nepārsniedzot nodarbinātai personai un pašnodarbinātai personai valsts veselības apdrošināšanas obligātām iemaksām (gan nodarbinātajām personām, gan pašnodarbinātajām personām maksājums 7.30 Ls apmērā) tiek piemērota samazinātā valsts veselības apdrošināšanas obligāto iemaksu likme, lai nepalielinātu nevienlīdzību veselības aprūpē, kā arī jānosaka konkrēts valsts veselības apdrošināšanas obligāto iemaksu apmērs tām kategorijām, kurām šobrīd nodokļa apmērs ir atšķirīgs no 25 % un mazāks par 4 %.

* 1. **Finansējums**

Veselības aprūpes pakalpojumu saņemšana tiks sasaistīta ar valsts veselības apdrošināšanas obligāto iemaksu maksāšanas vai paziņošanas par aprēķināšanu faktu, valsts veselības apdrošināšanas brīvprātīgo iemaksu vai vienreizējā maksājuma (nodevas) valsts budžetā trīs minimālo mēnešalgu apmērā (t.i., šobrīd 600 Ls) maksāšanas faktu. Lai nodrošinātu iepriekš minēto maksājumu ieviešanu un ieņēmumu novirzīšanu veselības aprūpei, ir jāveido speciālais veselības aprūpes budžets.

3.tabula

**Prognoze par ieņēmumiem, kas tiks novirzīti valsts veselības obligātajai apdrošināšanai par valsts veselības apdrošināšanas obligāto iemaksu maksātājiem**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **2012** | **2013** | **2014** | **2015** | **2016** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** |
| **Ieņēmumi no valsts veselības apdrošināšanas obligātajām iemaksām(pārdale 4 procentpunktu apmērā no IIN likmes), milj.LVL** | **137** | **145** | **155** | **166** | **174** | **183** | **192** | **201** | **211** |
| *izmaiņas, milj.LVL* |  | 8 | 10 | 11 | 8 | 9 | 9 | 9 | 10 |
| *izmaiņas, %* |  | *5.8%* | *6.9%* | *7.1%* | *5.0%* | *5.0%* | *5.0%* | *5.0%* | *5.0%* |

\* IIN ieņēmumi prognozēti pamatojoties uz FM sagatavoto makroekonomisko rādītāju prognozēm

3.tabulā „Prognoze par ieņēmumiem, kas tiks novirzīti valsts veselības obligātajai apdrošināšanai par valsts veselības apdrošināšanas obligāto iemaksu maksātājiem” ietverta prognoze par veselības aprūpes budžeta ieņēmumiem no valsts veselības apdrošināšanas obligātajām iemaksām. Tika pieņemts, ka IIN ieņēmumu pieaugums pēc 2015.gada saglabāsies 5 procentpunktu apmērā (faktiskajās cenās) pret iepriekšējo gadu, pamatojoties uz to, ka FM savās prognozēs līdz 2015.gadam prognozējusi vidēji šādu pieaugumu ieņēmumiem no darba samaksas.

 Atbilstoši FM sniegtajai informācijai, 2011.gadā:

* IIN no nodarbinātības ienākuma maksāja 874 632 personas, tajā skaitā 100 576 pensionāri;
* IIN no saimnieciskās darbības ienākuma maksāja 101 531 persona, no kurām 44 571 persona saņēma arī nodarbinātības ienākumu;
* IIN no mikrouzņēmumu nodokļa maksāja 42 376 personas, no kurām 23 440 personas saņēma arī nodarbinātības ienākumu.

Kopējais IIN maksātāju skaits, balstoties uz 2011.gada datiem, varētu būt aptuveni 990 453 personas, jo no saimnieciskās darbības veicēju skaita ir izslēgtas personas, kas vienlaikus gūst citu ienākumu (nodarbinātības vai citu ienākumu, piemēram, autoratlīdzību).

Papildus VM pieņēma, ka ieviešot koncepciju, ik gadu IIN maksātāju skaits varētu palielināties par 0,5% un par līdzvērtīgu skaitu varētu samazināties iedzīvotāju skaits, kam būtu jāmaksā valsts veselības apdrošināšanas brīvprātīgās iemaksas.

Atbilstoši NVD Vadības informācijas sistēmas datiem, 2011.gadā kopējais Latvijas iedzīvotāju skaits, kas tiek saskaņots ar Pilsonības un migrācijas lietu pārvaldes datiem, bija 2 247 154, no tiem:

1. 375 223 bērni (no 0 – 17 gadiem);
2. 464 569 iedzīvotāji pensijas vecumā (no 62 gadiem);
3. 364 010 iedzīvotāji, kuri iekļaujas pārējās valsts apdrošinātajās kategorijās;
4. 1 043 352 iedzīvotāji, kuri ir darbspējīgā vecumā un, kuriem būtu jāmaksā IIN.

Informācija par aptuveno iedzīvotāju skaitu, kuri iekļaujas pārējās valsts apdrošinātajās kategorijās, tika iegūta no Izglītības un zinātnes ministrijas, Pilsonības un migrācijas lietu pārvaldes, Nodarbinātības valsts aģentūras, Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūras, Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas, Ieslodzījuma vietu pārvaldes un VSIA „Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca”.

Balstoties uz aprēķiniem, valsts veselības apdrošināšanas brīvprātīgās iemaksas 2012.gadā būtu jāveic aptuveni 153 500 iedzīvotājiem (1 043 352 – 889 877), kas pēc VM pieņēmuma ik gadu samazināsies. Valsts veselības apdrošināšanas brīvprātīgās iemaksas tiek noteiktas 20 lati mēnesī un 60 Ls ceturksnī, kas attiecīgi ir 240 lati gadā. Tomēr ņemot vērā pieredzi valstī ar iedzīvotāju aktivitāti attiecībā uz nodokļu un nodevu maksāšanu, kā arī Lietuvas pieredzi par iedzīvotāju aktivitāti brīvprātīgi pievienojoties obligātās veselības apdrošināšanas sistēmai, aprēķinos ir pieņemts, ka aptuveni 15 % no iedzīvotājiem, kam būs jāveic valsts veselības apdrošināšanas brīvprātīgās iemaksas, tās arī veiks.

Tā kā kopējais iedzīvotāju skaits ik gadu samazinās, tad aprēķinos tika pieņemts, ka kopējais iedzīvotāju skaits ik gadu samazināsies par 0,3%, t.sk., bērnu skaits ik gadu samazināsies par 0,6%, iedzīvotāju skaits vecumā no 18 līdz 61 gadam ik gadu samazināsies par 0,5%, bet pensionāru skaits ik gadu palielināsies par 0,3%.

Informācija par faktiski sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem un izmaksām 2011.gadā uz vienu iedzīvotāju, atbilstoši Vadības informācijas sistēmas datiem, parādīta 4.tabulā „Informācija par faktiskajām veselības aprūpes izmaksām uz vienu iedzīvotāju 2011.gadā”.

4.tabula

**Informācija par faktiskajām veselības aprūpes izmaksām uz vienu iedzīvotāju 2011.gadā**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Skaits** | **Faktiskās kopējās izmaksa, LVL** | **Faktiskās izmaksas uz vienu iedzīvotāju, LVL** |
| **Neatliekamā medicīniskā palīdzība (visiem)** | **2 247 154** | **224 854 559** | **100,06** |
| **Pārējā medicīniskā palīdzība, t.sk.:** | **2 247 154** | **178 553 389** | **79,46** |
| Iedzīvotājiem, kuriem ir jāmaksā IIN | 1 043 352 | 32 406 513 | 31,06 |
| Iedzīvotājiem, kuri iekļaujas kādā no atbrīvotajām kategorijām, t.sk., | 1 203 802 | 146 146 876 | 121,40 |
| *bērni (līdz 18 gadiem)* | *375 223* | *16 078 306* | *42,85* |
| *iedzīvotāji pensijas vecumā (no 62 gadiem)* | *464 569* | *118 762 419* | *255,64* |
| *iedzīvotāji, kas iekļaujas pārējās atbrīvotajās kategorijās* | *364 010* | *11 306 151* | *31,06* |

\*faktiskajās kopējās izmaksās ir iekļauta informācija par faktiski sniegtajiem pakalpojumiem, no kuriem daļa nav atmaksāta

Tā kā aptuveni 70% no valsts apdrošinātajām kategorijām ir bērni un pensionāri, kuru veselības aprūpe ir dārgāka kā pārējiem iedzīvotājiem, tad iedzīvotājiem, ko apdrošina valsts, jāpiemēro koeficents 1,7 = (375 223 x 1,1 + 464 569 x 2,7 + 364 010 x1) / 1 203 802. Lai nodrošinātu valsts apdrošinātajām kategorijām vidējo koeficientu pa grupām, kas ir 1,7 pret to, ko maksās valsts veselības apdrošināšanas obligāto iemaksu maksātāji, plānots pakāpeniski no 2013.gada palielināt koeficientu un attiecīgi arī summu, ko valsts maksā par šīm grupām, lai izlīdzinātu proporciju starp valsts veselības apdrošināšanas obligāto iemaksu maksātājiem un valsts apdrošinātajām kategorijām. Lai arī nepieciešamais koeficients tiks sasniegts ne ātrāk kā 2020.gadā, tomēr ņemot vērā, ka pastāv sabiedrības novecošanās problēma, koeficientu iespējams būs nepieciešams pārskatīt un koriģēt atbilstoši situācijai turpmākajos gados.

Pamatojoties uz iepriekš norādīto informāciju, VM veica prognozi par valsts veselības obligātās apdrošināšanas sistēmas rādītājiem, kas parādīta 5.tabulā „Informācija par valsts veselības obligātās apdrošināšanas sistēmu”.

|  |
| --- |
| 5.tabula**Informācija par veselības obligātās apdrošināšanas sistēmu** |
|  | **2012** | **2013** | **2014** | **2015** | **2016** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** |
| **Plānotais finansējums pamatfunkciju nodrošināšanai, milj.LVL, t.sk.,** | 486,10 | 464,40 | 521,61 | 591,62 | 667,52 | 750,27 | 840,43 | 938,57 | 1 045,33 |
| **neatliekamās medicīniskā palīdzības nodrošināšanai** | 224,85 | 224,06 | 246,93 | 255,95 | 269,45 | 283,20 | 297,63 | 312,02 | 323,04 |
| **plānveida veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai** | 191,08 | 175,59 | 210,06 | 271,05 | 333,45 | 402,45 | 478,18 | 561,93 | 657,67 |
| **pārējām pamatfunkcijām (NMPD, VADC, VM, NVD u.c.), kuras netiek iekļautas veselības obligātās apdrošināšanas sistēmā\*** | 70,17 | 64,75 | 64,62 | 64,62 | 64,62 | 64,62 | 64,62 | 64,62 | 64,62 |
| **KOPĀ ieņēmumi no veselības nodokļa un brīvprātīgajām iemaksām, milj.LVL, t.sk.,** |   |   | 159,91 | 170,92 | 179,18 | 187,85 | 196,96 | 206,52 | 216,55 |
|  **no valsts veselības apdrošināšanas obligātajām iemaksām 3,65 procentpunktu apmērā (4 procentpunktu pārdale no IIN)** |   |   | 154,60 | 165,64 | 173,92 | 182,62 | 191,75 | 201,34 | 211,40 |
| *maksātāju skaits* |  |  | *986 586* | *982 463* | *978 362* | *974 285* | *970 232* | *966 199* | *962 188* |
| *vidējā iemaksa, LVL*  |  |  | *157* | *169* | *178* | *187* | *198* | *208* | *220* |
|  **no brīvprātīgajām iemaksām** (pieņemot, ka maksā 15% no tiem, kam būtu jāmaksā) |   |   | 5,31 | 5,28 | 5,26 | 5,23 | 5,21 | 5,18 | 5,15 |
| *maksātāju skaits* |  |  | *22 131* | *22 020* | *21 910* | *21 801* | *21 691* | *21 583* | *21 475* |
| *iemaksas apmērs, LVL*  |  |  | *240* | *240* | *240* | *240* | *240* | *240* | *240* |
| **Valsts finansējums par neatliekamās medicīniskās palīdzības nodrošināšanu, milj.LVL** |  |  | 246,93 | 255,95 | 269,45 | 283,20 | 297,63 | 312,02 | 323,04 |
|  *skaits* |  |  | *2 231 418* | *2 223 629* | *2 215 892* | *2 208 208* | *2 200 576* | *2 192 995* | *2 185 465* |
| *vidējās izmaksas, LVL* |  |  | *111* | *115* | *122* | *128* | *135* | *142* | *148* |
| **Valsts finansējums par atbrīvotajām kategorijām, milj.LVL** |   |   | 50,15 | 100,13 | 154,27 | 214,60 | 281,22 | 355,41 | 441,12 |
| *skaits* |  |  | *1 097 294* | *1 094 365* | *1 091 463* | *1 088 586* | *1 085 735* | *1 082 909* | *1 080 109* |
| *Nodrošinātais keficienta apmērs* |  |  | *0,29* | *0,54* | *0,79* | *1,05* | *1,31* | *1,58* | *1,85* |
| *vidējās izmaksas, LVL*  |  |  | *46* | *91* | *141* | *197* | *259* | *328* | *408* |
| \* šajā gadījumā netiek vērtētas pārējo pamatfunkciju attīstības finansiālās vajadzības, piem., valsts pārvaldes un šeit ietilpstošo ārstniecības iestāžu cilvēkresursu vajadzības |
|  |

Kā viens no svarīgiem mērķiem ieviešot valsts veselības obligātās apdrošināšanu un sasniedzot veselības aprūpes valsts budžeta finansējumu 4,5% apmērā no IKP, ir veselības aprūpes līdzekļu rezerves izveidošana, katru gadu novirzot 0,1‑0,5% apmērā līdzekļus no kopējiem veselības aprūpei paredzētiem līdzekļiem ar uzkrāšanas principu, lai 10-20 gadu laikā sasniegtu rezervi aptuveni 10% apmērā no kopējiem līdzekļiem veselības aprūpē.

Šī modeļa realizācijai un veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības palielināšanai ir nepieciešams papildus finansējums, pakāpeniski sasniedzot veselības aprūpes valsts budžetu 4,5% apmērā no IKP (pēc VRP 2014.gadā), vēlākais līdz 2020.gadam.

Detalizētāka informācija par papildus nepieciešamo finansējumu pakāpeniskai veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības paaugstināšanai, kā arī rezultatīvie rādītāji, kurus plānots sasniegt, ietverti 1. un 2.pielikumā.

* 1. **Īstenošanas tehniskās iespējas**

Izveidojot valsts veselības obligātās apdrošināšanas sistēmu, tās administrēšanai ir nepieciešams izveidot veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju reģistru, t.i., NVD un iesaistīto valsts pārvaldes iestāžu pārziņā esošās informācijas sistēmas ir nepieciešams sasaistīt vienotā tiešsaistes datu pārraides režīmā, lai informācija par katru pacientu būtu operatīvi pieejama jebkurā ārstniecības iestādē. Šobrīd NVD rīcībā, tā nolikumā minēto funkciju veikšanai,  ir Vadības informācijas sistēma, kurā ir realizēts veselības aprūpes saņēmēju reģistrs, atbilstoši Ārstniecības likuma  17.pantam. Taču šī reģistra  funkcionalitāte ir ierobežota un neparedz datu apmaiņu ar koncepcijas ietvaros iesaistīto iestāžu datu bāzēm, IT sistēmām un reģistriem. Sistēmas darbības nodrošināšanai nepieciešama virkne datu, kas tiktu apkopoti NVD uzturētajā reģistrā un, kuras funkcionalitāte tiktu paplašināta ar šādu kategoriju datiem:

Dati, kas saņemami no VID:

* informācija par personām, par kurām pārskata periodā ir samaksātas valsts veselības obligātās apdrošināšanas obligātās iemaksas vai ir paziņots par to aprēķināšanu..

Dati, kas saņemami no Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūras:

personas, kurām piešķirta valsts vecuma, izdienas, apgādnieka zaudējuma vai speciālā valsts pensija;

* personas, kurām piešķirta invaliditātes pensija;
* personas, kuras saņem valsts sociālā nodrošinājuma pabalstu;
* personas, kuras saņem vecāku, bērnu kopšanas vai ģimenes valsts pabalstu par bērnu vecumā līdz 3 gadiem;
* personas, kuras saņem vecāku, bērnu kopšanas vai ģimenes valsts pabalstu un kuriem ir vismaz 3 bērni, no kuriem vismaz viens ir pirmsskolas vecumā (t.i., līdz bērns sasniedz 7 gadu vecumu);
* personas, kuras saņem bērna invalīda kopšanas pabalstu;
* personas, kuras saņem piemaksu pie ģimenes valsts pabalsta par bērnu invalīdu vai valsts atbalstu ar celiakiju slimiem bērniem;
* personas, kuras saņem apdrošināšanas atlīdzību vai kaitējuma atlīdzību par darbspēju zaudējumu, kā arī personas, kuras saņem slimības pabalstu;
* personas, kuras saņem atlīdzību par audžuģimenes pienākumu pildīšanu un par adoptējamā bērna aprūpi;
* personas, kuras saņem atlīdzību par aizbildņa pienākumu pildīšanu.

Dati, kas saņemami no Sociālās integrācijas valsts aģentūras un pašvaldības sociālajiem dienestiem:

* personas, kuras saņem pakalpojumus ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijās, kas ir reģistrētas Sociālo pakalpojumu sniedzēju reģistrā.

Dati, kas saņemami no Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas:

* personas, kurām piešķirta I, II un III invaliditātes grupa, kā arī informācija par invaliditātes grupas zaudēšanu;
* personas, kuras kopj pilngadīgu personu, kurai noteikta I grupas invaliditāte un kurai ir izsniegts Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas atzinums par īpašas kopšanas nepieciešamību. Vienlaicīgi Labklājības ministrijai kopā ar VM ir jārisina jautājums, kā ir nosakāma persona, kura aprūpē invalīdu, kuram ir piešķirts invalīda kopšanas pabalsts.

Dati, kas saņemami no Nodarbinātības valsts aģentūras:

* bezdarbnieki, kuri ir reģistrējušies Nodarbinātības valsts aģentūrā, kā arī informācija par bezdarbnieku statusa zaudēšanu.

Dati, kas saņemami no augstskolām un Izglītības un zinātnes ministrijas:

* personas, kuras ir vecumā no 18 līdz 25 gadiem un iegūst vispārējo vai profesionālo izglītību, kā arī 9 mēnešus pēc šī statusa zaudēšanas;
* personas, kuras ir vecumā no 18 līdz 30 gadiem un ir pilna laika students, kā arī 9 mēnešus pēc šī statusa zaudēšanas.

Dati, kas saņemami no Ieslodzījumu vietas pārvaldes:

* ieslodzītie ieslodzījuma vietās, kā arī personas, kas atbrīvotas no ieslodzījuma vietas, laika posmā līdz 9 mēnešiem pēc atbrīvošanas.

Dati, kas saņemami no VSIA „Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca”:

* personas, kuras cietušas Černobiļas atomelektrostacijas avārijas seku likvidācijā;
* orgānu donori.

Dati, kas saņemami no Pilsonības un migrācijas lietu pārvaldes:

* bērni vecumā līdz 18 gadiem;
* bāreņi un bez vecāku gādības palikušie bērni līdz 24 gadu vecuma sasniegšanai;
* politiski represētās personas;
* Nacionālās pretošanās kustības dalībnieki.

Šajā risinājuma variantā plānots veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu saistīt ar valsts veselības apdrošināšanas obligātām iemaksām (tiek nodalītas no IIN) un tad informāciju par veiktajām vai aprēķinātajām valsts veselības apdrošināšanas obligātajām iemaksām būs iespējams iegūt no šobrīd reizi ceturksnī sniedzamajām atskaitēm par VSAOI, kuras tiks papildinātas arī ar valsts veselības apdrošināšanas obligātām iemaksām.

Informāciju par 2.modeļa īstenošanai nepieciešamo finansējumu IT sistēmu saslēgšanai skatīt 5.pielikumā „Koncepcijas projekta par veselības aprūpes sistēmas finansēšanas modeli ietekme uz valsts un pašvaldību budžetiem 2.modelim”.

Gadījumā, ja kādu apstākļu ietekmē nedarbosies veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju reģistrs un ārstniecības personas nevarēs saņemt datus par pacientiem, tad tās jebkurā gadījumā pacientiem sniegs veselības aprūpes pakalpojumus. Katrs gadījums pēc tam tiks izskatīts un vērtēts atsevišķi, nepieciešamības gadījumā no personas pēc tam pieprasot atmaksāt izdevumus par viņam sniegtajiem pakalpojumiem.

Jau šobrīd ārstniecības iestādēm ir pienākums – izvērtēt, vai persona ietilpst to personu kategorijā, kurām ir tiesības saņemt valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus, pārbaudīt šo personu statusu veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju reģistrā un neskaidrību gadījumā sazināties ar NVD. Šādi pienākumi ir iekļauti līgumā par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu. Ieviešot koncepcijā paredzēto risinājumu, ārstniecības iestāžu pienākumu apjoms attiecībā uz personas statusa noskaidrošanu būtiski netiek mainīts. Arī šobrīd gadījumā, ja ir bijušas neskaidrības par personas statusu, katrs gadījums tiek izvērtēts atsevišķi un, ja tiek secināts, ka personai pienākas valsts apmaksāti veselības aprūpes pakalpojumi, tad NVD tos apmaksā. Savukārt, ja personai nebija tiesību saņemt valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus, tad maksu par sniegtajiem pakalpojumiem no personas piedzen ārstniecības iestāde – lielajām iestādēm ir noslēgti līgumi ar parādu piedzīšanas uzņēmumiem, pārējie paši organizē šo procesu. Tomēr izdevumu piedziņas procesā no pacientiem ārstniecības iestādēm var rasties problēmas ņemot vērā lēno lietu izskatīšanu tiesās un civilprocesa ietvaros iespējamās izmaksas. Jāatzīmē, ka līdz šim nav saņemts neviens ārstniecības iestādes iesniegums, ka sistēmas darbības pārtraukuma dēļ nav varēts sniegt veselības aprūpes pakalpojumus.

 2.varianta priekšrocības un trūkumi

|  |  |
| --- | --- |
| **Priekšrocības** | **Trūkumi** |
| 1.Noteikts maksājums tiek novirzīts tieši veselības aprūpei, kas papildus var motivēt iedzīvotājus veikt valsts veselības obligātās apdrošināšanas iemaksas maksājuma veikšanu. | 1. Nodarbinātie un pašnodarbinātie, maksājotvalsts veselības apdrošināšanas obligātās iemaksas 3,65 procentpunktu apmērā nevar nodrošināt pietiekamu finansējumu veselības aprūpei, lielāko veselības nozarei nepieciešamo finansējumu tāpat ir jāplāno no vispārējiem nodokļu ieņēmumiem, jo valstij ir jānodrošina pamatpakalpojumi visām iedzīvotāju kategorijām neatkarīgi no valsts veselības obligātās apdrošināšanas iemaksu maksāšanas vai nemaksāšanas fakta. |
| 2.Skaidrāk definētas pakalpojumu saņēmēju grupas, izslēgti tie, kas nodokļu sistēmā neattaisnoti nepiedalās. | 2.Samazinās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība pārējiem valsts iedzīvotājiem, kuri dažādu iemeslu dēļ nevar vai izvairās no valsts veselības apdrošināšanas obligātām iemaksām.  |
| 3.Iedzīvotājiem pieaug motivācija maksāt nodokļus, jo kļūst skaidrāks to izlietojuma mērķis. | 3.Rodas lielāki izdevumi nekā 1.variantā sistēmas ieviešanai un uzturēšanai, kas saistīti ar personificētu maksājumu iekasēšanu un uzskaiti. Nepieciešama papildus institucionālā kapacitāte NVD un VID (papildus izmaksas institucionālai kapacitātei projektā nav novērtētas). |
| 4.Veselības aprūpes pakalpojumi varētu kļūt pieejamāki personām, kuras veicvalsts veselības apdrošināšanas obligātās iemaksas. | 4.Pieaug darbaspēka izmaksas un maksājumu slogs iedzīvotājiem. |
| 5. Katru gadu novirzot līdzekļus 0,1‑ 0,5% apmērā no kopējiem veselības aprūpei paredzētiem līdzekļiem „rezervei”, rodas iespēja veidot uzkrājumu veselības aprūpei, lai 10-20 gadu laikā sasniegtu „rezervi” aptuveni 10% apmērā no kopējiem līdzekļiem veselības aprūpē, tādējādi daļēji pasargājot veselības aprūpes izdevumu samazinājumu no ekonomiskā cikla svārstības ietekmes. | 5.Ieviešot valsts veselības obligāto apdrošināšanu ievērojami pieaug administrēšanas izdevumi, kas vidēji valstīs ar šādu veselības aprūpes finansēšanas modeli ir 3 – 6 % no veselības aprūpes izdevumiem (šobrīd Latvijā administrēšanas izmaksas 0,8 % no veselības aprūpes izdevumiem). |
| 6. Saņemot daļu veselības aprūpei nepieciešamos līdzekļus kā iezīmētus ieņēmumus, veselības aprūpes finansējuma apjoms tikai daļēji būs atkarīgs no politiskiem lēmumiem. | 6.Pastāv iespēja, ka pieaugot valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu apjomam, vienlaicīgi samazināsies to veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju, kas nevēlas un neslēdz publisko tiesību līgumu ar NVD, bet šos pakalpojumus sniedz balstoties uz pakalpojuma pašizmaksu, sniedzamo pakalpojumu apjoms. Tomēr šīm ārstniecības iestādēm ir iespēja attīstīt un piedāvāt personām jaunus veselības aprūpes pakalpojumu veidus vai pieteikties veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlases procedūrā, lai iegūtu tiesības slēgt līgumus ar NVD par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu. |

1. Nepieciešamie tiesību aktu projekti

1A variants - veselības aprūpes pakalpojumu saņemšana pamatojoties uz to, ka par personas gūtajiem ienākumiem ir aprēķināts IIN

Grozījumi Ārstniecības likumā:

* nosakot tās iedzīvotāju grupas, kuras ir tiesīgas saņemt plānveida veselības aprūpes pakalpojumus;
* nosakot deleģējumu Ministru kabinetam izstrādāt informācijas apmaiņas kārtību, kā koncepcijas īstenošanai nepieciešamie dati tiek nodoti tiešsaistes režīmā VM padotības iestādei NVD (tai skaitā, paredzot pienākumu augstākās izglītības iestādēm sniegt informāciju par pilna laika studentiem, kuri iegūst augstāko izglītību šajās mācību iestādēs).

Grozījumi MK noteikumos Nr.1046:

* nosakot tās slimību diagnozes un veselības stāvokļus, kuri tiks apmaksāti no valsts budžeta līdzekļiem (neatkarīgi, vai par personu ir veikts IIN aprēķināšanas vai neaprēķināšanas fakts);
* nosakot neatliekamās medicīniskās palīdzības līmeņus (kategorijas).

Grozījumi MK noteikumos Nr.899:

* pārskatot kompensācijas apmēru un kārtību IIN maksātājiem, valsts apdrošinātajām iedzīvotāju grupām un ar noteiktām slimībām slimojošajiem pacientiem.

1B variants - veselības aprūpes pakalpojumu saņemšana pamatojoties uz to, ka par personas gūtajiem ienākumiem ir aprēķināts VSAOI

Grozījumi Ārstniecības likumā:

* nosakot tās iedzīvotāju grupas, kuras ir tiesīgas saņemt plānveida veselības aprūpes pakalpojumus;
* nosakot deleģējumu Ministru kabinetam izstrādāt informācijas apmaiņas kārtību kā koncepcijas īstenošanai nepieciešamie dati tiek nodoti tiešsaistes režīmā VM padotības iestādei NVD (tai skaitā, paredzot pienākumu augstākās izglītības iestādēm sniegt informāciju par pilna laika studentiem, kuri iegūst augstāko izglītību šajās mācību iestādēs).

Grozījumi MK noteikumos Nr.1046:

* nosakot tās slimību diagnozes un veselības stāvokļus, kuri tiks apmaksāti no valsts budžeta līdzekļiem (neatkarīgi, vai par personu ir veikts IIN aprēķināšanas vai neaprēķināšanas fakts);
* nosakot neatliekamās medicīniskās palīdzības līmeņus (kategorijas).

Grozījumi MK noteikumos Nr.899:

* pārskatot kompensācijas apmēru un kārtību IIN maksātājiem, valsts apdrošinātajām iedzīvotāju grupām un ar noteiktām slimībām slimojošajiem pacientiem.

**Modelis Nr.2 –valsts veselības obligātā apdrošināšana ar valsts veselības apdrošināšanas obligātajām iemaksām 3.65 procentpunktu apmērā**

Valsts obligātās veselības apdrošināšanas likums – nosakot valsts obligātās veselības apdrošināšanas kārtību, tās iedzīvotāju grupas, kuras ir tiesīgas saņemt valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus u.c.

Grozījumi Likumā par budžetu un finanšu vadību, paredzot valsts speciālā veselības aprūpes budžeta izveidošanu.

Grozījumi likumā „Par nodokļiem un nodevām”, nosakot valsts veselības apdrošināšanas obligātās iemaksas un veselības nodevu.

Grozījumi likumā „Par iedzīvotāju ienākumu nodokli” – samazinot IIN likmi.

Grozījumi Ārstniecības likumā:

* saskaņojot normas ar Valsts obligātās veselības apdrošināšanas likumu;
* nosakot deleģējumu Ministru kabinetam izstrādāt informācijas apmaiņas kārtību kā koncepcijas īstenošanai nepieciešamie dati tiek nodoti tiešsaistes režīmā VM padotības iestādei NVD (tai skaitā paredzot pienākumu augstākās izglītības iestādēm sniegt informāciju par pilna laika studentiem, kuri iegūst augstāko izglītību šajās mācību iestādēs).

Grozījumi MK noteikumos Nr.1046 precizējot:

* veselības aprūpes pakalpojumu veidus, kuri tiek apmaksāti no valsts budžeta līdzekļiem, un šo pakalpojumu saņemšanas kārtību;
* neatliekamās medicīniskās palīdzības līmeņus (kategorijas).

Grozījumi MK noteikumos Nr.899 – pārskatot kompensācijas apmēru un kārtību valsts veselības apdrošināšanas obligāto iemaksu maksātājiem, valsts apdrošinātajām iedzīvotāju grupām un ar noteiktām slimībām slimojošajiem pacientiem.

Grozījumi Mikrouzņēmumu nodokļa likumā – nosakot IIN daļu, kas tiks nodalīta valsts veselības apdrošināšanas obligātās iemaksu izveidošanai.

Veselības ministre I.Circene

08.03.2013. 12:10

17 836

Kristīne Kuļikova

tālr. 67876145

Kristine.Kulikova@vm.gov.lv

1. Datu avots: Eurostat datu bāze, Health care: indicators from SILC survey, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public\_health/data\_public\_health/database. [↑](#footnote-ref-1)
2. Pasaules Veselības organizācija (PVO), Global Health Expenditure database, 2010. [↑](#footnote-ref-2)
3. E. Tragakes „Veselības aprūpes sistēmas pārejas periodā: Latvija. Pārskats par veselības aprūpes sistēmu” WHO, 2008. [↑](#footnote-ref-3)
4. MK noteikumu Nr.1046 14.punktā ir uzskaitīti veselības aprūpes pakalpojumi, kurus no valsts budžeta neapmaksā. Lielākā daļa ES valstu šos pakalpojumus sniedz, piemēram, plānveida stacionāro rehabilitāciju pieaugušajiem, sirds transplantāciju, aknu transplantāciju u.c.

Pašlaik Latvijā no valsts budžeta tiek apmaksāti tikai 50% no ambulatoro pakalpojumu faktiskās vajadzības. Nepietiekamā finansējuma dēļ ir izveidojies nesamērīgs gaidīšanas laiks uz veselības aprūpes pakalpojumiem: pie ambulatorajā sektorā strādājošiem speciālistiem gaidīšanas laiks sasniedz 14 nedēļas (kardiologs, oftalmologs, reimatologs u.c.), uz ambulatorajiem izmeklējumiem gaidīšanas laiks sasniedz 17 nedēļas (magnētiskā rezonanse, ultrasonogrāfija u.c.), dienas stacionārā sniegtajiem pakalpojumiem gaidīšanas laiks svārstās no 17 līdz 40 nedēļām, bet kā izņēmums jāmin gaidīšanas laiks uz ķirurģiskajiem pakalpojumiem oftalmoloģijas dienas stacionārā, kas sasniedz 2,5 gadus, gaidīšanas laiks uz plānveida pakalpojumiem slimnīcās svārstās no 15 līdz 42 nedēļām. Nepietiekami nodrošināta medicīniskā rehabilitācija, ierobežota kompensējamo medikamentu pieejamība (piemēram A hepatīta gadījumā pacientam ikmēneša līdzmaksājums pārsniedz 150 latus, valsts nodrošina ierobežotam pacientu skaitam medikamentu kompensāciju hroniskas mieloleikozes, multiplās mielomas, limfomas, metstātiska krūts vēža, limfoleikozes gadījumā, HIV/AIDS infekcijas gadījumā nepietiekami nodrošināta antiretrovirālā terapija u.c.). [↑](#footnote-ref-4)
5. Ernst&Young pētījums „Esošās veselības aprūpes sistēmas finansēšanas modelis”, 2012. [↑](#footnote-ref-5)
6. Lameire N., Joffe P., Wiedermann M. „Healthcare systems – an international review: an overview” Nephrology Dialysis Transplantation 1999 [↑](#footnote-ref-6)
7. Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J. Funding health care: options for Europe. European Observatory on Health Care Systems Series 2002 [↑](#footnote-ref-7)
8. Doentinchem o., Carrin G., Evans D. Thinking of inroducing social health insurance? Ten questions. WHO 2009 Technical brief for policy makers No.4 [↑](#footnote-ref-8)
9. Ernst&Young pētījums „Esošās veselības aprūpes sistēmas finansēšanas modelis”, 2012. [↑](#footnote-ref-9)
10. Ernst&Young pētījums „Esošās veselības aprūpes sistēmas finansēšanas modelis”, 2012. [↑](#footnote-ref-10)
11. Bjornberg, A, Euro Health Consumer Index, 2009. [↑](#footnote-ref-11)
12. Austrijas Federālā Veselības ministrija, The Austrian Health Care System: Key Facts, 2010. [↑](#footnote-ref-12)
13. Ernst&Young pētījums „Esošās veselības aprūpes sistēmas finansēšanas modelis”, 2012. [↑](#footnote-ref-13)
14. Austrijas Federālā Veselības ministrija, The Austrian Health Care System: Key Facts, 2010. [↑](#footnote-ref-14)
15. Austrijas Federālā Veselības ministrija, The Austrian Health Care System: Key Facts, 2010. [↑](#footnote-ref-15)
16. Gönenç, R., M. M. Hofmarcher and A. Wörgötter, OECD Economics Department Working Papers: Reforming Austria’s Highly Regaded but Costly Health System, 2011. [↑](#footnote-ref-16)
17. Statistics Austria, Health expenditure, 2012. [↑](#footnote-ref-17)
18. Austrijas Federālā Veselības ministrija, The Austrian Health Care System: Key Facts, 2010. [↑](#footnote-ref-18)
19. Ernst&Young pētījums „Esošās veselības aprūpes sistēmas finansēšanas modelis”, 2012. [↑](#footnote-ref-19)
20. Ernst&Young pētījums „Esošās veselības aprūpes sistēmas finansēšanas modelis”, 2012. [↑](#footnote-ref-20)
21. Ernst&Young pētījums „Esošās veselības aprūpes sistēmas finansēšanas modelis”, 2012. [↑](#footnote-ref-21)
22. Ernst&Young pētījums „Esošās veselības aprūpes sistēmas finansēšanas modelis”, 2012. [↑](#footnote-ref-22)
23. Doentinchem o., Carrin G., Evans D. Thinking of inroducing social health insurance? Ten questions. WHO 2009 Technical brief for policy makers No.4 [↑](#footnote-ref-23)
24. 1) Latvijas pilsoņiem;

2) Latvijas nepilsoņiem;

3) Eiropas Savienības dalībvalstu, Eiropas Ekonomikas zonas valstu un Šveices Konfederācijas pilsoņiem, kuri uzturas Latvijā sakarā ar nodarbinātību vai kā pašnodarbinātas personas, kā arī viņu ģimenes locekļiem;

4) ārzemniekiem, kuriem ir pastāvīgās uzturēšanās atļauja Latvijā;

5) bēgļiem un personām, kurām piešķirts alternatīvais statuss;

6) aizturētajām, apcietinātajām un ar brīvības atņemšanu notiesātajām personām. [↑](#footnote-ref-24)
25. Latvijas Republikas Satversmes komentāri. VIII nodaļa. Cilvēka pamattiesības. Autoru kolektīvs prof.R.Baloža zin.vadībā, Rīga: Latvijas Vēstnesis, 2011, 620.lpp. [↑](#footnote-ref-25)
26. Sociāli atbildīgas valsts princips, Kovaļevska A. Latvijas Vēstnesis, 2008.gada 26.augusts, Nr.32 [↑](#footnote-ref-26)
27. Turpat. [↑](#footnote-ref-27)
28. Latvijas Republikas Satversmes komentāri. VIII nodaļa. Cilvēka pamattiesības. Autoru kolektīvs prof.R.Baloža zin.vadībā, Rīga: Latvijas Vēstnesis, 2011, 614.lpp. [↑](#footnote-ref-28)
29. 1) Latvijas pilsoņiem;

2) Latvijas nepilsoņiem;

3) Eiropas Savienības dalībvalstu, Eiropas Ekonomikas zonas valstu un Šveices Konfederācijas pilsoņiem, kuri uzturas Latvijā sakarā ar nodarbinātību vai kā pašnodarbinātas personas, kā arī viņu ģimenes locekļiem;

4) ārzemniekiem, kuriem ir pastāvīgās uzturēšanās atļauja Latvijā;

5) bēgļiem un personām, kurām piešķirts alternatīvais statuss;

6) aizturētajām, apcietinātajām un ar brīvības atņemšanu notiesātajām personām. [↑](#footnote-ref-29)