

**Veselības nozares stratēģiskās padomes
sanāksmes**

PROTOKOLS
Rīgā

Datums:	05.04.2023.	Nr.	2
Sākums:	12.15	Beigas:	14.20
Norises vieta:	Veselības ministrijas lielā zāle (309. kabinets)		
Vada:	Līga Meņģelšone – Veselības ministre		
Dalībnieki:	Vārds Uzvārds, amats	Piedalās	
	Ilze Aizsiliece – Latvijas Ārstu biedrība	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Dace Ķikute – Latvijas Farmaceitu biedrība	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Andrejs Ērglis – Latvijas Universitāte	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Gints Kaminskis – Latvijas Pašvaldību savienība	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Jevgēņijs Kalējs – Latvijas Slimnīcu biedrība	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Valdis Keris – Latvijas Veselības un sociālās aprūpes darbinieku arodbiedrība	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Līga Kozlovskā – Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācija	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Ilva Aršauska – Latvijas Māsu asociācija	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Māris Rēvalds – Veselības aprūpes darba devēju asociācija	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Juris Raudovs - Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienība	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Sarmīte Veide – Latvijas Ģimenes ārstu asociācija	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Valts Ābols – Latvijas Lielo slimnīcu asociācija	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Egils Einārs Jurševics – Latvijas Patentbrīvo medikamentu asociācija	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Vladislava Marāne – Starptautisko inovatīvo farmaceitisko firmu asociācija	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Baiba Ziemele – Latvijas Pacientu organizāciju tīkls	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Aivars Vētra – Latvijas Rehabilitācijas profesionālo organizāciju apvienība	<input checked="" type="checkbox"/>	
Pieaicinātie:	Alina Dūdele – Latvijas Veselības ekonomikas asociācija	<input type="checkbox"/>	
	Anna Klešmite-Blūme - Latvijas Jauno ārstu asociācija	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Aiga Balode – Veselības ministrijas valsts sekretāra p.i., Veselības ministrijas valsts sekretāra vietniece digitalizācijas un pārmaiņu vadības jautājumos	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Antra Valdmane – Veselības ministrijas valsts sekretāra vietniece veselības politikas jautājumos	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Boriss Kņigins – Veselības ministrijas valsts sekretāra vietnieks finanšu jautājumos	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Āris Kasparāns – Nacionālā veselības dienesta direktors	<input checked="" type="checkbox"/>	

	Sanita Janka – Veselības ministrijas Veselības aprūpes departamenta direktore	<input checked="" type="checkbox"/>
	Inese Kaupere – Veselības ministrijas Farmācijas departamenta direktore	<input checked="" type="checkbox"/>
	Laura Boltāne – Veselības ministrijas Pārnozaru politikas nodaļas vadītāja	<input checked="" type="checkbox"/>
	Oskars Šneiders – Veselības ministrijas Komunikācijas nodaļas vadītājs	<input checked="" type="checkbox"/>
	Niāra Zālīte – Veselības ministres padomniece juridiskajos jautājumos (klātienē)	<input type="checkbox"/>
	Vita Šteina – Veselības ministres padomniece	<input checked="" type="checkbox"/>
	Evita Vītola – Veselības ministres biroja vadītāja	<input checked="" type="checkbox"/>
	Ize Rudzīte - Latvijas Pašvaldību savienība	<input type="checkbox"/>
	Liene Užule - Latvijas Pašvaldību savienība	<input type="checkbox"/>
	Zaiga Barvida - Nacionālā veselības dienesta Ārstniecības pakalpojumu departamenta Vecākā projektu vadītāja	<input type="checkbox"/>
	Alda Reinika - Nacionālā veselības dienesta Ārstniecības pakalpojumu departamenta direktore	<input type="checkbox"/>
Protokolē:	Ieva Apine – Veselības ministrijas Pārnozaru politikas nodaļas vecākā eksperte	
Darba kārtība:		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Slimnīcu tīkla attīstības ziņojums 2. Projekts “Veselības aprūpes pakalpojumu modeļu attīstības laboratorija” 3. Veselības nozares budžeta sagatavošanas process 4. Citi aktuāli jautājumi 		
Sanāksmē apspriestais:		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Slimnīcu tīkla attīstības ziņojums L. Meņģelšone atklāj sanāksmi un piesaka pirmo sanāksmes darba kārtības punktu - Slimnīcu tīkla attīstības ziņojums. Vienlaikus L.Meņģelšone akcentē, ka, lai tiktu nodrošināta Latvijas sabiedrības dzīves kvalitātes uzlabošana, ir jāveicina integrētas veselības aprūpes ieviešana, kas saskaņā ar Pasaules Veselības organizācijas definīciju ir “veselības pakalpojumu pārvaldība un nodrošināšana, lai klienti saņemtu profilaktisku un ārstniecisku pakalpojumu nepārtrauktību atbilstoši viņu vajadzībām laika gaitā un dažādos veselības sistēmas līmeņos”. Vienlaikus L.Meņģelšone uzsver, ka vērtībās balstītas veselības aprūpes ieviešana saistāma ar integrētu veselības aprūpi, efektīvu slimnīcu tīklu un izmērāmu sniegto pakalpojumu kvalitāti. S.Janka turpina sanāksmi, prezentējot Slimnīcu tīkla attīstības plānu, uzsverot, ka plāns neparedz ārstniecības iestāžu skaita izmaiņas, bet paredz izvērtēt un strukturizēt ārstniecības iestādēs sniegtos pakalpojumus un stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu profilus. Plāna izstrādes procesā tiek analizētas cilvēkresursu nodrošinājuma prasības katrā no stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu profiliem, sniedzamo izmeklējumu un materiāltehniskā nodrošinājuma prasības, kā arī kvalitātes kritēriji visām attiecīgā profila ārstniecības iestādēm, lai nodrošinātu ārstniecības iestādēs vienādu pakalpojumu kvalitāti. Līdz 2024.gada 1.janvārim tiks noteikti kvalitātes kritēriji ārstniecības iestādēm, līdz 2025.gada 1.janvārim tiks veikta situācijas analīze (prasību izpildes vērtēšana, kā arī veiktu sniegto pakalpojumu pārskatīšana). S.Janka akcentē īstenotā plāna ieguvumus, t.i., slimnīcu attīstības plāns paredz, ka prioritizēta tiek pacienta veselība, un vistuvāk pacienta dzīvesvietai tiek nodrošināta neatliekamā, ambulatorā un primārā veselības aprūpe, sarežģītāku un specializētu ārstniecības pakalpojumu veikšana tiek centralizēta, paredzot arī sniegto pakalpojumu materiāltehniskā nodrošinājuma un kvalitātes atbilstību. Lai nodrošinātu efektīvu plāna ieviešanu līdz 2024.gadam ir plānots izstrādāt tiesisko regulējumu metodiskās vadības institūciju izveidei; noteikt prasības un 		

kvalitātes kritērijus katram pakalpojumu profilam; noteikt slimnīcu sadarbības principus. Vienlaikus tiek akcentēts, ka šī plāna ietvaros rehabilitācijas pakalpojumi tiks integrēti visās slimnīcās un visos pakalpojumu profilos.

J.Kalējs: Vai šim jaunajam modelim ir pieejams finansējums cilvēkresursu nodrošināšanai? Piemēram, vai pie esošā cilvēkresursu apjoma ir iespējams nodrošināt pieteikumu ārstu-māsu attiecību? Tāpat ir jāņem vērā, ka kvalitātes kritēriji tiks pielīdzināti Eiropas līmenim, taču finansējuma apmērs veselības nozarei ir viens no zemākajiem Eiropā, tādēļ vēlas noskaidrot, kā tiks salāgotas kvalitātes prasības ar Latvijas pašreizējo situāciju, kā arī lūdz informāciju, kas saistās ar metodiskās vadības centru izveidi, t.i., cilvēkresursu nodrošinājumu centra izveidei, un lūdz sniegt informāciju, kā paredzēts veikt šo darbu sadalījumu un kas teiks gala vārdu šī modeļa pieņemšanā?

L.Meņģelšone: Attiecībā uz metodisko centru izveidi, ir jāuzsver, ka tie tieši kalpotu kā metodiskie atbalsta punkti, nosakot atskaites punktus.

V.Keris: Vērtībās balstītas veselības aprūpes nodrošināšana ir cieši saistīta ar finansējuma nodrošinājumu veselības aprūpei.

A.Ērglis: Attiecībā uz metodiskajiem centriem – ir skaidri jādefinē to funkcija, t.i., koordinēt noteiktās darbības un norisi. Vēlos norādīt, ka profesionālās organizācijas to nevar veikt. Attiecībā uz jaunajā plānā ietverto informāciju, ir svarīgi slimnīcu profila līmeņu izklāstā Liepājas un Daugavpils slimnīcas pacelt augstāk par 4.līmeni, pamatojoties uz tajās nodrošinātajiem pakalpojumiem insulta ārstēšanā.

L.Kozlovskā: Tāpat kā kolēģi, arī es vēlos uzsvērt, ka šī pasākuma īstenošana ir atkarīga no finansējuma piešķiruma veselības nozarei, un, ja plāns ir sagatavots, lai nodrošinātu, ka valdība apstiprina finansējuma palielinājumu veselības nozarei, tad tas ir atbalstāms. Vienlaikus vēlos uzdot precizējošus jautājumus, t.i., kā šis plāns risina jautājumu par nozares digitalizāciju un vai tam ir paredzēts finansējums; kā arī vēlos precizēt plānā minēto par jaunu algu modeļa veida ieviešanu. Vēlos uzsvērt, ka Latvijā īstenotais jauktās kapitācijas modelis primārās veselības finansēšanai gan pēc Pasaules Veselības organizācijas, gan pēc citu Eiropas veselības organizāciju norādījumiem ir atzīts kā labākais, līdz ar to aicinu uzlabot esošā finansēšanas modeļa ietvaru nevis veidot jaunu modeli.

L.Meņģelšone: Piekrītu, ka veselības nozarē viena no galvenajām prioritātēm šobrīd ir nozares digitalizēšana. Aicinu šobrīd kopā veikt datu apkopojumu par to, cik procenti no veselības pakalpojumiem ir digitalizēti e-veselībā.

Ā.Kasparāns: Ja veicam uzskaiti, tad vēlos akcentēt, ka šobrīd e-veselībā tiek nodrošināts: medikamentu recepšu izrakstīšana; darba nespējas lapu izveide, slēgšana; nosūtījumu pie speciālistiem izveide; nosūtījumu uz izmeklējumiem izveide; nosūtījumu uz laboratorijas izmeklējumiem izveide; radioloģijas izmeklējumu izklāstu (80%); vakcinācijas datu izklāsts; NMP izsaukuma kartes; atsevišķu stacionāru izraksti (šobrīd notiek aktīvs darbs, lai 3 slimnīcās ieviestu šo sistēmu, taču darbs tiks turpināts, lai pakalpojums tiktu nodrošināts visās slimnīcās).

L.Meņģelšone: Paldies, bet tagad lūdzu akcentēt e-veselībā iztrūkstošās lietas, t.i., nav pieejama digitalizēta pacienta karte, kā arī, manuprāt, svarīgi būtu izveidot kalendāru, kurā ir atspoguļota informācija par veiktajiem un plānotajiem izmeklējumiem, piemēram, atgādinājumi par skrīninga veikšanu.

S.Veide: šādi apkopojot datus, šķietami daudz pakalpojumi ir digitalizēti, tomēr vēlos uzsvērt, ka svarīga ir šo digitalizēto pakalpojumu kvalitāte.

L.Aizsilniece: piekrītu, vienlaikus vēlos akcentēt, ka sistēma būtu jāpilnveido, jo, piemēram, viena nosūtījuma sagatavošana prasa daudz laika, vienlaikus jāuzsver, ka to veic ārsts.

L.Meņģelšone: iespējams ir nepieciešams paplašināt to personu loku, kas ir tiesīgas (pēc ārstējošā ārsta norādēm un saskaņojuma) veikt datu ievadi e-veselībā. Ir jāuzsver, ka procesu digitalizēšanai ir jāatvieglo ikdienas darbs, līdz ar to būtu jārisina jautājums, kā optimizēt procesus.

L.Kozlovskā: un attiecībā uz manu otro jautājumu par atlīdzības modeļiem, pakalpojumu apmaksas modeli?

L.Meņģelšone: attiecībā uz PLE (Pilna laika ekvivalents ir koncepts, kura ietvaros tiek definēts, kādas darbības veicamas ārstniecības personai vienas slodzes ietvaros, par kuru maksājama mērķa alga) jāsaka, ka šis modelis jau ir izstrādāts, taču tam nepietiek finansējuma.

V.Keris: ņemot vērā īstenoto PLE pilotprojektu, būtu nepieciešams veidot oficiālu darba grupu modeļa pilotēšanas rezultātu analizēšanai, lai secinātu, vai modelis ir pietiekami efektīvs.

V.Ābols: Vēlos akcentēt, ka būtu nepieciešams izveidot šī modeļa ieviešanas darba grupu, jo pirms pasākuma pilotēšanas uzsākšanas tika izveidota darba grupa, taču, lai to attīstītu tālāk un ieviestu kā patstāvīgu risinājumu, ir nepieciešams veidot darba grupu, kas sagatavo risinājumu, pamatojoties uz pilotprojekta rezultātiem. Vienlaikus vēlos akcentēt, ka PLE modeļa pilotprojekts vienlaikus ir veicinājis modeļa pārņemšanu ne tikai tajās ārstniecības iestādēs, kurās pilotprojekts īstenots, bet arī citas ārstniecības iestādes, jo atalgojuma modelis ir viens no galvenajiem ārstniecības personu motivējošajiem līdzekļiem, un pilotprojekta rezultātā dažādās ārstniecības iestādēs pastāvēja atšķirības atalgojuma apmērā, kas radīja konkurenci nodarbināto vidū, līdz ar to iestādes, kas pilotprojektā nepiedalījās, bija spiestas pārstrukturizēt savu atlīdzības modeli.

L.Meņģelšone: Primāri viens no pilotprojekta secinājumiem bija tas, ka, lai modeli ieviestu, ir nepieciešams papildus finansējums 200 milj. apmērā, taču Finanšu ministrija neatbalstīja ziņojumā šādu redakciju un šo summu lūdza tajā neiekļaut.

V.Keris: Ir jāuzsver, ka līdz ar to ziņojums zaudēja konkrētību attiecībā uz mērķa algu noteikšanu. Taču vēlos akcentēt, ka lielo slimnīcu vadītāji ir norādījuši, ka lielajās slimnīcās, ja tiek nodrošināts adekvāts valsts finansējums, ir iespējams uzlabot darba samaksas sistēmu esošā normatīvā regulējuma ietvaros. Taču, ja nozarei netiek piešķirts adekvāts finansējums, atalgojuma sistēmas uzlabošana nevar tikt īstenota.

V.Ābols: Uzsver, ka šī modeļa ieviešana ir svarīga ne tikai finansējuma apmēra palielināšanā, tā ir vienlīdz svarīga kā iespēja līmeņot atalgojuma modeli atbilstoši kompetencēm arī vienas specialitātes un struktūrvienības ietvaros. Jāuzsver, ka modeļa izstrādes mērķi un pamatojums tika saistīts ar atalgojuma sistēmas caurskatāmības nodrošinājumu, kā arī noteica, ka samaksas principi tiek balstīti uz individuālām kompetencēm.

A.Vētra: Uzsver, ka pamatā visai nozarei tomēr ir liekams patients un tā vajadzības. Vienlaikus pacientu mērķi ne vienmēr saskan ar tiem mērķiem, ko veselības aprūpes organizētāji, labklājības/pasšvaldības līmeņa sociālo jautājumu risinātāji un valsts ekonomikas virzītāji no ārstniecības rezultātiem sagaida, t.i. izveseļojies vai ārstēts patients, kas pēc savas funkcionēšanas uzlabošanas var atgriezties darba tirgū. Aicinu definēt "pacienta centrēts" veselības aprūpes modeli, nosakot ne tikai viņu tiesību ievērošanu, bet arī noteiktus pienākumus, piemēram, laikā ierasties pie ārsta, pildīt ārstu norādījumus un ievērot noteikto

režīmu, vakcinēties, ja tas ir sabiedrības interesēs, definēt darbnespējas lapu izmantošanas nosacījumus. Ja modelis paredz tikai pacienta tiesības, sistēma definējama kā resursietilpīga un valstiski neizdevīga. Attiecībā uz ieteikumiem par e-veselības uzlabošanu vēlos norādīt, ka pacientam būtu nepieciešams nodrošināt iespēju piekļūt novērtējumam par funkcionēšanu atbilstoši starptautiskajam funkcionēšanas klasifikatoram. Tāpat vēlos vēlreiz akcentēt nepieciešamību definēt ārstniecības kvalitātes kritērijus, nosakot, vai tā ir glābta dzīvība vai personas funkcionēšanas novērtējums, kas saistāms ar rehabilitācijas nodrošinājumu, lai īstenotu iespējamo funkciju atjaunošanu.

L.Meņģelsone: Vēlos norādīt, ka šeit vērojama labklājības un veselības nozaru saikne, un būtu nepieciešams šo saiti stiprināt.

M.Rēvalds: Vai šo slimnīcu tīkla attīstības ziņojumu varētu definēt kā reformu, kas kalpotu par iemeslu tam, lai valdība piešķirtu lielāku finansējuma apmēru nozarei?

L.Meņģelsone: Drīzāk slimnīcu tīkla attīstības plāns varētu būt definējams kā esošo pakalpojumu un procesu stiprināšana un uzlabošana.

E.Einars Jurševics: Pārrunātajā slimnīcu modelī tika akcentēts, ka visa pamatā ir apmierināts pacients. Jautā, cik mums izmaksātu šāds pacients un kā to noteikt?

B.Kņigins: Varētu aplēst, ka kopējās izmaksas slimnīcu pakalpojumu nodrošināšanai, tostarp pacientu, kas ir stacionāros, ārstniecības nodrošināšanai, pamatojoties uz esošajiem datiem, ir 657 milj.

L.Meņģelsone: Vēlos uzsvērt, ka šis jautājums ir skatāms kompleksi, un vērtējama ir ne tikai arī pacienta apmierinātība, bet arī ārstniecības personu pieredze.

E.Einars Jurševics: Domāju, ka būtu jāveic aprēķini “apmierināta pacienta” definēšanai, nosakot izmaksu apmēru gan ārstniecībai, gan rehabilitācijai.

V.Keris: Vēlos norādīt, ka 2017.gadā ir pieņemts Ministru kabineta rīkojums par veselības nozares reformu, tāpat 2022.gadā tika apstiprinātas Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2021.–2027. gadam, taču tajā iekļauto informāciju valdība nav ņēmusi vērā, apstiprinot šī gada budžetu. Būtu nepieciešams pieturēties pie jau apstiprinātos dokumentos ietvertās informācijas un pasākumu īstenošanas pirms tiek atkārtoti veidots kas jauns.

L.Meņģelsone dod vārdu Nacionālā veselības dienesta pārstāvei Zaigai Barvidai.

2. Projekts “Veselības aprūpes pakalpojumu modeļu attīstības laboratorija”

Z.Barvida: prezentē projektu “Veselības aprūpes pakalpojumu modeļu attīstības laboratorija”, akcentējot, ka tā īstenošana tiek nodrošināta ar Eiropas Savienības Atveseļošanas fonda līdzekļu atbalstu. Projekts tika nodēvēts par laboratoriju, pamatojoties uz to, ka projekta ietvaros kontrolētā vidē tiks nodrošināta jaunu pakalpojumu modeļu, inovatīvu risinājumu izstrāde un pilotēšana. Projektu paredzēts īstenot līdz 2026.gada augustam. Projekta ietvaros tiek sagaidīts, ka tiks definēti vismaz 10 potenciāli ieviešami, inovatīvi, līdz šim neīstenoti valsts apmaksāti veselības aprūpes pakalpojumi jebkurā no projektā definētajām jomām. Projektā ir definētas prioritārās jomas atbilstoši Sabiedrības veselības pamatnostādņēs 2021.–2027. gadam definētajām, taču sagaidām, ka projektu iesniedzēji paredzēs pasākumus arī citās jomās – ne tikai prioritārajās. Svarīgi akcentēt, ka laboratorijas ietvaros tiek sagaidīti gatavi projekti, kuriem nepieciešama pilotēšana reālā dzīves situācijā. Līdz ar to projektā netiks atbalstīti pasākumi ideju attīstīšanai, bet gan gatavi risinājumi pilotēšanas īstenošanai.

L.Aizsilniece: Priekšlikums ir paliatīvo aprūpi prioritāšu sadalījumā pārvirzīt no sekundārās uz prioritāro jomu, jo tā tiešām valstiskā līmenī ir prioritāte, kam jāpievērš uzmanība un jārod optimāli risinājumi tās uzlabošanā.

L.Kozlovskā: jautā, kādēļ šajā projekta izklāstā nav minēta primārā veselības aprūpe?

Ā.Kasparāns: Definēto jomu izklāsts veidots pēc nedaudz citādākiem principiem, neizklāstot atsevišķi katru specialitāti vai konkrētas diagnožu grupas. Ņemot vērā, ka definētās jomas ir plašas, tad, piemēram, pilotprojektā pacienta ceļā varētu tikt iekļauta gan primārā, gan sekundārā, gan terciāra veselības aprūpe. Uzsver, ka tas ir cits griezumus prioritāšu izklāstā, un nevar uzskatīt, ka projekta ietvaros netiek iekļauta primārā aprūpe. Norāda, ka šī projekta ietvaros tiks pilotēti konkrēti risinājumi, kurus īsteno projekta pieteicēji - nozares pārstāvji. Tāpat atzīmē, ka projekta ietvaros tiks finansēta gan pilotprojekta īstenošana, gan sniegto pakalpojumu nodrošināšana.

L.Meņģelsone: Tā kā padomes dalībniekiem ir vērā ņemami ieteikumi, cik ātrā laikā tie būtu jāiesniedz Nacionālajam veselības dienestam?

Z.Barvida: Šobrīd esam sagatavojuši nolikumu un viens no šodienas mērķiem bija informēt padomi par iespējām sniegt viedokli nolikuma uzlabošanā. Nolikumu izskatīšanai plānojam nosūtīt padomei pēc Lieldienām, lūdzot sniegt viedokli divu līdz trīs nedēļu laikā.

L.Kozlovskā: precizē – vai par šī projekta īstenošanu ir atbildīgs Nacionālais veselības dienests un kas būs atbildīgs par realizēšanu?

Z.Barvida: Nacionālais veselības dienests ir projekta īstenoātājs, bet par paša pilotprojekta īstenošanu būs atbildīgs pilotprojekta autors. Vienlaikus arī pilotprojekta autors būs atbildīgs par rezultātu analīzi un efektivitātes pierādīšanu. Pieteikto pilotprojektu izvērtēšanai ir izveidota darba grupa, kurā pārstāvēta ir Veselības ministrija, Nacionālais veselības dienests, universitātes. Vienlaikus pilotprojektu izvērtēšanā tiks piesaistīti konkrētās jomas ārsti-eksperti, tāpat tiks nodrošināta ekspertu padomes darbība, kurā tiks pārstāvētas pacientu pārstāvošās organizācijas. Ja rodas kādi precizējoši jautājumi par projekta norisi, lūdzu rakstīt uz elektroniskā pasta adresi: projekts@vmnvd.gov.lv vai sazināties ar mani personīgi.

3. Veselības nozares budžeta sagatavošanas process

L.Meņģelsone dod vārdu Borisam Kņiginam.

B.Kņigins: Priekšlikumi budžeta prioritārajiem pasākumiem Finanšu ministrijai un Pārresoru koordinācijas centram jāiesniedz līdz 30 jūnijam.

Jūnija 2.-3.nedēļā būtu nepieciešams organizēt Veselības nozares stratēģiskās padomes sēdi, lai diskutētu par sagatavotajiem prioritārajiem pasākumiem, kas ir pēdējais brīdis, kad precizēt sagatavoto informāciju, lai attiecīgi veiktu atbilstošus aprēķinus.

Finanšu ministrijas uzstādījums ir veidot atbilstošu finanšu pieprasījumu, prioritizējot nozaru galvenās prioritātes, lai nerastos situācija, ka nozare pieprasa daudzkārt lielāku finansējuma apmēru, taču reāli piešķirtais finansējuma apmērs ir mazāks.

Norāda, ka nozares vajadzības ir mainīgas un ne visas prioritātes ir iekļautas Sabiedrības veselības pamatnostādņēs 2021.-2027.gadam un dažādos ministrijas sagatavotajos plānos, līdz ar to katru gadu ir jāveic rūpīgs darbs pie prioritāšu pārskatīšanas.

L.Meņģelsone: Rosinu, ka prioritātes, kas tiek iekļautas prioritāro pasākumu klāstā atbilst jau sagatavotajiem un spēkā esošajiem plāniem un Sabiedrības veselības pamatnostādēm 2021.-2027.gadam.

Šobrīd rosinu diskusiju padomes ietvaros par veselības apdrošināšanas nodrošināšanu. Uzsver, ka prioritāte ir nodrošināt, ka veselības aprūpes sistēmai ir pārlicība un drošība par attīstību, un tas varētu būt panākams caur dažādu nodokļu fiksētas pieejas ieviešanu attiecībā uz veselības nozari. Tas nodrošina, ka pieaugot ekonomikai, arī nozarei finansējums tiek palielināts. Līdz ar to uzskatu, ka sociālā nodokļa daļas novirzīšana veselības nozarei (pamatojoties uz to, ka sociālajā apdrošināšanā ir darba negadījumu apdrošināšana, invaliditātes apdrošināšana) būtu risinājums, lai palielinātu finansējumu nozarei.

V.Keris: Attiecībā uz sociālo nodokli norāda, ka tā ir arī izmaksu ietilpīga pozīcija ar tendenci ik gadu pieaugt, un, mainot sistēmu, atbildība par šo izmaksu segšanu gulsies uz veselības nozares pleciem. Domāju, ka galvenais ir panākt veselības nozares noteikšanu par prioritāti valdībā budžeta sagatavošanas sākumposmā, nosakot attiecīgu procentuālu iekšzemes kopprodukta piešķirumu nozarei.

B.Kņigins: Precizējot datus par šī brīža 1% no sociālā nodokļa piešķirumu veselības nozarei, ir jāuzsver, ka sociālā nodokļa ieņēmumi ir uzlabojami, jo pastāv daudzas sabiedrības apakšgrupas, kas šo nodokli nemaksā. Pretnostatot pakalpojumu apjomu, kas ir jānodrošina par valsts finanšu līdzekļiem, piemēram, neatliekamā medicīniskā palīdzība, veidojas disonance. Par valsts finansējumu nodrošinātie pakalpojumi ir pieejami 2 milj. cilvēku. Sociālo nodokli šobrīd maksā 845 tūkst. personas, vienlaikus nodrošinot 1% piešķirumu no tā veselības nozarei, taču pastāv vēl grupas, kuras nodokli nemaksā, t.i., sociāli aizsargātas personas (598 tūkst.), nodarbinātie, kas nemaksā sociālo nodokli (100 tūkst.), nenodarbinātie (dati ir variabli, taču aptuveni 100 tūkst.). Šīs problēmas risināšanai tika virzīts brīvprātīgās apdrošināšanas princips (kopumā 2018., 2019., 2020.gadā brīvprātīgi nodokli samaksājuši 5,7 tūkst. iedzīvotāju no 100 tūkst. iedzīvotājiem). Iemesli, kāpēc cilvēki neizvēlas maksāt sociālo nodokli brīvprātīgi ir nespēja veikt iemaksas ekonomisku apsvērumu dēļ; cilvēkiem ir privātā veselības apdrošināšana; cilvēki izvēlas maksas medicīnu; nepieciešamības gadījumā paļaujas uz neatliekamās medicīniskās palīdzības saņemšanu. Alternatīvie problēmas risinājumi ietver tādas pozīcijas, kā plānveida pakalpojumu ierobežošana, nosacījumu noteikšana neatliekamās medicīniskās palīdzības nodrošināšanai.

Veselības nozares budžetu procentos no IKP lielākajā daļā valstu tiecas sasniegt 8% robežu (valsts finansējuma un pacienta maksājumu summa). Diemžēl šī brīža tendence Latvijā ir, ka veselības nozares finansējums procentos no IKP šobrīd ir 3,95% (pēc Finanšu ministrijas aprēķiniem – 4,5% no IKP).

L. Meņģelšone slēdz sanāksmi un pateicas dalībniekiem par dalību tajā.

Turpmākā rīcība:

1. Organizēt Veselības nozares stratēģiskās padomes sēdi jūnija 2.-3.nedēļā, lai diskutētu par sagatavotajiem prioritārajiem pasākumiem 2024. – 2026.gadā.
2. Nacionālā veselības dienesta pārstāvji Veselības nozares stratēģiskās padomes dalībniekiem nedēļā no 11.aprīļa līdz 14.aprīlim iesniegs priekšlikumu sniegšanai sagatavoto nolikumu projekta “Veselības aprūpes pakalpojumu modeļu attīstības laboratorija” īstenošanai.
3. Priekšlikumu sniegšanas laiks par sagatavoto nolikumu projekta “Veselības aprūpes pakalpojumu modeļu attīstības laboratorija” īstenošanai ir 2-3 nedēļas.

Sanāksmes vadītāja

(paraksts*)

Līga Meņģelšone

Protokolētājs

(paraksts*)

Ieva Apine