

PAVIRŠĪBA, EFEKTĪVA NODOKĻU POLITIKA VAI TOMĒR CAURA GLĀBŠANAS VESTE SLĪKSTOŠAJAI NOZAREI

Likumprojekta “Veselības aprūpes finansēšanas likums” analīze



LL.D. **Santa Slokenberga**, Upsalas Universitātes pēcdoktorantūras pētniece, Rīgas Stradiņa universitātes lektore medicīnas tiesībās



Mg. iur. **Agnese Gusarova**, Rīgas Stradiņa universitātes Juridiskās fakultātes doktorante



Ilze Vilka, zvērīnāta advokāte, Rīgas Stradiņa universitātes lektore medicīnas tiesībās

Foto: Boriss Koļesņikovs

1. Ievads

Veselības nozare ilgstoši strādā ierobežota finansējuma apstākļos.¹ Ierobežotais finansējuma apjoms korelācijā ar diskutablu tā pārvaldījumu un izlietojumu² ir radījis situāciju, ka vidēji statistiski katram piektajam Latvijas Republikas valstspiederīgajam nav nodrošināta veselības aprūpe.³ No sabiedrības veselības viedokļa, kas koncentrējas uz noteiktas grupas, piemēram, tautas, veselības līmeni, tiecoties veicināt veselību un novērst slimības, kā arī pagarināt dzīvildzi, veselības aprūpes pieejamībai ir vitāla loma. Vesela sabiedrība ir pamats ilgtspējīgai valsts attīstībai, bet hronisks veselības aprūpes trūkums var ietekmēt tautsaimniecību un radīt slogu labklājības budžetam.

Finansējuma jautājums veselības nozarē nav vienīgā samilzušā problēma. Starp tādām, kuras nav saņēmušas adekvātu nozares politikas vadošās iestādes uzmanību, ir efektīva un caurspīdīga padotības un pārraudzības iestāžu darbība,⁴ prioritāšu un iniciatīvu visaptveroša īstenošana, deleģējuma robežu skaidrība,⁵ kā arī funkcionējošs un skaidrs tiesiskais regulējums. Pēdējā kontekstā iezīmējas tendence veselības nozarē veikt “caurumu lāpīšanu”, rosinot un īstenojot grozījumus tiesiskajā regulējumā fragmentāri un nevērtējot to ietekmi uz jautājuma kopējo regulējumu,⁶ bet gan attiecībā uz izsenis samilzušām problēmām pacientu tiesību jomā, kuras noved pie ievērojamām neskaidrībām bērnu tiesību jomā,⁷ īstenojot strausa politiku.

Attiecībā uz finansējuma trūkumu veselības nozarei pirmšķietami strausa politika vairs netiek īstenota. Dienaskārtībā jau ilgāku laiku ir veselības nozare un tās budžets.⁸ Pašreiz likumdošanas procesā atrodas likumprojekts “Veselības aprūpes finansēšanas likums” (turpmāk – Likumprojekts), ar kuru likumdevējs tieksies “nodrošināt ilgtspējīgu veselības aprūpes finansēšanu, kuras pamatā ir visas sabiedrības solidāra iesaiste atbildīgā nodokļu maksāšanā, lai veicinātu labai starptautiskai praksei atbilstošu veselības aprūpes finansējumu, tādējādi sekmējot veselības aprūpes pieejamību un sabiedrības veselības rādītāju uzlabošanu”.⁹ Likumdevēja mērķis ir ne tikai pozitīvi ambiciozs, bet arī, ja sasniegts, risinās daudzas veselības nozarē samilzušās problēmas, kas ļaus Latvijai kļūt par paraugvalsti veselības aprūpes sistēmas krīzes pārvarēšanā. Un tomēr – pārlasot Likumprojektu, rodas pamatotas šaubas par tā saturu un veselības nozares normatīvā regulējuma kopu kā pietiekamu un pamatotu bāzi mērķa sasniegšanai. Tas drīzāk liek domāt, ka no likumdevēja puses tiek sperts ievērojams solis sociāli atbildīgas valsts iznīcināšanā.

Šī raksta mērķis ir izvērtēt, vai un ciktāl likumdevējs samilzušās, ar finansējumu saistītās problēmas veselības nozarē risinās, kā arī noskaidrot, kādas ir potenciālās, vēl neapzinātās šāda likumprojekta sekas. Analīze tiek veikta, par analīzes priekšmetu ņemot Likumprojektu redakcijā uz 2017. gada 30. oktobri kontekstā ar to

pavadošajiem dokumentiem un to ievietojot pašreizējā veselības aprūpi reglamentējošo tiesību aktu sistēmā.

Šī raksta ietvaros autore vispirms sniedz pārskatu par Likumprojektu, kam sekojoši veic analīzi, izvērtējot šādus pamata apstākļus autoru individuālās specializācijas ietvaros: tiesības uz veselības aizsardzību un finansējumu (S. Slokenberga), deleģējuma jautājumus Likumprojekta sakarā (I. Vilka) un šī Likumprojekta sekas pārrobežu veselības aprūpes perspektīvā (A. Gusarova), kā arī nobeidumā sniedz pārdomas par Likumprojektu un priekšlikumus normatīvā regulējuma pilnveidošanai.

2. Pārskats par likumprojektu

Likumprojektam ir noteikti divi pamata darbības virzieni. Pirmkārt, veselības aprūpes finansēšanas sistēmas vispārīgie principi un struktūra. Otrkārt, valsts obligātās veselības apdrošināšanas finansiālā un organizatoriskā struktūra.¹⁰ Tomēr, ievērojot Likumprojekta mērķi, arī trešais darbības virziens ir identificējams, proti, “atbildīga nodokļu maksāšana”, ko Likumprojekta izstrādātāji anotācijā arī skaidri norāda. Pēdējo autore aplūkos raksta nobeidumā.

2.1. Finansēšanas sistēma: vispārīgie principi un struktūra

Veselības aprūpes finansēšanas sistēma netiek definēta; no konteksta saprotams, ka tā balstās uz diviem pīlāriem: pirmkārt, kas un kā maksā jeb veselības aprūpes budžeta finansējuma avoti, otrkārt, kā līdzekļus izlieto.

Kas un kā maksā?

Finansējums veselības nozarē dažādos laika posmos mūsdienu Latvijā ir veidojies atšķirīgi. Laikā no 1997. līdz 2004. gadam tā pamatavoti bija iedzīvotāju ienākumu dotācijas un dotācijas no vispārējiem ieņēmumiem. Budžeta pārstrukturizācijas un optimizācijas rezultātā kopš 2015. gada pamata finansējuma avots ir vispārējie neiezīmētie nodokļi,¹¹ kas caur tiešo maksājumu no valsts budžeta līdzekļiem tiek nodoti Nacionālā veselības dienesta rīcībā veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai mūsu valstī apdrošinātajām personām – personām, kuras ietvertas Ārstniecības likuma 17. pantā. Tādējādi pašreizējās sistēmas ietvaros katrs nodokļu maksātājs piedalās kopējā budžeta veidošanā, kā arī katrs Latvijas pilsonis un nepilsonis, un arī vairākas citu personu grupas ir tiesīgas saņemt ievērojamu veselības aprūpes pakalpojumu, tostarp ambulatorajai ārstniecībai paredzēto zāļu un medicīnas ierīču, klāstu.

Ar Likumprojektu plānots pašreizējo sistēmu būtiski mainīt, paredzot jaunu maksājumu par pakalpojumiem kārtību, kā arī veselības aprūpi saņemt tiesīgo loku. Atbilstoši Likumprojekta 4. pantam savu artavu veselības aprūpes budžetā tiešāk vai mazāk tieši dos visi, tomēr ne visi vienlīdz vērtīgi, kā rezultātā

izveidojas dažādas veselības aprūpi saņemt tiesīgo grupas.

Likumprojektā iezīmētas astoņas ieņēmumus veidojošas kategorijas. Pirmkārt, tā būs valsts budžeta dotācija no vispārējiem ieņēmumiem saskaņā ar gadskārtējā valsts budžeta likumu; otrkārt, valsts budžeta dotācija no vispārējiem ieņēmumiem, ko veido ieņēmumi no valsts sociālās apdrošināšanas obligāto iemaksu sadales veselības aprūpes finansēšanai (obligāto iemaksu daļa, kas atbilst vienam procentpunktam no obligāto iemaksu likmes) saskaņā ar gadskārtējā valsts budžeta likumu; treškārt, valsts budžeta dotācija no vispārējiem ieņēmumiem, ko veido ieņēmumi no veselības apdrošināšanas iemaksām saskaņā ar gadskārtējā valsts budžeta likumu; ceturtkārt, valsts budžeta līdzekļi veselības aprūpes jomu regulējošajos normatīvajos aktos paredzētajos gadījumos, kas saistīti ar veselības aprūpes nodrošināšanu un veselības nozares administrēšanu un uzraudzību; piektkārt, šajā likumā paredzētie pacientu līdzmaksājumi; sestkārt, Eiropas Savienības (turpmāk – ES) fondu un citu ārvalstu finanšu instrumentu līdzekļi; septītkārt, pašvaldību budžeta finansējums saskaņā ar pašvaldību lēmumiem veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanai, kā arī atsevišķu pakalpojumu izmaksu segšanai; un visbeidzot, astotkārt, valsts un pašvaldību ārstniecības iestāžu pašu ieņēmumi.¹²

Pēdējā sakarā, nenoliedzami, rodas dažādas neskaidrības, jo trūkst atbildes uz jautājumu – kādēļ un kā. Latvijā pozitīvus ieņēmumus pamatā gūst ambulatorie, nevis stacionārie pakalpojumi. Savukārt tikai stacionāro pakalpojumu iepirkumos prioritāte tiek dota valsts un pašvaldību kapitālsabiedrībām. Tas nozīmē, ka valsts un pašvaldību kapitālsabiedrības finansiāli tiek novietotas salīdzinoši problemātiskākā pozīcijā finansējuma plūsmas perspektīvā, bet, kā izriet no Likumprojekta, ja tās, veicot savu saimniecisko darbību, pamanās gūt ieņēmumus, tad ar tiem atbalstāms veselības aprūpes budžets. Pēdējā sakarā gan jānorāda, ka “valsts un pašvaldību ārstniecības iestādes” pamatā ir kapitālsabiedrības, kuru mērķis ir pelnīt; tomēr ir neskaidrs, vai to dibināšanas pamatuzdevums ir pelnīt veselības aprūpes sistēmai.

Finansējuma plūsmas sakarā jānorāda arī citas nekonsekvences un problēmas, piemēram, ilgstoši pastāvējusī prakse selektīvi atbalstīt atsevišķas iestādes, sniedzot tiešu maksājumu “zaudējumu segšanai” vai piemaksām darbinieku algām, tādējādi ne tikai radot nevienlīdzīgu situāciju starp iestādēm, kas ir valsts vai pašvaldības kapitāldaļu sabiedrības, bet arī starp tām un privātajām.

Visbeidzot, ir neskaidrs, kas, kādā kārtībā un kādā apjomā to īsteno. Likumprojekts neprecizē “valsts un pašvaldību ārstniecības iestādes”, attiecīgi ir neskaidrs, vai ārstniecības iestāde, kur neskaidru darījumu rezultātā pašvaldībai pieder vairs mazliet vairāk nekā 10 % kapitāla daļu, ir uzskatāma par “valsts

un pašvaldību ārstniecības iestādi". Neskaidrības rada arī ieņēmumu apjoms, ar kādu jāpiedalās, kā arī bažas par to, kā "pašu ieņēmumu", kas arī apstiprināts Likumprojekta anotācijā, nevis "peļņas" novirzīšana veselības aprūpes budžetam var ietekmēt kapitālsabiedrības sekmīgu funkcionēšanu.

Kam izlieto, un ko maksātājs iegūst?

Kaut arī katrs nodokļu maksātājs piedalās kopējā valsts budžeta veidošanā, ne visa daļa ir vienlīdz vērtīga jautājumos, kas skar veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību. Kaut arī plaši zināms, ir lietderīgi atsaukt atmiņā, ka veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība ir viens no četriem tiesību uz veselības aizsardzību stūrakmeņiem,¹³ kas detalizētāk pētīti trešās sadaļas ietvaros. No pieejamības skatpunkta vērtīgākas ir tikai tās iemaksas, kas tiek iegūtas kā sociālās apdrošināšanas iemaksas, un tās iemaksas, kuru mērķis būs tieša veselības apdrošināšana. Izņemot, ja persona "iekrīt" īpaši aizsargājamā grupā, kurai paredzētas automatiskas tiesības uz veselības aprūpes pakalpojumiem apdrošināšanas ietvaros, viņa saņems minimumu, atkal jau izņemot, ja nebūs kāds no diviem apdrošināšanu veidojošiem maksājumiem.

Skaidrības labad jānorāda, ka minimuma saņēmēju loks ir noteikts 10. pantā. Tas būtībā nozīmē skaidru maksājumu un nodokļa vērtības prioritizāciju pār citiem maksājumiem valsts budžetā, kā arī rada ievērojamu sabiedrības locekļu diferenciāciju, apdraudot viņu tiesību uz veselības aizsardzību īstenošanu. Tā efekts ir tāds, ka, izņemot apdrošināšanu veidojošo maksājumu maksātājus un īpaši aizsargājamās kategorijas, tiesību uz veselības aizsardzību īstenošana pieejamības kontekstā ir ierobežota ar to pakalpojumu loku, kas ietverti "valsts apmaksātās medicīniskās palīdzības minimuma" grozā.¹⁴

Šis grozs ietver neatliekamo medicīnisko palīdzību, dzemdību palīdzību, ģimenes ārsta sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus, kā arī ģimenes ārsta izrakstītās ambulatorajai ārstēšanai paredzētās zāles un medicīniskās ierīces (ievērojot pašreizējos Ministru kabineta 2006. gada 31. decembra noteikumus Nr. 899 "Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība" un sabiedrības veselību apdraudošas saslimšanas un šo saslimšanu ārstēšanai izrakstītās ambulatorajai ārstēšanai paredzētās zāles un medicīniskās ierīces. Šo saslimšanu jautājumu Ministru kabinets gan precīzēs saņemtā deleģējuma ietvaros atbilstoši Likumprojekta 7. panta otrajai daļai).

Ko saņem apdrošināšanu veidojošo maksājumu iemaksu maksātāji un īpašās kategorijas?

Likumprojekts izveido valsts obligāto veselības apdrošināšanu. Skaidrības labad jānorāda, ka vārdiskā izteiksme pēc būtības nav jauna. Līdzīga izkārtne

ir izsenis iedota ar Ministru kabineta 2013. gada 17. decembra noteikumiem Nr. 1529, kas reglamentē veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību, kura pēc savas funkcionēšanas korelācijā ar Ārstniecības likuma 17. pantu atgādina obligāto apdrošināšanu. Likumprojekta 8. pants nosaka valsts obligātās veselības apdrošināšanas saturu, bet apdrošināšanas kārtība un pakalpojumi tiks precizēti Valsts obligātās veselības apdrošināšanas likumā. Pirmkārt, tas ir iepriekš izklāstītais minimums. Otrkārt, tie ir primārie, sekundārie un terciārie veselības aprūpes pakalpojumi, kā arī ambulatorajai ārstēšanai paredzētās zāles un medicīniskās ierīces saskaņā ar normatīvajiem aktiem par ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtību. Tomēr jau atkal no panta nav noprotams, ko tieši apdrošināšanu veidojošo maksājumu veicēji saņems, tā vietā likumdevējs nodod deleģējumu Ministru kabinetam izstrādāt noteikumus, ar kuriem nosaka valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus, kārtību, kādā tiek organizēta šo pakalpojumu sniegšana un veikta samaksa par minētajiem pakalpojumiem, kā arī kārtību, kādā tiek veidotas pretendentu rindas veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai.

Vienlaikus 8. panta trešajā daļā norādīts, ka Valsts obligātās veselības apdrošināšanas likumā tiks noteikta apdrošināšanas kārtība un pakalpojumi. Tādējādi paliek neskaidrs, vai apdrošināšanas groza veidotājs ir Ministru kabinets vai likumdevējs. Tiktāl, ciktāl tas ir Ministru kabinets, jāsaaka, ka Ministru kabineta 2013. gada 17. decembra noteikumi Nr. 1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" vai tamlīdzīgiem noteikumiem "jumts" no Ārstniecības likuma tiek pārņemts uz Likumprojektu, eventuāli arī Valsts obligātās veselības apdrošināšanas likumu, bet tā saturs, nav zināms, vai un ciktāl mainīsies.

Sistēmiski veidojas vairāki veselības aprūpes pakalpojumu grozi. Pirmkārt, neatliekamā medicīniskā palīdzība kā bāze ikvienam (9. pants). Otrkārt, pozitīvais grozs medicīniskās palīdzības minimuma kontekstā (7. pants), kas ir pieejams kvalificētam "ikvienam". Treškārt, pozitīvais grozs valsts obligātās apdrošināšanas ietvaros, kas ir pieejams citas kvalifikācijas "ikvienam". Visbeidzot, negatīvais grozs jeb pakalpojumu liste, ko no valsts budžeta līdzekļiem neapmaksā (5. panta ceturtdā daļa). Saturiski vien pirmajam un otrajam pašreiz ir dota skaidrība.

2.2. Valsts obligātās veselības apdrošināšanas finansiālā un organizatoriskā struktūra

No Likumprojekta nav skaidri noprotams, kas tieši uzskatāms par finansiālo struktūru un kā tā atšķiras no organizatoriskās struktūras. Tomēr no konteksta noprotams, ka ar to domātas iestādes, kuras iesaistītas finansēšanā, un šo iestāžu darbība. Likumprojekts paredz divu pamata aktieru iesaisti – Veselības

ministrijas (turpmāk – VM) un Nacionālā veselības dienesta (turpmāk – NVD), kā arī atbalstītāju lomu. Ar Likumprojektu VM ir uzticēta krustneša loma. Tā izstrādās veselības aprūpes finansēšanas modeli un valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas modeli, kā arī kontrolēs tā īstenošanu.¹⁵ Savukārt NVD asistēs, administrējot veselības aprūpei paredzētos valsts budžeta līdzekļus un uzraugot valsts budžeta līdzekļu izlietojumu ārstniecības iestādēs un aptiekās.

Tiek paredzēts, ka NVD nav spējīgs darboties pats un tam nav atbilstošas veikspējas. Tādēļ tiek izveidota NVD konsultatīvā padome, kurā ir pārstāvji no Veselības ministrijas, Finanšu ministrijas, Labklājības ministrijas, kā arī darba devēju un darba ņēmēju organizācijām, kas ir pārstāvētas Nacionālajā trīspusējās sadarbības padomē. Konsultatīvā padome Ministru kabineta apstiprinātā nolikuma ietvaros veiks piecus pamata uzdevumus:

- izskatīs dienesta sagatavotos pārskatus par valsts finansējuma izlietojumu veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanā;
- izskatīs dienesta sagatavotos priekšlikumus par veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju izvēles kritērijiem un nosacījumiem veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanai;
- sniegs ieteikumus dienesta darbības uzlabošanai veselības aprūpes finansēšanas un valsts finansējuma izlietojuma uzraudzības jomā;
- sekmēs veselības aprūpes finansēšanas jomu regulējošo normatīvo aktu pilnveidošanu;
- veiks citus veselības aprūpes jomu regulējošajos normatīvajos aktos noteiktos pienākumus.

Konsultatīvā padome publiskajā vidē nav jauns veidojums, arī veselības nozarē tādas pastāvējušas jau izsenis. Tomēr ir neskaidra tās sastāva izvēles motivācija. Likumprojekta anotācijā mērķis ir “sociālo partneru iesaistes nodrošināšana”. Tādējādi iesaiste ir noteikta kā pašmērķis, nevis izvērtējot Nacionālās trīspusējās sadarbības padomes funkcijas un to potenciālo pienesumu veselības nozarē. Turklāt *prima facie* vēriba nav piegriezta institūcijas uzdevumiem, kas noteikti tās nolikumā, attiecībā pret uzdevumiem, kas ietverti Likumprojektā. Ja iesaiste ir plānota ar mērķi sadzirdēt veselības nozares darba ņēmējus un devējus, potenciāli efektīvāk ir attiecīgos pārstāvjus aicināt un tieši uzklaut. Alternatīvi – aicināt tieši noteikto prioritāro grupu pārstāvjus – valsts un pašvaldību kapitālsabiedrības, kā arī Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta un ģimenes ārstu pārstāvjus. Tomēr, ja Nacionālās trīspusējās sadarbības padomes pārstāvju iesaiste ir analogs citas valsts sistēmai, no kuras Likumprojekta autori iedvesmojušies, tad jāatgādina vecā un sen zināmā patiesība – pirms kaut ko kopē, noskaidro, kādēļ attiecīgā sistēma tieši tā izveidota. Iespējams, kopētajā sistēmā šo pārstāvju esamība ir cieši saistīta ar citu mērķi, piemēram, to, kā līdzāspastāvē veselības un sociālās

nozares. Jebkurā gadījumā par to iespējami tikai minējumi, jo konceptuālās analīzes esošo problēmu risinājumu ceļiem nav, nav arī analīzes par citu valstu adaptējamiem modeļiem.

3. Pārdomas

Katram Likumprojekta lasītājam nešaubīgi radīsies pārdomas par tā saturu. Autoru ieskatā, iezīmējas četri būtiski problēmjautājumu bloki. Pirmkārt, apdrošināto personu loka maiņa. Otrkārt, esošo problēmu neskaidra risināšana. Treškārt, deleģējums. Ceturtkārt, ar Likumprojektu saistīti pārrobežu aspekti. Minētie četri problēmjautājumu bloki ir ilustratīvi, nevis pilnīgi, tādējādi tie nebūtu uztverami kā instrukcija jomas sakārtošanai, bet gan kā pārdomas par neskaidras kvalitātes tiesību akta projektu ar rīcības virzieniem jomas kaut daļējai pilnveidošanai.

3.1. Apdrošināto personu loka maiņa

Ar Likumprojektu tiek mainīts apdrošināto personu loks no faktiski ikviena apdrošinātā uz ikviena tiesībām saņemt neatliekamo medicīnisko palīdzību, medicīniskās palīdzības minimums un apdrošināto tiesības saņemt noteiktu veselības aprūpes pakalpojumu klāstu. Šo pārmaiņu kontekstā būtiskākais ir jautājums, vai un ciktāl valsts var šādas pārmaiņas veikt, grozot Ārstniecības likuma 17. pantu (apdrošināto personu loks), *vis-a-vis* Latvijas Republikas Satversmi un Latvijas starptautiskajām saistībām.

Tiesības uz veselības aizsardzību ir pamattiesības, kas ievietojamas sociālekonomisko tiesību blokā. Tās nostiprinātas tādos tiesību instrumentos kā ANO Vispārējās cilvēktiesību deklarācijas 25. pants, Starptautiskā pakta par ekonomiskajām, sociālajām un kultūras tiesībām 12. pants, kā arī Eiropas Sociālās hartas 11. un 13. pants. Zināmā mērā arī Eiropas Savienības Pamattiesību hartas 35. pantā, tomēr tas skatāms kopsakarā ar ierobežoto ES kompetenci veselības nozarē. Nacionālajā līmenī tās nostiprinātas Satversmes 111. pantā, kas nosaka: “Valsts aizsargā cilvēku veselību un garantē ikvienam medicīniskās palīdzības minimumu.” Kaut arī katram no šiem instrumentiem ir atšķirīgs tvērums, attiecībā uz veselības aprūpes politiku iezīmējas ievērojama rīcības brīvība. Starp pamata pienākumiem ir tādi pienākumi kā pienākums nodrošināt pieejamību (pieejamība, pieņemamība, piekļuve un kvalitāte), kā arī funkcionējošu neatliekamo medicīnisko palīdzību un aizsargāt sociāli mazāk aizsargātās grupas, piemēram bērnus, grūtnieces un sievietes pēcdzemdību periodā, personas brīvības atņemšanas iestādēs.

Satversmes 111. pants lielā mērā attiecas uz sociālām un ekonomiskām tiesībām. Tas pieļauj valstij ievērojamu rīcības brīvību, lemjot par veselības aprūpes organizēšanu un finansēšanu. Minimuma, kas norādīts Satversmes 111. pantā, saturs nav aizpildīts. No vienas puses, to var saistīt ar Ministru kabineta 2013. gada

17. decembra noteikumiem Nr. 1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" un ar tiem izveidoto grozu, bet, no otras puses, jau tagad pastāv arī cits dalījums, proti, atsevišķām personām, kuras norādītas Ārstniecības likuma 16. un 17. pantā pieejama tikai neatliekamā medicīniskā palīdzība un pakalpojumi par maksu. Tiek veikta faktiskā "ikviena", kas nav apdrošināts pie pašreizējā daudzprincipu modeļa, un "ikviena", kas ir apdrošināts, diferenciācija. Tādējādi var pamatoti uzskatīt, ka Satversmes 111. panta minimums ir neatliekamā medicīniskā palīdzība (tomēr faktiski tā saturu identificēt ir ļoti grūti un tas atšķiras atkarībā no tā, kas un kur sniedz neatliekamo medicīnisko palīdzību, proti, trūkst skaidra saturiskā pakalpojumu tvēruma). Turklāt, kaut arī Ārstniecības likuma 17. pants apdrošinātajām kategorijām paredz veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu, faktiskā īstenošana dažādām pacientu grupām atšķiras, kas atkal liecina par diferenciāciju. Ar Likumprojektu minētais zināmā mērā mainīts, Satversmes 111. pantam iedodot precīzāku saturu, bet nemainot sadrumstalotību tā piemērošanā un neskaidrību "ikviena" diferenciācijā.

Principiāli un teorētiski, kamēr minimums tiek definēts un nodrošināts ikvienam, kā arī ir izveidoti īpaši mehānismi mazāk aizsargātajām grupām, sistēmas reformēšana nav neiespējama. Un tomēr... Tomēr, pirmkārt, izņemot tos, kuri uzskaitīti Likumprojekta 10. un 11. pantā, minimumu saņems par maksu, nepieciešamības gadījumā tikai iegūstot neatliekamo medicīnisko palīdzību. Tādējādi izveidojas divas Satversmē noteiktā "ikviens" kategorijas. Tomēr, otrkārt, reformu nevajadzētu vērtēt atrauti no faktiskās situācijas Latvijā. Šādā kontekstā jautājums ir, vai šāda rīcība būtu akceptējama sociāli atbildīgai valstij, vai ir savienojama ar sociālo taisnīgumu, kā arī vai tiek risināta īstā problēma. Veselības aizsardzība ir cieši saistīta ar citu tiesību īstenošanu. Aprūpes pieejamības trūkumam var būt tālejošas sekas, kas vienlaikus var arī radīt slogu uz "minimumu". Citiem vārdiem sakot, līdzīgi kā ar iepriekš neizdevušos reformu, kas tika rosināta ministres Ingridas Circenes laikā, arī šajā gadījumā jāskatās, vai ieguvums nebūs tikai teorētisks. Pirmkārt, sloga noslīdēšanas uz "minimumu" dēļ, otrkārt, iespējas par maksu kļūt par apdrošināto personu situācijā, kad aprūpe ir paredzami nepieciešama, pat samaksājot Likumprojekta anotācijā norādīto kvalifikācijas maksājumu. Skaidri aprēķini, kas iznīcinātu šaubas, nav publiskoti.

3.2. Nezāles iznīcināšana saknē vai arī lakstu nociršana: finansējums un tā izlietojums

Viena no samilzušajām problēmām veselības nozarē ir finansējuma izlietojums – kas var iegūt tiesības sniegt veselības aprūpes pakalpojumus un kādā kārtībā? Mehānisms, kādā finansējums tiek izlietots, pašreiz ietver dubultu maksu par infrastruktūru, liedzot to novirzīt pakalpojumu sniegšanai. Piemēram, iestādēm,

kur valsts ir kapitāla daļu turētāja, ir kapacitāte sniegt pakalpojumus, bet ambulatorie līgumi bez skaidra konkursa un ar lielu NVD rīcības brīvību ir tikuši nodoti privātajiem pakalpojumu sniedzējiem. Tādējādi slimnīcām ir ārstniecības personu un tehnoloģiskais resurss, bet tas netiek izmantots finansējuma trūkuma dēļ (līguma ar NVD ierobežojuma dēļ). Rezultātā tiek maksāts, no vienas puses, par slimnīcu stacionāro un ambulatoro pakalpojumu infrastruktūru un, no otras puses, privātajiem pakalpojumu sniedzējiem par pakalpojumu sniegšanu un infrastruktūru. Citiem vārdiem, veidojas dubulta pakalpojumu infrastruktūras izmaksa. Sistēmā pastāvot šādām problēmzonām, jebkuram papildu finansējumam pastāvēs zemas izlietojuma efektivitātes risks. Tādējādi, lai papildu finansējums neradītu "caura maisa" efektu, jāpārskata tā izlietojums.

Likumprojekts paredz finansējuma iekasēšanu, izlietojuma mērķi, nevis finansējuma izlietojumu. Būtibā Likumprojekta darbība ir vienpusēja. Ja tiek palielināts finansējums, bet tā īstenošana tiek veikta, saglabājot rīcības brīvību deleģējuma ietvaros, kardinālas pārmaiņas nav sagaidāmas. Lai to novērstu, finansējuma izlietojuma principi, konkrēti, NVD līgumu slēgšanas principi (finansējuma sadale, teritoriālās vienības pieejamības plānojumam), būtu paredzami Likumprojektā. Papildus vērtējama ir arī konkrētu veselības aprūpes pakalpojumu izmaksu caurspīdīguma nodrošināšana, izvērtējot jau pieejamās iespējas, kā, piemēram, Sabiedrisko pakalpojumu regulēšanas komisijas iesaisti, pārdalot NVD funkcijas un finansējumu.

3.3. Deleģējums

Veselības aprūpes minimuma pieejamība Satversmes 111. pantā ir noteikta kā ikviena cilvēka pamattiesību sastāvdaļa. Attiecībā uz pašreizējo situāciju Satversmes komentāros Solvita Olsena ir pamatoti norādījuši: "Latvijā Ministru kabinetam, kas ir izpildvara, bet nav likumdevējs, ir dotas nepamatoti plašas tiesības noteikt iedzīvotājiem pieejamo veselības aprūpes apjomu. Līdz šim likumdevējs nav pienācīgā mērā rūpējies, lai ar likumu tiktu noteikts tas veselības aprūpes pakalpojumu apjoms, kuru valsts nodrošina iedzīvotājiem saskaņā ar Satversmes 111. pantā noteikto. [...] situācija, ka izpildvara ir tiesīga izdot normatīvos aktus, kas nosaka pamattiesību īstenošanas apjomu un to ierobežošanu, ir pretrunā Satversmes 64. pantā noteiktajam par likumdevēja varu Latvijā."¹⁶

Ar Likumprojektu situācija it kā tiek labota, medicīniskās palīdzības minimums tiek noteikts likumprojekta 7. pantā: neatliekamā medicīniskā palīdzība, dzemdību palīdzība, ģimenes ārsta sniegtie pakalpojumi un izrakstītās kompensējamās zāles un slimību ārstēšana, kurām ir nozīmīga ietekme uz sabiedrības veselības rādītājiem vai kuras rada apdraudējumu sabiedrības veselībai. Atklāts paliek jautājums, vai pēc šī uzskaitījuma Ministru kabinetam

būs iespējams taisnīgi definēt, kādi tieši veselības aprūpes pakalpojumi ietilpst medicīniskās palīdzības minimumā.

Ņemot vērā, ka Likumprojektā nav definēti principi, pēc kādiem jāvadās, lai konkrētu veselības aprūpes pakalpojumu atzītu par iekļaujamu kādā no pakalpojumu groziem, jāsecina, ka ar šāda likuma pieņemšanu antikonstitucionālā situācija netiks labota, bet tiks pat pasliktināta. Joprojām Ministru kabinetam tiek saglabātas nepamatoti plašas tiesības noteikt iedzīvotājiem pieejamo veselības aprūpes apjomu, jo likumā nav nekādu principu un kritēriju, pēc kādiem Ministru kabinetam būtu jāvadās. Taču likums un tā deleģējums tiek pieņemts tikai šķietami un formāli un rada iespaidu, ka Satversmes pārkāpums ir novērsts un problēmas veselības nozarē ir atrisinātas. Tomēr Likumprojekts joprojām nerisina sensitīvas un ikdienišķas situācijas, piemēram, attiecībā uz personām, kuras ir stacionētas, pacienta veselības stāvokļa dēļ negūstot piekrišanu un nepastāvot iespējai izsvērt apstākļus, bet pēc tam pacients saņem milzu rēķinu par pacienta iemaksas segšanu. Šie izdevumi nereti nokļūst ārstniecības iestāžu piedzenamo parādu sarakstos, kas jau atkal rada problēmjautājumus. Vai, piemēram, pamatojoties uz minimumā ietvertu "slimību ārstēšanu, kurām ir nozīmīga ietekme uz sabiedrības veselības rādītājiem", ir iespējams noteikt īpaši dāsnus tarifus atsevišķu invazīvu manipulāciju veikšanai.

3.4. Skats no malas – pārrobežu veselības aprūpes perspektīvas

Kaut arī ES ir ierobežota kompetence veselības jomā un katra dalībvalsts lemj par apdrošināto personu loku, tomēr nacionālais regulējums var tikt ietekmēts caur pārrobežu veselības aprūpes prizmu, līdz ar to tas var kalpot kā rīks nacionālā regulējuma funkcionalitātes izvērtējumam.

Sociālā nodrošinājuma koordinācijas pamatā ir princips, ka persona var būt pakļauta tikai vienas dalībvalsts tiesību aktiem.¹⁷ Šī nosacījuma mērķis ir novērst sarežģījumus, kas var rasties situācijā, kad persona vienlaikus atbilst divu dalībvalstu tiesību aktu nosacījumiem, kas nosaka tiesības uz valsts apmaksātu veselības aprūpi.¹⁸ Tas nozīmē, ka, kaut arī katra valsts var lemt par apdrošināto personu loku nacionālajā līmenī, kā rezultātā personai var rasties tiesības uz pakalpojumiem, kas apmaksājami no valsts budžeta līdzekļiem, saskaņā ar Latvijas un, piemēram, Zviedrijas tiesību aktiem, Sociālā nodrošinājuma koordinēšanas regula (turpmāk – Regula) nepieļauj, ka persona vienlaikus var baudīt tiesības uz veselības aprūpi atbilstoši divu dalībvalstu veselības aprūpes sistēmām.¹⁹ Lai praktiski risinātu situāciju, ka persona ir apdrošināta vairāk nekā vienā dalībvalstī, un konstatētu kompetento dalībvalsti, vispirms tiek noteikts, kuras dalībvalsts tiesību akti ir piemērojami attiecībā uz personu, savukārt pēc tam

tiek noteikts, vai iestājas attiecīgajā dalībvalstī noteiktie priekšnosacījumi piekļuvei valsts veselības aprūpes sistēmas ietvaros nodrošinātajiem veselības aprūpes pakalpojumiem.²⁰

Iepriekš minētais un ar ES tiesību aktiem iedibinātais princips, ka persona var būt pakļauta tikai vienas dalībvalsts tiesību aktiem, ir ticis akcentēts arī Likumprojekta anotācijā. Mulsinoša ir piebilde, ka valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus Ārstniecības likuma²¹ 17. panta pirmās daļas 1., 2., 4. un 5. apakšpunktā minētās personas var saņemt neatkarīgi no rezidences valsts un nodokļu maksāšanas fakta, jo jau šobrīd Latvijai ir tiesības liegt personai iespēju saņemt no Latvijas valsts budžeta apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus gadījumā, ja persona ir pakļauta citas dalībvalsts tiesību aktiem (lielākoties sakarā ar nodarbinātību citā dalībvalstī). Tas nozīmē: ja Latvija to vēlētos, ES tiesību akti pieļauj iespēju nemaksāt par veselības aprūpi, kad tas nepieciešams, jau šobrīd. Personām, kuras pakļautas citas dalībvalsts tiesību aktiem, veselības aprūpes pakalpojumi Latvijā būtu jāsaņem, kompetentajai valstij par to maksājot. Vai un cik efektīvi tas funkcionē, protams, cieši ir saistīts ar to, cik efektīvs mehānisms ir ieviests, lai noteiktu, vai attiecībā uz personu konkrētā tiesiskā situācijā ir piemērojami Latvijas tiesību akti. Kaut arī Likumprojekta anotācijā atsauce uz ES tiesību aktiem ir sniegta, nav kārtības, kādā Latvija minēto īstenos, bet, lai viestu skaidrību un iedibinātu tiesisko noteiktību nozarē, šāda kārtība būtu izveidojama. Pretējā gadījumā no pārrobežu veselības skatpunkta caurajam veselības aprūpes budžeta maisam ir atstāts ievērojams caurums, kas ļauj apšaubīt reformas efektivitāti.

Apdrošinātās personas statuss

Regulā²² ir sniegta "apdrošinātās personas" definīcija, saskaņā ar kuru tā ir katra persona, kas atbilst pabalstu tiesību nosacījumiem, kuri noteikti tās dalībvalsts tiesību aktos, kura saskaņā ar minētās regulas nosacījumiem ir kompetenta, ņemot vērā šīs regulas noteikumus. Apdrošinātās personas definīcijai ir izšķiroša loma, jo no tās ir nosakāms, vai pārrobežu veselības aprūpi regulējošie instrumenti ir vai nav attiecināmi uz noteiktu personu. Ņemot vērā to, ka minētā regula būs piemērojama ciešā kopsakarā ar Likumprojektu, ir svarīgi izprast, kuras personu kategorijas Likumprojekta kontekstā ir uzskatāmas par apdrošinātu personu. Izskatot Likumprojektu, viennozīmīgi ir skaidrs, ka apdrošināta persona Regulas izpratnē ir katra persona, kas kvalificējas pēc Likumprojekta 11. panta, bet nav skaidrs likumdevēja nodoms attiecībā uz to, vai "apdrošinātās personas" kategorijā ietilpst Likumprojekta 10. pantā minētās personas (proti, vai šīs personas ir uzskatāmas par apdrošinātām personām Regulas izpratnē, un līdz ar to vai uz šīm personām ir attiecināmas tiesības uz pārrobežu veselības aprūpi). Lai viestu skaidrību, Likumprojektā apdrošinātās personas statuss būtu

precizējams, sniedzot iespēju taisnīgi un paredzami īstenot personas tiesības pārrobežu veselības aprūpē.

Apdrošinātās personas ģimenes locekļi

Sociālā nodrošinājuma koordinēšanas regulas noteiktās situācijās uzliek par pienākumu kompetentajai valstij būt atbildīgai par veselības aprūpes nodrošināšanu ne tikai apdrošinātām personām, bet arī viņu ģimenes locekļiem. Tas nozīmē, ka neatkarīgi no tā, ka ģimenes tiesības pēc būtības nav ES kompetencē, ES saglabā zināmu vispārēju ietekmi uz tām. Regulas izpratnē ģimenes loceklis ir katra persona, ko definē vai atzīst par ģimenes locekli vai uzskata par mājsaimniecības locekli tās dalībvalsts tiesību aktos, kurā viņa dzīvo.²³ Gadījumā, ja nacionālie tiesību akti ģimenes locekļus nenoskaidro no citām personām, tad laulāto nepilngadīgos bērnus un apgādībā esošos bērnus, kas sasnieguši pilngadību, uzskata par ģimenes locekļiem. Savukārt, ja personu uzskata par ģimenes locekli vai mājsaimniecības locekli tikai tad, ja persona dzīvo tajā pašā mājsaimniecībā, kurā apdrošinātā persona vai pensionārs, šo nosacījumu uzskata par izpildītu, ja attiecīgā persona galvenokārt ir atkarīga no apdrošinātās personas vai pensionāra.²⁴

Izskatot Likumprojektu, konstatējams, ka tekstā vienu reizi tiek lietots vārdu salikums “ģimenes loceklis” – Likumprojekta 11. panta trešās daļas 4. punktā, tuvāk nepaskaidrojot, kuras personas būtu ietilpināmas šajā jēdzienā. Savukārt citos Likumprojekta 11. panta otrās un trešās daļas punktos arī tiek minētas personas, kuras loģiski būtu ietilpināt jēdzienā “ģimenes loceklis” saturā (laulātais un bērni), tomēr piekļuvei valsts obligātās veselības apdrošināšanai ir noteikti dažādi kritēriji. Piemēram, atšķirīgi nosacījumi attiecībā uz laulātajiem kā ģimenes

locekļiem: ES, EEZ vai Šveices pilsoņa, kurš Latvijā veic darbību nodarbinātas vai pašnodarbinātas personas statusā, laulātais bez jebkādiem ierobežojumiem ir tiesīgs saņemt veselības aprūpi valsts obligātās veselības apdrošināšanas ietvaros, savukārt Latvijas pilsoņa vai nepilsoņa, kurš arī Latvijā veic darbību nodarbinātas vai pašnodarbinātas personas statusā, laulātais – tikai tad, ja audzina bērnu vecumā līdz septiņiem gadiem vai vismaz trīs bērnus līdz 15 gadiem. Vēl savādāka situācija ir attiecībā uz to personu laulātajiem, kuri Latvijā veic darbību nodarbinātas vai pašnodarbinātas personas statusā un veic valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas veselības apdrošināšanai, bet nekvalificējas pēc Likumprojekta 10. panta pirmās daļas 1., 2., 3., 4. vai 6. punkta – šīm personām papildus tiek izvirzīts nosacījums, ka ir jābūt termiņuzturēšanās atļaujai, lai gan var būt situācija, ka šīm personām nav termiņuzturēšanās atļaujas, jo viņas dzīvo citā dalībvalstī. Tā, piemēram, atšķirīgi nosacījumi attiecībā uz bērniem kā ģimenes locekļiem: persona, kurai ir Latvijas pilsonība un kura mācās vispārējās izglītības iestādē, profesionālās pamatizglītības vai profesionālās vidējās izglītības iestādē vai ir pilna laika studējošais, ir tiesīga saņemt veselības aprūpi valsts obligātās veselības apdrošināšanas ietvaros arī, ja ir vecāka par 18 gadiem, savukārt ES, EEZ vai Šveices pilsoņa, kurš Latvijā veic darbību nodarbinātas vai pašnodarbinātas personas statusā, bērns – tikai līdz 18 gadu vecumam. Minētais norāda uz atšķirīgu attieksmi, kuras kvalifikācija būtu tālāk vērtējama. Jautājums ir, vai šāda diferenciācija ir objektīvi pamatota un saprātīga, bet atbilde no Likumprojekta un tā anotācijas neizriet.

Lai novērstu problēmas šajā sakarā, Likumprojektā jāsniedz jēdziena “ģimenes loceklis” definīcija, dodot skaidru šī jēdziena saturu (kuras personas tiek uzskatītas par piederīgām ģimenei un kurām tiesības

¹ Dati par budžetu. Pieejams: <http://www.v.m.gov.lv/lv/ministrija/budzets/> [aplūkots 30.10.2017].

² Par integrācijas struktūrām nozarē un sekām uz veselības aprūpes sistēmu un pakalpojumu pieejamību skat.: Slokenberga S., Poplavska E. Integrācijas struktūras ārstniecības un farmācijas nozarē Latvijā. Veselības projekti Latvijai 2016. Pieejams: http://www.veselibasprojekti.lv/raksts/_/111/255/lzpete-par-horizontalas-un-vertikalas-integrācijas-problemu-farmacija [aplūkots 30.10.2017].

³ Statistika par neapmierinātām veselības vajadzībām. Pieejama: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Share_of_persons_aged_16_and_over_reporting_unmet_needs_for_medical_care_2014_\(%25\)_new.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Share_of_persons_aged_16_and_over_reporting_unmet_needs_for_medical_care_2014_(%25)_new.png) [aplūkots 30.10.2017].

⁴ Piemēram, Rīgīvir kontekstā skat. Zāļu valsts aģentūru, kompensējamo zāļu sakarā – Zāļu valsts aģentūru un Nacionālo veselības dienestu.

⁵ Šajā sakarā, piemēram, Ministru kabineta 2013. gada 17. decembra noteikumi Nr. 1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”. Latvijas Vēstnesis, 30.12.2013., Nr. 253 (5059).

⁶ Piemēram, Cilvēka genoma izpētes likums un 2015. gadā virzītie likuma grozījumi, kas saturiski neatrisina likuma piemērošanas problēmas; medicīniska rakstura piespiedu līdzekļi un visaptverošas kārtības izveides vietā pieņemot Ministru kabineta noteikumus, kas reglamentē tikai tiesai sniedzamās informācijas saturu. Skat. 2017. gada 29. augusta noteikumu Nr. 512 “Noteikumi par tiesai sniedzamās informācijas saturu un apjomu par personu, kurai kriminālprocesā noteikts medicīniska rakstura piespiedu līdzeklis, no kura persona izvairās vai nepilda tā nosacījumus”.

⁷ Praksē ir vērojama duāla Pacientu tiesību likuma piemērošana daļā par to nepilngadīgo, kuri var piekrist ārstniecībai, privātuma aizsardzību vecāku varas dēļ. Kaut arī minētais ir interpretācijas jautājums, sistemātiska tiesiskā regulējuma piemērošanas problēma ir valsts atbildība.

⁸ Īpaša nozīme veselības nozarei ir ietverta Ministru kabineta 2016. gada 3. maija rīkojumā “Par Valdisa rīcības plānu Deklarācijas par Māra Kučinska vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību īstenošanai” un 2016. gada februāra mēneša dokumentā

“Deklarācija par Māra Kučinska vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību”, 14.–15. lpp. Pieejams: http://www.mk.gov.lv/sites/default/files/editor/20160210_mkucinskis_vald_prior_gala_vers_0.pdf [aplūkots 30.10.2017].

⁹ Likumprojekta 2. pants.

¹⁰ Likumprojekta 3. pants.

¹¹ Detalizētāk skat. Likumprojekta anotāciju.

¹² Likumprojekta 4. panta pirmā daļa.

¹³ Starptautiskā pakta par ekonomiskajām, sociālajām un kultūras tiesībām 12. pants.

Plašāk skat.: Muciņš R. Valsts un veselības nozare. Grām.: Medicīnas tiesības. Red. S. Slokenberga, Rīga: TNA, 2015.

¹⁴ Likumprojekta 7. pants.

¹⁵ Likumprojekta 14. pants.

¹⁶ Latvijas Republikas Satversmes komentāri. VIII nodaļa. Cilvēka pamattiesības. Autoru kolektīvs, Rīga, 2011.

¹⁷ Eiropas Parlamenta un Padomes 2004. gada 29. aprīļa Regula 2004/883/EK par sociālās nodrošināšanas sistēmu koordinēšanu, 11. panta 1. punkts. Eiropas Savienības Oficiālais Vēstnesis, L 284/43, 30.10.2009.

¹⁸ Turpat, 15. apsvērumi.

¹⁹ Plašāk skat.: Slokenberga S., Gusarova A. Veselības aprūpe un Eiropas Savienība. Grām.: Medicīnas tiesības Red. S. Slokenberga, Rīga: TNA, 2015, 102. lpp.

²⁰ Turpat, 103. lpp.

²¹ Ārstniecības likums: 1997. gada 12. jūnija likums. Latvijas Vēstnesis, 01.07.1997., Nr. 167/168; Latvijas Republikas Saeimas un Ministru kabineta Ziņotājs, 07.08.1997., Nr. 15.

²² Eiropas Parlamenta un Padomes 2004. gada 29. aprīļa Regula 2004/883/EK par sociālās nodrošināšanas sistēmu koordinēšanu, 1. panta c) apakšpunkts. Eiropas Savienības Oficiālais Vēstnesis, L 284/43, 30.10.2009.

²³ Turpat, 1. panta i) apakšpunkts.

²⁴ Plašāk skat.: Slokenberga S., Gusarova A. Veselības aprūpe un Eiropas Savienība. Grām.: Medicīnas tiesības Red. S. Slokenberga, Rīga: TNA, 2015, 107.–108. lpp.

uz veselības aprūpi var tikt atvasinātas no apdrošinātās personas tiesībām). Nosakot ģimenes locekļa definīciju, nedrīkstētu piemērot tieši vai netieši diskriminējošus nosacījumus (visiem apdrošināto personu ģimenes locekļiem, kuriem nav neatkarīgu tiesību, bet to tiesības tiek atvasinātas no apdrošinātās personas tiesībām, ir jābaida tiesības vienādā apmērā).

4. Nobeigums

Latvijas starptautiskās saistības un Satversme neliedz mainīt veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju loku un kārtību, kādā pakalpojumi tiek nodrošināti. Tomēr, piedāvātajā veidā reformējot sistēmu, tiks liegta iespēja ievērojamai sabiedrības daļai saņemt pakalpojumus, kas rada atgriezeniskus riskus, piemēram, darba tirgum, ekonomiskajai attīstībai, dzīvildzei, kas atgriezeniski var ietekmēt arī sistēmas efektivitāti. Tādējādi pat tad, ja mainīt loku ir iespējams, šī darbība nav savienojama ar sociāli atbildīgas valsts būtību. Turklāt, lai samilzušās problēmas efektīvi risinātu, ir nepieciešami līdzekļi, kas savienojami ar mērķi, proti, ir ne tikai nepieciešami mērķa sasniegšanai, bet arī piemēroti tam. Turklāt vēlams, lai ar pārmaiņām netiktu radītas jaunas problēmas.

Kāds ir Likumprojekta mērķis: radīt finansējumu vai risināt problēmas? Ja mērķis ir radīt papildu finansējumu veselības nozarei, nevis risināt problēmas, tas šķietami lielā mērā ir sasniegts. Likumprojekta 4. panta otrajā daļā ir norādīta likumdevēja ambīcija, ko, ievērojot pārejas noteikumus paredzēto, īsā laikā sasniegt. Un tomēr – Likumprojekta anotācijā norādīts,

ka “gadu no gada pastāv veselības aprūpes budžeta neprognozējamība”. Likumprojekts pieļauj prognozēt finansējumu tikvien kā IKP skaitļos. Tas nozīmē, ka, mainoties IKP, arī faktiskais budžets mainīsies, nesniedzot nekādas garantijas, piemēram, par finansējuma saglabājumu iepriekšējā līmenī.

Ja mērķis ir risināt samilzušās problēmas, jāsaka, ka mēģinājums šādā Likumprojekta redakcijā paredzams kā nesekmīgs. Problēmas saistās ar esošo līdzekļu izmantošanu: tarifu veidošanos, pakalpojumu sniedzēju izvēli un apjomu, deleģējuma izmantošanu, ES tiesību sniegto iespēju neizmantošanu. Paredzot tikai finansējuma pieaugumu, bet nerisinot izlietojuma jautājumu, nosakot skaidrus finansējuma izlietojuma principus likuma līmenī, paredzamais efekts ir faktiski reducējams uz tūlītējās vajadzības apmierināšanu, bet ne ilgtspējīgas veselības nozares izveidi.

Katrs cilvēks, kurš piedalīsies finansējuma veidošanā, lai iegūtu apdrošinātās personas statusu, to izjutīs savā ikdienas budžetā. Apdrošinātā persona pret valsti savus pienākumus izpildīs, valsts pašmērķi veselības nozarē – veicināt atbildīgu nodokļu maksāšanu – izpildīs. Bet vai valsts, iekasējot līdzekļus, uzņemas saistības pret apdrošinātajām personām? Nav aprēķinu un analītisko rādītāju, vai papildus plānotie līdzekļi nodrošinās veselības aprūpes pakalpojumu nepieciešamo pieejamību, kvalitāti un apjomu. Likumprojekts klusē arī par savlaicīgas aprūpes garantijām, jau atkal potenciāli tik būtisku jautājumu atstājot Ministru kabineta noteikumu “izklaides” zonā, bet reformas jēgu reducējot uz nodokļu maksāšanas veicināšanu un līdzekļu “caurā maisā” piebīrumu. ■

INFORMĀCIJA

VESELĪBAS MINISTRIJAS KOMENTĀRS PAR VESELĪBAS APRŪPES FINANSĒŠANAS LIKUMPROJEKTU

2017. gada 5. oktobrī Saeima 1. lasījumā apstiprināja likumprojektu “Veselības aprūpes finansēšanas likums” (turpmāk – likumprojekts). Tā mērķis ir nodrošināt ilgtspējīgu veselības aprūpes finansēšanu, kuras pamatā ir sabiedrības solidāra iesaiste atbildīgā nodokļu maksāšanā, lai veicinātu labai starptautiskai praksei atbilstošu veselības aprūpes finansējumu, tādējādi sekmējot veselības aprūpes pieejamību un sabiedrības veselības rādītāju uzlabošanu.

Kopš 2005. gada janvāra Latvijas veselības aprūpes nozares galvenais ieņēmumu avots ir vispārējie, neiezīmētie nodokļi. Tomēr Latvijas finansēšanas sistēma atšķiras no vairuma uz nodokļiem bāzētu sistēmu ar to, ka šie valdības līdzekļi joprojām tiek nodoti Veselības ministrijas padotības iestādei Nacionālajam veselības dienestam (turpmāk – NVD), kas darbojas kā pakalpojumu iepircējs visiem iedzīvotājiem. Šāda pakalpojuma pircēja atdalīšana no pakalpojuma sniedzēja ir tipiska obligātās sociālās veselības apdrošināšanas pazīme.

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):
 - a) pacientu līdzmaksājumi un pacientu iemaksas, tas ir, pacients maksā savu daļu pie valsts apmaksātā veselības aprūpes pakalpojuma (atsevišķas pacientu grupas no pacientu līdzmaksājumiem un pacientu

iemaksām ir atbrīvotas, un tām šie izdevumi tiek kompensēti no valsts budžeta);

b) 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 apmērā;

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.

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, kā arī no gada uz gadu pastāv veselības aprūpes budžeta neprognozējamība. Turklāt finansējums ir nepietiekams esošā veselības aprūpes pakalpojumu klāsta un apjoma nodrošināšanai, un šādos apstākļos nav iespējams nodrošināt sniegto veselības aprūpes pakalpojumu ilgtspējību un stabilitāti. Iepriekšējos gados, mainoties ekonomiskajai situācijai, ir ievērojami samazināts finansējums, kas ir pretēji citās ES valstīs veiktajiem pasākumiem veselības aprūpes nodrošinājumā, kur finansējums tika saglabāts aptuveni iepriekšējo gadu līmenī. Savukārt ilgtspējīgas veselības aprūpes finansēšanas pamatā ir visas sabiedrības solidāra iesaiste atbildīgā nodokļu maksāšanā, ko tieši veicina pārlicība par atbilstošas kvalitātes veselības aprūpes saņemšanu un efektīvu valsts līdzekļu izlietojumu kopumā.

Saeima 2017. gada 27. jūlijā pieņēma likumu "Grozījumi likumā "Par valsts sociālo apdrošināšanu", kurā ievieša jaunu sociālās apdrošināšanas veidu un noteica, ka darba ņēmēji, pašnodarbinātie, iekšzemes darba ņēmēji pie darba devēja ārvalstnieka un ārvalstu darba ņēmēji pie darba devēja – ārvalstnieka, kas valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas veic vai par kuriem veic vispārējā kārtībā (t.i., maksājot valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas likmi, kas noteikta likuma "Par valsts sociālo apdrošināšanu" 18. pantā), ir pakļauti veselības apdrošināšanai. Nodrošinot viņiem tiesības saņemt no valsts budžeta līdzekļiem apmaksājamus veselības aprūpes pakalpojumus, tika noteikts, ka iepriekš minētajām personām un viņu darba devējiem par vienu procentpunktu palielinās valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas likmi.

Lai nodrošinātu nepārtrauktu un operatīvu finanšu līdzekļu ieplūšanu veselības nozares finansēšanai, ir noteikts, ka valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas veselības apdrošināšanai Valsts kase ieskaita valsts pamatbudžeta ieņēmumos atbilstoši

gadskārtējā valsts budžeta likumā noteiktajam sociālās apdrošināšanas ieņēmumu īpatsvaram.

Tādējādi likumprojektam pamatā ir divi galvenie uzdevumi – noteikt, ka tiek pakāpeniski palielināts veselības aprūpes budžets, līdz tas veido vismaz 4 % no iekšzemes kopprodukta, un ieviest valsts obligāto veselības apdrošināšanu, sasaistot to ar likumā "Par valsts sociālo apdrošināšanu" ieviesto jauno sociālās apdrošināšanas veidu – veselības apdrošināšanu.

Likumprojektā tiesības uz valsts apmaksātiem veselības aprūpes pakalpojumiem tiek saistītas ar valsts sociālās apdrošināšanas obligāto iemaksu veikšanu, nosakot plašāku valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu apjomu tām personām, kas saskaņā ar likumu "Par valsts sociālo apdrošināšanu" ir pakļautas veselības apdrošināšanai. Tajā pašā laikā, lai pasargātu mazāk aizsargātos iedzīvotājus, likumprojektā ir iekļautas vairākas personu grupas, kurām būs tiesības uz plašāku valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu neatkarīgi no veiktajām valsts sociālās apdrošināšanas iemaksām, piemēram, bērni, pensionāri, personas, kurām noteikta I vai II grupas invaliditāte, un citi. Tāpat, ņemot vērā, ka ir, piemēram, personas, kuras valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas veic speciālajā režīmā un nav pakļautas veselības apdrošināšanai, likumprojekts paredz iespēju personām reizi gadā veikt brīvprātīgu maksājumu likumprojektā noteiktajā apmērā, lai saņemtu plašāku valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu apjomu. Vienlaikus gan jāatzīmē, ka likumprojekts paredz noteiktu veselības aprūpes pakalpojumu apjomu arī tām personām, kuras nav veikušas sociālās apdrošināšanas iemaksas veselības apdrošināšanai, nav veikušas brīvprātīgos maksājumus, kā arī nav likumprojektā minētajās personu grupās, iekļaujot šajā apmērā ne tikai neatliekamo medicīnisko palīdzību un dzemdību palīdzību, bet arī ģimenes ārsta sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus un veselības aprūpes pakalpojumus, kas saistīti ar tādu saslimšanu ārstniecību, kurām ir nozīmīga ietekme uz sabiedrības veselības rādītājiem vai kuras rada apdraudējumu sabiedrības veselībai.

Likumprojekta izstrādes gaitā tas tika vairākkārt diskutēts gan Veselības nozares stratēģiskajā padomē (kurā iekļauti pārstāvji no tādām institūcijām kā Latvijas Ārstu biedrība, Latvijas Cilvēku ar īpašām vajadzībām sadarbības organizācija SUSTENTO, Latvijas Veselības ekonomikas asociācija, Latvijas Farmaceitu biedrība, Latvijas Universitāte un Rīgas Stradiņa universitāte, Latvijas Pašvaldību savienība, Latvijas Slimnīcu biedrība, Latvijas Veselības un sociālās aprūpes darbinieku arodbiedrība, Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācija, Latvijas Jauno ārstu asociācija, Latvijas Māsu asociācija, Veselības aprūpes darba devēju asociācija un Latvijas Ģimenes ārstu asociācija), gan Nacionālās trīspusējās sadarbības padomes Veselības aprūpes nozares apakšpadomē, gan arī Nacionālajā trīspusējās sadarbības padomē. Darbs pie likumprojekta turpinās Saeimas Sociālo un darba lietu komisijā.

Veselības ministrija

TIESĪBSARGA VIEDOKLIS PAR VESELĪBAS APRŪPES FINANSĒŠANAS LIKUMA PROJEKTU

*Latvijas Republikas Saeimas
Sociālo un darba lietu komisijai*

Par likumprojektu "Veselības aprūpes finansēšanas likums"

Latvijas Republikas tiesībsargs ir izvērtējis likumprojektu "Veselības aprūpes finansēšanas likums" (Nr. 1030/LP12; turpmāk – likumprojekts). Kopumā atzinīgi vērtēju Veselības ministrijas un Ministru kabineta rīcību veselības aprūpes problēmu risināšanā, uzsverot, ka šī joma nav bijusi viena no prioritātēm nedz valdībai, nedz likumdevējam. Tomēr jāatzīst, ka izstrādātais likumprojekts un tam pievienotais sākotnējās ietekmes novērtējuma ziņojums (turpmāk – anotācija) nevieš pilnīgu skaidrību, kā plānots nodrošināt veselības aprūpes pieejamību Latvijas iedzīvotājiem turpmāk un kādi būs ieguvumi iedzīvotājiem no jaunās veselības aprūpes finansēšanas kārtības (kā samazināsies rindu garums, kā uzlabosies veselības aprūpes pieejamība, vai iedzīvotājiem joprojām nāksies rēķināties ar kvotu sistēmu). Tādējādi uzskatu, ka saistībā ar jaunās sistēmas ieviešanu nākotnē ir nepieciešams īpaši rūpīgs darbs, atbildīgajai ministrijai informējot iedzīvotājus par ieguvumiem un to, kā jaunā sistēma darbosies, kā iedzīvotājiem būs iespēja tai pievienoties, noskaidrot aktuālo informāciju par savu statusu sistēmā un tamlīdzīgi.

Ņemot vērā Tiesībsarga likuma 12. panta 8. punktā noteiktos uzdevumus, kā arī izmantojot Saeimas kārtības rullja 95. panta pirmās daļas 8. punktā noteiktās tiesības, tiesībsargs sniedz šādus ierosinājumus un viedokli par likumprojektu.

1. Ņemot vērā valdības sākotnējo apsoliājumu (apņemšanos), ka veselības aprūpes finansējumam 2020. gadā ir jāsasniedz vismaz 4 % no iekšzemes kopprodukta, kā arī izskanējušās prognozes, ka 2020. gadā šāds apjoms tomēr nav sasniedzams, aicinu valdības apņēmību skaidri nostiprināt likumā, likumprojekta 4. panta otro daļu izsakot šādā redakcijā:

"(2) Veselības aprūpes publiskais finansējums, pakāpeniski palielinoties, sākot no 2020. gada, veido vismaz 4 % no iekšzemes kopprodukta."

2. Likumprojekta 7. pantā ir salīdzinoši skaidri ierakstīts Latvijas Republikas Satversmes 111. pantā nostiprinātais valsts garantētais medicīniskās palīdzības minimums. Atzinīgi vērtēju, ka valdība pretēji agrāko gadu iniciatīvām šajā reizē ir realizējusi sociāli atbildīgāku pieeju, nav aprobežojusies ar neatliekamo medicīnisko palīdzību kā vienīgo pakalpojumu, kas ir valsts garantēts un pienāks ikvienam. Pilnīgi noteikti šajā pakalpojumu klāstā ir iekļaujama primārā veselības aprūpe jeb ģimenes ārsta sniegtie pakalpojumi. Kritiski noraidu ikvienu iniciatīvu, kas šo pakalpojumu klāstu mēģinātu sašaurināt. Šāda pieeja arī valstij ir finansiāli un ekonomiski izdevīgāka ilgtermiņā, jo, pirmkārt, tas samazinās neatliekamās medicīniskās palīdzības izsaukumu skaitu, otrkārt, tieši ģimenes ārsts, nevis neatliekamā medicīniskās palīdzības sniedzējs spēs

novērtēt pacientu ilgākā laika posmā un pārliecināt par to, ka ir nepieciešama plānveida ārstēšana.

Lai arī likumprojekta 7. panta pirmās daļas 3. punkts paredz, ka valsts apmaksātās medicīniskās palīdzības minimumā ietilpst ģimenes ārsta sniegtie veselības aprūpes pakalpojumi, manā ieskatā, pastāv risks, ka ģimenes ārsts nespēs sniegt kvalitatīvu pakalpojumu, ja pacientam nebūs iespējams veikt vismaz pamata laboratoriskos izmeklējumus (piemēram, noteikt pilnu asins ainu). Tādējādi likumprojekta 7. panta pirmās daļas 3. punkts būtu papildināms ar minimālo laboratorisko izmeklējumu klāstu, kas ietilptu medicīniskās palīdzības minimumā.

3. Nav skaidri saprotams, ko regulēs likumprojekta 8. panta trešajā daļā minētais Valsts obligātās veselības apdrošināšanas likums, ar kuru ir plānots noteikt valsts obligātās veselības apdrošināšanas kārtību un veselības aprūpes pakalpojumus, jo saskaņā ar likumprojekta 3. pantu tieši ar šo likumu ir plānots regulēt valsts obligātās veselības apdrošināšanas finansiālo un organizatorisko struktūru.

Valsts obligātās veselības apdrošināšana ir definēta likumprojekta 1. panta 5. punktā, solidaritātes princips veselības apdrošināšanā ir iekļauts likumprojekta 2. pantā, veselības apdrošināšanai pakļauto personu loks ir noteikts likumprojekta 11. pantā, veselības apdrošināšanas iemaksu maksāšanas pienākums – likumprojekta 12. pantā un likumā "Par valsts sociālo apdrošināšanu", savukārt veselības aprūpes pakalpojumu klāsts ir noteikts likumprojekta 7. pantā un 8. panta pirmajā un otrajā daļā. Uzskatu, ka no juridiskās tehnikas viedokļa šajā pašā likumprojektā būtu iekļaujama iztrūkstošā sadaļa, kas attiecas uz veselības apdrošināšanas organizatorisko pusi.

4. Likumprojekta 11. panta pirmās daļas 1. punkts noteic, ka tiesības uz veselības aprūpes pakalpojumiem valsts obligātās veselības apdrošināšanas ietvaros ir personai, par kuru ir veiktas valsts sociālās apdrošināšanas iemaksas veselības apdrošināšanai saskaņā ar likumu "Par valsts sociālo apdrošināšanu".

Likumprojekta anotācijā norādīts, ka tiesības uz veselības aprūpes pakalpojumiem valsts obligātās veselības apdrošināšanas ietvaros saskaņā ar likumprojekta 11. pantu būs personām, par kurām ir veiktas vai bija jāveic valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas veselības apdrošināšanai saskaņā ar likumu "Par valsts sociālo apdrošināšanu" (darba ņēmēji un pašnodarbinātie).

Satversmes tiesa ir atzinusi, ka obligātajai sociālajai apdrošināšanai pakļauto personu tiesības, izmaksas nedrīkst saistīt ar to, vai citas personas ir vai nav pienācīgi pildījušas likumā noteiktos pienākumus.¹ Tādējādi uzskatu, ka darba ņēmējam tiesības uz veselības aprūpes pakalpojumiem būtu nodrošināmas neatkarīgi no tā, vai sociālās apdrošināšanas iemaksas faktiski ir veiktas, līdzīgi kā tiek nodrošinātas tiesības uz citiem sociālās apdrošināšanas pakalpojumiem (izņemot vecuma pensiju). Savukārt attiecībā uz pašnodarbināto iekļaušanu veselības apdrošināšanai pakļauto personu lokā saglabājams līdzšinējais princips, ka pašnodarbinātie uzskatāmi par sociāli apdrošinātiem tikai tad, ja faktiski ir veiktas sociālās apdrošināšanas iemaksas (likuma "Par valsts sociālo apdrošināšanu" 5. panta piektā daļa).

Līdz ar to ierosinu izteikt likumprojekta 11. panta pirmās daļas 1. punktu šādā redakcijā:

"1) personai, kura ir sociāli apdrošināta veselības apdrošināšanai saskaņā ar likumu "Par valsts sociālo apdrošināšanu";"

5. Ierosinu likumprojekta 11. panta otrās daļas 3. punktu aiz vārdiem "pilna laika studējošais" papildināt ar vārdiem "bet ne ilgāk kā līdz 24 gadu vecuma sasniegšanai".

Līdzīgs regulējums ir iekļauts arī likuma "Par iedzīvotāju ienākuma nodokli" 13. panta pirmās daļas 1. punkta b) apakšpunktā, kas noteic, ka par bērnu, kamēr viņš turpina vispārējās, profesionālās, augstākās vai speciālās izglītības iegūšanu, bet ne ilgāk kā līdz 24 gadu vecuma sasniegšanai ir paredzēti iedzīvotāju ienākuma nodokļa atvieglojumi, un attiecībā uz apgādnieka zaudējuma pensijas izmaksu likuma "Par valsts pensijām" 19. panta ceturtajā daļā, kas noteic, ka par darba nespējīgiem ģimenes locekļiem uzskatāmas arī šā panta otrajā un trešajā daļā norādītās personas, kuras nav sasniegušas 24 gadu vecumu, ja tās laikā, kad iestājusies apgādnieka nāve, vai vēlāk mācās vai studē vispārējās, profesionālās izglītības iestādēs, koledžās vai augstskolās pilna laika klātienē, izņemot laiku, kad persona ir pārtraukusi studijas.

6. Likumprojekta 11. panta otrās daļas 10. punkts noteic, ka veselības apdrošināšanai ir pakļautas personas, kuras saņem pakalpojumus ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijās, kas ir reģistrētas Sociālo pakalpojumu sniedzēju reģistrā, un 11. punkts noteic, ka personas, kuras izstājušās no sociālo pakalpojumu sniedzēju reģistrā reģistrētām ilgstošās sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijām, lai saņemtu sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojumus dzīvesvietā.

Vērtējot likumprojekta 11. panta otrās daļas 10. un 11. punktā iekļautās personu grupas un 14. un 15. punktā iekļautās personu grupas, pirmšķietami secināms, ka 10. un 11. punktā minētās personas jau iekļaujas 14. un 15. punktā norādītajās personu grupās ar nosacījumu, ka arī personas ar III grupas invaliditāti ir pakļautas veselības apdrošināšanai. Proti, ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojumus, kā arī sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojumus dzīvesvietā persona saņem, ja atbilst noteiktiem kritērijiem – ir persona ar invaliditāti vai vecuma pensijas vai valsts sociālā nodrošinājuma pabalsta saņēmējs. Tādējādi būtu izvērtējama likumprojekta 11. panta otrās daļas 10. un 11. punkta lietderība.

Papildus attiecībā uz 11. punktu nav saprotams, kāpēc veselības apdrošināšanai pakļauto personu lokā nav iekļautas tās personas, kuras saņem sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojumus dzīvesvietā, bet pirms tam nav bijušas ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojuma saņēmējas.

7. Ierosinu likumprojekta 11. panta otrās daļas 14. punktu izteikt šādā redakcijā:

"14) personas, kurām likumā paredzētā kārtībā noteikta I, II vai III grupas invaliditāte;"

ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām (turpmāk – Konvencija) 25. pants noteic, ka personām ar invaliditāti ir tiesības uz visaugstāko iespējamo veselības līmeni bez diskriminācijas invaliditātes dēļ. Savukārt Konvencijas 5. pants norāda uz vienlīdzības un diskriminācijas aizlieguma principa ievērošanu, proti, visi cilvēki ir vienlīdzīgi likuma priekšā un saskaņā ar to, ka visiem cilvēkiem bez jebkādas diskriminācijas ir tiesības uz vienādu likuma aizsardzību un uz likumā paredzēto priekšrocību vienādu izmantošanu.

Uzskatu, ka visām personām ar invaliditāti neatkarīgi no invaliditātes smaguma pakāpes būtu nodrošināma vienlīdzīga pieeja veselības aprūpei.

Saskaņā ar Veselības un darbības ekspertīzes ārstu valsts komisijas informāciju² 2016. gadā no jauna III grupas invaliditāte tika noteikta 5419 personām, no tām 2915 jeb 53,8 % bija strādājošas, bet 2504 jeb 46,2 % nestrādājošas personas. Savukārt, atkārtoti veicot invaliditātes ekspertīzi, 2016. gadā III grupas invaliditāte tika noteikta 14 783 personām, no tām 7082 jeb 47,9 % bija strādājošas, bet 7701 jeb 52,1 % nestrādājošas personas. Minētais liecina par to, ka apmēram puse no personām ar III grupas invaliditāti nav nodarbinātas.

8. Ierosinu likumprojekta 11. panta otro daļu papildināt ar 19. punktu šādā redakcijā:

"19) personas, kuras saņem atlīdzību par audžuģimenes pienākumu pildīšanu."

Viens no Valdības rīcības plāna Deklarācijas par Māra Kučinska vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību īstenošanai³ pasākumiem ir audžuģimeņu un aizbildņu skaita palielināšana, lai samazinātu ilgstošās aprūpes institūciju skaitu un novērstu bērnu nonākšanu institūcijās. Arī viens no Labklājības ministrijas prioritārajiem pasākumiem ir attīstīt alternatīvās ģimenes aprūpes formas, nodrošinot, ka personas, kuras saņem atlīdzību par audžuģimenes pienākumu pildīšanu, tiek sociāli apdrošinātas atsevišķiem sociālās apdrošināšanas veidiem (pensijai, invaliditātei un bezdarbam), audžuģimenēm ir jānodrošina arī veselības aprūpes pieejamība.

Manā ieskatā, personām, kuras pilda audžuģimenes pienākumus, būtu jānodrošina vienlīdzīga pieeja veselības aprūpei ar citām personām, kuras ir sociāli apdrošinātas. Tas varētu veicināt audžuģimeņu kustību Latvijā.

9. No likumprojekta 11. panta pirmās daļas 1. punkta, lasot to kopsakarā ar likumu "Par valsts sociālo apdrošināšanu" (redakcijā, kas būs spēkā no 2018. gada 1. janvāra un ietver normas par veselības apdrošināšanu), izriet, ka personas, kuras, būdamas sociāli apdrošinātas personas statusā (darba ņēmējs vai pašnodarbinātais), negūst ienākumus pārejošas darbnespējas (slimības) vai maternitātes atvaļinājuma laikā, nav pakļautas veselības apdrošināšanai. Līdzīgu viedokli pilda Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūras direktore Inese Šmitiņa 2017. gada 9. oktobrī Latvijas Republikas Saeimas Sociālo un darba lietu komisijas rīkotajā konferencē "Jaunais Veselības aprūpes finansēšanas likums: izaicinājumi un iespējas".

No likuma "Par valsts sociālo apdrošināšanu" izriet, ka ir gadījumi, kad sociālās apdrošināšanas iemaksas nav jāveic, piemēram, pārejošas darba nespējas, maternitātes atvaļinājuma, bērna kopšanas atvaļinājuma laikā. Saskaņā ar likuma "Par valsts sociālo apdrošināšanu" 6. panta ceturto, piekto un piekto prim daļu slimības pabalsta, maternitātes pabalsta, bērna kopšanas pabalsta un vecāku pabalsta saņēmēji pabalstu saņemšanas laikā saglabā sociālās garantijas, proti, minētās personas ir pakļautas noteiktiem sociālās apdrošināšanas veidiem – pensiju apdrošināšanai, bezdarba apdrošināšanai un invaliditātes apdrošināšanai. Taču 2017. gada 27. jūlija grozījumi likumā "Par valsts sociālo apdrošināšanu" neparedz slimības pabalsta, maternitātes pabalsta, bērna kopšanas pabalsta vai vecāku pabalsta saņēmējus pakļaut veselības apdrošināšanai.

Vienlaikus likumprojekta 11. panta otrajā daļā ir iekļautas personas, kuras saņem bērnu kopšanas vai vecāku pabalstu, tādējādi nodrošinot tām tiesības uz valsts obligāto veselības apdrošināšanu. Taču likumprojekta 11. panta otrajā daļā nav iekļautas personas, kuras saņem slimības vai maternitātes pabalstu, tādējādi pastāv bažas, ka šīm personām nebūs tiesību uz valsts obligāto veselības apdrošināšanu.

Ņemot vērā iepriekš minēto, kā viens no risinājumiem būtu papildināt likumprojekta 11. panta otro daļu ar 20. punktu šādā redakcijā:

"20) personas, kuras saņem slimības vai maternitātes pabalstu."

Papildus minētajiem priekšlikumiem vēlos vērst uzmanību uz kādu sistēmisku problēmjautājumu. Pastāv risks, ka sociāli apdrošinātās personas, par kurām darbaspēka nodokļi tiek maksāti speciālajos režīmos, t.i., mikrouzņēmumu darbinieki, patentmaksas maksātāji, sezonas laukstrādnieki, kuri maksā sezonas laukstrādnieku ienākuma nodokli, autoratlīdzības saņēmēji⁴ nebūs pakļauti veselības apdrošināšanai, ja vien minētās personas vienlaikus nebūs sociāli apdrošinātas kā vispārējā režīmā strādājošie vai neietilps to personu lokā, kas norādītas likumprojekta 11. panta otrajā daļā, proti, pašas nebūs veikušas veselības apdrošināšanas iemaksas.

Saskaņā ar grozījumiem likumā "Par valsts sociālo apdrošināšanu", ar kuriem tika noteikts, ka tiek palielināta sociālās apdrošināšanas iemaksu likme par 1 %, ieskaitot to pamatbudžetā veselības aprūpes nodrošināšanai, izriet, ka tās personas, par kurām darbaspēka nodokļi tiek maksāti speciālajos režīmos, nav pakļautas veselības apdrošināšanai. Likumprojekta "Grozījumi likumā "Par valsts sociālo apdrošināšanu"" (Nr. 1065/Lp12) 1. pantā jau skaidri tiek noteikts, ka mikrouzņēmuma darbinieki nav pakļauti veselības apdrošināšanai.

Labklājības ministrija norāda, ka jautājums par mikrouzņēmumu darbinieku, patentmaksas maksātāju un sezonas laukstrādnieku ienākuma nodokļa maksātāju veselības apdrošināšanu tika izskatīts nodokļu pamatnostādņu kontekstā, kad tika nolemts palielināt valsts sociālās apdrošināšanas obligāto iemaksu likmi par vienu procentpunktu tām personām, kuras nodokļus maksā vispārējā režīmā, t.i., darba devējam un darba

ņēmējam katram par 0,5 procentpunktiem. Savukārt mikrouzņēmumu nodokļa likme netika palielināta, kā arī netika lemts palielināt patentmaksu vai sezonas laukstrādnieku ienākuma nodokli.

Saskaņā ar Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūras sniegto informāciju 2016. gadā Latvijā bija 117,6 tūkstoši mikrouzņēmumu darbinieku, no kuriem apmēram pusei sociālās apdrošināšanas iemaksas ir bijušas arī kā darba ņēmējiem, taču aģentūras rīcībā nav statistiskās informācijas, cik personām vienlaicīgi ir bijis darba ņēmēja un mikrouzņēmuma darbinieka statuss. Tas nozīmē, ka apmēram 58,8 tūkstoši mikrouzņēmumu darbinieku (pieņemot, ka puse no mikrouzņēmumu darbiniekiem vienlaikus nav arī darba ņēmēji) nebūs pakļauti veselības apdrošināšanai. Patentmaksas maksātāji 2017. gada 1. pusgadā vidēji bija 1894 personas mēnesī. Precīzus datus par sezonas laukstrādnieku skaitu iegūt neizdevās.

Šīm personām iemaksas veselības apdrošināšanai būs jāveic pašām (2018. gadā – 51,60 eiro, 2019. gadā – 154,80 eiro, 2020. gadā – 258 eiro, pieņemot, ka 2019. un 2020. gadā minimālā darba alga saglabājas 430 eiro apmērā). Tādējādi ir saskatāms risks, ka šai iedzīvotāju grupai nebūs pietiekami augsts apzinīguma līmenis vai tās nespēs regulāri atlicināt pietiekami daudz līdzekļu, lai sistēmiski pievienotos veselības apdrošināšanai, kas ilgtermiņā valstij izmaksās dārgāk.

Atzīmējams, ka ne vienmēr izpildās apgalvojums, ka speciālajos nodokļu režīmos strādājošais nodokļos samaksā mazāk nekā, piemēram, minimālās algas saņēmējs. Turklāt attiecībā uz iedzīvotāju, kas ir nodarbinātības attiecībās, likumprojekts nepieprasa nekādu minimālo nodokļu nomaksu. Piemēram, persona, kas atrodas darba tiesiskajās attiecībās, sev vien zināmu apsvērumu dēļ strādājot ceturtdaļslodzi par minimālo algu jeb saņemot darba samaksu 95 eiro mēnesī pirms nodokļu nomaksas, būs pakļauta veselības apdrošināšanai, pretstatā speciālajos nodokļu režīmos strādājošajam, kas kopumā valsts budžetā būs nomaksājis lielāku nodokli.

Diemžēl Tiesībsarga birojam neizdevās gūt skaidru atbildi no biedrības "Latvijas Tirdzniecības un rūpniecības kamera", kas atpazīstama kā aktīvākais mikrouzņēmuma nodokļa režīmā strādājošo aizstāvis, par viņu nostāju. Tomēr, manā ieskatā, nav sociāli atbildīgi, ka valdība nodokļu reformas ietvarā Latvijas iedzīvotājus, kuri darbojas valsts atzītos nodokļu režīmos, pēc būtības no veselības aprūpes sistēmas ir izslēgusi. Tādējādi šāda rīcība neliecina par sociāli atbildīgas valsts politiku.

Rīgā

2017. gada 27. oktobrī

Ar cieņu
tiesībsargs **Juris Jansons**

¹ Satversmes tiesas 2001. gada 13. marta spriedums lietā Nr. 2000-08-0109. Latvijas Vēstnesis, 14.03.2001., Nr. 41 (2428).

² Veselības un darbaspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas 2016. gada publiskais pārskats. Pieejams: <http://www.vdeavk.gov.lv/par-mums/gada-parskati-un-petijumi/> [skatīts 17.10.2017.].

³ Apstiprināts ar Ministru kabineta 2016. gada 3. maija rīkojumu Nr. 275.

⁴ Saskaņā ar likuma "Par valsts sociālo apdrošināšanu" 6. pantu redakcijā, kas būs spēkā no 2018. gada 1. janvāra.