***Veselības ministrijas sagatavotais likumprojekta variants***

Veselības aprūpes finansēšanas likums

**1.pants. Likumā lietotie termini**

## Likumā ir lietoti šādi termini:

## 1) Veselības aprūpe – pasākumu kopums, ko sniedz veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji personas veselības nodrošināšanai, uzturēšanai un atjaunošanai.

## 2) Primārā veselības aprūpe – veselības aprūpes pakalpojumu kopums, ko primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji sniedz personai ambulatorajās ārstniecības iestādēs vai personas dzīvesvietā.

## 3) Sekundārā veselības aprūpe – veselības aprūpes pakalpojumu kopums, ko personai sniedz kādā slimību profilā specializējusies ārstniecības persona un kas orientēta uz neatliekamu, akūtu vai plānveida veselības aprūpi.

## 4) Terciārā veselības aprūpe – augsti specializēti veselības aprūpes pakalpojumi, kurus specializētas ārstniecības iestādēs nodrošina viena vai vairākas kādā slimību profilā specializējusies ārstniecības persona ar papildus kvalifikāciju.

## 5) Valsts apmaksātās medicīniskās palīdzības minimums – veselības aprūpes pakalpojumu apjoms, ko valsts nodrošina personām, kuras nav sociāli apdrošinātas veselības apdrošināšanas veidam un apdrošinātām personām.

## 6) Valsts obligātā veselības apdrošināšana – uz solidaritātes principa balstīts pasākumu kopums, ko organizē valsts, lai nodrošinātu apdrošinātās personas ar veselības aprūpes pakalpojumiem.

## 7) Veselības apdrošināšanas iemaksas - šajā likumā noteika apjoma iemaksas, ko veic personas, kuras nav sociāli apdrošinātas veselības apdrošināšanas veidam

## **2.pants. Likuma mērķis**

## Šā likuma mērķis ir noteikt veselības aprūpes finansēšanas sistēmas vispārīgos principus un struktūru un regulēt valsts obligātās veselības apdrošināšanas finansiālo un organizatorisko struktūru, kā arī noteikt personu tiesības un pienākumus valsts obligātās veselības apdrošināšanas ietvaros, lai veicinātu veselības aprūpes nodrošināšanai nepieciešamā finansējuma piesaisti un finansēšanas sistēmas ilgstpēju, sasniedzot valsts budžeta finansējumano vispārējiem ieņēmumiem kopējo apmēru veselības aprūpei vismaz 4% apmērā no iekšzemes kopprodukta, tādējādi sekmējot veselības aprūpes pieejamību un sabiedrības veselības rādītāju uzlabošanos

## **3.pants. Veselības aprūpes finansēšanas avoti**

## Veselības aprūpes finansēšanas avoti ir:

## 1) valsts budžeta dotācija no vispārējiem ieņēmumiem saskaņā ar gadskārtējā valsts budžeta likumu;

## 2) valsts budžeta dotācija no vispārējiem ieņēmumiem, kas veidojas no ieņēmumiem no valsts sociālās apdrošināšanas obligāto iemaksu sadales veselības aprūpes finansēšanai saskaņā ar gadskārtēja valsts budžeta likumu;

## 3) valsts budžeta dotācija no vispārējiem ieņēmumiem, kas veidojas no ieņēmumiem no veselības apdrošināšanas iemaksām saskaņā ar gadskārtēja valsts budžeta likumu;

## 4) valsts un pašvaldību budžeta līdzekļi normatīvajos aktos paredzētajos gadījumos, kas saistīti ar veselības aprūpes nodrošināšanu un veselības nozares administrēšanu un uzraudzību;

## 5) šajā likumā paredzētie pacientu līdzmaksājumi;

## 6) Eiropas Savienības fondu un citu ārvalstu finanšu instrumentu līdzekļi;

## 7) pašvaldību budžeta finansējums saskaņā ar pašvaldību lēmumiem veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanai, kā arī atsevišķo pakalpojumu izmaksu segšanai;

## 8) valsts un pašvaldību ārstniecības iestāžu pašu ieņēmumi.

## **4.pants. Veselības aprūpei piešķirtā valsts finansējuma izlietojums**

(1) Valsts budžeta dotācijās no vispārējiem ieņēmumiem Veselības ministrijas programmai veselības aprūpes nodrošināšanai piešķirtos līdzekļus atbilstoši gadskārtējam valsts budžeta likumam novirza:

1) valsts apmaksātās medicīniskās palīdzības minimuma nodrošināšanai;

2) veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai apdrošinātai personai;

3) ar veselības aprūpes nodrošināšanu ārkārtas situācijās saistīto valsts materiālo rezervju veidošanai, atjaunošanai un uzturēšanai;

4) veselības aprūpes un profilakses programmas pasākumiem;

5) veselības aprūpes pētījumu un attīstības programmas pasākumiem;

6) slimību profilakses un kontroles pasākumiem.

(2) Pieaugot finansējumam veselības aprūpei, proporcionāli pieaug arī primārās veselības aprūpes finansējums.

(3) Valsts budžeta dotāciju no vispārējiem ieņēmumiem Tieslietu ministrijas, Aizsardzības ministrijas un Iekšlietu ministrijas programmai veselības aprūpes nodrošināšanai novirza Ministru kabineta noteiktajiem veselības aprūpes pakalpojumiem Ministru kabineta noteiktajām personu grupām.

## (4) Ministru kabinets nosaka veselības aprūpes pakalpojumu, kas netiek apmaksāts no šā panta pirmajā daļā minētiem finanšu līdzekļiem, sarakstu.

## **5.pants. Pacientu līdzmaksājumi**

(1) Saņemot valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus, persona veic pacienta līdzmaksājumu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam.

(2) No pacienta līdzmaksājuma ir atbrīvotas šādas iedzīvotāju grupas:

1) bērni vecumā līdz 18 gadiem;

2) grūtnieces un sievietes pēcdzemdību periodā līdz 42 dienām, ja tiek saņemti veselības aprūpes pakalpojumi, kas saistīti grūtniecības un pēcdzemdību novērošanu un grūtniecības norisi;

3) politiski represētās personas, nacionālās pretošanās kustības dalībnieki un Černobiļas atomelektrostacijas avārijas rezultātā cietušās personas, kā arī tās seku likvidācijā cietušās personas;

4) personas, kuras slimo ar tuberkulozi, un personas, kurām veic izmeklējumus tuberkulozes noteikšanai;

5) psihiski slimas personas, saņemot psihiatrisko ārstēšanu;

6) personas, saņemot hroniskās hemodialīzes, hemodiafiltrācijas un peritoneālās dialīzes procedūras visā ārstniecības procesa laikā;

7) personas, kuras saņem veselības aprūpes pakalpojumus Ministru kabineta noteikto infekcijas slimību gadījumos;

8) personas, kurām neatliekamo medicīnisko palīdzību sniedz neatliekamās medicīniskās palīdzības brigāde;

9) personas, kuras saņem pakalpojumus ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijās, kas reģistrētas Sociālo pakalpojumu sniedzēju reģistrā;

10) personas, kuras saņem ģimenes ārsta veikto vispārējo veselības pārbaudi un imūnprofilaksi atbilstoši vakcinācijas kalendāram, kā arī veic profilaktiskās apskates un izmeklējumus valsts organizētā vēža skrīninga ietvaros;

11) personas, kurām vakcinācijas kalendāra ietvaros veic vakcināciju, stinguma krampju neatliekamo profilaksi, pēcekspozīcijas imunizāciju pret trakumsērgu, kā arī vakcināciju pret gripu atbilstoši normatīvajiem aktiem par ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtību;

12) personas, saņemot ilgstošu plaušu mākslīgo ventilāciju mājas apstākļos;

13) orgānu donori;

14) personas, kuras saņem veselības aprūpi mājās vai paliatīvo aprūpi stacionārajā ārstniecības iestādē Ministru kabineta noteiktajā apjomā, kā arī paliatīvo aprūpi, ko sniedz ģimenes ārsts mājas vizītes laikā;

15) personas, kurām ir noteikta I grupas invaliditāte;

16) trūcīgās personas, kas par tādām atzītas saskaņā ar normatīvajiem aktiem par kārtību, kādā ģimene vai atsevišķi dzīvojoša persona atzīstama par trūcīgu;

17) Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta darbinieki;

18) patvēruma meklētāji.

(3) Šā panta otrā daļa neattiecas uz pacienta līdzmaksājumiem ambulatorajai ārstēšanai paredzētām zālēm un medicīniskām ierīcēm saskaņā ar normatīvajiem aktiem par ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtību, izņemot bērnus vecumā līdz 18 gadiem un trūcīgās personas, kas par tādām atzītas saskaņā ar normatīvajiem aktiem par kārtību, kādā ģimene vai atsevišķi dzīvojoša persona atzīstama par trūcīgu.

(4) Ministru kabinets nosaka pacienta līdzmaksājumu par valsts apmaksātiem veselības aprūpes pakalpojumiem apmēru un samaksas kārtību.

**6.pants. Valsts apmaksātās medicīniskās palīdzības minimums**

(1) Valsts apmaksātās medicīniskās palīdzības minimumā ietilpst šādi veselības aprūpes pakalpojumi:

1) neatliekamā medicīniskā palīdzība;

2) dzemdību palīdzība;

3) zobārstniecības palīdzība akūtos gadījumos;

4) ģimenes ārsta sniegtie veselības aprūpes pakalpojumi;

5) veselības aprūpes pakalpojumi saslimšanu ar nozīmīgu ietekmi uz sabiedrības veselības rādītājiem vai apdraudējumu sabiedrības veselībai ārstniecībai.

 (2) Ministru kabinets nosaka šā panta pirmajā daļā minētos valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus, to sniegšanas organizēšanas un apmaksas kārtību, kā arī veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas pretendentu rindu veidošanas kārtību.

**7.pants. Valsts obligātā veselības apdrošināšana**

(1) Valsts obligātās veselības apdrošināšanas ietvaros personām papildus šā likuma 6.pantā norādītajam valsts apmaksātās medicīniskās palīdzības minimumam ir tiesības saņemt primāros, kā arī sekundāros un terciāros veselības aprūpes pakalpojumus.

(2) Ministru kabinets nosaka šā panta pirmajā daļā minētos valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus, to sniegšanas organizēšanas un apmaksas kārtību, kā arī veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas pretendentu rindu veidošanas kārtību.

**8.pants. Tiesības saņemt neatliekamo medicīnisko palīdzību**

Ikvienam ir tiesība saņemt neatliekamo medicīnisko palīdzību Ministru kabineta noteiktajā kārtībā.

**9.pants. Tiesības saņemt valsts apmaksātās medicīniskās palīdzības minimumu**

(1) Šā likuma 6.pantā norādīto valsts apmaksātās medicīniskās palīdzības minimumu ir tiesības saņemt:

1) Latvijas pilsonim;

2) Latvijas nepilsonim;

3) ārzemniekam, kuram ir pastāvīgās uzturēšanās atļauja Latvijā;

4) bēglim vai personai, kurai piešķirts alternatīvais statuss;

5) aizturētajam vai apcietinātajam;

6) patvēruma meklētājiem;

7) šā likuma 10.panta pirmajā un otrajā daļā minētajai apdrošinātai personai.

(2) Latvijas pilsoņa un Latvijas nepilsoņa laulātajam ar termiņuzturēšanās atļauju, kas nav šā likuma 10.panta pirmajā un otrajā daļā minētā apdrošinātā persona, ir tiesības saņemt valsts apmaksātu dzemdību palīdzību.

**10.pants. Tiesības uz valsts obligāto veselības apdrošināšanu**

(1) Tiesības uz valsts obligāto veselības apdrošināšanu ir šādām apdrošinātām personām:

1) persona, par kuru ir veiktas vai bija jāveic valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas veselības apdrošināšanai vismaz no obligāto iemaksu objekta minimālā apmēra saskaņā ar likumu “Par valsts sociālo apdrošināšanu” ne mazāk kā deviņus mēnešus secīgā pēdējo 12 mēnešu periodā Ministru kabineta noteiktajā kārtībā;

2) persona, kura atbilst šā likuma 9.panta pirmās daļas 1., 2., 3., 4., 5. un 6.punktam un ir veikusi veselības apdrošināšanas iemaksas.

(2) Par apdrošinātām personām, kurām ir tiesības uz valsts obligāto veselības apdrošināšanu, ir uzskatāmas arī šā likuma 9.panta otrās daļas 1., 2., 3., 4., 5. un 6.punktā minētās personas, ja tās atbilst vienam no šādiem kritērijiem:

1) bērni vecumā līdz 18 gadiem

2) bāreņi un bez vecāku gādības palikušie bērni līdz 24 gadu vecuma sasniegšanai;

3) personas, kuras mācās vispārējās izglītības iestādēs, profesionālās pamatizglītības vai profesionālās vidējās izglītības iestādēs, vai ir pilna laika studējošais;

4) bezdarbnieki, kuri ir reģistrējušies Nodarbinātības valsts aģentūrā;

5) ar brīvības atņemšanu notiesātās personas ieslodzījuma vietās;

6) orgānu donori;

7) personas, kuras cietušas Černobiļas atomelektrostacijas avārijas seku likvidācijā;

8) personas, kuras saņem atlīdzību par adoptējamā bērna aprūpi pirmsadopcijas periodā;

9) personas, kuras saņem bērna invalīda kopšanas pabalstu vai piemaksu pie ģimenes valsts pabalsta par bērnu invalīdu;

10) personas, kuras saņem pakalpojumus ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijās, kas ir reģistrētas Sociālo pakalpojumu sniedzēju reģistrā;

11) 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;

12) pilngadīgas personas, kas saņem Sociālo pakalpojumu sniedzēju reģistrā reģistrētas grupu mājas pakalpojumus;

13) personas, kuras saņem bērnu kopšanas vai vecāku pabalstu;

14) personas, kurām likumā paredzētajā kārtība piešķirta I vai II grupas invaliditāte;

15) personas, kuras saņem valsts sociālās apdrošināšanas vecuma pensiju vai valsts sociālā nodrošinājuma pabalstu pēc pensionēšanas vecuma sasniegšanas;

16) politiski represētās personas un nacionālās pretošanās kustības dalībnieki.

17) Eiropas Savienības dalībvalsts, Eiropas Ekonomikas zonas valsts vai Šveices konfederācijas pilsonis, kurš uzturas Latvijā sakarā ar nodarbinātību vai kā pašnodarbināta persona, kā arī viņu ģimenes locekļi;

**11.pants. Veselības apdrošināšanas iemaksas apmērs**

(1) Veselības apdrošināšanas iemaksas apmērs kalendārā gadā:

1) 2018.gadā - 1% no divpadsmitkārtīgas minimālās mēneša darba algas;

2) 2019.gadā – 3% no divpadsmitkārtīgas minimālās mēneša darba algas;

3) no 2020.gada – 5 % no divpadsmitkārtīgas minimālās mēneša darba algas.

(2) Veselības apdrošināšanas iemaksas maksā valsts budžetā par kārtējo kalendāro gadu un par iepriekšējiem kalendārajiem gadiem, ja veselības apdrošināšanas iemaksas par iepriekšējiem kalendārajiem gadiem nav maksātas, saskaņā ar attiecīgajā gadā noteikto likmi.

(3) Lai iegūtu tiesības uz valsts obligāto veselības apdrošināšanu kalendārā gadā, veselības apdrošināšanas iemaksu summai jābūt samaksātai apmērā, ko aprēķina saskaņā ar šādu formulu:

Veselības apdrošināšanas iemaksa = veselības apdrošināšanas iemaksa gadam x 1/12x kārtējā kalendārajā gadā atlikušo pilno mēnešu skaits (ieskaitot kārtējo mēnesi).

(4) Veselības apdrošināšanas iemaksas administrē Nacionālais veselības dienests (turpmāk – Dienests). Ministru kabinets nosaka veselības apdrošināšanas iemaksu maksāšanas kārtību.

**12.pants. Tiesību uz valsts obligāto veselības apdrošināšanu spēkā esamība**

(1) Tiesības uz valsts obligāto veselības apdrošināšanu stājas spēkā ar dienu, kad apdrošinātā persona iekļauta Dienesta uzturētājā veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju datu bāzē. Dienests informāciju veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju datu bāzē iekļauj piecu kalendāro dienu laikā pēc informācijas saņemšanas Dienestā.

(2) Informāciju veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju datu bāzē par šā likuma 10.panta pirmās daļas 1. punktā minētajām personām Dienestam sniedz Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra ne retāk kā vienu reizi piecās dienās.

(3) Informāciju veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju datu bāzē par šā likuma 10.panta pirmās daļas 2. punktā un otrajā daļā minētajām personām Dienestam sniedz attiecīgās institūcijās.

(4) Personas tiesības uz valsts obligāto veselības apdrošināšanu saglabājas vēl trīs mēnešus pēc šā likuma 10.panta pirmās daļas 1.punktā un otrā daļā minētā statusa zaudēšanas.

**13.pants. Veselības ministrijas kompetence**

Veselības ministrija veselības aprūpes finansēšanas jomā:

1) izstrādā valsts politiku veselības aprūpes finansēšanā;

2) izstrādā valsts politiku valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas organizēšanā, kā arī pārrauga tās īstenošanu.

**14.pants. Dienesta kompetence**

(1) Dienests ir veselības ministra pakļautība esoša institūcija, kura šā likuma izpildes nodrošināšanai realizē šādas pamatfunkcijas:

1) administrē veselības aprūpei paredzētos valsts budžeta līdzekļus;

2) uzrauga Dienesta administrēšanā nodoto valsts budžeta līdzekļu izlietojumu ārstniecības iestādēs un aptiekās.

(2) Dienesta konsultatīvā institūcija atbilstoši šā panta ceturtajā daļā noteiktajai kompetencei ir Dienesta padome.

(3) Ministru kabinets apstiprina Dienesta padomes nolikumu. Dienesta padomes sastāvu pēc veselības ministra priekšlikuma apstiprina Ministru kabinets, iekļaujot Dienesta padomē vismaz vienu pārstāvi no:

1) Saeimas Sociālo un darba lietu komisijas;

2) Veselības ministrijas;

3) Finanšu ministrijas;

4) Labklājības ministrijas;

5) darba devēju un darba ņēmēju organizācijas, kas ir pārstāvētas Nacionālās trīspusējas sadarbības padomes Veselības aprūpes nozares apakšpadomē;

6) Latvijas Ārstu biedrības;

7) Latvijas Pašvaldību savienības;

8) pacientu organizācijas.

(4) Dienesta padome:

1) iesniedz veselības ministram priekšlikumus veselības aprūpes pakalpojumu organizācijas un finansēšanas kārtībai;

2) izvērtē Dienesta sagatavoto priekšlikumus veselības aprūpes pakalpojumu sarakstam;

3) pēc Dienesta direktora priekšlikuma apstiprina Dienesta publisko gada pārskatu;

4) nekavējoties informē veselības ministru par veselības nozares finansiālā stāvokļa pasliktināšanos un citiem būtiskiem apstākļiem, kas saistīti ar veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un Dienesta darbību;

5) pēc Dienesta direktora priekšlikuma izvērtē līgumslēdzēju pušu izvēles kritērijus un nosacījumus par veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību;

6) izvērtē Dienesta sagatavotos veselības aprūpes finansēšanas parauglīgumu

7) veic citus normatīvajos aktos noteiktus pienākumus.

**15.pants. Veselības aprūpes pakalpojumu saraksts**

(1) Dienests sagatavo un iesniedz Dienesta padomei izskatīšanai veselības aprūpes pakalpojumu saraksta projektu.

(2)Veselības aprūpes pakalpojumu iekļaušanai veselības aprūpes pakalpojumu sarakstā Dienests ņem vērā šādus kritērijus:

1) pārbaudīts veselības aprūpes pakalpojuma medicīniskais efekts;

2) veselības aprūpes pakalpojuma izmaksu lietderība;

3) veselības aprūpes pakalpojuma nepieciešamība sabiedrība un veselības aprūpes pakalpojuma savienojamība ar nacionālo veselības politiku;

4) veselības aprūpes pakalpojuma atbilstība finanšu līdzekļiem.

**16.pants. Veselības aprūpes finansēšanas līgums**

(1) Veselības aprūpes finansēšanas līgums ir publisko tiesību līgums, ko Dienests slēdz ar veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju.

(2) Ar veselības aprūpes finansēšanas līgumu Dienests uzņemas saistības maksāt par veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu saskaņā ar līguma nosacījumiem un esošajiem normatīvajiem aktiem.

(3) Dienestam nav pienākums slēgt veselības aprūpes finansēšanas līgumu ar visiem veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem. Ministru kabinets nosaka veselības aprūpes finansēšanas līguma slēgšanas nosacījumus un kārtību.

(4) Dienestam ir tiesības slēgt veselības aprūpes finansēšanas līgumu ar veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, kuri atrodas ārvalstīs, ņemot vērā šādus apstākļus:

1) personas vajadzība pēc veselības aprūpes pakalpojuma un iespēja sniegt veselības aprūpes pakalpojumu Latvijā;

2) veselības aprūpes pakalpojuma kvalitāte un sniegšanas nosacījumi;

3) veselības aprūpes pakalpojuma cena.

**17.pants. Dienesta atprasījuma tiesības**

(1) Dienestam ir atprasījuma tiesības attiecībā uz pakalpojumu, kas sniegti personai, kurai veselības kaitējums ir nodarīts prettiesiskas darbības, bezdarbības vai noziedzīga nodarījuma rezultātā un veselības aprūpes pakalpojumi ir sniegti par valsts līdzekļiem, no personas, kuru par vainīgu atzinusi kompetenta institūcija, bezstrīdus kārtībā piedzenot izdevumus tādā apmērā, cik Dienests ir apmaksājis veselības aprūpes pakalpojumus vai no valsts līdzekļiem kompensējis izdevumus par zālēm un medicīniskām ierīcēm.

(2) Dienestam ir atprasījuma tiesības tādā apmērā, cik Dienests ir apmaksājis veselības aprūpes pakalpojumus vai no valsts līdzekļiem kompensējis izdevumus par zālēm un medicīniskām ierīcēm, bezstrīdus kārtība piedzenot izdevumus no personas, kura veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanas brīdī nav bijusi apdrošināta persona šā likuma izpratnē.

(3) Dienestam ir atprasījuma tiesības attiecībā uz personām, kas lieto Eiropas veselības apdrošināšanas karti vai Eiropas veselības apdrošināšanas kartes aizvietojošo sertifikātu pēc viņu apdrošināšanas seguma apturēšanas vai izbeigšanas, tādā apmērā, cik daudz Dienests šādām personām ir apmaksājis veselības aprūpes pakalpojumus.

**Pārejas noteikumi**

1. Likums stājas spēkā 2018.gada 1.janvārī.

2. 2018.gadā tiesības uz valsts obligāto veselības apdrošināšanu ir šā likuma 9.panta pirmajā daļā minētām personām neatkarīgi no veiktajām sociālās apdrošināšanas obligātajām iemaksām.

3. No 2019.gada 1.janvāra tiesības uz valsts obligāto veselības apdrošināšanu ir personām, par kurām 2018.gadā (iepriekšējā kalendārā gadā) ir veiktas vai bija jāveic valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas veselības apdrošināšanai saskaņā ar likumu “Par valsts sociālo apdrošināšanu”, kā arī personām, kuras 2018.gadā ir veikušas veselības apdrošināšanas iemaksas saskaņā ar šā likuma 11.panta pirmās daļas 1.punktu.

4. Ministru kabinets, iesniedzot Saeimai gadskārtējo likumu par valsts budžetu, 2018., 2019. un 2020.gadā paredz ikgadēju finansējuma pieaugumu veselības aprūpei tādā apmērā, lai valsts piešķirtais finansējums 2020.gadā sasniegtu 4% no iekšzemes kopprodukta.

5. Veselības aprūpes valsts finansējuma pieaugums nedrīkst būt mazāks par 227 milj. euro 2018.gadā, 341 milj. euro 2019.gadā un 442 milj. euro 2020.gadā.

6. Veselības aprūpes valsts finansējuma ietvaros valsts finansējums veselības aprūpes darbinieku darba samaksas paaugstināšanai nedrīkst būt mazāks par 113 milj. euro 2018.gadā, 179 milj. euro 2019.gadā un 248 milj. euro 2020.gadā.

7. Ministru kabinets līdz 2018.gada 1.martam izdod šā likuma 11.panta ceturtā daļā un 14.panta trešā daļā paredzētos Ministru kabineta noteikumus.

8. Ministru kabinets līdz 2018.gada 31. maijam izdod šā likuma 4.panta trešā un ceturtā daļā, 5.panta ceturtā daļā, 6.panta otrā daļā, 7.panta otrā daļā un 16.panta trešajā daļā paredzētos Ministru kabineta noteikumus. Līdz attiecīgo Ministru kabineta noteikumu spēkā stāšanās dienai, bet ne ilgāk kā līdz 2018.gada 31.maijam ir piemērojami Ministru kabineta 2013.gada 17.decembra noteikumi Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”, ciktāl tie nav pretrunā ar šo likumu.