**Konceptuāls ziņojums ”Par Latvijas veselības aprūpes sistēmas finansēšanas modeļa maiņu”**

**Saturs**

[**I Kopsavilkums** 3](#_Toc462396536)

[**II Esošās situācijas apraksts** 7](#_Toc462396537)

[**III Veselības aprūpes iespējamie finansēšanas modeļu risinājuma varianti** 11](#_Toc462396538)

[1. Veselības aprūpes finansēšanas modelis 15](#_Toc462396539)

[2. Veselības aprūpes finansēšanas modelis 18](#_Toc462396540)

[3. Veselības aprūpes finansēšanas modelis 20](#_Toc462396541)

[**IV Turpmākie iespējamie rīcības virzieni veselības nozares finansējuma palielinājumam.** 22](#_Toc462396542)

[**Kopsavilkums par konceptuālajā ziņojumā iekļauto risinājumu (risinājumu variantu) realizācijai nepieciešamo valsts un pašvaldību budžeta finansējumu** **Error! Bookmark not defined.**](#_Toc462396543)

**I Kopsavilkums**

Konceptuāls ziņojums (turpmāk - ziņojums) ir sagatavots atbilstoši deleģējumam Ministru kabineta 2015.gada 25.augusta sēdes protokollēmuma Nr.41 44§ „Par priekšlikumiem valsts budžeta izdevumiem 2016.gadam un ietvaram 2016.-2018.gadam” 17.punktā, kur Veselības ministrijai sadarbībā ar Labklājības ministriju un Finanšu ministriju uzdots sagatavot un līdz 2016.gada 1.jūlijam iesniegt izskatīšanai Ministru kabinetā informatīvo ziņojumu ar priekšlikumiem veselības apdrošināšanas obligāto iemaksu ieviešanai.

Arī 2016.gada 26.aprīlī apstiprinātajā Valdības rīcības plānā[[1]](#footnote-1), Veselības ministrijai uzdots līdz 1.jūlijam izstrādāt konceptuālus priekšlikumus par jaunu veselības finansēšanas modeli, piedāvājot vairākus iespējamos scenārijus finansējuma avotiem un ietverot apdrošināšanas komponenti. Pamatojoties uz Ministru kabineta lēmumu par atbalstīto scenāriju, Veselības ministrija sadarbībā ar iesaistītajām institūcijām izstrādās finansēšanas modeli, kura aprobācija plānota 2017.gadā un ieviešana 2018.gadā.

Minēto uzdevumu izpildei ar veselības ministra 2015.gada 26.novembra rīkojumu Nr.173 „Par priekšlikumiem veselības apdrošināšanas obligāto iemaksu ieviešanai”[[2]](#footnote-2) izveidota darba grupa, kurai uzdots iesaistot Finanšu ministrijas, Labklājības ministrijas, Latvijas Republikas Saeimas Sociālā un darba lietu komisija, Nacionālā veselības dienesta, Latvijas Pašvaldību savienības, Latvijas Brīvo arodbiedrības, Latvijas Darba devēju konfederācijas, Latvijas Apdrošināšanas asociācijas, Latvijas Tirdzniecības un rūpniecības kameras pārstāvjus, izstrādāt priekšlikumus veselības apdrošināšanas obligāto iemaksu ieviešanai.

Lai nodrošinātu rīkojumā uzdoto uzdevumu izpildi un apzinātu citu valstu pieredzi un labāko praksi obligātās veselības apdrošināšanas ieviešanā, darba grupas ietvaros izvērtēti piecu Eiropas Savienības valstu (Lietuvas, Igaunijas, Dānijas, Vācijas un Nīderlandes) finansēšanas modeļi un tika organizēta Latvijas delegācijas vizīte Pasaules Veselības organizācijas Barselonas biroju, lai pārrunātu aktualitātes, kas saistītas ar Veselības sistēmas stiprināšanu. Veselības ministrija ir saņēmusi no PVO Barselonas biroja veselības aprūpes sistēmu stiprināšanai pārskatu par veselības aprūpes finansēšanas politiku Latvijā un izaicinājumiem starptautiskās pieredzes kontekstā. PVO Latvijas veselības aprūpes finansēšanas kontekstā ir nonākusi pie šādiem ieteikumiem:

* Latvijas valdība veselības aprūpei piešķir ļoti zemu prioritātes pakāpi, ievērojot budžeta izdevumu daļu, kas tai paredzēta;
* Ja valdība nepiešķirs augstāku prioritāti veselības aprūpei, Latvijā turpinās samazināties iedzīvotāju dzīves ilgums un mirstība no slimībām, kas ir ārstējamas;
* Pašreizējais budžeta izdevumu līmenis veselības aprūpei sniedz vāju finansiālo aizsardzību iedzīvotājiem, un starptautiskā pieredze liek izdarīt secinājumu, ka nav ticami sasniegt ievērojamu progresu visaptverošās veselības aprūpes virzienā, nepalielinot budžeta izdevumus līdz 5% no IKP. To iespējams sasniegt, paaugstinot budžeta asignējumus veselības aprūpei līdz 14% vai kombinējot veselības aprūpes prioritātes paaugstināšanu līdz 12% un budžeta ieņēmumu paaugstināšanu līdz 42% no IKP;
* Obligātās veselības apdrošināšanas ieviešana var izslēgt atsevišķas iedzīvotāju grupas no publiskās veselības aprūpes sistēmas seguma;
* PVO iesaka saglabāt visaptverošo iedzīvotāju veselības aprūpi, pa ja Latvijā tiek ieviesti obligātās veselības apdrošināšanas maksājumi;
* Ja tiek saglabāta visaptveroša iedzīvotāju veselības aprūpe, veselības apdrošināšanas iemaksu ieviešana satur budžeta finansētās veselības aprūpes sistēmas fragmentēšanās risku, kas noved pie neefektivitātes;
* Veselības apdrošināšanas maksājumu ieviešana nedrīkst nevienu nostādīt sliktākā situācijā, salīdzinot ar pašreizējo, bet papildu ieņēmumi var uzlabot iedzīvotāju stāvokli;
* Obligātās veselības apdrošināšanas izmaksas var būt ļoti augstas un nesekmēt ieguvumus;
* Veselības apdrošināšanas maksājumu ieviešana nedrīkst radīt budžeta izdevumu samazināšanos sociālajai aizsardzībai;
* Ieviešot konkurenci starp veselības aprūpes pakalpojumus pērkošajām aģentūrām nav esošo izaicinājumu risinājums un var radīt jaunus;
* Neviena no Eiropas valstīm, kurā pastāv pircēju konkurence, nav sekmīgi īstenojusi visus šos priekšnosacījumus par spīti tam, ka tām ir vismaz divdesmit gadu ilga pieredze;
* Nīderlande veselības aprūpes sistēmai tērē daudz vairāk, nekā Latvija, taču pircēju konkurences ieviešana 2006.gadā nav palīdzējusi kontrolēt veselības aprūpes izmaksu pieaugumu;
* Pircēju konkurencei nepieciešamas spēcīgas institūcijas, būtiska kapacitāte un sarežģītas informācijas sistēmas, kas prasa lielāku valdības lomu[[3]](#footnote-3).

Eiropas Komisijas Padomes (turpmāk arī - Padome) ieteikumā par Latvijas 2016.gada valsts reformu programmu un ar ko sniedz Padomes atzinumu par Latvijas 2016.gada stabilitātes programmu iesaka veikt vispārējo strukturālo reformu veselības aprūpes jomā. Šajā atzinumā Padome ir nonākusi pie secinājuma, ka Latvijā liela daļa iedzīvotāju nevar apmierināt savas veselības aprūpes vajadzības, jo veselības aprūpei ir mazs publiskais finansējums, raksturīgi strukturālie trūkumi un lieli tiešie maksājumi, kurus iedzīvotāji maksā paši, kā arī neoptimāla izmaksu lietderība. Kaut arī piekļuve veselības aprūpei kritiskos medicīniskos gadījumos ir izvirzīta par prioritāti, finansiāli ierobežojumi kavē pakalpojumu sniegšanu kopumā[[4]](#footnote-4).

Mainot veselības aprūpes finansēšanas modeli, tiek izvirzīti šādi galvenie un svarīgākie mērķi:

* Pakalpojumu pieejamības palielināšana ambulatorajiem, plānveida stacionārajiem, paliatīvās aprūpes un medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumiem.
* Ekonomiski pamatotu pakalpojumu tarifu pārskatīšana:
  + darba samaksas paaugstināšanai ārstniecības personām, ārstu 1.kategorijas mēnešalgai sasniedzot divkāršu tautsaimniecībā nodarbināto vidējo darba samaksu;
  + pārējo tarifa elementu pārskatīšana – ārstniecības līdzekļiem, pacientu ēdināšanai, pieskaitāmām un netiešām izmaksām, amortizācijai.

Ilgtspējīgas veselības aprūpes finanšu sistēmas izveide, tās pārredzamība un stabilitāte.

Veselības ministrija, izstrādājot veselības aprūpes finansēšanas modeļus, ir ņēmusi vērā PVO izstrādātos ieteikumus veselības aprūpes sistēmas attīstībai, kā arī reformas mērķus.

Finansējums Latvijā veselības nozarei 2016.gadā sastāda aptuveni 10% no valsts budžeta, sākotnējā apstiprinātā budžeta kopsummā sastādot 770,8 miljonus *euro* no kuriem 713 miljoni *euro* novirzīti I sadaļā izklāstītajiem ārstniecības pakalpojumiem un kompensējamo medikamentu nodrošināšanai.

Ziņojumā minēto ES valstu finansējums veselības aprūpei no valsts budžeta ir ievērojami augstāks kā Latvijai, kas ierobežo pieejamu un kvalitatīvu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu Latvijas iedzīvotājiem.

Lai virzītos uz stabilu un sabalansētu veselības aprūpes ilgtspējas nodrošinājumu, ir nepieciešams likumā par valsts budžetu 2019., 2020. un 2021.gadam noteikt, ka Latvijā veselības aprūpes finansēšanai tiek atvēlēti ne mazāk kā 12 % no konsolidētā valsts budžeta. Savukārt likumā par valsts budžetu 2022.gadam un turpmākajiem gadiem ne mazāk kā 14% no konsolidētā valsts budžeta. PVO iesaka PVO Eiropas reģiona valstīs vismaz 12% budžeta izdevumu paredzēt veselības aprūpei.[[5]](#footnote-5)

Šī finansējuma starpība arī iezīmē šā brīža veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanas galveno problēmu – valsts nodrošinātais finansējums ir nepietiekams, lai nosegtu valsts definēto veselības aprūpes pakalpojumu apjomu un nodrošinātu savlaicīgu tajā iekļauto veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un atbilstošu atalgojumu medicīnas personālam.

Līdz ar to nepieciešams veikt reformu veselības aprūpes sistēmā, kas nodrošinātu visiem Latvijas iedzīvotājiem vienlīdzīgi pieejamus no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus kvalitatīvus veselības aprūpes pakalpojumus, palielinot vidējo veselīgi nodzīvoto mūža gadu skaitu.

Saskaņā ar Satversmes 111.pantu „valsts aizsargā cilvēku veselību un garantē ikvienam medicīniskās palīdzības minimumu”, nepieciešams nodefinēt kādus veselības aprūpes pakalpojumus ir iespējams apmaksāt ar pieejamo finansējumu.

Tā kā ilgtspējīgas veselības aprūpes finansēšanas sistēmas izveides mērķis ir nodrošināt ilgtspējīgu un stabilu finansējumu veselības nozarei, tad veselības aprūpes kvalitātes un sistēmas efektivitātes nodrošināšanas ietvaros svarīgi turpināt Veselības ministrijas uzsākto darbu pie vienotas valsts veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšanas sistēmas koncepcijas izstrādes un īstenošanas par ES fondu investīcijām, kā arī veicināt DRG veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas sistēmas ieviešanu.

Veselības ministrija ziņojumā piedāvā akceptēt finansēšanas modeli ievērojot šādus nosacījumus:

* Nedalāmais pakalpojuma grozs - saglabājot pakalpojumu klāstu un reģionālo piekļuvi, kā arī saglabājot pieejamību visiem, nepieļaujot pakalpojuma groza fragmentāciju, pēc atsevišķiem kritērijiem;
* Pakalpojuma iepircējs – Valsts iestāde;
* Finanšu aizsardzība un finanšu vienlīdzība - samazinot risku nonākt finansiālās grūtībās, pasliktinoties veselības stāvoklim.

**Veselības ministrija piedāvā trīs finansēšanas modeļu alternatīvus variantus:**

1. Finansēšanas modelis balstās uz pilna veselības pakalpojuma groza nodrošināšanu visiem valsts iedzīvotājiem no iekasētajiem valsts budžeta līdzekļiem. Modeļa ietvaros izmantojot Latvijas valsts piederīgiem (nodokļu maksātājiem) tiek nodrošināts esošais veselības pakalpojuma grozs, kuru veic uz reorganizētā Nacionāla veselības dienesta bāzes organizēta valsts aģentūra.
2. Finansēšanas modelis paredz dalīto veselības aprūpes pakalpojuma grozu, kas paredz valsts un privātā apdrošinātāja pakalpojumu iepirkšanu, kā finansēšanas avotu izmantojot valsts budžeta dotāciju un apdrošināšanas prēmiju maksājumus.
3. Finansēšanas modelis paredz valstij nodrošināt dalītu veselības pakalpojumu grozu, kuru nodrošina balstoties uz iedzīvotāju veikto papildus veselības maksājumu, un sasaistot veselības maksājuma nomaksu ar pakalpojuma groza pieejamību, vienlaikus garantējot neatliekamas palīdzības sniegšanu visiem iedzīvotājiem.

Veselības ministrija piedāvā akceptēt pirmo finansēšanas modeļa variantu, kas paredz vienlīdzīgas veselības aprūpes saņemšanas iespējas visiem valsts iedzīvotājiem neatkarīgi no to ienākuma līmeņa, piederības kādai sociālai grupai, vecuma un dzimuma un ievēro augstākminētos nosacījumus.

**II Esošās situācijas apraksts**

Šobrīd spēkā esošais regulējums[[6]](#footnote-6) nosaka, ka personai no valsts budžeta līdzekļiem un paša maksājumiem (pacienta iemaksa, līdzmaksājums) normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā un apjomā nodrošina:

1. Neatliekamās medicīniskās brigādes sniegto palīdzību;

2. Ambulatoro veselības aprūpi:

2.1. Primārās veselības aprūpes pakalpojumus:

2.1.1. Ģimenes ārsta un viņa praksē nodarbināto ārstniecības personu sniegto veselības aprūpi;

2.1.2. Zobārsta un higiēnista sniegto veselības aprūpi bērniem un atsevišķām iedzīvotāju kategorijām atbilstoši normatīvajos aktos noteiktajai kārtībai;

2.1.3. Veselības aprūpi mājās.

2.2. Sekundārās un terciārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus:

2.2.1. Veselības aprūpi, ko sniedz vecmāte vai ārsts, kurš specializējies noteiktā specialitātē un citas ārstniecības un ārstniecības atbalsta personas;

2.2.2. Laboratoriskos un vizuālās diagnostikas izmeklējumus;

2.2.3. Dienas stacionārā sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus;

2.2.4. Neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanu stacionāro ārstniecības iestāžu uzņemšanas nodaļās, ja persona netiek stacionēta, un steidzamās medicīniskās palīdzības punktos.

3. Stacionāro veselības aprūpi;

4. Zāles un medicīniskās ierīces, kuras valsts iepērk centralizēti;

5. Kompensējamās zāles un medicīnas ierīces saskaņā ar normatīvajiem aktiem, kas regulē ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtību.

Valsts ir noteikusi veselības aprūpes pakalpojumus, kurus no valsts budžeta līdzekļiem neapmaksā. Tos var iedalīt trīs grupās:

1) ārstnieciski pakalpojumi, kuru veikšana vai neveikšana nav tiešā veidā saistāma ar pacienta veselības stāvokli, bet paša pacienta vēlmi veikt noteiktas manipulācijas bez medicīniskām indikācijām, piemēram operācijas izskata uzlabošanai, dzimuma maiņas operācijas, seksoloģiskā ārstēšana, aborti bez medicīniskam indikācijām, plānveida zobārstniecības pieaugušajiem;

2) pakalpojumi kuru saņemšanai ir alternatīvas, piemēram, homeopātiskā ārstēšana, tādu personu stacionāru ārstēšanu, kuru slimību var ārstēt ambulatori, mājas vizītes pieaugušajiem, dārgi, specifiski diagnostiskie izmeklējumi

3) pakalpojumi, kuri nav veselības aprūpes pakalpojumi, piemēram, personas vai tās pavadošās personas transporta un uzturēšanās izdevumus, kas saistīti ar pārvietošanos, lai saņemtu veselības aprūpes pakalpojumu.

Vienlaikus ar valsts nepamaksāto "pakalpojumu grozu" valsts nosaka arī nosacījumus pie kādiem netiek apmaksāti noteikti pakalpojumi, nodefinējot izņēmumu konkrētiem nosacījumiem pie kuriem šis pakalpojums tiek apmaksāts, pieņemot ka negatīvais uzskaitījums ir īsāks nekā pozitīvais, piemēram, noteikts ka valsts neapmaksā orgānu un audu transplantāciju, izņemot dažas noteiktas orgānu transplantācijas, kuras valsts apmaksā.

Spēkā esošajā regulējumā Ministru kabineta 2013.gada 17.decembra noteikumos Nr.1529. „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” (turpmāk arī – Noteikumi Nr.1529) ir nodefinēta valsts sniedzamo veselības aprūpes pakalpojumu organizācija, apjoms un finansēšanas noteikumi, kas aprakstīti ziņojuma pirmajā sadaļā. Vienlaikus Noteikumos Nr.1529 ir detalizēti uzskaitīti tie veselības aprūpes un ar veselības aprūpi saistītie pakalpojumi, kurus valsts neapmaksā jeb „negatīvais grozs”*.*

*****1.attēls.Shematisks pacienta virzības attēlojums esošā veselības aprūpes „pakalpojumu groza” ietvaros[[7]](#footnote-7)*

|  |
| --- |
| * *Ģimenes ārsts ir pirmais posms ieejai veselības aprūpes sistēmā, izņemot neatliekamās veselības situācijas* * *Saslimšanas gadījumā pacients dodas vai nu pie sava ģimenes ārsta vai arī pie viena no speciālistiem, kuru var apmeklēt bez nosūtījuma.* * *Ģimenes ārsts pats ārstē pacientu vai izraksta nosūtījumu uz izmeklējumu, vai nosūta pie cita speciālista uz dienas stacionāru vai slimnīcu.* * *Speciālists pats var ārstēt pacientu, nesūtot atpakaļ pie ģimenes ārsta. Ja pacientam nepieciešams papildu veselības stāvokļa novērtējums vai ārstēšana, speciālists var nosūtīt pacientu pie cita speciālista, tālākai diagnostiskai izmeklēšanai uz dienas stacionāru vai slimnīcu.* * *Hronisku slimību ārstēšanai ģimenes ārsti un speciālisti var izrakstīt valsts kompensējamos medikamentus, kurus valsts atkarībā no diagnozes kompensē 100, 75 vai 50 % apmērā.* * *NMP brigādes sniedz palīdzību pacientiem notikuma vietā, vai arī nogādā slimnīcā.* * *Neatliekamo palīdzību pacientiem ambulatori sniedz arī Steidzamās medicīniskās palīdzības punkti, slimnīcu uzņemšanas nodaļas un observācijas pakalpojums pacientu novērošanai īsāku laika posmu neskaidros gadījumos.* * *Slimnīcas režīmā tiek nodrošināta pacientu ārstēšana neatliekamās situācijās, kā arī tiek sniegta plānveida stacionārie pakalpojumi. Plānveida (pārsvarā ķirurģisko) palīdzību var saņemt slimnīcu un ambulatoro iestāžu dienas stacionāros.* * *Pacients ar nosūtījumu var brīvi izvēlēties jebkuru ambulatorās vai stacionārās veselības aprūpes sniedzēju (ārstniecības iestādi), kurai ir līgums ar valsti.* * *Pēc izrakstīšanas no slimnīcas pacientus (slimnīcas ārsts vai arī ģimenes ārsts) var nosūtīt uz medicīnisko rehabilitāciju vai nozīmēt viņiem veselības aprūpi mājās.* |

Finansējums Latvijā veselības nozarei 2016.gadā ir 3% no iekšzemes kopprodukta (IKP), sākotnēji apstiprinātā budžeta kopsummā sastādot 770,8 miljonus *euro* no kuriem ārstniecības pakalpojumu un kompensējamo medikamentu nodrošināšanai, kas izklāstīti I sadaļā tiek novirzīti 713 miljoni *euro*. Pārējo veselības nozares budžetu veido medicīnas izglītības, medicīnas muzeja, starptautisko saistību nodrošināšanas, specializētās medicīnas, veselības nozares kontroles un uzraudzības, kā arī veselības nozares administrēšanas izdevumi. Vadoties pēc Eiropas Komisijas un Pasaules Veselības organizācijas rekomendācijām, veselības nozarei nepieciešams novirzīt finansējumu vismaz 5% apmērā no IKP. Atzīmējam, ka finansējums vismaz 4% apmērā no IKP norādīts Ministru kabineta 2014.gada 14.oktobra rīkojuma Nr. 589 apstiprinātajā vidēja termiņa politikas plānošanas dokumentā „Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.-2020.gadam”. Tas kopsummā sastāda 1 380 miljonus *euro*.

Šī finansējuma starpība arī iezīmē šā brīža veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanas galveno problēmu – valsts nodefinētais veselības aprūpes pakalpojumu apjoms ir pārāk plašs, lai ar pieejamo finansējumu nodrošinātu savlaicīgu tajā iekļauto veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un atbilstošu atalgojumu medicīnas personālam. Attiecīgi sabalansētai pakalpojumu sniegšanai ar veselības budžetu būtu nepieciešams finansējums 5 % apmērā no IKP.

Veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai ņemot vērā esošos pieejamos resursus papildus nepieciešams finansējums:

* Pakalpojumu pieejamības palielināšanai ambulatorajiem, plānveida stacionārajiem, paliatīvās aprūpes un medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumiem.
* Ekonomiski pamatotu pakalpojumu tarifu noteikšanai:
  + darba samaksas paaugstināšanai ārstniecības personām, ārstu 1.kategorijas mēnešalgai sasniedzot divkāršu tautsaimniecībā nodarbināto vidējo darba samaksu;
  + pārējo tarifa elementu pārskatīšanai – ārstniecības līdzekļiem, pacientu ēdināšanai, pieskaitāmām un netiešām izmaksām, amortizācijai.
* Privāto maksājumu samazināšanai veselības aprūpē, t.sk. pacienta iemaksu un līdzmaksājumu pārskatīšanai;
* Medikamentu kompensācijai saistībā ar pacientu skaita pieaugumu, kā arī jaunu diagnožu un medikamentu iekļaušanai kompensējamo medikamentu sarakstā un atteikšanā no pacientu līdzmaksājumiem 25 un 50% apmērā;
* Latvijai ir jānodrošina citu ES un EEZ dalībvalstu izsniegto rēķinu apmaksa 18 mēnešu laikā[[8]](#footnote-8) pēc rēķina saņemšanas. Savlaicīgas saistību neizpildes gadījumā (neievērojot 18 mēnešu termiņu), kreditora valsts var aprēķināt procentus[[9]](#footnote-9), pamatojoties uz atsauces likmi[[10]](#footnote-10), ko Eiropas Centrālā banka piemēro tās galvenajām refinansēšanas operācijām. Saņemto rēķinu ar apmaksas termiņu 2016.gadā kopsumma pārsniedz 6 miljonus *euro*.

Saskaņā ar Satversmes 111.pantu „valsts aizsargā cilvēku veselību un garantē ikvienam medicīniskās palīdzības minimumu”, nepieciešams nodefinēt kādus veselības aprūpes pakalpojumus ir iespējams apmaksāt ar pieejamo finansējumu.

**Veselības aprūpes pakalpojumu esošais finansējums**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pakalpojumu veids** | **Finansējums**  *(euro)* |
| 1.  Neatliekamās medicīniskās brigādes sniegtā palīdzība | 48 768 264 |
| 2. Palīdzība slimnīcu neatliekamās medicīniskās palīdzības nodaļās un neatliekamā palīdzība slimnīcās | 218 706 289 |
| 3. Palīdzība Steidzamās medicīniskās palīdzības punktā | 2 257 792 |
| 4. Primārā veselības aprūpe (tajā skaitā ģimenes ārstu sniegtā aprūpe, mājas aprūpe, zobārstniecības pakalpojumi) | 76 215 828 |
| 5. Kompensējamās zāles un medicīnas ierīces | 124 787 167 |
| 6. Zāles un medicīniskās ierīces, kuras valsts iepērk centralizēti (vakcīnas imūnbioloģiskie preparāti u.c.) | 11 435 988 |
| 7. Specializētie pakalpojumi noteiktu saslimšanu ārstēšanā  (onkoloģija, psihiatrija, infekcijas slimības, hemodialīze u.c.) | 30 695 485 |
| 8. Nepieciešamā bērnu līdz 18 gadu vecumam un grūtnieču aprūpe | 43 581 950 |
| ***Kopā pamatpakalpojumu grozs*** | **556 448 763** |
| 9. Paliatīvā aprūpe | 664 703 |
| 10. Medicīniskā rehabilitācija pieaugušajiem | 2 999 472 |
| 11. Sekundārā ambulatorā veselības aprūpe (tiešās pieejamības speciālisti un to nozīmētie izmeklējumi) | 115 278 585 |
| 12.Sekundārā ambulatorā veselības aprūpe (pārējie speciālisti, laboratorijas un diagnostiskie izmeklējumi, dienas stacionārs) |
| 13. Plānveida stacionārā veselības aprūpe | 6 843 119 |
| 14. Terciārā līmeņa veselības aprūpes pakalpojumi  (nieru, sirds, aknu transplantācijas operācijas) | 444 580 |
| 15. Pacientu iemaksu kompensācija no valsts budžeta stacionārajiem pakalpojumiem | 13 385 372 |
| 16. Pacientu iemaksu kompensācija no valsts budžeta ambulatorajiem pakalpojumiem | 16 786 451 |
| 17. Norēķini par veselības aprūpes pakalpojumiem ES un EEZ dalībvalstīm | 913 258 |
| ***Kopā pārējie veselības aprūpes pakalpojumi*** | **157 315 540** |
| **Kopā finansējums** | **713 764 303** |

Veselības aprūpes pakalpojumu groza aprēķini un raksturojums tiks izmantoti veselības aprūpes finansēšanas modeļa variantu izstrādē.

Viena no šī brīža aktualitātēm ir Latvijas medicīnas nozares finansēšanas sistēma un iespēja izstrādāt tādu veselības nozares finansējuma modeli, kas nodrošinātu savlaicīgi pieejamu veselības aprūpi visiem Latvijas iedzīvotājiem.

Pasaules Veselības organizācijas (PVO) ietvaros valstis ir vienojušās un noteikušas veselības aprūpes sistēmas (2.attēls) galvenos uzdevumus. Tie ietver:

* Vispārēju iedzīvotāju veselības stāvokļa uzlabošanu;
* Nevienlīdzības mazināšanu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā;
* Sistēmas atbilstība iedzīvotāju sagaidāmajam rezultātam;
* Finansēšanas taisnīguma nodrošināšana.

Iedzīvotājs

Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs

finansēšana

Trešās puses apdrošinātājs vai pircējs

nodrošināšana

līdzekļu piešķiršana

2.attēls Veselības aprūpes sistēmas trīsstūris[[11]](#footnote-11)

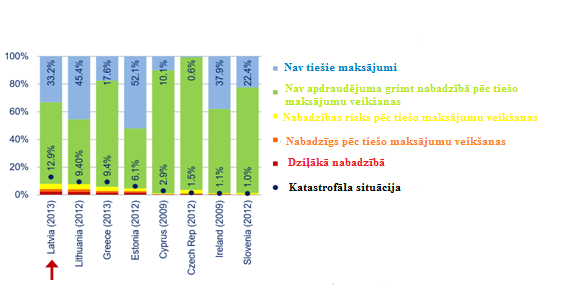
Savukārt veselības aprūpes finanšu līdzekļu avotus sistēmas funkcionēšanas nodrošinājumam var iedalīt piecās grupās. Tie ir:

* pacientu tiešie maksājumi;
* vispārējā valsts vai pašvaldības nodokļu sistēma;
* obligātā veselības apdrošināšana;
* brīvprātīgā privātā veselības apdrošināšana;
* ziedojumi.

**III Veselības aprūpes iespējamie finansēšanas modeļu risinājuma varianti**

Veselības aprūpes finansēšanas modeļa izveide ir viens no sistēmas reformas pamatelementiem, nodrošinot veselības aprūpes sistēmas ilgtspējīgu attīstību un novēršot iespējamus riskus. Reformējot kopējo veselības aprūpes sistēmu, uzlabosies vienlīdzība pakalpojumu pieejamībā, tiks saņemti kvalitatīvāki pakalpojumi, palielināsies iedzīvotāju mūža ilgums. Lai reforma veiksmīgi īstenotos ir nepieciešams nodrošināt vairākus pamatuzdevumus:

* Jauna finansēšanas modeļa izstrāde, izvēle un ieviešana, kas nodrošinātu ilgtspējīgu un stabilu finansējuma apjomu un no budžeta apmaksātus, pieejamus veselības aprūpes pakalpojumus iedzīvotājiem.
* Pakalpojuma apjoma, kas nodrošina pieejamību un finansējuma nodrošinājumu atbilstoši pieejamajam budžetam definēšana.
* Izstrādāts pakalpojumu sniedzēju kartējums, kas uzlabos pacientam pakalpojumu klāsta pieejamību, tiks nodrošināta skaidrība par veikto izmeklējumu secības nodrošināšanu. Piemēram, medicīnas speciālistam ir skaidri zināmas vadlīnijas pēc kurām vadoties pacients tālāk tiek nosūtīts pie cita speciālista vai izmeklējuma veikšanu. Parādās skaidrība un loģiska lietu secība abām iesaistītajām pusēm.
* Funkcionējoša e-veselības sistēma, caur kuru tiktu nodrošināta e-pakalpojumu sniegšana, optimizēta veselības nozare.
* Samazināt iespējamos riskus iedzīvotājiem un nodrošinātu to finanšu aizsardzību un vienlīdzību, samazinot risku nonākt finansiālās grūtībās, pasliktinoties veselības stāvoklim.



**3.attēls Finansiālā aizsardzības nodrošinājums Latvijas iedzīvotājiem salīdzinot ar Eiropas Savienības valstīs dzīvojošajiem**

Avots: *PVO Barselonas biroja veselības aprūpes sistēmu stiprināšanai pārskats par veselības aprūpes finansēšanas politiku Latvijā un izaicinājumiem starptautiskās pieredzes kontekstā, 2016.gads*

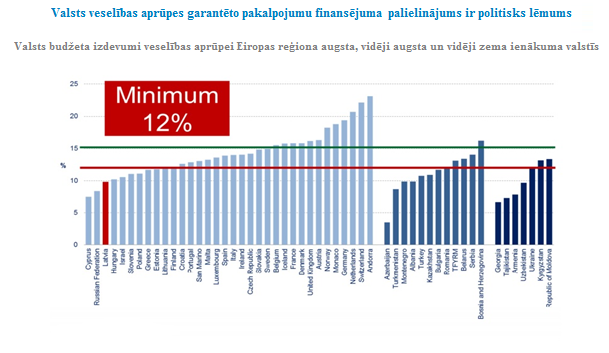
Krīzes laikā ierobežotais finansējums ir sekmējis pakalpojumu nepieejamību iedzīvotājiem ar zemiem ienākumiem, kas savukārt noved pie slimības lapu skaita un to garuma pieauguma, palielinot slogu uz valsts budžetu. Tāpat palielinās hronisko pacientu un iedzīvotāju ar invaliditāti skaits, novedot pie potenciāli zaudēto mūža gadu palielināšanās, kas nesekmē tautsaimniecības attīstību ilgtermiņā.



**4.attēls Iedzīvotāju aizsardzības līmenis iedzīvotājiem ar zemiem ienākumiem krīzes laikā 2009-2013.gads**

Avots: *PVO Barselonas biroja veselības aprūpes sistēmu stiprināšanai pārskats par veselības aprūpes finansēšanas politiku Latvijā un izaicinājumiem starptautiskās pieredzes kontekstā, 2016.gads*

Starptautisks salīdzinājums liek domāt, ka Latvijas valdībai ir manevrēšanas iespējas, ja tiek salīdzināta valdības budžeta tēriņu veselības aprūpei attiecība pret kopīgajiem valdības tēriņiem. Piešķirot lielāku relatīvo prioritāti veselības aprūpei esošā valdības budžeta ietvaros, Latvija varētu palielināt budžeta tēriņus veselības aprūpei un paaugstināt tieši trūcīgākās iedzīvotāju daļas finansiālo aizsardzību. PVO ieteikums bija paredzēt vismaz 12 % valsts kopbudžeta ieņēmumu veselības aprūpei, kas vēl joprojām ir zem ES vidusmēra, bet salīdzināmi ar Igauniju un Lietuvu. Tas būtu ļāvis būtiski paaugstināt budžeta izdevumus, sasniedzot tuvu 5 % no IKP, neieviešot jaunus nodokļus, kas paredzēti veselības aprūpes vajadzībām.



**5.attēls Veselības aprūpes finansējuma nepieciešamais minimālais finansējums**

Avots: *PVO Barselonas biroja veselības aprūpes sistēmu stiprināšanai pārskats par veselības aprūpes finansēšanas politiku Latvijā un izaicinājumiem starptautiskās pieredzes kontekstā, 2016.gads*

Taču optimālākais variants pie zema nodokļu sloga paredz 14% no budžeta izdevumiem atvēlēt veselības nozares finansējumam. Palielināts finansējums ļautu izvairīties no iedzīvotāju pāragras mirstības un palielinātu veselīgi nodzīvoto mūža ilgumu, papildus veicot sabiedrības veselības veicināšanas pasākumus. Veselības aprūpes rezultatīvie rādītāji varētu tikt nozīmīgi uzlaboti, paaugstinot budžeta izdevumus un uzlabojot pakalpojumus. Latvija uz kopējā Eiropas fona, salīdzinot ekonomiskās attīstības līmeni, atrodas būtiski sliktākā situācijā novēršamas mirstības statistikas datu salīdzinājuma. Valstīs ar salīdzināmu ekonomiskās attīstības līmeni ir būtiski labāki veselības aprūpes rezultāti. Latvijai ir lielisks potenciāls uzlabot veselības aprūpes rezultātus, taupot izmaksas, kas šai gadījumā nozīmē labākus veselības aprūpes rezultātus pie augstākiem, nekā pašlaik, bet joprojām starptautiskajā salīdzinājumā zemākiem par vidējiem veselības aprūpes izdevumiem.

**6.attēls Starptautisks mirstības rādītāju salīdzinājums attiecībā pret veselības aprūpes sistēmas sniegumu un veselības aprūpes valsts budžeta izdevumiem uz iedzīvotāju (2013.gads)**

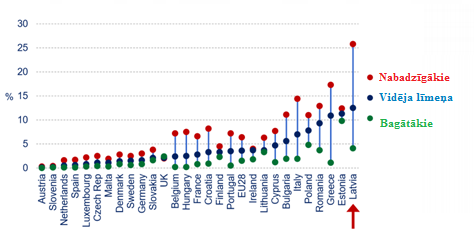
Avots: *PVO Barselonas biroja veselības aprūpes sistēmu stiprināšanai pārskats par veselības aprūpes finansēšanas politiku Latvijā un izaicinājumiem starptautiskās pieredzes kontekstā, 2016.gads*

Saskaņā ar PVO Barselonas biroja pārskatu par veselības aprūpes sistēmas stiprināšanu Latvijā, pastāv visaptveroša iedzīvotāju veselības aprūpe, un šis sasniegums būtu aizsargājams un turpmāk stiprināms ar uzlabotu finansiālu aizsardzību un paplašinātu pakalpojumu klāstu, ko segtu publiski finansēta sistēma. PVO ieteikumos bija uzsvērts, ka ir iespējams saglabāt visaptverošu iedzīvotāju veselības aprūpi, pat ja tiek ieviesta obligātā veselības apdrošināšana, taču tam nepieciešama rūpīga sistēmas izstrāde un stingra politiskā apņemšanās. Bez apņemšanās paaugstināt budžeta izdevumus veselības aprūpei obligātās veselības apdrošināšanas ieviešana visdrīzāk nenodrošinās paaugstinātu veselības aprūpes sistēmas efektivitāti, un finansiālā aizsardzība var turpināt pasliktināties. Ilgtspējīgas veselības aprūpes sistēmas izstrāde pakalpojumu pieejamības uzlabošanai visos veselības aprūpes līmeņos ietver reformu visā veselības aprūpes sistēmā, nodrošinot visiem Latvijas iedzīvotājiem vienlīdzīgi pieejamus no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus kvalitatīvus veselības aprūpes pakalpojumus un palielinot vidējo veselīgi nodzīvoto mūža gadu skaitu, kas sevī ietver tādas komponentes kā:

* finansēšanas modeļa izvēli;
* pakalpojumu stratēģiskās pirkšanas nosacījumus;
* veselības sistēmas pārvaldību un e-veselību.

Veselības aprūpes finansēšanas modelis nodrošina:

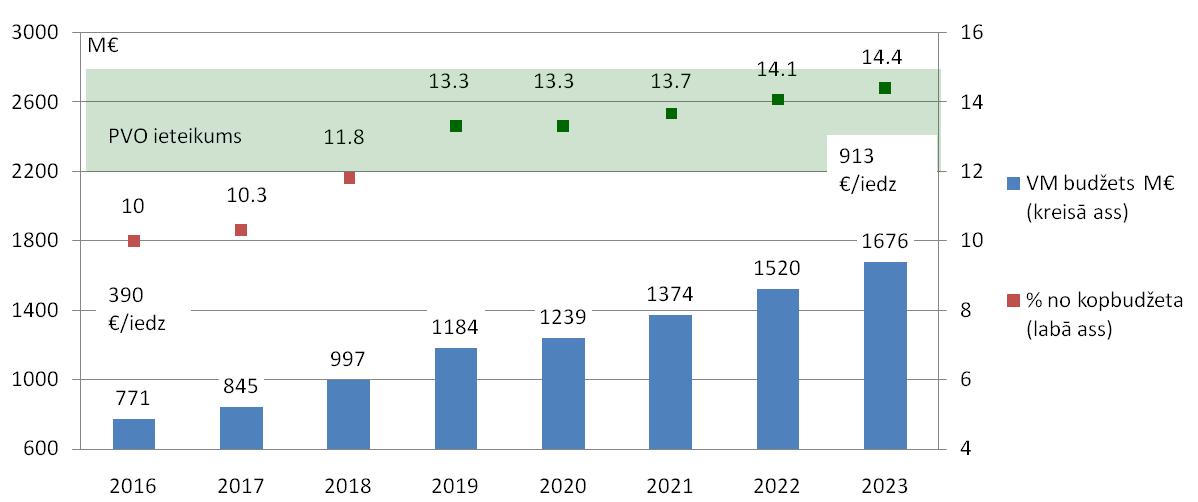
* Pakalpojuma grozu - saglabājot pakalpojumu klāstu un reģionālo piekļuvi, kā arī saglabājot pieejamību visiem, nepieļaujot groza fragmentāciju;
* Pakalpojuma pircējs ir valsts aģentūra;
* Finanšu aizsardzību un finanšu vienlīdzību - samazinot risku nonākt finansiālās grūtībās, pasliktinoties veselības stāvoklim.



**7.attēls Neapmierinātība ar veselības aprūpes pakalpojumiem atšķiras starp valstīm un valsts iekšienē**

Avots: *PVO Barselonas biroja veselības aprūpes sistēmu stiprināšanai pārskats par veselības aprūpes finansēšanas politiku Latvijā un izaicinājumiem starptautiskās pieredzes kontekstā, 2016.gads*

Nodrošinot veselības sistēmas funkcionēšanu kā vienu no prioritātēm turpmākajiem gadiem ir nepieciešams noteikt iedzīvotāju veselības saglabāšanu un uzlabošanu, kas atbilstoši tiek finansēta no valsts budžeta līdzekļiem.



**8.attēls Veselības aprupes budžeta finansējuma prognoze**

Papildu nepieciešamais valsts budžeta finansējums ir izskatāms kopā ar nodokļu politikas izmaiņām valsts budžetam 2018.gadam, attiecīgi pakāpeniski palielinot veselības aprūpes finansēšanai paredzētus līdzekļus 2018.-2020.gadā sasniedzot ne mazāk kā 12 % no valsts budžeta kopizdevumiem. Savukārt 2023.gadā un turpmākajiem gadiem nodrošinot ne mazāk kā 14% no valsts budžeta kopizdevumiem. PVO iesaka PVO Eiropas reģiona valstīs vismaz 12% budžeta izdevumu paredzēt veselības aprūpei.[[12]](#footnote-12)

## 1. Veselības aprūpes finansēšanas modelis

Finansēšanas modelis balstās uz pilna veselības pakalpojuma groza nodrošināšanu visiem valsts iedzīvotājiem no iekasētajiem valsts budžeta līdzekļiem, kā arī izmantojot sociālās apdrošināšanas iemaksu administrēšanas datus nodrošinot piekļuvi veselības aprūpes pakalpojumiem Latvijas valsts nodokļu maksātājiem (rezidentiem) likuma „Par nodokļiem un nodevām” un likuma „Par valsts sociālo apdrošināšanu” izpratnē. Finansēšanas modelis balstās uz esošā vienlīdzības principa saglabāšanu visiem valsts iedzīvotājiem. Neatkarīgi no to ienākuma līmeņa, veselības stāvokļa vai vecuma, tiek nodrošinātas vienlīdzīgas iespējas saņemt veselības aprūpes pakalpojumus, kas nav tieši sasaistīti ar katra indivīda veiktā maksājuma apmēru. Tiek nodrošināta iedzīvotāju finansiālā aizsardzība, saglabājot vienoto pakalpojumu apmaksas daļu un pasūtītāju – valsts iestādi, ar kuras starpniecību plānots turpināt organizēt valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu iegādi, būtiski nepalielinot administratīvās izmaksas.

Valsts budžeta ieņēmumi, tai skaitā Valsts obligātās veselības apdrošināšanas iemaksas

Finansējums

Vienots pakalpojuma grozs

**Visiem** pacientiem tiek nodrošināts **vienāds** veselības aprūpes **pakalpojumu apjoms**

Pakalpojuma pircējs (Valsts veselības iestāde)

Veselības aprūpes sniedzēji

Brīvprātīgā privātā veselības apdrošināšana

***9.attēls 1. Veselības aprūpes finansēšanas modelis***

**1.modeļa priekšrocības un trūkumi**

|  |  |
| --- | --- |
| **Priekšrocības** | **Trūkumi** |
| Finanšu aizsardzības un vienlīdzības principa nodrošinājums. | Sākotnējā iedzīvotāju neizpratne par identificējamu pakalpojuma saņemšanu, nav personificēta valsts obligātās veselības apdrošināšanas nodokļa izveides. |
| Veselības aprūpes pakalpojumu, kompensējamo medikamentu pieejamība. Saglabāts pilns pakalpojumu grozs un nav pieļauta pakalpojumu fragmentācija. | Nepieciešams garantēt valsts budžeta finansējumu un prioritāti, bez nepieciešamā finansējuma netiek nodrošināta efektīva darbība. |
| Palielinās veselīgāku cilvēku īpatsvars. Pacientu identifikācija un VSAA administrēšanas platformas izmantošana. |  |

Ieviešot šādas pārmaiņas, **ieguvumi** ir mirstības samazināšanās, tiek nodrošināts vienlīdzīguma princips saņemot veselības aprūpes pakalpojumus, iedzīvotājiem samazinātos papildus privātie maksājumi, uzlabotos pakalpojumu pieejamība visām sabiedrības grupām, palielinātos iespēja saņemt kompensējamos medikamentus, paaugstinātos darba samaksa veselības aprūpes speciālistiem. Samazinot pacientiem privātos maksājumus, paaugstinātos iedzīvotāju finansiālā aizsardzība, kas ir pasliktinājusies vēl vairāk pēc krīzes seku pārvarēšanas. Tādējādi, samazinātos arī iedzīvotāju potenciāli zaudētie mūža gadi, kas dod būtisku pienesumu visas tautsaimniecības attīstībā.

Pirmā finansēšanas modeļa ieviešana paredz to, ka netiek dalīts pakalpojumu grozs, taču minētajā finansēšanas modelī plānots definēt pakalpojumu saņemšanas ilgumu, nodrošinot iedzīvotājiem pieejamu valsts apmaksātu veselības aprūpi, tai skaitā laboratoriskos un cita veida izmeklējumus. Jāņem vērā, ka vienlīdzīga veselības aprūpes pakalpojuma sadalījums pie noteikta finansējuma apjoma paredz iespēju tirgū līdzdarboties privātajiem apdrošinātājiem, kas nodrošinātu ārpus definētā pakalpojuma groza pakalpojumus, kurus ikviens, kam būtu interese varētu iegādāties, kā arī radot iespēju saņemt pakalpojumus ātrāk kā valstī noteiktajā pakalpojumu gaidīšanas laikā. Šobrīd Latvijā veselības apdrošināšanas polise ir aptuveni 300 000 strādājošajiem iedzīvotājiem. 30% no iepriekšminētajiem strādājošajiem veselības apdrošināšanas polises iegādājas valsts iestādes un pašvaldības[[13]](#footnote-13), kas pamatā sedz pacienta iemaksas, līdzmaksājumus, ambulatoro un plānveida stacionāro palīdzību.

**Apdrošināto personu skaits pret nodarbināto skaitu**

***10.attēls. Apdrošināto personu skaits pret nodarbināto skaitu***

Avots: Latvijas apdrošinātāju asociācijas prezentācijas dati

Veselības aprūpes pakalpojumi no **valsts budžeta** līdzekļiem (vispārējie ieņēmumi) un iemaksas visiem Latvijas iedzīvotājiem tiek segti pilnā apmērā šādiem pakalpojumiem:

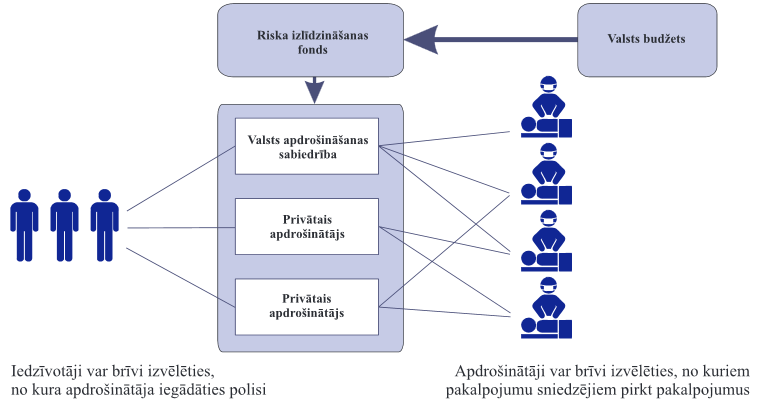
* neatliekamās medicīniskās brigādes sniegtā palīdzība;
* palīdzība slimnīcu neatliekamās medicīniskās palīdzības nodaļās un neatliekamā palīdzība slimnīcās;
* palīdzība Steidzamās medicīniskās palīdzības punktā;
* kompensējamās zāles un medicīnas ierīces;
* zāles un medicīniskās ierīces, kuras valsts iepērk centralizēti;
* specializētie pakalpojumi noteiktu saslimšanu ārstēšanā;
* primārā veselības aprūpe;
* bērniem līdz 18 gadiem un grūtniecēm nepieciešamā aprūpe;
* medicīniskā rehabilitācija;
* paliatīvā aprūpe;
* sekundārā ambulatorā veselības aprūpe;
* stacionārā veselības aprūpe;
* terciārā līmeņa veselības aprūpes pakalpojumi;
* pacientu iemaksu kompensācijas mehānisms sociāli neaizsargātajām iedzīvotāju grupām;
* norēķini par veselības aprūpes pakalpojumiem ES un EEZ dalībvalstīm.

**Pašvaldības** ir atbildīgas par veselības aprūpes pieejamības nodrošināšanu, kā arī iedzīvotāju veselīga dzīvesveida un sporta veicināšanu atbilstoši Likuma „Par pašvaldībām” 15.panta 6.punktā noteiktajam.

**Brīvprātīgā privātā apdrošināšana** nodrošina iespēju saņemt paaugstināta servisa veselības aprūpes pakalpojumus, iespēju saņemt papildus pakalpojumus, kas ir ārpus definētā pakalpojumu groza, kā arī radot iespēju saņemt pakalpojumus ātrāk kā valstī noteiktajā pakalpojumu gaidīšanas laikā.

## 2. Veselības aprūpes finansēšanas modelis

Finansēšanas modelis paredz dalīto veselības aprūpes pakalpojuma grozu, kas paredz valsts apdrošinātāja un privātā apdrošinātāja pakalpojumu iepirkšanu, par finansēšanas avotu izmantojot valsts budžeta ieņēmumiem un apdrošināšanas prēmiju maksājumiem, kas varētu būt 25-70 *euro* apmērā mēnesī. Finansēšanas modelis balstās uz obligātās privātās apdrošināšanas iemaksām, iemaksām no valsts budžeta un obligātajām iemaksām, kas nonāk Valsts veselības riska fondā, kur tiek nodrošināta palīdzība sarežģītu un ar lielām izmaksām nepieciešamajiem medicīniskajiem pakalpojumiem.

****

***11.attēls. 2.Veselības aprūpes finansēšanas modeļa finanšu plūsma***

Avots: Latvijas Bankas Obligātās veselības apdrošināšanas ieviešanas koncepcija

Valsts nosaka finansējuma apmēru, kas gada laikā jāiemaksā pašam iedzīvotājam. Atsevišķām sociālā nodrošinājuma grupām tiek nodrošināta iemaksu veikšana noteiktā apmērā, kas samazina slogu uz cilvēkiem ar zemākiem ienākumiem. Valsts, gadījumos, kad cilvēks ir saņēmis veselības aprūpes pakalpojumus, bet nav varējis samaksāt par tiem, vērš piedziņu līdzekļu atgūšanai. Šim finansēšanas modelim pastāv finansēšanas izmaksu pieauguma risks, papildus tam ir veselības aprūpes pakalpojumi, kurus nenodrošina pilnā apmērā vai nenodrošina vispār. Pieaug administrēšanas izmaksas, kas no tirgus varētu izslēgt privāto apdrošinātāju, kā papildus veselības aprūpes pakalpojumu nodrošinātāju. Pieaugot nemaksātāju skaitam, vadoties pēc citu valstu pieredzes, šāda modeļa attīstīšana varētu izsaukt neatliekamās medicīniskās palīdzības gadījumu skaita pieaugumu. Lai sistēma spētu darboties ir nepieciešama jauna informācijas sistēma ar datubāzes reģistru, pieaug birokrātija un administrēšanas izmaksas.

**2.modeļa priekšrocības un trūkumi**

|  |  |
| --- | --- |
| **Priekšrocības** | **Trūkumi** |
| Salīdzinoši zems valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu groza nodrošināšanai nepieciešamais finansējums. | Administrēšanas izmaksu pieaugums (Veselības riska fonda izveide).  Apdrošinātāju izdevumi un peļņas daļas segšana uz iemaksu rēķina |
| Privātais pakalpojumu iepircējs – valsts funkciju samazinājums | Valsts subsidēšanas sliekšņa noteikšana neaizsargātām iedzīvotāju grupām (bērniem, pensionāriem, bezdarbniekiem u.c.), iedzīvotājiem ar zemākiem ienākumiem. Pieaugot apdrošināšanas izmaksām pieaug valsts subsidētā daļa neizsargātajām kategorijām. Pieaug nevienlīdzība. |
| Finansējuma pārdale no valsts un pašvaldību budžeta uz privātiem. Resursu pieejamība, ja piekrīt maksāt. | Pakalpojumu groza fragmentācija - risks virzīties prom no visaptverošas iedzīvotāju veselības aprūpes. |
|  | Iedzīvotāju ar zemiem mēneša ienākumiem nespēja patstāvīgi nosegt noteiktās veselības apdrošināšanas iemaksas, ilgtermiņā veicinot  pieaug neatliekamās medicīniskās palīdzības gadījumu skaita pieaugumu |

Ja obligātajā apdrošināšanā tiek iesaistīti privātie apdrošinātāji, ievērojami pieaugs pakalpojumu administrēšanas izmaksas. Šobrīd NVD un Veselības inspekcijas, kuru kompetencē ietilpst veselības aprūpei paredzēto no valsts budžeta  līdzekļu administrēšana un izlietojuma uzraudzība, savas darbības īstenošanai izlieto 1.5% no kopējā veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai paredzētā budžeta. Savukārt, saskaņā ar publiski pieejamajiem apdrošināšanas kompāniju finanšu pārskatiem 2015.gadā  no kopējām veselības apdrošināšanas iemaksām administrēšanas vajadzībām tiek  izlietots:

* AAS “Baltikums ViennaInsuranceGroup” – 17.6%;
* AAS “BALTA” – 19%;
* “BTA BalticInsuranceCompany”– 17.5% .

Līdz ar to jāizvērtē iespējamo ieguvumu samērīgums ar administrēšanas izmaksu pieaugumu, ņemot vērā ekonomisko situāciju valstī.

Vienlaikus jāņem vērā arī citi apstākļi, kas radīsies, iesaistot privātos veselības apdrošinātājus obligātajā veselības apdrošināšanā. Šādas sistēmas būtiskākie trūkumi ir nevienlīdzība pakalpojumu pieejamībā, nedarbojas solidaritātes princips, apdrošinātāju darbība ir vērsta uz peļņas gūšanu, stimulējot pastāvīgu apdrošināšanas prēmiju pieaugumu, līdz ar to pieaugot apdrošināšanas izmaksām valsts subsidētajā daļā neizsargātajām kategorijām.

Veselības aprūpes pakalpojumi no **valsts budžeta** līdzekļiem visiem Latvijas iedzīvotājiem tiek segti pilnā apmērā šādiem pakalpojumiem:

* tiek nodrošināta neatliekamās medicīniskās brigādes sniegtā palīdzība;
* palīdzība slimnīcu neatliekamās medicīniskās palīdzības nodaļās un neatliekamā palīdzība slimnīcās;
* palīdzība Steidzamās medicīniskās palīdzības punktā;
* bērniem līdz 18 gadiem un grūtniecēm nepieciešamā aprūpe;

**Obligātās privātās veselības apdrošināšanas iemaksas** sedz:

* kompensējamās zāles un medicīnas ierīces;
* zāles un medicīniskās ierīces, kuras valsts iepērk centralizēti;
* specializētos pakalpojumus noteiktu saslimšanu ārstēšanā;
* primāro veselības aprūpi;
* medicīnisko rehabilitāciju;
* paliatīvo aprūpi;
* sekundāro ambulatoro veselības aprūpi;
* plānveida stacionāro veselības aprūpi;
* terciārā līmeņa veselības aprūpes pakalpojumus;
* pacientu iemaksas;
* norēķini par veselības aprūpes pakalpojumiem ES un EEZ dalībvalstīm.

**Pašvaldības** ir atbildīgas par veselības aprūpes pieejamības nodrošināšanu, kā arī iedzīvotāju veselīga dzīvesveida un sporta veicināšanu atbilstoši Likuma „Par pašvaldībām” 15.panta 6.punktā noteiktajam.

**Brīvprātīgā privātā apdrošināšana** nodrošina iespēju saņemt paaugstināta servisa veselības aprūpes pakalpojumus un iespēju saņemt papildus pakalpojumus, kas ir ārpus definētā pakalpojumu groza.

## 3. Veselības aprūpes finansēšanas modelis

Finansēšanas modelis paredz valstij nodrošināt dalītu veselības pakalpojumu grozu, kuru nodrošina balstoties uz iedzīvotāju veikto papildus veselības aprūpes obligāto maksājumu proporcionāli ienākumiem, lai novērstu iespējamo regresivitāti un paredz iespēju maksātājiem saņemt veselības aprūpes pakalpojumus sasaistot pakalpojuma saņemšanu ar nodokļa (maksājumu) veikšanas faktu. Jāatzīmē, ka definēt pakalpojuma groza minimumu ir grūti, jo nav īsti nospraužama robeža starp neatliekamās medicīniskās palīdzības nodrošināšanu un pārējo medicīnisko palīdzību. Definējot minimālo pakalpojuma grozu pieaugs neatliekamās medicīniskās palīdzības izsaukumu skaits, kas palielinās izdevumus.

Finansēšanas modelis balstās uz valsts budžeta finansējumu, kas nodrošina pamata pakalpojumu groza segumu (neatliekamo medicīnisko palīdzību). Iezīmēts veselības maksājums, kur atbilstoši veiktajām iemaksām tiek saņemti pakalpojumi un iespēja brīvprātīgi privāti apdrošināties, lai saņemtu papildus pakalpojumus. Pakalpojumu grozs tiek sadalīts atbilstoši finansējumam vienlaicīgi izvērtējot iespēju saglabāt vienoto iepirkumu veicēju – valsts iestādi.

Valsts budžets

Iezīmēts veselības nodoklis

**Pacienti**

Pakalpojuma pircējs (Valsts veselības iestāde)

Veselības aprūpes sniedzēji

Brīvprātīgā veselības apdrošināšana

Garantētais pakalpojuma grozs

Papildus pakalpojumu grozs, kas pieejams nodokļa maksātājiem

***12.attēls 3.Veselības aprūpes finansēšanas modelis***

**3.modeļa priekšrocības un trūkumi**

|  |  |
| --- | --- |
| **Priekšrocības** | **Trūkumi** |
| Salīdzinoši zems no valsts budžeta garantētais apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu groza nodrošināšanai nepieciešamais finansējums. | Sarežģīta administrēšana, būtisks izmaksu palielinājums. |
| Papildus pakalpojuma groza finansējuma ieguve atbilstoši veiktajām iemaksām. | Papildus pakalpojuma groza segums atkarīgs no darbspējīgo iedzīvotāju iemaksām. Nevienlīdzīga attieksme pret iedzīvotājiem valsts apmaksāto pakalpojumu sniegšanā. |
| Darbspējīgo iedzīvotāju motivēšana iemaksu veikšanā, garantēta pakalpojuma saņemšana, iekļaujoties noteikta gaidīšanas laika ierobežojumā. Saistāms ar visas valsts nodokļu politikas attīstību kopumā. | Nevienlīdzība finansiālajā aizsardzībā un piekļuvē veselības aprūpes pakalpojumiem. |

Strādājošie un noteiktas iedzīvotāju grupas tiek apdrošinātas atbilstoši veiktajām iemaksām. Par iedzīvotājiem, kuri dažādu iemeslu dēļ nevar veikt iemaksas vai tās neveic, iemaksas tiks veiktas no valsts budžeta. Šajā modelī netiek garantēts vienādais nodrošinājums starp valsts iedzīvotājiem un parādās sasaiste starp maksātāju un saņemto pakalpojumu, parādās iedzīvotāju sadalījums, t.i., parādās fragmentācija un vēlme veselības aprūpes pakalpojumus no vienas paketes virzīt uz citu, kas kopumā palielina finanšu slogu uz valsts budžetu tādejādi pieaugot cilvēku skaitam, kam nebūs iespēja doties pie ārsta laicīgi, kā arī palielinās neatliekamās medicīniskās palīdzības izsaukumu skaitu un pieaugs stacionēšanās skaits slimnīcās, palielinot slogu uz valsts budžeta finansēto veselības aprūpes segmentu. Papildus piedāvātā aizvietojošā brīvprātīgā veselības apdrošināšana darbojas kā nodrošinājums gadījumos, kad pacients nav līdzdarbojies un iesaistījies valsts apdrošināšanas sistēmā.

Veselības aprūpes pakalpojumi no **valsts budžeta** līdzekļiem visiem Latvijas iedzīvotājiem tiek segti pilnā apmērā šādiem pakalpojumiem:

* neatliekamās medicīniskās brigādes sniegtā palīdzība;
* palīdzība slimnīcu neatliekamās medicīniskās palīdzības nodaļās un neatliekamā palīdzība slimnīcās;
* palīdzība Steidzamās medicīniskās palīdzības punktā;
* bērniem līdz 18 gadiem un grūtniecēm nepieciešamā aprūpe.

**Veselības nodoklis (iezīmēts finansējums)** sedz:

* kompensējamās zāles un medicīnas ierīces;
* zāles un medicīniskās ierīces, kuras valsts iepērk centralizēti;
* specializētos pakalpojumus noteiktu saslimšanu ārstēšanā;
* primāro veselības aprūpi;
* medicīnisko rehabilitāciju;
* paliatīvo aprūpi;
* sekundāro ambulatoro veselības aprūpi;
* plānveida stacionāro veselības aprūpi;
* terciārā līmeņa veselības aprūpes pakalpojumus;
* pacientu iemaksas;
* norēķinus par veselības aprūpes pakalpojumiem ES un EEZ dalībvalstīm.

**Pašvaldības** ir atbildīgas par veselības aprūpes pieejamības nodrošināšanu, kā arī iedzīvotāju veselīga dzīvesveida un sporta veicināšanu atbilstoši Likuma „Par pašvaldībām” 15.panta 6.punktā noteiktajam.

**Brīvprātīgā privātā apdrošināšana** nodrošina iespēju saņemt paaugstināta servisa veselības aprūpes pakalpojumus un iespēju saņemt papildus pakalpojumus, kas ir ārpus definētā pakalpojumu groza.

# **IV Turpmākie iespējamie rīcības virzieni veselības nozares finansējuma palielinājumam.**

Atbilstoši izvēlētajām modelim un Veselības nozares finansējuma palielinājuma nepieciešamībai līdz 12% no valsts budžeta kopizdevumiem vienlaicīgi ar valsts nodokļu politikas pārskatīšanu ir nepieciešams noteikt iespējamos veselības aprūpes finansēšanas modeļa funkcionēšanas nodrošināšanai iespējamos finansējuma avotus 2018.-2023.gadam.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Gads | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| Veselības nozares nepieciešamais finansējums (miljoni, euro) | 771 | 834.3 | 996.9 | 1184 | 1239 | 1374 | 1519.5 | 1676 |
| Budžeta bāze (miljoni, euro) |  | 800 | 777.4 | 777.2 | 777.2 | 777.2 | 777.2 | 777.2 |
| Pieejams no EK atļautā deficīta palielinājuma (miljoni, euro) |  | 34.3 | 111.6 | 148.1 |  |  |  |  |
| Veselības aprūpes budžets % no valsts konsolidētā budžeta | 10.00% | 10.20% | 11.77% | 13.33% | 13.29% | 13.70% | 14.05% | 14.38% |
| Veselības budžets uz vienu iedzīvotāju (euro) | 391.4 | 428.01 | 516.42 | 619.55 | 654.89 | 733.6 | 819.5 | 913.06 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Vajadzīgais papildus finansējums pret iepriekšējo gadu (miljoni, euro)** |  | **0** | **107.9** | **150.8** | **203.1** | **135** | **145.5** | **156.5** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Iespējamais finansējuma avots (miljoni, euro) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *IIN (1 procentpunkta likmes palielinājums)* |  |  | *70.3* | *74.1* | *81.57* | *88.12* | *94.67* | *101.22* |
| *PVN (1 procentpunkta likmes palielinājums)* |  |  | *85* | *90.6* | *100.07* | *108.57* | *117.07* | *125.57* |
| *VSAOI darba devēja (0.5 procentpunktu likmes palielinājums)* |  |  | *40.1* | *42.5* | *47.17* | *51.27* | *55.37* | *59.47* |
| *VSAOI darba ņēmēja (0.5 procentpunktu likmes palielinājums)* |  |  | *33.9* | *35.8* | *39.77* | *43.22* | *46.67* | *50.12* |

Pirmais variants paredz izmantot maksājumu uz iedzīvotāju ienākuma nodokļa bāzes. Viena iedzīvotāju ienākuma nodokļa bāzes iemaksu procentpunkta vērtība indikatīvi nodrošina 2018.gadā EUR 70 miljoni un 2019.gadā EUR 74 miljoni. Šāda veida maksājums nodrošina plašu nodokļa bāzi (visi fizisko personu ienākumi), taču rada riskus sakarā ar potenciālie nodokļu un konkurences izkropļojumiem un potenciālo lielāku nevienlīdzību un darbaspēka nodokļu sloga palielinājumu.

Otrais variants paredz pievienotās vērtības nodokļa likmes palielināšanu, kas indikatīvi par 1 procentpunkta palielinājumu 2018.gadā nodrošina EUR 85 miljonus un 2019.gadā EUR 90 miljonus. Netiešo nodokļu paaugstināšana ir saistāma ar relatīvi vienkāršu paaugstinājuma administrēšanu, plašu nodokļa bāze (patēriņš), taču potenciāli rada cenu pieaugumu, kā rezultātā inflācijas kāpumu un mājsaimniecības patēriņa samazinājumu, tādējādi kavējot tautsaimniecības attīstību.

Trešais variants paredz izmantot valsts sociālās apdrošināšanas iemaksu bāzi. Uzliekot maksājuma slogu darba ņēmēja iemaksu veidā likmes palielināšana par 0,5 procentpunktu, kopumā 2018.gadā papildus nodrošina EUR 33,9 miljonus un 2019.gadā EUR 35,8 miljonus, ņemot vērā arī iedzīvotāju ienākuma nodokļa ieņēmumu samazinājumu sakarā ar attaisnoto izdevumu pieaugumu. Savukārt darba devēja iemaksu likmes palielināšana par 0,5 procentpunktu, kopumā 2018.gadā papildus nodrošina EUR 40,1 miljoni un 2019.gadā EUR 42,5 miljoni, ievērojot uzņēmumu ienākuma nodokļa samazinājumu, pieaugot izdevumiem par veiktajām iemaksām. Šāda veida maksājums nodrošina plašu nodokļa bāzi (visi fizisko personu ienākumi), taču rada riskus sakarā ar potenciālie nodokļu un konkurences izkropļojumiem un potenciālo lielāku nevienlīdzību un darbaspēka nodokļu sloga palielinājumu. Kā arī papildus riskus rada šaurāka maksājuma bāze, līdzekļu avotu atkarība no ekonomiskā cikla, speciālo mehānismu ieviešana riska izlīdzināšanai un samaksai par atsevišķajām iedzīvotāju kategorijām.

# **Kopsavilkums par konceptuālajā ziņojumā iekļauto risinājumu (risinājumu variantu) realizācijai nepieciešamo valsts un pašvaldību budžeta finansējumu**

Finansēšanas modeļa Nr.1 nepieciešamais finansējuma aprēķins

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Risinājums** | **Risinājums (risinājuma varianti)** | **Budžeta programmas (apakšprogrammas) kods un nosaukums** | **Vidēja termiņa budžeta ietvara likumā plānotais finansējums** | | | **Nepieciešamais papildus finansējums** | | | | | **Pasākumu īstenošanas gads (ja risinājuma (risinājuma varianta) īstenošana ir terminēta)** |
| **Finansējums konceptuālā ziņojuma īstenošanai kopā** | **1.** |  | **2018** | **2019** | **2020** | **2018** | **2019** | **2020** | **Turpmākajā laikposmā līdz (risinājuma varianta) pabeigšanai (ja īstenošana ir terminēta)** | **Turpmāk ik gadu (ja risinājuma (risinājuma varianta) izpilde nav terminēta** |
|  | **1.** | **29**  **Veselības ministrija** | **728 929 540** | **728 946 678** | **728 946 678** | **219 500 000** | **406 800 000** | **461 800 000** |  |  |  |
|  |  | **33.03.00, 33.04.00,**  **33.09.00, 33.12.00., 33.14.00., 33.15.00., 33.16.00.**  **33.17.00.,**  **33.18.00.,**  **33.19.00., ,**  **39.03.00,**  **39.04.00** | **728 929 540** | **728 946 678** | **728 946 678** | **219 500 000** | **406 800 000** | **461 800 000** |  |  |  |

Finansēšanas modeļa Nr.2 nepieciešamais finansējuma aprēķins

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Risinājums** | **Risinājums (risinājuma varianti)** | **Budžeta programmas (apakšprogrammas) kods un nosaukums** | **Vidēja termiņa budžeta ietvara likumā plānotais finansējums** | | | **Nepieciešamais papildus finansējums** | | | | | **Pasākumu īstenošanas gads (ja risinājuma (risinājuma varianta) īstenošana ir terminēta)** |
| **Finansējums konceptuālā ziņojuma īstenošanai kopā** | **2.** |  | **2018** | **2019** | **2020** | **2018** | **2019** | **2020** | **Turpmākajā laikposmā līdz (risinājuma varianta) pabeigšanai (ja īstenošana ir terminēta)** | **Turpmāk ik gadu (ja risinājuma (risinājuma varianta) izpilde nav terminēta** |
|  | **2.** | **29**  **Veselības ministrija** | **553 910 265** | **553 927 403** | **553 927 403** | **69 935 213** | **126 125 213** | **142 625 213** |  |  |  |
|  |  | **33.17.00,**  **39.04.00, 33.16.00, 33.18.00,**  **33.14.00** | **553 910 265** | **553 927 403** | **553 927 403** | **69 935 213** | **126 125 213** | **142 625 213** |  |  |  |

Finansēšanas modeļa Nr.3 nepieciešamais finansējuma aprēķins

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Risinājums** | **Risinājums (risinājuma varianti)** | **Budžeta programmas (apakšprogrammas) kods un nosaukums** | **Vidēja termiņa budžeta ietvara likumā plānotais finansējums** | | | **Nepieciešamais papildus finansējums** | | | | | **Pasākumu īstenošanas gads (ja risinājuma (risinājuma varianta) īstenošana ir terminēta)** |
| **Finansējums konceptuālā ziņojuma īstenošanai kopā** | **3.** |  | **2018** | **2019** | **2020** | **2018** | **2019** | **2020** | **Turpmākajā laikposmā līdz (risinājuma varianta) pabeigšanai (ja īstenošana ir terminēta)** | **Turpmāk ik gadu (ja risinājuma (risinājuma varianta) izpilde nav terminēta** |
|  | **3.** | **29**  **Veselības ministrija** | **553 910 265** | **553 927 403** | **553 927 403** | **219 390 250** | **406 596 600** | **461 569 100** |  |  |  |
|  |  | **33.03.00, 33.04.00, 33.09.00, 33.12.00., 33.14.00., 33.15.00., 33.16.00.,33.17.00., 33.18.00., 33.19.00., 39.03.00, 39.04.00** | **553 910 265** | **553 927 403** | **553 927 403** | **219 390 250** | **406 596 600** | **461 569 100** |  |  |  |

Veselības ministre Anda Čakša

Iesniedzējs: Veselības ministre Anda Čakša

Vīza: Valsts sekretārs Kārlis Ketners

23.09.2016 15:21

6 337

Ā. Kasparāns

67876043, aris.kasparans@vm.gov.lv

E.Pole

67876015, egita.pole@vm.gov.lv

L.Zandberga

67876041, lasma.zandberga@vm.gov.lv

1. 26.04.2016. MK rīkojums "Par Valdības rīcības plānu Deklarācijas par Māra Kučinska vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību īstenošanai" [↑](#footnote-ref-1)
2. Ar grozījumiem 29.02.2016., rīkojums Nr.26 [↑](#footnote-ref-2)
3. Pasaules Veselības organizācijas Barselonas biroja veselības aprūpes sistēmu stiprināšanai pārskats par veselības aprūpes finansēšanas politiku Latvijā un izaicinājumiem starptautiskās pieredzes kontekstā, 2016.gads.Pilns pārskats ir pieejams Veselības ministrijas mājas lapā:http://www.vm.gov.lv/lv/aktualitates/5163\_pasaules\_veselibas\_organizacija\_iesaka\_butiski\_palielinat\_no/ [↑](#footnote-ref-3)
4. Eiropas Komisijas Padomes ieteikums par Latvijas 2016.gada valsts reformu programmu un ar ko sniedz Padomes atzinumu par Latvijas 2016.gada stabilitātes programmu [↑](#footnote-ref-4)
5. PVO 2016.gada ziņojums [↑](#footnote-ref-5)
6. Ministru kabineta noteikumi Nr.1529  17.12.2013. „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” [↑](#footnote-ref-6)
7. Adaptēts no „Latvia: HealthSystemReviewHealthSystemsinTransition Vol.14 No 8 2012 byEuropeanObservatoryonHealthSystemsandPolicies a partnershiphostedby WHO, p.113 [↑](#footnote-ref-7)
8. Skat., Eiropas Parlamenta un Padomes **Regulas Nr.987/2009** (2009.gada 16.septembris), ar ko nosaka īstenošanas kārtību Regulai (EK) Nr. 883/2004 par sociālās nodrošināšanas sistēmu koordinēšanu **67.panta 5.punkts** [↑](#footnote-ref-8)
9. Skat., Eiropas Parlamenta un Padomes **Regulas Nr.987/2009** (2009.gada 16.septembris), ar ko nosaka īstenošanas kārtību Regulai (EK) Nr. 883/2004 par sociālās nodrošināšanas sistēmu koordinēšanu **68.panta 1.punkts** [↑](#footnote-ref-9)
10. Skat., Eiropas Parlamenta un Padomes **Regulas Nr.987/2009** (2009.gada 16.septembris), ar ko nosaka īstenošanas kārtību Regulai (EK) Nr. 883/2004 par sociālās nodrošināšanas sistēmu koordinēšanu **68.panta 2.punkts.** *Piemērojamā atsauces likme ir tā, kura ir spēkā tā mēneša pirmajā dienā, kad jāveic maksājums* [↑](#footnote-ref-10)
11. Adaptēts no Dixon, A., Figueras, J., & Kutzin, J. (Eds.). (2002). Funding health care: options for Europe., 2 lpp. [↑](#footnote-ref-11)
12. PVO Barselonas biroja veselības aprūpes sistēmu stiprināšanai pārskats par veselības aprūpes finansēšanas politiku Latvijā un izaicinājumiem starptautiskās pieredzes kontekstā, 2016.gads [↑](#footnote-ref-12)
13. Latvijas apdrošinātāju asociācija prezentācija, Privātā veselības apdrošināšana Latvijā, 2016 [↑](#footnote-ref-13)