**Darba grupas ziņojums**

**par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu valsts, pašvaldību un privātajās ārstniecības iestādēs**

**Ievads**

Veselības aprūpes finansēšanas likuma pārejas noteikumu 3.punktā dots uzdevums Ministru kabinetam līdz 2018.gada 1.jūlijam sagatavot un iesniegt Saeimai ziņojumu par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu valsts, pašvaldību un privātajās ārstniecības iestādēs.

Pamatojoties uz Veselības aprūpes finansēšanas likuma deleģējumu, Ministru prezidents 2018.gada 3.aprīlī izdeva rīkojumu Nr.89 “Par darba grupu”, ar kuru izveidota darba grupa ziņojuma sagatavošanai par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu valsts, pašvaldību un privātajās ārstniecības iestādēs. Darba grupas sastāvā iekļauti pārstāvji no Latvijas Darba devēju konfederācijas, Veselības aprūpes darba devēju asociācijas (turpmāk – VADDA), valsts un pašvaldību slimnīcām, Veselības ministrijas galvenie speciālisti, Saeimas Sociālo un darba lietu komisijas (turpmāk – Komisija), kā arī pārstāvji no Veselības ministrijas.

Darba grupas ietvaros tika rīkotas trīs sanāksmes (12.04.2018., 25.04.2018. un 29.05.2018.), kurās konceptuāli diskutēts par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu publiskās un privātās ārstniecības iestādēs, citu valstu praksi valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu pirkšanā, izskatīti kritēriji, kuri ir svarīgi, veicot valsts finansēto veselības aprūpes pakalpojumu iepirkumu un kuri jānodrošina gan publiskā, gan privātā pakalpojuma sniedzējam. Darba grupā panākta konceptuāla vienošanās, ka, veicot valsts apmaksāto pakalpojumu sniedzēju atlasi, tiek ņemti vērā šādi pamatkritēriji: pieejamība, kvalitāte, efektivitāte un cilvēkresursi (pakalpojuma sniegšanā iesaistītā personāla nodrošinājums).

Tāpat darba grupā izskatīta informācija par 2018.gada finansējuma sadali starp publiskajiem un privātajiem veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, kuri nodrošina valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus iedzīvotājiem.

Vienlaikus darba grupas dalībnieki iepazīstināti ar VADDA juridiskiem argumentiem, kurus asociācijas ieskatā nepieciešams ņemt vērā turpmāko lēmumu pieņemšanā attiecībā uz veselības aprūpes sistēmu, tās finansēšanu, pacientu interešu aizstāvību, godīgu konkurenci starp veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem (tirgus dalībniekiem), kā arī redzējumu par valsts finansēto pakalpojumu sadalījumu starp publisko un privāto sektoru.

Savukārt Komisijas Sabiedrības veselības apakškomisijas priekšsēdētājs iepazīstināja darba grupas pārstāvjus ar Igaunijas pieredzi valsts apmaksāto veselības aprūpes nodrošināšanā, un Veselības ministrija informēja par Pasaules Bankas ekspertu redzējumu, veicot valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu iepirkumus.

**Informācija par publiskā un privātā sektora sadarbību**

Publiskā un privātā partnerība ir sadarbība starp valsts vai pašvaldības institūciju un privātā sektora uzņēmēju, kuras ietvaros kāds publiskais pakalpojums vai objekts uz līguma pamata tiek nodots privātajam uzņēmējam uz noteiktu laika periodu ar nosacījumiem, lai nodrošinātu publiskos pakalpojumus, piemēram, valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana. Tradicionāli šos pakalpojumus ir nodrošinājusi valsts vai pašvaldība ar savu iniciatīvu un resursiem, bet publiskās un privātās partnerības ietvaros šo pakalpojumu nodrošināšanā tiek iesaistīts privātais kapitāls, atbilstoši sadalot finansiālos un kompetences ieguldījumus, riskus un ieguvumus[[1]](#footnote-2).

Eiropā pastāv ne tikai atšķirīgas veselības aprūpes sistēmas, bet katrai sistēmai ir sava vēsturiskā attīstība un pieredze sistēmas ietvaros sadarbībā ar privātajiem pakalpojumu sniedzējiem. Var izšķirt divus galvenos veselības aprūpes sistēmu veidus: uz apdrošināšanu un uz nodokļiem balstītās integrētās veselības aprūpes sistēmas. Piemēram, Apvienotā Karaliste, Dānija, Zviedrija, Spānija vairāk paļaujas uz sabiedrisko pakalpojumu sniedzējiem, kamēr Vācija, Francija un Nīderlande tradicionāli izmanto dažādus valsts un privātos pakalpojumu sniedzējus. Jāatzīmē, ka Nīderlandē, kuras veselības aprūpes sistēma ir balstīta uz apdrošināšanu, stacionāro veselības aprūpi lielākoties nodrošina privātās slimnīcas, tāpat arī daudzās Eiropas Savienības (turpmāk – ES) valstīs zobārstniecību nodrošina privātie pakalpojumu sniedzēji.[[2]](#footnote-3)

Veselības aprūpes sistēmās prevalē viedoklis, ka pakalpojumu sniegšanu var tieši vadīt un kontrolēt, ja veselības aprūpes pakalpojumu sniegšana tiek uzticēta noteiktām ārstniecības iestādēm, pamatā sabiedriskam sektoram piederošām. Piemēram, Igaunijā veselības aprūpes pakalpojumus prioritāri nodrošina tās iestādes, kuras iekļautas tā sauktajā slimnīcu attīstības plānā. Vienlaikus jāatzīmē, ka šāda pieeja, izmantojot tikai publiskos veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējus, var radīt zināmas grūtības, ja nepieciešams uzlabot rezultativitāti. Tomēr no otras puses pareizi izstrādāti līgumu starp veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju un pakalpojumu pircēju nosacījumi var paaugstināt efektivitāti, ilgtspējību, jo pakalpojumu sniedzējam ir pārliecība par nosacījumu nemainību.

**Īsa informācija par veselības aprūpes sistēmām dažās ES valstīs**

Lai gūtu salīdzināmu priekšstatu par veselības aprūpes sistēmām ES valstīs, sagatavotajā ziņojumā izmantoti dati no Eiropas Sociālā fonda finansētā pētījuma “Veselības aprūpes sistēmas - Eiropas valstu pieredze”[[3]](#footnote-4). Ziņojumā iekļauta informācija par Vāciju, kas ir viena no ES veidotājām, valsts ar stabilu un laika gaitā pārbaudītu veselības aprūpes sistēmu, Norvēģiju, kuras kā Skandināvijas valsts veselības aprūpes sistēma vairāk balstās uz sabiedriskam sektoram piederošām ārstniecības iestādēm, kā arī Igauniju, kura ir bijusī Padomju Savienības sastāva valsts, un bijušās Dienvidslāvijas Federatīvās Republikas sastāva valsti Slovēniju. Igaunijas un Slovēnijas veselības aprūpes sistēmas ir salīdzināmas ar Latvijas veselības aprūpes sistēmu.

**Vācija[[4]](#footnote-5)**

Veselības aprūpes sistēmu Vācijā raksturo obligātā veselības apdrošināšana (turpmāk - OVA), ko papildina savstarpēji konkurējošas slimokases, kā arī privātie un sabiedriskie veselības aprūpes nodrošinātāji. Kopš 2007.gada visi Vācijas iedzīvotāji (izņemot tos, kas Vācijā uzturas nelegāli) ir iesaistīti veselības apdrošināšanas sistēmā (aptuveni 89% iedzīvotāju ir iesaistīti kādā no OVA slimokasēm un 11% privātajā apdrošināšanas sistēmā). Obligātās apdrošināšanas pamatā ir solidaritātes princips, proti, turīgākie maksā par trūcīgākajiem. Tādējādi Vācija sasniegusi vienu no galvenajiem izaicinājumiem — veselības aprūpes sistēmas pieejamību visiem iedzīvotājiem, kas lielai daļai valstu joprojām ir mērķis.

Vācijas veselības aprūpes sistēmas finansējuma pamatā ir veselības apdrošināšana, kura sastāv no sociālās apdrošināšanas iemaksām, mājsaimniecību maksājumiem (pacientu līdzmaksājumi), privātās veselības apdrošināšanas, valsts subsīdijām, darba devēju maksājumiem.

Organizatoriskā sistēma

Veselības aprūpes pārraudzība - Nacionālā līmenī veselības aprūpi pārrauga Federālā asambleja, Federālā padome un Federālā Veselības un sociālās drošības ministrija. Šīs institūcijas ir atbildīgas par reformām un izmaiņām likumdošanā.

Vācijā ir 16 Federālās zemes – pavalstis (Lander). Katra pavalsts savā reģionā ir atbildīga par stacionārās veselības aprūpes kapacitātes plānošanu, investīcijām slimnīcās, aprūpes namiem, par farmācijas kompāniju uzraudzību utt.

Korporatīvajā līmenī ir bezpeļņas slimokases un to asociācijas, kā arī ar OVA saistītie ārsti un zobārsti no pakalpojumu nodrošinātāju puses. Slimokases ir finanšu līdzekļu iekasētāji, pakalpojumu pircēji un maksātāji par pakalpojumiem.

Oficiāli reģistrētām pacientu organizācijām (sabiedriskām organizācijām) ir tiesības piedalīties likumdošanas un lēmumu pieņemšanas apspriedēs, taču tām nav tiesību balsot.

Ambulatorā aprūpe ir nodota privāto peļņas organizāciju rokās, kas tiek stingri uzraudzītas, taču slimnīcu pārvaldība ir miksēta. Privātajās slimnīcās pēdējā laikā gultu skaits ir pieaudzis, taču 99% privāto slimnīcu gultu ir pieejamas OVA apdrošināšanas īpašniekiem.

Primārā un sekundārā ambulatorā aprūpe

Ambulatoro aprūpi piedāvā galvenokārt privātas peļņu nesošas organizācijas. Pacientiem ir brīva izvēle, pie kādiem ārstiem, psihoterapeitiem, zobārstiem, farmakologiem u.c. speciālistiem iet. OVA īpašniekiem 96% gadījumos ir brīva pieeja poliklīniku ārstiem, kamēr 4% poliklīniku nav saistībā ar OVA un apkalpo pacientus ar privāto apdrošināšanu vai sniedz maksas pakalpojumus.

 Līgumā ar OVA esošie ārsti piedāvā gandrīz visu veidu pakalpojumus. Ģimenes ārsti (ģimenes ārsti, internisti un pediatri – visi kopā veido aptuveni pusi no visiem ar OVA līgumā esošajiem ārstiem) īsti nav “gate-keeper” jeb primārās veselības aprūpes situācijas pārvaldītāji, tomēr viņu loma pēdējos gados ir pieaugusi. Visiem līgumā ar OVA esošajiem ārstiem, kā arī psihologiem obligāti jābūt reģionālo ārstu asociāciju biedriem. Viņiem ir jānodrošina ambulatorā aprūpe darba laikā un ārpus darba laika, par to viņiem ir noteikta daļa (zināms monopols) veselības aprūpes nodrošināšanā un tiesības apspriest līgumus ar slimokasēm.

Sekundārā un terciārā slimnīcu aprūpe

Slimnīcu aprūpi nodrošina valsts (54%), privātās bezpeļņas (38%) un privātās peļņas (8%) slimnīcas. Lai gan gultu skaits un vidējais slimnīcā pavadīto dienu skaits ir krasi samazināts, kapacitāte salīdzinot ar vidējo Eiropā vēl arvien ir augsta.

Tradicionālais dalījums starp ambulatoro un stacionāro aprūpi ir mazinājies, piedāvājot ķirurģiskus pakalpojumus poliklīnikās, kā arī slimnīcās ārsti pieņem pacientus ambulatori (konsultācijas).

Finanšu resursu dalījums

Slimnīcas tiek finansētas divējādi: investīcijas slimnīcām, kas iekļautas ilgtermiņa plānos, pārskata 16 pavalstu valdības un tās finansē kopīgi valsts un federālās valdības, kamēr slimokases ir atbildīgas par slimnīcu uzturēšanas un regulārajiem izdevumiem.

Reformas

Vācija piedzīvojusi dažādas reformas veselības aprūpē, pirmkārt, tas bija Vācijas apvienošanās brīdī, kad vajadzēja apvienot arī divas pilnīgi atšķirīgas sistēmas. Bez tam nemitīgi notiek pārrunas par izmaksu efektivitāti, pakalpojumu atbilstību un pacientu lielāku iesaistīšanu. Nākotnē reformas paredz stiprināt iedzīvotāju veselības profilaksi un efektīvāk koordinēt iesaistīto pušu darbību.

Vācijas iedzīvotājiem, lai saņemtu ārsta sniegtos pakalpojumus, jāgaida salīdzinoši maz un ir laba speciālistu pieejamība, lai gan laukos tā ir nedaudz zemāka.

Dažādi izmaksu ierobežojošie faktori, ieskaitot sektoru budžetus, references cenas, recepšu ierobežošanu, ir ļāvušas noturēt veselības aprūpes budžetu tuvu iekšzemes kopprodukta (turpmāk - IKP) pieaugumam. Taču šie pasākumi nav ierobežojuši slimokašu iekasēto iemaksu palielināšanu, šīs iemaksas ir cēlušās. Mīnuss Vācijas veselības aprūpē – nav attīstīta sadarbība starp sektoriem, tā dēvētā integrētā piegādes sistēma, kad slimnīcas uzņemas daļu ambulatorās aprūpes, bet poliklīnikas nodrošina vienkāršākos ambulatoros slimnīcu pakalpojumus. Minētā sadarbība varētu nodrošināt slimnīcām jaunas attīstības perspektīvas un būtiski palielinātu ambulatoro pakalpojumu sniedzēju noslogotību.

**Norvēģija[[5]](#footnote-6)**

Izdevumi veselības aprūpei – ap 10 % no IKP, tas pašai valstij ir ļoti būtisks sasniegums, jo kopš pagājušā gadsimta beigām noticis būtisks pieaugums - par vairāk nekā 3%, kas ierindo Norvēģiju Ziemeļvalstu augšgalā. Veselības aprūpes budžets Norvēģijā sastāv no nodokļiem, nacionālās sociālās apdrošināšanas sistēmām un privātajiem izdevumiem. Veselības aprūpe ir Norvēģijas politikas prioritāte.

Organizatoriskā sistēma

Veselības aprūpe tiek organizēta trijos līmeņos: nacionālajā līmenī, piecu reģionālo autoritāšu un pašvaldību līmenī. Nacionālais līmenis nodrošina veselības aprūpes politiku, sagatavo un pārrauga likumdošanu, piešķir līdzekļus. Galvenā atbildība par veselības aprūpes nodrošināšanu gulstas uz 5 reģionālajām autoritātēm un 431 pašvaldību. Visiem pilsoņiem ir tiesības uz veselības aprūpi savā pašvaldībā, kas ir atbildīga par primārās veselības aprūpes nodrošināšanu un sociālo servisu. Piecas reģionālās veselības autoritātes ir atbildīgas par speciālās aprūpes finansēšanu, plānošanu un nodrošināšanu, kas ietver somatisko aprūpi, psihisko veselību, laboratoriju pakalpojumus, radioloģiju.

Plānošana, regulēšana un vadība

Veselības aprūpes sistēma kopumā ir nacionālais īpašums, lai arī tiek slēgti daži līgumi ar privātajām aģentūrām, galvenokārt starp pašvaldībām un ģimenes ārstiem. Brīvprātīgajai veselības apdrošināšanai nav nozīmīga loma Norvēģijas veselības aprūpē

Norvēģijas veselības aprūpes sistēma bija decentralizēta līdz brīdim, kad 2002. gadā notika slimnīcu reforma, tagad sistēmu var dēvēt par daļēji centralizētu. Organizatoriskajā struktūrā 5 reģionālās autoritātes un veselības uzņēmumi ir valsts īpašums, līdz ar to viņu darbību nosaka valdība. Pašvaldības vada vietēji ievēlēti politiķi, viņiem ir tiesības pašiem veidot veselības aprūpes organizatorisko struktūru.

Primārā aprūpe

Pašvaldības ir atbildīgas par primāro veselības aprūpi un iedzīvotāju labklājības nodrošināšanu, par labvēlīgiem sociālajiem un vides apstākļiem, kā arī par to, lai iedzīvotāji saņemtu informāciju par veselīgu dzīves veidu un aktīvu atpūtu, kas uzlabotu viņu dzīves kvalitāti un profilaksi. Katra pašvaldība lemj par finansējuma apjomu veselības aprūpes izdevumiem no sava budžeta.

Primārā veselības aprūpe un ģimenes ārstu prakses Norvēģijā ir labi attīstītas. Ģimenes ārsti veido primārās veselības aprūpes kodolu. Parasti šādā ģimenes ārstu praksē strādā no 2-6 ārstiem, kopš 2001.gada katrai pašvaldībai jānodrošina ģimenes ārsta pieejamība katram pilsonim. Saskaņā ar pētījumiem 98% iedzīvotāju ir savs ģimenes ārsts. Pašvaldības ir atbildīgas arī par neatliekamo medicīnisko pakalpojumu nodrošināšanu iedzīvotājiem.

Sekundārā un terciārā aprūpe

Saskaņā ar Norvēģijas slimnīcu reformu 5 reģionālās veselības autoritātes veido veselības uzņēmuma tīklu. Šīm autoritātēm ir pienākums nodrošināt pieejamību slimnīcu pakalpojumiem ikvienam iedzīvotājam attiecīgajā teritorijā. Slimnīcu pakalpojumu apmaksu nodrošina no valsts budžeta finansējuma un pacientu tiešajiem maksājumiem.

Reformas

Galvenās pēdējo gadu reformu jomas:

Ģimenes ārstu reforma saistīta ar veselības aprūpes pakalpojuma nodrošināšanu tuvāk pacienta dzīvesvietai, tādejādi veidojot ciešāku ģimenes ārsta un pacienta saikni, kā rezultātā pacientam tiek nodrošināta ilglaicīga veselības aprūpe, kā arī pacientam ir tiesības reģistrēties pie ģimenes ārsta pēc savas izvēles un divreiz gadā mainīt ģimenes ārstu, tāpat pacientam ir tiesības uz cita ārsta viedokli.

Slimnīcu reforma galvenokārt tika plānota, lai slimnīcas turpmāk pārvaldītu nacionālā līmenī. Slimnīcu vadību nodrošina tās vadītāji un valde. Reformas rezultātā mazinājušās pacientu rindas uz slimnīcu pakalpojumiem un uzlabojusies slimnīcu vadības kvalitāte.

Norvēģijas veselības aprūpē atlikuši daži izaicinājumi, piemēram, veselības un sociālās aprūpes servisu integrācija, alkoholisma un smēķēšanas samazināšana, kraso atšķirību veselības stāvoklī dažādu sociālo grupu iedzīvotājiem mazināšana.

**Igaunija[[6]](#footnote-7)**

Veselības aprūpe Igaunijā kopš 2002.gada ir gandrīz pilnībā decentralizēta, veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji darbojas autonomi, veselības aprūpes pakalpojumu servisu nodrošina individuāli uzņēmēji un organizācijas (sabiedrības ar ierobežotu atbildību (turpmāk – SIA), fondi, privātuzņēmēji). Slimnīcas pārsvarā ir SIA, kuras pieder pašvaldībām vai valsts fondiem, vai citām valsts institūcijām, kas, savukārt, ir vai nu sabiedriskās organizācijas, vai ar peļņu strādājošas SIA, vai bezpeļņas Fondi. Daudzas poliklīnikas ir privātas. Visi ģimenes ārsti ir privātuzņēmēji vai strādā privātās kompānijās, kas nodrošina tikai primāro aprūpi.

Igaunijā spēkā ir solidārā veselības apdrošināšanas sistēma. Visiem medicīniski apdrošinātajiem Igaunijas iedzīvotājiem ir pieejami vienādas kvalitātes veselības aprūpes pakalpojumi neatkarīgi no tā, vai viņi maksā veselības apdrošināšanas nodokli.

Veselības aprūpe tiek nodrošināta pilsoņiem, nepilsoņiem, pastāvīgajiem iedzīvotājiem, personām ar pastāvīgās uzturēšanās vai termiņuzturēšanās atļauju, kuri maksā sociālo nodokli, kā arī citām personām, kuras noteiktas normatīvajos aktos.

Problēma – neattīstās veselības aprūpes pakalpojumu tirgus konkurence, jo pietiekami liels veselības aprūpes pakalpojumu klāsts tiek apmaksāts no veselības aprūpes budžeta, un pacientam nav ilgi jāgaida rindā valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai.

Veselības aprūpes sistēma

Ambulatorā, sekundārā un terciārā aprūpe

Reformas sākumā bija uzstādīts mērķis ieviest ģimenes ārstu kā specialitāti, tāpēc tagad ir skaidri nodalīta primārā aprūpe no ambulatorās aprūpes. Ģimenes ārsti nodrošina diagnostiku, vispārīgu slimību ārstēšanu, pacientu informēšanu, profilaksi utt. Pacientam nepieciešams ģimenes ārsta nosūtījums, lai apmeklētu lielāko daļu speciālistu, kā arī lai nokļūtu slimnīcā. Pie vairākiem speciālistiem valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai var iet arī bez nosūtījuma (tiešās pieejamības ārsti) – acu ārsts, ginekologs, psihiatrs, zobārsts.

Speciālistu aprūpe Igaunijā dalās divās daļās – ambulatorie speciālisti un slimnīcu ārsti. Ambulatoro aprūpi nodrošina poliklīnikas, veselības centri, slimnīcu ambulatorās nodaļas un patstāvīgi strādājošie speciālisti, kuri slēdz līgumu ar Igaunijas veselības apdrošināšanas fondu.

Slimnīcu pakalpojumus nodrošina reģionālās, centrālās un vispārējās slimnīcas, kā arī specializētās slimnīcas. Visas slimnīcas licenzē Veselības aprūpes valde un tās darbojas kā akciju sabiedrības vai bezpeļņas fondi, daudzas slimnīcas ir pašvaldību īpašums. Privātās slimnīcas nodrošina specifiskus servisus ginekoloģijā, kardioloģijā u.c. Slimnīcām ir relatīva brīvība, pieņemot lēmumus par renovāciju, darbiniekiem, algām, aizņēmumiem.

Reformas

Galvenie izaicinājumi – paaugstināt pakalpojumu efektivitāti un aizstāvēt sabiedrības intereses, padarot caurspīdīgākās attiecības starp veselības aprūpes sniedzējiem un apdrošināšanas sistēmu. Primārās veselības aprūpes un slimnīcu reformas uzdevums ir palielināt ārstu un slimnīcu ieinteresētību ārstniecības procesā, liekot uzņemties daļu no finanšu riskiem un būt atbildīgiem par kvalitāti. Valdībai jānodrošina stratēģiskās plānošanas un uzraudzības kapacitāte, bet Igaunijas veselības apdrošināšanas fondam jāveic saimnieciskās darbības uzlabojumi. Plānota arī farmācijas reforma, lai stiprinātu references cenu sistēmu.

Papildu informāciju par Igaunijas pieredzi valsts, pašvaldību un privāto veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju finansēšanu Komisijai sniedza Igaunijas Labklājības ministrija un Igaunijas veselības apdrošināšanas fonda valdes locekle Piile Baumhardt.

Igaunijā par pamatu valsts līdzekļu sadalē dažādās īpašuma formās esošo ārstniecības iestāžu sniedzamo pakalpojumu apmaksai tiek izmantots tā saucamais Nacionālais plāns (Estonian Hospital Master Plan), kurš tika izstrādāts laika posmā no 1998.gada līdz 2002.gadam. Nacionālais plāns nosaka nacionālas nozīmes ārstniecības iestāžu tīklu un no šajā plānā iekļautajām slimnīcām valsts pērk valsts apmaksātos gan stacionāros, gan ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus. Nacionālajā plānā iekļautas: 3 reģionālās slimnīcas, 5 centrālās slimnīcas, 9 vispārējās slimnīcas, 3 vietējās slimnīcas un specializētās slimnīcas. Nacionālajā plānā iekļautajām slimnīcām ir stratēģiska nozīme valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā, līdz ar to tām primāri dota iespēja nodrošināt valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus, salīdzinājumā ar ārstniecības iestādēm, kuras nav iekļautas šajā plānā. Par pārējo valsts finansējumu Igaunijas veselības apdrošināšanas fonds slēdz līgumus ar ārstniecības iestādēm, neatkarīgi no īpašuma formas, ja tās atbilst konkursa atlases kritērijiem.

**Slovēnija[[7]](#footnote-8)**

Veselības aprūpei tiek tērēti vairāk kā 8% no IKP, kas pietuvojies ES valstu līmenim.

Veselības aprūpes sistēma

1992.gadā tika izveidota uz apdrošināšanu balstīta veselības aprūpes finansēšanas sistēma, kuru organizē publiskā veselības apdrošināšanas aģentūra. Normatīvajos aktos noteikti obligātajā un brīvprātīgajā apdrošināšanas sistēmā ietilpstošie veselības aprūpes pakalpojumi. Daļa no veselības aprūpes sektora privatizēta, kā arī tika ieviesti daži tiešie maksājumi, iespēja izvēlēties ārstus un primārai aprūpei tika piešķirta tā dēvētā *“gate keeping”* jeb “vārtu vērēja” loma.

Sākotnēji veselības aprūpes reformu rezultātā izdevās palielināt veselības aprūpei paredzēto procentu apjomu no IKP, jo tika ieviesta obligātā veselības apdrošināšana, kā arī daļa iedzīvotāju iegādājās brīvprātīgo veselības apdrošināšanu. Tomēr pieejamais finansējums ir nepietiekošs, kā rezultātā pieaug rindas slimnīcu pakalpojumu saņemšanai, ārstniecības personāls (ārsti un medicīnas māsas) ir neapmierināts ar darba apstākļiem, bet pacienti - ar rindām, servisa kvalitāti un medikamentu dārdzību.

Veselības aprūpes plānošana, regulēšana un vadība,

Slovēnijas Veselības apdrošināšanas institūcija ir izveidota, lai nodrošinātu obligāto veselības apdrošināšanu un tai ir vairāk nekā 50 nodaļas.

Slovēnijas sabiedrības veselības institūcija ar 9 reģionālajām institūcijām dibināta, lai pārvaldītu vides veselību, higiēnas jautājumus, epidemioloģiju, informatīvās un izpētes aktivitātes.

Vietējās pašvaldībām ir tiesīgas veikt savas korekcijas primārās aprūpes plānošanā.

Medicīnas un farmācijas kamerām ir būtiska loma Veselības ministrijas lēmumu pieņemšanas procesā.

 Veselības aprūpes sistēma paliek centralizēta – lielākā daļa plānošanas un finanšu līdzekļu sadales notiek valsts līmenī, zemākajos līmeņos pārsvarā notiek izpilde. Arī ienākumi no obligātās veselības apdrošināšanas tiek plānoti centralizēti.

Nav skaidras plānošanas par tādu medicīnisku tehnoloģiju ieviešanu, kas prasa lielas investīcijas, pamatā visa plānošana notiek sastādot ikgadējo plānu ar obligātās veselības apdrošināšanas ieņēmumiem.

Primārā aprūpe

Nodrošina gan publiskie, gan privātie pakalpojumu sniedzēji. Publiskie pakalpojumu sniedzēji ietver sevī veselības aprūpes centrus un veselības stacijas.

Veselības stacijas sniegto veselības aprūpes pakalpojumu minimums ir: neatliekamā palīdzība, ģimenes ārsta prakse, veselības aprūpe bērniem un jauniešiem, pamata diagnosticēšanas serviss, kā arī stacija ir saistīta ar tuvāko veselības centru, kur pacients var saņemt plašāku pakalpojumu klāstu.

Veselības centrā sniegto veselības aprūpes pakalpojumu minimums ir: profilakse un ārstēšana, kā arī primārā veselības aprūpe dažādām mērķgrupām. Veselības centri pieder pašvaldībām. Darbinieki ir algoti, bet ārsti un zobārstiem slēdz līgumus privāto prakšu uzturēšanai.

Obligātās veselības apdrošināšanas ietveros pacientam ir tiesības izvēlēties primārās aprūpes ārstu, pie kura jābūt reģistrētam vismaz gadu, tad to drīkst mainīt. Ģimenes ārsts izsniedz personām nosūtījumus, lai saņemtu ārstu speciālistu konsultācijas un izmeklējumus.

Sekundārā un terciārā aprūpe

Sekundārās un terciārās veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai nosūtījumu personai izsniedz ģimenes ārsts, taču sadarbība starp primāro un stacionāro veselības aprūpi ir vāja. Stacionāro, t.sk. terciāro, veselības aprūpi nodrošina slimnīcās vai privātajos centros. Slovēnijā ir 26 slimnīcas, no tām 12 – specializētas. Vidēji slimnīcu noslogojums sastāda 85%, kas norāda uz slimnīcu gultu skaita samazināšanas nepieciešamību.

Finanšu resursu izlietojums

Ikgadējās pārrunas un līgumu slēgšana saistībā ar obligāto veselības apdrošināšanu norit trijos līmeņos. Vispirms nacionālajā līmenī tiek diskutēts par to, kas tiks iekļauts apdrošināšanas paketē, un nosaka budžeta griestus. Nākamajā etapā sabiedrotie diskutē par servisa nodrošinātājiem un atbildības sfērām. Trešajā etapā tiek slēgti līgumi ar veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju.

Samaksa slimnīcām

Slimnīcas tāpat kā veselības centri finansējumu saņem pēc līgumu noslēgšanas ar apdrošinātāju. Līgumā noteikts finanšu apjoms un noteikta finanšu izlietojuma atskaites kārtība – samaksa par katru aprūpes gadījumu. Šobrīd minētā kārtība tiek unificēta, jo slimnīcās par vienu un to pašu pakalpojumu nav noteiktas vienotas pakalpojumu cenas, tās katrā slimnīcā ir dažādas, tāpēc apdrošinātājam rodas problēmas, veicot norēķinus ar pakalpojumu sniedzēju.

Veselības centru un ārstu apmaksa

Primārās veselības centriem apdrošināšanas fonds maksā par provizorisko cilvēku skaitu un par padarīto darbu. Ārsti var strādāt par noteiktu darba algu vai privāti, pamatojoties uz līgumu ar apdrošinātāju, kā arī privāti, bez līguma ar apdrošinātāju, t.i. sniedz maksas pakalpojumus. Pēdējā gadījumā viņi saņem tiešos maksājumus vai samaksu no brīvprātīgās apdrošināšanas. Šajā gadījumā ārsti nosaka maksas pakalpojuma cenu.

Slovēnijas veselības aprūpes sistēma visiem iedzīvotājiem, neatkarīgi no ienākumu lieluma, nodrošina universālu pieeju veselības aprūpes pakalpojumiem. Iedzīvotāji kopumā ir apmierināti ar veselības aprūpes sistēmu, arī veselības stāvoklis salīdzinājumā ar kaimiņvalstīm ir labs, taču ir vairākas problēmas, ar kurām nākas saskarties – manipulācijas, uz kurām nākas gaidīt garās rindās, kopējo izdevumu palielināšanās, medikamentu izlietojuma apjoma palielināšanās, ārstu trūkums u.c.

**Latvija**

Latvijas veselības aprūpes sistēma balstās uz valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, ko finansē no iekasētajiem nodokļiem, bet sākot ar 2018.gadu tā tiek finansēta arī no sociālā nodokļa. Līdz ar to veselības aprūpes sistēmu Latvijā šobrīd var raksturot kā obligāto valsts veselības apdrošināšanu, kuras finanšu apjoms noteikts likumā par valsts budžetu kārtējam gadam.

Veselības aprūpes finansējuma avoti: valsts budžeta dotācija, pacienta līdzmaksājumi, brīvprātīgās apdrošināšanas līdzekļi, pašvaldību budžeta finansējums saskaņā ar pašvaldību lēmumiem, veselības aprūpes iestāžu pašu ieņēmumi un īpašnieku ieguldītās investīcijas ārstniecības iestādē.

Veselības aprūpei paredzētos valsts budžeta līdzekļus izlieto: valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai, samaksai par kompensējamām zālēm un medicīnas ierīcēm saskaņā ar normatīvajiem aktiem, kas regulē ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtību, samaksai par centralizētajiem iepirkumiem.

No 2018.gada 1.janvāra valsts apdrošina visus legālos darba ņēmējus un visas sociāli mazaizsargātās iedzīvotāju grupas – pensionārus, bērnus, personas ar I un II grupas invaliditāti, Nodarbinātības valsts aģentūrā reģistrētus bezdarbniekus u.c.-, kas saņems pilno valsts apmaksāto pakalpojumu grozu, sākot ar 2019.gada 1.janvāri. Veselības apdrošināšanas sistēma, kura tiks ieviesta, būs taisnīgāka un izdevīgāka tiem iedzīvotājiem, kuri dzīvo un legāli strādā Latvijā un veic sociālās iemaksas.

Veselības aprūpes sistēma

Latvijā valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus iedzīvotājiem nodrošina Nacionālajam veselības dienests (turpmāk – NVD), slēdzot līgumus ar ārstniecības iestādēm.

NVD valsts budžeta līdzekļus novirza: samaksai par ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem – ne mazāk kā 45 % apmērā; samaksai par stacionārajiem veselības aprūpes pakalpojumiem – ne vairāk kā 53 % apmērā; samaksai par starpvalstu norēķiniem ar ES un Eiropas Ekonomikas zonas (turpmāk – EEZ) dalībvalstīm un Šveices Konfederāciju (turpmāk – Šveice), ar ārstniecības iestādēm par ES un EEZ dalībvalstu un Šveices iedzīvotāju Latvijas Republikā saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kā arī prasību izpildei, kuras noteiktas veselības aprūpes jomu regulējošajos starptautiskajos līgumos, – ne vairāk kā 2 % apmērā.

Veselības aprūpes ārstniecības iestāžu darbības uzraudzību nodrošina Veselības inspekcija.

No valsts budžeta apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus sniedz tās ārstniecības iestādes, kuras noslēgušas līgumu ar NVD.

Primārā veselības aprūpe

Ģimenes ārsts ir pirmais saskarsmes posms pacientam ar veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju, kurā risina galvenās iedzīvotāju veselības problēmas, lietojot salīdzinoši vienkāršas un izmaksu ziņā efektīvas medicīnas tehnoloģijas. Primāro veselības aprūpi savā pacientu sarakstā reģistrētajiem pacientiem nodrošina ģimenes ārsti kopā ar savu komandu (ārsta palīgu, māsu vai vecmāti), kā arī zobārsti, zobārsta asistenti, zobārsta māsas un higiēnisti ambulatorajās ārstniecības iestādēs.

Katrai personai ir tiesības izvēlēties savu ģimenes ārstu un mainīt to atbilstoši nepieciešamībai.

Primāro veselības aprūpi Latvijā nodrošina gan publiskie, gan privātie veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji. Līdzekļus samaksai par primārās veselības aprūpes pakalpojumiem NVD novirza administrēšanai teritoriālajām nodaļām.

Sekundārā ambulatorā veselības aprūpe - ir veselības aprūpes pakalpojumu kopums, ko personai sniedz kādā slimību profilā specializējusies ārstniecības persona ambulatorajā ārstniecības iestādē, slimnīcas ambulatorajā nodaļā, neatliekamās medicīniskās palīdzības iestādē, ja tajā organizēta ambulatorās palīdzības sniegšana vai dienas stacionārā.

Finansējuma apmēru sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai NVD nosaka, piemērojot iepriekšējā gada pakalpojumu apjomu līguma ietvaros un prognozējamo pakalpojumu tarifu. Naudas līdzekļu apjomu var koriģēt, ņemot vērā kārtējā gada valsts budžetā veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai pieejamos finanšu līdzekļus.

NVD no sekundārai ambulatorai veselības aprūpei paredzētajiem valsts budžeta līdzekļiem atsevišķi plāno ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu apmēru ģimenes ārstiem, ieslodzījuma vietās strādājošiem ārstiem un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistiem. Ja nākamajam gadam, salīdzinot ar kārtējo gadu, finansējuma apmērs sekundārai ambulatorai veselības aprūpei ir samazināts vai palielināts, dienests proporcionāli samazina vai palielina plānoto ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksai paredzēto līdzekļu apmēru**.**

 Valsts budžeta apmaksātos sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus sniedz gan publiskie, gan privātie pakalpojumu sniedzēji atbilstoši ar NVD noslēgtā līguma nosacījumiem.

Stacionārā un terciārā veselības aprūpe

Stacionārā veselības aprūpe ir orientēta uz neatliekamas, akūtas vai plānveida veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu iedzīvotājiem. Savukārt terciārā veselības aprūpe ir augsti specializētu veselības aprūpes pakalpojumu kopums, ko personai ārstniecības iestādē sniedz viena vai vairākas kādā slimību profilā specializējušās ārstniecības personas ar papildu kvalifikāciju. Valsts apmaksātos stacionāros un terciāros veselības aprūpes pakalpojumus nodrošina publiskais sektors. Ir terciārās veselības aprūpes veselības aprūpes pakalpojumu jomas, piemēram mākslīgā apaugļošana, kurās valsts apmaksāto pakalpojumu sniegšanā ir iesaistīts privātais pakalpojumu sniedzējs.

Finansējumu stacionāro un terciāro veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai NVD nosaka, piemērojot iepriekšējā gada pakalpojumu apjomu līguma ietvaros un prognozējamo pakalpojumu tarifu. Naudas līdzekļu apjomu var koriģēt, ņemot vērā kārtējā gada valsts budžetā veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai pieejamos finanšu līdzekļus.

Reformas

Kopš neatkarības atgūšanas Latvijas veselības aprūpes sistēmā notikušas ievērojamas pārmaiņas un reformas.

Pasaules Bankas pētījuma pieejamie rezultāti apstiprina nepieciešamību turpināt iepriekšējos gados uzsāktās reformas, kas vērstas uz kvalitātes nodrošināšanas sistēmas attīstību, veselības aprūpes finansēšanas pārvaldības reformu, integrētās veselības pārvaldības un informācijas sistēmu attīstību, pakāpeniskām investīcijām veselības aprūpes infrastruktūrā un cilvēkresursos[[8]](#footnote-9).

Pamatojoties uz Pasaules Bankas pētījuma ziņojumiem par Latvijas veselības sistēmu, Veselības ministrija izstrādāja informatīvo ziņojumu par augstas intensitātes stacionāro ārstniecības iestāžu kartējumu un attīstību[[9]](#footnote-10), kurā ietverts Latvijai stratēģiski svarīgo stacionāro ārstniecības iestāžu plānojums valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai. Šajā ziņojumā noteikts rīcības apraksts attiecībā uz risinājumiem veselības aprūpes attīstībai, plānotās investīcijas, kā arī plānojot stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, slimnīcas tiek iedalītas piecos līmeņos[[10]](#footnote-11), nosakot cilvēkresursus un medicīnas ierīces, kas ir nepieciešami darbības nodrošināšanai. Tāpat ziņojumā uzsvērts, ka, lai turpmāk nodrošinātu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu reģionu līmenī atbilstoši plānotajai veselības aprūpes pakalpojumu attīstībai, nepieciešams rast jaunus, inovatīvus risinājumus veselības aprūpes personāla piesaistei reģioniem (tai skaitā finansiālā motivācija), attīstot sadarbību ar citu nozaru ministrijām, pašvaldībām, darba devējiem un izglītības iestādēm u.c.

Publiskā un privātā sektora īpatsvars

valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā Latvijā

Saskaņā ar NVD sniegto informāciju veselības aprūpes budžeta finansējums valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai tiek novirzīts ne tikai publiskā sektora veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, bet arī privātā sektora veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem. Daļa valsts budžeta finansējuma “seko pacientam” atkarībā no tā, kādu ārstniecības iestādi persona izvēlas nepieciešamā pakalpojuma saņemšanai. Kā piemēru var minēt laboratoriskos pakalpojumus, kurus pārsvarā sniedz privātā sektora veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji.

Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu faktiskā izpilde no 2015.gada līdz 2017.gadam un plānotā finansējuma sadalījums 2018.gadam starp publisko un privāto sektoru ir redzams zemāk pievienotajās tabulās. No apkopotās informācijas redzams, ka privātais sektors nodrošina vairāk kā 70% no laboratoriskiem pakalpojumiem, kurus apmaksā no veselības aprūpes budžeta, savukārt publiskais sektors nodrošina vairāk kā 70% no valsts apmaksāto sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumiem un 100% no valsts apmaksātiem stacionāriem veselības aprūpes pakalpojumiem.

**Pakalpojumu apmaksa no veselības aprūpes valsts budžeta 2015.-2018.gadam**

|  |  |
| --- | --- |
|   | Pakalpojumu apmaksas faktiskā izpilde līguma ietvaros **2015.gadā** |
| **Kopā, EUR** | Publiskā sektora komersanti | Privātā sektora komersanti |
| Finansējums, EUR | *Īpatsvars no kopējā finanšu apjoma,%* | Finansējums, EUR | *Īpatsvars no kopējā finanšu apjoma,%* |
| **Ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksa** | **27 764 817.24** | 7 529 743.66 | *27.12* | 20 235 073.58 | *72.88* |
| **Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu apmaksa, t.sk.** | **147 502 320.42** | 106 227 190.68 | *72.02* | 41 275 129.74 | *27.98* |
| **Kvotētie pakalpojumi** | **147 502 320.42** | 106 227 190.68 | *72.02* | 41 275 129.74 | *27.98* |
| **Pakalpojumi, kuru finansējums "seko pacientam"** |  |  |  |  |  |
| **Stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu apmaksa** | **247 235 633.00** | 247 235 633.00 | *100.00* |   |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Pakalpojumu apmaksas faktiskā izpilde līguma ietvaros **2016.gadā** |
| **Kopā, EUR** | Publiskā sektora komersanti | Privātā sektora komersanti |
| Finansējums, EUR | *Īpatsvars no kopējā finanšu apjoma,%* | Finansējums, EUR | *Īpatsvars no kopējā finanšu apjoma,%* |
| **Ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksa** | **22 076 152.14** | 6 291 293.85 | *28.50* | 15 784 858.29 | *71.50* |
| **Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu apmaksa, t.sk.** | **150 461 450.27** | 108 670 490.79 | *72.22* | 41 790 959.48 | *27.78* |
| **Kvotētie pakalpojumi** | **150 177 989.49** | 108 413 079.77 | *72.19* | 41 764 909.72 | *27.81* |
| **Pakalpojumi, kuru finansējums "seko pacientam"** | **283 460.78** | 257 411.02 | *90.81* | 26 049.76 | *9.19* |
| **Stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu apmaksa** | **263 037 102.00** | 263 037 102.00 | *100.00* |   |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Pakalpojumu apmaksas faktiskā izpilde līguma ietvaros **2017.gadā** |
| **Kopā, EUR** | Publiskā sektora komersanti | Privātā sektora komersanti |
| Finansējums, EUR | *Īpatsvars no kopējā finanšu apjoma,%* | Finansējums, EUR | *Īpatsvars no kopējā finanšu apjoma,%* |
| **Ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksa** | **24 844 108.28** | 6 542 549.42 | *26.33* | 18 301 558.86 | *73.67* |
| **Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu apmaksa, t.sk.** | **172 464 813.76** | 123 527 080.43 | *71.62* | 48 937 733.33 | *28.38* |
| **Kvotētie pakalpojumi** | **171 343 070.97** | 122 720 242.15 | *71.62* | 48 622 828.82 | *28.38* |
| **Pakalpojumi, kuru finansējums "seko pacientam"** | **1 121 742.79** | 806 838.28 | *71.93* | 314 904.51 | *28.07* |
| **Stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu apmaksa** | **272 834 880.09** | 272 834 880.09 | *100.00* |   |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Plānotais finansējums **2018.gadā** |
| **Kopā, EUR** | Publiskā sektora komersanti | Privātā sektora komersanti |
| Finansējums, EUR | *Īpatsvars no kopējā finanšu apjoma,%* | Finansējums, EUR | *Īpatsvars no kopējā finanšu apjoma,%* |
| **Ambulatoro laboratorisko pakalpojumu apmaksa** | **27 818 480.00** | 7 219 886.00 | *25.95* | 20 598 594.00 | *74.05* |
| **Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu apmaksa, t.sk.** | **206 874 159.00** |   |  |   |  |
| **Kvotētie pakalpojumi** | **200 467 667.29** | 144 535 788.32 | *72.10* | 55 931 878.97 | *27.90* |
| **Pakalpojumi, kuru finansējums "seko pacientam"** | **6 406 491.71** |  |  |  |  |
| **Stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu apmaksa** | **342 791 543.00** | 342 791 543.00 | *100.00* |   |  |

Valsts kontrole 2016.gada 16.decembra Revīzijas ziņojumā “Vai ambulatorā veselības aprūpes sistēma Latvijā ir pilnveidojama?” norādīja: “Ņemot vērā to, ka ambulatoros pakalpojumus sniegt ir rentabli, kā arī to, ka publiskie pakalpojumu sniedzēji ir norādījuši, ka tās ir gatavas palielināt sniegto ambulatoro pakalpojumu apjomu, Valsts kontroles ieskatā ir jāizvērtē iespēja palielināt ambulatoro pakalpojumu kvotas publiskajām ārstniecības iestādēm, tā pilnvērtīgi izmantojot to kapacitāti, veicinot valsts un pašvaldību līdzekļu racionālu izmantošanu, kas arī radītu apstākļus publisko veselības aprūpes iestāžu pilnvērtīgai attīstībai un mazinātu speciālistu aizplūšanu uz privātajām ārstniecības iestādēm.”[[11]](#footnote-12)

Tādejādi Valsts kontrole no jauna rosināja diskusiju vai valsts ierobežota budžeta finansējuma apstākļos pietiekami racionāli izmanto sev un pašvaldībām piederošos resursus un uzlabo pakalpojumu pieejamību. Vienlaikus jāatzīmē, ka privāto pakalpojumu sniedzēju nozīmīgums veselības aprūpes sistēmā ir veidojies pietiekami ilgā laika posmā, un izriet no iepriekš veiktajām reformām, piemēram, ģimenes ārstu institūcijas izveide, kur lielākā daļa ģimenes ārstu veselības aprūpi nodrošina kā privātie pakalpojumu sniedzēji. Tajā pašā laikā tika uzsākta un turpināta slimnīcu tīkla reforma, kuras rezultātā 13 slimnīcas ir definētas kā augstas intensitātes stacionārās ārstniecības iestādes.

Darba grupas ietvaros tika diskutēts par nepieciešamību valstī uzturēt stratēģiski svarīgas ārstniecības iestādes un nodrošināt stratēģiski svarīgus veselības aprūpes pakalpojumus, diskutēts par privātā pakalpojuma sniedzēja lomu Latvijas veselības aprūpes sistēmā. Jāatzīmē, ka privātos pakalpojumu sniedzējus pārstāvošā asociācija VADDA norādīja, ka svarīgi saglabāt līdzsvaru starp publisko un privāto pakalpojumu sniedzēju, nedalot veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju pēc juridiskās formas vai īpašnieka, un ļaut pacientam pašam izvēlēties ārstniecības iestādi, svarīgi būtu nodrošināt, ka publisko pakalpojumu sniedzēji neinvestē jaunās komercdarbības iniciatīvās, kā arī uzsvēra, ka nepieciešams attīstīt publisko un privāto partnerību veselības aprūpes nodrošināšanā[[12]](#footnote-13).

**Secinājumi**

1.ES valstīs var izšķirt divus galvenos veselības aprūpes sistēmu veidus: uz apdrošināšanu un uz nodokļiem balstītās integrētās veselības aprūpes sistēmas.

2.Visas ziņojumā apskatītās ES valstis turpina pilnveidot veselības aprūpes sistēmu un šajās valstīs veselības aprūpes pakalpojumus sniedz gan publiskais, gan privātais sektors.

3.ES nav veikts pētījums, salīdzinot publiskā un privātā sektora partnerību veselības aprūpē, iespējams tāpēc, ka šī sadarbība izriet no katras valsts veselības aprūpes sistēmas organizācijas un praktiski ir grūti salīdzināma.

4. Latvijā jau šobrīd valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus sniedz gan publiskais, gan privātais sektors.

5. Latvijā veselības aprūpe tiek finansēta no valsts budžeta līdzekļiem, pacientu līdzmaksājumiem, kā arī pacientam ir iespējas saņemt maksas veselības aprūpes pakalpojumus, kurus sedz pacients vai trešā persona (apdrošinātājs).

6. Latvijā veselības aprūpē darbojas valsts regulēts veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju tirgus, piemēram, ir noteiktas obligātās prasības veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, tiek regulēta pakalpojuma cena, noteikts ārstniecības iestāžu saraksts, kurās valsts pērk slimnīcu līmeņa aprūpi.

7. Latvijas ziņojumā par augstas intensitātes stacionāro ārstniecības iestāžu kartējumu un attīstību ietverts Latvijai stratēģiski svarīgs stacionāro ārstniecības iestāžu plānojums valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai.

8. Latvijā šogad vidēji no valsts budžeta apmaksātos sekundāros ambulatoros veselības aprūpes pakalpojums nodrošināšanās: publiskais pakalpojumu sektors 72,10% apmērā, bet privātais sektors 27,9% apmērā. 2018.gadā plānots, ka privātais sektors nodrošina vairāk kā 70% no laboratoriskiem pakalpojumiem, kurus apmaksā no veselības aprūpes budžeta, savukārt publiskais sektors nodrošina vairāk kā 70% no valsts apmaksāto sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumiem un 100% no valsts apmaksātiem stacionāriem veselības aprūpes pakalpojumiem. Privātās ārstniecības iestādes jau šobrīd sniedz terciārā līmeņa pakalpojumus (piemēram, mikroķirurģijas pakalpojumi, neauglības ārstēšanas pakalpojumi).

9. Latvijā spēkā esošais normatīvais regulējums nosaka, ka, sniedzot valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus, nav svarīga veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja piederība kādai konkrētai juridiskā statusa formai.

10. Veselības aprūpes sistēmā svarīgākais ir pacients, viņa izvēle, kas balstīta uz veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti un pieejamību.

11. Veselības aprūpes finansējums ir nepietiekams, tai skaitā terciārā līmeņa pakalpojumu nodrošināšanai un jo īpaši jaunu pakalpojumu ieviešanai, tāpēc balstoties uz izvērtējumu, jāattīsta publiskā un privātā partnerība privāto pakalpojumu sniedzēju finanšu un cilvēkresursu piesaistei.

**Darba grupas priekšlikumi valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanā publiskajās un privātajās ārstniecības iestādēs**

1. Saglabāt un attīstīt publiskā un privātā sektora pozitīvo sadarbību un investīciju piesaisti veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai.

2. Uzturēt valstij stratēģiski svarīgo veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju struktūru atbilstoši sistēmiski svarīgo ārstniecības iestāžu kartējumam un veselības aprūpes attīstības reformai.

3.Veicot valsts finansēto veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlasi, balstīties uz šādiem galvenajiem veselības aprūpes kritērijiem:

- veselības aprūpes kvalitāte;

- veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība (gan finansiālā pieejamība, gan ģeogrāfiskā pieejamība, gan arī organizatoriskā un administratīvā pieejamība);

- veselības aprūpes pakalpojumu efektivitāte;

- cilvēkresursi (pakalpojuma sniegšanā iesaistītā personāla nodrošinājums).

4. Nākamajos gados turpināt iesākto praksi valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu iepirkšanā, pēc iespējas ieviešot stratēģisko iepirkumu un tādējādi finansējuma novirzīšanu veselības aprūpei sasaistīt ar rezultātu.

5. Pakāpeniski pilnveidot valsts finansēto pakalpojumu sniedzēju atlasi un ņemot vērā veicamā iepirkuma specifiku pēc iespējas:

- nolikumu izstrādē piesaistīt attiecīgo jomu veselības aprūpes speciālistus gan no publiskā, gan privātā sektora;

- noteikt prasības gan pakalpojuma apjomam, gan kvalitātei;

- izvērtēt veselības aprūpes pakalpojuma sniedzēja veiktos ieguldījumus pirms jaunu sadarbības partneru izvēles, lai izvairītos no situācijām, kad ārstniecības iestāde nopērk, piemēram, diagnostikas aparatūru un tad “pieprasa” nodrošināt valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus;

- saglabāt prasības pakalpojuma sniedzējam nodrošināt pacientu informēšanu par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību konkrētajā ārstniecības iestādē, kurā vērsies pacients;

- iekļaut prasības pakalpojumu sniedzējam nodrošināt pacienta drošību, saņemot veselības aprūpes pakalpojumu;

- uzsākt kompleksu veselības aprūpes pakalpojumu iepirkšanu (integrētā aprūpe), kas nodrošinās pacientam nepieciešamā veselības aprūpes pakalpojuma nepārtrauktību un racionālu resursu izmantošanu (piemēram, ginekoloģijā iepērk vienotā paketē grūtnieces aprūpi, dzemdību palīdzību un pēcdzemdību aprūpi tur kur to pieļauj ārstniecības iestāžu izvietojums);

- NVD slēdzot līgumus ar veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju, neatkarīgi no pakalpojumu sniegšanas institūcijas, piemērot vienādus līguma nosacījumus, t.sk. pakalpojuma sniegšanā iesaistītām personām jābūt nodarbinātām tikai uz darba līguma pamata. Speciālisti var brīvi izvēlēties vienu pakalpojuma sniegšanas vietu NVD līguma ietvaros, tādejādi maksimāli nodrošinot gan ambulatorā, gan stacionārā veselības aprūpes pakalpojuma pieejamību vienā ārstniecības iestādē, palielinot racionālu cilvēkresursu noslogojumu. Izņēmuma gadījumā, lai nodrošinātu vienmērīgu valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, speciālistam var saglabāt iespēju strādāt vairāk kā pie viena darba devēja, ja tas tiek saskaņots ar NVD. Šāda pieeja palīdzēs visiem darba devējiem (gan privātajiem, gan publiskajiem) rēķināties ar noteiktu specialistu resursu un plānot savus pakalpojumus, nepieciešamības gadījumā laicīgi koriģējot NVD līgumu.

6. Nodrošināt vienlīdzīgu attieksmi gan pret publiskajiem, gan pret privātajiem veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem veicot atlasi valsts finansētu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā.

7. Noteikt, ka veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, kuri pretendē uz valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, neatkarīgi no to īpašuma formas (publiskais vai privātais), veicot lielo tehnoloģiju (medicīnas aparatūras) iepirkumu, tas jāsaskaņo ar NVD.

Veselības ministre A.Čakša

Eglīte 67876091

Leonora.Eglite@vm.gov.lv

1. Mudīte Luksa “Publiskā un privātā partnerība: ceļš uz satikšanos” sadaļa “Uzziņai” (<http://www.kvestnesis.lv/index.php?menu=doc&id=154053>); [↑](#footnote-ref-2)
2. Eiropas veselības ekspertu diskusija “Best practices and potential pitfalls in public health sector commissioning from private providers” (<https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/docsdir/014_publichealthsector_privateproviders_en.pdf>); [↑](#footnote-ref-3)
3. Eiropas Sociālā fonda pētījums “Veselības aprūpes sistēmas - Eiropas valstu pieredze” (<http://www.sif.gov.lv/nodevumi/nodevumi/4980/Makets_Petijums_ES_pieredze.pdf>); [↑](#footnote-ref-4)
4. Eiropas Sociālā fonda pētījums “Veselības aprūpes sistēmas - Eiropas valstu pieredze” (4.-7.lpp.) (<http://www.sif.gov.lv/nodevumi/nodevumi/4980/Makets_Petijums_ES_pieredze.pdf>); [↑](#footnote-ref-5)
5. Eiropas Sociālā fonda pētījums “Veselības aprūpes sistēmas - Eiropas valstu pieredze” (28.-32.lpp.) http://www.sif.gov.lv/nodevumi/nodevumi/4980/Makets\_Petijums\_ES\_pieredze.pdf [↑](#footnote-ref-6)
6. Eiropas Sociālā fonda pētījums “Veselības aprūpes sistēmas - Eiropas valstu pieredze” (33.-37.lpp.) http://www.sif.gov.lv/nodevumi/nodevumi/4980/Makets\_Petijums\_ES\_pieredze.pdf [↑](#footnote-ref-7)
7. Eiropas Sociālā fonda pētījums “Veselības aprūpes sistēmas - Eiropas valstu pieredze” (22.-27.lpp.) http://www.sif.gov.lv/nodevumi/nodevumi/4980/Makets\_Petijums\_ES\_pieredze.pdf [↑](#footnote-ref-8)
8. Pasaules Bankas pētījuma ziņojums „Veselības politikas rekomendācijas Latvijai” [↑](#footnote-ref-9)
9. Veselības ministrijas 20.12.2016. informatīvais ziņojums “Par sistēmiski svarīgo ārstniecības iestāžu kartējumu un attīstības reformu” [↑](#footnote-ref-10)
10. Ministru kabineta 2018.gada 23.janvāra noteikumu Nr.56 “Noteikumi par darbības programmas "Izaugsme un nodarbinātība" 9.3.2. specifiskā atbalsta mērķa "Uzlabot kvalitatīvu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, jo īpaši sociālās, teritoriālās atstumtības un nabadzības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem, attīstot veselības aprūpes infrastruktūru" projektu iesniegumu atlases trešo kārtu” anotācija [↑](#footnote-ref-11)
11. <http://www.lrvk.gov.lv/uploads/reviziju-zinojumi/2015/2.4.1-11_2015/revizijas_zinojums__vm_30122016.pdf> [↑](#footnote-ref-12)
12. darba grupas materiālos pieejama visa VADDA argumentācija [↑](#footnote-ref-13)