

/PVO emblēma/ **Pasaules Veselības organizācija**  
**Eiropas reģionālais birojs**

**PVO pārskats par veselības aprūpes finansēšanas politiku Latvijā –  
iespējas un izaicinājumi starptautiskās pieredzes kontekstā**

**2016. gada jūlijs**

**levads**

Latvijas veselības ministrs pieprasīja PVO ekspertu konsultāciju par pašreizējās veselības aprūpes finansēšanas politikas izaicinājumiem un reformu iespējām starptautiskās pieredzes un tās pielietojamības valsts situācijai kontekstā. Atsaucoties uz šo pieprasījumu, PVO Barselonas Biroja veselības aprūpes sistēmu stiprināšanai Veselības aprūpes sistēmu un sabiedrības veselības nodaļa ar Eiropas Veselības aprūpes sistēmu un politiku novērošanas biroja atbalstu uzaicināja Veselības un Finanšu ministrijas delegāciju uz konsultatīvu tikšanos par reformu piedāvājumiem un atbilstošas pieredzes dažādās Eiropas valstīs apmaiņai.

**Pēdējo gadu laikā PVO ir sniegusi komentārus par plānoto obligātās veselības apdrošināšanas ieviešanu Latvijā.** Viens no galvenajiem šo ziņojumu secinājumiem bija, ka nav neapgāžamu argumentu par labu uz darba algu (iedzīvotāju ienākuma nodokļa) balstītas obligātās veselības apdrošināšanas sistēmas ieviešanai Latvijā, īpaši finanšu krīzes laikā un īsi pēc tās, kad ekonomiskā politika deva priekšroku darbaspēku nodokļu sloga samazināšanai. Tomēr ziņojumos tāpat tika uzsvērts, ka ir iespējami politiski iemesli reformai, kas iespējas saņemt pakalpojumus saista ar veiktajiem maksājumiem (t. i., ieviest sociālo veselības apdrošināšanu), taču tādā gadījumā tā būtu ieviešama tādējādi, lai mazinātu piekļuves veselības aprūpei sašaurināšanās risku un atstātu pamatbudžetu kā galveno finansējuma avotu ar nelielu individuālo veselības apdrošināšanas iemaksu īpatsvaru kopējā finansējumā.

**2012. gadā PVO iesniedza „Apsveramu desmit punktu piedāvājumu” attiecībā uz veselības aprūpes finansēšanas politiku plānotās obligātās veselības apdrošināšanas ieviešanas kontekstā.** Šīs rekomendācijas vēl arvien ir spēkā gadījumam, ja valdība izlemj turpināt obligātās veselības apdrošināšanas ieviešanu, kas ir apturēta kopš 2012. gada. Pat ja valdība izvēlētos citu veselības aprūpes finansēšanas reformas ceļu, vispārējās rekomendācijas par budžeta izdevumu līmeni veselības aprūpei un nepieciešamību pilnveidot finansiālo aizsardzību pret veselības pasliktināšanās izmaksām paliek spēkā, un šis ziņojums sniedz papildu pierādījumus, kas pamato minētās rekomendācijas.

**Finanšu krīzes laikā Latvijas valdība spēra nozīmīgus soļus pareizajā virzienā, mīkstinot smagās finanšu krīzes iespaidu un apgūstot potenciālos efektivitātes ieguvumus.** Ir ticis atzīts, ka, krīzei skarot valsti, Latvijai nebija citas izvēles kā samazināt budžeta izdevumus. Līdz ar to Latvija koncentrējās uz to, kā vislabāk izmantot pieejamos resursus, veicot pasākumus, kas piešķirta salīdzinošu prioritāti primārajai aprūpei, būtiskāko medikamentu apmaksai un ambulatorajiem speciālistu pakalpojumiem, vienlaikus samazinot slimnīcu kapacitāti, kas bija daudz augstāka par ES un salīdzināmu valstu vidējiem rādītājiem. Pasaules Bankas izstrādātā Sociālās drošības tīkla stratēģija nodrošināja papildu aizsardzību un budžeta līdzekļu sekmīgāku novirzīšanu trūcīgajiem. Šiem pasākumiem bija potenciāls, lai paaugstinātu efektivitāti, nodrošinātu solidaritāti un politikas uzmanības centrā paturētu veselības aprūpes sistēmas snieguma paaugstināšanu.

**Pēc budžeta konsolidācijas PVO valdībai ieteica pieejamā budžeta ietvaros veselības aprūpei piešķirt augstāku prioritāti.** 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. Mūsu 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.

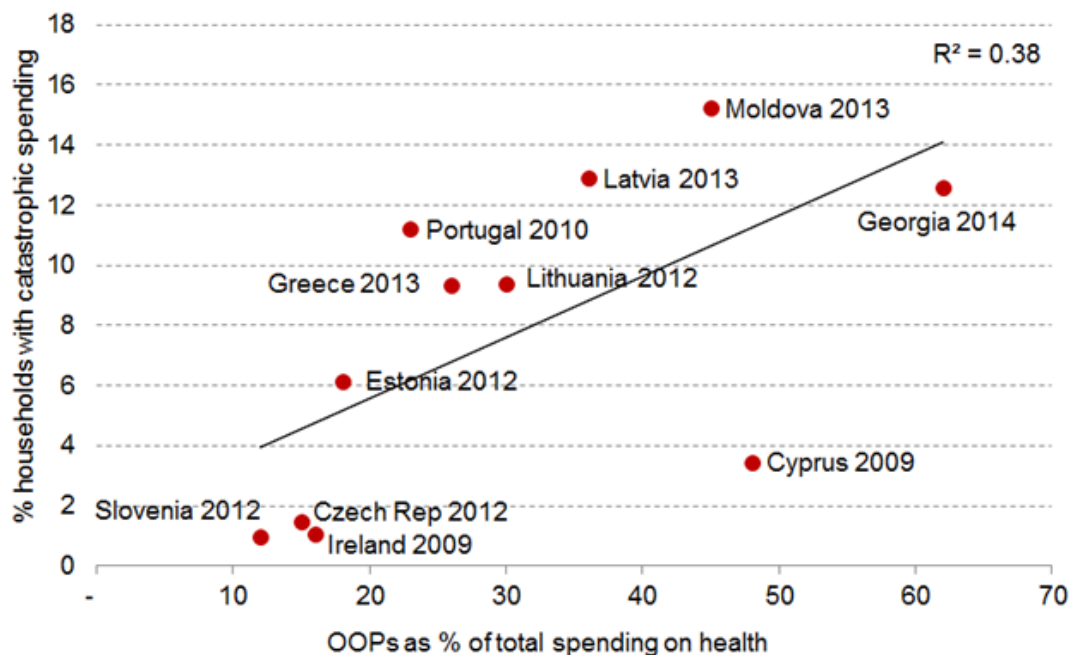
**Plāns ieviest obligāto veselības apdrošināšanu 2012. gadā solīja radīt papildu ieņēmumus veselības aprūpes sektoram.** Ja pats plāns palielināt budžeta tēriņus veselības aprūpei guva PVO atbalstu, tad izvēlētais instruments iekļāva risku nodokļus nemaksājošās iedzīvotāju grupas izslēgt no budžeta finansētās veselības apdrošināšanas. 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. Mūsu 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.

## Latvijai jāpilnveido finansiālā aizsardzība pret veselības pasliktināšanās izmaksām

**Pacientu tiešie maksājumi Latvijā ir starp augstākajiem Eiropā** – trešie augstākie Eiropas Savienībā –, un tiem ir būtisks negatīvs iespaids uz finansiālo aizsardzību (līmeni, kurā mājsaimniecības izjūt finansiālas grūtības, izmantojot veselības aprūpes pakalpojumus). Finansiālā aizsardzība ir nozīmīgs veselības aprūpes sistēmas snieguma rādītājs līdz ar nenosegto nepieciešamību pēc veselības aprūpes.

**Latvijas veselības aprūpes sistēmā finansiālā aizsardzība ir vāja.** Finansiālais slogs, raugoties pēc to gadījumu biežuma, kad pacientu tiešie maksājumi ir katastrofiski augsti un noved pie nabadzības, salīdzinājumā ar citām valstīm ir augsts. Aktuāla analīze liek izdarīt secinājumu, ka būtiska Latvijas iedzīvotāju daļa saskaras ar finansiāliem sarežģījumiem veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanas rezultātā. 2013. gadā apmēram 13 % mājsaimniecību piedzīvojušas katastrofālus pacientu tiešos maksājumus. Tas salīdzinājumā ar citām valstīm Eiropā ir augsts rādītājs, kā redzams 1. tabulā.

### 1. tabula. Katastrofālu pacientu tiešo maksājumu biežums atsevišķās Eiropas valstīs 2013. gadā vai tuvākajā gadā, par ko pieejami dati



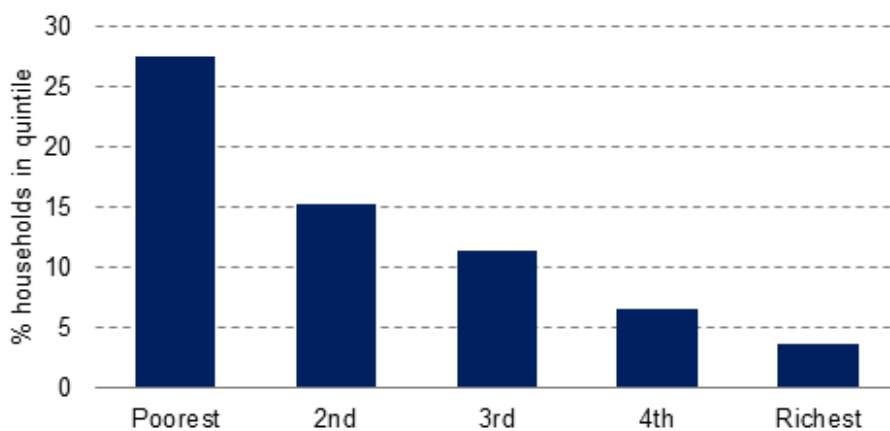
/vertikālā aile – „mājsaimniecību īpatsvars procentos, kas saskārušās ar katastrofāliem maksājumiem”; horizontālā aile – „pacientu tiešo maksājumu procentuālais īpatsvars kopējos veselības aprūpes izdevumos”; tabulas lauks (no augšas uz leju): „R<sup>2</sup> = 0,38; Moldova 2013; Latvija 2013; Gruzija 2014; Portugāle 2010; Lietuva 2012; Grieķija 2013; Igaunija 2012; Kipra 2009; Čehija 2012; Īrija 2009; Slovēnija 2012”/

Avots: PVO Barselonas Birojs veselības aprūpes sistēmu stiprināšanai, 2016. gads

**Finansiālās grūtības ir ārkārtīgi koncentrētas starp trūcīgākajām mājsaimniecībām un pensionāriem, un tās lielā mērā nosaka pacientu tiešie**

**maksājumi par ambulatorajām zālēm.** Ar katastrofāliem pacientu tiešajiem maksājumiem saskaras cilvēki visos ienākumu līmeņos, bet tie ir ārkārtīgi koncentrēti trūcīgāko cilvēku vidū. 2013. gadā gandrīz 27 % no trūcīgākās piektdaļas mājsaimniecību piedzīvoja katastrofālus pacientu tiešos maksājumus, salīdzinot ar 4 % starp turīgāko piektdaļu (2. tabula). Tuvu 70 % cilvēku, kas saskaras ar katastrofāliem pacientu tiešajiem maksājumiem, ir pensionāri. Tiešie pacientu maksājumi par ambulatorajām zālēm un medicīniskajiem produktiem ir vienīgais lielākais finansiālu grūtību iemesls, vidēji 2013. gadā sastādot 75 % no katastrofālajiem pacientu tiešajiem maksājumiem, un pieaugot pāri par 80 % trūcīgākajā pusē iedzīvotāju (3. tabula).

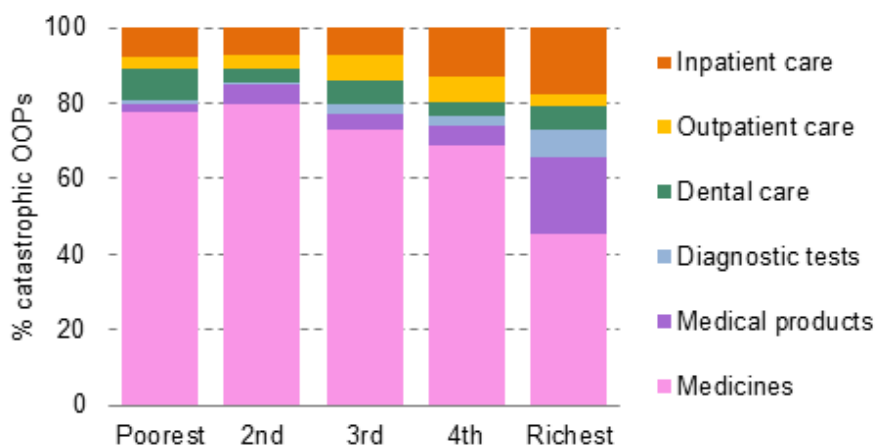
**2. tabula. Mājsaimniecību, kas saskārušās ar katastrofāliem pacientu tiešajiem maksājumiem, sadalījums pēc kvintilēm**



/vertikālā aile: „mājsaimniecību procents kvintilē”; horizontālā aile: „trūcīgākā; otrā; trešā, ceturtā, bagātākā”/

Avots: PVO Barcelonas Birojs veselības aprūpes sistēmu stiprināšanai, 2016. gads

**3. tabula. Katastrofālu pacientu tiešo maksājumu sadalījums pēc veselības aprūpes pakalpojuma veida pa kvintilēm**



/kreisā vertikālā aile: „katastrofisko pacientu tiešo maksājumu procents”; horizontālā aile: „trūcīgākā; otrā; trešā, ceturtā, bagātākā”; labā vertikālā aile: „stacionārā aprūpe; ambulatorā aprūpe, zobārstniecība; diagnostiskās pārbaudes; medicīniskie produkti; zāles”/

Avots: PVO Barcelonas Birojs veselības aprūpes sistēmu stiprināšanai, 2016. gads

**Finansiālo sarežģījumu biežums Latvijā atspoguļo zemo budžeta izdevumu līmeni veselības aprūpei un izstrādātās līdzmaksājumu politikas trūkumus, īpaši ambulatorās medicīnas jomā.** Līdzmaksājumi ir piemērojami gandrīz visiem veselības aprūpes pakalpojumiem, ieskaitot lielāko daļu izrakstāmo ambulatoro zāļu. Vienīgi ārkārtīgi trūcīgas mājsaimniecības (ar ienākumiem zem € 128 uz personu mēnesī) ir atbrīvotas no līdzmaksājumiem par zālēm. Pat tām nedaudzajām mājsaimniecībām ar zemiem ienākumiem (no € 171 līdz € 213 uz personu mēnesī), kam bija samazināti līdzmaksājumi par daudziem veselības aprūpes pakalpojumiem 2010. un 2011. gadā, tai laikā bija jāmaksā pilni tiešie maksājumi par zālēm.

**Pensionāriem ir īpaši augsts risks nonākt finansiālās grūtībās, pasliktinoties veselības stāvoklim.** Pensionāriem, kuri sastāda 70 % cilvēku, kas saskaras ar katastrofāliem tiešajiem maksājumiem, tāpat ir jāmaksā visi līdzmaksājumi, ja vien viņu ienākumi nav zem € 128 uz personu mēnesī. Lai gan pastāv līdzmaksājumu maksimums („griesti”) stacionārajiem, ambulatorajiem un diagnostiskajiem pakalpojumiem, tas ir noteikts ļoti augstā līmenī - € 356 par hospitalizācijas reizi un € 569 personai gadā kopumā. Nav „griestu” tiešajiem maksājumiem, kas izriet no līdzmaksājumiem par zālēm.

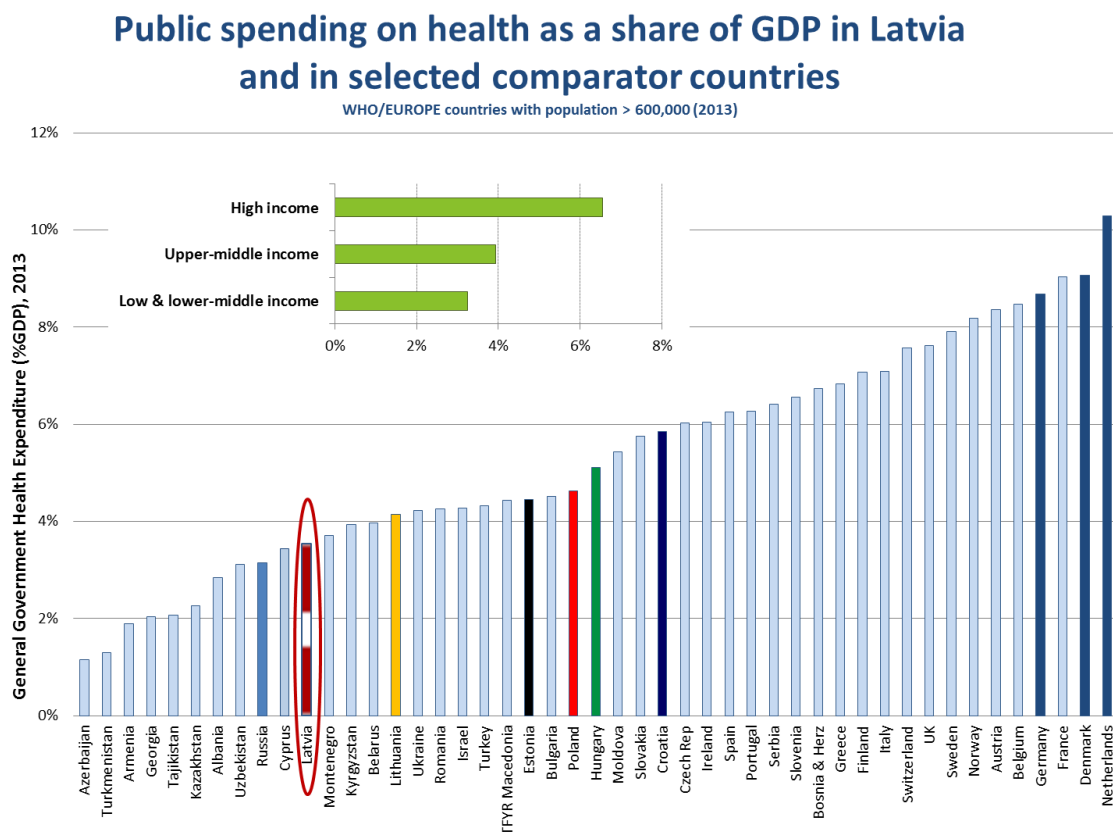
**Pacientu tiešie maksājumi par ambulatorajām zālēm nopietni grauj finansiālo aizsardzību Latvijā un var arī būt nozīmīgs nesegto vajadzību faktors. Politikas uzmanība prioritāri būtu jākoncentrē uz nepieciešamo ambulatoro zāļu pieejamības palielināšanu un izmaksu samazināšanu par tām.** Šai nolūkā būtu veicami šādi politikas pasākumi:

- ieviest papildu izrakstīto zāļu līdzmaksājumu izņēmumus trūcīgām mājsaimniecībām un cilvēkiem ar hroniskām saslimšanām, kas pastāvīgi spiesti veikt tiešos maksājumus;
- iekļaut tiešos maksājumus par zālēm kā ikgadējo līdzmaksājumu „griestu” sastāvdaļu;
- būtiski pazemināt ikgadējo līdzmaksājumu „griestus”, lai cilvēki nepiedzīvotu katastrofiskus tiešos maksājumus pirms to sasniegšanas, vai arī noteikt tos proporcionāli mājsaimniecību ienākumiem, nevis kā fiksētu summu;
- nodrošināt, lai visi līdzmaksājumu politikas aspekti būtu izstrādāti, balstoties uz realitāti un starptautisko pieredzi;
- tiekties samazināt zāļu cenas un sekmēt racionālu zāļu izrakstīšanu, dozēšanu un lietošanu, racionalizēt citus veselības aprūpes pakalpojumus.

## Latvijai jāpaaugstina budžeta izdevumi veselības aprūpei, lai nodrošinātu finansiālo aizsardzību un līdztiesību pakalpojumu pieejamībā

Latvijā ir viens no zemākajiem budžeta izdevumu līmeņiem veselības aprūpei Eiropā. Jaunākie apstiprinātie veselības aprūpes statistikas dati ļauj izdarīt secinājumu, ka 2014. gadā Latvijas budžeta izdevumi veselības aprūpei bija 3,7 % no IKP. Aktuālās Veselības ministrijas iesniegtās prognozes liecina, ka šis skaitlis 2015. gadā turpinājis samazināties. Tas ir ļoti tuvu tam, kādu IKP daļu valsts tērēja 2005. gadā. Vidējie rādītāji ES bija 5,9 % no IKP 2005. gadā un 6,4 % – 2014. gadā. Ja mēs Latviju salīdzinām ar valstīm, kam ir līdzīgs ekonomiskās attīstības līmenis, atšķirība vēl joprojām ir ievērojama – starp 0,6 un 2,3 procentpunktiem (4. un 5. tabula).

### 4. tabula. Budžeta izdevumi veselības aprūpei kā procentuālā daļa no IKP PVO Eiropas reģionā (2013. gads)



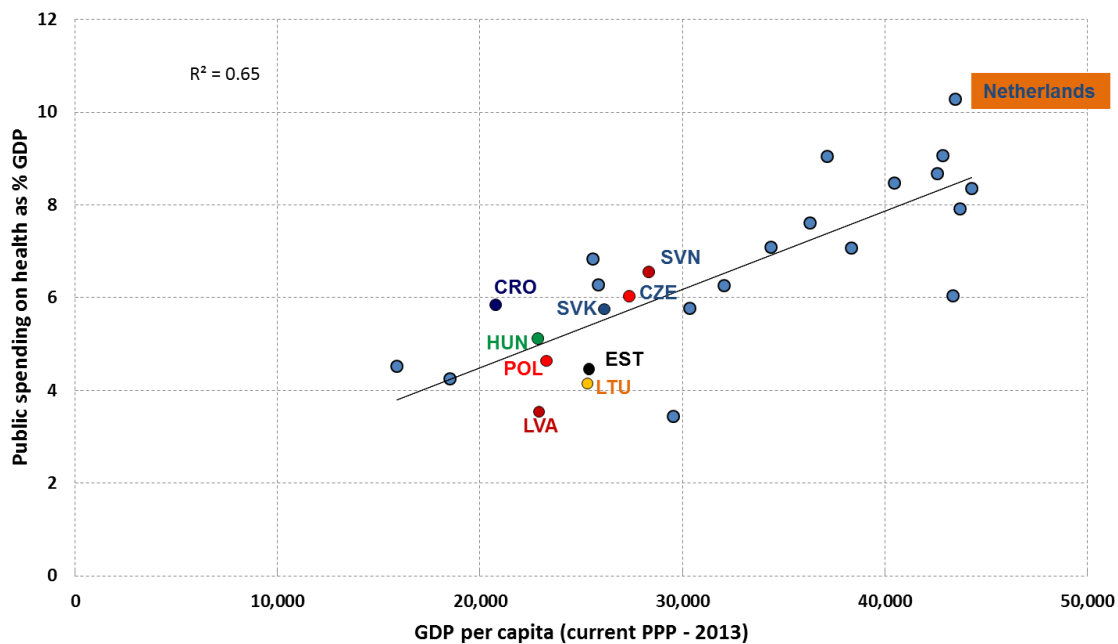
/virsraksts: „Budžeta izdevumi veselības aprūpei kā procentuālā daļa no IKP Latvijā un izraudzītās valstīs salīdzinājumam – PVO /EIROPAS valstis ar iedzīvotāju skaitu virs 600.000 (2013. gads)”; vertikālā aile: „Kopējie budžeta izdevumi veselības aprūpei (procenti no IKP), 2013. gads”; horizontālā aile: „Azerbaidžāna; Turkmenistāna; Armēnija; Gruzija; Tadžikistāna; Kazahstāna; Albānija; Uzbekistāna; Krievija; Kipra; Latvija; Melnkalne; Kirgizstāna; Baltkrievija; Lietuva; Ukraina; Rumānija; Izraēla; Turcija; Maķedonija; Igaunija; Bulgārija; Polija; Ungārija; Moldova; Slovākija; Horvātija; Čehija; Īrija; Spānija; Portugāle; Serbija; Slovēnija; Bosnija un Hercegovina; Grieķija; Somija; Itālija; Šveice; Apvienotā Karaliste; Zviedrija; Norvēģija; Austrija; Beļģija; Vācija; Francija; Dānija; Nīderlande”;

tabulas lauks: „augsti ienākumi – augstāki ienākumi par vidējiem – zemi un zemāki par vidējiem ienākumi”/

Avots: PVO datu bāze, 2015. gads

## 5. tabula. Budžeta izdevumi veselības aprūpei un IKP uz iedzīvotāju Eiropas Savienības dalībvalstīs ar dažām salīdzinājumam izceltām valstīm

# Public spending on health is far below comparator countries and EU trendline

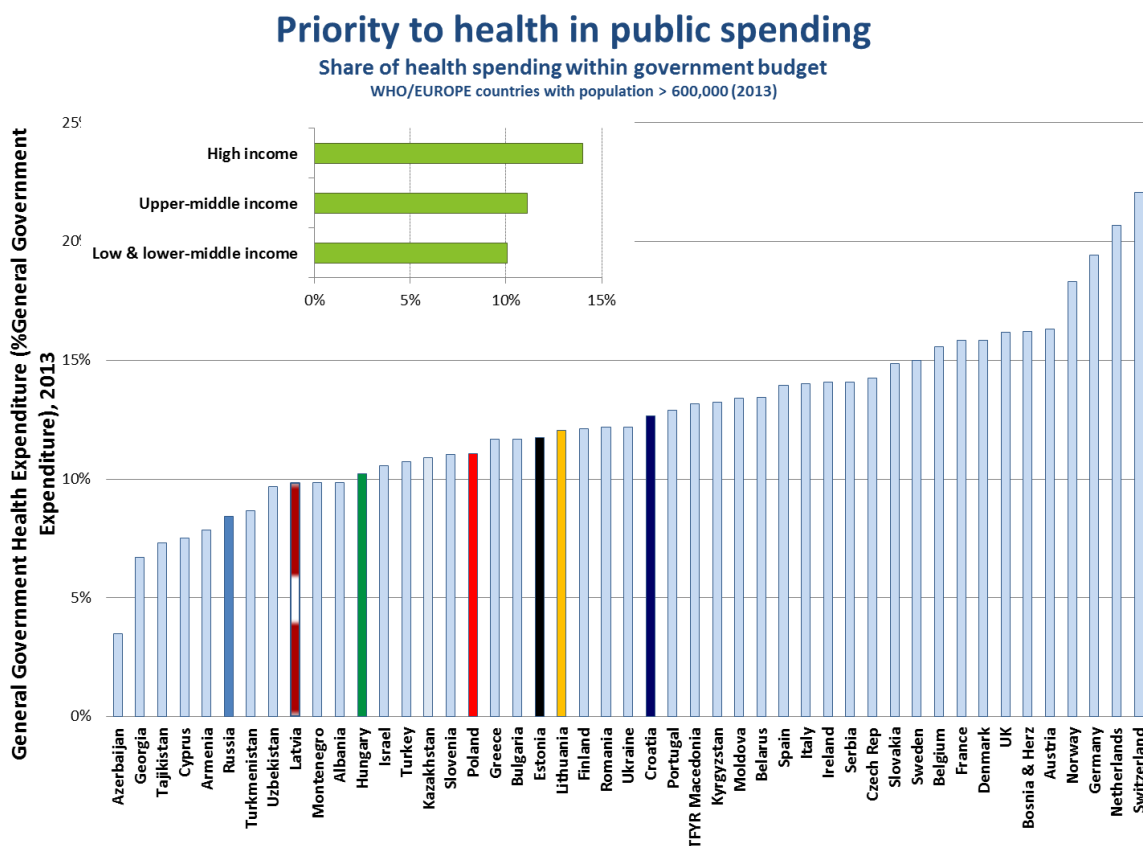


/virsraksts: „Budžeta izdevumi veselības aprūpei ir dziļi zem salīdzināmu valstu līmeņa un ES tendencēm”; vertikālā aile: „Budžeta izdevumi veselības aprūpei kā procenti no IKP ”; horizontālā aile: „IKP uz iedzīvotāju (atbilstoši pašreizējai pirktspējas paritātei – 2013. gads)”; tabulas lauks (no augšas un leju: „ $R^2 = 0,65$ ; Nīderlande; Slovēnija; Čehija; Horvātija; Slovākija; Ungārija; Polija; Igaunija; Lietuva; Latvija”/

Avots: PVO datu bāze, 2015. gads

**Latvijas valdība veselības aprūpei piešķir ļoti zemu prioritātes pakāpi, ievērojot budžeta izdevumu daļu, kas tai paredzēta.** 2013. gadā Latvijas valdība veselības aprūpei tērēja 9,8 % budžeta (6. tabula). Pretstatā tam tai pašā gadā Lietuva un Igaunija veselības aprūpei tērēja ap 12 % visu valdības izdevumu, Horvātija – tuvu 13 %, bet Slovākija – 15 %. Ja Latvijas valdība veselības aprūpei no sava budžeta atvēlētu pieticīgus 12 %, tās tēriņi šim nolūkam būtu virs 4 % no IKP, kas ir vairāk, nekā pašreizējā valdība nospraudusi kā 2020. gadā sasniedzamu mērķi. PVO mudina Latvijas valdību pārskatīt tās nosprausto veselības aprūpes finansējuma mērķi attiecībā pret IKP un tiekties pēc salīdzinoši pieticīgiem 5 % 2020. gadā, lai samazinātu plaisu starp pašreizējiem izdevumiem un tendencēm, kas atspoguļojas 5. tabulā. Tas ļautu būtiski uzlabot finansiālo aizsardzību, ja tiktu īstenots līdz ar sabiedrības trūcīgo slāņu aizstāvības politiku.

6. tabula. Veselības aprūpes izdevumu daļa budžetā PVO Eiropas reģiona valstīs ar vidējiem rādītājiem ienākumu grupās un izraudzītām izceltām valstīm salīdzinājumam



/virsraksts: „Veselības aprūpes prioritāte budžeta izdevumos – Veselības aprūpes daļa valsts budžetā – PVO /EIROPAS valstīs ar iedzīvotāju skaitu virs 600.000 (2013. gads)”; vertikālā aile: „Kopējie budžeta izdevumi veselības aprūpei (procenti no kopējiem budžeta izdevumiem), 2013. gads”; horizontālā aile: „Azerbaidžāna; Gruzija; Tadžikistāna; Kipra; Armēnija; Krievija; Turkmenistāna; Uzbekistāna; Latvija; Melnkalne; Albānija; Ungārija; Izraēla; Turcija; Kazahstāna; Slovēnija; Polija; Grieķija; Bulgārija; Igaunija; Lietuva; Somija; Rumānija; Ukraina; Horvātija; Portugāle; Maķedonija; Kirgizstāna; Moldova; Baltkrievija; Spānija; Itālija; Īrija; Serbija; Čehija; Slovākija; Zviedrija; Beļģija; Francija; Dānija; Apvienotā Karaliste; Bosnija un Hercegovina; Austrija; Norvēģija; Vācija; Nīderlande; Šveice”; tabulas lauks: „augsti ienākumi – augstāki ienākumi par vidējiem – zemi un zemāki par vidējiem ienākumi”/

Avots: PVO datu bāze, 2015. gads

**Augstākas prioritātes piešķiršana veselības aprūpei visnotaļ varētu mazināt plaisu starp Latviju un salīdzināmām valstīm Eiropas Savienībā un ārpus tās.** Ievērojot vēsturiskās tendences un pašreizējo attīstību, šāda izdevumu paaugstināšana veselības aprūpei nešķiet ticama, ja nenotiek paradigmu maiņa publiskās politikas prioritātēs un konkrēti – veselības aprūpes sektorā. Kad valsts atkopās pēc finanšu krīzes un bija konstatējams neliels IKP pieaugums pēdējos gados, veselības aprūpes sektors turpināja zaudēt izdevumus budžeta pozīcijās, un pašreizējās reformas, kuru mērķis ir paaugstināt veselības aprūpes sektora efektivitāti, nav novedušas pie augstāka politiskā atbalsta līmeņa augstāku budžeta

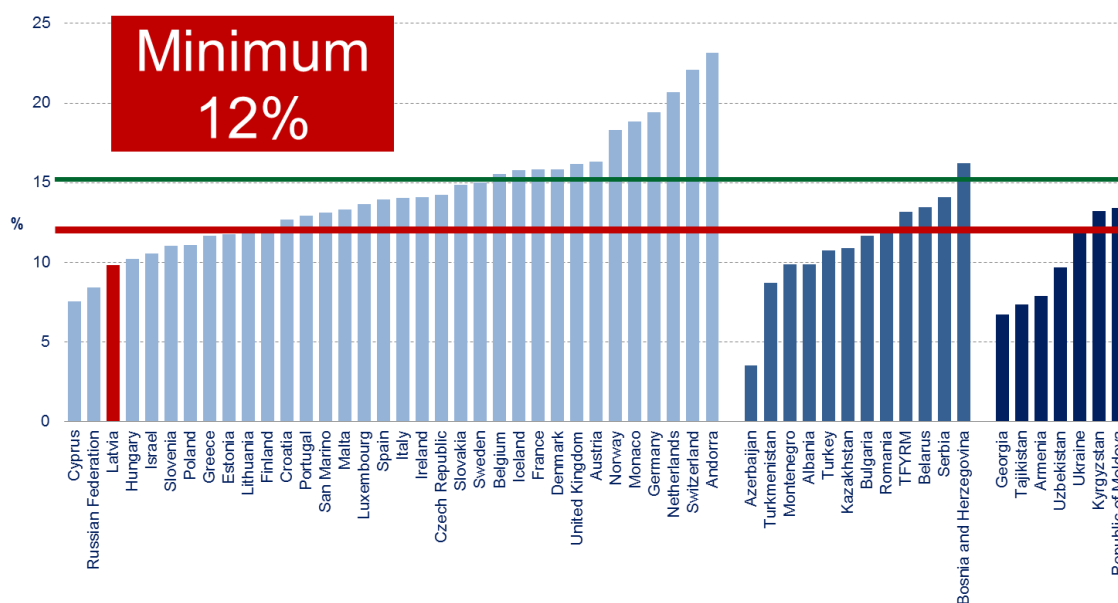


tēriņu veselības aprūpei veidā. PVO iesaka PVO Eiropas reģiona valstīs vismaz 12 % budžeta izdevumu paredzēt veselības aprūpei. Vienīgi dažas valstis ar augstu ienākumu līmeni atrodas zem šī sliekšņa (7. tabula). Ambiciozāks 14 % mērķis ļautu sasniegt veselības aprūpes izdevumus 5 % līmenī no IKP, nepalielinot budžeta ieņēmumus papildu nodokļu ieviešanas rezultātā. 8. tabulā parādīts, kā Ekonomiskās sadarbības un attīstības organizācijas (OECD) dalībvalstis ļāva veselības aprūpes sektoram panākt lielāku budžeta izdevumu daļu uz citu sektoru rēķina, izņemot sociālo aizsardzību (ieskaitot pensijas). Tas vienlaikus parāda nabadzības samazināšanas politikas prioritātes un veselības pakalpojumu pieejamības nodrošināšanu OECD dalībvalstīs.

7. tabula. Veselības aprūpes sektora daļa valsts budžetā PVO Eiropas reģionā valstu sadalījumā pēc augsta, augstāka par vidējo un zemāka par vidējo ienākumu līmeņa

## Priority to health in public spending: a political choice

Health as a share (%) of the government budget in the European region  
 high-, upper-middle- and lower-middle-income countries

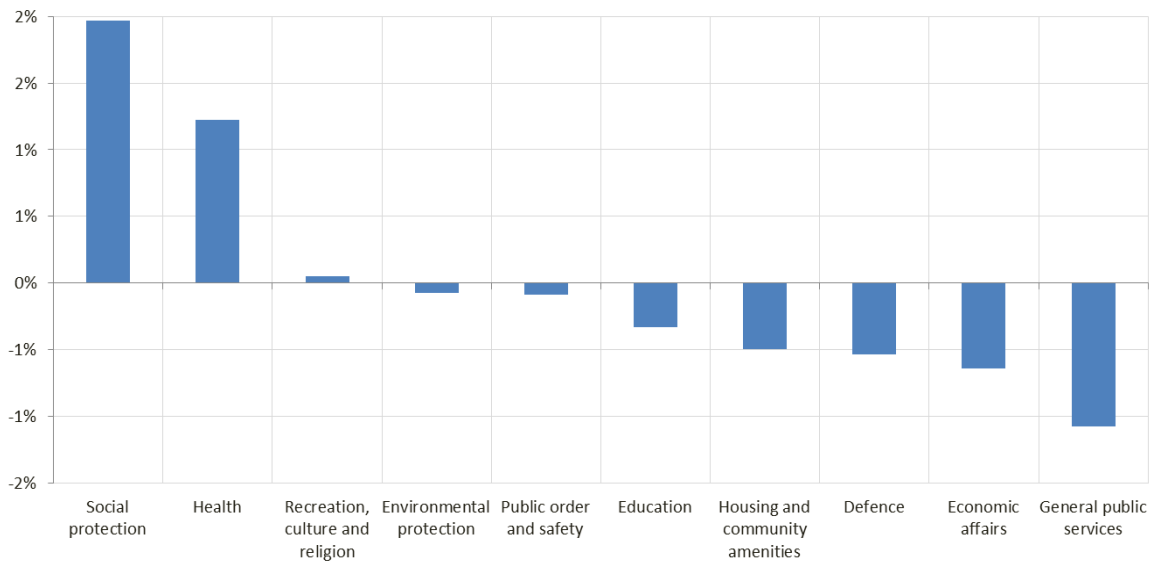


Source: WHO data for 2013

/virsraksts: „Veselības aprūpes prioritāte budžeta izdevumos – Veselības aprūpes prioritāte valsts budžetā: politiska izvēle – veselības aprūpe kā procentu daļa valsts budžetā Eiropas reģiona valstīs ar augstu, augstāku par vidējo un zemāku par vidējo ienākumu līmeni”; horizontālā aile: „Kipra; Krievija; Latvija; Ungārija; Izraēla; Slovēnija; Polija; Grieķija; Igaunija; Lietuva; Somija; Horvātija; Portugāle; Sanmarīno; Malta; Luksemburga; Spānija; Itālija; Īrija; Čehija; Slovākija; Zviedrija; Beļģija; Islande; Francija; Dānija; Apvienotā Karaliste; Austrija; Norvēģija; Monako; Vācija; Nīderlande; Šveice; Andora; Azerbaidžāna; Turkmenistāna; Melnkalne; Albānija; Turcija; Kazahstāna; Bulgārija; Rumānija; Maķedonija; Baltkrievija; Serbija; Bosnija un Hercegovina; Gruzija; Tadžikistāna; Armēnija; Uzbekistāna; Ukraina; Kirgizstāna; Moldova”; tabulas lauks: „Minimums – 12 %”/

Avots: PVO 2013. gada dati

**8. tabula. Izmaiņas kopējos valsts budžeta izdevumos atbilstoši funkcijām vidēji OECD dalībvalstīs (no 2001. līdz 2011. gadam)**



/horizontālā aile: „sociālā aizsardzība; veselības aprūpe; sports, kultūra un reliģija; vides aizsardzība; sabiedriskā kārtība un drošība; izglītība; dzīvokļu un komunālā saimniecība; aizsardzība; ekonomika; vispārējie publiskie pakalpojumi“/

Avots: OECD nacionālās uzskaites statistika, 2014. gads

**Budžeta izdevumu līmenis veselības aprūpei procentos no IKP ir atkarīgs no veselības aprūpes izdevumu daļas valsts budžetā un kopējā budžeta lieluma.** Latvijas valsts sektors ir salīdzinoši mazs atbilstoši izdarītajai nodokļu politikas izvēlei. Pašreizējais budžeta izdevumu līmenis veselības aprūpei sniedz vāju finansiālo aizsardzību iedzīvotājiem, un starptautiskā pieredze liek izdarīt secinājumu, ka nav ticami sasniegt ievērojamu progresu visaptverošas veselības aprūpes virzienā, nepalielinot budžeta izdevumus tai līdz apmēram 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 (9. tabula). Veselības aprūpes izdevumu Eiropā salīdzinoša analīze rāda, ka abas iespējas Latvijā ir iespējamās un pirmkārt ir atkarīgas no politiskas izvēles, nevis no instrumenta izvēles veselības aprūpei nepieciešamo ieņēmumu nodrošināšanai.

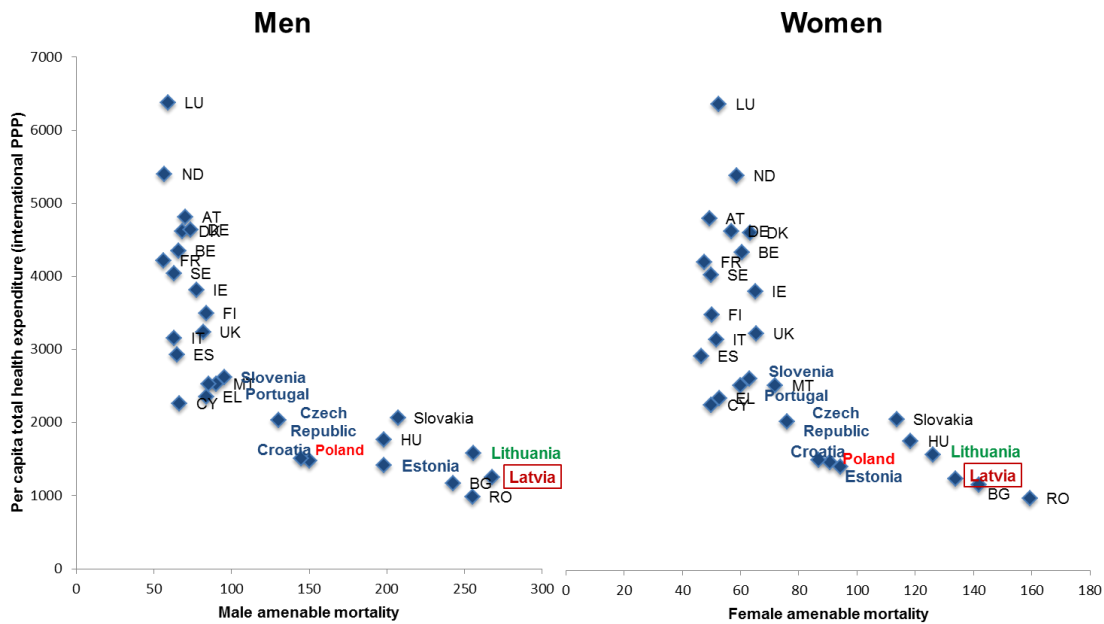
9. tabula. Budžeta izdevumi veselības aprūpei ir atkarīgi no fiskālā konteksta un tai nodrošinātās prioritātes – alternatīvi scenāriji budžeta izdevumu veselības aprūpei paaugstināšanai līdz 5 % no IKP

## Budžeta izdevumu veselības aprūpei aprēķins

<b>5 %</b>	<b>36 – 42 %</b>	<b>12 – 14 %</b>
Budžeta izdevumi veselības aprūpei	Kopējais budžets	Budžeta izdevumi veselības aprūpei
IKP	IKP	Kopējais budžets
↑	↑	↑
Budžeta izdevumi kā ekonomikas daļa	Fiskālais konteksts	Publiskās politikas prioritātes

**Rezultāti veselības aprūpē varētu tikt nozīmīgi uzlaboti, paaugstinot budžeta izdevumus un uzlabojot pakalpojumus.** Latvija neizskatās labi starptautiskajā salīdzinājumā, ja mēs lūkojamies uz mirstības līmeni salīdzinājumā ar veselības aprūpes sistēmas sniegumu kā tādu. 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.

**10. tabula. Starptautisks atsevišķu valstu mirstības rādītāju salīdzinājums attiecībā pret veselības aprūpes sistēmas sniegumu un veselības aprūpes izdevumiem uz iedzīvotāju (2013. gads)**



Source: Jonathan Cylus using GHED and WHO Mortality database, 2015

/vertikālā aile: „veselības aprūpes izdevumi uz iedzīvotāju (atbilstoši starptautiskajai pirktspējas paritātei)”; horizontālā aile: „vīriešu salīdzinošā mirstība – sievietes salīdzinošā mirstība”; tabulas kreisais lauks (no augšas uz leju): „vīrieši – Luksemburga; Nīderlande; Austrija; Vācija; Dānija; Beļģija; Francija; Zviedrija; Īrija; Somija, Apvienotā Karaliste; Itālija; Spānija; Slovēnija; Malta; Portugāle; Grieķija; Kipra; Slovākija; Čehija; Ungārija; Lietuva; Horvātija; Polija; Igaunija; Latvija; Bulgārija; Rumānija”; tabulas labais lauks (no augšas uz leju): „sievietes – Luksemburga; Nīderlande; Austrija; Vācija; Dānija; Beļģija; Francija; Zviedrija; Īrija; Somija, Apvienotā Karaliste; Itālija; Spānija; Slovēnija; Malta; Portugāle; Grieķija; Kipra; Slovākija; Čehija; Ungārija; Lietuva; Horvātija; Polija; Igaunija; Latvija; Bulgārija; Rumānija”/

Avots: Jonathan Cylus, izmantojot Pasaules veselības aprūpes izmaksu datu bāzi un PVO Mirstības datu bāzi, 2015. gads

## **Latvija apsver obligātās veselības apdrošināšanas ieviešanu: augsts saņemamo pakalpojumu fragmentācijas risks**

Latvijas valdība ir apsvērusi obligātās veselības apdrošināšanas ieviešanu, taču šī iespēja var izslēgt atsevišķas iedzīvotāju grupas no publiskās veselības aprūpes sistēmas seguma. Esošā finansēšanas sistēma nespēj segt iedzīvotāju veselības aprūpes vajadzības, un saskaņā ar Veselības ministrijas vērtējumu nav bijis politiska atbalsta veselības aprūpes prioritātes paaugstināšanai augstāka budžeta asignāciju īpatsvara paredzēšanas veidā. Tā rezultātā pacientu tiešie maksājumi vēl joprojām paliek ļoti augstā līmenī un gaidīšanas laiki rindā pieaug, kas arvien palielina neapmierinātību ar esošo sistēmu. Tie, kuri dod ieguldījumu sistēmā, maksājot nodokļus, nejut, ka viņi pretī saņemtu labas kvalitātes veselības aprūpes pakalpojumus, bet tai pašā laikā sistēma nodrošina pieeju valsts finansētiem pakalpojumiem tiem, kuri izvairās no nodokļu maksāšanas. Tas var apdraudēt atbalstu solidaritātei un mazināt vēlēšanos maksāt ienākuma nodokli, kā dēļ valdība ir apsvērusi iespēju saistīt tiesības (saņemt veselības aprūpes labumus) ar veselības apdrošināšanas iemaksām. 2012. gadā PVO sniedza komentārus par šo priekšlikumu, un argumenti pret šo pieeju vēl joprojām ir spēkā, tāpēc mēs atsaucamies uz PVO 2102. gada pārskatu. Šeit mēs vienīgi uzsveram vienu būtisku apstākli, kas attiecas uz veselības apdrošināšanas seguma nodrošināšanu visiem iedzīvotājiem: uz iemaksām balstītas veselības apdrošināšanas sistēmas ieviešana nes līdzīgu risku virzīties prom no visaptverošas iedzīvotāju veselības aprūpes, kas ir noteikta kā Apvienoto Nāciju Ilgtspējīgas attīstības mērķu prioritāte, kas apstiprināta arī attiecīgās Pasaules Veselības organizācijas dalībvalstu rezolūcijās. Līdz ar to **mūsu ieteikums ir saglabāt visaptverošu iedzīvotāju veselības aprūpi, pat ja Latvijā tiek ieviesti obligātās veselības apdrošināšanas maksājumi.** Tas nozīmē, ka iespējai saņemt budžeta finansētu veselības aprūpes pakalpojumu kompleksu arī turpmāk jābūt balstītai uz dzīvesvietu, nevis uz apdrošināšanas maksājumu veikšanu.

**Pat ja visaptveroša iedzīvotāju veselības aprūpe tiek saglabāta, veselības apdrošināšanas iemaksu ieviešana satur budžeta finansētās veselības aprūpes sistēmas fragmentēšanās risku, kas noved pie neefektivitātes.** Esošie piedāvājumi paredz scenāriju, ka visaptveroša iedzīvotāju veselības aprūpe tiek saglabāta, bet saņemamo pakalpojumu apjoms tiek sadalīts atkarībā no finansējuma avota, t. i., atsevišķs pakalpojumu kopums, kas tiek finansēts no valsts budžeta un atsevišķs – no veselības apdrošināšanas maksājumiem. Šādā gadījumā, kad valsts budžets sedz vienīgi neatliekamo medicīnisko palīdzību, neefektivitāte izriet no pakalpojumu pārbīdes starp to kopumiem, novilcinot palīdzības meklēšanu un sniegšanu līdz brīdim, kad ir pamats vērsties pēc neatliekamās medicīniskās palīdzības, koordinācijas tūkuma starp pakalpojumu sniedzējiem atšķirīgu pakalpojumu finansējuma avotu dēļ.

**Veselības aprūpes sistēmas ieņēmumu avotu diferenciacija nedrīkst novest pie pakalpojumu kopuma sadalīšanas vai nemaksājošo iedzīvotāju grupu izslēgšanas.** Latvijai būtu jā saglabā visaptveroša iedzīvotāju veselības aprūpe ar budžeta finansētu pakalpojumu kopumu, kas ir pietiekami plašs, lai nodrošinātu pieeju plašam pakalpojumu spektram visos aprūpes līmeņos, sedzot visas saslimšanas neatkarīgi no maksājumu veikšanas.

**Veselības apdrošināšanas iemaksu ieviešana būtu jāuzlūko kā veselības aprūpes papildu finansējuma avots,** kas būtu jāapvieno ar valsts budžeta finansējumu kā vienots veselības aprūpes pakalpojumu pircējs. Visa pakalpojumu spektra, kas iekļauts vienā un tajā pašā pakalpojumu kopumā visiem pacientiem, vienots pircējs var nodrošināt efektīvu resursu izmantošanu un rūpīgu aprūpes koordinēšanu gan starp iestādēm, gan laika ziņā visu iedzīvotāju vajadzībām, ja tiek īstenota atbilstoša politika gan pakalpojumu sniedzēju, gan pircēja efektīva darba stimulēšanai.

**Veselības apdrošināšanas maksājumu ieviešana nedrīkst nevienu nostādīt sliktākā situācijā, salīdzinot ar pašreizējo, bet papildu ieņēmumi var uzlabot iedzīvotāju stāvokli.** Tā vietā, lai domātu par to, kā izslēgt pakalpojumus vai cilvēkus no valsts budžeta finansējuma priekšrocībām, valdībai būtu jāapsver veselības apdrošināšanas maksājumu ieviešanas sniegtā politiskā iespēja to izmantot kā papildu finansējuma avotu, lai uzlabotu iedzīvotāju finansiālo aizsardzību. Pašlaik pacienti, pasliktinoties veselības stāvoklim, saskaras ar liela apjoma tiešajiem maksājumiem. Latvijai jāpilnveido veselības aprūpes pakalpojumu izmaksu segšana un jāsamazina līdzmaksājumi, kas tiek pieprasīti šo pakalpojumu sniegšanas vietās. Tiesības uz augstāka līmeņa izmaksu segšanu var tikt saistītas ar veselības apdrošināšanas maksājumiem, kas varētu radīt stimulu iedzīvotājiem veikt maksājumus vai nu ar darba devēja starpniecību, ja viņi atrodas formālās darba attiecībās, vai tiešu ikmēneša maksājumu veidā, kas noteikts iedzīvotāju grupām, kas nav atbrīvotas no maksājumiem (neformālā sektora strādājošie, pašnodarbinātie un citas grupas ar pietiekamiem ienākumiem, lai veiktu maksājumus). Neaizsargātās iedzīvotāju grupas (pensionāri, bērni, trūcīgie, bezdarbnieki) jāfinansē no valsts budžeta, un līdz ar to tām jābūt atbrīvotām no veselības apdrošināšanas iemaksām. Nevienam nedrīkst tikt atstāts novārtā, bet tai pašā laikā tiem, kuriem ir līdzekļi maksājumu veikšanai, ir jāredz ieguvums no viņu maksājumiem, pretējā gadījumā veselības apdrošināšanas maksājumu ieviešana tiks uztverta vienīgi kā papildu nodokļu slogs bez taustāmiem ieguvumiem.

**Obligātās veselības apdrošināšanas ieviešanas izmaksas var būt ļoti augstas un pārmākt ieguvumus.** Ja augšminētie apsvērumi un īstenošanas pieeja var obligāto veselības apdrošināšanu darīt pievilcīgu kā veselības aprūpes sistēmas lietotājiem, tā politikas veidotājiem, tad šādas sistēmas administrēšanas izmaksas var pārmākt ieguvumus. Ir jāievieš labi funkcionējoša integrēta informācijas sistēma, lai uzraudzītu nodokļu maksājumus, apdrošināšanas iemaksas un vissvarīgākais –

tiesības uz atbrīvojumu. Ja šāda sistēma nav pieejama uz maksājumiem balstītas pakalpojumu sistēmas ieviešanas brīdī, ir ļoti iespējams, ka pacienti kļūs nedroši attiecībā uz savām tiesībām saņemt pakalpojumus, kas var novest pie kavēšanās saņemt nepieciešamo aprūpi un vilšanās par izveidotajiem administratīvajiem un finansiālajiem šķēršļiem. Gan reālās administrēšanas izmaksas, gan politiskais risks neveiksmīgas īstenošanas gadījumā var būt pietiekami liels, lai apsvērtu alternatīvas pieejas veselības aprūpes finansēšanas diversifikācijai.

**Iespēja īstenot veselības aprūpes finansēšanas reformu nodokļu politikas ietvaros var būt vispraktiskākā forma kā no politiskā, tā no tehniskā skatupunkta.** Ir skaidrs, ka pašreizējais budžeta izdevumu līmenis veselības aprūpei ir nepietiekams, lai nodrošinātu atbilstošu finansiālo aizsardzību un savlaicīgu piekļuvi plašam pietiekami kvalitatīvu pakalpojumu lokam, lai būtu efektīvs. Virzība uz visaptverošu veselības aprūpes segumu prasa palielinātu budžeta finansējumu, un tas galu galā ir izaicinājums nodokļu politikai. Piedāvājums, kas paredz daļas pašreizējo sociālās apdrošināšanas iemaksu iezīmēšanu veselības aprūpes vajadzībām, norāda uz reformas nodokļu politikas raksturu. Šai iespējai nebūtu jāgroza noteikumi par pakalpojumu pieejamību, ne arī tās rezultātā būtu jādala pakalpojumu kopums, kas abos gadījumos atbilst mūsu rekomendācijām. Uzlabojoties fiskālajai telpai, valdība viegli var palielināt šo veselības aprūpes vajadzībām iezīmēto maksājumu daļu bez īpašām administratīvajām izmaksām. Visi budžeta ieņēmumi veselības aprūpes vajadzībām paliktu apkopoti vienotā fondā un pakalpojumus apmaksātu viens pircējs.

**Veselības apdrošināšanas maksājumu ieviešana nedrīkst radīt budžeta izdevumu samazināšanos sociālajai aizsardzībai.** Augšminētais priekšlikums novirzīt daļu no pastāvošā sociālās apdrošināšanas maksājuma veselības aprūpes vajadzībām var samazināt izdevumus sociālajai aizsardzībai, kas noved pie sliktākas finansiālās aizsardzības pret izmaksu pieaugumu veselības pasliktināšanās gadījumā, samazinot pensionāru spēju samaksāt par veselības aprūpes pakalpojumiem un zālēm. Kamēr to iespējams mīkstināt, samazinot līdzmaksājumus par veselības aprūpes pakalpojumiem / izrakstītajām zālēm pensionāriem un citām iedzīvotāju grupām, kas saņem sociālo palīdzību, neaizsargāto iedzīvotāju grupu finansiālā sloga mazināšana nedrīkst notikt uz sociālās aizsardzības rēķina. Pensionāri ir jāaizsargā, jo viņi ir vienīgā lielākā grupa, kas pakļauta finansiāliem sarežģījumiem veselības pasliktināšanās gadījumā.

## **Komentāri par priekšlikumu ieviest konkurenci starp veselības aprūpes pakalpojumus pārkošajām aģentūrām: tas nav esošo izaicinājumu risinājums un, šķiet, var radīt jaunus**

Latvijas Banka ir ierosinājusi ieviest konkurenci starp veselības aprūpes pakalpojumus pārkošajām aģentūrām. Tās ieteikums ir, ka Nacionālajam veselības dienestam (NVD) būtu jākonkurē ar privātajām apdrošināšanas kompānijām, lai piedāvātu obligātu budžeta finansētu pakalpojumu kopumu. Šīs virzības prom no vienas pakalpojumu pārkošas aģentūras (NVD) pamatdoma ir izmantot konkurenci kā instrumentu, lai stiprinātu veselības aprūpes pakalpojumu iepirkumu un tādējādi uzlabotu visas veselības aprūpes sistēmas darbību. Pircēju konkurences ierosinātāji redz labo veselības aprūpes sistēmas darbību Nīderlandē un cer, ka pircēju konkurence sasniegs līdzīgus rezultātus Latvijā. Šī cerība diez vai var īstenoties Latvijā vairāku iemeslu dēļ.

**Pircēju konkurence radītu fragmentāciju, palielinātu sarežģītību un paaugstinātu transakciju izmaksas.** Pircēju konkurences ieviešana Nīderlandē deviņdesmito gadu sākumā un tās attiecināšana uz visu veselības aprūpes sistēmu 2006. gadā daļēji bija cenšanās pārvarēt divu veidu fragmentācijas negatīvo ietekmi – fragmentāciju, kas izrietēja no daudzu veselības apdrošināšanas fondu pastāvēšanas, un fragmentāciju, kas izrietēja no divu atsevišķu veselības aprūpes izmaksu segšanas sistēmu pastāvēšanas (viena – budžeta finansēta divām trešdaļām iedzīvotāju, otra – privāti finansēta bagātākajai iedzīvotāju trešdaļai). Konkurences ieviešana Latvijā patiesībā radītu fragmentāciju, pievienotu saturisku sarežģītību un paaugstinātu transakciju izmaksas.

**Pircēju konkurencei nepieciešamas spēcīgas institūcijas, būtiska kapacitāte un sarežģītas informācijas sistēmas: tā prasa lielāku, nevis mazāku valdības lomu.** Lai pircēju konkurences rezultātā paaugstinātu efektivitāti, valdībai būs jānodrošina trīs priekšnosacījumu izpilde:

- a) visi cilvēki var brīvi izvēlēties savu pārkošo aģentūru un viegli mainīt vienu aģentūru pret citu; tas nozīmē, ka pakalpojumu kopumam jābūt rūpīgi definētam un likumā garantētam un gan pircēju, gan veselības pakalpojumu sniedzēju tirgum jāstrādā augsta caurspīdīguma apstākļos;
- b) pircējiem nav stimulu šķirot riskus – ja tiem būs iespēja šķirot riskus, tad nebūs nekāda stimula paaugstināt efektivitāti, un konkurences ieviešanas galvenais mērķis netiks sasniegts; lai nepieļautu risku šķirošanu, valdībai pirms konkurences ieviešanas būs jāizveido sarežģīts risku līdzsvarošanas mehānisms; tam nepieciešama vienota informācijas sistēma, kas ir spējīga vienuviet apvienot individuāla līmeņa datus par sociāli ekonomisko statusu, veselības statusu un veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanu un izmaksām;
- c) pircējiem ir līdzekļi, kā ietekmēt veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti un izmaksas; šādā nolūkā tiem būs nepieciešama pieeja ticamiem un saturīgiem datiem par veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju veikumu un iespējai ietekmēt pakalpojuma sniedzēju uzvedību.

Lai sasniegtu (a) un (b), valdībai būs nepieciešams būtisks laika un enerģijas patēriņš, kas potenciāli var novirzīt uzmanību un resursus prom no (c), kas ir būtiski, lai uzlabotu efektivitāti visās veselības aprūpes sistēmās.

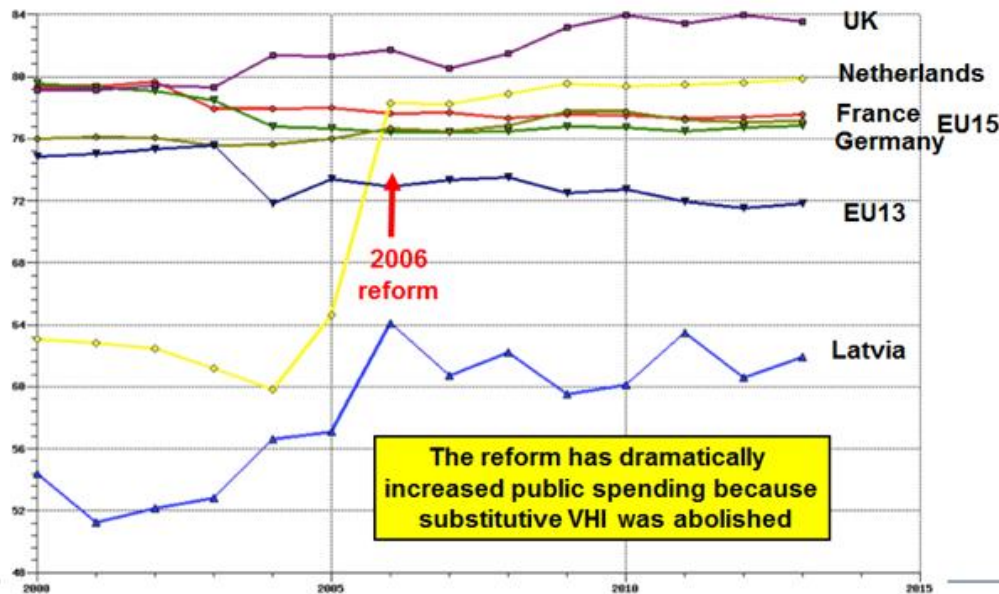


**Neviena no Eiropas valstīm, kurās pastāv pircēju konkurence, nav sekmīgi īstenojusi visus šos priekšnosacījumus** par spīti tam, ka tām ir vismaz divdesmit gadu ilga pieredze. Lai gan tās visas pielieto risku izlīdzināšanu, līdz šim tikai dažas ir bijušas spējīgas izstrādāt sarežģītas risku izlīdzināšanas formulas. Lēnais temps, kādā valstis ir stiprinājušas risku izlīdzināšanu, dažos gadījumos ir saistīts ar datu un informācijas sistēmu trūkumu. Tas arī parāda regulēšanas grūtības – valdība nesper nepieciešamos soļus pircēju pretestības un lobēšanas dēļ.

**Konkurence starp publisku pircēju un privātām apdrošināšanas kompānijām ir recepte risku segmentācijai, fiskālam spiedienam un divu šķiru pieejai veselībai aprūpei.** Latvijas Bankas piedāvājums paredz konkurenci starp NVD un privātām apdrošināšanas kompānijām. Ir grūti atrast veselības aprūpes sistēmu piemērus, kurās publiskas un privātas pircēju aģentūras konkurētu vienas ar otrām, lai piedāvātu obligātus veselības aprūpes pakalpojumus visiem iedzīvotājiem uz identiskiem vai ļoti līdzīgiem nosacījumiem. Tā ir pieeja, kas nav īstenota nevienā Eiropas valstī, vienīgi dažās Latīņamerikas valstīs (piemēram, Čīlē). Čehijā ir viens pēdējās instances apdrošinātājs, kuram ir mazliet atšķirīgi vadības mehānismi, nekā citiem apdrošinātājiem. Šiem dažiem piemēriem visiem ir kopīgas nopietnas problēmas: neadekvāts risku izlīdzinājums datu trūkuma un regulēšanas grūtību dēļ; risku segmentācija, pie kuras publiskais pircējs sedz neproporcionāli lielu daļu vecāku, slimāku un trūcīgāku cilvēku; nozīmīgs fiskāls spiediens uz publisko pircēju risku segmentācijas dēļ; un rezultātā nevienlīdzība finansiālajā aizsardzībā un piekļuvē veselības aprūpei. Arī ES likumdošana var radīt izaicinājumus.

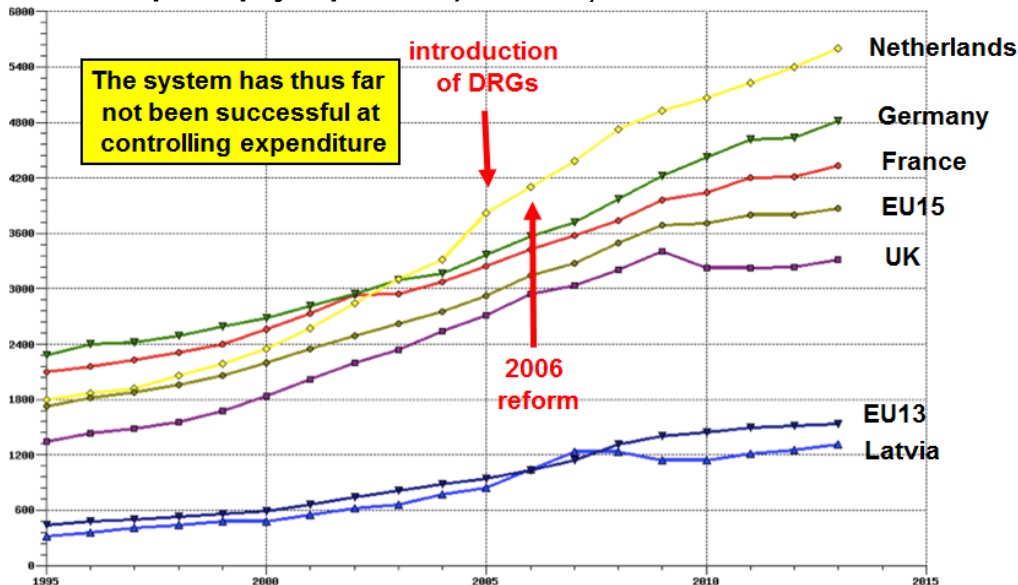
**Noslēgumā vērts atzīmēt, ka Nīderlande tērē daudz vairāk savai veselības aprūpes sistēmai (no budžeta un kopumā), nekā Latvija un ka pircēju konkurences ieviešana visā sistēmā 2006. gadā nav palīdzējusi kontrolēt veselības aprūpes izmaksu pieaugumu.** Tālāk 11. un 12. tabulā parādīts budžeta un kopīgo veselības aprūpes izmaksu pieaugums pēc reformu veikšanas Nīderlandē. Lai gan tēriņu pieaugums veselības aprūpei varētu tikt vērtēts kā pozitīva attīstība Latvijai, tomēr pastāv labāki veidi, kā vienā un tajā pašā laikā palielināt izdevumus un paaugstināt veselības aprūpes efektivitāti.

**11. tabula. Budžeta izdevumu daļa kopīgajos veselības aprūpes izdevumos atsevišķās valstīs**



/tabulas lauks zem bultiņas: „2006. gada reforma”; tabulas lauks labajā malā: „Apvienotā Karaliste; Nīderlande; Francija; ES 15; Vācija; ES 13; Latvija”; rāmis: „Reforma dramatiski palielināja budžeta izdevumus, jo tika likvidēta fakultatīvā privātā veselības apdrošināšana.”/  
 Avots: Van Ginneken, 2016. gads

**12. tabula. Kopējie izdevumi veselības aprūpei uz iedzīvotāju (ASV dolāri, atbilstoši pirktspējas paritātei) atsevišķās valstīs**



/rāmis: „Reforma līdz šim nav bijusi efektīva attiecībā uz izmaksu kontroli.”; tabulas lauks virs bultiņas: „ar diagnozi saistīto grupu ieviešana”; tabulas lauks zem bultiņas: „2006. gada reforma”; tabulas lauks labajā malā: „Nīderlande; Vācija; Francija; ES 15; Apvienotā Karaliste; ES 13; Latvija”/  
 Avots: Van Ginneken, 2016. gads