

LATVIJAS BANKA
EIROSISTĒMA

OBLIGĀTĀS VESELĪBAS APDROŠINĀŠANAS IEVIEŠANAS KONCEPCIJA



Rīga 2016. gada jūlijs

SATURS

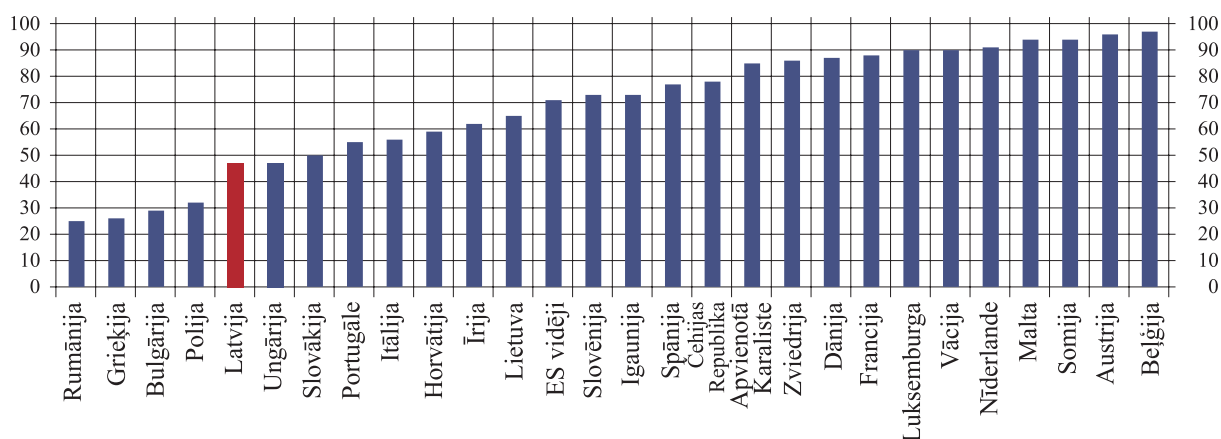
1. LATVIJAS VESELĪBAS APRŪPES SISTĒMAS RAKSTUROJUMS	3
1.1. Veselības aprūpes sistēmas finansējums	5
1.2. Veselības aprūpes sistēmas efektivitāte	7
2. PIEDĀVĀTAIS RISINĀJUMS: REGULĒTAS KONKURENCES IEVIEŠANA VESELĪBAS APRŪPĒ, PĀREJOT UZ OBLIGĀTO VESELĪBAS APDROŠINĀŠANU	12
2.1. Veicamie pasākumi obligātās veselības apdrošināšanas ieviešanai Latvijā	15
LITERATŪRA	19

1. LATVIJAS VESELĪBAS APRŪPES SISTĒMAS RAKSTUROJUMS

Problēmas Latvijas veselības aprūpes sistēmā pēdējos gados kļūst arvien pamanāmākas. Ja pirmskrīzes perioda strauji augošie budžeta ieņēmumi uzlika ielāpu daudzām sistēmiskām problēmām veselības aprūpes jomā, regulāri palielinot budžeta izdevumu apropriāciju, tad pēckrīzes periodā budžeta konsolidācijas kontekstā veselības aprūpes finansējuma relatīvais samazinājums padarījis daudzas nozares hroniskās problēmas par akūtām. Pašlaik to skaidri izjūt vai katrs Latvijas iedzīvotājs.

Neapmierinātība ar Latvijas veselības aprūpes sistēmu pieaug. Garās rindas pēc veselības aprūpes pakalpojumiem un neziņa par to, kādus pakalpojumus apmaksā valsts, bet par ko un cik lielā apmērā būs jāmaksā pašiem iedzīvotājiem, rada lielu nenoteiktību, tāpēc daudzi iedzīvotāji izvēlas ārstu neapmeklēt. Rezultātā bieži vien saslimstība tiek diagnosticēta jau ielaistā stadijā, kad tā ir daudz grūtāk ārstējama, un tās ārstēšana prasa daudz lielākus finanšu resursus. Nenodrošinot iedzīvotājiem saprotamu, pieejamu un efektīvu, uz primāro aprūpi fokusētu veselības aprūpes sistēmu, Latvija izvēlas pārmaksāt par hronisku slimību ārstēšanu.

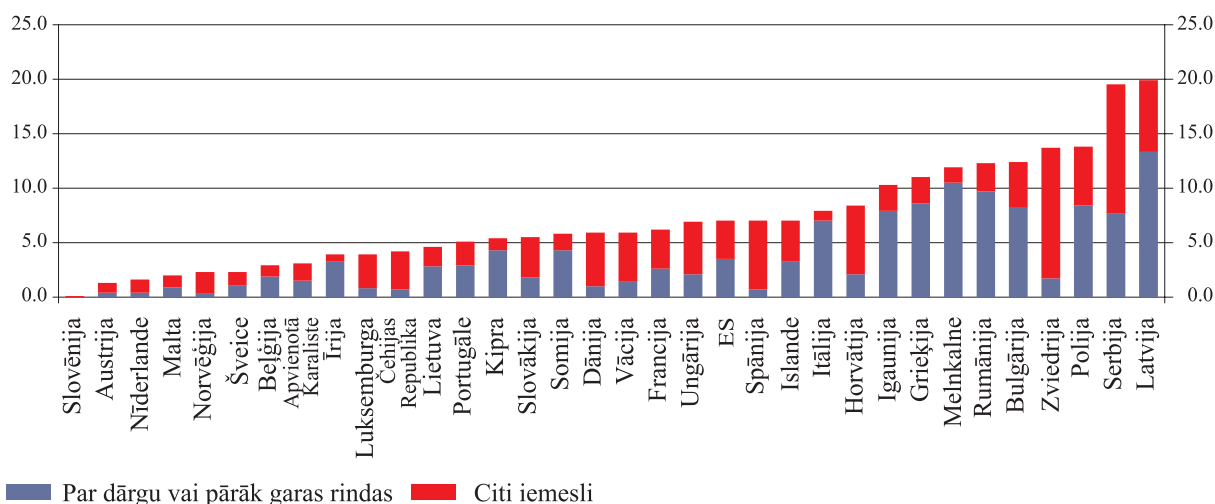
Likumsakarīgi, ka Latvijas iedzīvotāju apmierinātība ar veselības aprūpes sistēmu ir viena no viszemākajām Eiropas Savienībā (ES). Eiropas Komisijas 2014. gadā sagatavotais ziņojums liecina, ka tikai mazāk nekā puse (47%) no aptaujātajiem iedzīvotājiem Latvijas veselības aprūpes sistēmu vērtē kā labu. Latvijas rādītājs būtiski atpaliek ne vien no ES vidējā rādītāja (71%), bet arī no Lietuvas (65%) un Igaunijas (73%) rādītāja. Valstis, kurās ir visaugstākā iedzīvotāju apmierinātība ar veselības aprūpes sistēmu, ir Beļģija (97%), Austrija (96%), Malta (94%), Somija (94%) un Nīderlande (91%). Tikai 2% no aptaujātajiem iedzīvotājiem Latvijas veselības aprūpes sistēmu vērtē kā ļoti labu, un tas ir viens no zemākajiem rādītājiem ES.



1. attēls. To iedzīvotāju īpatsvars, kuri savas valsts veselības aprūpes sistēmu vērtē kā labu vai ļoti labu (%; ES 2013. gadā)

Avots: Eiropas Komisija.

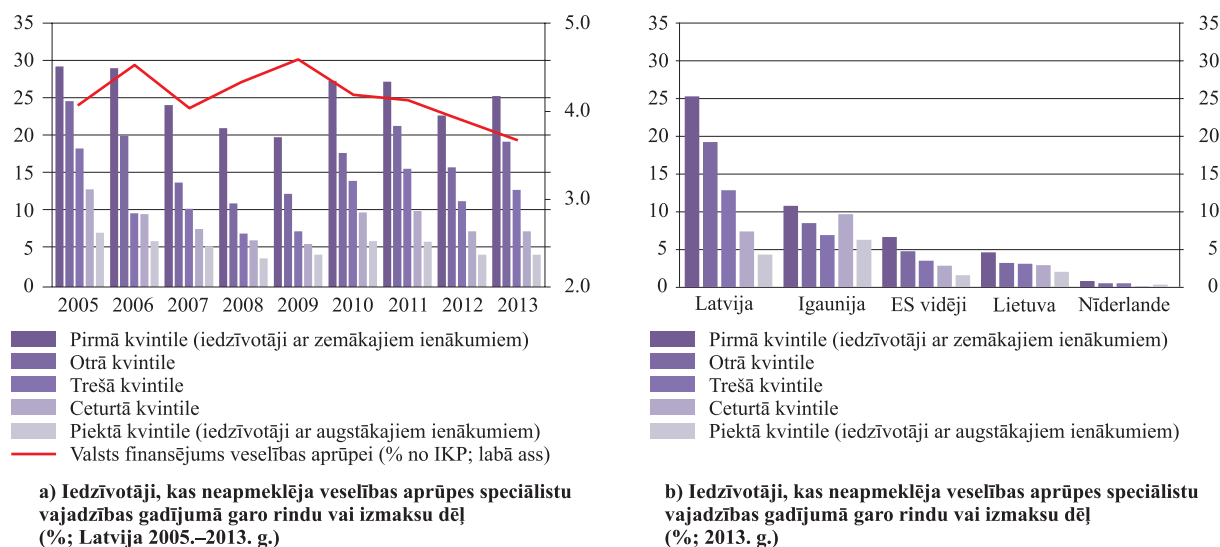
Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība ir ļoti ierobežota, un aptuveni katrs piektais Latvijas iedzīvotājs nepieciešamības gadījumā nav vērsies pie veselības aprūpes speciālista. Eurostat informācija liecina, ka šis rādītājs Latvijā bijis visaugstākais ES valstīs. ES vidējais rādītājs ir aptuveni 7%, bet Lietuvā un Igaunijā – attiecīgi 5% un 10%. Neziņa par to, kādus veselības aprūpes pakalpojumus nodrošina valsts un cik vērsšanās pie ārsta pacientam izmaksās no saviem līdzekļiem, kā arī pakalpojuma dārdzība un garās rindas ir galvenie iemesli tam, kāpēc Latvijas iedzīvotāji nepieciešamības gadījumā nav vērsušies pie veselības aprūpes speciālistiem.



2. attēls. To iedzīvotāju īpatsvars, kuri neapmeklēja veselības aprūpes speciālistu nepieciešamības gadījumā (%; 2013. gadā)

Avots: Eurostat.

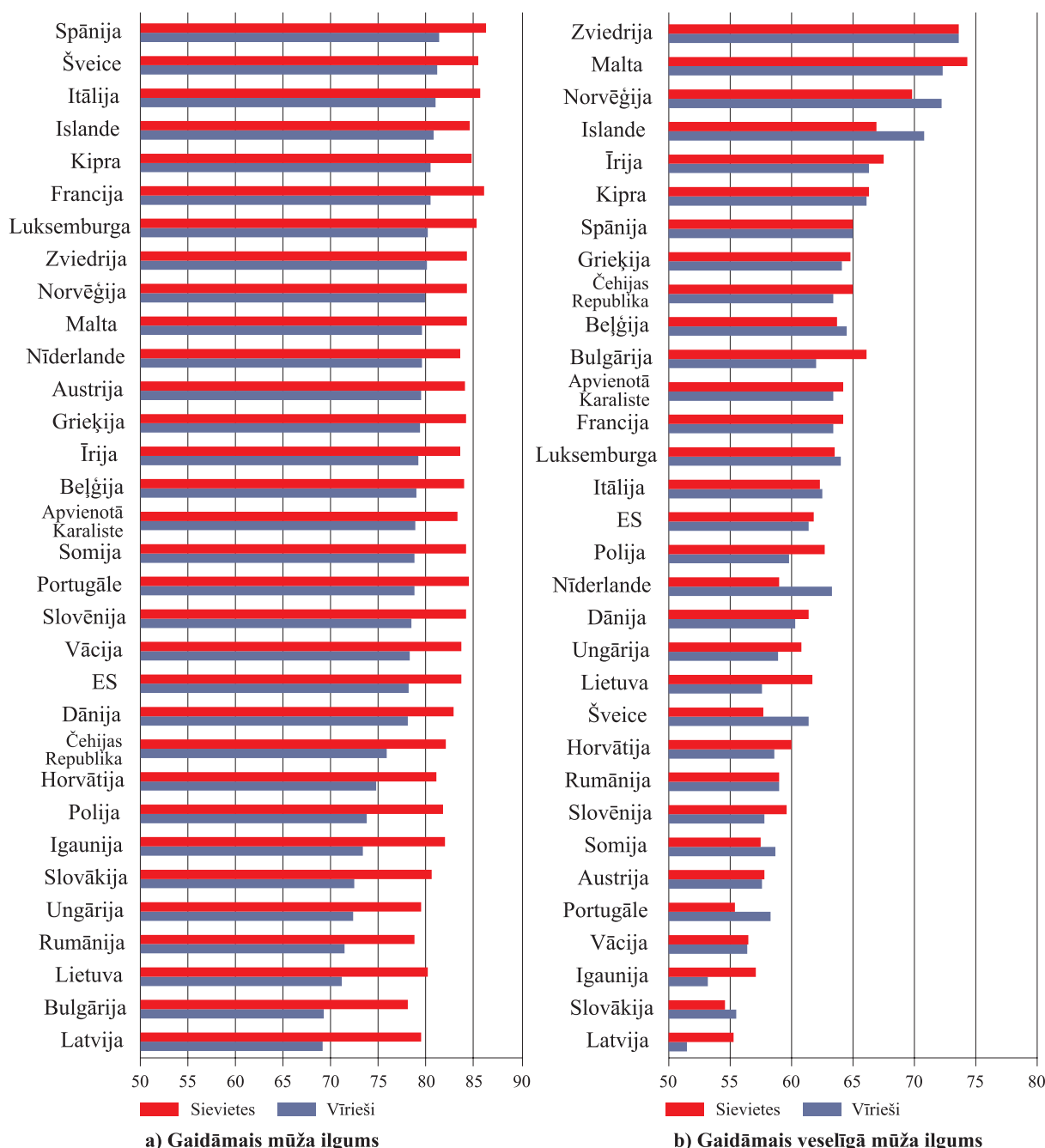
Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība iedzīvotājiem ar dažādiem ienākumu līmeņiem būtiski atšķiras. Kā redzams 3.b attēlā, tikai 5% no turīgākajiem iedzīvotājiem (piektā kvintile) nepieciešamības gadījumā nav vērsušies pie veselības aprūpes speciālista dārdzības vai garo rindu dēļ. Tikmēr iedzīvotājiem ar zemākajiem ienākumiem (pirmā kvintile) šis rādītājs bija aptuveni 25%. Tādējādi pakalpojumu pieejamības nevienlīdzība Latvijā ir ļoti augsta (sk. 3.b att.). Nepārskatāms valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu grozs iedzīvotājos rada neziņu par pieejamo pakalpojumu klāstu un raisa bažas, vai izmaksas nebūs jāsedz pašiem. Šāda neskaidrība pastāvošajā veselības aprūpes sistēmā mazina pakalpojumu pieejamību. Turklāt pagātnes norises rāda, ka, lai gan valsts finansējuma palielināšana nedaudz uzlabo kopējo veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, tā nerisina pakalpojumu pieejamības krasi nevienlīdzību Latvijā (sk. 3.a att.).



3. attēls. To iedzīvotāju īpatsvars, kuri neapmeklēja veselības aprūpes speciālistu nepieciešamības gadījumā, ienākumu līmeņa dalījumā (%)

Avots: Eurostat.

Rezultātā vājais veselības aprūpes sniegums būtiski kavē Latvijas tautsaimniecības attīstību, pasliktinot Latvijas cilvēkkapitāla rādītājus. Sagaidāmais mūža ilgums Latvijā ir viens no viszemākajiem ES (79 gadi sievietēm un 69 gadi vīriešiem). Tas ne tikai ievērojami atpaliek no ES valstu vidējā rādītāja (84 gadi sievietēm un 78 gadi vīriešiem), bet arī no Lietuvas un Igaunijas rādītājiem. Līdzīga ir situācija, raugoties uz gaidāmo veselīgā mūža ilgumu, kas raksturo iedzīvotāju dzīves posmu, kad tie var produktīvi iesaistīties darba tirgū un sniegt būtisku pienesumu tautsaimniecībai. Arī šis rādītājs Latvijā stabili ir sliktākais ES, būtiski mazinot tautsaimniecības veiktspēju.

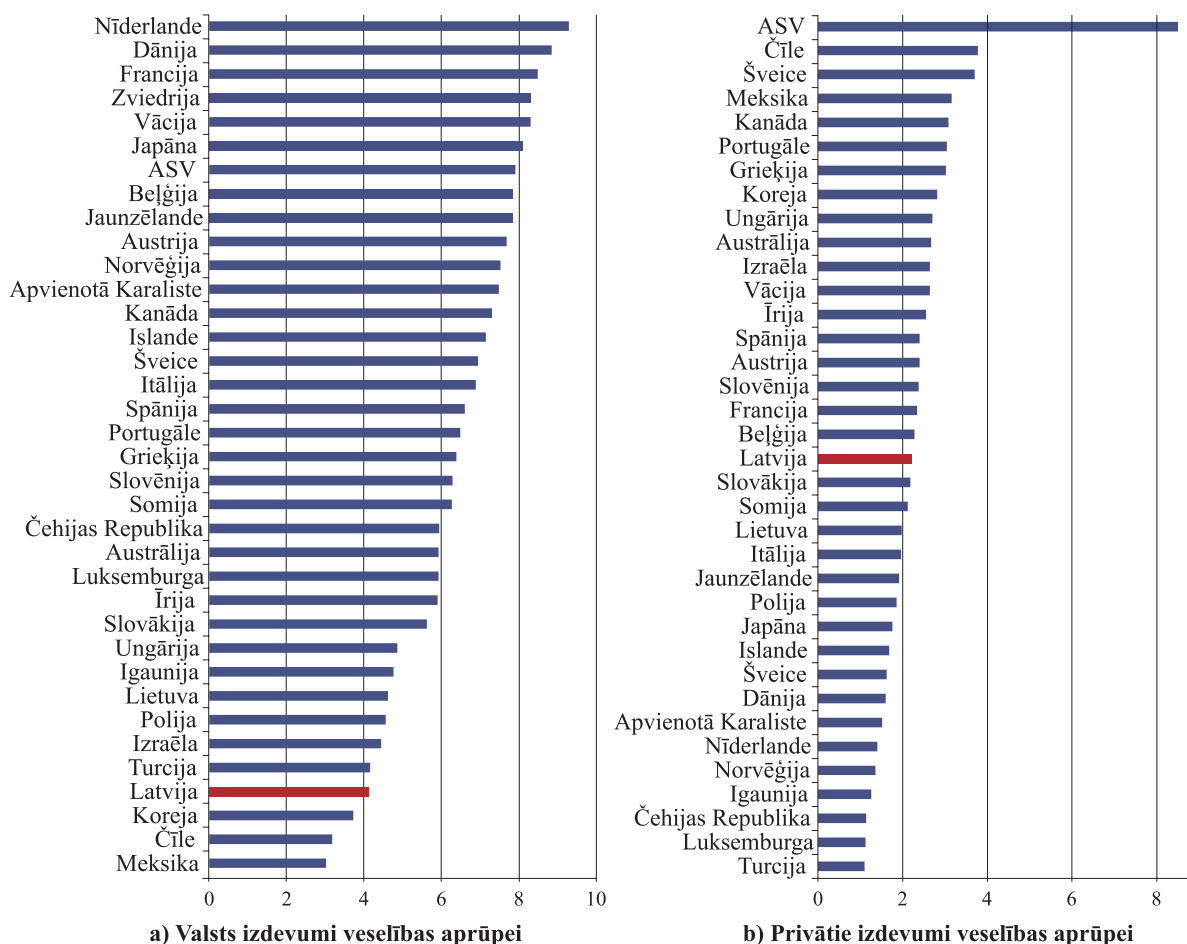


4. attēls. Gaidāmais mūža un veselīgā mūža ilgums (gados; ES valstis 2014. gadā)

Avots: Eurostat.

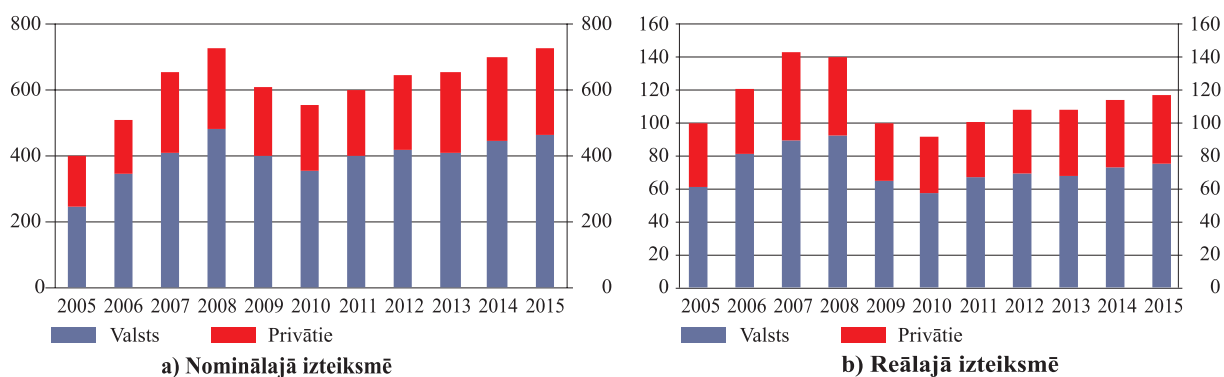
1.1. Veselības aprūpes sistēmas finansējums

Nepietiekamais finansējums bieži tiek minēts kā galvenais veselības aprūpes pakalpojumu nepieejamības iemesls. Veselības aprūpes kopējais finansējums Latvijā vēsturiski bijis 6–7% no IKP. Lai gan tas ir mazāk nekā daudzās OECD valstīs, uz kaimiņvalstu un Centrālās Eiropas un Austrumeiropas reģiona valstu fona kopējais veselības aprūpes finansējums Latvijā nav būtiski mazāks. Privātais finansējums veselības aprūpei ir tuvu OECD valstu vidējam līmenim, bet valsts finansējums ir viens no zemākajiem – kopš 2012. gada tas bijis mazāks par 4% no IKP. Turklāt tas tikai daļēji skaidrojams ar samērā nelielu valsts budžeta apjomu (zemu nodokļu un zemu izdevumu modelis); veselības izdevumu īpatsvars Latvijā ir mazs arī procentos no valsts budžeta izdevumiem. Pacientu līdzmaksājumu daļa veselības aprūpes izdevumos ir viena no lielākajām OECD valstīs, tādējādi veselības aprūpes sistēma nepietiekami izlīdzina finanšu risku saslimšanas gadījumā.



5. attēls. Valsts un privātie izdevumi veselības aprūpei (% no IKP; vidēji 2009.–2013. gadā)
Avots: OECD.

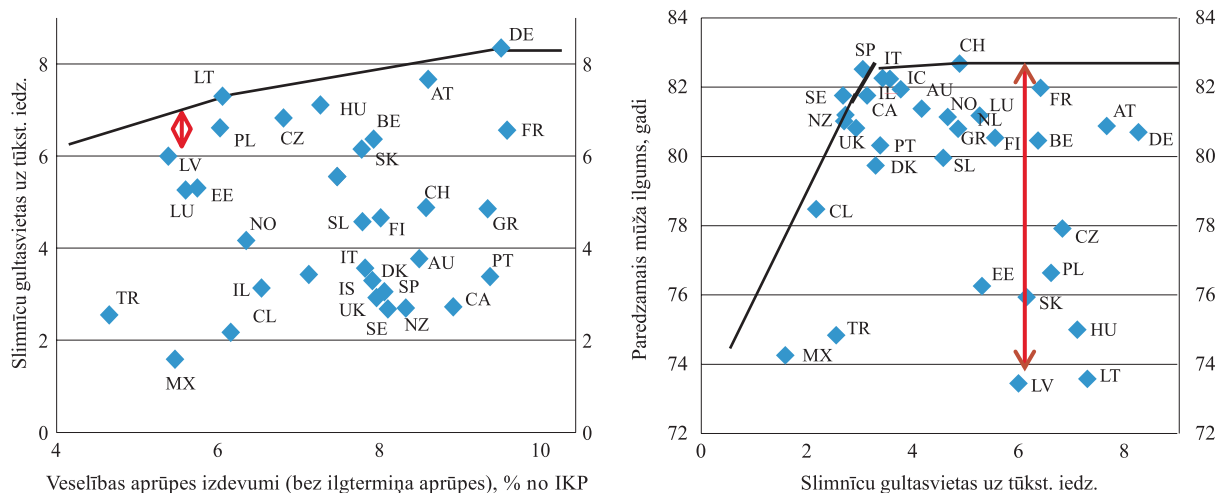
Veselības aprūpes finansējums pēdējos gados nav būtiski pieaudzis. Kopējie veselības aprūpes nominālie izdevumi uz vienu iedzīvotāju 2015. gadā bija līdzīgi 2007. gada rādītājam, kad šie izdevumi bija sasnieguši vēsturiski augstāko līmeni. Tomēr, ņemot vērā medicīnas pakalpojumu cenu pieaugumu, reālajā izteiksmē veselības aprūpes izdevumi uz vienu iedzīvotāju ir par 18% zemāki nekā pirmskrīzes periodā. Tā cēlonis ir valdības izdevumu samazinājums ekonomiskās krīzes periodā, un valdības izdevumi līdz šim nav sasnieguši pirmskrīzes līmeni.



6. attēls. Nominālie (EUR) un reālie (2005 = 100) veselības aprūpes izdevumi uz vienu iedzīvotāju
Avoti: CSP un OECD.

1.2. Veselības aprūpes sistēmas efektivitāte

Tomēr nepietiekamais veselības aprūpes finansējums ir tikai problēmas redzamā daļa. Pastāv daudzas liecības tam, ka arī esošais veselības aprūpes finansējums netiek izmantots efektīvi. Efektivitāti var mērīt no diviem aspektiem. Izmaksu efektivitāte rāda, cik efektīvi veselības izdevumi naudas izteiksmē tiek pārvērtīti starpposma rādītājos – nodrošinājumā ar slimnīcu gultasvietām, aparāturu un medicīnas personālu. Savukārt sistēmas efektivitāte atspoguļo to, cik lietderīgi šie starpposma rādītāji tiek izmantoti, lai sasniegtu mērķa rādītājus, piemēram, garāku gaidāmā mūža ilgumu. Latvijas veselības aprūpes sistēmas efektivitātes analīze no abiem aspektiem atspoguļota 7. attēlā.



7. attēls. Veselības izmaksu un sistēmas efektivitātes novērtējums ar DEA metodi¹

Avoti: OECD dati un autoru aprēķini.

Latvija samērā lēti uztur plašu veselības aprūpes infrastruktūru. Izmaksu efektivitāte Latvijā ir diezgan augsta, t.i., ar zemām izmaksām tiek nodrošināta pietiekama resursu kvantitāte – slimnīcu gultasvietu skaits un ārstu skaits. Arī aprīkojums ar datortomogrāfijas un magnētiskās rezonanses iekārtām ir salīdzināms ar ES un OECD valstu vidējo līmeni. Tomēr augsta izmaksu efektivitāte vien negarantē labu sabiedrības veselības stāvokli, un Latvijā tā galvenokārt atspoguļo medicīnas personāla samērā zemo atalgojuma līmeni.

Veselības aprūpes sistēmas mērķrādītāji (piemēram, mūža un veselīgā mūža ilgums) ir zemi, un tas savukārt norāda uz zemu sistēmas efektivitāti. Tas nozīmē, ka, efektīvāk pārvaldot esošo infrastruktūru, Latvijā ir iespējams panākt daudz labāku sabiedrības veselības stāvokli. Tas gan prasītu nopietnas strukturālās reformas un nozīmīgas pārmaiņas veselības aprūpes finansēšanas modelī. Palielinot esošās sistēmas finansējumu un neveicot citas reformas, Latvija ne vien neuzlabotu veselības aprūpes sistēmas efektivitāti, bet samazinātu arī tās pašlaik šķietami augsto izmaksu efektivitāti.

Finanšu ministrijas pārraudzībā izveidotā darba grupa veselības aprūpes nozares finansējuma izvērtēšanai secinājusi, ka nepieciešamas kardinālas veselības aprūpes finansēšanas modeļa pārmaiņas. Informatīvajā ziņojumā secināts: "Veselības aprūpes finansēšanas modelis ir necaurredzams, tarifu aprēķina metodikā vērojama virkne būtisku nepilnību, netiek veikts sistēmisks izdevumu efektivitātes un lietderīguma izvērtējums. Veselības aprūpes finansēšanas modelī nepieciešamas būtiskas pārmaiņas, palielinot finansējuma sadales un izlietojuma caurredzamību, sasaistot piešķirto finansējumu ar veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti raksturojošiem rādītājiem un nodrošinot pastāvīgu izdevumu lietderīguma un efektivitātes kontroli."

Valsts, slēdzot līgumus ar veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, faktiski neveic pakalpojumu sniedzēju kvalitātes un efektivitātes pārbaudi. Piemēram, minētajā Finanšu ministrijas informatīvajā ziņojumā konstatēts, ka: "Valsts un ārstniecības iestāžu, ar kurām Nacionālais veselības dienests slēdz līgumus par veselības pakalpojumu sniegšanu, attiecību pamatā ir princips,

¹ Metodoloģiju sk. O. Krasnopjorovs. "Latvijas valdības izdevumu efektivitātes novērtējums". Latvijas Universitātes raksti, 743. sēj., 2009., 117.–128. lpp.

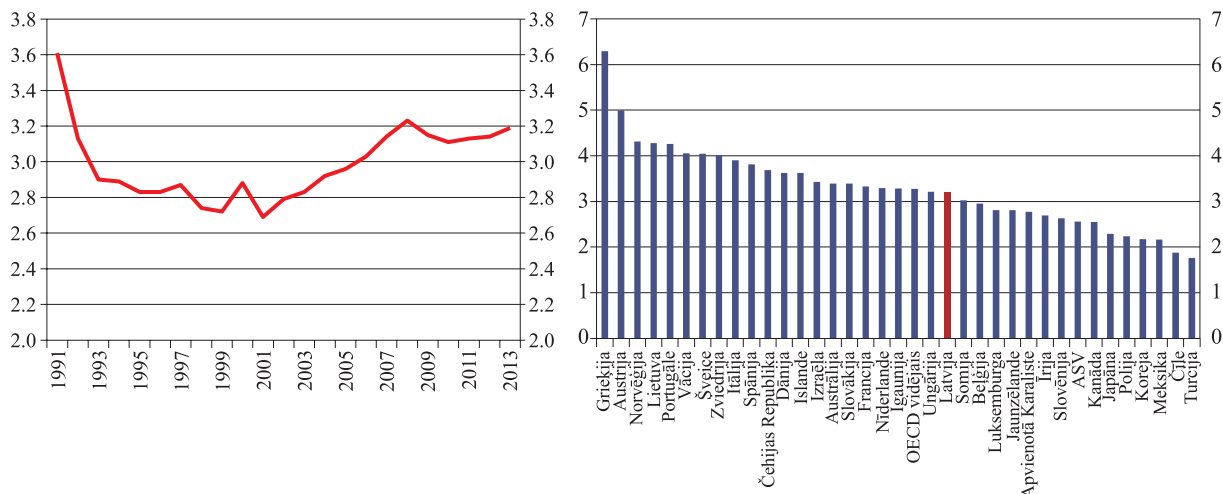
ka valsts maksā par sniegtajiem pakalpojumiem, šajā procesā trūkst iepirkuma elementa, faktiski valsts lielākoties finansē ārstniecības iestādi atbilstoši fiksētam maksājumu apmēram, vāji saistot to ar sasniedzamajiem rezultātiem."

Efektivitātes trūkumu un finansējuma izlietojuma necaurredzamību Latvijas veselības aprūpes nozarē konstatējušas arī daudzas citas institūcijas. Piemēram, Valsts kontrole revīzijas ziņojumā secinājusi, ka veselības aprūpes pakalpojumu tarifu izveides un kvotu sadales mehānismā pastāv liela necaurredzamība. Turklāt tiek norādīts, ka "... aprēķinātie veselības aprūpes pakalpojumu tarifu izmaksu veidi jeb elementi nav patiesi, pamatoti un aktuāli ...". Šim viedoklim piekrīt arī Ārvalstu investoru padome Latvijā; tā turklāt norāda, ka tarifu nesakrītība ar pakalpojumu patiesajām izmaksām mazina pakalpojumu sniedzēju konkurenci. Turklāt Finanšu ministrijas informatīvajā ziņojumā norādīts, ka nepieciešams pārskatīt arī tarifu aprēķinu metodiku. Savukārt nozares eksperti, pētījumā vērtējot veselības aprūpi Latvijā, norāda, ka esošā sistēma nenodrošina pietiekamu finansiālu aizsardzību pret pārmērīgi lieliem privātajiem maksājumiem (*out-of-pocket payments*). Eiropas Komisija ziņojumā par Latviju (*Country Report Latvia, 2015*) norāda, ka veselības aprūpes sistēmā pateicību došana joprojām ir samērā izplatīta, tādējādi vēl vairāk ierobežojot pakalpojumu pieejamību iedzīvotājiem ar zemiem ienākumiem.

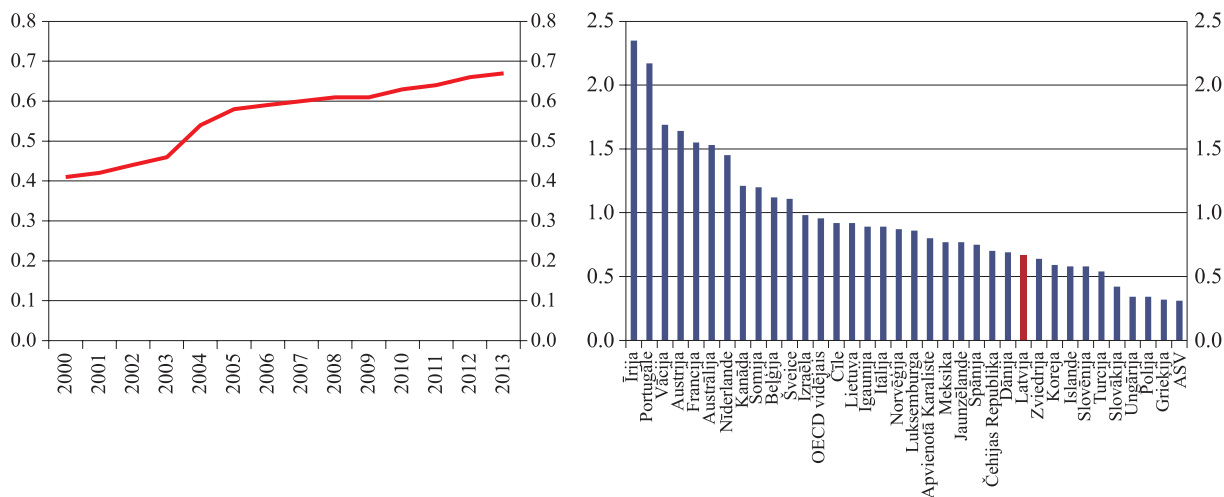
Latvijā valda liela neskaidrība par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu klāstu, radot milzu nenoteiktību, kas attur iedzīvotājus no ārsta apmeklējuma un būtiski apgrūtina nozares finansējuma efektivitātes un lietderīguma kontroli. Skaidri definēts valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu un medicīnas preču grozs ir viens no priekšnoteikumiem, lai vairotu iedzīvotāju apmierinātību ar veselības aprūpes sistēmu. Latvijā pastāv t.s. negatīvais valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu grozs, valstij nosakot to veselības aprūpes pakalpojumu un medicīnas preču sarakstu, kuri nav iekļauti valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu klāstā. Tas nozīmē, ka visi veselības aprūpes pakalpojumi, kas šajā sarakstā nav iekļauti, valstij būtu jāapmaksā. Praksē valsts apmaksā tikai daļu no regulējumā noteiktā veselības aprūpes pakalpojumu groza, radot neziņu par pakalpojumu pieejamību un garas rindas pakalpojumu sniegšanas vietās. Lielākajā daļā OECD valstu pastāv t.s. pozitīvais veselības aprūpes pakalpojumu grozs jeb saraksts, kurā uzskaitīti veselības aprūpes pakalpojumi un medicīnas preces, kurus valsts apmaksā. Pozitīvais saraksts ir bieži sastopams valstīs ar veselības apdrošināšanu, šādi definējot minimālo sniedzamo pakalpojumu klāstu (*Paris u.c., 2010*).

Pašreizējais veselības aprūpes budžeta veidošanas princips ir nepārskatāms un neļauj gūt priekšstatu par veselības aprūpes pakalpojumu patiesajām izmaksām. Veselības aprūpes finansējums veidojas gan no vispārējiem budžeta ieņēmumiem, gan no pašvaldību dotācijām, gan no iedzīvotāju privātajiem līdzekļiem, bet nozares politikas veidotāji pamatā fokusējas uz valsts budžeta finansējumu. Rezultātā rodas pārrāvums starp nozares politikas plānošanu un nozares finansējumu, apgrūtinot tā izlietojuma lietderīguma un efektivitātes kontroli. Turklāt piekļuve veselības aprūpes pakalpojumiem nav saistīta ar nodokļu nomaksu. Tādējādi ēnu ekonomikā strādājošie iedzīvotāji, kas nemaksā nodokļus un arī nepiedalās veselības aprūpes sistēmas finansēšanā, var saņemt bezmaksas veselības aprūpes pakalpojumus (Veselības ministrija, 2013), radot pārmērīgu slogu godīgiem nodokļu maksātājiem.

Pārāk liels uzsvars tiek likts uz daudz resursietilpīgāko sekundāro veselības aprūpi, primārajai veselības aprūpei novirzot nepietiekamus resursus. Ārstu skaits Latvijā ir tuvu OECD valstu vidējam rādītājam, tomēr samērā augsts ir sekundārās aprūpes ārstu skaits. Savukārt ģimenes ārstu skaits Latvijā, lai gan pieaudzis laika gaitā, joprojām ir zemāks par OECD valstu vidējo rādītāju.



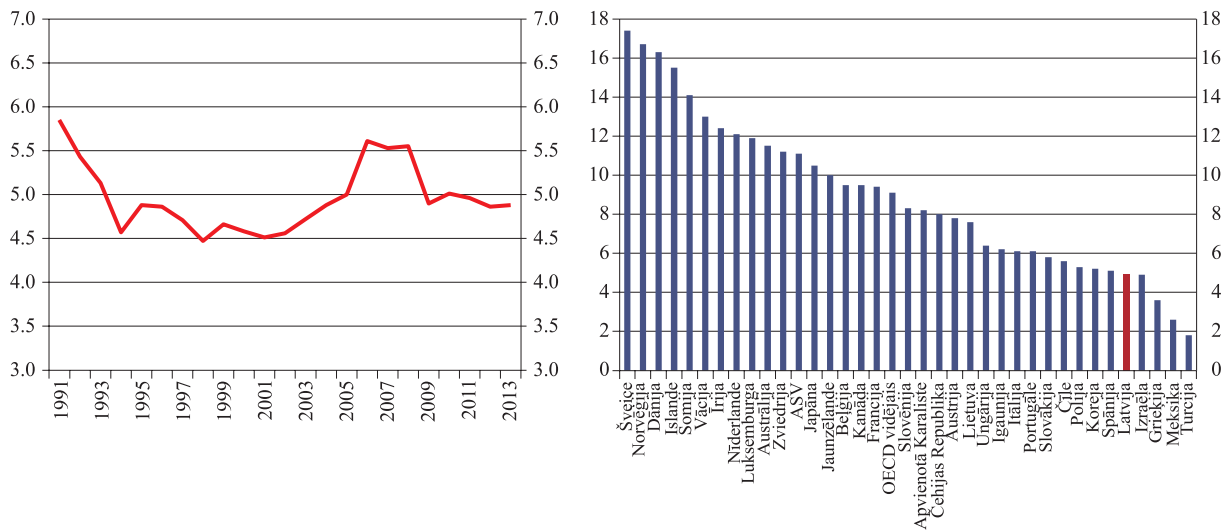
8. attēls. Ārstu skaits uz 1 000 iedzīvotājiem (Latvijā 1991.–2013. gadā; starpvalstu salīdzinājumā 2013. gadā)
Avots: OECD.



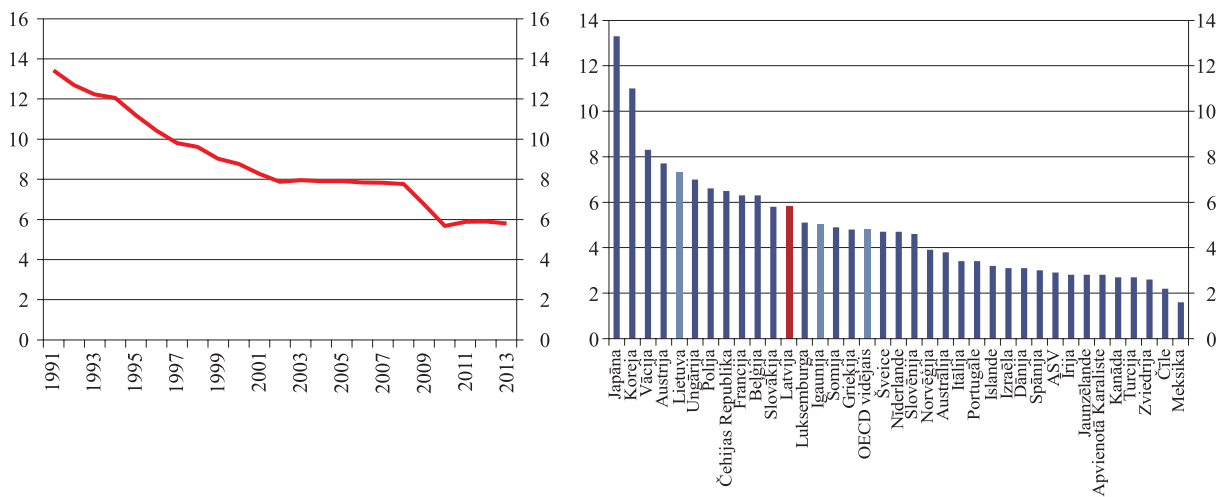
9. attēls. Ģimenes ārstu skaits uz 1 000 iedzīvotājiem (Latvijā 2000.–2013. gadā; starpvalstu salīdzinājumā 2013. gadā)
Avots: OECD.

Efektivitāti samazina arī medmāsu trūkums. Medmāsu skaits Latvijā būtiski atpaliek no OECD valstu vidējā rādītāja. Tādējādi var rasties situācija, ka pienākumus, kas būtu jāveic medmāsām, veic ārsti, bet tas nav lietderīgi un varētu negatīvi ietekmēt ārstu noslodzi un darba kvalitāti (*Health Systems in Transition*, 2012).

Slimnīcu gultasvietu skaits ir samazinājies, tomēr tas joprojām saglabājas augsts. Latvijas rādītājs joprojām pārsniedz OECD valstu vidējo līmeni, un tā iemesls ir joprojām augstais psihiatrisko slimnīcu gultasvietu skaits, kā arī laika gaitā pieaugušais ilgtermiņa aprūpes gultasvietu skaits. Savukārt ārstniecības gultasvietu skaits būtiski samazinājies, atspoguļojot mērķtiecīgu fokusa maiņu no stacionārajiem uz ambulatorajiem pakalpojumiem, un pašlaik nav augsts atbilstoši starptautiskajiem standartiem; arī vidējais pacientu atrašanās ilgums slimnīcās salīdzinājumā ar citām valstīm nav augsts.



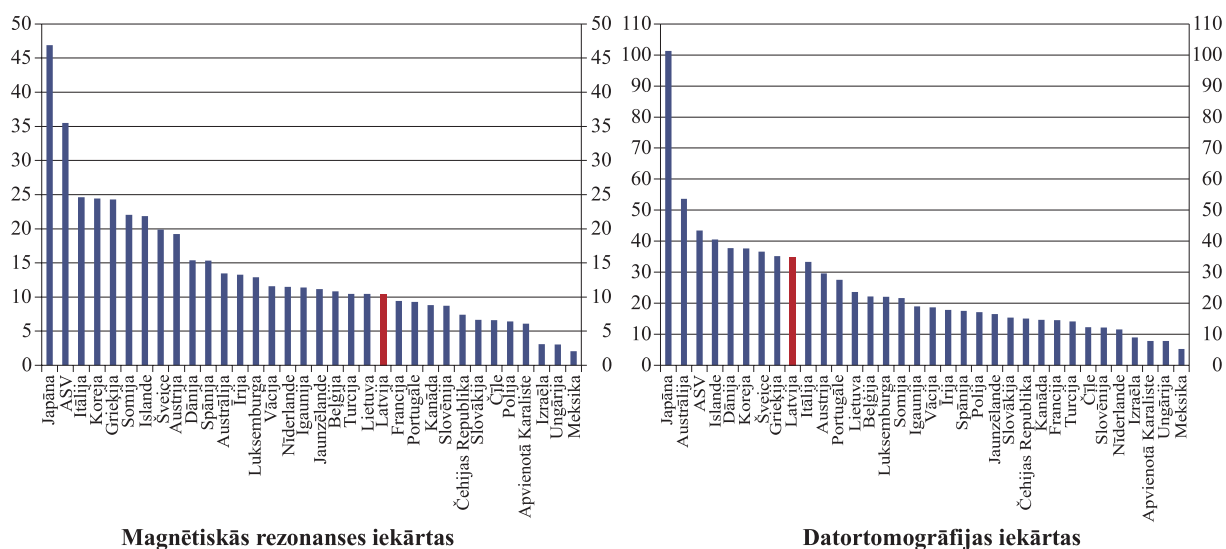
10. attēls. Medmāsu skaits uz 1 000 iedzīvotājiem (Latvijā 1991.–2013. gadā; starpvalstu salīdzinājumā 2013. gadā)
Avots: OECD.



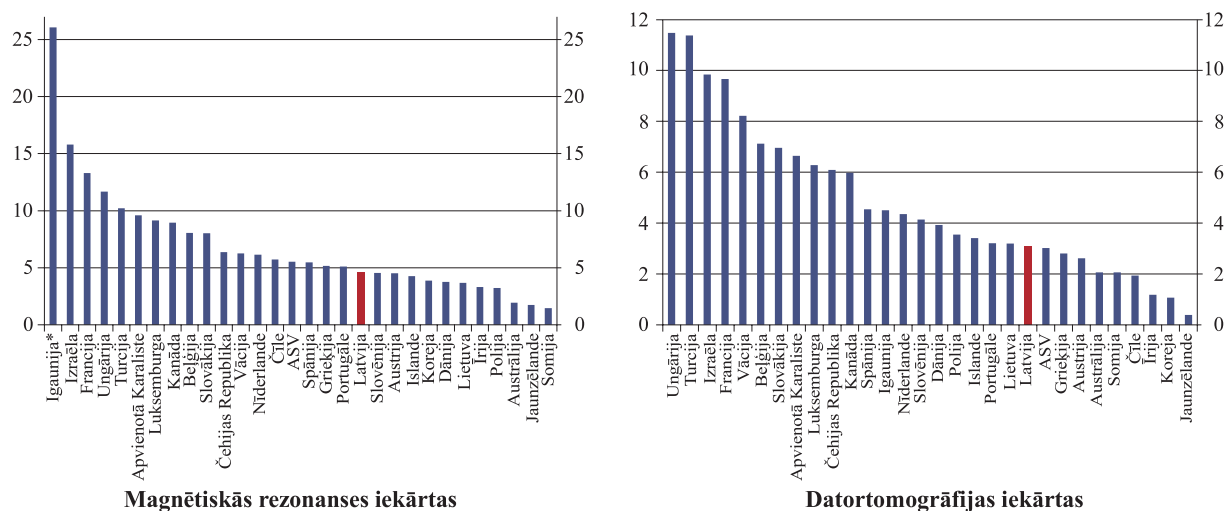
11. attēls. Slimnīcu gultasvietu skaits uz 1 000 iedzīvotājiem (Latvijā 1991.–2013. gadā; starpvalstu salīdzinājumā 2013. gadā)
Avots: OECD.

Lai gan medicīniskās izmeklēšanas iekārtu skaits atbilst starptautiskajiem standartiem, to noslodzes līmenis ir diezgan zems. Magnētiskās rezonanses iekārtu skaits Latvijā ir nedaudz zemāks nekā OECD valstīs vidēji, bet datortomogrāfijas iekārtu skaits – nedaudz augstāks. Neapmierinātais pieprasījums un garās rindas pēc izmeklējumiem galvenokārt atspoguļo nevis kapacitātes trūkumu, bet gan iekārtu zemo noslodzes līmeni. Turklāt laika gaitā minētā aprīkojuma skaits ir palielinājies, to noslodzes līmenim saglabājoties zēmam, un tas liecina par nepilnībām vidēja termiņa veselības aprūpes politikas plānošanā.

Lielā iedzīvotāju līdzfinansējuma dēļ pieprasījums pēc medicīnas pakalpojumiem netiek apmierināts, īpaši zemu ienākumu iedzīvotāju grupā (*Health Systems in Transition*, 2012). Tas savukārt veicina slimību attīstību līdz grūtāk un dārgāk ārstējamam stāvoklim, kad ārstēšanu vairs nevar atlikt (rindas un kvotas neattiecas uz neatliekamo medicīnisko palīdzību un akūtiem slimniekiem). Rezultātā vēl mazāk līdzekļu paliek primārajai aprūpei un profilaksei (kas izmaksā lētāk).



12. attēls. Magnētiskās rezonanses un datortomogrāfijas iekārtu skaits uz milj. iedzīvotājiem 2013. gadā
Avots: OECD.



* Igaunijas rādītāju nevar tieši salīdzināt ar citām valstīm atšķirīgās datu apkopošanas metodoloģijas dēļ.

13. attēls. Magnētiskās rezonanses un datortomogrāfijas izmeklējumu skaits uz iekārtu 2013. gadā (tūkst.)
Avots: OECD.

Latvija jau ilgstoši nav spējusi nodrošināt veselības aprūpei pieejamo resursu izmantošanas efektivitātes pieaugumu. Lai gan esošās veselības aprūpes finansēšanas sistēmas administratīvās izmaksas nav augstas, tās ietvaros veiktā finansējuma sadale nav efektīva, trūkst sistēmiskas analīzes un efektīvas finansējuma plānošanas un kontroles mehānismu. Turpinot ieguldīt papildu finansējumu veselības aprūpes sistēmā, izmantojot esošo finansējuma modeli, Latvija vien pirktu laiku problēmu risinājuma atlikšanai. Lai sistēma spētu efektīvi funkcionēt un Latvijas iedzīvotājiem būtiski uzlabotos pieeja veselības aprūpes pakalpojumiem, uzlabojot sabiedrības veselības stāvokli, veselības aprūpes finansēšanas modelis ir jāliek uz stabiliem pamatiem. Pēc mūsu domām, nepieciešams ieviest obligātās veselības apdrošināšanas modeli ar privāto apdrošināšanas sabiedrību piesaisti papildus valsts apdrošinātājam (tā ieviešot veselīgas konkurences elementu veselības nozarē). Tas ļautu ne tikai piesaistīt trūkstāšo finansējumu nozarei, bet arī nodrošinātu efektīvu publiskā un privātā finansējuma izlietojumu, sabiedrības veselības rādītāju uzlabošanu un nozarē nodarbināto labklājību. Šāds modelis darbotos ilgtermiņā un nebūtu atkarīgs no politiskās konjunktūras.

2. PIEDĀVĀTAIS RISINĀJUMS: REGULĒTAS KONKURENCES IEVIEŠANA VESELĪBAS APRŪPĒ, PĀREJOT UZ OBLIGĀTO VESELĪBAS APDROŠINĀŠANU

Veselības aprūpes sistēmai nepieciešams ne tikai palielināt finansējuma apjomu, bet arī veikt reformas, kas veicinātu tā lietderīgu izlietošanu. Esošais veselības aprūpes finansēšanas modelis Latvijā nav spējis nodrošināt ne pietiekamu finansējuma apjomu, ne arī tā lietderīgu, efektīvu un caurskatāmu izlietojumu. Valsts budžeta finansējuma palielināšana īstermiņā var veicināt pakalpojumu pieejamību un uzlabot iedzīvotāju piekļuvi sistēmai, tomēr tas nerisinās sistēmas neefektivitātes problēmas. Turklāt valsts budžeta finansējuma palielināšana būtiski nemazinās krasās atšķirības veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības ziņā starp iedzīvotājiem ar zemiem un augstiem ienākumiem, finanšu riskam saslimstības gadījumā saglabājoties augstam. Rezultātā, saglabājoties neziņai par veselības aprūpes izmaksām, garajām rindām un augstajām pakalpojumu izmaksām, iedzīvotāji turpinās izvairīties no ārstu apmeklējuma, viņu veselības stāvoklis turpinās pasliktināties, un agrīnā stadijā vienkārši novēršamu saslimstību vietā turpināsies hronisku slimību ārstēšana, ieguldot neproporcionāli lielus finanšu resursus. Tāpēc papildus lielākam finansējumam ir jāmaina arī veselības aprūpes finansēšanas modelis, kas būtiski mazinās nenoteiktību un iedzīvotājiem uzlabos veselības aprūpes pieejamību, veicinās līdzekļu efektīvāku izlietojumu, saistīs finansējuma plūsmu ar pacientu vajadzībām un palielinās sistēmas caurskatāmību.

Valsts sociālās apdrošināšanas iemaksu daļēja novirzīšana veselības aprūpes finansēšanai būtu tuvredzīgs risinājums. Tas ne vien neļaus atrisināt samilzušās problēmas veselības aprūpes nozarē, bet arī iedragās Latvijas pensiju sistēmu. Tā vietā, lai sakārtotu veselības aprūpes sistēmu, radītu tai stabilu finanšu pamatu un nodrošinātu efektīvu un lietderīgu finansējuma izmantošanu, politikas veidotāju tuvredzīgums un mazspēja draud pasliktināt valsts iedzīvotāju labklājību nākotnē, lai īstermiņā maskētu veselības aprūpes sistēmas problēmas.

Veselības aprūpes finansēšanas modelis jāmaina, ieviešot uz regulētu konkurenci balstītu obligāto veselības apdrošināšanu. Pašlaik veselības aprūpes pakalpojumus visu Latvijas iedzīvotāju vārdā iegādājas Nacionālais veselības dienests (NVD). NVD nosaka, cik daudz un pie kura pakalpojuma sniedzēja Latvijas iedzīvotāji var saņemt valsts (no nodokļu ieņēmumiem) apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus. Tā kā NVD veselības aprūpes pakalpojumu iegādi nesasaista ar sniegto pakalpojumu kvalitāti, valsts apmaksātie veselības aprūpes pakalpojumi ne vienmēr atbilst iedzīvotāju vajadzībām.

Veselības aprūpei atvēlēto finansējumu būtu iespējams daudz efektīvāk izmantot, radot veselības aprūpes pakalpojumu pircēju konkurenci. Ļaujot privātajiem apdrošinātājiem konkurēt ar NVD vai valsts veselības apdrošināšanas sabiedrību, iedzīvotāji varētu brīvi izvēlēties apdrošinātājus, kas spēj nodrošināt kvalitatīvākus pakalpojumus par konkurētspējīgāko cenu. Savukārt apdrošinātāji, riskējot zaudēt potenciālos klientus, būtu motivēti rūpīgi sekot līdzi veselības aprūpes pakalpojumu izmaksām un kvalitātei, izvēloties tos pakalpojumu sniedzējus, kuri piedāvā augstākās kvalitātes pakalpojumus par salīdzinoši zemām izmaksām (*Mikkers un Ryan, 2014*).

Pretstatā esošajai sistēmai, kur NVD nekritiski apmaksā pakalpojumu sniedzēju rēķinus, apdrošinātāji rūpīgi izvērtētu veselības aprūpes pakalpojumu izmaksu pamatotību. Apdrošinātāji būs motivēti rūpīgi sekot līdzi, pārbaudīt un salīdzināt veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju kvalitāti un izmaksas, lai konkurences apstākļos iedzīvotājiem sniegtu vislabāko piedāvājumu. Lai nodrošinātu apdrošinātāju konkurenci, iedzīvotājiem ir jābūt brīvai izvēlei starp vairākiem apdrošinātājiem, turklāt apdrošinātāju nomainai nepieciešamības gadījumā vajadzētu būt vienkāršai un ar mazām izmaksām (*Thomson u.c., 2013*).

Šāda sistēma radītu arī nepieciešamo pakalpojumu sniedzēju konkurenci. Konkurences rezultātā apdrošinātāji izvēlēties slēgt līgumus ar tiem pakalpojumu sniedzējiem, kuri piedāvā kvalitatīvāku pakalpojumu par izdevīgāku cenu. Savukārt tie veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji, kuri nebūs spējīgi piedāvāt kvalitatīvus pakalpojumus vai kuru izmaksas ievērojami pārsniegs līdzvērtīga pakalpojuma izmaksas pie cita veselības aprūpes pakalpojuma sniedzēja, būs spiesti mazināt izmaksas, uzlabojot darbības efektivitāti, jo apdrošinātāji neslēgs līgumus ar neefektīvajiem veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem. Atsevišķos veselības aprūpes segmentos, kuros pakalpojumu sniedzējiem ir dominējoša loma, vienlīdzīgas un godīgas konkurences nodrošināšanai būs jāpiemēro administratīvi pasākumi (jānosaka regulējums un atbilstoši kontroles mehānismi).

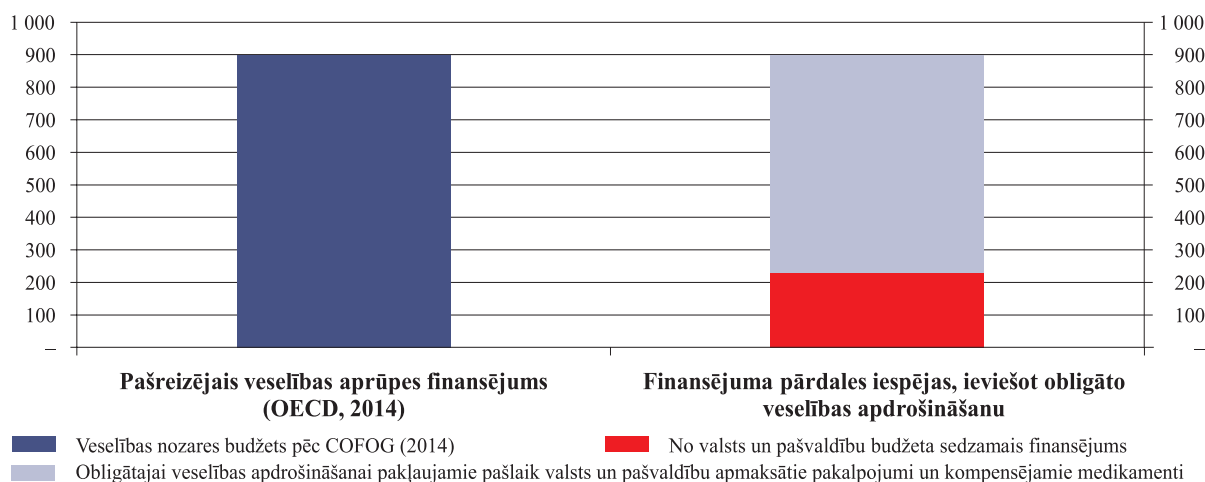
Daudzi pētnieki atzīst, ka uz regulētu konkurenci balstīts apdrošināšanas modelis nodrošina efektīvāku un lietderīgāku veselības aprūpes finansējuma izlietojumu. Izanalizējot plašu pieejamo pētījumu klāstu, OECD pētnieki secinājuši, ka regulētai konkurencei veselības apdrošināšanas tirgū ir potenciāls uzlabot veselības aprūpes pakalpojumu efektivitāti un kvalitāti ar nosacījumu, ka apdrošinātājiem ir iespēja diferencēt savus produktus un iedzīvotājiem ir skaidrība par sniedzamo pakalpojumu kvalitāti un cenu (*Paris u.c., 2010*). Turklāt apdrošināšanas principu ieviešana tiek asociēta arī ar stabilāku finansējuma pieejamību un ierobežotu politiku lomu veselības aprūpes budžeta veidošanā (*Mitenbergs, Briģis un Quentin, 2014*). Par veselības apdrošināšanas sistēmas efektivitāti liecina arī *Euro Health Consumer Index 2015.* gada ziņojums, kurā norādīts, ka valstis, kurās pastāv regulētas konkurences apstākļi, ir līderes gan pakalpojumu pieejamības, gan sabiedrības veselības rādītājos.

Atšķirībā no brīvas konkurences regulētas konkurences apstākļos valsts saglabā nozīmīgu lomu veselības aprūpes organizēšanā, nodrošinot pieejamu veselības aprūpi visiem iedzīvotājiem neatkarīgi no viņu veselības stāvokļa vai ienākumu līmeņa. Valsts nosaka minimālo veselības aprūpes pakalpojumu grozu, kas iekļaujams apdrošināšanas polisē, un regulāri to aktualizē. Lai nodrošinātu solidaritāti un vienlīdzību, valsts nosaka, ka apdrošinātāji polises iegādi nedrīkst atteikt nevienam iedzīvotājam un polises cenai visiem iedzīvotājiem jābūt vienādei. Apdrošinātāji nav tiesīgi sašaurināt valsts noteikto minimālo pakalpojumu grozu, bet tie var šo grozu paplašināt, nepārsniedzot valsts noteikto maksimālo polises cenu. Turklāt maksātspējīgie iedzīvotāji veselības apdrošināšanas polisi iegādāsies par pašu līdzekļiem, bet valsts no budžeta līdzekļiem apdrošinās bērnus un trūcīgos iedzīvotājus. Tādējādi visiem iedzīvotājiem tiks nodrošināta vienlīdzīga pieeja veselības aprūpes pakalpojumiem.

Obligātās veselības apdrošināšanas ieviešana vienlaikus ļaus gan piesaistīt papildu finansējumu, gan uzlabot tā izmantošanas efektivitāti. Finansējums veselības aprūpei veidosies no iedzīvotāju maksājumiem, pērkot apdrošināšanas polisi, un valsts budžeta līdzekļiem, kas jau pašlaik tiek novirzīti veselības jomai. Atšķirībā no esošā veselības aprūpes finansēšanas modeļa finansējuma sadali NVD vietā veiks apdrošināšanas sabiedrības, kas konkurences apstākļos būs motivētas šo finansējumu izmantot pēc iespējas lietderīgāk. Lai gan šādas sistēmas administrēšanas izmaksas varētu būt augstākas nekā esošajā modelī, to ar uzviju kompensēs lietderīgāks un efektīvāks finansējuma izlietojums. Tā vietā, lai ar zemām administrēšanas izmaksām, kritiski neizvērtējot, sadalītu finansējumu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju starpā, daudz lietderīgāk ir ieguldīt papildu līdzekļus efektīvākā administrēšanā, tā optimizējot kopējo veselības aprūpei pieejamo līdzekļu sniegumu iedzīvotāju veselības stāvokļa uzlabošanā.

Caur obligāto veselības apdrošināšanas sistēmu iespējams novirzīt lielāko daļu pašreizējā valsts finansējuma. Tas ietvertu valsts un pašvaldību finansējumu, kas pašlaik tiek novirzīts ārstniecības pakalpojumiem un kompensējamo medikamentu un materiālu iegādei (sk. 14. att.). Tomēr daļa esošā finansējuma būs jāturpina pārdalīt caur valsts budžetu (piemēram, finansējums nozares uzraudzībai, kontrolei un administrācijai, finansējums neatliekamajai medicīniskajai palīdzībai, asinsdonoru sistēmas uzturēšanai, starptautisko saistību izpildei, ilgtermiņa aprūpei u.c. mērķiem). Par obligātajā veselības apdrošināšanā iekļaujamo veselības aprūpes pakalpojumu klāstu un apmēru jālemj nozares profesionāļiem, balstoties uz valsts finansiālajām iespējām un veselības aprūpes prioritātēm, kas izvēlētas atkarībā no to sniegtā pienesuma sabiedrības veselības stāvokļa uzlabošanā.

Obligātās veselības apdrošināšanas ieviešana ļaus nozarei piesaistīt vairāk finansējuma arī caur brīvprātīgo veselības apdrošināšanu. Saskaņā ar Latvijas Apdrošinātāju asociācijas sniegto informāciju jau pašlaik veselību ir apdrošinājusi apmēram trešā daļa Latvijā nodarbināto iedzīvotāju. Tomēr pašlaik apdrošinātāji ir samērā atturīgi, piedāvājot veselības apdrošināšanu iedzīvotājiem, jo brīvprātīgas apdrošināšanas gadījumā iedzīvotāji ir motivēti apdrošināties vien tad, kad rodas nepieciešamība saņemt veselības aprūpes pakalpojumus. Rezultātā nenotiek pienācīga risku sadale, būtiski sadārdzinot apdrošināšanas polises izmaksas, un pašlaik apdrošinātāji piedāvā veselības apdrošināšanu pamatā vien gadījumos, kad darba devējs apdrošina visus savus darbiniekus. Ieviešot obligāto veselības apdrošināšanu ar valsts noteiktu minimālo pakalpojumu grozu, kas iekļaujams apdrošināšanas polisē, būtiski pieaugs apdrošināto iedzīvotāju skaits un saslimstības riski tiks sadalīti uz daudz lielāku iedzīvotāju skaitu. Šādos apstākļos apdrošinātāji būs motivēti papildus valsts noteiktajai bāzes apdrošināšanas polisei par saprātīgu papildu samaksu un atbilstoši brīvprātības



14. attēls. Valsts un pašvaldību veselības aprūpes finansējuma novirzīšanas iespējas obligātajai veselības apdrošināšanai (milj. eiro)

Avoti: OECD, CSP un autoru aprēķini.

principam iedzīvotājiem piedāvāt veselības apdrošināšanas polises, kurās iekļauts plašāks veselības aprūpes pakalpojumu grozs, kas kopumā veselības aprūpes sistēmā ļaus piesaistīt papildu finansējumu.

Lai uz regulētu konkurenci balstīta apdrošināšanas sistēma darbotos efektīvi, valstij būs jāizveido apdrošināšanas risku izlīdzināšanas mehānisms. Lai apdrošinātājs saņemtu tā apdrošināto iedzīvotāju saslimstības riska profilam atbilstošu finansējumu ar nosacījumu, ka apdrošināšanas polises cena visiem iedzīvotājiem ir vienāda, nepieciešams izveidot riska izlīdzināšanas mehānismu, ko finansētu no esošajiem valsts budžeta līdzekļiem veselības aprūpei. Tas novērsīs privāto apdrošinātāju vēlmi piesaistīt iedzīvotājus ar zemu saslimstības risku (*Mikkers un Ryan, 2014*). Pastāv nozīmīgas Eiropas valstīs izmantoto riska izlīdzināšanas mehānismu atšķirības (sk. *Leu u.c., 2009; Thomson, 2013*), tomēr visās valstīs tas tiek regulāri uzlabots, lai pēc iespējas precīzāk atspoguļotu iedzīvotāju patieso riska profilus, ņemot vērā ne tikai personas dzimumu, vecumu, ienākumu avotus, dzīvesvietas reģionu, sociālekonomisko statusu, bet arī diagnostisko un farmaceitisko izmaksu grupu. Rūpīga riska izlīdzināšanas mehānisma izstrāde ir būtiska, jo zaudējumi, kas var rasties tā neveiksmīgas izveides dēļ (piemēram, tāda, kas motivē apdrošinātājus selektīvi izvēlēties iedzīvotājus ar noteiktu riska grupu) ir nozīmīgi (*van de Ven u.c., 2007*).

Ne mazāk būtisks aspekts obligātās veselības apdrošināšanas veiksmīgai darbībai ir efektīvs informācijas sistēmu infrastruktūras atbalsts. Lai gan no valsts līdzekļiem ieguldīti lieli finanšu resursi un pielikts ne mazums pūļu plānošanas un ieviešanas darbiem, pēdējo 10 gadu laikā valstij tā arī nav izdevies izveidot funkcionējošu, kvalitatīvu un efektīvu e-veselības sistēmu. Turpretī privātie apdrošinātāji, sniedzot brīvprātīgu veselības apdrošināšanu, līdzīgas sistēmas izmanto jau ilgstoši. Ieviešot obligāto veselības apdrošināšanu, valstij būtu jādefinē nepieciešamais regulējums un noteikumi, atbilstošo informācijas sistēmu izveidi un uzturēšanu uzticot apdrošināšanas sabiedrībām. Veiksmīgai obligātās veselības apdrošināšanas darbībai būtu nepieciešamas vismaz šādas informācijas sistēmas: veselības apdrošināšanas reģistrs, kvalitatīva e-veselības sistēma, kurā identificējami individuāli pacienti, viņiem sniegtie veselības aprūpes pakalpojumi un to izmaksas, kā arī veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju informācijas sistēma, kurā tiktu uzkrāta informācija par sniegto pakalpojumu kvalitāti.

2.1. Veicamie pasākumi obligātās veselības apdrošināšanas ieviešanai Latvijā

Veicamās darbības obligātās veselības apdrošināšanas ieviešanai Latvijā apkopotas 1. tabulā.

1. tabula. Veicamo darbu saraksts obligātās veselības apdrošināšanas ieviešanai Latvijas veselības aprūpes sistēmā*

Nr.p.k.	Aktivitāte
1.	Noteikt skaidru un caurskatāmu minimālo pakalpojumu grozu, kas jāiekļauj obligātajā veselības apdrošināšanā. Tajā iekļauto veselības aprūpes pakalpojumu tvērumam jābūt atbilstošam valsts finanšu iespējām un prioritātēm, kas izvēlētas atkarībā no atsevišķu veselības aprūpes pakalpojumu sniegtā pienesuma sabiedrības veselības stāvokļa uzlabošanā.
2.	Aprēķināt veselības aprūpes pakalpojumu patiesās izmaksas un noteikt tām atbilstošus tarifus.
3.	Noteikt veselības aprūpes sistēmai trūkstošā finansējuma apjomu un aprēķināt maksimālo veselības apdrošināšanas polises cenu.
4.	Noteikt, kuras iedzīvotāju grupas apdrošinās valsts un kurām iedzīvotāju grupām veselības apdrošināšanas polise būs jāiegādājas par saviem līdzekļiem.
5.	Izveidot vienotu e-veselības sistēmu, kurā identificējami individuāli pacienti, viņiem sniegtie veselības aprūpes pakalpojumi un to izmaksas.
6.	Izveidot vienotu informācijas platformu, kas satur informāciju par apdrošināšanas sabiedrību polišu piedāvājumiem, kā arī informāciju par pakalpojumu sniedzējiem un to sniegto pakalpojumu kvalitāti.
7.	Izstrādāt un pieņemt obligātās veselības apdrošināšanas normatīvo regulējumu, nosakot, ka veselības apdrošināšana ir obligāta visiem Latvijas iedzīvotājiem; ieviest vienotu obligātās veselības apdrošināšanas reģistru.
8.	Dibināt valsts veselības apdrošināšanas sabiedrību.
9.	Izstrādāt riska izlīdzināšanas mehānismu un dibināt riska izlīdzināšanas fondu, caur kuru apdrošinātājiem tiktu veikti riska izlīdzināšanas maksājumi, balstoties uz apdrošināmo riska profilu, kā arī segtas valsts apdrošināto iedzīvotāju apdrošināšanas prēmijas. Valsts budžeta finansējumu veselības aprūpei ieskaitīt riska izlīdzināšanas fondā.
10.	Dibināt obligātās veselības apdrošināšanas valdi, kas pārraudzītu riska izlīdzināšanas fondu, definētu sistēmas darbības mērķus, regulāri pārskatītu pakalpojumu grozu un tarifus, kā arī nodrošinātu sistēmas atbilstību izvirzītajiem mērķiem.

* Tabulā uzskaitīto aktivitāšu secībai nav precīzi jāatbilst to ieviešanas secībai.

Noteikt skaidru un caurskatāmu minimālo pakalpojumu grozu, kas jāiekļauj obligātajā veselības apdrošināšanā. Veselības aprūpes pakalpojumu grozs ir stūrakmens jebkurai veselības aprūpes sistēmai, tāpēc tā caurskatāmībai un atbilstībai pieprasījumam ir būtiska nozīme veselības aprūpes pieejamības nodrošināšanā. Turklāt grozā iekļautie pakalpojumi jāsniedz nepieciešamajā apmērā. Obligātās veselības apdrošināšanas sistēmā skaidri definēts veselības aprūpes pakalpojumu grozs ir nepieciešams, lai nodrošinātu to, ka apdrošinātāji savstarpēji konkurē, piedāvājot izdevīgāku cenu vai augstāku pakalpojumu kvalitāti, nevis diferencējot sniedzamo pakalpojumu klāstu (*Mickers un Ryan, 2014*). Tāpēc veselības aprūpes pakalpojumu grozam jābalstās uz patiesām pakalpojumu izmaksām un šo pakalpojumu faktisko pieprasījumu. Pakalpojumu izvēlē jāpanāk pārdomāts līdzsvars starp valsts finanšu iespējām un veselības aprūpes prioritātēm sabiedrības veselības stāvokļa uzlabošanā. Veselības aprūpes pakalpojumu groza izvērtēšanai jāklūst par regulāru procesu, šo grozu pārskatot un apstiprinot reizi gadā.

Aprēķināt veselības aprūpes pakalpojumu patiesās izmaksas un noteikt tām atbilstošus tarifus. Lai ieviestu regulētas konkurences modeli veselības apdrošināšanā, nepieciešams pārskatīt pašreizējos veselības aprūpes pakalpojumu tarifus, rūpīgi izvērtējot pakalpojumu sniedzēju reālās izmaksas. Šajā procesā nebūtu izmantojami pakalpojumu sniedzēju vidējo izmaksu rādītāji, vispirms nenodrošinot

saskaņotu uzskaiti un sistēmisku izdevumu lietderīguma un efektivitātes kontroli. Esošajā situācijā būtu jāfokusējas uz nozares līderiem izdevumu efektivitātes jomā, veicot rūpīgu sniegto veselības aprūpes pakalpojumu izmaksu vērtējumu. Lai nodrošinātu atbilstību patiesajām izmaksām, arī veselības aprūpes pakalpojumu tarifu izvērtēšanai jāklūst par regulāru procesu, šos tarifus pārskatot un apstiprinot reizi gadā.

Noteikt veselības aprūpes sistēmai trūkstošā finansējuma apjomu un aprēķināt maksimālo veselības apdrošināšanas polises cenu. Ņemot vērā pakalpojumu grozu un pārrēķinātos tarifus, kā arī aplēses par nepieciešamo pakalpojumu apjomu, noteikt veselības apdrošināšanas polises maksimālo prēmijas apjomu, par kuru apdrošinātājs ir tiesīgs šo polisi pārdot. Piesaistot klientus konkurences apstākļos, apdrošinātāji būs motivēti piedāvāt pēc iespējas labākus nosacījumus, kopā ar pakalpojumu sniedzējiem veidojot konkurētspējīgāku polisē iekļaujamo pakalpojumu grozu (minimālais pakalpojumu grozs par zemāku cenu vai plašāks pakalpojumu grozs par valsts noteikto maksimālo cenu). Apdrošinātājs ir tiesīgs piedāvāt iegādāties papildus sniedzamo pakalpojumu segumu par papildu samaksu, ja apdrošinātā persona tam brīvprātīgi piekrīt.

Noteikt, kuras iedzīvotāju grupas apdrošinās valsts un kurām iedzīvotāju grupām veselības apdrošināšanas polises būs jāiegādājas par saviem līdzekļiem. Nosakot atbilstošās iedzīvotāju grupas, jāvadās pēc principa, ka maksātspējīgie Latvijas iedzīvotāji iegādājas veselības apdrošināšanas polises par saviem līdzekļiem; pārējiem iedzīvotājiem polises iegādājas valsts. Piemēram, valsts varētu iegādāties polises bērniem, mazturīgajiem iedzīvotājiem un pensionāriem, bet darbspējīgie iedzīvotāji iegādātos polises par pašu līdzekļiem. Veicot šo izvēli, jāņem vērā pieejamais finansējuma apjoms.

Izveidot vienotu e-veselības sistēmu, kurā identificējami individuāli pacienti, viņiem sniegtie veselības aprūpes pakalpojumi un to izmaksas. Informācijas tehnoloģijām ir būtiska loma efektīvas obligātās veselības apdrošināšanas sistēmas izveidē. Informācijas pieejamība veicina efektīvas ārstēšanas procesu, tāpēc ir būtiski izveidot vienotu informatīvo platformu, kas satur informāciju par pacientiem un viņu slimības vēstures (OECD, 2009). Kvalitatīva e-veselības sistēma, kurā ir iespējams identificēt pacientu, uzkrāt informāciju par viņa slimības vēsturi, sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem un to izmaksām, nepieciešama riska izlīdzināšanas mehānisma darbībai, un tā ir būtisks instruments izmaksu efektivitātes un lietderīguma kontrolei. Valstij nodrošinot nepieciešamo regulējumu, sistēmas izveide un uzturēšana būtu jāorganizē un jāfinansē obligātajā veselības apdrošināšanā iesaistītajām apdrošināšanas sabiedrībām.

Izveidot vienotu informācijas platformu, kas satur informāciju par apdrošināšanas sabiedrību polišu piedāvājumiem, kā arī informāciju par pakalpojumu sniedzējiem un to sniegto pakalpojumu kvalitāti. Iedzīvotājiem jābūt pieejamai informācijai par apdrošinātāju izvēlētajiem pakalpojumu sniedzējiem un to kvalitāti raksturojošiem rādītājiem. Akadēmiskajā literatūrā secināts, ka pakalpojumu kvalitāti raksturojošas informācijas pieejamība veicina sistēmas efektivitātes kāpumu, ļaujot apdrošinātājiem izvēlēties kvalitatīvākos pakalpojumu sniedzējus (sk., piemēram, *Paris u.c.*, 2010 vai *Thomson*, 2013). Lai iedzīvotāji varētu pieņemt racionālu lēmumu, izvēloties apdrošinātāju, nepieciešama arī publiski pieejama informācija par apdrošinātāju piedāvāto polišu cenām, nosacījumiem un pieejamajiem pakalpojumu sniedzējiem. Piemēram, Šveicē un Nīderlandē apdrošinātāju piedāvājumus var ērti salīdzināt interneta vietnēs (*Thomson*, 2013). Valstij nodrošinot nepieciešamo regulējumu, sistēmas izveide un uzturēšana būtu jāorganizē un jāfinansē obligātajā veselības apdrošināšanā iesaistītajām apdrošināšanas sabiedrībām. Objektīvu analīzi par apdrošinātāju piedāvātājiem veselības apdrošināšanas polisēm būtu jāsniedz veselības apdrošināšanas valdei.

Izstrādāt un pieņemt obligātās veselības apdrošināšanas normatīvo regulējumu, nosakot, ka veselības apdrošināšana ir obligāta visiem Latvijas iedzīvotājiem. Lai nodrošinātu raitu obligātās veselības apdrošināšanas darbību, jāievieš vienots obligātās veselības apdrošināšanas reģistrs. Reģistrā jābūt pieejamai informācijai par visiem iedzīvotājiem, kas ir iesaistīti obligātās veselības apdrošināšanas sistēmā (iedzīvotāji, kuri veikuši iemaksas vai kurus ir apdrošinājusi valsts). Valstij jānosaka un jāpiemēro kārtība, kas liedz saņemt valsts un pašvaldības sniegtos pakalpojumus iedzīvotājiem, kas nav veikuši obligāto veselības apdrošināšanu.

Dibināt valsts veselības apdrošināšanas sabiedrību. Tā kā privāto apdrošināšanas sabiedrību kapacitāte pašlaik nav pietiekama visu Latvijas iedzīvotāju iesaistei obligātās veselības apdrošināšanas sistēmā, uz esošās institucionālās bāzes jāizveido valsts veselības apdrošināšanas sabiedrība. Kā norāda Mitenbergs u.c. (2014), Latvijā pāreja uz valsts veselības apdrošināšanu neprasis nozīmīgas institucionālas pārmaiņas, jo Nacionālais veselības dienests saglabājis kādreizējās Valsts obligātās veselības apdrošināšanas aģentūras pakalpojumu pircēja funkcijas. Vienlaikus obligātajā veselības apdrošināšanas sistēmā jāļauj iesaistīties arī privātām apdrošināšanas sabiedrībām, nodrošinot visiem apdrošinātājiem vienādus dalības noteikumus.

Izstrādāt riska izlīdzināšanas mehānismu un dibināt riska izlīdzināšanas fondu. Caur fondu apdrošinātājiem, balstoties uz apdrošināto iedzīvotāju riska profilu, tiktu veikti riska izlīdzināšanas maksājumi, kā arī segtas valsts apdrošināto iedzīvotāju apdrošināšanas prēmijas. Riska izlīdzināšanas fonda finansējums būtu jāveido uz esošā valsts budžeta finansējuma veselības aprūpei bāzes. Nepieciešams izveidot detalizētu riska izlīdzināšanas mehānismu, kas ir neatņemama obligātās veselības apdrošināšanas sistēmas sastāvdaļa, caur kuru esošie valsts budžeta līdzekļi veselības aprūpei tiktu pārdaļīti proporcionāli apdrošinātāju piesaistīto klientu riska profilam un par valsts līdzekļiem apdrošināmo iedzīvotāju īpatsvaram.

Dibināt obligātās veselības apdrošināšanas valdi. Tās uzdevums būtu pārraudzīt riska izlīdzināšanas fondu, definēt obligātās veselības apdrošināšanas sistēmas darbības (operacionālos) mērķus, regulāri pārskatīt pakalpojumu grozu un tarifus, kā arī nodrošināt sistēmas atbilstības izvirzītajiem mērķiem auditu.

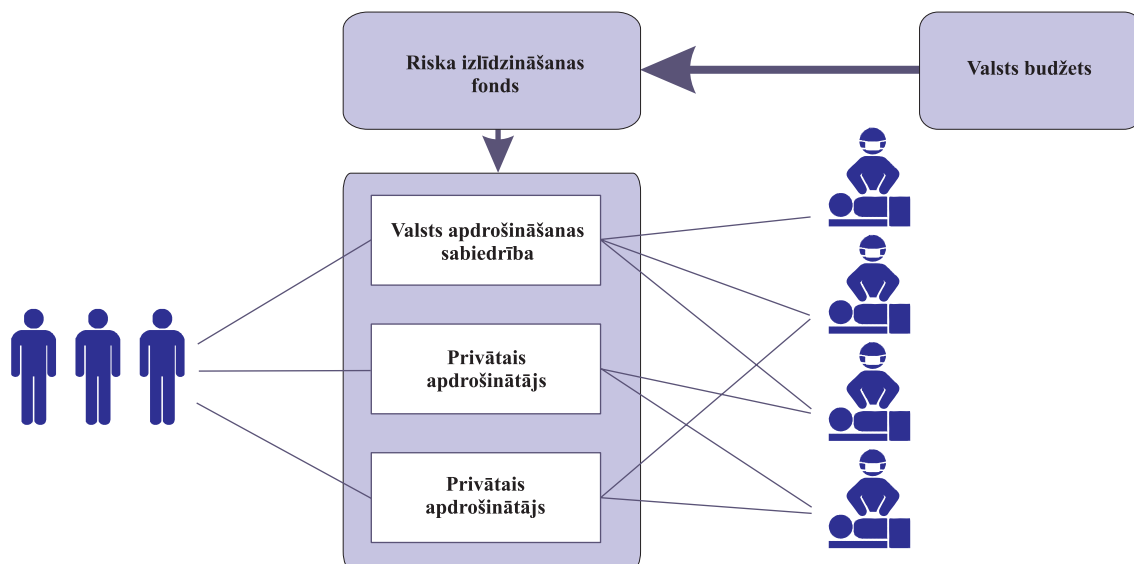
Obligātās veselības apdrošināšanas ieviešana ļautu piesaistīt papildu līdzekļus iedzīvotāju veselības aprūpei. Caur obligāto veselības apdrošināšanu papildus valsts budžeta līdzekļiem piesaistāmā finansējuma indikatīvs apjoms atkarībā no apdrošināšanas polises cenas un iedzīvotāju grupām, kas polises iegādājas par pašu līdzekļiem, atspoguļots 2. tabulā. Nosakot apdrošināšanas polises prēmiju 300 eiro gadā jeb 25 eiro mēnesī, papildus budžeta līdzekļiem veselības aprūpei būtu iespējams novirzīt aptuveni 300 miljonus eiro.

2. tabula. Ar obligātās veselības apdrošināšanas iemaksām papildus valsts budžeta līdzekļiem piesaistāmā finansējuma apjoms

Polises maksa (eiro gadā)	Maksā visi darbspējīgie (25–63 gadi) (milj. eiro)*	Maksā visi darbspējīgie (18–63 gadi) (milj. eiro)*	Maksā visi Latvijas iedzīvotāji, kuri vecāki par 18 gadiem (milj. eiro)*
100	97.6	110.3	150.6
150	146.4	165.4	225.9
200	195.2	220.5	301.1
250	244.0	275.6	376.4
300	292.8	330.8	451.7
350	341.6	385.9	527.0
400	390.4	441.0	602.3
450	439.2	496.1	677.6

* Aprēķinos izmantotie izņēmumi: ieslodzītie, trūcīgās personas, invaliditātes pensijas un vecāku pabalsta saņēmēji un nenodarbinātie studenti.

Regulētas konkurences ieviešana ar obligāto veselības apdrošināšanu ļautu gan piesaistīt papildu finansējumu, gan arī vidējā termiņā uzlabot veselības aprūpes sistēmas efektivitāti. Lai šāda sistēma veiksmīgi darbotos, jānodrošina gan pakalpojumu pircēju, gan pakalpojuma sniedzēju konkurence. Piedāvātais Latvijas veselības aprūpes finansēšanas modelis, kas atbilstu šādiem nosacījumiem, atspoguļots 15. attēlā.



Iedzīvotāji var brīvi izvēlēties, no kura apdrošinātāja iegādāties polisi

Apdrošinātāji var brīvi izvēlēties, no kuriem pakalpojumu sniedzējiem pirkt pakalpojumus

15. attēls. Latvijas obligātās veselības apdrošināšanas sistēmas finansēšanas pamatprincipi²

Obligātās veselības apdrošināšanas modeļa detalizēta izstrāde jāveic nozares ekspertiem sadarbībā ar atbildīgajām valsts institūcijām un apdrošināšanas nozares pārstāvjiem. Šajā procesā būtu lietderīgi izmantot citu valstu pieredzi, kurās līdzīgi modeļi jau veiksmīgi darbojas, īpaši pieredzi attiecībā uz risku izlīdzināšanas mehānisma izveidi. Ņemot vērā nepieciešamo plānošanas detalizācijas pakāpi un jauna regulējuma un infrastruktūras izveidei nepieciešamo laiku, obligātā veselības apdrošināšana reāli varētu tikt ieviesta 2018. gadā. Tās darbības sākumposmā, kamēr konkurences apstākļos un rūpīgas sistēmas darbības analīzes rezultātā tiek sasniegta sistēmas optimāla darbība, būtu jāveido finanšu rezerve neparedzētiem gadījumiem, t.sk., lai apmierinātu iepriekšējo gadu laikā uzkrāto neapmierināto veselības aprūpes pakalpojumu pieprasījumu.

² Izmantoti attēla elementi no *Mikkers un Ryan, 2014.*

LITERATŪRA

1. Ārvalstu investoru padome Latvijā. *Pozīcijas ziņojums par Latvijas veselības aprūpes sistēmas attīstību. Pozīcijas ziņojums Nr. 3.* 2014. gada 30. maijā. 8 lpp. [skatīts 2016. gada 7. jūlijā]. Pieejams: http://www.ficil.lv/f/3_14%2005%2030%20Veselibas%20aprupes%20sistemas%20attistiba.pdf.
2. Eiropas Komisija. Commission Staff Working Document. *Country Report Latvia 2015.* 2015. 49 p. [skatīts 2016. gada 7. jūlijā]. Pieejams: http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2015/cr2015_latvia_en.pdf.
3. Eiropas Komisija. *Patient Safety and Quality of Care. Special Eurobarometer 411.* June 2014. 168 p. [skatīts 2016. gada 7. jūlijā]. Pieejams: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/ebs_411_en.pdf.
4. European Observatory on Health Systems and Policies. *Latvia Health System Review 2012. Health Systems in Transition*, vol. 14, No. 8, 2012. 219 p. [skatīts 2016. gada 7. jūlijā]. Pieejams: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/186072/e96822.pdf.
5. Finanšu ministrija. Informatīvais ziņojums "Par valsts budžeta izdevumu pārskatīšanas 2017., 2018. un 2019. gadam rezultātiem un priekšlikumi par šo rezultātu izmantošanu likumprojekta "Par vidēja termiņa budžeta 2017., 2018. un 2019. gadam" un likumprojekta "Par valsts budžetu 2017. gadam" izstrādes procesā". 2016. 78 lpp. [skatīts 2016. gada 7. jūlijā]. Pieejams: http://www.fm.gov.lv/files/valstsbudzets/2016/FMZino_260516_izd_parskat.pdf.
6. Health Consumer Powerhouse. *Euro Health Consumer Index 2015 Report.* 2015. 117 p. [skatīts 2016. gada 7. jūlijā]. Pieejams: http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2015/EHCI_2015_report.pdf.
7. Krasnopjorovs, Oļegs. Latvijas valdības izdevumu efektivitātes novērtējums. *Latvijas Universitātes raksti.* 743. sēj., 2009, 117.–128. lpp.
8. Latvijas Republikas Valsts kontrole. *Valsts budžeta līdzekļu izlietojuma likumība un ekonomiskums, apmaksājot ārstniecības pakalpojumus pēc noteiktā tarifa.* Revīzijas ziņojums Nr. 5.1-2-6/2011. 2011. 114 lpp. [skatīts 2016. gada 7. jūlijā]. Pieejams: http://www.lrvk.gov.lv/uploads/reviziju-zinojumi/2011/5.1-2-6_2011/zin_vm_pak_28nov2011.pdf.
9. Leu, Robert E., Rutten, Frans F. H., Brouwer, Werner, Matter, Pius, Rutschi, Christian. *The Swiss and Dutch Health Insurance Systems: Universal Coverage and Regulated Competitive Insurance Markets.* The Commonwealth Fund, 2009 [skatīts 2016. gada 7. jūlijā]. Pieejams: <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2009/jan/the-swiss-and-dutch-health-insurance-systems--universal-coverage-and-regulated-competitive-insurance>.
10. Mitenbergs, Uldis, Brigis, Girts, Quentin, Wilm. Healthcare Financing Reform in Latvia: Switching from Social Health Insurance to NHS and Back? *Health Policy*, vol. 188, issue 2, November 2014, pp. 147–152.
11. Mikkers, Misja, Ryan, Padhraig. "Managed Competition" for Ireland? The Single Versus Multiple Payer Debate. *BMC Health Services Research*, September 2014.
12. OECD. *Achieving Better Value for Money in Health Care.* November 2009. 164 p. [skatīts 2016. gada 7. jūlijā]. Pieejams: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/achieving-better-value-for-money-in-health-care_9789264074231-en.
13. Paris, Valérie, Devaux, Marion, Wei, Lihan. *Health Systems Institutional Characteristics. A Survey of 29 OECD Countries.* OECD Health Working Papers, No. 50, April 2010. 141 p. [skatīts 2016. gada 7. jūlijā] Pieejams: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-systems-institutional-characteristics_5kmfxq9qbnr-en;jsessionid=1f6069fo5febd.x-oecd-live-03.
14. Thomson, Sarah, Busse, Reinhard, Crivelli, Luca, Van de Ven, Wynand, Van de Voorde, Carine. Statutory Health Insurance Competition in Europe: A Four-Country Comparison. *Health Policy*, vol. 109, issue 3, March 2013, pp. 209–225.
15. Van de Ven, Wynand, Beck, Konstantin, Van de Voorde, Carine, Wasem, Jürgen, Zmora, Irit. Risk Adjustment and Risk Selection in Europe: 6 Years Later. *Health Policy*, vol. 83, issues 2–3, October 2007, pp. 162–179.
16. Veselības ministrija. Konceptijas projekts par veselības aprūpes sistēmas finansēšanas modeli. 12.03.2013. [skatīts 2016. gada 7. jūlijā]. Pieejams: http://www.vm.gov.lv/lv/aktualitates/publiska_apsriesana/koncepcijas_projekts_veselibas_aprupes_sistemas_finansesanas/.

