

## Latvijas veselības aprūpes finansēšanas modeļa maiņas lietderības novērtējums

*Ieva Bikava<sup>1</sup>, Andris Skride<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Rīgas Stradiņa universitāte, Doktorantūras nodaļa, Latvija

<sup>2</sup> Rīgas Stradiņa universitāte, Iekšējo slimību katedra, Latvija  
*Andris.Skride@stradini.lv*

### Kopsavilkums

Darbā veikta obligātās veselības apdrošināšanas ieviešanas reformas lietderības analīze, vērtējot to atbilstoši starptautiskajām veselības politikas vadlīnijām un Latviju raksturojošiem demogrāfiskajiem, ekonomiskajiem un sociālajiem rādītājiem, kā arī ņemot vērā Latvijas nodokļu sistēmas ietvaru.

Veikta ieguvumu un trūkumu analīze, apskatot trīs veselības aprūpes finansēšanas modeļus: veselības aprūpes finansēšanu no kopējiem budžeta ieņēmumiem, kā arī abus iespējamās obligātās apdrošināšanas modeļus – nacionālo un brīvā tirgus veselības apdrošināšanas modeli. Veikta katra modeļa priekšrocību un trūkumu analīze, balstoties uz salīdzinošās politikas un veselības politikas pamatnostādņēm.

Pētījuma rezultātā secināts, ka finansējuma modeļa maiņa, ieviešot obligāto veselības apdrošināšanu ar pašreizējiem un tuvākajā laikā prognozējamiem Latvijas sociāli ekonomiskajiem un demogrāfiskajiem rādītājiem, nav lietderīga un šāda reforma ne vien neuzlabos veselības aprūpes pieejamību, bet arī pastāv risks, ka šādas reformas rezultātā veselības aprūpes finansējums tiks vēl vairāk samazināts, kas vēl vairāk apgrūtinās laikus saņemtu un pieejamu veselības aprūpi Latvijas iedzīvotājiem.

*Atslēgvārdi:* veselības aprūpes finansējums, veselības aprūpes reformas, veselības apdrošināšana.

### Ievads

No 1991. gada Latvijā veselības aprūpes jomā ir veiktas gan strukturālas reformas, gan mainīts finansējuma modelis. Strukturālās reformas tika veiktas, pārejot no centralizētas uz decentralizētu veselības aprūpes sistēmu: ieviešot primāro, sekundāro un terciāro veselības aprūpi, kā arī veicot izmaiņas iestāžu tīklā – optimizējot un pārprofilējot veselības aprūpes iestādes.

No 1991. līdz 2016. gadam pastāvēja divi finansēšanas modeļi. Deviņdesmito gadu beigās tika izveidota nacionālā veselības apdrošināšanas sistēma, kur veselības aprūpes finansējumu veidoja daļa no ienākuma nodokļa (28,4 % no iedzīvotāju ienākuma nodokļa), papildinot to ar līdzekļiem no kopējiem budžeta ieņēmumiem. 2004. gadā tika veikta finansēšanas modeļa maiņa, atsakoties no “iezīmētās” nodokļa daļas, un veselības aprūpes finansējums tika noteikts kā daļa no kopējiem budžeta izdevumiem – šāds finansēšanas modelis ir spēkā kopš 2005. gada. Abos finansēšanas modeļos bija paredzēts pacienta līdzmaksājums, un tika noteiktas iedzīvotāju grupas un nosacījumi, kad pacients tiek atbrīvots no līdzmaksājuma, kā arī tika noteikti maksas pakalpojumi [12, 13, 15].

Tomēr ne viens, ne arī otrs modelis nespēja nodrošināt pietiekamu veselības aprūpes finansējumu, un rezultātā šo 25 gadu laikā veselības aprūpes finansējums bija nepietiekams, kas radīja veselības aprūpes pieejamības problēmas būtiskai daļai Latvijas iedzīvotāju.

Lai arī šī problēma ir bijusi aktuāla visā periodā pēc Latvijas neatkarības atjaunošanas, tomēr tā īpaši saasinājās globālās ekonomiskās krīzes iespaidā, kad 2009. gadā, valstī veicot "ieکشēju devalvāciju", tika samazināti valsts budžeta izdevumi, to skaitā samazināts jau tā nepietiekamais veselības aprūpes budžets.

Meklējot iespējamās problēmas risinājumus, kopš 2009. gada tiek skatīts jautājums par veselības aprūpes finansējuma modeļa maiņu – obligātās veselības apdrošināšanas sistēmas (OVA) ieviešanu. Aņņemšanās ieviest OVA tika ierakstīta 2011. gada Valda Dombrovska vadītās valdības deklarācijā, bet reforma netika veikta, izstrādāto likumprojektu atcēla pēc skatīšanas pirmajā lasījumā. OVA ieviešana tika iekļauta arī 2016. gada Māra Kučinska vadītās valdības deklarācijā, un saskaņā ar Veselības ministrijas publiski sniegto informāciju joprojām notiek dažādu finansēšanas modeļu izvērtēšana, lai rastu papildu finansējumu veselības aprūpei.

Viens no piedāvātajiem problēmas risinājumiem bija ieviest brīvā tirgus OVA modeli, ko rosināja Latvijas Banka un politiskā partija "Latvijas attīstībai". Viens no šāda modeļa ieviešanas argumentiem bija atsauce uz citām Eiropas valstīm (Vāciju un Nīderlandi), kurās darbojas brīvā tirgus OVA un kurās veselības aprūpi raksturojošie rādītāji liecina par ievērojami labāku veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un iedzīvotāju apmierinātību. Bet būtisks ir jautājums, vai veselības aprūpe Vācijā un Nīderlandē ir ievērojami labāka, jo finansējuma sadale tiek veikta, balstoties uz apdrošināšanas sistēmas principiem, vai tādēļ, ka veselības aprūpei tiek novirzīts sešas reizes lielāks finansējums nekā Latvijā [19, 22]?

Salīdzinot valstis un noteiktai jomai novirzītos izdevumus uz katru iedzīvotāju, ir jāņem vērā valsti raksturojošie ekonomiskie rādītāji un iedzīvotāju maksātspēja, ņemot vērā to, ka Latvijas iedzīvotāji vēlas saņemt mūsdienīgu un modernu veselības aprūpi – Eiropā atzītus medikamentus un ārstniecības metodes –, un šiem pakalpojumiem izmaksas Latvijā ir ļoti līdzīgas kā citās Rietumeiropas valstīs [8]. Salīdzinot veselības aprūpes izdevumus Latvijā un citās Eiropas Savienības valstīs, ņemot vērā ekonomiskos rādītājus, viens no biežāk izmantotajiem rādītājiem ir veselības aprūpes izdevumi pret iekšzemes kopproduktu (IKP) vai izdevumi veselības aprūpei pret kopējiem valsts izdevumiem. Arī šajos rādītājos finansējums, kurš tiek novirzīts Latvijas veselības aprūpei, ir ievērojami mazāks nekā citās ES valstīs [24, 25].

Neatkarīgi no tā, kā tiek veikts veselības aprūpes finansējuma salīdzinājums ar citām Eiropas Savienības valstīm – izsakot absolūtā naudas summā, kas tiek tērēta veselības aprūpei uz vienu iedzīvotāju, vai salīdzinot to procentuāli pret IKP vai kopējiem valsts izdevumiem –, tiek iegūts vienāds rezultāts – Latvijā veselības aprūpei novirzītais finansējums ir ievērojami mazāks nekā citās valstīs un – atbilstoši veselības aprūpes rādītājiem – ir apgrūtināta pakalpojumu pieejamība [23].

Veselības aprūpes pieejamības problēmas risināšanai, palielinot veselības aprūpei novirzāmos līdzekļus, kā iespējama risinājums tiek skatīta OVA ieviešana, bet aktuāls ir jautājums, vai šāda finansēšanas modeļa ieviešana uzlabos veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un vai šādas reformas ieviešana ir lietderīga?

**Darba mērķis** ir veikt izpēti un sniegt vērtējumu, vai OVA ieviešana Latvijā apstākļos ir lietderīga un vai šāda reforma var uzlabot veselības aprūpes pieejamību Latvijas iedzīvotājiem.

Veicot finansēšanas modeļa reformas lietderības novērtēšanu, tika salīdzināti divi modeļi:

- 1) veselības aprūpes finansējums tiek veidots, ieviešot OVA;
- 2) tiek saglabāts pašreizējais veselības aprūpes finansēšanas modelis, kur paredzēts, ka veselības jomas finansējums tiek noteikts kā daļa no kopējiem valsts budžeta ieņēmumiem.

Rakstā tiek analizēti divi OVA modeļi:

- 1) brīvā tirgus OVA (veselības apdrošināšanas līdzekļus apsaimnieko vairākas brīvā tirgū konkurējošas apdrošināšanas sabiedrības, Latvijā tas tiek saukts par Nīderlandes modeli);
- 2) nacionālais OVA (veselības aprūpes finansējuma apsaimniekošanu veic viens nacionālas nozīmes fonds, Latvijas gadījumā tas varētu būt Nacionālais veselības dienests).

### **Brīvā tirgus obligātā veselības apdrošināšana**

Brīvā tirgus apdrošināšanas modeli paredzēts, ka veselības apdrošināšana tiek finansēta, izmantojot fondos apvienotu finansējumu. Katrs iedzīvotājs kļūst par kāda fonda dalībnieku, veicot iemaksas šajā fondā – iegādājoties polisi. Fondi savukārt apkopo finansējumu un apdrošinātajām personām nodrošina veselības aprūpes pakalpojumus.

Šī modeļa galvenā priekšrocība, kas visbiežāk tiek izcelta, ir tā, ka pakalpojumu sniedzēji – privātie veselības apdrošinātāji – savstarpēji konkurē un tā nodrošina augstāku efektivitāti. Kā otra šī modeļa priekšrocība tiek norādīta, ka šis ir atzīts kā viens no labākajiem modeļiem, salīdzinot Eiropas veselības aprūpes sistēmas [7, 20, 21].

Brīvā tirgus modelim ir arī vairāki trūkumi. Viens no tiem ir sarežģīta administrēšana un līdz ar to lielākas administratīvās izmaksas. Augstākas modeļa uzturēšanas izmaksas ir saistītas ar to, ka modelis darbojas, balstoties uz brīvā tirgus principiem, kur apdrošinātāju darbības vadmotīvs ir peļņas gūšana. Taču ļoti svarīgi ir nodrošināt veselības aprūpes pieejamību visām iedzīvotāju grupām neatkarīgi no vecuma, dzimuma un veselības stāvokļa un neradīt normatīvus ierobežojumus un pārraudzību, lai veselības aprūpes pieejamība tiktu nodrošināta bērniem un senioriem, kā arī iedzīvotājiem ar hroniskām slimībām, jo viņu veselības aprūpe ir dārga un apdrošinātājiem rada zaudējumus, nevis peļņu. Ieviešot šādu sistēmu, ir nepieciešams veidot papildu mehānismus kvalitātes, patērētāju tiesību, konkurences un tiesiskuma nodrošināšanai.

Ieviešot šādu sistēmu, ir jāsalīdzina administratīvās izmaksas ar ieguvumiem, ko sniedz konkurence brīvajā tirgū, un tās ietekme uz pakalpojuma cenu. Veicot šādu vērtējumu, svarīgs rādītājs ir pakalpojumu saņēmēju skaits, uz kuriem tiek sadalītas šīs administratīvās izmaksas, kas savukārt ir tieši atkarīgas no pakalpojuma tirgus jeb iedzīvotāju skaita valstī. Latvijā iedzīvotāju skaits ir mazāks par diviem miljoniem, turpretī Nīderlandē to ir 17 miljoni [3, 23].

Papildus jāņem vērā arī tas, ka šis modelis paredz noteiktu apdrošināšanas polises prēmiju jeb maksu, kas ir jāsamaksā katram iedzīvotājam, lai kļūtu par apdrošināto personu un varētu saņemt pakalpojumus. Latvija uz citu Eiropas valstu fona izceļas ar augstu sabiedrības nevienlīdzības rādītāju [6], kas šo sistēmu padara vēl riskantāku ieviešanai Latvijā, jo, nosakot vienotu polises maksu, tā varbūt būs pieejama Rīgas reģiona iedzīvotājiem, bet nebūs pieejama Latgales iedzīvotājiem, kuru vidējā darba samaksa ir tikai 60 % no Rīgas reģiona vidējās darba samaksas [2]. Ieviešot šādu sistēmu, netiek nodrošināts solidaritātes princips un veselības aprūpes pieejamība, bet, tieši pretēji, tiek radīts risks, ka iedzīvotājiem ar zemākiem ienākumiem veselības aprūpes pakalpojumi nebūs pieejami.

Balstoties uz sabiedrības nevienlīdzības rādītājiem, ievērojami sarežģītāku un dārgāku administrēšanas procesu un izmaksām, šis modelis Latvijas iedzīvotāju pieejamību veselības aprūpei nespēs uzlabot, bet var novest pie tā, ka iedzīvotājiem ar zemākiem ienākumiem laikus saņemta primārā un ambulatorā veselības aprūpe kļūst nepieejama, rezultātā arvien vairāk pieaugs neatliekamās palīdzības izdevumi, pasliktināsies kopējie sabiedrības veselības rādītāji – mūža ilgums, veselīgi nodzīvoto gadu skaits –, vēl vairāk pieaugs mirstība no ārstējamām un novēršamām saslimšanām.

### **Nacionālā obligātā veselības apdrošināšana**

Nacionālajā OVA paredzēts, ka tiek veidots vienots nacionālas nozīmes fonds, kurš nodrošina veselības aprūpes finansējuma apvienošanu un pakalpojumu saņemšanu apdrošinātajām personām, slēdzot līgumus ar veselības aprūpes pakalpojuma sniedzējiem. Veselības aprūpes budžets tiek veidots no noteiktas valsts budžetā iemaksātā nodokļa daļas – parasti šīs iemaksas ir piesaistītas iedzīvotāju ienākuma nodoklim vai sociālā nodokļa iemaksām. Piesaiste konkrētajam nodoklim ir atkarīga no tā, kā ir veidota valsts kopējā nodokļa sistēma un kā sadalīti katras jomas finansējamie pakalpojumi.

Šāda finansēšanas sistēma Latvijā pastāvēja līdz 2005. gadam, kad veselības jomai bija “iezīmēta” daļa no ienākuma nodokļa. Tomēr šī “iezīmētā” daļa nebija pietiekama veselības aprūpes izdevumu finansēšanai un ik gadu bija nepieciešams piešķirt papildu dotācijas no valsts budžeta.

Šāda sistēma veiksmīgi darbojas Igaunijā, kur veselības aprūpes finansējumam tiek novirzīta daļa no sociālā nodokļa. Tomēr arī šis modelis paredz, ka no budžeta tiek piešķirtas papildu dotācijas – iemaksas par tām personām, kuras nav sociālā nodokļa maksātāji un par kurām atbilstīgi normatīvajiem aktiem iemaksas tiek veiktas no budžeta. Kā rāda pētījumi, šīs sistēmas noteiktos apstākļos var būt veiksmīgas un nodrošināt veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību.

Salīdzinot ar brīvā tirgus OVA modeli, šis modelis nodrošina augstu solidaritātes pakāpi, jo tiesības uz veselības aprūpi ir visām personām, kuras ir nodokļa maksātājas vai ietilpst kategorijā, par kurām iemaksas veic valsts – neatkarīgi no tā, kādā apjomā persona veic iemaksas. Rezultātā ievērojami mazāka sabiedrības daļa tiek pakļauta riskam, ka tai nebūs pieejami veselības aprūpes pakalpojumi, salīdzinot ar brīvā tirgus OVA modeli.

Sistēmas administrēšanas izmaksas ir ievērojami zemākas nekā brīvā tirgus OVA modeļa gadījumā, jo nav nepieciešams veidot konkurences un pakalpojumu vienlīdzīgas pieejas kontroli un sarežģītus kompensācijas principus, kas privātajam apdrošinātājam kompensē izdevumus par noteiktām personu grupām, kuru veselības aprūpes izdevumi ir ievērojami augstāki (hronisku slimību pacienti, seniori, mazi bērni un citas grupas). Tāpat arī vienkāršāka ir finansējuma administrēšana un norēķinu kārtība.

Savukārt, salīdzinot ar modeli, kur veselības aprūpe tiek finansēta no kopējiem budžeta ieņēmumiem, šāda modeļa trūkums ir sistēmas neelastība un sarežģītāka administrēšana un izmaksas. Lai arī šajā sistēmā paredzētas budžeta dotācijas par tām personām, kuras no nodokļa samaksas ir atbrīvotas (piemēram, bērni), tomēr tajā nav paredzēts, ka valdība ir tiesīga ik gadu pārskatīt veselības aprūpes finansējumu un veikt izmaiņas.

Gadījumā, ja nacionālās OVA sistēmas finansējums tiek veidots no iemaksām, kuras ir piesaistītas iedzīvotāju ienākuma nodokļa maksājumiem, lai prognozētu šīs sistēmas ieņēmumus, ir jāņem vērā valsts iedzīvotāju demogrāfiskie rādītāji. Latvijā iedzīvotāji darbības vecumā veido tikai 60 % no kopējā iedzīvotāju skaita [4] un aptuveni 10 % no tiem ir bez darba [1]. Tātad tikai nedaudz vairāk nekā puse no kopējā iedzīvotāju skaita veiks iemaksas veselības aprūpes finansējuma fondā, savukārt par pārējiem iemaksas būs jāveic no vispārējiem budžeta ieņēmumiem. Sasaiste tikai ar ienākuma nodokli nespēs nodrošināt pietiekamu veselības aprūpes finansējumu, un sistēma tāpat būs ļoti atkarīga no kopējiem budžeta ieņēmumiem.

Veidojot sistēmu, kurā paredzēta veselības aprūpes finansējuma sasaiste ar iedzīvotāju ienākuma nodokli, papildus jau minētajam ir jāņem vērā arī plānotās nodokļu politikas izmaiņas. Ņemot vērā kopējās tendences, var prognozēt, ka ilgtermiņā iedzīvotāju ienākuma nodokļa likmes varētu tikt mazinātas, jo par šādu nepieciešamību norāda gan Latvijas darba devēju, gan darba ņēmēju asociāciju pārstāvji, gan starptautiskie eksperti [9, 16], uzsverot, ka Latvijā darbaspēka nodokļu slogs ir augsts, un jo īpaši augsts tas ir iedzīvotājiem ar zemiem ienākumiem. Samazinot nodokļa likmi, mazināsies arī kopējais iekasēto naudas līdzekļu apjoms un arī veselības aprūpes finansējums.

Otra nodokļu izmaiņa, kas varētu ietekmēt un nākotnē radīt risku, ka veselības aprūpei novirzāmie līdzekļi mazināsies, ir šobrīd virzītā iniciatīva par nekustamā īpašuma nodokļa politiku – “vienīgā mājokļa neaplikšanu ar nekustamā īpašuma nodokli” [11].

Balstoties uz starptautisko ekspertu atzinumos norādīto, Latvijā varētu tikt celti kapitāla nodokļi un samazinātas produktu grupas, kuras tiek apliktas ar samazināto pievienotās vērtības nodokli (PVN). Arī akcīzes nodokļa likmes nākotnē varētu tikt palielinātas. Šīs nodokļu izmaiņas, kā arī efektīvāka nodokļu iekasēšana un cīņa ar ēnu ekonomiku varētu vainagoties ar lielākiem kopējā budžeta ienākumiem, bet gadījumā, ja veselības aprūpes finansējums tiek veidots pēc “iezīmētā” nodokļa principa, šo papildus gūto nodokļu ieņēmumu novirzīšana veselības aprūpei ir ievērojami sarežģītāka vai pat neiespējama, salīdzinot ar modeli, ja veselības aprūpe tiek finansēta no kopējiem budžeta ieņēmumiem.

Nacionālā OVA modeļa ieviešana ir labāk piemērota nekā brīvā tirgus OVA modeļa ieviešana, tomēr, ņemot vērā kopējās nodokļu politikas izmaiņas, kuras joprojām ir neskaidras, ieņēmumus šajās nodokļa sadaļās un funkcijas, kuras tiks nodrošinātas no šiem ieņēmumiem, nevar prognozēt, tādēļ veikt veselības aprūpes finansējuma sasaisti ar noteikta nodokļa ieņēmumiem ir riskanti.

### Finansēšana no kopējiem budžeta ieņēmumiem

Modelis, kur veselības aprūpes finansēšanai tiek novirzīta daļa no kopējiem budžeta ieņēmumiem, Latvijā ir kopš 2005. gada. Šis modelis, salīdzinot ar abiem apskatītajiem, paredz visaugstāko solidaritāti un vislabāko pakalpojumu pieejamību, jo veselības aprūpes pakalpojumi ir pieejami visiem iedzīvotājiem vienlīdzīgi.

Atbilstoši starptautiskām veselības politikas vadlīnijām, kas izteiktas *Health 2020* [27] un paredz universālu pārklājumu, pieejamības veicināšanu un efektivitāti, tieši šis modelis nodrošina vislabākos iespējamus rezultātus, jo nodrošina pakalpojuma pieejamību atbilstoši vajadzībām pēc pakalpojuma [14]. Arī administrēšanas izmaksas, salīdzinot ar citiem modeļiem, šādai sistēmai ir viszemākās, un administratīvais process ir ievērojami vienkāršāks nekā OVA gadījumā.

Nozīmīgs šī modeļa trūkums ir saistīts ar plašo iekļauto personu loku jeb universālo pārklājumu, jo tas var radīt risku, ka “samazināta finansējuma apstākļos valsts visiem iedzīvotājiem var garantēt tikai neatliekamās palīdzības sniegšanu un minimālu plānveida aprūpi primārās aprūpes līmenī” [14]. Tomēr risks, kas ir saistīts ar nepietiekamu finansējumu, būs aktuāls arī ieviešot OVA modeli.

Otrs šī modeļa trūkums ir “neapmierinoša patiesā pieejamība veselības aprūpes pakalpojumiem, iespējamās rindas” [14]. Šī problēma ir aktuāla arī šobrīd Latvijā, kad ierobežotā finansējuma apstākļos valsts apmaksājamiem pakalpojumiem tiek noteiktas kvotas, rezultātā rodas ievērojamas rindas uz valsts apmaksātu pakalpojumu. Tomēr, salīdzinot ar citu valstu rādītājiem, arī cita veida finansēšanas modeļi saskaras ar šo pašu problēmu, un arī valstīs, kurās ieviesta OVA, gaidīšanas rindas ir pat vēl aktuālāka problēma nekā Latvijā [5].

Šis modelis ir “politiski jūtīgs”, jo tajā paredzēts, ka veselības aprūpei novirzāmais finansējums tiek piešķirts saskaņā ar valdības lēmumu. Tas ir šī modeļa galvenais pluss un mīnuss vienlaikus, jo palielināt veselības aprūpes finansējumu ir iespējams ātri un viegli, ja valdība kā prioritāti nosaka veselības aprūpi un vienojas, ka ir jānovirza lielāku daļu no kopējiem budžeta ieņēmumiem veselības aprūpei. Tajā pašā laikā šis ir arī modeļa trūkums – veselības aprūpes finansējumu var ne tikai palielināt ar vienu likumu, bet arī samazināt.

Līdz ar to šāds modelis ir labi piemērots nestabilām situācijām, kad ir nepieciešama strauja valdības rīcība, mainot budžeta finansējuma pārdales mehānismus. Latvijā, kur veselības aprūpes sistēmā ir saskaņotā krīzes pazīmes, par ko liecina akūts darbinieku trūkums klīniskajās slimnīcās, medicīnas darbinieku atteikšanās strādāt pagarināto darba laiku, kā arī arodbiedrību brīdinājumi par streiku un valdības nespēja vienoties par kopējās nodokļu sistēmas reformu plānu, šis ir labākais finansēšanas sistēmas modelis, lai varētu strauji un aktīvi atrisināt izveidojušos krīzes situāciju. Arī no administrēšanas viedokļa šāds modelis ir daudz vienkāršāk administrējams un pārvaldāms.

Savukārt atbilstīgi veselības aprūpes sistēmu starptautiskām vadlīnijām šāds modelis ir vispiemērotākais, jo nodrošina universālu pārklājumu un absolūtu solidaritāti – veselības aprūpes pieejamība tiek nodrošināta visiem iedzīvotājiem ar vienādiem nosacījumiem, neatkarīgi no vecuma, dzimuma, ienākuma līmeņa, nomaksāto nodokļu apjoma.

### Secinājumi

Veicot modeļu salīdzināšanu un ieviešanas lietderības novērtēšanu, secināts, ka finansēšanas modeļa maiņa – obligātās veselības apdrošināšanas ieviešana – Latvijā nav lietderīga, balstoties uz šādiem apsvērumiem:

- 1) ņemot vērā neskaidro situāciju ar kopējo nodokļu reformu un līdz ar to nespēju prognozēt kopējos ieņēmumus, kā arī ņemot vērā nodokļu reformā paredzētos mērķus – mazināt darbaspēka nodokļus –, sasaistot veselības aprūpes finansējumu ar darbaspēka nodokļiem, var prognozēt, ka nodokļu ieņēmumi var nevis palielināties, bet tieši pretēji – samazināsies, tādējādi radot risku, ka kopējais veselības aprūpes finansējums arī samazināsies;

- 2) obligātās veselības apdrošināšanas sistēmas ieviešana palielinās administratīvās izmaksas un administratīvo slogu, jo īpaši ieviešot brīvā tirgus principos balstītu obligātās veselības apdrošināšanu [17]. Šāda reforma neatbilst labas pārvaldības principiem, jo tā palielina administratīvo slogu un administratīvās izmaksas, bet nesniedz ievērojamu ieguvumu sistēmai kopumā;
- 3) obligātās veselības apdrošināšanas ieviešana, liedzot veselības aprūpi noteiktām iedzīvotāju grupām, kuras nav nodokļa maksātāji, ir pretrunā veselības politikas principam par vispārēju universālu pārklājumu, jo noteiktām grupām tiek liegta primārās veselības aprūpes pieejamība [10, 18]. Ilgtermiņā primārās veselības aprūpes nepieejamība pasliktina kopējos sabiedrības veselības rādītājus, kā arī rada papildu izdevumus, jo netiek nodrošināta profilakse un savlaicīga diagnostika un ārstēšana, kas no ekonomiskā vērtējuma ir ievērojami lētāka par ielaistu saslimšanu un to komplikāciju ārstēšanu.

Ņemot vērā Latvijas sociāli ekonomiskos rādītājus un plānotās izmaiņas nodokļu politikā, pašreizējā situācijā mainīt veselības aprūpes finansējuma modeli, ieviešot obligātās veselības apdrošināšanu, nav lietderīgi un, veicot reformas, pastāv risks vēl vairāk pasliktināt veselības aprūpes pieejamību.

Vērtējot veselības aprūpes modeļus un iespējamās reformas, ir jāapskata divi virzieni:

- 1) finansējuma iegūšanas modelis;
- 2) finansējuma tērēšanas modelis.

Saskaņā ar izpētes rezultātā secināto redzams, ka veikt finansējuma iegūšanas modeļa reformas nav lietderīgi. Vērtējot otru virzienu – finansējuma tērēšanu – ir jāmeklē risinājumi, kā lietderīgāk un efektīvāk izmantot līdzekļus, lai mērķtiecīgi uzlabotu veselības aprūpes pieejamību. Kā pierāda pasaules pieredze, ne vienmēr lielāks finansējums nodrošina labāku veselības aprūpes pieejamību, par ko liecina ASV pieredze. ASV veselības jomai novirza teju divas reizes vairāk līdzekļu nekā Nīderlande [22], bet – atbilstoši veselības aprūpes sistēmu novērtējumiem – tā ieņem ievērojami zemāku vietu veselības aprūpes sistēmu rangā nekā Nīderlande [26, 28, 29, 30].

Pie līdzīgiem secinājumiem, veicot obligātās veselības apdrošināšanas ieviešanas lietderības vērtējumu, 2010. gadā nonāca arī Veselības ministrijas darba grupa, norādot, ka “darba grupa ierosina saglabāt esošo veselības aprūpes finansēšanas sistēmu” un iesaka veikt izmaiņas finansējuma tērēšanā – skaidri un precīzi definējot apmaksājamo pakalpojumu grozu, ieviešot e-veselības sistēmu, veicot publisko un privāto pakalpojumu nodalīšanu un veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas vadlīniju izstrādi [17].

Lai arī Veselības ministrijas darba grupas 2010. gada ziņojumā ir norādīts, ka obligātās veselības apdrošināšanas ieviešana ir jautājums, pie kura varētu atgriezties nākotnē, un šī reforma ir ierakstīta pašreizējās valdības deklarācijā, tomēr arī pašreizējā situācijā, veicot reformas lietderības vērtēšanu, tās ieviešana nav lietderīga.

Ņemot vērā salīdzinošos valstu rādītājus par finansējuma apjomu, kurš tiek novirzīts veselības aprūpei, Latvijā ir nepieciešams palielināt veselības aprūpei novirzāmo finansējumu, kā to ir norādījuši Veselības ministrija. Savukārt darbam pie reformām un efektivitātes uzlabošanas ir jābūt, nevis mainot finansēšanas modeli, bet gan pārskatot esošā finansējuma izlietošanu atbilstoši ieteikumiem un virzieniem, kuri norādīti politikas vadlīnijās *Health 2020*.



### Utility Assessment of Healthcare Financing Model Change in Latvia

#### Abstract

The aim of the research was to evaluate the utility of Healthcare financing system change – implementing mandatory health insurance system in Latvia. The evaluation was made in accordance with the international health policy guidelines *Health 2020* and based on indicators describing the demography, economics and tax policy of Latvia.

Article consist of analyses of benefits and disadvantages of three possible healthcare financing model implementation in Latvia – healthcare funded on general state budget income and both types of compulsory insurance – based on national and free market principles.

Research results lead to the conclusion that according to current socioeconomic situation in Latvia and planned reform on tax system, implementation of compulsory health insurance system in Latvia is not suitable. Even more – such change of healthcare financing system can lead to less amount of funds diverted to healthcare, thus making the availability of health care services even worse.

*Keywords:* healthcare financing, healthcare reforms, healthcare insurance.

### Literatūra

1. Centrālā statistikas pārvalde. Bezdarbnieku īpatsvars. 2016. gada 1. ceturksnis. No: *Centrālā statistikas pārvalde*. Iegūts no: <http://www.csb.gov.lv/statistikas-temas/nodarbinatiba-un-bezdarbs-galvenie-raditaji-30263.html> [sk. 05.05.2017.].
2. Centrālā statistikas pārvalde. Darba samaksa – galvenie rādītāji, 2016. marts. No: *Centrālā statistikas pārvalde*. Iegūts no: <http://www.csb.gov.lv/statistikas-temas/darba-samaksa-galvenie-raditaji-30270.html> [sk. 05.05.2017.].
3. Centrālā statistikas pārvalde. Iedzīvotāji un sociālie procesi. Galvenie rādītāji, 2015. gads. No: *Centrālā statistikas pārvalde*. Iegūts no: <http://www.csb.gov.lv/statistikas-temas/iedzivotaji-galvenie-raditaji-30260.html> [sk. 05.05.2017.].
4. Centrālā statistikas pārvalde. Iedzīvotāji un sociālie procesi. Veselības pašnovērtējums, 2009.–2015. gads. No: *Centrālā statistikas pārvaldes datubāze*. Iegūts no: [http://data.csb.gov.lv/pxweb/lv/Sociala/Sociala\\_\\_ikgad\\_\\_vesel\\_pasnovert/VP0070.px/table/tableViewLayout1/?rxid=cdbc978c-22b0-416a-aacc-aa650d3e2ce0](http://data.csb.gov.lv/pxweb/lv/Sociala/Sociala__ikgad__vesel_pasnovert/VP0070.px/table/tableViewLayout1/?rxid=cdbc978c-22b0-416a-aacc-aa650d3e2ce0) [sk. 05.05.2017.].
5. Centrālā statistikas pārvalde. Iedzīvotāju skaits un dabiskās kustības rādītāji, 2016. No: *Centrālā statistikas pārvalde*. Iegūts no: <http://www.csb.gov.lv/statistikas-temas/iedzivotaji-galvenie-raditaji-30260.html> [sk. 05.05.2017.].
6. European Commission. Health and Health Systems, 13.05.2016. No: *European Commission*. Iegūts no: [http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/themes/2016/health\\_health\\_systems\\_201605.pdf](http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/themes/2016/health_health_systems_201605.pdf) [sk. 10.05.2017.].
7. Eurostat. Gini coefficient of equivalised disposable income – EU – SILC survey, 2015. No: *European Commission*. Iegūts no: <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&language=en&pcode=tessi190> [sk. 10.05.2017.].
8. Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index 2015. No: *Health Consumer Powerhouse*. Iegūts no: [http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI\\_2015/EHCI\\_2015\\_report.pdf](http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2015/EHCI_2015_report.pdf) [sk. 07.05.2017.].
9. Health Consumer Powerhouse. *Outcomes in EHCI 2015*. No: *Health Consumer Powerhouse*. Iegūts no: [http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI\\_2015/EHCI\\_2015\\_report.pdf](http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2015/EHCI_2015_report.pdf) [sk. 07.05.2017.].
10. Klūga, M. Pasaules Bankas eksperti veic Latvijas nodokļu sistēmas auditu. No: *LSM.lv* [Latvijas sabiedriskie mediju interneta vietne]. 15.03.2016. Iegūts no: <http://www.lsm.lv/lv/raksts/ekonomika/zinas/petot-latvijas-nodoklu-politiku-pasaules-bankas-eksperti-norada-uz-ienakumu-nevienlidzibu.a173736/> [sk. 07.05.2017.].
11. Kutzin, J. Conceptual framework for analysing health financing systems and the effects of reforms. No: *Implementing Health Financing Reforms. Lessons from Countries in Transition*. World Health Organization, on Behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2010, 3–25.
12. LR Finanšu ministrija: FM īpašuma nodokļa atcelšanu vienīgajam mājoklim arvien vērtē skeptiski. No: *LSM.lv* [Latvijas sabiedrisko mediju interneta vietne]. 27.03.2017. Iegūts no: <http://www.lsm.lv/raksts/zinas/ekonomika/fm-ipasuma-nodokla-atcelsanu-vienigajam-majoklim-arvien-verte-skeptiski.a229986/> [sk. 02.04.2017.].
13. LR Ministru kabineta noteikumi Nr. 13 “Veselības aprūpes finansēšanas noteikumi”. No: *Likumi.lv* [Latvijas Republikas tiesību aktu interneta vietne]. 12.01.1999. Iegūts no: <https://m.likumi.lv/doc.php?id=20804> [sk. 07.05.2017.].
14. LR Ministru kabineta noteikumi Nr. 1036 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”. No: *Likumi.lv* [Latvijas Republikas tiesību aktu interneta vietne]. 21.12.2004. Iegūts no: <https://m.likumi.lv/doc.php?id=99669> [sk. 07.05.2017.].
15. LR Ministru kabineta rīkojums Nr. 547 “Par Veselības aprūpes reformas vidusposma un tālākās attīstības nodrošināšanas pamatnostādņem. No: *Likumi.lv* [Latvijas Republikas tiesību aktu interneta vietne]. 30.09.2002. Iegūts no: <https://m.likumi.lv/doc.php?id=67036> [sk. 07.05.2017.].
16. LR Veselības ministrija: Darba grupas protokols Nr. 1. No: *Veselības ministrija*. 27.01.2012. Iegūts no: [http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/phoebe/ministrija\\_sabiedribas\\_lidzdaliba\\_ab75e1a6c38b637dc22573d800293aaa/voak\\_protokols\\_nr1\\_270112.pdf](http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/phoebe/ministrija_sabiedribas_lidzdaliba_ab75e1a6c38b637dc22573d800293aaa/voak_protokols_nr1_270112.pdf) [sk. 07.05.2017.].
17. LR Veselības ministrija: Informatīvais ziņojums par obligātās veselības apdrošināšanas ieviešanas lietderību. No: *Veselības ministrija*. 01.04.2010. Iegūts no: [http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/phoebe/tiesibu\\_akti\\_informativie\\_zinojumi\\_bda100dbcea27d1dc22576f800338630/vmzino\\_010410\\_apdros.doc](http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/phoebe/tiesibu_akti_informativie_zinojumi_bda100dbcea27d1dc22576f800338630/vmzino_010410_apdros.doc) [sk. 05.05.2017.].

18. OECD Reviews of Labour Market and Social Policies: Latvia 2016. No: *OECD*. Iegūts no: <http://www.oecd.org/latvia/OECD-Reviews-of-Labour-Market-and-Social-Policies-Latvia-AR.pdf> [sk. 05.05.2017.].
19. Pablaka, S. Latvia: Reducing the impact of poverty on health. No: *Poverty and Social Exclusion in the WHO European Region: Health Systems Respond*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010, 104–113.
20. Palmer, G. R., Theresa, M. *Health Economics. A Critical & Global Analysis*. Palgrave, Macmillan, 2008.
21. Papanicolas, I., Smith P. C. *Health System Performance Comparison. An Agenda for Policy, Information and Research*. European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, 2013, 1–75.
22. Savedoff, W. D., Gottret, P. *Learning from Experience: Governing Mandatory Health Insurance*. The International Bank for Reconstruction and Developments / The World Bank, 2008.
23. Statistics Netherlands. Population; key figures, 2015. No: *CBS Netherlands*. Iegūts no: [http://statline.cbs.nl/statweb/publication/?vw=t&dm=slen&pa=37296eng&d1=a&d2=0,10,20,30,40,50,60,\(1-1\),l&hd=160114-1555&la=en&hdr=g1&stb=t](http://statline.cbs.nl/statweb/publication/?vw=t&dm=slen&pa=37296eng&d1=a&d2=0,10,20,30,40,50,60,(1-1),l&hd=160114-1555&la=en&hdr=g1&stb=t) [sk. 12.05.2017.].
24. The World Bank: Health expenditure per capita, 2014. No: *The World Bank*. Iegūts no: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PCAP/countries> [sk. 12.05.2017.].
25. The World Bank: Health expenditure, public (% of government expenditure). No: *The World Bank*. 2014. Iegūts no: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PUBL.GX.ZS> [sk. 12.05.2017.].
26. The World Bank: Health expenditure, total (% of GDP), 2014. No: *The World Bank*. Iegūts no: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS/countries> [sk. 12.05.2017.].
27. World Health Organization: Measuring overall Health System Performance for 191 Countries. No: *World Health Organization*. Iegūts no: <http://www.who.int/healthinfo/paper30.pdf> [sk. 12.05.2017.].
28. *World Health Organisation, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Socioeconomic inequalities in health and health care in Health in the European Union. Trends and Analysis*. Cromwell Press Group, 2009, 99–133.
29. World Health Organization Regional office for Europe. Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. No: *World Health Organization*. 2013. Iegūts no: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1) [sk. 12.05.2017.].
30. World Health Organisation. *The World Health Report 2013: Research for Universal Coverage*. Luxembourg, 2013.