

Veselības obligātās apdrošināšanas konceptijas projekts

Saturs

| | |
|---|----|
| 1. Esošās situācijas apraksts | 4 |
| Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība | 6 |
| Pakalpojumu saņemšana un apmaksā | 7 |
| Galvenās pastāvošās problēmas veselības aprūpes sistēmā | 10 |
| 2. Veselības aprūpes finansēšanas sistēmas Austrijā un Lietuvā | 11 |
| Austrija..... | 11 |
| Lietuva..... | 15 |
| 3. Problēmas risinājuma iespējamie varianti | 20 |
| Veselības aprūpes sistēmas modeļa izvēle | 20 |
| Modelis Nr.1 – pašlaik spēkā esošā situācija | 20 |
| Modelis Nr.2 – veselības obligātās apdrošināšanas modelis..... | 20 |
| 4. Nepieciešamie tiesību aktu projekti | 29 |

1.**Lietotie saīsinājumi:**

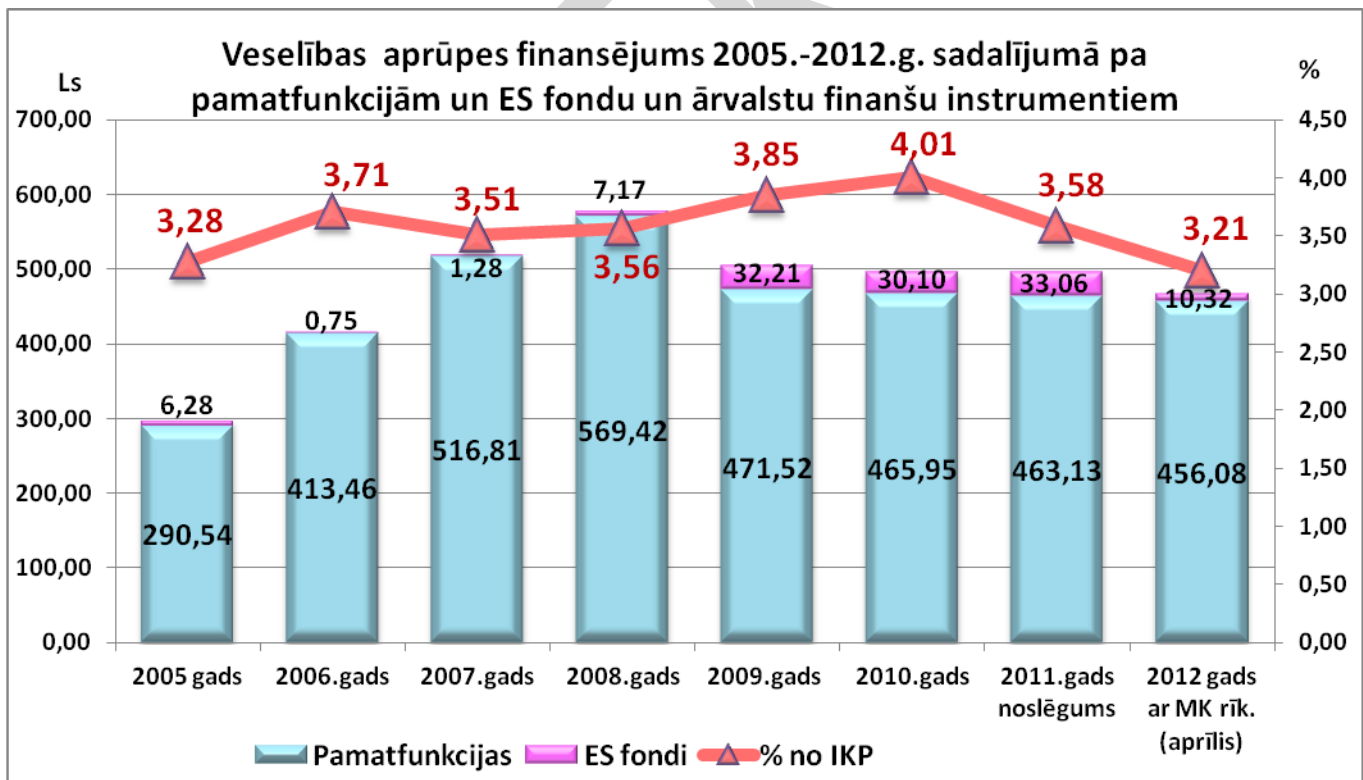
| | |
|---|------------------------|
| Veselības ministrija | – VM |
| Nacionālais veselības dienests | – NVD |
| Finanšu ministrija | – FM |
| 2006.gada 19.decembra Ministru kabineta noteikumi Nr.1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” | – MK noteikumi Nr.1046 |
| Iedzīvotāju ienākuma nodoklis | – IIN |
| Iekšzemes kopprodukts | – IKP |
| Valdības rīcības plāns | – VRP |

1. Esošās situācijas apraksts

Veselības obligātās apdrošināšanas koncepcijas projekts sagatavots:

- lai izpildītu 2010.gada 17.maija Ministru prezidenta rezolūciju Nr.18/TA-744;
- saskaņā ar 2012.gada 16.februāra Ministru kabineta rīkojuma Nr.84 „Par VRP Deklarācijas par Valda Dombrovska vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību īstenošanai” rīcības plāna 18.1. un 18.2. punktiem. Rīcības plāna 18.2.punkta mērķis ir nodrošināt, ka veselības aprūpei atvēlētais finansējuma apjoms (procentos no IKP) tiek tuvināts Eiropas Savienības valstu vidējiem rādītājiem. Mērķa īstenošanai veselības aprūpes valsts budžets gadā tiek palielināts vismaz par 0,25% no IKP, 2014.gadā sasniedzot rādītāju, ka veselības aprūpes valsts budžets ir 4,5% no IKP.

1.attēls



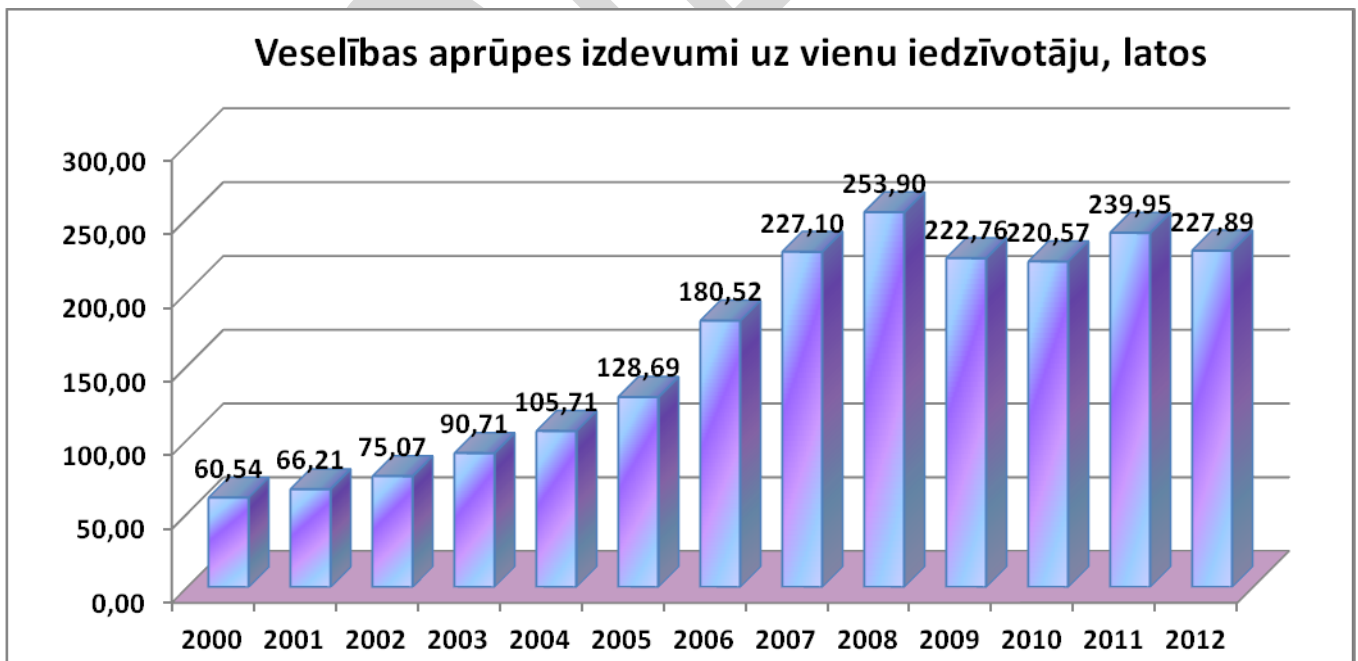
Laika posmā no 2005.-2008.gadam veselības aprūpei piešķirtais finansējums pakāpeniski pieaug, taču ekonomiskās krīzes rezultātā kopš 2009.gada veselības aprūpes budžets katru gadu tiek samazināts, samazinot pamatā finansējumu slimnīcām, vienlaicīgi tika attīstīta ambulatorā un mājas aprūpe, lai ierobežotā finansējuma apstākļos valsts iedzīvotājiem nodrošinātu veselības aprūpes

pakalpojumus (skatīt 1.attēlu „Veselības aprūpes finansējums 2005.-2012.g. sadalījumā pa pamatfunkcijām un ES fondu un ārvalstu finanšu instrumentiem”). Veselības nozarē 2009.gadā tika īstenota reforma, kā rezultātā ir ievērojami samazināts veselības nozarē strādājošo un iestāžu skaits, un līdz ar to iegūts finanšu līdzekļu ietaupījums. Papildus veselības aprūpes budžeta ekonomiskas izlietošanas sekmēšanai, 2009.gadā ir uzsākti pasākumi ambulatorā sektora pieejamības veicināšanai, kā arī optimizēts stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju skaits.¹

Krīzes apstākļos veselības aprūpē veiktā samazinājuma dēļ ir ievērojami pieaugusi iedzīvotāju neapmierinātība ar pakalpojumu pieejamību. Par to liecina Latvijas Stratēģiskās attīstības plāna 2010.–2013.gadam (apstiprināts ar 2010.gada 9.aprīļa Ministru kabineta rīkojumu Nr.203 „Par Latvijas Stratēģiskās attīstības plānu 2010.2030.gadam) II sadaļas „Sociālā drošība” 3.punktā minētais – cilvēku īpatsvars, kuri norādījuši, ka nepieciešamības gadījumā neveica veselības pārbaudi ārstniecības pakalpojumu nepietiekamas pieejamības dēļ, ir 10,1%.

No 2010.-2012.gadam ir strauji krities veselības aprūpes finansējuma procentuālais īpatsvars no IKP un 2012.gadā tie ir 3.21%, kas ir viszemākais rādītājs pēdējo astoņu gadu laikā.

2.attēls



¹ Informatīvais ziņojums par obligātās veselības apdrošināšanas ieviešanas lietderību, Veselības ministrija, 2010.

No 2000.-2008.gadam ik gadu ir pieauguši veselības aprūpes izdevumi uz vienu iedzīvotāju (skatīt 2.attēlu „Veselības aprūpes izdevumi uz vienu iedzīvotāju, latos”), savukārt no 2009.-2012.gadam tie ir samazinājušies un turpmāk saglabājas samazinājuma tendence, 2012.gadā sasniedzot tikai aptuveno 2007.gada līmeni (neņemot vērā cenu indeksa izmaiņas).

Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība

Atbilstoši Ārstniecības likumam, ikvienam ir tiesības saņemt neatliekamo medicīnisko palīdzību Ministru kabineta noteiktajā kārtībā. Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību, to ārstniecības pakalpojumu veidus un apjomus, kuri tiek apmaksāti no valsts budžeta un pakalpojumu saņēmēja līdzekļiem, un samaksas kārtību par minētajiem pakalpojumiem nosaka MK noteikumi Nr.1046.

Kopš 2005.gada janvāra Latvijas veselības aprūpes galvenais ieņēmumu avots ir vispārējie, neiezīmētie nodokļi.² Veselības aprūpes nozares valsts budžeta līdzekļu izlietojums ir VM pārraudzībā. Latvijas finansēšanas sistēma atšķiras no vairuma uz nodokļiem bāzēto sistēmu ar to, ka par veselības aprūpei paredzēto līdzekļu administrēšanu atbildīgs ir NVD, kas, saskaņā ar 2011.gada 1.novembra Ministru kabineta noteikumiem Nr.850 „Nacionālā veselības dienesta nolikums”, ir veselības ministra pakļautībā esoša tiešās pārvaldes iestāde un, kas darbojas kā pakalpojumu iepircējs visiem iedzīvotājiem.

Veselības aprūpes nozare tiek organizēta sekojošos četros līmeņos:

- 1.līmenis – neatliekamā palīdzība
 - tiek sniegta gadījumos, kad ir apdraudēta pacienta veselība vai dzīvība piepešas saslimšanas vai ievainojuma dēļ;
- 2.līmenis – primārā veselības aprūpe
 - veselības veicināšanas pasākumi;
 - agrīna slimību diagnostika;
 - veselības stāvokļa uzraudzība, izmantojot vienkāršas un izmaksu ziņā efektīvas medicīnas tehnoloģijas;
- 3.līmenis – sekundārā veselības aprūpe
 - specializēta ambulatorā un stacionārā (nepieciešama pacienta ievietošana slimnīcā) veselības aprūpe;
 - vērsta uz maksimāli ātru un kvalitatīvu pacienta veselības stāvokļa uzlabošanu līdz pakāpei, kad iespējama tālāka ārstēšana, veicot primārās veselības aprūpes pasākumus;

² E. Tragakes „Veselības aprūpes sistēmas pārejas periodā: Latvija. Pārskats par veselības aprūpes sistēmu” WHO, 2008.

- 4.līmenis – terciārā veselības aprūpe
 - specializēta ambulatorā un stacionārā veselības aprūpe;
 - saistīta ar tehniski daudzveidīgu un sarežģītu medicīnisko tehnoloģiju izmantošanu.

Latvijā veselības aprūpes apmaksai pamatā izšķirami trīs veselības aprūpes finansēšanas avoti:

- valsts budžetā iekasētie nodokļi, nodevas, citi maksājumi (*līdzekļi izdevumu segšanai par valsts apmaksātajiem veselības aprūpes pakalpojumiem*);
- pacientu iemaksas (*līdzekļi izdevumu segšanai, kas netiek iekļauti veselības aprūpes budžetā*):
 - pacientu līdzmaksājumi un pacientu iemaksas par visiem normatīvajos aktos paredzētajiem pakalpojumiem (atsevišķas pacientu grupas no pacientu līdzmaksājumiem un pacientu iemaksām ir atbrīvotas un tām šie izdevumi tiek kompensēti no valsts budžeta);
 - pacientu tiešie maksājumi par pakalpojumiem, kurus nefinansē no valsts budžeta līdzekļiem, kā arī, ja pacients nevēlas gaidīt rindā uz tādu veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu, kas MK noteikumos Nr.1046 definēti kā valsts apmaksāti pakalpojumi, tad pacients veic privātos maksājumus.
- privātā jeb brīvprātīgā apdrošināšana:
 - tiek piedāvātas darba devējiem vai indivīdiem lietotāja maksas segšanai par valsts nefinansētiem pakalpojumiem (papildu apdrošināšana) vai par papildu labumiem, piemēram, ātrāku piekļuvi pakalpojumiem.

Kā arī veselības aprūpes sistēmā pastāv problēma, ka tiek veikti neoficiāla rakstura maksājumi pakalpojumu sniedzējiem.

Pakalpojumu saņemšana un apmaksā

Saskaņā ar LR Satversmes 111. pantu un Ārstniecības likumu, visiem cilvēkiem tiek garantēts medicīniskās palīdzības minimums un neatliekamo medicīnisko palīdzību ir tiesības saņemt ikvienam, taču, lai saņemtu plānveida palīdzību, nepieciešams vērsties pie ģimenes ārsta, speciālista vai ieslodzījuma vietā strādājoša ārsta, lai saņemtu nosūtījumu. Pamatojoties uz identificētajām veselības problēmām pacients tiek nosūtīts pie atbilstošā speciālista. Valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus pacientiem ir iespējams saņemt ārstniecības iestādēs, kas noslēgušas līgumu ar NVD. Ja personas vērsas pie

veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem (ārstniecības iestādes (stacionārās, ambulatorās), ģimenes ārsta) vai ārstniecības iestādes, kam nav noslēgts līgums ar NVD, tādā gadījumā tas ir maksas pakalpojums. Ja, starp NVD un veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem noslēgtajā līgumā paredzētais piešķirto līdzekļu apjoms, kas sadalīts pa mēnešiem, pārsniedz paredzētos līdzekļus attiecīgajam mēnesim, veidojas rinda, kaut arī kapacitāte veselības aprūpes pakalpojumu vairumam pakalpojumu sniedzēju ir pietiekama.

Veselības aprūpes pakalpojumi ir pieejami valsts, pašvaldību un privātās ambulatorās un stacionārās ārstniecības iestādēs.

Atbilstoši MK noteikumiem Nr.1046, saņemot valsts nodrošinātos veselības aprūpes pakalpojumus, persona veic pacienta iemaksu, izņemot šo noteikumu 10.punktā minētās iedzīvotāju kategorijas. Ārstniecības iestāde iekasē pacienta iemaksu, kā arī tā papildus var iekasēt līdzmaksājumus. Persona veic samaksu pilnā apmērā par tiem pakalpojumiem, kuru apmaksu no budžeta netiek veikta vispār, piemēram, homeopātiskā ārstēšana, dzirdes aprātu iegāde (izņemot dzirdes implantus bērniem), savukārt NVD veic samaksu par veselības aprūpes pakalpojumiem, kā arī zālēm, medicīniskajām ierīcēm un precēm, kas paredzētas ambulatorajai ārstniecībai saskaņā ar noslēgtajiem līgumiem.

MK noteikumi Nr.1046 nosaka pakalpojumu finansējuma plānošanas principus, lai nodrošinātu pakalpojumus pacientam no valsts budžeta līdzekļiem un pacienta iemaksas un līdzmaksājuma:

- ģimenes ārsta un viņa komandas sniegto veselības aprūpi, kā arī profilaktisko apskati vienreiz gadā;
- speciālista sniegto veselības aprūpi;
- laboratoriskos izmeklējumus un medicīniskās manipulācijas ar ģimenes ārsta vai speciālista nosūtījumu;
- veselības aprūpi dienas stacionārā;
- mājas aprūpi;
- neatliekamās medicīniskās brigādes palīdzību;
- neatliekamo medicīnisko palīdzību slimnīcās un traumpunktos;
- veselības aprūpi neatliekamās medicīniskās palīdzības slimnīcās, nodrošinot vairāku speciālistu palīdzību un nepieciešamos izmeklējumus;
- aprūpi slimnīcās pēc ārstniecības posma pabeigšanas neatliekamās medicīniskās palīdzības slimnīcā, kā arī hronisku slimību paasinājuma gadījumos;

- rehabilitāciju pēc ārstniecības posma pabeigšanas neatliekamās medicīniskās palīdzības slimnīcā vai medicīniskās rehabilitācijas dinamisko novērošanu;
- kompensējamās zāles un medicīnas ierīces.

Pašreizējās veselības aprūpes finansēšanas sistēmas priekšrocības un trūkumi³

| Priekšrocības | Trūkumi |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Pašreizējā veselības aprūpes finansēšanas sistēmā pilnībā tiek ievērots solidaritātes princips – veselības aprūpes pakalpojumi tiek nodrošināti, neskatoties uz pacienta veiktajām iemaksām, pretēji veselības aprūpes sistēmām, kas balstītas uz privāto veselības aprūpes apdrošināšanu (apdrošinātā persona maksā tikai par sevi un šī maksājuma pamatā ir personas saslimšanas riska novērtējums); • Pastāv skaidri nodalīti veselības aprūpes sistēmas līmeņi – neatliekamā, primārā, sekundārā un terciārā. | <ul style="list-style-type: none"> • Pašreizējā veselības aprūpes sistēmā nepastāv nodokļu nomaksas sasaiste ar valsts nodrošināto veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu. Pamatbudžeta noteikšanas principi nav sasaistīti ar faktisko vajadzību pēc veselības aprūpes pakalpojumiem; • Pašlaik valsts budžeta plānošanā nav iedibināta prakse sasaistīt pamatbudžeta nodokļus ar to izlietošanas mērķi; • Apdrošināšana tiek veikta par tāda paša veida pakalpojumiem vai līdzīgiem pakalpojumiem kā valsts apmaksātie valsts veselības aprūpes pakalpojumi. Par iemeslu šādai situācijai ir valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu grozā esošo pakalpojumu saņemšanas ierobežotība nepietiekamo kvotu dēļ. Rezultātā ir sarežģīti kontrolēt, vai par pakalpojumu sniegšanu veselības aprūpes iestādes nesaņem divkāršu samaksu gan no veselības aprūpes budžeta, gan privātajiem apdrošinātājiem; • Zemā veselības aprūpes finansējuma dēļ veidojas rindas veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai, kaut arī kapacitāte veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai ir pietiekama; • Latvijā šobrīd veselības aprūpes piešķirtais finansējums ir ļoti zems - veselības aprūpes valsts daļas budžets Latvijā % pret IKP 2007. gadā bija 3,51%, 2010-4,01%. Citās ES valstīs (4,6%-7%), tomēr jāņem vērā, ka ir salīdzinoši augsts privāto maksājumu īpatsvars; • Pašlaik Ārstniecības likums pieļauj situāciju, ka ārvalstīs strādājošie un ārvalstīs nodokļus maksājošie Latvijas iedzīvotāji saņem vietējos veselības aprūpes pakalpojumus bez nodokļu maksāšanas Latvijā; šī iespēja bieži tiek izmantota Latvijā esošo zemāku izmaksu un īsāku rindu dēļ, salīdzinājumā ar lielu daļu citām ES valstīm • Ārstniecības likuma 17. pantā noteikto personu lokā neietilpst tie ārzemnieki, kas veic nodokļu iemaksas, bet kuriem nav pastāvīgās uzturēšanās atļaujas; • Ne vienmēr starp NVD un veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem līgumā noteiktais veselības |

³ Ernst&Young pētījums „Esošās veselības aprūpes sistēmas finansēšanas modelis”, 2012.

| Priekšrocības | Trūkumi |
|---------------|--|
| | <p>aprūpes pakalpojumu apjoms faktiski tiek sniegts⁴;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Veselības aprūpes pakalpojumu tarifi neatspoguļo faktiskās pakalpojuma izmaksas. To noteikšanā netiek ņemti vērā tādi faktori kā inflācijas, PVN pieaugums; • Salīdzinoši augsts ēnu ekonomikas īpatsvars. |

Galvenās pastāvošās problēmas veselības aprūpes sistēmā

1. Šobrīd veselības aprūpes budžets nav sasaistīts ar nodokļu ieņēmumiem un ieņēmumi nav personificēti, līdz ar to no gada uz gadu pastāv veselības aprūpes budžeta neprognozējamība.
2. Finansējums, līdz ar krīzes gados veikto samazinājumu, ir nepietiekams esošā veselības aprūpes pakalpojumu apjoma nodrošināšanai, turklāt tas katru gadu tiek piešķirts ar Saeimas lēmumu, nesasaistot to ar faktisko pakalpojumu apjomu.
3. Šāda samazinātā finansējuma apstākļos nav iespējams nodrošināt sniegto veselības aprūpes pakalpojumu ilgtspējību un stabilitāti, jo mainoties ekonomiskajai situācijai ir ievērojami samazināts finansējums, kas ir pretēji citās ES valstīs veiktajiem pasākumiem veselības nozares finansējumā, kur tas ir saglabāts aptuveni iepriekšējo gadu līmenī.

⁴ Revīzijas ziņojums: Valsts budžeta līdzekļu izlietojuma likumība un ekonomiskums, apmaksājot ārstniecības pakalpojumus pēc noteiktā tarifa, LR Valsts kontrole, 2011.

2. Veselības aprūpes finansēšanas sistēmas Austrijā un Lietuvā

Austrija

Vispārēja informācija par Austrijas veselības aprūpes sistēmu⁵

| Rādītājs | Apraksts |
|-------------------------------------|--|
| Veselības aprūpes izdevumi | 11% no IKP, t.sk. publiskie izdevumi (8,5% no IKP) un privātie izdevumi (2,5% no IKP) 2010.gadā |
| Veselības aprūpes sistēma | Obligātā valsts veselības apdrošināšana, ko saņem 99% no kopējā iedzīvotāju skaita Austrijā. Balstīta uz obligāto veselības apdrošināšanu un solidaritātes principu. |
| Veselības aprūpes sistēmas principi | Solidaritāte, universālums un finansiālā pieejamība |
| Finansēšanas avoti | Galvenais finansējuma avots – sociālā veselības apdrošināšana |
| Apdrošināšanas institūcijas | 24 sociālās apdrošināšanas institūcijas, 21 no tām – apdrošināšanas fondi |

Kopējie izdevumi veselības aprūpes nozarei Austrijā procentos no IKP ir viens no augstākajiem rādītājiem starp 27 Eiropas Savienības valstīm – 11% (2010.gadā - sestais augstākais rādītājs). Austrijā publiskie izdevumi veselības aprūpes nozarei veido 8,5% no IKP, kamēr privātie izdevumi – 2,5%.⁶

Austrijas veselības aprūpes sistēma pēc Pasaules Veselības organizācijas (PVO) datiem ir ierindota kā 9. labākā pasaulē starp veselības aprūpes sistēmām, kā arī valsts iedzīvotāju apmierinātības līmenis ar pastāvošo sistēmu nozarē ir viens no augstākajiem Eiropā.⁷

Austrijas veselības aprūpes finansēšanas sistēma ir balstīta uz solidaritātes principu. Austrijas iedzīvotāji nekādā veidā netiek diskriminēti attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību – ne pēc vecuma, dzimuma, izcelsmes, ne ienākumiem.⁸ Sociālajā veselības apdrošināšanā iesaistīto personu ienākumu līmenis nav ierobežojošs faktors sociālās veselības apdrošināšanas klasificēto veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai. Obligātā sociālā apdrošināšana aptver visus strādājošos un pensionārus, kuri neierobežoti saņem veselības aprūpes pakalpojumus.⁹ Austrijas veselības aprūpes sistēmā tiek izlīdzinātas atšķirības starp cilvēkiem ar augstiem un zemiem ienākumiem, nodarbinātajiem un bezdarbniekiem

⁵ Ernst&Young pētījums „Esošās veselības aprūpes sistēmas finansēšanas modelis”, 2012.

⁶ Ernst&Young pētījums „Esošās veselības aprūpes sistēmas finansēšanas modelis”, 2012.

⁷ Bjornberg, A, Euro Health Consumer Index, 2009.

⁸ Austrijas Federālā Veselības ministrija, The Austrian Health Care System: Key Facts, 2010.

⁹ Ernst&Young pētījums „Esošās veselības aprūpes sistēmas finansēšanas modelis”, 2012.

– iedzīvotāji netiek diskriminēti attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību.¹⁰

Nodarbināto ģimenēs apgādājamiem automātiski tiek segti no nodarbinātā ģimenes locekļa apdrošināšanas. Lai līdzapdrošināti tiktu pašnodarbināto personu apgādājami, pašnodarbinātajiem nepieciešams iegādāties papildu apdrošināšanu.

Valsts apmaksā veselības aprūpi neaizsargātajām iedzīvotāju grupām (piemēram, maznodrošinātajām personām, invalīdiem) ar mērķi nodrošināt veselības aprūpes pieejamību visiem valsts iedzīvotājiem. Noteiktas personu grupas un hroniski slimas personas ir atbrīvotas no maksas par receptēm. Veselības apdrošināšanas fondi no savas puses izstrādā vadlīnijas par izņēmumiem citās pakalpojumu jomās. No veselības apdrošināšanas sistēmas tiek finansētas pieaugušo un bērnu profilaktiskās pārbaudes.

Likumā par ilgtermiņa aprūpes pabalstiem paredzēts atbalsts (naudas pabalstu un pabalstu natūrā kombinācija) tādām neaizsargāto personu grupām kā vecāka gadagājuma personas ar invaliditāti. Šie pabalsti nav atkarīgi no personas ienākumiem vai to īpašumā esošajiem aktīviem. Likumā izdalītas septiņas vecāka gadagājuma personu grupas (katrai no tām ir atšķirīgas vajadzības pēc veselības aprūpes pakalpojumiem). Personām, kas ietilpst pirmajā līmenī dienas ietvaros ir nepieciešama salīdzinoši īsa vizīte, personām virs trešā līmeņa ir nepieciešama stacionārā aprūpe 24 stundas diennaktī, savukārt personām, kas kvalificējas sestajam un septītajam līmenim nepieciešama nepārtraukta aprūpe. Likumā noteiktajām personu grupām tiek piešķirts ikmēneša pabalsts, kas ir atšķirīgs katram no septiņiem līmeņiem (pirmajam līmenim – LVL 109 (EUR 155), septītajam līmenim – LVL 1 160 (EUR 1 650)).

Sociālā palīdzība maznodrošinātajām personām tiek sniegta no pašvaldību budžeta. Savukārt tie nodarbinātie, kuru vidējie mēneša ienākumi nepārsniedz noteiktu limitu (LVL 245 (EUR 349) 2008.gadā) tiek apdrošināti tikai pret nelaiemes gadījumiem Reģionālajā veselības aizsardzības fondā. Šīm personām par veselības apdrošināšanu nepieciešams veikt ikmēneša maksājumus LVL 35 (EUR 49,25) apmērā. 2010.gadā personām, kuru ienākumi nepārsniedza LVL 551 (EUR 784) un hroniski slimām personām ar ienākumiem zem LVL 634 (EUR 901,6) nebija jāveic iemaksas par receptes izsniegšanu, kā arī maksa par dienas stacionāra pakalpojumiem¹¹. Tikai 2% no iedzīvotājiem, kuri ietilpst iedzīvotāju kvintilē ar

¹⁰ Austrijas Federālā Veselības ministrija, The Austrian Health Care System: Key Facts, 2010.

¹¹ Austrijas Federālā Veselības ministrija, The Austrian Health Care System: Key Facts, 2010.

zemākajiem ienākumiem uzskata, ka veselības aprūpes pakalpojumiem ir zema pieejamība¹².

Austrijas veselības aprūpes finansējuma avotu procentuālais sadalījums, 2010.gads¹³

| | 2010. gads |
|---|-------------------|
| <i>Valsts un pašvaldību nodokļi</i> | 32,34% |
| <i>Sociālā veselības apdrošināšana</i> | 44,79% |
| Publiskie finansējuma avoti kopā | 77,13% |
| <i>Pacientu tiešie maksājumi</i> | 16,83% |
| <i>Privātās apdrošināšanas iemaksas</i> | 4,71% |
| <i>Citi maksājumi, tajā skaitā netiešie</i> | 1,33% |
| Privātie finansējuma avoti kopā | 22,87% |
| Ārējie avoti | 0,00% |

Eiropas valstīs vidēji 82% no veselības aprūpes pakalpojumiem tiek finansēti no valsts līdzekļiem. Austrijā šis rādītājs 2005.gadā bija zem Eiropas vidējā – 70%. Austrijas iedzīvotājiem ir pieejami šādi valsts apmaksāti veselības aprūpes pakalpojumi¹⁴:

- primārās veselības aprūpes pakalpojumi, ko sniedz ārsti, kuriem ir līgumsaistības ar Austrijas sociālo veselības apdrošināšanas fondu;
- specializēta stacionārā un ambulatorā aprūpe;
- neatliekamā palīdzība;
- grūtniecības aprūpe;
- psihoterapija;
- fizioterapija, ergoterapija u.c.;
- zobārstniecība;
- medikamenti un medicīnas ierīces;
- preventīvā aprūpe, vakcinācijas un skrīningi;
- rehabilitācijas un ilgtermiņa aprūpes pakalpojumi u.c.

Visas sociālajā veselības apdrošināšanas shēmā iesaistītās personas (visi strādājošie un pensionāri), kas ir aptuveni 99% no visiem Austrijas iedzīvotājiem, saņem sociālās veselības apdrošināšanas klasificētos veselības aprūpes pakalpojumus.¹⁵

¹² Gönenç, R., M. M. Hofmarcher and A. Wörgötter, OECD Economics Department Working Papers: Reforming Austria's Highly Regarded but Costly Health System, 2011.

¹³ Statistics Austria, Health expenditure, 2012.

¹⁴ Austrijas Federālā Veselības ministrija, The Austrian Health Care System: Key Facts, 2010.

¹⁵ Ernst&Young pētījums „Esošās veselības aprūpes sistēmas finansēšanas modelis”, 2012.

Neatliekamā medicīniskā palīdzība jāsniedz visiem Austrijas iedzīvotājiem, neatkarīgi no to apdrošināšanas statusa. Kad neatliekamās medicīniskās palīdzības saņēmēja veselības stāvoklis ir stabilizējies, tiek precizēts pacienta apdrošināšanas statuss. Turpmākie veselības aprūpes pakalpojumi tiek sniegti tādā apmērā, kas norādīts apdrošināšanas polisē vai arī pacientam par tālāko palīdzību ir jāmaksā pašam.¹⁶

Apdrošināšana ir saistīta ar darba devēju un tiek uzsākta automātiski. Pašnodarbinātajām personām un citām personām, kuru nodarbinātību nepārvalda kāda noteikta organizācija, pašām ir jāpiesakās uz apdrošināšanu. Maznodrošinātajām personām sociālā palīdzība tiek segta no pašvaldību budžeta. Uz strādājošajiem ar zemiem ienākumiem (strādājošie, kuru mēneša ienākumi nepārsniedz konkrētu limitu) attiecas Reģionālā veselības aizsardzības fonda apdrošināšana pret nelaimes gadījumiem. Šai iedzīvotāju grupai ir rekomendēts iegādāties brīvprātīgu veselības apdrošināšanu, kā arī pensiju apdrošināšanu Reģionālajā veselības apdrošināšanas fondā un veselības apdrošināšana stājas spēkā dienu pēc pieteikuma aizpildīšanas.

¹⁶ Ernst&Young pētījums „Esošās veselības aprūpes sistēmas finansēšanas modelis”, 2012.

Lietuva

Vispārēja informācija par Lietuvas veselības aprūpes sistēmu

| Rādītājs | Apraksts |
|-------------------------------------|---|
| Veselības aprūpes budžets | 3.76% no IKP (valsts budžeta izdevumi) 2011. gadā |
| Veselības aprūpes sistēma | Obligātā valsts veselības apdrošināšana. Balstīta uz obligāto veselības apdrošināšanu un solidaritātes principu |
| Veselības aprūpes sistēmas principi | Solidaritāte un universālums |
| Finansēšanas avoti | Galvenais finansējuma avots – obligātā veselības apdrošināšana |

Avots: Lietuvas statistikas departamenta dati

Kopējie izdevumi veselības aprūpes nozarei Lietuvā procentos no IKP ir 22.vietā starp 27 Eiropas Savienības valstīm 2010.gadā.¹⁷

Lietuvas veselības aprūpes budžeta attiecība pret IKP (publisko izdevumu daļa) 2008.gadā veidoja 3,92%. Samazinoties IKP 2009.un 2010. gadā, būtiski pieauga veselības aprūpes budžeta procents, bet 2011.gadā ar palielinātu IKP un mazu veselības aprūpes budžetu, procentuāli vērojams samazinājums.¹⁸

Lietuvas veselības aprūpes sistēma ir balstīta uz diviem principiem:

- universālais princips: visiem Lietuvas rezidentiem (pilsoņiem un Lietuvā dzīvojošajiem ārzemniekiem) jābūt pakļautiem valsts sociālajai apdrošināšanai;
- solidaritātes princips: valsts apmaksāto veselības pakalpojumu apjoms un kvalitāte nav atkarīga no veikto veselības apdrošināšanas iemaksu lieluma.

Visiem Lietuvas rezidentiem (pilsoņiem un ārzemniekiem) ir obligāti jābūt pakļautiem valsts veselības apdrošināšanai. Personas, kuras ir deklarējušas savu aizbraukšanu no Lietuvas, paziņojot par dzīvesvietas maiņu vai iesniedzot nodokļu deklarāciju, netiek turpmāk uzskatītas par pastāvīgi dzīvojošām Lietuvā un tiek atbrīvotas no obligātajām veselības apdrošināšanas iemaksām Lietuvā.

Minimālais veselības apdrošināšanas iemaksu maksājums ir vismaz LTL 72 jeb LVL 14,69 mēnesī, attiecīgi gadā – LTL 864 jeb LVL 176,25. Personām, kuras veselības apdrošināšanas iemaksu maksājumus iepriekš nav veikušas, obligātā veselības apdrošināšana stājas spēkā nākošajā mēnesī, kas seko dienai, kad par viņiem tika veiktas vai viņi paši veica obligātās veselības apdrošināšanas iemaksu trīs mēnešus pēc kārtas, vai arī no dienas, kad šīs personas veikušas iemaksu, kas ir vienāda ar trīs minimālajām mēneša darba algām (LTL 2 400 jeb LVL 489,60).

¹⁷ Ernst&Young pētījums „Esošās veselības aprūpes sistēmas finansēšanas modelis”, 2012.

¹⁸ Ernst&Young pētījums „Esošās veselības aprūpes sistēmas finansēšanas modelis”, 2012.

Finansējuma avoti

Atbilstoši Lietuvas likumam „Par veselības apdrošināšanu” Obligātās veselības apdrošināšanas fonda budžeta ieņēmumi sastāv no:

- apdrošināto personu veiktajām veselības apdrošināšanas iemaksām;
- valsts budžeta iemaksām, kas veiktas par apdrošinātajiem par valsts līdzekļiem un neatliekamo medicīnisko palīdzību;
- ieņēmumiem no iestādēm, kas administrē obligātās veselības apdrošināšanas pakalpojumus;
- papildu piešķirumiem no valsts budžeta;
- fizisko un juridisko personu brīvprātīgajām iemaksām;
- valsts budžeta apropriācijām, lai kompensētu ortopēdisko ierīču iegādes;
- piedzītajiem vai atmaksātajiem līdzekļiem no veselības aprūpes iestādēm vai aptiekām par pakalpojumiem, medikamentiem vai medicīnisko aprīkojumu, kas izrakstīti vai sniegti nelegāli vai par ko nelikumīgi pieprasīta atlīdzība;
- līdzekļiem, kas iegūti saskaņā ar likuma „Par fizisko un juridisko personu nodarītajiem kaitējumiem apdrošinātā veselībai” nosacījumiem, ja izmaksas par veselības aprūpes pakalpojumiem bija segtas no Obligātā veselības apdrošināšanas fonda.

Likums „Par veselības apdrošināšanu” nosaka, ka veselības apdrošināšanas iemaksu maksājums ir jāveic gan apdrošinātajām personām, gan apdrošinātājiem. Par apdrošinātajiem uzskatāmas juridiskas personas un to filiāles vai pārstāvniecības, kā arī fiziskas personas, kam ir pienākums maksāt veselības apdrošināšanas iemaksas. Apdrošinātājiem ir pienākums veikt veselības apdrošināšanas iemaksas maksājumu 3% apmērā. Apdrošinātajām personām ir pienākums veikt apdrošinātās personas maksājuma daļu no veselības apdrošināšanas iemaksas, ko ietur apdrošinātājs un kas ir vienāda ar 6% no kopējā ienākuma. Tādējādi, kopējā iemaksu likme ir 9% apmērā.

Saskaņā ar likumu „Par veselības apdrošināšanu” obligāto veselības apdrošināšanu ir tiesīgas saņemt šādas personas:

- Lietuvas pilsoņi un ārvalstu pilsoņi, kas pastāvīgi dzīvo Lietuvā;
- ārvalstu pilsoņi, kas uzturas Lietuvā uz laiku, ja tie ir legāli nodarbināti Lietuvā, kā arī šo pilsoņu nepilngadīgie ģimenes locekļi;
- ārvalstu pilsoņi, kas ir saņēmuši papildu vai pagaidu aizsardzību Lietuvā: personas, kas ir jaunākas par 18 gadiem, personas, kurām ir diagnosticēta tāda saslimšana, kura ir iekļauta Veselības ministrijas apstiprinātajā sarakstā, vientuļie vecāki, kas audzina nepilngadīgu bērnu, sievietes grūtniecības laikā 70 dienas pirms bērna piedzimšanas (pēc 28 grūtniecības nedēļām un

turpmāk) un 56 dienas pēc bērna piedzimšanas, personas, kuras sasniegušas pensijas vecumu, kā arī nepilngadīgie ārvalstnieki bez pavadības.

Zemāk minētās personas tiek uzskatītas par apdrošinātām no valsts līdzekļiem (izņemot tos, kam jāveic vai par kuriem tiek veikti obligātie veselības apdrošināšanas iemaksu maksājumi, jo tiek saņemts ienākums, par kuru maksājamas veselības apdrošināšanas iemaksas, kā norādīts augstāk):

1. personas, kas saņem jebkāda veida pensiju vai pabalsta kompensāciju saskaņā ar Lietuvas normatīvajiem aktiem;
2. bezdarbnieki darbaspējīgā vecumā, kas ir reģistrēti nodarbinātības aģentūrā pēc dzīvesvietas kā darba meklētāji;
3. bezdarbnieki darbaspējīgā vecumā, kam ir likumā noteiktās valsts sociālās pensijas apdrošināšanas ieraksts, lai saņemtu vecuma pensiju;
4. sievietes, kam piešķirts maternitātes atvaļinājums un nenodarbinātas sievietes grūtniecības laikā 70 dienas pirms bērna dzimšanas (no 28 grūtniecības nedēļām un vēlāk) un 56 dienas pēc bērna dzimšanas;
5. viens no vecākiem (adoptētājiem), kas audzina bērnu līdz 8 gadu vecumam, kā arī viens no vecākiem (adoptētājiem), kas audzina divus vai vairāk nepilngadīgus bērnus;
6. personas līdz 18 gadu vecumam;
7. pilna laika vispārējās izglītības, profesionālās izglītības, pēc vidusskolas un augstākās izglītības skolnieki un studenti Lietuvā, kā arī Lietuvas pilsoņi un ārzemnieki un bezvalstnieki, kas pastāvīgi dzīvo Lietuvā, kas ir pilna laika augstākās izglītības iestāžu studenti ES dalībvalstīs;
8. personas, kas saņem valsts atbalstu sociālā pabalsta veidā;
9. viens no vecākiem (adoptētājiem), aizbildnis vai aizgādnis, kas rūpējas par invalīdu mājās (bērnu invalīdu), vai persona, kam atzīta darba nespēja (pirms 2005.gada 1.jūlija -1.grupas invalīds) līdz 24 gadu vecumam, vai persona, kas pirms 26 gadu vecuma sasniegšanas tika atzīta par darba nespējīgu (pirms 2005.gada 1.jūlija -1.grupas invalīds) slimības dēļ, kas radusies pirms 24 gadu vecuma sasniegšanas, vai persona, kam ir atzīta nepieciešamība pēc īpašas aprūpes (pirms 2005.gada 1.jūlija – pilnīga nespēja);
10. personas, kas atzītas par nespējīgām saskaņā ar normatīvo aktu noteiktajām procedūrām;
11. personas, kas slimo ar sabiedrībai bīstamām infekcijas slimībām, kas ir iekļautas Veselības ministrijas sarakstā;
12. pretošanās kustības dalībnieki – brīvprātīgie, brīvības cīņu dalībnieki, rehabilitētie politiešlodzītie un tiem pielīdzināmas personas, deportētie un tiem pielīdzināmas personas, personas, kas cietušas 1991.gada 13.janvāra notikumos un citos notikumos, kas saistīti ar Lietuvas neatkarības un valstiskuma aizstāvēšanu;

13. personas, kas piedalījušās Černobiļas kodolkatastrofas seku likvidēšanā;
14. bijušie geto iemītnieki un nepilngadīgie ieslodzītie fašistiskajās piespiedu ieslodzījuma vietās;
15. valsts atzīto tradicionālo reliģisko apvienību garīdznieki, garīdzniekus sagatavojošo skolu studenti, novices klostera noteiktajā novices periodā;
16. personas, kurām ir atzīts statuss kā Afganistānas kara dalībniekiem saskaņā ar normatīvo aktu noteiktajām procedūrām;
17. nepilngadīgi ārvalstnieki bez pavadības;
18. ārvalstnieki, kas saņēmuši pagaidu vai papildus aizsardzību Lietuvas Republikā: personas, kas nav sasniegušas 18 gadu vecumu, personas, kurām diagnosticēta slimība vai tāds veselības stāvoklis, kas ir iekļauts Veselības ministrijas apstiprinātajā sarakstā, vientuļie vecāki, kas audzina nepilngadīgus bērnus, sievietes grūtniecības laikā 70 dienas pirms bērna dzimšanas (pēc 28 grūtniecības nedēļām un vēlāk) un 56 dienas pēc bērna dzimšanas, personas, kas sasniegušas pensijas vecumu;
19. valsts prezidenta dzīvesbiedre, kas nav sasniegusi pensijas vecumu un nesaņem apdrošināšanai pakļautu ienākumu – dzīvesbiedra prezidentūras laika posmā.

Likumā par veselības apdrošināšanu ir noteikts, ka Lietuvas studenti, kuri mācās ārzemēs un ārvalstu studenti, kuri studē Lietuvā tiek apdrošināti no valsts līdzekļiem.

Veselības aprūpes pakalpojumi, kas Lietuvā tiek segti no Obligātā veselības apdrošināšanas fonda budžeta:

1. Profilaktiskā medicīniskā palīdzība:
 - informācijas sniegšana par slimību profilakses jautājumiem;
 - profilaktiskās apdrošināto veselības pārbaudes, kā noteikusi Veselības ministrija.
2. Medicīniskā palīdzība:
 - individuālie veselības aprūpes pakalpojumi, kas sniegti primārajā, sekundārajā un terciārajā veselības pasākumu līmenī;
 - valsts palīdzība ortopēdisko ierīču iegādē saskaņā ar Veselības ministrijas noteiktajām procedūrām.
3. Medicīniskā rehabilitācija, aprūpe, sociālie pakalpojumi, kas attiecināmi uz individuālo veselības aprūpi:
 - aprūpe un sociālie pakalpojumi, uzturošās terapijas pakalpojumi aprūpes un uzturošās terapijas slimnīcās saskaņā ar Veselības ministrijas noteiktajām procedūrām un laika limitiem, kas nepārsniedz 120 dienas kalendārajā gadā. Aprūpe ietver injekcijas, izgulējumu aprūpi un profilaksi, brūču aprūpi, drenāžu aprūpi, higiēnas

pakalpojumus. Sociālie pakalpojumi, kas attiecināmi uz individuālo veselības aprūpi, ietver veselības aprūpes pakalpojumus sanatorijās, kas nepieciešami pilnīgai atlabšanai pēc traumām, ķirurģijas u.c.;

- medicīniskā rehabilitācija ietver pakalpojumus, kas norādīti Veselības ministrijas apstiprinātajā sarakstā. Pakalpojumi tiek iedalīti atsevišķās grupās. Medicīniskā rehabilitācija ietver fizioterapiju, sociālos un psiholoģiskos pakalpojumus, ortopēdiskos pakalpojumus u.c.

4. Individuālā veselības pārbaude:

- apdrošināto pārejošas darba nespējas pārbaude;
- autopsija nāves gadījumā.

5. Medikamentu un medicīniskās palīdzības piederumu iegādes izdevumu atlīdzināšana apdrošinātajiem:

- tiek atmaksāti izdevumi, kas radušies apdrošinātajiem saistībā ar kompensējamo medikamentu un medicīniskās palīdzības piederumu iegādi, kas parakstīti pacientu ambulatorajai ārstēšanai. Slimību un to ārstējošo kompensējamo medikamentu, kompensējamo medikamentu un kompensējamo medicīniskās palīdzības piederumu sarakstu, kā arī to iegādes izmaksu atlīdzināšanas procedūru apstiprina Veselības ministrija, izvērtējot Nacionālā veselības apdrošināšanas fonda un Obligātās veselības apdrošināšanas padomes viedokļus.

6. Izdevumu atmaksa par ekstremitāšu, locītavu un orgānu nomaiņu ar protēzēm, kā arī par protēžu iegādi un par medikamentiem un medicīniskās palīdzības piederumiem, kas tiek apmaksāti centralizēti.

3. Problēmas risinājuma iespējamie varianti

Kopumā veselības aprūpē visā pasaulē izšķir divus pamatveidus naudas resursu savākšanai:

- veselības apdrošināšana (konkrēta nodokļa vai maksājuma veidā);
- valsts budžeta finansēta veselības aprūpe.

Veselības apdrošināšanas sistēmas galvenā pazīme ir personificētas obligātas iemaksas veikšana veselības aprūpei (nodoklis, maksājums), tādējādi nodrošinot tiešu personas līdzdalību, finansējot veselības aprūpi un personificētu pakalpojumu saņemšanu.

Izvēloties veikt izmaiņas veselības aprūpes naudas resursu savākšanas modelī, kā galvenie un svarīgākie mērķi ir:

- finanšu līdzekļu un pakalpojumu apjoma palielināšana un pieejamības uzlabošana, pakāpeniski sasniedzot veselības aprūpes valsts budžetu 4,5% apmērā no IKP (pēc VRP 2014.gadā), vēlākais līdz 2020.gadam;
- ilgtspējīgas veselības aprūpes finanšu sistēmas izveide, tās paredzamība un stabilitāte;
- veselības aprūpes līdzekļu rezerves izveidošana, katru gadu novirzot 0,1-0,5% apmērā līdzekļus no kopējiem veselības aprūpei paredzētiem līdzekļiem ar uzkrāšanas principu, lai 10-20 gadu laikā sasniegtu rezervi aptuveni 10% apmērā no kopējiem līdzekļiem veselības aprūpē.

Veselības aprūpes sistēmas modeļa izvēle

Modelis Nr.1 – pašlaik spēkā esošā situācija

Kā viens no veselības aprūpes sistēmas iespējamiem modeļiem ir pašlaik Latvijā spēkā esošais modelis, kā rezultātā esošā sistēma saglabātos līdzšinējā līmenī un līdz ar to tās līdzšinējās iespējas un apstākļi. Arī šī modeļa realizācijai ir nepieciešams papildus finansējums, pakāpeniski sasniedzot veselības aprūpes valsts budžetu 4,5% apmērā no IKP (pēc VRP 2014.gadā), vēlākais līdz 2020.gadam, atbilstoši 4.tabulā (skatīt zemāk) plānotajam.

Modelis Nr.2 – veselības obligātās apdrošināšanas modelis

Kā otrs veselības aprūpes sistēmas finansēšanas modelis ir veselības obligātās apdrošināšanas modelis. Tas nozīmē, ka Latvijā tiek veidota jauna veselības aprūpes finansēšanas sistēma, ieviešot speciālo veselības aprūpes budžetu, kur finansējuma avots ir personificēti, ienākumiem piesaistīti maksājumi, kurus nodrošina darba devējs veicot nodokļu maksājumus par darba ņēmēju pie pašreiz spēkā esošās likmes 25%, no kuras 5% ir veselības obligātās apdrošināšanas nodoklis. Vienlaikus ir atsevišķas personu kategorijas, kuras pašas veic obligātās veselības apdrošināšanas iemaksas noteiktā apjomā, kā arī personas, par kurām iemaksas neveic valsts, katru mēnesi par sevi maksā minimālo obligātās veselības apdrošināšanas iemaksu (5% apmērā no minimālās mēneša darba algas). Lai nodrošinātu šāda nodokļa iezīmēšanu un iezīmēto ieņēmumu novirzīšanu veselības aprūpei, ir jāveido speciālais veselības aprūpes budžets.

Atbilstoši veselības obligātās apdrošināšanas koncepcijas projektam, visiem iedzīvotājiem, kuras minētas Ārstniecības likuma 17.pantā (piemēram, Latvijas pilsoņiem, nepilsoņiem, bēgļiem u.c.), neatkarīgi no nodokļa maksāšanas vai nemaksāšanas fakta, pienākas Latvijas valsts apmaksātais medicīniskās palīdzības minimums, kas sevī ietver skaidri definētu minimālā apjoma neatliekamo medicīnisko palīdzību un pārējo valsts apmaksāto veselības aprūpi šādiem pacientiem:

1. pacientiem konkrētas diagnozes vai veselības stāvokļa noteikšanai un ārstēšanai:
 - 1.1. grūtniecēm un sievietēm pēcdzemdību periodā līdz 42 dienām;
 - 1.2. pacientiem, kas slimo ar psihiskām slimībām;
 - 1.3. pacientiem ar onkoloģiskām un hematoloģiskām saslimšanām;
 - 1.4. pacientiem, kas slimo ar cukura diabētu;
 - 1.5. tuberkulozes slimniekiem un pacientiem, kuriem veic izmeklējumus tuberkulozes noteikšanai;
 - 1.6. infekciju slimību slimniekiem un pacientiem, kuriem veic izmeklējumus infekciju slimību noteikšanai (konkrētas infekciju slimības noteiktas Ministru kabineta 2006.gada 19.decembra noteikumiem Nr.1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 4.pielikumā „Infekciju slimību saraksts”);
 - 1.7. pacientiem, kas saņem hroniskās hemodialīzes, hemodiafiltrācijas un peritoneālās dialīzes procedūras;
 - 1.8. pacientiem, kas saņem ilgstošu plaušu mākslīgo ventilāciju;
 - 1.9. pacientiem, kas saņem paliatīvo veselības aprūpi;

Pārējā valsts apmaksātā veselības aprūpe (apjoms atbilstoši MK noteikumiem Nr.1046) pienākas, sekojošās kategorijās ietilpstošajiem:

1. nodokļa maksātājiem;
2. attaisnotajiem nodokļa nemaksātājiem:
 - 2.1. bērniem vecumā līdz 18 gadiem;

- 2.2. pensionāriem;
- 2.3. vecākam, kas kopj bērnu vecumā līdz 3 gadiem;
- 2.4. vienam no vecākiem, kuram ir vismaz 3 bērni, no kuriem vismaz viens ir pirmsskolas vecumā;
- 2.5. personām, kuras kopj bērnu invalīdu un saņem bērna invalīda kopšanas pabalstu;
- 2.6. I un II grupas invalīdiem līdz 9 mēnešiem pēc statusa zaudēšanas;
- 2.7. bezdarbniekiem ne ilgāk kā gadu un sešus mēnešus no statusa iegūšanas;
- 2.8. personām, kas vecākas par 18 gadiem un iegūst vispārējo vai profesionālo izglītību, līdz 9 mēnešiem pēc šī statusa zaudēšanas;
- 2.9. personām, kas ir vecākas par 18 gadiem un ir pilna laika students, līdz 9 mēnešiem pēc šī statusa zaudēšanas;
- 2.10. personām, kas atrodas ieslodzījuma vietās, līdz 9 mēnešiem pēc statusa zaudēšanas;
- 2.11. politiski represētajām personām;
- 2.12. Nacionālās pretošanās kustības dalībniekiem;
- 2.13. personām, kas cietušas Černobiļas atomelektrostacijas avārijas seku likvidācijā;
- 2.14. orgānu donoriem;
3. personām, kas veic speciālas iemaksas veselības obligātās apdrošināšanas budžetā.

Kompensējamo medikamentu nodrošināšana cilvēkiem, kas nav nodokļa maksātāji, neietilpst attaisnoto nodokļa nemaksātāju kategorijā un neveic speciālās iemaksas, tiek nodrošināta visām trešajā punktā minētajām diagnozēm vai veselības stāvokļiem, kurām pienākas kompensācija 100% apmērā.

Latvijas pilsoņu un Latvijas nepilsoņu laulātajiem, kuriem ir termiņuzturēšanās atļauja Latvijā, no valsts pamatbudžeta un pakalpojumu saņēmēju līdzekļiem apmaksāto grūtnieču aprūpi un dzemdību palīdzību ir tiesības saņemt bez maksas Ministru kabineta noteiktajā kārtībā.¹⁹

Definētajās kategorijās ietilpstošajiem no valsts apmaksātās veselības aprūpes pienāksies pašlaik spēkā esošais pakalpojumu apjoms – tie saņems pilnā apjomā normatīvajos aktos noteiktos obligātajā veselības apdrošināšanā ietvertos veselības aprūpes pakalpojumus, papildus maksājot vien normatīvajos aktos noteiktās pacientu iemaksas (izņemot no pacientu iemaksas atbrīvotās iedzīvotāju kategorijas).

Ņemot vērā, ka tiks savstarpēji sasaistīta nodokļa nomaksa ar tiesībām saņemt no valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus, papildus finansiāliem ieguvumiem, ko sniegtu veselības obligātās apdrošināšanas sistēmas

¹⁹ 1997.gada 12.jūnija likums „Ārstniecības likums”

ieviešana, tiktu veicināta arī iedzīvotāju motivācija maksāt nodokļus, tādējādi samazinot ēnu ekonomikas daļu.

Lai pakāpeniski sasniegtu veselības aprūpes finansējuma palielinājumu un ieviestu veselības obligāto apdrošināšanu, VM, balstoties uz galvenajiem makroekonomiskajiem rādītājiem un to prognozi, ir sagatavojusi veselības aprūpes sasniedzamo finansiālo rādītāju prognozi līdz 2020.gadam. Aprēķinos plānots pakāpeniski sasniegt budžeta finansējumu veselības aprūpei 4,5% apmērā no IKP. IKP pieauguma palielinājums 2016.-2020.gadam prognozēts 6% apmērā (faktiskajās cenās) pret iepriekšējo gadu (skatīt 1.tabulu "Prognoze par IKP un valsts budžeta līdzekļu apmēru veselības aprūpei").

1.tabula

Prognoze par IKP un valsts budžeta līdzekļu apmēru veselības aprūpei

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| IKP, milj.LVL | 14 545 | 15 383 | 16 313 | 17 304 | 18 342 | 19 443 | 20 609 | 21 846 | 23 157 |
| <i>izmaiņas, milj.LVL</i> | | 838 | 930 | 991 | 1 038 | 1 101 | 1 167 | 1 237 | 1 311 |
| <i>izmaiņas, %</i> | | 5.8% | 6.0% | 6.1% | 6.0% | 6.0% | 6.0% | 6.0% | 6.0% |
| Valsts budžeta līdzekļi veselības aprūpei, milj.LVL | 466 | 508 | 555 | 606 | 679 | 758 | 845 | 939 | 1 042 |
| % no IKP | 3.2% | 3.3% | 3.4% | 3.5% | 3.7% | 3.9% | 4.1% | 4.3% | 4.5% |
| t.sk., | | | | | | | | | |
| pamatfunkcijām, milj.LVL | 456 | 492 | 538 | 588 | 660 | 739 | 824 | 918 | 1 019 |
| % no IKP | 3.1% | 3.2% | 3.3% | 3.4% | 3.6% | 3.8% | 4.0% | 4.2% | 4.4% |
| <i>izmaiņas, milj.LVL</i> | | 36 | 46 | 50 | 72 | 79 | 86 | 93 | 101 |
| ES fondi un ārvalstu finansējums, milj.LVL | 10 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 21 | 22 | 23 |
| % no IKP | 0.1% | 0.1% | 0.1% | 0.1% | 0.1% | 0.1% | 0.1% | 0.1% | 0.1% |

*IKP dati ir balstīti uz FM prognozi.

Atbilstoši Konceptijai, veselības aprūpes pakalpojumu saņemšana tiks sasaistīta ar veselības obligātās apdrošināšanas nodokļa maksāšanas faktu (lai nodrošinātu šāda nodokļa iezīmēšanu un iezīmēto ieņēmumu novirzīšanu veselības aprūpei, ir jāveido speciālais veselības aprūpes budžets.), jo 5% no IIN tiks novirzīti veselības obligātajai apdrošināšanai.

VM veica prognozi, kāds varētu būt finansējuma apmērs, kas veselības aprūpes budžetā tiks novirzīts no veselības obligātai apdrošināšanai novirzāmiem ieņēmumiem, prognozes veikšanai tika pieņemts, ka IIN ieņēmumu pieaugums saglabāsies 5% apmērā (faktiskajās cenās) pret iepriekšējo gadu, pamatojoties uz to, ka FM savās prognozēs līdz 2015.gadam prognozējusi vidēji šādu pieaugumu ieņēmumiem no darba samaksas (skatīt 2.tabulu "Prognoze par ieņēmumiem no IIN, kas tiks novirzīta veselības obligātajai apdrošināšanai par IIN maksātājiem").

2.tabula

Prognoze par ieņēmumiem no IIN, kas tiks novirzīta veselības obligātajai apdrošināšanai par IIN maksātājiem

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Ieņēmumi no IIN (5% no likmes), milj.LVL | 162 | 169 | 177 | 187 | 196 | 206 | 216 | 227 | 238 |
| <i>izmaiņas, milj.LVL</i> | | 6 | 8 | 9 | 9 | 10 | 10 | 11 | 11 |
| <i>izmaiņas, %</i> | | 4.0% | 5.0% | 5.3% | 5.0% | 5.0% | 5.0% | 5.0% | 5.0% |

Atbilstoši FM sniegtajai informācijai, 2011.gadā oficiāli nodarbināta bija 864 601 persona, bet saimnieciskās darbības veicēju skaits tiek pieņemts atbilstoši 2010.gada datiem – 101 393 saimnieciskās darbības veicēji. Papildus FM norādīja, ka nevar pateikt cik no saimnieciskās darbības veicējiem ir fiziskas personas, turklāt jāņem vērā, ka viena un tā pati fiziskā persona var būt gan darbinieks, gan saimnieciskās darbības veicējs. Tā kā VM rīcībā nebija precīzu datu, tad tika pieņemts, ka aptuveni 50% no saimnieciskās darbības veicējiem varētu būt fiziskas personas. Tātad kopējais IIN maksātāju skaits varētu būt aptuveni 915 352 (864 601 + ~101 393*0,5). Papildus VM pieņēma, ka ieviešot koncepciju, ik gadu IIN maksātāju skaits varētu palielināties par 0,5% un par līdzvērtīgu skaitu samazināsies iedzīvotāju skaits, kam būtu jāmaksā veselības obligātās apdrošināšanas brīvprātīgās iemaksas.

Atbilstoši NVD Vadības informācijas sistēmas datiem 2011.gadā kopējais Latvijas iedzīvotāju skaits, kas tiek saskaņots ar Pilsonības un migrācijas dienesta datiem, bija 2 247 154, no tiem:

- 375 223 bērni (no 0 – 17 gadiem);
- 464 569 iedzīvotāji pensijas vecumā (no 62 gadiem);
- 364 010 iedzīvotāji, kuri iekļaujas pārējās atbrīvotajām kategorijām;
- 1 043 352 iedzīvotāji, kas ir darbspējīgā vecumā un kam būtu jāmaksā IIN.

Informācija par aptuveno iedzīvotāju skaitu, kas iekļaujas pārējās atbrīvotajās kategorijās, tika iegūta no Izglītības un zinātnes ministrijas, Pilsonības un migrācijas lietu pārvaldes, Nodarbinātības valsts aģentūras, Valsts Sociālās apdrošināšanas aģentūras, Veselības un darbaspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas, Ieslodzījuma vietu pārvaldes un Paula Stradiņa klīniskās universitātes slimnīcas.

Balstoties uz aptuvenajiem aprēķiniem veselības obligātās apdrošināšanas brīvprātīgās iemaksas būtu jāveic aptuveni 128 000 iedzīvotāju (1 043 352 – 915 298), kas pēc Veselības ministrijas pieņēmuma ik gadu samazināsies. Brīvprātīgās iemaksas apmērs tiek noteikts kā 10% no valstī noteiktās minimālās darba algas – 20 latu mēnesī, attiecīgi 240 latu gadā.

Informācija par faktiski sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem un izmaksām 2011.gadā uz vienu iedzīvotāju atbilstoši Vadības informācijas sistēmas datiem parādīta 3.tabulā “Informācija par faktiskajām veselības aprūpes izmaksām uz vienu iedzīvotāju 2011.gadā”.

Informācija par faktiskajām veselības aprūpes izmaksām uz vienu iedzīvotāju 2011.gadā

| | Skaitis | Faktiskās kopējās izmaksa, LVL | Faktiskās izmaksas uz vienu iedzīvotāju, LVL |
|--|------------------|---------------------------------------|---|
| Neatliekamā medicīniskā palīdzība (visiem) | 2 247 154 | 224 854 559 | 100,06 |
| Pārējā medicīniskā palīdzība, t.sk.: | 2 247 154 | 178 553 389 | 79,46 |
| Iedzīvotājiem, kuriem ir jāmaksā IIN | 1 043 352 | 32 406 513 | 31,06 |
| Iedzīvotājiem, kuri iekļaujas kādā no atbrīvotajām kategorijām, t.sk., | 1 203 802 | 146 146 876 | 121,40 |
| <i>bērni (līdz 18 gadiem)</i> | <i>375 223</i> | <i>16 078 306</i> | <i>42,85</i> |
| <i>iedzīvotāji pensijas vecumā (no 62 gadiem)</i> | <i>464 569</i> | <i>118 762 419</i> | <i>255,64</i> |
| <i>iedzīvotāji, kas iekļaujas pārējās atbrīvotajās kategorijās</i> | <i>364 010</i> | <i>11 306 151</i> | <i>31,06</i> |

*faktiskajās kopējās izmaksās ir iekļauta informācija par faktiski sniegtajiem pakalpojumiem, no kuriem daļa nav atmaksāta.

Pamatojoties uz iepriekš norādīto informāciju Veselības ministrija veica prognozi par veselības obligātās apdrošināšanas sistēmas rādītājiem, kas parādīta 4.tabulā "Informācija par veselības obligātās apdrošināšanas sistēmu".

Informācija par veselības obligātās apdrošināšanas sistēmu

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Plānotais finansējums pamatfunkciju nodrošināšanai, milj.LVL, t.sk., | 492.26 | 538.33 | 588.33 | 660.32 | 738.82 | 824.37 | 917.52 | 1 018.89 |
| veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai | 424.22 | 470.29 | 520.29 | 592.28 | 670.78 | 756.33 | 849.48 | 950.85 |
| pārējām pamatfunkcijām (NMPD, VADC, VM, NVD u.c.), kuras netiek iekļautas veselības obligātās apdrošināšanas sistēmā* | 68.04 | 68.04 | 68.04 | 68.04 | 68.04 | 68.04 | 68.04 | 68.04 |
| KOPĀ ieņēmumi no IIN un brīvprātīgajām iemaksām, milj.LVL, t.sk., | 199.65 | 207.00 | 215.29 | 223.53 | 232.21 | 241.39 | 251.07 | 261.30 |
| no IIN | 168.93 | 177.38 | 186.77 | 196.12 | 205.92 | 216.22 | 227.03 | 238.38 |
| <i>maksātāju skaits</i> | 915 352 | 919 929 | 924 528 | 929 151 | 933 797 | 938 466 | 943 158 | 947 874 |
| <i>vidējā iemaksa, LVL</i> | 185 | 193 | 202 | 211 | 221 | 230 | 241 | 251 |
| no brīvprātīgajām iemaksām | 30.72 | 29.62 | 28.52 | 27.41 | 26.29 | 25.17 | 24.04 | 22.92 |
| <i>maksātāju skaits</i> | 128 000 | 123 423 | 118 824 | 114 201 | 109 555 | 104 886 | 100 194 | 95 478 |
| <i>iemaksas apmērs, LVL</i> | 240 | 240 | 240 | 240 | 240 | 240 | 240 | 240 |
| Valsts finansējums par atbrīvotajām kategorijām, milj.LVL | 224.57 | 263.29 | 305.00 | 368.75 | 438.57 | 514.94 | 598.41 | 689.55 |
| <i>skaits</i> | 1 203 802 | 1 203 802 | 1 203 802 | 1 203 802 | 1 203 802 | 1 203 802 | 1 203 802 | 1 203 802 |
| <i>vidējās izmaksas, LVL</i> | 187 | 219 | 253 | 306 | 364 | 428 | 497 | 573 |
| Vidējā darba samaksa tautsaimniecībā iepriekšējā.gadā (prognozētā) | 478 | 492 | 510 | 531 | 552 | 574 | 597 | 621 |
| % no vidējās darba samaksas tautsaimniecībā iepriekšējā gadā | 39% | 44% | 50% | 58% | 66% | 75% | 83% | 92% |

* šajā gadījumā netiek vērtētas pārējo pamatfunkciju attīstības finansiālās vajadzības, piem., valsts pārvaldes un šeit ietilpstošo ārstniecības iestāžu cilvēkresursu vajadzības

Izveidojot veselības obligātās apdrošināšanas sistēmu, tās administrēšanai ir nepieciešams izveidot veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju reģistru, t.i., Nacionālā veselības dienesta un iesaistīto valsts pārvaldes iestāžu pārziņā esošās informācijas sistēmas ir nepieciešams sasaistīt vienotā tiešsaistes datu pārraides režīmā, lai informācija par katru pacientu būtu operatīvi pieejama jebkurā ārstniecības iestādē.

Šobrīd izmaksas veselības obligātās apdrošināšanas ieviešanas tehniskajam nodrošinājumam vēl nav aktualizētas. Pēc iepriekš veiktajiem aprēķiniem koncepcijas „Valsts veselības apdrošināšanas koncepcija” projektam, ko sagatavoja darba grupa (izveidota ar Ministru prezidenta 2009.gada 7.oktobra rīkojumu Nr.418 „Par darba grupu, lai izvērtētu jaunas veselības aprūpes pakalpojumu finansēšanas sistēmas ieviešanu”), izdevumi sistēmas izveidošanai 2010.gadā aprēķināti aptuveni 558 000 LVL, bet 2011.gadā, kad iepriekšminēto koncepcijas projektu atkārtoti izvērtēja NVD izveidotā darba grupa, iespējamās sistēmas izveidošanas izmaksas tika novērtētas robežās no 240 000 LVL līdz 410 000 LVL, turklāt vēl nepieciešams ikgadējs finansējums sistēmu uzturēšanai aptuveni 15% apmērā no izstrādāšanas izmaksām.

4. Nepieciešamie tiesību aktu projekti

Ieviešot jebkuru no risinājuma variantiem, nepieciešams izstrādāt šādus tiesību aktu projektus:

- Obligātās veselības apdrošināšanas likums;
- grozījumi likumā „Par nodokļiem un nodevām” – nosakot speciālas iemaksas veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanai;
- grozījumi likumā „Par iedzīvotāju ienākumu nodokli” – nosakot iedzīvotāju ienākuma nodokļa daļu, kas tiks nodalīta atsevišķa veselības aprūpes nodokļa izveidošanai;
- grozījumi Ārstniecības likumā – svītrojot iedzīvotāju kategorijas, kuras ir tiesīgas saņemt valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus un iekļaujot šīs iedzīvotāju kategorijas Obligātās veselības apdrošināšanas likumā;
- grozījumi Augstskolu likumā – paredzot pienākumu augstākās izglītības iestādēm sniegt informāciju par pilna laika studentiem, kas iegūst augstāko izglītību šajās mācību iestādēs;
- grozījumi Ministru kabineta 2006.gada 19.decembra noteikumos Nr.1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” precizējot:
 - veselības aprūpes pakalpojumu veidus, kuri tiek apmaksāti no valsts budžeta līdzekļiem, un šo pakalpojumu saņemšanas kārtību;
 - neatliekamās medicīniskās palīdzības līmeņus (kategorijas);
- grozījumi Ministru kabineta noteikumos Nr.899 „Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība” – pārskatot kompensācijas apmēru un kārtību iedzīvotāju ienākuma nodokļa maksātājiem, attaisnotajiem iedzīvotāju ienākuma nodokļa nemaksātājiem un ar noteiktām slimībām slimojošajiem pacientiem;
- grozījumi Mikrouzņēmumu nodokļa likumā – nosakot iedzīvotāju ienākuma nodokļa daļu, kas tiks nodalīta atsevišķa veselības aprūpes nodokļa izveidošanai.