



LATVIJAS UNIVERSITĀTE
EKONOMIKAS UN VADĪBAS
FAKULTĀTE
Finanšu katedra

**LATVIJAS UN NĪDERLANDES VESELĪBAS APRŪPES
SISTĒMAS FINANSĒŠANAS MODEĻU SALĪDZINĀJUMS.
IESPĒJAMĪBA IEVIEST NĪDERLANDES VESELĪBAS
APRŪPES SISTĒMAS MODELI LATVIJĀ**

COMPARISSON BETWEEN FINANCIAL MODELS OF
HEALTH CARE SYSTEMS IN LATVIA AND NETHERLANDS.
POSSIBILITY TO INTRODUCE NETHERLANDS HEALTH
CARE SYSEM IN LATVIA

BAKALAURA DARBS

Finanšu menedžmenta bakalaura studiju programma

Autors: **Austra Mangusa**

Studenta apliecības Nr.: am 08195

Darba vadītājs: Dr.ekon., as.profesors V.Ādamsons

RĪGA 2015

ANOTĀCIJA

Veselības aprūpe ir nozare, kas skar un ietekmē katru valsts iedzīvotāju. Ir ļoti svarīgi, lai kopējā sabiedrības nostāja par veselības aprūpes kvalitāti valstī ir pozitīva. Diemžēl šobrīd Latvijā kopējais sabiedrības noskaņojums par veselības aprūpes sistēmu ir ļoti negatīvs. Kā galvenie neapmierinātības faktori tiek minēti sekojoši punkti: veselības aprūpe ir pārāk dārga, pēc veselības pakalpojumiem ir pārāk tālu jābrauc, lai saņemtu veselības aprūpi, pacientiem ir pārāk ilgi jāgaida uz pieņemšanu. Visi šie punkti spēlē nozīmīgu lomu, kopējā sabiedrības viedoklī par veselības pakalpojumu kvalitāti.

Diplomdarbs dot priekšstatu par Latvijā pašreiz pastāvošo veselības aprūpes modeli un tā finansēšanas mehānismiem. Tā kā pastāv augsta sabiedrības neapmierinātība ar pastāvošo veselības aprūpes modeli, ir nepieciešamas veikt tā pārveidojumus. Pārveidojumi var tikt veikti reformu veidā. Diplomdarbs apraksta Veselības ministrijas piedāvātos veselības aprūpes reformu modeļus. Veselības ministrija piedāvā divus sekojošus veselības aprūpes modeļus: Plānveida veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas sasaisti ar nodokļa aprēķināšanas faktu un Valsts veselības obligāto apdrošināšanu ar valsts veselības apdrošināšanas obligāto iemaksu. Katrs no šo reformu veidiem aprakstīts diplomdarba turpinājumā detalizētāk.

Viens no ļoti veiksmīgiem piemēriem veselības aprūpes sistēmas organizēšanā eksistē Nīderlandē. Šajā modelī valda brīvā tirgus principi un katrs no pacientiem var brīvi izvēlēties savu apdrošinātāju. Diplomdarbs dod plašu priekšstatu par Nīderlandē pastāvošo veselības aprūpes sistēmas modeli, tā galvenajām priekšrocībām un trūkumiem. Diplomdarbs dod priekšstatu arī par Nīderlandes veselības aprūpes sistēmas finansēšanu, kas ir neatņemama sastāvdaļa, lai veselības aprūpes modeli ieviestu un uzturētu reālos dzīves apstākļos.

Viens no diplomdarba mērķiem ir izskatīt iespēju pārnest Nīderlandes veselības aprūpes sistēmas modeli uz Latvijas apstākļiem. Šādu priekšlikumu valdības līmenī ir izteikusi arī partija „Latvijas attīstībai”.

Diplomdarba uzdevumi ir detalizēti aprakstīt Latvijā pašreiz pastāvošo veselības aprūpes modeli un tā finansēšanas avotus. Diplomdarba otrajā daļā tiek detalizēti aprakstīta Nīderlandes veselības aprūpes sistēma un tās finansēšanas avoti. Tiek veikts salīdzinājums starp abām šīm sistēmām, kā arī tiek apskatīta iespēja pārnest Nīderlandē pastāvošo veselības aprūpes sistēmas modeli uz Latvijas apstākļiem.

Diplomdarba nobeigumā tiek izdarīt secinājumi par Latvijā un Nīderlandē pastāvošo veselības aprūpes sistēmu. Tā kā Latvijas pašreizējā veselības aprūpes sistēmā pastāv problēmas, ir nepieciešams to pārveidot. Pārveidojumi var tikt balstīti uz reformu pamata. Diplomdarbā aprakstītās reformas pierāda, ka pastāv dažādi varianti, kā veikt veselības aprūpes sistēmas pārveidojumus. Katram no šiem variantiem ir savas priekšrocības un trūkumi. Kā viens no variantiem tiek izskatīts arī Nīderlandes veselības aprūpes sistēmas modeļa pārnese uz Latvijas apstākļiem. Šim variantam ir labas potenciālās iespējas tikt realizētam. Tomēr, lai uzsāktu reālu veselības aprūpes sistēmas pārveidošanu un nepieciešama detalizētāka izpēte un precīzs rīcības plāns. Šo diplomdarbu var izmantot kā informatīvu materiālu situācijas iepazīšanai un padziļinātai izpētei. Autors būs ļoti pateicīgs par Jūsu ieteikumiem turpmākajai diplomdarba attīstībai. Veiksmi lasīšanā!

Atslēgas vārdi: veselības aprūpes sistēma, finansēšanas modeļi, apdrošināšana, reformas

ANNOTATION

Health care is field which affects and influences every inhabitant of the country. It is very important that all society is positively minded about the quality of health care system. Unfortunately at this moment majority of society is negatively minded about health care situation in Latvia. The most disappointing points are: health care is too expensive, health care service is too far away from home, there are too long queues for receiving a health care. Every of this point plays important role in society's general opinion about total quality of health care services.

Diploma work gives impression about current health care model in Latvia and it's financing techniques. Because there is high dissatisfaction about existing health care model, there is necessity to create modifications. Modifications can be done as reforms. Diploma work describes reform models offered by Ministry of Health Care. Ministry of Health Care offers two following health care models: Planned health care services in connection with fact of tax calculation. Second option is Compulsory national health care insurance including national health care insurance contributions. Every of these reforms are detailed described below.

One very successful system of health care insurance exists in Netherlands. This model is based on free market principles where every patient can freely choose their insurer. Diploma work gives broad overview of Netherlands health care system, including pros and cons which exist there. Diploma work gives also insight in financial model which is used for Netherlands health care system. This is integral component to implement this health care system in live.

One of the goals of this diploma work is to look through possibility to transfer model of Netherlands health care system to health care system in Latvia. This kind of proposal in government level is created also by party „Latvijas attīstībai!”.

The tasks of diploma job is to describe in details current existing health care system in Latvia as well as its financing sources. The second part of diploma work describes Netherlands health care system and its financing sources. There is made comparison between both of these systems as well as there are investigated opportunity to implement model of Netherlands health care system in Latvia.

At the end of diploma work there are conclusions about current existing health care system in Netherlands and Latvia. Because there are problems in current existing health care system in Latvia, there is necessity to change it. These changes can be based on reforms. Reforms which are described in diploma work show that there are several different ways how to implement changes in Netherlands health care system. There are several pros and cons of each of these options. One of the options is to transfer model of Netherlands health care system to Latvian circumstances. This option is high potential to become realised. In order to start real transformation of health care system there is necessity to make deep investigation and precise action plan. This diploma work can be used as informative source to get insight in health care situation in Latvia and Netherlands. Author highly appreciates your suggestions for further improvements. Success for reading!

Key words: health care system, financing models, insurance, reforms

SATURA RĀDĪTĀJS

ANOTĀCIJA	2
ANNOTATION	4
APZĪMĒJUUMU SARAKSTS	8
IEVADS	9
LATVIJAS VESELĪBAS APRŪPES SISTĒMAS RAKSTUROJUMS	12
• Veselības aprūpes problēmzonas.....	12
• Veselības aprūpes organizēšana un finansēšanas kārtība.....	13
• Veselības aprūpes pakalpojumu saņemšana un apmaksā.....	21
• Pašreizējās veselības aprūpes finansēšanas sistēmas priekšrocības un trūkumi	24
• Secinājumi par Latvijas Republikas veselības aprūpes sistēmu.....	27
IESPĒJAMĀS REFORMAS LATVIJAS REPUBLIKAS VESELĪBAS APRŪPES SISTĒMĀ	28
• Reformu nepieciešamība	28
• Modelis Nr.1.....	29
• Modelis Nr 1 – A variants	31
• Modelis Nr – 1 – B variants	34
• Modelis Nr 2.....	37
NĪDERLANDES VESELĪBAS APRŪPES SISTĒMAS RAKSTUROJUMS	45
• Nīderlandes veselības aprūpes sistēmas raksturojums	45
• Veselības aprūpes organizēšana	48
• Veselības aprūpes sistēmas modelis Nīderlandē	52
• Pamata veselības apdrošināšana (ZVW)	55
• Pašrisks.....	57
• Ilgtermiņa aprūpes medicīniskie izdevumi (AWBZ).....	57
• Brīvprātīgā veselības apdrošināšana (VHI).....	59
• Secinājumi par Nīderlandes veselības aprūpes sistēmas raksturojumu.....	60
NĪDERLANDES VESELĪBAS APRŪPES SISTĒMAS FINANSĒŠANA	61
• Nīderlandes veselības aprūpes sistēmas finansēšana kārtība	61
• Veselības aprūpes izdevumi	63
• Veselības aprūpes ienākumi	66
• Veselības apdrošināšanas pabalts (Zorgtoeslag)	68
• Secinājumi par Nīderlandes veselības aprūpes sistēmas finansēšanu	69
POOLING	70
• Pooling sistēmas darbības mehānisms	70
• Mehānisms, kā finansējums tiek sadalīts starp apdrošinātājiem	71

• Ex ante riska izvērtējums	71
• Ex post kompensācija	73
• Secinājumi par pooling sistēmu	74
IEPIRKUMU UN PIRCĒJU NODROŠINĀTĀS ATTIECĪBAS	75
• Iepirkumu un pircēju nodrošināto attiecību darbības modelis	75
• Iepirkumu un pircēju nodrošinātā modeļa veselības pakalpojumu apmaksas mehānisms.....	76
• Secinājumi par iepirkumu un pircēju nodrošinātajām attiecībām	83
SECINĀJUMI.....	84
PRIEKŠLIKUMI	86
IZMANOTĀ LITERATŪRA UN AVOTI.....	87

APZĪMĒJUMU SARAKSTS

AWBZ - *Nacionālā veselības apdrošināšana izņēmuma medicīniskajiem izdevumiem (Nīderlandē)*

EU-SILC – *Eiropas Savienības statistika ienākumu un dzīves apstākļiem*

IIN - *Iedzīvotāju Ienākumu Nodoklis*

NVD - *Nacionālais Veselības Dienests*

VHI - *Brīvprātīgā veselības apdrošināšana*

VM - *Veselības Ministrija*

VSAOI - *Valsts Sociālās Apdrošināšanas Obligātās Iemaksas*

ZVW - *Pamata veselības apdrošināšana (Nīderlandē)*

IEVADS

Veselības aprūpes sistēmai ir liela ietekme uz katru no valsts iedzīvotājiem. Diemžēl liela daļa Latvijas valsts iedzīvotāju šobrīd nav apmierināti ar Latvijā pastāvošo veselības aprūpes sistēmas modeli, tāpēc valstiskā līmenī tiek plānotas veselības aprūpes sistēmas reformas. Viens no ļoti veiksmīgiem veselības aprūpes modeļiem pastāv Nīderlandē. Šim veselības aprūpes modelim ir augsts sabiedrības apmierinātības līmenis. Diplomdarbs izskata iespējamību ieviest Nīderlandes veselības aprūpes sistēmas modeli Latvijā. Veselības aprūpes sistēmas modeļa pārveidošanā liela nozīme ir iespējai piesaistīt finanšu avotus, tāpēc diplomdarbā tiek veikts salīdzinājums starp finansēšanas modeļiem abās veselības aprūpes sistēmās.

Diplomdarba mērķis ir veikt salīdzinājumu starp Latvijas un Nīderlandes veselības aprūpes sistēmām un analizēt Nīderlandes veselības aprūpes sistēmas modeļa ieviešanas iespējas Latvijā.

DD mērķa sasniegšanai veicamie uzdevumi:

- Ar statistikas datu elementu palīdzību analizēt sabiedrības neapmierinātības līmeni ar Latvijā pašreiz pastāvošo veselības aprūpes sistēmu. Konstatēt galvenos šīs neapmierinātības cēloņus;
- Raksturot LR pastāvošo veselības aprūpes sistēmu;
- Speciālajā literatūrā iepazīties ar Veselības ministrijas piedāvātajām veselības aprūpes reformām;
- Iepazīties ar partijas „Latvijas attīstībai” piedāvāto koncepciju Latvijas veselības aprūpes sistēmā ieviest Nīderlandes veselības aprūpes principus;
- Detalizēti aprakstīt finansēšanas avotus pašreiz pastāvošajai veselības aprūpes sistēmai kā arī tās iespējamām reformām;
- Raksturot Nīderlandē pastāvošo veselības aprūpes sistēmu. Izcelt tās galvenās priekšrocības;
- Detalizēti apkraīt Nīderlandē pastāvošo Toeslagen veselības aprūpes maksājumu atmaksas modeli;
- Izpētīt Nīderlandē pastāvošo veselības aprūpes sistēmas finansēšanas modeli;

- Izteikt secinājumus un priekšlikumus nepieciešamībai izmantot Nīderlandes veselības aprūpes sistēmas modeli Latvijas veselības aprūpes sistēmā.

Diplomdarba struktūra ir balstīta uz salīdzinājumu starp Latvijas un Nīderlandes veselības aprūpes sistēmām. Diplomdarba izvirzītā pamatproblēma ir iedzīvotāju neapmierinātība ar pastāvošo veselības aprūpes sistēmu Latvijā. Diplomdarba pirmajā sadaļā tiek apskatīti valdības piedāvātie problēmas risinājumi veselības aprūpes reformu veidā. Detalizētāk diplomdarbā aprakstīts partijas „Latvijas attīstībai” izteiktais priekšlikums pašreiz Latvijā pastāvošo veselības aprūpes sistēmu pārveidot uz Nīderlandē pastāvošo veselības aprūpes sistēmas modeli. Diplomdarba otrā sadaļa veltīta Nīderlandes veselības aprūpes sistēmas aprakstam un analīzei. Galvenais mērķis ir izcelt Nīderlandes veselības sistēmas priekšrocības. Diplomdarba noslēgumā tiek doti autora secinājumi un priekšlikumi nepieciešamībai un iespējamībai Latvijā pastāvošo veselības aprūpes sistēmas modeli pārveidot uz Nīderlandes sistēmu.

Kā pamat pētīšanas metode diplomdarbā tiek izmantota aprakstošā jeb monogrāfiskā metode. Ar šīs metodes palīdzību tiek veikta situācijas detalizēta izpēte. Tiek apkopota informācija un daudzveidīgi literatūras avoti. Diplomdarbā autors izmanto arī salīdzinošo jeb komparatīvo metodi. Tiek salīdzinātas un analizētas atšķirības starp Latvijas un Nīderlandes veselības aprūpes sistēmām. Autors izmanto arī vēsturisko metodi. Ar šīs metodes palīdzību tiek aprakstīta veselības aprūpes sistēma un tās reformu attīstības gaita. Autors darbā izmanto arī statistiskās datu apstrādes metodi. Ar šīs metodes palīdzību tiek apstrādāts, analizēts, vērtēts un interpretēts skaitlisko datu kopums.

Diplomdarbā aprakstīta uz doto brīdi esošā veselības aprūpes situācija Latvijā un Nīderlandē. Lai varētu veikt salīdzinājumu abās valstīs tiek izmantots vienāds periods veselības aprūpes sistēmas raksturošanai. Pagātnes informācija tiek izmantota, lai izprastu pašreizējās problēmas veselības aprūpes sistēmā kā arī detalizētāk aprakstīt veselības aprūpes reformu cēloņus. Diplomdarba otrajā sadaļā tiek modelēta iespēja, ja Latvijā tiktu ieviests Nīderlandē pastāvošais veselības aprūpes modelis.

Diplomdarbā tiek aplūkots Latvijas veselības aprūpes sistēmas salīdzinājums ar Nīderlandes veselības aprūpes sistēmu. Netiek veikts salīdzinājums starp Latvijas un kādām citām ārvalstīs pastāvošām veselības aprūpes sistēmām. Latvijā šobrīd pastāv ļoti zems sabiedrības atbalsts pastāvošajai veselības aprūpes sistēmai, tāpēc viennozīmīgi ir nepieciešams veikt pārmaiņas.

Diplomdarbā tiek apskatīta iespēja Latvijā ieviest Nīderlandē pastāvošo veselības aprūpes modeli un tādejādi veikt uzlabojumus kopējā veselības aprūpes sektorā. Kā literatūras avoti diplomdarbam tiek izmantoti sekojoši materiāli: LR likumdošanas akti, statistikas dati, publikācijas un zinātnisko rakstu krājumi kā arī internetā pieejamie materiāli. Visa izmantotā literatūra ir profesionāla un dod zinātnisku pamatojumu diplomdarbā aprakstītajiem tematiem.

Visa informācija par Latvijas veselības aprūpes sistēmas raksturojumu ir balstīta uz Konceptijas projektu par veselības aprūpes sistēmas finansēšanas modeli – Konceptijas informatīvo daļu, tāpēc atsaucēs diplomdarba pirajā nodaļā netiek izmantotas.

Vēlam veiksmi diplomdarba lasīšanā un veselības aprūpes sistēmas iepazīšanā!

Ar cieņu,

Autors

LATVIJAS VESELĪBAS APRŪPES SISTĒMAS RAKSTUROJUMS

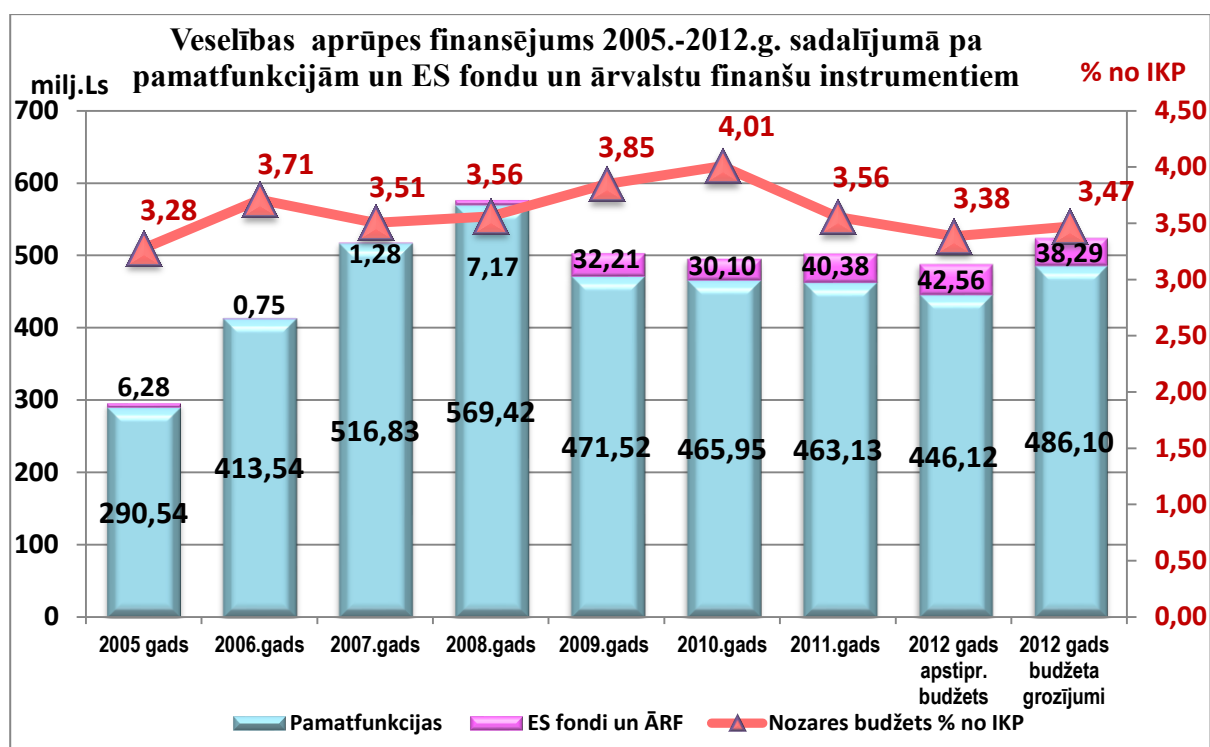
Veselības aprūpes problēmas

Latvijā šobrīd pastāvošajai veselības aprūpes sistēmai ir vairākas problēmu zonas. Zemāk dots detalizētāks izklāsts galvenajām pastāvošajām problēmām veselības aprūpes sistēmā.

1. Šobrīd veselības aprūpes budžets nav sasaistīts ar nodokļu ieņēmumiem un ieņēmumi nav personificēti. Līdz ar to pastāv situācija, ka Latvijas iedzīvotāji saņem veselības aprūpes pakalpojumus bez tiešu, uz veselības aprūpi vērstu nodokļu maksāšanas Latvijā, kā arī 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 finansējums tiek piešķirts, nesasaistot to ar faktiski nepieciešamo 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.

Veselības aprūpes organizēšana un finansēšanas kārtība

Zemāk minētā diagramma dod priekšstatu par Veselības aprūpes finansējumu laika periodā no 2005.-2012. gadam sadalījumā pa pamatfunkcijām un ES fondu un ārvalstu finanšu instrumentiem.



1.1.att. Veselības aprūpes finansējums 2005.-2012.g. sadalījumā pa pamatfunkcijām un ES fondu un ārvalstu finanšu instrumentiem

Izdevumi veselības aprūpei (ambulatorā, stacionārā un specializētā veselības aprūpe) 2012. gadā sastāda 87 % no kopējiem valsts budžeta izdevumiem veselības nozares jomā.

Atlikušie 13 % ir citi izdevumi, kuri tiek izlietoti šādās jomās:

- 7% - ES fondiem un ārvalstu finanšu palīdzībai;
- 3% - medicīnas izglītības nodrošināšanai;
- 1% - nozares administrēšanas nodrošināšanai;
- 1% - nozares uzraudzības nodrošināšanai;
- 1% - starptautisko saistību nodrošināšanai un izdevumiem kultūrai.

Veselības nozarē 2009. gadā tika īstenotas straujas pārmaiņas, kā rezultātā ir ievērojami samazināts veselības nozarē strādājošo un iestāžu skaits, un tādejādi bija iespējams nodrošināt veselības aprūpes pakalpojumus minimāli nepieciešamā apjomā. Slimnīcu skaits ir samazināts, sasniedzot vienu no zemākajiem slimnīcu skaita rādītājiem uz 100 000 iedzīvotāju Eiropas Savienībā, salīdzinājumā ar 2006., 2007. gadu, kad Latvijā bija viens no augstākajiem slimnīcu skaita rādītājiem – 2006.gadā 106 slimnīcas, turpretī 2010.gadā vien 39 slimnīcas.

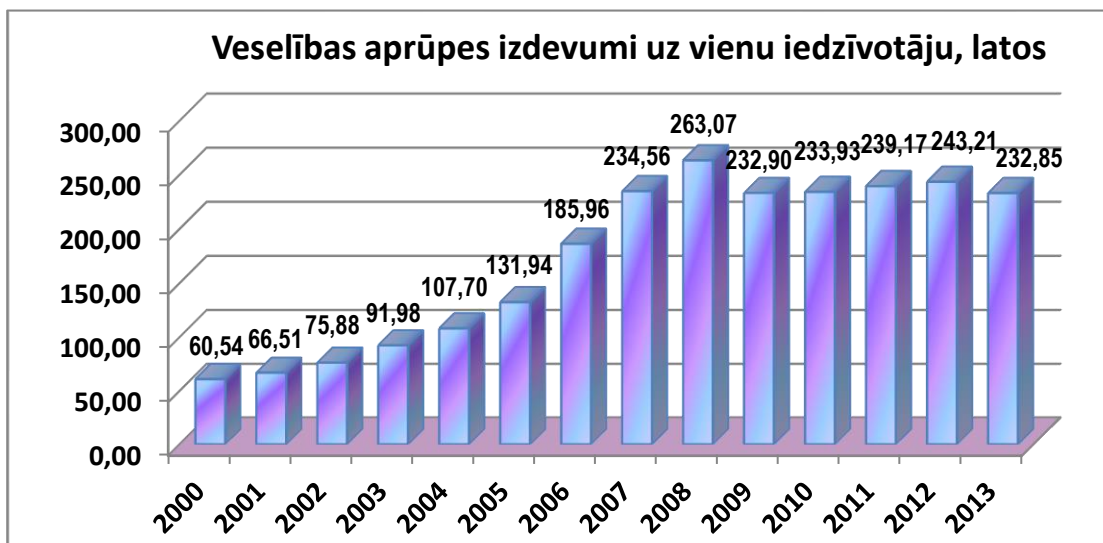
Kā norādīts pētījumā „Eiropas Savienības statistikas pētījums par ienākumiem un dzīves apstākļiem” („The European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) survey”), krīzes apstākļos ir palielinājies to cilvēku īpatsvars, kuri norādījuši, ka nepieciešamības gadījumā neveica veselības pārbaudi ārstniecības pakalpojumu nepietiekamas pieejamības dēļ – no 10,1% 2008. gadā līdz 16,2% 2011. gadā.

Saskaņā ar pētījumu par pakalpojumu nepietiekamu pieejamību liecina trīs iemesli:

- 1) pārāk dārgi;
- 2) pārāk tālu jābrauc;
- 3) pārāk ilgi jāgaida uz pieņemšanu.

Jāatzīmē, ka īpaši palielinājies rādītājs „pārāk dārgi”, jo, ja 2008. gadā 6,8% no aptaujātajiem respondentiem atzina, ka pakalpojums ir nepieejams tā dārdzības dēļ, tad 2011. gadā uz šo iemeslu norādīja jau 14,7% respondentu. Tai pat laikā rādītājs „pārāk tālu jābrauc” ir palicis nemainīgs – 0,7% no respondentiem atzina, ka pakalpojums nepieejams, jo pārāk tālu jābrauc, gan 2008. gadā, gan 2011. gadā, bet rādītājs „pārāk ilgi jāgaida uz pieņemšanu” ir samazinājies no 2,5% 2008. gadā līdz 0,8% 2011. gadā. Šādas izmaiņas var skaidrot gan ar valsts budžeta līdzekļu samazinājumu, gan ar kopējās ekonomiskās situācijas pasliktināšanos.

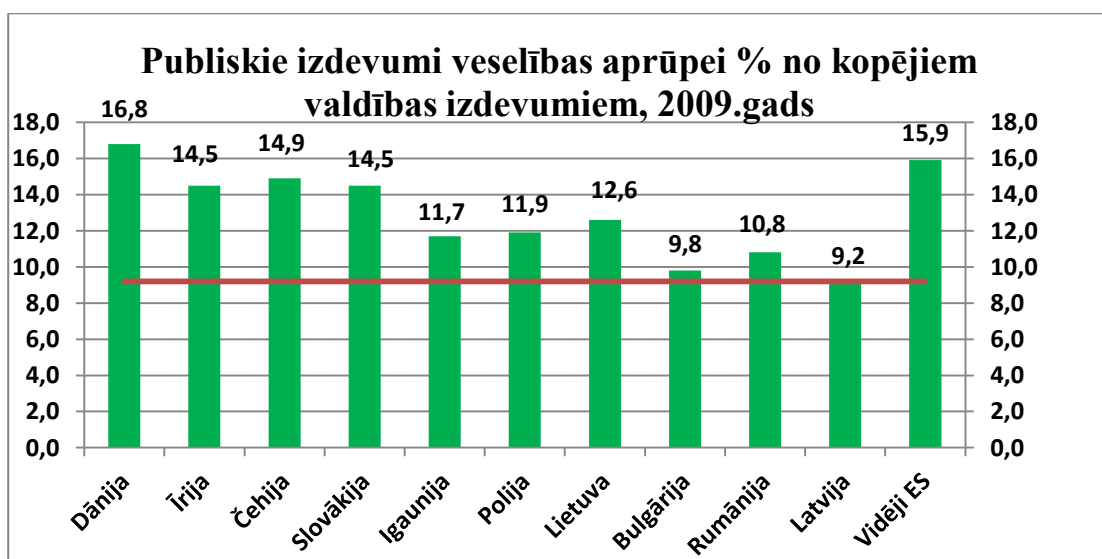
Zemāk minētā tabula apkopo datus par veselības aprūpes izdevumiem uz vienu iedzīvotāju.



1.2.att. Veselības aprūpes izdevumi uz vienu iedzīvotāju 2000.-2013. g. (latos)

No 2000.-2008. gadam ik gadu ir pieauguši veselības aprūpes izdevumi uz vienu iedzīvotāju. Savukārt no 2009.-2012. gadam tie ir samazinājušies, bet ar tendenci pieaugt, jo samazinās iedzīvotāju skaits. Veselības aprūpes izdevumu apjomu uz vienu iedzīvotāju ietekmē arī sabiedrības novecošanās, t.i., pieaugošais veco ļaužu īpatsvars valstī, jo tieši gados vecie iedzīvotāji veselības aprūpes pakalpojumus izmanto visaktīvāk.

Latvijā ir viens no zemākajiem rādītājiem publisko izdevumu apjomam veselības aprūpei no kopējiem valdības izdevumiem. Zemāk minētā tabula dod priekšstatu par procentuāli pieejamo publisko izdevumu apjomu veselības aprūpei. Šis salīdzinājums veikts starp dažādām ES valstīm .

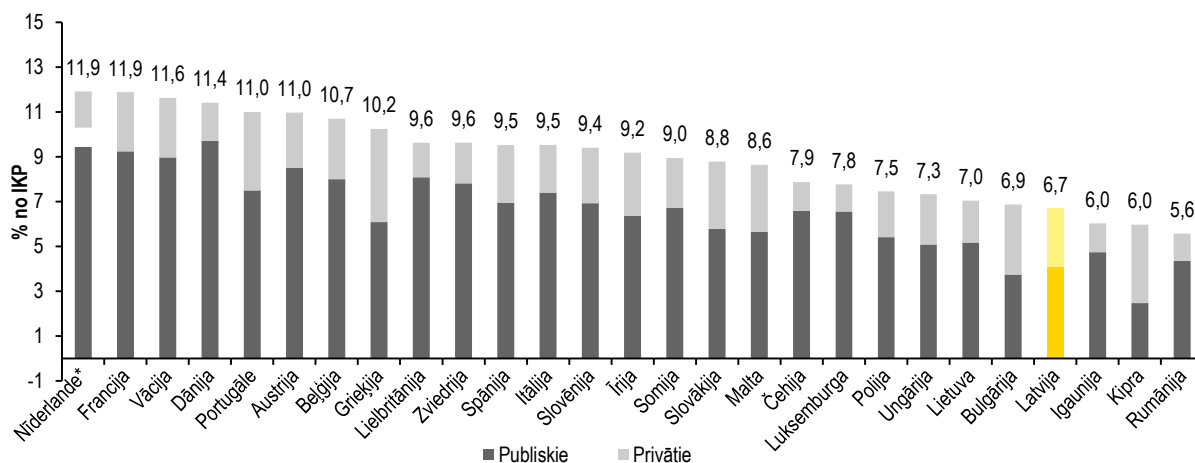


1.3. att. Publiskie izdevumi veselības aprūpei % no kopējiem valdības izdevumiem, 2009.gads

Lielāko daļu no kopējiem izdevumiem veselības aprūpes nozarei veido publiskie jeb valsts izdevumi (4,0% no IKP), kamēr privātie izdevumi – (2,7% no IKP) (2010. gadā), tomēr, salīdzinot valsts un privāto izdevumu attiecību (60% pret 40%) Latvijā un citās ES valstīs, ir redzams, ka Latvijā ir salīdzinoši liels privāto izdevumu apjoms. Pastāv cieša saistība – jo zemāks valsts jeb publiskais finansējums pret kopējiem izdevumiem no IKP, jo lielāki ir pacientu tieši maksājumi.

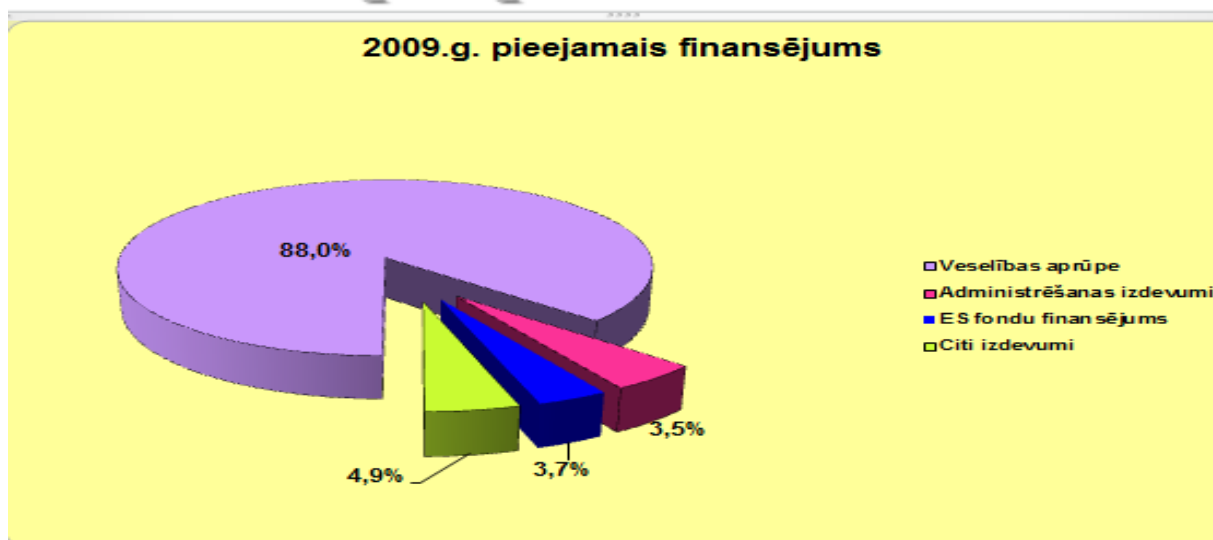
Zemāk minētie attēli raksturo kopējo izdevumu apjomu veselības aprūpes nozarēm salīdzinājumā starp dažādām ES valstīm, laika periodā par 2010. gadu. Kā arī zemāk minētais attēls dod priekšstatu par izdevumu struktūru veselības aprūpes budžetā, laika periodā par 2009. gadu.

Kopējie izdevumi veselības aprūpei ES valstīs, 2010. gads (% no IKP)



1.4.att. Kopējie izdevumi veselības aprūpei ES valstīs, 2010. gads (% no IKP)

Izdevumu struktūra veselības aprūpes budžetā



1.5.att. Izdevumu struktūra veselības aprūpes budžetā 2009. gada pieejamais finansējums

[8,5]

Veselības aprūpes pakalpojumus sniedz gan valsts, gan pašvaldības, gan privātās ārstniecības iestādes. Saņemot valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus ir iespējams tikai ārstniecības iestādēs, kuras noslēgušas līgumus ar Nacionālo veselības dienestu.

Latvijā valsts garantēto medicīnisko palīdzību var saņemt Latvijas pilsoņi un nepilsoņi, kā arī Eiropas Savienības dalībvalstu, Eiropas Ekonomikas zonas valstu un Šveices Konfederācijas pilsoņi, kuri uzturas Latvijā sakarā ar nodarbinātību vai kā pašnodarbinātas personas, kā arī viņu ģimenes locekļi un arī ārzemnieki, kuriem ir pastāvīgās uzturēšanās atļauja Latvijā.

Veselības aprūpes nozares valsts budžeta līdzekļu izlietojums ir Veselības Ministrijas (VM) pārraudzībā. Laika posmā no 1997. gada līdz 2004. gadam bija divi galvenie veselības aprūpes budžeta ieņēmumu avoti: 28,4 % no iedzīvotāju ienākumu nodokļa un dotācijas no vispārējiem ieņēmumiem (arī finansēti centrālajā līmenī no nodokļu ieņēmumiem).

Šo finansējumu iekasēja valdība un nodeva veselības apdrošināšanas organizācijai (Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra), kura savukārt piešķir šo finansējumu astoņām teritoriālajām „slimokasēm”, kuras attiecīgi iepirka pakalpojumus saviem iedzīvotājiem.

Sākot ar 2004. gada janvāri, tika atcelta veselības aprūpei iezīmētā algas nodokļa daļa.

Kopš 2005. gada janvāra Latvijas veselības aprūpes galvenais ieņēmumu avots ir vispārējie, neiezīmētie nodokļi. Tomēr Latvijas finansēšanas sistēma atšķiras no vairuma uz nodokļiem bāzēto sistēmu ar to, ka šie valdības līdzekļi joprojām tiek nodoti Veselības ministrijas padotības iestādei Nacionālais veselības dienests (NVD), kas darbojas kā pakalpojumu iepircējs visiem iedzīvotājiem. Šāda pakalpojuma pircēja atdalīšana no pakalpojuma sniedzēja ir tipiska obligātās sociālās veselības apdrošināšanas pazīme.

Veselības aprūpes nozare tiek organizēta šādos 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:

- 2.1. veselības veicināšanas pasākumi;
- 2.2. agrīna slimību diagnostika;
- 2.3. veselības stāvokļa uzraudzība, izmantojot vienkāršas un izmaksu ziņā efektīvas medicīnas tehnoloģijas;

Latvijā primāro veselības aprūpi sniedz ģimenes ārsts. Ģimenes ārsts kopā ar sertificētu māsu vai sertificētu ārsta palīgu nodrošina pacienta veselības aprūpi ģimenes ārsta prakses vietā un pacienta dzīvesvietā. Katram iedzīvotājam ir tiesības izvēlēties ģimenes ārstu, izvēli apstiprinot ar reģistrāciju pie izvēlēta ārsta. Reģistrācija ir bezmaksas. Vizīte pie ģimenes ārsta parasti ir jāpiesaka, un pacients tiek pieņemts ne vēlāk kā 5 darba dienu laikā no pierakstīšanās dienas.

3.līmenis – sekundārā veselības aprūpe:

- 3.1. specializēta ambulatorā un stacionārā (nepieciešama pacienta ievietošana slimnīcā) veselības aprūpe;
- 3.2. vērsta uz maksimāli ātru un kvalitatīvu pacienta veselības stāvokļa uzlabošanu līdz pakāpei, kad iespējama tālāka ārstēšana, veicot primārās veselības aprūpes pasākumus;

Lai saņemtu konsultācijas pie speciālistiem, veiktu diagnostiskos izmeklējumus vai saņemtu citus ambulatorus veselības aprūpes pakalpojumus, iedzīvotāji var vērsties ambulatorās ārstniecības iestādēs. Savukārt, lai saņemtu veselības aprūpes pakalpojumus slimnīcā (stacionārā), iedzīvotāji var vērsties ārstniecības iestādēs, kurās tiek nodrošināta valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšana. Saņemot valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus, pacients veic pacienta iemaksas vai līdzmaksājumu, dažas no tām ir:

- ģimenes ārsta apmeklējums EUR 1,42,
- speciālista apmeklējums EUR 4,27,
- ģimenes ārsta mājas vizīte EUR 2,85,
- ārstēšanās dienas stacionārā EUR 7,11 par vienu dienu,
- ārstēšanās slimnīcā EUR 13,52 par diennakti, sākot no otrās dienas.

Lai saņemtu valsts apmaksātu ārsta speciālista konsultāciju vai diagnostisko izmeklējumu vai ārstēšanos slimnīcā, maksājot tikai pacienta iemaksu, nepieciešams ģimenes ārsta vai cita ārsta speciālista nosūtījums. Apmeklējot ārstu speciālistu vairākas reizes vienas saslimšanas laikā, atkārtots ģimenes ārsta nosūtījums nav nepieciešams. Pie atsevišķiem speciālistiem, piemēram, ginekologa, oftalmologa, bērnu ķirurga un citiem speciālistiem var vērsties arī bez ģimenes ārsta nosūtījuma.

No pacientu iemaksām atbrīvoti bērni, grūtnieces, psihiski slimās personas, 1.grupas invalīdi, trūcīgas personas statusu saņēmušie un vairākas citas iedzīvotāju grupas. Savukārt iedzīvotājiem ar zemiem ienākumiem var tikt piemērotas atlaides pacienta iemaksām, ārstēšanās izdevumiem un medikamentu iegādei.

Ja viena kalendārā gada laikā veiktās pacientu iemaksas sasniegušas EUR 569.15 pacients var tikt atbrīvots no turpmāko pacienta iemaksu veikšanas šajā gadā, vērsties ar attiecīgu iesniegumu un maksājumus apliecinājošiem dokumentiem Nacionālajā veselības dienestā.

4.līmenis – terciārā veselības aprūpe:

1. specializēta ambulatorā un stacionārā veselības aprūpe;
2. saistīta ar tehniski daudzveidīgu un sarežģītu medicīnisko tehnoloģiju izmantošanu.

Zobārstniecība

Latvijā zobārstniecības pakalpojumus, ieskaitot zobu higiēnista apmeklējumu, no valsts apmaksā tikai bērniem līdz 18 gadu vecumam, pie nosacījuma, ka tie ir saņemti pie zobārstniecības speciālista un ārstniecības iestādēs, kuras ir līgumattiecībās ar Nacionālo veselības dienestu.

Zāļu iegāde

Bezrecepšu un recepšu zāles var iegādāties aptiekās. Recepšu zāļu iegādei nepieciešama ģimenes ārsta vai ārsta speciālista izrakstīta recepte. Receptes izrakstīšana ir bez maksas, taču personai jāmaksā pacienta iemaksa par vizīti pie attiecīgā speciālista. Valstī pastāv arī kompensējamo zāļu saraksts.[1,1]

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

1. valsts budžeta dotācija no vispārējiem ieņēmumiem (*līdzekļi izdevumu segšanai par valsts apmaksātajiem veselības aprūpes pakalpojumiem*);
2. pacientu maksājumi (*līdzekļi izdevumu segšanai, kas netiek iekļauti veselības aprūpes budžetā*):
 - 2.1. pacientu līdzmaksājumi un pacientu iemaksas par visiem normatīvajos aktos paredzētajiem pakalpojumiem;
 - 2.2. pacientu tiešie maksājumi par pakalpojumiem, kurus nefinansē no valsts budžeta līdzekļiem, kā arī, ja pacients nevēlas saņemt veselības aprūpes pakalpojumus atbilstoši valsts noteiktajai veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas un finansēšanas kārtībai, pacients var saņemt veselības aprūpes pakalpojumus, sedzot to izmaksas no saviem finanšu līdzekļiem. Šajā gadījumā pacients saņem veselības aprūpes pakalpojumus, sedzot to izmaksas pilnā apjomā.
3. privātā jeb brīvprātīgā apdrošināšana, kura tiek piedāvāta darba devējiem vai indivīdiem lietotāja maksas segšanai par valsts nefinansētiem pakalpojumiem (papildu apdrošināšana) vai par papildu labumiem, piemēram, ātrāku piekļuvi pakalpojumiem.

Veselības aprūpes pakalpojumu saņemšana un apmaksa

Veselības aprūpe ir būtiska sabiedrības veselības sastāvdaļa. Tā ietver gan ārstniecisko, gan farmaceitisko aprūpi un ir vērsta uz veselības nodrošināšanu, uzturēšanu un atjaunošanu, tādējādi svarīgi ir radīt nosacījumus, lai visi iedzīvotāji saņemtu izmaksu efektīvus, pieejamus un kvalitatīvus veselības aprūpes pakalpojumus.

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 persona vēršas pie veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja (ārstniecības iestādes (stacionārās, ambulatorās), ģimenes ārsta, neievērojot valstī noteikto veselības aprūpes saņemšanas kārtību, vai vēršas pie veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja, 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 vairumam veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju ir pietiekama. Veselības aprūpes pakalpojumi ir pieejami valstij un pašvaldībai piederošajās un privātajās ambulatorās un stacionārās ārstniecības iestādēs.

Atbilstoši MK noteikumiem Nr.1046 un MK noteikumi Nr.899, NVD veic samaksu par veselības aprūpes pakalpojumiem, kā arī zālēm, medicīniskajām ierīcēm un precēm, kas paredzētas ambulatorajai ārstniecībai, saskaņā ar noslēgtajiem līgumiem, bet persona, saņemot valsts nodrošinātos veselības aprūpes pakalpojumus, veic pacienta iemaksu. 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.

Zāļu iegādes kompensācijas sistēma ir nozīmīga veselības aprūpes sastāvdaļa, kas paredz zāļu kompensāciju no valsts budžeta līdzekļiem pacientiem, kuri slimo ar smagām un hroniskām slimībām un kuriem zāļu lietošana ir nepieciešama dzīvības funkciju nodrošināšanai un uzturēšanai. Zāļu kompensācijas apjoms (100%, 75% vai 50%) ir atkarīgs no slimības rakstura un smaguma pakāpes.

MK noteikumos Nr.899 tiek izdalīti divi kompensēšanas mehānismi:

- vispārējais – zāļu kompensācija atbilstoši kompensējamo zāļu A, B un C sarakstam;
- individuālais.

Šobrīd valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus var saņemt ikviens Latvijas iedzīvotājs, neatkarīgi no nodokļu maksāšanas vai nemaksāšanas fakta. Par nodarbinātajām personām Latvijas Republikā šobrīd tiek maksāti divu veidu nodokļi:

- IIN – 24% apmērā no 2013. gada 1. janvāra;
- VSAOI atkarībā no apdrošinātās personas statusa 20% līdz 35.09% apmērā.

Kamēr iedzīvotāju VSAOI tiek izmantotas dažādiem sociālās sfēras pakalpojumiem (pensijas, pabalsti utt.), veselības aprūpe valstī tiek apmaksāta no valsts pamatbudžeta līdzekļiem, un IIN ir viens no valsts pamatbudžetu veidojošajiem nodokļiem. Saskaņā ar likumu „Par iedzīvotāju ienākuma nodokli”, IIN maksā fiziskas personas, kuras taksācijas gadā gūst ienākumus Latvijas Republikā un/vai ārvalstīs. Ar IIN apliekamais objekts ir iekšzemes nodokļu maksātāja taksācijas gada (mēneša) ienākums.

Pēc VID un Centrālās statistikas pārvaldes datiem IIN 2011. gadā ir maksājuši 66.8% no darbaspējas vecumā esošajiem Latvijas iedzīvotājiem.

Līdz ar to var secināt, ka ir daļa iedzīvotāju, kas šobrīd gan attaisnojošu, gan neattaisnojošu iemeslu dēļ nemaksā IIN un kuru veselības aprūpe tiek finansēti no kopējā valsts budžeta. Šāda situācija var tikt neviennozīmīgi vērtēta no sociālā taisnīguma viedokļa un neveicināt nodokļu maksāšanu, nodokļu maksātājus nostādot neizdevīgākā situācijā, jo viņi ir spiesti apmaksāt arī citu saņemtos pakalpojumus.

Pašreizējās veselības aprūpes finansēšanas sistēmas priekšrocības un trūkumi

Zemāk minētajā tabulā apkopotas pašreizējās veselības aprūpes sistēmas priekšrocības un trūkumi.

1.1 tabula

Pašreizējās veselības aprūpes finansēšanas sistēmas priekšrocības un trūkumi

Priekšrocības	Trūkumi
<ul style="list-style-type: none">• Pašreizējā veselības aprūpes finansēšanas sistēmā 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;• 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 Latvijā ir salīdzinoši augsts privāto maksājumu īpatsvars;• Ārstniecības likums pieļauj situāciju, ka ārvalstīs strādājošie un ārvalstīs nodokļus maksājošie Latvijas iedzīvotāji saņem Latvijā veselības aprūpes pakalpojumus bez nodokļu maksāšanas Latvijā..

Veselības aprūpes sistēmas finansēšanas iespējas

Eiropas Savienībā pamatā veselības aprūpē izšķir divus finansēšanas pamatveidus:

- 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 finansēšanas modelī, kā galvenie un svarīgākie mērķi ir:

1. Finanšu līdzekļu un pakalpojumu apjoma palielināšana un pieejamības uzlabošana, pakāpeniski sasniedzot veselības aprūpes valsts budžetu 4,5% apmērā no IKP, vēlākais līdz 2020. gadam.
2. Tiesību saņemt veselības aprūpes pakalpojumus sasaistīšana ar paziņošanas par nodokļu aprēķināšanu vai ar valsts veselības apdrošināšanas obligāto iemaksu nomaksas faktu.
3. Ilgtspējīgas veselības aprūpes finanšu sistēmas izveide, tās paredzamība un stabilitāte.

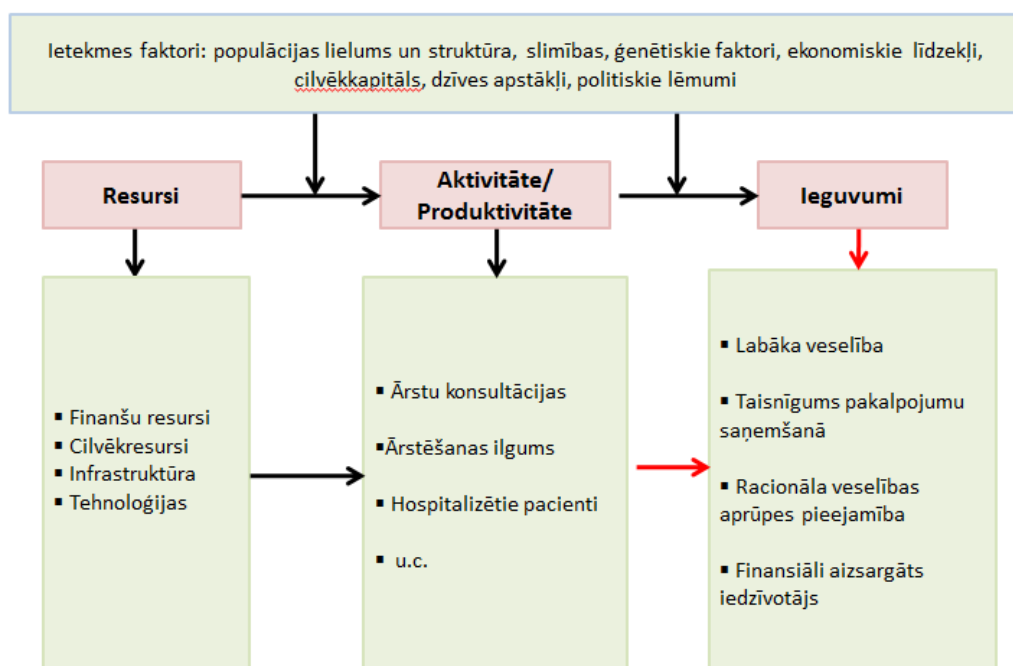
Veselības aprūpes finansēšana ir tieši saistīta ar veselības sistēmas pamatuzdevumiem, par kuriem vienojušās valstis Pasaules Veselības organizācijas ietvaros:

1. Uzlabot iedzīvotāju veselību.
2. Samazināt ar veselību saistītu nevienlīdzību.
3. Atbilst tam, ko iedzīvotāji sagaida no sistēmas.
4. Nodrošināt taisnīgumu finansēšanā

Valsts	Publiskais finansējums % no kopējiem izdevumiem	Pacientu tiešie maksājumi % no kopējiem izdevumiem
Beļģija	72.5	22.2
Bulgārija	57.6	36.5
Čehija	82.5	15.7
Dānija	84.7	13.6
Vācija	76.8	13.0
Igaunija	77.8	19.7
Īrija	76.9	14.4
Grieķija	60.9	37.0
Spānija	72.5	20.7
Francija	77.6	7.4
Itālija	77.2	19.5
Kipra	42.1	50.2
Latvija	59.6	30.0
Lietuva	72.6	26.8
Luksemburga	84.1	12.4
Ungārija	71.0	23.9
Malta	77.4	20.1
Nīderlande	82.1	5.7
Austrija	76.9	15.1
Polija	72.2	22.4
Portugāle	70.2	23.1
Rumānija	82.0	17.6
Slovēnija	72.3	12.8
Slovākija	69.0	25.7
Somija	74.2	19.4
Zviedrija	81.9	15.6
Lielbritānija	82.6	11.1
ES vidēji	77.3	14.4

Datu avots: WHO health data, OECD 2010

1.6.att. Procentuāli izteikta attiecība starp publisko finansējumu un pacientu tiešajiem maksājumiem no kopējiem veselības aprūpes izdevumiem 2010. gads [4, 20]



1.7.att. Ietekmes faktori uz veselības aprūpes sistēmu [4, 24]

Secinājumi par Latvijas Republikas veselības aprūpes sistēmu

1. Latvijas Republikas Veselības aprūpes sistēmā pastāv vairākas problēmu zonas. Tās saistīta ar nesakārtotu budžeta finansēšanas sistēmu veselības aprūpes pakalpojumiem.
2. Par veselības aprūpes pakalpojumu nepietiekamu pieejamību liecina sekojoši iemesli: pārāk dārgi, pārāk tālu jābrauc, pārāk ilgi jāgaida uz pieņemšanu.
3. Veselības aprūpes izdevumi tiek iedalīti publiskos un privātos izdevumos. Pastāv cieša saistība, jo zemāks publiskais finansējums, jo lielāki pacientu tiešie maksājumi.
4. Latvijas veselības aprūpes galvenais ieņēmumu avots ir vispārējie neiezīmētie nodokļi, tomēr šie līdzekļi tiek nodoti Nacionālajam veselības dienestam, kas darbojas kā pakalpojuma iepircējs visiem iedzīvotājiem. Tā ir tipiska obligātās sociālās veselības apdrošināšanas pazīme.
5. Veselības aprūpes nozare tiek organizēta četros līmeņos: neatliekamā palīdzība, primārā veselības aprūpe, sekundārā veselības aprūpe, terciālā veselības aprūpe.
6. Veselības aprūpes apmaksai izšķirami trīs veselības aprūpes finansēšanas avoti: valsts budžeta dotācija, pacientu maksājumi, privātā jeb brīvprātīgā apdrošināšana.
7. Latvijas veselības aprūpes sistēma tiek balstīta uz solidaritātes principa – veselības aprūpe tiek nodrošināta neskatoties uz pacienta veiktajām iemaksām.
8. Latvijā pastāv augsta iedzīvotāju neapmierinātība ar pastāvošo veselības aprūpes sistēmu, tāpēc nepieciešams veikt reformas.

IESPĒJAMĀS REFORMAS LATVIJAS REPUBLIKAS VESELĪBAS APRŪPES SISTĒMĀ

Reformu nepieciešamība

Latvijas veselības aprūpes sistēma formāli nav ne labāka, ne sliktāka, kā citās valstīs. Tomēr veselības aprūpes rādītāji ir vieni no vissliktākajiem Eiropā. Augsta zīdaiņu mirstība, pārāk bieži un pārāk vēlu atklāts vēzis (gandrīz 60% vēzis tiek atklāts vēlīnās stadijās), neadekvāts finansējums veselības aprūpē, par kvalitatīvu medikamentu pieejamību/nepieejamību nemaz nerunājot. Uzskaitījumu var turpināt.

Lai gan veselības aprūpe ir katras Eiropas Savienības dalībvalsts iekšpolitisks jautājums, tomēr aizvien vairāk ES izskan doma, ka jāveicina līdzvērtīgas veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība visās dalībvalstīs. Tas nozīmē, ka Latvijā ir ļoti daudz ko darīt, lai pavērstu savu veselības aprūpi ar skatu pret cilvēku.

Problēmas:

- Latvijas sabiedrība - viena no vecākajām Eiropā;
- augsti jaundzimušo mirstības rādītāji;
- zema iedzīvotāju pirkspēja un augsti pacientu līdzmaksājumi;
- pakalpojuma pieejamību;
- korupciju;
- zemās ārstu algas;
- tirgus kropļošanu ar nepārdomātām valsts subsīdijām u.tml. [8,3]

Reformas stratēģiskie mērķi:

- no cīņas ar sekām uz cēloņu novēršanu;
- lētākā un efektīvākā veselības aprūpes sistēma Eiropas Savienībā;
- samazināta jaundzimušo mirstība;
- uzlabota dzīves kvalitāte;
- palielināts iedzīvotāju mūža ilgums [8,2]

Modelis Nr.1

Modelis Nr.1 – plānveida veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas sasaiste ar nodokļa aprēķināšanas faktu.

Koncepcijas pirmais modelis paredz saglabāt esošo no valsts budžeta dotācijas no vispārējiem ieņēmumiem finansētu veselības aprūpes sistēmu, sasaistot tiesības uz veselības aprūpi ar nodokļu aprēķināšanas faktu. Tiks vērtēts tikai nodokļu aprēķināšanas fakts, neskatoties uz nodokļu maksājumu apmēru, jo nav svarīgs nomaksātā nodokļa apmērs, bet gan tikai tā aprēķināšana.

Latvijā pastāv uz rezidences principu balstīta un no valsts budžeta dotācijas no vispārējiem ieņēmumiem finansēta veselības aprūpes sistēma, kurā iedzīvotāju tiesības saņemt valsts nodrošināto veselības aprūpi nav saistītas ar iedzīvotāju veiktajiem maksājumiem vai nodokļiem, bet gan tikai ar faktu, ka persona Latvijā legāli uzturas un tai ir piešķirts personas kods. Plānotās izmaiņas papildinās divus iepriekš minētos nosacījumus un personām darbspējīgā vecumā tiesības uz plānveida veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu būs atkarīgas no tā vai par personas gūtajiem ienākumiem ir aprēķināts konkrēts nodoklis. Sasaistot nodokļu aprēķināšanas faktu ar tiesībām saņemt no valsts apmaksātus plānveida veselības aprūpes pakalpojumus, tiktu veicināta arī iedzīvotāju motivācija maksāt nodokļus.

Pamatpakalpojumu nodrošinājums

Šai modelī visiem iedzīvotājiem, no Latvijas valsts budžeta tiks nodrošināti noteikti pamatpakalpojumi – medicīniskās palīdzības minimums:

Ārvalstniekiem (Eiropas Savienības un Eiropas Ekonomiskās zonas dalībvalstu, kā arī Šveices Konfederācijas pilsoņiem), kuri nepakļaujas rezidences principam un Latvijā nemaksā IIN, ir iespēja izmantot Eiropas veselības apdrošināšanas karti. Uzrādot Eiropas veselības apdrošināšanas karti nepieciešamā un neatliekamā veselības aprūpe tiek sniegta tādā pašā apjomā, kādā tā tiek nodrošināta Latvijas iedzīvotājiem. Ārvalstniekiem sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus apmaksās attiecīgās (mītnes) valsts kompetentā institūcija, ārvalstniekam pašam sedzot pacienta iemaksu.

Latvijas pilsoņi (nepilsoņi), kas strādā un maksā IIN ārpus Latvijas, saņem pakalpojumus tajā valstī, kurā viņi maksā nodokļus. Ja šīs personas vēlas saņemt veselības aprūpes pakalpojumu Latvijā, tām ir iespēja izmantot Eiropas veselības apdrošināšanas karti.

Sezonas darbinieki un darbinieki ar darba līgumu uz noteiktu laiku, izbeidzoties darba attiecībām, veselības aprūpes pakalpojumus saņem nākamajā ceturksnī, pēc kura ir bijis nodokļa aprēķināšanas gadījums.

Pastāv risks, ka atsevišķas iedzīvotāju grupas, piemēram, personas bez dokumentiem, nestrādājošas ilgstoši slimojošas personas darbspējas vecumā, personas ar alkohola atkarībām, narkotiku atkarībām u.c., neatbildīs nevienai no atbrīvotajām kategorijām un nesaņems plānveida palīdzību, līdz ar to pastāv iespēja, ka šīs personas vērsīsies pašvaldības sociālajā dienestā pēc palīdzības, kas radīs slogu pašvaldību budžetiem.

Finansējums

Šī modeļa realizācijai un veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības palielināšanai ir nepieciešams papildu finansējums, pakāpeniski sasniedzot veselības aprūpes valsts budžetu 4,5% apmērā no IKP vēlākais līdz 2020. gadam.

Īstenošanas tehniskās iespējas

Lai realizētu šo modeli, nepieciešams izveidot informācijas sistēmu, kuras uzturētājs nodrošinātu datu par katru iedzīvotāju pieejamību pakalpojumu sniedzējiem (ārstniecības iestādēm). Šobrīd NVD rīcībā, tā nolikumā minēto funkciju veikšanai, ir Vadības informācijas sistēma, kurā ir realizēts veselības aprūpes saņēmēju reģistrs. Taču šī reģistra funkcionalitāte ir ierobežota un neparedz datu apmaiņu ar koncepcijas ietvaros iesaistīto iestāžu datu bāzēm, IT sistēmām un reģistriem. Sistēmas darbības nodrošināšanai nepieciešama virkne datu, kas tiktu apkopoti NVD uzturētajā reģistrā.

Gadījumā, ja kādu apstākļu ietekmē nedarbosies veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju reģistrs un ārstniecības personas nevarēs saņemt datus par pacientiem, tad tās jebkurā gadījumā pacientiem sniegs veselības aprūpes pakalpojumus. Katrs gadījums pēc tam tiks izskatīts un vērtēts atsevišķi, nepieciešamības gadījumā no personas pēc tam pieprasot atmaksāt izdevumus par viņam sniegtajiem pakalpojumiem.

Modelis Nr 1 – A variants

A variants: Veselības aprūpes pakalpojumu saņemšana pamatojoties uz to, ka par personas gūtajiem ienākumiem ir aprēķināts IIN

1. modeļa A variantā plānveida veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas iespēja tiek sasaistīta ar faktu, vai par personas gūtajiem ienākumiem ir aprēķināts IIN. Personām, par kurām par iepriekšējo ceturksni VID būs iesniegta informācija par aprēķināto IIN, būs tiesības saņemt valsts apmaksātus plānveida veselības aprūpes pakalpojumus.

Personām, par kurām par iepriekšējo atskaites periodu (ceturksni) VID nebūs iesniegta informācija par aprēķināto IIN un kuras neiekļausies kādā no grupām, par kurām maksājumus veic valsts, būs tiesības saņemt plānveida veselības aprūpes pakalpojumus:

- maksājot pilnu veselības aprūpes pakalpojumu cenu
- maksājot brīvprātīgu pievienošanās maksājumu ceturksnī (veselības nodevu).

1. modeļa A varianta priekšrocības un trūkumi

Zemāk minētā tabula apraksta 1.modeļa A varianta priekšrocības un trūkumus.

1.2. tabula

1.modeļa A varianta priekšrocības un trūkumi

Priekšrocības	Trūkumi
1.Tiek nodrošināts taisnīgums un valsts apmaksātus plānveida veselības pakalpojumus saņems tikai personalizēta nodokļa maksātāji.	1.Samazinās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība tiem valsts iedzīvotājiem, kuri dažādu iemeslu dēļ nemaksā vai izvairās no IIN maksāšanas.
2.Tiks precizēts veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju loks. Piemēram, primārajā veselības aprūpē, novēršot situāciju, ka pie ģimenes ārstiem ir reģistrēti vairāk pacienti, nekā Latvijā dzīvo iedzīvotāji.	2.Papildus administratīvais slogs VID un tiem saimnieciskās darbības veicējiem, kuri šobrīd katru ceturksni nesniedz paziņojumu par pārskata periodā aprēķināto IIN.
3.Nav jāveic radikālas reformas esošās veselības aprūpes sistēmas pārveidošanā, kas prasītu ievērojamus papildus finanšu līdzekļus.	3.Papildus izdevumi NVD uzturētās datu bāzes saslēgšanā (un turpmākā uzturēšanā) ar VID, Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūras u.c. sistēmām, no kurām plānots iegūt datus par aprēķināto IIN, kā arī par iedzīvotāju grupām, par kurām maksājumus veic valsts.
4.Salīdzinoši nelieli izdevumi modeļa ieviešanai un turpmākai administrēšanai	4.Apgrūtināta informācijas iegūšana par tām nodokļu maksātāju kategorijām, kas gūst saimnieciskās darbības ienākumus un var neregistrēties VID kā saimnieciskās darbības veicēji.

<p>5. Tiesības saņemt veselības aprūpi tiek sasaistītas ar to nodokli (IIN), kura ieņēmumi ar valsts budžeta dotāciju tiek novirzīti arī veselības aprūpei.</p>	<p>5. Pastāv iespēja, ka pieaugot valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu apjomam, vienlaicīgi samazināsies to veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju, kas nevēlas un neslēdz publisko tiesību līgumu ar NVD, bet šos pakalpojumus sniedz balstoties uz pakalpojuma tirgus cenu, sniedzamo pakalpojumu apjoms.</p>
	<p>6. Nodokļu administrēšanā nodokļu maksātājam ir paredzēta iespēja trīs gadu laikā veikt IIN deklarāciju labojumus. Sasaiste ar nodokļu nomaksu varētu rosināt nodokļu maksātāju veikt fiktīvus labojumus deklarācijās, lai kvalificētos pakalpojuma saņemšanai. No otras puses pastāvētu iespēja, ka lēmums par pakalpojuma sniegšanu būtu balstīts uz informāciju no deklarācijām, kuras vairs nevar grozīt - 4 gadus atpakaļ, skaitot no šodienas, kas savukārt operatīvi neatspoguļotu nodokļu maksātāja statusu.</p>

Modelis Nr – 1 – B variants

B variants. Veselības aprūpes pakalpojumu saņemšana pamatojoties uz to, ka par personas gūtajiem ienākumiem ir aprēķināts VSAOI.

1.modeļa B variantā plānveida veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas iespēja tiek sasaistīta ar faktu, vai par personas gūtajiem ieņēmumiem ir aprēķināts VSAOI. Personām, par kurām par iepriekšējo ceturksni VID būs iesniegta informācija par aprēķināto VSAOI, būs tiesības saņemt valsts apmaksātus plānveida veselības aprūpes pakalpojumus. Reizi ceturksnī VID nodos NVD informāciju par šādām VSAOI maksātāju kategorijām:

- Darba ņēmēji;
- Pašnodarbinātie;
- Mikrouzņēmumu īpašnieki un darbinieki;
- Patentmaksas maksātāji.

Ieviešot šo modeli, persona plānveida veselības aprūpes pakalpojumus varēs saņemt nākamajā ceturksnī, kas sekos divus mēnešus pēc iepriekšējā ceturkšņa.

Personām, par kurām par iepriekšējo atskaites periodu (ceturksni) VID nebūs iesniegta informācija par aprēķinātajām VSAOI un kuras neiekļausies kādā no grupām, par kurām maksājumus veic valsts, būs tiesības saņemt plānveida veselības aprūpes pakalpojumus: maksājot pilnu veselības aprūpes pakalpojumu cenu vai maksājot brīvprātīgu pievienošanās maksājumu (veselības nodevu).

1.modeļa B varianta priekšrocības un trūkumi

Zemāk minētā tabula apraksta 1.modeļa B varianta priekšrocības un trūkumus.

1.3 tabula

1.modeļa B varianta priekšrocības un trūkumi

Priekšrocības	Trūkumi
1.Tiek nodrošināts taisnīgums un valsts apmaksātus plānveida veselības pakalpojumus saņems tikai personalizētu nodokļu maksātāji.	1.Samazinās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība tiem valsts iedzīvotājiem, kuri dažādu iemeslu dēļ nemaksā vai izvairās no VSAOI maksāšanas.
2.Tiks precizēts veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju loks. Piemēram, primārajā veselības aprūpē, novēršot situāciju, ka pie ģimenes ārstiem ir reģistrēti vairāk pacienti, nekā Latvijā dzīvo iedzīvotāji.	2.Papildus administratīvais slogs VID un tiem saimnieciskās darbības veicējiem, kuri šobrīd katru ceturksni nesniedz paziņojumu par pārskata periodā aprēķināto VSAOI.
3.Nav jāveic radikālas reformas esošās veselības aprūpes sistēmas pārveidošanā, kas prasītu ievērojamus papildu finanšu līdzekļus.	3.Pašnodarbinātas personas, kuru ienākumi mēnesī nenasniedz 200 latus, nemaksā VSAOI, bet maksā IIN.
4.VSAOI fiziska persona veic no nodarbinātības rezultātā aprēķinātā vai gūtā ienākuma – gan no darba devēja aprēķinātā, gan no pašnodarbinātā gūtā ienākuma.	4.Papildus izdevumi NVD uzturētās datu bāzes saslēgšanā (un turpmākā uzturēšanā) ar VID, Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūras u.c. sistēmām, no kurām plānots iegūt datus par aprēķināto VSAOI, kā arī par iedzīvotāju grupām, par kurām maksājumus veic valsts.

<p>5.Pašnodarbinātie (lielākā daļa saimnieciskās darbības veicēju) jau šobrīd iesniedz VID ceturkšņa ziņojumu par aprēķinātajām VSAOI.</p>	<p>5.Tiesības saņemt veselības aprūpi tiek sasaistītas ar to nodokli (VSAOI), kura ieņēmumi ar valsts budžeta dotāciju netiek novirzīti arī veselības aprūpei, bet tikai sociālo jautājumu risināšanai.</p>
<p>6.VSAOI sistēmā jau ir izstrādāta personificētā uzskaitē attiecībā uz maksātājiem.</p>	<p>6.Pastāv iespēja, ka pieaugot valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu apjomam, vienlaicīgi samazināsies to veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju, kas nevēlas un neslēdz publisko tiesību līgumu ar NVD, bet šos pakalpojumus sniedz balstoties uz pakalpojuma tirgus cenu, sniedzamo pakalpojumu apjoms. Tomēr šīm ārstniecības iestādēm ir iespēja attīstīt un piedāvāt personām jaunus veselības aprūpes pakalpojumu veidus vai pieteikties veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlases procedūrā, lai iegūtu tiesības slēgt līgumus ar NVD par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu.</p>
<p>7.Tiek daļēji atrisināts 1A modeļa 4.trūkums.</p>	

Modelis Nr 2

Modelis Nr.2 – valsts veselības obligātā apdrošināšana ar valsts veselības apdrošināšanas obligāto iemaksu 3.65 procentpunktu apmērā ieviešanu

Šajā modelī paredzēts ieviest valsts veselības obligāto apdrošināšanu – fiziskas personas tiesības saņemt no valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus sasaistot ar:

- valsts veselības apdrošināšanas obligāto iemaksu nomaksu (pašnodarbinātai personai) vai paziņošanu par aprēķināšanu (nodarbinātai personai).
- valsts veselības apdrošināšanas brīvprātīgo iemaksu nomaksu;
- vienreizēja maksājuma (nodevas) nomaksu.

Papildus finansiāliem ieguvumiem tiktu veicināta arī iedzīvotāju motivācija maksāt nodokļus.

Modeļa ietvaros ir plānots ieviest valsts veselības obligāto apdrošināšanu, ieviešot valsts veselības apdrošināšanas obligātās iemaksas 3.65 procentpunktu apmērā, nodalot tās 4 procentpunktu apmērā no spēkā esošās IIN likmes. Tas nozīmētu, ka 2014. gadā IIN likme tiktu samazināta līdz 18 procentpunktiem (šobrīd likumdošanā paredzēto 22 procentpunktu vietā) un 2015.gadā un turpmāk - IIN likme tiktu samazināta līdz 16 procentpunktiem (šobrīd likumdošanā paredzēto 20 procentpunktu vietā).

Valsts veselības apdrošināšanas obligātās iemaksas tiks uzskatītas par nomaksātām tālākminētajos gadījumos:

1) Par nodarbināto personu, kura gūst ienākumus uz darba tiesisko attiecību pamata un kuras ar algotu darbu saistītos nodokļus (algas nodokli un darba ņēmēja valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas) ir jāaprēķina, jāietur no darbinieka algota darba ienākuma un jāiemaksā budžeta kontā nodarbinātās personas darba devējam.

Tā kā pienākumi attiecībā uz valsts veselības apdrošināšanas obligātām iemaksām tāpat kā uz darbaspēka nodokļiem tiks deleģēti nodarbinātās personas darba devējam, atbildību par sekām valsts veselības apdrošināšanas obligāto iemaksu kļūdainas aprēķināšanas un/vai nesamaksāšanas gadījumā, nevar tikt uzlikta pašai nodarbinātajai personai.

2) Pašnodarbināta persona (persona, kas gūst ienākumus ārpus darba tiesiskajām attiecībām) reizi ceturksnī ir deklarējusi un veikusi valsts veselības apdrošināšanas obligāto iemaksu maksājumus atbilstoši deklarētajam.

Valsts veselības apdrošināšanas obligāto iemaksu maksāšanas kārtība

Šis variants paredz Latvijā veidot jaunu veselības aprūpes finansēšanas sistēmu, ieviešot speciālo veselības aprūpes budžetu, kura finansējuma avots ir:

- valsts veselības apdrošināšanas obligātās iemaksas 3.65 procentpunktu apmērā, kuras maksās nodarbinātās personas un pašnodarbinātie un kuras tiks nodalītas no spēkā esošās IIN likmes 4 procentpunktu apmērā;
- transferts no pamatbudžeta par valsts apdrošinātajām iedzīvotāju kategorijām;
- ieņēmumi no vienreizējiem maksājumiem (nodevas) valsts budžetā trīs minimālo mēnešalgu apmērā un valsts veselības apdrošināšanas brīvprātīgajām iemaksām;
- maksas pakalpojumiem un citiem pašu ieņēmumiem.

Valsts veselības apdrošināšanas obligātās iemaksas tiks aprēķinātas:

- **nodarbinātai personai** – no algas nodokļa maksātāja mēneša bruto ienākuma un tas tiks uzskatīts par nodarbinātās personas attaisnotajiem izdevumiem;
- **pašnodarbinātai personai** - būs jānodrošina valsts veselības apdrošināšanas obligāto iemaksu maksājums no brīvi izraudzītiem ienākumiem, bet ne mazāks kā no minimālās darba.

Tās personas, kuras nav ne nodarbinātas personas, ne pašnodarbinātas personas, bet vēlēšies pievienoties sistēmai, pašas veiks valsts veselības apdrošināšanas brīvprātīgās iemaksas. Šīs grupas pievienošanās un tiesību zaudēšana uz pakalpojumiem ir tāda pati kā pārējām IIN maksātāju kategorijām, kas ir valsts veselības apdrošināšanas obligāto iemaksu maksātājas.

Valsts veselības apdrošināšanas obligātās iemaksas administrējošā iestāde būs VID, bet valsts veselības apdrošināšanas brīvprātīgās iemaksas un vienreizējos maksājumus (nodevas) administrējošā iestāde būs NVD.

Ieviešot šo modeli, persona (nodarbinātās personas, pašnodarbinātās personas un personas, kuras ir veikušas valsts veselības apdrošināšanas brīvprātīgās iemaksas) plānveida veselības aprūpes pakalpojumus varēs saņemt nākamajā ceturksnī, kas sekos divus mēnešus pēc iepriekšējā ceturkšņa, ja par to būs maksātas valsts veselības apdrošināšanas obligātās iemaksas.

Ja par personu atskaites periodā nebūs samaksātas (vai paziņots par aprēķināšanu) valsts veselības apdrošināšanas obligātās iemaksas vai samaksātas valsts veselības apdrošināšanas brīvprātīgās iemaksas, tad tā plānveida valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumu varēs saņemt maksājot pilnu pakalpojuma cenu.

Persona, par kuru pārtrauc veikt (vai paziņot par aprēķināšanu) valsts veselības apdrošināšanas obligāto iemaksu maksājumus vai maksāt valsts veselības apdrošināšanas brīvprātīgās iemaksas valsts budžetā, tiesības saņemt valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus zaudē nākamajā pakalpojumu saņemšanas periodā, kurš seko atskaites periodam, kurā nav maksātas (vai paziņots par aprēķināšanu) valsts veselības apdrošināšanas obligātās iemaksas vai maksātas valsts veselības apdrošināšanas brīvprātīgās iemaksas.

Darba devējam būs pienākums ieturēt par darba ņēmēju valsts veselības apdrošināšanas obligāto iemaksu maksājumus, kā arī veikt pārskaitījumus uz valsts speciālā budžeta kontu.

Finansējums

Veselības aprūpes pakalpojumu saņemšana tiks sasaistīta ar valsts veselības apdrošināšanas obligāto iemaksu maksāšanas vai paziņošanas par aprēķināšanu faktu, valsts veselības apdrošināšanas brīvprātīgo iemaksu vai vienreizējā maksājuma (nodevas) valsts budžetā trīs minimālo mēnešalgu apmērā maksāšanas faktu. Lai nodrošinātu iepriekš minēto maksājumu ieviešanu un ieņēmumu novirzīšanu veselības aprūpei, ir jāveido speciālais veselības aprūpes budžets.

2.varianta priekšrocības un trūkumi

Zemāk minētā tabula apraksta 2.modeļa priekšrocības un trūkumus.

1.4.tabula

2.modeļa priekšrocības un trūkumi

Priekšrocības	Trūkumi
1.Noteikts maksājums tiek novirzīts tieši veselības aprūpei, kas papildus var motivēt iedzīvotājus veikt valsts veselības obligātās apdrošināšanas iemaksas maksājuma veikšanu.	1. Nodarbinātie un pašnodarbinātie, maksājot valsts veselības apdrošināšanas obligātās iemaksas 3,65 procentpunktu apmērā nevar nodrošināt pietiekamu finansējumu veselības aprūpei, lielāko veselības nozarei nepieciešamo finansējumu tāpat ir jāplāno no vispārējiem nodokļu ieņēmumiem, jo valstij ir jānodrošina pamatpakalpojumi visām iedzīvotāju kategorijām neatkarīgi no valsts veselības obligātās apdrošināšanas iemaksu maksāšanas vai nemaksāšanas fakta.
2.Skaidrāk definētas pakalpojumu saņēmēju grupas, izslēgti tie, kas nodokļu sistēmā neattaisnoti nepiedalās.	2.Samazinās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība pārējiem valsts iedzīvotājiem, kuri dažādu iemeslu dēļ nevar vai izvairās no valsts veselības apdrošināšanas obligātām iemaksām.
3.Iedzīvotājiem pieaug motivācija maksāt nodokļus, jo kļūst skaidrāks to izlietojuma mērķis.	3.Rodas lielāki izdevumi nekā 1.variantā sistēmas ieviešanai un uzturēšanai, kas saistīti ar personificētu maksājumu iekasēšanu un uzskaiti. Nepieciešama papildus institucionālā kapacitāte NVD un VID.

<p>4.Veselības aprūpes pakalpojumi varētu kļūt pieejamāki personām, kuras veic valsts veselības apdrošināšanas obligātās iemaksas.</p>	<p>4.Pieaug darbspēka izmaksas un maksājumu slogs iedzīvotājiem.</p>
<p>5. Katru gadu novirzot līdzekļus 0,1- 0,5% apmērā no kopējiem veselības aprūpei paredzētiem līdzekļiem „rezervei”, rodas iespēja veidot uzkrājumu veselības aprūpei, lai 10-20 gadu laikā sasniegtu „rezervi” aptuveni 10% apmērā no kopējiem līdzekļiem veselības aprūpē, tādējādi daļēji pasargājot veselības aprūpes izdevumu samazinājumu no ekonomiskā cikla svārstības ietekmes.</p>	<p>5.Ieviešot valsts veselības obligāto apdrošināšanu ievērojami pieaug administrēšanas izdevumi, kas vidēji valstīs ar šādu veselības aprūpes finansēšanas modeli ir 3 – 6 % no veselības aprūpes izdevumiem (šobrīd Latvijā administrēšanas izmaksas 0,8 % no veselības aprūpes izdevumiem).</p>
<p>6. Saņemot daļu veselības aprūpei nepieciešamos līdzekļus kā iezīmētus ieņēmumus, veselības aprūpes finansējuma apjoms tikai daļēji būs atkarīgs no politiskiem lēmumiem.</p>	<p>6.Pastāv iespēja, ka pieaugot valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu apjomam, vienlaicīgi samazināsies to veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju, kas nevēlas un neslēdz publisko tiesību līgumu ar NVD, bet šos pakalpojumus sniedz balstoties uz pakalpojuma pašizmaksu, sniedzamo pakalpojumu apjoms. Tomēr šīm ārstniecības iestādēm ir iespēja attīstīt un piedāvāt personām jaunus veselības aprūpes pakalpojumu veidus vai pieteikties veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlases procedūrā, lai iegūtu tiesības slēgt līgumus ar NVD par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu.</p>

Piedāvātā reforma izmantot Latvijā Nīderlandē pastāvošo veselības aprūpes sistēmas modeli

2014.gada 27.februārī Einārs Repše kā partijas „Latvijas attīstībai” valdes priekšsēdētājs Izsaka zemāk minēto viedokli par Ingrīdas Circenes veselības aprūpes reformas ieviešanas un realizēšanas iespējamību. Šajā pašā rakstā viņš iesaka arī Latvijai pāriet uz Nīderlandes veselības aprūpes modeli.

„Circenes reforma nerisina veselības aprūpes problēmas

Sakārtota veselības aprūpes sistēma balstās arī sakārtotā veselības finansēšanas sistēmā. Šobrīd Latvija veselības aprūpes sistēmas budžets tiek administrēts centralizēti. Tas, ar ko un cik daudz katru gadu slimosim, tiek izlemts valdībā. Veselības ministres Ingrīdas Circenes piedāvātā reforma paredz iezīmēt 5% no iedzīvotāju ienākuma nodokļa (INN) vai ļaut brīvprātīgi ik mēnesi samaksāt 28 eiro, tādā veidā tiešāk sasaistot nodokļu maksāšanu ar veselības pakalpojumu saņemšanu. Tas varbūt mazliet palīdzēs iekasēt nodokļus un ierobežos nodokļu nemaksātāju iespējas ārstēties uz citu rēķina. Varbūt tas liks aploksņu algu saņēmējus kaut nelielu daļu savu ienākumu tomēr iemaksāt valsts kasē, bet šī reforma, kura jau raisījusi ļoti karstas diskusijas un lielu pretestību, nerisinās galvenās veselības aprūpes problēmas – pakalpojumu pieejamību un to zemo kvalitāti. Pie tām šobrīd vainojams gan finanšu trūkums, gan nozares neracionāla organizācija un ačgārņa, modernai tirgus ekonomikai pilnīgi nepieņemama finanšu administrācija.

Labākais risinājums – Nīderlandes modelis

Latvijas veselības aprūpes budžets (apmēram 3% no IKP) ir vairāk nekā divas reizes zemāks par vidējo Eiropā, bet privāto maksājumu īpatsvars veido 40% (Igaunijā – 19%, Lietuvā 28%). Uzskatu, ka vienīgais risinājums ir novecojušo, sociālismā aizkavējušos sistēmu aizstāt ar modernu veselības apdrošināšanu, kas strādā konkurences un brīvā tirgus apstākļos. To ļoti veiksmīgi atrisinājusi Nīderlande, kas kvalitātes rādītājos kopš 2005. gada ierindojas pirmajā trijniekā starp 34 Eiropas Savienības dalībvalstīm (Euro Health Consumer Index). Pareizi organizēta apdrošināšanas sistēma vienlaicīgi nodrošinās gan solidaritātes principu, gan papildu līdzekļu ienākšanu veselības aprūpē. Sociāli neaizsargātajām grupām polisi iegādāsies vai vismaz daļēji kompensēs valsts. Līdz ar to, tāpat kā šobrīd, lielāko daļu bāzes veselības aprūpes izdevumu uzņemsies valsts, tikai krietni racionālākā un pašregulācijai pakļautā veidā.

Obligāto polišu iegādi bērniem un jauniešiem, kā arī maznodrošinātām personām pilnībā segs valsts, pārējiem to jūtami subsidēs valsts, un katrs varēs brīvi izvēlēties kādu no licenzētajām apdrošināšanas kompānijām, kam uzticēt savu apdrošināšanu.

Visas apdrošināšanas kompānijas konkurēs tirgū, nodrošinot kvalitātes palielināšanos, zemākas cenas un maksājumu iespējami efektīvu izlietošanu. Slimnīcas un ārsti pelnīs atbilstoši darbam un varēs plānot savus izdevumus, vadoties pēc noslēgto līgumu skaita, nevis mistiskām kvotām, ko noteikusi valdība. Bāzes polises un obligāti apdrošināmo pakalpojumu grozu noteiks valsts, kas arī kontrolēs apdrošinātājus un ar speciālu likumu noteiks to tiesības un pienākumus. Papildus būs radīta iespēja brīvprātīgi iegādāties arī augstākas pakāpes polises, katram atbilstoši savām prasībām un iespējām, kas automātiski veicinās līdzekļu pieplūdumu veselības aprūpē. Piedāvājot dažādas atlaides, tiks veicināts veselīgs dzīvesveids un regulāras profilaktiskas pārbaudes. Apdrošinātāji būs tieši un finansiāli ieinteresēti, lai cilvēki neslimotu, bet, ja kādam gadīsies saslimt – lai viņu iespējami ātri un labi izārstētu.

Ir jāsaprot, ka šobrīd mēs visdārgāk maksājam ar savu veselību, ačgārnās sistēmas dēļ nevēršoties pie ārsta savlaicīgi vai neārstējoties pietiekami kvalitatīvi. Obligātās veselības apdrošināšanas modelis, kāds tas ir Nīderlandē, ļautu Latvijas iedzīvotājiem saņemt visiem pieejamu un kvalitatīvu veselības aprūpi, par kuras sniegtajiem pakalpojumiem (pēc polises iegādes) pilnā apmērā maksātu apdrošinātājs, neliekot iedzīvotājam piemaksāt daļu cenas no savas kabatas. Bāzes polises cenu valsts varēs delikāti regulēt, izvēloties obligāti apdrošināmo veselības aprūpes pakalpojumu grozu, bet polišu iegādi masveidā subsidēt no veselības aprūpes budžeta, tādejādi racionāli administrējot veselības aprūpei pieejamos līdzekļus. Galvenais izvēlēties labu, pārbaudītu un praksē strādājošu modeli – Nīderlandes modeli - nevis mēģināt kārtējo reizi izgudrot slikti strādājošu velosipēdu no jauna.” [2,1]

Secinājumi par iespējamām reformām Latvijas Republikas veselības aprūpes sistēmā

1. Latvijas veselības sistēmas rādītāji ir vieni no zemākajiem Eiropā, tas rada nepieciešamību veikt reformas Latvijas Republikas veselības aprūpes sistēmā.
2. Veselības aprūpes reformu modelis Nr. 1 nosaka plānveida veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas sasaisti ar nodokļa aprēķināšanas faktu. Šajā modelī tiks vērtēts tikai nodokļu aprēķināšanas fakts, neskatoties uz nomaksātā nodokļa apmēru.
3. Veselības aprūpes reformu modelim Nr 1 ir izstrādāti A un B apakšvarianti. A variantā veselības aprūpes pakalpojuma saņemšana pamatojas uz to, ka par personas gūtajiem ienākumiem ir aprēķināts IIN. B variantā veselības aprūpes pakalpojuma saņemšana pamatojas uz to, ka par personas gūtajiem ienākumiem ir aprēķināts VSAOI.
4. Veselības aprūpes modelis Nr 2 balstīts uz valsts veselības obligātās apdrošināšanas obligāto iemaksu 3.65 procentpunktu apmērā ieviešanu.
5. Partijas „Latvijas attīstībai” priekšlikums ir ieviest Latvijā Nīderlandes veselības aprūpes sistēmas modeli. Tas nodrošinātu sakārtotu veselības aprūpes sistēmu, kā arī paaugstinātu sabiedrības apmierinātību ar sniegto veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti.

NĪDERLANDES VESELĪBAS APRŪPES SISTĒMAS RAKSTUROJUMS

Nīderlandes veselības aprūpes sistēmas raksturojums

Nīderlandes veselības aprūpes sistēma lielā mērā atšķiras no pārējām ES valstīm, jo tā vēsturiski dibināta pēc brīvprātīgo organizāciju iniciatīvas, tāpēc lielākā daļa slimnīcu ir privātas bezpeļņas organizācijas.

Veselības aprūpes sistēma sastāv no trim paralēlām apdrošināšanas sadaļām, katra no tām tiek regulēta atsevišķi. Nemitīgi tiek diskutēts par veselības aprūpes sistēmas struktūras reformām, pamatā domājot par visu triju apdrošināšanas sistēmu apvienošanu vienā, lai palielinātu konkurētspēju un efektivitāti. Par spīti diskusijām, Nīderlande ir to Eiropas valstu grupā, kas ir apmierinātas vai daļēji apmierinātas ar veselības aprūpi kā paši uzskata, lielā mērā pateicoties spēcīgajai un labi attīstītajai primārajai aprūpei.

Veselības aprūpes pārraudzība

Nīderlandes Veselības, labklājības un sporta ministrija nosaka veselības aprūpes politiku, tā nodrošinot pārdomātu un kvalitatīvu iedzīvotāju veselības aprūpi ilgtermiņā.

Trīs Valsts inspektorāti monitorē un uzrauga veselības aprūpes kvalitāti un iedzīvotāju labklājības līmeni. Nīderlandes Sociālo lietu un nodarbinātības ministrija sadarbojas ar Veselības, labklājības un sporta ministriju nodarbinātības un sociālās drošības jautājumos, ir atbildīga par sociālās drošības shēmām, kas saistītas ar veselību.

Nīderlandes Finanšu ministrija kopīgi ar Veselības, labklājības un sporta ministriju ir atbildīgas par privāto veselības apdrošinātāju darbību.

Bez tam Nīderlandē pastāv dažādi slimību fondi. Veselības aprūpes Apdrošināšanas valde, kurā ietilpst 9 Veselības, labklājības un sporta ministrijas apstiprināti locekļi, kas konsultē ministriju un uzrauga veselības aprūpes sistēmu.

Veselības aprūpes padomdevēju un administratīvās organizācijas

Veselības konsīlijs sastāv no 160 locekļiem, tā uzdevums ir konsultēt valdību par medicīnas zinātnisko pusi, veselības aprūpes jautājumiem, sabiedrības veselības jautājumiem un dabas aizsardzību.

Veselības aprūpes un sabiedrības veselības konsīlijs, ko nozīmē karaliene, nodrošina valdību ar stratēģiskiem padomiem veselības aprūpē un labklājības jautājumos.

Veselības aprūpes tarifu valde ir neatkarīga valdības organizācija, kas nosaka vadlīnijas veselības tarifos, nosaka maksimālos tarifus, veido pārskatus un uzrauga, vai tiek ievērots Veselības tarifu akts. Medikamentu valde ir atbildīga par farmācijas kompāniju regulēšanu.

Nīderlandes slimnīcu valde sniedz padomus par slimnīcu darbības plānošanu un infrastruktūras attīstību.

Sabiedrības veselības un vides nacionālais institūts apkopo datus par sabiedrības veselību un veselības aprūpi, veic klīniskos testus un strādā ar vakcīnām.

Veselības aprūpes sabiedriskās organizācijas

Karaliskā Holandes medicīnas asociācija, kas pārstāv ārstus. Holandes pacientu un patērētāju federācija (Dutch Federation of patients and consumers), kas pārstāv pacientu un pakalpojumu patērētāju organizācijas un izplata sabiedrībā informāciju.

Holandes veselības aprūpes uzlabojumu institūts (Dutch institute for health care improvement), kas sastāv no 4 patērētāju grupām, kas fokusējas uz kvalitātes nodrošināšanu un pacientu aprūpes uzlabošanu.

Veselības aprūpes finansējums un izdevumi veselības aprūpē

Nīderlandes medicīniskā aprūpe galvenokārt tiek apmaksāta ar publisko un privāto veselības apdrošināšanas programmu palīdzību.

Pastāv trīs apdrošināšanas sadaļas:

- Nacionālā veselības apdrošināšana izņēmuma medicīniskajiem izdevumiem (AWBZ);
- Slimību fonds personām ar zemiem ienākumiem;
- Privātā, galvenokārt brīvprātīga veselības apdrošināšana.

Nacionālā veselības apdrošināšana izņēmuma medicīniskajiem izdevumiem (AWBZ)

Iekļauj sevī izņēmuma medicīniskos izdevumus par ilgtermiņa aprūpi vai augstus ārstēšanās izdevumus, ko sedz AWBZ. Ar ļoti nelieliem izņēmumiem ikviens, kas dzīvo Nīderlandē, var saņemt šī virziena apmaksātos medicīnas pakalpojumus. To apjoms sastāda aptuveni 40% no kopējiem veselības izdevumiem. Šīs apdrošināšanas izmaksas sedz procentu iemaksas un valdības fondi. Strādājošie maksā nodokļus no algas, kamēr tie, kas saņem pabalstus, maksā zināmus procentus no saviem pabalstiem. Ja nav ar nodokļiem apliekamu ienākumu, cilvēkiem nav jāmaksā.

Parastā medicīniskā aprūpe, slimību fonds personām ar zemiem ienākumiem un privātā, galvenokārt brīvprātīga veselības apdrošināšana

Otrā apdrošināšanas sadaļa ietver parasto medicīnisko aprūpi un tās izmaksas sedz slimību fonda apdrošināšana, privātā medicīniskā apdrošināšana vai veselības apdrošināšanas shēma valsts ierēdņiem. Šie trīs komponenti ietver aptuveni 50% no veselības aprūpes izdevumiem. Ikviens, kura alga ir zem EUR 32 600 (2004. gadā) un visi sociālās palīdzības saņēmēji ir apdrošināti šajā apdrošināšanas sadaļā.

Nīderlandes rezidenti, kas atbilst ZFW noteiktajiem kritērijiem, automātiski ir apdrošināti un viņiem ir jāmaksā noteiktās iemaksas, neatkarīgi no tā, vai viņi vēlas vai ne izmantot piedāvātos pakalpojumus.

Tomēr, lai iegūtu pakalpojumus, noteikti jāreģistrējas šajā fondā, veselības aprūpe piemērojama arī dzīvesbiedriem un bērniem.

Ienākumi šajā apdrošināšanas sadaļā nāk no darba devēja/ darbinieka iemaksām (gan procentuāli, gan vienotas likmes), valdības iemaksām (24 % no izdevumiem) un privātā sektora ieguldījuma.

Privātā brīvprātīgā veselības apdrošināšana

To izmanto aptuveni 30 % iedzīvotāju. Apdrošināšana sadalās divas kategorijās – standarta un citas formas. Standarta polisi apmaksā apdrošināšanas ņēmējs, nevienam nav obligāti jāiegādājas šī polise, tā nesedz laulāto un apgādājamo izdevumus.

Citi finansējuma avoti

Nodokļi, papildus apdrošināšana u.c.

Veselības aprūpes organizēšana

Veselības aprūpe tiek organizēta caur municipālajiem vai rajonu servisiem, ar reģionālā un nacionālā līmeņa monitoringu un uzraudzību, ko veic Veselības aprūpes inspekcija. Prevencijas nostiprināšana vienmēr ir bijusi veselības aprūpes politikas pamatā. Uzsvars tiek likts arī uz sociālekonomisko atšķirību mazināšanu un mirstības vecuma palielināšanu.

Primārā veselības aprūpe

Nīderlandē ir labi attīstīta primārā veselības aprūpe, ko galvenokārt nodrošina ģimenes ārsti, kas ir atslēgas personas veselības aprūpes sistēmā. Katram pacientam ir jābūt reģistrētam pie ģimenes ārsta, pie citiem speciālistiem un uz slimnīcu var doties ar ģimenes ārsta norīkojumu. Ģimenes ārsta darbības efektivitāti raksturo sarūkošs norīkojumu skaits, lielāko daļu problēmu tiek atrisināts tieši ģimenes ārsta kabinetā, ģimenes ārstu apmeklējums veido 2/3 no poliklīniku kopējā apmeklējuma.

Ģimenes ārsti daudz laika pavada runājot ar pacientu un viņu medicīniskās apmācības neatņemama sastāvdaļa ir komunikācijas prasmes. Tas zināmā mērā izskaidro arī nelielo izrakstīto recepšu skaitu – tikai 66% gadījumu pēc ģimenes ārsta apmeklējuma, salīdzinājumā ar 75-95 % citās Eiropas valstīs. Ģimenes ārstiem parasti ir individuālas prakses katrā kopienā.

Sekundārā un augstākā aprūpe

Šo medicīnisko aprūpi nodrošina medicīnas speciālisti slimnīcās ar ambulatorām un stacionārām iespējām. 90 % slimnīcu ir privātas, bezpeļņas organizācijas, 10 % - universitāšu slimnīcas.

Slimnīcas tiek klasificētas:

- Mācību;
- Vispārējās;
- Speciālās.

Apvienojoties un paplašinoties, slimnīcas ir atradušas iespēju palielināt savu kapacitāti, par spīti prasībām samazināt gultasvietas katrā reģionā. Tomēr gultasvietu skaits kopš 80 gadiem ir samazināts par trešdaļu, apstājoties pie 3,1 uz 1000 iedzīvotājiem, kas ir krietni zem Eiropas vidējā rādītāja. Pēdējos gados būtiski mainījusies slimnīcu pārvalde, uzticot vidējā līmeņa vadītājiem un administratoriem lielāku atbildību par slimnīcas darbību. Bez tam, gandrīz visas lielās akadēmiskās slimnīcas ir piedzīvojušas decentralizāciju, kā arī tieši medicīnas speciālistu ciešāku iesaisti vadības darbā un lēmumu pieņemšanā.

Sociālā aprūpe

Tajā ietilpst pansionāti un veco ļaužu pansionāti. Nīderlandē ir visaugstāk novērtētā veco ļaužu aprūpes kvalitāte Eiropā. AWBZ apmaksā veco ļaužu dzīvošanu pansionātā, pats iemītnieks maksā tikai nelielu naudas summu, kas ir procentuāli atkarīga no ienākumu lieluma. Katram senioram ir ģimenes ārsts, kas ir atbildīgs par viņa veselības stāvokli.

Nīderlandē ir dažādi garīgās veselības centri, sākot no ambulatorām klīnikām līdz speciālām mājām, kur var uzturēties ilgtermiņā, un no psihiatriskām nodaļām slimnīcās, kas domātas vecākiem ļaudīm līdz terapeitiskām grupām reģionos.

Cilvēkresursi un apmācība medicīnas aprūpē

Nīderlandē ir aptuveni par 10 % mazāk ārstu nekā vidēji ES valstīs, zobārstu ir par 30 % mazāk, kamēr medmāsu skaits ir lielāks nekā vidēji citās ES valstīs.

Karaliskā Holandes medicīnas asociācija reģistrē ģimenes ārstus. To apmācību nodrošina ģimenes ārstu instruktori sadarbībā ar universitātēm. Ģimenes ārstu apmācība (papildus pamatstudijām) ir pagarināta no diviem uz trijiem gadiem, bez tam uz šo apmācību ir jāgaida rindā līdz 4 gadiem. Lai sadarbotos ar apdrošināšanas fondiem, ģimenes ārstiem noteikti ir jāreģistrējas, viņi tiek izslēgti no reģistra, ja nav bijuši aktīvā darbībā pēdējo piecu gadu laikā. Vidēji uz 1000 iedzīvotājiem Nīderlandē ir gandrīz 3,5 ģimenes ārsti.

Medikamenti

Nīderlandes farmācijas politikā ir trīs pamatnostādnes:

- Augsta kvalitāte, sagatavošana, izplatīšana un piegāde;
- Izmaksu kontrole;
- Atbildīga lietošana.

Nīderlandē tiek ievērota gan nacionālā, gan ES licenzēšanas procedūra. Ja kāds medikaments tiek licenzēts, tad valdība nosaka, vai tas tiks apmaksāts vai ne, balstoties uz terapeitiskā efekta un izmaksu izvērtējumu un salīdzinot ar līdzīgu produktu apmaksājamajā paketē.

Izdevumi medikamentiem pēdējos gados ir pieauguši, galvenokārt tāpēc, ka ir parādījušies daudzi jauni un dārgi medikamenti.

Atmaksas sistēma ir balstīta uz medikamentu ar salīdzināmu iedarbību vidējo cenu (references cenu sistēma). Ja medikamenta cena ir augstāka nekā vidējā attiecīgajā grupā, pacientam jāpiemaksā starpība.

Medicīnas pakalpojumu sniedzēju apmaksā samaksa slimnīcām

Slimnīcas finansē apdrošinātāji vai pacienti pēc slimnīcu piestādītājiem rēķiniem. Kopš 2000. gada samaksa ir tiešā saistībā ar pakalpojuma izpildi un tas ir pirmais solis ceļā uz apmaksas sistēmas maiņu. Tas galvenokārt domāts tāpēc, lai apkarotu rindas un darbs notiktu ātrāk. Paralēli tam, slimnīcām nav jāuztraucas par pamatfinansējumu, tas tiek saņemts papildus.

Ārstu apmaksā

Ģimenes ārsti saņem samaksu no ZFW, balstoties uz apkalpojamo pacientu daudzumu, kā arī atalgojumu par servisu no privāti apdrošinātājiem. Kopš 1995. gada medicīnas speciālistu atalgojums ir iekļauts slimnīcu budžetā, viņiem tiek maksāts par padarīto darbu. Ja pieprasījums ir bijis mazāks nekā paredz vienošanās, atalgojums arī ir mazāks, ja pieprasījums lielāks, slimnīcas pieprasa lielāku summu no apdrošinātājiem.

Reformas

Valdība vairāk kārt nākusi klajā ar priekšlikumu vairākās apdrošināšanas sistēmas apvienot zem viena jumta, ieviešot pamata apdrošināšanas shēmu, kas ikvienam nodrošinātu pamatpakalpojumus veselības aprūpē. Plāns bija ieviest obligātu maksājumu, kas būtu atkarīgs no cilvēka ienākumiem + neliela vienota samaksa. Papildus tie, kas vēlas, varētu iegādāties privātu apdrošināšanu, taču par to vēl arvien tiek diskutēts.

Pēdējās dekādes tendences:

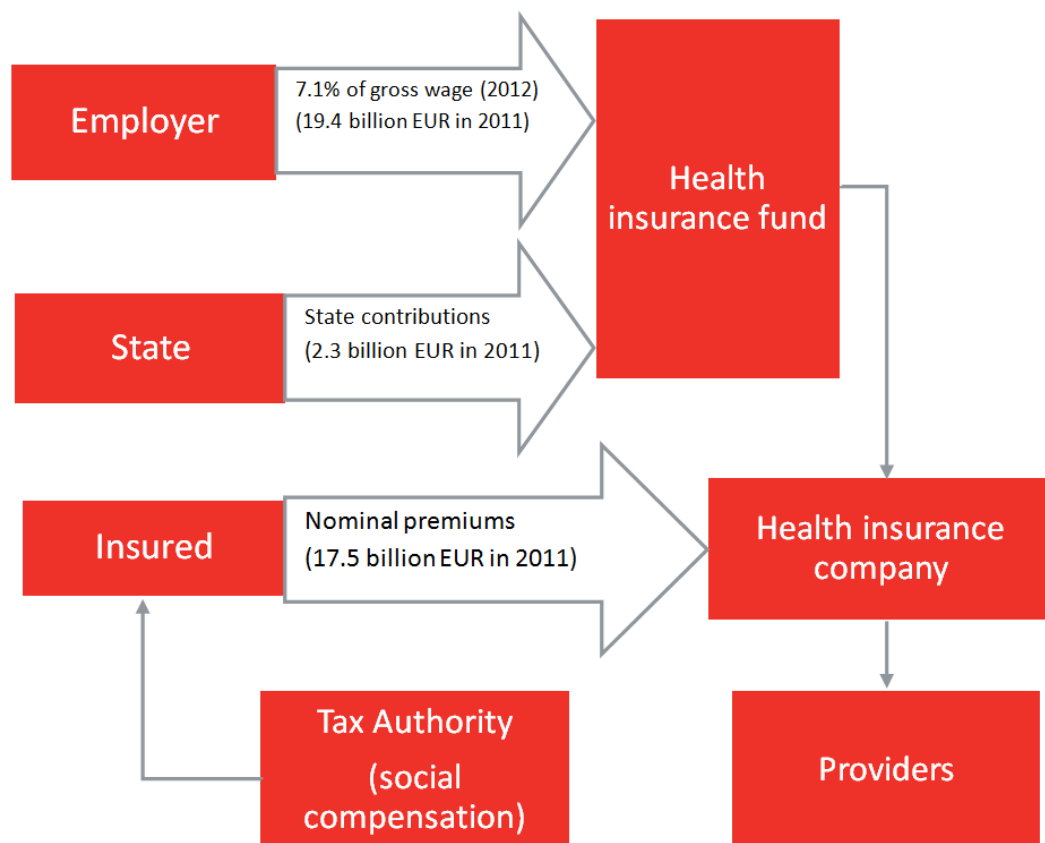
- valdība vēlas, lai lielāku atbildību par medicīnas pakalpojumu nodrošināšanu uzņemtos apdrošinātāji;
- starp aprūpes piegādātājiem ir lielāka konkurence;
- arvien biežāk paceļas diskusijas par tirgus un ne tirgus elementu apvienošanu veselības aprūpē.

Mācības, ko atzīmē paši nīderlandieši:

Radikālas reformas veselības aprūpē prasa daudzus gadus, tāpēc ir visai sarežģīti īstenojamas, jo valdība pie varas parasti ir tikai četrus gadus, katra nākamā valdība nāk ar saviem plāniem. Uz brīvo tirgu orientētai veselības aprūpei, ko vēlas integrēt pašreizējā sistēmā, tomēr nepieciešama nopietna regulēšana. Pirms integrēt brīvā tirgus elementus veselības aprūpē, jānodrošinās no “krējuma nosmelšanas”, kas varētu notikt.

Pacientu tiesības Nīderlandē

Attiecībā uz pacientu tiesībām Nīderlandē ir viena no pionieru valstīm, jau 1995. gadā pacientu tiesības tika iekļautas valsts civillikumā ar mērķi skaidrot un stiprināt pacienta tiesisko stāvokli. Vairākas valstis, piemēram, Lietuva un Igaunija, šo aktu izvēlējās par paraugu sava pacientu tiesību akta izveidei. [3,1] [7,20]

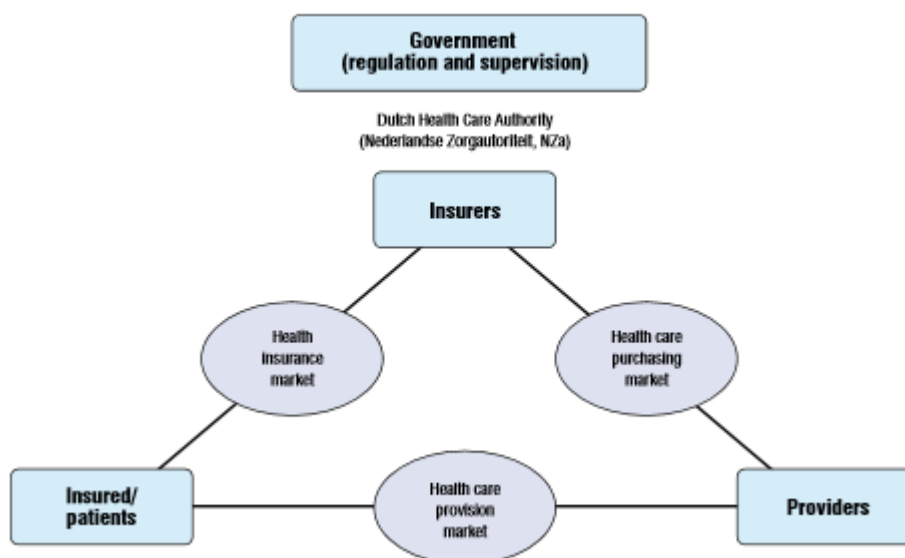


3.2.att. Pastāvošās attiecības starp Nīderlandes veselības aprūpes sistēmas dalībniekiem [5, 1]

2006. gadā Veselības apdrošināšanas likums atcēla sadalījumu starp obligāto slimības fondu apdrošināšanu un brīvprātīgo, privāto apdrošināšanu. Kā galvenais regulējošais mehānisms tika ieviesta konkurence starp veselības sektora dalībniekiem. Tas fundamentāli izmainīja šo dalībnieku lomu un uzvedību visā veselības apdrošināšanas sektorā. Valdības loma mainījās no tiešās cenu un pakalpojumu kontroles uz uzraudzības funkciju. Tas apdrošinātājus, veselības aprūpes sniedzējus kā arī pacientus nostāda tiešās konkurences apstākļos. Šo faktoru mijiedarbībā veselības aprūpes sektorā izveidojas trīs tirgus segmenti: veselības apdrošināšanas tirgus, veselības aprūpes noteikumu pārraudzība un veselības aprūpes iepirkumi. Veselības apdrošināšanas tirgū veselības apdrošināšanas kompānijas piedāvā iedzīvotājiem pamatapdrošināšanu, un iedzīvotājiem ir pienākums veikt šo apdrošināšanu.

Veselības apdrošināšanas iepirkumu sektorā apspriež ar piegādātājiem pakalpojuma cenu, daudzumu un kvalitāti. Veselības aprūpes noteikumu pārraudzībā piegādātāji nodrošina aprūpi pacientiem. Pacienti pieder brīva izvēle pakalpojuma saņemšanā.

Zemā norādītais attēls raksturo „trīs tirgus sistēmu” Nīderlandes veselības aprūpē.



3.3.att. „Trīs tirgus sistēma” Nīderlandes veselības aprūpē [9,22]

Pamatprincips šim veselības aprūpes sistēmas modelim ir pacientu brīvība apdrošinātāja un veselības pakalpojuma sniedzēja izvēlē. Lai pacients varētu veikt šo izvēli, viņam ir nepieciešama atbilstoša un uzticama informācija.

Valdība nodrošina informācijas pieejamību par „pacientu rindām”, veselības aprūpes pakalpojuma kvalitāti un cenām. Šī informācija ir publiskota internetā. Apdrošinātājiem ir pienākums nodrošināt pacientam pieejamību uz pamatapdrošināšanu, bet viņiem ir tiesības veidot konkurenci uz pakalpojuma cenu, kvalitāti un papildus apdrošināšanas iespējām.. Apdrošinātājiem ir brīva izvēle slēgt līgumus vai neslēgt līgumu ar veselības pakalpojuma sniedzējiem. Viņi var balstīt savu izvēli uz piedāvāto pakalpojuma cenu un kvalitāti.

Nīderlandes sistēmas veselības aprūpes „vārtu sargs” ir ģimenes ārsts. Iedzīvotāji ar veselības sūdzībām, pirmkārt, dodas pie ģimenes ārsta, kur viņi saņem norīkojumu pie speciālista, ja tas ir nepieciešams. Pacienti ar ilgstošām veselības aprūpes problēmām tiek izvietoti veselības aprūpes namos vai arī saņem veselības aprūpi mājās. Veselības padrošinātāji piedāvā ilglaicīgo, stacionāro aprūpi, bet viņi deleģē šīs funkcijas veselības aprūpes ofisiem. Pacienti, kuri vēlas organizēt savu personīgo aprūpi, var pieteikties veselības aprūpes personīgajam budžetam. No 2007. gada par veselības aprūpi mājās ir atbildīgas pašvaldības. Veselības aprūpes inspektorāts uzrauga veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atbilstību likumdošanai. Nīderlandes valdība nav tieši iesaistīta veselības aprūpes organizēšanā. Tā vietā veselības aprūpes, sociālā un sporta ministrija veic veselības aprūpes uzraudzību un administrēšanu. Turpmākā sadaļa sniedz priekšstatu par visām Nīderlandes veselības aprūpes sistēmā iesaistītajām organizācijām.

Pamata veselības apdrošināšana (ZVW)

Pamata veselības apdrošināšana ir obligāta visiem Nīderlandes iedzīvotājiem. Arī iedzīvotājiem, kas strādā Nīderlandē, bet dzīvo ārvalstīs, ir nepieciešams būt apdrošinātiem. Pamat apdrošināšana ir nepieciešama ikvienam, kas veic ienākuma nodokļa nomaksu Nīderlandē. Tikai divas iedzīvotāju grupas ir atbrīvotas no šī maksājuma. Pirmā iedzīvotāju grupa ir cilvēki, kas atsakās būt apdrošināti reliģiozu vai filozofisku apsvērumu dēļ. Šāda veida cilvēkiem ir jāveic ienākuma nodokļa maksājums, kas pielīdzināms darba devēja maksājumam par veselības aprūpi. Šīs iemaksas tiek uzkrātas personīgos kontos, kuri tiek pārvaldīti no veselības apdrošināšanas valdes (CVZ). Šādām personām veselības aprūpes izdevumi tiek segti izmantojot kontā noguldītos personīgos līdzekļus. Otrā iedzīvotāju grupa, kas nemaksā pamata veselības apdrošināšanu ir militārie darbinieki. Aizsardzības ministrija organizē veselības apdrošināšanu militārajam personālam.

Bērni līdz 18 gadu vecumam saņem apdrošināšanu, bez speciāla apdrošināšanas maksājuma un viņi ir iekļauti vienā no vecāku polisēm.

Pamata veselības apdrošināšana nodrošina:

- Medicīnisko aprūpi, ietverot ģimenes ārstus, slimnīcas, medicīnas speciālistus un vecmātes;
- Zobārstniecību bērniem līdz 22 gadu vecumam;
- Medicīniskos līdzekļus un ierīces;
- Farmāciju;
- Dzemdniecību;
- Slimu cilvēku transportēšanu ar ambulances mašīnu vai taksi;
- Profesijas papildus medicīnu (Fizioterapiju cilvēkiem ar hroniskām medicīniskām problēmām);
- Mentālo aprūpi.

Katram no apdrošinātājiem ir obligāti jānodrošina pamata veselības apdrošināšana. Apdrošinātājiem ir tiesības veidot konkurenci balstoties uz servisa, cenas un kvalitātes piedāvājumu. Katru gadu iedzīvotājiem ir brīvas tiesības mainīt apdrošinātāju.

Pamata veselības apdrošināšanas sistēmā veselības aprūpes apmaksā var notikt balstoties uz diviem atmaksas veselības aprūpes pakalpojuma atmaksas veidiem. Pirmkārt, apdrošinātājs piedāvā apdrošinātajam veselības aprūpes pakalpojumu, izmantojot noteiktu veselības aprūpes pakalpojuma sniedzēju. Šim pakalpojuma sniedzējam ir līgumiskas saistības ar apdrošinātāju. Apdrošinātā persona nesaņem rēķinu par medicīnas pakalpojumu, bet tas pa taisno tiek nosūtīts apdrošinātājam. Ja apdrošinātā persona izvēlas izmantot medicīnas pakalpojuma sniedzēju ar kuru apdrošinātājam nav noslēgts līgums, tad apdrošinātājs var noteikt atmaksas limitu.

Otra iespēja ir restitūcijas politika, kad apdrošinātajam ir brīva izvēle, kuru pakalpojuma sniedzēju izvēlēties. Šajā gadījumā apdrošinātais veic tiešo pakalpojumu apmaksu un vēlāk pieprasa apdrošinātajam atmaksāt šos izdevumus, kaut gan reālā praksē lieli izdevumu rēķini bieži vien pa taisno tiek atmaksāti no apdrošinātāja.

Pašrīskis

Pamatapdrošināšanai ir noteikts pašrīska maksājums. Gadu no gada šis pašrīska maksājums var atšķirties, taču šobrīd tas ir 360 EUR. Pašrīska maksājums attiecas uz visiem iedzīvotājiem vecākiem par 18 gadiem. Pašrīska maksājums attiecas uz visiem veselības izdevumiem, izņemot ģimenes ārsta apmeklējumu, maternitātes pabalstu un zobārstniecību personām, kas jaunākas par 22 gadiem. Pašrīska galvenā funkcija ir veidot iedzīvotāju priekšstatu par patiesajām veselības aprūpes izmaksām. Kaut arī maksājumi tiek finansēti no apdrošinātāja, ir svarīgi, ka iedzīvotāji izvēlas adekvātu veselības aprūpes pakalpojumu servisu un cenu.

Papildus obligātajam pašrīskam piedāvā arī brīvprātīgo pašrīsku. Šis brīvprātīgais pašrīskis atrodas robežās no 100 – 500 EUR par gadu. Brīvprātīgā pašrīska līmeni ik gadu var izvēlēties apdrošinātais. Ja apdrošinātais izvēlas brīvprātīgi palielināt pašrīsku, tad tiek samazināta apdrošināšanas prēmijas nominālā vērtība. Uz brīvprātīgo pašrīsku darbojas tādi paši izņēmumi, ģimenes ārsta apmeklējums, maternitātes pabalsts un zobārstniecība, personām, kas jaunākas par 22 gadiem.

Ilgtermiņa aprūpes medicīniskie izdevumi (AWBZ)

Ilgtermiņa aprūpes medicīniskie izdevumi prasa ilgtermiņa aprūpi un lielus finansiālus izdevumus. Šajā grupā ietilpst invalīdi un cilvēki ar psihiskām un mentālām novirzēm. Visi iedzīvotāji, kas veic nodokļu nomaksu Nīderlandē ir apdrošināti zem šiem noteikumiem. Izņēmuma grupas ir tādas pašas kā pamatapdrošināšanai.

Pakalpojumi, kas tiek apmaksāti ar AWBZ finansējumu:

- Personīgā veselības aprūpe ikdienas dzīves nodrošināšanai;
- Medmāsas pakalpojumi;
- Konsultācijas kā sadzīvot ar savu veselības situāciju;
- Mītnes vietas nodrošināšana.

Ilgtermiņa veselības aprūpes organizēšana parasti tiek deleģēta reģionālajiem veselības aprūpes ofisiem. Lai kvalificētos ilgtermiņa medicīnisko izdevumu segšanai pacientam ir nepieciešams veikt novērtējumu. Šis novērtējums nosaka kāda medicīniskā aprūpe un cik lielā mērā ir nepieciešama.

Ilgtermiņa aprūpes medicīniskajiem izdevumiem ir komplicēta finansēšanas sistēma, kas atkarīga no ienākumiem. Šī sistēma sastāv no kopapdrošināšanas un individuālajiem maksājumiem. Kopapdrošināšana nozīmē, ka lietotāji sedz noteiktu daļu no izmaksām, bet trešā persona sedz atlikušos izdevumus. Ir divu veidu kopapdrošināšanas likmes. Pirmos sešus mēnešus pacienti maksā zemu kopapdrošināšanas likmi. Ja pacientam ir partneris vai bērni viņa apgādībā, tad pacients turpina maksāt zemo kopapdrošināšanas likmi. Pēc sešiem mēnešiem visi pārējie sāk maksāt augsto kopapdrošināšanas likmi. Kopapdrošināšanas likme ir atkarīga no ienākumiem. Zemā kopapdrošināšanas likme ir 12,5% no ienākumiem ar minimumu 138.60EUR/mēn un maksimumu 727.60EUR/mēn. Augstā kopapdrošināšanas likme ir 8.5% ar maksimumu 1804.60 EUR/mēn.

Medmāsu aprūpe mājās tiek apmaksāta no ienākumiem atkarīgas kopizmaksu sistēmas ar noteiktu pašapmaksas maksimumu. Maksimālais tarifs pacientam par medmāsu aprūpi mājās ir 12.60 EUR par stundu.

Finansiālais atbalsts

Nīderlandē finansiālais atbalsts ir organizēts atsevišķi no veselības aprūpes apdrošināšanas. Slimības gadījumā darba devējam ir pienākums maksāt 70% no darbinieka algas par pirmajiem diviem slimības gadiem. Pirmās divas darba dienas, kad darba ņēmējs ir paziņojis par saslimšanu tiek atskaitītas no darba ņēmēja algas.

Maternitātes pabalsts

Maternitātes pabalsts sākas 4-6 nedēļas pirms paredzētās bērna piedzimšanas. Maternitātes pabalsta laikā darbiniekam tiek izmaksāti 100% no viņa algas. Ienākumi šajā laikā tiek kompensēti no Sociālās drošības ieviešanas fonda (Social security implementation body). Pašnodarbinātas sievietes var saņemt maternitātes pabalstu, balstoties uz iepriekšējā gada ienākumiem.

Invaliditātes pabalsts

Divus gadus pēc slimības darbinieks saņem invaliditātes pensiju bastoties uz procentiem no zaudētajiem ienākumiem. Invaliditāte var būt gan mentāla, gan fiziska. Kvalificēšanos priekš invaliditātes pabalsta kā arī invaliditātes pabalsta lielumu nosaka Sociālās drošības ieviešanas fonds (Social security implementation body). Daļējas invaliditātes gadījumā invalīds saņem 70% no iepriekšējiem ienākumiem. Pilnīgas invaliditātes gadījumā cietušais saņem 75% no iepriekšējiem ienākumiem.

Divu gadu periodā, kurā cietušais saņem invaliditātes pabalstu, gan darba devējs, gan darba ņēmējs nodarbojas ar reintegrāciju.

Pabalsts par hroniski slimu ģimenes locekļu aprūpi

Ģimenes locekļi, kas rūpējas par hroniski slimu cilvēku, var saņemt pabalstu 250 EUR apmērā gada laikā.

Brīvprātīgā veselības apdrošināšana (VHI)

Veselības apdrošinātāji piedāvā lielu daudzveidību ar brīvprātīgo veselības apdrošināšanas pakalpojumu klāstu. Brīvprātīgā veselības apdrošināšana var atšķirties gan iekļauto risku segumā, gan noteikto izmaksu daudzumā. Lielākā daļa apdrošinātāju piedāvā papildus apdrošināšanu bērniem. Lielākoties tas tiek iekļauts vecāku brīvprātīgajā apdrošināšanas polisē. Brīvprātīgā veselības apdrošināšana var ietvert šādus pakalpojumus: zobārstniecības izdevumi personām, kas vecākas par 22 gadiem, briļļu iegāde, fizioterapija personām bez hroniskas slimības. Brīvprātīgā veselības apdrošināšanas pakete var atšķirties starp vairākiem apdrošinātājiem kā arī viens apdrošinātājs var piedāvāt vairākas atšķirīgas brīvprātīgās apdrošināšanas polises.

Apdrošināšanas ņēmējs pie viena apdrošinātāja var ņemt gan pamata veselības apdrošināšanu, gan brīvprātīgo veselības apdrošināšanu, tomēr iespējams arī izmantot atšķirīgus apdrošināšanas pakalpojuma sniedzējus katrai no šīm apdrošināšanām.

Secinājumi par Nīderlandes veselības aprūpes sistēmas raksturojumu

1. Nīderlandes veselības aprūpes sistēma ir balstīta uz brīvās konkurences principa starp veselības aprūpes dalībniekiem. Pacientiem pieder brīva izvēle pakalpojumu saņemšanā. Nīderlandes veselības aprūpes sistēma lielā mērā atšķiras no pārējām veselības aprūpes sistēmām Eiropā, taču tai pieder ļoti augsts sabiedrības apmierinātības līmenis, kas vērtējams pozitīvi.
2. Nīderlandes medicīniskā aprūpe ir balstīta uz publiskās un privātās veselības apdrošināšanas principiem. Pastāv trīs apdrošināšanas sadaļas: nacionālā veselības apdrošināšana, slimību fonds personām ar zemiem ienākumiem un privātā jeb brīvprātīgā veselības apdrošināšana.
3. Galvenais uzsvars veselības aprūpes organizēšanā tiek likts uz sociālekonomisko atšķirību samazināšanu un mirstības vecuma palielināšanu. Lai īstenotu šos mērķus liels uzsvars tiek likts uz preventīvo veselības aprūpi, kā arī pabalstu sistēmas izveidošanu, kas ļauj visām iedzīvotāju grupām saņemt vienlīdzīgu veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti.

NĪDERLANDES VESELĪBAS APRŪPES SISTĒMAS FINANSĒŠANA

Nīderlandes veselības aprūpes sistēmas finansēšana kārtība

Nīderlandes veselības aprūpes sistēma ir sadalīta trīs sadaļās:

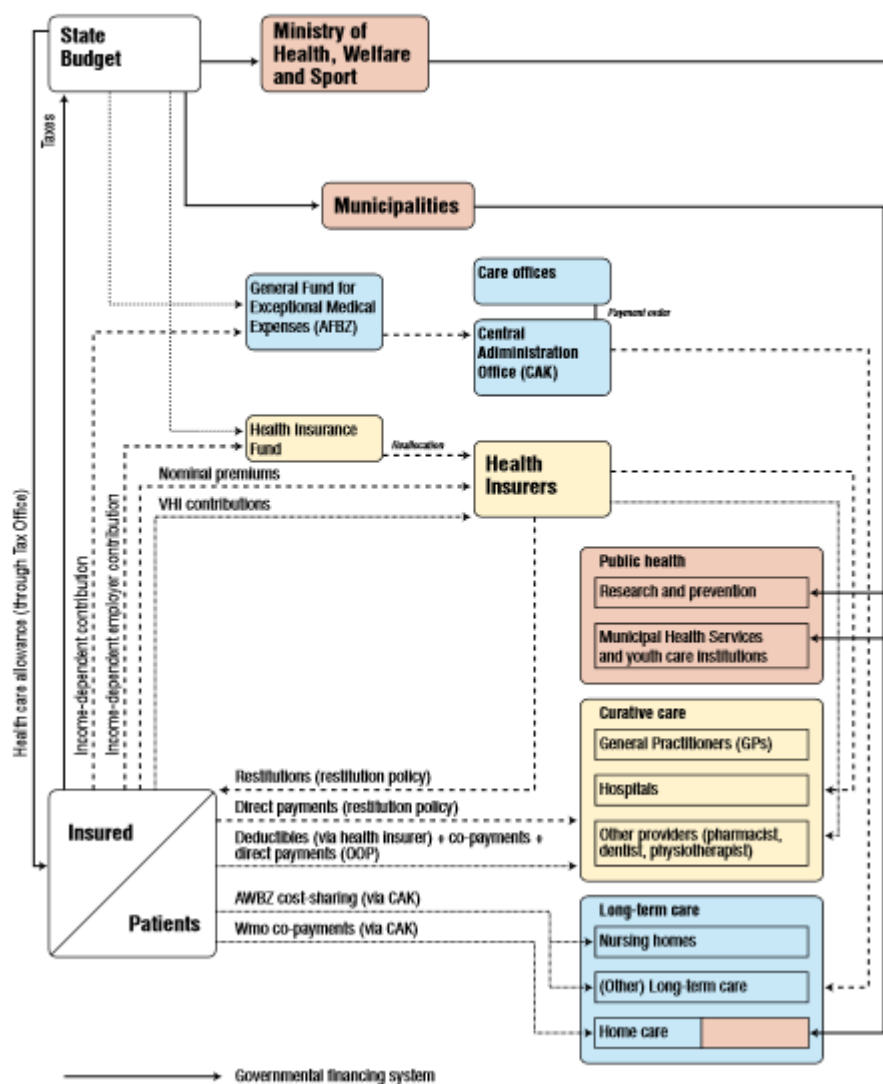
- Obligātā veselības apdrošināšana priekš ilgtermiņa veselības aprūpes (AWBZ); Šajā grupā ietilpst hroniskās un ilglaicīgās veselības aprūpes problēmas, kam seko finansiāla rakstura sekas. Tā, piemēram, invalīdu aprūpe ar fiziskām vai mentālām nepilnībām. Šī veselības aprūpes sadaļa ir finansēta no ienākumu atskaitījumiem. Šāda veselības aprūpe tiek organizēta izmantojot veselības aprūpes centrus (Zorgkantoren). Veselības aprūpes centri darbojas neatkarīgi, bet tie ir cieši saistīti ar veselības apdrošinātājiem.
- Otrā veselības apdrošināšanas sistēmas sadaļa nodrošina visu sabiedrību ar pamata veselības apdrošināšanu (ZVW). Šī veselības apdrošināšanas sistēma ir balstīta uz diviem finansēšanas avotiem. Pirmkārt, katrs apdrošinātais maksā nominālo prēmiju tieši savam izvēlētajam veselības apdrošinātājam. Otrkārt, darba devējs veic atskaitījumu no darba ņēmēja ienākumiem. Šie atskaitījumi tiek iemaksāti Veselības apdrošināšanas fondā (Health insurance fund). Veselības apdrošināšanas fonda līdzekļi tiek sadalīti starp apdrošinātājiem, balstoties uz riska izvērtējuma sistēmas. Iedzīvotājiem ar zemu ienākumu līmeni ir iespēja saņemt veselības apdrošināšanas pabalstu. Šis pabalsts daļēji nosedz veselības apdrošināšanas izmaksas. AWBZ un ZVW veselības apdrošināšanas shēmas nodrošina pilnīgu pamata veselības apdrošināšanu visai sabiedrībai.
- Trešā veselības apdrošināšanas sadaļa sastāv no brīvprātīgās veselības apdrošināšanas. Šī veselības aprūpes sadaļa ietver veselības aprūpes pakalpojumus, kas nav iekļauti AWBZ un ZVW veselības apdrošināšanas shēmās.

Profilakse un sociālais atbalsts (iekļaujot noteiktu mājas veselības aprūpes servisu) nav daļa no pirmās vai otrās veselības aprūpes sistēmas, bet tā galvenokārt tiek finansēta no nodokļu maksājumiem.

Ģimenes ārstu apmaksu notiek balstoties uz kombinēto maksājumu: finansējums no nodokļu iemaksas kā arī tiešais maksājums par pakalpojumu. Ilgtermiņa veselības aprūpes sistēmas pakalpojuma sniedzēji saņem atmaksu balstoties uz veselības aprūpes intensitāti.

Nepieciešamā veselības aprūpes intensitāte katram individuālam gadījumam tiek izvērtēta atsevišķi. Gan slimnīcu, gan ilgtermiņa veselības aprūpes izmaksas ir balstītas uz principu, ka nauda seko pacientam. Zemāk ievietotais attēls raksturo finanšu plūsmas Nīderlandes veselības aprūpes sistēmā.

Financial flow chart of the health care system in the Netherlands



4.1.att. Finanšu plūsmas Nīderlandes veselības aprūpes sistēmā [9,55]

Veselības aprūpes izdevumi

Publiskie izdevumi veselības aprūpei ir nedaudz virs vidējā Eiropas Savienības līmeņa. Veselības aprūpes izdevumi veido tendenci ar kopīgo ekonomikas izaugsmi. Lielākā izdevumu daļa no veselības aprūpes budžeta aiziet slimnīcu apmaksai un veco ļaužu aprūpei. 2006. gadā Nīderlandē tika ieviesta jaunā veselības aprūpes sistēma. Tas noveda pie slimnīcas izdevumu paaugstināšanās par 7.9% salīdzinājumā ar iepriekšējo gadu. Tomēr tas neraksturo patieso izdevumu palielināšanos. Reālie veselības aprūpes izdevumi palielinājās apmēram par 5%. Pārfinansējumu bija nepieciešams atmaksāt apdrošinātājiem. Šis pārfinansējums galvenokārt izveidojās no pārāk augsta tarifa noteikšanas slimnīcas sektoram. Jaunā ģimenes ārstu finansēšanas sistēma arī noveda pie veselības aprūpes izdevumu paaugstināšanās. Tas galvenokārt izveidojās, balsoties uz negaidītu augstu ģimenes ārstu apmeklējumu. Šis negaidīti augstais ģimenes ārstu apmeklējums galvenokārt izskaidrojams ar sekundārās aprūpes pakalpojumu aizstāšanu ar primāro veselības aprūpi.

Zemāk minētie attēli raksturo Nīderlandes veselības aprūpes izdevumus laika periodā no 1990. – 2007. gadam kā arī Nīderlandes veselības aprūpes finansējuma sadalījumu balstoties uz pakalpojuma sniedzējiem.

Table 3.1

Trends in care expenditure in the Netherlands, 1990–2007

	1990		1995		2000		2005		2006		2007*	
		%		%		%		%		%		%
Expenditure (In million €)												
Health care	15 649	59	20 625	59	26 874	57	39 188	58	40 678	58	42 735	58
Social care	9 934	37	13 062	37	18 408	39	26 337	39	27 542	39	28 908	39
Management and control organizations	1 075	4	1 461	4	1 684	4	2 291	3	2 329	3	2 462	3
Total care expenditure	26 658	100	35 148	100	46 967	100	67 816	100	70 549	100	74 104	100
Financial sources (In million €)												
Government and social insurances	19 199	72	26 306	75	33 157	71	46 796	69	56 596	80	59 372	80
Government	5 018	19	6 706	19	6 521	14	7 708	11	7 854	11	10 071	14
Health Insurance Act/sickness fund act (Zvw/ZFW, before 2006)	6 940	26	12 030	34	12 687	27	17 635	26	26 247	37	26 979	36
Exceptional Medical Expenses Act (AWBZ)	7 241	27	7 570	22	14 492	31	22 040	32	23 104	33	22 961	31
Other sources of financing	7 459	28	8 842	25	13 266	28	20 433	30	13 343	19	14 093	19
Complementary VHI	n/a		n/a		5 705	12	9 004	13	2 904	4	3 241	4
Out-of-pocket payments	n/a		n/a		4 195	9	6 986	10	6 661	9	7 111	10
Other sources of financing	n/a		n/a		3 366	7	4 443	7	3 779	5	3 741	5
Total care financing	26 658	100	35 148	100	46 967	100	67 816	100	70 549	100	74 104	100
Care expenditure per capita in €	–		2 274		2 949		4 155		4 316		4 524	–
Care expenditure as % of gross domestic product	–		11.5		11.2		13.2		13.1		13.1	–
Index figures of care (1998 = 100)												
Expenditure on health care	–		–		114		166		172		181	–
Expenditure on social care	–		–		118		168		176		185	–
Dutch population	–		–		101		104		104		104	–
Expenditure per capita	–		–		113		160		166		174	–
Care expenditure in constant prices	–		–		107		130		134		138	–

Sources: Statistics Netherlands 2008a; Statistics Netherlands 2009j.

Notes: * Provisional data. Between 2005 and 2006 there is a break in the series because of the introduction of the health care reform in 2006, n/a – not available.

4.2.att. Nīderlandes veselības aprūpes izdevumu pārskats 1990.-2007. gads [9,61]

Table 3.2

Care expenditure by provider

Health care expenditure by providers	1998		2000		2005		2006		2007*	
	Million Euro	%	Million Euro	%	Million Euro	%	Million Euro	%	Million Euro	%
Hospitals and medical specialists	10 079	42.7	11 261	41.9	16 979	43.3	17 566	43.2	18 315	42.9
Mental care	2 262	9.6	2 572	9.6	4 048	10.3	4 208	10.3	4 497	10.5
General practitioners	1 318	5.6	1 492	5.6	1 970	5.0	2 296	5.6	2 446	5.7
Dentists	1 191	5.0	1 324	4.9	1 852	4.7	1 886	4.6	2 058	4.8
Ancillary care	778	3.3	915	3.4	1 227	3.1	1 471	3.6	1 632	3.8
Municipal health care	384	1.6	439	1.6	707	1.8	744	1.8	796	1.9
Occupational health care	679	2.9	872	3.2	1 137	2.9	1 030	2.5	963	2.3
Pharmaceutical care	3 363	14.2	4 006	14.9	5 482	14.0	5 601	13.8	5 980	14.0
Therapeutic devices	1 663	7.0	1 853	6.9	2 479	6.3	2 597	6.4	2 672	6.3
Providers of supportive services	619	2.6	737	2.7	1 145	2.9	1 190	2.9	1 184	2.8
Other health care providers	1 268	5.4	1 402	5.2	2 162	5.5	2 088	5.1	2 191	5.1
Total expenditure by health care providers	23 602	100	26 874	100	39 188	100	40 678	100	42 735	100
Providers of social care										
Care for the elderly	7 641	48.8	8 673	47.1	12 660	48.1	13 392	48.6	14 103	48.8
Care for the disabled	3 494	22.3	3 994	21.7	6 316	24.0	6 581	23.9	6 762	23.4
Other social care providers	4 514	28.8	5 743	31.2	7 361	27.9	7 569	27.5	8 044	27.8
Total social care providers	15 648	100	18 408	100	26 337	100	27 542	100	28 908	100
Organizations for administration and control										
Organizations for administration and control	1 578	3.9	1 684	3.6	2 291	3.4	2 329	3.3	2 462	3.3
Total expenditure on care	40 828	100	46 967	100	67 816	100	70 549	100	74 104	100

Source: Statistics Netherlands 2008a.

Note: * Provisional data.

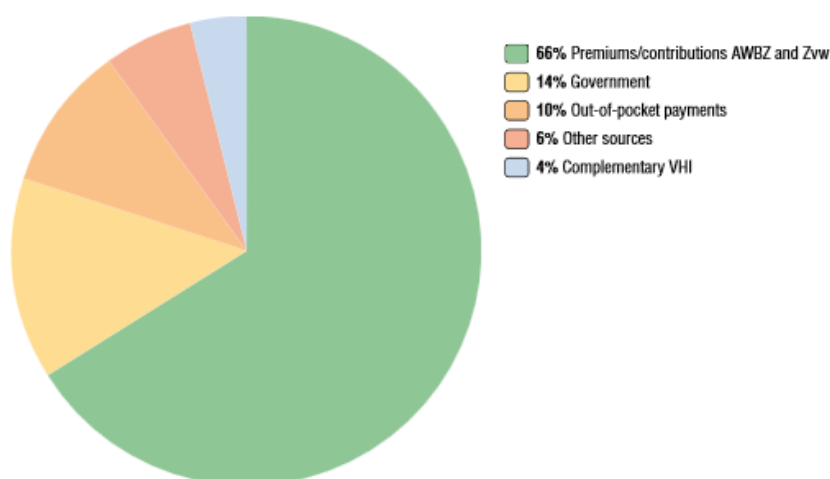
4.3.att. Nīderlandes veselības aprūpes izdevumi balstoties uz pakalpojuma sniedzējiem 1998.-2007. gads [9,62]

Veselības aprūpes ienākumi

Veselības aprūpes ienākumi galvenokārt tiek sastādīti no iemaksām un prēmijām, ko iedzīvotāji maksā kā veselības apdrošināšanas maksājumus. Šie maksājumi sastāda apmēram 66% no kopējā veselības aprūpes budžeta. 4% no veselības aprūpes budžeta ienākumiem sastāda brīvprātīgā apdrošināšana kā arī iedzīvotāju tieši maksājumi par pakalpojumiem, 14% veselības aprūpes budžeta sastāda valdības finansējums, bet atlikušo daļu sastāda pārējie veselības aprūpes ienākumi.

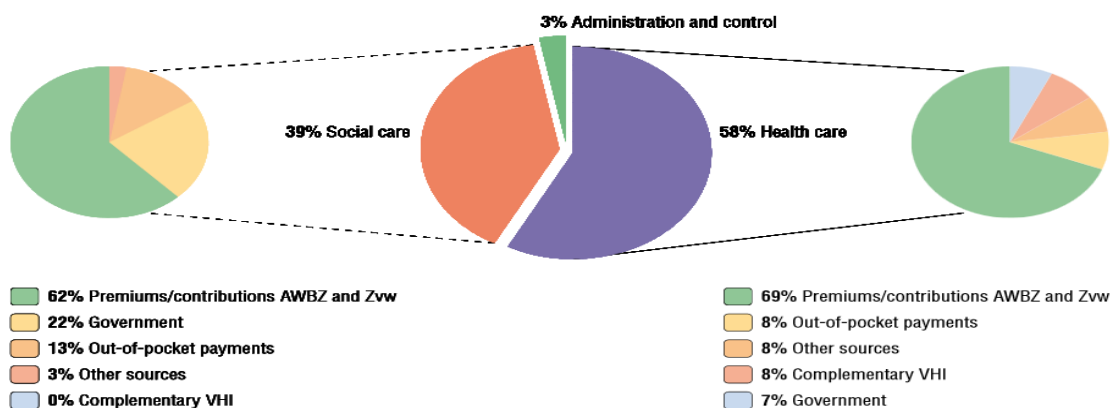
Abi zemāk minētie attēli raksturo finansiālo ienākumu sadalījumu Nīderlandes veselības aprūpes sistēmā.

Share of total health care financing



4.4.att. Finansiālo ienākumu sadalījums Nīderlandes veselības aprūpes sistēmā [9,73]

Share of health care expenditure and financing sources per type of care in 2007



4.5.att. Sadalījums starp Nīderlandes veselības aprūpes sistēmas izdevumiem un finansēšanas avotiem 2007 .gadā [9,73]

Apdrošinātā persona veic tiešo apdrošināšanas prēmijas maksājumu apdrošinātājam. Apdrošināšanas izmaksas par bērniem līdz 18 gadu vecumam tiek segtas no valdības. Apdrošinātājiem ir pienākums pieprasīt vienādu apdrošināšanas prēmijas maksājumu no visām iedzīvotāju grupām. Vienīgais izņēmums var būt tas, ka apdrošinātājs piedāvā kolektīvo līgumu. Kolektīvie līgumu tiek noslēgti starp grupu apdrošināšanas ņēmēju (piem. Darba devēju grupa) un apdrošināšanas kompāniju. Apdrošināšanas ņēmējam ir brīva izvēle vai viņš pievienojas kolektīvajam apdrošināšanas līgumam vai arī viņš izvēlas individuālu apdrošināšanu.

No ienākumiem atskaitītās iemaksas veselības aprūpē tiek iekasētas un pārvaldītas caur nodokļu fondu. Pašnodarbinātām personām šīs iemaksas tiek balstītas uz ienākuma nodokļa novērtējumu. Darba devējam ir likumisks pienākums veikt sociālās apdrošināšanas maksājumus par darba devēju likumā noteiktā kārtībā, taču pašnodarbinātās personas šīs iemaksas veic pašas. Pēc sociālo maksājumu iekasēšanas nodokļu departaments pārsūta šo naudu veselības apdrošināšanas fondam tālāk šī nauda tiek piešķirta veselības apdrošinātājiem, balstoties uz principa „pooling of funds”.

Ilgtermiņa medicīnisko aprūpes izdevumu finansēšana (AWBZ)

Ilgtermiņa medicīnisko aprūpes izdevumu finansēšana notiek balstoties uz algas atskaitījumiem. Šie atskaitījumi ir 12,15% apjomā ar noteikto maksimumu 3838 EUR par gadu. Šie atskaitījumi tiek nodoti nodokļa ofisa pārraudzībā.

Mentālās aprūpes finansēšana

Mentālā veselības aprūpe tiek iedalīta primārajā un sekundārajā veselības aprūpē. Primārā veselības aprūpe nodarbojas ar samērā vieglām mentālām problēmām, kuras iespējams izārstēt īsā laika periodā. 8 mentālās aprūpes sesijas ir ietvertas pamata veselības apdrošināšanas paketē. Pacienta līdzmaksājums ir 10 EUR par sesiju. Sekundārā veselības aprūpe nodarbojas ar problēmām, kam nepieciešama ilgstošāka ārstēšana. Šai ārstēšanai nav ierobežots ārsta apmeklējuma skaits, bet pacienta līdzmaksājums ir 15.60 EUR par konsultāciju.

Sociālās aprūpes finansēšana

Pašvaldības veic sociālās aprūpes finansēšanu. Šim finansējumam tiek izmantotas valdības iemaksas pašvaldību fondos. Pašvaldības ir tiesīgas noteikt līdzmaksājumu.

Veselības apdrošināšanas pabalts (Zorgtoeslag)

Iedzīvotāju grupai ar zemu ienākumu līmeni tiek dota iespēja saņemt veselības apdrošināšanas pabalstu. Šis pabalsts nav atkarīgs no prēmijas apjoma, ko maksā apdrošinātais, bet tas ir balstīts uz standarta maksājumu. Standarta maksājums ir balstīts uz aprēķināto vidējo prēmiju starp apdrošinātājiem un obligāto atskaitījumu, ko nosaka Veselības ministrija. Nodokļu ofiss var maksāt šo pabalstu apdrošināšanasņēmējam vai pa tiešo apdrošināšanas kompānijai. Šis pabalsts tiek izmaksāts katru mēnesi kā avanss par nākamā mēneša apdrošināšanas maksājumu. Ja veidojas starpība starp avansā saņemto veselības apdrošināšanas pabalstu un reālo veselības apdrošināšanas maksājumu, tad šī starpība tiek segta no apdrošināšanasņēmēja izmaksām. Lai iedzīvotājs kvalificētos veselības apdrošināšanas pabalsta saņemšanai, maksimālais ienākumu apjoms gadā uz vienu personu nedrīkst pārsniegt 32 502 EUR, bet uz ģimenes kopējo budžetu šis apjoms ir 47 880 EUR.

Secinājumi par Nīderlandes veselības aprūpes sistēmas finansēšanu

1. Nīderlandes veselības aprūpes sistēma ir sadalīta trīs daļās: obligātā veselības apdrošināšana priekš ilgtermiņa aprūpes, pamata veselības apdrošināšana un brīvprātīgā veselības apdrošināšana. Katrs no šiem veselības aprūpes veidiem tiek finansēts atšķirīgi.
2. Veselības aprūpes ienākumi sastāv no iemaksām un prēmijām, ko iedzīvotāji maksā veselības apdrošināšanas maksājumos kā arī veselības aprūpe tiek finansēta no valdības budžeta. Papildus ienākumi rodas arī no brīvprātīgās apdrošināšanas. Šāds finansēšanas modelis nodrošina privātā un valdības finansējuma kombinēšanu veselības aprūpes budžetā.
3. Iedzīvotāju grupai ar zemu ienākumu līmeni tiek dota iespēja saņemt veselības apdrošināšanas pabalstu. Tas atvieglo apdrošināšanas prēmiju nomaksu.

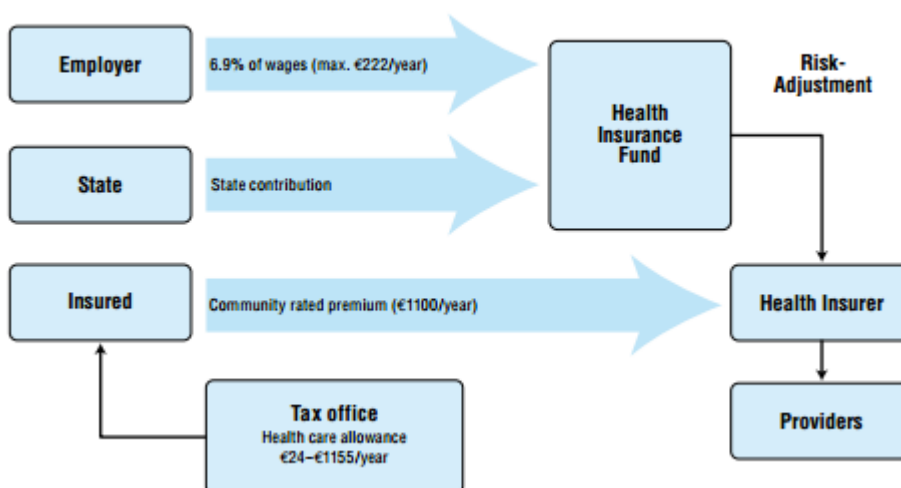
POOLING (APVIENOŠANA)

Pooling sistēmas darbības mehānisms

Nīderlandē visu apdrošināšanas procesu organizēšana un administrēšana ir privāto apdrošinātāju pārvaldībā. Apdrošinātāju finansējums ir balstīts uz nominālajām piemaksām, kas pa tiešo saņemtas no klientiem, kā arī no ieguldījumiem no Veselības apdrošināšanas fonda, kurš apvieno ienākumu atkarīgās darba devēju iemaksas (Ievāktas no nodokļu pārvaldes) un valsts iemaksas (piem., lai nosegtu veselības aprūpi bērniem līdz 18 gadu vecumam). Piešķirtais finansējums apdrošinātājiem ir balstīts uz apdrošināto personu veselības riska izvērtējumu. Veselības apdrošināšanas fonds un riska izvērtējums tiek administrēti no veselības aprūpes apdrošināšanas pārvaldes (Health Care Insurance Board). Valdība nosaka no ienākumiem atkarīgu iemaksu līmeni, kas tiek ieskaitīts veselības apdrošināšanas fondā. Šīm iemaksām ir jā sastāda apmēram 50% no kopējā pamata veselības apdrošināšanas fonda. Otrus 50% sastāda nominālās prēmijas.

Zemāk minētais attēls apraksta finanšu plūsmu veselības apdrošināšanas sistēmā.

Simplified depiction of financial flows under the Health Insurance Act (Zvw)



5.1.att. Vienkāršots finanšu plūsmu attēlojums Nīderlandes pamata veselības apdrošināšanā [9,80]

Ilgtermiņa apdrošināšana (AWBZ)

Ilgtermiņa apdrošināšana tiek finansēta no ienākumu atskaitījumiem, ko Nīderlandes iedzīvotāji iemaksā nodokļu ofīsā. Cilvēki, kas izmanto ilgtermiņa apdrošināšanu daļēji piedalās izmaksu segšanā. Katra izmaksu sadale tiek balstīta uz pacienta individuālajiem ienākumiem un tiek iekasēti centrālā administrācijas ofīsā.

(Central Administration Office). Abi ienākumu veidi tiek apvienoti kopējā fondā, kas paredzēts papildus medicīniskajiem izdevumiem (Exceptional Medical expenses). Šos līdzekļus pārvalda Veselības Aprūpes Apdrošināšanas Pārvalde (Health Care Insurance Board). Centrālais administratīvais ofiss (Central administration office) sadala līdzekļus starp ilgtermiņa apdrošināšanas kompānijām, balstoties uz veselības aprūpes intensitāti, kas nepieciešama viņu klientiem.

Mehānisms, kā finansējums tiek sadalīts starp apdrošinātājiem

Riska izvērtējums ir līdzeklis, ko valdība izmanto, lai panāktu godīgu konkurenci starp apdrošinātājiem. Veselības apdrošināšanas kompānijām nav atļauts piesaistīt savu nominālo prēmiju pie veselības riska, kas attiecas uz katru apdrošināto. Apdrošinātājiem ir pienākums akceptēt katru personu, kas piesakās apdrošināšana polisei. Riska izvērtējums nozīmē, ka veselības apdrošinātāji saņem finansiālu kompensāciju par tām apdrošinātajām personām, kam ir paaugstināt riska profili, piemēram, veci cilvēki, hroniski slimi cilvēki, nespējīgi cilvēki. Pieņēmums ir tāds, ka indivīdiem ar paaugstināta riska profiliem ir jābūt vienādi ienesīgam priekš klienta, kā tiem, kam ir laba veselība.

Ex ante riska izvērtējums

Katru gadu visi veselības apdrošinātāji saņem no veselības apdrošināšanas fonda riskam atbilstošu iemaksu. Riskam atbilstošā iemaksa no veselības apdrošināšanas fonda tiek aprēķināta kā apdrošinātāja kopējie veselības izdevumi balstīti uz apdrošināšanas ņēmēju riska profilu, mīnus plānotie ienākumi no nominālās prēmijas, balstīti uz aprēķināto piemaksu. Aprēķinātā piemaksa ir virtuāli nominālā piemaksa, kas tiek izmantota aprēķinos priekš nacionālā veselības, labklājības un sporta budžeta.

Kaut arī tikai 50% no fondiem tiek apvienoti, riska izvērtējums tiek aprēķināts balstoties uz izvērtējumu, ka apvienojušies ir 100% no fondiem. Tas varētu būt stimuls priekš apdrošinātājiem noteikt ļoti zemu nominālo prēmiju, lai saņemtu augstākas piemaksas no Veselības Apdrošināšanas Fonda. Veselības apdrošināšanas valde (Health Insurance Board) nodarbojas ar veselības apdrošināšanas fonda administrēšanu.

Riska izvērtējuma piemaksa – ex ante system – tiek balstīta uz plānotajām nevis reālajām izmaksām.

Šī piemaksa tiek balstīta uz sekojošiem faktoriem:

- Vecums un dzimums: Vecākiem cilvēkiem parasti ir augstāki veselības aprūpes izdevumi kā jauniešiem. Sievietēm vecuma grupā starp 20 un 40 gadiem ir parasti augstāki veselības aprūpes izdevumu salīdzinājumā ar vīriešiem.
- Ienākumu veids (sociālie maksājumi, alga, pašnodarbinātie) un sociālekonomiskais statuss: šim faktoram ir jākompensē sociālekonomiskās atšķirības starp dažādām apdrošināto personu grupām.
- Reģions: Nīderlande ir sadalīta reģionos balstoties uz iedzīvotāju sastāvu. Šie reģioni ir sadalīti pasta indeksu apgabalos. Augstāka kompensācija tiek nodrošināta iedzīvotājiem, kas dzīvo reģionos ar relatīvi lielu daudzumu cilvēku, kas nav no rietumu zemēm. Kā arī bīstami skaitās rajoni ar augstu mirstību un zemu ienākumu līmeni.

Riska izvērtējuma faktori, kas minēti augstāk, tiek balstīti uz statistiskiem pieņēmumiem par veselības risku un izmaksām, kas saistītas ar pacientiem.

Šīs sistēmas loģiskais pamats ir, ka veselības apdrošinātāji efektīvāk darbojoties saņem pārpalikuma ienākumus un samazina nominālo piemaksu vai paaugstina savas rezerves. Rezultāts ir zemākas kopējās izmaksas.

Ex post kompensācija

Tā kā veselības apdrošinātājiem nav iespēja ietekmēt visus izdevumus, tad Ex-post kompensācijas mehānisms tiek iedibināts. Ex –post kompensācijas mehānismam jāizlabo nekorekcijas Ex-ante riska izvērtējumā. Šīs nekorekcijas var rasties, ja, piemēram, rodas izmaiņas populācijā. Ex – ante riska izvērtējums tiek uzlabots, lai apdrošinātājiem būtu vairāk iespēju ietekmēt izmaksas. Apdrošinātāji saņem Ex-post kompensāciju, lai segtu reālās izmaksas par dārgiem veselības aprūpes izdevumiem.

Tiek lietots speciāls mehānisms „jostas mehānisms”, kas ierobežo apdrošinātāju riska līmeni. Šī mehānisma pielietošana ir atkarīga no apdrošināšanas izmaksu novirzes atkarībā no valsts vidējām izmaksām. Ja mainīgās izmaksas par slimnīcas aprūpi, pēc tam, ka tiek pielietoti visi kompensācijas mehānismi, ir augstākas par 22.50 EUR virs nacionālā vidējā, tad visas papildus izmaksas tiek kompensētas 90% apmērā. Ja šīs izmaksas ir vairāk kā 22.50 EUR zem nacionālā vidējā, tad apdrošinātājam ir jāatmaksā 90% atpakaļ.

Kopējo izmaksu retrospektīvā korekcija aizsargā apdrošinātājus pret makroekonomiskiem faktoriem, ko apdrošinātāji nespēj ietekmēt, bet, kas ietekmē viņu izdevumus. Retrospektīvā korekcija nodrošina, ka kopējais budžets, kas tiek sadalīts starp apdrošinātājiem ir vienāds ar patiesajiem veselības apdrošināšanas izdevumiem. Ja veselības apdrošināšanas izmaksas ir augstākas kā paredzēts, tad papildus nauda tiek sadalīta starp veselības apdrošinātājiem. Ja izmaksas ir zemākas, tad apdrošinātājiem ir jāatmaksā naudas starpība.

Pastāv vairāki iemesli, kādēļ ir izveidojušies šādi noteikumi. Pirmkārt, tiek nodrošināts maksimālais zaudējumu līmenis ar ko apdrošinātājs var saskarties. Tas dod iespēju apdrošinātājam neiekļaut pamatapdrošināšanā riska piemaksu. Otrkārt, pastāvošās nepilnības riska izvērtējuma sistēmā var izlīdzināties starp lielajām apdrošināšanas kompānijām, bet mazākām apdrošināšanas kompānijām tas var radīt ievērojamas finansiālas grūtības.

Secinājumi par pooling sistēmu

1. Nīderlandē visu apdrošināšanas procesu organizēšana ir privāto apdrošinātāju pārvaldībā.
2. Ilgtermiņa veselības aprūpes izdevumu segšana tiek balstīta uz iedzīvotāju iemaksām nodokļu fondos, bet pacienti piedalās izdevumu segšanā ar līdzmaksājumiem.
3. Godīgas konkurences mehānisms starp apdrošinātājiem tiek nodrošināts uz riska izvērtējuma pamata. Riska izvērtējums nozīmē to, ka apdrošinātājs saņem finansiālu kompensāciju par tām apdrošinātajām personām, kam ir paaugstināti riska profili, piemēram, veci cilvēki, hroniski slimi cilvēki, nespējīgi cilvēki. Apdrošinātājam ir pienākums akceptēt katru personu, kas piesakās apdrošināšanas polisei. Kompensācijas mehānisms indivīdiem ar paaugstināta riska profiliem ļauj būt vienādi ienesīgiem priekš apdrošinātāja, kā tiem, kam ir laba veselība.
4. Ex – ante riska izvērtējuma ietvaros katru gadu visi veselības apdrošinātāji saņem no veselības apdrošināšanas fonda riskam atbilstošu iemaksu. Gada beigās Ex-post mehānisms tiek iedibināts, lai nosegtu nekorekcijas Ex-ante riska izvērtējumā.

IEPIRKUMU UN PIRCĒJU NODROŠINĀTĀS ATTIECĪBAS

Iepirkumu un pircēju nodrošināto attiecību darbības modelis

Organizatoriskās attiecības starp pircēju un pakalpojuma sniedzēju Nīderlandē tiek balstītas uz līgumattiecībām. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji ir neatkarīgas kompānijas. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji sadarbojas ar apdrošinātājiem bastoties uz līgumattiecībām. Attiecībā uz veselības aprūpes iepirkumiem apdrošinātājiem ir divi galvenie sarunu instrumenti:

- Pārrunāt piedāvāto pakalpojumu servisu: pakalpojuma apjomu, kvalitāti un cenas;
- Izvēles līgumattiecības.

Šo instrumentu izmantošana var novest pie efektīvas veselības aprūpes. Teorētiski šim mehānismam vajadzētu novest pie tā, ka nepastāv zemas kvalitātes veselības aprūpes piegādātāji.

Pārrunas ar ģimenes ārstiem par to ar kuru no viņiem tiks slēgts līgums nenotiek ar katru no ģimenes ārstiem atsevišķi, bet gan tās notiek ar ģimenes ārstu komitejām. Apdrošinātāji pārrunā ar vienu vai vairākām no šīm komitejām standarta līguma noteikumus. Lai racionalizētu pārrunu procesu, ģimenes ārstu komitejas runā vienīgi ar reģionāli vadošajiem veselības apdrošinātājiem. Pārējie apdrošinātāji seko šim līgumam.

Dažreiz apdrošinātāji noslēdz līgumu ar individuālu ģimenes ārstu. Individuālie kontrakti galvenokārt attiecas uz modernizācijas un inovācijas aktivitātēm. Šīs aktivitātes ir vērstas, lai uzlabotu ģimenes ārstu darbības efektivitāti un samazinātu sekundārās veselības aprūpes apjomu. Šādas aktivitātes var ietvert praktizējošu medmāsu, nelielas ķirurģiskas ārstēšanas utt.

Starp slimnīcām un apdrošinātājiem arī pastāv līgumattiecības. Lai noslēgtu līgumu, notiek sarunu process. Tomēr tikai daļa no līgumu punktiem ir grozāmi.

Līguma punkti ir sadalīti A un B segmentos. A segmenta cenas tiek noteiktas valdības līmenī. Par B segmenta punktiem slimnīcas un apdrošinātāji var brīvi vienoties. Šāds modelis noteikts, lai slimnīcas pārāk nenovirzītos no iepriekšējo gadu budžeta, kā arī, lai slimnīcas attīstītu sarunvedēja lomu līgumattiecībās.

Ja nepastāv līgums starp apdrošinātāju un slimnīcu par B-segmenta izmaksām, bet apdrošinātā persona saņem veselības aprūpi šādā slimnīcā, tad tas var radīt finansiālas saistības pacientam. Šādos gadījumos slimnīcai ir atļauts noteikt „walk-in tarifu”. Šie tarifi stājas spēkā, kad pacienta saņem veselības aprūpi, kurai nav līguma. Slimnīcām ir pienākums publiskot šādus tarifus. Ja par šo pakalpojumu konkrētā slimnīca prasa augstāku tarifu, kā to, kas norādīts līgumattiecībās ar pārējām slimnīcām, tad apdrošinātājs ir tiesīgs pieprasīt pacientam starpības izmaksu.

Par ilgtermiņa veselības aprūpi veselības aprūpes ofisi diskutē ar pakalpojuma piegādātājiem par pakalpojuma cenu un kvalitāti. Iepirkumu budžets priekš veselības aprūpes ofisiem tiek apstiprināts Veselības ministrijā. Ambulatorajai ilgtermiņa veselības aprūpei nav nepieciešams līgums, bet šī veselības aprūpe tiek nodrošināta balstoties uz konkursu. Kvalitātes indikatori un cena tiek izmantoti kā kritēriji, lai noteiktu finansējuma piešķiršanu.

Priekš stacionārās ilgtermiņa veselības aprūpes veselības aprūpes ofisiem ir noteikts pienākums noslēgt līgumu ar pakalpojuma sniedzēju, kuru ir izvēlējis patients.

Ja patients izmanto savu personīgo budžetu, viņam ir brīvas tiesības izvēlēties veselības aprūpes sniedzēju. Nav speciālas kvalitātes prasības priekš veselības aprūpes, kas finansēta no personīgā budžeta līdzekļiem.

Iepirkumu un pircēju nodrošinātā modeļa veselības pakalpojumu apmaksas mehānisms

Apmaksa par slimnīcas izmantošanu

Slimnīcai ir jāizveido pārskats par katra konkrētā ārstēšanas gadījuma kopējām izmaksām. Šīs izmaksas ietver gan pirms ārstēšanas konsultācijas, gan plānotos pēc ārstēšanas medicīnas iestādes apmeklējumus. Veselības, Labklājības un Sporta ministrija kopā ar slimnīcām, medicīnas speciālistiem un apdrošinātājiem ir izveidojusi veselības aprūpes iespējas un izmaksas katrai atsevišķai diagnozei. Šī informācija tiek izmantota, lai noteiktu vidējos tarifus. Šie tarifi ietver izmaksas par medicīnas speciālistu aprūpi, medmāsu aprūpi, medicīnas aprīkojuma un diagnostikas procedūras. Šīs ir tiešās veselības aprūpes izmaksas. Pastāv arī netiešās izmaksas. Netiešās izmaksas ietver izglītību, pētniecību un neatliekamo palīdzību.

Medicīnas pakalpojumu atmaksa netiek ietekmēta no īsāka vai garāka slimnīcā pavadītā laika, kā arī tā netiek balstīta uz diagnostikas procedūru skaitu un apjomu.

A-segmenta izdevumu finansēšana tiek balstīta uz slimnīcas kapacitāti un funkcijām. Slimnīcas nosūta rēķinus apdrošinātājiem vai individuāliem pacientiem. Gada beigās tiek saskaitīti kopējie ienākumi no A-segmenta pakalpojumiem. Ja šie izdevumi pārsniedz paredzēto budžetu A-segmenta izdevumiem, tad slimnīcām ir jāmaksā starpība Nīderlandes Veselības Aprūpes Pārvaldei (Dutch Health Care Authority), ja reālie izdevumi ir mazāki, tad slimnīcas saņem starpības atmaksu. Nīderlandes Veselības Aprūpes Pārvalde nenosaka budžeta limitu priekš B-kategorijas izdevumiem.

Ilgtermiņa veselības aprūpes apmaksas sistēma

Ilgtermiņa veselības aprūpes izdevumu apmaksā ir balstīta uz sniegtā pakalpojuma intensitāti un sarežģītību. Veselības aprūpes intensitāte un sarežģītība tiek sadalīta dažādās veselības aprūpes paketēs. Pastāv dažādas veselības aprūpes intensitātes paketes dažādiem veselības aprūpes sektoriem. Ir izveidotas 10 veselības aprūpes paketes medmāsu pakalpojumiem, 13 paketes mentālās veselības sektoram, 29 veselības paketes invalīdiem. Budžets tiek noteikts atsevišķi katrai intensitātes paketei. Veselības pakešu budžetu nosaka Nīderlandes Veselības Aprūpes Padome. Tarifi atrodas robežās no 50 līdz 300 EUR par dienu. Veselības aprūpes intensitāte, kāda nepieciešama katram pacientam kā arī visatbilstošākā veselības aprūpes intensitātes pakete tiek izvērtēta no neatkarīgas organizācijas (Centre for Needs Assessment). Atbildība par stacionāro ilgtermiņa veselības aprūpes iepirkšanu tiek deleģēta veselības aprūpes ofisiem.

Izmaksas par ilgtermiņa veselības aprūpes izdevumiem atšķiras no tā vai pacients izvēlas apmaksu vai sedz tās no personīgā budžeta. Ja veselības aprūpes izdevumi tiek apmaksāti, tad pacients saņem no ienākumiem atkarīgu izmaksu sadalījumu. Šis ienākumu sadalījums tiek saņemts no Centrālā Administrācijas Ofisa (Central Administration Office). Centrālais Administrācijas Ofiss veic maksājumu pakalpojuma sniedzējiem, izmantojot vispārējo fondu priekš veselības aprūpes izdevumiem. Maksājumi tiek veikti balstoties uz rēķiniem ko saņem no veselības aprūpes ofisiem. Ja pacients izvēlas veikt pakalpojuma apmaksu no personīgā budžeta līdzekļiem, tad pacients veic maksājumu tieši pakalpojuma sniedzējam.

Sociālais atbalsts

Pašvaldības apmaksā sociālās aprūpes pakalpojumu sniegšanu. Pašvaldības iepērk sociālās aprūpes pakalpojumus no veselības aprūpes organizācijām, izmantojot publisko iepirkumu procedūru. Pašvaldības var individuāli noteikt līmeni, kādā klientam jāveic piemaksas maksājumi „out – of- pocket payments”. Klienti var izvēlēties arī izmantot personīgo budžetu un organizēt savu sociālās veselības aprūpi. Šajā gadījumā pacients pats personīgi iepērk profesionālas veselības aprūpes organizācijas pakalpojumus un organizē veselības aprūpes personālu. Tie var būt profesionāli mediķi kā arī pacienta ģimenes locekļi vai citi algoti aprūpētāji.

Mentālā veselības aprūpe

Pirmās 365 dienas par mentālo veselības aprūpi tiek finansētas no pamata veselības apdrošināšanas. Ir divi galvenie faktori, kas nosaka mentālo veselības aprūpi:

- Veselības aprūpes pieprasījums un diagnozes;
- Veselības aprūpes profils (diagnostika, konsultēšana, ārstēšana, uzturēšanās slimnīcā);

Tiek izveidotas divas produktu grupas „ārstēšana” un „uzturēšanās slimnīcā”. Ārstēšanas grupas sastāv no diagnozes un nepieciešamā ārstēšanas ilguma. Pakalpojumu grupa ar uzturēšanos slimnīcā ietver stacionāro uzturēšanos slimnīcā 24 stundas vai vairāk. Ārstēšanās un slimnīcā uzturēšanās grupas var arī tikt kombinētas.

Zemāk attēlā apkopots pārskats par veselības aprūpes izdevumu apmaksas mehānismiem.

Overview: paying for health services

	Patient	Health insurer	National funds/ organizations
Basic package			
Restitution policy	Pays the bill directly to the provider	Reimburses the patient, after deducting the out-of-pocket payment	Health Insurance Fund transfers risk-adjusted contribution to the health insurer
In-kind policy	Pays the deductible to the health insurer	Directly reimburses the providers, charges the patient for the deductible	Health Insurance Fund transfers risk adjusted contribution to the health insurer
Long-term care			
Care provided in kind	Patient settles income-dependent cost-sharing requirements with the CAK	Care offices (organized by health insurers) negotiate the price of care with the provider	CAK pays the providers upon a payment order of the Care Office and collects cost-sharing
Nursing care	Patient settles income-dependent cost-sharing requirements with the CAK	Care offices (organized by health insurers) negotiate the price of care with the provider	CAK pays the providers upon a payment order of the Care Office and establishes and collects cost-sharing requirements
Home care	Patient settles income-dependent cost-sharing requirements with the CAK	Municipalities pay the providers	CAK collects the cost-sharing requirements (not for every municipality) and pays them to the municipalities
Personal budget	Patient receives a budget (for home care by the municipality and for other long-term care by the CAK) and purchases care independently		CAK pays the personal budget (for nursing care) and establishes and collects cost-sharing requirements
Uninsured care	Patient pays provider directly	Health insurer reimburses patient in the case of coverage by VHI	

6.1.att. Pārskats par Nīderlandes veselības aprūpes izdevumu apmaksas mehānismu

[9,91]

Veselības aprūpes darbinieku apmaksa

Nīderlandes veselības aprūpes padome nosaka apmaksas tarifus Nīderlandes veselības aprūpes personālam. Zobārstu un vecmāšu apmaksa tiek balstīta uz konkurences principa. Vienīgi fizioterapeitiem pastāv brīvie tirgus tarifi. Šāds apmaksas modelis fizioterapeitiem tiek veidots kā eksperiments. Šī eksperimenta mērķis ir gūt priekšstatu kā brīvie tirgus tarifi ietekmē pakalpojuma cenu, efektivitāti, kvalitāti un pieejamību.

Ģimenes ārstu apmaksā

Ģimenes ārstu apmaksas sistēma sastāv no vairākām komponentēm:

- Ar nodokļiem apliekamā maksas reģistrētajiem pacientiem;
- Konsultāciju maksa ģimenes ārstiem;
- Konsultāciju maksa priekš praktizējošām medmāsām;
- Naudas ieguldījumi aktivitātēs, kas paaugstina ģimenes ārstu efektivitāti vai arī aizstāj sekundāro veselības aprūpi;
- Kompensācija par ārpus darba laika sniegto veselības aprūpi.

Maksimālie tarifi par ģimenes ārstu kā arī praktizējošu medmāsu pakalpojumiem tiek noteikti sarunu ceļā starp Nacionālo ģimenes ārstu asociāciju (National Association of General Practitioners), Nīderlandes veselības apdrošinātājiem (Health Insurers Netherlands) un Veselības, Labklājības un Sporta ministriju. Ar nodokļiem apliekamā maksa ir fiksēta gada maksa. Vecākiem pacientiem tiek noteiktas augstākas maksas. Konsultāciju izmaksas sastāda praktiskās konsultācijas, mājas vizītes, telefonu konsultācijas un zāļu receptes. Praktizējošas medmāsas nodrošina ikdienas aprūpi hroniski slimām personām. Ir atļautas diskusijas starp apdrošinātājiem un ģimenes ārstiem par zemākām maksām, tomēr praktiski šādas diskusijas notiek ļoti reti. Ģimenes ārstiem ir atļauts piestādīt rēķinu apdrošinātājiem par tādu ģimenes ārstu pakalpojumu apmaksu, kuri nav iekļauti līgumā.

Zemāk tabulā apkopotas izmaksas par ģimenes ārstu un praktizējošu medmāsu sniegtajiem pakalpojumiem.

Maximum fees for selected services for GPs and practice nurses in 2009

Quarterly capitation fees		
Insured persons not living in deprived areas		
Insured persons < 65 years		€13.00
Insured persons 65–75 years		€14.70
Insured persons > = 75 years		€15.40
Insured persons living in deprived areas		
Insured persons < 65 years		€14.70
Insured persons 65–75 years		€16.50
Insured persons > = 75 years		€17.20
Consultation fees		
	GP	Practice nurse
Consultation	€9.00	€9.00
Consultation > 20 minutes	€18.00	€18.00
Home visit	€13.50	€13.50
Home visit > 20 minutes	€22.50	€22.50
Telephone consultation	€4.50	€4.50
Repeat prescription (regardless of the number of prescription lines)	€4.50	€4.50
Vaccination	€4.50	€4.50
E-mail consultation (under certain conditions)	€4.50	€4.50
Out-of-hours services in out-of-hours cooperatives, per hour	€50.20	

6.2.att. Maksimālās izmaksas par ģimenes ārsta apmeklējumu vai praktizējošas medmāsas pakalpojumiem 2009. gadā, Nīderlandē [9,93]

Ģimenes ārstu pakalpojumi, kas tiek sniegti ārpus darba laika galvenokārt tiek nodrošināti no ģimenes ārstu korporatīviem. Ģimenes ārsti, kuri piedalās šajā sistēmā saņem stundas kompensāciju. Ģimenes ārsti, kuri nepiedalās šajos korporatīvos saņem apmaksu par konsultācijām, mājas vizītēm un izrakstītajiem medikamentiem. Ārpus darba laika veikto konsultāciju tarifi ir augstāki kā tie, kas veikti darba laikā. Reālie ģimenes ārstu ienākumi tiek balstīti uz dažādiem faktoriem, tādiem kā prakses vietas izmēra, prakses vietas izmaksām u.c. Jo ģimenes ārsti strādā efektīvāk, jo viņi pelna vairāk.

Medicīnas speciālisti

Medicīnas speciālisti ir neatkarīgi profesionāļi, kas sadarbojas ar slimnīcu vai arī slimnīca šiem speciālistiem nodrošina algas izmaksas. Medicīnas speciālistu apmaksu ir balstīta uz stundas tarifu likmi. Šie tarifi ir vienādi visiem medicīnas speciālistiem. Sarunu rezultātā Veselības Ministrija un medicīnas speciālistu asociācija vienojās par noteiktu tarifu zonu. Šajā tarifu zonā slimnīcas un medicīnas speciālisti var diskutēt par pakalpojuma cenu.

Medikamentu izmaksas

Aptiekas saņem atlaides iegādājoties medikamentus no medicīnas ražošanas industrijas. Noteiktu procentu no šīm atlaidēm aptiekas samaksā atpakaļ valdībai. Šis procents ir 6,82%. Ja starp aptieku un apdrošināšanas kompāniju ir noslēgtas līgumattiecības, tad šī maksa var arī palielināties. Zemāk minētajā tabulā apkopots veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju apmaksas mehānisms.

Overview: paying health care providers

Provider	Payment system
General practitioners	The remuneration is a combination of: <ul style="list-style-type: none">• capitation fees• consultation fees• out-of-hours care: mainly per hour• extra income from innovation and substitution• prevention (influenza vaccination, cervical screening), medical examinations: fee-for-service• some GPs are in salaried service of a GP practice or primary care centre
Practice nurses	Same as above (except for out-of-hours care)
Other primary care providers (dentists, etc.)	Fee-for-service
Medical specialists	Independent professionals are paid via the DBC system, and they receive a normative hourly tariff for a normative time spent per DBC. A quarter of medical specialists are in salaried service of the hospital.
Nurses	Salary
Home helps	Salary

6.3.att. Nīderlandes veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju apmaksas mehānisms [9,95

Secinājumi par iepirkumu un pircēju nodrošinātajām attiecībām

1. Sadarbība starp veselības aprūpes pakalpojuma sniedzējiem un apdrošinātājiem Nīderlandē tiek balstīta uz līgumattiecībām. Šajās līgumattiecībās tiek atrunāts veselības aprūpes pakalpojuma apjoms, kvalitāte un cena, kā arī izvēlētais līgumattiecību sadarbības modelis.
2. Apdrošinātāji noslēdz līgumus ar ģimenes ārstu komitejām. Vēlāk šiem līguma noteikumiem ir pakļauti visi ģimenes ārsti vienlaicīgi.
3. Arī slimnīcas un apdrošinātājus saista līgumattiecības. Šajos līgumos pastāv A un B daļas, kur A daļas tiek noteiktas valdības līmenī, bet par B segmenta punktiem apdrošinātāji un slimnīcas var brīvi vienoties.
4. Ilgtermiņa veselības aprūpes pakalpojuma sniedzēji tiek izvēlēti balstoties uz iepirkuma konkursa rezultātiem.
5. Ja pacients izmanto savu personīgo budžetu, viņam ir brīvas tiesības izvēlēties veselības aprūpes sniedzēju. Nav speciālas kvalitātes prasības priekš veselības aprūpes, kas finansēta no personīgā budžeta līdzekļiem.
6. Nīderlandes veselības aprūpes padome nosaka apmaksas tarifus Nīderlandes veselības aprūpes personālam. Zobārstu un vecmāšu apmaksa tiek balstīta uz konkurences principa.
7. Medicīnas speciālisti ir neatkarīgi profesionāļi, kas sadarbojas ar slimnīcu vai arī slimnīca šiem speciālistiem nodrošina algas izmaksas. Medicīnas speciālistu apmaksa ir balstīta uz stundas tarifu likmi.

SECINĀJUMI

1. Šī darba ietvaros autors ir veicis izpēti par Latvijā pastāvošo veselības aprūpes sistēmas organizēšanu un finansēšanu.
2. Latvijā šobrīd pastāv ļoti augsta sabiedrības neapmierinātība ar pastāvošo veselības aprūpes sistēmu, tāpēc ir nepieciešams ieviest pārmaiņas. Šīs pārmaiņas var tikt ieviestas reformu veidā.
3. Veselības Ministrija ir izstrādājusi divus reformu modeļus veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanai un finansēšanai.
4. Veselības aprūpes reformu modelim Nr 1 ir izstrādāti A un B apakš varianti. A variantā veselības aprūpes pakalpojuma saņemšana pamatojas uz to, ka par personas gūtajiem ienākumiem ir aprēķināts IIN. B variantā veselības aprūpes pakalpojuma saņemšana pamatojas uz to, ka par personas gūtajiem ienākumiem ir aprēķināts VSAOI.
5. Veselības aprūpes modelis Nr 2 balstīts uz valsts veselības obligātās apdrošināšanas obligāto iemaksu 3.65 procentpunktu apmērā ieviešanu.
6. Partijas „Latvijas attīstībai” priekšlikums ir ieviest Latvijā Nīderlandes veselības aprūpes sistēmas modeli.
7. Darba otrajā sadaļā autors veicis izpēti par Nīderlandē pastāvošo veselības aprūpes sistēmas organizēšanu un finansēšanu.
8. Nīderlandes veselības aprūpes sistēma ir balstīta uz brīvās konkurences principa starp veselības aprūpes dalībniekiem. Pacientiem pieder brīva izvēle pakalpojumu saņemšanā. Nīderlandes veselības aprūpes sistēma lielā mērā atšķiras no pārējām veselības aprūpes sistēmām Eiropā, taču tai pieder ļoti augsts sabiedrības apmierinātības līmenis, kas vērtējams pozitīvi.
9. Nīderlandes medicīniskā aprūpe ir balstīta uz publiskās un privātās veselības apdrošināšanas principiem. Pastāv trīs apdrošināšanas sadaļas: nacionālā veselības apdrošināšana, slimību fonds personām ar zemiem ienākumiem un privātā jeb brīvprātīgā veselības apdrošināšana.
10. Galvenais uzsvars veselības aprūpes organizēšanā tiek likts uz sociālekonomisko atšķirību samazināšanu un mirstības vecuma palielināšanu. Lai īstenotu šos mērķus liels uzsvars tiek likts uz preventīvo veselības aprūpi, kā arī pabalstu sistēmas izveidošanu, kas ļauj visām iedzīvotāju grupām saņemt vienlīdzīgu veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti.

11. Nīderlandes veselības aprūpes sistēma ir sadalīta trīs daļās: obligātā veselības apdrošināšana priekš ilgtermiņa aprūpes, pamata veselības apdrošināšana un brīvprātīgā veselības apdrošināšana. Katrs no šiem veselības aprūpes veidiem tiek finansēts atšķirīgi.
12. Veselības aprūpes ienākumi sastāv no iemaksām un prēmijām, ko iedzīvotāji maksā veselības apdrošināšanas maksājumos kā arī veselības aprūpe tiek finansēta no valdības budžeta. Papildus ienākumi rodas arī no brīvprātīgās apdrošināšanas. Šāds finansēšanas modelis nodrošina privātā un valdības finansējuma kombinēšanu veselības aprūpes budžetā.
13. Iedzīvotāju grupai ar zemu ienākumu līmeni tiek dota iespēja saņemt veselības apdrošināšanas pabalstu. Tas atvieglo apdrošināšanas prēmiju nomaksu.
14. Nīderlandē visu apdrošināšanas procesu organizēšana ir privāto apdrošinātāju pārvaldībā.
15. Godīgas konkurences mehānisms starp apdrošinātājiem tiek nodrošināts uz riska izvērtējuma pamata. Riska izvērtējums nozīmē to, ka apdrošinātājs saņem finansiālu kompensāciju par tām apdrošinātajām personām, kam ir paaugstināti riska profili, piemēram, veci cilvēki, hroniski slimi cilvēki, nespējīgi cilvēki. Apdrošinātājam ir pienākums akceptēt katru personu, kas piesakās apdrošināšanas polisei.
16. Sadarbība starp veselības aprūpes pakalpojuma sniedzējiem un apdrošinātājiem Nīderlandē tiek balstīta uz līgumattiecībām. Šajās līgumattiecībās tiek atrunāts veselības aprūpes pakalpojuma apjoms, kvalitāte un cena, kā arī izvēlētais līgumattiecību sadarbības modelis.

PRIEKŠLIKUMI

1. Latvijā noteikti ir nepieciešams veikt strukturālas pārmaiņas veselības aprūpes sistēmā. Kā viens no progresīviem risinājumiem ir Nīderlandes veselības sistēmas modeļa pārnese uz Latvijas apstākļiem. Šādas darbības īstenošanai nepieciešams iepriekšējs plāns un detalizēta izpēte.
2. Finanšu ministrijai sadarbībā ar Veselības ministriju izstrādāt progresīvu veselības aprūpes finansēšanas mehānismu. Izpētīt iespēju pārnest Nīderlandē pastāvošo veselības aprūpes sistēmas finansēšanas modeli uz Latvijas apstākļiem.
3. Veikt pieredzes apmaiņas braucienu uz Nīderlandi labākai Nīderlandes veselības aprūpes sistēmas modeļa izpētei.
4. Izveidot pārejas mehānismu, kas ļauj pašreizējo veselības aprūpes sistēmu pārveidot uz jaunu organizatorisko un finansēšanas modeli, paredzot kā tiks nodrošināta veselības sistēmas darbība šajā pārejas laika posmā.
5. Veicināt sabiedrības pozitīvo viedokli par veselības aprūpes sistēmas kvalitāti un pieejamību. Šādas aktivitātes var tikt veicinātas caur dažādām kampaņām vai sabiedrības aktivitātēm.

IZMANTOTĀ LITERATŪRA UN AVOTI

1. Dzīves un darba apstākļi

Pieejams: <https://ec.europa.eu/eures/main.jsp?catId=8771&acro=living&lang=lv&parentId=7817&countryId=LV&living=>

(Skatīts 05.05.2015)

2. Einars Repše: Jāizbeidz sociālisms veselības aprūpē un jāievieš brīvā tirgus principi

Pieejams: <http://www.attistibai.lv/jaunumi/viedoklis/einars-repse-jaizbeidz-socialisms-veselibas-aprupe/>

(Skatīts 05.05.2015)

3. Eiropas valstu veselības politikas analīze – Nīderlande

Pieejams: <http://www.veselibaspolitika.lv/?lapa=veselibasaprupeeiropa&valsts=5>

(Skatīts: 05.05.2015)

4. ES un nacionālo valstu veselības politika, kā veidojas veselības aprūpes politika. Veselības menedžmenta specifika

Pieejams:

<http://www.google.lv/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fveselibaspolitika.lv%2Ffaili%2F1336569549--->

Prezentacija_Daiga_Behmane.ppt&ei=3yzzVN73M6i67gby2oC4Dg&usg=AFQjCNG5XjRAehhAW4wc08QJU6W0Tq4p_A&bvm=bv.87269000,d.ZGU

(Skatīts 05.05.2015)

5. It's time to learn from the Dutch masters (lecture 4/8)

Pieejams: <http://www.hpi.sk/en/2013/06/it-s-time-to-learn-from-the-dutch-masters-lecture-4-8/>

(Skatīts 05.05.2015)

6. Konceptijas projekts par veselības aprūpes sistēmas finansēšanas modeli – Konceptijas informatīvā daļa

Pieejams:

http://www.vm.gov.lv/lv/aktualitates/publiska_apsriesana/koncepcijas_projekts_veselibas_aprupes_sistemas_finansesanas/

(Skatīts 05.05.2015)

7. NVO ekspertīze veselības rīcībpolitikas izstrādē – pētījums „Veselības aprūpes sistēmas – Eiropas valstu pieredze”

Pieejams:<http://veselibaspolitika.lv/faili/1357132986--->

NVO%20eksperti%CC%84ze%20Iveta%20petijums.pdf

(Skatīts 05.05.2015)

8. Reforma Latvijas veselības aprūpē

Pieejams:

<http://www.google.lv/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0CDYQF>

[jAD&url=http%3A%2F%2Fwww.knl.lv%2Ffraksti_data%2F813%2FMK-](http://www.knl.lv%2Ffraksti_data%2F813%2FMK-)

[reformu_sede_24042009_VM_3.ppt](http://www.knl.lv%2Ffraksti_data%2F813%2FMK-reformu_sede_24042009_VM_3.ppt)&ei=3yzzVN73M6i67gby2oC4Dg&usg=AFQjCN

FW8ohtl7yl5fbQrMfPAQzm48tM3Q&bvm=bv.87269000,d.ZGU

(Skatīts 05.05.2015)

9. The Netherlands health system review

Pieejams: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/85391/E93667.pdf

(Skatīts 05.05.2015)