

**Veselības nozares stratēģiskās padomes 2016.gada 21.jūlija sēdes
protokols Nr. 1.**

Sēdes sākums: 13:00

Sēdes beigas: 14:30

Sēde notiek: Veselības ministrijā, Brīvības ielā 72, 309. telpā

Sēdē piedalās:

Veselības nozares stratēģiskās padomes locekļi (vai personas, kas aizvieto):

G.Anča, I.Neimane, D.Behmane, K.Blumfelde, A.Ērglis, M.Pūķis, J.Gardovskis,
J.Kalējs, V.Keris, L.Bāriņa, L.Kozlovska, V.Ļinovs, D.Raiska, M.Rēvalds

Veselības ministrijas pārstāvji:

Veselības ministre	A. Čakša
Ministra padomniece ekonomikas jautājumos	A.Vāne
Valsts sekretāra vietniece veselības politikas jautājumos	E.Pole
Komunikācijas nodaļas vadītājs	O.Šneiders
Farmācijas departamenta direktore	D.Arāja

Protokolē: A.Segliņa

Darba kārtībā: Veselības aprūpes finansēšanas modeļi un labākais risinājums finansējuma piesaistei.

Sēdi vada: Veselības ministre A. Čakša

Pirms iepazīstināt ar iespējamajiem 3 Latvijas veselības aprūpes sistēmas finansēšanas modeļiem, veselības ministre A. Čakša uzsver, ka reforma sistēmā tiek veikta ar mērķi, lai sabiedrībai būtu vienlīdzīgi pieejami kvalitatīvi pakalpojumi un ārsti vēlētos šajā sistēmā strādāt. Finansēšanas modelis ir viens no 4 blokiem reformas ietvaros (pārējie - pakalpojuma pieprasījums, pakalpojuma piedāvājums un e-veselība).

Saskaņā ar PVO datiem, par efektīvu veselības aprūpi runā, ja veselības aprūpei novirza finansējumu vismaz 12% no kopējā budžeta. LV šobrīd tas ir 10%, un mūsu mērķis ir 7 gadu laikā sasniegt 14% (līdzīgi kā LT un EE).

Pirmais modelis (ko atbalsta PVO, OECD, un arī VM) skaidri pasaka, ko valsts iepērk – pakalpojuma apjomu, kādi ir tā standarti un kvalitāte. Ar šo modeli tiktu nodrošināta visiem Latvijas iedzīvotājiem vienlīdzīga pieeja kvalitatīvam pakalpojumam. Konkurence būtu pakalpojuma sniedzēju starpā. Lai minēto varētu nodrošināt, papildus nepieciešamo finansējumu varētu iegūt no sociālajām iemaksām. Papildus ieguvums tam būtu pieeja sociālajai datu bāzei un arī individualizēta pieeja katram pacientam (katra vizīte tiktu fiksēta). Svarīgi, ka šobrīd LV ir liela sociāli aizsargājamo personu grupa (bērni, pensionāri), kam šo naudu varētu novirzīt. Praktiski tā būtu viena procenta pārdale no sociālajām iemaksām veselībai, kas ļautu papildus esošajam budžeta finansējumam veselības aprūpei novirzīt aptuveni 70 miljonus eiro gadā.

Otrais variants (t.s. Nīderlandes modelis vai Latvijas Bankas atbalstītais) paredz veselības maksājumu, ko veiktu visi strādājošie. Iemaksas veiktu arī valsts par sociāli aizsargājamām grupām. Modelis paredz nodokļu atlaides tiem, kas veic iemaksas. Pakalpojumu iepērk privātais apdrošinātājs, papildus valsts nodrošinātajai veselības aprūpei. Savukārt Veselības riska fonds izlīdzina iemaksas. Saskaņā ar šo modeli konkurence veidojas pakalpojuma iepircēju starpā, līdz ar ko ir risks, ka labākie pakalpojumi tiks privātajiem pakalpojuma sniedzējiem un iedzīvotājiem tie nebūs pieejami. A.Čakša norāda, ka pati šādu modeli neatbalsta arī tādēļ, ka katram iedzīvotājam mēnesī varētu būt jāmaksā vismaz 25eiro, un, lai arī tas uzreiz dotu veselības budžetā būtisku naudas pieplūdumu, liela daļa sabiedrības nevarētu atļauties katru mēnesi novirzīt papildu līdzekļus veselības apdrošināšanai. NL šādu modeli izvēlējās, jo viņiem vēsturiski bija privātās apdrošināšanas modelis, kuram valsts pievienoja savu finansējumu, līdz ar ko kopējais finansējums veselības aprūpei pieauga par 5%.

Trešais modelis (t.s. Amerikas) paredz dalīto grozu, nodalot neatliekamo palīdzību un atsevišķu medicīnisko palīdzību tiem iedzīvotājiem, kas saistīti ar specifiskām iemaksām vai nodokļiem. Šis modelis neatbilst Satversmes 11.pantā noteiktajam. Modeļa stiprā puse ir tas, ka ir skaidri nodefinēts, ko nodrošina valsts un ko privātais apdrošinātājs.

Diskusijā par finansēšanas modeļiem tiek izteikts atbalsts 1. modelim, minot šādus argumentus:

- Modelis, kad finansējuma daļa tiek iegūta no sociālās apdrošināšanas, tiek izmantots lielā daļā Eiropas valstu, taču papildus pakāpeniski jāpalielina veselībai paredzētā finansējuma daļa no IKP, lai iegūtu nepieciešamos līdzekļus. Ministre uzsver, ka pie tā šobrīd tiek strādāts un laika grafiks finansējuma palielināšanai paredzēts 7 gadiem, skaidri norādot, kas ar šo naudu tiks izdarīts.

-LT un EE atļaujas iezīmēt 7-13% no iemaksām sociālajā budžeta (pie tam iemaksas līdzīgas kā LV), bet mēs šobrīd diskutējam tikai par 1%.

-Pirmais modelis ir labi saprotams ģimenes ārstiem, tas ir solidārs, pakalpojuma grozs skaidri definēts (kas novērstu pašreiz iespējamās falsifikācijas). Caur sociālajām iemaksām definētā daļa skaidri pasaka kā nepieciešamo papildus naudu dabūt.

-Pirmais modelis būtu saprotams sabiedrībai, taču vienlaikus svarīgi, cik ātri nepieciešamā naudas masa tiks iepludināta nozarē. Savukārt politiķiem jāsaprot, ka sistēma būs caurspīdīga un ekskluzīvi izņēmumi nebūs.

-Cilvēki papildus iemaksas, ko paredz otrais un trešais modelis, nevarēs atļauties. Privātās apdrošināšanas risks saistās ar to, ka to sabiedrības locekļu, kas nevar atļauties veselības aprūpi, paliks vēl vairāk.

Jautājumā par risinājumiem finansējuma piesaistei izteikti šādi viedokļi, iespējamie riski un priekšlikumi:

-Sabiedrība skaidri un argumentēti jāinformē par ieguvumiem no pirmā modeļa, īpaši ieguvēji varētu būt pensionāri, sociāli aizsargājamās grupas.

-Ēnu ekonomikas mazināšana finanšu ieguvei, kas gan nav veselības aprūpes uzdevums, bet mēs noteikti varam popularizēt nepieciešamību maksāt nodokļus.

-Jārēķinās ar politisko sviru, nepieciešams atbalsts no ļoti daudzām organizācijām.

-Jārēķinās ar sociālā budžeta iespējām, jo arī tas ir ierobežots.

-Skaidri jānodala sociālie pakalpojumi no veselības pakalpojumiem.

-Skaidri jāpasaka, ko valsts var atļauties, kā arī, kāda ir pakalpojuma reālā cena, jo šobrīd valsts apmaksāto pakalpojumu tarifs ir zem reālās cenas.

-Nepieciešama izejošās daļas tēriņu analīze, uzraudzības stiprināšana.

-Izskatāma farmaceitiskās aprūpes iekļaušana apmaksātajos pakalpojumos nākotnē.

-Ieteikums finansējuma ieguvei būtu arī nodokļu atvieglojumu pārskatīšana, jo LV ir daudz nodokļu, taču nepieciešamais finansējums netiek iegūts.

-Jāsamazina pārmērīgu kontroļu daudzums, ar ko nelietderīgi tiek tērēta nauda.

-Nepieciešama objektīvu un uz saprotamām vērtībām orientētu kritēriju izstrāde brīvprātīgās apdrošināšanas pakalpojumu pircējiem, lai nebūtu jārunā par lētāko;

-Pēc līdzšinējās pieredzes obligātā apdrošināšana praktiski nestrādā pensiju sistēmā, tādēļ jābūt uzmanīgiem arī veselības jomā.

-Pirmoreiz runājam par % veselības nozarei no kopējā budžeta, - dažas citas nozares, salīdzinot ar citam valstīm, ir pārfinansētas, - uzmanīgi un argumentēti par to jāturpina komunicēt.

-Cilvēkresursu trūkums nozarē ir bīstama problēma. Ar jauno modeli nedrīkst aizmirst algas ārstiem (pakalpojuma cenu) - tarifā lielākā neatbilstības tiesa ir

atalgojumā, kā risināšana savukārt saistīta ar tarifiem, pakalpojuma grozu un nepieciešamo slīmnīcu kartējumu (masterplānu).

Stratēģiskā padome vienojās:

1. Atbalstīt pirmo modeli, kas papildus nepieciešamā finansējuma ieguvei paredz sociālo iemaksu pārdali veselības nozarei.
2. Uzturēt stratēģiskas padomes darbības formātu un turpināt diskutēt par aktuāliem jautājumiem.

Veselības ministre



A. Čakša

Protokolēja
2016.gada 21.jūlijā



A.Segliņa