



World Health  
Organization

REGIONAL OFFICE FOR Europe

# Vai iedzīvotāji var atļauties maksāt par veselības aprūpi?

Jauni pierādījumi par  
finansiālo aizsardzību  
Latvijā

Māris Taube  
Edmunds Vaskis  
Oksana Nesterenko



Latvija

## WHO Barcelona Office for Health Systems Strengthening

The WHO Barcelona Office is a centre of excellence in health financing for universal health coverage (UHC). It works with Member States across WHO's European Region to promote evidence-informed policy making.

A key part of the work of the Office is to assess country and regional progress towards UHC by monitoring financial protection – the impact of out-of-pocket payments for health on living standards and poverty. Financial protection is a core dimension of health system performance and an indicator for the Sustainable Development Goals.

The Office supports countries to develop policy, monitor progress and design reforms through a combination of health system problem diagnosis, analysis of country-specific policy options, high-level policy dialogue and the sharing of international experience. It is also the home for WHO training courses on health financing and health systems strengthening for better health outcomes.

Established in 1999, the Office is supported by the Government of the Autonomous Community of Catalonia, Spain. It is part of the Division of Health Systems and Public Health of the WHO Regional Office for Europe.





World Health  
Organization

REGIONAL OFFICE FOR Europe

# Vai iedzīvotāji var atļauties maksāt par veselības aprūpi?

Jauni pierādījumi par  
finansiālo aizsardzību  
Latvijā

Autori:

Māris Taube

Edmunds Vaskis

Oksana Nesterenko

Redaktori:

Anna Maresso

Sarah Thomson

Sērijas redaktori:

Sarah Thomson

Jonathan Cylus

Tamás Evetovits

# Kopsavilkums un atslēgvārdi

Šis apskats ir viens no pētījumiem, kas veikti dalībvalstīs, lai gūtu jaunus pierādījumus par finansiālo aizsardzību Eiropas veselības sistēmās. Finansiālā aizsardzība ir visaptverošas veselības aprūpes centrālais jautājums un būtiskākais aspekts, kas raksturo veselības sistēmu veikspēju.

VESELĪBAS APRŪPES FINANSĒŠANA  
IZDEVUMI VESELĪBAI  
VESELĪBAS APRŪPES PAKALPOJUMU PIEEJAMĪBA  
FINASĒJUMS, PERSONĀLS  
LATVIJA  
NABADZĪBA  
VISAPTVEROŠA VESELĪBAS APRŪPE

Pieprasījumus pēc PVO Eiropas Reģionālā biroja publikācijām adresēt:

**Publications**  
**WHO Regional Office for Europe**  
**UN City, Marmorvej 51**  
**DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark [Dānija]**

Lai iegūtu dokumentāciju, informāciju par veselības aprūpi vai atļauju citēšanai vai tulkošanai, var aizpildīt arī tiešsaistes pieprasījuma veidlapu, kas pieejama Reģionālā biroja interneta vietnē (<http://www.euro.who.int/pubrequest>)

## © Pasaules Veselības organizācija 2019

Visas tiesības aizsargātas. Pasaules Veselības organizācijas Eiropas Reģionālais birojs aicina iesniegt lūgumus atļaujām pilna vai daļēja publikācijas teksta pārpublicēšanai vai tulkošanai.

Publikācijā izmantotie apzīmējumi un materiāla izklāsts nav uzskatāms par Pasaules Veselības organizācijas viedokli attiecībā uz jebkuras valsts, teritorijas, pilsētas vai reģiona vai tā varas iestāžu juridisko statusu vai robežām. Punktētās līnijas kartēs norāda aptuvenās robežas, par kurām attiecīgajā laikā var nebūt pilnīgas vienprātības.

Uzņēmumu vai konkrētu ražotāju izstrādājumu minēšana nenozīmē, ka Pasaules Veselības organizācija tos ir apstiprinājusi vai ieteikusi, dodot tiem priekšroku salīdzinājumā ar citiem līdzīgiem produktiem, kuri nav minēti. Ja neņem vērā kļūdas un izlaidumus, patentēto preču nosaukumi ir rakstīti ar lielo sākuma burtu.

Pasaules Veselības organizācija ir veikusi visus iespējamus piesardzības pasākumus, lai pārbaudītu publikācijā esošo informāciju. Tomēr publicētā materiāla izplatīšana nav saistīta ar jebkādam – tiešām vai netiešām – garantijām. Lasītājs pats ir atbildīgs par materiāla interpretāciju un izmantošanu. Pasaules Veselības organizācija nekādā gadījumā nav atbildīga par zaudējumiem, kas izriet no tā izmantošanas. Autoru, redaktoru un ekspertu grupu paustie viedokļi ne vienmēr atspoguļo Pasaules Veselības organizācijas lēmumus vai deklarēto politiku.

## Par sēriju

Šajā sērijā, kurā iekļauti apskati par dalībvalstīm, mēs aplūkojam finansiālās aizsardzības jautājumus Eiropas valstu veselības sistēmās, vērtējot to, kā iedzīvotāju personīgie maksājumi ietekmē mājsaimniecību dzīves līmeni. Finansiālā aizsardzība ir visaptverošas veselības aprūpes centrālais jautājums un būtiskākais aspekts, kas nodrošina veselības aprūpes sistēmas veiktspēju.

**Par kādu stratēģiski svarīgu jautājumu iet runa?** Iedzīvotājiem iestājas finansiālas grūtības tad, ja personīgie maksājumi – kā oficiālie, tā arī neoficiālie maksājumi medicīnas preču vai pakalpojumu saņemšanas vietās – ir augsti, salīdzinot ar mājsaimniecību maksātspēju. Personīgie maksājumi var neradīt problēmas, ja summas ir mazas un cilvēki, kas tās maksā, var tās atļauties, bet pat nelieli maksājumi var radīt naudas grūtības maznodrošinātajiem un tiem, kam jāmaksā ilgstoši, piemēram, par zālēm hronisko slimību ārstēšanai. Tur, kur veselības aprūpes sistēmas nespēj iedzīvotājiem nodrošināt atbilstošu finansiālo aizsardzību, viņiem var pietrūkt naudas, lai segtu gan veselības aprūpi, gan citas pamata vajadzības. Tā rezultātā nepietiekama finansiālā aizsardzība var mazināt piekļuvi veselības aprūpei, vājināt iedzīvotāju veselību, padziļināt nabadzību un sociālekonomisko nevienlīdzību. Tā kā noteikta līmeņa personīgie maksājumi ir jāveic itin visās veselības aprūpes sistēmās, finansiālas grūtības var būt jebkuras valsts problēma.

**Kā veic finansiālās aizsardzības novērtējumu valstīs?** Katra apskata pamatā ir mājsaimniecību budžetu apsekojumos iegūto datu analīze. Spriežot par dzīves līmeni pēc mājsaimniecību patēriņa datiem, var novērtēt šādus aspektus:

- cik lielus personīgos līdzekļus, salīdzinot ar maksātspēju, mājsaimniecības tērē veselības aprūpei; personīgos līdzekļus, kas pārsniedz mājsaimniecības maksātspēju, uzskata par *katastrofāliem*;
- cik lielā mērā mājsaimniecības spēj apmierināt savas pamata vajadzības pēc tam, kad samaksāti personīgie maksājumi par veselības aprūpi; maksājumus, kuru rezultātā mājsaimniecības nonāk zem nabadzības vai pamata vajadzību sliekšņa, uzskata par *nabadzībā dzenošiem maksājumiem*;
- kādu mājsaimniecību skaitu skar attiecīgā problēma, kuras mājsaimniecības ir visvairāk apdraudētas un kāda veida veselības aprūpes pakalpojumi rada finansiālas grūtības, un
- kādas ir izmaiņas, kas vērojamas laika gaitā.

**Ko dod finansiālās aizsardzības monitorings?** Apskatos ir noteikti faktori, kas stiprina vai arī vājina finansiālo aizsardzību; tie palīdz saskatīt stratēģiski svarīgus jautājumus un piesaista uzmanību reģioniem, kas būtu jāanalizē sīkāk. Sērijas kopīgais mērķis ir sniegt politikas veidotājiem un citiem lasītājiem pamatotus, konkrētus un praktiskus pierādījumus, kurus var izmantot, lai virzītos uz visaptverošu veselības aprūpi. Visa veida analītiskajiem pētījumiem par finansiālo aizsardzību piemīt kopējs ierobežojums – tajos analizē finansiālās grūtībās nokļuvušās māsaimniecības, kurās vēl aizvien izmanto veselības aprūpes pakalpojumus, turpretim tās, kas finansiālo šķēršļu dēļ medicīnas pakalpojumus neizmanto, paliek ārpus redzesloka. Tāpēc, veidojot apskatus, mēs sistemātiski, kad vien tas iespējams, atgriezāties pie pierādījumiem par neapmierinātajām veselības aprūpes vajadzībām, šādi papildinot analīzi.

**Kā notiek apskatu gatavošana?** Katru apskatu gatavo viens vai vairāki valsts eksperti sadarbībā ar PVO Barselonas Biroju veselības sistēmu stiprināšanai, kas ir PVO Eiropas Reģionālā biroja Veselības sistēmu un sabiedrības veselības nodaļas struktūrvienība. Lai valstis varētu labāk savstarpēji salīdzināt, apskatiem ir vienota standartstruktūra, tiem pamatā ir līdzīgi datu avoti (skatīt 1. pielikumu) un viena un tā pati metodika (skatīt 2. pielikumu). Katru apskatu recenzē pieaicināti eksperti. Ar rezultātiem iepazīstina valstu valdības konsultāciju procedūrā, ko kopīgiem spēkiem veic PVO Eiropas Reģionālais birojs un PVO augstākā līmeņa vadība. Konsultācijās ar dalībvalsti, ņem vērā reģionālos un globālos finansiālās aizsardzības rādītājus (skatīt 3. pielikumu).

**Kas ir pamats PVO darbam pie finansiālās aizsardzības jautājumiem Eiropā?** PVO atbalsts dalībvalstīm iedzīvotāju finansiālās aizsardzības monitoringā Eiropā pamatojas uz Tallinas hartu "Veselības sistēmas veselībai un labklībai", stratēģisko pamatprogrammu "Veselība 2020" un EUR/RC65/R5 rezolūciju par prioritātēm veselības sistēmu stiprināšanai PVO Eiropas reģionā 2015.-2020. gadam, pie kam visos šajos dokumentos ir pausta apņemšanās strādāt, lai panāktu Eiropu, kurā iedzīvotājiem nav jāveic tādi maksājumi par veselību no savas kabatas, kas dzītu tos nabadzībā. Eiropas Reģionālās komitejas rezolūcijā EUR/RC65/R5 ir pausts aicinājums Pasaules Veselības organizācijai nodrošināt dalībvalstīm rīkus un atbalstu finansiālās aizsardzības monitoringam un rīcībpolitikas analīzei, īstenošanai un vērtēšanai. Globālā līmenī PVO atbalstu iedzīvotāju finansiālās aizsardzības monitoringam pamato Pasaules Veselības asamblejas rezolūcija WHA64.9 par ilgtspējīgām struktūrām veselības finansēšanai un visaptverošu veselības aprūpi, ko dalībvalstis pieņēma 2011. gada maijā. Ilgtspējīgas attīstības mērķos (IAM), ko 2015. gadā pieņēma Apvienoto Nāciju Organizācija, arī ir pausts aicinājums uzraudzīt finansiālo aizsardzību un ziņot par to kā vienu no diviem visaptverošas veselības aprūpes rādītājiem. Eiropas Reģionālās komitejas rezolūcija EUR/RC67/R3 – ceļvedis Ilgtspējīgas attīstības programmas 2030 īstenošanai, kas pamatojas uz pamatprogrammu "Veselība 2020" – aicina PVO atbalstīt dalībvalstis virzībā uz visaptverošu veselības aprūpi.

Mēs ļoti gaidīsim jūsu piezīmes un ieteikumus šīs sērijas uzlabošanai un aicinām tos sūtīt, adresējot [euhsf@who.int](mailto:euhsf@who.int).

# Saturs

Attēli, tabulas un izcēlumi	vi
Saīsinājumi	viii
Atzinība	ix
Kopsavilkums	x
<hr/>	
1. Ievads	1
<hr/>	
2. Metodoloģija	5
2.1 Analītiskā pieeja	6
2.2 Datu avoti	6
<hr/>	
3. Veselības aprūpes ietvērums un pieejamība	7
3.1 Ietvērums	8
3.2 Pieejamība, izmantošana un neapmierinātās vajadzības	15
3.3 Kopsavilkums	20
<hr/>	
4. Mājsaimniecību izdevumi veselībai	21
4.1 Personīgie maksājumi par veselību	22
4.2 Neoficiālie maksājumi	27
4.3 Kas nosaka izmaiņas personīgajos maksājumos?	27
4.4 Kopsavilkums	29
<hr/>	
5. Finansiālā aizsardzība	31
5.1 Kāds ir to mājsaimniecību skaits, kurām ir finansiālas grūtības?	32
5.2 Kam ir finansiālas grūtības?	34
5.3 Kuru veselības aprūpes pakalpojumu dēļ iedzīvotāji nonāk finansiālās grūtībās?	37
5.4 Cik lielas ir finansiālās grūtības?	40
5.5 Salīdzinājums ar citām valstīm	41
5.6 Kopsavilkums	42
<hr/>	
6. Faktori, kas stiprina vai arī vājina finansiālo aizsardzību	43
6.1 Faktori, kas ietekmē iedzīvotāju spēju maksāt par veselības aprūpi	44
6.2 Veselības sistēmas faktori	46
6.3 Kopsavilkums	52
<hr/>	
7. Secinājumi politikai	55
<hr/>	
Atsauces	58
1. pielikums. Mājsaimniecību budžetu apsekojumi Eiropā	61
2. pielikums. Metodes finansiālās aizsardzības noteikšanai Eiropā	64
3. pielikums. Reģionālie un globālie finansiālās aizsardzības rādītāji	71
4. pielikums. Terminu skaidrojums	75

# Attēli

- 1. attēls.** Iedzīvotāju daļa, kas ir BVA polišu turētāji, 2008–2013  
14
- 2. attēls.** Izmaiņas stacionāro un ambulatoro aprūpes pakalpojumu izmantošanā, 2008–2013  
15
- 3. attēls.** Izmaiņas reģistrēto zāļu apjomā un cenās, 2008–2013  
16
- 4. attēls.** Neapmierinātās vajadzības pēc veselības aprūpes un zobārstniecības pakalpojumiem izmaksu, attāluma un pacientu rindu dēļ saskaņā ar iedzīvotāju pašnovērtējumu Latvijā un ES27, 2005–2016  
18
- 5. attēls.** Nevienlīdzība ienākumos un neapmierinātās vajadzības pēc veselības aprūpes un zobārstniecības pakalpojumiem izmaksu, attāluma un pacientu rindu dēļ saskaņā ar iedzīvotāju pašnovērtējuma Latvijā un ES27, 2005–2016  
19
- 6. attēls.** Mājsaimniecību daļa, kas maksā personīgos maksājumus, un mājsaimniecības, kas tos nemaksā  
22
- 7. attēls.** Mājsaimniecību daļa, kas nav norādījušas personīgos maksājumus, pēc patēriņa kvintiles  
23
- 8. attēls.** Ikgadējie personīgie maksājumi par veselības aprūpi uz vienu iedzīvotāju atkarībā no patēriņa kvintiles  
24
- 9. attēls.** Personīgo maksājumu par veselības aprūpi īpatsvars mājsaimniecību patēriņā pa patēriņa kvintilēm  
25
- 10. attēls.** Kopējie personīgie izdevumi pa veselības aprūpes veidiem  
26
- 11. attēls.** Kopējie personīgie izdevumi pa veselības aprūpes veidiem un patēriņa kvintilēm 2013. gadā  
26
- 12. attēls.** Izdevumi par veselības aprūpi uz vienu iedzīvotāju gadā pa aprūpes veidiem  
27
- 13. attēls.** Personīgie maksājumi kā kopējo veselības izdevumu daļa, 2004 – 2005  
28
- 14. attēls.** Izdevumi par veselību uz vienu iedzīvotāju pēc finansēšanas veida, 2004 – 2005  
28
- 15. attēls.** Mājsaimniecību daļa, kurai pēc personīgo maksājumu veikšanas ir risks nonākt nabadzībā  
32
- 16. attēls.** Mājsaimniecību daļa ar katastrofāliem personīgajiem maksājumiem  
33
- 17. attēls.** Mājsaimniecību daļa ar katastrofāliem personīgajiem maksājumiem pēc riska nonākt nabadzībā  
35
- 18. attēls.** Mājsaimniecību daļa ar katastrofāliem personīgajiem maksājumiem pēc patēriņa kvintilēm  
35
- 19. attēls.** Pensionāru mājsaimniecību daļa ar katastrofāliem personīgajiem maksājumiem  
36
- 20. attēls.** Katastrofālie personīgie izdevumi pa veselības aprūpes veidiem  
37
- 21. attēls.** Katastrofālie personīgie izdevumi pa veselības aprūpes veidiem un patēriņa kvintilēm  
38
- 22. attēls.** Personīgo maksājumu īpatsvars mājsaimniecību kopējos izdevumos vēl lielākā nabadzībā nonākušo mājsaimniecību vidū  
40
- 23. attēls.** Personīgo maksājumu īpatsvars mājsaimniecību kopējos izdevumos mājsaimniecībās, kuru izdevumi bijuši katastrofāli, pa patēriņa kvintilēm  
40



## Tabulas

## Izcēlumi

**24. attēls.** Katastrofālie maksājumi par veselību un personīgo maksājumu īpatsvars kopējos izdevumos par veselības aprūpi Eiropas valstīs pēdējos gados, par kuriem pieejama informācija  
41

**25. attēls.** Bezdarba līmenis, 2008 – 2013  
44

**26. attēls.** Izmaiņas izmaksās pamatvajadzību apmierināšanai, maksātspēja un mājsaimniecības zem pamatvajadzību sliekšņa  
45

**27. attēls.** Nabadzības vai sociālās atstumtības risks starp gados jaunākiem (no 16 līdz 64 gadiem) un gados vecākiem (65 gadi un vairāk) cilvēkiem, 2005 – 2017  
46

**28. attēls.** Valsts sektora izdevumi veselībai un IKP uz vienu iedzīvotāju ES valstīs, 2015  
47

**29. attēls.** Valsts sektora izdevumi veselībai kā valsts budžeta izdevumu daļa ES valstīs, 2015  
48

**30. attēls.** Zāļu lietošana ES valstīs, 2014  
51

**31. attēls.** Ambulatorajai ārstēšanai vajadzīgo zāļu īpatsvars kopējos izdevumos par veselības aprūpi pēc zāļu veida un finansēšanas mehānisma, 2015  
52

**1. tabula.** Katastrofālo un nabadzībā dzenošo veselības aprūpes izdevumu galvenie parametri  
6

**2. tabula.** Pacientu līdzmaksājumi valsts apmaksātajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, 2015  
10

**3. tabula.** Izmaiņas pacientu iemaksās, 2008–2015  
12

**4. tabula.** Ietvēruma nepilnības  
14

**5. tabula.** Izmaiņas veselības aprūpes tarīfos (procentos pret iepriekšējo gadu)  
29

**1. izcēlums.** Pacienta iemaksu maksimālās summas un atbrīvojumi  
13

**2. izcēlums.** Neapmierinātās vajadzības pēc veselības aprūpes pakalpojumiem  
17

# Saīsinājumi

<b>ES</b>	Eiropas Savienība
<b>ES13</b>	Eiropas Savienības dalībvalstis, kas pievienojušās ES pēc 2004. gada 30. aprīļa
<b>ES15</b>	Eiropas Savienības dalībvalstis laikā no 1995. gada 1. janvāra līdz 2004. gada 30. aprīlim
<b>ES27</b>	Eiropas Savienības dalībvalstis kopš 2007. gada 1. janvāra
<b>ES28</b>	Eiropas Savienības dalībvalstis kopš 2013. gada 1. jūlija
<b>EU-SILC</b>	Eiropas Savienības statistika par ienākumiem un dzīves apstākļiem
<b>IKP</b>	iekšzemes kopprodukts
<b>NVD</b>	Nacionālais veselības dienests
<b>BVA</b>	brīvprātīgā veselības apdrošināšana

# Atzinība

Šo finansiālajai aizsardzībai veltīto apskatu sēriju veido PVO Barselonas Birojs veselības sistēmu stiprināšanai, kas ir Hansa Klīges [Hans Klüge] vadītās Veselības sistēmu un sabiedrības veselības nodaļas struktūrvienība PVO Eiropas Reģionālajā birojā. Sērijas redaktori ir Sāra Tomsone [Sarah Thomson], Džonatans Sailuss [Jonathan Cylus] un Tamāšs Evetovits [Tamás Evetovits].

Latvijai veltītā finansiālās aizsardzības apskata autori ir Māris Taube (Rīgas Stradiņa universitāte, Latvija), Edmunds Vaskis (Centrālā statistikas pārvalde, Latvija) un Oksana Nesterenko (Centrālā statistikas pārvalde, Latvija). Apskata redaktori ir Anna Mareso [Anna Mareso] un Sāra Tomsone [Sarah Thomson] (PVO Barselonas birojs).

PVO Barselonas birojs izsaka pateicību Kārlim Ketneram (Veselības ministrija, Latvija) un Ģirtam Briģim (Rīgas Stradiņa universitāte, Latvija) par piezīmēm apskata agrīnā tapšanas stadijā.

Mēs izsakām arī pateicību Latvijas Centrālajai statistikas pārvaldei par mājsaimniecību budžetu apsekojumu datiem, kas bija pieejami apskata autoriem.

2017. un 2018. gadā, kad notika konsultācijas par vispārējās veselības apdrošināšanas rādītājiem, datus par finansiālo aizsardzību saņēma arī Latvijas Veselības ministrijai.

PVO izsaka pateicību par Apvienotās Karalistes Starptautiskās attīstības departamenta piešķirto finansējumu no "Valstu veselības stiprināšanas" programmas līdzekļiem, kā arī Spānijas Katalonijas autonomā apgabala valdības finansiālo atbalstu. Latviešu valodā tekstu tulkojusi Māra Sosāre ar Ģirta Briģa un Aigas Rūrānes atbalstu.

Apskata veidošanu koordinēja Huans Garsia-Dominges [Juan García Domínguez] (PVO Barselonas birojs). Mēs pateicamies arī Aleksam Artigalam [Aleix Artigal] un Alekss Prieto [Alex Prieto] (par dizaina un salikuma veidošanu) un Huanam Garsia-Domingesam [Juan García Domínguez] (par korektūru). Latviešu valodā tekstu tulkojusi Māra Sosāre ar Ģirta Briģa un Aigas Rūrānes atbalstu.

Citējot apskatu, lūdzam to darīt ar šādu atsauci – Taube M., Vaskis E., Nesterenko O. (2018). Vai iedzīvotāji var atļauties maksāt par veselības aprūpi? Jauni pierādījumi par finansiālo aizsardzību Latvijā. Kopenhāgena, PVO Eiropas Reģionālais birojs.

# Kopsavilkums

Latvijas veselības sistēmā ļoti liela nozīme ir personīgajiem maksājumiem no "iedzīvotāju kabatas". Personīgo maksājumu daļa Latvijā kopējos veselības aprūpes izdevumos ir starp visaugstākajām Eiropas Savienībā (ES), un 2015. gadā tā sasniedza pat 42 %, kas ir divas reizes vairāk nekā vidēji Eiropā (22 %). Šis lielais īpatsvars norāda uz relatīvi mazo valsts sektora izdevumu daļu, kas atvēlēta veselībai (2015. gadā tie bija 8,9 %, salīdzinot ar 13,5 %, ko vidēji atvēl ES valstīs), un ietvēruma politikas struktūru.

Finansiālā aizsardzība Latvijā ir vājāka nekā citās ES valstīs. To māsaimniecību daļa, kuru personīgie maksājumi par veselību bija katastrofāli, palielinājās no 10 % 2008. gadā līdz 13 % – 2013. gadā. Nabadzībā vai vēl lielākā nabadzībā nonāca aptuveni 4 % māsaimniecību, kas bija spiestas maksāt par veselību no savas kabatas. Katastrofālie personīgie maksājumi visvairāk ietekmē nabadzīgākās māsaimniecības, tie bieži vērojami pensionāru vidū, un tos lielā mērā izraisa izdevumi zāļu iegādei ambulatorajā sektorā.

Personīgo maksājumu radītās finansiālās grūtības rodas triju mehānismu darbības rezultātā:

- Nacionālais veselības dienests (NVD) neapmaksā attiecīgos pakalpojumus, piemēram, zobārstniecību pieaugušajiem, un nesedz izmaksas par ambulatorajiem pacientiem vajadzīgajām zālēm, ja tās nav kompensējamo zāļu sarakstā;
- NVD sedz ierobežotu pakalpojumu apjomu, kā rezultātā veidojas garas rindas, rosinot tos, kuri var atļauties, maksāt par privātu ārstēšanos (vai pašārstēties ar pašu pirktām zālēm), un
- gandrīz visiem NVD segtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem piemēro pacienta iemaksas, nodrošinot vien vājus aizsardzības mehānismus.

Brīvprātīgās veselības apdrošināšanas (BVA) polises šajos gadījumos nepalīdz. Tās galvenokārt iegādājas turīgākās māsaimniecības, vēl vairāk saasinot nevienlīdzību piekļuvē veselības aprūpei.

Laikā no 2008. līdz 2010. gadam visnabadzīgākajās kvintilēs iedzīvotāju finansiālā aizsardzība uzlabojās, bet stāvoklis kopumā saglabājās nemainīgs. Laikā līdz 2013. gadam stāvoklis kopumā pasliktinājās, un to lielā mērā noteica katastrofālu maksājumu rašanās vismazāk nodrošināto iedzīvotāju kvintilēs. Iespējamie skaidrojumi tam, kāpēc katastrofālo maksājumu biežums visnabadzīgāko māsaimniecību vidū laikā no 2009. līdz 2010. gadam samazinājās un 2013. gadā pieauga, ir šādi:

- 2009. gadā ļoti nabadzīgajām mājsaimniecībām noteica atbrīvojumu no līdzmaksājumu veikšanas ar sociālās drošības tīkla starpniecību, un no 2010. līdz 2012. gadam šo pašu atbrīvojumu attiecināja arī uz citām mazāk nodrošinātajām mājsaimniecībām;
- iedzīvotāju atbildes liecina par pieaugumu neapmierinātajās vajadzībās pēc veselības aprūpes un zobārstniecības pakalpojumiem, sākot no 2010. gada, un
- tā kā pensijas krīzes laikā turpināja izmaksāt, gados vecāku cilvēku vidū nabadzības risks samazinājās, turpretim jaunāku cilvēku vidū tas pieauga.

Finansiālās aizsardzības stiprināšanai vajadzīgi valsts sektora papildu ieguldījumi veselības aprūpes sistēmā. Latvijā valsts izdevumi veselības aprūpei ir zemāki par to, ko valsts var atļauties, ņemot vērā IKP. Liekot lietā sociālās drošības tīkla darbības rezultātā gūtās mācības, jebkurš valsts izdevumu palielinājums jāizmanto NVD segtās apdrošināšanas paplašināšanai, par prioritāti nosakot lielāku aizsardzību mazāk nodrošinātajiem iedzīvotājiem pieaugušo vecumā un cilvēkiem, kas regulāri izmanto veselības aprūpes pakalpojumus.

Īpaša uzmanība jāpievērš šādām jomām:

- neapmierinātās vajadzības pēc ārstniecības un zobārstniecības pakalpojumiem, jo īpaši starp nabadzīgiem cilvēkiem,
- ambulatorajai ārstēšanai nepieciešamo zāļu pieejamības uzlabošana, paplašinot kompensējamo zāļu sarakstu, samazinot līdzmaksājumu daļu un ieskaitot receptu zāles maksimālajā līdzmaksājumu summā;
- pārāk augstās un neefektīvās līdzmaksājumu maksimālās summas samazināšana un lielākas iedzīvotāju daļas atbrīvošana no līdzmaksājumu veikšanas, un
- plaša bezreceptu zāļu lietošana, kas ievērojami pārsniedz šādu zāļu lietošanu citās ES valstīs.



# 1. Ievads

Šajā apskatā mēs vērtējam, cik lielā mērā Latvijas iedzīvotāji izjūt finansiālas grūtības, izmantojot veselības aprūpes pakalpojumus, tostarp pērkot zāles. Pētījumi liecina, ka risks nonākt finansiālās grūtībās ir lielāks, ja valsts sektora izdevumi veselībai, salīdzinot ar iekšzemes kopproduktu (IKP), ir zemi un iedzīvotāji paši sedz relatīvi lielu kopējo veselības izdevumu daļu (Xu et al., 2003; Xu et al., 2007; WHO, 2010). Tomēr valsts izdevumu palielināšana vai personīgo maksājumu samazināšana pati par sevi vēl negarantē labāku finansiālo aizsardzību. Svarīga nozīme ir arī politiskajām nostādnēm.

Latvija veselības aprūpei tērē mazāk nekā lielākā daļa Eiropas Savienības (ES) valstu. Valsts izdevumi veselības aizsardzībai 2015. gadā bija 3,3 % no IKP, kas ir otrais zemākais proporcionālais rādītājs ES. Ļoti zema ir gan valsts sektora daļa kopējos izdevumos, kas tiek tērēti veselībai, gan veselībai atvēlētā valsts budžeta daļa. Tā rezultātā personīgie maksājumi ir starp visaugstākajiem ES. Iedzīvotāju personīgie maksājumi 2015. gadā veidoja gandrīz 42% no kopējiem tēriņiem veselībai, gandrīz divas reizes pārsniedzot ES vidējo līmeni 22%.

Laikā no 2005. līdz 2007. gadam, kad ekonomika strauji auga, veselības sistēmā lielu izmaiņu nebija. Tā laika reformas bija galvenokārt vērstas uz iestāžu centralizāciju un pārorientēšanos no stacionārās uz ambulatoro aprūpi (Mitenbergs et al., 2012). 2008. gadā Latvijas ekonomikā iestājās satricinājums. IKP 2009. gadā samazinājās gandrīz par 18 %, un strauji pieauga bezdarbs, kas 2010. gadā sasniedza 20 % (Taube et al., 2015). Valsts izdevumiem, tostarp veselības nozarē, noteica stingrus ierobežojumus. Budžeta konsolidācija deva impulsu daudzām tālejošām reformām, tostarp plašai slimnīcu reorganizācijai un sašaurināšanai, slimnīcām paredzēto valsts izdevumu samazināšanai, valsts veselības aģentūru apvienošanai, medicīnas darbinieku algu samazināšanai un izmaiņām zāļu references cenu sistēmā, lai samazinātu zāļu cenas (Taube et al., 2015). 2011. gadā Latvijā nodibināja Nacionālo veselības dienestu (NVD), ar iedzīvotāju ietvērumu pēc to dzīves vietas.

Izmaiņas politikā, kas visvairāk skāra finansiālo aizsardzību, bija šādas: pacienta iemaksu paaugstināšana par gandrīz visiem NVD pakalpojumiem, NVD kompensēto pakalpojumu "groza" sašaurināšana un sociālās drošības tīkla stratēģijas ieviešana no 2009. gada, lai aizsargātu trūcīgās un maznodrošinātās mājsaimniecības, nosakot tām atbrīvojumu no līdzmaksājumiem vai tos samazinot. Sociālās drošības tīkls bija daļa no lielākas Latvijas valdības strukturālo reformu paketes, kuru īstenoja ar Pasaules Bankas, Eiropas Komisijas un Starptautiskā Valūtas fonda atbalstu. Ārējais finansējums gan bija pieejams tikai līdz 2011. gada beigām. No 2012. gada daži elementi, piemēram, atbrīvojums no līdzmaksājumiem visnabadzīgākajām mājsaimniecībām, vēl turpināja darboties, pamatojoties uz valsts veselības budžeta finansējumu, bet citus elementus nācās pārtraukt nepietiekamā finansējuma dēļ. Šī apskata vajadzībām analizētie mājsaimniecību budžetu dati liecina, ka sociālās drošības tīklam bija ļoti svarīga loma krīzes negatīvās ietekmes mazināšanai daļā mājsaimniecību.

Finansiālā aizsardzība Latvijā ir bijusi vairāku pasaules līmeņa pētījumu objekts, un izpēte veikta, pamatojoties uz deviņdesmito gadu mājsaimniecību budžetu apsekojumiem vai arī Pasaules veselības aptaujas



datiem par 2002.-2003. gadu (Yerramilli et al., 2018). Vēlākos gados veiktie pasaules līmeņa pētījumi pamatojās uz mājsaimniecību budžetu apsekojuma datiem par 2006. gadu (WHO & World Bank, 2015, 2017). Nacionālā līmeņa pētījumā par iedzīvotāju personīgajiem maksājumiem izmantoja 2002.-2006. gada mājsaimniecību budžetu apsekojumu datus (Xu et al., 2009). Savukārt šajā analīzē ir izmantoti mājsaimniecību budžetu apsekojumu dati par 2008., 2009., 2010. un 2013. gadu un metodoloģija, salīdzinot ar citiem pētījumiem, ir atšķirīga.

Apskats veidots saskaņā ar šādu struktūru: 2. sadaļā ir izklāstīta analītiskā pieeja un norādīti finansiālās aizsardzības mērījumiem izmantotie datu avoti. 3. sadaļā ir īss pārskats par veselības aprūpes ietvērumu un veselības aprūpes pieejamību. 4. un 5. sadaļā ir mājsaimniecību datu statistiskā analīze, veltot 4. sadaļu personiskajiem maksājumiem un 5. sadaļu finansiālajai aizsardzībai. 6. sadaļā ir pārspriesti finansiālās aizsardzības analīzes rezultāti un noteikti faktori, kas stiprina vai vājina finansiālo aizsardzību – gan faktori, kas ietekmē iedzīvotāju spēju maksāt par veselības aprūpi, gan arī veselības sistēmas faktori. 7. sadaļā ir secinājumi politikas veidotājiem. 1. pielikumā ir informācija par mājsaimniecību budžetu apsekojumiem, 2. pielikumā ir norādītas izmantotās metodes un 4. pielikumā – doti terminu skaidrojumi.



## 2. Metodoloģija

Šajā sadaļā ir īsumā aprakstīta pētījumā izmantotā analītiskā pieeja un galvenie datu avoti. Sīkāku informāciju var atrast 1., 2. un 3. pielikumā.

## 2.1 Analītiskā pieeja

Šajā pētījumā veiktā finansiālās aizsardzības analīze pamatojas uz PVO Eiropas Reģionālā biroja izstrādāto pieeju, kurā izmantotas pārbaudītas metodes finansiālās aizsardzības mērīšanai (Wagstaff & van Doorslaer, 2003; Xu et al., 2003). Finansiālās aizsardzības mērījumiem izmanto divus galvenos rādītājus – katastrofālos personīgos maksājumus un personīgos maksājumus, kuru dēļ mājsaimniecības nonāk nabadzībā. 1. tabulā ir apkopoti katra rādītāja galvenie parametri.

## 2.2 Datu avoti

Pētījumā ir analizēti anonīmi mikrodati, kuru avots ir Latvijas mājsaimniecību budžetu apsekojumi, kas veikti 2008., 2009., 2010. un 2013. gadā.

Visas naudas vienības ir norādītas eiro. *Lati*, kas minēti mājsaimniecību budžeta apsekojumā pirms 2014. gada, ir konvertēti eiro pēc kursa 1,42 eiro par 1 latu.

1. tabula. Katastrofālo un nabadzībā dzenošo veselības aprūpes izdevumu galvenie parametri

Katastrofālie personīgie maksājumi	
<b>Definīcija</b>	Raksturo to mājsaimniecību daļu, kurā personīgie maksājumi par 40 % pārsniedz mājsaimniecības spēju maksāt par veselības aprūpi
<b>Skaitītājs</b>	Personīgie maksājumi, kurus "no savas kabatas" veic mājsaimniecība
<b>Saucējs</b>	Mājsaimniecības kopējais <i>patēriņš</i> , kas samazināts par standarta summu pamata vajadzību segšanai. Standarta summu pamata vajadzību segšanai aprēķina kā vidējo summu, ko mājsaimniecības, kuras pēc patēriņa ierindojamas starp 25. un 35. percentili, tērē pārtikai, mājoklim un <i>komunālajiem maksājumiem</i> un kas koriģēta, ņemot vērā mājsaimniecības locekļu skaitu un tās sastāvu
<b>Diferenciācija</b>	Rezultāti ir diferencēti pa mājsaimniecību <i>kvintilēm</i> pēc patēriņa. Diferenciācija veikta, ņemot vērā dzīvesvietu (pilsēta - lauki), mājsaimniecības galvas vecumu, mājsaimniecības sastāvu un attiecīgos gadījumos citus faktorus
Personīgie maksājumi, kas liek mājsaimniecībai nonākt nabadzībā	
<b>Definīcija</b>	Raksturo to mājsaimniecību daļu, kura pēc personīgo maksājumu veikšanas <i>nonāk nabadzībā</i> vai <i>vēl lielākā nabadzībā</i>
<b>Nabadzības sliekšnis</b>	Pamata vajadzību sliekšnis, kuru aprēķina kā vidējo summu, ko mājsaimniecības, kuras pēc patēriņa ierindojamas starp 25. un 35. percentili, tērē pārtikai, mājoklim un komunālajiem pakalpojumiem un kas samērota pēc mājsaimniecības locekļu skaita un tās sastāva
<b>Nabadzības parametri</b>	Mājsaimniecībām, kas nonākušas vēl lielākā nabadzībā, nonākušas nabadzībā, ir risks nonākt nabadzībā un nav risks nonākt nabadzībā pēc personīgo maksājumu veikšanas
<b>Diferenciācija</b>	Rezultātus var diferencēt pa mājsaimniecību kvintilēm pēc patēriņa un attiecīgos gadījumos citiem faktoriem.

Piezīme: Kursīvā norādīto vārdu definīcijas skatīt 4. pielikumā.

Avots: Thomson et al. (2018).

# 3. Veselības aprūpes ietvērums un pieejamība

Šajā sadaļā ir īsi aprakstīta valsts finansētās veselības aprūpes ietvēruma pārvaldība un parametri (iedzīvotāju tiesības, ietvertie pakalpojumi un pacientu iemaksas), kā arī brīvprātīgās veselības apdrošināšanas (BVA) vieta sistēmā. Tajā apkopotas dažas galvenās tendences veselības pakalpojumu izmantošanas biežumā, neapmierināto vajadzību līmenis un nevienlīdzība pakalpojumu izmantošanas un neapmierināto vajadzību ziņā.

## 3.1 Ietvērums

Tiesības uz valsts finansēto "grozu", ko apmaksā Nacionālais veselības dienests (NVD), ir noteiktas tiesību aktos. NVD apmaksāto pakalpojumu apjomu un pacienta iemaksas nosaka Veselības ministrija MK noteikumos.

### 3.1.1 Iedzīvotāju tiesības

Laika posmā, ko aptver šī analīze, NVD jau darbojās. Ārstniecības likums garantēja piekļuvi veselības aprūpei visiem Latvijas pilsoņiem, ES dalībvalstu Eiropas Ekonomikas zonas valstu un Šveices pilsoņiem, kuriem Latvijā bija pastāvīgā dzīvesvieta, gan nodarbinātajiem, gan arī pašnodarbinātajiem, viņu ģimenes locekļiem, trešo pušu valstspiederīgajiem ar pastāvīgām uzturēšanās atļaujām Latvijā, bēgļiem, patvēruma meklētājiem un cilvēkiem, kam piešķirts alternatīvais statuss, ieslodzītajiem un nepilsoņiem, kas nav Latvijas vai kādas citas valsts pilsoņi, bet kuriem saskaņā ar Latvijas likumu "Par to bijušās PSRS pilsoņu statusu, kuriem nav Latvijas vai citas valsts pilsonības" ir tiesības uz Latvijas valdības izdotu nepilsoņa pasi, kā arī citas īpaši noteiktas tiesības.

No jauna pieņemtie tiesību akti par veselības aprūpes finansēšanu 2018. gadā runā par valsts obligāto veselības apdrošināšanas sistēmu. Kopš 2018. gada tiesības uz pilnu valsts finansēto pakalpojumu "grozu" ir tiem, kuri maksā personificētu īpaši veselībai iezīmētu sociālās apdrošināšanas iemaksu, un personām, kas ietilpst kādā no valsts apdrošināto iedzīvotāju grupām (kopumā tādu ir 21, piemēram, bērni, pensionāri un cilvēki ar invaliditāti). Tiesības uz minimālo "grozu" (neatliekamo palīdzību, ģimenes ārsta aprūpi, maternitātes pakalpojumiem, psihiatrisko aprūpi, infekcijas slimību ārstēšanu un kompensāciju par zālēm) ir arī tiem cilvēkiem strādājošo vecumā, kas neveic obligātās iemaksas (piemēram, tāpēc, ka viņiem nav ar nodokli apliekamu ienākumu); viņiem ir iespēja pievienoties obligātajai veselības apdrošināšanas sistēmai, veicot ikgadēju iemaksu.

### 3.1.2 Ietvertie pakalpojumi

Ir precīzi noteikts tas, kas NVD "grozā" ir iekļauts un kas tajā nav iekļauts. Pakalpojumu klāsts ir mazāk plašs nekā daudzās citās ES valstīs. Valsts apdrošinātajos pakalpojumos nav iekļauti zobārstniecības pakalpojumi pieaugušajiem, rehabilitācija (ar garu izņēmumu sarakstu), lielākā daļa rehabilitējošo un psihoterapijas pakalpojumu, arodveselības pārbaudes, redzes korekcija, dzirdes aparāti pieaugušajiem, psihoterapija, balneoterapijas procedūras un grūtniecības pārtraukšana (ja vien to nepamato medicīniski vai sociāli apsvērumi).

Kaut arī formāli valsts apmaksātie pakalpojumi aptver plašu pakalpojumu klāstu, praksē speciālistu un slimnīcu sniegtos ambulatoros un stacionāros pakalpojumus stingri ierobežo ar gada "kvotu" sistēmas starpniecību. Tiklīdz pakalpojumu sniedzēju ikgadējā NVD "kvota" ir sasniegta, pacientiem jāgaida līdz nākamajam gadam, kad "kvota" tiks atjaunota, un tāpēc veidojas garas rindas. Nav arī garantēts gaidīšanas laika maksimālais ilgums. Pacientiem, kuri nevēlas gaidīt vai vēlas saņemt pakalpojumus, kas nav iekļauti NVD "grozā", jāsedz visas izmaksas personīgi vai arī ar BVA starpniecību.

---

1. 2016. gadā ieviesa prasību, ka daži ļoti specializēti diagnostiskie un laboratoriskie izmeklējumi ir pieejami tikai ar speciālista norīkojumu.

Jaunu pakalpojumu iekļaušanu NVD "grozā" nosaka vairāki kritēriji, bet svarīgākais apsvērums ir finansiālo resursu pieejamība. Pirms kompensējamo zāļu saraksta papildināšanas ar jaunām zālēm veic izmaksu efektivitātes izpēti saskaņā ar "Kopīgajām Baltijas valstu vadlīnijām par zāļu ekonomisko novērtējumu" (Latvijas valdība, 2006). NVD kompensējamo zāļu saraksts ir diezgan īss un attiecas tikai uz atsevišķām diagnožu grupām. Tāpēc par daudzām recepšu zālēm un visām bezrecepšu zālēm pacienti maksā pilnu cenu no savas kabatas (World Bank, 2010; Mitenbergs et al., 2012).

Ģimenes ārsti veido galveno posmu, caur kuru pacienti nonāk veselības aprūpes sistēmā un saņem nosūtījumus specializētu pakalpojumu saņemšanai, kaut arī ir daži speciālisti (piemēram, pediatri, ginekologi un oftalmologi), pie kuriem var griezties bez nosūtījuma. Līdzīgā kārtā pacienti ar konkrētām diagnozēm arī var tieši piekļūt attiecīgajiem speciālistiem (piemēram, onkologam un psihiatram). Pēc ģimenes ārsta nosūtījuma saņemšanas pacientam ir tiesības izvēlēties jebkuru speciālistu vai slimnīcu, kurai ir līgums ar NVD.<sup>1</sup>

### 3.1.3 Pacientu iemaksas

Latvijā pacienta iemaksa jāmaksā gandrīz par jebkuru veselības aprūpes pakalpojumu (2. tabula). Kopš krīzes daži līdzmaksājumi par NVD segtajiem pakalpojumiem ir mainījušies. Piemēram, 2009. gadā, kad plašāk ieviesa fiskālās konsolidācijas politiku, līdzmaksājums par stacionārā pavadīto dienu ievērojami pieauga no 7,10 EUR līdz 17 EUR; tāpat palielināja arī līdzmaksājumu par apmeklējumu pie speciālista ambulatorajā aprūpē. Palielinājuma mērķis bija samazināt pakalpojuma izmantošanu un novirzīt pacientus no stacionārās uz ambulatoro aprūpi. Tomēr, reaģējot uz problēmu, ko radīja personīgie maksājumi un neapmierinātās vajadzības, līdzmaksājumus par speciālistu apmeklējumiem 2010. gadā samazināja. Līdzmaksājumu par stacionārā pavadītu dienu 2015. gadā samazināja līdz 10 EUR, un tas pats attiecās uz pacienta iemaksām par ķirurģiskajām operācijām (3. tabula). Tomēr līdzmaksājuma maksimālā robeža par vienu hospitalizācijas gadījumu (skatīt turpmāk), kuru 2009. gadā trīskāršoja no 114 EUR līdz 356 EUR, līdz šim ir saglabājusies tāda pati. Līdzmaksājumu par primārās aprūpes ārsta apmeklējumu 2009. gadā palielināja divkārt – no 0,72 EUR līdz 1,42 EUR, un tas nav mainījies.

## 2. tabula Pacienta iemaksas par valsts apmaksātajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, 2015

Piezīmes: NA= neattiecinā. Medicīnas preces (ierīces), piemēram, kolostomas vai urostomas kopšanai, kā arī krājietelpas zāļu inhalācijām, ir iekļautas kompensējamo medicīnisko ierīču sarakstā.  
Avots: autori.

Pakalpojumu joma	Līdzmaksājuma veids	Līdzmaksājuma līmenis	Atbrīvojumi	Līdzmaksājumu maksimālā summa
Ģimenes ārsta apmeklējums	Fiksētas summas līdzmaksājums	1,42 EUR par apmeklējumu (palielinājums no 0,72 EUR 2009. gadā)	Bērni, kas nav sasnējuši 18 gadu vecumu Grūtnieces un sievietes 70 dienu laikā pēc dzemdībām · Politiski represētās personas un nacionālās pretošanās kustības dalībnieki Černobīļas atomelektrostacijas katastrofas upuri Cilvēki ar smagu invaliditāti (pirmā no trim invaliditātes kategorijām) Tuberkulozes pacienti un personas, kurām veic izmeklējumus tuberkulozes noteikšanai Cilvēki ar konkrētām infekcijas slimībām Psihiski slimas personas, kas saņem attiecīgu ārstēšanu Orgānu donori Valsts neatliekamās palīdzības dienesta darbinieki Personas, kurām tiek sniegta neatliekamā palīdzība vai paliatīvā aprūpe; personas, kurām veic profilaktisko veselības pārbaudi, imūnprofilaksi atbilstoši vakcinācijas kalendāram, un dažas citas kategorijas Mājsaimniecības, kurās mēneša ienākumi uz vienu ģimenes locekli nesasniedz 128 EUR, piemēro atbrīvojumu sociālās drošības tikla pasākumu ietvaros (kopš 2009. gada)	Visiem līdzmaksājumiem par ambulatorajiem un stacionārajiem veselības pakalpojumiem ir noteikta maksimālā summa 569 EUR vienam iedzīvotājam gadā  Maksimālā līdzmaksājumu summa par vienu hospitalizācijas gadījumu ir 356 EUR.  Maksimālā līdzmaksājumu summa neattiecas uz ambulatorajai ārstēšanai nepieciešamajām zālēm un medicīnas precēm
Speciālista apmeklējums ambulatorajā sektorā	Fiksētas summas līdzmaksājums	4,28 EUR par apmeklējumu (kopš 2010. gada)	Kā iepriekš	
Diagnostiskie izmeklējumi	Fiksētas summas līdzmaksājums	Dažāds; līdz 35,64 EUR par vienību; par konkrētiem laboratorisko analīžu veidiem, ko veic saskaņā ar norīkojumu, maksu neiekasē	Kā iepriekš	
Stacionārā aprūpe	Fiksētas summas līdzmaksājums	Kopš 2015. gada līdzmaksājums ir 10 EUR dienā (ilgstošas sociālās aprūpes slimnīcās 7,11 EUR dienā), sākot no otrās dienas, un neobligāts līdzmaksājums līdz 31 EUR par stacionārā veiktu ķirurģisku operāciju	Kā iepriekš	
Ambulatorajai ārstēšanai nepieciešamās zāles	NAV	NA	NA	NA



## 2. tabulas (turpinājums)

Piezīmes: NA= neattiecina. Medicīnas preces (ierīces), piemēram, kolostomas vai urostomas kopšanai, kā arī krājelpas zāļu inhalācijām, ir iekļautas kompensējamo medicīnisko ierīču sarakstā.  
Avots: autori.

Pakalpojumu joma	Līdzmaksājuma veids	Līdzmaksājuma līmenis	Atbrīvojumi	Līdzmaksājumu maksimālā summa
Ambulatorajai ārstēšanai nepieciešamās receptu zāles, ko kompensē NVD	Fiksēti un procentos izteikti līdzmaksājumi un references princips cenu noteikšanai	Jāveic 0,71 EUR liels maksājums par vienu recepti zālēm, kuras kompensē 100 % apmērā; procentos izteikti līdzmaksājumi par zālēm, ko kompensē 25 % vai 50 % apmērā  References princips nosaka, ka līdzmaksājums ir 25 % vai 50 % no references cenas, kam pieskaita mazumtirdzniecības un references cenas starpību, ja tāda ir	Par bērniem, kas nav sasnieguši 18 gadu vecumu, nav jāveic līdzmaksājums par kompensācijas sarakstā iekļautajām zālēm - Zāles, kuru cena iz zem 4,27 EUR 50 % kompensācija bērniem līdz 24 mēnešu vecumam un grūtniecēm (ieskaitot 70 dienas pēc dzemdībām) par visām receptu zālēm (arī tām, kas nav iekļautas kompensējamo zāļu sarakstā) Nav procentos izteiktu līdzmaksājumu par zālēm diabēta, vēža slimības un šizofrēnijas ārstēšanai, ja tās ir kompensējamo zāļu sarakstā Kopumā kompensācijas līmeni nosaka slimības smagums un tas, vai slimība uzskatāma par hronisku, piemēram, par sarakstā iekļautajām zālēm sirds slimību ārstēšanai jāmaksā 25 % liels līdzmaksājums un par zālēm čūlas un depresijas ārstēšanai – 50 % liels līdzmaksājums. Mājsaimniecības, kurās mēneša ienākumi uz vienu ģimenes locekli nesasniedz 128 EUR, ir atbrīvotas no līdzmaksājumiem sociālās drošības tīkla pasākumu ietvaros (kopš 2009. gada)	Nē
Medicīnas preces, ko kompensē NVD	Fiksēti un procentos izteikti līdzmaksājumi un references princips cenu noteikšanā	Jāveic 0,71 EUR liels maksājums par vienu recepti (medicīnas precēm, ko kompensē 100 % apmērā); procentos izteikti līdzmaksājumi 25 % vai 50 % apmērā un references princips cenu noteikšanai	Par bērniem, kas nav sasnieguši 18 gadu vecumu, nav jāveic līdzmaksājums par sarakstā iekļautajām medicīnas precēm (ierīcēm). Medicīnas preces (ierīces), kuru cena iz zem 4,27 EUR Mājsaimniecības, kurās mēneša ienākumi uz vienu ģimenes locekli nesasniedz 128 EUR, ir atbrīvotas no līdzmaksājumiem sociālās drošības tīkla pasākumu ietvaros (kopš 2009. gada)	Nav
Zobārstniecība	Pieaugušajiem neapmaksā	Tirgus cena	Bērni, kas nav sasnieguši 18 gadu vecumu (22 gadu vecumu – sejasžokļu šķeltņu gadījumos) 50 % kompensācija par zobārstniecības pakalpojumiem un pilna kompensācija par plastmasas protēzēm Černobīļas atomelektrostācijas katastrofas upuriem Patvēruma meklētāji	Nav

Līdzmaksājumus par zālēm piemēro kopš deviņdesmitajiem gadiem. Finansiālā aizsardzība saistībā ar zāļu iegādi ir salīdzinoši ierobežota. Sistēma balstās uz diagnozēm, un atkarībā no slimības smaguma kompensāciju piešķir pa kategorijām (nosakot 100 %, 75 % vai 50 % lielu valsts kompensēto cenas daļu); līdz 2009. gadam kompensācijas vajadzībām izdalīja četras kategorijas – 100 %, 90 %, 75 % un 50 %. Receptu zālēm ambulatorajā sektorā, kuras kompensē 100 % apmērā, ir noteikta 0,71 EUR liela maksa par katru izrakstīto produktu, paredzot izņēmumus dažām grupām, piemēram, bērniem un patvēruma meklētājiem.

Darbojas vairāki mehānismi, lai aizsargātu iedzīvotājus no katastrofāliem izdevumiem vai nepietiekamas vajadzīgo pakalpojumu izmantošanas.

## 3. tabula Izmaiņas pacientu iemaksās, 2008–2015

Piezīme: NA = neattiecinā.  
Avots: autori, pamatojoties uz ES savstarpējās informācijas sistēmu sociālās aizsardzības jomā (MISSOC).

Pakalpojumu joma	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2015
Ģimenes ārsta apmeklējums	0,72 EUR	1,42 EUR	1,41 EUR	1,41 EUR	1,42 EUR	1,43 EUR	142 EUR
Ambulatorais speciālista apmeklējums	2,86 EUR	7,12 EUR	4,23 EUR	4,23 EUR	4,28 EUR	4,28 EUR	4,27 EUR
Diagnostiskie izmeklējumi	NA	NA	NA	NA	NA	no 1,43 EUR līdz 36 EUR	no 1,42 EUR līdz 35,57 EUR
Dienas maksa par atrašanos stacionārā	7,16 EUR	17,00 EUR	13,00 EUR	13,00 EUR	14,00 EUR	14,00 EUR	10,00 EUR
Ķirurģiska operācija stacionārā	NA	NA	≤ 42,00 EUR	≤ 42,00 EUR	≤ 43,00 EUR	≤ 43,00 EUR	≤ 31,00 EUR
Līdzmaksājumu maksimālā summa gadā par visiem stacionāra un ambulatorajiem pakalpojumiem (izņemot par zālēm, medicīnas precēm un zobārstniecības pakalpojumiem)	215,00 EUR (tikai summa par veselības aprūpi stacionārā viena gada laikā)	569,00 EUR	564,00 EUR	564,00 EUR	572,00 EUR	573,00 EUR	569,15 EUR
Maksimālā līdzmaksājuma summa par vienu hospitalizācijas gadījumu	114,00 EUR	356,00 EUR	352,00 EUR	352,00 EUR	357,00 EUR	358,00 EUR	355,72 EUR
Ambulatorajai ārstēšanai nepieciešamās zāles	Četri līdzmaksājumu veidi, kas izteikti procentos – 0 %, 10 %, 25 %, 50 %		Trīs līdzmaksājumu veidi, kas izteikti procentos – 0 %, 25 %, 50 %				

- Pacienta iemaksu maksimālā summa gadā attiecas uz visiem iedzīvotājiem, bet, jāatzīmē, ka to nepiemēro par ambulatorajai ārstēšanai nepieciešamajām zālēm (1. izcēlums).
- Ļoti nabadzīgām mājsaimniecībām kopš 2009. gada ir noteikts atbrīvojums no visām pacienta iemaksām (1. izcēlums).
- Bērniem, kas jaunāki par 18 gadiem, ir likumā noteikts atbrīvojums no maksas par jebkuriem pakalpojumiem, kas iekļauti kompensējamo pakalpojumu sarakstā. Citas no maksājumiem atbrīvoto iedzīvotāju grupas ir grūtnieces un sievietes 70 dienu laikā pēc dzemdībām, politiski represētās personas, nacionālās pretošanās kustības dalībnieki, Černobiļas atomelektrostacijas katastrofas upuri, cilvēki ar smagu invaliditāti, tuberkulozes pacienti un personas, kam veic izmeklējumus tuberkulozes noteikšanai, cilvēki ar konkrētām infekcijas slimībām, psihiski slimas personas, kas saņem ārstēšanu, orgānu donori, Valsts neatliekamās palīdzības dienesta darbinieki, personas, kurām tiek sniegta neatliekamā palīdzība vai paliatīvā aprūpe, personas, kurām veic profilaktisko veselības pārbaudi un imūnprofilaksi atbilstoši vakcinācijas kalendāram (Latvijas valdība, 2017).
- Papildu rēķinus izrakstīt ir aizliegts; pakalpojumu sniedzējiem nav tiesību prasīt no pacientiem maksu, kas pārsniedz valsts apstiprinātos tarifus NVD līgumpakalpojumiem.

---

## 1. izcēlums Pacienta iemaksu maksimālās summas un atbrīvojumi

**Pacienta līdzmaksājumu maksimālās summas ir augstas, un tajās nav iekļauti visi veselības aprūpes pakalpojumi.** Līdzmaksājumi uz vienu iedzīvotāju gadā par visiem valsts finansētajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, izņemot zālēm ambulatorajā sektorā, nedrīkst pārsniegt 569 EUR (2015). Latvijā tā ir salīdzinoši liela summa, kas (2015. gadā) līdzinājās pusotra mēneša minimālajai algai, un šāda summa var nebūt pietiekama, lai nodrošinātu aizsardzību mazāk nodrošinātajām māsaimniecībām.

**Atbrīvojumus no līdzmaksājumiem mazāk nodrošinātajām māsaimniecībām ieviesa 2009. gadā krīzes laikā; daži no tiem aizvien vēl darbojas, bet citi ir atcelti.** Sociālā drošības tīkla pasākumi, ko ieviesa 2009. gadā ekonomiskās krīzes laikā, paredz, ka māsaimniecības, kuru mēneša ienākumi nesasniedz 50 % no minimālās algas, t.i., ir mazāki par 128,06 EUR uz ģimenes locekli mēnesī (vai 1 536 EUR uz vienu iedzīvotāju gadā), ir atbrīvotas no visām pacientu iemaksām par stacionārajiem un ambulatorajiem pakalpojumiem, kā arī ambulatori izrakstītajām recepšu zālēm. Laikā no 2010. līdz 2012. gadam māsaimniecības ar mēneša ienākumiem no 128 līdz 171 EUR uz vienu ģimenes locekli arī bija atbrīvotas no līdzmaksājumiem, un tām, kuru mēneša ienākumi bija no 171 līdz 213 EUR uz ģimenes locekli, līdzmaksājumus samazināja. Tomēr šīs programmas 2012. gada decembrī atcēla, un tagad spēkā ir vairs tikai programma ļoti nabadzīgajām māsaimniecībām.

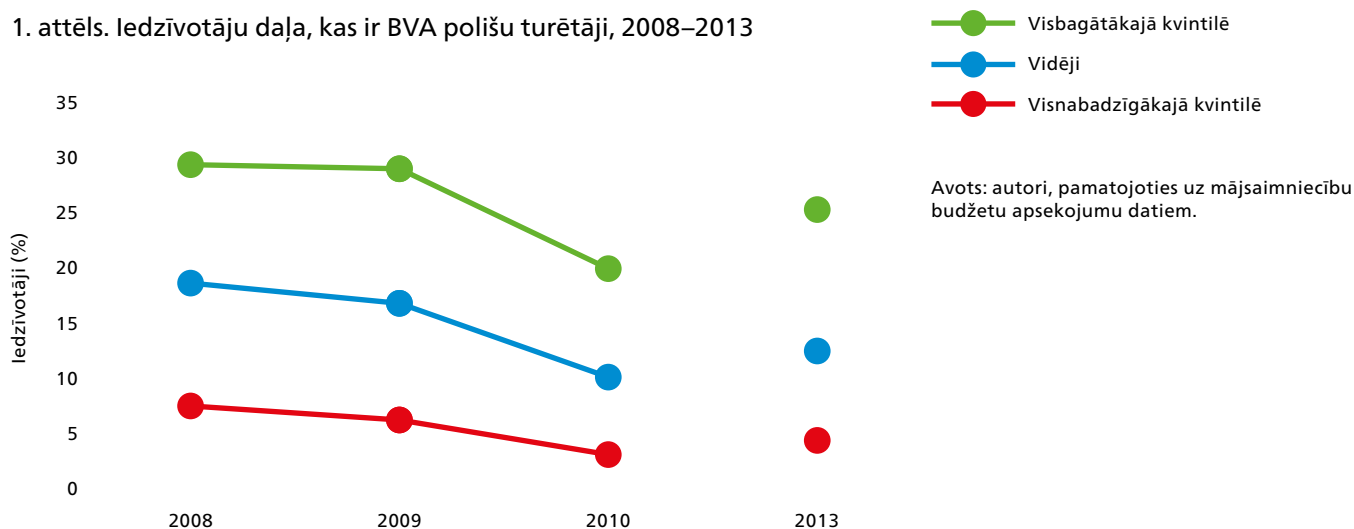
---

### 3.1.4 BVA vieta veselības apdrošināšanas sistēmā

BVA vieta veselības aprūpes finansēšanā ir maznozīmīga, un 2015. gadā brīvprātīgā apdrošināšana sedza tikai 0,8 % no visiem izdevumiem veselībai. BVA polises biežāk iegādājas turīgākie cilvēki un, jo īpaši, tās ir valsts administrācijas un privāto uzņēmumu darbiniekiem, jo šīs organizācijas piedāvā grupu apdrošināšanas plānus korporatīvo labumu paketē (Brigis, 2016). Pieejami visdažādākie apdrošināšanas plāni. BVA var segt pacienta iemaksas, fiksētas summas par stacionārajiem un ambulatorajiem pakalpojumiem un pakalpojumu, ko nesedz NVD, kā arī ātrāku piekļuvi NVD pakalpojumiem.

Krīzes sākumā to cilvēku skaits, kuriem bija BVA polises, strauji samazinājās, jo īpaši tāpēc, ka valsts un pašvaldību iestādes pārstāja piedāvāt polises saviem darbiniekiem. Samazinājās arī to privātpersonu skaits, kuri iegādājās BVA polises paši. Māsaimniecību budžetu apsekojumu dati liecina, ka 2008. gadā BVA pakalpojumus izmantoja 19 % iedzīvotāju, 2009. gadā – 17 % un 2010. gadā – vairs tikai 10 %) (1. attēls); pašlaik skaitļi ir nedaudz uzlabojušies, bet tie vēl aizvien ir ievērojami zem pirmskrīzes līmeņa. Būtiskā nevienlīdzība ienākumos starp tiem, kuriem ir BVA polises, un citiem ir redzama arī 1. attēlā, polišu īpašnieku starp turīgākajiem iedzīvotājiem ir daudz vairāk.

1. attēls. Iedzīvotāju daļa, kas ir BVA polišu turētāji, 2008–2013



4. tabulā ir izcelti pamatjautājumi veselības aprūpes ietvēruma pārvaldībā, apkopoti galvenie trūkumi valsts segtajā ietvērumā un norādīta BVA vieta trūkstošo posmu aizpildīšanā.

4. tabula. Trūkumi veselības aprūpes ietvērumā

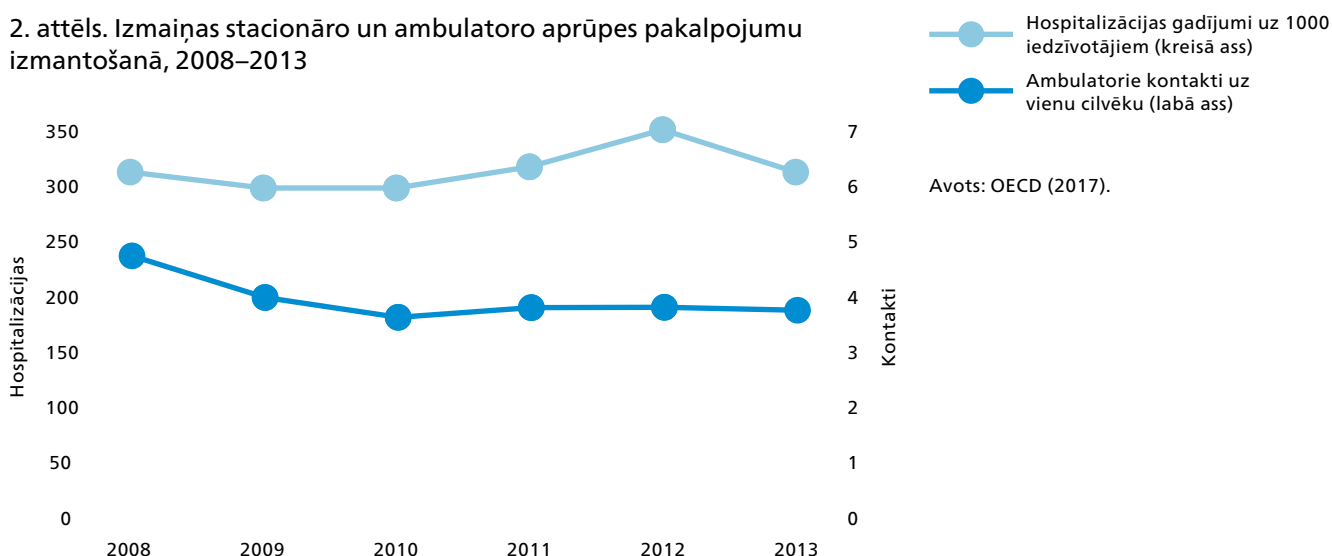
Avots: autori.

	Iedzīvotāju tiesības	Pakalpojumu ietvērums	Pacienta iemaksas
<b>Problēmas valsts apmaksātās veselības aprūpes ietvēruma pārvaldībā</b>	Laikā, uz kuru attiecas izpēte, tādu nav; sākot no 2019. gada, kad pilnībā stāsies spēkā Veselības aprūpes finansēšanas likums, valsts veselības apdrošināšanā būs ierobežojumi tiem, kas nemaksā sociālo nodokli	Kompensējamo pakalpojumu sarakstā neiekļautie pakalpojumi; šaurš kompensējamo zāļu saraksts ambulatorajā sektorā; nav garantijas, kas ierobežotu gaidīšanas laiku	Līdzmaksājumi noteikti visiem veselības aprūpes pakalpojumiem, procentos noteikti līdzmaksājumi, vāja aizsardzība
<b>Galvenie trūkumi valsts finansējuma ietvērumā</b>	Nepiemēro studiju laikam	Nesedz zobārstniecības pakalpojumus pieaugušajiem, rindas	Recepšu zāles pieaugušajiem ambulatorajā sektorā
<b>Vai šos trūkumus novērs BVA?</b>	Nē	BVA aptver aptuveni 12 % iedzīvotāju – galvenokārt turīgākos – un nodrošina piekļuvi privātajiem pakalpojumu sniedzējiem; 2015. gadā tā sedza mazāk nekā 1 % no kopējiem veselības aprūpes izdevumiem	Nē

## 3.2 Pieejamība, izmantošana un neapmierinātās vajadzības

Kopējais kontaktu skaits ambulatorajā aprūpē, kurš 2013. gadā bija 6,2 uz vienu iedzīvotāju, ir zem ES vidējā rādītāja 7 (2. attēls). Šis skaitlis svārstās kopš 2008. gada, kad tas bija aptuveni 6, pēc tam nedaudz samazinājās 2009. un 2010. gadā un pieauga (līdz 7) 2011. un 2012. gadā, un no jauna samazinājās 2013. gadā (Mitenbergs et al., 2012; Taube et al., 2015). Kontakta skaita palielināšanos 2011. un 2012. gadā daļēji varētu skaidrot ar šajos gados notikušajām izmaiņām rīcībpolitikā, virzoties no stacionārās uz ambulatoro aprūpi.

2. attēls. Izmaiņas stacionāro un ambulatoro aprūpes pakalpojumu izmantošanā, 2008–2013



Saskaņā ar NVD datiem 2010. gadā kompensējamo ambulatoro kontaktu skaits bija 4,4 uz vienu iedzīvotāju, un šis skaits ir stabilizējies, sasniedzot 4,7 kontaktus 2013. gadā. Gandrīz puse no kontaktiem ir attiecināmi uz primārās aprūpes ārstiem, turpretim otra puse dalijās starp speciālistu apmeklējumiem un diagnostiskajiem izmeklējumiem. Ārsta kompensējamo apmeklējumu procentuālajā sadalījumā pa reģioniem ir ievērojamas ģeogrāfiskas atšķirības.

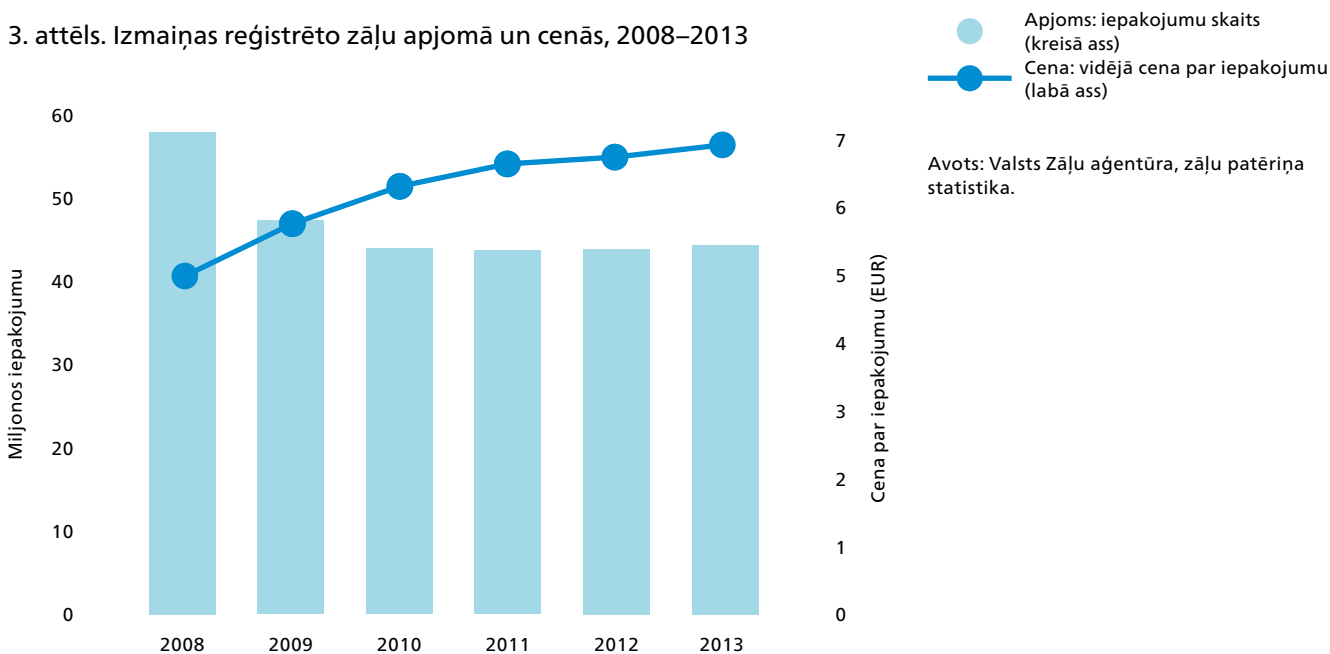
Ambulatorās aprūpes pakalpojumu izmantošanā ir vērojama skaidri izteikta tendence. Stacionārā uzņemto pacientu skaits uz 1 000 iedzīvotājiem samazinājās no 236 2008. gadā līdz 198 – 2009. gadā un 180 – 2010. gadā, un pēc tam saglabājās relatīvi stabils (2. attēls). Šāda krituma galvenais cēlonis bija plaša slimnīcu sistēmas reorganizācija laikā no 2008. līdz 2010. gadam, kuras rezultātā ļoti samazinājās to slimnīcu skaits, kurām bija līgumi ar NVD (no 79 līdz 39). Vairākām vietējām slimnīcām pazemināja statusu, iekļaujot tās "līmeni", kurā nodrošina vai nu zemāku aprūpes intensitāti, vai stacionāro aprūpi neveic nemaz, pārejot uz ambulatoro aprūpi un dienas stacionāriem.

Valsts izdevumi stacionāriem uz vienu iedzīvotāju no 2018. līdz 2013. gadam samazinājās par 22 %, un līdzmaksājums par stacionārā pavadītu dienu 2009. gadā krasi pieauga. Valsts apmaksāto hospitalizēto pacientu skaits pēdējos gados ir bijis diezgan stabils (234 049 pacienti 2011. gadā, 232 168 pacienti 2012. gadā un 230 095 pacienti 2013. gadā), kas aptuveni atbilst apjoma ierobežojumiem attiecībā uz pakalpojumiem stacionāros.

Zāļu patēriņu var raksturot vai nu pēc apjoma, vai vērtības izteiksmē. Kaut arī kopš 2000. gada Latvijā zāļu apjoms uz vienu iedzīvotāju ir stipri vien pieaudzis, patēriņš vēl aizvien ir ievērojami zemāks nekā Rietumeiropā. Apjoms ievērojami samazinājās 2009. gadā un turpināja kristies 2010. gadā (3. attēls); kopš tā laika patēriņš ir stabilizējies, bet vēl aizvien ir zemāks par patēriņu 2008. gadā.

Zāļu īpatsvars kopējos veselības aprūpes izdevumos ir saglabājies nemainīgs. Kaut arī pirktu zāļu apjoms visus gadus pēc 2008. gada ir samazinājies, vidējā cena par iepakojumu ik gadu ir palielinājusies, un vidējās cenas 2013. gadā bija par 38,5 % augstākas nekā 2008. gadā. Tā rezultātā izdevumi par zālēm ir auguši katru gadu, 2013. gadā sasniedzot 307 miljonus eiro.

3. attēls. Izmaiņas reģistrēto zāļu apjomā un cenās, 2008–2013



ES statistikas dati par ienākumiem un dzīves apstākļiem (EU-SILC) norāda, ka pirmskrīzes gados neapmierinātās vajadzības pēc veselības aprūpes un zobārstniecības pakalpojumiem (2. izcēlums) ievērojami samazinājās, bet pēc tam pieauga. Spriežot pēc iedzīvotāju atbildēm, Latvijā 2015. gadā izmaksu, attāluma un pacientu rindu dēļ neapmierinātās vajadzības pēc veselības aprūpes veidoja 8,4 %, kas ir ceturtais augstākais rādītājs Eiropas Savienībā, kaut arī šādu neapmierināto vajadzību bija mazāk

nekā 2011. gadā (16,1 %) un 2014. gadā (12,5 %), kad Latvija šai ziņā ieņēma zemāko vietu starp ES valstīm (4. attēls). Neapmierināto vajadzību pēc zobārstniecības datiem saskaņā ar iedzīvotāju pašnovērtējumu bija vēl vairāk (4. attēls), tām pieaugot no 12,8 % 2008. gadā līdz 20,7 % 2011. gadā un pēc tam – mazinoties līdz 8,0 % 2015. gadā.

---

## 2. izcēlums. Neapmierinātās vajadzības pēc veselības aprūpes pakalpojumiem

Avots: PVO Barselonas Birojs veselības aprūpes sistēmu stiprināšanai.

Finansiālās aizsardzības rādītāji raksturo finansiālās grūtības iedzīvotājiem, kam personīgi jāmaksā par veselības aprūpes pakalpojumiem. Tomēr tie nenorāda, vai personīgie maksājumi rada tādu šķēršļu piekļuvei, kuru rezultātā vajadzības pēc veselības aprūpes vispār netiek apmierinātas. Neapmierinātās vajadzības norāda uz piekļuves iespējām, un tās definē kā gadījumus, kuros cilvēkiem ir vajadzīga veselības aprūpe, bet viņi to nesaņem, jo piekļūvi apgrūtina dažādas barjeras.

Parastajos mājsaimniecības budžetu apsekojumos, kurus izmanto finansiālās aizsardzības monitoringam, informāciju par veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanu parasti neievāc. Šīs aptaujas gan norāda, kuras mājsaimniecības nav veikušas personīgus maksājumus, bet nenorāda, kāpēc nav to darījušas. Nav izslēgts, ka mājsaimniecībās, kas neveica personīgos maksājumus, vajadzību pēc veselības aprūpes pakalpojumiem nebija, cilvēki varēja būt atbrīvoti no pacientu līdzmaksājumiem vai nespēja piekļūt vajadzīgajiem veselības aprūpes pakalpojumiem.

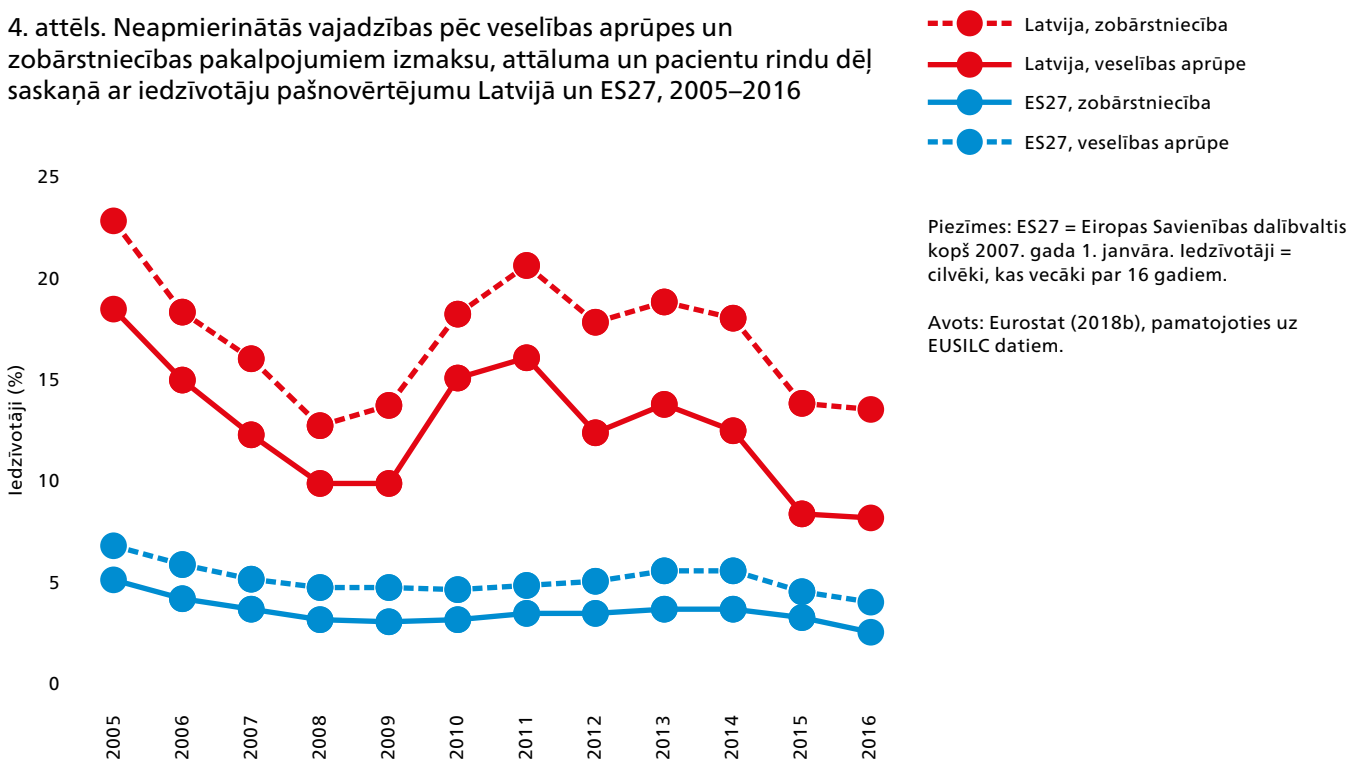
Finansiālās aizsardzības analīze, kurā nav noteikti neapmierināto vajadzību cēloņi, var būt maldinoša. Valstī var būt relatīvi zems katastrofālo personīgo maksājumu biežums tāpēc, ka cilvēki neizmanto veselības aprūpes pakalpojumu, pakalpojumi ir pieejami ierobežotā daudzumā vai ir citi šķēršļi, kas traucē tiem piekļūt. No otras puses, reformas, kas paplašina pakalpojumu izmantošanu, var palielināt iedzīvotāju personīgos maksājumus, piemēram, ar pacientu iemaksu starpniecību, ja nav ieviesta pacientu aizsardzības politika. Šādos gadījumos reformu rezultātā piekļuve veselības aprūpes pakalpojumiem var uzlaboties, bet finansiālās grūtības var vienlaikus pieaugt.

Šajā apskatā finansiālās aizsardzības analīzes papildināšanai ir izmantoti dati par neapmierinātajām vajadzībām (3.2. sadaļa). Tajā ir pievērsta uzmanība arī mājsaimniecībām bez personīgiem maksājumiem un to sadalījumam (4.1. sadaļa). Ja palielinās mājsaimniecību īpatsvars bez personīgiem maksājumiem un šo palielinājumu nepamato izmaiņas veselības aprūpes sistēmā – piemēram, lielāka aizsardzība konkrētām mājsaimniecībām, – stāvokli var saistīt ar neapmierināto vajadzību pieaugumu.

ES dalībvalstis ik gadu vāc datus par neapmierinātajām vajadzībām pēc veselības aprūpes un zobārstniecības pakalpojumiem ar EU-SILC starpniecību. Kaut arī šim svarīgajam datu avotam nav skaidrojošas nozīmes un dažādība valstu sniegtajā informācijā mazina iespējas izmantot to salīdzinājumiem, informācija tomēr noder tendenču noteikšanai konkrētā valstī laika gaitā (Arora et al., 2015; EXPH, 2016; EXPH, 2017).

---

4. attēls. Neapmierinātās vajadzības pēc veselības aprūpes un zobārstniecības pakalpojumiem izmaksu, attāluma un pacientu rindu dēļ saskaņā ar iedzīvotāju pašnovērtējumu Latvijā un ES27, 2005–2016

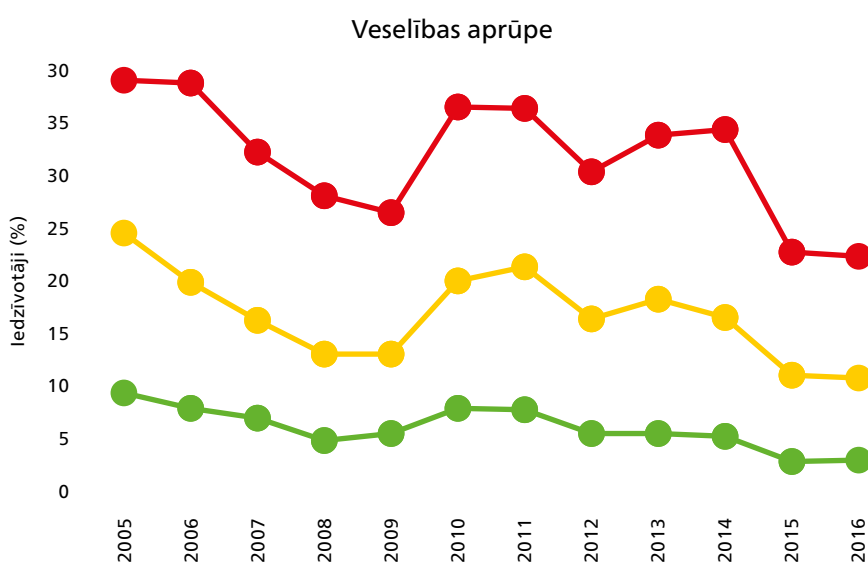


Neapmierinātās vajadzības pēc veselības aprūpes pakalpojumiem Latvijā saistās ar lielu nevienlīdzību ienākumos (5. attēls). EU-SILC dati liecina, ka visnabadzīgāko iedzīvotāju kvintilē neapmierinātās vajadzības pēc veselības aprūpes pakalpojumiem izmaksu, attāluma un pacientu rindu dēļ 2009. gadā bija lielākas nekā 2008. gadā, 2010. gadā stāvoklis saglabājās stabils, bet 2011. gadā nedaudz uzlabojās (5. attēls). 2012. gadā neapmierinātās vajadzības pēc veselības aprūpes pakalpojumiem visnabadzīgāko iedzīvotāju kvintilē no jauna pieauga, sakrītot laikā ar atbrīvojumu un maksājumu samazinājumu atcelšanu daudzām maz nodrošinātām māsaimniecībām, kaut arī viennozīmīgu saikni šeit saskatīt nevar. Var gadīties, ka EU-SILC datos neapmierinātās vajadzības arī nav pilnībā aptvertas, jo aptaujā netiek konkrēti uzdots jautājums par vajadzībām pēc recepšu zālēm.



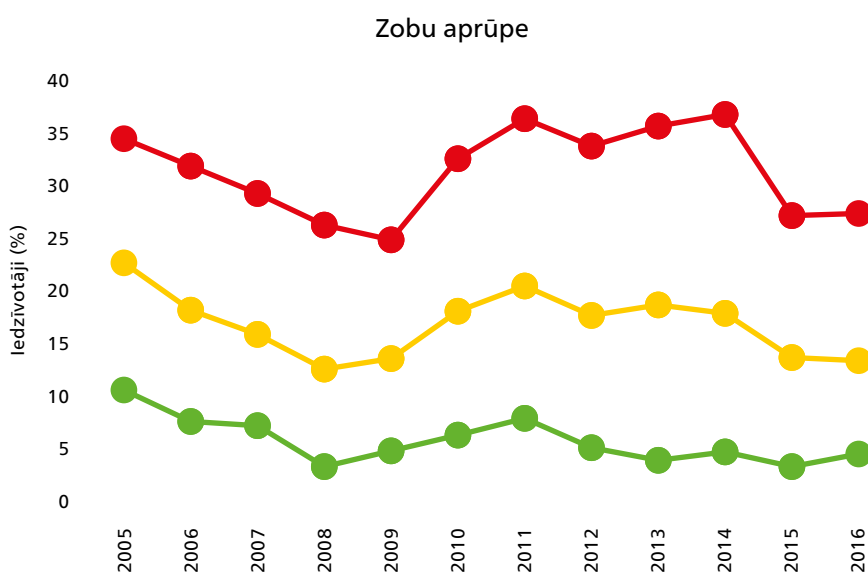
5. attēls. Nevienlīdzība ienākumos un neapmierinātās vajadzības pēc veselības aprūpes un zobārstniecības pakalpojumiem izmaksu, attāluma un pacientu rindu dēļ saskaņā ar iedzīvotāju pašnovērtējuma Latvijā un ES27, 2005–2016

- Visnabadzīgākajā kvintilē
- Vidēji
- Visbagātākajā kvintilē



Piezīmes: iedzīvotāji = cilvēki, kas vecāki par 16 gadiem. Kvintiles ir izdalītas, pamatojoties uz ienākumiem.

Avots: Eurostat (2018b), pamatojoties uz EUSILC datiem.



### 3.3 Kopsavilkums

Analizētajā laika posmā tiesības uz valsts finansētu veselības aprūpi Latvijā pamatojās uz dzīvesvietu, un tāpēc tās varēja uzskatīt gandrīz par visaptverošām. Ar jaunajiem 2018. gadā pieņemtajiem tiesību aktiem Latvijā ieviesa valsts obligāto veselības apdrošināšanas sistēmu, un pilnas tiesības uz valsts finansētajiem atvieglojumiem tagad pamatojas uz iemaksām vai arī piederību kādai no grupām, par kurām maksā valsts. Cilvēki strādājošo vecumā, kas neveic obligātās iemaksas, var pretendēt uz mazāku pakalpojumu skaitu (minimālo "grozu"); viņiem ir dota iespēja pievienoties obligātajai veselības apdrošināšanas sistēmai, veicot ikgadēju maksājumu.

Īstenojot politiku laikā, kurš aplūkots šajā pētījumā, lielākie trūkumi veselības pakalpojumu nodrošināšanā bija saistīti ar plaši piemērotajām pacientu iemaksām, valsts kompensēto pakalpojumu apjomu (tostarp visai īso kompensējamo zāļu sarakstu) un garām pacientu rindām uz ārstēšanu.

- Pacientu iemaksas piemēro gandrīz visiem NVD pakalpojumiem. Bērni, kas nav sasnieguši 18 gadu vecumu, parasti ir atbrīvoti no iemaksām; tas attiecas arī uz dažām mazaizsargātām grupām un iedzīvotājiem ar ļoti zemiem ienākumiem, bet ne regulāriem pakalpojumu lietotājiem, piemēriem, hroniskajiem pacientiem un gados vecākiem cilvēkiem.
- Maksimālā summa (569 EUR par iedzīvotāju gadā) kā ierobežojums pacientu iemaksām attiecas uz visiem iedzīvotājiem, bet to nepiemēro par ambulatorajā ārstēšanā lietotajām zālēm, medicīnas precēm un zobārstniecības pakalpojumiem. Ierobežojuma summa ir diezgan augsta – tā līdzinās pusotra mēneša minimālajai algai (2015. gadā).
- NVD maksājumi nesedz virkni pakalpojumu, tostarp zobārstniecības pakalpojumus pieaugušajiem, ar darbu saistītās veselības pārbaudes, optometrijas pakalpojumus, dzirdes palīgierīces (pieaugušajiem) un grūtniecības pārtraukšanu, ja tai nav medicīnisku indikāciju.
- Ierobežojumi NVD apmaksāto pakalpojumu apjomā (kvotu sistēma) rada garas rindas uz ārstēšanu.

BVA tikai nedaudz palīdz risināt šīs problēmas. Kopš krīzes iedzīvotāju daļa, kurai ir BVA polises, ir samazinājusies gandrīz uz pusi. BVA galvenokārt iegādājas turīgākās mājsaimniecības, radot lielāku nevienlīdzību piekļuvē veselības aprūpei.

Krīzes laikā ambulatoros un stacionāros pakalpojumus izmantoja mazāk un samazinājās arī zāļu lietošana. Pēc 2010. gada Latvijā ieviesa vienotu politiku stacionārās aprūpes aizstāšanai ar ambulatoro aprūpi vai aprūpi dienas stacionāros, atbilstoši samazinot to slimnīcu skaitu, kurām ir līgumattiecības ar NVD. Līdz ar to palielinājās ambulatoro apmeklējumu skaits un turpināja samazināties aprūpes apjoms stacionāros.

EU-SILC dati liecina, ka iedzīvotāji ziņo par lielām neapmierinātām vajadzībām gan veselības aprūpes, gan zobārstniecības pakalpojumu ziņā, ko galvenokārt saista ar izmaksām, un milzu nevienlīdzību starp trūcīgākajiem un turīgākajiem iedzīvotājiem.

# 4. Mājsaimniecību izdevumi veselībai

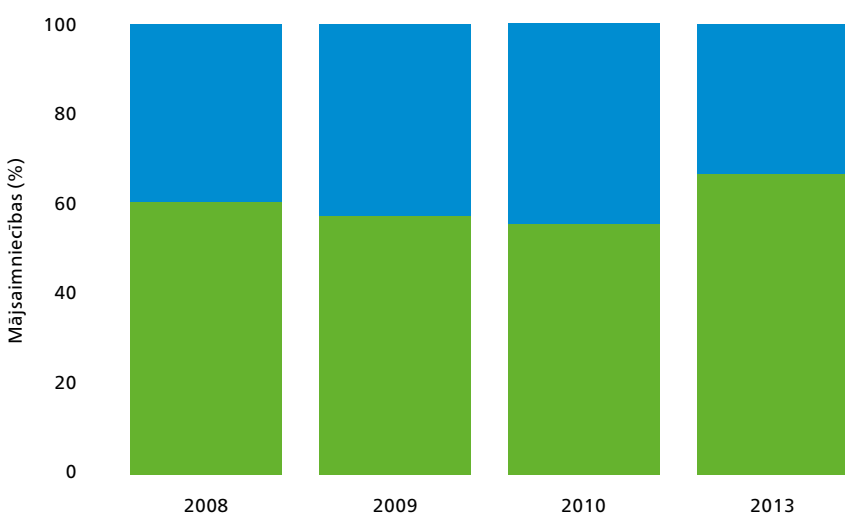
Šīs sadaļas sākumā mēs izmantojām mājsaimniecību budžetu apsekojumu datus, lai raksturotu tendences mājsaimniecību izdevumos par veselību, t. i., personīgajos – oficiālajos un neoficiālajos – maksājumos, ko cilvēki veic veselības aprūpes sistēmas preču un pakalpojumu nodrošināšanas laikā. Sadaļā ir arī īsi raksturota neoficiālo maksājumu loma un galvenie faktori, kas nosaka izmaiņas personīgajos maksājumos laika gaitā.

## 4.1 Personīgie maksājumi par veselību

Personīgos maksājumus par veselību Latvijā veic trīs iemeslu dēļ. Pirmkārt, gandrīz visu NVD segto veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai ir jāveic līdzmaksājumi. Otrkārt, cilvēkiem personīgi jāmaksā par daudziem pakalpojumu veidiem, kas nav iekļauti NVD kompensāciju "grozā", tostarp par daudzām receptšu zālēm. Treškārt, zemie valsts tēriņi veselībai ir radījuši garas rindas uz ārstēšanu, tāpēc daži izvēlas maksāt paši vai arī veikt neoficiālus maksājumus, lai apietu rindu uz NVD segtajiem pakalpojumiem.

2013. gadā 67 % no visām mājsaimniecībām maksāja par veselības aprūpi no savas kabatas (6. attēls). Mājsaimniecību, kas pašas maksāja par veselības aprūpi, īpatsvars samazinājās laikā no 2008. līdz 2010. gadam, bet līdz 2013. gadam tas atkal pieauga.

6. attēls. Mājsaimniecību daļa, kas maksā personīgos maksājumus, un mājsaimniecības, kas tos nemaksā



- Ar PPM
- Bez PPM

Piezīme: PPM = pacientu personīgie maksājumi.

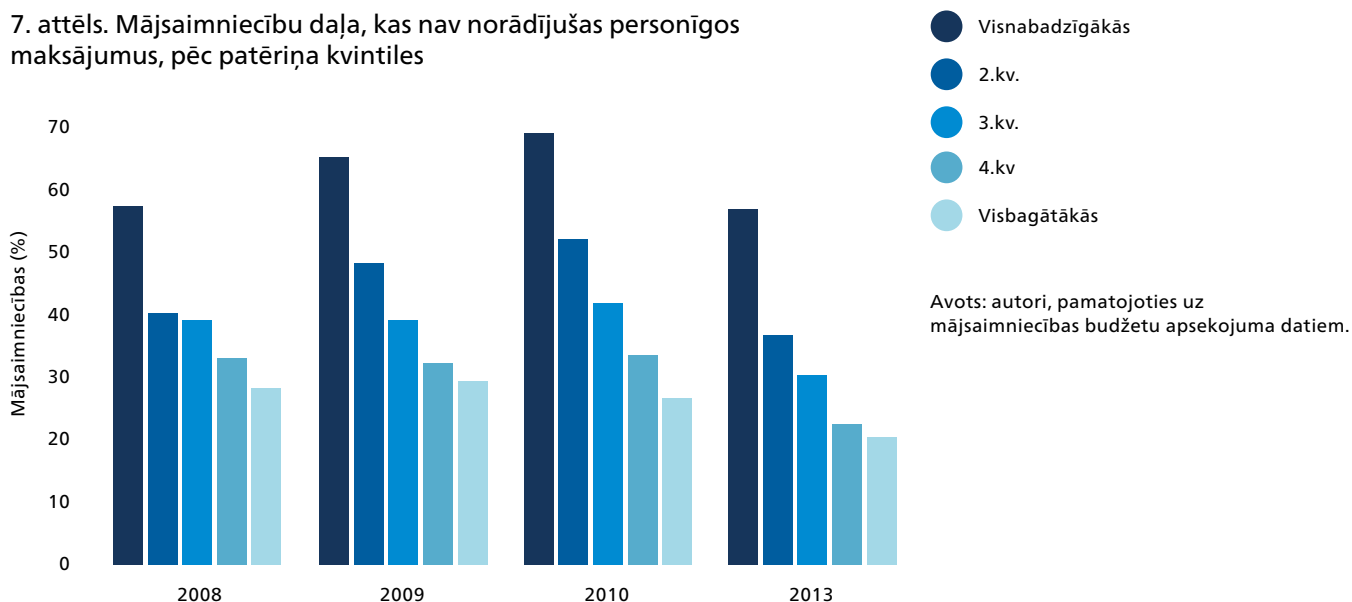
Avots: autori, pamatojoties uz mājsaimniecības budžetu apsekojumu datiem.

Kā parādīts 7. attēlā, visus četrus gadus mājsaimniecības, kas neveica personīgos maksājumus, bija drīzāk trūcīgas, nekā turīgas. Personīgos maksājumus 2013. gadā veica 57 % mājsaimniecību visnabadzīgāko mājsaimniecību kvintilē un 20 % – visturīgāko kvintilē.

Tā kā Latvijas mājsaimniecības budžetu apsekojumā nav jautājumu par veselības stāvokli, veselības pakalpojumu izmantošanu un neapmierinātajām vajadzībām pēc veselības aprūpes, nav iespējams noteikt iemeslu, kāpēc šīs mājsaimniecības netērēja naudu veselības aprūpei – tāpēc, ka aprūpe nebija vajadzīga, bija spēkā atbrīvojums no pacienta iemaksām vai arī pieejamības šķēršļu dēļ.

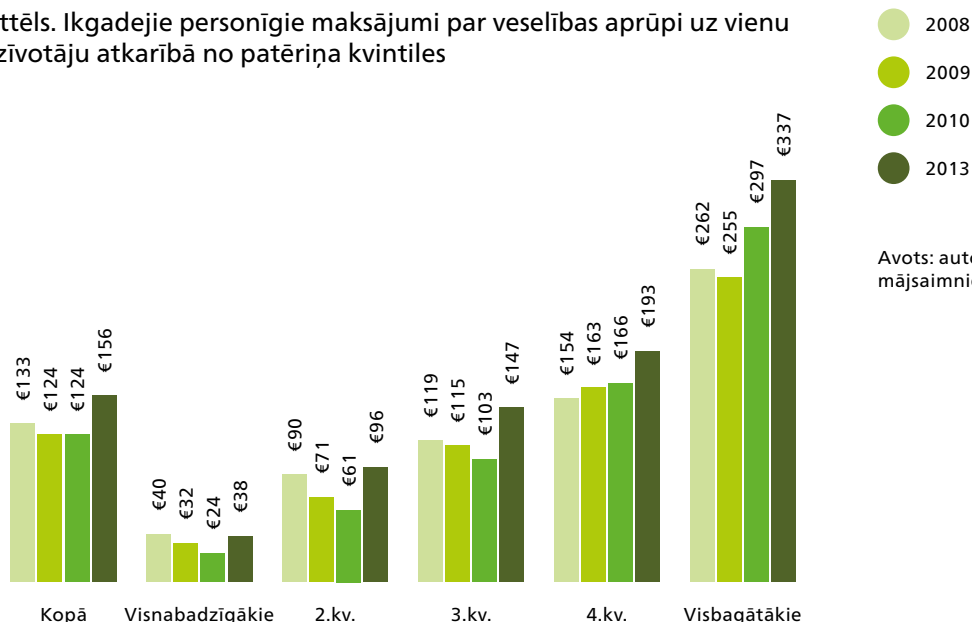
No 2009. gada ļoti nabadzīgām mājsaimniecībām ar ienākumiem, kas bija zemāki par 50 % no minimālās mēnešalgas, noteica atbrīvojumus no līdzmaksājumiem; no 2010. līdz 2012. gadam (pagaidu) atbrīvojumus vai maksas samazinājumus piemēroja arī citām mazāk nodrošinātām mājsaimniecībām (1. izcēlums). Šie atbrīvojumi daļēji pamato to trūcīgāko mājsaimniecību skaita palielināšanos, kas 2009. un 2010. gadā personīgos maksājumus neveica. Turklāt bezdarba pieaugums, sākot no 2009. gada un pēc tam, radīja spiedienu uz mājsaimniecību budžetiem, un tā rezultātā daļa cilvēku sāka izmantot veselības aprūpes pakalpojumus retāk un mazāk intensīvi nekā agrāk. Šo skaidrojumu apstiprina kontaktu skaita sarukums stacionārajā un ambulatorajā aprūpē 2009. un 2010. gadā (2. attēls), kā arī neapmierināto vajadzību pieaugums veselības aprūpes un zobārstniecības jomā 2010. un 2011. gadā (5. attēls), jo īpaši visnabadzīgāko mājsaimniecību vidū.

7. attēls. Mājsaimniecību daļa, kas nav norādījušas personīgos maksājumus, pēc patēriņa kvintiles



Gada vidējā personīgo maksājumu summa uz vienu iedzīvotāju 2009. gadā bija mazliet zemāka nekā 2008. gadā, un 2010. gadā tā stabilizējās pie 124 EUR atzīmes (8. attēls), neskatoties uz līdzmaksājumu paaugstināšanos 2009. gadā. Tomēr līdzmaksājumu ietekme dažādās ienākumu grupās bija diezgan atšķirīga. Maksājumu sarukumu radīja mazāka maksājumu summa uz iedzīvotāju mazāk nodrošināto mājsaimniecību kvintilēs (trijās apakšējās patēriņa kvintilēs), turpretim turīgākajās mājsaimniecībās (divās augšējās patēriņa kvintilēs) izdevumi 2010. un 2013. gadā pieauga. Personīgie maksājumi vidēji uz vienu iedzīvotāju pa visām kvintilēm kopā 2013. gadā bija augstāki nekā iepriekšējos gados, par kuriem ir dati.

8. attēls. Ikgadējie personīgie maksājumi par veselības aprūpi uz vienu iedzīvotāju atkarībā no patēriņa kvintiles

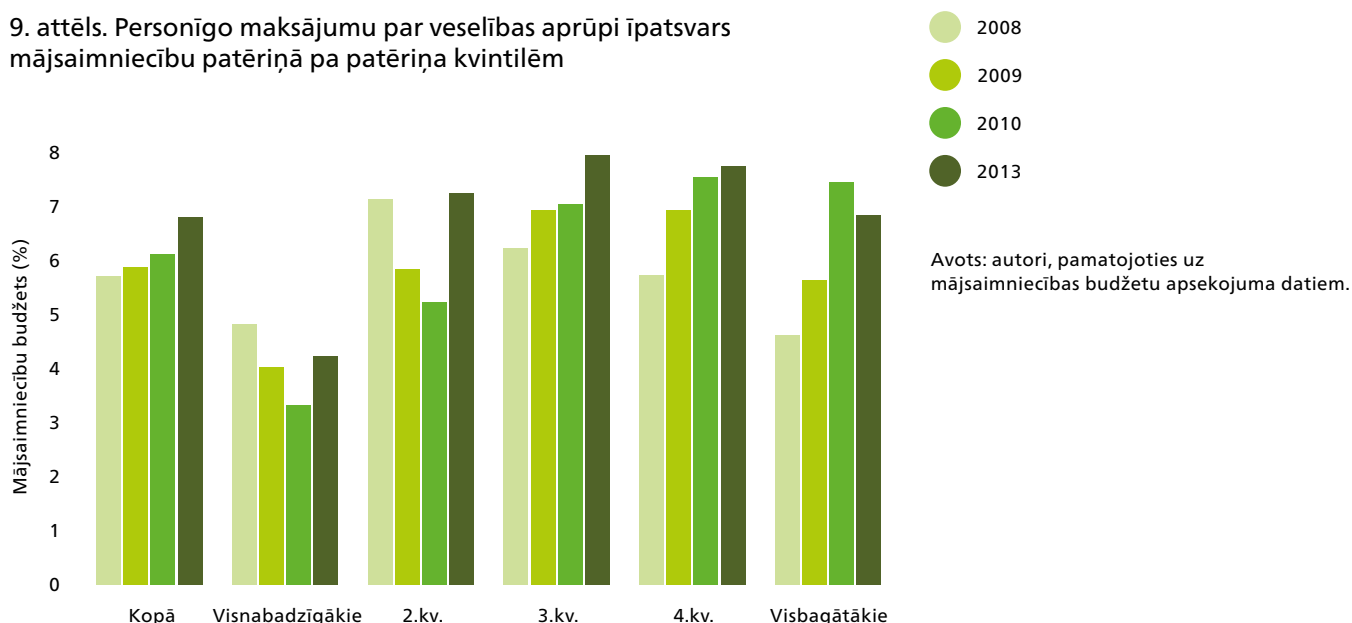


Avots: autori, pamatojoties uz mājsaimniecības budžetu apsekojumu datiem.

Kopumā personīgie maksājumi palielinājās arī kā kopējā mājsaimniecību patēriņa (izdevumu) daļa, pieaugot par 1 procentpunktu no 2008. līdz 2013. gadam (9. attēls). Tomēr tendences dažādās kvintilēs bija atšķirīgas. Tai laikā, kad trijās turīgākajās kvintilēs personīgo maksājumu daļa mājsaimniecību budžetā no 2008. līdz 2013. gadam gandrīz ik gadu palielinājās, divās mazāk nodrošinātajās kvintilēs tā 2009. un 2010. gadā samazinājās, bet 2013. gadā krasi pieauga, jo īpaši otrajā kvintilē. Šādas izmaiņas mazāk nodrošināto iedzīvotāju kvintilēs var skaidrot ar līdzmaksājumu atbrīvojumiem, ko sociālās drošības tīkla pasākumu sistēmā ieviesa 2009. gadā un pēc tam 2012. gadā atcēla visiem, izņemot pašām nabadzīgākajām mājsaimniecībām (1. izcēlums), kā arī ar izmaiņām rīcībā, vērstoties pēc veselības aprūpes, krīzes radītā finansiālā spiediena dēļ.

Vidējā veselībai tērētā daļa mājsaimniecības kopējos izdevumos Latvijā 2013. gadā bija gandrīz 7 %, t.i., lielāka nekā citās valstīs. Piemēram, Igaunijā un Lietuvā veselībai vidēji tērēja apmēram 4 % no mājsaimniecības budžeta (Murauskienė & Thomson, 2018; Vörk & Habicht, 2018). Mājsaimniecību budžetu apsekojumi par 2014., 2015. un 2016. gadu (kas autoriem šī apskata uzsākšanas laikā nebija pieejami) norāda, ka Latvijā šī daļa ir turpinājusi palielināties.

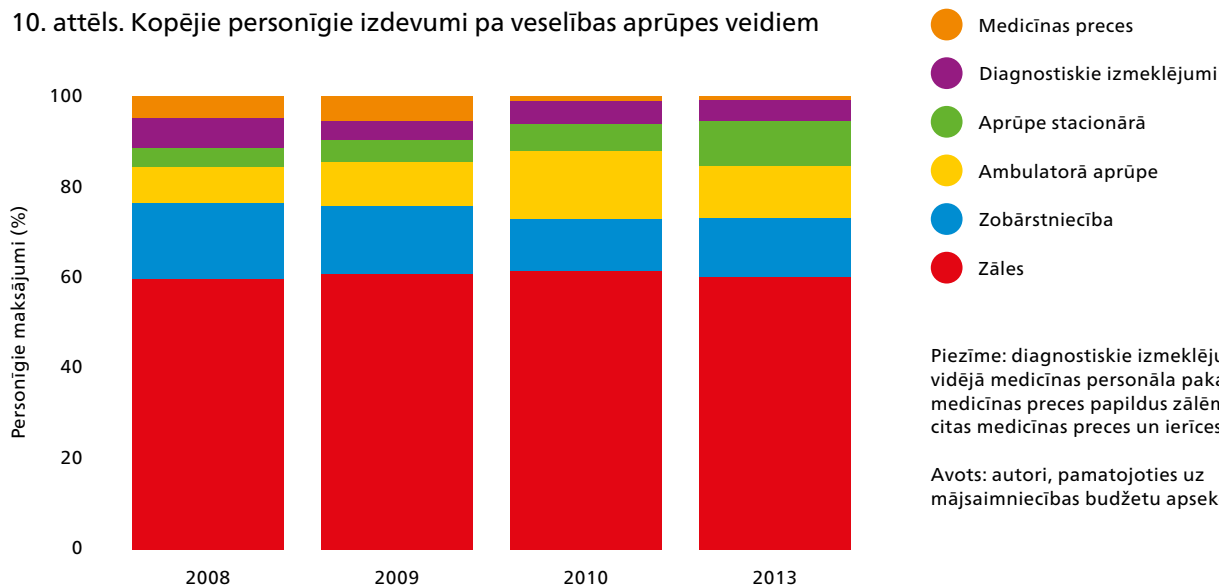
9. attēls. Personīgo maksājumu par veselības aprūpi īpatsvars mājsaimniecību patēriņā pa patēriņa kvintilēm



Vislielāko daļu personīgajos maksājumos (aptuveni 60 %) ik gadu ieņem izdevumi par zālēm (10. attēls). Kaut arī par zobārstniecības pakalpojumiem maksātā daļa no 2008. līdz 2013. gadam samazinājās par 25 %, 2013. gadā zobārstniecība tomēr ierindojās otrajā vietā pēc personīgo maksājumu apjoma. Par ambulatoro aprūpi maksātā daļa laikā no 2008. līdz 2010. gadam pieauga, palielinoties maksājumiem turīgākajās kvintilēs, bet pēc tam atkal nedaudz samazinājās. Kopš 2008. gada pastāvīgi ir palielinājies stacionāro pakalpojumu īpatsvars personīgajos maksājumos, pieaugot vairāk nekā divkārti no 4,3 % 2008. gadā līdz 10 % 2013. gadā.

Visās ienākumu kvintilēs lielākie personīgie maksājumi ir bijuši par zālēm – no nedaudz mazāk kā 50 % turīgākajā kvintilē līdz 73 % nabadzīgākajā (11. attēls). Turpretim bagātākās mājsaimniecības maksāja (sešas reizes) vairāk par diagnostiskajiem izmeklējumiem un (trīs reizes) vairāk par ambulatoro aprūpi, salīdzinot ar nabadzīgākām mājsaimniecībām.

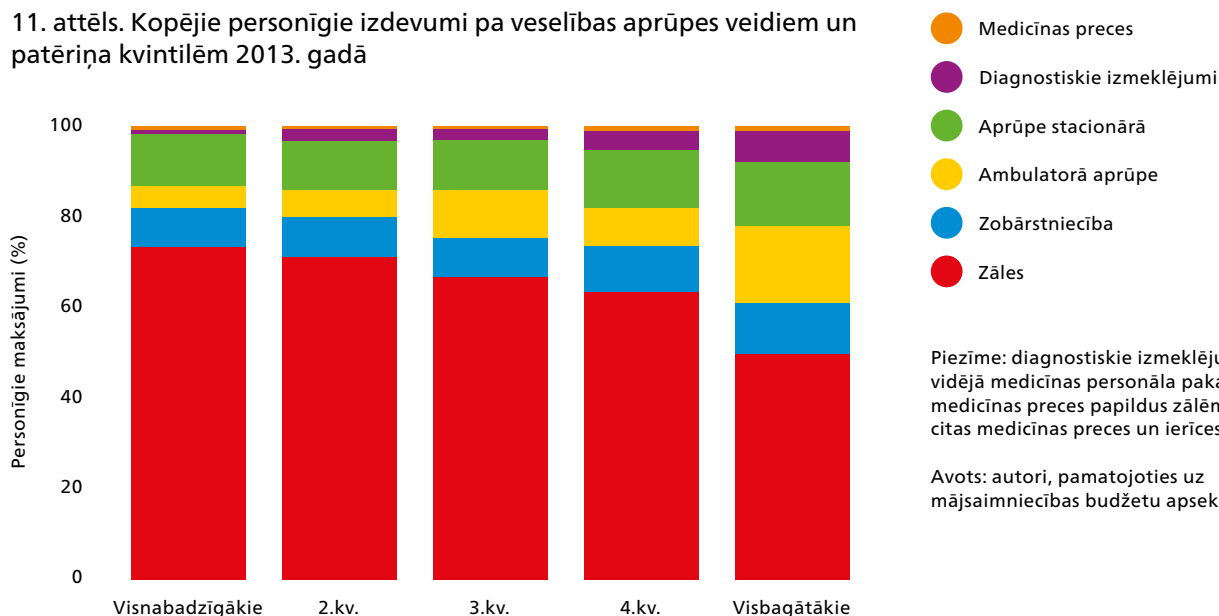
10. attēls. Kopējie personīgie izdevumi pa veselības aprūpes veidiem



Piezīme: diagnostiskie izmeklējumi ietver citus vidējā medicīnas personāla pakalpojumus; medicīnas preces papildus zālēm ietver arī citas medicīnas preces un ierīces.

Avots: autori, pamatojoties uz mājsaimniecības budžetu apsekojumu datiem.

11. attēls. Kopējie personīgie izdevumi pa veselības aprūpes veidiem un patēriņa kvintilēm 2013. gadā



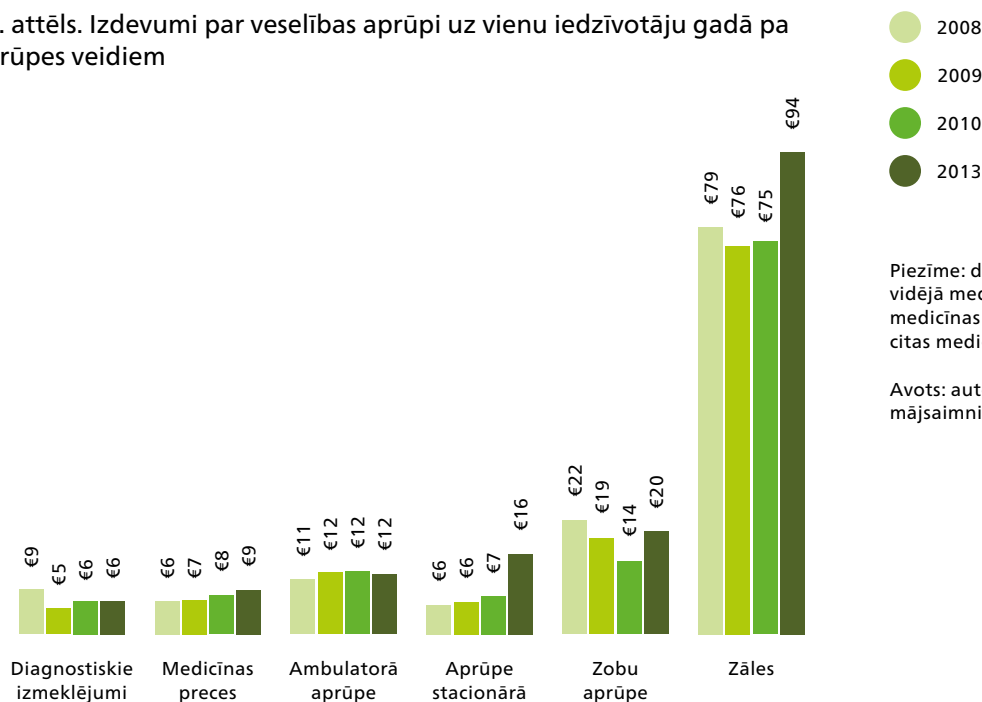
Piezīme: diagnostiskie izmeklējumi ietver citus vidējā medicīnas personāla pakalpojumus; medicīnas preces papildus zālēm ietver arī citas medicīnas preces un ierīces.

Avots: autori, pamatojoties uz mājsaimniecības budžetu apsekojuma datiem.

Krīzes gados personīgie izdevumi par veselības aprūpi samazinājās mazāk nodrošinātajās kvintilēs, kā to atspoguļo izdevumu sadalījums pa dažādiem veselības aprūpes pakalpojumu veidiem.



12. attēls. Izdevumi par veselības aprūpi uz vienu iedzīvotāju gadā pa aprūpes veidiem



Piezīme: diagnostiskie izmeklējumi ietver citus vidējā medicīnas personāla pakalpojumus; medicīnas preces papildus zālēm ietver arī citas medicīnas preces un ierīces.

Avots: autori, pamatojoties uz mājsaimniecības budžetu apsekojumu datiem.

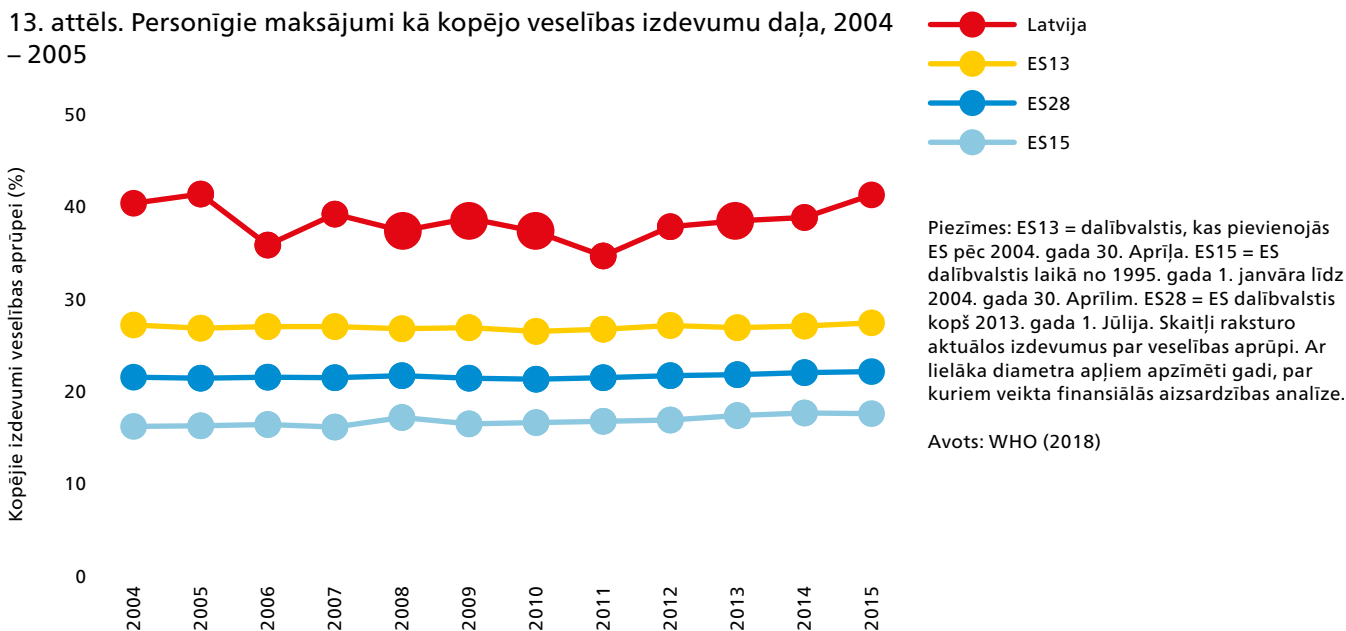
## 4.2 Neoficiālie maksājumi

Neoficiālajos maksājumos ir iekļauti visu veidu neoficiāli veikti maksājumi medicīniskajam personālam par pakalpojumiem, kurus pilnā mērā vajadzētu segt NVD. Par šīs problēmas apjomu Latvijā nav daudz tiešas informācijas. Eurobarometra 2017. gada īpašajā atskaitē par korupciju 8 % respondentu Latvijā, kas pēdējo 12 mēnešu laikā bija apmeklējuši kādu valsts veselības aprūpes nodrošinātāju, (salīdzinot ar vidēji 4 % ES28 valstīs un 9 % ES13 valstīs), ziņoja, ka viņiem bijis jāveic papildu maksājums vai jāpasniedz medmāsai vai ārstam vērtīga dāvana, vai arī jāziedo slimnīcai (European Commission, 2017). Viens no galvenajiem neoficiālo maksājumu cēloņiem ir garās rindas uz veselības pakalpojumiem, kas ierobežo piekļuvi; nelikumīgos maksājumus veic, lai ārstētos pie speciālista vai stacionārā.

## 4.3 Kas nosaka izmaiņas personīgajos maksājumos?

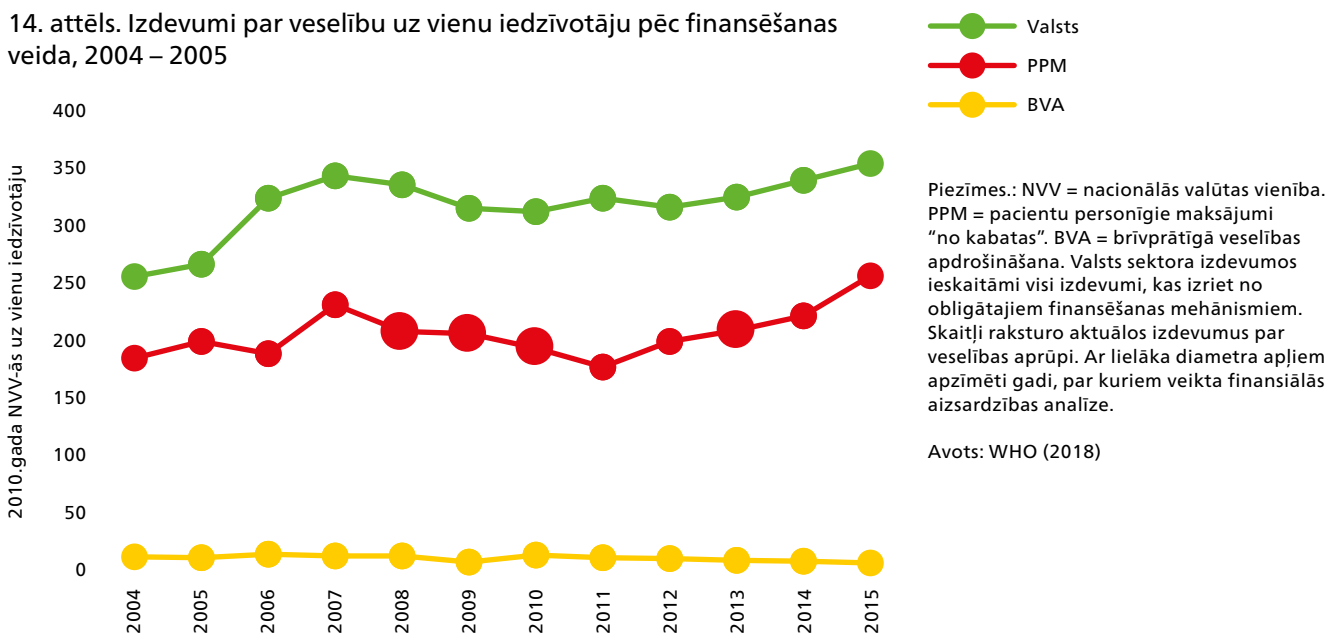
Nacionālo veselības kontu dati rāda, ka personīgo maksājumu daļa kopējos veselības aprūpes izdevumos Latvijā ir viena no augstākajām ES valstu starpā (13. attēls). Augstāka šo maksājumu daļa 2015. gadā bija vēl tikai Bulgārijā un Kiprā (WHO, 2018).

13. attēls. Personīgie maksājumi kā kopējo veselības izdevumu daļa, 2004 – 2005



Personīgo maksājumu daļa kopējos izdevumos par veselības aprūpi Latvijā 2010. un 2011. gadā saruka tāpēc, ka valsts izdevumi par veselību uz vienu iedzīvotāju šai laikā pieauga un personīgie maksājumi uz iedzīvotāju samazinājās (14. attēls). Valsts izdevumi par veselības aprūpi uz vienu iedzīvotāju strauji pieauga pirmskrīzes gados, bet 2008. gadā sāka samazināties, ekonomiskajam stāvoklim pasliktinoties, un kritums turpinājās 2009. un 2010. gadā. Valsts izdevumi no jauna pieauga 2011. gadā, bet līdz 2015. gadam pirmskrīzes līmenis netika sasniegts.

14. attēls. Izdevumi par veselību uz vienu iedzīvotāju pēc finansēšanas veida, 2004 – 2005



Vēl viens faktors, kura rezultātā pieauga pacientu personīgie maksājumi, bija krasais veselības aprūpes izmaksu palielinājums 2008. un 2009. gadā. Pirms krīzes, 2008. gadā, cenas, salīdzinot ar 2007. gadu, palielinājās par 13,4 % (5. tabula); 2009. gadā tās pieauga vēl par 17,8 %. Tādējādi šajos 2 gados vidējais cenu pieaugums par veselības aprūpi bija 34 %, un vidējās cenas par aprūpi stacionārā divkāršojās. Iedzīvotāji, kas par šiem pakalpojumiem maksāja paši, šo pieaugumu izjuta.

Visbeidzot pieauga līdzmaksājumi par vairākiem pakalpojumiem, piemēram, 2009. gadā ievērojami palielināja līdzmaksājumus par uzturēšanos stacionārā, kaut arī pēc tam – 2010. un 2015. gadā – tos samazināja (3. tabula).

5. tabula Izmaiņas veselības aprūpes tarīfos (procentos pret iepriekšējo gadu)

Avots: Latvijas Centrālā statistikas pārvalde (2018)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Veselības aprūpe</b>	13.4	17.8	0.1	-2.6	0.4	1.3
Medicīnas preces	7.3	12.2	2.0	-4.2	0.0	1.4
Ambulatorie pakalpojumi	28.3	17.1	-4.5	0.7	1.0	0.8
Stacionāra pakalpojumi	3.0	99.6	1.4	0.7	1.4	2.0

## 4.4 Kopsavilkums

Mājsaimniecību budžetu apsekojumu dati liek domāt, ka personīgie maksājumi par veselības aprūpi Latvijā veido lielu mājsaimniecību izdevumu daļu. Šī daļa 2013. gadā Latvijā bija tuvu 7 %, turpretim Igaunijā un Lietuvā 2012. gadā tā bija 4 %.

Galvenais personīgo maksājumu pieauguma faktors visās ienākumu grupās visus gadus bija personīgie maksājumi par ambulatorajai ārstēšanai nepieciešamajām zālēm, un šo izdevumu īpatsvars personīgajos maksājumos bija augstāks mazāk nodrošinātajās kvintilēs. Pēc 2009. gada palielinājās ambulatorās un stacionārās aprūpes pakalpojumu īpatsvars personīgajos maksājumos, jo īpaši turīgākajās mājsaimniecībās.

Kopumā personīgie maksājumi 2013. gadā bija augstāki nekā 2008. gadā gan nominālā izteiksmē, gan arī kā mājsaimniecības budžeta daļa, neskatoties uz to, ka 2009. un 2010. gadā mājsaimniecību skaits, kas veica personīgos maksājumus, samazinājās. Laika gaitā tendence visās kvintilēs nav bijusi vienāda – personīgie maksājumi par veselības aprūpi mazāk nodrošināto iedzīvotāju kvintilēs un to nabadzīgāko mājsaimniecību daļa, kas pašas neko nemaksāja par veselības aprūpi, 2009. un 2010. gadā samazinājās, no jauna pieaugot 2013. gadā; tajā pašā laikā personīgie maksājumi par veselības aprūpi turīgāko kvintilēs laika gaitā turpināja palielināties.

Personīgo maksājumu samazināšanos mazāk nodrošinātajās mājsaimniecībās var skaidrot ar 2009. gadā pieņemtajām politiskajām

nostādnēm par visnabadzīgāko māsaimniecību atbrīvošanu no līdzmaksājumiem un šī atbrīvojuma plašāku attiecināšanu uz citām māsaimniecībām ar zemiem ienākumiem laikā no 2010. līdz 2012. gadam. Iedzīvotāju atbildes turpretim liecina par neapmierināto vajadzību pieaugumu pēc medicīnas un zobārstniecības pakalpojumiem, sākot no 2010. gada. Pēc 2009. gada nevienlīdzība neapmierināto vajadzību ziņā pēc veselības un zobārstniecības pakalpojumiem, kas bija sākusi mazināties, ievērojami pieauga un ir viena no krasākajām ES.

Netieši pierādījumi par neoficiālo maksājumu apjomu Latvijā liek domāt, ka tos galvenokārt maksā rindu apiešanai.

Nacionālo veselības kontu dati rāda, ka personīgo maksājumu daļa kopējos veselības aprūpes izdevumos Latvijā pastāvīgi ir viena no augstākajām ES. Tā samazinājās 2010. un 2011. gadā, palielinoties valsts izdevumiem par veselības aprūpi, bet 2013. gadā no jauna atgriezās pirmskrīzes līmenī (38 %) un 2015. gadā sasniedza 42 %.

# 5. Finansiālā aizsardzība

Šajā sadaļā ir izmantoti Latvijas mājsaimniecību budžetu apsekojumu dati, lai noteiktu, kādā mērā personīgie maksājumi rada finansiālas grūtības mājsaimniecībām, kas izmanto veselības aprūpes pakalpojumus. Sadaļā ir parādīta saikne starp personīgajiem maksājumiem par veselību un nabadzības risku, un tajā ir aplēses par katastrofālo personīgo maksājumu biežumu, sadalījumu un cēloņiem.

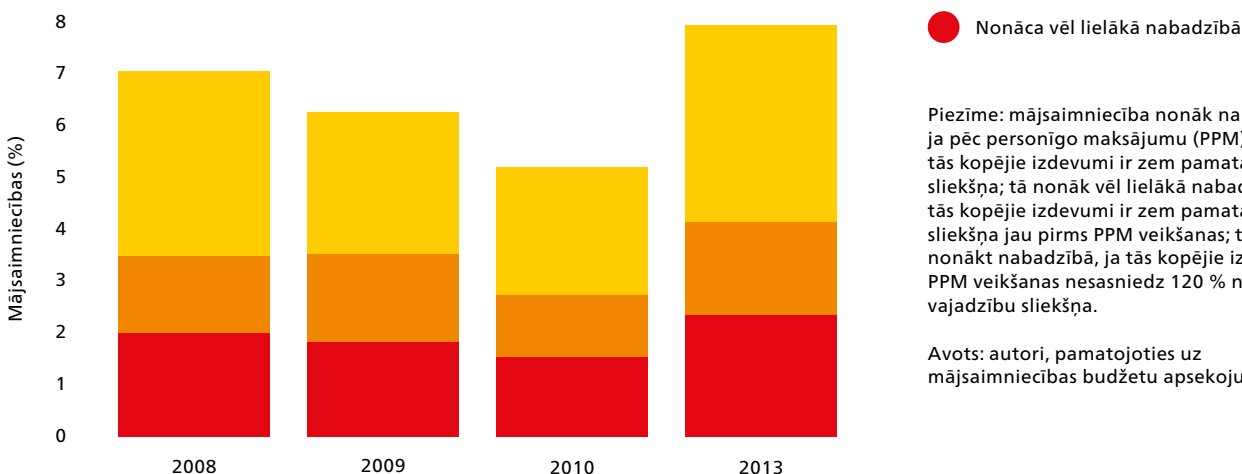
## 5.1 Kāds ir to mājsaimniecību skaits, kurām ir finansiālas grūtības?

### 5.1.1 Personīgie maksājumi un risks nonākt nabadzībā

15. attēlā ir parādīta tā mājsaimniecību daļa, kam pēc personīgi veiktiem maksājumiem par veselības aprūpi ir risks nonākt nabadzībā. Nabadzības sliekšnis atspoguļo tēriņus pamata vajadzību apmierināšanai (par pārtiku, īri un komunālajiem pakalpojumiem) relatīvi nabadzīgākajā Latvijas iedzīvotāju daļā (mājsaimniecībās starp 25. un 35. patēriņa percentili, kas samērota pēc mājsaimniecību lieluma un sastāva). Mēneša izmaksas pamata vajadzību apmierināšanai, t.s. pamata vajadzību sliekšnis, 2012. gadā bija 2 240 EUR gadā jeb 187 EUR mēnesī.

2013. gadā 8 % mājsaimniecību dzīvoja nabadzībā, vēl lielākā nabadzībā vai arī ar risku nonākt nabadzībā pēc personīgo maksājumu veikšanas. Nabadzībā nonākušo mājsaimniecību daļa pieauga 2009. gadā, samazinājās 2010. gadā un no jauna pieauga 2013. gadā. Vēl lielākā nabadzībā nonākušo mājsaimniecību daļa no 2,0 % 2008. gadā samazinājās līdz 1,8 % 2009. gadā, līdz 1,5% 2010. gadā un tad no jauna pieauga līdz 2,4% 2013. gadā. To mājsaimniecību īpatsvars, kas personīgo maksājumu dēļ nonāca nabadzībā vai vēl lielākā nabadzībā, samazinājās 2010. gadā, bet 2013. gadā pieauga, aptverot kopumā 4,2 % iedzīvotāju. Mājsaimniecību daļa, kam bija risks nonākt nabadzībā, 2009. un 2010. gadā samazinājās, bet laikā no 2010. līdz 2013. gadam divkāršojās, pieaugot no 2 % līdz 4 %.

15. attēls. Mājsaimniecību daļa, kurai pēc personīgo maksājumu veikšanas ir risks nonākt nabadzībā



### 5.1.2 Katastrofālie personīgie maksājumi

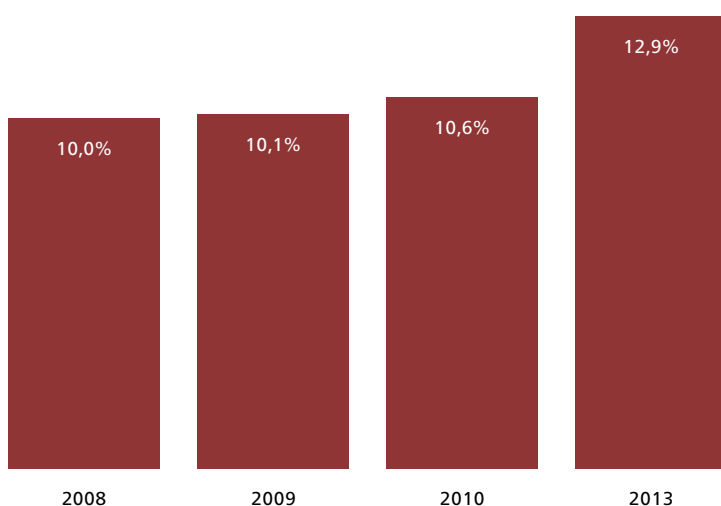
Atbilstoši definīcijai mājsaimniecības ar katastrofāliem personīgajiem maksājumiem ir tās, kas par veselību tērē vairāk nekā 40 % no līdzekļiem, ko tās var atļauties. Tās ir mājsaimniecības, kas pēc personīgo maksājumu veikšanas ir nonākušas nabadzībā (jo to maksātspēja ir izsmelta) vai vēl lielākā nabadzībā (jo to maksātspēja bija izsmelta vēl pirms personīgo maksājumu veikšanas par veselību).

Katastrofālo veselības izdevumu statistika laikā no 2008. līdz 2010. gadam bija diezgan stabila – 10 % līmenī –, un pēc tam to skaits 2013. gadā pieauga līdz 13 % (16. attēls). 2013. gadā aptuveni 103 000 mājsaimniecībām (214 000 iedzīvotājiem) bija katastrofāli izdevumi – ievērojami vairāk nekā krīzes kritiskajā posmā (2009 – 2010).

Kaut arī katastrofālo izdevumu biežums no 2009. līdz 2010. gadam bija nemainīgs, to mājsaimniecību daļa, kuras pēc attiecīgo maksājumu veikšanas nonāca nabadzībā, vēl lielākā nabadzībā vai nabadzības riska zonā, šo 2 gadu laikā samazinājās. To var skaidrot ar 2009. gadā ieviestajiem atbrīvojumi no līdzmaksājumiem ļoti nabadzīgajām mājsaimniecībām un šo atbrīvojumu un maksas samazinājumu attiecināšanu uz lielāku maznodrošināto mājsaimniecību skaitu 2010. gadā. Atbrīvojumus visām šīm mājsaimniecībām, izņemot visnabadzīgākajām, 2012. gadā atcēla.

16. attēls. Mājsaimniecību daļa ar katastrofāliem personīgajiem maksājumiem

Avots: autori, pamatojoties uz mājsaimniecības budžetu apsekojumu datiem.



## 5.2 Kam ir finansiālas grūtības?

2013. gadā mazliet vairāk nekā puse no visām mājsaimniecībām ar katastrofāliem personiskiem maksājumiem jau bija ļoti nabadzīgas vai arī tām bija risks nonākt nabadzībā pēc personīgo maksājumu veikšanas (sarkanā, oranžā un dzeltenā josla 17. attēlā). 2010. gadā šī daļa samazinājās, kaut arī kopējais katastrofālo izdevumu biežums nedaudz palielinājās. Tas norāda, ka kopējo palielinājumu attiecīgajā gadā radīja šādu maksājumu īpatsvara palielināšanās turīgākajās kvintilēs – 2013. gadā tendence mainījās uz pretējo, palielinoties nabadzībā un vēl lielākā nabadzībā nonākušo, kā arī nabadzības apdraudēto mājsaimniecību skaitam, turpretim mājsaimniecību daļa, kam šāds risks nedraudēja, palika nemainīga.

Šo tendenci apstiprina 18. attēls. Tajā ir parādīts, ka katastrofālo personīgo maksājumu biežums visus gadus ir bijis ļoti augsts mazāk nodrošināto iedzīvotāju kvintilēs. No katastrofāliem personīgajiem maksājumiem 2008. gadā cieta vairāk nekā 25% mājsaimniecības visnabadzīgāko iedzīvotāju kvintilē un tikai 1% visturīgāko kvintilē. No 2008. līdz 2009. gadam katastrofālo izdevumu biežums samazinājās divās nabadzīgākajās kvintilēs, bet palielinājās trijās bagātākajās kvintilēs. 2010. gadā katastrofālo izdevumu gadījumu biežums pieauga visās kvintilēs, izņemot visnabadzīgākajā. 2013. gadā lielāks katastrofālo izdevumu biežums saistāms ar lielāku šādu gadījumu biežumu tieši divu nabadzīgāko kvintiļu mājsaimniecībās. Šī tendence skaidrojama ar 2012. gadā atceltajiem līdzmaksājumu atbrīvojumiem, saglabājot tos tikai visnabadzīgākajām mājsaimniecībām, un liek domāt, ka no ekonomikas atkopšanās ieguva galvenokārt bagātākās mājsaimniecības.



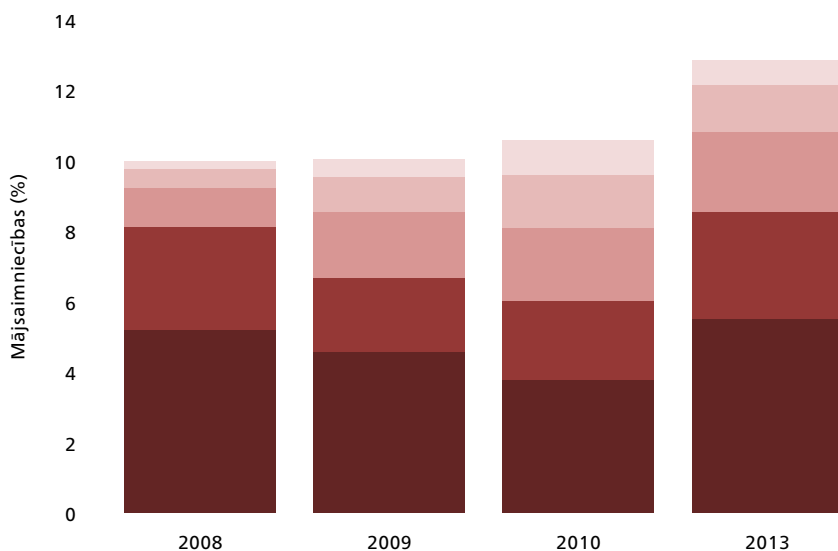
17. attēls. Mājsaimniecību daļa ar katastrofāliem personīgajiem maksājumiem pēc riska nonākt nabadzībā



- Nav risks nonākt nabadzībā
- Ir risks nonākt nabadzībā
- Nonāca nabadzībā
- Nonāca vēl lielākā nabadzībā

Avots: autori, pamatojoties uz mājsaimniecības budžetu apsekojuma datiem.

18. attēls. Mājsaimniecību daļa ar katastrofāliem personīgajiem maksājumiem pēc patēriņa kvintilēm



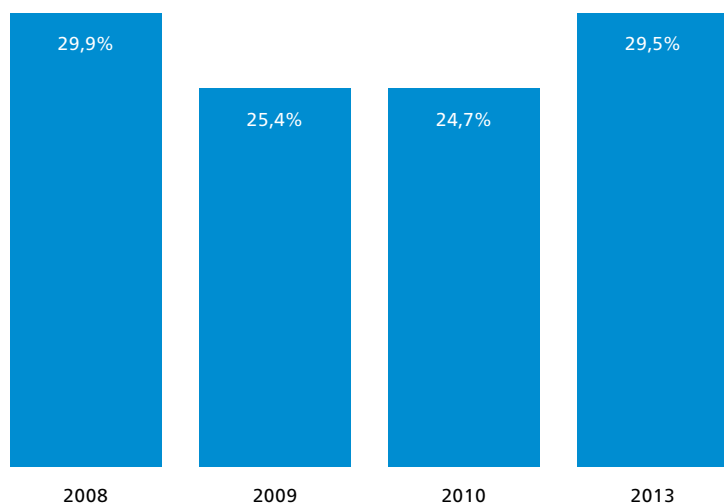
- Visbagātākās
- 4.kv.
- 3.kv.
- 2.kv.
- Visnabadzīgākās

Avots: autori, pamatojoties uz mājsaimniecības budžetu apsekojuma datiem.

Jo īpaši starp pensionāriem katastrofālie veselības aprūpes izdevumi ir bieža parādība. 2013. gadā gandrīz 30 % no visām pensionāru mājsaimniecībām cieta no katastrofāliem personīgajiem maksājumiem; tādējādi 70 % no visām mājsaimniecībām ar katastrofāliem maksājumiem bija pensionāru mājsaimniecības. Šī tendence vērojama visus gadus, bet 2009. un 2010. gadā tā mazliet samazinājās (19. attēls). Katastrofālo maksājumu mazināšanos pensionāru mājsaimniecībās tūlīt pēc krīzes var skaidrot ar 2009. gadā ieviestajiem atbrīvojumiem no līdzmaksājumiem, kurus 2012. gadā atcēla visiem, izņemot visnabadzīgākajām mājsaimniecībām.

19. attēls. Pensionāru mājsaimniecību daļa ar katastrofāliem personīgajiem maksājumiem

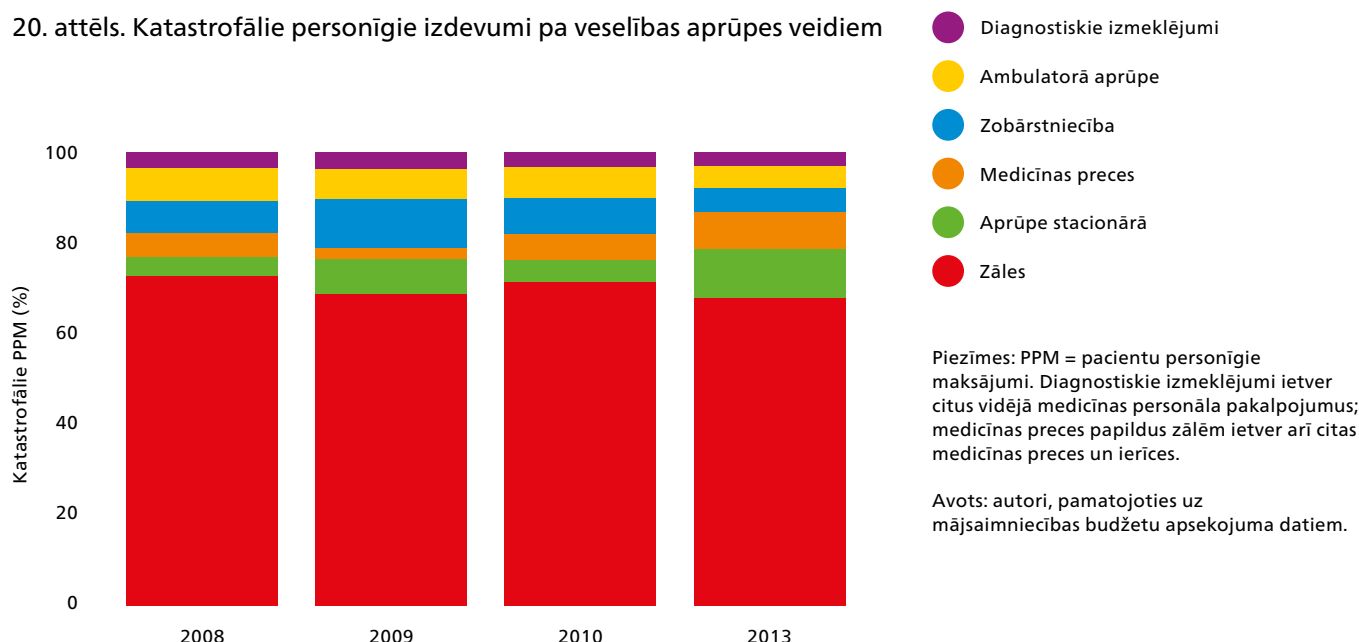
Avots: autori, pamatojoties uz mājsaimniecības budžetu apsekojuma datiem.



## 5.3 Kuru veselības aprūpes pakalpojumu dēļ iedzīvotāji nonāk finansiālās grūtībās?

Visbiežāk katastrofālos tēriņus izraisa zāļu iegāde, kas katru gadu rada aptuveni 70 % no šiem izdevumiem (20. attēls). Laika gaitā stacionārā aprūpe, salīdzinot ar ambulatorajiem un zobārstniecības pakalpojumiem, aizvien vairāk kļūst par katastrofālo izdevumu cēloni.

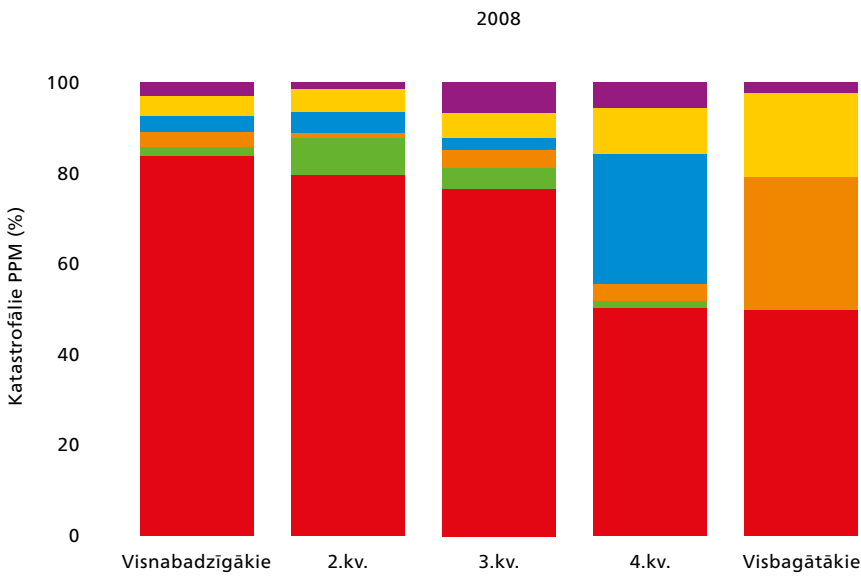
20. attēls. Katastrofālie personīgie izdevumi pa veselības aprūpes veidiem



21. attēlā ir redzams, ka katastrofālo izdevumu tendences laikā no 2008. līdz 2013. gadam dažādās kvintilēs ir bijušas atšķirīgas. Visus četrus gadus tieši ambulatorajā ārstēšanā nepieciešamo zāļu izmaksas gandrīz pilnībā noteica katastrofālos maksājumus visās kvintilēs; tomēr, lai gan šīs izmaksas bija galvenais katastrofālo maksājumu cēlonis nabadzīgākajās kvintilēs, turīgāko kvintilēs šo maksājumu daļa zāļu iegādes dēļ bija daudz mazāka.

Jo turīgāka mājsaimniecība, jo lielāka katastrofālo izdevumu daļa saistāma ar stacionāro aprūpi un medicīnas preču iegādi. Zobārstniecības pakalpojumi arī ieņem ievērojamu vietu katastrofālajos maksājumos, ieskaitot tajos, ko maksā nabadzīgākās mājsaimniecības, kur šī daļa laikā no 2010. līdz 2013. gadam pieauga. Neapmierināto vajadzību līmenis pēc zobārstniecības pakalpojumiem palielinājās pēc krīzes iestāšanās, jo īpaši visnabadzīgākajā kvintilē (5. attēls).

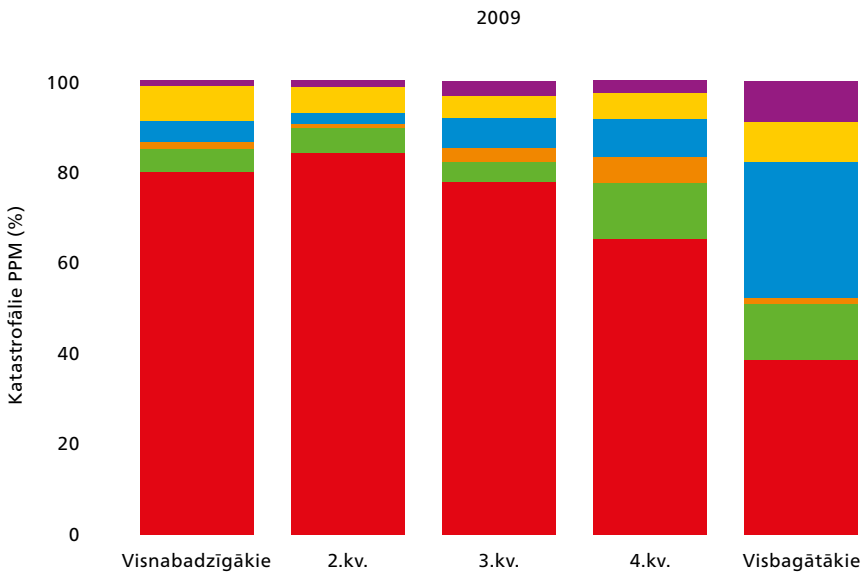
21. attēls. Katastrofālie personīgie izdevumi pa veselības aprūpes veidiem un patēriņa kvintilēm



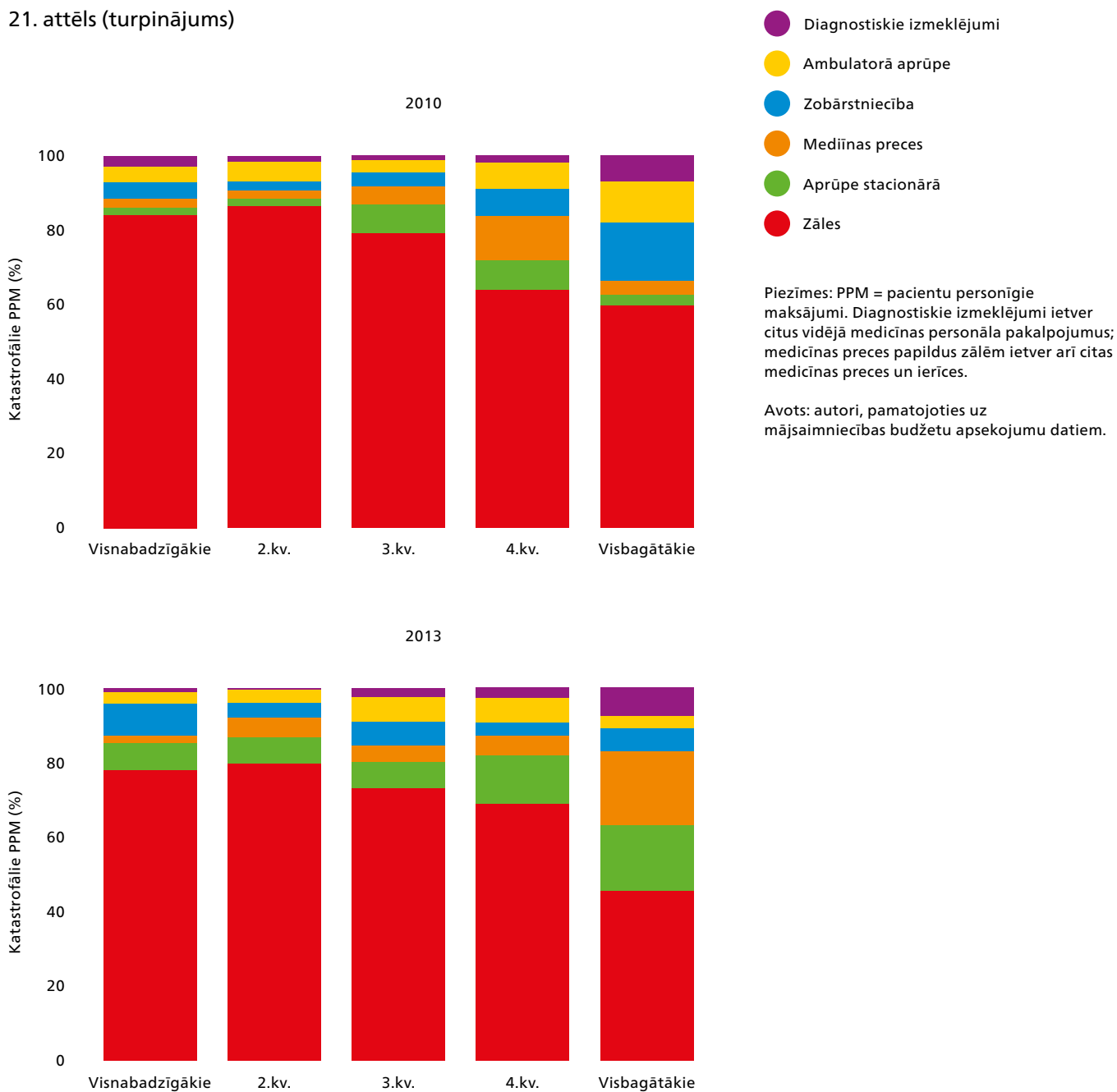
- Diagnostiskie izmeklējumi
- Ambulatorā aprūpe
- Zobārstniecība
- Mediīnas preces
- Aprūpe stacionārā
- Zāles

Piezīmes: PPM = pacientu personīgie maksājumi. Diagnostiskie izmeklējumi ietver citus vidējā medicīnas personāla pakalpojumus; medicīnas preces papildus zālēm ietver arī citas medicīnas preces un ierīces.

Avots: autori, pamatojoties uz mājsaimniecības budžetu apsekojumu datiem.



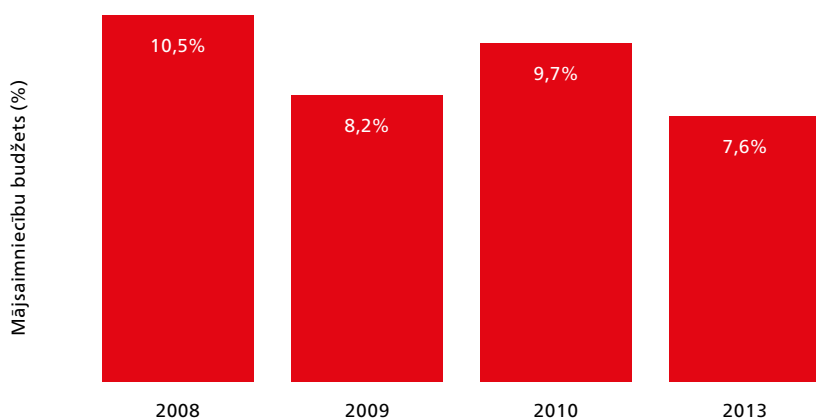
21. attēls (turpinājums)



## 5.4 Cik lielas ir finansiālās grūtības?

Vidējais personīgo maksājumu īpatsvars visnabadzīgāko mājsaimniecību, kuras jau iepriekš nespēja apmierināt savas pamata vajadzības un pēc personīgo maksājumu veikšanas nonāca vēl lielākā nabadzībā, kopējos izdevumos 2008. gadā bija nedaudz vairāk par 10 % un 2013. gadā – gandrīz 8 % (22. attēls). Tas nozīmē, ka pat ļoti nabadzīgas mājsaimniecības, kas kopš 2009. gada ir atbrīvotas no līdzmaksājumiem, var tērēt veselībai ievērojamu sava budžeta daļu.

22. attēls. Personīgo maksājumu īpatsvars mājsaimniecību kopējos izdevumos vēl lielākā nabadzībā nonākušo mājsaimniecību vidū

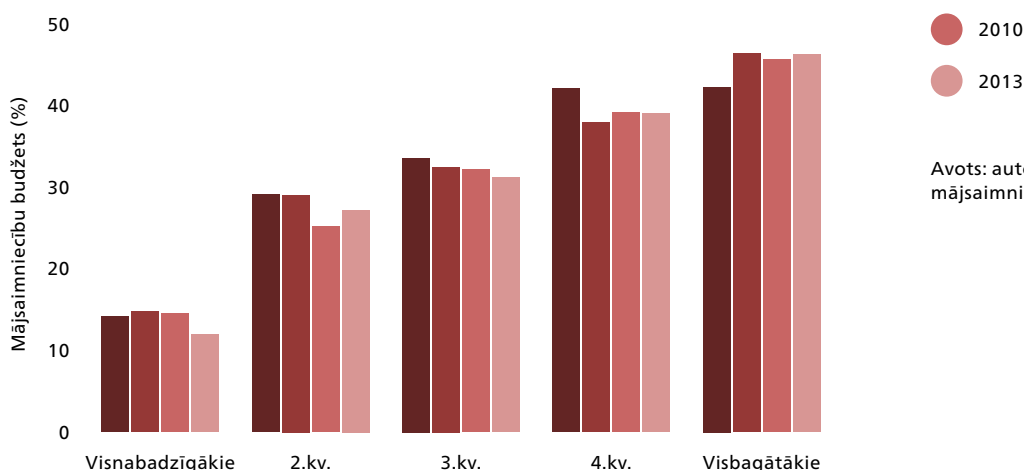


Piezīmes: mājsaimniecību uzskata par nonākušo vēl lielākā nabadzībā, ja tās kopējie izdevumi ir zem pamata vajadzību sliekšņa pirms PPM veikšanas. Latvijā šādas mājsaimniecības veido 6–7 % (skatīt 6. sadaļu).

Avots: autori, pamatojoties uz mājsaimniecības budžetu apsekojumu datiem.

Starp mājsaimniecībām ar katastrofāliem izdevumiem bagātākā kvintile 2013. gadā vidēji veselībai iztērēja 43 % no sava budžeta, turpretim visnabadzīgākā kvintile iztērēja 12 % (23. attēls). Laika gaitā personīgo maksājumu daļa palielinājās visbagātākajā kvintilē.

23. attēls. Personīgo maksājumu īpatsvars mājsaimniecību kopējos izdevumos mājsaimniecībās, kuru izdevumi bijuši katastrofāli, pa patēriņa kvintilēm



Avots: autori, pamatojoties uz mājsaimniecības budžetu apsekojuma datiem.

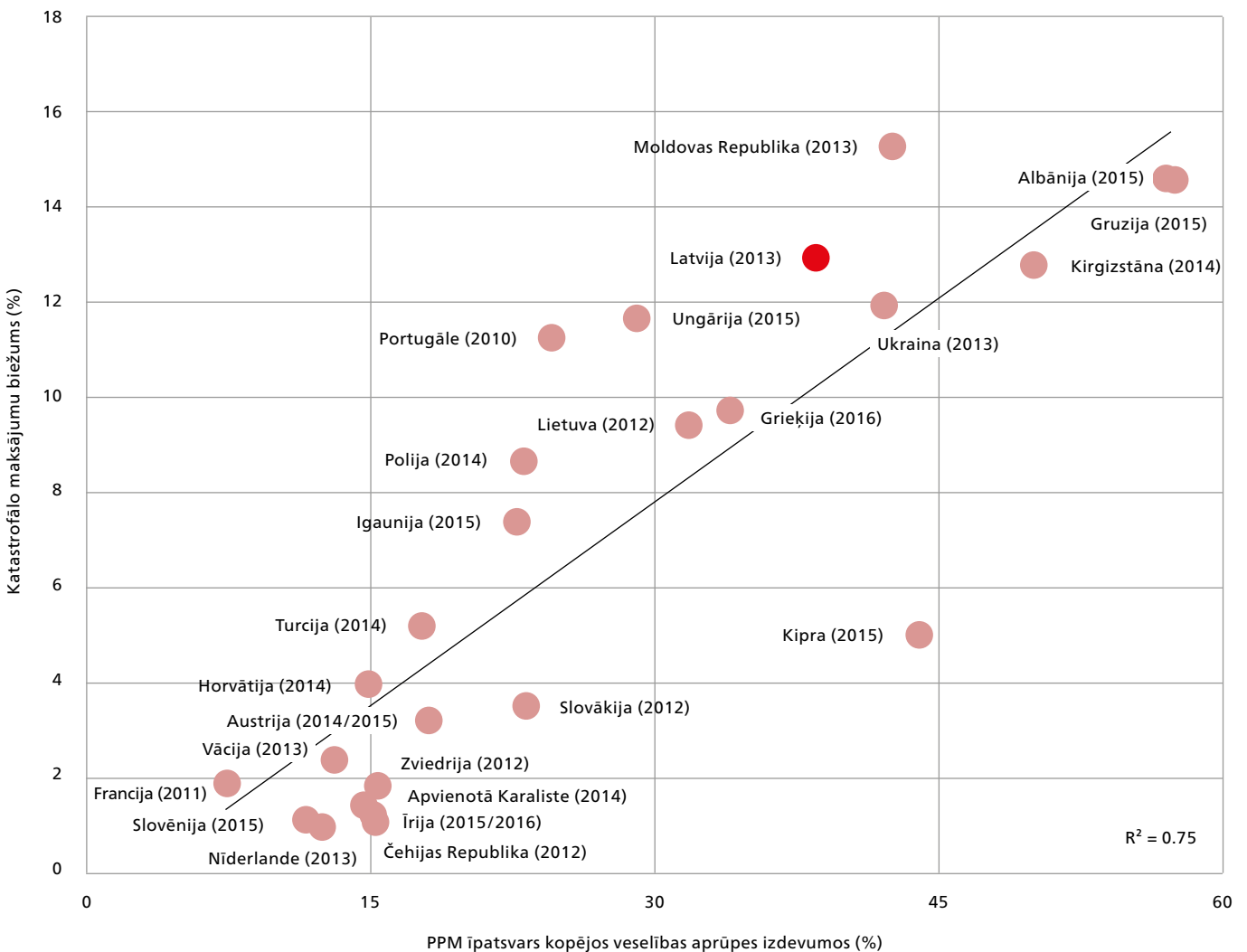
## 5.5 Salīdzinājums ar citām valstīm

Latvijā katastrofālie un nabadzībā dzenošie personīgie maksājumi ir sastopami biežāk nekā citās ES valstīs (24. attēls). Katastrofālos personīgos maksājumus Latvijā gandrīz pilnībā izraisa summas par ambulatorajai ārstēšanai vajadzīgajām zālēm; līdzīgs stāvoklis ir arī citās valstīs, kur katastrofālie maksājumi ir bieža parādība.

24. attēls. Katastrofālie maksājumi par veselību un personīgo maksājumu īpatsvars kopējos izdevumos par veselības aprūpi Eiropas valstīs pēdējos gados, par kuriem pieejama informācija

Piezīmes: PPM = pacientu personīgie maksājumi. R2 = noteikšanas koeficients. Dati par personīgajiem maksājumiem un dati par katastrofālajiem maksājumiem attiecas uz vienu un to pašu gadu. Latvija ir izcelta ar sarkanu krāsu.

Avoti: WHO Barcelona Office for Health Systems Strengthening; WHO (2018).



## 5.6 Kopsavilkums

2013. gadā 13 % mājsaimniecību saskārās ar katastrofāliem personīgajiem maksājumiem, un 4 % mājsaimniecību pēc šādiem maksājumiem nonāca nabadzībā vai vēl lielākā nabadzībā; vēl 4 % mājsaimniecību nonāca stāvoklī, kurā tām draudēja nabadzības risks.

Katastrofālo izdevumu gadījumi bija ļoti izplatīti tieši starp nabadzīgākajām mājsaimniecībām un vairāk nekā citas grupas skāra pensionārus. 2013. gadā 70 % no mājsaimniecībām ar katastrofāliem izdevumiem par veselību bija pensionāru mājsaimniecības.

Kopumā zāles ir pats lielākais katastrofālo izdevumu cēlonis visās mājsaimniecībās, bet tām tērēto mājsaimniecības izdevumu daļa ir daudz lielāka divās nabadzīgākajās kvintilēs (2013. gadā aptuveni 80 %) nekā visbagātākajā kvintilē (46 %). Zāļu īpatsvars katastrofālajos izdevumos laika gaitā ir bijis stabils. Turīgāko iedzīvotāju kvintilēs katastrofālos izdevumus aizvien biežāk rada stacionārā aprūpe un medicīnas preču iegāde. Zobārstniecības pakalpojumi arī ieņem ievērojamu vietu katastrofālajos maksājumos, tostarp tajos, ko maksā visnabadzīgākās mājsaimniecības, un laikā gaitā visnabadzīgāko mājsaimniecību vidū to īpatsvars katastrofālajos maksājumos ir audzis.

Laikā no 2008. līdz 2013. gadam mājsaimniecību vidū ir bijusi dažāda katastrofālo maksājumu struktūra. Šo maksājumu biežums laikā no 2009. līdz 2010. gadam samazinājās visnabadzīgākajā kvintilē un starp pensionāru mājsaimniecībām, bet 2013. gadā no jauna ievērojami pieauga. Šādas tendences var vērot arī starp mājsaimniecībām, kuras pēc personīgo maksājumu veikšanas ir nonākušas vēl lielākā nabadzībā, nabadzībā vai arī stāvoklī, kurā tām draud nabadzības risks. Turpretim trijās turīgākajās kvintilēs 2009. un 2010. gadā katastrofālo maksājumu biežums palielinājās un 2013. gadā saglabājās nemainīgs. 2013. gadā kopējais katastrofālo izdevumu līmenis bija daudz augstāks nekā 2008. gadā, un to galvenokārt izraisīja šādu izdevumu pieaugums nabadzīgākajās kvintilēs.



## 6. Faktori, kas stiprina vai arī vājina finansiālo aizsardzību

Šajā sadaļā ir aplūkoti personīgo maksājumu radīto grūtību iespējamie cēloņi Latvijā, kas palīdz skaidrot laika gaitā novērotās tendences. Vispirms apsvērsim faktoros, kas atrodas ārpus veselības sistēmas un ietekmē iedzīvotāju spēju maksāt par veselības aprūpi, piemēram, izmaiņas dzīves līmenī un dzīves dārdzībā, un pēc tam – veselības sistēmas iekšējos faktoros.

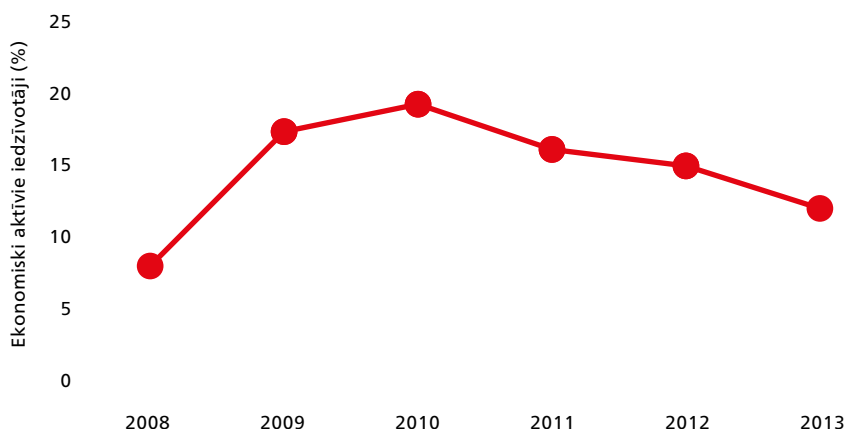
## 6.1 Faktori, kas ietekmē iedzīvotāju spēju maksāt par veselības aprūpi

Šajā sadaļā izmantoti dati no Latvijas mājsaimniecību budžetu apsekojumiem un citiem avotiem, lai aplūkotu to, kā mainās cilvēku spēja maksāt par veselības aprūpi, galvenokārt pievēršoties tiem, kam ir vislielākais risks nonākt nabadzībā.

Laika posmā no 2000. līdz 2007. gadam Latvija piedzīvoja ļoti strauju ekonomisko izaugsmi – vidēji 10,3% gadā, apsteidzot visas ES valstis. Ekonomiskā krīze, kas sākās 2008. gadā, atsedza vairākas problēmas, tostarp strauju iekšzemes patēriņa samazinājumu, nesakārtotu banku sektoru, aizdevumus ārvalstu valūtās, neilgtspējīgu nekustamā īpašuma "burbuli" eksporta apjoma samazināšanos, negatīvu tirdzniecības bilanci un zemu darba ražīgumu. (Bukovskis, 2014).

IKP 2009. gadā samazinājās gandrīz par 18 %, un strauji pieauga bezdarbs, 2010. gadā sasniedzot 20 % atzīmi (25. attēls). IKP uz vienu iedzīvotāju 2013. gadā atkopās 2008. gada līmenī, un bezdarbs, kaut arī vēl aizvien augsts (12 %), bija samazinājies. Joprojām saglabājās augsts ilgstoši bez darba palikušo iedzīvotāju skaits – tas palielinājās no 2,0% 2008. gadā līdz 8,8% 2010. – 2011. gadā, lai gan 2013. gadā samazinājās līdz 5,8%. Bezdarba līmenis būtu pieaudzis vēl krasāk, ja daļa iedzīvotāju nebūtu pametuši Latviju, lai meklētu darbu ārzemēs, īpaši krīzes laikā. Aptuveni 70 000 iedzīvotāju 2009. – 2010. gadā izbrauca no valsts – šie cilvēki veidoja gandrīz 40% no visiem tiem, kas devās prom no Latvijas 2004. – 2014. gadā.

25. attēls. Bezdarba līmenis, 2008 – 2013



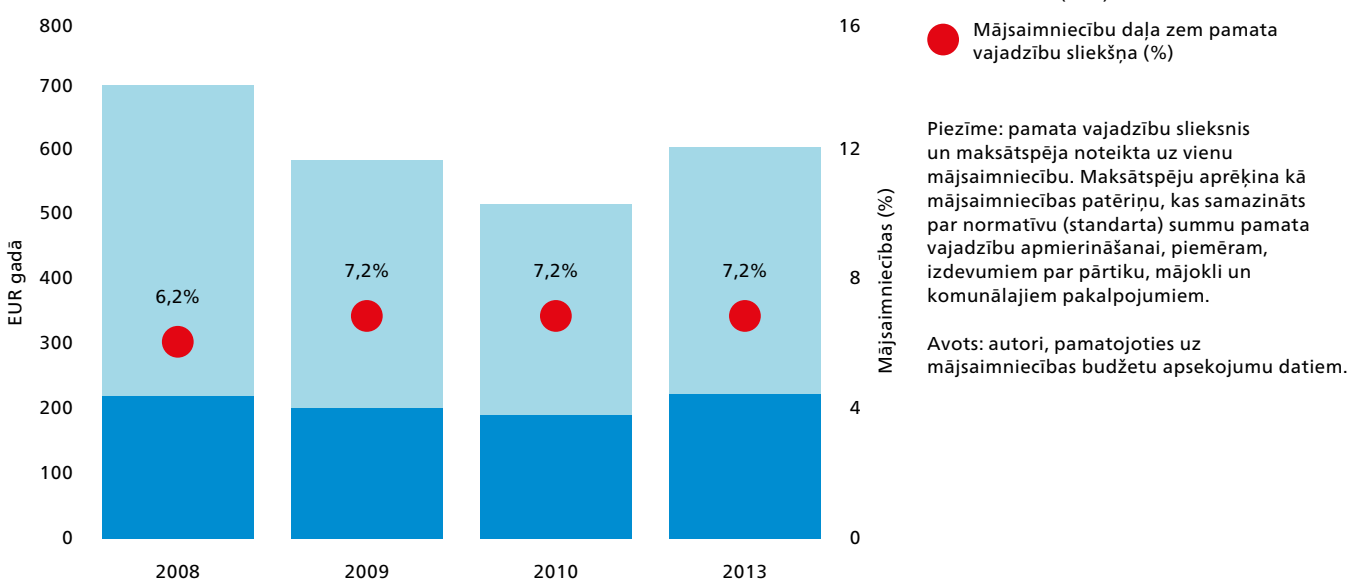
Piezīme: bezdarba līmenis jāsaprot kā bezdarbnieku īpatsvars ekonomiski aktīvo iedzīvotāju kopskaitā.

Avots: Latvijas Centrālā statistikas pārvalde (2018)

Krīzes sekas visasāk izjuta tās mājsaimniecības, kurās kāds bija palicis bez darba. Pieaugošā bezdarba dēļ mājsaimniecību reālie ienākumi no algota darba krasi samazinājās; 2008. gadā ienākumi no algām bija 76 %, bet 2009. gadā tie saruka līdz 68 % un 2010. gadā – līdz 64 % (Centrālā statistikas pārvalde, 2018).

Mājsaimniecību budžetu apsekojumu dati liecina, ka mājsaimniecību izdevumi pamata vajadzībām (pārtikai, mājoklim un komunālajiem pakalpojumiem) laikā no 2008. līdz 2010. gadam samazinājās; tā rezultātā pamata vajadzību sliekšnis mūsu veiktajā analīzē kritās no 2 209 EUR līdz 1 922 EUR gadā jeb par 13 % (26. attēls). Tajā pašā laikā procentuālais kritums mājsaimniecību maksātspējā par veselības pakalpojumiem bija vēl lielāks (32 %). Laikā no 2010. līdz 2013. gadam mājsaimniecību tēriņi pamata vajadzībām atkal nedaudz pacēlās virs krīzes līmeņa (2 240 EUR), un tā rezultātā mājsaimniecību daļa, kas pamata vajadzības apmierināt nevarēja, palielinājās. 2013. gadā mājsaimniecību maksātspēja pieauga, bet tā kā izmaksas pamata vajadzību apmierināšanai arī bija augušas, tā mājsaimniecību daļa, kas nespēja šīs vajadzības apmierināt, saglabājās 7,2% līmenī. Šie skaitļi liek domāt, ka, lai gan pēc krīzes ekonomika nedaudz atkopās, iedzīvotāju materiālās labklājības līmenis 2013. gadā bija kopumā sliktāks nekā 2008. gadā lielāka bezdarba un algu samazinājuma dēļ.

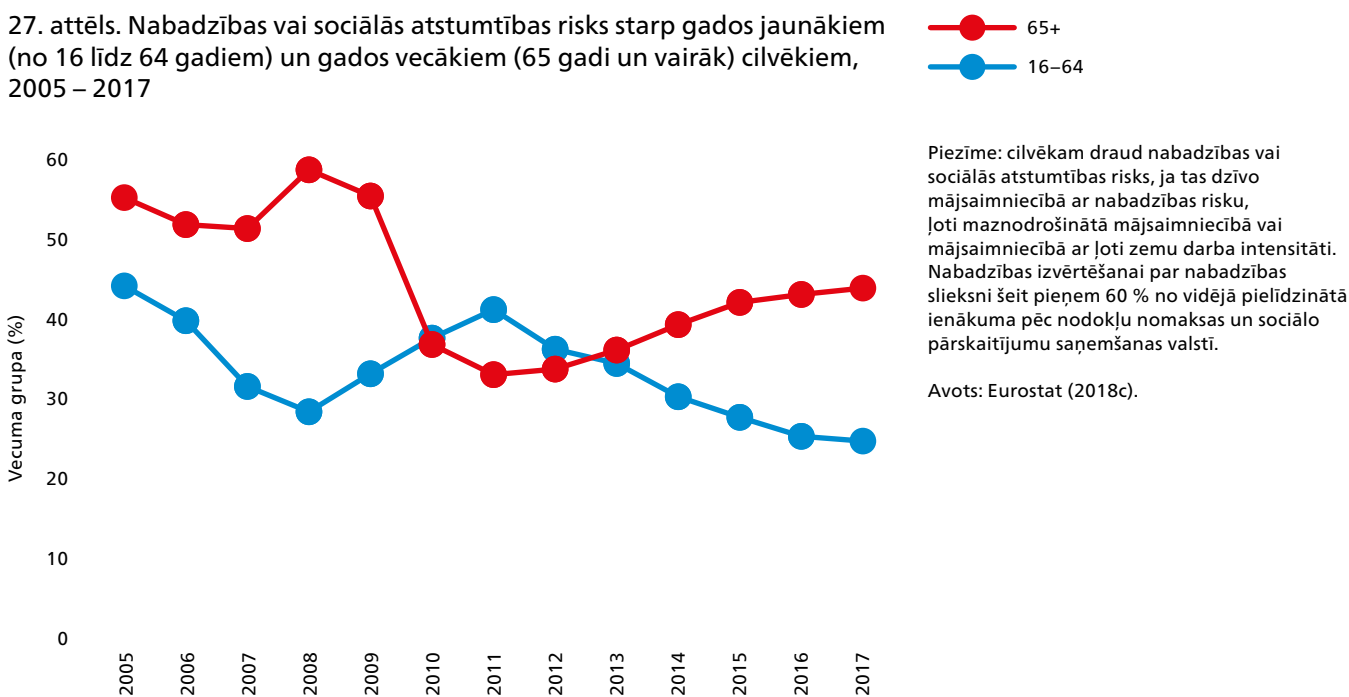
26. attēls. Izmaiņas izmaksās pamatvajadzību apmierināšanai, maksātspēja un mājsaimniecības zem pamatvajadzību sliekšņa



Lai gan Latvijā darbojas uz ienākumu testēšanas principu balstīta sociālās palīdzības pabalstu sistēma, pensijas un citi sociālie pabalsti ir diezgan zemi. Piemēram, vidējā gada pensija 2013. gadā bija 3 112 EUR, proti, tikai mazliet virs pamata vajadzību sliekšņa 2 240 EUR gadā. Krīzes laikā pensionāri bija labāk aizsargāti nekā nodarbinātie, jo pensijas no 2008.

līdz 2013. gadam katru gadu palielinājās, bet algas laikā no 2008. līdz 2010. gadam samazinājās. 27. attēlā parādīts, kā krīzes laikā un pēc tās mainījās nabadzības un sociālās atstumtības risks. No 2008. līdz 2011. gadam risks samazinājās iedzīvotājiem, kas bija vecāki par 65 gadiem, un pieauga vecumā no 16 līdz 64 gadiem. Pēc 2011. gada riska sadalījums vēlreiz mainījās, un 2013. gadā gados vecākiem cilvēkiem nabadzības risks jau bija lielāks nekā jaunākiem cilvēkiem. Šīs izmaiņas riska sadalījumā starp gados vecākām un jaunākām mājsaimniecībām daļēji skaidro mazāku katastrofālo un nabadzībā dzenošo personīgo maksājumu skaitu nabadzīgākajās kvintilēs un pensionāru mājsaimniecībās 2009. un 2010. gadā.

27. attēls. Nabadzības vai sociālās atstumtības risks starp gados jaunākiem (no 16 līdz 64 gadiem) un gados vecākiem (65 gadi un vairāk) cilvēkiem, 2005 – 2017



## 6.2 Veselības sistēmas faktori

Šajā sadaļā ir aplūkoti izdevumi veselībai un veselības aprūpes ietvērums, tostarp ambulatorajai ārstēšanai nepieciešamo zāļu iegādei. Vērā ņemti arī pacientu uzvedības modeļi, vērstoties pēc veselības aprūpes, un saistība starp neapmierinātajām vajadzībām un finansiālo aizsardzību.

### 6.2.1 Valsts sektora izdevumi veselības nozarei

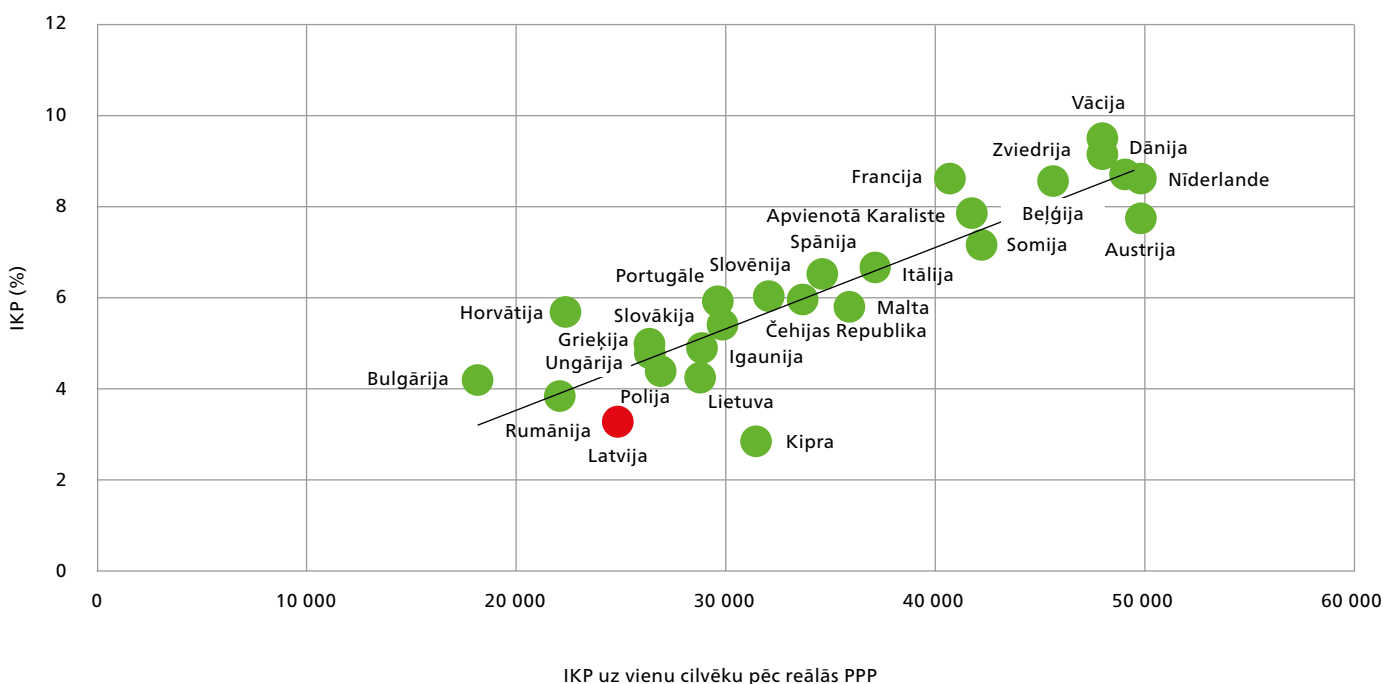
Latvijā valsts sektorā tērētie līdzekļi veselībai, ja tos aplūko kā IKP daļu, ir zemi (28. attēls) lielā mērā tāpēc, ka veselībai atvēl ļoti mazu daļu no valsts budžeta līdzekļiem kopumā – 2015. gadā tie bija tikai 8,9 %, kas ir otrs zemākais rādītājs ES valstīs pie vidējā rādītāja 13,5 % (29. attēls).

Valsts sektora izdevumi veselības aprūpei uz vienu iedzīvotāju strauji samazinājās no 2008. līdz 2010. gadam, valstij reaģējot uz ekonomiskā klimata pasliktināšanos un ekonomikai pakāpeniski atgūstoties, sākot no 2011. gada (14. attēls). Nacionālo veselības kontu dati liecina, ka krīzes laikā un pēc krīzes samazinājās arī personīgie maksājumi uz vienu iedzīvotāju, bet pēc 2012. gada tie strauji pieauga. Mājsaimniecību budžetu apsekojumu dati liecina, ka personīgo maksājumu samazinājums visvairāk bija vērojams trijās mazāk nodrošinātajās kvintilēs. To var skaidrot trejādi. Pirmkārt, palielinoties bezdarba līmenim, algas samazinājās, bet pensijas saglabājās iepriekšējā līmenī, tāpēc gados vecāko cilvēku īpatsvars nabadzīgākajās kvintilēs 2009. un 2010. gadā varēja samazināties, mazinot vajadzību pēc veselības aprūpes šajās kvintilēs. Otrkārt, mazāk nodrošinātās mājsaimniecības varēja arī pārstāt rūpēties par veselību vai atlikt to uz vēlāku laiku, reaģējot uz pieaugošo finansiālo spiedienu. Treškārt, no 2009. gada līdz 2012. gada beigām visnabadzīgākajām mājsaimniecībām bija spēkā atbrīvojumi no līdzmaksājumiem.

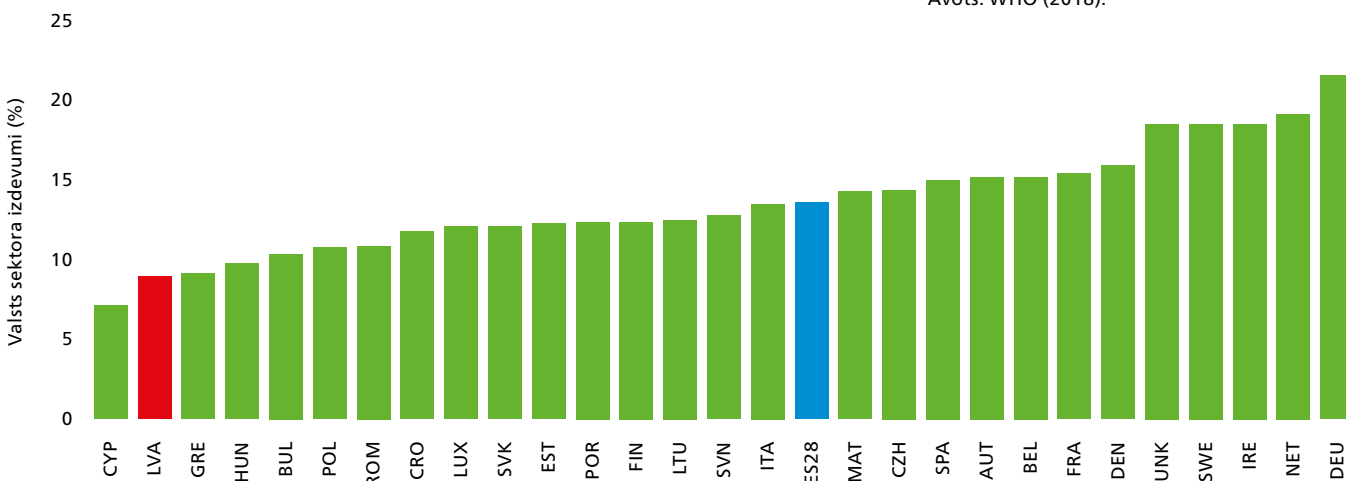
28. attēls. Valsts sektora izdevumi veselībai un IKP uz vienu iedzīvotāju ES valstīs, 2015

Piezīmes: PP = pirktspējas paritāte. Valsts sektora izdevumos ieskaitāmi visi izdevumi, kas izriet no obligātajiem finansēšanas mehānismiem. Skaitļi raksturo reālos izdevumus par veselības aprūpi. Nav iekļauta Īrija un Luksemburga. Latvija ir izcelta ar sarkanu krāsu.

Avots: WHO (2018)



29. attēls. Valsts sektora izdevumi veselībai kā valsts budžeta izdevumu daļa ES valstīs, 2015



Piezīmes: ES28 = Eiropas Savienības dalībvalstis kopš 2013. gada 1. jūlija. Valsts sektora izdevumos ieskaitāmi visi izdevumi, kas izriet no obligātajiem finansēšanas mehānismiem.

Avots: WHO (2018).

## 6.2.2 Veselības aprūpes ietvērums

Veselības aprūpes ietvērums ietekmēja fiskālās konsolidācijas politika, reaģējot uz ekonomisko krīzi. Kaut arī iedzīvotāju ietvērums saglabājās nemainīgs (pamatojoties uz dzīvesvietu), mainījās gan pakalpojumu klāsts, gan pacientu iemaksas.

Pētījuma gados **iedzīvotāju tiesībās** uz valsts finansēto veselības aprūpi izmaiņu nebija. Tomēr, kopš 2018. gada valdība, ieviešot obligāto veselības apdrošināšanas sistēmu, ir noteikusi, ka turpmākais pamats valsts pakalpojumu saņemšanai būs ne vairs dzīvesvieta, bet apdrošināšanas statuss (vai precīzāk – tiesības uz veselības aprūpes saņemšanu būs piesaistītas sociālās apdrošināšanas iemaksu veikšanai). Šo izmaiņu pamatojums ir tāds, ka, neskatoties uz nepietiekamo finansējumu veselības sistēmai un augstajiem personīgajiem maksājumiem, un garajām rindām, trūkst politiska un sabiedrības atbalsta veselības aprūpes izdevumu palielināšanai. Latvijā problēmu rada izvairīšanās no ienākumu nodokļa maksāšanas, un tā samazina valsts ieņēmumus. Tomēr pāreja no sistēmas, kurā tiesību pamats bija dzīvesvieta un valsts apmaksātos veselības pakalpojumus nodrošināja gandrīz visiem, uz sistēmu, kurā šīs tiesības pamatojas uz veselības apdrošināšanas iemaksām, rūpīgi jāuzrauga, lai izvairītos no tā, ka daļa iedzīvotāju, jo īpaši tie, kas nav ekonomiski aktīvi vai nevar pretendēt uz aprūpi citu kritēriju dēļ, paliek "aiz sliekšņa" (Taube et al., 2015).

**Valsts ietvērto pakalpojumu "grozu" samazināja pēc 2008. gada ekonomiskās krīzes, lai ierobežotu valsts izdevumus veselībai, pārstājot tajā iekļaut tādus pakalpojumus kā plānveida aprūpi hroniskajiem slimniekiem un dažus sekundārās aprūpes pakalpojumus, kā arī vispārīgākā veidā ierobežojot ietvērto pakalpojumu apjomu ar kvotu sistēmu palīdzību. Kvotu sistēmas rezultātā rodas garas rindas, stimulējot tos, kas var atļauties maksāt personīgi par privāto aprūpi.**

Kaut arī zobārstniecības pakalpojumus pieaugušajiem valsts neietver, katastrofālu izdevumu par zobu aprūpi ir salīdzinoši nedaudz visās kvintilēs (21. attēls). Skaidrojums tam varētu būt neapmierinātas vajadzības pēc zobu aprūpes, kas laikā no 2008. līdz 2011. gadam pastāvīgi pieauga. 2015. gadā neapmierinātās vajadzības pēc zobu aprūpes vēl aizvien nav sasniegušas zemāko līmeni, kāds bija 2008. gadā (5. attēls).

Plaša **pacientu iemaksu** piemērošana visiem veselības aprūpes pakalpojumiem, šķiet, ir būtisks katastrofālo personīgo maksājumu cēlonis. Līdzmaksājumus ne vien piemēro gandrīz visiem veselības aprūpes pakalpojumiem, bet arī to līmenis par dažiem pakalpojumiem 2009. gadā ievērojami pieauga. Var minēt maksu par speciālista apmeklējumu ambulatorajā aprūpē (ko mazliet samazināja 2010. gadā), slimnīcā pavadīto laiku (ko samazināja 2015. gadā) un ķirurģiskajām operācijām stacionāros (skatīt 3. tabulu).

Atbrīvojumu no visiem līdzmaksājumiem (sociālās drošības tīklu) ieviesa 2009. gadā visnabadzīgākajām mājāsaimniecībām, kas pelnīja mazāk nekā 1 536 EUR uz vienu iedzīvotāju gadā (128 EUR uz vienu iedzīvotāju mēnesī). Tomēr uz ienākumu testēšanas principu balstītais sliekšnis šī atbrīvojuma saņemšanai ir ļoti zems un ievērojami zem pamata vajadzību sliekšņa, kas 2009. un 2010. gadā bija aptuveni 2 000 EUR un pēc tam 2013. gadā paaugstinājās līdz 2 240 EUR (25. attēls).

Laikā no 2010. līdz 2012. gadam sociālās drošības tīkla atbrīvojumu no līdzmaksājumiem attiecināja plašāk arī uz iedzīvotājiem, kuru ienākumi bija mazliet augstāki – no 1 536 EUR līdz 2 052 EUR uz vienu iedzīvotāju gadā (no 128 EUR līdz 171 EUR uz vienu iedzīvotāju mēnesī), un līdzmaksājumus samazināja iedzīvotājiem ar ienākumiem no 2 052 EUR un 2 556 EUR uz vienu iedzīvotāju gadā (171 EUR un 213 EUR uz vienu iedzīvotāju mēnesī).

Laikā no 2010. līdz 2012. gadam aptuveni 10 % Latvijas iedzīvotāju bija atbrīvoti no līdzmaksājumiem vai maksāja mazāk. Šī politika sakrita ar katastrofālo maksājumu īpatsvara samazināšanos visnabadzīgākajā kvintilē 2009. un 2010. gadā un otrajā kvintilē 2010. gadā, liekot domāt, ka samazinājās finansiālais spiediens uz attiecīgajām mājāsaimniecībām. Var gadīties, ka dažas mājāsaimniecības šajā laikā nevērsās pēc veselības aprūpes pakalpojumiem vai atlika to uz vēlāku laiku, un tieši to atspoguļo krasais kāpums neapmierinātajās vajadzībās pēc veselības aprūpes izmaksu, attāluma un rindu dēļ 2010. gadā un pēc zobārstnieciskās aprūpes 2011. gadā visās mājāsaimniecībās, bet jo īpaši visnabadzīgākajā kvintilē (5. attēls).

Maksimālā līdzmaksājuma summa par stacionāro, ambulatoro aprūpi un diagnostikas pakalpojumiem 2009. gadā divkāršojās, pieaugot no 250 EUR gadā līdz 569 EUR uz iedzīvotāju un no aptuveni 100 EUR līdz 356 EUR par atrašanos stacionārā. Summa 569 EUR līdzinājās aptuveni pusotra mēneša minimālajai algai. Praktiski tas nozīmē, ka 2013. gadā līdzmaksājumu veikšanai pirms maksimālās summas sasniegšanas cilvēkam varētu būt bijis jāiztērē 16 % no sava vidējā budžeta vai arī 20 % no vidējās pensijas. Lai līdzmaksājumu maksimālais sliekšnis veicinātu finansiālo aizsardzību un radītu noteiktību, tam – vai nu fiksētas summas, vai (ideālā gadījumā) mājāsaimniecības ienākumu daļas veidā – jābūt pietiekami zēmam, lai mājāsaimniecībām nebūtu jānonāk finansiālās grūtībās pirms šī sliekšņa sasniegšanas.

### 6.2.3 Ambulatorajai ārstēšanai vajadzīgās zāles

Personīgie maksājumi par ambulatorajai ārstēšanai nepieciešamajām zālēm neapšaubāmi ir lielākais finansiālo grūtību cēlonis mājsaimniecībām Latvijā, jo īpaši mazāk nodrošinātajās kvintilēs. Tas skaidrojams ar vairākiem faktoriem, tostarp ļoti ierobežoto kompensējamo receptšu zāļu sarakstu, līdzmaksājumu politiku, zāļu cenām un plaši izplatītu bezreceptšu zāļu lietošanu.

Tā kā līdzmaksājumus piemēro lielākajai ambulatorajā ārstēšanā nepieciešamo kompensējamo zāļu daļai, vairāki līdzmaksājumu politikas aspekti vājina finansiālo aizsardzību.

- **Procentos izteiktie līdzmaksājumi rada ievērojamu slogu pacientiem.** Fiksētu līdzmaksājumu 0,71 EUR par recepti piemēro zālēm, ko pilnībā sedz valsts; turpretim visām citām receptšu zālēm, kam paredzēta kompensācija, līdzmaksājumi noteikti procentos – 25 % vai 50 % apjomā, pie kam ņemot vērā references cenas. Tādējādi personīgie maksājumi ir atkarīgi no vajadzīgo zāļu cenas un apjoma, un tas ir īpaši apgrūtinājoši cilvēkiem, kuri zāles lieto regulāri, piemēram, hroniskajiem slimniekiem un gados vecākiem cilvēkiem, kā arī tiem, kam ārstēšanai vajadzīgas dārgākas zāles.
- **Atbrīvojumu politika nav pietiekami spēcīga.** Pilnīgs atbrīvojums no līdzmaksājumiem par ambulatorajai ārstēšanai vajadzīgajām zālēm kompensējamo zāļu sarakstā ir dažām iedzīvotāju kategorijām, tostarp bērniem līdz 18 gadu vecumam un ļoti nabadzīgiem iedzīvotājiem (uz kuriem attiecas sociālās drošības tīkla pasākumi), bet ne pensionāriem un daudziem citiem, kas regulāri izmanto veselības aprūpes pakalpojumus. Saskaņā ar Pasaulē Bankas ziņojumu (Griffin & Mozhaeva, 2013) aptuveni puse no cilvēkiem pensijas vecumā, kas pretendēja uz sociālās drošības tīkla pasākumiem, tos neizmantoja laikā, kad atbrīvojumus un līdzmaksājumu samazinājumus (2010. un 2011. gadā) piešķīra plašākam iedzīvotāju lokam. Nav skaidrs, vai tā cēlonis bija nepietiekama informētība un darbs ar iedzīvotājiem, birokrātiskie šķēršļi vai ar programmas izmantošanu saistītā stigma.
- **Atšķirībā no citiem veselības aprūpes pakalpojumiem zāļu līdzmaksājumiem nav noteikta maksimālā summa.** Tas rada īpaši smagu slogu cilvēkiem, kam regulāri ir vajadzīgas zāles vai vajadzīgas dārgākas zāles, un uz kuriem atbrīvojumi neattiecas.
- **Finansiālais slogs uz iedzīvotājiem pastiprinās, ja zāles tiek neatbilstoši izrakstītas vai izsniegtas.** 2012. gadā valdība veica grozījumus kompensāciju sarakstā iekļauto zāļu references cenu sistēmā, saglabājot tikai vienu – lētāko – zāļu produktu references grupā. Līdztekus ieviesa noteikumus, kas nodrošināja receptšu izrakstīšanu pēc aktīvās vielas (starptautiskā nepatentētā nosaukuma) un noteica aptiekām pienākumu izsniegt vislētākās zāles references grupā, ja vien pacients nepieprasa citas. Jaunās sistēmas uzdevums bija veicināt konkurenci starp farmācijas uzņēmumiem un stimulēt tos samazināt produktu cenas, lai tie iegūtu references zāļu statusu. Tā ļāva NVD 2012. gadā ietaupīt aptuveni 5,3 miljonus EUR. Pacientiem, kam izrakstītas vai kas izvēlas citas zāles references zāļu vietā, cenu atšķirība jāapmaksā no savas kabatas. Zāļu iepakojuma vidējās cenas pieaugums, kas turpinājās 2013. gadā (2. attēls), liek domāt, ka būtu vairāk jādara, lai ārsti, farmaceitu un pacienti attiecīgi izrakstītu, izsniegtu un lietotu lētāko alternatīvu.



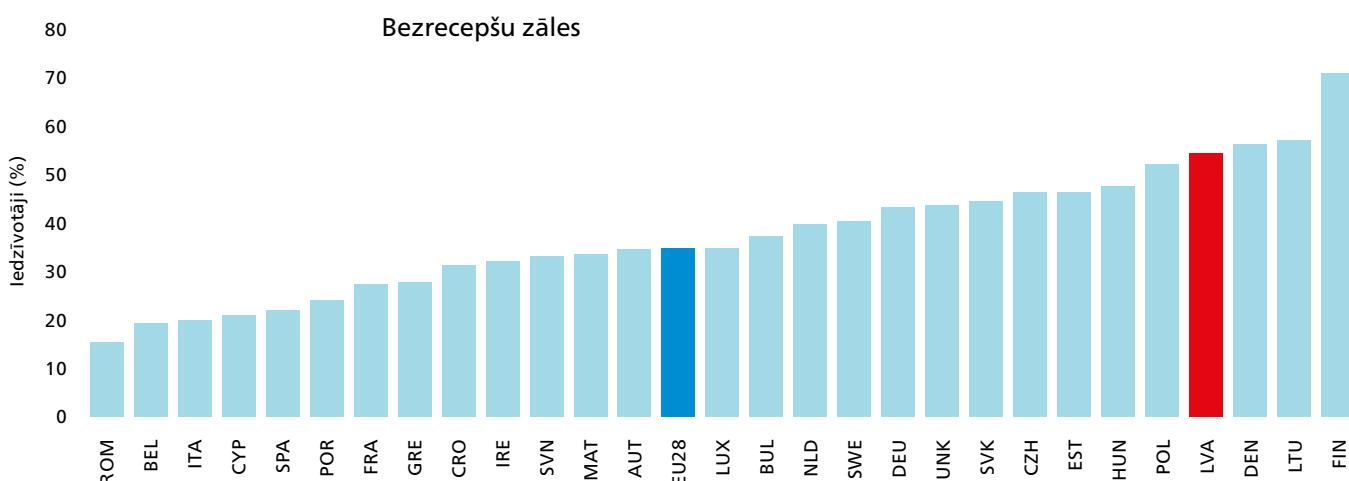
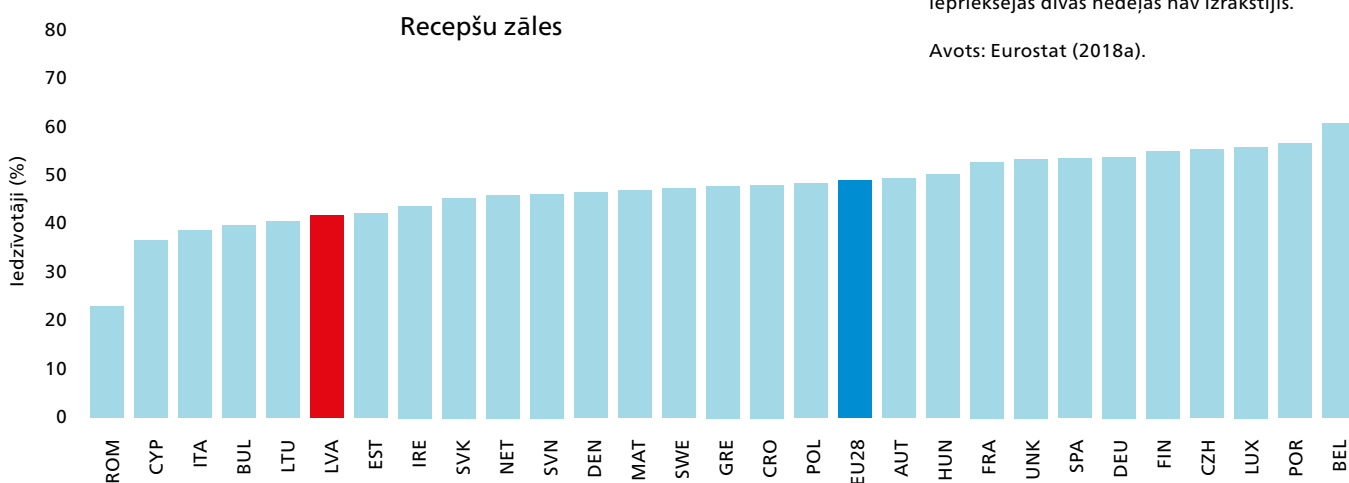
- **Līdzmaksājumi par ģimenes ārsta vai speciālista apmeklējumu var atturēt cilvēkus no vēršanās pie ārsta pēc receptes.** Ja līdzmaksājumi un rindas sarežģī piekļuvi ārstam, cilvēki var iet vieglāko ceļu un uzsākt pašārstēšanos ar bezrecepšu zālēm, maksājot vairāk no savas kabatas.

Apekojuma dati par 2014. gadu liecina – neskatoties uz to, ka recepšu zāles Latvijā lieto mazāk nekā citās ES valstīs, bezrecepšu zāļu lietošana ir ļoti plaši izplatīta (30. attēls). Iemeslus būtu vērts papētīt sīkāk, jo plaša bezrecepšu zāļu lietošana nozīmē lielākus personīgos izdevumus ambulatorajai ārstēšanai nepieciešamo zāļu iegādei. 2015. gadā galvenais veids, kurā tika apmaksātas ambulatorajai ārstēšanai nepieciešamās zāles, bija personīgie maksājumi (31. attēls).

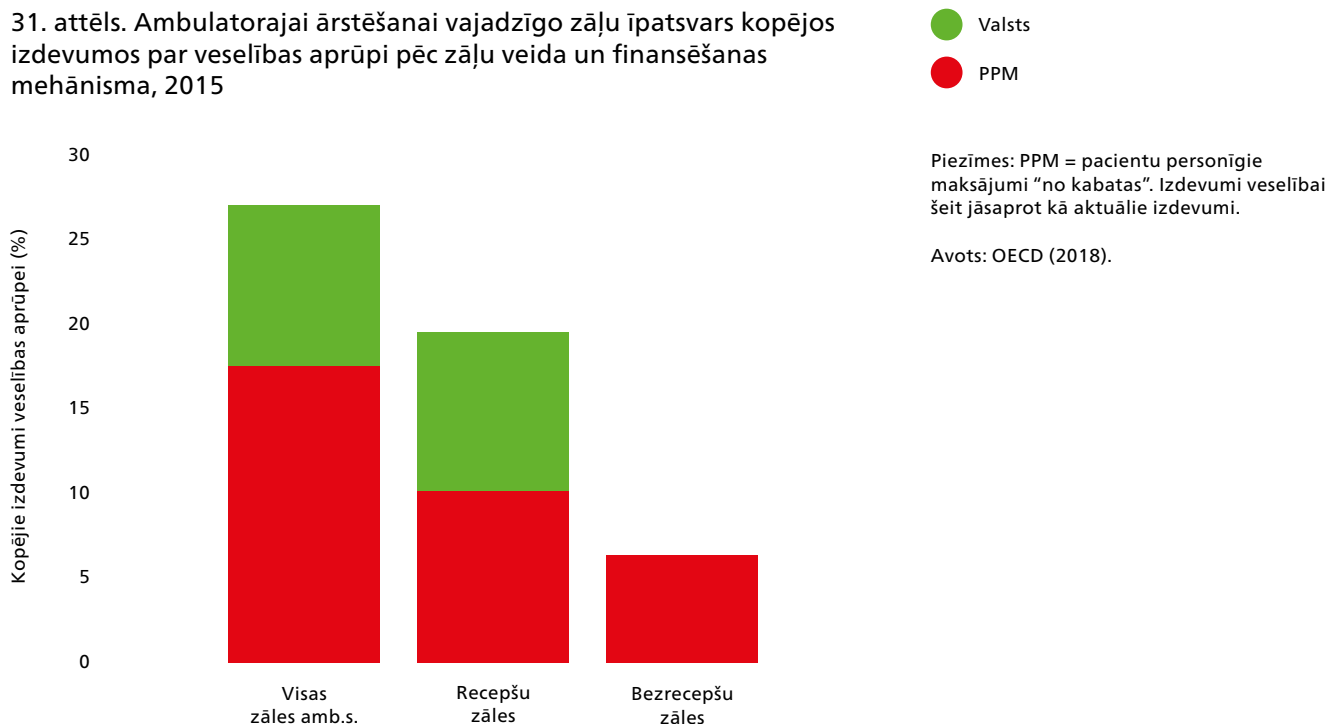
30. attēls. Zāļu lietošana ES valstīs, 2014

Piezīmes: ES28 = Eiropas Savienības dalībvalstis kopš 2013. gada 1. jūlija. Iedzīvotāju daļa, kas lieto ārsta izrakstītas zāles vai zāles, augu izcelsmes zāles vai vitamīnus, ko ārsts iepriekšējās divās nedēļās nav izrakstījis.

Avots: Eurostat (2018a).



31. attēls. Ambulatorajai ārstēšanai vajadzīgo zāļu īpatsvars kopējos izdevumos par veselības aprūpi pēc zāļu veida un finansēšanas mehānisma, 2015



## 6.3 Kopsavilkums

Latvijā valsts veselībai tērē daudz mazāk nekā citās ES valstīs, un iemesls lielā mērā ir ļoti mazā veselībai atvēlētā daļa valdības kopējā budžetā (8,9 % – 2015. gadā pie ES vidējā īpatsvara 13,5 %). Zemo valsts izdevumu dēļ personīgo maksājumu daļa kopējos izdevumos par veselību ir viena no augstākajām ES valstīs.

Personīgie maksājumi izraisa finansiālas grūtības iedzīvotājiem trijos veidos: pirmkārt, vairākus pakalpojumus, piemēram, zobārstniecību pieaugušajiem, NVD neapmaksā un ambulatorajai ārstēšanai vajadzīgo kompensējamo zāļu saraksts ir ierobežots; otrkārt, NVD pakalpojumu apjomu ierobežo kvotas, radot garas rindas un stimulējot tos, kuri var atļauties maksāt par privātu ārstēšanu no savas kabatas (vai, runājot par zālēm, pašārstēties) un, treškārt, gandrīz visiem NVD pakalpojumiem piemēro pacientu iemaksas, pie kam darbojas vājš aizsardzības mehānisms.

Pensionāri Latvijā ir mazāk aizsargāti pret finansiālām grūtībām nekā jebkura cita grupa, un viņiem draud lielāks nabadzības un sociālās atstumtības risks nekā jauniem cilvēkiem, kā arī ir lielākas vajadzības pēc veselības aprūpes.

Visbūtiskākais finansiālo grūtību cēlonis ir ambulatorajai ārstēšanai vajadzīgās zāles, jo valsts finansējums ir ļoti ierobežots, piemēro procentos izteiktus līdzmaksājumus un zāles nav iekļautas gada līdzmaksājumu

maksimālajā summā. Finansiālās grūtības, ko rada zāļu lietošana, visdrīzāk saasina arī līdzmaksājumi par primārās aprūpes ārsta apmeklējumu, kā arī zāļu neatbilstoša izrakstīšana un izsniegšana. Izplatītā bezrecepšu zāļu lietošana būtu jāvērtē no politikas viedokļa.

Kaut arī ir noteikta maksimālā līdzmaksājumu summa NVD apmaksājamiem stacionārajiem, ambulatorajiem un diagnostiskajiem pakalpojumiem, tā ir ļoti augsta (569 EUR uz iedzīvotāju gadā kopumā un 356 EUR par vienu hospitalizācijas gadījumu) un neattiecas nedz uz ambulatorajai ārstēšanai nepieciešamajām zālēm, nedz medicīnas precēm. Maksimālā summa 569 EUR līdzinās pusotra mēneša minimālajai algai. Praksē tas nozīmē, ka 2013. gadā līdzmaksājumu veikšanai cilvēkam varētu būt bijis jāiztērē 16 % no sava vidējā budžeta vai arī 20 % no vidējās pensijas pirms maksimālās summas sasniegšanas. Šāda maksimālā summa varētu aizsargāt tikai tās mājsaimniecības, kurās ir cilvēki, kas izmanto veselības aprūpes pakalpojumus ļoti bieži vai arī var atļauties izmantot dārgākus pakalpojumus.

Kopējais katastrofālo izdevumu biežums 2009. un 2010. gadā saglabājās stabili nemainīgs, bet 2013. gadā tas ievērojami pieauga, kaut arī vērojama aina bija atšķirīga atkarībā no ienākumiem un nabadzības riska. Mazāk nodrošināto mājsaimniecību finansiālā aizsardzība uzlabojās 2009. un 2010. gadā, bet stipri vien pasliktinājās 2013. gadā; turīgākajām mājsaimniecībām finansiālā aizsardzība 2009. un 2010. gadā bija gan vājāka, tomēr 2013. gadā izmaiņu nebija.

Iespējamie skaidrojumi par mazāk nodrošināto mājsaimniecību finansiālo aizsardzību acīmredzamo uzlabojumu 2009. un 2010. gadā citu starpā ir šādi:

- 2009. gadā ļoti nabadzīgajām mājsaimniecībām noteica atbrīvojumu no līdzmaksājumiem ar sociālās drošības tīkla starpniecību, kuru no 2010. līdz 2012. gadam attiecināja arī uz citām mazāk nodrošinātajām mājsaimniecībām;
- ievērojamā nevienlīdzība ienākumos starp cilvēkiem ar neapmierinātām vajadzībām pēc veselības aprūpes un zobārstniecības pakalpojumiem pēc 2009. gada samazinājās, bet, sākot no 2010. gada, pašnovērtējums norāda uz neapmierināto vajadzību pieaugumu pēc šiem pašiem pakalpojumiem un,
- ņemot vērā to, ka krīzes laikā pensijas saglabājās, nabadzības risks gados vecāku cilvēku vidū samazinājās, turpretim jaunāku cilvēku vidū tas pieauga.



# 7. Secinājumi politikai

Finansiālā aizsardzība Latvijā ir vājāka nekā citās ES dalībvalstīs.  
**Katastrofālie personīgie maksājumi visvairāk skar visnabadzīgākās mājsaimniecības un ļoti bieži – gados vecākus cilvēkus.**

**Finansiālā aizsardzība laika gaitā ir vājinājusies; 2013. gadā tā bija vājāka nekā 2008. gadā visās ienākumu grupās.** 2009. un 2010. gadā mazāk nodrošināto mājsaimniecību finansiālā aizsardzība acīmredzami uzlabojās, bet turīgāko – pasliktinājās. 2013. gadā mazāk nodrošināto mājsaimniecību finansiālā aizsardzība bija ievērojami vājāka nekā 2010. gadā, bet turīgāko mājsaimniecību aizsardzība nebija mainījusies.

**Neapmierinātās vajadzības pēc veselības aprūpes un zobārstniecības pakalpojumiem ir ļoti lielas, īpaši mazāk nodrošināto iedzīvotāju vidū, un kopš krīzes tās ir vēl vairāk palielinājušās.** Aprūpes nesaņemšana samazina personīgos maksājumus un var samazināt katastrofālos izdevumus. Pēc 2009. gada neapmierinātās vajadzības pēc veselības aprūpes pakalpojumiem ievērojami pieauga visās ienākumu grupās, un īpaši krass pieaugums bija trijās mazāk nodrošinātajās kvintilēs. Katastrofālo izdevumu skaits nabadzīgākajās mājsaimniecībās varētu būt arī augstāks, ja neapmierināto vajadzību nebūtu tik daudz.

**Atbrīvojumiem no līdzmaksājuma saskaņā ar sociālās drošības tīkla programmu bija ļoti svarīga nozīme dažu krīzes nelabvēlīgo seku mazināšanā.** Pēc programmas ieviešanas 2009. un 2010. gadā samazinājās katastrofālo izdevumu biežums visnabadzīgākajā kvintilē. Laikā no 2010. līdz 2013. gadam katastrofālo izdevumu biežums viskrasāk pieauga divās mazāk nodrošināto iedzīvotāju kvintilēs, ko pamato sociālās drošības tīkla pasākumu pārtraukšana 2012. gadā, paturot tos spēkā tikai visnabadzīgākajām mājsaimniecībām. Tas, ka pensijas krīzes laikā turpināja izmaksāt, bija ļoti svarīgi gados vecāku cilvēku aizsardzībai, ņemot vērā, ka viņu vajadzības pēc veselības aprūpes kopumā ir lielākas.

**Personīgie maksājumi ambulatorajai ārstēšanai vajadzīgajām zālēm ir vērā ņemams mājsaimniecību finansiālo grūtību cēlonis.** Aptuveni 70 % no visiem katastrofālajiem personīgajiem maksājumiem ir par ambulatorajai ārstēšanai nepieciešamajām zālēm; nabadzīgākajās kvintilēs šis īpatsvars ir līdz 80 %.

**Politikā vairāk jāpievērš uzmanība labākai zāļu pieejamībai ambulatorajā ārstēšanā un lai iedzīvotāji tās varētu atļauties.** Ietvēruma politiku varētu stiprināt šādi: paplašināt ambulatorajai ārstēšanai nepieciešamo kompensējamo zāļu sarakstu; ieviest papildu atbrīvojumus no līdzmaksājumiem par receptu zālēm mazāk nodrošinātajām mājsaimniecībām un cilvēkiem ar hroniskām slimībām; samazināt procentos izteiktu līdzmaksājumu piemērošanu; iekļaut līdzmaksājumus par receptu zālēm līdzmaksājumu maksimālajā summā; ievērojami samazināt līdzmaksājumu maksimālo summu, kas šobrīd ir pārāk augsta, lai aizsargātu lielāko daļu iedzīvotāju, vai arī noteikt to kā ļoti zemu mājsaimniecības ienākumu daļu, bet ne fiksētu summu un samazināt vai atcelt līdzmaksājumus par ģimenes ārsta apmeklējumu. Jāpievērš uzmanība ambulatorajai ārstēšanai nepieciešamo zāļu izrakstīšanai un izsniegšanai, lai ārsti, aptiekas un pacienti attiecīgi izrakstītu, izsniegtu un lietotu lētākās alternatīvas. Uzmanība jāpievērš arī bezreceptu zāļu lietošanai un daudz plašākai tās izplatībai nekā citās ES valstīs.

**Kvotu sistēmas ierobežojumi pakalpojumiem rada garas rindas, liek šķēršļus piekļuvei un palielina personīgos maksājumus tiem, kas var atļauties maksāt par privāto aprūpi.** Lai pārvarētu šīs slēptās taupības sistēmas negatīvo ietekmi uz iedzīvotāju finansiālo aizsardzību, būs vajadzīgi papildu resursi atbilstošu pakalpojumu apjomu finansēšanai, lai apmierinātu iedzīvotāju vajadzības pēc veselības aprūpes un samazinātu rindas.

**Finansiālās aizsardzības stiprināšanai būs vajadzīgi papildu valsts ieguldījumi veselības aprūpes sistēmā.** Latvijā valsts sektora izdevumi veselības aprūpei ir zemāki par tiem, ko valsts var atļauties, ņemot vērā IKP. Tāpēc veselības aprūpes sistēma lielā mērā paļaujas uz privātiem izdevumiem personīgo maksājumu veidā. Turklāt, samazinoties valsts sektora izdevumiem veselībai, ir augušas neapmierinātās vajadzības pēc veselības aprūpes un zobārstniecības pakalpojumiem. Nepalielinot valsts izdevumus veselībai, Latvijai būs grūti turpināt virzību uz visaptverošo veselības aprūpi. Tā nespēs nodrošināt savu iedzīvotāju vajadzības pēc veselības aprūpes pakalpojumiem un samazināt finansiālās grūtības māsaiņniecībām, īpaši mazāk nodrošinātajām. Arī citus veselības sistēmas veiktspējas aspektus būs grūti uzlabot.

**Jebkurš valsts sektora izdevumu palielinājums veselībai būtu jāizmanto, lai noteiktu lielāku aizsardzību mazāk nodrošinātajiem cilvēkiem pieaugušo vecumā un cilvēkiem, kas regulāri izmanto veselības aprūpes pakalpojumus, liekot lietā sociālās drošības tīkla darbības rezultātā gūtās mācības.**

## Atsauces

- Arora V, Karanikolos M, Clair A, Reeves A, Stuckler D, McKee M (2015). Data resource profile: the European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC). *Int J Epidemiol*. 44:451–461.doi:10.1093/ije/dyv069.
- Brigis G (2016). Latvia. Publicēts: Sagan A, Thomson S, redaktori. Voluntary health insurance in Europe: country experience (Observatory Studies Series No. 42). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Bukovskis K, redaktors (2014). The politics of economic sustainability: Baltic and Visegrad responses to the European economic crisis. Rīga, Latvijas Starptautisko attiecību institūts.
- Latvijas Centrālā statistikas pārvalde (2018) Statistikas datubāze. Rīga (<http://www.csb.gov.lv/en/dati/statistics-database-30501.html>, resurss skatīts 2018. gada 10. maijā).
- European Commission (2017). Corruption. Special Eurobarometer 470. Wave EB88.2. Brussels: European Commission (<http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/Survey/getSurveyDetail/instruments/SPECIAL/surveyKy/2176>).
- Eurostat (2018a). European Health Interview Survey (EHIS) [tiešsaistes datubāze]. Brussels: European Commission (<http://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey>).
- Eurostat (2018b). EU statistics on income and living conditions (EU-SILC) [tiešsaistes datubāze]. Brussels: European Commission (<http://ec.europa.eu/eurostat/web/income-and-living-conditions/data/main-tables>).
- Eurostat (2018c). Statistical database [tiešsaistes datubāze]. Brussels: European Commission (<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>).
- EXPH (Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health) (2016). Opinion on access to health services in the European Union. Brussels: European Commission ([https://ec.europa.eu/health/expert\\_panel/sites/expertpanel/files/015\\_access\\_healthservices\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/015_access_healthservices_en.pdf), resurss skatīts 2018. gada 10. maijā).
- EXPH (Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health) (2017). Opinion on Benchmarking Access to Healthcare in the EU, 2017. Brussels: European Commission, 2017 ([https://ec.europa.eu/health/expert\\_panel/sites/expertpanel/files/docsdir/opinion\\_benchmarking\\_healthcareaccess\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/docsdir/opinion_benchmarking_healthcareaccess_en.pdf), resurss skatīts 2018. gada 10. maijā).
- Latvijas valdība (2016). Zāļu ekonomiskās novērtēšanas vadlinijas (Ministru kabineta noteikumi Nr.899). Rīga.
- Latvijas valdība (2017) Veselības aprūpes finansēšanas likums (<https://likumi.lv/doc.php?id=296188>), resurss skatīts 2018. gada 10. maijā).



Griffin CC, Mozhaeva I (2013). Distribution of health subsidies under the emergency social safety net and their impact on unemployed. Washington DC: The World Bank Group.

Mitenbergs U, Taube M, Misins J, Mikitis E, Martinsons A, Rurane A et al. (2012). Latvia: health system review. *Health Systems in Transition*. 2012;14(8):1–191.

Murauskienė L, Thomson S (2018). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Lithuania. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

OECD (2018). OECD Health Statistics Database. Paris (<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>, resurss skatīts 2018. gada 10. maijā).

Taube M, Mitenbergs U, Sagan A (2015). The impact of the crisis on the health system and health in Latvia. Publicēts: Maresso A, Mladovsky P, Thomson S, Sagan A, Karanikolos M, Richardson E et al., redaktori. *Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Thomson S, Evetovits T, Cylus J (2018). Financial protection in high-income countries: a comparison of the Czech Republic, Estonia and Latvia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe ([http://www.who.int/health\\_financing/events/who\\_europe\\_uhc\\_day\\_report\\_web.pdf?ua=1](http://www.who.int/health_financing/events/who_europe_uhc_day_report_web.pdf?ua=1), resurss skatīts 2018. gada 10. maijā).

Vörk A, Habicht T (2018). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Estonia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Wagstaff A, van Doorslaer E (2003). Catastrophe and impoverishment in paying in health care: with applications to Vietnam 1993–98. *Health Econ*. 2(11):921–34.

WHO (2010) The World Health Report. Health systems financing: the path to universal health coverage. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/whr/2010/en/>, resurss skatīts 2018. gada 10. maijā).

WHO (2018) Global Health Expenditure Database [tiešsaistes datubāze]. Geneva: World Health Organization (<http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>, resurss skatīts 2018. gada 10. maijā).

WHO, World Bank (2015). Tracking universal health coverage: first global monitoring report. Geneva: World Health Organization ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/174536/1/9789241564977\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/174536/1/9789241564977_eng.pdf?ua=1), resurss skatīts 2018. gada 19. martā).

WHO, World Bank (2017). Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. Geneva: World Health Organization ([http://www.who.int/healthinfo/universal\\_health\\_coverage/report/2017/en/](http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2017/en/), resurss skatīts 2018. gada 19. martā).

World Bank (2010). Latvia – from exuberance to prudence: a public expenditure review of government administration and the social sectors – analytical report. Washington DC (<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/3009>), resurss skatīts 2018. gada 10. maijā).

Xu K, Evans D, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray C (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*. 362:111–7.

Xu K, Evans D, Carrin G, Aguilar-Rivera A, Musgrove P, Evans T (2007). Protecting households from catastrophic health spending. *Health Aff.* 26(4):972-83.

Xu K, Saksena P, Carrin G, Jowett M, Kutzin J, Rurane A (2009). Access to health care and the financial burden of out-of-pocket payments in Latvia [interneta resurss] (Tehniska informācija politikas veidotājiem. 1. ziņojums). Geneva: World Health Organization ([http://www.who.int/health\\_financing/documents/pb\\_e\\_09\\_1-oopslat.pdf](http://www.who.int/health_financing/documents/pb_e_09_1-oopslat.pdf)), resurss skatīts 2018. gada 10. maijā).

Yerramilli P, Fernández O, Thomson S (2018). Financial protection in Europe: a systematic review of the literature and mapping of data availability. *Health Policy* (iespiešanās) ([http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510\(18\)30049-6/fulltext](http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510(18)30049-6/fulltext)), resurss skatīts 2018. gada 19. martā).

# 1. pielikums. Mājsaimniecību budžetu apsekojumi Eiropā

**Kas ir mājsaimniecību budžetu apsekojums?** Mājsaimniecību budžetu apsekojums ir valsts mēroga uz izlasi balstīts apsekojums par preču un pakalpojumu patēriņu mājsaimniecībās konkrētā laika periodā. Papildus informācijai par patēriņa izdevumiem tajā ir informācija, kas raksturo mājsaimniecības.

**Kādiem mērķiem to veic?** Mājsaimniecību budžetu apsekojums sniedz vērtīgu informāciju par to, kā sabiedrība un iedzīvotāji lieto preces un pakalpojumus savu vajadzību apmierināšanai un kam viņi dod priekšroku. Daudzās valstīs mājsaimniecību budžetu apsekojumus galvenokārt veic patēriņa cenu indeksa aprēķināšanai, ko izmanto, lai mērītu cenu inflācijas līmeni no mājsaimniecību uztveres viedokļa (Eurostat, 2015). Mājsaimniecību budžetu apsekojumus izmanto arī valdība, pētniecības organizācijas un privātas kompānijas, lai labāk saprastu mājsaimniecību dzīves apstākļus un patēriņa struktūru.

**Kas ir atbildīgs par šiem apsekojumiem?** Par mājsaimniecību budžetu apsekojumiem parasti ir atbildīgas valsts statistikas pārvaldes.

**Vai tos veic visās valstīs?** Mājsaimniecību budžetu apsekojumus veic gandrīz visās Eiropas valstīs (Yerramilli et al., 2018).

**Cik bieži tos veic?** ES valstīs mājsaimniecības budžetu apsekojumus veic ne retāk kā reizi piecos gados, pēc brīvprātības principa, saskaņā ar neformālu vienošanos, kas panākta 1989. gadā (Eurostat, 2015). Daudzās Eiropas valstīs apsekojumus veic biežāk (Yerramilli et al., 2018).

**Kādu ar veselību saistītu informāciju iekļauj apsekojumos?** Informāciju par mājsaimniecību patēriņa izdevumiem vāc, sekojot noteiktai struktūrai un par pamatu parasti izmantojot Apvienoto Nāciju Organizācijas individuālā patēriņa veidu klasifikāciju (COICOP). Informāciju par patēriņu veselības vajadzībām apzīmē ar COICOP 6. kodu un tālāk iedala trijās apakšgrupās, kā parādīts A1.1. tabulā. Šajā pētījumā informāciju par veselību, kas savākta mājsaimniecību apsekojumos, iedala sešās grupās (ko apzīmē ar attiecīgiem COICOP kodiem): zāles (06.1.1.), medicīnas preces (06.1.2. un 06.1.3.), ambulatorā aprūpe (06.2.1.), zobu aprūpe (06.2.2.), diagnostiskie izmeklējumi (06.2.3.) un aprūpe stacionārā (06.3.).

Apsekojumā parasti ir norādīts, ka mājsaimniecības izdevumos, kas paredzēti veselības aprūpes pakalpojumiem, neieskaita trešo pušu, piemēram, valdības, veselības apdrošināšanas fondu vai privāto apdrošināšanas kompāniju kompensācijas, ko piešķir mājsaimniecībām. Dažos apsekojumos mājsaimniecībām lūdz paziņot, cik tās tērē brīvprātīgai veselības apdrošināšanai, bet šo informāciju apzīmē ar citu COICOP kodu (12.5.3. Apdrošināšana, kas saistīta ar veselību, kurā ietilpst "Maksa par privāto veselības apdrošināšanu un apdrošināšanu pret nelaimes gadījumiem") (United Nations Statistics Division, 2018).

**Vai mājsaimniecību budžetu apsekojumus dažādās valstīs var savstarpēji salīdzināt?** Valstu mājsaimniecību budžetu apsekojumi savā starpā ir atšķirīgi pēc intervāla, veikšanas laika, satura un struktūras. Šīs atšķirības ierobežo apsekojumu izmantošanu salīdzināšanas vajadzībām. Atšķirības saglabājas pat starp ES valstīm, neskatoties uz ilgstošām pūlēm saskaņot datu vākšanas veidus.

Kvantitatīvā ziņā būtisku metodoloģisku atšķirību rada **nosacītā īres maksa mājokļos, ko īpašnieki apdzīvo paši**. Nosacīto īres maksu valstīs ne vienmēr aprēķina, un tajās valstīs, kur to dara, aprēķināšanu veic ar ļoti atšķirīgām metodēm (Eurostat, 2015). Šajā apskatu sērijā mērījumos par mājsaimniecības patēriņa izdevumiem nosacītā īres maksa nav ņemta vērā.

A1.1. tabula Ar veselību saistītie patēriņa izdevumi mājsaimniecību budžetu apsekojumos

Avots: United Nations Statistics Division (2018).

COICOP kodi	Ietver	Neietver
<b>06.1. Medicīnas preces, ierīces un iekārtas</b> 06.1.1. Farmācijas preces 06.1.2. Citas medicīnas preces 06.1.3. Ārstnieciskās ierīces un iekārtas	Šajā grupā ietilpst medikamenti, protēzes, medicīniskās ierīces un iekārtas, un citi ar veselības aprūpi saistīti ražojumi, ko pērk indivīdi vai mājsaimniecības ar receptēm vai bez tām, parasti aptiekās, no farmaceitiem vai medicīnisko iekārtu piegādātājiem. Tie ir paredzēti patēriņam vai izmantošanai ārpus veselības aprūpes iestādēm	Ražojumus, ko praktizējoši ārsti, zobārsti un vidējais medicīnas personāls tieši piegādā ambulatorajiem pacientiem vai arī slimnīcās un citas līdzīgas iestādēs – stacionārajiem pacientiem, iekļauj ambulatorajos (06.2.) vai stacionāru (06.3.) pakalpojumos
<b>06.2. Ambulatorie pakalpojumi</b> 06.2.1. Medicīniskie pakalpojumi 06.2.2. Zobārstniecības pakalpojumi 06.3.3. Vidējā medicīnas personāla pakalpojumi	Šajā grupā ietilpst medicīniskie, zobārstniecības un vidējā medicīnas personāla pakalpojumi, ko ambulatorajiem pacientiem sniedz praktizējoši ārsti, zobārsti un vidējais medicīnas personāls, vai arī palīgpersonāls. Pakalpojumus var sniegt mājās, individuālās vai grupu konsultāciju iestādēs, medpuntos vai ambulatoro pacientu klīnikās, vai arī slimnīcās un līdzīgās iestādēs. Ambulatorajos pakalpojumos ietilpst medikamenti, protēzes, medicīniskās ierīces un iekārtas, un citi ar veselības aprūpi saistīti ražojumi, ko praktizējoši ārsti, zobārsti un vidējais medicīnas personāls, vai arī palīgpersonāls tieši piegādā ambulatorajiem pacientiem	Medicīniskos, zobārstniecības un vidējā medicīnas personāla pakalpojumus, ko hospitalizētajiem pacientiem nodrošina slimnīcās un līdzīgās iestādēs, iekļauj stacionāru pakalpojumos (06.3.)
<b>06.3. Stacionāru pakalpojumi</b>	Hospitalizācija ir pacienta ievietošana stacionārā (slimnīcā) uz ārstēšanas laiku. Stacionāru pakalpojumos iekļauj dienas stacionārus un stacionāru ārstēšanu mājā, kā arī hospisus neglābjami slimiem pacientiem. Grupā ietilpst arī vispārējo un specializēto slimnīcu pakalpojumi; medicīnas centru, grūtnieču aprūpes centru, aprūpes namu un galvenokārt stacionārajiem pacientiem paredzēto atveseļošanās centru pakalpojumi; veco ļaužu aprūpes iestāžu pakalpojumi, ja tajos nozīmīga vieta ir medicīniskajam monitoringam, un pakalpojumi, kurus sniedz rehabilitācijas centri, kas piedāvā stacionāru veselības aprūpi un atveseļojošu terapiju, ja mērķis ir ārstēt pacientu nevis sniegt ilgtermiņa atbalstu. Slimnīcās ir iestādes, kas piedāvā stacionāru aprūpi kvalificētu ārstu tiešā uzraudzībā. Medicīnas centri, grūtnieču aprūpes centri, aprūpes nami un atveseļošanās centri arī sniedz stacionāru aprūpi, taču to pakalpojumus pārrauga un bieži vien nodrošina zemākas kvalifikācijas darbinieki nekā ārsti	Šajā grupā neietilpst pakalpojumi, kurus sniedz iestādes (piemēram, traumpunkti, klīnikas un medpunkti), kas pilnībā paredzētas ambulatoro pacientu aprūpei (06.2). Tajos neiekļauj arī pakalpojumus, ko sniedz veco ļaužu pansionāti, invalīdu nami un rehabilitācijas centri, kuros galvenokārt nodrošina ilgtermiņa atbalstu (12.4.)

## Atsauces

Eurostat (2015). Household Budget Survey 2010 Wave EU Quality report. Brussels: Eurostat ([http://ec.europa.eu/eurostat/documents/54431/1966394/LC142-15EN\\_HBS\\_2010\\_Quality\\_Report\\_ver2+July+2015.pdf/fc3c8aca-c456-49ed-85e4-757d4342015f](http://ec.europa.eu/eurostat/documents/54431/1966394/LC142-15EN_HBS_2010_Quality_Report_ver2+July+2015.pdf/fc3c8aca-c456-49ed-85e4-757d4342015f), resurss skatīts 2018. gada 19. martā).

United Nations Statistics Division (2018). COICOP code 06 detailed structure and explanatory notes. Publicēts: United Nations Statistics Division [tīmekļa vietne]. New York (NY): United Nations Statistics Division (<https://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regcs.asp?Cl=5&Lg=1&Co=06>, resurss skatīts 2018. gada 19. martā).

Yerramilli P, Fernández O, Thomson S (2018). Financial protection in Europe: a systematic review of the literature and mapping of data availability. Health Policy 122(5):493–508 ([http://www.healthpolicyjrnل.com/article/S0168-8510\(18\)30049-6/fulltext](http://www.healthpolicyjrnل.com/article/S0168-8510(18)30049-6/fulltext)).

## 2. pielikums. Metodes finansiālās aizsardzības noteikšanai Eiropā

### Vispārēja informācija

Rādītāji, kurus izmanto finansiālās aizsardzības monitoringam Eiropā, ir pielāgoti pētījuma vajadzībām, par pamatu ņemot Xu et al. izklāstīto metodoloģiju (2003, 2007). Izmantoti arī Wagstaff & Eozenou (2014) pieejā aprakstītie elementi. Par loģisko pamatojumu precizēta rādītāja izstrādāšanai Eiropā sīkāk skatīt Thomson et al. (2016).

### Datu avoti un prasības

Lai veidotu aplēses par finansiālās aizsardzības rādītājiem valstīs, ir vajadzīgi reprezentatīvi mājsaimniecību apsekojumu dati valstu līmenī, kuros ir informācija par mājsaimniecību sastāvu vai cilvēku skaitu mājsaimniecībā.

Ir vajadzīgas ziņas par šādiem mainīgajiem lielumiem mājsaimniecībās:

- kopējie mājsaimniecību patēriņa izdevumi;
- izdevumi pārtikai (pēc iespējas neieskaitot izdevumus tabakas un alkohola iegādei);
- izdevumi par mājokli, kuros atsevišķi izdalīta īres maksa un komunālo pakalpojumu (piemēram, ūdens, gāzes, elektrības un apkures) izmaksas, un
- izdevumi par veselību (ko mājsaimniecība veic "no savas kabatas"), kas sadalīti pa veselības aprūpei vajadzīgo preču un pakalpojumu veidiem.

Informāciju par mājsaimniecību patēriņa izdevumiem vāc saskaņā ar noteiktu struktūru, parasti izmantojot Apvienoto Nāciju Organizācijas individuālā patēriņa veidu klasifikāciju (COICOP) (United National Statistics Division, 2018).

Ja apsekojums pamatojas uz svērtajiem mājsaimniecību izlases parametriem, aprēķinos vienmēr ņem vērā šīs svērtās vērtības. Lai papildus analizētu datus par vienlīdzību piekļuves ziņā, lieti noder informācija par mājsaimniecību vai to veidojošo personu vecumu, dzimumu, izglītību un atrašanās vietu.

### Kā definēt mājsaimniecības patēriņa izdevumu parametrus

Apsekojumu dati attiecas uz dažādiem laika intervāliem un bieži vien ir atkarīgi no tā, vai par atskaites periodu ir izvēlētas 7 dienas, 2 nedēļas, 1 mēnesis, 3 mēneši, 6 mēneši vai 1 gads. Visus mainīgos lielumus, kas saistīti ar mājsaimniecību patēriņa izdevumiem, ir būtiski konvertēt tā, lai tie attiektos uz vienu un to pašu laika vienību. Lai būtu vieglāk salīdzināt

ar citiem nacionālajiem rādītājiem, visus apsekojumu datus visērtāk pārrēķināt gada izdevumos. Ja apsekojumu datus pārrēķina vienu gadu ilgam periodam, ir svarīgi, lai, norādot personīgo maksājumu vidējo līmeni, būtu ņemtas vērā arī tās mājsaimniecības, kurām šādu personīgo maksājumu nav bijis, jo pretējā gadījumā skaitļi būs kļūdaini.

#### Kopējie mājsaimniecību patēriņa izdevumi, neieskaitot nosacīto īres maksu

Mājsaimniecību patēriņa izdevumos ieskaita maksājumus par visām precēm un pakalpojumiem (tostarp personīgos maksājumus), kas veikti naudā vai naturālā izteiksmē, un mājās ražoto produktu patēriņu, kas pārrēķināts naudas izteiksmē. Daudzos mājsaimniecību budžetu apsekojumos neveic aprēķinu mājokļa nosacītās īres maksas noteikšanai. Lai ar apsekojumus varētu salīdzināt, mājokļa nosacītā īres maksa (COICOP 04.2. kods) aptaujās, kur tā ir ietverta, jāatņem no kopējā patēriņa.

#### Izdevumi pārtikai

Mājsaimniecības izdevumi pārtikai ir summa, ko mājsaimniecība kopumā tērē pārtikas precēm un kam pieskaitīta pašu ražotās pārtikas, ko patērē ģimene, vērtība. Tajā neiekļaut izdevumus par alkoholiskajiem dzērieniem un tabakas izstrādājumiem. Izdevumus pārtikai apzīmē ar COICOP 01. kodu.

#### Izdevumi par mājokli – īre un komunālie maksājumi

Īres un komunālo pakalpojumu izdevumi ir summa, ko mājsaimniecības maksā par mājokļa īri (tikai tām mājsaimniecībām, kas ziņo par īres maksājumiem) un komunālajiem pakalpojumiem (tikai mājsaimniecībām, kas ziņo par komunālo maksājumu veikšanu), tostarp elektrību, apkuri un ūdeni. Šos datus norāda atsevišķi, lai būtu nodrošināta atbilstība COICOP 04.01. kodam (par īri) un 04.4. un 04.5. kodiem (par komunālajiem pakalpojumiem). Jāuzmanās, lai nebūtu iekļauti izdevumi par sekundārajiem mājokļiem. Nosacītā īres maksa, ko aprēķina par mājsaimniecības īpašumā esošu mājokli (COICOP 04.2. kods), ne visos mājsaimniecību budžetu apsekojumos ir pieejama, un analizē to neņem vērā.

#### Izdevumi veselībai (pacientu personīgie maksājumi "no kabatas")

Personīgie maksājumi ir oficiālie un neoficiālie maksājumi, ko iedzīvotāji veic veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas laikā visa veida pakalpojuma sniedzējiem (COICOP 06. kods). Veselības pakalpojumi ir jebkuras preces vai pakalpojumi, ko nodrošina veselības sistēma. Tipiski maksājumi ir konsultāciju maksa, maksa par zālēm un citām medicīnas precēm, maksājumi par diagnostiskajiem un laboratorijas izmeklējumiem un maksājumi hospitalizācijas laikā. Pēdējā no minētajiem veidiem iekļauj vairākus īpašiem mērķiem paredzētus maksājumus, piemēram, slimnīcai, medicīnas darbiniekiem (ārstiem, māsām, anesteziologiem utt.) un izmeklējumiem. Iekļauj maksājumus gan naudā, gan naturālā izteiksmē, ja pēdējos kvantificē naudas izteiksmē. Iekļauj gan oficiālos, gan neoficiālos maksājumus. Lai gan personīgajos maksājumos iekļauj izdevumus par alternatīvo vai tautas medicīnu, tajos neiekļauj ar veselības stāvokli saistītos transportēšanas izdevumus un īpašo uzturu. Svarīgi atzīmēt, ka personīgie maksājumi jāsamazina par jebkura veida kompensācijām, ko mājsaimniecībai izmaksā valsts, veselības apdrošināšanas fondi vai privātie apdrošinātāji.

## **Aplēstie izdevumi pamata vajadzībām un spēja maksāt par veselības aprūpi**

Izdevumi pamata vajadzībām ir sociāli atzīts minimālais izdevumu līmenis, kas vajadzīgs, lai nodrošinātu iztikas līdzekļus un citas individuālās pamata vajadzības. Šajā ziņojumā ir aprēķināti mājsaimniecību izdevumi pamata vajadzību apmierināšanai, lai novērtētu mājsaimniecības maksātspēju attiecībā uz veselības aprūpi. Mājsaimniecības, kuru kopējie patēriņa izdevumi ir zem pamata vajadzību sliekšņa, uzskata par nabadzīgām.

### Pamata vajadzību sliekšņa noteikšana

Pamata vajadzības var noteikt trejādi. Šajā ziņojumā par pamata vajadzībām uzskata pārtiku, komunālos pakalpojumus un mājokļa īri, un mājsaimniecības attiecīgi iedala šādās grupās:

- mājsaimniecības, kas nav atzīmējušas izdevumus komunālajiem pakalpojumiem un īrei; viņu pamata vajadzības veido pārtika;
- mājsaimniecības, kas nav atzīmējušas izdevumus īrei (mājsaimniecības, kurām mājoklis pieder vai kuras veic hipotekārā kredīta maksājumus, kas nav iekļauti datos par patēriņa izdevumiem), bet ir atzīmējušas izdevumus par komunālajiem pakalpojumiem; viņu pamata vajadzības veido pārtika un komunālie pakalpojumi;
- mājsaimniecības, kas maksā par īri, bet nav atzīmējušas izdevumus komunālajiem pakalpojumiem (piemēram, ja atskaites periods ir tik īss, ka neiekļauj komunālo pakalpojumu rēķinu saņemšanas laiku, un papildu atskaite par neregulāriem pirkumiem nav paredzēta); viņu pamata vajadzības veido pārtika un mājokļa īre;
- mājsaimniecības, kas ir atzīmējušas gan komunālos, gan īres maksājumus, tāpēc viņu pamata vajadzības veido pārtika, komunālie pakalpojumi un mājokļa īre.

Ir svarīgi koriģēt mājsaimniecību maksātspēju attiecībā uz īri (to mājsaimniecību grupā, kas maksā īri). Mājsaimniecību budžetu apsekojumos hipotekārā kredīta maksājumus uzskata par investīcijām, nevis patēriņa izdevumiem. Tāpēc mājsaimniecību izdevumi hipotekārā kredīta segšanai lielākoties netiek vākti. Ja mājsaimniecībām, kas ir mājokli, attiecīgo izdevumu veidu nesamazina, mājokļu īrētāji sistemātiski tiks atspoguļoti kā turīgāki (ar lielāku maksātspēju), salīdzinot ar tādām pašām mājsaimniecībām, kas maksā par hipotekāro kredītu.

Lai noteiktu standarta (normatīvo) izdevumu līmeni pamata vajadzību apmierināšanai, visas mājsaimniecības sarindo pēc kopējiem patēriņa izdevumiem uz vienu (ekivalento) patērētāju mājsaimniecībā.

Mājsaimniecības, kas izlasē ierindojas starp 25. un 35. percentili, uzskata par reprezentatīvām pamata vajadzībām tērēto izdevumu noteikšanai. Pieņem, ka tās var apmierināt ar pārtiku, komunālajiem pakalpojumiem un mājokļa īri saistītās pamata vajadzības, bet līdzekļu to pārsniegšanai var nebūt.

Dažās valstīs personīgajiem maksājumiem nereti izmanto iekrājumus vai aizdevumus; šādā veidā mājsaimniecības patēriņš mākslīgi palielinās,



ietekmējot mājsaimniecības vietu sarakstā. Problemātiskos gadījumos būtu labāk, ja mājsaimniecības sarindotu pēc netiešajiem patēriņa izdevumiem uz ekvivalento patērētāju mājsaimniecībā.

#### Pamata vajadzību sliekšņa aprēķināšana

Lai sāktu aprēķināt pamata vajadzības, piemēro mājsaimniecību ekvivalences skalu apjomradītu ietaupījumu atspoguļošanai mājsaimniecības patēriņā. Katras mājsaimniecības ekvivalentā mājsaimniecības lieluma noteikšanai izmanto Ekonomiskās sadarbības un attīstības organizācijas (Oksfordas) skalu, saskaņā ar kuru:

$$\text{ekvivalentais mājsaimniecības lielums} = 1 + 0,7 * (\text{pieaugušo skaits} - 1) + 0,5 * (\text{par 13 gadiem jaunāku bērnu skaits}).$$

Katras mājsaimniecības kopējos patēriņa izdevumus (pēc tam, kad tie samazināti par nosacītās īres maksas summu) pārtikai, komunālajiem pakalpojumiem un īrei daļa ar ekvivalento mājsaimniecības lielumu, lai iegūtu attiecīgos ekvivalentos izdevumu līmeņus.

Mājsaimniecības, kuras pēc ekvivalentajiem kopējā patēriņa izdevumiem svērtajā izlasē ierindojas starp 25. un 35. percentili, ir reprezentatīvās mājsaimniecības, ko izmanto normatīvo pamata vajadzību aprēķināšanai. Piemērojot apsekojuma svērtās vērtības, vidējie svērtie izdevumi pārtikai, komunālajiem pakalpojumiem un īrei reprezentatīvajās mājsaimniecībās, kuras šos izdevumus pārtikai, komunālajiem pakalpojumiem un īrei ir atzīmējušas kā pozitīvus, ir izdevumi pamata vajadzību apmierināšanai par pārtiku, komunālajiem pakalpojumiem un īri uz vienu (ekvivalento) patērētāju.

Vēlreiz jāatgādina, ka mājsaimniecības, kuras nav atzīmējušas izdevumus pārtikai, izslēdz, jo šajos gadījumos visdrīzāk ir kļūdas atskaitē. Mājsaimniecībām, kuras nav atzīmējušas izdevumus par īri vai komunālajiem pakalpojumiem, par izdevumiem kopējām pamata vajadzībām uz vienu (ekvivalento) patērētāju pieņem tikai vidējos svērtos izdevumus pamata vajadzībām pēc pārtikas. Mājsaimniecībām, kuras ir atzīmējušas izdevumus par komunālajiem pakalpojumiem, bet nav atzīmējušas īres izdevumus, kopējo pamata vajadzību aprēķināšanai uz vienu (ekvivalento) patērētāju saskaita divas izlases svērtās vidējās vērtības, kas raksturo izdevumus par pārtiku un komunālajiem pakalpojumiem. Mājsaimniecībām, kuras ir atzīmējušas īres izdevumus, bet nav atzīmējušas izdevumus par komunālajiem pakalpojumiem, kopējo pamata vajadzību aprēķināšanai uz vienu (ekvivalento) patērētāju saskaita divas izlases svērtās vidējās vērtības, kas raksturo izdevumus par pārtiku un īri. Mājsaimniecībām, kuras ir atzīmējušas gan īres, gan komunālo pakalpojumu izdevumus, kopējo pamata vajadzību aprēķināšanai uz vienu (ekvivalento) patērētāju saskaita trīs izlases svērtās vidējās vērtības, kas raksturo izdevumus par pārtiku, komunālajiem pakalpojumiem un īri.

#### Izdevumus pamata vajadzībām aprēķina katrai konkrētajai mājsaimniecībai

Izdevumus pamata vajadzībām katrai konkrētajai mājsaimniecībai aprēķina, reizinot iepriekš aprēķinātos kopējos izdevumus pamata vajadzībām uz (ekvivalento) patērētāju ar katras mājsaimniecības

ekvivalences pakāpi. Jāņem vērā, ka mājsaimniecību uzskata par nabadzīgu, ja tās kopējie patēriņa izdevumi ir mazāki nekā izdevumi pamata vajadzībām.

#### Maksātspēja attiecībā uz veselības aprūpi

To saprot kā resursus patēriņa izdevumu segšanai ārpus pamata vajadzībām. Dažas mājsaimniecības atzīmē kopējos patēriņa izdevumus, kas ir mazāki par izdevumiem pamata vajadzībām, un tad tās uzskatāmas par nabadzīgām. Jāņem vērā, ka nabadzīgo mājsaimniecību gadījumā pēc pamata vajadzībām vajadzīgo resursu atvilkšanas maksātspēja kļūst negatīva.

#### **Nabadzībā dzenošo personīgo maksājumu aprēķināšana**

Nabadzībā dzenošos personīgos maksājumus aprēķina, lai noteiktu personīgo maksājumu kvantitatīvo ietekmi uz nabadzību. Šī rādītāja vajadzībām mājsaimniecības iedala piecās savstarpēji izslēdzošās kategorijās pēc attiecības starp personīgajiem maksājumiem un pamata vajadzību sliekšņa.

*Mājsaimniecības bez personīgiem maksājumiem* ir tās, kas nav atzīmējušas izdevumus par veselību.

*Mājsaimniecības, kurām pēc personīgo maksājumu veikšanas nedraud nabadzības risks*, ir mājsaimniecības, kas nav nabadzīgas un kurās personīgie maksājumi neliek tām nonākt zem reizuļa koriģētā pamata vajadzību sliekšņa.

*Mājsaimniecības, kurām pēc personīgo maksājumu veikšanas draud nabadzības risks*, ir mājsaimniecības, kas nav nabadzīgas, bet personīgo maksājumu dēļ nonāk zem reizuļa koriģētā pamata vajadzību sliekšņa. Šajā apskatā izmantotais reizulis ir 120 %, bet autori ir sagatavojuši vērtējumus arī, ņemot vērā 105 % un 110 % reizuļus.

*Mājsaimniecības, kuras pēc personīgo maksājumu veikšanas ir nokļuvušas nabadzībā*, ir mājsaimniecības, kas nav nabadzīgas, bet nonāk nabadzībā pēc personīgo maksājumu veikšanas par veselības aprūpes pakalpojumiem. Šīm mājsaimniecībām attiecība starp personīgajiem maksājumiem un maksātspēju ir lielāka par "1". Gadījumā, kad maksātspēja ir "0" un personīgie maksājumi ir lielāki par nulli, uzskata, ka personīgo maksājumu dēļ mājsaimniecība ir nokļuvusi nabadzībā.

*Mājsaimniecības, kuras pēc personīgo maksājumu veikšanas ir nokļuvušas vēl lielākā nabadzībā*, ir mājsaimniecības ar personīgajiem maksājumiem, kurās ienākumi jau iepriekš ir bijuši nepietiekami pamata vajadzību sliekšņa sasniegšanai. Visas mājsaimniecības, kurām attiecība starp personīgajiem maksājumiem un maksātspēju ir zemāka par nulli (tātad negatīva), personīgo maksājumu dēļ nonāk vēl lielākā nabadzībā.

## Katastrofālo personīgo maksājumu aprēķināšana

Katastrofālos personīgos maksājumus aprēķina kā tādus personīgos maksājumus, kas ir vienādi vai pārsniedz konkrētu mājsaimniecības maksātspējas sliekšni. Sliekšņi ir nosacīti. Sliekšnis, kuru visbiežāk lieto maksātspējas noteikšanai, ir 40 %. Šajā apskatā lietotais sliekšnis ir 40 %, bet autori ir sagatavojuši aplēses arī pie 20 %, 25 % un 30 % sliekšņa vērtībām.

Mājsaimniecības ar katastrofāliem personīgajiem maksājumiem definē šādi:

- mājsaimniecības, kurām personīgie maksājumi par 40 % pārsniedz maksātspēju; šajā grupā iekļauj visas tās mājsaimniecības, kas pēc personīgo maksājumu veikšanas nonāk nabadzībā, jo attiecība starp personīgajiem maksājumiem un maksātspēju ir virs "1", un
- mājsaimniecības ar personīgajiem maksājumiem, kurām attiecība starp personīgajiem maksājumiem un maksātspēju ir zemāka par nulli (negatīva), t. i., mājsaimniecības, kuras personīgo maksājumu dēļ nonāk vēl lielākā nabadzībā.

Mājsaimniecības ar nekatastrofāliem personīgajiem izdevumiem ir tās, kuru personīgie maksājumi ir mazāki par definēto katastrofālo izdevumu sliekšni.

Rīcībpolitikas vajadzībām ir vērts noteikt, kuras cilvēku grupas varētu saskarties ar katastrofāliem personīgiem maksājumi (vērtējot sociālo taisnīgumu) un par kādiem veselības aprūpes pakalpojumiem šie maksājumi visbiežāk jāveic.

## Katastrofālo personīgo maksājumu sadalījums

Sociālā taisnīguma pirmā dimensija ir patēriņa izdevumu kvintile. Patēriņa izdevumu kvintiles nosaka, pamatojoties uz mājsaimniecības izdevumiem uz vienu ekvivalento patērētāju. Grupējot mājsaimniecības pa kvintilēm, izmanto svērtās mājsaimniecības jēdzienu. Var noderēt arī citu taisnīguma dimensiju analīze, vērtējot piemēram, atšķirības starp pilsētu un lauku iedzīvotājiem, reģioniem, sievietēm un vīriešiem, vecuma grupām un mājsaimniecību veidiem.

Dažās valstīs personīgajiem maksājumiem nereti izmanto iekrājumus vai aizdevumus; šādā veidā mājsaimniecības patēriņš mākslīgi palielinās, ietekmējot mājsaimniecības vietu sarakstā. Problemātiskos gadījumos kvintiles vajadzētu skaitļot, par pamatu ņemot tādus mājsaimniecību izdevumus uz vienu ekvivalento patērētāju, kas neattiecas uz veselību.

## Katastrofālo personīgo maksājumu struktūra

Ja izlases apjoms ir pietiekami liels, mājsaimniecībām katrā finansiālās aizsardzības kategorijā būtu jāatzīmē personīgo maksājumu sadalījums dažādu veselības aprūpes preču iegādei un pakalpojumu lietošanai atbilstoši turpmāk minētajām kategorijām un attiecīgajiem COICOP kodiem: zāles (06.1.1.), medicīnas preces (06.1.2. un 06.1.3.), ambulatorā aprūpe (06.2.1.), zobārstniecība (06.2.2.), diagnostiskie izmeklējumi (06.2.3.) un aprūpe stacionārā (06.3.). Iespēju robežās jānodala recepšu un bezrecepšu zāles.

## Atsauces

Thomson S, Evetovits T, Cylus J, Jakab M (2016). Monitoring financial protection to assess progress towards universal health coverage in Europe. *Public Health Panorama*. 2(3):357–66 (<http://www.euro.who.int/en/publications/public-health-panorama/journal-issues/volume-2,-issue-3,-september-2016/original-research2>, resurss skatīts 2018. gada 19. martā).

United Nations Statistics Division (2018). COICOP code 06 detailed structure and explanatory notes. Publicēts: United Nations Statistics Division [tīmekļa vietne]. New York (NY): United Nations Statistics Division (<https://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regcs.asp?Cl=5&Lg=1&Co=06>, resurss skatīts 2018. gada 19. martā).

Wagstaff A, Eozenou P (2014). CATA meets IMPOV: a unified approach to measuring financial protection in health. Washington DC: The World Bank (Policy Research Working Paper No. 6861).

Xu K, Evans D, Carrin G, Aguilar-Rivera A, Musgrove P, Evans T (2007). Protecting households from catastrophic health spending. *Health Aff.* 26(4):972–83.

Xu K, Evans D, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray C (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*. 362:111–7.

### 3. pielikums. Reģionālie un globālie finansiālās aizsardzības rādītāji

PVO veic finansiālās aizsardzības monitoringu Eiropas reģionā, izmantojot gan reģionālos un globālos rādītājus, kā norādīts A3.1. tabulā.

A3.1. tabula Reģionālie un globālie finansiālās aizsardzības rādītāji Eiropas reģionā

Piezīme: PPP = pirktspējas paritāte.

Avoti: PVO Galvenais birojs un PVO Eiropas Reģionālais birojs.

Reģionālie rādītāji	Globālie rādītāji
<b>Katastrofālie personīgie maksājumi</b>	
Raksturo to mājsaimniecību daļu, kuru <i>personīgie</i> maksājumi par 40 % pārsniedz mājsaimniecības maksāspēju	Iedzīvotāju daļa, kurā izdevumi par veselību veido lielu daļu no mājsaimniecības kopējā patēriņā vai ienākumiem (pārsniedz 10 % vai 25 % no mājsaimniecības kopējā patēriņa vai ienākumiem)
<b>Nabadzībā dzenošie personīgie maksājumi</b>	
Personīgo maksājumu izraisītais nabadzības risks –procentos izteiktas mājsaimniecības, kas pēc personīgo maksājumu veikšanas nonāk vēl lielākā nabadzībā, nonāk nabadzībā, kurām draud nabadzības risks un kurām šāds risks nedraud, piemērojot katrā konkrētajā valstī noteiktu sliekšni, ko veido mājsaimniecības izdevumi pamata vajadzībām (pārtikai, mājoklim un komunālajiem pakalpojumiem)	Izmaiņas nabadzības gadījumu biežumā un smagumā par veselības aprūpi veikto mājsaimniecības izdevumu dēļ, piemērojot šādus jēdzienus: <ul style="list-style-type: none"> <li>absolūtas nabadzības sliekšnis 1,90 ASV dolāri uz vienu cilvēku dienā, kas koriģēts, ņemot vērā pirktspējas paritāti</li> <li>nabadzības sliekšnis 3,10 ASV dolāri uz vienu cilvēku dienā, kas koriģēts, ņemot vērā pirktspējas paritāti</li> <li>relatīvas nabadzības sliekšnis 60 % apmērā no vidējā patēriņa vai ienākumiem uz vienu cilvēku dienā</li> </ul>

#### Reģionālie rādītāji

Reģionālie rādītāji atspoguļo saistības, kas izriet no Eiropas dalībvalstu vajadzībām. Saskaņā ar PVO Eiropas reģiona direktora pieprasījumu tos izstrādājis PVO Barselonas Birojs veselības aprūpes sistēmu stiprināšanai (PVO Eiropas Reģionālajā biroja Veselības aprūpes sistēmu un sabiedrības veselības nodaļas struktūrvienība) ar mērķi apmierināt dalībvalstu prasību pēc veikspējas rādītājiem, kas ir labāk piemēroti valstīm ar augstiem un vidējiem ienākumiem, un stingrākas politiku nabadzības apkarošanai atbilstoši Reģionu komitejas rezolūcijai (skatīt 2. pielikumu).

Reģionālajā līmenī PVO atbalsts finansiālās aizsardzības monitoringam pamatots Tallinas hartā "Veselības sistēmas veselībai un labklājībai", stratēģiskajā pamatprogrammā "Veselība 2020" un EUR/RC65/R5 rezolūcijā par prioritātēm veselības sistēmu stiprināšanai PVO Eiropas reģionā 2015.-2020. gadam, pie kam visos šajos dokumentos ir pausta apņēmība strādāt, lai panāktu Eiropu, kurā iedzīvotājiem nav jāveic tādi maksājumi par veselības aprūpi, kas dzen tos nabadzībā.

## Globālie rādītāji

Globālie rādītāji atspoguļo saistības veikt monitoringu globālā mērogā. Tie ļauj salīdzināt dalībvalstu rezultātus Eiropas reģionā ar dalībvalstu rezultātiem citās pasaules daļās.

Globālā līmenī PVO atbalstu iedzīvotāju finansiālās aizsardzības monitoringam pamato Pasaules Veselības asamblejas WHA64.9. rezolūcija par ilgtspējīgām struktūrām veselības finansēšanai un visaptverošo veselības aprūpi, ko dalībvalstis pieņēma 2011. gada maijā. Nesenākā pagātnē, 2015. gadā pieņemot Ilgtspējīgas attīstības programmu 2030. gadam un ar to saistītos ilgtspējīgas attīstības mērķus (IAM), Apvienotā Nāciju Organizācija atzina PVO aizgādniecību par 3. ilgtspējīgās attīstības mērķi (Nodrošināt veselīgu dzīvi un sekmēt labklājību jebkura vecuma cilvēkiem) un, jo īpaši, par 3. mērķa 8. apakšmērķi, kas veltīts visaptverošas veselības aprūpes panākšanai, tostarp aizsardzībai pret finansiālajiem riskiem, piekļuvei kvalitatīviem veselības aprūpes pamatpakalpojumiem un piekļuvei drošiem, iedarbīgiem un kvalitatīviem pamata medikamentiem un vakcīnām par visiem pieejamu cenu. 3. mērķa 8. apakšmērķim ir divi rādītāji: 3.8.1. – par būtiski svarīgo veselības pakalpojumu ietvērumu un 3.8.2. – par finansiālo aizsardzību, izmantojot veselības pakalpojumus.

## Globālā vai reģionālā rādītāja izvēle ietekmē politiku

Gan globālie, gan reģionālie rādītāji sniedz izpratni par personīgo maksājumu radītajām finansiālajām grūtībām, to biežumu un apmēru, bet dara to atšķirīgi. Tāpēc tiem var būt dažāda nozīme, nosakot rīcībpolitiku, un reakcija, kas izpaužas rīcībpolitikā, var būt dažāda atkarībā no izvēlēta rādītāja.

Piemēram, globālais rādītājs definē personīgos maksājumus kā katastrofālus, ja tie pārsniedz procentos fiksētu mājsaimniecības patēriņu vai ienākumus (tās budžetu). Piemērojot vienu un to pašu procentos izteiktu sliekšni visām mājsaimniecībām, neatkarīgi no to turības, pieņem, ka ļoti nabadzīgas un ļoti bagātas mājsaimniecības, kas veselībai tērē vienu un to pašu budžeta daļu, izjūt viena un tā paša līmeņa finansiālās grūtības.

Pasaules mēroga pētījumi rāda, ka, izmantojot šādu pieeju, turīgāko mājsaimniecību vidū katastrofālo maksājumu biežums ir lielāks (to var formulēt arī tā, ka nabadzīgāko mājsaimniecību vidū tādi maksājumi ir retāka parādība) (WHO & World Bank 2015; 2017). Rīcībpolitikas vajadzībām šāda veida sadalījums nozīmē to, ka finansiālās grūtības lielākā mērā skar bagātākās, nevis nabadzīgākās mājsaimniecības. Nav īsti skaidrs, kā vajadzētu reaģēt, nonākot pie šāda secinājuma.

Pretēji tam, piemērojot reģionālos rādītājus mājsaimniecību ar katastrofāliem personīgajiem maksājumiem noteikšanai, no katras mājsaimniecības patēriņa izdevumiem atņem standarta summu, kas ietver izdevumus trim pamata vajadzībām – pārtikai, mājoklim (īrei) un komunālajiem pakalpojumiem. Pēc tam atlikušajai summai piemēro vienu un to pašu procentos izteiktu sliekšni (mājsaimniecības maksāspēju par veselības aprūpi). Rezultātā, kaut arī visām mājsaimniecībām piemēro

vienu un to pašu sliekšni, summa, kurai to tagad piemēro, ir ievērojami mazāka par kopējo patēriņu mazāk nodrošinātajās mājsaimniecībās, bet tuva kopējam patēriņam bagātākajās mājsaimniecībās. Var secināt, ka ļoti nabadzīgas mājsaimniecības, kuras personīgajiem maksājumiem tērē mazas summas, kas veido relatīvi mazu daļu šo mājsaimniecību kopējā budžetā, var izjust finansiālas grūtības, turpretim turīgākās mājsaimniecības neizjūt finansiālas grūtības līdz brīdim, kad tās personīgajiem maksājumiem ir iztērējušas salīdzinoši lielāku daļu no sava budžeta.

No šīs Eiropas reģionā izmantotās pieejas izriet, ka visās valstīs katastrofālo personīgo maksājumu biežums ir lielāks tieši mazāk nodrošināto mājsaimniecību vidū (Cylus et al., 2018). Valstīm, kas vēlas uzlabot iedzīvotāju finansiālo aizsardzību, ir skaidrs, kā reaģēt uz šādu situāciju – jāveido rīcībpolitika, kas mazāk nodrošinātajām mājsaimniecībām paredzētu lielāku aizsardzību nekā turīgākajām.

Pēdējā laikā veiktajos pasaules mēroga pētījumos visbiežāk ziņo par nabadzībā dzenošiem personīgajiem maksājumiem, atsaucoties uz absolūtajiem nabadzības sliekšņiem, kas noteikti kā 1,9 ASV dolāri dienā vai 3,10 ASV dolāri dienā pēc pirktspējas paritātes (WHO & World Bank 2015; 2017). Šie nabadzības sliekšņi ir pārāk zemi izmantošanai Eiropas valstīs – pat valstīs ar vidējiem ienākumiem. Piemēram, no jaunākā globālā monitoringa ziņojuma izriet, ka, piemērojot nabadzības sliekšni 1,9 ASV dolāri dienā, 2010. gadā pēc personīgo maksājumu veikšanas PVO Eiropas reģionā nabadzībā nonāca tikai 0,1 % iedzīvotāju (0,2 %, ja piemēro nabadzības sliekšni 3,10 ASV dolāri dienā (WHO & World Bank, 2017).

Eiropā veiktajos pētījumos vairāk izmanto valstu līmenī noteiktos nabadzības sliekšņus vai arī sliekšņus, kas aprēķināti, lai atspoguļotu valstij raksturīgo patēriņa struktūru (Yerramilli et al., 2018). Starp valstu noteiktajiem nabadzības sliekšņiem ir atšķirības, kuras apgrūtina starptautisku salīdzinājumu veikšanu, turpretim nabadzības sliekšņi, kas aprēķināti ņemot vērā valstij raksturīgo patēriņa struktūru – tie, ko izmanto nabadzības sliekšnim reģionālā rādītāja vajadzībām – ļauj valstis vieglāk salīdzināt (Saksena et al., 2014).

## Atsauces

Cylus J, Thomson S, Evetovits T (2018). Catastrophic health spending in Europe: equity and policy implications of different calculation methods. *Bull World Health Organ.* 96:599–609 (<http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.209031>, resurss skatīts 2018. gada 14. septembrī).

Saksena P, Smith T, Tediosi F (2014). Inputs for universal health coverage: a methodological contribution to finding proxy indicators for financial hardship due to health expenditure. *BMC Health Serv Res.* 14:577.

WHO, World Bank. Tracking universal health coverage: first global monitoring report. Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/174536/1/9789241564977\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/174536/1/9789241564977_eng.pdf?ua=1), resurss skatīts 2018. gada 19. martā).

WHO, World Bank. Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. Geneva: World Health Organization; 2017 ([http://www.who.int/healthinfo/universal\\_health\\_coverage/report/2017/en/](http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2017/en/), resurss skatīts 2018. gada 19. martā).

Yerramilli P, Fernández O, Thomson S (2018). Financial protection in Europe: a systematic review of the literature and mapping of data availability. Health Policy 122(5):493–508 ([http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510\(18\)30049-6/fulltext](http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510(18)30049-6/fulltext)).



## 4. pielikums. Terminu skaidrojums

**Atbrīvojumi no pacientu iemaksām (līdzmaksājumiem).** Mehānisms iedzīvotāju aizsardzībai no personīgajiem maksājumiem. Atbrīvojumi var attiekties uz iedzīvotāju grupām, apstākļiem, slimībām, precēm un pakalpojumiem.

**Budžets.** Skatīt "mājsaimniecības budžets".

**Ekvivalentais patērētājs.** Lai salīdzinātu mājsaimniecību izdevumus, ņemot vērā atšķirības mājsaimniecību lielumā un sastāvā, izmanto ekvivalences skalu izdevumu aprēķināšanai uz vienu ekvivalento patērētāju mājsaimniecībā. Šajā apskatā ir izmantota Oksfordas skala (kas zināma arī kā Ekonomiskās sadarbības un attīstības organizācijas ekvivalences skala), saskaņā ar kuru pirmais pieaugušais cilvēks mājsaimniecībā uzskatāms par ekvivalento patērētāju, turpmākie mājsaimniecības locekļi, kuriem ir 13 gadi un vairāk, – par 0,7 ekvivalentajiem patērētājiem un bērni, kas jaunāki par 13 gadiem, – par 0,5 ekvivalentajiem patērētājiem.

**Finansiālā aizsardzība.** Veselības aprūpes pakalpojumu izmantošana, nenonākot finansiālās grūtībās. Tur, kur veselības aprūpes sistēmas nespēj nodrošināt pietiekami labu finansiālo aizsardzību, mājsaimniecībām var pietrūkt naudas, lai segtu gan veselības aprūpi, gan citas pamata vajadzības. Finansiālas aizsardzības trūkums var radīt vairākas negatīvas sekas veselībai un tautsaimniecībai, potenciāli samazinot piekļuvi veselības aprūpei, vājinot iedzīvotāju veselību, padziļinot nabadzību un saasinot nevienlīdzību veselības un sociālekonomiskā stāvokļa ziņā.

**Finansiālās grūtības.** Iedzīvotājiem rodas finansiālas grūtības tad, kad personīgie maksājumi salīdzinājumā ar viņu spēju maksāt par veselības aprūpi ir lieli.

**Izmaksu maksimālā summa.** Mehānisms trešo pušu, piemēram, valsts, veselības apdrošināšanas fonda vai privātā apdrošinātāja aizsardzībai. Izmaksu maksimālā summa ir maksimālā summa, kuru var prasīt no trešās puses par precī vai pakalpojumu noteiktā laika posmā. To parasti nosaka absolūtos skaitļos. Pēc tam, kad šī summa ir sasniegta, lietotājam jāsedz visas atlikušās izmaksas. Dažreiz to sauc arī par izmaksu griestiem

**Katastrofālie personīgie maksājumi.** Arī "katastrofālie izdevumi veselības aprūpei". Tas ir finansiālās aizsardzības rādītājs. Katastrofālos personīgos maksājumus var mērit dažādos veidos. Šajā pētījumā ar tiem saprot personīgos maksājumus, kas pārsniedz 40 % no mājsaimniecību maksātspējas par veselības aprūpi. Katastrofālie maksājumi par veselību var tostarp būt nabadzībā nokļuvušajām mājsaimniecībām (jo pēc personīgo maksājumu veikšanas tās ir zaudējušas maksātspēju) un mājsaimniecībām, kas nonākušas vēl lielākā nabadzībā (jo tām jau sākotnēji nebija maksātspējas).

**Komunālie pakalpojumi.** Ūdensapgāde, elektroapgāde un kurināmais, ko izmanto ēdiena gatavošanai un apkurei.

**Kvintile.** Viena no piecām vienādām iedzīvotāju grupām (piektdaļām). Šajā pētījumā iedzīvotājus parasti dala kvintilēs pēc mājsaimniecības patēriņa. Pirmā kvintilē ir piektā daļa iedzīvotāju ar viszemāko patēriņu, un to šajā pētījumā sauc par visnabadzīgāko kvintili; piektajā kvintilē patēriņš ir visaugstākais, un šajā pētījumā to sauc par visbagātāko kvintili.

**Līdzmaksājumi (vai pacientu iemaksas).** Nauda, kas cilvēkiem jāmaksā, saņemot trešās puses, piemēram, valsts, veselības apdrošināšanas fonda vai privātā apdrošinātāja, segtos veselības aprūpes pakalpojumus. Fiksētas summas līdzmaksājums ir nomināla summa par precēm vai pakalpojumiem; procentos izteikti līdzmaksājumi (ko dažreiz sauc par līdzapdrošināšanu) nozīmē, ka lietotājam jāmaksā procentos izteikta preces vai pakalpojuma cenas daļa; ieturējumu gadījumā trešā puse sedz jebkādas izmaksas tikai pēc tam, kad lietotājs ir nomaksājis fiksētu summu. Citi līdzmaksājumu veidi ir piemaksa (ja pakalpojumu nodrošinātājiem ir jāpārbauda pacienta vairāk, nekā to paredz trešās puses maksātāja noteiktā cena vai tarifs) un references cena (ja cilvēkiem jāmaksā starpība starp trešās puses maksātāja noteikto cenu vai tarifu (references cenu) un mazumtirdzniecības cenu).

**Maksāspēja par veselības aprūpi.** Šajā pētījumā maksāspēju aprēķina kā mājsaimniecības patēriņu, kas samazināts par normatīvu (standarta) summu pamata vajadzību apmierināšanai, piemēram, izdevumiem par pārtiku, mājokli un komunālajiem pakalpojumiem. Summu pamata vajadzībām atņem visām mājsaimniecībām vienādi. To dēvē arī par nabadzības sliekšni vai pamata vajadzību sliekšni.

**Mājsaimniecības budžets.** Arī "mājsaimniecības kopējais patēriņš". Visu mājsaimniecības patērēto preču un pakalpojumu summa konkrētā laika periodā naudas izteiksmē un to preču un pakalpojumu nosacītā vērtība, kurus mājsaimniecība nepērk, bet iegūst patēriņam citā veidā.

**Mājsaimniecību budžetu apsekojums.** Parasti – izlases apsekojums, ko valsts mērogā veic valstu statistikas pārvaldes mājsaimniecību patēriņa mērīšanai konkrētā laika periodā. Dažreiz to dēvē par mājsaimniecību patēriņa izdevumu vai mājsaimniecību izdevumu apsekojumu. Eiropas Savienības valstīs mājsaimniecību budžetu apsekojums jāveic ne retāk kā reizi piecos gados.

**Nabadzības sliekšnis.** Personas vai mājsaimniecības ienākumu vai patēriņa līmenis, kuru nesasniedzot, personu vai mājsaimniecību klasificē kā nabadzīgu. Nabadzības sliekšņus nosaka dažādi. Šajā pētījumā pamata vajadzību sliekšni un nabadzības sliekšni lieto vienā un tajā pašā nozīmē. Skatīt pamata vajadzību sliekšni.

**Nabadzībā dzenošie personīgie maksājumi.** Finansiālās aizsardzības rādītājs. Personīgie maksājumi "no kabatas", kas dzen iedzīvotājus nabadzībā vai vēl dziļākā nabadzībā. Mājsaimniecību uzskata par nokļuvušu nabadzībā, ja tās patēriņš pirms personīgo maksājumu veikšanas bija virs valstī noteiktā vai starptautiski atzītā nabadzības sliekšņa, bet pēc personīgo maksājumu veikšanas kļūst zemāks par šo sliekšni.

**Neapmierinātās vajadzības pēc veselības aprūpes.** Rādītājs, kas raksturo veselības aprūpes pieejamību. Gadījumi, kuros iedzīvotājiem ir vajadzīga veselības aprūpe, bet viņi to nesaņem pieejamības šķēršļu dēļ.

**Pacienta iemaksas.** Arī "lietotāja maksa". Skatīt "līdzmaksājumus".

**Pacientu iemaksu (līdzmaksājumu) maksimālā summa.** Mehānisms iedzīvotāju aizsardzībai no personīgajiem maksājumiem. Pacientu līdzmaksājumu maksimālā summa ir maksimālā summa uz vienu iedzīvotāju vai mājsaimniecību, kas jāmaksā personīgi pacienta iemaksas veidā par precī vai pakalpojumu konkrētā laika periodā. Tā var būt noteikta nominālā izteiksmē vai kā personas ienākumu daļa, izteikta procentos. Dažreiz to sauc arī par maksimālo personīgo maksājumu summu vai maksājumu griestiem.

**Pamata vajadzības.** Minimālie iztikai vajadzīgie līdzekļi, ko bieži saista ar pārtikas preču patēriņu, apģērbu un pajumti.

**Pamata vajadzību sliekšnis.** Mērījums, ar ko nosaka personīgo vai mājsaimniecības ienākumu vai patēriņa līmeni, kas vajadzīgs pamata vajadzību, piemēram, pārtikas, mājokļa un komunālo pakalpojumu apmaksai. Pamata vajadzību sliekšņus, tāpat kā nabadzības sliekšņus, var noteikt dažādos veidos. Tos izmanto nabadzībā dzenošo personīgo maksājumu mērīšanai. Šajā pētījumā pamata vajadzību sliekšni nosaka kā vidējo summu, ko mājsaimniecības, kas pēc patēriņa ierindojamas starp 25. un 35. percentili, tērē pārtikai, mājoklim un komunālajiem pakalpojumiem un, kas koriģēta, ņemot vērā mājsaimniecības locekļu skaitu un sastāvu. Termins "pamata vajadzību sliekšnis" var "nabadzības sliekšnis" savā starpā aizstāt. Skatīt nabadzības sliekšni.

**Patēriņš.** Arī "patēriņa izdevumi". Kopējais mājsaimniecības patēriņš ir visa mājsaimniecības patēriņa par konkrētu laika periodu novērtējums naudas izteiksmē. Tajā ieskaita to produktu vērtību, kurus mājsaimniecības nepērk, bet iegūst patēriņam citos veidos (piemēram, izaudzējot savām vajadzībām).

**Personīgie maksājumi.** Arī "mājsaimniecības izdevumi (tēriņi) veselībai". Jebkuri iedzīvotāju veikti maksājumi laikā, kad tie izmanto jebkuras veselībai vajadzīgās preces un pakalpojumus, ko nodrošina jebkurš šādu preču piegādātājs. Personīgie maksājumi iekļauj a) oficiālos līdzmaksājumus (pacienta iemaksu vai lietotāja maksu) par apdrošināšanas segtajām precēm un pakalpojumiem; b) oficiālos maksājumus par privāti pirktām precēm un pakalpojumiem un c) neoficiālos maksājumus par apdrošināšanas segtajām vai privāti pirktajām precēm vai pakalpojumiem. Tajos neiekļauj priekšapmaksu (piemēram, nodokļu, iemaksu vai prēmiju maksājumus) un trešo pušu, piemēram, valsts, veselības apdrošināšanas fondu vai privāto apdrošinātāju, izmaksātās kompensācijas.

**Risks nonākt nabadzībā pēc personīgo maksājumu veikšanas.** Pēc personīgajiem maksājumiem par veselības aprūpi "no kabatas", mājsaimniecība var nonākt vēl lielākā nabadzībā, nonākt nabadzībā, tai var draudēt nabadzības risks vai šāda riska var nebūt. Mājsaimniecībām ir risks nonākt nabadzībā (vai arī šāda riska var nebūt), ja kopējie mājsaimniecības izdevumi pēc personīgo maksājumu veikšanas tuvinās (vai netuvinās) nabadzības jeb pamata vajadzību sliekšnim.

**Spēja maksāt par veselības aprūpi.** Spēja maksāt attiecas uz visiem finansiālajiem resursiem, kas ir mājsaimniecības rīcībā. Šīs metodes, kas pamatojas uz spēju maksāt, piemērošana finansiālās aizsardzības

monitoringā nozīmē, ka maksājumiem par veselības aprūpi ir pieejami visi mājsaimniecības resursi, atšķirībā no maksātspējas metodes (skatīt turpmāk), kad daļu mājsaimniecības resursu atskaita pamata vajadzību apmierināšanai. Praksē mērījumi par spēju maksāt bieži pamatojas uz mājsaimniecību apsekojumu datiem par patēriņa izdevumiem vai ienākumiem, un tajos ne vienmēr var pilnībā ņemt vērā visus mājsaimniecības finansiālos resursus, piemēram, ietaupījumus un investīcijas.

**Veselības pakalpojumi.** Jebkuras preces vai pakalpojumi, ko nodrošina veselības sistēma, tostarp zāles, medicīnas preces, diagnostiskie izmeklējumi, zobārstniecība, ambulatorā aprūpe un aprūpe stacionārā. Tas pats, kas "veselības aprūpes pakalpojumi".

**Vēl lielākā nabadzībā dzemošie personīgie maksājumi.** Finansiālās aizsardzības rādītājs. Personīgie maksājumi, ko veic mājsaimniecības, kuru patēriņš ir zem valstī pieņemtā vai starptautiski atzītā nabadzības sliekšņa vai pamata vajadzību sliekšņa. Mājsaimniecību uzskata par nonākušu vēl lielākā nabadzībā, ja tās kopējais patēriņš ir zem šī sliekšņa pirms personīgo maksājumu veikšanas un mājsaimniecībai papildus jāveic personīgie maksājumi no savas kabatas.

**Visaptveroša veselības aprūpe.** Visi iedzīvotāji spēj izmantot kvalitatīvus sev vajadzīgus veselības pakalpojumus, nenonākot finansiālās grūtībās.







## The WHO Regional Office for Europe

The World Health Organization (WHO) is a specialized agency of the United Nations created in 1948 with the primary responsibility for international health matters and public health. The WHO Regional Office for Europe is one of six regional offices throughout the world, each with its own programme geared to the particular health conditions of the countries it serves.

### Member States

Albania  
Andorra  
Armenia  
Austria  
Azerbaijan  
Belarus  
Belgium  
Bosnia and Herzegovina  
Bulgaria  
Croatia  
Cyprus  
Czechia  
Denmark  
Estonia  
Finland  
France  
Georgia  
Germany  
Greece  
Hungary  
Iceland  
Ireland  
Israel  
Italy  
Kazakhstan  
Kyrgyzstan  
Latvia  
Lithuania  
Luxembourg  
Malta  
Monaco  
Montenegro  
Netherlands  
North Macedonia  
Norway  
Poland  
Portugal  
Republic of Moldova  
Romania  
Russian Federation  
San Marino  
Serbia  
Slovakia  
Slovenia  
Spain  
Sweden  
Switzerland  
Tajikistan  
Turkey  
Turkmenistan  
Ukraine  
United Kingdom  
Uzbekistan

### **World Health Organization Regional Office for Europe**

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Tel.: +45 45 33 70 00 Fax: +45 45 33 70 01

Email: [eurocontact@who.int](mailto:eurocontact@who.int)

Website: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)