



Konkurences padome

Medicīnas pakalpojumu tirgus uzraudzība

Noslēguma ziņojums

Rīga

SATURA RĀDĪTĀJS

Satura rādītājs	2
1. IEVADS	2
2. NORMATĪVAIS REGULĒJUMS	3
3. KONKRĒTAIS TIRGUS	7
3.1. Konkrētās preces tirgus	7
3.2. Konkrētais ģeogrāfiskais tirgus	10
3.3. Konkrētais tirgus Uzraudzības ietvaros	11
4. VISPĀRĒJS KONKRĒTĀ TIRGUS RAKSTUROJUMS	11
4.1. Tirgus dalībnieki	11
4.2. Klienti un piegādātāji.....	15
4.3. Pacientu rindas un mobilitātes iespējas.....	15
4.4. Ieiešanas barjeras tirgū	16
4.5. MK 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 ietekme uz konkurenci	18
5. CENU VEIDOŠANĀS FAKTORI UN STRUKTŪRA.....	20
5.1. Valsts apmaksāto pakalpojumu cenu veidošanu ietekmējošie faktori .	22
5.2. Maksas pakalpojumu cenu veidošanu ietekmējošie faktori.....	23
6. MEDICĪNAS PAKALPOJUMU CENU IZVĒRTĒJUMS (2012. – 2014.GADS) ...	24
6.1. Pieprasītākie medicīnas pakalpojumi	24
6.2. Pieprasītāko medicīnas pakalpojumu cenu izmaiņas	26
6.3. Cenu izmaiņas.....	49
7. SECINĀJUMI	50

1. IEVADS

Pamatojoties uz Konkurences padomes (turpmāk – “KP”) noteikto 2014.gada darba plānu, 2014.gada aprīlī tika ierosināta Medicīnas pakalpojumu tirgus uzraudzība (turpmāk – “Uzraudzība”).

Uzraudzības mērķis bija izvērtēt konkurences situāciju medicīnas pakalpojumu tirgū, kā arī izvērtēt, kā finansējuma avota veids (valsts budžeta/pakalpojuma saņēmēja līdzekļi/apdrošināšana) ietekmē medicīnas pakalpojumu cenas.

Pētniecības uzdevumi: 1) Identificēt konkrēto tirgu (novērtējot kritērijus, kas jāņem vērā, nosakot un izvērtējot konkrēto tirgu), kā arī, ņemot vērā, ka KP iepriekš nav padziļināti pētījusi medicīnas pakalpojumu tirgu, noskaidrot arī konkrētā tirgus galvenos dalībniekus. 2) Izvērtēt kopējo konkurences līmeni medicīnas pakalpojumu tirgū un noteikt raksturīgākās tendences. 3) Identificēt pieprasītākos medicīnas pakalpojumus un to cenu dinamiku laika posmā no 2012. – 2014.gadam, izvērtējot pakalpojumu cenas veidošanās faktoros. 4) Noskaidrot faktoros, kas varētu veicināt

konkurenci konkrētajā tirgū, vienlaicīgi izvērtējot tirgū pastāvošās barjeras, kas var kavēt konkurenci konkrētajā tirgū.

Uzraudzības ietvaros par sekundārajiem uzdevumiem, kas nepieciešami galveno uzdevumu izpildei, tika izvirzīti: apzināt un izvērtēt normatīvo regulējumu, kā arī analizēt iegūto informāciju no privātajām ārstniecības iestādēm un valsts veselības aprūpes iestādēm attiecībā uz pakalpojumu cenām un sadarbību ar apdrošināšanas kompānijām.

Uzraudzības ietvaros KP pieprasīja un ieguva apjomīgu informāciju no lielākajiem (pēc apgrozījuma un valsts finansējuma medicīnas pakalpojumu sniegšanai) tirgus dalībniekiem, kā arī izvērtēja publiski pieejamo informāciju. KP izvērtēja situāciju sekundāro ambulatoro medicīnas pakalpojumu tirgū, identificējot pieprasītākos medicīnas pakalpojumus 2012.-2014.gadā, vienlaicīgi iegūstot informāciju par cenu veidošanas faktoriem un analizējot cenu dinamiku.

Uzraudzības izpētes laikā tika saņemts iesniegums ar lūgumu KP izvērtēt Ministru kabineta (turpmāk – MK) 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “*Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība*” punktus, kas regulē valsts pasūtījuma (kvotu) piešķiršanu sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai ārstniecības iestādēm. Šī iemesla dēļ Uzraudzībā atsevišķa sadaļa tiek veltīta normatīvi noteikto barjeru radītajai ietekmei uz konkurenci.

Lai aizsargātu tirgus dalībnieku intereses, ziņojuma publiskojamajā versijā nav iekļauta tāda uzraudzības ietvaros iegūtā un analizētā informācija, kurai piešķirts ierobežotas pieejamības statuss.

2. NORMATĪVAIS REGULĒJUMS

Latvijā ir vairāki normatīvie akti, kas regulē medicīnas pakalpojumu jomu. Par galvenajiem medicīnas pakalpojumu jomu (Uzraudzības ietvaros) reglamentējošajiem normatīvajiem aktiem ir uzskatāmi šādi normatīvie akti: Pacientu tiesību likums, Ārstniecības likums, uz šī likuma pamata izdotie MK noteikumi, kā arī Eiropas Parlamenta un Padomes 09.03.2011. direktīva 2011/24/ES.

Pacientu tiesību likums un uz tā pamata izdotie MK noteikumi regulē pacientu iesaisti veselības aprūpes organizēšanā, kā arī nosaka pacientu tiesības un pienākumus.

Ārstniecības likuma mērķis ir regulēt sabiedriskās attiecības ārstniecībā, lai nodrošinātu slimību vai traumu kvalificētu profilaksi un diagnostiku, kā arī kvalificētu pacienta ārstēšanu un rehabilitāciju, un noteikt īpašus ārstniecības iestāžu saimnieciskās darbības tiesiskā regulējuma noteikumus. Būtiskākie regulētie jautājumi ir ārstniecības uzraudzība, personu tiesības un pienākumi veselības aprūpē, ārstniecības personas un to darbība ārstniecībā, ārstniecības personu pienākumi un

tiesības ārstniecībā, ārstniecības iestādes, veselības informācijas sistēmas darbība un ārstniecības iestādes saimnieciskās darbības noteikumi.

Uz Ārstniecības likuma pamata izdoti vairāk nekā 15 MK noteikumi, no kuriem par būtiskākajiem ir uzskatāmi turpmākie:

- MK 08.03.2005. noteikumi Nr.710 *"Noteikumi par ārstniecības iestāžu reģistru"*. Ārstniecības iestāžu reģistra pārzinis un turētājs ir Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju valsts aģentūra, kas nodrošina reģistra informācijas un tehnisko resursu funkcionalitāti un informācijas apriti. Ārstniecības iestāžu reģistrs ir valsts informācijas sistēmas daļa, kurā ir ziņas par visām ārstniecības iestādēm valstī, neatkarīgi no to īpašuma formas un piederības. Ārstniecības iestāžu reģistrs ir publiski pieejams Latvijas Republikas Veselības inspekcijas mājas lapā: <http://vi.gov.lv/lv/air>. Saskaņā ar MK 24.02.2009. noteikumiem Nr.192 *"Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība"* izveidots arī ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrs, kas arī pieejams publiski Latvijas Republikas Veselības inspekcijas mājas lapā: <http://vi.gov.lv/lv/pr>. Abi iepriekš minētie reģistri ļauj patērētājiem pārliecināties par konkrētas ārstniecības iestādes/personas, kas nodrošina ārstniecības pakalpojumus, atbilstību normatīvajos aktos noteiktajām prasībām.
- MK 20.01.2009. noteikumi Nr.60 *"Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām"*. MK noteikumos ietvertas obligātās prasības ārstniecības iestādēm, piemēram, ārstniecības iestādēm jāatrodas atbilstoši tās darbībai projektētā vai pielāgotā ēkā, un ārstniecības iestādei ir jābūt izveidotai kvalitātes vadības sistēmai. Noteikumi nosaka, ka ambulatorajā ārstniecības iestādē pacientam sniedz primāro vai sekundāro veselības aprūpi, tajā skaitā, dienas stacionārā, un to, ka ambulatorajā ārstniecības iestādē ir pacientu uzgaidāmā telpa ar garderobes vietu, pacienšu reģistrācijas telpa vai vieta, kā arī pacientu pieņemšanas telpa (kabinets), un citas prasības, kas izvirzītas ārstniecības iestādēm, tajā skaitā, prasības speciālista kabinetam, zobārsta kabinetam, ārstu praksei un veselības centram, medicīnas laboratorijām u.c. Noteikumu 43.punktā ietverta *"veselības centra"* definīcija. Proti, veselības centrs ir ārstniecības iestāde, kurā pacientam sniedz primāro un sekundāro veselības aprūpi vismaz trijās ārstu specialitātēs. Savukārt noteikumu 49.punktā noteikts, ka dienas stacionārs ir ārstniecības iestāde vai tās struktūrvienība, kur pacientiem, kam nav nepieciešama ārstniecības personu aprūpe un uzraudzība ārpus iestādes darba laika, sniedz diagnostisko un ārstniecisko palīdzību, un tiek nodrošināta gultasvieta. *"Slimnīcas"* definīcija norādīta noteikumu 92.punktā – slimnīca ir ārstniecības iestāde, kur pacientam sniedz neatliekamo medicīnisko palīdzību un nosaka diagnozi, kā arī pacientu ārstē.
- MK 24.02.2009. noteikumi Nr.193 *"Noteikumi par ārstniecības atbalsta personu sertifikācijas kārtību un sertificējamo ārstniecības atbalsta*

personu profesijām", kas nosaka ārstniecības atbalsta personu sertifikācijas kārtību un sertificēto atbalsta personu profesijas. Noteikumi attiecas uz personām, kuras strādā ārstniecības iestādē un ir tieši iesaistītas veselības aprūpes procesa nodrošināšanā.

- MK 17.12.2013. noteikumi Nr.1529 "*Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība*", kas nosaka veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību un to ārstniecības pakalpojumu veidus un apjomus, kuri tiek apmaksāti no valsts budžeta un pakalpojuma saņēmēja līdzekļiem. Tāpat noteikumi paredz samaksas kārtību par minētajiem pakalpojumiem, kā arī kārtību, kādā veidojamas plānveida veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas pretendentu rindas. Šajos noteikumos norādīts personu loks, kas atbrīvoti no pacientu iemaksām, tajā skaitā bērni, grūtnieces, politiski represētas personas, orgānu donori, I grupas invalīdi, trūcīgās personas u.c. Tāpat minētajos noteikumos noteikti arī tie gadījumi, kad ārstniecības pakalpojumi netiek apmaksāti no veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai paredzētajiem valsts budžeta līdzekļiem, piemēram, veselības aprūpes pakalpojumi, kuri saņemti bez tāda ārsta nosūtījuma, kuram ir tiesības nosūtīt valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai, kā arī gadījumi, ja persona atteikusies no gaidīšanas uz plānveida veselības aprūpes pakalpojumu. MK noteikumi nosaka arī kārtību veselības aprūpes organizēšanai mājās, un primārās un sekundārās veselības aprūpes finansēšanu.

Papildus medicīnas pakalpojumu jomā tiek piemērota arī Eiropas Parlamenta un Padomes 09.03.2011. direktīva 2011/24/ES par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē, kas nosaka pacientu tiesības uz medicīnas pakalpojumu saņemšanu, ja pacients izlēmis, ka vēlas saņemt veselības aprūpi dalībvalstī, kas nav to piederības dalībvalsts. Saskaņā ar Ārstniecības likumu *ārstniecības iestādes* ir ārstu prakses, valsts un pašvaldību iestādes, saimnieciskās darbības veicēji un komercsabiedrības, kas reģistrētas ārstniecības iestāžu reģistrā, atbilst normatīvajos aktos noteiktajam obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām, kā arī nodrošina ārstniecības pakalpojumus. Veselības aprūpe ir veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju īstenots pasākumu komplekss, tajā skaitā tele-medicīna un darbības ar zālēm un medicīniskajām ierīcēm, lai nodrošinātu, uzturētu un atjaunotu pacienta veselības stāvokli.

Atbilstoši Ārstniecības likuma 4.panta pirmajai daļai:

- a) veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību;
- b) plānveida veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas pretendentu rindu veidošanas kārtību;
- c) ārstniecības pakalpojumu veidus un apjomus, kuri tiek apmaksāti no valsts pamatbudžeta un pakalpojumu saņēmēju līdzekļiem, kā arī šīs samaksas kārtību nosaka MK. Iepriekš norādītā kārtība noteikta MK noteikumos Nr.1529 "*Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība*". Ārstniecības likumā arī noteikts tas personu loks, kas var saņemt

no valsts pamatbudžeta un pakalpojumu saņēmēju līdzekļiem apmaksāto ārstniecības apjomu.

Ārstniecības likuma 54.pantā noteikts, ka ārstniecības iestādi var izveidot valsts institūcijas, pašvaldības, fiziskās vai juridiskās personas, tomēr saskaņā ar 55.pantu ar ārstniecību drīkst nodarboties tikai tādas ārstniecības iestādes, kas atbilst obligātajām prasībām, kuras nosaka MK.

Veselības aprūpes sistēmu Latvijā nosacīti varētu iedalīt trīs līmeņos:

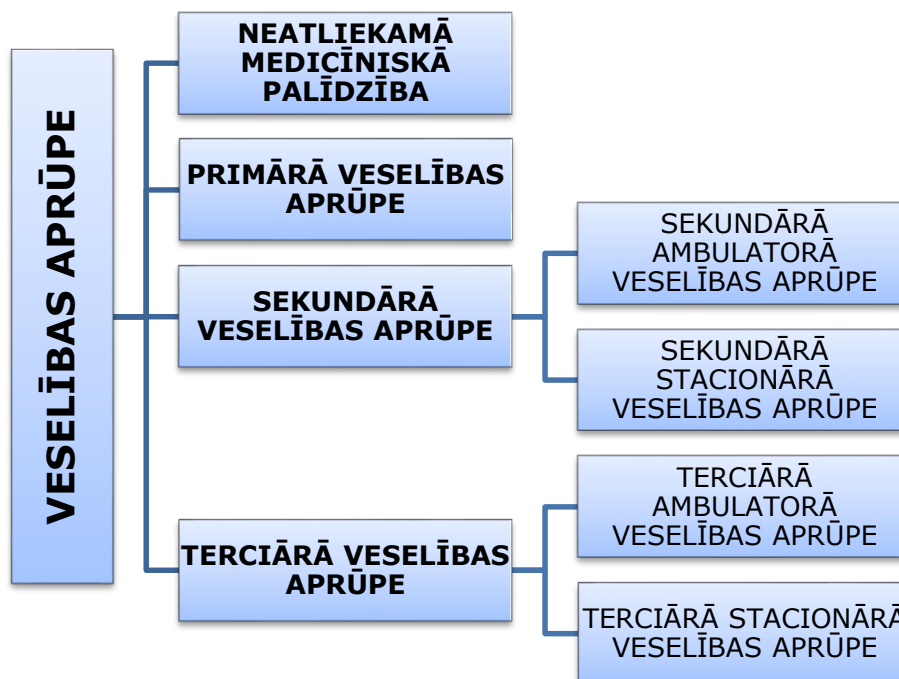
- Primārās veselības aprūpes līmenis. Pacienta pirmā saskare ar veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju. MK 17.12.2013. noteikumi Nr.1529 „*Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība*” nosaka, ka primārā veselības aprūpe ir ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu kopums, ko personai ārstniecības iestādē vai tās dzīvesvietā sniedz šādi primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji:
 - 1) *ģimenes ārsts;*
 - 2) *ārsta palīgs (feldšeris);*
 - 3) *māsa;*
 - 4) *vecmāte, kura nodarbināta ģimenes ārsta praksē;*
 - 5) *zobārsts, zobārsta asistents, zobārsta māsa un higiēnists;*
 - 6) *ārstniecības personas, kuras nodrošina veselības aprūpi mājās.*

Primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs var būt neatkarīgs (privāts) pakalpojumu sniedzējs vai strādāt privātā vai publiskā ambulatorajā veselības aprūpes iestādē. Ģimenes ārsts kopā ar sertificētu māsu vai sertificētu ārsta palīgu var nodrošināt pacienta veselības aprūpi gan ģimenes ārsta prakses vietā, gan pacienta dzīvesvietā.

- Sekundārās veselības aprūpes līmenis. Sekundārā veselības aprūpe ir veselības aprūpes pakalpojumu kopums, ko personai ambulatorajā ārstniecības iestādē vai stacionārajā ārstniecības iestādē sniedz kādā slimību profilā specializējusies ārstniecības persona vai ārstniecības atbalsta persona. Šajā līmenī pacients apmeklē ārstu/speciālistu vai ārstējas slimnīcā. Šajā līmenī uzsvārs tiek likts uz neatliekamam, akūtu vai plānveida veselības aprūpi. Šos pakalpojumus sniedz valsts, pašvaldību un privātās institūcijas.¹
- Terciārais veselības aprūpes līmenis (augsti specializēti veselības aprūpes pakalpojumi) ir tādi, kurus nodrošina vienas vai vairāku medicīnas nozaru speciālisti ar papildu kvalifikāciju. Šajā līmenī tiek ārstēti pacienti, kuriem ir bīstamas un retas slimības un kuru ārstēšanai ir nepieciešamas dārga un unikāla tehnoloģija.

¹ MK noteikumi Nr.1529 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”.

Papildus augstāk norādītajam, MK 17.12.2013. noteikumos Nr.1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" noteikts vēl sīkāks veselības aprūpes iedalījums.



3. KONKRĒTAIS TIRGUS

Par konkrēto tirgu Konkurences likuma 1.panta 4.punkta izpratnē uzskatāms konkrētās preces tirgus, kas izvērtēts saistībā ar konkrēto ģeogrāfisko tirgu. Analizējot konkrētā tirgus definēšanas iespējas un būtiskākos faktorus, tiek noskaidrota pieprasījuma un piedāvājuma specifika un to ietekmējošie faktori, tirgus barjeras un to iemesli. Tiek konstatētas arī pirmšķietamas konkurences ierobežojumu pazīmes.

3.1. Konkrētās preces tirgus

Nosakot konkrēto tirgu, vispirms definējams konkrētas preces tirgus un tad nosakāma konkrētā tirgus ģeogrāfiskā dimensija. Nosakot konkrētā pakalpojumu tirgu, tiek raksturots tirgus pakalpojums un noskaidroti konkrētā pakalpojuma aizstājēji. Parasti konkrētā pakalpojuma tirgus tiek noteikts, pamatojoties uz patērētāju atzinumu par pakalpojumu aizstājamību, tomēr medicīnas pakalpojumu tirgū jāievēro tas, ka patērētājs parasti neizvēlas medicīnas pakalpojumu, bet vadās pēc ārsta rekomendācijām un nosūtījuma. Tāpēc pieprasījumu faktiski veido ārsti, bet pakalpojuma saņēmēji ir pacienti. To, vai kāds izmeklējums/ārstniecības iestādes sniegtais pakalpojums spēj aizstāt citu un vienlaicīgi sasniegt to pašu rezultātu, pēc katra individuālā gadījuma spētu noteikt tikai ārstējošais ārsts, tādējādi noteikt, vai viens medicīnas pakalpojums var izdarīt konkurences spiedienu uz citu, Uzraudzības ietvaros ir gandrīz neiespējami.

Uzraudzības ietvaros KP vēlējās padziļināti izpētīt sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu (neskaitot atsevišķus ekskluzīvus vai reti pieejamus medicīnas pakalpojumus) tirgus problemātiku, jo šie pakalpojumi ir gan plaši pieprasīti, gan to sniegšanas kompensācija no valsts puses veido ievērojamu veselības nozares izmaksu daļu. Atbilstoši, konkrētā pakalpojuma tirgus Uzraudzības ietvaros būtu definējams kā sekundārie ambulatorie veselības aprūpes pakalpojumi. Papildus jāievēro, ka ārstniecības iestāžu pacienti vienuviet var saņemt visdažādākā spektra sekundārās veselības aprūpes pakalpojumus.

Izvērtējot sekundāro ambulatoro veselības aprūpes (turpmāk – SAVA) pakalpojumu aizvietojamības iespējas ar citu pakalpojumu kopumu (primārā/terciārā, ambulatorā/stacionārā, neatliekamā palīdzība) no pieprasījuma puses, secināms, ka šāda aizvietojamība drīzāk nepastāv, jo atšķiras dažādu medicīnas pakalpojumu nepieciešamības iemesli un pakalpojumu rezultāti. Papildus jānorāda, ka medicīnas pakalpojumus būtu iespējams segmentēt sīkāk atbilstoši to veidam: medicīnas pakalpojumi, kas saistīti ar attēla izgatavošanu (rentgenogrāfija, ultrasonogrāfija), pakalpojumi, kas saistīti ar parauga ņemšanu (asinsanalīzes, citoloģiskie izmeklējumi u.c.).

Izvērtējot SAVA pakalpojuma aizvietošanas iespējas no piedāvājuma viedokļa, secināms, ka arī šajā gadījumā nepastāv aizvietojamība nedz ar primāro/terciāro un ambulatoro/stacionāro veidu pakalpojumiem, nedz arī pastāv savstarpējā aizvietojamība starp dažādu medicīniskā rakstura pakalpojumiem. Šāds secinājums pamatojams ar pakalpojumu atšķirīgu būtību, normatīvo regulējumu (stingras prasības, kuru izpildei nepieciešamas ievērojamas investīcijas), speciālistu ātras pārkvalificēšanās neiespējamību. Papildus jāņem vērā, ka pakalpojumu sniedzēji nespēj pārorientēt piedāvājumu īsā laika posmā bez papildu riskiem.^{2,3}

SAVA pakalpojumus ir iespējams nošķirt arī pēc to apmaksas veida: maksas pakalpojumi un valsts apmaksātie pakalpojumi, kur pacients piedalās ar pacienta iemaksu. Pacienta iemaksas apmēru nosaka valsts, un tā ir vienāda visās Latvijas ambulatorajās ārstniecības iestādēs. Papildus jānorāda, ka atsevišķas iedzīvotāju kategorijas ir atbrīvotas no pacienta iemaksas, tādējādi pastāv iespēja iedalīt konkrētos tirgus pēc pamatfinansējuma avota (publiskais, ko veido valsts finansējums un pacienta iemaksa, un privātais, ko finansē tikai pacients). No patērētāja viedokļa ir būtiski, kā tiek finansēts pakalpojums, tajā pašā laikā no piedāvājuma viedokļa šis faktors var nebūt tik būtisks.

Informācija par līdzekļu izlietojumu no valsts budžeta, kuri tiek veltīti primārās un sekundārās veselības aprūpei, un noslēgtie līgumi starp

² Piemēram, saistībā ar to, ka neizdosies iegūt tiesības sniegt valsts apmaksātos pakalpojumus, bet pieprasījums pēc pakalpojumiem, kas tiktu apmaksātas no privātiem līdzekļiem, nebūtu pietiekams, lai pakalpojuma sniegšana būtu rentabla.

³ KOMISIJAS PAZIŅOJUMS par jēdziena "konkrētais tirgus" definīciju Kopienas konkurences tiesībās (97/C 372/03).

medicīnas pakalpojumu sniedzēju un Nacionālo veselības dienestu (turpmāk – NVD), var tikt iegūti no NVD.

Arī Ekonomiskās sadarbības un attīstības organizācija (turpmāk – OECD) savos pētījumos norādījusi uz atšķirībām medicīnas pakalpojumu tirgos, kas sadalīti, balstoties uz pamat - finansējuma veidu. Kā būtiskākā atšķirība tiek norādīta medicīnas pakalpojumu cena. Valsts finansētie medicīnas pakalpojumi ir ievērojami lētāki nekā privātā sektora piedāvātie. Tādējādi, pat neskatoties uz to, ka šie medicīnas pakalpojumi būtu uzskatāmi par aizvietojamiem pēc kvalitātes un efekta, šie pakalpojumi nebūtu uzskatāmi par pilnīgi aizvietojamiem cenas atšķirību dēļ. Par maz ticamu uzskatāms tas, ka ievērojams cilvēku skaits, kas izmanto valsts finansētos medicīnas pakalpojumus, varētu izmantot privātā sektora piedāvātos medicīnas pakalpojumus un otrādi.⁴ Nepieciešams arī ņemt vērā, ka lielākā daļa ārstniecības iestāžu nodrošina patērētāju gan ar valsts apmaksājamiem medicīnas pakalpojumiem, gan medicīnas pakalpojumiem, kurus sedz pats patients, tādējādi ārstniecības iestāžu finansējuma modelis ir līdzīgs.

Nodalot valsts apmaksātos medicīnas pakalpojumus, jāņem vērā, ka valsts apmaksātie primārās un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi atbilstoši MK noteikumiem un NVD noslēgtajiem līgumiem ir stingri sadalīti (kvotās) ne tikai pa pilsētām Latvijas teritorijā un tā, piemēram, Rīgā, Ventspilī un Liepājā sadale tiek īstenota pa mikrorajoniem.

Ārvalstu prakse, definējot konkrētā pakalpojumu tirgu tieši medicīnas pakalpojumu jomā, ir bijusi dažāda. Tomēr praksē novērojami arī daži vienojoši elementi, piemēram, izvērtējot slimnīcu apvienošanās, kā konkrētas preces tirgus parasti tiek noteikts stacionārās medicīnas pakalpojumu tirgus⁵. Notikušas vairākas diskusijas par to, vai, izvērtējot slimnīcu apvienošanās, būtu atsevišķi jādefinē arī ambulatoro pakalpojumu tirgus, ievērojot to, ka ar ambulatoro medicīnas pakalpojumu sniegšanu nodarbojas liels skaits medicīnas centru, kā rezultātā samazinātos slimnīcu tirgus daļa konkrētajā tirgū, un apvienošanās ietekme uz konkurenci varētu tikt nepilnīgi izvērtēta.

Pētījumos un zinātniskajās publikācijās tiek pausti atšķirīgi uzskati par to, vai medicīnas pakalpojumu tirgus būtu apskatāms kā viens kopums, ievērojot to, ka medicīnas centri un slimnīcas piedāvā ļoti plaša spektra pakalpojumus un patients visbiežāk izvēlētos visas nepieciešamās pārbaudes veikt vienā ārstniecības iestādē.⁶

No otras puses, katrs medicīnas pakalpojums, ievērojot tā pirmšķietamo neaizvietojamību (piemēram, galvas magnētiskā rezonanse nebūtu aizvietojava ar vēdera dobuma ultrasonogrāfiju), var tikt definēts kā

⁴ OECD Health Working papers No.70. Pricing and competition in specialist medical services an overview for South Africa. Pieejams:

<http://www.oecd.org/daf/competition/Marketdefinition2012.pdf>

⁵ HEALTH CARE MERGERS AND ACQUISITIONS HANDBOOK, SECTION OF ANTITRUST LAW, AMERICAN BAR ASSOCIATION, 2003.GADS, 16.-17.lpp.

⁶ Turpat.

atsevišķs konkrētais tirgus.⁷ No iepriekš minētā secināms, ka katru medicīnas pakalpojumu var noteikt kā atsevišķu konkrēto tirgu, ja vien tie ir skaidri nošķirami, ievērojot to, ka medicīnas pakalpojumi var būt savstarpēji aizvietojami un to, ka dažos gadījumos piedāvājuma puses aizstāšana varētu darboties kā ierobežojums veselības aprūpes pakalpojuma sniedzējam izvēlēties patērētāja diagnostikai nepieciešamo medicīnas pakalpojumu.

3.2. Konkrētais ģeogrāfiskais tirgus

Konkrētā tirgus noteikšanai būtiska nozīme ir ģeogrāfiskā tirgus definēšanai, jo tikai pēc iespējas precīzākā ietvarā ir iespējams noteikt konkurences apstākļus medicīnas pakalpojumu jomā.

Iepazīstoties ar pētījumiem un zinātniskajiem rakstiem saistībā ar ģeogrāfiskā tirgus definēšanu medicīnas pakalpojumu tirgū, secināms, ka tirgus parasti tiek definēts kā lokāls. Tomēr, ņemot vērā atsevišķu pakalpojumu sarežģītību un pieejamību, tas var tikt paplašināts līdz nacionālam līmenim, kas skaidrojams ar to, ka pacients, lai saņemtu konkrēto medicīnas pakalpojumu, var mērot lielāku attālumu. Tas iespējams gadījumā, ja medicīnas pakalpojums kādā pilsētā nav pieejams, un no piedāvājuma viedokļa nepastāv būtiskas barjeras izveidot/pārcelt pakalpojumu sniegšanu tuvumā esošā reģionā. Gadījumā, ja pakalpojums nav unikāls vai sarežģīts, ģeogrāfiskā tirgus robežas varētu tikt noteiktas reģiona ietvaros, atkarībā no pieejamības un medicīnas centru/slimnīcu izvietojuma.⁸ Ģeogrāfiskā tirgus definēšanā tiek vērtēti dažādi faktori, un to vienojošie elementi parasti ir: pacientu plūsmas vērtējums (apmēram 100 km rādiusā), ārstu un apdrošinātāju intervijas, tādā veidā nosakot pacientu izvēli un ieradumus. Papildus tiek vērtēti pacientu paradumi, piemēram, pacientu izvēle saņemt medicīnas pakalpojumus apmēram 30 minūšu attālumā no atrašanās vietas un dzīvesvietas tuvumā.⁹

Neskatoties uz to, ka pacientam ir iespējas saņemt medicīnas pakalpojumus arī citās Latvijas pilsētās, tajā skaitā valsts apmaksātos medicīnas pakalpojumus, un ievērojot tendences, ir maz ticams, ka pacients, lai saņemtu medicīnas pakalpojumu, kas pieejams konkrētā pilsētā un atrodas tuvāk, mēros ceļu uz citu pilsētu. Tādējādi KP ieskatā ģeogrāfiskais tirgus Uzraudzības ietvaros ir vērtējams kā pilsētu un to rajonu ģeogrāfiskās robežās. Vienlaicīgi būtu nepieciešams izvērtēt konkurenci arī reģiona ietvaros, kā arī atsevišķu pakalpojumu pieejamību, ievērojot tendenci jo vienkāršāks un pieejamāks pakalpojums (manipulācija), jo mazāka iespējamība, ka šim pakalpojumam ģeogrāfiskais tirgus nosakāms plašāks.

⁷ Entry and Competition in Markets for Specific Hospital Services, Wenbin Zang Research Institute of Economics and Management Southwestern University of Finance & Economics, Frank Scott Department of Economics University of Kentucky, pieejams:http://se.shufe.edu.cn/upload/_info/wuhuayu/57632_1010180152411.pdf

⁸ Improving Health Care: A Dose of Competition. A Report by the Federal Trade Commission and the Department of Justice, 2004.gads.

⁹ The Economics of Health and Medical Care, Philip Jacobs, John Rapopor, 2004.gads, Kanāda.

3.3. Konkrētais tirgus Uzraudzības ietvaros

Ievērojot to, ka tieši ambulatorā medicīniskā palīdzība pacientiem tiek sniegta gadījumos, kad nav nepieciešama uzturēšanās slimnīcā, un ambulatoro medicīnisko palīdzību var saņemt veselības centros, poliklīnikās un slimnīcās, kas kopumā aptver plašāku tirgus dalībnieku loku, Uzraudzības ietvaros tirgus, kurā tika veikts izvērtējums, tiek definēts kā sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu tirgus. Papildus uzraudzības ietvaros tirgus var tikt segmentēts arī valsts apmaksātajos sekundārajos ambulatorajos veselības aprūpes pakalpojumos un pacienta apmaksātajos sekundārajos ambulatorajos veselības aprūpes pakalpojumos, ievērojot atšķirības cenas veidošanās faktoros, pacientu izvēli un medicīnas pakalpojumu pieejamību.

4. VISPĀRĒJS KONKRĒTĀ TIRGUS RAKSTUROJUMS

Medicīnas pakalpojumu nozares saimniecisko darbību statistiskās klasifikācijas (turpmāk – NACE) kodi ir: 86.10 (slimnīcu darbība), 86.2 (ārstu un zobārstu prakse), 86.21 (vispārējā ārstu prakse), 86.22 (specializētā ārstu prakse), 86.90 (pārējā darbības veselības aizsardzības jomā).

Šajā nodaļā ietverts vispārējs sekundāro ambulatoro medicīnas pakalpojumu tirgus izvērtējums, kā arī informācija par tirgus dalībniekiem, t.sk. izvērtēts valsts apmaksāto sekundāro ambulatoro medicīnas pakalpojumu tirgus pēc ģeogrāfiskā sadalījuma (Rīgas, Latgales, Vidzemes, Kurzemes un Zemgales nodaļas), vispārējās ienākšanas barjeras tirgū, tajā skaitā specifiskas, kas saistītas ar finansējuma saņemšanu par valsts apmaksātajiem sekundārajiem ambulatoriem medicīnas pakalpojumiem.

4.1. Tirgus dalībnieki

Ārstniecības likuma 54.pantā noteikts, ka ārstniecības iestādi var izveidot valsts institūcijas, pašvaldības, fiziskās personas vai juridiskās personas. Tādējādi secināms, ka Ārstniecības likums neierobežo subjektu loku, kas var nodarboties ar ārstniecības pakalpojumu sniegšanu.

Saskaņā ar publiski pieejamo informāciju valsts un pašvaldības ir veikušas plašu reorganizācijas procesu tām piederošajās ārstniecības iestādēs, piemēram, Rīgas 1.slimnīcai pievienotas divas pašvaldības veselības aprūpes iestādes¹⁰ un Rīgā izveidots "Rīgas veselības centrs", apvienojot SIA "Bērnu veselības centrs Ķengarags", Bolderājas poliklīniku, Ilguciema poliklīniku, Primārās veselības aprūpes centru "Ziepniekkalns", Torņkalna poliklīniku un Veselības centru "Imanta".¹¹ Reorganizācijas rezultātā,

¹⁰ Sāks triju Rīgas pašvaldības veselības aprūpes iestāžu reorganizāciju:

<http://www.medicine.lv/?article=saks-triju-rigas-pasvaldibas-veselibas-aprupes-iestazu-reorganizaciju>

¹¹ Rīgā atklāta jauna pašvaldības poliklīnika, raksts, pieejams:

http://www.tvnet.lv/zinas/latvija/532633-riga_atklata_jauna_pasvaldibas_poliklinika

visticamākais, tiek samazinātas administratīvās izmaksas un efektīvāk tiek apsaimniekoti valstij piederošie nekustami īpašumi. Papildus jānorāda, ka ieguvēji pirmšķietami ir arī pacienti, jo tiek palielināts sniegto ambulatoro veselības pakalpojumu klāsts, un tiek optimizēta medicīnisko iekārtu noslodze.

Ievērojot tendenci pašvaldībām veidot un pēdējo gadu laikā arī reorganizēt ārstniecības iestādes, KP ieskatā jānorāda, ka publiskai personai, uzsākot pakalpojumu sniegšanu, atbilstoši labas pārvaldības principam ir jāizvērtē arī attiecīgo darbību ietekme uz konkurenci un jāatturas gadījumā, ja šādas darbības var nelabvēlīgi ietekmēt konkurenci. Medicīnas pakalpojumu tirgū pie izvērtējuma jāņem vērā arī pacientu intereses un pakalpojuma pieejamības nodrošināšana. Iepriekš norādītā ietvaros jānorāda, ka ārstniecības iestādēm, kas pieder publiskai personai, jāizvērtē arī medicīnisko ierīču iegāde un iegādes lietderība. Vienlaikus šādām ārstniecības iestādēm jāņem vērā, kādas medicīniskās ierīces ir privāto ārstniecības iestāžu rīcībā un pacientu iespējas iegūt pēc iespējas plašāku medicīnas pakalpojumu klāstu, kā arī tas, lai tiktu nodrošināta arī medicīnas ierīču optimāla noslodze.

Saskaņā ar Ārstniecības iestāžu reģistra datiem¹² Latvijā ir 36¹³ slimnīcas. Ārstniecības iestāžu reģistrā kopumā reģistrētas 57 vienības, kuru nosaukums satur terminu "*slimnīca*", tomēr šajā skaitā tiek ieskaitītas arī slimnīcu struktūrvienības, piemēram, SIA "Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas" Tuberkulozes un plaušu slimnīcu valsts centrs. Nav iespējams atlasīt datus par medicīnas centriem un veselības centriem atšķirīgo nosaukumu dēļ, tomēr saskaņā ar NVD informāciju¹⁴ Rīgas nodaļā¹⁵ ir 78 ambulatorās ārstniecības iestādes, Kurzemes nodaļā¹⁶ ir 77 ambulatorās ārstniecības iestādes un ārstu – speciālistu prakses. Latgales nodaļā¹⁷ - 45 ambulatorās ārstniecības iestādes un ārstu – speciālistu

¹² Ārstniecības iestāžu reģistrs, pieejams: <http://vi.gov.lv/lv/air>. Pēdējais aktualizētais datums: 27.06.2015.

¹³ Skaitā nav iekļautas slimnīcu struktūrvienības. Ir iekļautas arī specializētās slimnīcas, piemēram, Valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību Straupes narkoloģiskā slimnīca.

¹⁴ Ambulatorās iestādes un ārsti speciālisti, saraksts pieejams:

<http://www.vmnvd.gov.lv/lv/469-veselibas-aprupes-pakalpojumi/ambulatoras-iestades-un-arsti-specialisti>

¹⁵ Rīgas un Jūrmalas teritorijas, Ādažu, Babītes, Baldones, Carnikavas, Garkalnes, Inčukalna, Krimuldas, Ķekava, Mālpils, Mārupes, Olaines, Ropažu, Salaspils, Saulkrastu, Sējas, Siguldas un Stopiņu novads.

¹⁶ Liepājas pilsētas un Ventspils pilsētas teritorija, Aizputes, Alsungas, Brocēnu, Dundagas, Durbes, Engures, Grobiņas, Jaunpils, Kandavas, Kuldīgas, Mērsraga, Nīcas, Pāvilostas, Priekules, Rojas, Rucavas, Saldus, Skrundas, Talsu, Tukuma, Vaiņodes un Ventspils novads.

¹⁷ Daugavpils pilsētas un Rēzeknes pilsētas teritorija, Aglonas, Ciblas, Dagdas, Daugavpils, Ilūkstes, Kārsavas, Krāslavas, Līvānu, Ludzas, Preiļu, Rēzeknes, Rieviņu, Vārkavas, Viļānu un Zilupes novads.

prakses, Zemgales nodaļā¹⁸ - 28, savukārt Vidzemes nodaļā¹⁹ - 18 ambulatorās ārstniecības iestādes. Secināms, ka lielāks skaits ambulatoro ārstniecības iestāžu ir tieši Rīgas nodaļā, kur varētu būt lielākais pieprasījums pēc medicīnas pakalpojumiem, kā arī lielākais iedzīvotāju blīvums. Savukārt vismazākais skaits ārstniecības iestāžu ir Vidzemes nodaļā.

Primāro un sekundāro veselības aprūpi nodrošina gan valsts un pašvaldību ārstniecības iestādes (slimnīcas, poliklīnikas), gan privātās ārstniecības iestādes, kas savstarpēji konkurē, tajā skaitā par cenu, piedāvāto pakalpojumu klāstu un kvalitāti.

Uzraudzības ietvaros atsevišķi tiek apskatīts arī valsts apmaksāto ambulatoro medicīnas pakalpojumu tirgus. Šī iemesla dēļ tika apskatīti arī NVD noslēgtie līgumi un to apjoms, kas savukārt ļauj identificēt lielākos tirgus dalībniekus valsts apmaksāto ambulatoro medicīnas pakalpojumu tirgū.

Tabula Nr. 1

Pārskats par noslēgtiem līgumiem un veikto sekundārās ambulatorās veselības aprūpes darba apjomu 2012.gadā (eiro)

Ārstniecības iestādes	Līguma summa	Veiktais darba apjoms pārskata periodā	Veiktais darba apjoms līguma ietvaros
Zemgales nodaļa	9 261 785,65	8 929 125,79	8 928 830,03
Latgales nodaļa	12 095 754,11	11 239 107,26	11 237 124,80
Rīgas nodaļa	66 650 356,94	66 251 632,45	66 247 943,95
Vidzemes nodaļa	7 603 146,82	7 376 241,34	7 376 106,48
Kurzemes nodaļa	9 649 428,57	9 324 881,50	9 324 629,61
Kopā	105 260 472,09	103 120 988,34	103 114 634,87

Avots: izveidots pēc Nacionālā veselības dienesta datiem

¹⁸ Jelgavas pilsētas un Jēkabpils pilsētas teritorija, Aizkraukles, Aknīstes, Auces, Bauskas, Dobeles, Iecavas, Ikšķiles, Jaunjelgavas, Jēkabpils, Jelgavas, Kokneses, Krustpils, Ķeguma, Lielvārdes, Neretas, Ogres, Ozolnieku, Pļaviņu, Rundāles, Salas, Skrīveru, Tērvetes, Vecumnieku un Viesītes novads.

¹⁹ Valmieras pilsētas teritorija, Alojas, Alūksnes, Amatas, Apes, Baltinavas, Balvu, Beverīnas, Burtnieku, Cēsu, Cesvaines, Ērgļu, Gulbenes, Jaunpiebalgas, Kocēnu, Līgatnes, Limbažu, Lubānas, Madonas, Mazsalacas, Naukšēnu, Pārgaujas, Priekuļu, Raunas, Rugāju, Rūjienas, Salacgrīvas, Smiltenes, Strenču, Valkas, Varakļānu, Vecpiebalgas un Viļakas novads.

Tabula Nr. 2

Pārskats par noslēgtiem līgumiem un veikto sekundārās ambulatorās veselības aprūpes darba apjomu 2013.gadā (eiro)

Ārstniecības iestādes	Līguma summa	Veiktais darba apjoms pārskata periodā	Veiktais darba apjoms līguma ietvaros
Zemgales nodaļa	10 250 398,40	10 303 121,70	10 071 422,70
Latgales nodaļa	11 892 827,87	11 910 946,51	11 773 200,01
Rīgas nodaļa	68 176 851,58	69 041 233,40	67 787 685,26
Vidzemes nodaļa	8 533 868,62	8 667 643,88	8 382 356,82
Kurzemes nodaļa	10 771 337,39	10 614 563,01	10 513 814,72
Kopā	109 625 283,86	110 537 508,50	108 528 479,51

Avots: izveidots pēc Nacionālā veselības dienesta datiem

Tabula Nr. 3

Pārskats par noslēgtiem līgumiem un veikto sekundārās ambulatorās veselības aprūpes darba apjomu 2014.gadā (eiro)

Ārstniecības iestādes	Līguma summa	Veiktais darba apjoms pārskata periodā	Veiktais darba apjoms līguma ietvaros
Zemgales nodaļa	11 506 548,00	11 528 379,20	11 429 185,89
Latgales nodaļa	13 151 752,00	13 165 089,92	13 076 853,12
Rīgas nodaļa	75 677 087,00	75 843 893,08	75 359 752,95
Vidzemes nodaļa	9 542 030,00	9 649 849,74	9 477 881,01
Kurzemes nodaļa	11 536 875,00	11 465 198,80	11 419 851,68
Kopā	121 414 292,00	121 652 410,74	120 763 524,65

Avots: Izveidots pēc Nacionālā veselības dienesta datiem

Izvērtējot pārskatus par noslēgtajiem līgumiem un veikto sekundārās ambulatorās veselības aprūpes darba apjomu laika periodā no 2012. – 2014.gadam, secināms, ka ir mēreni palielinājusies noslēgto līgumu summa un attiecīgi palielinājušies arī ārstniecības iestādes ieņēmumi kopumā. Līgumi par vislielāko summu noslēgti Rīgas nodaļā, savukārt par vismazāko summu Vidzemes nodaļā. Savukārt no NVD pārskata par noslēgtajiem līgumiem un veikto sekundārās ambulatorās veselības aprūpes darba apjomu Rīgas nodaļā 2014.gadā secināms, ka lielākie tirgus dalībnieki tieši valsts apmaksāto ambulatoro pakalpojumu tirgū ir VSIA "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca" un SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" atbilstoši ar lielākajām līguma summām (slimnīcas, ar kurām NVD slēdz līgumus par sekundāro un terciāro veselības aprūpi). Savukārt, vērtējot slimnīcas, ar kurām NVD slēdz līgumus par ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, lielākais tirgus dalībnieks ir PSIA

"Rīgas 1.slimnīca". Tikmēr no medicīnas centriem lielākie tirgus dalībnieki ir AS "Veselības centru apvienība", SIA "Dziedniecība", SIA "VESELĪBAS CENTRS 4" un SIA "Rīgas veselības centrs". Izvērtējot piešķirto finansējumu un tā apjomu, secināms, ka salīdzinoši liels piešķirtā finansējuma apjoms ir konkrētiem tirgus dalībniekiem, tādējādi citiem Rīgas nodaļā esošajiem tirgus dalībniekiem, kas sniedz šāda veida pakalpojumus (ieskaitot valsts, pašvaldības un privātos medicīnas centrus/slimnīcas) atlikušais apjoms ir salīdzinoši neliels.

Kopumā kā lielākos tirgus dalībniekus medicīnas pakalpojumu tirgū iespējams identificēt slimnīcas, piemēram, VSIA "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca" un SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca", Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca. Savukārt kā lielākos privātos medicīnas pakalpojumu sniedzējus, no kuriem liela daļa būtu uzskatāmi par plaša profila medicīnas pakalpojumu sniedzējiem, iespējams norādīt arī MFD Veselības grupa un SIA „Veselības centrs 4”.

4.2. Klienti un piegādātāji

Par ārstniecības iestāžu lielākajiem klientiem, kas veido pieprasījumu, ir uzskatāmi NVD (gadījumā, ja ārstniecības iestāde sniedz valsts apmaksātos primārās un sekundārās veselības aprūpes pakalpojumus), apdrošināšanas uzņēmumi. Sadarbība ar NVD un apdrošinātājiem tiek veidota, ņemot vērā pacienta intereses, proti, lai tiktu nodrošināta pakalpojuma pieejamība.

Ņemot vērā, ka privātajām ārstniecības iestādēm nepieciešamas nomas telpas un tās pamatā spēj nodrošināt valsts un pašvaldība, par būtiskākajiem piegādātājiem uzskatāmas arī valsts un pašvaldību iestādes, kas iznomā telpas. Tas nozīmē, ka pie šādas sadarbības formas ārstniecības iestāde zināmā mērā ir atkarīga no piegādātāja (nosakot nomas maksas). Par vienu no būtiskākajiem piegādātājiem uzskatāmas arī zāļu lieltirgotavas (tajā skaitā piegādājot vakcīnas) un medicīnas iekārtu un ierīču piegādātāji. Papildus jānorāda, ka medicīnas pakalpojumu tirgus ir saistīts arī ar zāļu vairumtirdzniecības un mazumtirdzniecības tirgu. Kā jau iepriekš norādīts, viens no lielākajiem piegādātājiem privātajiem medicīnas centriem ir valsts un pašvaldību iestādes, kas ir arī medicīnas centru konkurenti (pašvaldībai un valstij piederošie medicīnas centri un slimnīcas), tādējādi pastāv risks, ka medicīnas centri ir netieši atkarīgi no iznomātāju labvēlības (piemēram, no noteiktās nomas cenas), kas var ietekmēt tirgus dalībnieku savstarpējo konkurenci konkrētajos tirgos.

4.3. Pacientu rindas un mobilitātes iespējas

Pacientu mobilitāte ir būtisks konkurences aspekts, kas ietekmē pacientu piesaisti un sekmē gan cenu, gan kvalitātes konkurenci. Pacientu mobilitāti ietekmē sekundāro ambulatoro medicīnas pakalpojumu pieejamība, tajā skaitā rindas uz nepieciešamo medicīnas pakalpojumu. Vērtējot medicīnas pakalpojumu kopējo pieejamību, jānorāda, ka pacientu rindas lielākoties veidojas tieši uz valsts apmaksājamiem medicīnas pakalpojumiem, kam var

būt vairāki iemesli, piemēram, valsts finansējuma apjoms un pakalpojuma kvalitāte. Kā papildu faktors būtu jānorāda nepietiekamā informācija par to, kādas rindas ir konkrētās ārstniecības iestādēs. Arī Veselības inspekcija savā pārskatā ir norādījusi, ka izmeklēto pārkāpumu raksturs ir tieši saistīts ar to, ka pacientam nav pietiekamas informācijas par pakalpojumu saņemšanas iespējām, kā rezultātā pacients tiek maldināts ar garu rindu, kvotas izbeigšanos vai virzīts uz maksas pakalpojumu.²⁰ Pašlaik šāda informācija būtu uzskatāma par grūti pieejamu un nepārskatāmu, tāpēc, lai novērstu šādu patērētāja maldināšanu attiecībā uz medicīnas pakalpojumu pieejamību, iespējams, būtu nepieciešams nodrošināt šādas informācijas publisku pieejamību arī ārstniecības iestādēs (piemēram, norādot reģionā tuvākās ārstniecības iestādes, kurās iespējams saņemt pakalpojumu). Tādā veidā pacientam informācija un medicīnas pakalpojums būtu pieejamāks. Informācija par pacientu rindām plānveida ārstniecībai ambulatorajās iestādēs par visu pieejamo pakalpojumu kopumu un pa jau iepriekš pieminētajiem reģioniem tiek publicēta NVD mājas lapā²¹.

Atbilstoši atbildīgajām institūcijām būtu nepieciešams pievērst lielāku uzmanību dažādu informatīvo materiālu sagatavei, lai neierobežotu un palielinātu pacientam pieejamo informācijas apjomu. Internetā un ar veselības nozari saistīto institūciju mājas lapās ir pieejama plaša informācija par jautājumiem, kam pēc būtības ir salīdzinoši neliela ietekme uz kopējo medicīnas pakalpojumu pārklājumu, patērētāju apmierinātību ar medicīnas pakalpojumu sniedzēju un pakalpojuma kvalitāti.

Vienlaikus jāņem vērā arī tas, ka valsts piešķirtais finansējuma apjoms medicīnas pakalpojumiem tomēr ir ierobežots, kas arī ir viens no iemesliem, kādēļ veidojas pacientu rindas. Proti, arī pacientu skaits, kurus var uzņemt ārstniecības iestāde, ir ierobežots, savukārt maksas pakalpojumu rindas nebūtu uzskatāmas par tik lielām, jo ārstniecības iestāde tās var regulēt pati. Papildus jānorāda, ka Pacientu tiesību likums nosaka, ka pacientam ir tiesības izvēlēties ārstu un ārstniecības iestādi. Atbilstoši, pacients var būt pietiekami mobils, lai izvērtētu rindas citos reģionos un nepieciešamības gadījumā saņemtu valsts apmaksāto medicīnas pakalpojumu tur.

4.4. Ieiešanas barjeras tirgū

Viens no svarīgākajiem faktoriem, kas var ietekmēt tirgus dalībnieku uzvedību tirgū, ir kavējošu šķēršļu esamība vai neesamība tirgū, kā arī tas, cik tie ir nozīmīgi un kādas ir to pārvarēšanas iespējas. Barjeras ieiešanai tirgū ir jebkuri tiesiska, organizatoriska un tehnoloģiska, ekonomiska un finansiāla rakstura faktori vai apstākļi, kuri traucē vai apgrūtina potenciālo

²⁰ Veselības inspekcijas 2013.gada pārskats, pieejams:

http://www.vi.gov.lv/uploads/files/Publiskais_parskats_apstiprinats_25062014.pdf

²¹ Gaidīšanas rindas plānveida ārstniecībai ambulatorās iestādēs, pieejama:

<http://www.vmnvd.gov.lv/lv/469-veselibas-aprupes-pakalpojumi/gaidisanas-rindas-planveida-arstniecibai-ambulatoras-iestades>

tirgus dalībnieku ienākšanu tirgū un tādējādi neļauj tam vienlīdzīgi konkurēt ar tiem tirgus dalībniekiem, kuri jau darbojas konkrētajā tirgū.²²

No iepriekšējās nodaļās norādītā iespējams secināt – lai arī Ārstniecības likums neierobežo personu loku, kas var izveidot ārstniecības iestādi, no normatīvā regulējuma izrietošās prasības, lai ārstniecības iestāde varētu uzsākt veselības pakalpojumu sniegšanu, ir salīdzinoši sarežģītas. Tāpat arī plaša profila ārstniecības iestādes izveidošanai būtu nepieciešams lielas investīcijas, kas kopumā ir uzskatāmas par pastāvošu un no normatīvā regulējuma izrietošu tirgus barjeru. Arī no regulējuma izrietošās prasības personālam (piemēram, nepieciešamie sertifikāti), tai skaitā prasības attiecībā uz personāla piesaisti (piemēram, otrā mēsa primārās aprūpes pakalpojumu sniedzējam, veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs kā darba devējs)²³, prasības tehniskajam nodrošinājumam pakalpojuma sniegšanas uzsākšanas un tālākas darbības nodrošināšanas posmā var tikt uzskatītas par konkrēta apmēra normatīvo tirgus barjeru. Tas attiecināms arī uz administratīvo prasību ietekmi uz pašvaldībām kā veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, prasības dokumentācijai, atskaišu un veidlapu apjoms, ko nosaka regulējums veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem. Tomēr jānorāda, ka iepriekš norādītās prasības ir uzskatāmas par objektīvām, ievērojot to, ka medicīnas pakalpojumu jomā primārā ir kvalitatīvas veselības aprūpes nodrošināšana. Tomēr ne visas barjeras izriet no normatīvajiem aktiem. KP ir identificējusi vairākas medicīnas pakalpojumu tirgū pastāvošas barjeras, kas izriet no vēsturiskā aspekta un finansiālajiem ieguldījumiem.

Ņemot vērā jau iepriekš norādītās administratīvās barjeras, KP ieskatā tirgus barjeras konkrētajā tirgū var radīt arī:

- stratēģiskās priekšrocības, kas ir tirgus dalībniekiem, kas tirgū ienākuši pirmie un jau ir radījuši patērētājiem atpazīstamus zīmolus, piemēram, plaša profila medicīnas centri ar vairākām filiālēm;
- izmaksu priekšrocības, jo potenciālo tirgus dalībnieku vidējā pakalpojuma pašizmaksa varētu būt augstāka nekā vēsturiskajiem tirgus dalībniekiem, ievērojot pakalpojuma sniegšanai nepieciešamā aprīkojuma izmaksas un sākotnējo noslodzi, kā arī jau noslēgtos sadarbības līgumus ar saistītajiem tirgu tirgus dalībniekiem. Papildus jānorāda uz nepieciešamību ieguldīt lielus finanšu resursus. Piemēram, lai ienāktu tirgū kā plaša spektra veselības centrs, izmaksas varētu būt izteikti augstas (samērojot tās ar potenciālo atdevi), jo investīcijas nepieciešamas gan aprīkojuma, gan profesionālu darbinieku nodrošināšanai;

²² Vadlīnijas konkrētā tirgus noteikšanai un konkurences stāvokļa izvērtēšanai. Pieejamas: <http://www.kp.gov.lv/documents/9e0f6a9db07173c16427adbad195d579f0ee5e15>

²³ MK 2012.gada 18.decembra noteikumi Nr.943 „Ārstniecības personu sertifikācijas kārtība”.

- kvalificēta darbaspēka pieejamība, jo medicīnas pakalpojumu sniegšanas nodrošināšanai nepieciešami speciāli kvalificēti un papildus sertificēti cilvēkresursi.

Kā papildu barjera ienākšanai tieši valsts finansētajā sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu tirgū ir kritēriji līgumu noslēgšanai ar NVD. Tāpat jāņem vērā, ka noteiktos līgumu noslēgšanas kritērijus (daļēja šo kritēriju analīze tiek veikta šī ziņojuma 4.5.sadaļā) jaunam un/vai salīdzinoši mazam tirgus dalībniekam varētu būt apgrūtināši izpildīt.

4.5. MK 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 ietekme uz konkurenci

MK 17.12.2013. noteikumi Nr.1529 "*Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība*" (turpmāk arī – MK noteikumi Nr. 1529) nosaka veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas mehānismu un tā realizāciju. Ievērojot, ka valsts budžeta līdzekļi tiek sadalīti ārstniecības iestāžu vidū, lai nodrošinātu valsts apmaksātos medicīnas pakalpojumus, Uzraudzībā tika izvērtētas iespējamās barjeras līguma slēgšanai par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu. MK noteikumu Nr.1529 7.punkts nosaka, ka no veselības aprūpei paredzētajiem valsts budžeta līdzekļiem apmaksātos pakalpojumus sniedz tās ārstniecības iestādes, kuras noslēgušas līgumu ar NVD šajos noteikumos norādītajā kārtībā, kā arī valsts pārvaldes iestādes, kuras veselības aprūpes pakalpojumu sniedz saskaņā ar nolikumu. Noteikumu 17.pielikumā noteiktas ārstniecības iestādes, ar kurām par dažādu medicīnisko pakalpojumu sniegšanu NVD slēdz līgumus. Tomēr noteikumos ir ietverti vairāki kritēriji, kuri varētu radīt apgrūtinājumu un radīt barjeru jaunu tirgus dalībnieku ienākšanai tirgū vai jau esošas darbības paplašināšanai/pārceļšanai. 2013.gadā noteikumos tika pieņemti grozījumi, kas tika papildināti ar kumulatīviem kritērijiem. Izpildot šos kritērijus, ārsts-speciālists var turpināt sniegt valsts apmaksāto medicīnas pakalpojumu arī ārpus medicīnas centra, ievērojot to, ka līdz šim tieši līgumi par pakalpojumu sniegšanu ar ārstu-speciālistu netika slēgti. Tomēr, izvērtējot noteikumos ietvertos kumulatīvos kritērijus, KP secina, ka tie ir uzskatāmi par ierobežojošiem un konkurenci kavējošiem. Piemēram, noteikumu 251.3.2.apakšpunkts paredz, ka atlikušos finanšu līdzekļus proporcionāli plānotajai līguma summai un atbilstoši atlikušajiem attiecīgā kalendārā gada mēnešiem novirza ārstniecības iestādēm, kuras atbilstoši ar dienestu noslēgtajam līgumam paredzējušas sniegt veselības aprūpes pakalpojumus vairāk nekā desmit sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu veidos. Līdzekļi tiek novirzīti noteiktā prioritārā secībā. Izvērtējot konkrētā punkta redakciju, secināms, ka šādā veidā netiek nodrošināta paplašināta pakalpojuma pieejamība vai kvalitāte un ka šis punkts arī neietekmē valsts līdzekļu ekonomiju. Vienlaikus izdevīgākā situācijā tiek nostādīti lielākie medicīnas centri, kas saņem papildu līdzekļus, stiprinot apjoma efekta iespaidu uz iespējām konkurēt.

Noteikumu 254.punktā noteikts, ka NVD, pārskatot ārstniecības iestādes finanšu apmēru, var slēgt līgumu par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu ar speciālistu, kurš ir nodarbināts ārstniecības

iestādē kā darba ņēmējs un kurš sniedz veselības aprūpes pakalpojumus kādā no šo noteikumu 25.pielikumā 2.1.apakšpunktā minētajām specialitātēm, ja speciālists ir vērsies dienestā ar iesniegumu par šāda līguma noslēgšanu un ja vienlaikus ir spēkā šādi nosacījumi:

254.1. speciālists valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus, izvērtējot Vadības informācijas sistēmā ievadīto informāciju, ārstniecības iestādē iepriekšējā kalendāra gadā vidēji vienā darbadienā (sešās stundās) ir sniedzis vismaz noteikumos noteiktā apjomā aprūpes epizodes. KP savas kompetences ietvaros norāda, ka, ievērojot atsevišķu specialitāšu specifiku, iespējams, būtu jādiferencē noteikto aprūpes epizožu skaits. Tas pamatojams ar to, ka pašlaik noteiktais skaits būtu uzskatāms par augstu un pirmšķietami neveicina ne pakalpojumu pieejamību, ne kvalitāti, kas būtu uzskatāmi par primārajām vadlīnijām medicīnas pakalpojumu jomā. Turklāt šāds regulējums kavē jaunu dalībnieku (piemēram, ārstam pēc rezidentūras) ienākšanu tirgū, jo jaunam dalībniekam nav bijusi prakse.

254.2. speciālista atalgojums ārstniecības iestādē ir mazāks nekā šo noteikumu 287.1. apakšpunktā noteiktais²⁴. Nav saprotams šāda kritērija pamatojums, jo pastāv iespēja, ka ārsts-speciālists, veidojot savu praksi, būtu gatavs saņemt mazāku atalgojumu, nekā tas pašlaik ir noteikts ārstam, kas ir darba tiesiskajās attiecībās ar medicīnas centru. Gadījumā, ja atalgojums iestādē ir mazliet lielāks, piemēram, par pieciem eiro, tas nozīmē, ka šim ārstam jau ir liegta iespēja izveidot savu praksi un konkurēt ar iepriekšējo darba devēju. Šādā veidā tiek veicināts, ka esošie tirgus dalībnieki ārsti-speciālisti tiek piesaistīti medicīnas centram, neļaujot tiem realizēt konkurējošu pakalpojumu sniegšanu. Turklāt šāda konkurences neesamības vai samazināšanas nodrošināšana medicīnas centram var radīt salīdzinoši mazas izmaksas (nedaudz virs 846 eiro).

254.3. veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienībā, kurā speciālists nodrošina veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, nav citu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attiecīgajā specialitātē.

254.4. ārstniecības iestāde mēneša laikā pēc dienesta paziņojuma saņemšanas par līguma finanšu apjoma pārskatīšanu nav rakstiski informējusi dienestu par ārstniecības personu, kura turpmāk ārstniecības iestādē sniegs veselības aprūpes pakalpojumus attiecīgajā specialitātē un nodrošinās to sniegšanu ne mazākā apjomā kā iepriekšējā periodā to sniedzis speciālists. Abi šie punkti ļauj medicīnas centriem būtiski ietekmēt ārstu prakšu veidošanos un paplašināt arī līguma noslēgšanas iespēju ar NVD par valsts apmaksāto medicīnas pakalpojumu sniegšanu.

Bez ievēribas nevar atstāt arī vertikālās integrācijas paplašināšanās sekas nozarē, kur novērojama līmeņu integrācijas palielināšanās, uzņēmumiem pievienojot papildu sadales ķēdes. Papildus nozarē novērojama arī

²⁴ MK noteikumu Nr.1529 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 287. p. Darba samaksu par veselības aprūpes pakalpojumu aprēķina, ņemot vērā, ka vidējā darba samaksa mēnesī ir noteikta šādā apmērā: 287.1. ārstiem un funkcionālajiem speciāliem – 846,61 euro.

horizontālā integrācija, uzņēmumiem apvienojoties ar konkurentu vai līdzīgas nozares uzņēmumu. Palielinoties tirgus dalībnieka ietekmei lejupejošā tirgū, palielinās arī iespējamība, ka vertikāli integrēts tirgus dalībnieks varēs būtiski samazināt citu tirgus dalībnieku konkurētspēju konkrētajos tirgos. Uzraudzībā būtu izceļama vertikālā integrācija starp lejupējo tirgu dalībnieku (medicīnas centru, zāļu mazumtirdzniecību) un augšupējo tirgus dalībnieku (zaļu vairumtirdzniecība).

Aplūkojot visu iepriekš minēto savstarpējā kopsakarībā, jānorāda, ka šāda pirmšķietama iespēja medicīnas centriem netieši kontrolēt speciālistu varētu samazināt ārstniecības personu neatkarību profesionālu lēmumu pieņemšanā. KP atkārtoti norāda, ka ir būtiski, lai ārstniecības personas savā profesionālajā darbībā ievērotu normatīvajos aktos noteiktās prasības par neatkarību lēmumu pieņemšanā.

254.5. punkts ietver papildu kritēriju, kas nosaka, ka *speciālists ir iesniedzis dienestā dokumentus, kas apliecina, ka speciālista prakses vieta būs tajās pašās telpās, kurās atrodas ārstniecības iestādē, vai ne tālāk kā viena kilometra attālumā no šīs ārstniecības iestādes.* Šāds ģeogrāfiskais izvietojuma kritērijs būtu uzskatāms par ierobežojumu. Lai arī kritērijs pirmšķietami noteikts ar mērķi veicināt vairāku medicīnas pakalpojumu pieejamību vienkopus, tas ir konkurenci kavējošs, jo neļauj brīvi izvietot ārsta prakses, pat tādos gadījumos, ja ārsts izpilda normatīvajos aktos noteiktās prasības par aprūpes epizožu skaitu. Papildus jānorāda, ka šāds kritērijs samazina netiešu konkurenci starp medicīnas centru un ārstu praksi, kas nākotnē varētu savstarpēji apvienoties un izveidot jaunu ārstniecības iestādi, tādā veidā tieši konkurējot ar medicīnas centru, kā arī samazinot ārstu-speciālistu iespējas iegūt pilnīgu neatkarību no ārstniecības iestādes.

KP norāda, ka kritērijiem, kuru izpildes gadījumā pastāvētu iespēja noslēgt tiešo līgumu starp ārstu-speciālistu un NVD, būtu jābūt praktiski izpildāmiem un būtu jāgarantē pakalpojumu pieejamību un valsts līdzekļu ekonomiju, tomēr vienlaicīgi, tie nedrīkst būt konkurenci kavējoši vai izslēdzoši.

5. CENU VEIDOŠANĀS FAKTORI UN STRUKTŪRA

Nereti tiek apgalvots, ka veselības aprūpes nozare un medicīnas pakalpojumu tirgus atšķiras no citiem tirgiem, jo tajā liela nozīme ir informācijai, kas ir patērētāja rīcībā, un arī tāpēc, ka pakalpojumi, ņemot vērā papildu komponentes var būt individuāli pielāgoti. Šo atšķirību dēļ tie ir grūti savstarpēji salīdzināmi. Atlaides, kas tiek piemērotas kādā no piegādes ķēžu posmiem (tajā skaitā atlaides, kas tiek piemērotas no apdrošinātāju puses), līdz pakalpojums nonāk pie gala patērētāja, var ietekmēt kopējo pacientu plūsmu un dod iespēju novirzīt ieņēmumus. Piemēram, ar maksas pakalpojumu cenu paaugstināšanu iespējams segt nepietiekamo valsts finansējuma apmēru. Tas savukārt var dot mākslīgas priekšrocības lielajām grupām, attiecībā uz kurām tiek piemērotas atlaides

un sniedz iespēju pārnest izmaksas uz mazākām grupām un maksas pacientiem, kas vēlas saņemt veselības aprūpes pakalpojumus ārpus apdrošināšanas un valsts apmaksājamiem pakalpojumiem. Atbilstoši maksas pakalpojumu saņēmējiem ir lielāks risks saņemt dārgāku pakalpojumu.

Kā secināts, izvērtējot cenu dinamiku pieprasītākajiem medicīnas pakalpojumiem, cenu atšķirībām var būt dažādi iemesli. Ievērojot konstatētās cenu atšķirības starp medicīnas centriem un slimnīcām, secināms, ka vismaz atsevišķu pakalpojumu veidos slimnīcas izdara konkurences spiedienu uz privātajiem medicīnas centriem un otrādi. Tas savukārt var samazināt pakalpojumu cenas, kas rada izmaksu ietaupījumu un uzlabo pakalpojuma pieejamību patērētājam. Lai gan daudzi medicīnas pakalpojumi tiek sniegti patērētājam tuvumā esošā ārstniecības iestādē, ir būtiski, lai konkurence medicīnas pakalpojumu jomā notiktu ne tikai reģionālā, bet arī valsts līmenī, jo īpaši attiecībā uz sarežģītiem un reti pieejamiem medicīnas pakalpojumiem, tādā veidā visi medicīnas pakalpojumu sniedzēji tiktu pakļauti vienmērīgam konkurences spiedienam. Pie veiksmīga veselības aprūpes sistēmas modeļa tiktu veicināta cieša sadarbība starp reģionu, izteikti lokāliem medicīnas pakalpojumu sniedzējiem un plaša spektra pakalpojumu sniedzējiem. Tāpat pie šāda modeļa tiktu paaugstināta gan konkurences intensitāte un pakalpojumu pieejamība, gan kvalitāte.

Labāka sadarbība starp pakalpojumu sniedzējiem un informācijas elektroniska pieejamība var veicināt ārstēšanās efektivitāti, tādā veidā ierobežojot nelietderīgu medicīnas pakalpojumu izmantošanu, kas var ierobežot pakalpojuma pieejamību pacientiem, kam medicīnas pakalpojums patiesi ir nepieciešams.

Informācija ir neatņemama konkurences sastāvdaļa medicīnas pakalpojumu tirgū, tā ļauj patērētājam saņemt pakalpojumu par labāko cenu un liek pakalpojumu sniedzējiem salīdzināt sevi ar konkurentiem. Tomēr būtisks ir arī cenu caurspīdīgums (cenas ir viegli pieejamas un to veidošanās faktori ir viegli uztverami). Pat tad, ja pacients ir iepriekš informēts par pakalpojuma cenu, bieži vien viņš nespēj šo informāciju izmantot, jo nespēj rīkoties ar iegūtajām zināšanām. Tā, piemēram, viņam ir ierobežota spēja spriest par pakalpojuma kvalitāti un papildus nepieciešamajām komponentu izmaksām. Patērētājs bieži vien nav informēts arī par pakalpojuma cenu, jo tiek izmantota apdrošināšana, atbilstoši patērētājam ir mazāks stimuls noskaidrot medicīnas pakalpojuma izmaksas.

Dažādas veselības aprūpes stratēģijas var tiešā veidā ietekmēt gan informācijas, gan pakalpojuma pieejamību, tādā veidā ierobežojot piekļuvi veselības aprūpei. Lai palielinātu konkurenci, kas savukārt var samazināt medicīnas pakalpojuma cenas, atbildīgās institūcijas var samazināt tirgus barjeras, kas jau iepriekš norādītas Uzraudzības ziņojumā. Piekļuvi pakalpojumam ietekmē arī maksas pakalpojumu cenas, jo, tām palielinoties, pacientam būtībā tiek dots ekonomisks stimuls ierobežot veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanu, kas nākotnē var ietekmēt

pacienta ārstēšanu jau smagākā saslimšanas stadijā. Savukārt, lai ietekmētu konkurenci, kas var vairojot pakalpojuma kvalitātes uzlabošanu, atbildīgās institūcijas varētu vairāk uzraudzīt jaunu medicīnisko iekārtu iegādi, tām izteikti dublējoties privāto medicīnas centru un slimnīcu starpā, kas var ietekmēt inovatīvu tehnoloģiju pieejamību medicīnas pakalpojumu tirgū. Būtu nepieciešamas investīcijas no valsts puses tādu pakalpojumu nodrošināšanā, kas pašlaik tirgū netiek piedāvāti un no privāto ārstniecības iestāžu viedokļa būtu uzskatāmi par nerentabliem.

Medicīnas pakalpojumu cenām ir dažādi veidošanās faktori, kas atšķiras no tā, vai medicīnas pakalpojuma samaksu sedz valsts vai patērētājs. Turpmākajās apakšnodaļās norādīti vairāki cenu veidošanās faktori un cenu struktūra.

5.1. Valsts apmaksāto pakalpojumu cenu veidošanu ietekmējošie faktori

Medicīnas pakalpojumu pēc būtības veido ārstniecības iestādē veiktā manipulācija. MK noteikumos Nr.1529 "*Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība*" noteikti no valsts budžeta segto veselības aprūpes pakalpojumu manipulāciju tarifi, kā arī pacienta iemaksas apmērs par katru konkrēto medicīnas pakalpojumu jeb veikto manipulāciju. Tādējādi no valsts budžeta segtā veselības aprūpes pakalpojuma cenu veido visu manipulāciju tarifu (apmaksā no valsts budžeta līdzekļiem) un pacienta iemaksu (apmaksā pacients vai trešā persona, piemēram, apdrošinātājs) summa. Ārstniecības iestādes, ja tās atbilst MK noteikumiem Nr.60 "Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām", kā arī ir izturējušas NVD organizēto sekundāro veselības aprūpes pakalpojumu atlasī, katru gadu slēdz līgumus ar NVD. Šajos līgumos ir noteikti medicīnas pakalpojumu veidi un apjoms, pakalpojumu apmaksas noteikumi, kā arī maksimālā summa, kuras ietvaros NVD pakalpojumus apmaksā. Ārstniecības iestādes saskaņā ar NVD noslēgto līgumu nosacījumiem plāno pakalpojuma sniegšanas nodrošinājumu pa periodiem (parasti mēnešiem), kā arī organizē pacientu pierakstu un medicīnas pakalpojuma sniegšanu.

Tarifi, saskaņā ar kuriem tiek veikta apmaksā par ārstniecības iestādes sniegtajiem medicīnas pakalpojumiem, ir noteikti MK 2013.gada 17.decembra noteikumos Nr.1529 "*Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība*":

pielikums Nr.13 "*Veselības aprūpes pakalpojumu tarifi par profilakses, diagnostikas, ārstēšanas un rehabilitācijas pakalpojumiem*" + pielikums Nr.4 "*Valsts noteiktais pacientu iemaksas apmērs*".

Cenas var mainīties, ja noteikumos ir paredzētas piemaksas par aparatūras izmantošanu, izmantotās kontrastvielas daudzumu u.c.

Secināms, ka valsts apmaksātā medicīnas pakalpojuma cena tiek normatīvi regulēta, kā arī tā būtiski var ietekmēt maksas pakalpojumu cenas. Atsevišķas ārstniecības iestādes ir norādījušas, ka savus maksas pakalpojumu cenrāžus veido, tieši balstoties uz valsts apmaksāto pakalpojumu tarifiem, tiem papildus piemērojot koeficientu, kas atkarīgs no veiktās manipulācijas sarežģītības un pakalpojuma pieprasījuma. Jānorāda arī tas, ka vairākas slimnīcas ir norādījušas, ka, lai nodrošinātu slimnīcu sniegtos medicīniskos pakalpojumus, ar piešķirtajiem valsts budžeta līdzekļiem nepietiek, tāpēc tiek piesaistīti līdzekļi no ieņēmumiem par sniegtajiem maksas pakalpojumiem, kas arī norāda uz to, ka valsts noteiktajiem pakalpojumu tarifiem ir būtiska ietekme uz maksas pakalpojumu cenu. Medicīnas pakalpojuma pašizmaksu noteikt ir salīdzinoši sarežģīti. Ievērojot atšķirīgas medicīnas iekārtas, personāla kvalifikāciju, manipulācijas sarežģītību un citus faktoros, tomēr jānorāda, ka salīdzinājumā ar maksas pakalpojumu cenrādi, valsts apmaksātais pakalpojuma tarifs būtu uzskatāms par nepietiekamu.

5.2. Maksas pakalpojumu cenu veidošanu ietekmējošie faktori

Lielākie tirgus dalībnieki tika aptaujāti arī par cenu veidošanās faktoriem un cenu izmaiņām. Medicīnas pakalpojuma cenu medicīnas centrā/slimnīcā, un vairāku faktoru ietekmē medicīnas pakalpojuma cena var atšķirties un atšķiras dažādos reģionos.

PERSONĀLA IZMAKSAS

PAKALPOJUMA PIEPRASĪJUMS

TIRGUS

SAIMNIECISKĀS IZMAKSAS

AMORTIZĀCIJAS ATSKAITĪJUMI

KONKURENTU CENAS

MEDIKAMENTU UN PIEDERUMU IZMAKSAS

IEDZĪVOTĀJU MAKSĀTSPĒJA

PEĻŅA

TELPU NOMA UN KOMUNĀLIE MAKSĀJUMI

MĀRKETINGA IZMAKSAS

VALSTS NOTEIKTIE TARIFI

31.attēls. Medicīnas pakalpojumu cenu veidošanu ietekmējošie faktori
Avots: Izveidots pēc tirgus dalībnieku sniegtās informācijas

Veselības aprūpes pakalpojumu cena veidojas, apvienojot vienā pakalpojumā visas manipulācijai nepieciešamās aparatūras un materiālu izmaksas, iekārtu amortizācijas izmaksas, personāla atalgojumu, kā arī netiešās – izmaksas par infrastruktūras uzturēšanu. Medicīnas pakalpojuma

cena, ja tas ir maksas pakalpojums, nevis valsts apmaksātais pakalpojums, var atšķirties. Tas pamatojams ar to, ka valsts noteiktie tarifi vairākos pakalpojumu veidos ilgu laiku nav pārskatīti un var neatbilst patiesajām medicīnas pakalpojuma izmaksām. Līdz ar to ārstniecības iestāde bieži, sniedzot valsts apmaksāto pakalpojumu, var būt spiesta sniegt šo pakalpojumus par cenu, kas tai nerada peļņu vai pat rada zaudējumus. Tā rezultātā, lai kompensētu šos zaudējumus, var tik palielināta maksas pakalpojuma cena. Tādējādi budžeta līdzekļu ekonomija uz lielāku patērētāju grupu var novest pie tā, ka ārstniecības iestādēm, lai kompensētu izdevumus, nepieciešams atgūt iztērētos līdzekļus uz maksas pakalpojumu saņemošo patērētāju rēķina.

Ņemot vērā iepriekš minēto un Uzraudzības laikā iegūto informāciju, secināms, ka maksas pakalpojuma cenu ietekmē valsts noteiktie tarifi, tiešās izmaksas (piemēram, palīgmateriālu izmaksas, darba samaksa, komunālie maksājumi, medicīnisko iekārtu izmaksas, medikamentu un laboratorijas preču izmaksas), pieskaitāmās izmaksas (piemēram, iekārtu un inventāra remonts, tehniskā apkalpošana, telpu uzturēšana, medicīnisko iekārtu līzings maksājumi, transporta izmaksas, telpu noma, medicīnisko iekārtu amortizācija), netiešās izmaksas (administratīvo telpu uzturēšana, sabiedrisko attiecību izmaksas, auditoru, tulka pakalpojumi) un citi izdevumi, piemēram, ārstu civiltiesiskā apdrošināšana un medicīnas iekārtu apdrošināšanas izmaksas. Kā labā prakse no tirgus dalībnieku puses būtu uzskatāma formulas piemērošana vai procentuāls izmaksu sadalījums, kas veido maksas pakalpojumu cenu. Šādas prakse nodrošina cenas caurskatāmību un tās objektīvāku veidošanu. Šāda prakse jau pašlaik tiek īstenota slimnīcās un atsevišķos medicīnas centros. Uzsverams, ka ārstniecības iestādēs, ņemot vērā dažādos cenu ietekmējošos faktorus, nebūtu nosakāma universāla formula, pēc kuras varētu tikt aprēķināta medicīnas pakalpojuma epizodes cena.

6. MEDICĪNAS PAKALPOJUMU CENU IZVĒRTĒJUMS (2012. – 2014.GADS)

6.1. Pieprasītākie medicīnas pakalpojumi

Uzraudzības ietvaros tika iegūta informācija no lielākajiem tirgus dalībniekiem (gan pēc apgrozījuma, gan NVD noslēgto līgumu summas), vērtējot arī to izvietojuma ģeogrāfiju. Informācija pieprasīta no SIA "Ludzas medicīnas centrs" (Ludzas slimnīca), SIA "Cēsu klīnika", AS "Veselības centru apvienība", SIA "Jēkabpils reģionālā slimnīca", MFD Veselības grupa (Dziedniecība), SIA "ZEMGALES VESELĪBAS CENTRS", SIA "RĒZEKNES SLIMNĪCA", RP SIA "Rīgas 1.slimnīca", PSIA "Ventspils poliklīnika", SIA "Vidzemes slimnīca", VSIA "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca", SIA "Veselības centrs 4", SIA "Medicīnas sabiedrība ARS", SIA "DAUGAVPILS REĢIONĀLĀ SLIMNĪCA", SIA "Dobeles un apkārtnes slimnīca", SIA "Valmieras veselības centrs", SIA "Vizuālā diagnostika" un SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca".

Ievērojot to, ka valsts un privātpersonu izdevumus lielākoties veido pacienta iemaksas vizītē pie ģimenes ārsta, primārajā veselības aprūpē Uzraudzības ietvaros nebija būtiski izšķirt pieprasītākos pakalpojumus, Tādējādi Uzraudzības ietvaros analizēti sekundārie veselības aprūpes pakalpojumi un to cenu dinamika.

Sekundārajā veselības aprūpē pakalpojumi tiek iedalīti: 1) izmeklējumi un terapija, 2) laboratoriskie izmeklējumi un dienas stacionāra sniegtie pakalpojumi, 3) speciālistu pakalpojumi. Atsevišķi tiek iedalīti arī rehabilitācijas pakalpojumi, fizikālās medicīnas pakalpojumi un ģenētisko slimnieku konsultēšana. Vislielākie izdevumi medicīnas pakalpojumu jomā izmeklējumu un terapijas grupā ir datortomogrāfijai, ultrasonogrāfijai, endoskopijai. Savukārt vislielākais plānotais izmeklējumu skaits ir rentgenoloģijā, ultrasonogrāfijā un sirds un asinsvadu sistēmas funkcionālajā izmeklēšanā. Tikmēr laboratorisko izmeklējumu grupā lielākie izdevumi ir klīniskajās ķīmiskajās analizēs un klīniskajās analizēs.

Uzraudzības ietvaros tika identificēti tie valsts apmaksātie medicīnas pakalpojumi, uz kuriem izveidojušās visgarākās pacientu rindas. Tika analizēta Rīgas nodaļa, Latgales nodaļa, Vidzemes nodaļa, kā arī Kurzemes un Zemgales nodaļa (nodaļu teritoriālo iedalījumu nosaka NVD). Izvērtējot informāciju par valsts apmaksājamiem medicīnas pakalpojumiem un dienu skaitu, kas jāgaida, līdz pakalpojums tiktu sniegts, tika izdarīti secinājumi par medicīnas pakalpojumiem, uz kuriem izveidojušās visgarākās rindas. Papildus no lielākajiem tirgus dalībniekiem tika iegūta informācija par konkrētajās ārstniecības iestādēs pieprasītākajiem ambulatorajiem pakalpojumiem, kā rezultātā secināms, ka ārstniecības iestādēs pieprasītākie (rēķinot pēc epizožu skaita) medicīnas pakalpojumi ir atšķirīgi. Tomēr, apkopojot iegūto informāciju, tika izveidots saraksts ar desmit gan kā valsts apmaksājamiem, gan par pacientu maksu pieprasītākajiem medicīnas pakalpojumiem:

- *Galvas un kakla asinsvadu doplerogrāfija;*
- *Vēdera dobuma orgānu ultrasonogrāfija;*
- *Vairogdziedzera ultrasonogrāfija;*
- *Citu asinsvadu doplerogrāfija;*
- *Ehokardiogrāfija;*
- *Magnētiskā rezonanse;*
- *Kājas asinsvadu doplerogrāfija;*
- *Veloergometrija;*
- *Elektroencefalogrāfija;*
- *Angiogrāfija.*

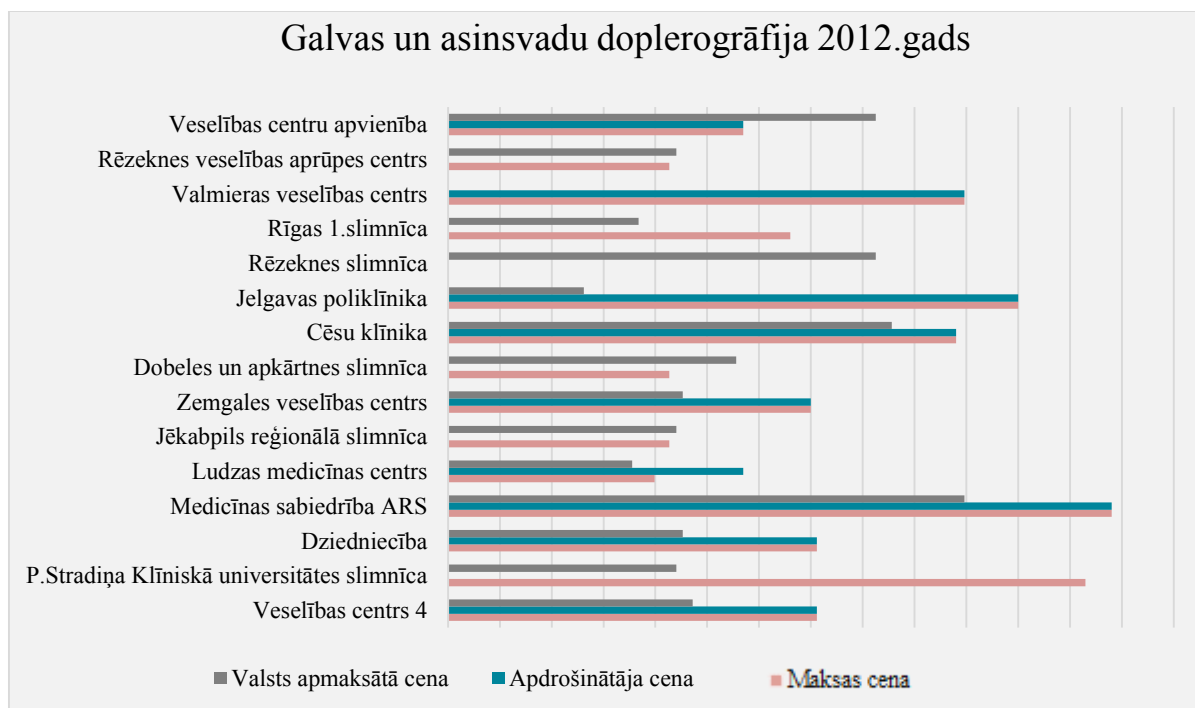
Jānorāda, ka dažās ārstniecības iestādēs (no aptaujātajām) atsevišķi uzskaitītie medicīnas pakalpojumi netiek sniegti. Atbilstoši, izvērtējot cenu izmaiņas laika posmā no 2012. – 2014. gadam, informācija par šīm ārstniecības iestādēm tabulās netiek iekļauta. Tāpat, izvērtējot medicīnas pakalpojumu cenu dinamiku, nav ņemti vērā iegūtie dati no SIA "Vizuālā diagnostika", jo iesniegtie dati nebija izmantojami.

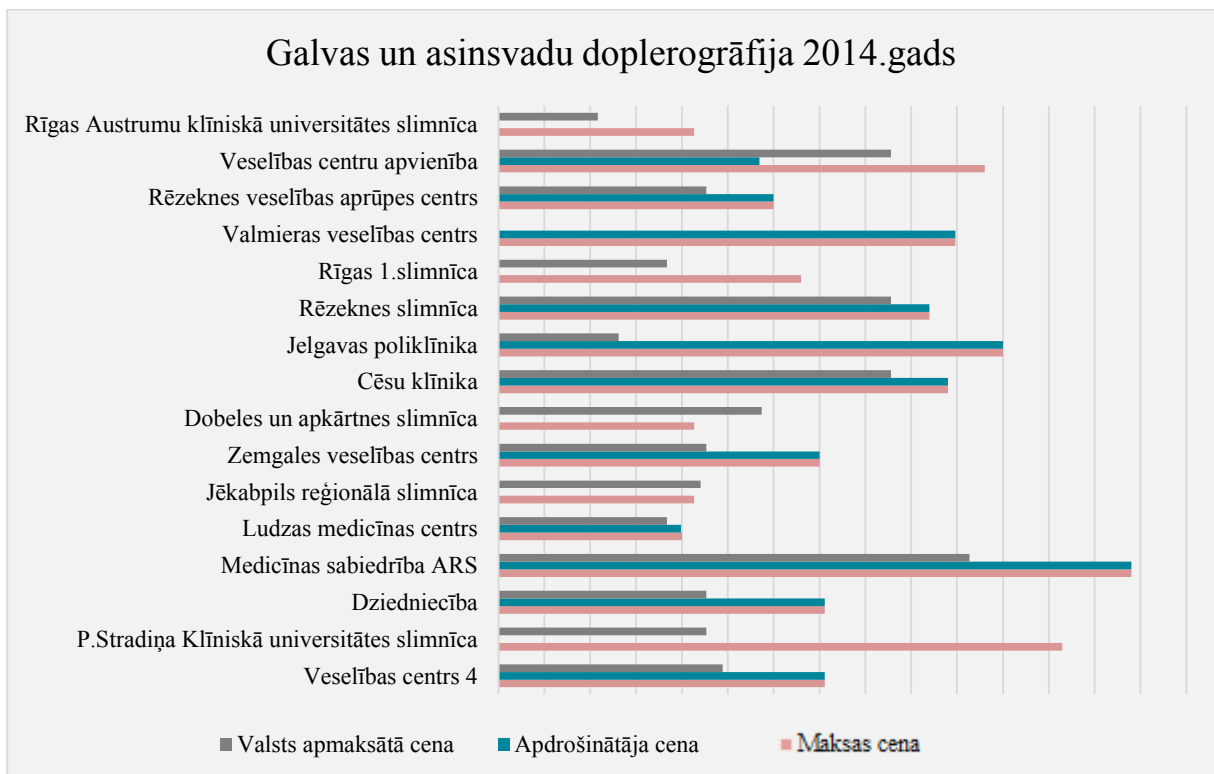
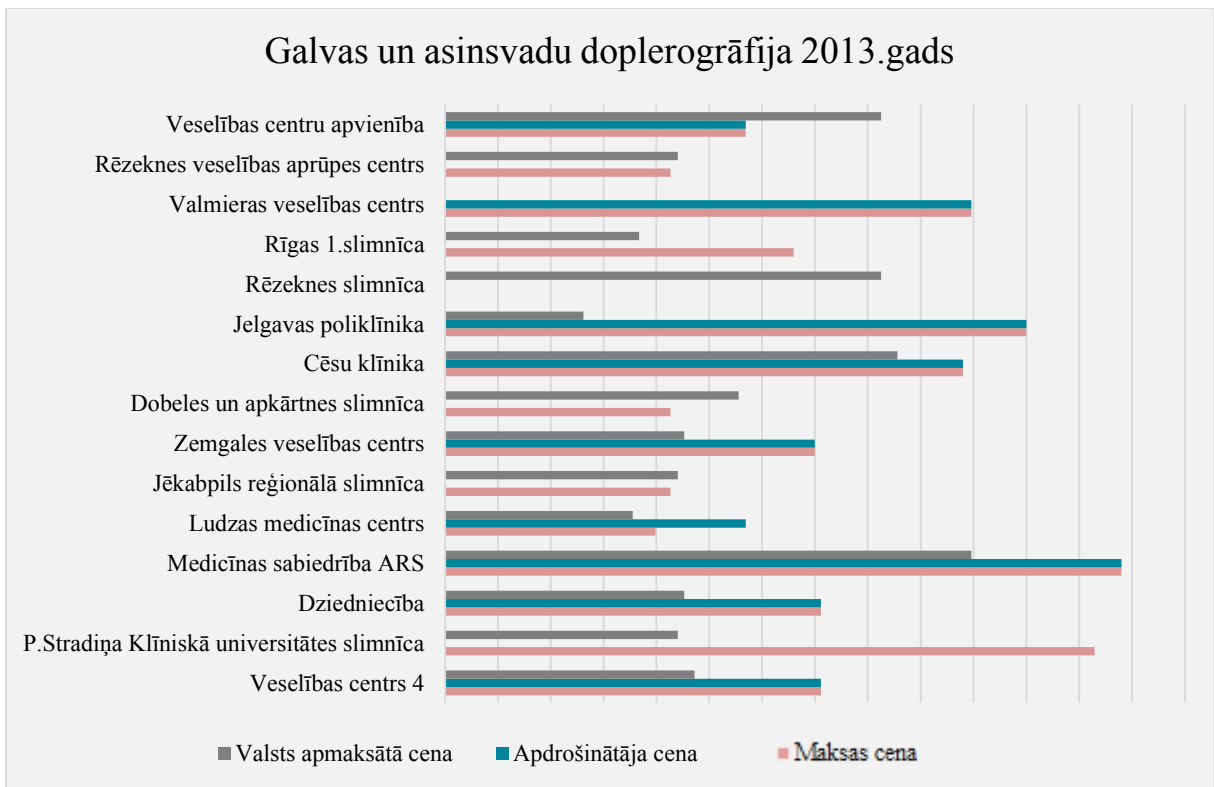
6.2. Pieprasītāko medicīnas pakalpojumu cenu izmaiņas

No lielākajiem tirgus dalībniekiem iegūtā informācija par medicīnas pakalpojumu cenām laika posmā no 2012.-2014.gadam ļāva veikt pieprasītāko medicīnas pakalpojumu cenu dinamikas izpēti, kā arī izvērtēt informāciju par cenu veidošanās principiem, struktūru un cenu ietekmējošiem faktoriem.

Maksas pakalpojums Uzraudzībā definējams kā pakalpojums, par kuru pacients pilnā apmērā maksā pats. Savukārt valsts apmaksātais pakalpojums – kā tāds, kuram pacients sedz tikai pacienta iemaksu. Savukārt apdrošinātāja cena ir pakalpojuma cenas daļa, kuru sedz apdrošinātājs. Jāņem vērā, ka katrai apdrošināšanas kompānijai ir savs apdrošināšanas polišu piedāvājums, kuros ietverti dažādi nosacījumi un atbilstoši tiek noteikts, kādi un cik lielā apmērā pakalpojumi tiek apmaksāti no konkrētās apdrošināšanas polises. Uzraudzības ietvaros tirgus dalībnieki tika lūgti norādīt apdrošinātāja cenu ar visplašāko polises piedāvājumu, respektīvi, pēc polises veida, kas sedz vislielāko pakalpojuma cenas daļu vai sedz to pilnā apmērā.

Izvērtējot turpmāk norādīto medicīnisko pakalpojumu cenu dinamiku, vispārīgi tiek vērtēta pakalpojuma pieejamība, vadoties no tā, cik no aptaujajamiem tirgus dalībniekiem nodrošina iespēju saņemt konkrēto pakalpojumu. Papildus tiek noteiktas cenu atšķirības, salīdzinot valsts apmaksāto medicīnas pakalpojuma cenu un pacienta apmaksāto pakalpojumu. Tiek vērtētas arī pakalpojuma cenas izmaiņas dažādiem pakalpojumu sniedzējiem un cenu atšķirību un izmaiņu iemesli.





1.attēls – 3.attēls. Medicīnas pakalpojuma – galvas un asinsvadu doplerogrāfija cena ārstniecības iestādēs 2012. – 2014.gadā
Avots: Izveidots pēc tirgus dalībnieku sniegtās informācijas

No aptaujātajiem tirgus dalībniekiem medicīnas pakalpojumu – galvas un asinsvadu doplerogrāfija – 2012.-2013.gadā veica 15 ārstniecības iestādes, savukārt 2014.gadā – 16²⁵. Tādējādi secināms, ka tirgus dalībnieku skaits,

²⁵ Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca sniegusi datus tikai par 2014.gadu.

kas nodrošina galvas un asinsvadu doplerogrāfijas pakalpojumu no 2012. – 2014.gadam nav būtiski mainījies.

Visi aptaujātie tirgus dalībnieki, izņemot Valmieras veselības centru, ir snieguši valsts apmaksātos pakalpojumus –pakalpojumus sniedz 14 tirgus dalībnieki.

2012.gadā vidējā medicīnas pakalpojuma maksas cena bija 37,91 eiro, identiska bija pakalpojuma cena, kuru sedza apdrošinātājs, izņemot Ludzas medicīnas centru (iespējams, nebija pārslēgts līgums par jauno summu ar apdrošinātāju). Vidējā valsts apmaksātā pakalpojuma cena bija 27,61 eiro.

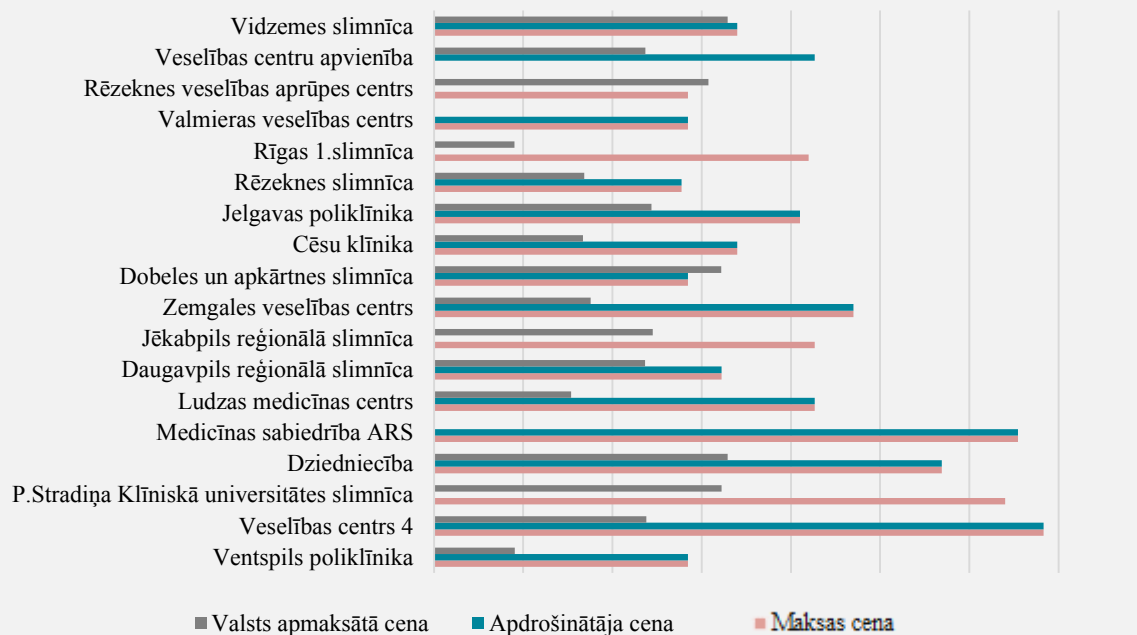
Vidējā pakalpojuma maksas cena 2013.gadā bija 37,91 eiro, atbilstoši cena nav mainījies no 2012.gada. Apdrošinātāja cena bija identiska pakalpojuma cenai, kuru pilnā apjomā maksāja pacients (izņemot Ludzas medicīnas centru). Vidējā valsts apmaksātā pakalpojuma cena bija – 27,65 eiro, tāpat salīdzinājumā ar 2012.gadu, summa, kuru sedz ar valsts līdzekļiem, ir nedaudz palielinājusies. Vidējā pakalpojuma maksas cena 2014.gadā bija 39,84 eiro. Vidējā valsts apmaksātā pakalpojuma cena bija 27,08 eiro.

Secināms, ka 2012. un 2013.gadā vidējā valsts apmaksātā pakalpojuma cena ir nedaudz pieaugusi, bet 2014.gadā samazinājusies. 2014.gadā ir palielinājušās cenas pakalpojumiem, kurus pilnā apmērā sedz pacients pats. Šāds cenu kāpums noticis, piemēram, Medicīnas sabiedrībā ARS un Veselības centru apvienībā. Laika periodā no 2012.–2014.gadam nav novērojama maksas pakalpojumu cenu samazināšanās.

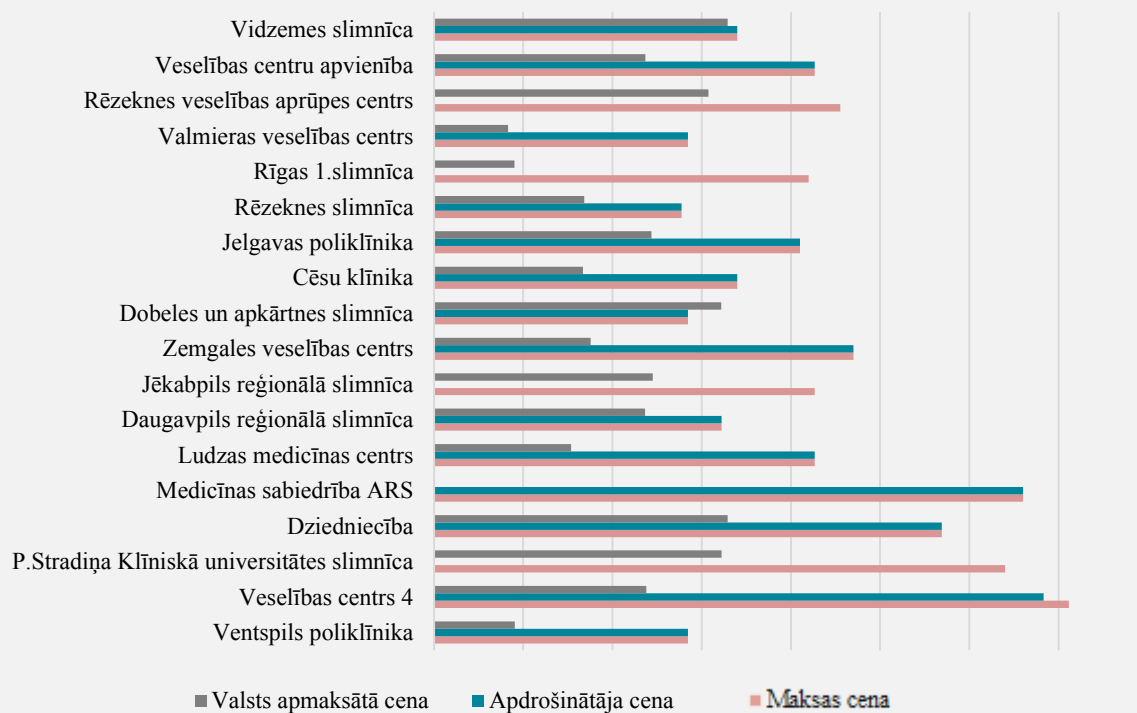
Vidējā maksas pakalpojuma cena medicīnas centros 2012.gadā bija 41,53 eiro, 2013.gadā 41,53 eiro un 2014.gadā 46,78 eiro. Secināms, ka maksas pakalpojuma cena medicīnas centros ir pieaugusi tieši 2014.gadā. Savukārt slimnīcās vidējā maksas pakalpojumu cena 2012.gadā bija 31,47 eiro, mazliet samazinājusies 2013.gadā 31,41 eiro un palielinājusies 2014.gadā – 32,21 eiro.

Salīdzinot slimnīcu un medicīnas centru maksas pakalpojumu cenas, secināms, ka slimnīcu piedāvātā vidējā maksas pakalpojumu cena 2012.–2014.gadā ir bijusi par 11,58 eiro zemāka nekā medicīnas centros. Izvērtējot cenu dinamiku, secināms, ka vidējās cenas Rīgā ir bijušas augstākas nekā ārpus Rīgas, kas var būt saistīts ar to, ka ārstniecības iestādes pielāgo cenas patērētāju maksātspējai, kā arī cenu atšķirības var būt saistītas ar iekārtu stāvokli un noslodzi.

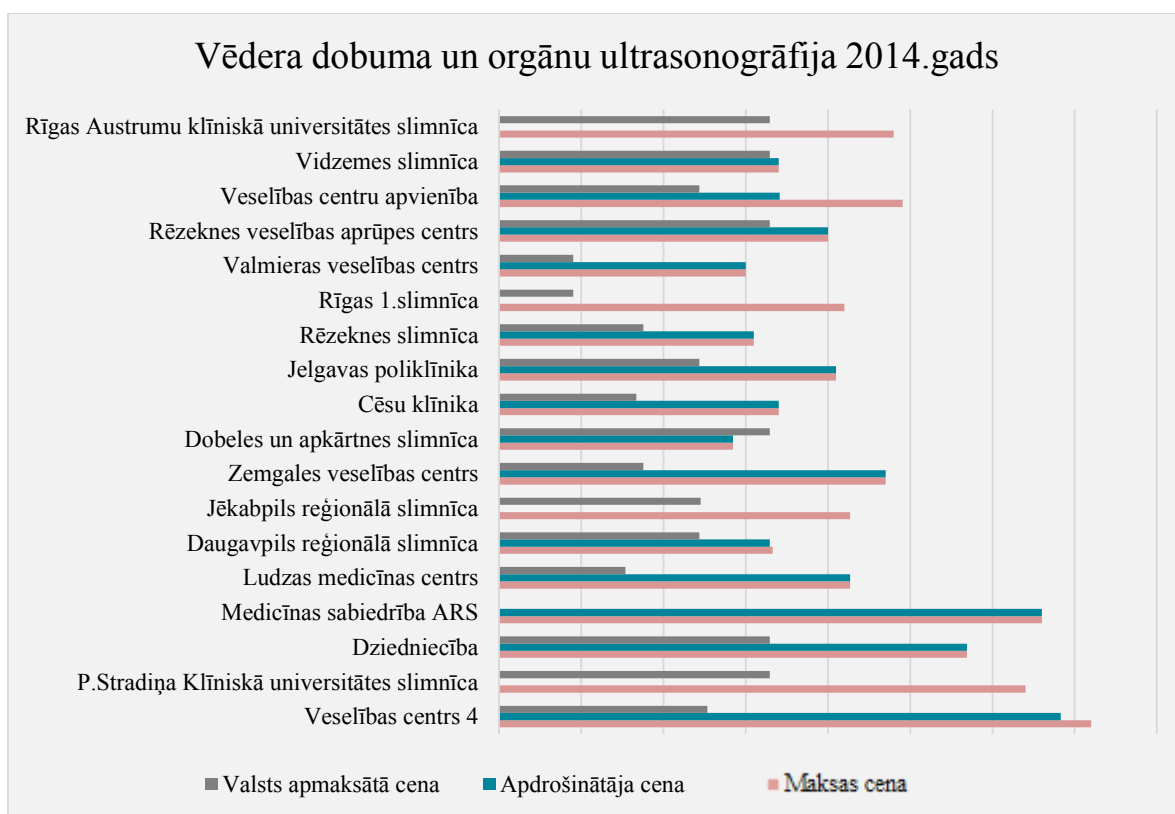
Vēdera dobuma un orgānu ultrasonogrāfija 2012.gads



Vēdera dobuma un orgānu ultrasonogrāfija 2013.gads



Vēdera dobuma un orgānu ultrasonogrāfija 2014.gads



4.attēls – 6.attēls. Medicīnas pakalpojuma – vēdera dobuma un orgānu ultrasonogrāfija cena ārstniecības iestādēs 2012. – 2014.gadā
Avots: Izveidots pēc tirgus dalībnieku sniegtās informācijas

Medicīnas pakalpojuma pieejamība nav mainījusies, jo 2012.-2014.gadā nav mainījies tirgus dalībnieku skaits, kas var nodrošināt šo pakalpojumu. 2012.gadā - 16 tirgus dalībnieki, 2013. un 2014. gadā – 17.

Dobeles un apkārtnes slimnīcā cena nav mainījusies arī 2013. un 2014.gadā, savukārt pārējās iepriekš norādītajās ārstniecības iestādēs maksas pakalpojuma cena ir nedaudz paaugstinājusies.

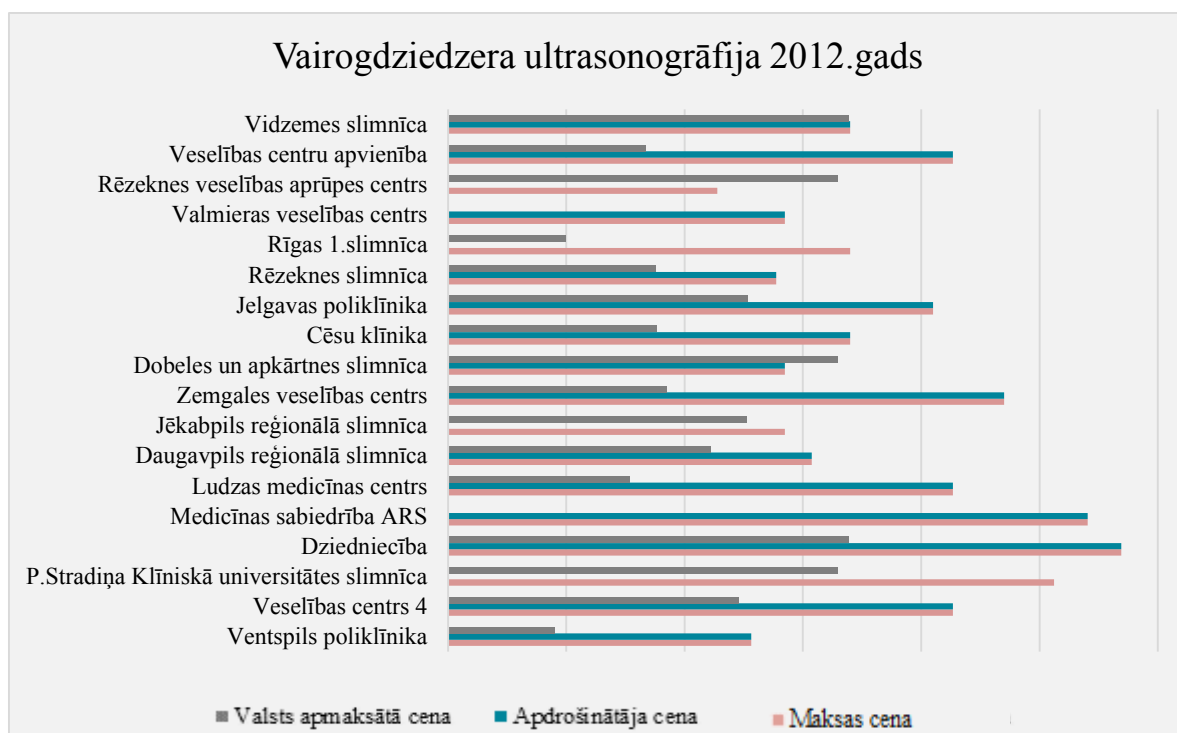
Vidējā maksas pakalpojuma cena 2012.gadā bija 20,95 eiro. Vidējā valsts apmaksātā pakalpojuma cena bija 11,42 eiro, kas ir gandrīz uz pusi mazāka nekā maksas pakalpojuma cena. Tas var norādīt uz to, ka valsts finansējums par vienu šī pakalpojuma epizodi ir nepietiekams. 2013.gadā vidējā maksas pakalpojuma cena un apdrošinātāja cena visās ārstniecības iestādēs, izņemot Veselības centrā 4, bija vienāda, proti, 21,52 eiro. Vidējā valsts apmaksātā pakalpojuma cena bija 10,99 eiro. Vidējā maksas pakalpojuma cena 2014.gadā bija 22,28 eiro, identiska bijusi arī apdrošinātāja cena. Vidējā valsts apmaksātā pakalpojuma cena bija 11,93 eiro, kas norāda uz to, ka salīdzinājumā ar 2013.gadu valsts finansējums ir mēreni palielinājies – tas ir augstāks arī salīdzinājumā ar 2012.gadu.

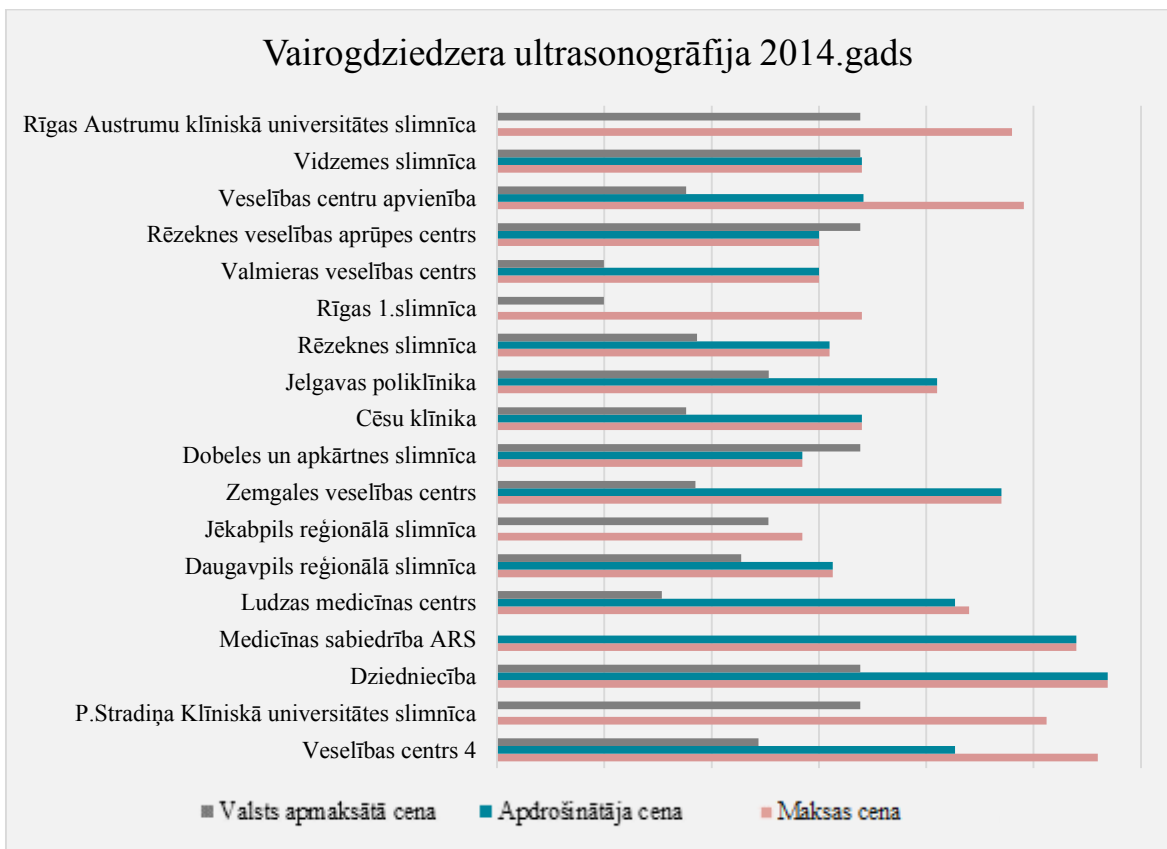
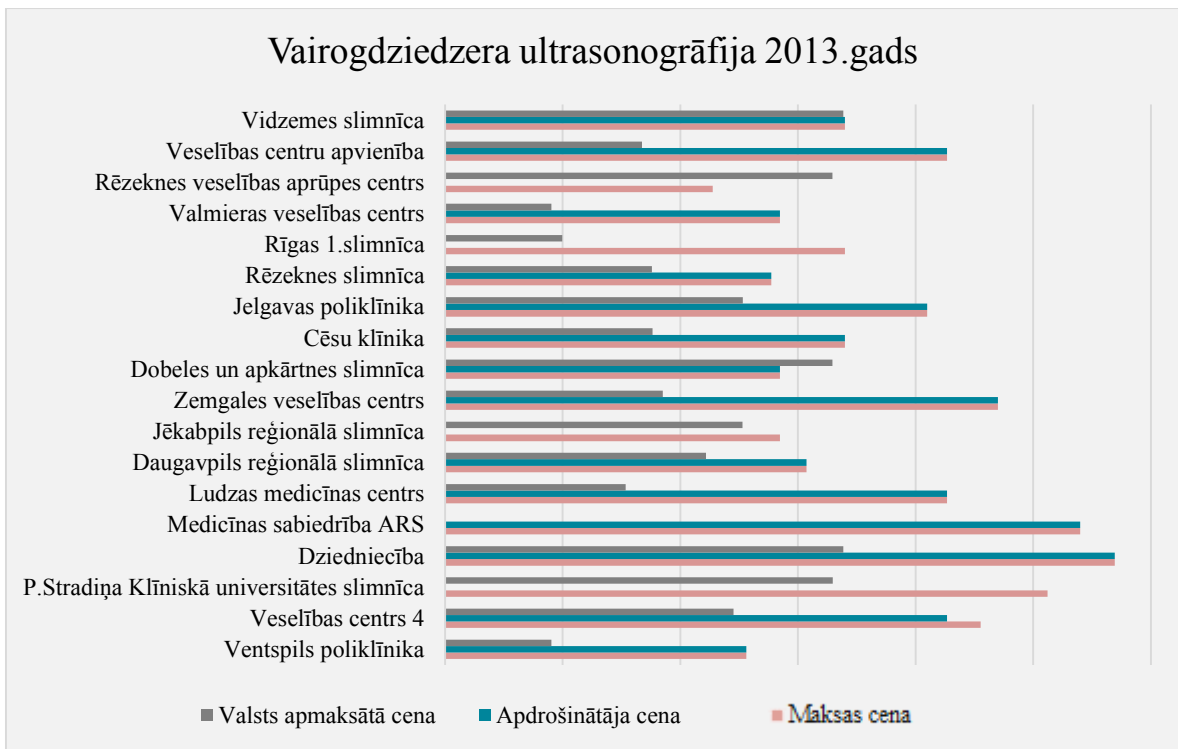
Secināms, ka no 2012. un 2013.gada vidējā valsts apmaksātā pakalpojuma cena ir nedaudz pieaugusi. 2014.gadā ir palielinājušās atsevišķu pakalpojumu sniedzēju cenas pakalpojumiem, kurus pilnā apmērā sedz pacients, tomēr palielinājums nevarētu tikt uzskatīts par būtisku. Neliels cenas paaugstinājums ir noticis, piemēram, Veselības centrā 4, Rēzeknes

slimnīcā un Veselības centru apvienībā. Savukārt cenas samazinājums novērojams, piemēram, Rēzeknes veselības aprūpes centrā.

Vidējā maksas cena medicīnas centros 2012.gadā bija 22,04 eiro, 2013.gadā 23,06 eiro un 2014.gadā 24,22 eiro. Secināms, ka no 2012.gada maksas pakalpojumu cenas medicīnas centros ir pieaugušas, un lielākais pieaugums vērojams tieši 2014.gadā. Slimnīcās vidējā maksas pakalpojumu cena 2012.gadā bija 19,61 eiro, un tā nav mainījusies arī 2013.gadā. Cena ir nedaudz palielinājusies 2014.gadā – 20,34 eiro.

Salīdzinot slimnīcu un medicīnas centru maksas pakalpojumu cenas, secināms, ka slimnīcu piedāvātā vidējā maksas pakalpojumu cena 2012.–2014.gadā ir bijusi par vidēji 3,26 eiro zemāka nekā medicīnas centros. Izvērtējot cenu dinamiku, secināms, ka vidējās cenas Rīgā ir bijušas augstākas nekā ārpus Rīgas. Cenu atšķirības var radīt dažādi apstākļi, kas Uzraudzībā vērtēts pie cenu struktūras.





7.attēls – 9.attēls. Medicīnas pakalpojuma – vairogdziedzera ultrasonogrāfija cena ārstniecības iestādēs 2012. – 2014.gadā
Avots: Izveidots pēc tirgus dalībnieku sniegtās informācijas

Tirgus dalībnieku skaitā, kas piedāvā vairogdziedzera ultrasonogrāfijas pakalpojumu, nav novērojamas izmaiņas. Laika posmā no 2012.–

2014.gadam šo medicīnas pakalpojumu sniedz 18²⁶ no aptaujātajām ārstniecības iestādēm, atbilstoši pakalpojuma pieejamība nav mainījusies.

Laika periodā no 2012.–2014.gadam visaugstākās maksas pakalpojuma cenas ir bijušas Dziedniecībā, Medicīnas sabiedrībā ARS un P. Stradiņa Klīniskajā universitātes slimnīcā. Valsts apmaksājamiem medicīnas pakalpojumiem zemākā cena ir bijusi Ventspils poliklīnikā, Ludzas medicīnas centrā un Rīgas 1.slimnīcā, kas ir palicis nemainīgi visu izpētes laiku (2012.–2014.gads). Viszemākā maksas cena 2012. un 2013.gadā ir bijusi Rēzeknes veselības centrā, Ventspils poliklīnikā un Rēzeknes slimnīcā, kamēr 2014. gadā – Jēkabpils reģionālajā slimnīcā, Dobeles un apkārtnes slimnīcā, Valmieras veselības centrā un Rēzeknes veselības aprūpes centrā. 2014.gadā septiņās ārstniecības iestādēs cenas ir nedaudz paaugstinājušās. Visās aptaujātajās ārstniecības iestādēs ir bijusi iespēja saņemt valsts apmaksātu vairogdziedzera ultrasonogrāfiju, izņemot 2012.gadā, kad šādas iespējas nebija Valmieras veselības centrā, tomēr 2013. un 2014.gadā šis pakalpojums bija pieejams.

Vidējā maksas pakalpojuma cena 2012.gadā bija 18,68 eiro. Apdrošinātāja cena bija tāda pati, savukārt vidējā valsts apmaksātā pakalpojuma cena bija 11,52 eiro, kas salīdzinājumā ar maksas pakalpojuma cenu ir zemāka un var liecināt par to, ka valsts finansējums 2012.gadā ir bijis nepietiekams.

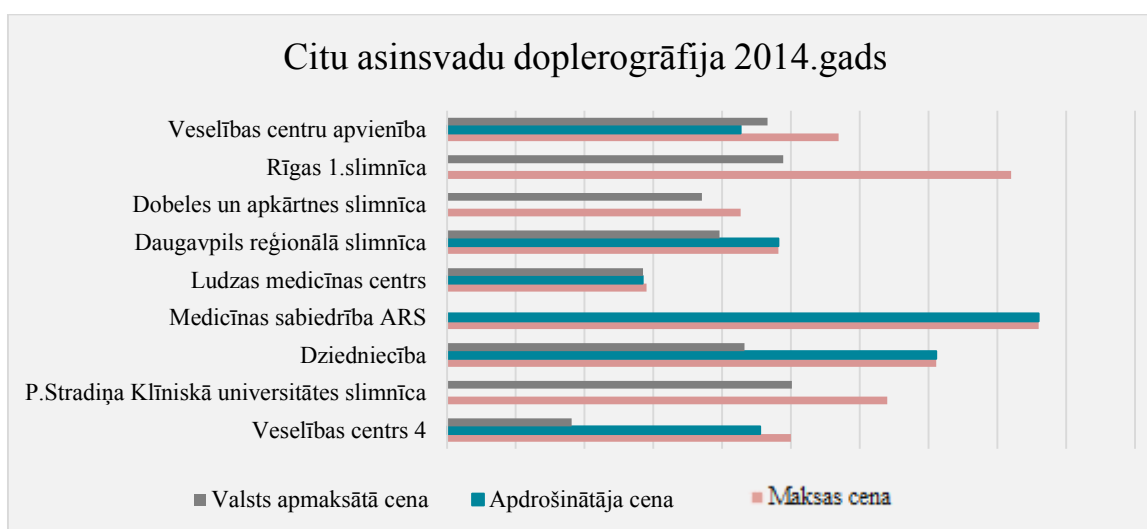
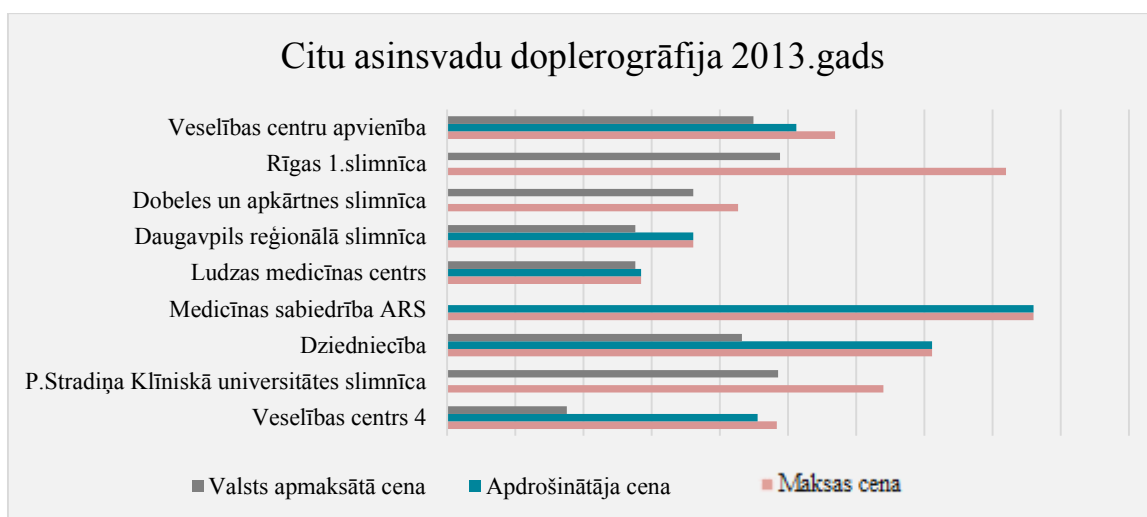
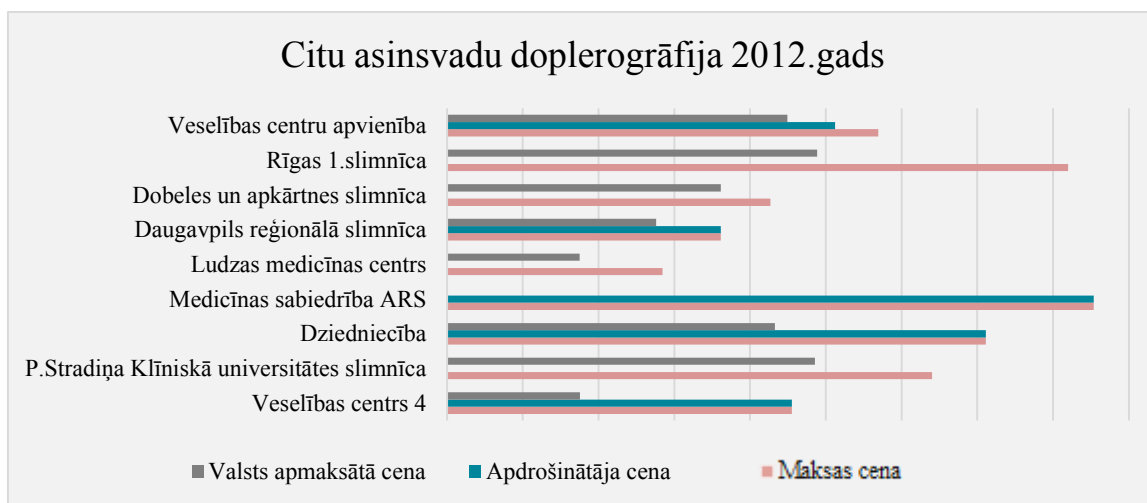
Vidējā maksas pakalpojuma 2013.gadā bija 18,75 eiro, arī apdrošinātāja cena bija tāda pati (izņemot Veselības centrā 4). Vidējā valsts apmaksātā pakalpojuma cena bija – 11,11 eiro. Vidējā maksas pakalpojuma 2014.gadā - 22,24 eiro. Apdrošinātāja cena ir bijusi tāda pati, izņemot Veselības centru apvienībā un Veselības centrā 4, kas varētu liecināt par to, ka, mainoties maksas pakalpojumu cenrādīm, ārstniecības iestāde vēl nebija paspējusi pārslēgt līgumu ar apdrošināšanas sabiedrību. Vidējā valsts apmaksātā pakalpojuma cena bija 11,73 eiro, kas norāda uz to, ka salīdzinājumā ar 2013.gadu valsts finansējums ir mēreni palielinājies. Tāpat finansējums ir augstāks, salīdzinot arī ar 2012.gadu.

2013. un 2014.gadā ārstniecības iestādēs ir palielinājušās cenas pakalpojumiem, kurus pilnā apmērā sedz pacients. Cenas paaugstinājums ir noticis, piemēram, Veselības centrā 4 un Rēzeknes veselības aprūpes centrā. Cenas samazinājums nav novērojams, izņemot Medicīnas sabiedrībā ARS cena ir samazinājusies tomēr izteikti nebūtiski.

Vidējā maksas cena medicīnas centros 2012.gadā bija 19,76 eiro, 2013.gadā-19,90 eiro un 2014.gadā-22,11 eiro. Secināms, ka no 2012.gada maksas pakalpojumu cenas medicīnas centros ir pieaugušas un lielākais pieaugums vērojams tieši 2014.gadā. Slimnīcās vidējā maksas pakalpojumu cena 2012.gadā bija 15,60 eiro, un tā nav mainījusies arī 2013.gadā. Cena ir nedaudz palielinājusies 2014.gadā. Salīdzinot slimnīcu

²⁶ 2012./2013.gadā pakalpojumu iespējams ir sniegusi arī Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca. Dati iesniegti tikai par 2014.gadu. 2014.gadā nav iesniegti dati par Ventspils poliklīnikas sniegto pakalpojumu.

un medicīnas centru maksas pakalpojumu cenas, secināms, ka slimnīcu piedāvātā vidējā maksas pakalpojumu cena 2012.– 2014.gadā ir bijusi vidēji par 4,07 eiro zemāka nekā medicīnas centros.



10.attēls – 12.attēls. Medicīnas pakalpojuma – citu asinsvadu doplerogrāfija cena ārstniecības iestādēs 2012. – 2014.gadā

Avots: Izveidots pēc tirgus dalībnieku sniegtās informācijas

Nav mainījies tirgus dalībnieku skaits, kas piedāvā citu asinsvadu doplerogrāfiju, tomēr, izvērtējot šī medicīnas pakalpojuma cenu dinamiku, jāņem vērā, ka šis pakalpojums pēc savas būtības var atšķirties, atkarībā no to asinsvadu novietojuma, kuriem tiek veikta doplerogrāfija. Laika periodā no 2012.gada līdz 2014.gadam citu asinsvadu doplerogrāfiju piedāvāja deviņi tirgus dalībnieki, kas ir gandrīz tikai puse no aptaujātajiem tirgus dalībniekiem. Tātad šī medicīnas pakalpojuma pieejamība salīdzinājumā ar citiem Uzraudzības ietvaros vērtētajiem medicīnas pakalpojumiem ir daudz zemāka. Kopumā astoņas ārstniecības iestādes ir piedāvājušas valsts apmaksātu medicīnas pakalpojumu – citu asinsvadu doplerogrāfija.

Visaugstākās maksas pakalpojuma cenas 2012.–2014.gadā ir bijušas Medicīnas sabiedrībā ARS, Rīgas 1.slimnīcā un Dziedniecībā. Valsts apmaksātajam medicīnas pakalpojumam augstākā cena ir bijusi P. Stradiņa Klīniskajā universitātes slimnīcā, Rēzeknes slimnīcā un Rīgas 1.slimnīcā, kas ir palicis nemainīgi visā izpētes laikā. Salīdzinājumam – zemākā valsts apmaksātā pakalpojuma cena par epizodi ir bijusi Veselības centrā 4 un Ludzas medicīnas centrā. Savukārt viszemākā maksas cena ir bijusi Ludzas medicīnas centrā un Daugavpils reģionālajā slimnīcā. 2013. un 2014.gadā četrās ārstniecības iestādēs cenas ir nedaudz paaugstinājušās, savukārt piecās ārstniecības iestādēs pēdējo trīs gadu laikā cena ir palikusi nemainīga.

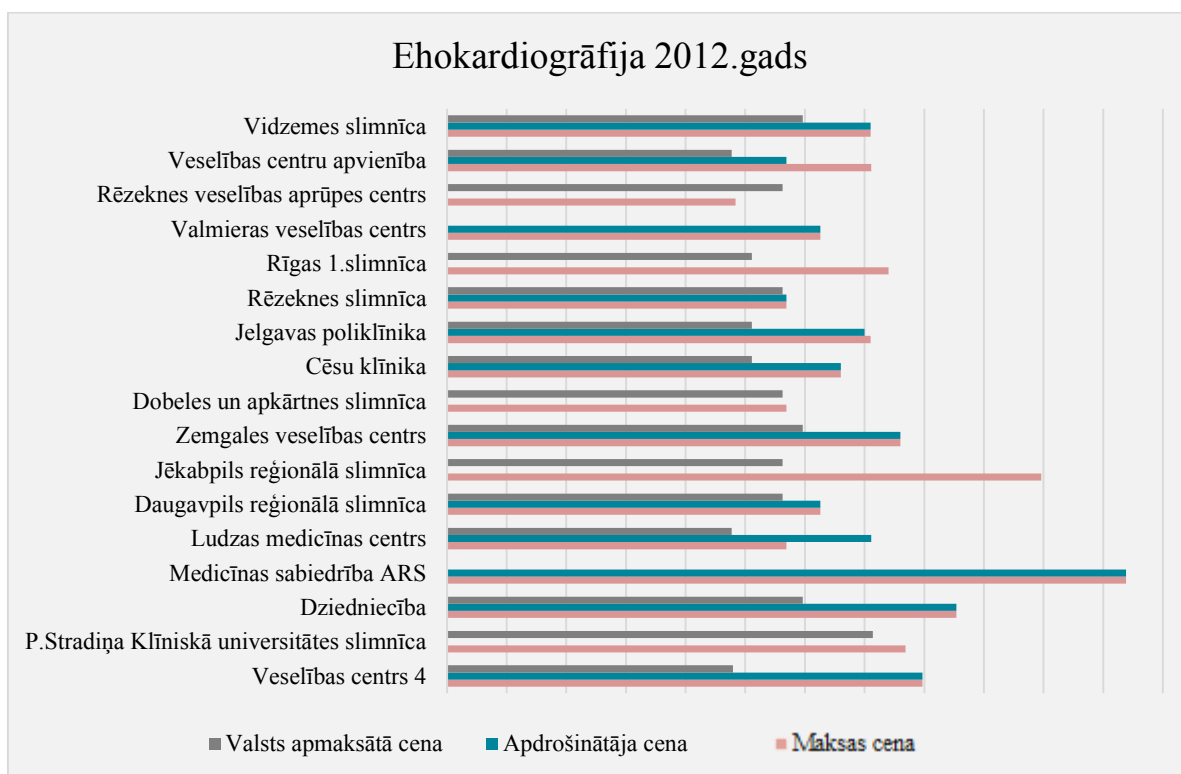
Vidējā maksas pakalpojuma cena 2012.gadā bija 28,46 eiro. Apdrošinātāja cena bija tādi pati, izņemot Veselības centru apvienībā, kur apdrošinātāja cena ir bijusi zemāka. Papildus jānorāda, ka četrās ārstniecības iestādēs, apdrošinātājs šāda medicīnas pakalpojuma veikšanu neapmaksā. Vidējā valsts apmaksātā pakalpojuma cena - 18,50 eiro, kas salīdzinājumā ar maksas pakalpojuma cenu ir ievērojami zemāka.

Vidējā maksas pakalpojuma 2013.gadā bija 28,65 eiro, apdrošinātāja cena ir tāda pati (izņemot Veselības centrā 4 un Veselības centru apvienībā). Vidējā valsts apmaksātā pakalpojuma cena bija 19,06 eiro. Vidējā maksas pakalpojuma cena 2014.gadā bija 29,44 eiro. Apdrošinātāja cena ir bijusi tāda pati, izņemot Veselības centru apvienību, Veselības centru 4 un Ludzas medicīnas centru, kas varētu liecināt par to, ka, mainoties maksas pakalpojumu cenrādim, ārstniecības iestāde vēl nebija paspējusi pārslēgt līgumu ar apdrošināšanas sabiedrību. Vidējā valsts apmaksātā pakalpojuma cena bija 20,04 eiro, kas norāda uz to, ka salīdzinājumā ar 2013.gadu valsts finansējums ir mēreni palielinājies, finansējums ir augstāks arī salīdzinājumā ar 2012.gadu. Secināms, ka no 2012. un 2013.gada vidējā valsts apmaksātā pakalpojuma cena ir neaudz pieaugusi.

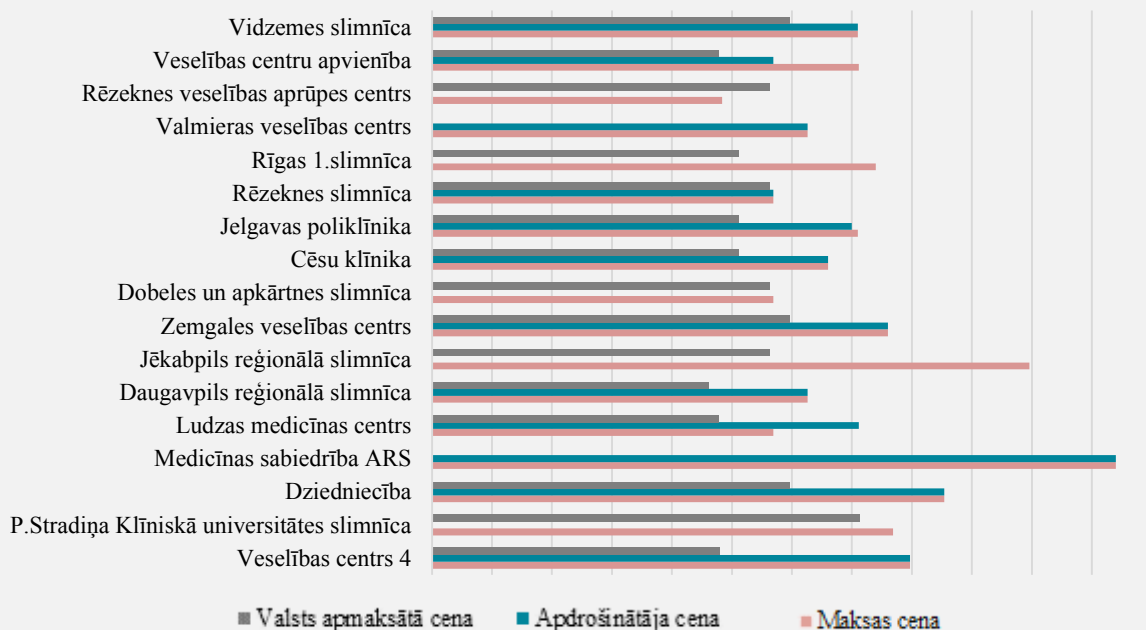
2013. un 2014.gadā ārstniecības iestādēs ir palielinājušās cenas pakalpojumiem, kurus pilnā apmērā sedz pacients. Cenas paaugstinājums ir noticis četrās ārstniecības iestādēs – Veselības centrā 4, Medicīnas sabiedrībā ARS, Ludzas medicīnas centrā un Daugavpils reģionālajā slimnīcā. Cenas samazinājums nav noticis nevienā ārstniecības iestādē,

tomēr cenas pēdējo trīs gadu laikā ir palikušas nemainīgās piecās ārstniecības iestādēs.

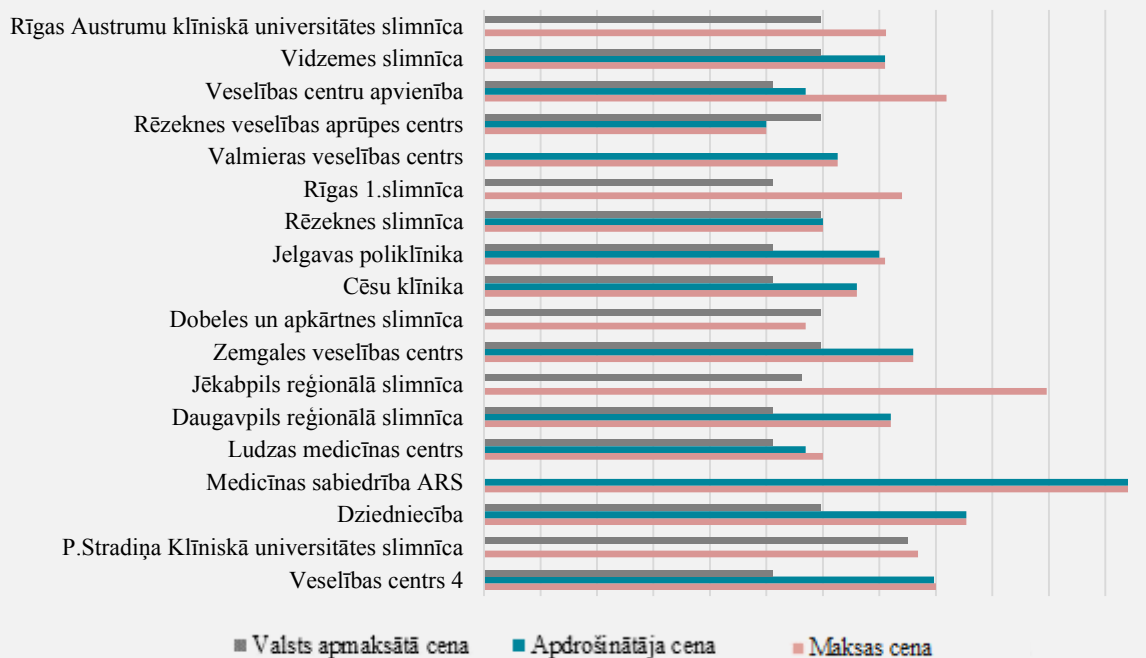
Vidējā maksas cena medicīnas centros 2012.gadā bija 32,37 eiro, 2013.gadā-32,80 eiro un 2014.gadā-33 eiro. Secināms, ka no 2012.gada maksas pakalpojumu cenas medicīnas centros ir pieaugušas, un lielākais pieaugums vērojams tieši 2014.gadā. Slimnīcās vidējā maksas pakalpojumu cena 2012.gadā bija 25,33 eiro, un tā nav mainījies arī 2013.gadā. Cena ir nedaudz palielinājusies 2014.gadā – 26,59 eiro. Salīdzinot slimnīcu un medicīnas centru maksas pakalpojumu cenas, secināms, ka slimnīcu piedāvātā vidējā maksas pakalpojumu cena 2012.–2014.gadā ir bijusi par vidēji 6,97 eiro zemāka nekā medicīnas centros. Lai arī cena ir salīdzinoši liela, tomēr, kā iepriekš norādīts, jāņem vērā, ka šim medicīnas pakalpojuma veidam tā var atšķirties arī citu objektīvu apstākļu dēļ.



Ehokardiogrāfija 2013.gads



Ehokardiogrāfija 2014.gads



13.attēls – 15.attēls. Medicīnas pakalpojuma – ehokardiogrāfija cena ārstniecības iestādēs 2012. – 2014.gadā
Avots: Izveidots pēc tirgus dalībnieku sniegtās informācijas

Tirgus dalībnieku skaits, kas piedāvā ehokardiogrāfijas pakalpojumu, nav mainījies – tās ir 17 ārstniecības iestādes (2014.gadā – 18, jo sniegti dati arī par Rīgas Austrumu klīnisko universitātes slimnīcu). Tas ļauj secināt, ka pakalpojuma pieejamība patērētājam būtu vērtējama kā laba un

pakalpojums ir patērētājam pieejams (vismaz Uzraudzības ietvaros vērtētajās ārstniecības iestādēs). 15 no 17 ārstniecības iestādēm ir piedāvājušas valsts apmaksātu medicīnas pakalpojumu – ehokardiogrāfija. Valsts apmaksātu medicīnas pakalpojumu nepiedāvā tikai Medicīnas sabiedrība ARS un Valmieras veselības centrs.

Visaugstākās maksas pakalpojuma cenas 2012.–2014.gadā ir bijušas Dziedniecībā, Medicīnas sabiedrībā ARS un Jēkabpils reģionālajā slimnīcā. Valsts apmaksātajiem medicīnas pakalpojumiem augstākā cena 2012.–2013.gadā ir bijusi P. Stradiņa Klīniskajā universitātes slimnīcā, Dziedniecībā, Zemgales veselības centrā. 2014.gadā – P. Stradiņa Klīniskajā universitātes slimnīcā. Zemākā valsts apmaksātā pakalpojuma cena ir bijusi Veselības centrā 4, Ludzas medicīnas centrā un Veselības centru apvienībā, savukārt no 2014. gada jau iepriekš norādītajiem tirgus dalībniekiem ar zemāko valsts apmaksāto cenu papildus jānorāda Daugavpils reģionālā slimnīca, Cēsu klīnika, Jelgavas poliklīnika un Rīgas 1.slimnīca.

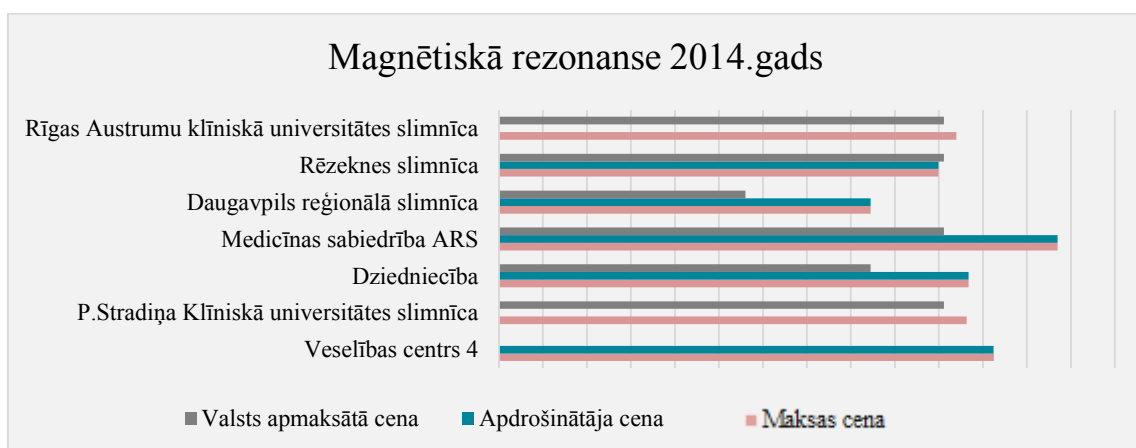
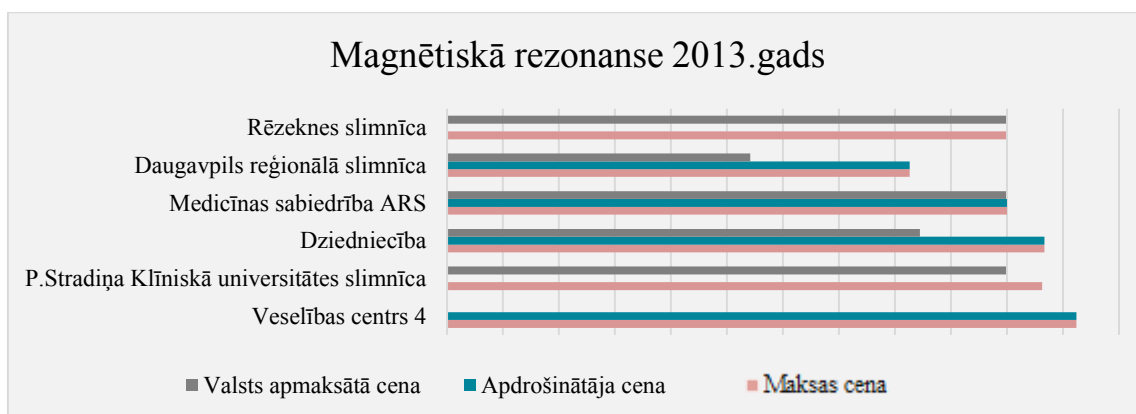
2013. un 2014.gadā septiņās ārstniecības iestādēs cenas ir nedaudz paaugstinājušās, savukārt desmit ārstniecības iestādēs pēdējo trīs gadu laikā cena ir palikusi nemainīga.

Vidējā maksas pakalpojuma cena 2012.gadā bija 36,14 eiro. Apdrošinātāja cena bija tādi pati, izņemot Ludzas medicīnas centru, kur apdrošinātāja cena ir bijusi augstāka par maksas pakalpojuma cenu, un Veselības centru apvienību, kur apdrošinātāja cena ir bijusi zemāka. Papildus jānorāda, ka piecās ārstniecības iestādēs, apdrošinātājs šāda medicīnas pakalpojuma veikšanu neapmaksā. Vidējā valsts apmaksātā pakalpojuma cena bija 27,60 eiro.

Vidējā maksas pakalpojuma cena 2013.gadā bija 36,14 eiro, kas nav mainījies no 2012.gada. Apdrošinātāja cena ir tāda pati (izņemot Ludzas medicīnas centru, kur apdrošinātāja cena ir augstāka, un Veselības centru apvienību, kur apdrošinātāja cena ir zemāka). Vidējā valsts apmaksātā pakalpojuma cena bija 27,27 eiro, kas norāda uz to, ka valsts finansējums 2013.gadā salīdzinājumā ar 2012.gadu ir nedaudz samazinājies. Vidējā maksas pakalpojuma cena 2014.gadā bija 36,74 eiro. Apdrošinātāja cena ir bijusi tāda pati, izņemot Veselības centru 4, Ludzas medicīnas centru, Jelgavas poliklīniku un Veselības centru apvienību, kur apdrošinātāju cena ir bijusi zemāka. Vidējā valsts apmaksātā pakalpojuma cena bija 28,21 eiro, kas norāda uz to, ka salīdzinājumā ar 2013.gadu valsts finansējums ir mēreni palielinājies, finansējums ir augstāks arī salīdzinājumā ar 2012.gadu.

Vienlaicīgi, 2013. un 2014.gadā atsevišķās ārstniecības iestādēs ir nedaudz palielinājušās cenas pakalpojumiem, kurus pilnā apmērā sedz pacients, tomēr palielinājums nebūtu uzskatāms par nozīmīgu. Cenas samazinājums nav noticis nevienā ārstniecības iestādē, tomēr cenas pēdējo trīs gadu laikā ir palikušas nemainīgās desmit ārstniecības iestādēs.

Vidējā maksas pakalpojuma cena medicīnas centros 2012.gadā bija 36,14 eiro, kas nav mainījusies arī 2013.gadā. 2014.gadā vidējā maksas cena bija 36,98 eiro. Secināms, ka no 2013.gada maksas pakalpojumu cenas medicīnas centros ir pieaugušas. Slimnīcās vidējā maksas pakalpojumu cena 2012.gadā bija 34,68 eiro, un tā nav mainījusies arī 2013.gadā. Cena ir nedaudz palielinājusies 2014.gadā – 35,63 eiro. Salīdzinot slimnīcu un medicīnas centru maksas pakalpojumu cenas, secināms, ka slimnīcu piedāvātā vidējā maksas pakalpojumu cena 2012.–2014.gadā ir bijusi par vidēji 1,42 eiro zemāka nekā medicīnas centros, kas ir salīdzinoši maza starpība un norāda uz to, ka slimnīcas ar medicīnas centriem šajā pakalpojuma sniegšanā gandrīz nekonkurē ar cenu.



16.attēls – 18.attēls. Medicīnas pakalpojuma – magnētiskā rezonanse cena ārstniecības iestādēs 2012. – 2014.gadā
Avots: Izveidots pēc tirgus dalībnieku sniegtās informācijas

Tirgus dalībnieku skaits, kas piedāvā veikt magnētisko rezonansi ir nedaudz palielinājies, proti, 2012.gadā piecas, bet 2014. gadā – septiņas ārstniecības iestādes. Neskatoties uz to, ka šo medicīnas pakalpojumu piedāvā veikt salīdzinoši neliels ārstniecības iestāžu skaits, jāsecina, ka pakalpojuma pieejamība ir nedaudz uzlabojusies. Papildus jāņem vērā arī augstās izmaksas medicīnas iekārtai, kas nepieciešama šī pakalpojuma sniegšanai. Visas ārstniecības iestādes ir piedāvājušas valsts apmaksātu magnētisko rezonansi, izņemot Veselības centru 4.

Visaugstākā maksas pakalpojuma cena 2012.–2014. gadā ir bijusi Veselības centrā 4, nākamā augstākā – Dziedniecībā un P. Stradiņa Klīniskajā universitātes slimnīcā. Valsts apmaksātam medicīnas pakalpojumam augstākā cena 2012. gadā ir bijusi P. Stradiņa Klīniskajā universitātes slimnīcā un Medicīnas sabiedrībā ARS, savukārt 2013. un 2014. gadā augstākā cena ir bijusi arī Rēzeknes slimnīcā un Rīgas Austrumu klīniskajā universitātes slimnīcā. Zemākā valsts apmaksātā pakalpojuma cena ir bijusi Daugavpils reģionālajā slimnīcā.

2013. un 2014.gadā trīs ārstniecības iestādēs cenas ir nedaudz paaugstinājušās, savukārt Daugavpils reģionālajā slimnīcā cena ir nebūtiski samazinājusies. Divās ārstniecības iestādēs pēdējo trīs gadu laikā pakalpojumu cena ir palikusi nemainīga.

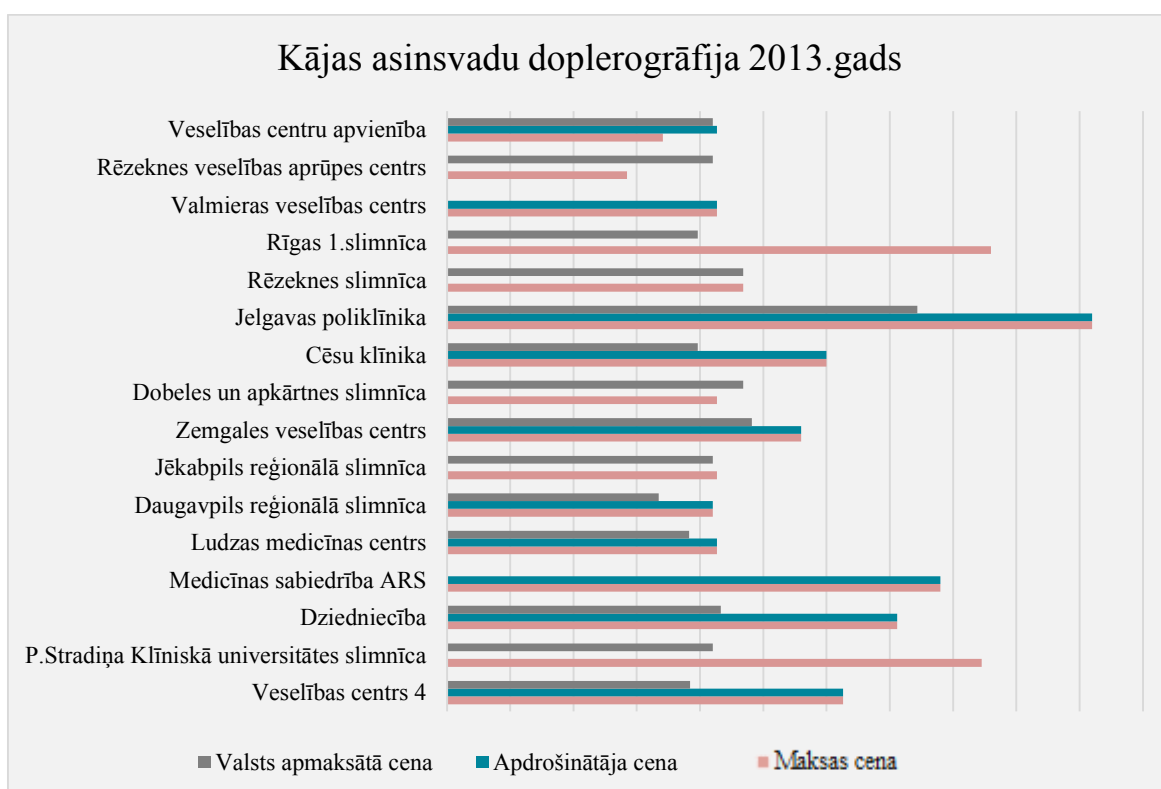
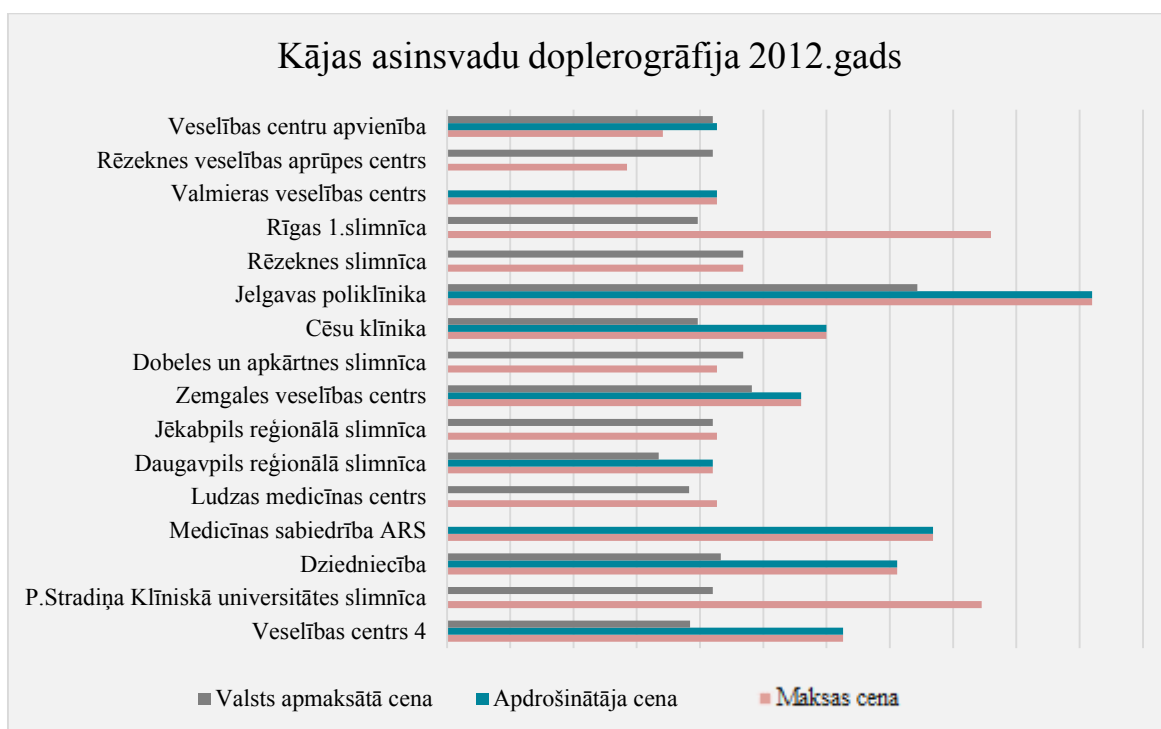
Vidējā maksas pakalpojuma cena 2012.gadā bija 100,68 eiro. Vidējā valsts apmaksātā pakalpojuma cena bija 84,57 eiro, kas salīdzinājumā ar maksas pakalpojuma cenu ir zemāka.

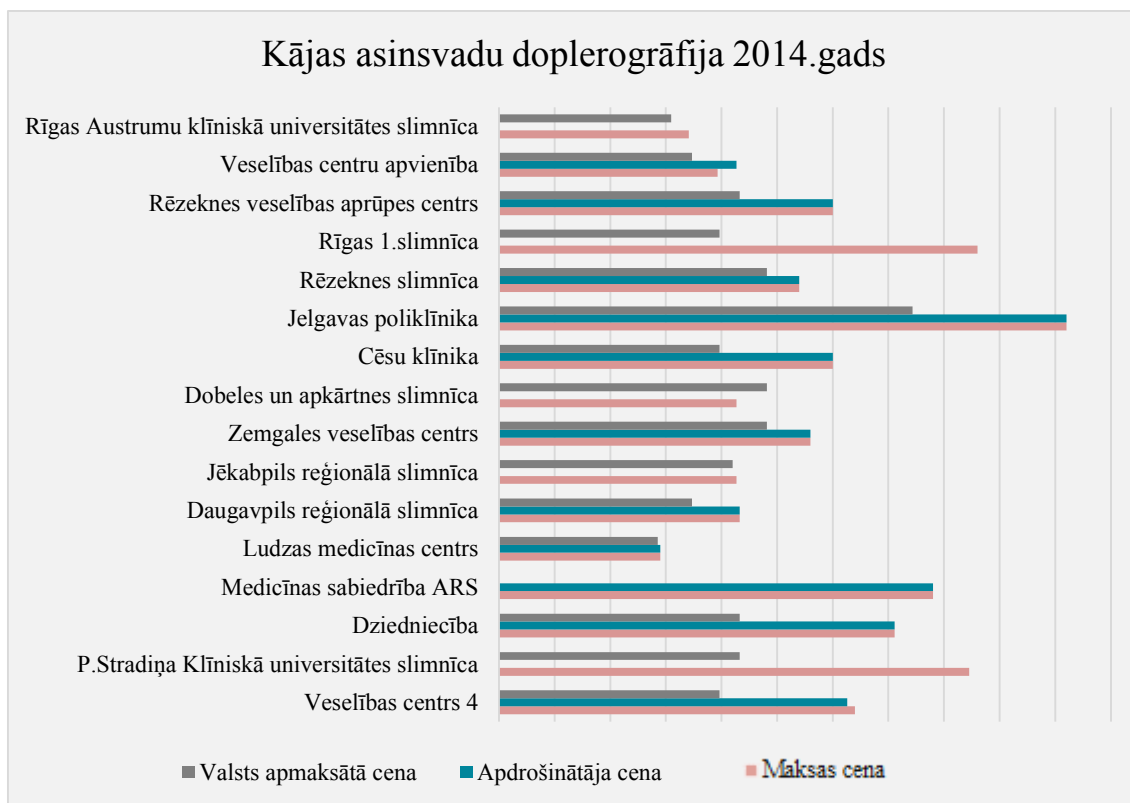
Vidējā maksas pakalpojuma cena 2013.gadā bija 101,31 eiro, kas salīdzinājumā ar 2012.gada cenu ir mazliet palielinājusies. Apdrošinātāja cena ir tāda pati. Papildus jānorāda, ka divās ārstniecības iestādēs apdrošinātājs nesedz šāda medicīniskā pakalpojuma veikšanu. Vidējā valsts apmaksātā pakalpojuma cena bija 87,62 eiro. Vidējā maksas pakalpojuma cena 2014.gadā bija 105,84 eiro. Apdrošinātāja cena ir bijusi tāda pati, izņemot Veselības centru 4, kur apdrošinātāju cena ir bijusi nedaudz zemāka. Vidējā valsts apmaksātā pakalpojuma cena bija 90,83 eiro, kas norāda uz to, ka salīdzinājumā ar 2013.gadu valsts finansējums ir mēreni palielinājies, un tas ir augstāks arī salīdzinājumā ar 2012.gadu. Secināms, ka no 2012. un 2013.gada vidējā valsts apmaksātā pakalpojuma cena ir neaudz pieaugusi.

Vienlaicīgi 2013. un 2014.gadā atsevišķās ārstniecības iestādēs ir nedaudz palielinājušās cenas pakalpojumiem, kurus pilnā apmērā sedz pacients (kopā četras ārstniecības iestādes). Cenas samazinājums nav noticis nevienā ārstniecības iestādē, tomēr cenas pēdējo trīs gadu laikā ir palikušas nemainīgās divās ārstniecības iestādēs.

Vidējā maksas cena medicīnas centros 2012.gadā bija 104,82 eiro, taču 2013. gadā – 106,38 eiro. 2014.gadā vidējā maksas cena bija 115,41 eiro. Secināms, ka no 2012.gada maksas pakalpojumu cenas medicīnas centros ir pieaugušas. Vienīgās no aptaujātajām slimnīcām, kas 2012.gadā sniedza

magnētiskās rezonanses pakalpojumu, bija Daugavpils reģionālā slimnīca un P. Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca. Savukārt 2013. un 2014.gadā šādu pakalpojumu sniedza arī Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca un Rēzeknes slimnīca. Vidējā pakalpojuma cena 2014.gadā bija 98,66 eiro. Salīdzinot slimnīcu un medicīnas centru maksas pakalpojumu cenas, secināms, ka slimnīcu piedāvātā vidējā maksas pakalpojumu cena 2014.gadā ir bijusi par vidēji 16,75 eiro zemāka nekā medicīnas centros, kas ir salīdzinoši liela starpība un norāda uz to, ka slimnīcas ar medicīnas centriem šajā pakalpojuma sniegšanā konkurē ar cenu.





19.attēls – 21.attēls. Medicīnas pakalpojuma – kājas asinsvadu doplerogrāfija cena ārstniecības iestādēs 2012. – 2014.gadā
Avots: Izveidots pēc tirgus dalībnieku sniegtās informācijas

Ārstniecības iestāžu skaits, kas piedāvā veikt kāju asinsvadu doplerogrāfiju, 2012.–2014.gadā nav mainījies – tās ir 16 ārstniecības iestādes, no kurām 2012. un 2013.gadā pakalpojumu kā valsts apmaksātu piedāvāja 14 un 2014.gadā 15 ārstniecības iestādes. Tas būtu uzskatāms par salīdzinoši lielu tirgus dalībnieku skaitu, atbilstoši arī pakalpojuma pieejamība būtu vērtējama kā laba. Visaugstākās maksas pakalpojuma cenas 2012.–2014.gadā ir bijušas Jelgavas poliklīnikā un P. Stradiņa Klīniskajā universitātes slimnīcā. 2013. un 2014.gadā sešās ārstniecības iestādēs cenas ir nedaudz paaugstinājušās, savukārt astoņās ārstniecības iestādēs pēdējo trīs gadu laikā cena ir palikusi nemainīga.

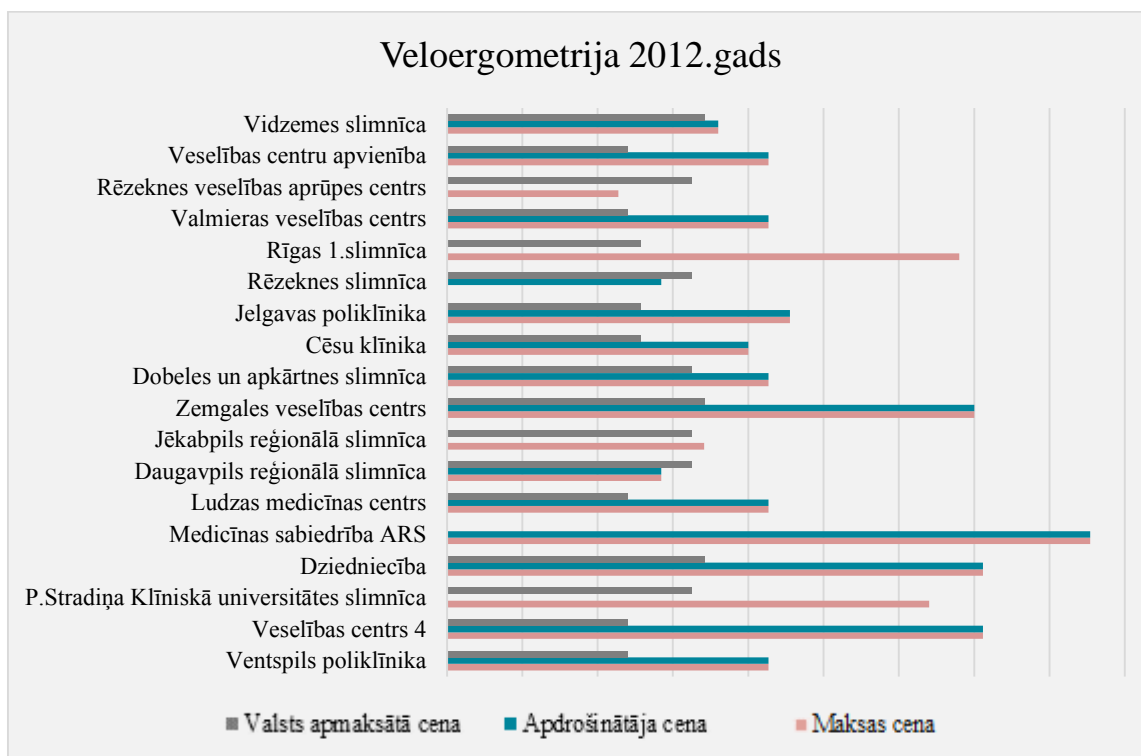
Vidējā maksas pakalpojuma cena 2012.gadā bija 28,79 eiro. Apdrošinātāja cena bija tādi pati, izņemot Veselības centru apvienībā, kur apdrošinātāja cena ir bijusi augstāka. Papildus jānorāda, ka septiņās ārstniecības iestādēs apdrošinātājs šāda medicīnas pakalpojuma veikšanu neapmaksā. Vidējā valsts apmaksātā pakalpojuma cena bija 22,03 eiro, kas salīdzinājumā ar maksas pakalpojuma cenu ir zemāka.

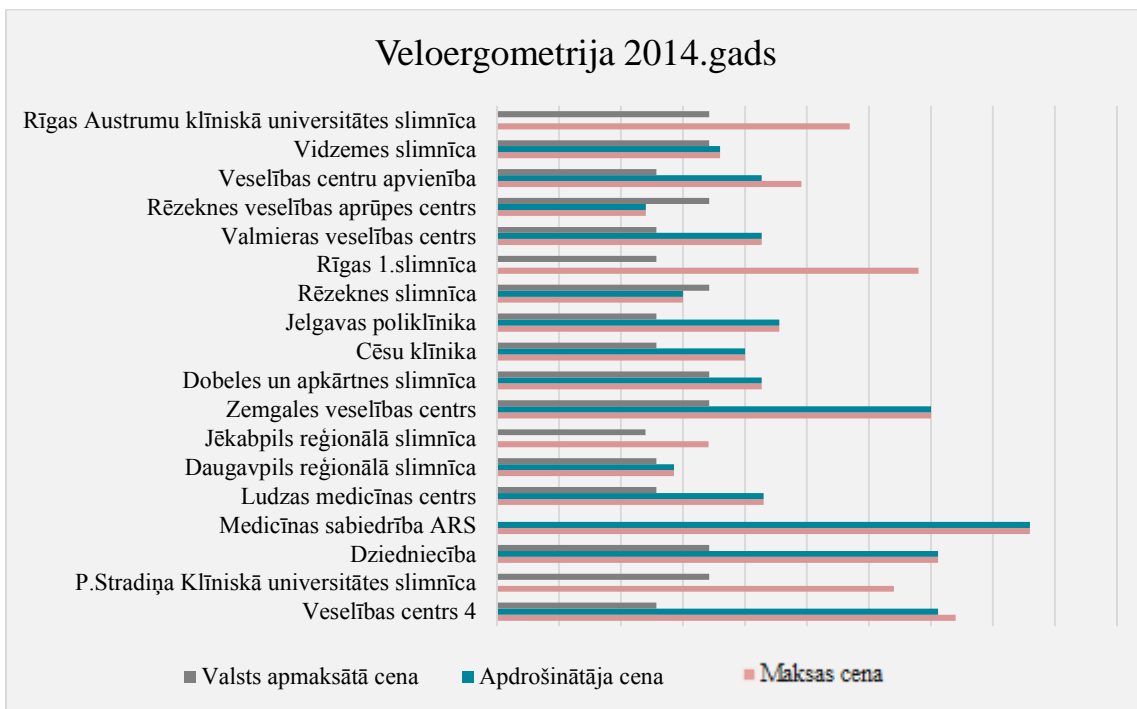
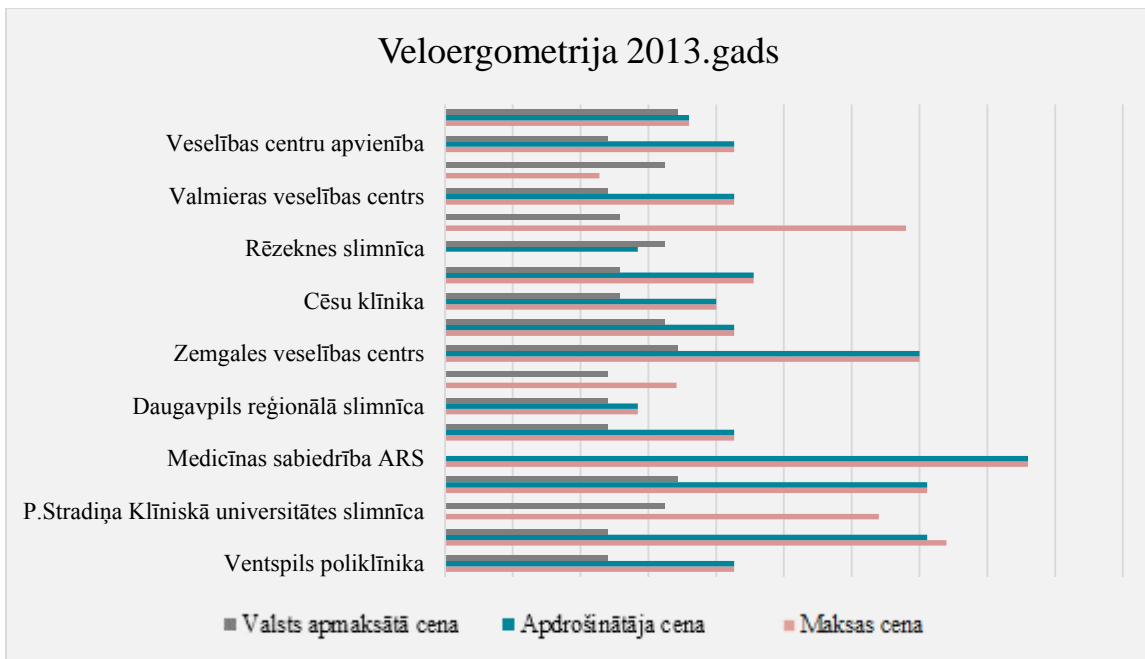
Vidējā medicīnas pakalpojuma maksas cena 2013.gadā bija 28,82 eiro, kas ir mazliet augstāka par šī paša pakalpojuma cenu 2012.gadā. Vidējā valsts apmaksātā pakalpojuma cena bija 22,03 eiro, tātad salīdzinājumā ar 2012.gadu valsts apmaksātā medicīnas pakalpojuma cena nav mainījusies.

Vidējā maksas pakalpojuma cena 2014.gadā bija 29,59 eiro. Vidējā valsts apmaksātā pakalpojuma cena bija 21,28 eiro, kas norāda uz to, ka salīdzinājumā ar 2012. un 2013.gadu valsts finansējums ir nedaudz samazinājies.

2013. un 2014.gadā ārstniecības iestādēs ir palielinājušās cenas pakalpojumiem, kurus pilnā apmērā sedz pacients. Cenas paaugstinājums ir noticis sešās ārstniecības iestādēs – Veselības centrā 4, Medicīnas sabiedrībā ARS, Daugavpils reģionālajā slimnīcā, Rēzeknes slimnīcā, Rēzeknes veselības aprūpes centrā un Veselības centru apvienībā. Cenas samazinājums ir noticis Ludzas medicīnas centrā, un cenas pēdējo trīs gadu laikā ir palikušas nemainīgās astoņās ārstniecības iestādēs.

Vidējā maksas cena medicīnas centros 2012.gadā bija 29,66 eiro, 2013.gadā - 29,72 eiro un 2014.gadā - 33,15 eiro. Secināms, ka no 2012.gada maksas pakalpojumu cenas medicīnas centros ir pieaugušas un lielākais pieaugums vērojams tieši 2014.gadā. Slimnīcās vidējā maksas pakalpojumu cena 2012.gadā bija 27,67 eiro, un tā ir nedaudz pieaugusi 2013.gadā, savukārt 2014.gadā cena ir mazliet samazinājusies – 26,01 eiro. Salīdzinot slimnīcu un medicīnas centru maksas pakalpojumu cenas, secināms, ka slimnīcu piedāvātā vidējā maksas pakalpojumu cena 2012. – 2014.gadā ir bijusi par vidēji 3,72 eiro zemāka nekā medicīnas centros.





22.attēls – 24.attēls. Medicīnas pakalpojuma – veloergometrija cena ārstniecības iestādēs 2012. – 2014.gadā
Avots: Izveidots pēc tirgus dalībnieku sniegtās informācijas

Visas aptaujātās ārstniecības iestādes piedāvājušas veikt veloergometriju, arī pakalpojumu sniedzēju skaits laika periodā no 2012.gada nav mainījies –18 ārstniecības iestādes. Ņemot vērā iepriekš minēto, secināms, ka pakalpojuma pieejamība būtu vērtējama kā augsta.

Visaugstākā maksas pakalpojuma cena 2012.–2014.gadā ir bijušas Veselības centrā 4 un ARS, kas palicis nemainīgi visā izpētes laika periodā.

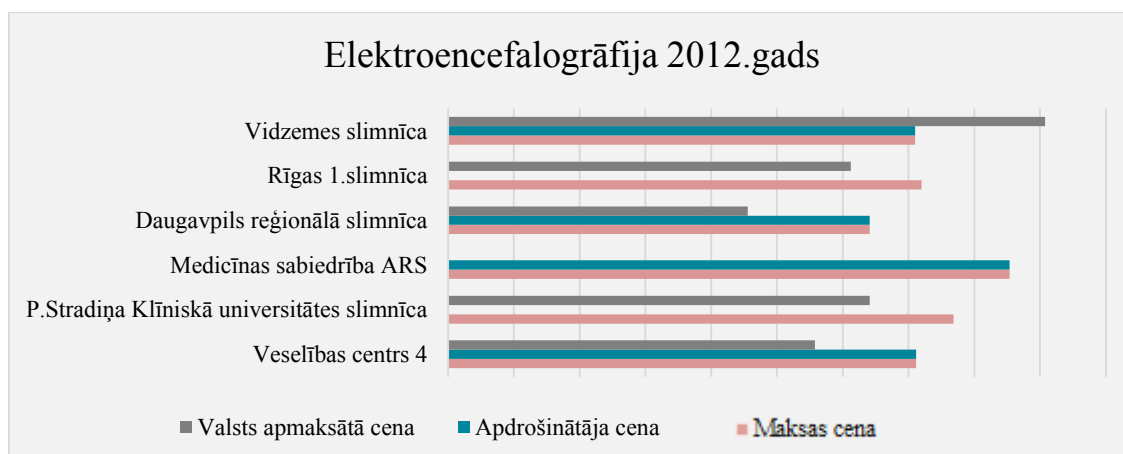
2013. un 2014.gadā septiņās ārstniecības iestādēs cenas ir nedaudz paaugstinājušās, savukārt deviņās ārstniecības iestādēs pēdējo trīs gadu laikā cena ir palikusi nemainīga.

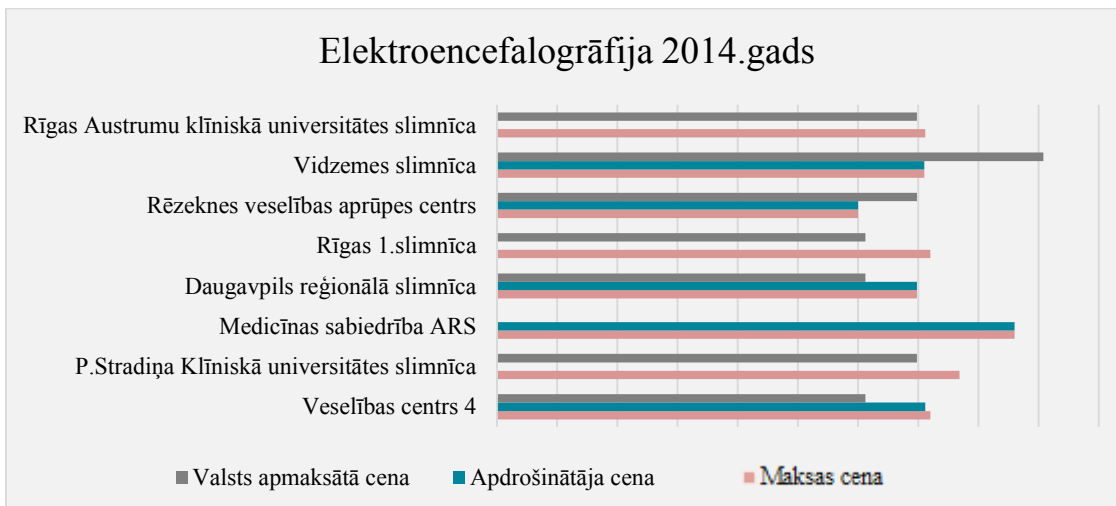
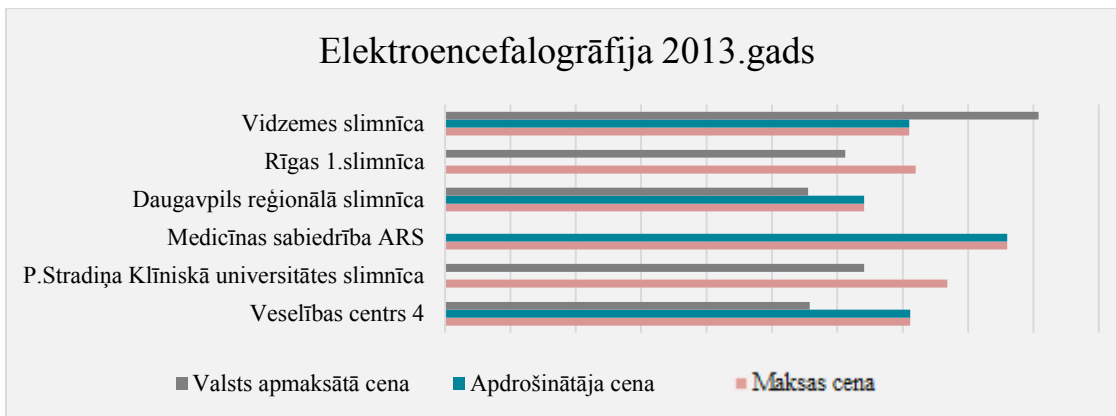
Vidējā maksas pakalpojuma cena 2012.gadā bija 25 eiro. Vidējā valsts apmaksātā pakalpojuma cena bija 14,54 eiro, kas salīdzinājumā ar maksas pakalpojuma cenu ir gandrīz uz pusi zemāka.

Vidējā medicīnas pakalpojuma maksas 2013.gadā bija 25,10 eiro, kas ir mazliet augstāka par šī paša pakalpojuma cenu 2012.gadā. Apdrošinātāja cena ir tāda pati (izņemot Veselības centru 4, kur apdrošinātāja cena ir bijusi zemāka). Vidējā valsts apmaksātā pakalpojuma cena bija – 13,28 eiro, tātad salīdzinājumā ar 2012.gadu valsts apmaksātā medicīnas pakalpojuma cena ir mazliet samazinājusies un joprojām ir vairāk kā par pusi zemāka nekā maksas pakalpojuma cena. Vidējā maksas pakalpojuma cena 2014.gadā bija 25,16 eiro. Vidējā valsts apmaksātā pakalpojuma cena bija 14,81 eiro, kas norāda uz to, ka salīdzinājumā ar 2012. un 2013.gadu valsts finansējums ir nedaudz palielinājies.

2013. un 2014.gadā ārstniecības iestādēs ir palielinājušās cenas pakalpojumiem, kurus pilnā apmērā sedz pacients. Cenas paaugstinājums ir noticis septiņās ārstniecības iestādēs – Veselības centrā 4, Medicīnas sabiedrībā ARS, Valmieras veselības centrā, Rēzeknes veselības aprūpes centrā, Ludzas medicīnas centrā, Daugavpils reģionālajā slimnīcā un Veselības centru apvienībā. Cenas samazinājums nav novērojams nevienā ārstniecības iestādē, savukārt cenas pēdējo trīs gadu laikā ir palikušas nemainīgas deviņās ārstniecības iestādēs.

Vidējā maksas cena medicīnas centros par veloergometriju 2012.gadā bija 26,70 eiro, 2013.gadā - 26,87 eiro un 2014.gadā - 26,92 eiro. Secināms, ka no 2012.gada maksas pakalpojumu cenas medicīnas centros ir nedaudz pieaugušas. Slimnīcās vidējā maksas pakalpojumu cena 2012.gadā bija 22,57 eiro, un tā nav mainījies arī 2013.gadā. Cena ir mazliet samazinājusies 2014.gadā – 22,41 eiro. Salīdzinot slimnīcu un medicīnas centru maksas pakalpojumu cenas, secināms, ka slimnīcu piedāvātā vidējā maksas pakalpojumu cena 2012.–2014.gadā ir bijusi vidēji par 4,31 eiro zemāka nekā medicīnas centros.





25.attēls – 27.attēls. Medicīnas pakalpojuma – elektroencefalogrāfija cena ārstniecības iestādēs 2012. – 2014.gadā
Avots: Izveidots pēc tirgus dalībnieku sniegtās informācijas

Izvērtējot tirgus dalībnieku mainību elektroencefalogrāfijas pakalpojumu sniegšanā, secināms, ka no 2012.–2014.gadam tirgus dalībnieku skaits ir bijis nemainīgs – sešas ārstniecības iestādes. 2014.gadā medicīnas pakalpojumu piedāvājušas veikt astoņas ārstniecības iestādes, no kā izriet, ka medicīnas pakalpojuma pieejamība ir nedaudz uzlabojusies, tomēr jāņem vērā, ka šo pakalpojumu no aptaujātajām ārstniecības iestādēm joprojām piedāvā salīdzinoši neliels iestāžu skaits.

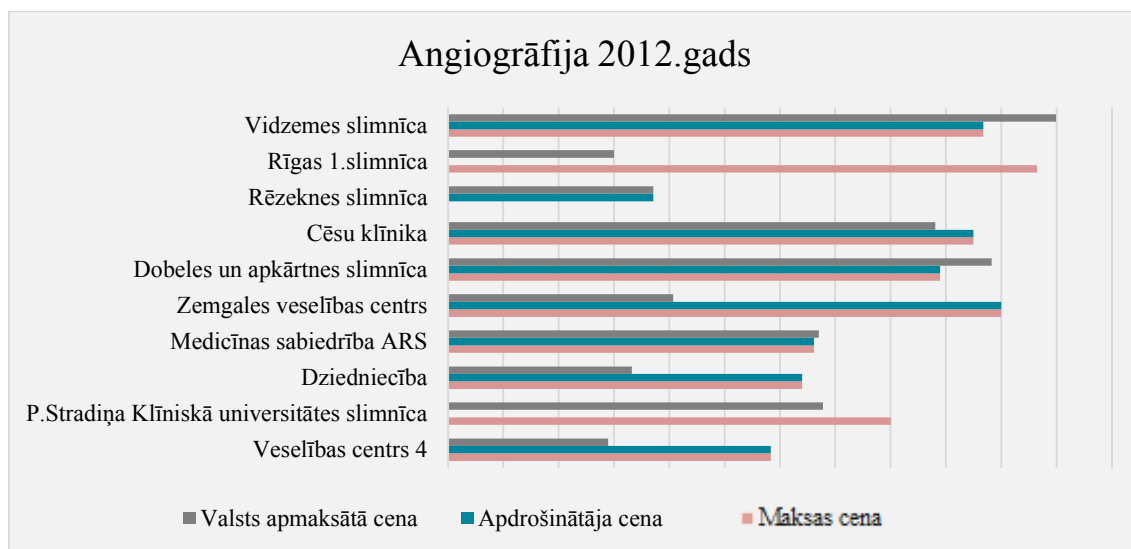
2013. un 2014.gadā trīs ārstniecības iestādēs elektroencefalogrāfijas cena ir nedaudz paaugstinājusies, savukārt trīs ārstniecības iestādēs pēdējo trīs gadu laikā cena ir palikusi nemainīga.

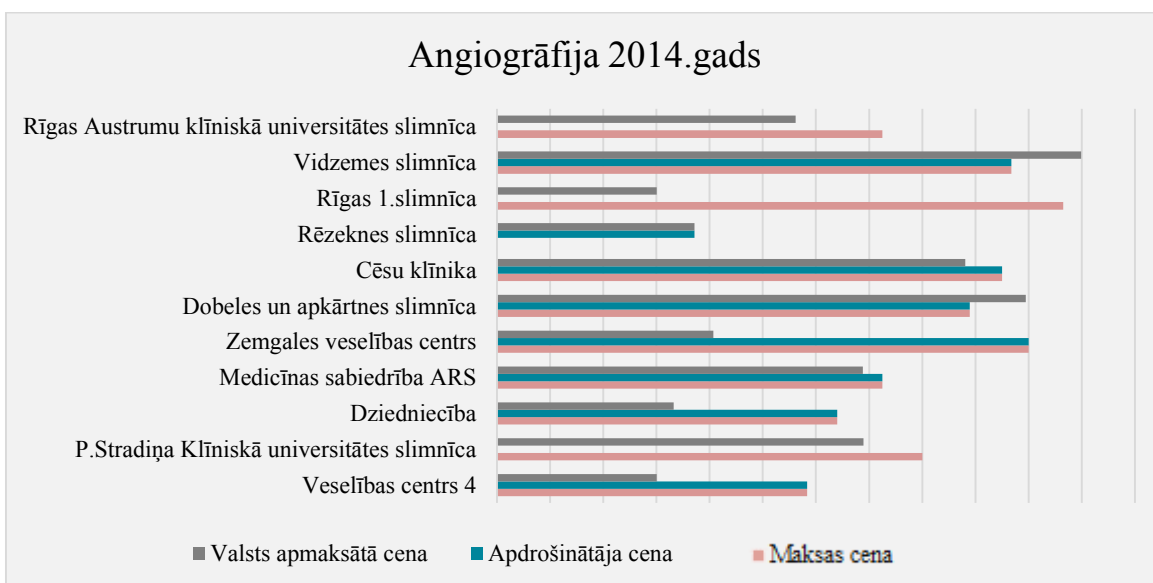
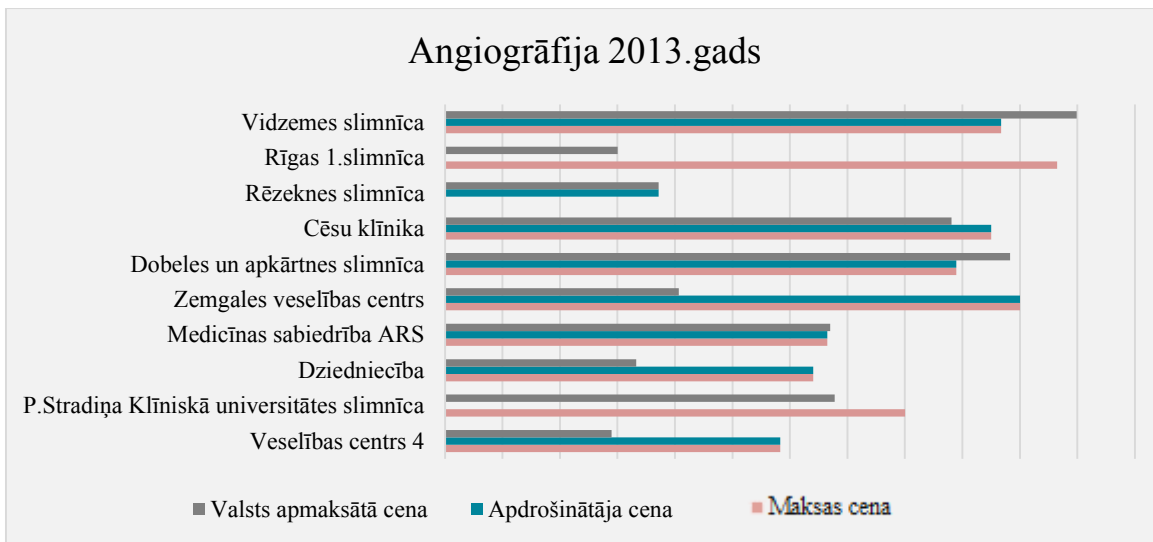
Vidējā maksas pakalpojuma cena 2012.gadā bija 36,70 eiro. Apdrošinātāja cena 2012.gadā ir bijusi tādi pati. Papildus jānorāda, ka divās ārstniecības iestādēs, kas piedāvā veikt elektroencefalogrāfiju, apdrošinātājs šāda medicīnas pakalpojuma veikšanu neapmaksā. Vidējā valsts apmaksātā pakalpojuma cena bija 31,79 eiro, kas ir nedaudz mazāka par maksas pakalpojuma cenu.

Vidējā medicīnas pakalpojuma maksas cena 2013.gadā bija 36,76 eiro, kas ir mazliet augstāka par šī paša pakalpojuma cenu 2012.gadā. Vidējā valsts apmaksātā pakalpojuma cena bija 32,62 eiro. Tātad valsts apmaksātā medicīnas pakalpojuma cena ir mazliet palielinājusies (salīdzinājumā ar 2012.gadu), tomēr joprojām ir zemāka par maksas pakalpojuma cenu. Vidējā maksas pakalpojuma cena 2014.gadā bija 36,17 eiro, savukārt vidējā valsts apmaksātā pakalpojuma cena bija 34,55 eiro, kas norāda uz to, ka salīdzinājumā ar 2012. un 2013.gadu valsts finansējums ir nedaudz palielinājies.

2013. un 2014.gadā atsevišķās ārstniecības iestādēs ir palielinājušās cenas pakalpojumiem, kurus pilnā apmērā sedz pacients - Veselības centrā 4, Medicīnas sabiedrībā ARS un Daugavpils reģionālajā slimnīcā. Cenas samazinājums nav novērojams nevienā no aptaujātajām ārstniecības iestādēm, savukārt cenas pēdējo trīs gadu laikā ir palikušas nemainīgas trīs ārstniecības iestādēs.

Slimnīcās vidējā maksas pakalpojumu cena 2012.gadā bija 34,51 eiro, un tā nav mainījusies arī 2013.gadā. Cena ir mazliet paaugstinājusies 2014.gadā – 36,07 eiro. Salīdzinot slimnīcu un medicīnas centru maksas pakalpojumu cenas, secināms, ka slimnīcu piedāvātā vidējā maksas pakalpojumu cena 2012.–2014.gadā ir bijusi vidēji par 3,22 eiro zemāka nekā medicīnas centros. Tomēr, izvērtējot 2014.gada cenu, secināms, ka slimnīcas cena ir ļoti pietuvojusies medicīnas centru cenai un slimnīcas ar medicīnas centriem gandrīz nekonkurē par cenu.





28.attēls – 30.attēls. Medicīnas pakalpojuma – angiogrāfija cena ārstniecības iestādēs 2012. – 2014.gadā

Avots: Izveidots pēc tirgus dalībnieku sniegtās informācijas

Ārstniecības iestāžu skaits, kas piedāvā veikt angiogrāfiju, nav mainījies, proti, pakalpojumu sniegušas desmit ārstniecības iestādes. Visas ārstniecības iestādes arī piedāvā angiogrāfiju kā valsts apmaksātu medicīnas pakalpojumu.

Cenas pieaugums konstatējams tikai vienā ārstniecības iestādē, savukārt pārējās deviņās ārstniecības iestādēs pēdējo trīs gadu laikā cena palikusi nemainīga. Vidējā maksas pakalpojuma cena 2012.gadā - 167,94 eiro, savukārt valsts apmaksātā pakalpojuma cena bija 120,23 eiro, kas salīdzinājumā ar maksas pakalpojuma cenu ir ievērojami zemāka.

Vidējā maksas medicīnas pakalpojuma cena 2013.gadā bija 168,02 eiro, kas ir mazliet augstāka par šī paša pakalpojuma cenu 2012.gadā. Vidējā valsts apmaksātā pakalpojuma cena bija 120,23 eiro, tātad valsts apmaksātā medicīnas pakalpojuma cena salīdzinājumā ar 2012.gadu nav

mainījusies. Vidējā maksas pakalpojuma cena 2014.gadā bija 166,92 eiro. Vidējā valsts apmaksātā pakalpojuma cena bija 120,47 eiro, kas norāda uz to, ka salīdzinājumā ar 2012. un 2013.gadu valsts finansējums ir nedaudz palielinājies.

Medicīnas pakalpojuma cenas samazinājums Uzraudzības ietvaros nav konstatēts. Vidējā maksas cena medicīnas centros 2012.gadā bija 153,41 eiro, 2013.gadā - 153,55 eiro un 2014.gadā - 155,95 eiro. Slimnīcās vidējā maksas pakalpojumu cena 2012.gadā bija 186,11 eiro, un tā nav mainījusies 2013. un 2014.gadā. Salīdzinot slimnīcu un medicīnas centru maksas pakalpojumu cenas, secināms, ka slimnīcu piedāvātā vidējā maksas pakalpojumu cena 2012.-2014.gadā ir bijusi vidēji par 31,14 eiro augstāka nekā medicīnas centros, kas būtu uzskatāma par salīdzinoši lielu atšķirību.

6.3. Cenu izmaiņas

Uzraudzības ietvaros, izvērtējot pieprasītāko medicīnas pakalpojumu cenas, tika konstatēts, ka atsevišķās ārstniecības iestādēs medicīnas pakalpojuma cena ir palikusi nemainīga, tomēr vērojams arī pakalpojumu cenu pieaugums. Tirgus dalībnieki tika lūgti skaidrot cenu izmaiņas, un, izvērtējot sniegtās atbildes, secināms, ka cenu izmaiņas saistītas ar vairākiem faktoriem, no kuriem lielākā daļa ir saistīta ar valsts īstenoto politiku un normatīvo regulējumu. Tā, piemēram, PVN paaugstināšana no 10% uz 21% medicīnas materiāliem un tehnoloģijām, papildu izdevumi, gatavojoties e-veselības pakalpojuma ieviešanai, riska maksājumi Ārstniecības fondā, medicīnas ierīču reģistra uzturēšana Zāļu valsts aģentūras datubāzē. Cenu izmaiņas ir saistītas arī ar jauno 2013.gada 17.decembra MK noteikumu Nr.1529 *"Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība"* ieviešanu un ar tajos veikto valsts apmaksājamo veselības aprūpes pakalpojumu tarifu pārrēķināšanu.

7. SECINĀJUMI

Konkrētais tirgus

1. Uzraudzības ietvaros tika izvērtēti 18 ārstniecības iestāžu – slimnīcu un medicīnas centru – sniegtie dati par desmit pieprasītākajiem medicīnas pakalpojumiem:

- galvas un kakla asinsvadu doplerogrāfija;
- vēdera dobuma orgānu ultrasonogrāfija;
- vairogdziedzera ultrasonogrāfija;
- citu asinsvadu doplerogrāfija;
- ehokardiogrāfija;
- magnētiskā rezonanse;
- kājas asinsvadu doplerogrāfija;
- veloergometrija;
- elektroencefalogrāfija;
- angiogrāfija.

2. Definējot sekundāro ambulatoro veselības aprūpes (SAVA) pakalpojumu tirgu, jāņem vērā, ka pakalpojumus no pieprasījuma puses iespējams iedalīt pēc apmaksas veida: maksas pakalpojumi un valsts apmaksātie pakalpojumi, kur pacients piedalās ar pacienta iemaksu. Tādējādi konkrētos tirgus var segmentēt pēc pamat-finansējuma avota (publiskais/valsts finansējums + pacienta iemaksa un tikai pacienta finansēts maksas pakalpojums).

3. Nozīmīgākā atšķirība starp medicīnas pakalpojumu tirgus segmentiem ir finansiāla pieejamība – valsts finansētie medicīnas pakalpojumi patērētājam ir ievērojami lētāki, nekā privātā sektora piedāvātie. Turklāt norādāms, ka gan no patērētāja, gan no pakalpojuma sniedzēja puses ir būtiska nozīme tam, kā tiek finansēts pakalpojums, jo patērētājam finansēšanas avots ietekmē pakalpojuma pieejamību, savukārt pakalpojuma sniedzējam ieņēmumu apmēru.

4. Izvērtējot dažādu SAVA pakalpojumu aizvietojamību no piedāvājuma un pieprasījuma puses, konstatējams, ka šāda aizvietojamība drīzāk nepastāv.

5. SAVA pakalpojumu ģeogrāfiskais tirgus vērtējams atbilstoši patērētāju (pacientu) iespējam pārslēgties un izvēlēties pakalpojumu ģeogrāfiski plašākā vai šaurākā teritorijā atbilstoši tā pieejamībai. Ģeogrāfiskais tirgus var tikt noteikts kā Latvijas teritorija vai atsevišķu reģionu robežās. Ģeogrāfiskā tirgus definēšanā nozīme ir dažādiem faktoriem – pacientu plūsma, ārstu un apdrošinātāju interviju rezultāti, pacientu paradumi.

Barjeras (ienākšanai tirgū)

6. KP ir identificējusi arī medicīnas pakalpojumu tirgus barjeras, kas izriet no finansiālo ieguldījumu apjoma un tirgus veidošanās vēsturiskajiem aspektiem.

7. Ārstniecības likums neierobežo subjektu loku, kas var izveidot ārstniecības iestādi. Vienlaikus vērtējot barjeras ienākšanai tirgū saistībā ar normatīvo aktu prasībām, secināms, ka, lai ārstniecības iestāde varētu uzsākt veselības pakalpojumu sniegšanu, prasības ir salīdzinoši sarežģītas

un atsevišķos gadījumos var prasīt lielas investīcijas. Papildus jāņem vērā arī tirgus vēsturiskie aspekti, kas ietekmē jauno tirgus dalībnieku ienākšanu tirgū: stratēģiskās priekšrocības, izmaksu priekšrocības un kvalificēta darbaspēka pieejamība.

8. Izvērtējot MK 17.12.2013. noteikumu Nr. 1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" ietekmi uz konkurenci, konstatējams, ka minētajos noteikumos ietvertie kumulatīvie kritēriji, kurus izpildot ārsts – speciālists var sniegt valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus atsevišķi no medicīnas centriem, ir ierobežojoši un konkurenci kavējoši. Ar minētajiem kritērijiem tiek kavēta lielākajiem medicīnas centriem konkurējošo pakalpojumu attīstība. KP uzsver, ka kritērijiem, lai atļautu ārstam – speciālistam sniegt valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus, jābūt praktiski izpildāmiem un tiem jānodrošina pakalpojuma pieejamība.

Tirgus dalībnieki un pakalpojumu pieejamība

9. Sekundāro veselības aprūpi nodrošina valsts un pašvaldību ārstniecības iestādes, kā arī privātās ārstniecības iestādes, kas savstarpēji konkurē ar cenu, pakalpojumu kvalitāti un piedāvājuma klāstu.

10. Kā lielākos tirgus dalībniekus medicīnas pakalpojumu tirgū iespējams identificēt slimnīcas, piemēram, VSIA "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca", SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" un Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca. Savukārt kā lielākos privātos medicīnas pakalpojumu sniedzējus, iespējams nosaukt MFD Veselības grupu un SIA „Veselības centrs 4”.

11. Par ārstniecības iestāžu lielākajiem klientiem, kas pērk pakalpojumu no medicīnas pakalpojuma sniedzēja (apmaksā to), ir uzskatāmi NVD (gadījumā, ja ārstniecības iestāde sniedz valsts apmaksātos primārās un sekundārās veselības aprūpes pakalpojumus), apdrošināšanas uzņēmumi.

12. Ārstniecības iestādēm, kas pieder publiskai personai, rūpīgi jāizvērtē nepieciešamība iepirkt medicīniskās iekārtas, tātad būtu jāņem vērā tas, kādas iekārtas pietiekamā apjomā ir privāto ārstniecības iestāžu rīcībā un kuras ir nepieciešamās tajā skaitā mazai patērētāju grupai (specifiskas) lai privātie pakalpojumu sniedzēji tajās investētu. Ievērojot to, ka valsts apmaksātos medicīnas pakalpojumus sniedz arī privātās ārstniecības iestādes, izvērtējums nepieciešams, lai lieki nepārklātos iestāžu tehniskais nodrošinājums. Tas veicinātu inovatīvu un specifisku iekārtu iegādi un pacientiem tiktu nodrošināts plašāks medicīnas pakalpojumu klāsts, un medicīnas ierīču noslodze būtu optimāla.

13. Papildus jānorāda, ka valsts un pašvaldību īpašumā esošas ārstniecības iestādes kopumā ir mazāk pakļautas ar izmaksām un investīcijām saistītiem riskiem. Piemēram, ar publiskiem līdzekļiem var tikt segtas finansiāli neveiksmīgas investīcijas (piemēram, iekārtu iegāde), kā arī tiek nodrošināts lielāks pieprasījums pēc konkrētas ārstniecības iestādes pakalpojumiem, piemērojot *in-house* principu, nevis rīkojot iepirkumus.

Pakalpojumu pieejamība

14. Izvērtējot Uzraudzības ietvaros pētītos medicīnas pakalpojumus, secināms, ka tirgus dalībnieku skaits, kas sniedz konkrētos medicīnas

pakalpojumus, kopš 2012. gada nav būtiski mainījusies. Atbilstoši nav mainījusies arī to līgumu skaits, kurus ārstniecības iestādes slēgušas ar NVD par valsts apmaksāto medicīnas pakalpojumu sniegšanu.

15. Izvērtēto medicīnas pakalpojumu pieejamība būtu vērtējama kā laba, jo tie tiek piedāvāti reģionu lielākajās ārstniecības iestādēs. Tomēr jānorāda, ka divus medicīnas pakalpojumus – magnētisko rezonansi un angiogrāfiju, piedāvā veikt salīdzinoši neliels ārstniecības iestāžu skaits, kas ietekmē pakalpojuma pieejamību.

Pakalpojumu cena

16. Apdrošinātāju cenas vairumā gadījumu ir bijušas identiskas ar maksas pakalpojumu cenu, kas norāda uz to, ka lielākā daļa apdrošinātāju piedāvāto apdrošināšanas polišu piedāvājums pilnībā nosedz pakalpojuma maksu.

17. Valsts apmaksāto pakalpojumu cena no 2012.gada ir mēreni pieaugusi, kas saistāms ar tarifu pārrēķināšanu 2013.gadā. Visiem izvērtētajiem medicīnas pakalpojumiem cena, kad apmaksāta tiek veikta no pacienta vai apdrošinātāja līdzekļiem, ir bijusi augstāka par valsts apmaksāto cenu par epizodi (ieskaitot pacientu iemaksu). Tas norāda uz to, ka valsts finansējuma apmērs Uzraudzības ietvaros izvērtētajiem medicīnas pakalpojumiem nav pietiekams un, iespējams, nenosedz pakalpojuma pašizmaksu, kas var likt to šķērssubsidēt ar maksas pakalpojumiem.

18. Izvērtējot cenu dinamiku, secināms, ka vidējās cenas Rīgā par medicīnas pakalpojumu sniegšanu ir bijušas augstākas nekā ārpus Rīgas. Secināms, ka ārstniecības iestādes pielāgo cenas patērētāju maksātspējai, kā arī medicīnisko iekārtu stāvoklis un noslodze reģionos ir atšķirīga.

19. Kopš 2012.gada mēreni palielinājušas arī maksas pakalpojumu cenas, un būtiskākais cenu kāpums noticis 2014.gadā. Kopumā nav novērojamas būtiskas maksas pakalpojumu cenu svārstības un tās būtu uzskatāmas par stabilām. Papildus jānorāda, ka vismaz trešdaļa ārstniecības iestāžu, kas piedāvā uzraudzības ietvaros izvērtētos medicīnas pakalpojumus, nav mainījušas cenas laika periodā no 2012. – 2014.gadam. Vairumam medicīnas pakalpojumu vidējās cenas slimnīcās ir bijušas zemākas nekā medicīnas centros.

20. Valsts apmaksāto medicīnas pakalpojuma cenu veido no valsts budžeta segto veselības aprūpes pakalpojumu tarifi. Valsts apmaksātajai medicīnas pakalpojuma cenai ir būtiska ietekme uz maksas pakalpojumu cenām, kas bieži tiek veidota, balstoties uz valsts apmaksātā pakalpojuma cenu, tai pievienojot izmaksas, kas saistītas ar personāla izmaksām, medikamentu un piederumu izmaksām, kā arī amortizācijas atskaitījumiem.

Ņemot vērā Uzraudzībā iegūto un apkopoto informāciju Konkurences padome plāno izvērtēt valsts apmaksāto medicīnas pakalpojumu tarifu veidošanos.

Pateicība

Konkurences padome pateicas uzņēmumiem, asociācijām un valsts pārvaldes iestādēm, kas sniedza tirgus uzraudzības veikšanai nepieciešamo informāciju.

Par tirgus uzraudzībām

Konkurences padome veic tirgus uzraudzības – padziļinātu konkurences situācijas analīzi – mērķtiecīgi izvēlētos tirgos, lai atklātu un novērstu konkurences kropļojumus, kas ierobežo uzņēmumu vienlīdzīgu sāncensību.

Uzraudzības noslēguma ziņojums tiek publiskots, ja to neliedz informācijas pieejamības ierobežojumi un ja informācija par tirgu, kas iegūta papildus pārkāpuma konstatēšanai vai nekonstatēšanai, uzskatāma par būtisku.

Sabiedrības līdzdalības iespējas

*Anonīmas ziņošanas iespēja Konkurences padomes interneta vietnē:
<http://www.kp.gov.lv/lv/tipoffs>*

Informēt Konkurences padomi par iespējamiem pārkāpumiem vai saņemt konsultāciju iespējams gan klātienē (iepriekš piesakoties), gan telefoniski (arī neatklājot savu identitāti).

Konkurences padome

Brīvības 55, 2.korp.,
Rīga, LV-1010,
Tālrunis: +371 67282865
Fakss: +371 67242141
E-pasts: konkurence@kp.gov.lv

www.kp.gov.lv

 [@KPgovLV](https://twitter.com/KPgovLV)