

Pacientu izredzes ātri un saprotami saņemt atlīdzību par ārstu kļūdām arvien zemas

08/05/2019  



Ārstniecības riska fonds, kas tika izveidots, lai pacienti varētu saņemt atlīdzību par ārstniecības procesā nodarīto kaitējumu, faktiski nepilda savu galveno uzdevumu, jo tas nedarbojas pacientu interesēs.

Līdzekļi, kurus iespējams saņemt no Fonda, daudzu pacientu veselībai un pat dzīvībai ir kritiski nozīmīgi, jo tie ļauj rīkoties nekavējoties, lai mazinātu un novērstu nodarītā kaitējuma sekas. Atsevišķos gadījumos, ilgstoši gaidot lēmumu par kaitējuma atzīšanu un naudas izmaksu, atlīdzību ir saņēmuši jau pacientu mantinieki. Pie šādām atziņām ir nonākusi Valsts kontrole, revīzijā vērtējot, kā darbojas pirms pieciem gadiem izveidotā fonda atlīdzības sistēma.

Piecu gadu laikā Ārstniecības riska fondā (Fondā) ir saņemti vairāk nekā 900 pacientu atlīdzības pieprasījumi, pieņemti vairāk nekā 200 lēmumi, kuros atzīta kaitējuma esība, un pacientiem izmaksātas atlīdzības 4,4 milj. eiro apmērā. Revīzijā tika vērtēta Fonda pieejamība, pacientu prasījumu vērtēšanas ilgums, atlīdzības apmēra noteikšanas kārtības saprotamība un Fonda finanšu līdzekļu veidošanas process.

Kā un kādēļ veidojas ilgais ceļš līdz atlīdzības saņemšanai

Fonds tika veidots ar pamatmērķi – sniegt iespēju pacientam aizstāvēt savas tiesības bez nepieciešamības iziet tiesāšanās ceļu. Fonds ir valsts atbildībā, bet tā darbība ir tieši atkarīga no Veselības inspekcijas un Nacionālā veselības dienesta (NVD) rīcības ātruma un kapacitātes.

Lai pacients varētu pretendēt uz atlīdzību par nodarīto kaitējumu, tam jāvēršas Fondā, aprakstot nodarīto kaitējumu. Fondam jāpārlicinās, vai iesniegti nepieciešamie dokumenti un ievēroti prasījuma iesniegšanas termiņi, tad Veselības inspekcija veic ekspertīzi un kaitējuma gadījumā nosaka tā apmēru. Pēc tam Fonds pieņem gala lēmumu par atlīdzības izmaksu vai atteikumu izmaksāt atlīdzību. Visam šim procesam atvēlētais maksimālais laiks ir seši mēneši. Termiņi tiek ievēroti faktiski tikai nepilnā ceturtajā daļā (24%) izskatāmo lietu. Lietās, kurās nepieciešams papildu laiks apstākļu izvērtēšanai, – termiņš ir līdz vienam gadam, bet 33% lēmumu ir pieņemti, pārsniedzot pat viena gada termiņu.

Absolūti lielāko daļu lēmuma sagatavošanas laika (90%) aizņem Veselības inspekcijas ekspertīze un atzinuma sagatavošana, turklāt ekspertīzes veikšanas laiks ik gadu palielinās, nevis samazinās. Ja 2014. gadā tas bija vidēji astoņi mēneši, tad 2017. gadā – jau vairāk nekā gads. To ietekmē Veselības inspekcijas kapacitāte un nesakārtotie iekšējie procesi. Revīzijā konstatēts, ka tieši ārstu-ekspertu trūkums būtiski ietekmē Veselības inspekcijas darbību, kas ir visas nozares problēma. Veselības inspekcija šīs problēmas risināšanas nolūkā 2018. gada beigās ir sākusi slēgt līgumus ar profesionālajām asociācijām un pieaicinātiem speciālistiem par slēdzienu sniegšanu ekspertīzēs.

Vienlaikus būtisks termiņu kavēšanas iemesls ir arī pārāk vispārīgais normatīvais regulējums par pacientu veselībai vai dzīvībai nodarītā kaitējuma smaguma atlīdzības aprēķināšanu, kas ir tik komplikēts un neskaidrs, ka pat pietiekami vērtīgs un zinošs pacients tam nevar izsekot un izprast nodarītā kaitējuma aprēķināšanas veidu. Tāpēc pacientam tas neliksies taisnīgs un objektīvs ikvienā gadījumā, kad netiek izmaksāta maksimālā atlīdzības summa.

Fondā iemaksājamās naudas apmēra noteikšana neatbilst normatīvajiem aktiem

Atbilstoši MK noteikumiem ikgadējais ārstniecības iestāžu iemaksu apmērs Fondā ir jānosaka, ņemot vērā prognozēto pamatoto atlīdzību prasījumu skaitu, ārstniecības iestādē nodarbināto personu skaitu un to specialitātes. Taču realitātē NVD prognozes neveic, bet ik gadu balstās uz vieniem un tiem pašiem 2013. gadā definētajiem pieņēmumiem. Proti, ka gada laikā jāreķinās ar desmit pamatotiem atlīdzību prasījumiem maksimālās izmaksu summas apmērā.

Šobrīd Fonda finanšu plūsma neliecina par to, ka kādā brīdī Fondā būtu trūcis līdzekļu atlīdzību izmaksāšanai. Viens no iemesliem, kāpēc šāda salīdzinoši stabila situācija veidojas, ir tas, ka tiek novilcināts lēmumu pieņemšanas laiks, turklāt Fondam neiestājas atbildība par pacientu prasījumu termiņu pārkāpšanu. Tā rezultātā pacientiem izmaksātās kompensācijas nepārsniedz ikgadējā budžetā pieejamā finansējuma apmēru un vienlaikus veidojas Fonda līdzekļu atlikums. Tomēr, ja atlīdzības pieprasīšanas process kļūtu ievērojami īsāks, naudas kompensācijām kādā brīdī varētu nepietikt.

Fonda finanšu līdzekļu veidošanas process liecina par prioritārām rūpēm par valsts budžetu, nevis pacientu. Arī MK noteikumos paredzētais atlīdzības izmaksas termiņš – 90 darba dienas – nav samērīgs un neliecina par pacientu interešu ievērošanu.

Sabiedrībai nepietiek informācijas par Fondu

Otrs iemesls, kādēļ nauda paliek Fondā, ir tas, ka sabiedrībai netiek sniegta pietiekama informācija par Fonda esību un uzdevumiem, pacienti nav informēti par savām tiesībām. Revīzijā veiktās aptaujas dati liecina, ka tikai 14% aptaujāto ir dzirdējuši, ka Latvijā darbojas šāds Fonds, un tikai 9% respondentu zina, kas ir Fonda pamatfunkcija.

Veselības ministrija kopš fonda izveidošanas vispār nav vērtējusi tā darbības atbilstību pacientu interesēm, kaut arī ministrijas rīcībā ir pietiekami daudz informācijas par Veselības inspekcijas termiņu kavējumiem, par neskaidro kaitējuma smaguma apmēra noteikšanas mehānismu un par ievērojamo pārsūdzību skaitu. 18% no Fonda lēmumiem tiek pārsūdzēti Veselības ministrijā, un vismaz 48% no tiem vēlāk tiek pārsūdzēti Administratīvajā tiesā.

[No Ārstniecības riska fonda izmaksāto atlīdzību regulēšanas procesa atbilstība normatīvo aktu prasībām](#)