



Vai Ārstniecības riska fonds darbojas pacientu interesēs?

Rīga 2019



Latvijas Republikas
Valsts kontrole

Revīzijas ziņojums

Revīzijas ziņojums atbilstības/lietderības revīzijai “No Ārstniecības riska fonda izmaksāto atlīdzību regulēšanas procesa atbilstība normatīvo aktu prasībām”.

Revīzija veikta, pamatojoties uz Valsts kontroles Trešā revīzijas departamenta 03.09.2018. revīzijas grafiku Nr.2.4.1-33/2018.

Revīzijas ziņojums apstiprināts ar Valsts kontroles Trešā revīzijas departamenta 18.04.2019. lēmumu Nr.2.4.1-33/2018.

Vāka noformējumā izmantota fotogrāfija no tīmekļa vietnes *Depositphotos*

Saturs

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Kopsavilkums | 4 |
| Motivācija..... | 4 |
| Galvenie secinājumi | 4 |
| Būtiskākie ieteikumi..... | 6 |
| Ziņojuma struktūra | 7 |
| Ārstniecības riska fonda izveides pamatojums un īss darbības raksturojums | 8 |
| Vai atlīdzību prasījumu izskatīšanas process nodrošina pacientu interešu ievērošanu?10 | |
| Vai pacientu atlīdzības prasījumi tiek izskatīti un lēmumi pieņemti savlaicīgi? | 15 |
| Vai kaitējuma esības un izmaksājamās atlīdzības apmēra noteikšanas kārtība ir saprotama? | 24 |
| Vai pacientiem ir nodrošināts pieejams interešu aizstāvības mehānisms un pacienti par to ir informēti?26 | |
| Ārstniecības riska fonda veidojošie finanšu līdzekļi..... | 30 |
| Vai Fonda līdzekļu uzkrāšanas, administrēšanas un ārstniecības riska maksājuma aprēķināšana process atbilst normatīvo aktu nosacījumiem?..... | 32 |
| Vai Fonds ceļ regresa prasības, ceļ tās savlaicīgi pret ārstniecības iestādēm, kuras ikgadējos maksājumu fondā neveic vai neveic pilnā apjoma?..... | 37 |
| Vai ir veiktas darbības Ārstniecības riska fonda pilnveidošanai?..... | 41 |
| Revīzijas raksturojums, kritēriji un metodes | 46 |
| Atsauces | 50 |

Kopsavilkums

Motivācija

Medicīnai attīstoties, sarežģītākas kļūst arī pieejamās ārstniecības metodes. Vienlaikus pieaug arī riski, ka ārstniecības procesā pacienta veselībai vai dzīvībai var tikt nodarīts kaitējums.

Eiropas Parlamenta un Padomes 09.03.2011. Direktīva 2011/24/ par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē uzliek par pienākumu Eiropas Savienības dalībvalstīs izveidot mehānismus, kas ļauj pacientam aizstāvēt savas tiesības un saņemt atlīdzību, ja ārstniecības procesā ir nodarīts kaitējums tā veselībai. Izpildot Direktīvas prasības, Latvijā pēc Zviedrijas un Dānijas parauga tika izveidots un 23.10.2013. darbību uzsāka Ārstniecības riska fonds (turpmāk – Fonds). Viens no būtiskākajiem kritērijiem, izdarot šo izvēli, bija pacientu interešu prioritāte.

Fondu izveidojot, tam tika noteikts pamatmērķis, proti, sniegt iespēju pacientam aizstāvēt savas tiesības un saņemt atlīdzību par ārstniecības procesa laikā dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu, kas kompensētu veselības zaudējumu vai iztērētos līdzekļus par veselības uzlabošanu pēc kaitējuma nodarīšanas ārpusstiesas procesa kārtībā, šo procesu organizējot pēc iespējas ātrāku, efektīvāku un pacientam pieejamu.

Fonds ir valsts atbildībā, un tā darbību nodrošina divas iestādes: Veselības inspekcija (turpmāk – Inspekcija) un Nacionālais veselības dienests (turpmāk – Dienests). Pacientu atlīdzības prasījumu izskatīšana Fondā notiek administratīvā procesa kārtībā, kas Veselības ministrijas ieskatā palielina pacienta uzticēšanos šim atlīdzības saņemšanas un savu tiesību aizstāvības modelim.

Kopš Fonda izveides ir pagājuši pieci gadi, un šo gadu laikā Fondā ir saņemti vairāk nekā 900 pacientu atlīdzības prasījumi, pieņemti vairāk nekā 200 lēmumi, kuros atzīta kaitējuma esība un izmaksātas atlīdzības pacientiem 4,4 milj. *euro* apmērā. Valsts kontroles ieskatā tas ir pietiekams laiks un atlīdzības prasījumu apjoms, lai izvērtētu, vai jaunizveidotais pacientu tiesību aizsardzības modelis ir sasniedzis tam izvirzīto pamatmērķi.

Revīzijā Fonda darbības novērtējumam izmantoti šādi kritēriji – vai Fonds ir pacientam pieejams, vai Fonds savlaicīgi izskata pacientu atlīdzību prasījumus, vai Fonda atlīdzības apmēra noteikšanas kārtība ir pacientam saprotama, vai Fonda finanšu līdzekļu veidošanas process atbilst normatīvo aktu prasībām, kā arī vai ir nodrošināta Fonda darbības pilnveidošana.

Galvenie secinājumi

Valsts kontrole secina, ka Fonda mērķis – izveidot saprotamas un efektīvas sūdzību procedūras, kas sniedz iespēju pacientam saņemt atlīdzību par viņa dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu ārpusstiesas procesa kārtībā, – nav sasniegts, tāpēc nav pamata uzskatīt, ka Fonds darbojas pacientu interesēs.

Fondā izveidoto pacientu pieteikto atlīdzības prasījumu administrēšanas procesu nevar raksturot kā pieejamu, savlaicīgu un saprotamu, tāpēc revidenti secina, ka Fonda darbība nav īstenota atbilstoši labas pārvaldības principiem un pacienta interešu prioritāte netiek ievērota.

Labu pārvaldību raksturo iestādes pretimnākoša un cieņpilna attieksme pret privātpersonu, kas ietver ne vien iestādes pienākumu rīkoties atbilstoši normatīvajos aktos noteiktajam, bet arī pastāvīgi uzlabot savu pakalpojumu kvalitāti, ievērojot, ka valsts pārvalde kalpo iedzīvotājiem.¹

Veselības ministrijas ieskatā Fonda atrašanās valsts atbildībā vairo pacientu uzticēšanos šim atlīdzības saņemšanas un savu tiesību aizstāvības modelim. Tomēr revīzijā konstatētās problēmas Fonda darba organizācijā un pārvaldībā nevauro pacientu uzticēšanos.

Iestādei ir pienākums informēt sabiedrību par savu darbību, it īpaši to sabiedrības daļu, kuru tiesības vai tiesiskās intereses tās darbības skar vai var skart.²

Diemžēl revīzijā konstatēts: lai arī Fonds darbību uzsāka pirms pieciem gadiem, joprojām nav nodrošināta pietiekama informācija par Fondu un tā darbības mērķiem, kas ir priekšnosacījums, lai Fondu varētu uzskatīt par pieejamu un vērstu uz pacientu tiesību pilnvērtīgu aizsardzību. Aptaujas dati liecina, ka faktiski tikai 9% respondentu zina, kas ir Fonds.

Iestādei savā darbībā ir jānodrošina taisnīgu procedūru īstenošanu saprātīgā laikā.³

Revīzijā konstatēts, ka Fonds pārkāpj Pacientu tiesību likumā noteiktos prasījumu izskatīšanas un lēmumu pieņemšanas termiņus. Atlīdzību prasījumi Fondam būtu jāizskata un lēmumi jāpieņem ne vēlāk kā sešu mēnešu laikā no atlīdzības prasījuma saņemšanas, bet šajā termiņā Fonds ir spējis izskatīt tikai 24% lietu. Lietās, kurās nepieciešams papildu laiks apstākļu izvērtēšanai, Fonds lēmumu var pieņemt viena gada laikā. Šajā termiņā ir izskatīti 33% lietu. Tomēr revidenti šaubās par termiņu pagarinājumu pamatotību, jo, pārbaudot lietas, pārsvarā gadījumu nav konstatēti apstākļi, kas apliecinātu nepieciešamību veikt papildu apstākļu izvērtēšanu. Savukārt 33% lēmumu ir pieņemti termiņā, kas pārsniedz vienu gadu, tas ir, novēloti.

Pieņemot lēmumu, Fonds pamatojas uz Veselības inspekcijas sniegto atzinumu par kaitējuma esību vai neesību, kā arī uz noteikto kaitējuma apmēru. Būtiski atzīmēt, ka lielāko daļu jeb ap 90% no atlīdzības prasījumu administrēšanas laika aizņem tieši Inspekcijas ekspertīzes veikšana un atzinuma sagatavošana. Turklāt ar katru gadu šis laiks ir palielinājies – ja 2014.gadā ekspertīze tika veikta vidēji astoņu mēnešu laikā, tad 2017.gadā – jau vairāk nekā gada laikā. Tas nozīmē: ja Inspekcija atzinumu sagatavo novēloti, arī Fonda lēmums jebkurā gadījumā tiek pieņemts novēloti.

Termiņu kavējumus ietekmē gan Inspekcijas kapacitāte, gan nesakārtotie iekšējie procesi, kuros nav noteikti ne darbu izpildes termiņi, ne atbildīgās personas to izpildes kontrolei. Vienlaikus jānorāda, ka būtisks termiņu kavēšanas iemesls ir arī pārāk vispārīgais normatīvais regulējums par pacientu veselībai vai dzīvībai nodarītā kaitējuma smaguma atlīdzības aprēķināšanu. Regulējumu Inspekcija ir atzinusi par neskaidru un praksē sarežģīti pielietojamu. Revidentu ieskatā fakts, ka Fonda regulējumā noteikto kaitējuma aprēķināšanas veidu kritiski vērtē pati Inspekcija, norāda uz risku, ka pacientu tiesības uz objektīvu un taisnīgu procedūru īstenošanu netiek nodrošinātas. Arī pietiekami vērtīgs un zinošs pacients nevar izsekot un izprast nodarītā kaitējuma aprēķināšanas veidu, tāpēc pacientam tas neliksies taisnīgs un objektīvs ikvienā gadījumā, kad netiek izmaksāta maksimālā atlīdzības summa. To apliecina arī fakts, ka ap 18% no Fonda lēmumiem tiek pārsūdzēti Veselības ministrijā, un vismaz 48% no tiem vēlāk tiek pārsūdzēti Administratīvajā tiesā.

Iestādei ir pastāvīgi jāpārbauda un jāuzlabo sniegto pakalpojumu kvalitāte, vienkāršojot un uzlabojot procedūras privātpersonas labā.⁴

Veselības ministrija, pieņemot lēmumu par Fonda izveidi un izstrādājot Fonda darbību regulējošo ietvaru, apzinājās, ka pēc Fonda darbības uzsākšanas ir pastāvīgi jāvērtē jaunizveidotā tiesību aizsardzības institūta darbības efektivitāte. Lai novērtētu un, ja nepieciešams, uzlabotu pakalpojumu sniegšanas procesu, ir jāpārlicinās, vai Fonds nodrošina uz pacientu interesēm orientētu darbību

kopumu, atbilstošu saskarsmes kultūru, kā arī atlīdzību prasījumu izskatīšanu un lēmumu pieņemšanu Pacientu tiesību likumā noteiktajā termiņā. Tomēr šāds izvērtējums nav veikts. Arī izmaiņas regulējumā ir bijušas tikai tehniskas, normu precizējošas un nav devušas rezultātus Fonda darbības efektivitātes uzlabošanai, jo identificētās problēmas arvien nav novērstas.

Vienlaikus jāatzīmē, ka Veselības ministrijas rīcībā bija pietiekama informācija gan par Inspekcijas procesuālo termiņu kavējumiem, gan par neskaidro kaitējuma smaguma apmēra noteikšanas mehānismu, gan par Fonda pieņemto lēmumu lielo pārsūdzību skaitu.

Valsts pārvalde darbojas sabiedrības interesēs.⁵

Valsts kontrole vēlas vērst uzmanību arī uz Fonda finanšu līdzekļu veidošanas procesu, kas revidentu ieskatā liek apšaubīt, ka Fonds ir ievērojis pacientu intereses un principu, ka valsts pārvalde darbojas sabiedrības interesēs. Proti, lai arī atbilstoši Ministru kabineta noteikumiem ikgadējo ārstniecības iestāžu iemaksu apmērs ir jānosaka, ņemot vērā prognozēto pamatoto atlīdzību prasījumu skaitu un ārstniecības iestādē nodarbināto personu skaitu un to specialitātes, Dienests prognozes par pamatoto atlīdzību prasījumu skaitu neveic, bet katru gadu balstās uz vieniem un tiem pašiem 2013.gada pieņēmumiem – par gadā desmit pamatotiem atlīdzību prasījumu gadījumiem maksimālās izmaksu summas apmērā.

Lai arī līdz šim tam nav bijusi ietekme, proti, Fonda līdzekļi ir bijuši pietiekami atlīdzību izmaksai, tomēr, ja atlīdzības prasījumi tiktu izskatīti savlaicīgi, kā arī pieaugtu atlīdzību prasījumu skaits, revidenti uzskata, ka, Fonda līdzekļu apjoms varētu būt nepietiekams.

Vienlaikus gan jāatzīmē, ka Fondam neiestājas atbildība par Pacientu tiesību likumā noteikto pacientu atlīdzības prasījumu iesniegumu izskatīšanas termiņu neievērošanu. Tādējādi, novilcinot lēmumu pieņemšanas laiku, ir iespējams nodrošināt, ka pacientiem izmaksātās kompensācijas nepārsniedz ikgadējā budžetā pieejamā finansējuma apmēru un vienlaikus veidojas Fonda līdzekļu atlikums.

Arī Ministru kabineta noteikumos paredzētais atlīdzības izmaksas termiņš – 90 darba dienas – liecina par prioritārām rūpēm par valsts budžetu, nevis pacientu interesēm. Turklāt šis termiņš, vērtējot pret atlīdzības prasījuma izskatīšanas un lēmuma pieņemšanas laiku – sešiem mēnešiem – un šajā laikā veicamajām procesuālajām darbībām un to apjomu, nav samērīgs. It īpaši ņemot vērā – ja Dienests ir pieņēmis lēmumu par pacienta prasījuma apmierināšanu, atzīstot, ka pacienta veselībai ir nodarīts kaitējums un šo līdzekļu iegūšana iespējams ir kritiska, lai, piemēram, nekavējoties mazinātu vai novērstu pacientam nodarītā kaitējuma sekas.

Fonda darbu ir vērtējusi arī ārvalstu ekspertu grupa. Lai arī eksperti ziņojumā ir snieguši kritisku novērtējumu par Fonda līdzšinējo darbību, revīzijā nav gūta pārliecība par Veselības ministrijas ieinteresētību ieviest ekspertu ieteikumus.

Valsts kontrole uzskata: lai panāktu Fonda izveides mērķu sasniegšanu, uzlabotu un attīstītu tā darbību, Veselības ministrijai un iestādēm, kas nodrošina Fonda darbību, ir jāņem vērā gan ārvalstu ekspertu grupas ziņojumā norādīto problēmu vērtējumu, gan veselības aprūpes procesā un nozarē iesaistīto organizāciju viedokļus, gan šajā revīzijā veikto Fonda darbības analīzi un sniegtos ieteikumus.

Būtiskākie ieteikumi

Pamatojoties uz revīzijā izdarītajiem secinājumiem, Inspekcijai un Dienestam kopumā ir sniegti septiņi ieteikumi Fonda darbības pilnveidošanai.

Lai nodrošinātu Fonda pamatmērķa sasniegšanu, Valsts kontrole aicina Inspekciju sadarbībā ar Veselības ministriju veikt pasākumus gan iekšējo procesu un iekšējās kontroles uzlabošanai, gan pasākumus ar mērķi uzlabot pacientam saprotamu, pieejamu un savlaicīgu atlīdzību prasījumu izskatīšanas procesu:

- ❖ veikt Fonda procesu, funkciju un pienākumu detalizētu izvērtējumu un izstrādāt darbības uzlabošanas un optimizācijas plānu;
- ❖ veikt ārstu ekspertu darba efektivitātes izvērtējumu, lai noteiktu faktiski nepieciešamo ārstu ekspertu skaitu un nepieciešamības gadījumā rast risinājumu ārstu ekspertu trūkuma novēršanai;
- ❖ noteikt detalizētus termiņus atlīdzības prasījumu administrēšanas posmā veicamajām darbībām, kā arī noteikt par darbību veikšanu un uzraudzību atbildīgos darbiniekus;
- ❖ kaitējuma smaguma apmēra noteikšanas metodoloģijas⁶ projekta apspriešanas laikā veicināt konstruktīvu un atklātu diskusiju, iesaistot ne tikai Veselības ministrijas pakļautības iestādes, bet arī augstskolu mācībspēkus, universitātes slimnīcu speciālistus, kā arī pacientu tiesību aizsardzības organizācijas, lai nodrošinātu saprotamu kaitējuma smaguma apmēra noteikšanas mehānisma ieviešanu;
- ❖ veikt saprātīgus pasākumus iedzīvotāju informēšanai par to, kādas ir iedzīvotāju kā pacientu tiesības gadījumā, ja ārstniecības procesa rezultātā pacientam tiek nodarīts kaitējums.

Savukārt, lai Fonds ilgtermiņā varētu izpildīt saistības un Fonda līdzekļu apmērs, palielinoties pacientu atlīdzības prasījumu skaitam, būtu pietiekams atlīdzības prasījumu segšanai, Dienestam sniegti ieteikumi Fonda līdzekļu veidošanas procesa uzlabošanai un debitoru parādu atgūšanas procesa pilnveidošanai.

Ziņojuma struktūra

Informācija ziņojumā izklāstīta šādā secībā:

- ❖ revidējamās jomas īss raksturojums;
- ❖ revīzijas konstatējumi, secinājumi un ieteikumi, sadalot tos trīs galv ievadā ir sniegts Valsts kontroles viedoklis, izdarot būtiskākos secin revīzijas konstatējumiem;
- ❖ revīzijas veikšanu raksturojošā informācija – revīzijas mērķis, ap kritēriji, Valsts kontroles un revidējamās vienības atbildība.

Ziņojumā ir sniegts viedoklis par pacientu atlīdzību prasījumu par dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu izskatīšanas procesu un vai tas nodrošina pacientu interešu ievērošanu, vērtēts Fonda finanšu līdzekļu veidošanas process un skaidrots, vai veiktas darbības Fonda darbības pilnveidošanai.



Kopsavilkums



Jomas apraksts



Secinājums

Pamatojums

Ieteikums



Iestādes viedoklis



Revīzijas raksturojums

Ārstniecības riska fonda izveides pamatojums un īss darbības raksturojums

Eiropas Pacientu tiesību harta⁷ paredz, ka pacientam ir tiesības saņemt apmierinošu kompensāciju saprātīgā laika posmā par fizisku, morālu pāri nodarījumu, ko izraisījusi veselības aprūpes pakalpojumu izmantošana.

Eiropas Parlamenta un Padomes 09.03.2011. Direktīvā 2011/24/ES par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē (turpmāk – Direktīva) ir noteikts dalībvalsts pienākums nodrošināt pacientiem saprotamas sūdzību procedūras un mehānismus, kas dod pacientiem iespēju saņemt atlīdzību par sniegtās veselības aprūpes rezultātā nodarīto kaitējumu.

Direktīvas prasību ievērošanai Latvijā tika izveidots Fonds, kas darbojas no 25.10.2013.

Lai nodrošinātu Fonda darbību, Latvijā tika pieņemts nepieciešamais regulējums – 05.11.2013. apstiprināti Ministru kabineta noteikumi Nr.1268 “Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi” un veikti grozījumi Pacientu tiesību likumā.

Fonda darbību nodrošina Veselības ministrijas padotības iestādes – Dienests un Inspekcija.

Pēc būtības Fonds ir valsts administrēts obligātās apdrošināšanas veids, kas skar ārstniecības procesa dalībniekus. Fonda mērķis⁸ ir šāds:

- ❖ sniegt iespēju pacientam aizstāvēt savas tiesības un saņemt atlīdzību ārpustiesas procesa kārtībā:
 - ✓ par viņa dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu (arī morālo kaitējumu), kuru ar savu darbību vai bezdarbību nodarījušas ārstniecības iestādē strādājošās ārstniecības personas vai radījuši apstākļi ārstniecības laikā. Atlīdzība par pacienta dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu (arī morālo kaitējumu) tiek noteikta nodarītā kaitējuma apmērā, bet ne vairāk kā 142 290 *euro*⁹.
 - ✓ par izdevumiem, kas saistīti ar ārstniecību, ja tā ir bijusi nepieciešama, lai novērstu vai mazinātu ārstniecības personas vai apstākļu ārstniecības laikā nodarītā kaitējuma nelabvēlīgās sekas pacienta dzīvībai vai veselībai. Atlīdzība par pacientam radītiem ārstniecības izdevumiem tiek noteikta radīto izdevumu apmērā, bet ne vairāk kā 28 460 *euro*¹⁰.
- ❖ ārstniecības personām nodrošināt iespēju aizsargāt savas profesionālās darbības un tās iespējamo seku risku.

Atlīdzību par dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu un ārstniecības izdevumiem no Fonda var pieprasīt ne vēlāk kā divus gadus pēc kaitējuma atklāšanas dienas, bet ne vēlāk kā trīs gadus pēc kaitējuma nodarīšanas¹¹. Fonds izskata pieteikumus par kaitējumu, kas nodarīts ārstniecības procesa rezultātā, sākot ar 25.10.2013.¹²

Fonda finanšu līdzekļi veidojas no iemaksām jeb riska maksājumiem, ko veic gan valsts, gan privātas ārstniecības iestādes, un no šiem līdzekļiem tiek izmaksāta atlīdzība pacientiem. Tiesības uz atlīdzību nav atkarīgas no tā, vai ārstniecības iestāde ir veikusi ārstniecības riska maksājuma iemaksu, vai tā ir valsts, pašvaldības vai privātā ārstniecības iestāde, vai pacientam ir sniegti valsts apmaksātie vai maksas veselības aprūpes pakalpojumi.¹³

Līdz 31.12.2018. Fonda līdzekļus drīkstēja izmantot tikai atlīdzību izmaksai. No 01.01.2019. Fonda līdzekļus ne vairāk kā piecu procentu apmērā no kārtējā gadā veikto ārstniecības riska maksājumu apjoma var izmantot pacientu atlīdzības prasījumu izskatīšanai piesaistīto ārstniecības personu, tai skaitā ārstniecības personu profesionālo organizāciju pārstāvju, darba apmaksai.¹⁴

Papildus jānorāda, ka no 01.01.2019. Fonda institucionālajā atbildības sadalījumā ir veiktas izmaiņas¹⁵. Inspekcija no Dienesta pārņēma lēmumu pieņemšanu par administratīvās lietas ierosināšanu, atlīdzību izmaksu vai par tās atteikumu. Dienests saglabā Fonda finanšu administrēšanas funkciju, tai skaitā atlīdzības izmaksu. Ievērojot, ka strukturālās izmaiņas Fondā stājās spēkā jau revīzijas noslēguma posmā, revīzijā tiks vērtēta Fonda darbība līdz 31.12.2018.

Vai atlīdzību prasījumu izskatīšanas process nodrošina pacientu interešu ievērošanu?

Revīzijā secināts, ka Fonda mērķis – izveidot saprotamas un efektīvas procedūras, kas sniedz iespēju pacientam saņemt atlīdzību par dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu no Fonda ārpustiesas procesa kartībā, – nav sasniegts. Revīzijā konstatēts, ka pacientu atlīdzības prasījumu administrēšanas procesu nevar raksturot kā pieejamu, savlaicīgu un saprotamu. To apliecina turpmāk minētais.

Nav nodrošināta publiski pieejama un pietiekama informācija par Fondu un tā darbības ietvariem, tādējādi nav veicināta Fonda atpazīstamība, kas ir priekšnosacījums, lai Fondu varētu uzskatīt par pieejamu un vērstu uz pacientu tiesību pilnvērtīgu aizsardzību. Aptaujas dati liecina, ka faktiski tikai 9% respondentu zina, kas ir Fonds.

Atlīdzību prasījumi Fondam būtu jāizskata un lēmumi jāpieņem ne vēlāk kā sešu mēnešu laikā no to saņemšanas, bet lietās, kurās nepieciešams papildu laiks apstākļu izvērtēšanai – viena gada laikā. Tomēr revīzijā konstatēts, ka faktiski laikā no 2014.gada, kad Fondā iesniegti pirmie prasījumi, līdz 31.12.2018. no kopumā 702 izskatītajiem un pieņemtajiem lēmumiem tikai 24% ir izskatīti sešu mēnešu laikā, 33% izskatīti termiņā no sešiem mēnešiem līdz gadam. Savukārt 33% gadījumu lēmumi pieņemti termiņā, kas pārsniedz vienu gadu, – tādējādi neievērojot Pacientu tiesību likuma regulējumu.

Atlīdzības prasījumu, kuru izskatīšana bijusi ilgāka par sešiem mēnešiem, termiņu pagarinājumi ir pamatoti ar to, ka nav saņemts Inspekcijas atzinums. Tomēr revīzijā, pārbaudot atlīdzības prasījumu lietās ietverto informāciju, konstatēts, ka 29 no 34 izlasē iekļautajām lietām nav veiktas nepieciešamās secīgās darbības, kas nodrošinātu procesa nepārtrauktību. Lietas materiāli arī nesatur pierādījumus, kas apliecinātu objektīvus iemeslus termiņa pagarināšanai, proti, ka bija nepieciešams savākt plašākus un pilnīgākus pierādījumus objektīva lēmuma pieņemšanai.

Būtiski atzīmēt, ka Inspekcijas ekspertīzes veikšana un atzinuma sagatavošana aizņem aptuveni 90% no atlīdzības prasījuma administrēšanas laika. Turklāt ar katru gadu šis laiks ir tikai palielinājies – ja 2014.gadā tās vidēji bija 244 dienas, tad 2017.gadā jau 388, tātad Inspekcija vienas lietas izpētei vidēji patērē vairāk nekā vienu gadu.

Revidentu ieskatā termiņu neievērošanu būtiski ietekmē gan Inspekcijas kapacitāte, gan arī nesakārtotie iekšējie procesi. Jau kopš Fonda darbības uzsākšanas Inspekcija norāda uz

cilvēkresursu nepietiekamību, tomēr ārstu ekspertu darba efektivitāte, lai noteiktu faktiski nepieciešamo ārstu ekspertu skaitu, nav vērtēta. Savukārt Inspekcijas iekšējās kontroles sistēma nav vērsta uz to, lai nodrošinātu pilnvērtīgu un nepārtrauktu uzraudzību pār Fonda atlīdzības prasījumu izskatīšanas procesu un atzinumu sagatavošanu Pacientu tiesību likumā noteiktajā termiņā. Inspekcijas atzinumu sagatavošanas metodikā nav noteikti ne darbu izpildes termiņi, ne atbildīgās personas to izpildes kontrolei, kas revidentu ieskatā nemotivē procesā iesaistītos darboties efektīvāk.

Fonda pieņemtie lēmumi par atlīdzības izmaksu, iespējams, nenodrošina pacientam objektīvu un taisnīgu atlīdzības apmēru, jo Inspekcija piemēro atlīdzības aprēķināšanas kārtību, kuru pati atzinusi par neskaidru un praksē sarežģīti pielietojamu. Inspekcija atzīst, ka kārtība satur pārāk nekonkrētus procentuālos apmērus kaitējuma smaguma noteikšanai, tāpēc nereti ir sarežģīti to pielietot praksē.

Līdz ar to arī pietiekami zinošs pacients nevar izsekot un izprast nodarītā kaitējuma aprēķināšanas veidu un tas, iespējams, pacienta izpratnē ir netaisnīgs un neobjektīvs ikvienā gadījumā, kad netiek izmaksāta maksimālā atlīdzības summa. To apliecina arī fakts, ka ap 18% no Fonda lēmumiem tiek pārsūdzēti Veselības ministrijā, un vismaz 48% no tiem vēlāk tiek pārsūdzēti Administratīvajā tiesā.

Neskaidra un praksē sarežģīti pielietojama kārtība neveicina Inspekcijas spēju izskatīt atlīdzības prasījumu iesniegumus efektīvi un savlaicīgi, un revidentu ieskatā tas ir arī viens no iemesliem, kāpēc Inspekcija kavē lietu izskatīšanas termiņus.

Veselības ministrijai jau ilgstoši ir pasīva attieksme pret Fonda darbības problēmām. Lai gan Veselības ministrija bija informēta gan par Inspekcijas pieļautajiem procesuālo termiņu kavējumiem, gan par neskaidro kaitējuma smaguma apmēra noteikšanas mehānismu, gan par Fonda pieņemto lēmumu lielo pārsūdzību skaitu, ministrija nav rīkojusies, lai novērstu konstatētās problēmas.

Revidenti uzskata, ka tādējādi Fonds savā darbībā nav ievērojis labas pārvaldības principu, tas ir, nav īstenojis taisnīgas procedūras saprātīgā laikā, nav pastāvīgi uzlabojis sabiedrībai sniegto pakalpojumu kvalitāti, kā arī nav informējis sabiedrību par savu darbību.

Galvenie jautājumi, kurus Direktīva¹⁶ uzlika dalībvalstīm par pienākumu reglamentēt, bija, piemēram, pārrobežu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas un finansēšanas sistēmas izveide, mehānismu izveide reaģēšanai uz veselības aprūpes rezultātā radītu kaitējumu pacientam u.c.

Direktīvas izstrādes Priekšlikumā¹⁷ ārstu civiltiesiskās apdrošināšanas jautājums tika apskatīts ļoti konkrēti, proti, dalībvalstij jānodrošina, lai būtu izveidoti mehānismi, ar kuru palīdzību pacientiem būtu

iespējams saņemt atlīdzību, ja pārrobežu veselības aprūpes saņemšanas rezultātā radies kaitējums. Tomēr šādu mehānismu raksturs un kārtība jānosaka dalībvalstij, piemēram, ieviešot profesionālās atbildības apdrošināšanu vai garantiju, vai tamlīdzīgu sistēmu, kas būtu līdzvērtīga vai salīdzināma.

Latvijā pirms Fonda izveides pacients ar prasību par veselībai nodarītā kaitējumu atlīdzināšanu vērsās pie ārstniecības iestādes vai ārstniecības personas. Atlīdzību par nodarīto kaitējumu pacientam izmaksāja ārstniecības iestāde vai ārstniecības persona, savukārt, ja ārstniecības iestāde vai ārstniecības persona bija apdrošinājusi savu civiltiesisko atbildību – apdrošināšanas sabiedrība. Strīdu gadījumā pacienta prasību tiesā pret konkrētu ārstniecības personu vai iestādi izskatīja civilprocesuālā kārtībā.

Lai arī Direktīva neuzlika dalībvalstīm pienākumu pieņemt īpašu vai jauna veida sistēmu, kas atšķiras no iepriekšējā regulējuma, Latvija izmantoja savas tiesības mainīt līdz šim pastāvošo sistēmu un kā vispiemērotāko veidu Direktīvas prasību nodrošināšanai izvēlējās fonda konceptu, kurš raksturīgs valstīm ar augsti attīstītām sociālā nodrošinājuma sistēmām.

Viens no skandināvu valstu fondu sekmīgas darbības principiem ir pacienta tiesības saņemt atlīdzību, neizvirzot prasību par medicīnas darbinieka atbildības (vainas) atzīšanu. Piemērojot šādu kārtību, pacientam zūd interese pierādīt ārstniecības procesā iesaistīto personu atbildību un izveidojas atvērta, atklāta, uz savstarpēju izpratni balstīta komunikācija starp ārstniecības personu un pacientu.

Ievērojot, ka pirms Fonda izveides ārstniecības iestāžu un personu profesionālās atbildības apdrošināšanu veica apdrošināšanas sabiedrības, revidenti lūdza Latvijas Apdrošinātāju asociāciju izteikt viedokli par Fonda konceptu¹⁸. Asociācija atbildēja¹⁹: reaģējot uz 17.10.2013. Saeimā pieņemtajiem grozījumiem Pacientu tiesību likumā, kuri paredzēja izveidot Fondu, asociācija puda neizpratni, kāpēc jāveido jauna infrastruktūra – “apdrošināšanas sabiedrība” Veselības ministrijas paspārnē, ja apdrošinātājiem tāda jau ir izveidota, strādājot ar prakses ārstu civiltiesisko apdrošināšanu.

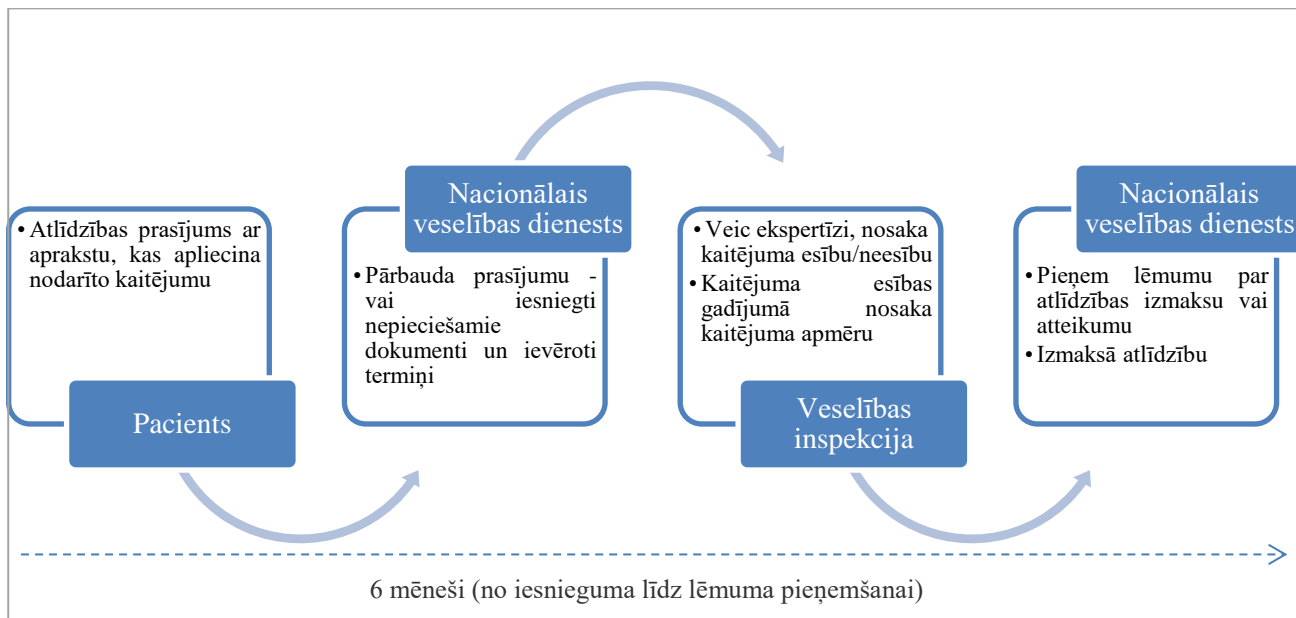
Revīzijā Veselības ministrija norādīja²⁰: svarīgi bija nepieļaut, ka uzticēšanās vai pacienta iespēju trūkums kļūst par šķērslī pacientam realizēt savu interešu aizstāvību. Ministrijas ieskatā tas, ka Fonds ir valsts atbildībā, nenoliedzami, palielina pacienta uzticēšanos šim atlīdzības saņemšanas un savu tiesību aizstāvības modelim. Fonds arī administratīvā procesa kārtībā nodrošinās ātrāku pacientu atlīdzības prasījuma izskatīšanu, atšķirībā no vairākus gadus ilgstošām tiesvedībām, ja pacients prasību celtu tiesā civilprocesuālā kārtībā.

Latvijā Fonda koncepts tika ieviests, analizējot skandināvu valstu ilgtermiņa pieredzi ārstniecības riska institūciju izveidošanā un to darbības principus²¹. Fonda darbības regulējuma izstrādi nodrošināja Veselības ministrijas izveidotā darba grupa²², kurā bija iesaistīti Veselības un Labklājības ministriju un tām padoto iestāžu pārstāvji, kā arī veselības aprūpes jomas sabiedriskās organizācijas. Likumprojekts tika saskaņots gan ar veselības aprūpes jomas arodbiedrībām, biedrībām, asociācijām, kā arī ar ārstniecības iestādēm, kurās Veselības ministrija ir kapitāla daļu turētāja.

Izveidojot Fondu un nosakot atbildīgās institūcijas tā darbības nodrošināšanai, valsts uzņēmās ārstniecības iestāžu un personu civiltiesiskās atbildības apdrošināšanu. Proti, valstij turpmāk bija jānodrošina gan paredzamo risku novērtēšana, gan pieteikto atlīdzības prasījumu izskatīšana, gan riska nodevu aprēķināšanas formulu noteikšana. Vienlaikus Fonda uzdevums bija nodrošināt uz pacientu interesēm orientētu darbību kopumu, atbilstošu saskarsmes kultūru, kā arī atlīdzību izmaksu normatīvajos aktos noteiktajos termiņos.

Lai nodrošinātu Fonda mērķi sniegt iespēju pacientam aizstāvēt savas tiesības un saņemt atlīdzību ārpustiesas procesa kārtībā, likumdevējs ar Ministru kabineta noteikumiem²³ noteica kārtību, kādā novērtē pacientam radītā kaitējuma apmēru un kādā pieņem lēmumu par atlīdzības izmaksu un izmaksā atlīdzību no Fonda.

Pacientu atlīdzības prasījumu iesniegumu izskatīšana ietver secīgu Fonda darbību kopumu, kura mērķis ir pieņemt objektīvu un pamatotu lēmumu par kaitējuma esību vai neesību, kā arī atlīdzības izmaksu vai tās atteikumu. Atbilstoši ārējam normatīvajam aktam²⁴ atlīdzību prasījumu iesniegumu administrēšanas process, kurā gala lēmums administratīvajā lietā jāpieņem sešu mēnešu laikā, ir šāds:



1.attēls. Atlīdzības par nodarītu kaitējumu veselībai vai dzīvībai saņemšanas process.

Fonda darbības nodrošināšanā iesaistīto iestāžu kompetence (līdz 31.12.2018.) atlīdzību prasījumu administrēšanā ir šāda:

- ❖ Dienests izskata no pacienta saņemto atlīdzības prasījumu un, ja tas ir piekritīgs Fondam, ierosina administratīvo lietu. Pēc administratīvās lietas ierosināšanas²⁵:
 - ✓ kopā ar pievienotiem dokumentiem nosūta prasījumu Inspekcijai ekspertīzes veikšanai un atzinuma sniegšanai. Pamatojoties uz Inspekcijas atzinumu, Dienests pieņem lēmumu par atlīdzības izmaksāšanu vai par atteikumu to izmaksāt, kā arī izmaksā atlīdzību no Fonda;
 - ✓ vai arī pieņem lēmumu atteikt izskatīt atlīdzības prasījuma iesniegumu par kaitējumu, ja nav iesniegta visa nepieciešamā informācija, novēloti iesniegts atlīdzības prasījums, vai pacienta nāves gadījumā nav iesniegta mantojuma apliecība, vai arī pieņem lēmumu atteikt izmaksāt atlīdzību par ārstniecības izdevumiem, ja nav iesniegti izdevumu apliecinājošie dokumenti;
- ❖ Inspekcija veic pacienta medicīnisko dokumentu ekspertīzi, sagatavo atzinumu par kaitējuma esību vai neesību, kā arī nosaka konstatētā kaitējuma sekas un apmēru, ņemot vērā veselības stāvokli, kas bijis līdz kaitējuma nodarīšanas brīdim, un nosaka kaitējuma apmēru procentos, kā arī vērtē ārstniecības izdevumu saistību ar pacientam nodarītā kaitējuma seku mazināšanu vai novēršanu²⁶.

Inspekcijai, veicot dokumentācijas izvērtējumu un nosakot kaitējuma sekas un apmēru, ir piešķirta plaša kompetence, proti, tā ir tiesīga²⁷:

- ❖ pieprasīt un saņemt no ārstniecības iestādēm pacienta medicīniskos dokumentus;
- ❖ pieaicināt ekspertīzes veikšanai citas ārstniecības personas, tai skaitā ārstniecības personu profesionālo asociāciju pārstāvjus un galvenos speciālistus;

- ❖ pieprasīt, lai komisija, ko izveidojis tās ārstniecības iestādes vadītājs, par kuru ir saņemts atlīdzības prasījums, veiktu izvērtējumu un sniegtu inspekcijai viedokli par kaitējuma esību vai neesību un kaitējuma apmēru.

Pacientam ir tiesības uz atlīdzību, ja tiek konstatēta cēloņsakarība starp kaitējuma nodarīšanas faktu un ārstniecības personas darbību vai bezdarbību ārstniecības procesā. Gan cēloņsakarības, gan **atlīdzības apmēra precīza noteikšana katrā konkrētajā gadījumā ir atstāta Inspekcijas kompetencē.**

Dienests pieņem lēmumu par atlīdzības izmaksu vai par tās atteikumu, balstoties uz Inspekcijas atzinumu, proti, personai nodarīto kaitējumu pēc būtības Dienests vairs nevērtē, bet apstiprina Inspekcijas izdarītos secinājumus. Lēmums par atlīdzības izmaksu vai tās atteikumu Dienestam ir jāpieņem sešu mēnešu laikā pēc atlīdzības prasījuma saņemšanas.

Dienesta lēmumu un faktisko rīcību attiecībā uz pacientam izmaksājamo atlīdzību no Fonda var apstrīdēt Veselības ministrijā, bet tās lēmumu var pārsūdzēt tiesā Administratīvā procesa likuma noteiktajā kārtībā.

Atbilstoši Dienesta sniegtajai informācijai laikā no Fonda izveidošanas brīža, proti, no 25.10.2013., līdz 31.12.2018. Fonds ir saņēmis 941 atlīdzības prasījumu, no kura 213 gadījumos ir pieņemts lēmums par atlīdzības izmaksāšanu par kopējo summu 4,4 milj. *euro* apmērā, savukārt 492 gadījumos pieņemts lēmums par atteikumu izmaksāt atlīdzību, pārējie prasījumi ir izskatīšanas procesā. Detalizētu informāciju sadalījumā pa gadiem skatīt 1.tabulā.

1.tabula

Saņemto atlīdzības prasījumu, lēmumu par atlīdzības izmaksāšanu/ atteikumu skaits un no Fonda izmaksātās atlīdzības apmērs laikā no 25.10.2013. līdz 31.12.2018.

| Gads | Saņemto atlīdzības prasījumu skaits | Atteikumu skaits | Lēmumu skaits par atlīdzības izmaksāšanu | Kopējā izmaksātā summa, <i>euro</i> |
|-------------|-------------------------------------|------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|
| 2014 | 94 | 33 | 3 | 19 353 |
| 2015 | 171 | 62 | 60 | 1 037 120 |
| 2016 | 228 | 77 | 57 | 1 738 777 |
| 2017 | 224 | 134 | 56 | 1 015 854 |
| 2018 | 224 | 186 | 37 | 615 761 |
| Kopā | 941 | 492 | 213 | 4 426 865 |

Valsts pārvaldes iekārtas likumā²⁸ noteikts, ka valsts pārvalde savā darbībā ievēro labas pārvaldības principu, kas sevī ietver arī taisnīgu procedūru īstenošanu saprātīgā laikā, kā arī citus noteikumus, kuru mērķis ir panākt, lai valsts pārvalde ievērotu privātpersonas tiesības un tiesiskās intereses. Vienlaikus labas pārvaldības princips cita starpā prasa pretimnākošu un cieņpilnu valsts iestādes attieksmi pret privātpersonu, kas ietver ne vien iestādes pienākumu rīkoties atbilstoši normatīvajos aktos noteiktajam, bet arī pastāvīgi uzlabot personai sniegto pakalpojumu kvalitāti, ievērojot, ka valsts pārvalde kalpo iedzīvotājiem²⁹.

Valsts pārvaldei ir būtiski arī nodrošināt atgriezenisko saiti, kas izpaužas noteiktā rīcībā, palīdzot iedzīvotājiem izprast un izmantot savas tiesības.

Veselības ministrija revīzijā ir norādījusi³⁰, ka viens no būtiskākajiem kritērijiem, izvēloties Fonda konceptu, bija pacientu interešu prioritāte. Fonda izveides pamatmērķis ir sniegt iespēju pacientam aizstāvēt savas tiesības un saņemt atlīdzību par veselībai nodarīto kaitējumu ārpusstiesas procesa kārtībā,

šo procesu organizējot pēc iespējas ātrāku, efektīvāku un pacientam pieejamu. Proti, Veselības ministrija ir noteikusi konkrētus kritērijus, kas jāsasniedz Fondam, lai tā darbība būtu efektīva un atbilstoša pamatmērķim. Revidentu ieskatā tikai gadījumā, ja tiktu izpildīti Veselības ministrijas noteiktie kritēriji, Fonds savā darbībā būtu nodrošinājis labas pārvaldes principu.

Tāpēc, lai gūtu pārliecību, vai Fondam izvirzītais mērķis ir sasniegts un nodrošina labas pārvaldības principu un pacienta tiesību prioritāti, revidenti veica pacientu pieteikto atlīdzības prasījumu administrēšanas procesa pārbaudi, izmantojot šādus kritērijus:

- ❖ pieejamība – pacientam pieejams atlīdzības prasījuma izskatīšanas modelis, pacients ir informēts par iespēju aizstāvēt savas tiesības un saņemt atlīdzību;
- ❖ saprotamība – pacientam skaidra un saprotama kārtība, kāda tiek piemērota, lai noteiktu kaitējuma esību un izmaksājamās atlīdzības apmēru;
- ❖ savlaicīgums – pacienta tiesību ievērošana, lēmumu pieņemot normatīvajā regulējumā noteiktajā termiņā.

Vai pacientu atlīdzības prasījumi tiek izskatīti un lēmumi pieņemti savlaicīgi?

Pacientu tiesību likumā³¹ noteikts, ka pacienta atlīdzības prasījumu par viņa dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu, kā arī par ārstniecības izdevumu atlīdzināšanu izskata un **lēmumu pieņem sešu mēnešu laikā pēc tam, kad Dienests saņēmis atlīdzības prasījumu**. Savukārt, ja nepieciešams pieprasīt, savākt un izvērtēt papildu informāciju, atlīdzības prasījuma izskatīšanas un lēmuma pieņemšanas **termiņš var tikt pagarināts līdz vienam gadam**.

Tātad likumdevējs kā saprātīgu termiņu lēmuma pieņemšanai par atlīdzības prasījumu ir noteicis sešus mēnešus, savukārt, ja nepieciešama ilgstoša fakto konstatācija, šo termiņu var pagarināt vēl uz sešiem mēnešiem.

Revīzijā, analizējot informāciju³² par Fondā saņemtajiem pacientu atlīdzību prasījumiem, to izskatīšanas gaitu un lēmumu pieņemšanas termiņu ievērošanu, revidenti ir konstatējuši, ka laikā no 2014.gada, kad Fondā iesniegti pirmie prasījumi, līdz 31.12.2018. kopumā ir izskatīti un lēmumi pieņemti par 702 prasījumiem, bet:

- ❖ tikai 24% izskatīti sešu mēnešu laikā;
- ❖ 33% gadījumu lēmumi pieņemti termiņā no sešiem mēnešiem līdz gadam;
- ❖ 33% gadījumu lēmumi pieņemti termiņā, kas pārsniedz vienu gadu, turklāt šādi gadījumi ir konstatēti, sākot ar 2016.gadu. 2016. un 2017.gadā saņemto 229 atlīdzības prasījumu izskatīšana tika paveikta vidēji viena gada un divu mēnešu laikā.

Detalizēta informācija par prasījumu izskatīšanas un lēmumu pieņemšanas termiņiem pa gadiem apkopota 2.tabulā. Revidenti vērs uzmanību, ka uz 31.12.2018. nav pieņemti lēmumi par vairāk nekā 230 atlīdzību prasījumiem, t.sk. par 54 gadījumiem, kuru izskatīšana jau ilgst vairāk nekā gadu un 84 gadījumiem, kuru izskatīšana jau ilgt vairāk nekā sešus mēnešus.

2.tabula

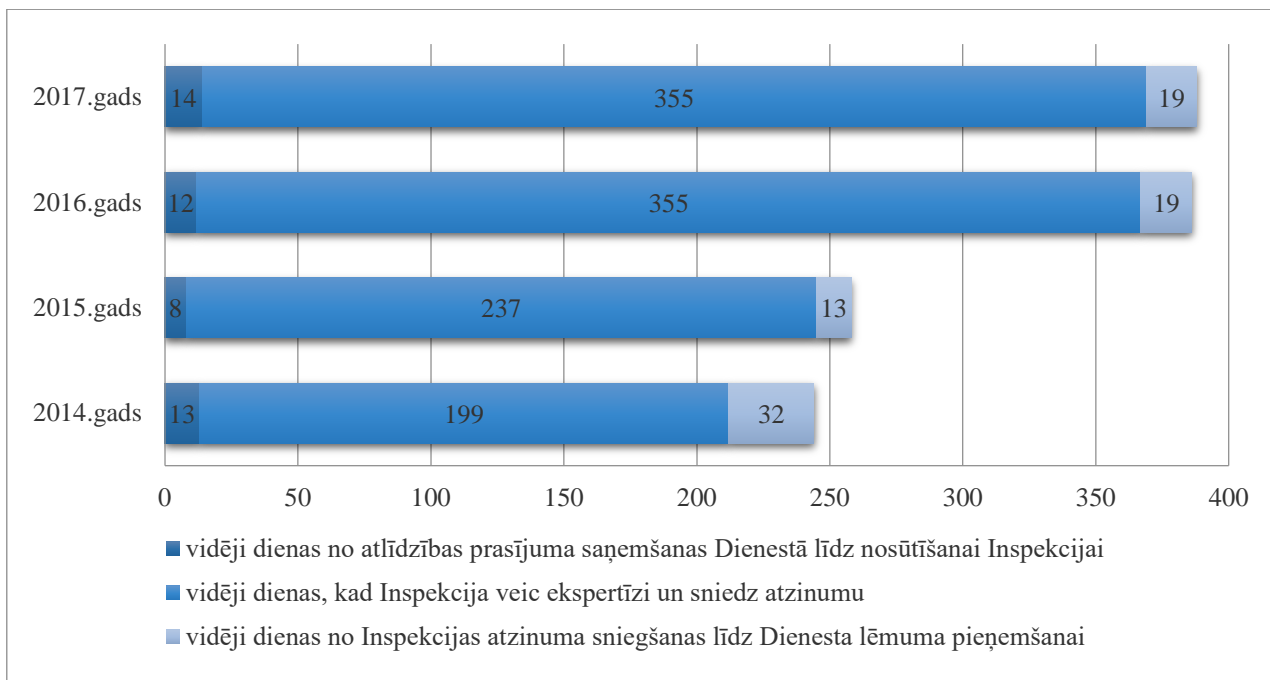
Izskatīto atlīdzības prasījumu un pieņemto lēmumu izskatīšanas termiņi no 2014. līdz 2018.gadam

| Gads | Saņemtie atlīdzības prasījumi | Izskatītie prasījumi un pieņemtie lēmumi par attiecīgajā gadā saņemtajiem prasījumiem | Līdz 6 mēnešiem | No 6 līdz 12 mēnešiem | Ilgāk nekā gadu |
|------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------|-----------------|
| 2014 | 94 | 94 | 39 | 54 | 1 |
| 2015 | 170 | 170 | 45 | 125 | 0 |
| 2016 | 228 | 226 | 21 | 87 | 118 |
| 2017 | 224 | 171 | 26 | 34 | 111 |
| 2018 | 224 | 41 | 39 | 2 | - |

Veicot datu analīzi, revidenti ir konstatējuši, ka ar katru gadu pieaug atlīdzības prasījumu izskatīšanas laiks. Ja 2014.gadā saņemtie prasījumi vidēji tika izskatīti un lēmumi pieņemti 216 dienās, tad 2015., 2016. un 2017.gadā – attiecīgi vidēji 241, 367 un 351 dienā.

Ņemot vērā, ka atlīdzību prasījumu administrēšanas procesu nodrošina divas iestādes, revidenti ir analizējuši arī iesniegumu virzību un izskatīšanas termiņus (laiku) pa procesa posmiem. Analīzes rezultāti liecina:

- ❖ ja atlīdzību prasījumu administrēšanas procesā nav nepieciešams Inspekcijas atzinums, tad prasījuma izskatīšana un lēmuma pieņemšana tiek paveikta laikā līdz sešiem mēnešiem. Vienlaikus jāatzīmē, ka laikā no 2014. līdz 2017.gadam tikai 10% no kopējā pabeigto lietu skaita nebija nepieciešams Inspekcijas atzinums;
- ❖ ja atlīdzību prasījumu administrēšanas procesā ir lūgts Inspekcijas atzinums, tad prasījuma izskatīšanas un lēmuma pieņemšanas laiks ir būtiski ilgāks. 2014.gadā tās vidēji bija 244 dienas, 2017.gadā jau 388, tātad vidēji ilgāk nekā viena gada laikā. Turklāt jāatzīmē, ka ap 90% no atlīdzību prasījumu administrēšanas laika aizņem tieši Inspekcijas ekspertīzes veikšana un atzinuma sagatavošana. Detalizēta informācija apkopota 2.attēlā.



*Revīzijā nav analizēti dati par 2018.gadā saņemtajiem atlīdzību prasījumiem, jo no saņemtajiem 224 prasījumiem līdz 31.12.2018. lēmumi pieņemti tikai par 41, turklāt tikai par 4 prasījumiem Inspekcija ir sniegusi atzinumus.

2.attēls. Cik ilgā laikā tiek izskatīti atlīdzību prasījumi 2014.– 2017.gadā (vidēji dienas).

Revīzijā konstatēts, ka pēc lēmuma pieņemšanas par atlīdzības izmaksu Dienests laikā no 2014.gada līdz 2017.gadam izmaksu ir veicis vidēji 25 dienu laikā no lēmuma spēkā stāšanās dienas, tā ievērojot Ministru kabineta noteikumos³³ paredzēto termiņu – 90 darba dienas.

Pacientu tiesību likumā³⁴ noteikts, ka atlīdzības prasījumu izskatīšanas un lēmuma pieņemšanas termiņš var tikt pagarināts līdz vienam gadam, ja ir nepieciešams pieprasīt, savākt un izvērtēt papildu informāciju, tāpēc revīzijā ir vērtēts, vai lēmumu pieņemšanas termiņu pagarinājumi ir pamatoti.

Augstākās tiesas Administratīvo lietu departaments ir norādījis³⁵, ka administratīvās lietas termiņa pagarinājums ir pieļaujams vienīgā nolūkā, lai iestādei būtu iespēja noskaidrot visus lietā nepieciešamos apstākļus objektīva lēmuma pieņemšanai³⁶.

Revīzijā ir konstatēts, ka 2017.gadā gandrīz pusei, bet 2018.gadā visiem pieteiktajiem atlīdzības prasījumiem tika pagarināts administratīvās lietas izskatīšanas termiņš. Ņemot vērā tiesas atziņas, lietās, kurās ir pagarināti izskatīšanas termiņi, būtu jāpastāv apstākļiem, kas traucē Fondam likumā noteiktajā termiņā sagatavot atzinumu un pieņemt pamatotu lēmumu.

Revidentu ieskatā, lai arī lietas par veselības aprūpes kvalitāti ir īpašas un konkrēta gadījuma analīzei ir nepieciešams saņemt pēc iespējas pilnīgāku informāciju par pacienta veselības stāvokli, diagnozi, kā arī citiem sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, tomēr šīs lietas izskata ārstniecības jomas lietpratēji, tāpēc arī šajās lietās iesnieguma izskatīšanas termiņa pagarinājums ir izņēmums un tam jābalstās uz objektīviem apstākļiem.

Lai noteiktu, vai Dienests lēmumu pieņemšanas termiņus ir pagarinājis tāpēc, ka tam nebija iespējams noskaidrot lēmuma pieņemšanai nepieciešamos apstākļus sešu mēnešu laikā, revidenti izlases veidā veica Dienesta 48 sagatavoto lēmumu par termiņa pagarinājumu, kā arī atlīdzības prasījumu lietu pārbaudi.

Detalizēti analizējot Dienesta iesniegtos dokumentus, revidenti konstatēja, ka visi lēmumi par termiņa pagarinājumu ir pamatoti ar faktu, ka lietā nav saņemts Inspekcijas atzinums. Dienests revīzijā paskaidroja: ja nedēļu pirms administratīvās lietas izskatīšanas termiņa beigām nav saņemts Inspekcijas atzinums, Dienests telefoniski sazinās ar Inspekciju, lai noskaidrotu pamatojumu, un pēc tā saņemšanas sagatavo lēmuma projektu par administratīvās lietas izskatīšanas termiņa pagarinājumu.

Lai noskaidrotu, cik dienās vidēji Inspekcija veic dokumentācijas izvērtējumu, nosaka kaitējuma sekas un apmēru un sagatavo atzinumu, revidenti analizēja Inspekcijas iesniegto 34 lietās esošo dokumentu kopumu (virzību) un konstatēja:

- ❖ sākotnējie pieprasījumi ārstniecības iestādēm vai personām izsniegt ekspertīzes veikšanai nepieciešamos dokumentus vai sniegt skaidrojumus par notikušo situāciju ar pacientu tiek nosūtīti vidēji 95 dienu laikā pēc atlīdzības prasījuma dokumentācijas saņemšanas Inspekcijā. Tomēr ir konstatēti arī seši gadījumi, kad Inspekcija sākotnējos informācijas pieprasījumus nosūtījusi tikai pēc sešiem mēnešiem, kad saņemts iesniegums no Dienesta. Minētais liecina, ka lietas izskatīšana netiek uzsākta uzreiz pēc saņemšanas, jo netiek pieprasīts ekspertīzes veikšanai sākotnēji nepieciešamo dokumentu kopums;
- ❖ ārstniecības iestādes vai personas atbildes uz informācijas pieprasījumiem sniedz vidēji 34 dienās. Revīzijā iegūtā informācija liecina, ka ārstniecības iestādes un personas nekavējas ar nepieciešamo dokumentu iesniegšanu, šādi gadījumi ir izņēmums un tie būtiski neietekmē Inspekcijas lietu izskatīšanas termiņu, kā arī nav iemesls procesuālā termiņa pagarināšanai;
- ❖ pēc sākotnējās informācijas saņemšanas daudzās atlīdzības prasījumu lietās ilgā laika periodā (vidēji 162 dienas) nav konstatējamās nekādas aktivitātes, piemēram, nav sarakstes ar ārstniecības iestādēm vai personām, asociācijām utt.;
- ❖ pēc visas ekspertīzes veikšanai un atzinuma sagatavošanai nepieciešamās informācijas saņemšanas, ārsts eksperts atzinuma sagatavošanai velta vidēji 41 dienu;
- ❖ ir nebūtiska atšķirība atlīdzību prasījumu izskatīšanas termiņos lietās, kurās pieņemts lēmums par kaitējuma neesību, un lietās, kurās kaitējuma esība ir konstatēta, kā arī ir noteikts procentuālais kaitējuma apmērs.

Revidenti ir aprēķinājuši, ka laiks, ko Inspekcija patērē darbībām viena atzinuma sagatavošanai (informācijas pieprasījumu, tai skaitā atkārtoto, nosūtīšana, nepieciešamās informācija saņemšana, izvērtēšanas process) aizņem vidēji 332 dienas, t.sk. dīkstāve, proti, laiks, kad lietā nav virzības, ir vidēji 257 dienas, kas jau pats par sevi ir regulējumā noteiktā termiņa pārkāpums, tas ir, pārsniedz sešus mēnešus.

Lai arī revidenti ir konstatējuši, ka ir lietas, kurās procesuālā termiņa pagarinājums ir objektīvi pamatots, jo ekspertīzes veikšanai ir bijuši nepieciešami papildu paskaidrojumi vai dokumentācija, vai ārējo ekspertu viedokļi, šādu lietu skaits ir neliels, proti, piecas no 34 izlasē iekļautajām lietām. Lielākajā daļā no izskatītajām lietām revidenti nav konstatējuši nepieciešamās secīgās darbības, kas nodrošinātu procesa nepārtrauktību. Lietas materiāli arī nesatur pierādījumus, kas apliecinātu objektīvus iemeslus termiņa pagarināšanai, proti, ka bija nepieciešams savākt plašākus un pilnīgākus pierādījumus objektīva lēmuma pieņemšanai.

Par faktu, ka Fonda atlīdzības prasījumu termiņu kavējumi jau ilgtermiņā ir problēma, ir informēta arī Veselības ministrija. Minēto apliecinā ministrijas lēmumi, ar kuriem Dienestam uzlikts par pienākumu rakstiski atvainoties atlīdzības prasījumu iesniedzējiem par kavētiem procesuāliem termiņiem. Dienests atvainošanās vēstulēs³⁷ procesuālo termiņu kavējumu pamato ar to, ka Dienestā netiek laicīgi saņemti Inspekcijas atzinumi.

Revīzijā Tiesībsarga birojs ir informējis Valsts kontroli, ka 2016.un 2017.gadā birojā ir saņemtas vairākas sūdzības par Inspekcijas darba organizācijas problēmjautājumiem, tai skaitā par kavējumiem personu iesniegumu izskatīšanā un atzinuma sagatavošanā.

Tiesībsargs ir norādījis, ka Fondā atlīdzību prasījumi tiek izskatīti nesamērīgi ilgi, tiek kavēti termiņi, personām nav pārlicības par prasījuma izskatīšanas pagarināšanas pamatotību, proti, vai tajā laikā Inspekcija tiešām veic atzinuma sagatavošanu, nevis ļaunprātīgi izmanto tiesības pagarināt lietas izskatīšanu.

Tiesībsargs, sākot ar 2017.gada jūliju, vairākkārt ir norādījis Veselības ministrijai un Inspekcijai, ka ir nepieciešams uzlabot Inspekcijas darba organizāciju. Revidenti vērs uzmanību, ka Veselības ministrija un Inspekcija gan 2018.gada maijā tiesībsargam, gan septiņus mēnešus vēlāk revidentiem ir sniegušas gandrīz identisku informāciju par plānotajiem un jau veiktiem pasākumiem Inspekcijas darbības uzlabošanai, piemēram, Inspekcijas lietvedība seko līdzī iesniegumu izskatīšanas termiņiem un laicīgi ziņo par termiņu tuvošanos, ekspertīžu veikšanai tiek piesaistīts ārpakalpojums, stacionāro ārstniecības iestāžu resursu piesaiste gadījumu izpētei, kas notikuši konkrētajā slimnīcā, iekšējās procedūras pārskatīšana, attiecībā uz Fonda iesniegumu izskatīšanu.

Revidenti vēlas norādīt, ka Inspekcijas veiktie pasākumi ikdienas darba organizācijas uzlabošanai nav sasnieguši nepieciešamos rezultātus, tātad tie nav vērtējami kā pietiekami. Minēto apliecina gan aizvien pieaugošais atzinumu sagatavošanas termiņš, gan fakts, ka daļa no plānotajiem pasākumiem pat nav uzsākti.

Inspekcija revīzijā paskaidroja, ka būtiskākais iemesls novēlotu atzinumu sagatavošanā ir cilvēkresursu trūkums. Aktuāls ir ne tikai personāla piesaistīšanas jautājums, bet arī apstākļi, ka šobrīd nodarbināto ārstu ekspertu vidējais vecums ir tuvu valstī noteiktajam pensionēšanās vecumam, turklāt daļa no ārstiem ekspertiem jau ir pensijas vecumā.³⁸

Revidenti vērs uzmanību, ka ārstu ekspertu trūkums kā problēma jau bija identificēta pirms Fonda izveides. Ministru kabineta noteikumu sākotnējā ietekmes novērtējumā³⁹ ir minēts, ka 2013.gadā Inspekcijā ir 26 ārstu ekspertu (ierēdņu) amatu vietas, bet faktiski aizņemtas ir 18 amata vietas. Kā iemesls problēmai tika minēta Inspekcijas nespēja nodrošināt augstajām izvirzītajām prasībām atbilstošu konkurētspējīgu atalgojumu, jo, lai nodrošinātu ekspertīzes augstā profesionālā līmenī, Inspekcijai ir nepieciešami speciālisti ar specifiskām zināšanām un prasmēm praktiskajā medicīnā.

Ministru kabineta noteikumu sākotnējā ietekmes novērtējumā⁴⁰ Veselības ministrija vērsa uzmanību, ka ārstu ekspertu piesaistīšanas jautājums Inspekcijai ir risināms nekavējoties. Vienlaikus novērtējumā ir arī minēts, ka Veselības ministrija vidējā termiņā risinās jautājumu par finanšu resursu novirzīšanu ar Fonda darbības nodrošināšanu saistīto faktisko izdevumu segšanai un cilvēkresursu piesaistei.

Revīzijā ir noskaidrots, ka Ministru kabinets 2013.gadā neatbalstīja Veselības ministrijas iesniegto jauno politikas iniciatīvu par papildus nepieciešamo finansējumu Fonda darbības uzsākšanai un darbības nodrošināšanai. Savukārt laikā no 2014. līdz 2018.gadam Inspekcija ik gadu vērsās Veselības ministrijā ar papildu finansējuma pieprasījumiem Fonda darbības nodrošināšanai, un Veselības ministrija ik gadu budžeta projekta sagatavošanas procesā jauno prioritāro pasākumu sarakstā to ir iekļāvusi, bet finansējuma piešķiršana netika atbalstīta. Tikai 2018.gadā tika rasta iespēja pārdalīt Inspekcijas finansējumu starp budžeta prioritātēm, novirzot 138 022 *euro* finansējumu Fonda funkcijai.

Revīzijā ir konstatēts, ka Inspekcijā Fondā saņemto atlīdzību prasījumu administrēšanas procesā (ekspertīžu veikšanā un atzinuma sniegšanā) ir iesaistīts Veselības aprūpes kvalitātes kontroles nodaļas personāls – vecākie ārsti eksperti, ārsti eksperti un ekspertu palīgi.

No Inspekcijas sniegtā skaidrojuma izriet, ka Veselības aprūpes kvalitātes kontroles nodaļas darbinieki veic ne tikai Fonda atlīdzību prasījumu izskatīšanu, bet vienlaikus nodrošina arī ekspertīzes un

pārbaudes par saņemtajiem fizisko un juridisko personu iesniegumiem par veselības aprūpes un darbnespējas ekspertīzes kvalitāti.

2016.gadā Inspekcijā uz trīs mēnešiem bija izveidota atsevišķa nodaļa – Ārstniecības riska ekspertīžu nodaļa –, plānojot, ka tā veiks tikai Fonda iesniegumu izvērtēšanu. Ārstniecības riska ekspertīžu nodaļā tika paredzētas deviņas amata vietas – nodaļas vadītājs, pieci vecākie ārsti eksperti un trīs ekspertu palīgi. Kā izriet no Inspekcijas rīkojumiem⁴¹, tad gan nodaļas izveide, gan likvidēšana tika pamatota ar vieniem un tiem pašiem argumentiem – lai nodrošinātu Inspekcijas efektīvu un ekonomiski pamatotu darbību izvirzīto mērķu sasniegšanai, novēršot funkciju un amata pienākumu pārklāšanos.

Analizējot datus par Inspekcijā saņemtajiem Fonda atlīdzības prasījumiem, to izskatīšanu un atzinumu sagatavošanu (skatīt 3.tabulu), konstatēts, ka kopš Fonda darbības uzsākšanas Inspekcijai nosūtīto prasījumu skaits atzinumu sniegšanai ir vairāk nekā dubultojies, bet katru gadu par vairāk nekā pusi no saņemtajiem prasījumiem uz gada beigām nav sniegts atzinums, proti, prasījumi ir izskatīšanā. Turklāt, ja 2015.gadā tika sniegti atzinumi par 54% gada laikā izskatīšanā esošajiem prasījumiem, tad 2016.gadā tikai par 39%. Tādēļ ik gadu veidojas aizvien lielāks neizskatīto atlīdzības prasījumu skaita uzkrājums, kas 2017. un 2018.gadā jau pārsniedza gada laikā Inspekcijā saņemto Fonda atlīdzības prasījumu skaitu. Turklāt Inspekcijā kopš 2016.gada ir būtiski pieaudzis atlīdzības prasījumu izskatīšanas laiks, tāpēc lielākā daļa prasījumu tiek izskatīti ilgāk nekā viena gada laikā.

3.tabula

Inspekcijā saņemtie un sniegtie atzinumi par Fondā saņemtajiem atlīdzību prasījumiem, no 2014. līdz 2018.gadam

| | 2014.gads | 2015.gads | 2016.gads | 2017.gads | 2018.gads |
|----------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Gadā saņemto atlīdzību prasījumu skaits | 82 | 152 | 210 | 203 | 186 |
| Sniegto atzinumu skaits | 34 | 107 | 118 | 172 | 187 |
| Neizskatīto atlīdzību prasījumu skaits gada beigās | 48 | 93 | 185 | 216 | 215 |

Atbilstoši Inspekcijas skaidrojumam⁴² 2016. un 2017.gadā kopā Inspekcijā valsts civildienesta attiecības izbeidza seši vecākie ārsti eksperti, kas būtiski ietekmēja Inspekcijas kapacitāti.

Saskaņā ar Inspekcijas sniegto informāciju⁴³ apstiprināto vecāko ārstu ekspertu un ārstu ekspertu amata vietu skaits ir lielāks nekā faktiski aizpildītās amatu vietas (skatīt 4.tabulu). Turklāt Inspekcija ilgstoši nespēj aizpildīt vakantās amata vietas. Lai gan konkursi tiek izsludināti, tie pārsvarā beidzas bez rezultāta.

4.tabula

Apstiprinātās vecāko ārstu ekspertu, ārstu ekspertu un ekspertu palīgu amata vietas un faktiski aizpildītās amata vietas laikā no 01.01.2014. līdz 30.06.2018.

| Gads | Vecāko ārstu ekspertu un ārstu ekspertu | | Ekspertu palīgu | |
|-------------|-----------------------------------------|---------------------------|---------------------------------|---------------------------|
| | Apstiprināto amatu vietu skaits | Faktiskais skaits/slodzes | Apstiprināto amatu vietu skaits | Faktiskais skaits/slodzes |
| 01.01.2014. | 22 | 16* | 7 | 7 |
| 01.01.2015. | 12 | 15* | 8 | 7 |
| 01.01.2016. | 13 | 15* | 8 | 8 |
| 01.01.2017. | 18 | 15 | 12 | 10,5 |
| 01.01.2018. | 18 | 11,5 | 12 | 10,5 |
| 30.06.2018. | 18 | 10,75 | 12 | 11,75 |

*ir iekļauti arī trīs nodaļu vadītāji, kuri ir sertificēti ārsti eksperti un atbilstoši Inspekcijas revīzijā iesniegtajiem datiem faktiski arī ir veikuši ekspertīzes par Fonda iesniegumiem.

Tā kā Inspekcijā nav ieviesta ārstu ekspertu specializācija, paredzot, ka kāds no ārstiem ekspertiem strādā tikai ar Fonda atlīdzību prasījumiem, tad, lai noteiktu ārstu ekspertu paveiktā darba apjomu, analīzei izmantoti dati par visiem izskatītajiem veselības aprūpes kvalitātes un darbnespējas pamatotības iesniegumiem. Analīzes rezultātus skatīt 5.tabulā.

Ministru kabineta sākotnējā ietekmes novērtējumā⁴⁴ ir norādīts, ka Inspekcijas viens eksperts gada laikā var veikt vidēji 51 ekspertīzi. Šis skaits iegūts, apkopojot statistiku par faktiski veikto ārstu ekspertu darbu iepriekšējos periodos.

5.tabula

Ārstu ekspertu gada paveiktais darba apjoms no 2014. līdz 2018.gadam

| Gads | Faktiskais vidējais ārstu ekspertu skaits/slodzes | Kopējais izskatīto iesniegumu skaits | Kopējais veikto ekspertīžu skaits | Vidēji viena eksperta gada laikā veikto ekspertīžu skaits |
|------|---------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 2014 | 15,5* | 1049 | 634 | 41 |
| 2015 | 15* | 879 | 504 | 34 |
| 2016 | 15* | 990 | 566 | 38 |
| 2017 | 13,25 | 846 | 542 | 41 |
| 2018 | 11,13 | 797 | 555 | 50 |

*ir iekļauti trīs nodaļu vadītāji, kuri ir sertificēti ārsti eksperti un, atbilstoši Inspekcijas revīzijā iesniegtajiem datiem, faktiski arī ir veikuši ekspertīzes par Fonda atlīdzības prasījumiem.

Revidentu veiktie aprēķini liecina, ka kopš 2015.gada viena eksperta vidēji gada laikā paveiktais ekspertīžu skaits nepārsniedz 51 un vidēji vienas ekspertīzes sagatavošanai eksperts velta trīs līdz četras dienas, paralēli vēl veicot citas darbības – veicot pārbaudes, sagatavojot atbildes, piedaloties tiesu procesos, sniedzot papildu atzinumus gan pēc Veselības ministrijas, gan pēc tiesu uzliktajiem pienākumiem utml.

Tātad ārstu ekspertu produktivitāte kopš 2014.gada ir kritusies, proti, viens ārsts eksperts gada laikā veicis mazāk ekspertīžu nekā laikā pirms Fonda izveidošanas. Revidenti vienlaikus vērs uzmanību, ka

analīze atklāj informāciju tikai par faktiski paveikto darbu, tajā nav ietverti izskatīšanā esošie iesniegumi, lai gan, piemēram, uz 31.12.2016., uz 31.12.2017. un uz 31.12.2018. ārstiem ekspertiem izskatīšanā bija nodotas, bet vēl nebija pabeigtas attiecīgi 185, 216 un 215 Fondā saņemtās atlīdzības prasījumu lietas.

Revidenti uzskata, ka aprēķina dati būtu jāvērtē kopsakarā ar ārstu ekspertu darbu efektivitāti, bet revīzijā nav iegūti pierādījumi un informācija, ka Inspekcija to ir vērtējusi, lai noteiktu faktiski nepieciešamo ārstu ekspertu skaitu.

Inspekcijā 2017.gadā veikts iekšējais audits, kura mērķis bija identificēt arī cēloņus lietu izskatīšanas garajiem termiņiem. Auditā ir norādīti šādi iemesli:

- ❖ nepietiekamais ekspertu skaits, no tā izrietoši, ka uz vienu ekspertu ir liels iesniegumu skaits – uz 07.09.2017. vienlaicīgi vienam ekspertam izskatīšanā ir līdz pat 50 lietām, kā arī nepietiekams ekspertu specializācijas veids (iztrūkst konkrētu jomu speciālisti);
- ❖ nepietiekama procesu pārvaldība, t.sk. ekspertu darbu pienākumu sadale, termiņu uzraudzība, ārstu ekspertu palīgu darba efektivitāte.

Revidenti neapšaubā, ka ārstu ekspertu trūkums būtiski ietekmē Inspekcijas kapacitāti, un izprot, ka tā ir visas nozares problēma. Tomēr, ņemot vērā revīzijā konstatēto, revidentiem radās šaubas arī par iekšējās kontroles sistēmas efektivitāti par termiņu uzraudzību. Tāpēc revidenti veica abu iesaistīto iestāžu Fonda darbību regulējošo iekšējo normatīvo aktu izvērtējumu.

Fonda darbības regulēšanai gan Dienestā, gan Inspekcijā ir izstrādātas iekšējās procedūras⁴⁵. Lai arī Dienests veic atlīdzības prasījumu izskatīšanas termiņu uzraudzību, tas nevar ietekmēt Inspekciju un tās darbību atzinumu sagatavošanā, jo abas institūcijas neatrodas subordinācijas attiecībās. Ja Inspekcija atzinumu sagatavo novēloti, arī Dienesta lēmums jebkurā gadījumā tiek pieņemts novēloti.

Inspekcijā spēkā esošā procedūra⁴⁶, kas regulē ekspertīzes procesu un atzinumu sagatavošanu, tai skaitā arī Fonda lietās, paredz Veselības aprūpes kvalitātes kontroles nodaļas vadītāja pienākumu kontrolēt un uzraudzīt izpildes termiņu ievērošanu, kā arī eksperta palīga pienākumu sekot atzinumu izpildes termiņiem un informēt nodaļas vadītāju par termiņu ievērošanu.

Tomēr ne iekšējā procedūrā, ne amata aprakstos nav noteikts pienākums uzraudzīt administratīvā procesa termiņus, lai nodrošinātu atzinuma savlaicīgu sagatavošanu.

Atbildot uz revidentu lūgumu iesniegt dokumentus, kas apliecina Inspekcijas veikto kontroli pār eksperta darba procesu un lietu izskatīšanas termiņiem, Inspekcija iesniedza e-pasta sarakstes, no kurām var konstatēt, ka Veselības aprūpes kvalitātes kontroles nodaļas vadītājam tiek sniegta informācija par lietu izskatīšanas termiņiem, kas tuvojas attiecīgajā nedēļā, vai jau kavētajiem termiņiem.

Vienlaikus Inspekcija norādīja, ka iestādes atbildīgās amatpersonas regulāri pārbauda katra eksperta lietu uzkrājumu. Kā apliecinājums revidentiem tika iesniegtas vēstules, kurās Dienestam tiek sniegta informācija par prognozējamajiem lietu izskatīšanas termiņiem. No iesniegtajiem dokumentiem revidenti var secināt, ka arī šajā gadījumā Dienestam tiek sniegtas atbildes lielākoties par sagatavošanā esošajiem atzinumiem ar jau kavētiem izskatīšanas termiņiem.

Revidenti vēlas vērst uzmanību, ka Inspekcijas procedūra, kas ir aktuāla Fonda ekspertīzēm⁴⁷, nav mainīta kopš 15.06.2016. Proti, **lai arī Inspekcijā atzinumu novēlota sagatavošana jau ir kļuvusi sistemātiska, nav analizētas nepieciešamās izmaiņas iekšējā normatīvajā aktā.** Jāatzīmē, ka procedūra nenosaka ne detalizētus termiņus darbiniekiem, ne sistemātisku kontroli pār Fonda atlīdzības prasījumu izskatīšanas termiņiem.

Revidentu ieskatā Inspekcijas iekšējā kontroles sistēma nav vērstā uz to, lai nodrošinātu pilnvērtīgu uzraudzību pār Fonda atlīdzības prasījumu izskatīšanas procesu un atzinumu sagatavošanu Pacientu

tiesību likumā noteiktajā termiņā. Tāpēc Inspekcijai ir nepieciešams uzlabot iekšējos procesus, panākot pēc iespējas ātrāku lietu apriti, tā nodrošinot labu pārvaldību.

Revidentu ieskatā par iestādes vadības nespēju risināt izveidojušos situāciju liecina arī Inspekcijas ierosinājums Veselības ministrijai apsvērt grozījumu nepieciešamību Pacientu tiesību likumā, nosakot, ka pacienta atlīdzības prasījumu par viņa dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu, kā arī par ārstniecības izdevumu atlīdzināšanu izskata un lēmumu pieņem viena gada laikā pēc tam, kad Dienests saņēmis atlīdzības prasījumu.

Revidentu ieskatā šāda Inspekcijas rīcība, proti, mēģinot pagarināt atlīdzību prasījumu iesniegšanas termiņus, nevis optimizējot iekšējos procesus, ir vērtējama kā bezatbildīga un Fonda izveides mērķim (ātrāk un efektīvāk) absolūti neatbilstoša. Ja Veselības ministrija Inspekcijas priekšlikumu būtu atbalstījusi, tad lietu izskatīšana tiesā civilprocesuālā kārtībā, iespējams, būtu ātrāka nekā lietu izskatīšana Fondā. Revīzijā noskaidrots, ka 2016., 2017. un 2018.gadā vidējais civillietu izskatīšanas ilgums pirmajā instancē bija astoņi mēneši (no lietas reģistrēšanas brīža līdz spriedumam), savukārt apelācijas instancē – vēl četri mēneši.

Tāpēc revidenti uzskata, ka Inspekcijai jāuzlabo iekšējie procesi, paaugstinot darbības efektivitāti un vienlaikus nodrošinot Fonda darbības mērķi – pacientu tiesību nodrošināšanu.

Kā jau iepriekš minēts, uz 31.12.2018. Inspekcija nav sniegusi atzinumus par 215 atlīdzību prasījumiem, turklāt liela daļa prasījumu tiek izskatīti termiņā, kas pārsniedz sešus mēnešus vai pat gadu. Revīzijā Veselības ministrija paskaidroja⁴⁸: lai uzlabotu Fonda darbību un samazinātu ekspertīzes termiņus, kas saistīts arī ar nepietiekamu finansējuma apmēru ekspertīzes nodrošināšanai, ir veikti grozījumi Pacientu tiesību likumā, kas stājās spēkā 01.01.2019. Likuma⁴⁹ grozījumi paredz, ka Fonda līdzekļus ne vairāk kā piecu procentu apmērā no kārtējā gadā veikto ārstniecības riska maksājumu apjoma var izmantot pacientu atlīdzības prasījumu izskatīšanai piesaistīto ekspertu darba apmaksai. Ministrijas ieskatā tā tiks nodrošināts, ka ekspertīzes veikšanai var piesaistīt ārstniecības personu profesionālās asociācijas, kas īpaši būtiski ir tajās jomās, kurās Inspekcijas ekspertiem nav specialitātes sertifikāta, kā arī īpaši sarežģītos gadījumos. Eksperta piesaistīšana uzlabos ekspertīzes profesionalitāti un kalpos pacientu interešu aizstāvībai.

Saskaņā ar Inspekcijas sniegto informāciju⁵⁰ atlīdzības prasījumu izskatīšanai piesaistīto ārstniecības personu, tajā skaitā ārstniecības personu profesionālo organizāciju pārstāvju, darba samaksai 2019.gadā varētu tikt izmantoti finanšu līdzekļi 53 614 *euro* apmērā.

Revīzijā ir iegūta informācija, ka Inspekcija 2018.gada beigās ir sākusi slēgt līgumus ar profesionālajām asociācijām un pieaicinātiem speciālistiem par slēdzienu sniegšanu ekspertīzēs. Vienlaikus revidenti vērs uzmanību, ka pakalpojumu sniedzēju pienākums ir noteikt kaitējuma esību vai neesību, nenosakot kaitējuma smaguma apmēru procentos. Tas nozīmē: ja arī lieta nodota ārējam ekspertam, atzinuma sniegšanā jāiesaistās arī Inspekcijas ārstam ekspertam, kuram ir jānosaka kaitējuma smaguma apmērs

Laikā no 12.12.2018. līdz 2019.gada februārim noslēgti līgumi ar, piemēram, “Latvijas Neurologu biedrību”, “Latvijas Insulta biedrību”, kā arī vairākiem ārstiem dažādās specialitātēs (radioloģija, ginekoloģija, neiroloģija u.c.).

Noslēgtajos līgumos ir noteikts, ka pakalpojuma izpilde ir jāveic ne ilgāk kā 15 dienās, tāpēc, ja Inspekcija aktīvi izmantos iespēju piesaistīt atlīdzības prasījumu izskatīšanai ārējos ekspertus, revidentu ieskatā būs iespējams samazināt šobrīd uzkrāto lietu apjomu.

Vai kaitējuma esības un izmaksājamās atlīdzības apmēra noteikšanas kārtība ir saprotama?

Pēc atlīdzības prasījuma saņemšanas no Dienesta Inspekcijai jāveic ekspertīze un jāsapatavo atzinums, kurā jākonstatē kaitējuma esība vai neesība, kaitējuma esības gadījumā aprēķinot izmaksājamās atlīdzības apmēru. Inspekcijas atzinumam jābūt balstītam uz pacienta medicīnisko dokumentu ekspertīzi⁵¹.

Līdzīgi kā mantisko zaudējumu, arī personiskā kaitējuma atlīdzinājuma prasījuma pamatā **ir jābūt pierādītai cēloņsakarībai starp darbību un sekām**. Tādēļ, pirms noteikt kaitējuma smagumu un aprēķināt izmaksājamās atlīdzības apmēru, Inspekcijai ir jākonstatē cēloņsakarība starp kaitējuma nodarīšanas faktu un ārstniecības personas darbību vai bezdarbību ārstniecības procesā. Revīzijā konstatēts, ka Fonda lēmumi par kaitējuma neesību tiek pārsūdzēti gan Veselības ministrijā, gan Administratīvajā tiesā. Tomēr revidentu ieskatā strīdi par cēloņsakarību pastāv neatkarīgi no tā, par ko ir prasījums, tāpēc revīzijā nav analizēts, kā Inspekcija nosaka kaitējuma esību vai neesību. Strīdu par cēloņsakarību starp kaitējuma nodarīšanas faktu un ārstniecības personas veikto darbību vai bezdarbību ārstniecības procesā izskatīšanā ir nepieciešamas medicīnas jomas lietpratēju zināšanas, tāpēc revidenti nav analizējuši kārtību, kādā Inspekcija nosaka kaitējuma esību vai neesību.

Vienlaikus revidenti vēlas vērst uzmanību uz faktu, ka Inspekcija ir sniegusi⁵² Veselības ministrijai viedokli, ka tās ieskatā Fonda normatīvais regulējums neprecizē jēdzienu “kaitējums”, bet gan satur vispārīgu norādi uz rīcību un apstākļiem, kas var radīt kaitējumu. Ņemot vērā, ka normatīvais regulējums neparedz skaidras jēdziena robežas, Inspekcijai atsevišķos gadījumos, veicot ekspertīzi, ir sarežģīti novērtēt kaitējuma esību vai neesību, kā arī kaitējuma neesības konstatēšanas rezultātā pacientiem nereti rodas neskaidrības un iebildumi par Inspekcijas sniegtā atzinuma par kaitējuma neesību saturu.

Ministru kabineta noteikumos⁵³, kas regulē Fonda darbību, ir noteikta kārtība, kā aprēķināms izmaksājamās atlīdzības apmērs, ņemot vērā pacientam nodarītā kaitējuma smagumu.

Revidentu ieskatā ir būtiski, ka jebkurš patients, tas ir, persona bez zināšanām medicīnas jomā, spēj izprast, kā tiek noteikts nodarītā kaitējuma smagums un aprēķināts izmaksājamās atlīdzības apmērs. Tāpēc revīzijā tika vērtēts, vai Inspekcijas lēmuma pamatā ir saprotama procedūra ar skaidriem tās piemērošanas kritērijiem, lai procesā iesaistītās puses būtu pārliecinātas par pieņemtā lēmuma objektivitāti un taisnīgumu un iesaistītajām pusēm nebūtu strīda par atlīdzības apmēru.

Lai precīzi noteiktu izmaksājamās atlīdzības apmēru, Inspekcija, pamatojoties uz Ministru kabineta noteikumos⁵⁴ iekļautajiem novērtēšanas kritērijiem (piemēram, veselības stāvoklis, slimības raksturs un smagums ārstniecības procesa sākumā; pacienta līdzdalība (līdzestība) savas veselības aprūpē, tās nozīme un ietekme uz ārstniecības procesa norisi, u.c.), nosaka pacienta dzīvībai vai veselībai nodarītā kaitējuma smaguma pakāpi procentos⁵⁵.

Šādu metodi, proti, katru gadījumu izvērtēt individuāli, ņemot vērā kritērijus, kas iekļauti Ministru kabineta noteikumos⁵⁶, atlīdzības aprēķināšanai izvēlējās Veselības ministrijas⁵⁷ izveidotā darba grupa.

Veselības ministrijas ieskatā⁵⁸ izraudzītais kaitējuma novērtēšanas veids ir visobjektīvākais un taisnīgākais atlīdzības apmēra noteikšanai.

Revīzijā Veselības ministrija norādīja⁵⁹, ka Fondam būtiskākais ir konstatēt kaitējuma izcelsmi, lai noteiktu konkrētas sekas. Tieši tādēļ Fonda regulējumā ir noteikti kaitējuma novērtēšanas kritēriji, lai būtu iespējams katram pacientam individuāli novērtēt tam nodarītā kaitējuma apmēru, ņemot vērā viņa līdzšinējo veselības stāvokli un slimības gaitu.

Fonda regulējuma piemērošanas kārtībai un Inspekcijas kompetencei savu novērtējumu jau ir sniegusi Administratīvā tiesa, izskatot pieteikumus, kuros pacienti lūdz palielināt noteiktā kaitējuma procentu apmēru. Administratīvā tiesa spriedumos konsekventi norāda, ka:

- ❖ tiesu praksē ir atzīts, ka diagnozes, slimības izpausmes un pacienta veselības stāvokļa novērtēšana ir ārstniecības jomas lietpratēju jeb ārstu, nevis tiesas kompetencē esošs jautājums. Teorētiskam diagnozes izvērtējumam nav nozīmes, ja konkrētās slimības izpausmes nav diagnosticējis ārsts, tāpēc tiesai nav pamata apšaubīt Inspekcijas sniegtās veselības aprūpes kvalitātes izvērtēšanai izdarītos secinājumus;
- ❖ tiesa nevar iestāties iestādes vietā un noteikt konkrētu administratīvā akta saturu, jo tas prasa speciālas zināšanas, tādējādi tiesa pārkāptu tās kompetenci. Taču tiesa var novērtēt to, vai iestāde ir ievērojusi tai tiesību normā doto novērtēšanas brīvību tiesiski. Tāpēc tiesa pārbauda, vai iestāde ir piemērojusi tiesību normās noteiktos novērtēšanas kritērijus un vai nav pieļāvusi acīmredzamu novērtējuma kļūdu.

Ievērojot Administratīvās tiesas viedokli, ir secināms, ka likumdevējs ir noteicis Inspekciju kā vienīgo kompetento iestādi, kura ir tiesīga sniegt vērtējumu par to, vai ārstniecības iestādes/ personas darbības vai bezdarbības rezultātā pacienta veselībai nodarīts kaitējums, un aprēķināt kādā apmērā tas ir nodarīts.

Uzsākot Fonda darbību, **tika paredzēts, ka Inspekcija izstrādās pacientu veselībai vai dzīvībai nodarītā kaitējuma smaguma noteikšanas kritēriju metodoloģiju**, ko, attīstoties Fonda darbībai, Inspekcija piemērotu nodarītā kaitējuma apjoma vērtēšanā.

Revīzijā tika konstatēts, ka kaitējuma apmēra noteikšanas metodoloģija kopš 2013.gada vēl arvien nav apstiprināta.

Inspekcija revidentiem sniedza informāciju, ka 2016.gadā izveidotā darba grupa, kuras uzdevums bija izstrādāt taisnīgu un vienotu pieeju noteikumiem par kaitējuma apmēra noteikšanu, 2017.gada sākumā tika likvidēta. Vienlaikus revidenti vērš uzmanību, ka darba grupa, ar mērķi izstrādāt priekšlikumus noteiktā kaitējuma smaguma apmēra noteikšanai kopsakarā ar noteikumos ietvertajiem kritērijiem, vadlīnijas kaitējuma smaguma apmēra noteikšanai, kā arī morālā kaitējuma atlīdzības apmēra noteikšanai, atkārtoti tika izveidota gandrīz divus gadus vēlāk, jau revīzijas laikā, tas ir, 09.10.2018⁶⁰.

Revīzijā arī konstatēts, ka Inspekcija 2017.gada sākumā, likvidējot darba grupu, informēja Veselības ministriju⁶¹ par nepieciešamību izstrādāt tiesisko regulējumu noteikumos ietverto kritēriju piemērošanas principiem šādu iemeslu dēļ:

- ❖ noteikumu pielikums⁶² paredz pārāk nekonkrētus procentuālos apmērus kaitējuma smaguma noteikšanai, tāpēc nereti ir sarežģīti pielietojams praksē;
- ❖ nepieciešams precizēt un papildināt nodarītā kaitējuma (funkciju traucējumus, orgānu bojājumus un zaudējumu utt.) veidus, detalizēti nosakot procentuālo sadalījumu vai precizējot procentuālo amplitūdu kaitējuma smaguma novērtēšanai;
- ❖ sagatavojot atzinumus rodas neskaidrības ar attiecīgo kritēriju piemērošanas kārtību, jo normatīvais regulējums satur attiecīgo kritēriju uzskaitījumu, bet neparedz to piemērošanas vadlīnijas.

Vienlaikus Inspekcija Veselības ministrijai norādīja⁶³, ka noteikumu kvalitatīvu un pamatotu grozījumu izstrādei darba grupā būtu jāpieaicina mācībspēki un valsts augstākā līmeņa ārstniecības iestāžu speciālisti attiecīgajās medicīnas specialitātēs. Darba grupas uzdevums būtu izstrādāt kritēriju piemērošanas vadlīnijas un noteikumus nodarītā kaitējuma un tā smaguma, izteikta procentos, precizēšanai un papildināšanai.

Revidentu ieskatā fakts, ka Fonda regulējumā noteikto kaitējuma aprēķināšanas veidu kritiski vērtē pat Inspekcija, kas to piemēro, nosakot kaitējuma apmēru, apliecina, ka pacienta tiesību ievērošana netiek nodrošināta. Arī pietiekami vērtīgs un zinošs pacients nevar izsekot un izprast nodarītā kaitējuma aprēķināšanas veidu, tāpēc pacientam var šķist taisnīgs un objektīvs ikvienā gadījumā, kad netiek izmaksāta maksimālā atlīdzības summa.

Neskaidrs un praksē sarežģīti pielietojams normatīvais regulējums apgrūtina Inspekciju izskatīt atlīdzības prasījumu iesniegumus efektīvi un savlaicīgi, tāpēc revidentu ieskatā minētais apstāklis ir viens no iemesliem, kāpēc Inspekcija kavē lietu izskatīšanas termiņus.

To, ka izstrādātais regulējums, jo sevišķi kaitējuma smaguma apmēra noteikšanai, ir nepilnīgs, apliecina arī fakts, ka no Fonda darbības sākuma 127 lietās, tas ir 18%, pieņemtie lēmumi ir apstrīdēti, kā arī tas, ka vairākās lietās ar tiesas nolēmumu ir uzlikts pienākums Dienestam izmaksāt lielāku atlīdzību, nekā sākotnējā lēmumā noteikts. Jānorāda, ka 48% no Veselības ministrijas pieņemtajiem lēmumiem tiek pārsūdzēti Administratīvajā tiesā.

Arī revidentu veiktā Administratīvās tiesas spriedumu analīze liecina, ka vismaz 43% gadījumu iesniegto pieteikumu pieteicēji lūdz pārskatīt Inspekcijas noteikto kaitējuma smaguma apmēru un piemērotos kritērijus.

Revīzijā konstatēts: ja tiek pieņemts lēmums par atlīdzības izmaksu vai tās atteikumu, lēmumā ietvertā informācija satur juridiskā pamatojuma aprakstu, kā arī Inspekcijas atzinumā minēto informāciju, proti, medicīniskas informācijas un terminoloģijas, dažādu analīžu un izmeklējumu rezultātu uzskaitījumu. Revidenti izprot, ka Fonda lēmums balstās uz ārstniecības jomas lietpratēja jeb ārsta sagatavoto atzinumu, tomēr uzskata, ka lēmums pacientam ir jāizskaidro tā, lai pacients spētu izprast, vai atlīdzības apmērs noteikts objektīvi un taisnīgi.

Revīzijā Veselības ministrija sniedza informāciju⁶⁴, ka Inspekcija ir izstrādājusi kaitējuma apmēra noteikšanas metodoloģijas projektu⁶⁵, ko ministrija tuvākajā laikā plāno nodot publiskai apspriešanai. Minētais dokuments cita starpā ietver pacienta dzīvībai un veselībai nodarītā kaitējuma smaguma apmēra noteikšanas algoritmu, secīgi izskaidrojot, kāds šo noteikumu pielikumā ietvertais kaitējuma veids nodarīts pacientam un šo noteikumu desmit kritēriju piemērošanu attiecīgajā gadījumā kaitējuma smaguma apmēra noteikšanai.

Revidenti cer, ka metodoloģijas projekta publiskās apspriešanas laikā notiks konstruktīva un atklāta diskusija, iesaistoties ne tikai Veselības ministrijas pakļautības iestādēm, bet arī augstskolu mācībspēkiem, universitātes slimnīcu speciālistiem, kā arī pacientu tiesību aizsardzības organizācijām, tā veicinot saprotamu kaitējuma smaguma apmēra noteikšanas mehānisma ieviešanu.

Vai pacientiem ir nodrošināts pieejams interešu aizstāvības mehānisms un pacienti par to ir informēti?

Revīzijā ir arī vērtēts, vai Fonds nodrošina pacientiem pieejamu un saprotamu interešu aizstāvības mehānismu, vienlaikus pārlicinoties par iedzīvotāju informētību par Fondu un tā darbības ietvariem.

Revīzijā Veselības ministrija paskaidroja⁶⁶, ka:

- ❖ izveidojot Fondu un uzticot tā vadību un administrēšanu valsts pārvaldes iestādēm, likumdevēja mērķis bija izveidot mehānismu, kā pacientam atvieglot savu interešu aizstāvību viņa veselībai nodarītā kaitējuma gadījumā. Svarīgi bija noteikt skaidrus un vienotus pienākumus attiecībā uz tādu mehānismu nodrošināšanu, kas paredzēti reaģēšanai uz veselības aprūpes rezultātā radītu

kaitējumu, lai nepieļautu to, ka uzticēšanās vai pacienta iespēju trūkuma dēļ šie mehānismi kļūst par šķērslī pacientam realizēt savu interešu aizstāvību;

- ❖ Fonda izveide ievērojami atvieglo pacientu iespējas aizstāvēt savas tiesības, jo prasījumi par veselībai vai dzīvībai nodarītu kaitējumu tiek izskatīti administratīvā procesa ietvaros, pēc iespējas mazāk iesaistot pacientu. Tas nozīmē, ka informācijas iegūšanu, pierādījumu vākšanu un ekspertīzes veikšanu nodrošina valsts pārvaldes iestādes, tādējādi pacients administratīvajā procesā var pārstāvēt sevi pats un viņam nerodas papildu izdevumi, jo nav nepieciešama pārstāvja pieaicināšana, izņemot gadījumā, ja pacients to īpaši vēlas;
- ❖ ievērojot līdz šim Fondā iesniegtajos prasījumos norādīto, konstatējams, ka lielākā daļa pacientu paši nevarētu pilnvērtīgi nodrošināt savu pārstāvību tiesā Civilprocesa likumā noteiktajā kārtībā, jo tas paredz sacīkstes principa ievērošanu un pierādījumu vākšana ir katras puses atbildībā, tajā skaitā arī paša pacienta. Tāpat arī jāņem vērā, ka pacientam, vēršoties tiesā, ir nepieciešami ievērojami materiāli izdevumi, ko rada gan valsts nodevas samaksāšana, gan lielākajā daļā gadījumu arī pārstāvja algošana.

Revidenti piekrīt Veselības ministrijas paustajam viedoklim, jo uzskata, ka tikai atlīdzības prasījuma, kurā jānorāda notikušā gadījuma apstākļus, un pacienta rīcībā esošo dokumentu iesniegšana ir ievērojami vieglāks process nekā prasības sagatavošana tiesai. Turklāt atlīdzības prasījuma aizpildīšanai nav nepieciešama juridiskā pārstāvja pieaicināšana.

Vienlaikus revidenti vērs uzmanību, ka Fonda atlīdzības prasījumu administrēšanas procesam ir jāatbilst administratīvā procesa būtībai, tas ir, ir jāievēro pamatprincips, ka tas savā būtībā ir vērst uz privātpersonu tiesību un interešu maksimālu aizsardzību.

Veselības ministrija revīzijā paskaidroja⁶⁷, ka administratīvā procesa izvēli Fonda atlīdzības prasījumu izskatīšanai izvēlēja, lai izslēgtu iespēju, ka aizstāvēt savas tiesības un saņemt atlīdzību varētu tikai paši uzņēmīgākie pacienti. Vienlaikus ministrija arī norādīja, ka no Fondā iesniegtajiem prasījumiem (saistībā ar pacientu vecumu, veselības stāvokli, speciālu juridisku vai medicīnisku zināšanu neesamību, materiālo stāvokli), konstatējams, ka lielākajai daļai pacientu būtu problēmas pilnvērtīgi nodrošināt savu pārstāvību, tai skaitā tiesā.

Šo pašu iemeslu dēļ pacienti neatrodas līdzvērtīgā pozīcijā arī ar Fondu un nevar pilnvērtīgi nodrošināt savu interešu aizstāvību, piemēram, gadījumos, kad Fonds kavē lietas izskatīšanas termiņus. Tā kā pacientiem trūkst juridisko zināšanu, tie nevēršas ar pieteikumiem par iestādes faktisko rīcību Administratīvajā tiesā, bet gan gaida, līdz tiks pieņemts lēmums.

Neskatoties uz pašreizējo pacientu pasivitāti, Fonda pieļautie administratīvo lietu termiņu kavējumi tomēr paaugstina risku pieaugošam sūdzību skaitam, kā arī tiesu procesiem par pieļautiem procesuāliem pārkāpumiem un nepamatoti kavētiem lietu izskatīšanas termiņiem.

Fonda darbībā netiek prioritāri ievērotas pacientu intereses, jo Fonda regulējumā pacientiem ir noteikts ierobežojums, ka atlīdzību par dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu un ārstniecības izdevumiem no Fonda var pieprasīt ne vēlāk kā divus gadus pēc kaitējuma atklāšanas dienas, bet ne vēlāk kā trīs gadus pēc kaitējuma nodarīšanas. Savukārt, lai arī Fondam pieteiktie atlīdzības prasījumi ir jāizskata sešu mēnešu laikā, valsts pieļauj sistemātisku šo termiņu neievērošanu, un par pārkāpumiem netiek piemērotas nekādas sankcijas.

Revidentu ieskatā ir svarīgi sabiedrībai sniegt informāciju par valsts pieņemtiem sabiedriski nozīmīgiem lēmumiem, tai skaitā arī par valsts noteiktiem mehānismiem, kas nodrošina pacientu tiesību aizstāvību. Tādēļ sabiedrības informētība par Fondu un tā darbības ietvariem ir priekšnoteikums, lai Fondu varētu uzskatīt par pieejamu un vērstu uz pacientu tiesību pilnvērtīgu aizsardzību.

Sadarbībā ar tirgus un sociālo pētījumu uzņēmuma “Latvijas Fakti” ir veikta aptauja, kurā Valsts kontrole noskaidroja, vai iedzīvotāji ir informēti par Fonda izveidi un darbību. Aptaujas dati liecina, ka tikai 14% respondentu ir dzirdējuši, ka Latvijā darbojas Fonds, savukārt no tiem, kuri par Fondu ir dzirdējuši, tikai 65% zina, ka Fonds ir valsts izveidots pacientu tiesību aizstāvības institūts. Tātad faktiski tikai 9% respondentu zina, kas ir Fonds. Turklāt aptaujā arī noskaidrots, ka respondenti informāciju par Fondu ir ieguvuši pārsvarā no medijiem un no ģimenes locekļiem, radiem, draugiem un paziņām. No aptaujas rezultātiem viennozīmīgi secināms, ka iedzīvotāji nav informēti par Fonda darbību.

Lai izvērtētu, vai iedzīvotājiem ir pieejama informācija par Fondu, revīzijā apskatīts Veselības ministrijas, tās padotības iestāžu, kā arī ārstniecības iestāžu mājas lapu saturs un konstatēts, ka informācija par Fondu un tā darbības ietvariem nav iekļauta ārstniecības iestāžu mājas lapās. Savukārt Veselības ministrijas, Dienesta un Inspekcijas mājas lapā informācija par Fondu ir ievietota, bet tā nav lietotājam viegli un intuitīvi atrodama. Turklāt mājas lapās ievietotā informācija satur tiesību normu citātus, tā ir sarežģīta un nav sniegti skaidrojumi, piemēram, par Fonda izveidošanas mērķi, procesa atšķirību no tiesas procesa, u.tml.

Revidentu ieskatā Veselības ministrijas publiski sniegto informāciju par Fondu nevar uzskatīt par pietiekamu un plaši pieejamu iedzīvotājiem. Pilnvērtīgu informāciju par Fonda darbību iespējams iegūt, tikai vērsoties personiski Dienestā vai Inspekcijā.

Nodrošinot sabiedrībai visaptverošu informāciju par Fondu un tā darbību, var pieaugt pacientu atlīdzības prasījumu iesniegumu skaits, kas tādējādi ietekmētu arī Inspekcijas kapacitāti. Tomēr revidenti uzskata, ka, izdarot izvēli par labu Fondam valsts iestāžu pārvaldībā, valsts ir uzņēmusies pienākumu nodrošināt pacientu tiesību interešu aizstāvību kā prioritāti. Līdz ar to ir jānodrošina informācijas pieejamība par to, kādas ir iedzīvotāju kā pacientu tiesības gadījumā, ja ārstniecības procesa rezultātā pacientam tiek nodarīts kaitējums.

Ieteikumi

Lai nodrošinātu Fonda pamatmērķa sasniegšanu – sniegt iespēju pacientam aizstāvēt savas tiesības un saņemt atlīdzību par veselībai nodarīto kaitējumu ārpusstiesas procesa kārtībā –, Inspekcijai, ja nepieciešams, sadarbībā ar Veselības ministriju:

- ❖ veikt Fonda procesu, funkciju un pienākumu detalizētu izvērtējumu un izstrādāt darbības uzlabošanas un optimizācijas plānu;
- ❖ veikt ārstu ekspertu darba efektivitātes izvērtējumu, lai noteiktu faktiski nepieciešamo ārstu ekspertu skaitu un nepieciešamības gadījumā rast risinājumu ārstu ekspertu trūkuma novēršanai;
- ❖ veikt darbības iekšējās kontroles sistēmas uzlabošanai, t.sk. noteikt detalizētus termiņus prasījumu administrēšanas posmā veicamajām darbībām, kā arī noteikt par darbību veikšanu un uzraudzību atbildīgos darbiniekus, lai nodrošinātu pilnvērtīgu un nepārtrauktu uzraudzību pār Fonda atlīdzības prasījumu izskatīšanas procesu un atzinumu sagatavošanu Pacientu tiesību likumā noteiktajā termiņā;
- ❖ kaitējuma smaguma apmēra noteikšanas metodoloģijas⁶⁸ projekta apspriešanas procesā veicināt konstruktīvu un atklātu diskusiju, iesaistot ne tikai Veselības ministrijas pakļautības iestādes, bet arī augstskolu mācībspēkus, universitātes slimnīcu speciālistus, kā arī pacientu tiesību aizsardzības organizācijas, lai nodrošinātu saprotamu kaitējuma smaguma apmēra noteikšanas mehānisma ieviešanu;

- ❖ veikt saprātīgus pasākumus iedzīvotāju informēšanai par to, kādas ir iedzīvotāju kā pacientu tiesības gadījumā, ja ārstniecības procesa rezultātā pacientam tiek nodarīts kaitējums, tai skaitā nodrošināt, ka informācija par Fonda darbību un priekšrocībām tiek ievietota kapitālsabiedrību, kurās kapitāla daļu turētājs ir Veselības ministrija, mājas lapās.

Ārstniecības riska fonda veidojošie finanšu līdzekļi

Fonda līdzekļus veido katrai ārstniecības iestādei noteiktās iemaksas jeb riska maksājums, kas ik gadu kopā ir 1,4 milj. *euro*. 85% no Fonda ikgadējiem līdzekļiem ir valsts budžeta dotācija, kura tiek piešķirta līgumattiecībās ar Dienestu esošo ārstniecības iestādēs strādājošo ārstniecības personu apdrošināšanai, un tikai 15% ir ārstniecības iestāžu pašu līdzekļi.

Atbilstoši Ministru kabineta noteikumiem, lai noteiktu katrai ārstniecības iestādei ikgadējo riska maksājumu par vienu ārstniecības personu, sākotnēji jānosaka vidējais riska maksājums. To nosaka, ņemot vērā prognozēto pamatoto atlīdzību prasījumu skaitu un ārstniecības iestādē nodarbināto personu skaitu un to specialitātes.

Tomēr Dienests prognozes par pamatoto atlīdzību prasījumu skaitu neveic, bet katru gadu balstās uz vieniem un tiem pašiem 2013.gada sākotnējiem pieņēmumiem, paredzot, ka gadā tiks saņemti desmit pamatoti atlīdzības prasījumi maksimālās izmaksu summas apmērā.

Revīzijā arī konstatēts, ka aprēķinu veikšanai nepieciešamie dati par ārstniecības iestādēs nodarbināto personu skaitu un to specialitātēm nav aktuāli, kvalitatīvi un atbilstoši faktiskajai situācijai. Tādējādi ne vidējais riska maksājums, ne ārstniecības iestādēm noteiktie riska maksājumi nav korekti.

Ja arī Dienests vidējo riska maksājumu aprēķinātu pēc Ministru kabineta noteikumu formulas, prognozējot pamatoto atlīdzību prasījumu skaitu katram gadam, tad tāpat nevarētu iegūt ticamus rezultātus, jo formulā iestrādātie nosacījumi ir nekorekti. Piemēram, ja par prognozējamo pamatoto atlīdzības skaitu pieņem iepriekšējo gadu vidējo pamatoto prasījumu skaitu, tad vidējais riska maksājums 2018.gadam vairāk nekā piecas reizes pārsniegtu Dienesta noteikto vidējo riska maksājumu. Savukārt, ja pamatoto atlīdzību skaita prognozē tiktu ņemti vērā tikai tie gadījumi, kad jāizmaksā maksimālais atlīdzības apmērs, tad vidējais riska maksājums 2018.gadam būtu 10 reizes mazāks nekā faktiski Dienesta noteiktais, jo kopš Fonda darbības uzsākšanas šādi ir bijuši divi gadījumi.

Revidentu ieskatā Dienests vidējā riska maksājuma aprēķinam pamatoto atlīdzību skaita prognozes neveic tāpēc, ka prognozējamo rādītāju aprēķina izmaiņas ietekmētu piešķiramās valsts budžeta dotācijas apmēru. Lai arī līdz šim tam nav bijusi ietekme, proti, Fonda līdzekļi ir bijuši pietiekami atlīdzību izmaksai, tomēr revidenti uzskata, ka, ja atlīdzības

prasījumi tiktu izskatīti savlaicīgi, kā arī pieaugtu atlīdzību prasījumu skaits, Fonda līdzekļu apjoms varētu būt nepietiekams.

Vienlaikus gan jāatzīmē, ka Fondam neiestājas atbildība par Pacientu tiesību likumā noteikto pacientu atlīdzības prasījumu izskatīšanas termiņu neievērošanu un, novilcinot lēmumu pieņemšanas laiku, ir iespējams nodrošināt, ka pacientiem izmaksātās kompensācijas nepārsniedz ikgadējā budžetā pieejamā finansējuma apmēru un vienlaikus veidojas Fonda līdzekļu atlikums.

Arī Ministru kabineta noteikumos paredzētais atlīdzības izmaksas termiņš – 90 darba dienas – pēc tam, kad ir noteikts kaitējuma apmērs un pieņemts lēmums, – liecina par prioritārām rūpēm par valsts budžetu, nevis pacientu interesēm. Turklāt revidentu ieskatā šis termiņš, vērtējot pret atlīdzības prasījuma izskatīšanas un lēmuma pieņemšanas laiku – sešiem mēnešiem – un šajā laikā veicamajām procesuālajām darbībām un to apjomu, nav samērīgs.

Lai arī uz 31.12.2018. Fondā ir izveidojies finanšu līdzekļu atlikums 2,7 milj. *euro* apmērā no iepriekšējiem periodiem, tomēr pēc revidentu aplēsēm 70% no šīs summas būtu jārezervē jau saņemto, bet vēl neizskatīto atlīdzības prasījumu izmaksām. Uz 31.12.2018. Fondā ir saņemti vairāk nekā 230 atlīdzību prasījumi, par kuriem lēmumi vēl nav pieņemti.

Revīzijā konstatēts, ka ne visas ārstniecības iestādes ir veikušas maksājumus Fondā. Šādos gadījumos Dienesta pienākums ir veikt parādu piedziņu. Uz 31.12.2018. kopējais parāds 740 ārstniecības iestādēm/personām bija 153 tūkst. *euro*.

Revīzijā ir secināts, ka kopumā parādu piedziņas process Dienestā netiek organizēts kā mērķtiecīgs un efektīvs darbību kopums, kas nodrošinātu kontroli pār nesamaksāto ārstniecības riska maksājumu savlaicīgu atgūšanu.

Vienlaikus revidenti vēlas atzīmēt, ka 2019.gada sākumā parādu piedziņas process ir uzlabojies. Veicot aktīvas parāda piedziņas darbības, īsā laikā atgūti 20 tūkst. *euro*. Tomēr vēl arvien nav izstrādātas iekšējās procedūras, kurās reglamentēta debitoru parādu piedziņas kārtība, tai skaitā noteikti iesaistīto darbinieku pienākumi, parādu atgūšanas procesa kārtība, ja debitora lieta tiek nodota tiesvedībai par parāda piedziņu.

Pacientu tiesību likums nosaka⁶⁹, ka Fonda līdzekļus veido ārstniecības riska maksājumi, kurus katru gadu iemaksu veidā veic ārstniecības iestādes, un regresa kārtībā atgūtie līdzekļi, ja ārstniecības iestāde nav veikusi ārstniecības riska maksājumu.

Fonda līdzekļu izveidošanas, uzkrāšanas un administrēšanas kārtība, kā arī ārstniecības riska maksājuma apmēru aprēķināšanas un maksāšanas kārtība noteikta Ministru kabineta noteikumos⁷⁰. Fonda ieņēmumus un izdevumus iekļauj gadskārtējā valsts budžetā atsevišķā pamatbudžeta apakšprogrammā. Fonda līdzekļu atlikumu izlieto atlīdzību izmaksai pacientiem nākamajos saimnieciskajos gados⁷¹.

Fonda līdzekļu turētājs ir Dienests, kurš arī aprēķina gada riska maksājuma apmēru par ārstniecības iestādē strādājošām ārstniecības personām un reizi gadā (līdz kārtējā gada 31.martam) nosūta ārstniecības iestādei rēķinu⁷².

Savukārt Inspekcija ir atbildīga par gada riska maksājumu aprēķinam nepieciešamajiem datiem, sniedzot informāciju no Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra⁷³.

Detalizēta informācija par Dienesta aprēķinātajiem riska maksājumiem, ārstniecības iestāžu faktiski iemaksātajām summām, no Fonda izmaksājamām atlīdzībām un Fonda finanšu līdzekļu atlikums uz gada beigām laika posmā no 25.10.2013. līdz 31.12.2018. apkopota 6.tabulā.

6.tabula

Dienesta aprēķinātais kopējais riska maksājums gadā, ārstniecības iestāžu faktiski iemaksātās summas, no Fonda izmaksātās atlīdzības un Fonda finanšu līdzekļu uzkrājums uz gada beigām laika posmā no 25.10.2013. līdz 31.12.2018., *euro*

| Periods | 25.10.2013. 31.12.2013. | 2014.gads | 2015.gads | 2016.gads | 2017.gads | 2018.gads | Kopā |
|-----------------------------------------------------|----------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Dienesta aprēķinātais kopējais riska maksājums gadā | 264 806 | 1 421 387 | 1 421 387 | 1 421 386 | 1 421 386 | 1 421 386 | 7 371 738 |
| Ārstniecības iestāžu faktiski iemaksātās summas | 151 507 | 1 466 774 | 1 368 226 | 1 426 426 | 1 366 558 | 1 418 879 | 7 198 370 |
| Budžetā plānotais izmaksu apmērs | - | 1 686 193 | 3 020 315 | 3 351 420 | 1 948 611 | 1 855 092 | 11 861 631 |
| No Fonda izmaksātās atlīdzības apmērs | - | 19 353 | 1 037 120 | 1 738 777 | 1 015 854 | 615 761 | 4 426 865 |
| Atlikums uz gada beigām | 151 507 | 1 598 928 | 1 930 034 | 1 617 683 | 1 968 387 | 2 771 505 | 2 771 505 |

Vai Fonda līdzekļu uzkrāšanas, administrēšanas un ārstniecības riska maksājuma aprēķināšana process atbilst normatīvo aktu nosacījumiem?

Lai valsts budžeta iestādes un ārstniecības iestādes, kurām ir līgumattiecības ar Dienestu un kuras sniedz no valsts budžeta apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus, varētu veikt iemaksas Fondā, tām katru gadu tiek piešķirta valsts budžeta dotācija no vispārējiem ieņēmumiem.

Savukārt tām ārstniecības iestādēm, kuras nesniedz no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus, riska maksājumus Fondā jāveic no saviem līdzekļiem.

Ministru kabineta noteikumu sākotnējās ietekmes novērtējumā⁷⁴ ir norādīti sākotnēji Fonda darbības nodrošināšanai nepieciešamo finanšu līdzekļu veidošanas principi un nosacījumi, paredzot, kā katrai ārstniecības iestādei aprēķināt ārstniecības riska maksājumu, kas iemaksu veidā būtu jāveic Fondā.

Proti, lai noteiktu katrai ārstniecības iestādei veicamās iemaksas apmēru 2013., 2014. un 2015.gadā, atbilstoši 2013.gada sākotnējam aprēķinam tika noteikta Fonda maksimālā izmaksu kopsumma gadā, tas ir, 1,4 milj. *euro*, pieņemot, ka gadā būs desmit atlīdzību izmaksas gadījumi ar maksimālo atlīdzības summu, tas ir, 142 tūkstoši *euro*.

Ministru kabineta noteikumu sākotnējās ietekmes novērtējumā⁷⁵ ir arī norādīts, ka pēc Inspekcijas datiem un prakses gadā būtu jāplāno vismaz 40 gadījumi par nodarīto kaitējumu veselībai vai dzīvībai, turklāt jāņem vērā, ka ar katru gadu atlīdzību prasījumu apjoms pieaugs līdz ar pacientu informētību par Fonda darbību un pirmajiem izmaksāšanas gadījumiem.

Veselības ministrija revīzijā norādīja⁷⁶, ka pieņēmums par gadā desmit atlīdzību izmaksas gadījumiem ar maksimālo atlīdzības summu ir kompromiss, kas samērots gan ar valsts budžeta iespējām, gan prognozējot, ka ne visi atlīdzības izmaksas gadījumi būs par maksimālo summu.

Ministru kabineta noteikumos⁷⁷ ir noteikta formula, kā jāaprēķina **vidējais riska maksājuma apmērs** par vienu ārstniecības personu. To aprēķina, maksimālo atlīdzības summu par kaitējumu, tas ir, 142 290 *euro*, reizinot ar attiecību starp **prognozējamo pieprasāmo pamatoto atlīdzības skaitu gadā** un **riska apjomu visās ārstniecības iestādēs strādājošo ārstniecības personu darba vietu skaitam** atbilstoši specialitātei, ņemot vērā ārstniecības personu sadalījumu riska grupās.

Lai arī no Ministru kabineta noteikumiem⁷⁸ izriet, ka Dienestam **vidējais riska maksājuma apmērs** ir jāaprēķina katru gadu, faktiski aprēķins jau gadiem ir balstīts uz vieniem un tiem pašiem Ministru kabineta noteikumu sākotnējās ietekmes novērtējumā⁷⁹ minētajiem pieņēmumiem un ar nosacījumu, ka ik gadu maksimālā izmaksu summa nevar pārsniegt 1,4 milj. *euro*. Aprēķinot vidējo riska maksājumu, vienīgais mainīgais ir riska apjoms, kas katru gadu tiek noteikts, ņemot vērā Inspekcijas sniegtos datus par ārstniecības iestādēs strādājošo personu skaitu atbilstoši specialitātei. Savukārt pamatoto atlīdzību skaita prognoze netiek veikta. Vidējā riska maksājuma apmēra aprēķins par vienu ārstniecības personu sadalījumā pa gadiem ir norādīts 7.tabulā.

7.tabula

Vidējā riska maksājuma apmēra aprēķins par vienu ārstniecības personu 2014.–2018.gadā

| Gads | Plānotā maksimālā izmaksas summa gadā, <i>euro</i> | Ārstniecības personu darba vietu skaits | Riska apjoms visās ārstniecības iestādēs | Vidējais riska maksājuma apmērs par vienu ārstniecības personu, <i>euro</i> |
|------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5=2/4 |
| 2014 | 1 422 872 | 37 737 | 95 137 | 14,956 |
| 2015 | 1 422 872 | 38 781 | 96 070 | 14,811 |
| 2016 | 1 422 872 | 39 142 | 97 174 | 14,643 |
| 2017 | 1 422 872 | 39 393 | 99 131 | 14,353 |
| 2018 | 1 422 872 | 39 522 | 98 551 | 14,438 |

Revidenti uzskata, ka Dienests šādi rīkojas, jo vidējā riska maksājuma prognozējamo rādītāju aprēķina izmaiņas ietekmētu piešķirto valsts budžeta dotācijas apmēru. No kopējiem Fonda ikgadējiem līdzekļiem ap 85% veido valsts budžeta dotācija, bet tikai 15% finansē ārstniecības iestādes.

Revīzijā arī Veselības ministrija ir norādījusi⁸⁰, ka riska maksājums ārstniecības iestādēm tiek kompensēts caur veselības aprūpes pakalpojumu tarifiem, kuros no 2014.gada ir iestrādāta riska maksājuma komponente. Tāpēc jebkādas izmaiņas ārstniecības riska maksājuma aprēķinā būtu saistītas ar izmaiņām veselības aprūpes pakalpojumu tarifiem, kas ir smagnējs un ilgstošs process.

Veselības ministrijas ieskatā pamatoto atlīdzību skaita prognoze ir pārskatāma gadījumos, kad pastāv risks, ka Fonda uzkrājums varētu būt nepietiekams, lai nodrošinātu izmaksu pacientiem, vai arī izveidotos ļoti liels uzkrājuma apmērs vienlaikus ar mazu izskatīšanā esošo lietu skaitu.⁸¹

Turklāt Veselības ministrija revīzijā uzsvēra⁸²: pamatoto atlīdzību skaitu gadā prognozēt ir apgrūtināsi, kā iemeslus norādot, ka faktiskie dati katru gadu ir mainīgi, kā arī iedzīvotāju informētība par savām tiesībām un Fonda darbību ar katru gadu pieaug, turklāt ir ievērojams skaits lietu, kurās Dienesta pieņemtais lēmums ir apstrīdēts. Dienesta izskatīšanā pastāvīgi ir liels daudzums lietu, kuru izskatīšana nereti aizņem vienu kalendāro gadu. Tāpēc pastāv ļoti liela iespējamība, ka izdarītās prognozes nebūs pamatotas, jo, saņemot iesniegumu, bez ekspertīzes veikšanas pirmsšķietami nav iespējams novērtēt ne to, vai šajā lietā prognozējams, ka tiks vai netiks konstatēta kaitējuma esība, ne vēl jo mazāk – kāds varētu būt izmaksājamās atlīdzības apmērs. Arī iepriekšējo gadu statistika par izmaksājamo kompensāciju apmēru nav tieši izmantojama pie izdevumu plānošanas nākamajam periodam (iespējamām izmaksām saistībā ar nodarītiem kaitējumiem pacientiem), jo katrs gadījums un tā smaguma pakāpe ir individuāla un grūti prognozējama.

Ņemot vērā iepriekš minēto, revidenti neizprot, kāpēc Veselības ministrija Fonda darbību reglamentējošajos normatīvajos aktos ir iekļāvusi normas, kuru piemērošanu ar faktisko rīcību atzīst par nelietderīgu vai pat neiespējamu.

Ja arī Dienests vidējo riska maksājumu noteiktu pēc Ministru kabineta noteikumu⁸³ formulas, aplēses par pamatoto atlīdzību skaita prognozi veicot katru gadu, tad tāpat nevarētu iegūt ticamus rezultātus, jo formulā iestrādātie nosacījumi ir nekorekti. Spēkā esošā formula nosaka, ka ik gadu jāprognozē pieprasāmo pamatoto atlīdzību skaits, bet vienlaikus aprēķinam jāpiemēro maksimālās izmaksas apmērs.

Revidenti veica vidējā riska maksājuma aprēķinus pēc Ministru kabineta noteikumos⁸⁴ norādītās formulas un konstatēja:

- ❖ ja par prognozējamo pamatoto atlīdzības prasījumu skaitu pieņem vidējo pamatoto prasījumu skaitu (55) laikā no 2015. līdz 2017.gadam, tad vidējais riska maksājums 2018.gadam būtu 79 *euro*, kas vairāk nekā piecas reizes pārsniedz Dienesta noteikto vidējo riska maksājumu;
- ❖ ja pamatoto atlīdzību prasījumu skaita prognozē tiktu ņemti vērā tikai tie gadījumi, kad jāizmaksā maksimālais atlīdzības apmērs, tad vidējais riska maksājums 2018.gadam būtu 1,44 *euro*, kas ir 10 reizes mazāks nekā Dienesta noteiktais vidējais riska maksājums, jo kopš Fonda darbības uzsākšanas šādi ir bijuši divi gadījumi, viens 2015. un viens 2016.gadā.

Kā jau iepriekš minēts, vidējo riska maksājuma aprēķinu ietekmē arī riska apjoms visās ārstniecības iestādēs, ko nosaka atbilstoši strādājošo ārstniecības personu darba vietu skaitam atbilstoši specialitātei, ņemot vērā ārstniecības personu sadalījumu riska grupās. Šie dati tiek izmantoti, arī lai noteiktu riska maksājuma apmēru konkrētai ārstniecības iestādei.

Ministru kabineta noteikumi⁸⁵ nosaka, ka Dienestam, aprēķinot gada riska maksājumu ārstniecības iestādei un sagatavojot rēķinu, jāņem vērā:

- ❖ ārstniecības personu dalījumu riska grupās atbilstoši noteiktajām riska grupām⁸⁶;
- ❖ ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā pieejamā informācija par ārstniecības personu darba vietu (pamatdarbs, blakus darbs) un ārstniecisko un diagnostisko metožu skaitu atbilstoši specialitātei uz kārtējā gada 2.janvāri.

Reģistra pārzinis un turētājs ir Inspekcija. Ārstniecības iestādēm ir jāinformē Inspekcija par izmaiņām personāla sastāvā piecu darbdienu laikā no dienas, kad attiecīgā ārstniecības persona vai ārstniecības atbalsta persona ir uzsākusi, mainījusi vai beigusi profesionālo darbību attiecīgajā ārstniecības iestādē.⁸⁷

Līdz 2016.gadam gada riska maksājumi ārstniecības iestādei tika aprēķināti, pamatojoties uz Reģistrā pieejamo informāciju par ārstniecības personu darba vietu (pamatdarbs, blakus darbs) skaitu uz iepriekšējā gada 1.novembri.⁸⁸ Saskaņā ar Dienesta sniegto informāciju⁸⁹ ārstniecības riska maksājumi 2013. un 2014.gadam aprēķināti atbilstoši reģistra datiem uz 01.11.2013., 2015.gadam – uz 01.11.2014.

Ministru kabineta noteikumos⁹⁰ ir noteiktas sešas ārstniecības personu riska grupas ar riska koeficientu no 10 līdz 0,5. Pirmajai riska grupai tiek piemērots visaugstākais koeficients – 10, kas nozīmē arī lielāku ārstniecības riska iemaksu. Šajā grupā iekļautas ārstniecības personas ar ļoti augstu profesionālās darbības riska pakāpi, piemēram, neiroķirurgi, ķirurgi, flebologi, dzemdību speciālisti, katastrofu medicīnas ārsti. Sestajā riska grupā, kam tiek piemērots viszemākais koeficients (0,5), ietilpst ārstniecības personas, kurām ir ļoti mazs risks nodarīt ievērojamu kaitējumu pacienta veselībai, piemēram, zobu higiēnisti, masieri, uztura speciālisti un mākslas terapeiti, bet ģimenes ārsts, tāpat kā endokrinologs, kardiologs un neirologs, iekļauts trešajā riska grupā.

Revīzijā, salīdzinot datus, kas izmantoti ārstniecības iestāžu riska maksājuma aprēķināšanā par 2014., 2015., 2016., 2017. un 2018.gadu, ar Valsts ieņēmumu dienesta sniegto informāciju⁹¹ par faktiski nodarbinātajām ārstniecības personām attiecīgajās ārstniecības iestādēs konkrētajos periodos, 45 no 60 revīzijas izlasē iekļautajām ārstniecības iestādēm ir konstatētas neatbilstības strādājošo ārstniecības personu skaitā. Riska maksājuma aprēķini veikti par ārstniecības personām, kas ārstniecības iestādē nestrādā, un otrādi aprēķinos nav iekļautas personas, kas ārstniecības iestādē ir nodarbinātas.

Pēc Valsts kontroles aprēķiniem no 60 izlasē iekļautajām ārstniecības iestādēm⁹², kurām riska maksājumi aprēķināti kopā 72 823 *euro* apmērā, 28 (47%) ārstniecības iestādēs riska maksājumi ir aprēķināti par 5244 *euro* lielākā apmērā un 18 (30%) – par 1250 *euro* mazākā apmērā. Piemēram, atbilstoši Inspekcijas reģistra datiem:

- ❖ uz 01.11.2014. ārstniecības iestādē strādājošo ārstniecības personu skaits ir 27, savukārt saskaņā ar Valsts ieņēmumu dienesta sniegto informāciju uz 01.11.2014. faktiski bija nodarbinātas septiņas ārstniecības personas, līdz ar to ārstniecības iestādei riska maksājums 2015.gadam ir aprēķināts par 2710 *euro* lielākā apmērā;
- ❖ uz 01.11.2014. ārstniecības iestādē strādājošo ārstniecības personu skaits ir 17, savukārt saskaņā ar Valsts ieņēmumu dienesta sniegto informāciju uz 01.11.2014. faktiski bija nodarbinātas 20 ārstniecības personas, līdz ar to ārstniecības iestādei riska maksājums 2015.gadam ir aprēķināts par 296 *euro* mazākā apmērā;
- ❖ uz 02.01.2017. ārstniecības iestādē strādājošo ārstniecības personu skaits ir 12, savukārt saskaņā ar Valsts ieņēmumu dienesta sniegto informāciju uz 02.01.2017. faktiski bija nodarbinātas deviņas ārstniecības personas, līdz ar to ārstniecības iestādei riska maksājums 2017.gadam ir aprēķināts par 402 *euro* lielākā apmērā;
- ❖ uz 02.01.2018. ārstniecības iestādē strādājošo ārstniecības personu skaits ir 14, savukārt saskaņā ar Valsts ieņēmumu dienesta sniegto informāciju uz 02.01.2018. faktiski bija nodarbinātas astoņas ārstniecības personas, līdz ar to ārstniecības iestādei riska maksājums 2018.gadam ir aprēķināts par 402 *euro* lielākā apmērā.

Inspekcija regulāri aktualizē un papildina reģistra datus, tai skaitā ar atpakaļejošo datumu. Revīzijā, salīdzinot reģistra datus, kurus Inspekcija iesniedza Dienestam riska apjoma aprēķiniem uz 01.01.2016., 01.01.2017. un 01.01.2018., ar aktualizētajiem reģistra datiem attiecīgajos datos, no 80 revīzijā iekļautajām ārstniecības iestādēm 19 (24%) ir konstatētas neatbilstības – gan ārstniecības iestādē strādājošo ārstniecības personu skaitā, gan ārstniecības personu risku grupās, proti, 13 (16%) ārstniecības iestādēm riska maksājumi ir aprēķināti par 1267 *euro* lielākā apmērā un sešām (8%) ārstniecības iestādēm – par 722 *euro* mazākā apmērā.

Par konstatētajām neatbilstībām Inspekcija revīzijā sniedza skaidrojumu⁹³, ka “reģistri ir dinamiskas sistēmas, kurās dati mainās katru dienu, katru stundu, jo nepārtraukti tiek papildināti, līdz ar to dati šodien atlasīti, piemēram, uz 01.11.2014. var atšķirties no datiem, kas tika atlasīti 2014.gadā uz 1.novembri”. Atbilstoši Inspekcijas sniegtajiem skaidrojumiem⁹⁴ reģistra datu salīdzināšana un konstatēto neatbilstību precizēšana tiek veikta, pamatojoties uz ārstniecības iestāžu sniegtajiem datiem par izmaiņām personālsastāvā, līdz ar to Inspekcijas sniegtie dati Dienestam ārstniecības riska maksājumu aprēķiniem var atšķirties no šī brīža Inspekcijas reģistra datiem attiecīgajā datumā – gan ārstniecības iestādē strādājošo ārstniecības personu skaitā, gan ārstniecības personu risku grupās.

Ņemot vērā, ka Inspekcijas reģistra datiem ir svarīga un būtiska ietekme uz katras ārstniecības iestādes aprēķinātā riska maksājuma apmēru, revidenti uzskata, ka tiem ir jābūt pamatotiem un korektiem.

To, ka Inspekcijas reģistra dati ir nekorekti, apliecina arī fakts, ka Dienests izraksta un vēlāk anulē rēķinus ārstniecības iestādēm, kuras rēķina izrakstīšanas brīdī jau ir izbeigušas vai apturējušas savu darbību. 2018. un 2019.gadā tika anulēti 24 izrakstītie rēķini 19 ārstniecības iestādēm par kopējo summu 1858 *euro*, jo, pārbaudot informāciju Valsts ieņēmumu dienesta publiskajā datu bāzē, konstatēts, ka rēķinu izrakstīšanas brīdī ārstniecības iestādes saimniecisko darbību nav veikušas. Piemēram, 30.01.2019. ir anulēti ģimenes ārstu praksei izrakstītie rēķini par 2015., 2016. un 2017.gadu 219 *euro* apmērā, jo konstatēts, ka ģimenes ārstu praksei pēc 25.09.2014. nav reģistrēta saimnieciskā darbība.

Arī Dienesta veiktajā iekšējā audita pārbaudē⁹⁵ konstatēts, ka Inspekcijas reģistra dati mēdz būt nekvalitatīvi un nekorekti, jo tajos tiek iekļautas ārstniecības iestādes, kas vairs neveic darbību vai arī ir norādīts nepareizs strādājošo ārstniecības personu skaits. Problēmas cēlonis ir fakts, ka ārstniecības iestādes un ārstniecības personas nepilda ārējā normatīvajā aktā⁹⁶ noteikto pienākumu un neziņo Inspekcijai par visām izmaiņām reģistrā esošajos datos, tajā skaitā par darbības izbeigšanu.

Revidenti vēlas vērst uzmanību, ka Inspekcijas reģistrs detalizēti tiek vērtēts un ieteikumi tā pilnveidošanai tiks sniegti Valsts kontroles veiktās lietderības revīzijas “Cilvēkresursi veselības aprūpē” ietvaros.

Lai korekti noteiktu vidējo riska maksājuma apmēru, būtu jāizmanto jau uzkrātā informācija gan par pamatoto atlīdzību skaitu gadā, gan par veiktajām izmaksām un to vidējo apmēru, kā arī būtu jānovērtē iespējamās saistības par saņemtajiem, bet neizskatītajiem iesniegumiem, veidojot uzkrājumus (rezerves). Tā tiktu nodrošināts, ka Fonds ilgtermiņā var izpildīt saistības, un tiktu novērsts risks, ka Fonda līdzekļu apmērs, palielinoties pieteikumu skaitam, nebūs pietiekams, lai segtu atlīdzības prasījumus.

Lai arī saskaņā ar Dienesta sniegto informāciju⁹⁷ uz 31.12.2018. Fondā ir izveidojies finanšu līdzekļu atlikums 2,7 milj. *euro* apmērā no iepriekšējiem periodiem un tas šobrīd ļauj nodrošināt atlīdzību izmaksu arī gadījumos, kad to apmērs pārsniedz ikgadējās prognozētās izmaksājamās summas apmēru, revidenti vērs uzmanību, ka uz 31.12.2018. Fondā ir saņemti vairāk nekā 230 iesniegumi, par kuriem lēmumi nav pieņemti, t.sk. 54 iesniegumi, kuru izskatīšana jau ilgst vairāk nekā gadu, un 84, kuru izskatīšana jau ilgst vairāk nekā sešus mēnešus. Saņemto, bet neizskatīto iesniegumu apjoms pārsniedz līdz šim viena gada laikā saņemto iesniegumu apjomu.

Pēc revidentu aplēsēm Fonda saistību apjoms par šiem iesniegumiem var sasniegt 1,9 milj. *euro*. Tas nozīmē, ka faktiski 70% no Fonda līdzekļu atlikuma uz 31.12.2018. būtu jārezervē iespējamo atlīdzības prasījumu izmaksām.

Revīzijā, atbildot uz revidentu jautājumu, vai, organizējot Fonda darbību ikgadējā budžeta ietvaros, tiek sasniegts mērķis nodrošināt pacientam ievērojami pieejamāku savu tiesību aizstāvēšanu un ātrāku atlīdzības saņemšanu ārpusstiesas kārtībā, Veselības ministrija norādīja⁹⁸, ka no pacienta viedokļa nav nekādas atšķirības, vai Fonda uzkrājumam nepieciešamais finansējums tiek organizēts ikgadējā budžeta

ietvaros vai arī dinamiski – ik gadu mainot iespējamo prognozi par maksimālo pamatoto izmaksājamo atlīdzību skaitu gadā.

Revidenti gan vērs uzmanību, ka Fondam neiestājas atbildība par Pacientu tiesību likumā noteikto pacientu atlīdzības prasījumu izskatīšanas termiņu neievērošanu, līdz ar to ir iespējams vilcināties ar lēmumu pieņemšanu par atlīdzību izmaksu, lai nodrošinātu, ka pacientiem izmaksājamās kompensācijas nepārsniedz ikgadējā budžetā plānoto izdevumu apmēru un vienlaikus saglabātos Fonda līdzekļu atlikums.

Revidentu ieskatā arī Ministru kabineta noteikumu⁹⁹ regulējumā ietvertās 90 darba dienas atlīdzību izmaksai norāda uz prioritārām rūpēm par valsts budžetu, nevis pacientu interesēm, ko apliecina arī Ministru kabineta noteikumu sākotnējā ietekmes novērtējumā¹⁰⁰ norādītais atlīdzības izmaksas laika pamatojums. Proti, tas noteikts tik ilgs, lai neiestātos situācija, ka Fondā nav līdzekļu uz gada sākumu, jo ārstniecības iestādēm rēķini ar ārstniecības riska maksājumu tiek izsūtīti līdz kārtējā gada 31.martam un uz gada sākumu tās vēl nebūs veikušas riska maksājumus. Šāda pieeja vērtējama kritiski, jo pacientu tiesības saņemt atlīdzību par kaitējumu ir prioritāras un nebūtu īstenojamas Fonda budžeta ietvaros.

Noteiktais atlīdzības izmaksas termiņš (90 darba dienas, kas ir četri mēneši), vērtējot pret atlīdzības prasījuma izskatīšanas un lēmuma pieņemšanas laiku (sešiem mēnešiem) un šajā laikā veicamajām procesuālajām darbībām un to apjomu (ekspertīzes veikšana, dzīvībai vai veselībai nodarītā kaitējuma smaguma pakāpes noteikšana), nav samērīgs un neliecina par pacientu interešu ievērošanu. It īpaši ņemot vērā – ja Dienests ir pieņēmis lēmumu par pacienta prasījuma apmierināšanu, tad ir atzīts, ka pacienta veselībai ir nodarīts kaitējums un šo līdzekļu iegūšana iespējams ir kritiska, lai, piemēram, nekavējoties mazinātu vai novērstu pacientam nodarītā kaitējuma sekas.

Vai Fonds ceļ regresa prasības, ceļ tās savlaicīgi pret ārstniecības iestādēm, kuras ikgadējos maksājumu fondā neveic vai neveic pilnā apjoma?

Atbilstoši Ministru kabineta noteikumiem¹⁰¹ Dienests ir tiesīgs celt regresa prasības pret ārstniecības iestādi, ja:

- ❖ tā nav veikusi riska maksājumu vispār vai nav veikusi maksājumu rēķinā norādītajā apmērā vai termiņā;
- ❖ gadījumā, ja kaitējumu nodarījusi ārstniecības persona, kura strādā ārstniecības iestādē, kas nav veikusi riska maksājumu vispār vai nav veikusi maksājumu rēķinā norādītajā apmērā vai termiņā, Dienestam ir tiesības Civilprocesa likumā noteiktajā kārtībā no attiecīgās ārstniecības iestādes piedzīt visu pacientam izmaksāto atlīdzības summu.

Atbilstoši Dienesta sniegtajai informācijai¹⁰² Fonda darbības laikā nav bijuši gadījumi, kad Dienests saistībā ar pacientiem izmaksāto atlīdzību summu būtu vērsies regresa kārtībā pret ārstniecības iestādēm, kas nav veikušas riska maksājumus.

Revīzijā, analizējot ārstniecības iestāžu parādsaistības par ārstniecības riska maksājumiem, konstatēts, ka uz 31.12.2018. kopējais parāds 740 ārstniecības iestādēm ir 153 612 *euro*, turklāt 708 jeb 96% no tām ar kopējo parādu 112 238 *euro* apmērā ir ārstniecības iestādes, kurām nav līguma attiecību ar Dienestu, 43% gadījumu parāda apmērs ir līdz 61 *euro* un šo parādu kopsomma ir 6889 *euro*.¹⁰³

Revidenti vērs uzmanību, ka no kopējā ārstniecības iestāžu skaita 55% ir tādas iestādes, kurām nav noslēgts līgums ar Dienestu un kuru ārstniecības riska gada maksājums 2018.gadam ir noteikts līdz 61 *euro*¹⁰⁴:

- ❖ 524 iestādēm jeb 25% ir noteikts 7,22 *euro* apmērā;
- ❖ 98 iestādēm jeb 5% – 14,44 *euro*;
- ❖ 457 iestādēm jeb 22% – amplitūdā no 21,66 *euro* līdz 57,76 *euro*.

Fonda darbību regulējošajos normatīvajos aktos nav noteikta detalizēta parādu piedziņas veikšanas kārtība, piemēram, nav noteikts, cik ilgā laikā pēc ārstniecības riska maksājumu nesamaksāšanas ārstniecības iestādēm, kurām nav noslēgts līgums ar Dienestu, ir jā sagatavo brīdinājuma vēstules par ieturējuma veikšanu par nesamaksātiem riska maksājumiem, iesaistīto darbinieku pienākumi, parādu atgūšanas procesa kārtība, ja ārstniecības iestāde vēlas parādu sadalīt maksājumos, vienojoties par noteiktu maksājuma grafiku. Savukārt Dienesta iekšējais normatīvais akts¹⁰⁵ attiecībā par parādu piedziņas procesu nosaka:

- ❖ ja ārstniecības iestāde ir noslēgusi līgumu ar Dienestu par no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, tad Dienests var ieturēt nesamaksāto ārstniecības riska maksājumu no samaksas par šī līguma ietvaros sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem;
- ❖ ārstniecības iestādēm, kuras nesniedz no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus un nav veikušas ārstniecības riska maksājumus:
 - ✓ līdz 61 *euro* piedziņa netiek veikta;
 - ✓ nesamaksāto ārstniecības riska maksājumu anulē un parādu dzēš, ja ārstniecības iestāde ir likvidēta vai izbeigusi darbību, ārstniecības persona (kas bija reģistrēta kā pašnodarbinātais) ir mirusi, kā arī citos gadījumos, kad piedziņa nav lietderīga un racionāla (piemēram, ja ārstniecības iestāde attiecīgajā periodā nav sniegusi veselības aprūpes pakalpojumus);
 - ✓ Dienests sagatavo brīdinājumu par piedziņas veikšanu. Ja mēneša laikā no brīdinājuma nosūtīšanas ārstniecības iestāde nav veikusi nesamaksātā ārstniecības riska maksājuma apmaksu, tiek sagatavota prasība tiesai parāda piedziņai Civilprocesa likuma noteiktajā kārtībā¹⁰⁶.

Atbilstoši Dienesta veiktajiem aprēķiniem viena Fonda darbinieka amata pozīcijas uzturēšana dienā izmaksā 61 *euro* un šī summa ir uzskatāma par tādu, kuras atgūšana ir lietderīga un samērojama ar Dienesta patērētajiem resursiem, kas saistīti ar piedziņas veikšanas pasākumiem, kas ietver brīdinājuma vēstuli sagatavošanu parādniekiem, prasības pieteikuma sagatavošanu tiesai, paskaidrojumu sagatavošanu, pārstāvības nodrošināšanu tiesā, ziņojuma sagatavošanu par nepieciešamību nomaksāt valsts nodevu.¹⁰⁷

Revidentu ieskatā parāda piedziņa (pirmstiesas) ir secīgu darbību kopums, kas ietver sevī dažādus posmus, kuriem ir patērējams dažāds laiks. Proti, e-pasta atgādinājums, brīdinājuma nosūtīšana, utt., un katram no posmiem ir nepieciešams cits laika posms, proti, ir arī dažādas izmaksas katram no tiem. Revidenti piekrīt, ka parāda piedziņas lietderības kontekstā jāvērtē arī, vai debitora parāda summa ir mazāka nekā ar tās atgūšanu saistītie izdevumi. Tomēr Dienesta pieeja vērtēt parādu piedziņas procesa lietderību pret viena Fonda amata pozīcijas uzturēšanas dienas izmaksām, nav pamatota gadījumos, ja tiek veiktas tikai sākotnējās parāda piedziņas darbības. Pieņemot, ka vienas Fonda amata pozīcijas izmaksas dienā ir 61 *euro*, tad, piemēram, e-pasta vēstules (atgādinājums par maksājumu) nosūtīšana, kas aizņem 15 minūtes, izmaksā 1,14 *euro*, savukārt standarta vēstules nosūtīšana, kas aizņem 30 minūtes, izmaksā 2,29 *euro*.

Lai arī lielai daļai ārstniecības iestāžu parādu summa ir neliela, tomēr Dienestam būtu jāveic parāda piedziņas darbības, jo, iespējams, parāds nav izveidojies apzinātas rīcības dēļ. Revidenti vērš uzmanību

uz sekām – ja pacientam tiek nodarīts kaitējums, no ārstniecības iestādēm, kas netiek apdrošinātas, tiks piedzīta visa pacientam izmaksātā atlīdzības summa.

Revīzijā konstatēts, ka uz 31.12.2017. 452 ārstniecības iestādes nebija veikušas riska maksājumus un Fonda kopējās prasības pret ārstniecības iestādēm veido 99 632 *euro*. Analizējot Dienesta veiktās darbības parādu piedziņā, konstatēts, ka 267 ārstniecības iestādes, kuru kopējais parāds ir 24 626 *euro*, nav pat brīdinātas par parāda esamību. Turklāt 59 ārstniecības iestādes par iepriekšējo periodu parādsaistībām 10 267 *euro* apmērā, kas veidojušās no Fonda izveidošanas brīža, informētas tikai 2018.gada beigās un 2019.gada sākumā. Piemēram:

- ❖ ārstniecības iestādei parāds par 2015., 2016., 2017.gadu ir 540 *euro*, brīdinājuma vēstule par nesamaksātām summām nosūtīta 08.11.2018.;
- ❖ ģimenes ārsta praksei parāds par 2013., 2014., 2015.gadu ir 179 *euro*, brīdinājuma vēstule par nesamaksātām summām nosūtīta 17.12.2018.;
- ❖ ārsta praksei traumatoloģijā, ortopēdijā un bērnu ķirurģijā parāds par 2016. un 2017.gadu ir 434 *euro*, brīdinājuma vēstule par nesamaksātām summām nosūtīta 09.01.2019.

Dienests 2018.gada beigās un 2019.gada sākumā ir anulējis rēķinus par nesamaksājamiem ārstniecības risku maksājumiem par periodu no 2013. līdz 2017.gadam 9309 *euro* apmērā tādām ārstniecības iestādēm, kuras 2017. un 2018.gadā ir likvidētas vai izbeigušas saimniecisko darbību. Revīzijā konstatēts, ka vairākām iestādēm parādi ir veidojušies jau no Fonda izveidošanas brīža un, ja Dienests savlaicīgi būtu veicis darbības parādu piedziņai, iespējams, daļa no nesamaksātām summām tiktu atgūtas. Piemēram:

- ❖ ārstniecības iestāde nav veikusi ārstniecības riska maksājumus par 2013., 2014., 2015., 2016., 2017.gadu 1167 *euro* apmērā, tomēr Dienests nav veicis nekādas darbības parāda atgūšanai, bet 12.11.2018. parādu ir anulējis sakarā ar iestādes likvidēšanu 29.11.2017.;
- ❖ ārstniecības iestāde nav veikusi ārstniecības riska maksājumus par 2015., 2016., 2017.gadu 999 *euro* apmērā, tomēr Dienests nav veicis nekādas darbības parāda atgūšanai, bet 12.11.2018. parādu ir anulējis sakarā ar iestādes likvidēšanu 02.02.2018.

Kopumā parādu piedziņas process netiek organizēts kā mērķtiecīgs un efektīvs darbību kopums, kas nodrošinātu Dienesta kontroli pār debitoru parādu piedziņas procesu. Ar debitoru parādu piedziņu saistītās darbības nenotiek regulāri, par to liecina fakts, ka 2018.gada janvārī ir nosūtītas piecas brīdinājuma vēstules, savukārt nākamās – tikai 2018.gada oktobrī. Tā kā brīdinājuma vēstules netiek sūtītas visiem parādniekiem, tad nav arī skaidrs, pēc kādiem kritērijiem tiek izvēlētas ārstniecības iestādes, kurām tās tiek sūtītas.

Dienests, sniedzot¹⁰⁸ viedokli par Revīzijas ziņojuma projektu, ir norādījis, ka Fonda resursi pamatā tika izmantoti pacientu prasījuma iesniegumu izskatīšanai. Papildus Fonds saņēma 210 apstrīdēšanas iesniegumus, sniedzot paskaidrojumus un administratīvās lietas materiālus gan Veselības ministrijai, gan tiesām. Dienestam kā administratīvā akta izdevējam bija jāpiedalās arī tiesas sēdēs kā atbildētājam. Bez tam Fonds bija atbildīgs par rēķinu sagatavošanu nosūtīšanai ārstniecības iestādēm. Viss iepriekš minētais ir laikietilpīgs darbs, kas prasa ļoti lielus darbinieku resursus, un piedziņas jautājumi bija tikai viens no Fonda darbinieku pienākumiem.

Ar 01.01.2019. ārstniecības riska maksājumu kontrole un piedziņa ir nodota Dienesta Juridiskā departamenta Piedziņas nodaļai, pārceļot vienu Fonda štata vietu ārstniecības riska maksājumu piedziņas veikšanai, riska maksājumu un atlīdzības izmaksu administrēšanai.

Pēc revīzijas uzsākšanas Dienesta parādu piedziņas process ir būtiski uzlabojies. Atbilstoši Dienesta sniegtajai informācijai 2019.gada janvārī un februārī par nesamaksātiem riska maksājumiem ir brīdināta

61 ārstniecības iestāde, salīdzinājumam – 2018.gadā attiecīgajā periodā tikai piecas. Dienesta veikto parādu piedziņas procesa uzlabošanas rezultātā uz 24.01.2019. ārstniecības riska maksājumu parāds ir samazinājies aptuveni par 20 358 *euro*.¹⁰⁹

Ieteikumi

Lai Fonds ilgtermiņā varētu izpildīt saistības un Fonda līdzekļu apmērs, palielinoties pacientu atlīdzības prasījumu skaitam, būtu pietiekams atlīdzības prasījumu segšanai, Dienestam sadarbībā ar Veselības ministriju izvērtēt iespēju pārskatīt Ministru kabineta noteikumus¹¹⁰ iekļautās vidējā riska maksājuma aprēķina formulas nosacījumus, lai vidējā riska maksājuma noteikšanai izmantotu jau uzkrāto informāciju gan par pamatoto atlīdzību skaitu gadā, gan par veiktajām izmaksām un to vidējo apmēru, kā arī izvērtēt iespēju iekļaut nosacījumu, kas nodrošinātu uzkrājumu (rezervju) veidošanu iespējamām saistības par saņemtajiem, bet neizskatītajiem iesniegumiem.

Lai veicinātu debitoru parādu atgūšanu un savlaicīgu regresa prasību celšanu, Dienestam nodrošināt parādu piedziņas procesu kā mērķtiecīgu un efektīvu darbību kopumu – izstrādāt iekšējās procedūras, kurās būtu detalizēti reglamentēta debitoru parādu piedziņas kārtība, tai skaitā noteikti iesaistīto darbinieku pienākumi, parādu atgūšanas procesa kārtība, kā arī kārtība, ja debitora lieta tiek nodota tiesvedībai par parāda piedziņu.

Vai ir veiktas darbības Ārstniecības riska fonda pilnveidošanai?

Veselības ministrija, pieņemot lēmumu par Fonda izveidi un izstrādājot Fonda darbību regulējošo ietvaru, apzinājās, ka pēc Fonda darbības uzsākšanas pastāvīgi ir jāvērtē jaunizveidotā tiesību aizsardzības institūta darbības efektivitāte, lai pārlicinātos, vai Fonds nodrošina uz pacientu interesēm orientētu darbību kopumu, atbilstošu saskarsmes kultūru, kā arī atlīdzību prasījumu izskatīšanu un lēmumu pieņemšanu Pacientu tiesību likumā noteiktajā termiņā.

Tomēr revidentu ieskatā ne Veselības ministrijas, ne iestāžu, kas nodrošina Fonda darbību, darbības Fonda pilnveidošanai nevar raksturot kā pastāvīgas un ar mērķi padarīt pacientam atlīdzību prasījumu izskatīšanas procesu ērtāku un ātrāku. Lai arī vairākkārt ir veiktas izmaiņas normatīvajā regulējumā, tās nav uzlabojušas Fonda darbības efektivitāti. To apliecina revīzijā konstatētais par pacientu pieteikto atlīdzības prasījumu administrēšanas procesu, tā pieejamību, saprotamību un savlaicīgumu, kā arī konstatētais par Fonda līdzekļu veidošanas procesu.

Revidenti uzskata, ka pirms Fonda izveides Veselības ministrija, iespējams, pietiekami neizvērtēja Fonda darbības nodrošināšanā iesaistīto iestāžu, it īpaši Inspekcijas, kapacitāti atlīdzību prasījumu administrēšanā. Turklāt, pieaugot atlīdzības prasījumu skaitam, pieauga arī problēmas atlīdzību prasījumu izskatīšanā, tā sistemātiski pārkāpjot pacientu tiesības.

Fonda darbu ir vērtējuši arī starptautiskie eksperti, bet pēc izvērtējuma saņemšanas 2018.gada oktobrī nav sekojusi atbilstoša rīcība. Lai arī eksperti ziņojumā ir snieguši kritisku novērtējumu par Fonda līdzšinējo darbību, revīzijā nav gūta pārlicība par Veselības ministrijas ieinteresētību ieviest ekspertu ieteikumus.

Revidentu ieskatā, lai panāktu Fonda izveides mērķu sasniegšanu, uzlabotu un attīstītu tā darbību, jāņem vērā gan starptautiskās ekspertu grupas ziņojumā norādīto problēmu vērtējumu, gan veselības aprūpes procesā un nozarē iesaistīto organizāciju viedokļus, gan šajā revīzijā veikto Fonda darbības analīzi un sniegtos ieteikumus.

Latvijas izvēlētais pacientu tiesību aizsardzības institūts, tas ir, Fonds, darbojas jau piecus gadus. Kā jau norādīts iepriekš, Direktīva neuzlika dalībvalstīm pienākumu ieviest jauna veida sistēmu, kas atšķiras no iepriekšējā regulējuma, un revīzijas ietvaros iegūtā informācija liecina, ka vairākas Eiropas Savienības

dalībvalstis, piemēram, Lietuva, Igaunija, Čehija, arī pēc Direktīvas pieņemšanas nav mainījušas kārtību un prasījumu izskatīšanai piemēro ārstniecības personu civiltiesiskās atbildības apdrošināšanas konceptu.

Savukārt Latvija kā vispiemērotāko veidu Direktīvas prasību nodrošināšanai izvēlējās fonda konceptu, kurš raksturīgs valstīm ar augsti attīstītām sociālā nodrošinājuma sistēmām un kura procesu vadībā tai nebija iepriekšējās pieredzes. Pārņemot augsti attīstītu sociālā nodrošinājuma valstu paraugu, pastāvēja risks tā sekmīgai darbībai, jo Fondam bija jāiederās Latvijas sociālajā, tiesiskajā un finanšu vidē.

Veselības ministrija, pieņemot lēmumu par Fonda izveidi un izstrādājot Fonda darbības regulējumu, normatīvo aktu anotācijās¹¹¹ norādīja, ka pēc Fonda darbības uzsākšanas ir jāvērtē jaunizveidotā tiesību aizsardzības institūta darbība un problēmas, analizējot finanses, sūdzības, riskus utt. Ministru kabineta noteikumu sākotnējā ietekmes novērtējumā¹¹² tika paredzēts, ka līdz ar pacientu informētības pieaugumu un praktiskās pieredzes uzkrāšanos Fonds būs jāpilnveido, jāattīsta, ņemot vērā arī ierobežoto finanšu resursu apjomu un neierobežotās pacientu vēlmes pēc kvalitatīvas veselības aprūpes pakalpojumiem.

No iepriekš minētā secināms: atbildīgās institūcijas apzinājās, ka, ieviešot jaunu pacientu aizsardzības institūtu, pastāvēja risks tā veiksmīgai darbībai, un tādējādi tām bija jāseko līdzi Fonda darbībai, tā problēmām un nepieciešamības gadījumā atbilstoši jāreaģē, izdarot izmaiņas Fonda normatīvajā regulējumā vai veicot citas darbības.

Tomēr revīzijā konstatētais par pacientu pieteikto atlīdzības prasījumu administrēšanas procesu, tā pieejamību, saprotamību un savlaicīgumu, kā arī konstatētais par Fonda līdzekļu veidošanas procesu liecina, ka Fonda darbības uzraudzība nav bijusi pietiekama kā arī nav veikti pietiekami pasākumi Fonda darbības efektivitātes paaugstināšanai.

Veselības ministrija, sniedzot¹¹³ informāciju par pasākumiem Fonda darbības attīstībā, norādīja, ka vairākkārt ir izdarīti grozījumi normatīvajā regulējumā¹¹⁴ gan attiecībā uz procesu, kas skar pacientu iesniegumu izskatīšanu, gan arī uz procesu, kas saistīts ar ārstniecības riska maksājuma aprēķināšanu un rēķinu izsūtīšanu. Savukārt revidentu vērtējumā veiktie grozījumi, kas stājušies spēkā līdz 2019.gadam, lielākoties ir tehniskas dabas vai normas precizējoši, proti, tie neuzlabo Fonda darbības efektivitāti, jo sevišķi pacientu tiesību nodrošināšanā.

Būtiskākie grozījumi izdarīti 2018.gada beigās un stājušies spēkā 01.01.2019. Ar 01.01.2019. Fonda institucionālajā atbildības sadalījumā ir veiktas izmaiņas¹¹⁵, Inspekcijai no Dienesta pārņemot¹¹⁶ lēmumu pieņemšanu par prasījuma apmierināšanu vai atteikumu, Dienestam saglabājot Fonda finanšu administrēšanas funkciju, tai skaitā atlīdzības izmaksu.

Veselības ministrija revidentiem paskaidroja¹¹⁷, ka veikto izmaiņu rezultātā tiks sakārtoti Fonda procesi un ievērotas iedzīvotāju intereses, turklāt iestāžu sadarbībai bija nepieciešams papildus tērēt ievērojamus resursus gan informācijas apmaiņai, gan lietu virzības procesu koordinācijai. Nododot lēmumu pieņemšanas un ekspertīzes veikšanas funkcijas vienas iestādes pārziņā, šo procesu būs iespējams veikt ātrāk, efektīvāk un lietderīgāk.

Revidenti uzskata, ka Inspekcija nenodrošina Valsts pārvaldes iekārtas likumā¹¹⁸ valsts pārvaldei noteikto labas pārvaldības principu, kas cita starpā ietver atklātību pret privātpersonu, taisnīgu procedūru īstenošanu saprātīgā laikā un citus noteikumus, kuru mērķis ir panākt, lai valsts pārvalde ievērotu privātpersonas tiesības un tiesiskās intereses. Tāpēc minētās regulējuma izmaiņas varētu tikai nodrošināt pacientu izpratni un lietu virzības koordināciju, savukārt Veselības ministrija pausto viedokli, ka minēto pārmaiņu rezultātā tiks sakārtoti Fonda procesi, revidenti, pamatojoties uz revīzijā konstatēto, vērtē kritiski, jo reorganizācijas rezultātā Fonda administrēšana ir nodota tieši Inspekcijai, kura ilgtermiņā nav spējusi rast risinājumu, lai novērstu problēmas Fonda darbības nodrošināšanā.

Revīzijas laikā revidenti vērsās Latvijas Ārstu biedrībā ar lūgumu sniegt viedokli par Fonda darbību. Atbildot Latvijas Ārstu biedrība norādīja¹¹⁹, ka, veidojot Fondu, Latvijai nebija nozīmīgas pieredzes ar ārstniecības personas civiltiesiskās atbildības apdrošināšanas jautājumiem. Fonds sākotnēji bija iecerēts kā valsts veidota apdrošināšanas sistēma, kas pilnībā aizstātu iepriekš noteikto civiltiesiskās atbildības apdrošināšanas pienākumu, tomēr dažādu iemeslu dēļ Fonds par tādu nav izveidojies un pašreizējā veidolā nav uzskatāms par pilnvērtīgu apdrošināšanu ārstniecības iestādēm un ārstniecības personām.

Latvijas Ārstu biedrības ieskatā Fonda darbības jautājumi ir nozarei ārkārtīgi būtiski, jo pašlaik Fonds ir drīzāk formāls mehānisms ar neskaidriem un nepilnīgiem kritērijiem lēmumu pieņemšanā, tas arī nenodrošina apdrošināšanas funkciju izpildi vismaz šādu galveno iemeslu dēļ:

- ❖ pacientam ir iespēja, bet nav pienākuma vērsties Fondā. Proti, pacients, nevēršoties Fondā, var vērsties ar pretenziju pie ārstniecības iestādes un tālāk ar prasību tiesā. Šajā gadījumā normatīvie akti neparedz tiesības ārstniecības iestādei pašai vērsties Fondā kā pie sava apdrošinātāja, arī Fonds nevar iestāties kā trešā persona civillietā, ja pacients ir vērsies ar prasību tiesā;
- ❖ pēc atlīdzības saņemšanas no Fonda pacients var papildu summas prasīt no ārstniecības iestādes. Arī pēc atteikuma saņemšanas no Fonda pacients visu atlīdzības summu var prasīt tieši no ārstniecības iestādes;
- ❖ ja pacients ir nokavējis un nav savlaicīgi vērsies ar atlīdzības prasījumu Fondā (ne vēlāk kā divus gadus pēc kaitējuma atklāšanas dienas, bet ne vēlāk kā trīs gadus pēc kaitējuma nodarīšanas¹²⁰), pacientam nav ierobežojumu vērsties ar prasību pret ārstniecības iestādi desmit gadu laikā no kaitējuma nodarīšanas dienas (vispārējais civiltiesiskais noilgums);
- ❖ ja pacients pieprasa kompensāciju kriminālprocesā, un ārsts tiek atzīts par vainīgu un tiesa piedzen kompensāciju no ārsta, ne Fonds, ne ārstniecības iestāde šajā procesā nav iesaistīta, un normatīvie akti neparedz tiesības ārstam pašam vērsties Fondā kā pie sava apdrošinātāja.

Revidentu ieskatā Latvijas Ārstu biedrības Fonda darbības vērtējums liecina, ka lai arī viens no Fonda izveides mērķiem bija ārstniecības personu tiesību aizsardzība, proti, iespēja ārstniecības personām aizsargāt savas profesionālās darbības un tās iespējamo seku risku, tas, iespējams, nav sasniegts. Tādēļ revidenti aicina Veselības ministriju sadarbībā ar Latvijas Ārstu biedrību un citām nozarē iesaistītām institūcijām un organizācijām vērtēt, vai Fonda regulējums ārstniecības personu tiesību aizsardzībā ir pietiekams un nodrošina tām pilnvērtīgu profesionālās darbības un tās iespējamo seku risku aizsardzības mehānismu.

Lai pilnveidotu Inspekcijas un Veselības ministrijas pakļautībā esošo iestāžu darbinieku zināšanas un prasmes institucionālās uzraudzības un pacientu sūdzību analīzes jomā, kā arī attīstītu Fonda darbību, 2017.gadā par Fondu atbildīgās iestādes pieaicināja¹²¹ ārvalstu ekspertus veikt novērtējumu.

Revidenti ir iepazinušies ar starptautiskās ekspertu grupas “Stichting Eurinspect” (EPSA – European Partnership for Supervisory Organisations in Health Services and Social Care biedri) 2018.gada oktobrī sagatavoto Inspekcijas darbības novērtējuma ziņojumu un vēlas vērst uzmanību uz revidentu ieskatā galveno ekspertu izdarīto secinājumu par Fonda darbību, proti lai arī Fonda izveides mērķis bija izveidot viegli pieejamu, klientam draudzīgu sistēmu, kurā ātri pieņemtu lēmumus, mērķis nav sasniegts ne ar izveidoto sistēmu, ne ar tās realizēto darbību.

Eksperti ir snieguši vērtējumu arī konstatētajām problēmām Fonda sadarbībā ar ārstniecības personām:

| Problēma | Ekspertu viedoklis |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ārstniecības personu neinformētība par Fondu, tā darbības | Veselības aprūpes nozarē iesaistītās personas nav ziņošanas par Fonda darbību un tās apjomu. |
| | Ārstniecības personām un iestādēm nav pienākums publiskot informāciju par Fondu, kā arī |

| Problēma | Ekspertu viedoklis |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ietvaram | informēt pacientus par Fonda eksistenci. |
| Fonda, tā procedūru neausrakstāmība | Ļoti ierobežota profesionālo asociāciju vai ārējo ekspertu iesaiste Fonda darbībā. |
| | Ārstniecības personas, kurām ir jāiesniedz viedoklis par notikušiem precedentiem, nesaņem atgriezenisko saiti par procesa iznākumu. |
| | Metode, kā pieņemt lēmumu par izmaksājamās kompensācijas apmēru, nav vienkārša un saprotama. |
| | Veselības aprūpes nozares pārstāvji procesa laikā nesaņem informāciju. |
| Nesadarbošanās ar veselības aprūpi iesaistītajām personām | Nav izveidota sadarbība ar veselības aprūpē iesaistītajām personām. Fonda darbības laikā nav notikušas padziļinātas un plašas apspriedes ar veselības aprūpē iesaistītajām personām, lai arī galvenie nozares dalībnieki – valsts iestādes, profesionālās arodbiedrības, ārstniecības personas, veselības aprūpes darbinieki, pacientu organizācijas, apdrošināšanas sabiedrības – esošo sistēmu vērtē kritiski. |
| | Politikas veidotāji sistemātiski neizanalizē un neapspriež ieinteresēto personu viedokļus un ieteikumus. Vienlaikus valsts plāno sākt pārstrukturēt Fonda atrašanās vietu, atkal neapspriežoties ar veselības aprūpē iesaistītajām personām, kā arī visaptveroši neapspriežot to ar Fonda darbības nodrošināšanā iesaistītajām iestādēm. |
| Cilvēkresursu (ārstu ekspertu) un profesionalitātes trūkums | Eksperti piekrīt, ka Inspekcijā ir cilvēkresursu trūkums, bet vienlaikus akcentē, ka Inspekcijas ārsti eksperti nav praktizējoši veselības aprūpes nozares profesionāļi, netiek papildus apmācīti, tāpēc nav spējīgi noteikt un novērtēt kaitējuma apmēru visās medicīnas disciplīnās. |

Lai pilnveidotu Fonda darbību, vienlaikus novēršot konstatētās problēmas, eksperti ir snieguši vairākus ieteikumus. Viena no būtiskākajām ekspertu sniegtajām rekomendācijām aicina Veselības ministriju veikt vispusīgu analīzi, tai skaitā par kompetenci un resursiem, kas nepieciešami mērķtiecīgai ārstniecības iestāžu vai personu atbildības apdrošināšanas sistēmai īstermiņā un ilgtermiņā.

Tai skaitā Veselības ministrijai būtu jānosaka finanšu resursu apmērs, kas ir nepieciešams, lai, piemēram, vadītu neatkarīgu, valsts finansētu institūtu, kas vada Fondu vai nodotu darbību apdrošināšanas nozarei. Vienlaikus eksperti akcentē, ka Fondam saglabājot pašreizējo institucionālo struktūru un izmaksas, ministrijai ir jāizstrādā risinājums, kurā tiek ņemtas vērā gan valsts, gan ārstu profesionālo organizāciju, pacientu pārstāvju, ārstniecības personu u.c. viedokļi.

Ekspertu komanda norādīja, ka veiktās analīzes rezultāti jāapvieno valsts politikas līmeņa ziņojumā un tajā iekļautais būtu visaptveroši, konstruktīvi un atklāti jāapspriež ar veselības aprūpē iesaistītajām personām. Konsultācijas iespējams organizēt tematiskās darba grupās, kas maksimāli palielinātu pušu ieguldījumu. Tikai pēc visu ieinteresēto pušu uzklaušanās, rūpīgi apsverot valsts ieguldījumu, būtu jā sagatavo galīgais ziņojums, kas būtu pamats Latvijai piemērota modeļa pieņemšanai.

Eksperti arī ieteica pārvērtēt un atdalīt funkcijas – kaitējuma esības vai neesības noteikšanai no kaitējuma apmēra noteikšanas, vienlaikus mainot izmantoto kaitējuma smaguma noteikšanas atbildības metodi uz sarakstu ar maksājamo summu diapazonu, tādējādi novēršot subjektivitāti lēmumu pieņemšanā. Balstoties uz citu valstu pieredzi attiecībā uz kompensācijas mehānismiem, eksperti ir izdarījuši secinājumus, ka Inspekcijai nevajadzētu būt tai institūcijai, kas pieņem lēmumus attiecībā uz Fonda iesniegumiem, un snieguši rekomendācijas par Fonda funkcijas nodalīšanu no Inspekcijas.

Papildus jau minētajiem ieteikumiem, eksperti ieteica Veselības ministrijai izvērtēt pašreiz piemērojamo metodi kaitējuma apmēra noteikšanai, kā arī sākotnējās pretenziju izskatīšanas sistēmas izveidošanu un ārstniecības iestāžu un personu iesaistīšanu sūdzību izskatīšanas procedūrā.

Ekspertu sniegtajā ziņojumā ir identificēta nepieciešamība mainīt FONDA darbības mehānismus, lai tas prioritāri nodrošinātu pacientu tiesības, vienlaikus piedāvājot arī risinājumus ārstniecības iestādes vai personas interešu aizstāvībai.

Veselības ministrija revīzijā ir norādījusi¹²², ka minētie ekspertu ieteikumi ir turpmāk vērtējami, vai un kā šīs rekomendācijas īstenojamas FONDA darbības pilnveidošanā. Revidenti vēlas uzsvērt, ka revīzijas laikā nav gūta pārlicība par Veselības ministrijas ieinteresētību izvērtēt un ieviest ekspertu ieteikumus. Revidentu viedokli apliecina fakts, ka, lai gan eksperti kritiski vērtējuši ministrijas rīcību pieņemt lēmumus, nekonsultējoties ar veselības aprūpē iesaistītajām personām, kā arī nozares dalībniekiem, tomēr FONDA strukturālās izmaiņas tika veiktas, neuzklausot ieinteresēto pušu viedokļus, jo sevišķi, ņemot vērā, ka tās FONDA darbību vērtē kritiski.

Arī ekspertu ieteikums atdalīt lēmumu pieņemšanu FONDA lietās no Inspekcijas, Veselības ministrijas ieskatā ir kritiski vērtējams¹²³, jo *“šobrīd valstī neesot citas iestādes, kas kompetences ziņā būtu spējīga šādu vērtējumu veikt un lēmumu pieņemt”*. Revidenti arī šajā gadījumā nav guvuši pārlicību, ka šāds viedoklis ir pamatots ar nozares iespēju izvērtējumu, bet liecina par ministrijas vienpusēju lēmumu.

Vienlaikus jāuzsver, ka Veselības ministrija norādīja¹²⁴ uz virkni faktoru, kas ministrijas ieskatā liecina par FONDA izvēles pamatotību, pieejamību un veiksmīgo darbību, piemēram:

- ❖ FONDS ir valsts atbildībā, tāpēc, nenoliedzami, palielina pacientu uzticēšanos šim atlīdzības saņemšanas un savu tiesību aizstāvības modelim;
- ❖ FONDA izveide ievērojami atvieglo pacientu iespējas aizstāvēt savas tiesības, jo iesniegumi tiek izskatīti administratīvā procesa ietvaros, pēc iespējas mazāk iesaistot pacientu;
- ❖ FONDA ietvaros atlīdzības prasījums tiek izskatīts salīdzinoši ātri, ne ilgāk kā sešu mēnešu, bet sarežģītākās lietās 12 mēnešu laikā;
- ❖ kaitējuma noteikšanas veids ir izraudzīts visobjektīvākais un taisnīgākais.

Veselības ministrijas norādītie faktori tikai teorētiski raksturo FONDA darbību un pamato tā izveidi. Diemžēl revīzijā konstatētie fakti neliecina par FONDA veiksmīgu darbību un norāda uz absolūtu nepieciešamību uzlabot FONDA īstenoto pacientu tiesību aizsardzības un ārstniecības personas civiltiesiskās atbildības apdrošināšanas procesu.

Revīzijā konstatētais apliecina, ka FONDA darbībā ir nepieciešamas pārmaiņas, tāpēc Valsts kontrole, nesniedzot revīzijas ieteikumu, aicina Veselības ministriju veikt darbības, ņemot vērā starptautiskās ekspertu grupas FONDA darbības uzlabošanai sniegto vērtējumu un rekomendācijas, gan revīzijā veikto FONDA darbības analīzi un sniegtos ieteikumus, lai nodrošinātu FONDA izveides mērķu sasniegšanu.

Revīzijas raksturojums, kritēriji un metodes

Revīzijas mērķis

Revīzijas mērķis ir gūt pārliecību, vai Ārstniecības riska fonda darbība atbilst normatīvo aktu prasībām un vai ir sasniegts Ārstniecības riska fonda izveidošanas mērķis – izveidot pacientiem saprotamas, savlaicīgas un efektīvas sūdzību procedūras, kas ārpustiesas procesa kārtībā sniedz iespēju pacientam saņemt atlīdzību par sniegtās veselības aprūpes rezultātā nodarīto kaitējumu.

Juridiskais pamatojums

Atbilstības/lietderības revīzija “No Ārstniecības riska fonda izmaksāto atlīdzību regulēšanas procesa atbilstība normatīvo aktu prasībām” ir veikta, pamatojoties uz Valsts kontroles Trešā revīzijas departamenta 03.09.2018. revīzijas grafiku Nr.2.4.1-33/2018.

Revīziju veica revīzijas grupas vadītāja vecākā valsts revidente Agnese Brašmane, vecākā valsts revidente Oksana Buraja un sektora vadītāja Linda Freidenfelde-Purgaile.

Revidentu un revidējamās vienības atbildība

Valsts kontroles revidenti ir atbildīgi par revīzijas ziņojuma sniegšanu, kas pamatojas uz revīzijas laikā gūtiem atbilstošiem, pietiekamiem un ticamiem revīzijas pierādījumiem.

Veselības inspekcija un Nacionālais veselības dienests ir atbildīgi par normatīvo aktu ievērošanu un revidentiem sniegtās informācijas patiesumu.

Revīzijas apjoms

Revīzija ir veikta saskaņā ar Latvijas Republikā atzītiem starptautiskajiem revīzijas standartiem. Revīzija plānota un veikta tā, lai iegūtu pietiekamu pārliecību par revīzijas apjomā iekļauto revidējamo vienību – Veselības inspekcijas un Nacionālā veselības dienesta – veiktajiem pasākumiem, lai nodrošinātu Ārstniecības riska fonda darbību atbilstoši normatīvo aktu prasībām un Ārstniecības riska fonda izveides mērķu sasniegšanu.

Revīzija veikta par laika posmu no 25.10.2013. līdz 30.06.2018. Pilnīga priekšstata iegūšanai informācija apkopota arī par laiku ārpus minētā perioda.

Revīzijas apjomā iekļauti:

- ❖ Veselības inspekcija, kas veic ekspertīzi, sagatavo atzinumu un nosaka kaitējuma apmēru procentos, kā arī vērtē ārstniecības izdevumu saistību ar pacientam nodarītā kaitējuma seku mazināšanu vai novēršanu;
- ❖ Nacionālais veselības dienests, kas administrē Fonda līdzekļus un izmaksā atlīdzību no Fonda, kā arī veic Fonda līdzekļu finanšu uzskaiti un rezultātu uzrādīšanu Dienesta finanšu pārskatos.

Revīzijas metodes

Revīzijā izmantotas šādas galvenās metodes:

- ❖ normatīvo aktu analīze, kā arī citu ar Ārstniecības riska fonda darbības nodrošināšanu saistīto dokumentu un informācijas analīze;
- ❖ datu un informācijas analīze, intervijas ar revidējamās vienības pārstāvjiem;
- ❖ starptautiskās ekspertu grupas novērtējuma ziņojuma analīze;
- ❖ dažādu ekspertu, tai skaitā Latvijas ārstu biedrības, Latvijas Republikas Tiesībsarga biroja, viedokļa noskaidrošana, izvērtēšana un analīze.

Būtiskākie vērtēšanas kritēriji

| Revīzijas jautājums | Noteiktais kritērijs | Kritērijs ir sasniegts / nav sasniegts? |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Vai atlīdzības prasījumu administrēšanas process ir raksturojams kā pieejams, saprotams un savlaicīgs, tā sniedzot iespēju pacientam ātrāk saņemt atlīdzību ārpustiesas procesa kārtībā?</p> | | |
| <p>1. Vai atlīdzības prasījumu administrēšanas process ir raksturojams kā savlaicīgs?</p> | | |
| <p>Vai atlīdzību prasījumi tiek izskatīti savlaicīgi, ievērojot normatīvajos aktos noteiktos termiņus, t.sk. vai procesuālo termiņu pagarinājumi ir objektīvi pamatoti?</p> | <p>Atlīdzības prasījumi tiek izskatīti un lēmumi pieņemti Pacientu tiesību likumā noteiktajā termiņā, tas ir, sešu mēnešu laikā. Ja bijis nepieciešams pieprasīt, savākt un izvērtēt papildu informāciju – līdz vienam gadam.</p> | <p>⊗ Kritērijs nav sasniegts. Laikā no 2014.gada līdz 31.12.2018., no kopumā 702 izskatītajiem un pieņemtajiem lēmumiem tikai 24% ir izskatīti sešu mēnešu laikā, 33% izskatīti termiņā no sešiem mēnešiem līdz gadam, savukārt 33% lēmumi pieņemti termiņā, kas pārsniedz vienu gadu, tas ir, novēloti, tādējādi neievērojot Pacientu tiesību likuma regulējumu. Atlīdzības prasījumu, kuru izskatīšana bijusi ilgāka par sešiem mēnešiem, termiņu pagarinājumi ir pamatoti ar to, ka nav saņemts Inspekcijas atzinums. Dokumentu analīzes rezultātā nav konstatētas nepieciešamās secīgās darbības, kas nodrošinātu procesa nepārtrauktību. Lietas materiāli arī nesatur pierādījumus, kas apliecinātu objektīvus iemeslus termiņa pagarināšanai, proti, ka bija nepieciešams savākt plašākus un pilnīgākus pierādījumus objektīva lēmuma pieņemšanai.</p> |
| <p>Vai kontrole pār lēmumu pieņemšanas termiņiem ir pietiekama, ievērojot, ka abas institūcijas nav subordinācijas attiecībās?</p> | <p>Dienestā un Inspekcijā ir apstiprināts iekšējais tiesību akts, kas nosaka uzraudzības un kontroles kārtību, un iestādes rīkojas atbilstoši apstiprinātajai kārtībai.</p> | <p>⊗ Kritērijs ir sasniegts daļēji. Fonda darbības regulēšanai gan Dienestā, gan Inspekcijā ir izstrādātas iekšējās procedūras¹²⁵. Dienests veic atlīdzības prasījumu izskatīšanas termiņu uzraudzību, bet nevar ietekmēt Inspekciju un tās darbību atzinumu sagatavošanā, jo abas institūcijas neatrodas subordinācijas attiecībās. Inspekcijas procedūra, kas ir aktuāla Fonda ekspertīzēm¹²⁶, nav mainīta kopš 15.06.2016., lai arī Inspekcijā atzinumu novēlota sagatavošana jau ir kļuvusi sistemātiska. Procedūra</p> |

| Revīzijas jautājums | Noteiktais kritērijs | Kritērijs ir sasniegts / nav sasniegts? |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | <p>nenosaka detalizētus termiņus, ne sistemātisku kontroli pār Fonda atlīdzības prasījumu izskatīšanas termiņiem. Arī amata aprakstos nav noteikts pienākums uzraudzīt administratīvā procesa termiņus.</p> <p>Inspekcijas iekšējā kontroles sistēma nav vērsta uz to, lai nodrošinātu pilnvērtīgu uzraudzību pār Fonda atlīdzības prasījumu izskatīšanas procesu un atzinumu sagatavošanu Pacientu tiesību likumā noteiktajā termiņā.</p> |
| <p>2. Vai atlīdzības prasījumu administrēšanas process ir raksturojams kā saprotams?</p> | | |
| <p>Vai pacienta dzīvībai vai veselībai nodarītā kaitējuma smaguma pakāpes procentos un atlīdzības apmēra noteikšanas process ir skaidrs un saprotams?</p> | <p>Pēc Dienesta lēmuma pieņemšanas reti ir gadījumi, kad pacienti ir pārsūdzējuši lēmumu Veselības ministrijā, vērsušies tiesā.</p> | <p>⊗ Kritērijs nav sasniegts. Inspekcija piemēro atlīdzības aprēķināšanas kārtību, ko pati atzinusi par neskaidru un praksē sarežģīti pielietojamu. Kārtība satur pārāk nekonkrētus procentuālos apmērus kaitējuma smaguma noteikšanai. Arī pietiekami zinošs pacients nevar izsekot un izprast nodarītā kaitējuma aprēķināšanas veidu, un tas var likties netaisnīgs un neobjektīvs ikvienā gadījumā, kad netiek izmaksāta maksimālā atlīdzības summa.</p> <p>No Fonda darbības sākuma 127 lietās pieņemtie lēmumi ir apstrīdēti Veselības ministrijā, vairākās lietās ar tiesas nolēmumu ir uzlikts pienākums Dienestam izmaksāt lielāku atlīdzību, nekā sākotnējā lēmumā noteikts. Administratīvās tiesas spriedumu analīze liecina, ka vismaz 43% gadījumu iesniegto pieteikumu pieteicēji lūdz pārskatīt Inspekcijas noteikto kaitējuma smaguma apmēru un piemērotos kritērijus.</p> |
| <p>3. Vai atlīdzības prasījumu administrēšanas process ir raksturojams kā pieejams?</p> | | |
| <p>Vai iedzīvotāji ir informēti, ka veselībai nodarītā kaitējuma gadījumā ir iespēja aizstāvēt savas tiesības un saņemt atlīdzību, vērsoties Fondā?</p> | <p>Aptaujas rezultāti liecina, ka vairāk nekā 50% no aptaujātajiem zina, ka Latvijā ir izveidots un darbojas Fonds.</p> | <p>⊗ Kritērijs nav sasniegts. Aptaujas rezultāti liecina, ka faktiski tikai 9% respondentu zina, kas ir Fonds. No aptaujas rezultātiem viennozīmīgi secināms, ka iedzīvotāji nav informēti par Fonda darbību.</p> |
| <p>Vai atlīdzību prasījumu izskatīšanas modelis ir pieejams un atvieglo pacientam savu interešu aizstāvību, proti, vai atlīdzību prasījumu izskatīšanas modelis,</p> | <p>Fonda atlīdzības prasījumu iesniegumu administrēšanas process atbilst administratīvā procesa būtībai, tas ir, tiek ievērots pamatprincips, ka tas</p> | <p>⊗ Pieejamība nav vērtējama kā atsevišķs kritērijs, bet gan kopsakarā ar citiem kritērijiem, tas ir, savlaicīgumu un saprotamību, jo, tikai izpildoties visiem kritērijiem, var uzskatīt, ka atlīdzību prasījumu izskatīšanas modelis ir pieejams un atvieglo pacientam savu interešu aizstāvību. Izvēlētais modelis, kas tiek realizēts administratīvā procesa kārtībā, pats par sevi nesniedz pacientam priekšrocības, jo ir</p> |

| Revīzijas jautājums | Noteiktais kritērijs | Kritērijs ir sasniegts / nav sasniegts? |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>kad informācijas iegūšanu, pierādījumu vākšanu un ekspertīzes veikšanu nodrošina valsts pārvaldes iestādes, atvieglo pacientiem savu interešu aizsardzību?</p> | <p>savā būtībā ir vērsts uz privātpersonu tiesību un interešu maksimālu aizsardzību.</p> | <p>nepieciešams, lai iestāde savā darbībā nodrošinātu labu pārvaldību. Tas ir, īstenojot taisnīgas procedūras saprātīgā laikā, pastāvīgi uzlabojot sabiedrībai sniegto pakalpojumu kvalitāti, informējot sabiedrību par savu darbību. Turklāt Fonda ietvaros pacientu tiesību un interešu aizsardzība ir tikai teorētiska, faktiskie apstākļi par to neliecina. Atlīdzības prasījuma iesniegums, tā aizpildīšana ir pacientam pieejama un saprotama, tomēr tā ir tikai neliela atlīdzības prasījumu administrēšanas procesa daļa.</p> |

Vai Fonda finanšu līdzekļu veidošanas un uzkrāšanas process atbilst normatīvo aktu prasībām?

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Vai ārstniecības riska maksājuma apmērs ārstniecības iestādēm/personām aprēķināts, ievērojot ārējā normatīvajā aktā¹²⁷ noteiktos nosacījumus?</p> | <p>Vidējais ārstniecības riska maksājuma apmērs aprēķināts, ievērojot ārējā normatīvajā aktā noteiktos nosacījumus.</p> | <p>⊙ Kritērijs ir sasniegts daļēji. Atbilstoši normatīvajam aktam, lai noteiktu katrai ārstniecības iestādei ikgadējo riska maksājumu, sākotnēji jānosaka vidējais riska maksājums, ņemot vērā prognozēto pamatoto atlīdzību prasījumu skaitu un ārstniecības iestādē nodarbināto personu skaitu un to specialitātes. Dienests prognozes par pamatoto atlīdzību prasījumu skaitu neveic, bet katru gadu balstās uz vieniem un tiem pašiem 2013.gada pieņēmumiem, paredzot, ka gadā tiks saņemti desmit pamatoti atlīdzības prasījumi maksimālās izmaksas summas apmērā. Ja arī Dienests vidējo riska maksājumu noteiktu pēc Ministru kabineta noteikumu formulas, aplēses par pamatoto atlīdzību skaita prognozi veicot katru gadu, tad tāpat nevarētu iegūt ticamus rezultātu, jo formulā iestrādātie nosacījumi ir nekorekti.</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Vai Fonds ceļ regresa prasības, ceļ tās savlaicīgi pret ārstniecības iestādēm/personām, kuras ikgadējos maksājumu Fondā neveic vai neveic pilnā apjoma?</p> | <p>Regresa prasības ir celtas, tās celtas savlaicīgi.</p> | <p>⊙ Kritērijs ir sasniegts daļēji. Regresa prasības tiek celtas, tomēr kopumā parādu piedziņas process Dienestā netiek organizēts kā mērķtiecīgs un efektīvs darbību kopums, kas nodrošinātu kontroli pār nesamaksāto ārstniecības riska maksājumu savlaicīgu atgūšanu. 2019.gada sākumā parādu piedziņas process ir uzlabojies: veicot aktīvas parāda piedziņas darbības, īsā laikā atgūti 20 tūkst. euro. Tomēr vēl arvien nav izstrādātas iekšējās procedūras, kurās reglamentēta debitoru parādu piedziņas kārtība.</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Sektora vadītāja

L.Freidenfelde-Purgaile

Departamenta direktore

I.Vārava

ŠIS DOKUMENTS IR ELEKTRONISKI
PARAKSTĪTS AR DROŠU ELEKTRONISKO
PARAKSTU UN SATUR LAIKA ZĪMOGU

Atsauces

- ¹ Latvijas Republikas Tiesībsarga biroja mājas lapa: <http://www.tiesibsargs.lv/lv/pages/cilvektiesibas/laba-parvaldiba>, resurss apskatīts 14.03.2019.
- ² Valsts pārvaldes iekārtas likuma 10.panta septītā daļa.
- ³ Valsts pārvaldes iekārtas likuma 10.panta piektā daļa.
- ⁴ Valsts pārvaldes iekārtas likuma 10.panta sestā daļa.
- ⁵ Valsts pārvaldes iekārtas likuma 10.panta trešā daļa.
- ⁶ Ministru kabineta 05.11.2013. noteikumu Nr.1268 “Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi” 2.pielikuma piemērošanas vadlīnijas “Ieteikumi kādā Veselības inspekcija nosaka pacienta dzīvībai un veselībai nodarītā kaitējuma apmēru procentos”.
- ⁷ Eiropas Sociālā harta <https://likumi.lv/ta/lv/starptautiskie-likumi/id/1045>.
- ⁸ Nacionālā veselības dienesta mājas lapa: <http://www.vmnvd.gov.lv/uploads/files/52f38803a6ce6.pdf>, resurss apskatīts 11.09.2018., Pacientu tiesību likuma 16.panta pirmā un otrā daļa.
- ⁹ Maksimālās atlīdzības limits par dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu (arī morālo) noteikts, ņemot vērā tiesību normas izstrādes brīdī esošo tiesu praksi lietās, kas saistītas ar atlīdzības izmaksāšanu situācijās, kad persona ir gājusi bojā.
- ¹⁰ Maksimālās atlīdzības apmērs par ārstniecības izdevumiem izvēlēts, ņemot vērā dārgākās ārstēšanās diennakts stacionārā un ambulatori tarifus atbilstoši tobrīd spēkā esošajam regulējumam.
- ¹¹ Pacientu tiesību likuma 16.panta piektā daļa.
- ¹² Nacionāla veselības dienesta mājas lapa: <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/nvd-pakalpojumi/iesniegums-rstniecibas-riska-fondam>, resurss apskatīts 05.09.2018.
- ¹³ Pacientu tiesību likuma 16.panta ceturtnā daļa, 17.panta pirmā un trešā daļa.
- ¹⁴ Pacientu tiesību likuma 17.panta ceturtnā daļa, spēkā līdz 31.12.2018., Pacientu tiesību likuma 17.panta ceturtnā daļa, spēkā no 01.01.2019.
- ¹⁵ Pacientu tiesību likuma 16.panta sestā daļa, spēkā no 01.01.2019.
- ¹⁶ Eiropas Parlamenta un Padomes 09.03.2011. Direktīva 2011/24/ES par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē.
- ¹⁷ Priekšlikums Eiropas Parlamenta un Padomes direktīvai par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē.
- ¹⁸ Valsts kontroles 21.12.2018. vēstule Nr.9-2.3.1e/1124 “Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-33/2018”.
- ¹⁹ Latvijas Apdrošinātāju asociācijas 08.01.2019. vēstule Nr.2019-2 “Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-33/2018”.
- ²⁰ Veselības ministrijas 28.01.2019. vēstule Nr.01-15.1/423 “Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-33/2018”.
- ²¹ Ministru kabineta 05.11.2013. noteikumu Nr.1268 “Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi” 01.11.2013. projekta sākotnējās (ex-ante) ietekmes novērtējuma ziņojums (anotācija).
- ²² Veselības ministrijas 09.06.2011. rīkojums Nr.128 “Par darba grupas izveidošanu Ārstniecības riska fonda darbības tiesiskā pamata izstrādei”.
- ²³ Ministru kabineta 05.11.2013. noteikumi Nr.1268 “Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi”.
- ²⁴ Ministru kabineta 05.11.2013. noteikumi Nr.1268 “Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi”.
- ²⁵ Ministru kabineta 05.11.2013. noteikumu Nr.1268 “Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi” 2.2.apakšpunkts un 3.,5.,6.punkts.
- ²⁶ Ministru kabineta 05.11.2013. noteikumu Nr.1268 “Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi” 2.1.apakšpunkts, 7., 9.punkts
- ²⁷ Ministru kabineta 05.11.2013. noteikumu Nr.1268 “Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi” 8.punkts.
- ²⁸ Valsts pārvaldes iekārtas likuma 10.panta piektā daļa.
- ²⁹ Latvijas Republikas Tiesībsarga mājas lapa: <http://www.tiesibsargs.lv/lv/pages/cilvektiesibas/laba-parvaldiba>, resurss apskatīts 14.03.2019.
- ³⁰ Veselības ministrijas 28.01.2019. vēstule Nr.01-15.1/423 “Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-33/2018”.
- ³¹ Pacientu tiesību likuma 16.panta sestā daļa.
- ³² Nacionālā veselības dienesta 25.09.2018., Veselības inspekcijas 26.09.2018. e-pasta vēstule.
- ³³ Ministru kabineta 05.11.2013. noteikumu Nr.1268 “Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi” 14.punkts.

- ³⁴ Pacientu tiesību likuma 16.panta sestā daļa.
- ³⁵ Augstākās tiesas Senāta 12.10.2005. spriedums lietā Nr.SKA-309/2005.
- ³⁶ Briede J. "Administratīvā procesa likuma komentāri" A un B daļa. Briede J. (Zin. red.) Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2013, 608.– 611.lpp.
- ³⁷ Nacionālā veselības dienesta 28.05.2018. vēstule Nr.18-05-N/409017, 21.09.2018. vēstule 18.05.3-N/427870, 31.01.20183 vēstule18-05.3.-N/388425.
- ³⁸ Veselības inspekcijas 19.10.2018. e-pasta vēstule.
- ³⁹ Ministru kabineta 05.11.2013. noteikumu Nr.1268 "Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi" 01.11.2013. projekta sākotnējās (ex-ante) ietekmes novērtējuma ziņojums (anotācija).
- ⁴⁰ Ministru kabineta 05.11.2013. noteikumu Nr.1268 "Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi" 01.11.2013. projekta sākotnējās (ex-ante) ietekmes novērtējuma ziņojums (anotācija).
- ⁴¹ Veselības inspekcijas 15.03.2016. rīkojums Nr.2.2-4.1/40 "Par Veselības inspekcijas struktūras apstiprināšanu", 31.08.20160 rīkojums Nr.2.1.-4.1/105 "Par Veselības inspekcijas struktūras apstiprināšanu".
- ⁴² Veselības inspekcijas 19.10.2018. e-pasta vēstule.
- ⁴³ Veselības inspekcijas 30.11.2018. e-pasta vēstule.
- ⁴⁴ Ministru kabineta 05.11.2013. noteikumu Nr.1268 "Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi" 01.11.2013. projekta sākotnējās (ex-ante) ietekmes novērtējuma ziņojums (anotācija).
- ⁴⁵ Nacionālā veselības dienesta 03.05.2016. "Ārstniecības riska fonda darbības iekšējie noteikumi", Veselības inspekcijas 15.06.2016. procedūra "Veselības aprūpes kvalitātes un darbības ekspertīze".
- ⁴⁶ Veselības inspekcijas 15.06.2016. procedūra "Veselības aprūpes kvalitātes un darbības ekspertīze".
- ⁴⁷ Veselības inspekcijas 19.09.2018. e-pasta vēstule.
- ⁴⁸ Veselības ministrijas 28.01.2019. vēstule Nr.01-15.1/423 "Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-33/2018".
- ⁴⁹ Pacientu tiesību likuma 17.panta ceturrtā daļa, spēkā no 01.01.2019.
- ⁵⁰ Veselības inspekcijas 11.03.2019. e-pasta vēstule.
- ⁵¹ Ministru kabineta 05.11.2013. noteikumu Nr.1268 "Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi" 2.1.apakšpunkts.
- ⁵² Veselības inspekcijas 06.01.2017. vēstule 6-5/29720 "Par uzlabojumiem Ārstniecības riska fonda darbībā".
- ⁵³ Ministru kabineta 05.11.2013. noteikumu Nr.1268 "Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi" 9., 12.punkts, 2.pielikums "Pacienta veselībai vai dzīvībai nodarītā kaitējuma (arī morālā kaitējuma) noteikšanas kritēriji".
- ⁵⁴ Ministru kabineta 05.11.2013. noteikumu Nr.1268 "Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi" 9., 12.punkts, 2.pielikums "Pacienta veselībai vai dzīvībai nodarītā kaitējuma (arī morālā kaitējuma) noteikšanas kritēriji".
- ⁵⁵ Ministru kabineta 05.11.2013. noteikumu Nr.1268 "Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi" 2.1.apakšpunkts.
- ⁵⁶ Ministru kabineta 05.11.2013. noteikumu Nr.1268 "Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi" 9.1., 9.2., 9.3., 9.4. un 9.5.apakšpunkts.
- ⁵⁷ Veselības ministrijas 09.06.2011. rīkojumu Nr.128 "Par darba grupas izveidošanu Ārstniecības riska fonda darbības tiesiskā pamata izstrādei".
- ⁵⁸ Veselības ministrijas 28.01.2019. vēstule Nr.01-15.1/423 "Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-33/2018".
- ⁵⁹ Veselības ministrijas 28.01.2019. vēstule Nr.01-15.1/423 "Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-33/2018".
- ⁶⁰ Veselības inspekcijas 09.10.2018. rīkojums Nr.57 "Par darba grupas izveidi vienotu kaitējuma kritēriju apmēra noteikšanai".
- ⁶¹ Veselības inspekcijas 06.01.2017. vēstule Nr.6-5/29720 "Par uzlabojumiem Ārstniecības riska fonda darbībā".
- ⁶² Ministru kabineta 05.11.2013. noteikumu Nr.1268 "Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi" 2.pielikums "Pacienta veselībai vai dzīvībai nodarītā kaitējuma (arī morālā kaitējuma) noteikšanas kritēriji".
- ⁶³ Veselības inspekcijas 06.01.2017. vēstule Nr.6-5/29720 "Par uzlabojumiem Ārstniecības riska fonda darbībā".
- ⁶⁴ Veselības ministrijas 28.01.2019. vēstule Nr.01-15.1/423 "Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-33/2018".
- ⁶⁵ Ministru kabineta 05.11.2013. noteikumu Nr.1268 "Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi" 2.pielikuma piemērošanas vadlīnijas "Ieteikumi kādā Veselības inspekcija nosaka pacienta dzīvībai un veselībai nodarītā kaitējuma apmēru procentos".
- ⁶⁶ Veselības ministrijas 28.01.2019. vēstule Nr.01-15.1/423 "Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-33/2018".
- ⁶⁷ Veselības ministrijas 28.01.2019. vēstule Nr.01-15.1/423 "Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-33/2018".

- ⁶⁸ Ministru kabineta 05.11.2013. noteikumu Nr.1268 “Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi” 2.pielikuma piemērošanas vadlīnijas “Ieteikumi kādā Veselības inspekcija nosaka pacienta dzīvībai un veselībai nodarītā kaitējuma apmēru procentos”.
- ⁶⁹ Pacientu tiesību likuma 17.panta pirmā, trešā un piektā daļa.
- ⁷⁰ Ministru kabineta 05.11.2013. noteikumi Nr.1268 “Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi”.
- ⁷¹ Pacientu tiesību likuma 17.panta pirmā, trešā un ceturtā daļa.
- ⁷² Pacientu tiesību likuma 17.panta otrā daļa, Ministru kabineta 05.11.2013. noteikumu Nr.1268 “Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi” 18.punkts.
- ⁷³ Ministru kabineta 05.11.2013. noteikumu Nr.1268 “Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi” 23 un 28.punkts.
- ⁷⁴ Ministru kabineta 05.11.2013. noteikumu Nr.1268 “Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi” 01.11.2013. projekta sākotnējās (ex-ante) ietekmes novērtējuma ziņojums (anotācija).
- ⁷⁵ Ministru kabineta 05.11.2013. noteikumu Nr.1268 “Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi” 01.11.2013. projekta sākotnējās (ex-ante) ietekmes novērtējuma ziņojums (anotācija).
- ⁷⁶ Veselības ministrijas 28.01.2019. vēstule Nr.01-15.1/423 “Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-33/2018”.
- ⁷⁷ Ministru kabineta 05.11.2013. noteikumu Nr.1268 “Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi” 24.punkts.
- ⁷⁸ Ministru kabineta 05.11.2013. noteikumu Nr.1268 “Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi” 24.punkts.
- ⁷⁹ Ministru kabineta 05.11.2013. noteikumu Nr.1268 “Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi” 01.11.2013. projekta sākotnējās (ex-ante) ietekmes novērtējuma ziņojums (anotācija).
- ⁸⁰ Veselības ministrijas 28.01.2018. vēstule Nr.01-15.1/423 “Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-33/2018”.
- ⁸¹ Veselības ministrijas 28.01.2018. vēstule Nr.01-15.1/423 “Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-33/2018”.
- ⁸² Veselības ministrijas 28.01.2018. vēstule Nr.01-15.1/423 “Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-33/2018”.
- ⁸³ Ministru kabineta 05.11.2013. noteikumu Nr.1268 “Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi” 24.punkts.
- ⁸⁴ Ministru kabineta 05.11.2013. noteikumu Nr.1268 “Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi” 24.punkts.
- ⁸⁵ Ministru kabineta 05.11.2013. noteikumu Nr.1268 “Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi” 23.punkts (redakcija spēkā no 22.01.2016.).
- ⁸⁶ Ministru kabineta 05.11.2013. noteikumu Nr.1268 “Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi” 3.pielikums “Ārstniecības personu dalījums riska grupās un piemērojamais riska koeficients”.
- ⁸⁷ Ministru kabineta 24.05.2016. noteikumu Nr.317 “Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība” 3. un 7.punkts.
- ⁸⁸ Ministru kabineta 05.11.2013. noteikumu Nr.1268 “Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi” 23.punkts (redakcija spēkā līdz 21.01.2016.).
- ⁸⁹ Nacionālā veselības dienesta 04.12.2018. e-pasta vēstule.
- ⁹⁰ Ministru kabineta 05.11.2013. noteikumu Nr.1268 “Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi” 3.pielikums “Ārstniecības personu dalījums riska grupās un piemērojamais riska koeficients”.
- ⁹¹ Valsts ieņēmumu dienesta 15.11.2018. vēstule Nr.8.14-15/IPD/1780 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-33/2018” un 17.12.2018. e-pasta vēstule.
- ⁹² Izlases lielums: ārstniecības riska maksājumi 2014.gadam – 10 ārstniecības iestādēm, 2015.gadam – 10 ārstniecības iestādēm, 2016.gadam – 10 ārstniecības iestādēm, 2017.gadam – 20 ārstniecības iestādēm un 2018.gadam – 10 ārstniecības iestādēm.
- ⁹³ Veselības inspekcijas 17.12.2018. e-pasta vēstule.
- ⁹⁴ Veselības inspekcijas 18.12.2018. e-pasta vēstule.
- ⁹⁵ Nacionālā veselības dienesta 31.08.2016. audita ziņojums Nr.10-2-2/2016 “Ārstniecības riska fonda darbība”.
- ⁹⁶ Ministru kabineta 24.05.2016. noteikumi Nr.317 “Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība”.
- ⁹⁷ Nacionālā veselības dienesta 15.10.2018. vēstule Nr.16-7/14921 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-33/2018” un 28.02.2019. vēstule Nr.16-7/3502 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-33/2018”.
- ⁹⁸ Veselības ministrijas 28.01.2018. vēstule Nr.01-15.1/423 “Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-33/2018”.
- ⁹⁹ Ministru kabineta 05.11.2013. noteikumu Nr.1268 “Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi” 14.punkts.
- ¹⁰⁰ Ministru kabineta 05.11.2013. noteikumu Nr.1268 “Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi” 01.11.2013. projekta sākotnējās (ex-ante) ietekmes novērtējuma ziņojums (anotācija).

- ¹⁰¹ Pacientu tiesību likuma 17.panta piektā daļa, Ministru kabineta 05.11.2013. noteikumu Nr.1268 “Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi” 21. un 22.punkts.
- ¹⁰² Nacionālā veselības dienesta 26.09.2018. vēstule Nr.16-7/13637 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-33/2018”.
- ¹⁰³ Nacionālā veselības dienesta 15.10.2018. vēstule Nr.16-7/14921 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-33/2018”.
- ¹⁰⁴ Nacionālā veselības dienesta 27.02.2018. rīkojuma Nr.16-2/54 “Par 2018.gada Ārstniecības riska maksājuma apstiprināšanu” 3.pielikums.
- ¹⁰⁵ Nacionālā veselības dienesta 05.07.2016. iekšējā normatīvā akta Nr.4.1-4.1/11 “Ārstniecības riska fonda darbības iekšējie noteikumi” 28.punkts.
- ¹⁰⁶ Nacionālā veselības dienesta 05.07.2016. iekšējā normatīvā akta Nr.4.1-4.1/11 “Ārstniecības riska fonda darbības iekšējie noteikumi” 25.punkts.
- ¹⁰⁷ Nacionālā veselības dienesta 19.09.2014. vēstule Nr.05.3/4.1-12/661 “Par Ārstniecības riska maksājuma piedzišanu regresa kārtībā”.
- ¹⁰⁸ Nacionālā veselības dienesta 11.04.2019. vēstule Nr.16-7/6018 “Par Revīzijas ziņojuma projektu revīzijas lietā Nr.2.4.1-33/2018”
- ¹⁰⁹ Nacionālā veselības dienesta 28.01.2019. e-pasta vēstule.
- ¹¹⁰ Ministru kabineta 05.11.2013. noteikumu Nr.1268 “Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi” 24.punkts.
- ¹¹¹ 17.10.2013. Grozījumu Pacientu tiesību likumā, spēkā no 30.10.2013. anotācija, Ministru kabineta 05.11.2013. noteikumu Nr.1268 “Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi” 01.11.2013. projekta sākotnējās (ex-ante) ietekmes novērtējuma ziņojums (anotācija).
- ¹¹² Ministru kabineta 05.11.2013. noteikumu Nr.1268 “Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi” 01.11.2013. projekta sākotnējās (ex-ante) ietekmes novērtējuma ziņojums (anotācija).
- ¹¹³ Veselības ministrijas 28.01.2018. vēstule Nr.01-15.1/423 “Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-33/2018”.
- ¹¹⁴ Pacientu tiesību likums, Ministru kabineta 05.11.2013. noteikumi Nr.1268 “Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi”.
- ¹¹⁵ 01.11.2018. Grozījumi Pacientu tiesību likumā, spēkā no 01.01.2019.
- ¹¹⁶ Ministru kabineta 29.05.2018. rīkojums Nr.227 “Par Veselības ministrijas padotībā esošo valsts pārvaldes iestāžu reorganizāciju”.
- ¹¹⁷ Veselības ministrijas 28.01.2018. vēstule Nr.01-15.1/423 “Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-33/2018”.
- ¹¹⁸ Valsts pārvaldes iekārtas likuma 10.panta piektā daļa.
- ¹¹⁹ Latvijas ārstu biedrības 10.01.2019. vēstule Nr.01.23.2.2/7 “Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-33/2018”.
- ¹²⁰ Pacientu tiesību likuma 16.panta piektā daļa.
- ¹²¹ Eiropas Sociālā fonda līdzfinansētā projekta Nr.9.2.3.0/15/I/001 “Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro jomu ietvaros” aktivitātes “Eksperta pakalpojumi veselības aprūpes kvalitātes un pacientu drošības jomā” ietvaros.
- ¹²² Veselības ministrijas 28.01.2018. vēstule Nr.01-15.1/423 “Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-33/2018”.
- ¹²³ Veselības ministrijas 28.01.2018. vēstule Nr.01-15.1/423 “Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-33/2018”.
- ¹²⁴ Veselības ministrijas 28.01.2018. vēstule Nr.01-15.1/423 “Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-33/2018”.
- ¹²⁵ Nacionālā veselības dienesta 03.05.2016. “Ārstniecības riska fonda darbības iekšējie noteikumi”, Veselības inspekcijas 15.06.2016. procedūra “Veselības aprūpes kvalitātes un darbības ekspertīze”.
- ¹²⁶ Veselības inspekcijas 19.09.2018. e-pasta vēstule.
- ¹²⁷ Ministru kabineta 05.11.2013. noteikumi Nr.1268 “Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi”.