

Nr. 7 (119) 2019.gada jūlijs

Ārstniecības riska fonds atlīdzina veselībai nodarīto kaitējumu

Ārstniecības riska fonds ir iespēja pacientam aizstāvēt savas tiesības un saņemt atlīdzību ārpustiesas procesa kārtībā, ja mediķu vainas dēļ viņa dzīvībai vai veselībai nodarīts kaitējums (tai skaitā arī morālais kaitējums). Tas nozīmē, ka cietušajam pacientam vai viņu tuviniekiem nav jāvēršas ar prasību pret konkrētu ārstniecības personu vai iestādi tiesā civilprocesuālā kārtībā, kas var būt dārgs un ilgs process.

No 2019. gada 1. janvāra Veselības inspekcija izskata atlīdzības pieprasījumus un pieņem lēmumu izmaksāt vai atteikt izmaksāt atlīdzību no Ārstniecības riska fonda. Savukārt atlīdzības izmaksu uz iesniedzēja bankas kontu nodrošina Nacionālais veselības dienests.

Pacientam ir tiesības uz atlīdzību 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;
- izdevumiem, kas saistīti ar ārstniecību, ja ārstniecība ir bijusi nepieciešama, lai novērstu vai mazinātu ārstniecības personas vai apstākļu ārstniecības laikā nodarītā kaitējuma nelabvēlīgās sekas pacienta dzīvībai vai veselībai.

No Ārstniecības riska fonda līdzekļiem atmaksājami ir tikai tie ārstniecības izdevumi, kas veikti, lai novērstu vai mazinātu pacienta veselībai nodarīto kaitējumu, nevis tādi izdevumi, kas veikti, maksājot par veselības aprūpes pakalpojumu, ar ko nodarīts kaitējums pacienta veselībai. Tāpat arī netiek atmaksāti tādi izdevumi, kas nav ārstniecības izdevumi/saistīti ar ārstniecību, piemēram, transporta izdevumi, kā arī netiek atmaksāti apdrošināšanas kompāniju jau atmaksātie izdevumi.

Atlīdzību pacientam izmaksā par kaitējumu, kas nodarīts pacientam pēc 2013.gada 25.oktobra.

Iesniegums Ārstniecības riska fondā jāiesniedz ne vēlāk kā divu gadu laikā no kaitējuma atklāšanas dienas, taču ne vēlāk kā triju gadu laikā no tā nodarīšanas dienas.

Pacientam ir tiesības uz atlīdzību par viņa dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu, neatkarīgi no tā:

- vai tiek sniegti valsts apmaksātie veselības aprūpes pakalpojumi vai maksas pakalpojumi;
- kāds ir iestādes statuss - valsts, pašvaldības vai privātā ārstniecības iestāde;
- vai ārstniecības iestāde ir veikusi ārstniecības riska maksājuma iemaksu.

Maksimālais atlīdzības apjoms ir 142 290 eiro par nodarīto kaitējumu pacienta dzīvībai vai veselībai (tajā skaitā arī morālo kaitējumu), kā arī atlīdzība par pacienta ārstniecības izdevumiem šo izdevumu apmērā, bet ne vairāk kā 7114,36 eiro (līdz 2014.gada 1.janvārim) vai 28 460 eiro (par pacienta ārstniecības izdevumiem, kas nepieciešami, lai novērstu kaitējuma sekas, ja kaitējums izdarīts pēc 2014. gada 1. janvāra).

Kam ir tiesības vērsties Ārstniecības riska fondā?

- pacientam, kura veselībai ir nodarīts kaitējums;
- pacienta pārstāvim;
- vienam no bērna vecākiem, ja pacients ir nepilngadīgs;
- pilnvarotajam pārstāvim, iesniedzot vai uzrādot Veselības inspekcijā pilnvaras oriģinālu;

- pacienta mantniekam, ja pacients ir miris, iesniedzot vai uzrādot Veselības inspekcijā apliecības par laulātā mantas daļu vai mantojuma apliecības oriģinālu.

Atbilstoši Ministru kabineta 2013.gada 5.novembra noteikumu Nr.1268 „Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi” 15.punktam atlīdzību izmaksā: pacientam; pacienta nāves gadījumā - pacienta mantniekam proporcionāli mantojuma daļai, ja ir iesniegta apliecība par laulātā mantas daļu vai mantojuma apliecība; nepilngadīgā pacienta likumiskajam pārstāvim.

Lai pacients pieprasītu atlīdzību no Ārstniecības riska fonda, viņam ar iesniegumu jāvēršas Veselības inspekcijā. Pacients iesniegumā norāda veidlapā prasīto informāciju. Ja pacients lūdz atlīdzināt arī ārstniecības izdevumus, Veselības inspekcija lūdz aizpildīt Ārstniecības izdevumu deklarāciju ar maksājumu apliecinājošu dokumentu uzskaitījumu (veidlapu paraugi meklējami Veselības inspekcijas mā-jaslapā www.vi.gov.lv). Iesniegumā ietveramā informācija ir norādāma vienkāršā un saprotamā formā, ko pacients var aizpildīt pats. Iesnieguma izvērtēšana tiek veikta administratīvā procesa ietvaros, proti, visas nepieciešamās darbības - informācijas iegūšanu, pierādījumu vākšanu un ekspertīzes veikšanu - nodrošina valsts pārvaldes iestādes, tādējādi pacients administratīvajā procesā var pārstāvēt sevi pats un nav nepieciešama pārstāvja (advokāta, jurista vai cita pilnvarota pārstāvja) pieaicināšana, izņemot gadījumu, ja pacients to īpaši vēlas.

Iesniegumam jāpievieno:

- medicīniskie dokumenti, kas attiecas uz iesniegumā norādīto sūdzību un ir pacienta rīcībā;
- pilnvara (jāiesniedz vai jāuzrāda oriģināls), ja pacientu pārstāv pilnvarotais pārstāvis;
- mantojuma apliecība vai apliecība par laulātā mantas daļu (jāiesniedz vai jāuzrāda oriģināls), ja pacients ir miris.

Ja tiek lūgts atlīdzināt ārstniecības izdevumus, kas veikti veselībai nodarītā kaitējuma novēršanai vai mazināšanai, atlīdzības prasījuma iesniegumam iesniedzējs obligāti pievieno ārstniecības izdevumu deklarāciju un ārstniecības izdevumus apliecinājošus personificētus attaisnojuma dokumentus - čekus vai kvītis, kas apliecina izmaksas par ārstniecības personas sniegtajām konsultācijām, medicīniskajām manipulācijām, diagnostiskiem un laboratoriskiem izmeklējumiem, zāļu un medicīnisko ierīču iegādi un medicīnisko rehabilitāciju (čekus, kvītis). Tāpat jāpievieno medicīnas dokumenti, kas pamato saņemtos veselības aprūpes pakalpojumus, zāļu vai medicīnas ierīču iegādi (ārstniecības iestādes izraksts/epikrīze, ārsta speciālista (konsultanta) atzinums, recepte). Būtiski ir pievienot medicīnas dokumentus, kas pamato katrā iesniegumam pievienotajā maksājumu apliecinājošā dokumentā (čekā un kvītī) radušos ārstniecības izdevumus.

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 Veselības inspekcija saņēmusi atlīdzības prasījumu. Ja nepieciešams pieprasīt, savākt un izvērtēt papildu informāciju, atlīdzības prasījuma izskatīšanas un lēmuma pieņemšanas termiņš var tikt pagarināts līdz vienam gadam.

Kā notiek iesnieguma izvērtēšana?

Saņemot pacienta iesniegumu, Veselības inspekcija pārbauda, vai ir iesniegti visi nepieciešamie dokumenti un ievēroti Pacientu tiesību likumā noteiktie termiņi - kaitējums pacientam nodarīts pēc 2013.gada 25.oktobra, iesniegums iesniegts ne vēlāk kā divu gadu laikā no kaitējuma atklāšanas dienas, taču ne vēlāk kā triju gadu laikā no tā nodarīšanas dienas.

Veselības inspekcija veic ekspertīzi un nosaka pacienta dzīvībai vai veselībai nodarītā kaitējuma esību vai neesību, kaitējuma sekas un apmēru. Pēc tam Veselības inspekcija pieņem lēmumu par atlīdzības izmaksāšanu vai atteikumu izmaksāt atlīdzību un to nosūta Nacionālajam veselības dienestam atlīdzības izmaksai.

Iesniegums Ārstniecības riska fondā jāiesniedz ne vēlāk kā divu gadu laikā no kaitējuma atklāšanas dienas, taču ne vēlāk kā triju gadu laikā no tā nodarīšanas dienas.