

O.Libermana, plastikas ķirurga,
Brūču un izgulējumu asociācijas priekšsēdētāja viedoklis

Divdesmit sešus gadus strādājot plastiskajā un rekonstruktīvajā ķirurģijā, kur jautājums par ārstu kļūdu kompensāciju aktualizējies jau 90-to gadu sākumā, radies iespaids, ka Latvijas iedzīvotāju vidū nav tradīciju morālu kompensāciju piedzīšanai no mediķiem ārstēšanas kļūdas gadījumā.

Mūsu cilvēki ir apbrīnojami pacietīgi, viņi nav „ieciklējušies” uz morālo kaitējumu, kā teiksim ASV, tomēr pilnīgi noteikti grib, lai ārstu kļūdas tiktu labotas bez papildus samaksas.

Man pašam pacienti reizēm ir lūguši sameklēt citu speciālistu vai pat piekrituši, ka savas kļūdas laboju es pats bez papildus maksas, neizvirzot nekādas citas prasības.

Ikdienā strādādams ar nedzīstošām brūcēm, īpaši izgulējumiem, kas rodas stacionāros, visticamāk ne pārāk labas aprūpes rezultātā (juridiski tos droši vien var attiecināt uz ārstēšanas kļūdu), esmu novērojis, ka Latvijas pacienti atšķirībā no „vecās” Eiropas un ASV retāk runā par morālām vai cita veida kompensācijām, bet gan lūdz atbildīgo ārstu vai viņa kolēģus novērst radušos problēmu bez papildus samaksas.

Manuprāt, Latvijas pacienti ir mazāk agresīvi kā Rietumos, un arī kompensāciju piedzīšanas mehānisms un tradīcijas pie mums nav attīstītas.

Tomēr atšķirībā no citām valstīm, Latvijā cilvēks, kam mediķu kļūdas dēļ radušās nopietnas, bet vēl novēršamas veselības problēmas, savlaicīgi nevar tikt izārstēts, jo veselības aprūpes sistēmai parasti pietrūkst naudas un pacientu uzņemšanas kvota ir pārsniegta. Izgulējumu gadījumā, pacientu formāli reģistrē rindā, kurā jāgaida vismaz viens gads. Šajā laikā cilvēks biežāk sagaida savu nāvi vai nopietnas komplikācijas, kā uzņemšanu stacionārā.

Vidējās viena izgulējumu pacienta ārstēšanas izmaksas ir ap 9000Ls- tas padara neiespējamu vairumam cilvēku apmaksāt ārstēšanu pašiem, kaut arī tas būtu izdzīvošanas jautājums.

Uzskatot veselības aprūpi par pakalpojumu un, zinot, ka nekur un nekad ārstniecība kā jebkurš tehnoloģisks process nav bijusi pasargāta no neveiksmēm un kļūdām, būtu tikai loģiski, ja katram klientam ārstēšanas defektu novēršanu apmaksātu pakalpojuma sniedzējs.

Šādu mehānismu paredz LR patērētāju tiesību likumdošana, kur klienta un pakalpojuma sniedzēja tiesības un pienākumi noteikti visai detalizēti, tomēr to pielietošana veselības aprūpē ir smagnēja, ilgstoša, dārga un visām iesaistītajām pusēm traumējoša. Turklāt arī neefektīva, jo atšķirībā no strīda par, piemēram, nekustamā īpašuma vai automašīnas bojājuma novēršanu, cilvēka veselības bojājumi jāsamazina labot nekavējoties, negaidot jautājuma izskatīšanas rezultātu tiesās daudzu mēnešu vai gadu garumā.

Tomēr, tā kā šobrīd veselības aprūpē ir zināms organizatorisks haoss un izpratnes trūkums no pacientu puses, cilvēks, kam veselība „sabojāta” vienā ārstniecības iestādē, nevar savlaicīgi nonākt pie cita ārsta citā iestādē pat tajā gadījumā, kad no tā ir atkarīga veselība vai pat dzīvība.

Domāju, ka organizējot riska fonda darbu, jāņem vērā sekojoši apsvērumi:

Ārstniecības riska fonda nolikumā un ar tā darbību saistītajos normatīvajos aktos būtu jāiestrādā vienkāršs, bet efektīvs mehānisms, kas ļauj cietušajai personai saņemt profesionālu ārstēšanu,

apmaksājot to pēc valstī spēkā esošajiem veselības pakalpojumu apmaksas tarifiem ārpus kopējās rindas, tai apjomā un termiņos, ko nosaka konkrētā indivīda un saslimšanas ārstēšanas specifika.

Ja viens no riska fonda mērķiem ir dot pacientam iespēju saņemt kvalificētu ārstēšanu iepriekšējo ārstu kļūdu labošanai, jāsaprot, ka atšķirībā no Skandināvijas, procedūra, līdz „cietušais” nonāks vajadzīgajā ārstniecības iestādē aizņems vairākus mēnešus. Šai laikā kaitējums pacienta veselībai var kļūt neatgriezenisks vai pat var iestāties nāve. Atšķirībā no OCTA gadījumiem, kur vainīgais ir ieinteresēts sadarboties ar cietušo, jo ir vienkāršs un skaidrs izmaksu mehānisms, veselības aprūpē atbildīgais noteikti centīsies savu vainu slēpt. Mēs- ārsti- apzināties, ka katra mūsu atzīta kļūda var sacelt milzīgu furoru medijos, kam kārtējo reizi pateikt kaut ko sliktu par medicīnu ir medusmaize. Un katrs ārsts bez šaubām sargās savu prestižu, jo visbiežāk tas ir vienīgais kas viņam pieder.

Atšķirībā no satiksmes negadījumiem medicīnā arī nav CSDD analoga, kas operatīvi fiksē negadījuma faktu un detaļas. Visa būtiskā medicīniskā dokumentācija atrodas ārstniecības iestādes, respektīvi ārsta rokās un tas dod plašas iespējas manipulēt ar dokumentiem. Līdz ar to „cietušais” atrodas nesalīdzināmi sliktākā pozīcijā par „vainīgo”.

Ja Fondam nebūs savu ekspertu, kas katrā konkrētā gadījumā būs spējīgi veikt izmeklēšanu un noteikt, vai pacients var pretendēt uz ārstēšanās apmaksu no ārstniecības riska fonda un pacientu novirzīs uz veselības inspekciju ekspertīzes veikšanai, jāsaprot, ka procedūra paildzināsies un tiks zaudēts ārstēšanai nepieciešamais laiks.

Priekšlikumi, veidojot Ārstniecības riska fondu:

1. Iedzīvotājiem un noteikti pacientiem slimnīcās un ģimenes ārstu praksēs jāsniedz saprotama informācija par viņu tiesībām un iespējām saņemt ārstu kļūdu novēršanai nepieciešamo naudu no riska fonda. Būtu pēc iespējas jāsamazina dokumentu „papīru” un cilvēka cirkulācijas laiks starp stacionāriem/ārstiem, VI un Riska fondu. Cirkulējot starp iestādēm cilvēka veselība parasti neuzlabojas.
2. Vismaz Fonda darbības sākumā jāizvairās no soda sankcijām pret stacionāriem un ārstiem; soda sankcijas varbūt būs efektīvas attiecībā uz kādu konkrētu ārstu vai ārstniecības iestādi, bet tās sagraus šo labi domāto sistēmu kopumā. Mediķi jau tā baidās no VM, VI, VNC un pārējām valsts iestādēm.
3. Līdzīgi kā OCTA darbībā, jāparedz iespēja cietušajam apmaksāt pakalpojumu- ārsta kļūdu seku labošanu pašam, vēlāk saņemot kompensāciju no riska fonda, tādejādi ietaupot dārgo laiku. Slimais cilvēks atšķirībā no sasistas automašīnas jāsāk „remontēt” pēc iespējas ātrāk.