

## Informācija par pacientu apdrošināšanas sistēmām Skandināvu valstīs

### Dānija

#### Veselības aprūpes sistēma

Katram, kurš uzturās Dānijā, ir tiesības uz aprūpi slimnīcā. Dānijā strādājošiem ES pilsoņiem ir tiesības uz tādu pašu medicīnisko aprūpi kā Dānijas pilsoņiem. Viesi un darba meklētāji ārkārtas gadījumos tiek aprūpēti bez maksas. Pēc reģistrēšanās vietējā pašvaldībā, kurā Jūs dzīvojat, iedzīvotāju deklarēšanās iestādē, Jūs automātiski tiek reģistrēti vispārējā veselības apdrošināšanas sistēmā. Jūs saņemat valsts veselības apdrošināšanas apliecību, kas dod tiesības uz medicīnisko aprūpi, ko pilnībā vai daļēji sedz apdrošināšana. Ar valsts veselības apdrošināšanas apliecību ārstu un slimnīcu sniegtā medicīniskā aprūpe ir par brīvu. Noteiktas zāles tiek apmaksātas līdz 50% un 75%, insulīns līdz 100%. Zobu ārstēšanu, fizioterapiju un ārstēšanu ar hiropraktikas metodēm arī daļēji sedz veselības apdrošināšanas sistēma.

Dānijā veselības aprūpes iemaksas ir vairāk integrētas nodokļu sistēmā nekā Latvijā. Turklāt Dānijas nodokļu sistēma veidota uz progresīvās nodokļu likmes modeļa, kur cilvēkiem ar augstākiem ienākumiem jāmaksā lielāki nodokļi nekā tiem, kas saņem zemākus ienākumus. No otras puses, darba devēji Latvijā maksā augstākas sociālās apdrošināšanas iemaksas. Tomēr jāatzīst, ka cilvēki ar relatīvi zemākiem ienākumiem Dānijā maksā mazākus nodokļus nekā Latvijā (ieskaitot veselības aprūpes iemaksas), bet iedzīvotāju grupām, kas saņem lielākus ienākumus, nodokļu likmes ir augstākas

Dānijā darbojas jau aptuveni 18 gadus **pacientu drošības sistēma**, kuras tiesiskais pamats ir Pacientu drošības likums. Šis likums vienlaikus ar obligātās ziņošanas par negadījumu noteikšanu, aizsargā no sankcijām veselības aprūpes profesionāļus. Minētā paziņošanas sistēma ir stingri nošķirta no pārējām 3 sistēmām, kas darbojas ar negadījumu analīzi: sūdzību, uzraudzības un pacientu apdrošināšanas sistēma. Likums nosaka, ka ziņošanas gadījumā profesionāļi nedrīkst tik ne no darba devēja puses disciplināri sodīti, ne ar sankcijām no Nacionālās Padomes, ne arī tiek ierosinātas kriminālas tiesas prāvas. Pārējās sistēmas nedrīkst izmantot datus no Pacientu drošības sistēmas sodīšanas nolūkos, datu apmaiņa nenotiek. Ja sabiedrība akceptē nenosodīšanas neziņošanas sistēmu, tad tai ir garantētas tiesības uz juridisko un finansiālo tiesību atbalstu. Pastāv godprātīga, atvērta sūdzību sistēmas eksistence, adekvāta kompensāciju sistēma un uzraudzības – „Bez – pārmetumu kultūras veicināšana”.

Apdrošināšanas sistēma ir nodalīta no sūdzību sistēmas un pacientam ir tiesības saņemt kompensāciju, neizvirzot prasību par medicīnas darbinieka vainas atzīšanu. Līdz ar to ārsts pēc negadījuma ir ieinteresēts sadarboties ar pacientu kompensācijas prasības sastādīšanā. Pacientam nav nepieciešama jurista līdzdalības prasības sastādīšanā. Dānijas pacientu apdrošināšanas sistēmas izmaksas tiek segtas no nodokļiem – ne slimnīcas, ne ārsti nemaksā par apdrošināšanu, tā ir nodalīta no veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem. Šī ir nenosodīšanas sistēma – nekādas sankcijas negadījumā iesaistītajam profesionālim netiek piemērotas. Apdrošināšana pacientam kompensē medicīniskos izdevumus, zaudēto darba

samaksu, sāpes un ciešanas, darba nespēju, apbedīšanas izdevumus, apgādnieka zaudējumu.

Pacientu drošības kultūras vecināšanai Dānijā ir izveidota speciāla Biedrība, darbojas kopš 2001.gada. Biedrības mājas lapā ir ievietota informācija par aktuāliem negadījumiem, to cēloņu analīze, pacientiem 10 padomi pacientiem, kā sekmēt pašiem savu drošību.

Visa sistēma cieši saistīta ar kvalitātes vadības sistēmu, mācīšanās no kļūdām, to rūpīga analīze, sistēmiska domāšana, preventīvie pasākumi, lai nepieļautu kļūdas nākotnē.

### **Secinājumi:**

(Latvijā – normatīvie akti nosaka prakses ārsta obligāto civiltiesiskās atbildības apdrošināšanu, prakses ārstam jāveic apdrošināšana pret iespējamo kaitējumu, kas var tikt nodarīts pacienta veselībai prakses ārsta, kā arī viņas vadībā strādājoša ārsta stažiera vai rezidenta ārstnieciskās darbības rezultātā).

Arī Latvijā būtu jāveido kompensācijas sistēma, kas balstīta uz kļūdas nevis vainas pierādīšanu, kā rezultātā pacientiem zūd ieinteresētība pierādīt veselības aprūpes profesionālu vainu, tādējādi veidojot vidi drošai negadījumu ziņošanai un mācīšanās sistēmai, kā arī atvērta, atklāta, uz savstarpēju izpratni balstītai komunikācijai starp ārstniecības personu un pacientu.

### **Zviedrija**

Arī Skandināvijas valstīs - Zviedrijā un Somijā ir izveidots fonds, kura finanšu līdzekļus veido pašvaldību un privāti praktizējošu ārstu iemaksas, bet fonda līdzekļus administrē un izmaksas veic apdrošināšanas sabiedrību izveidots konsorcijs (katra pašvaldība vienreiz gadā iemaksā fondā aptuveni 2,5 latus par katru savā pašvaldībā dzīvojošo iedzīvotāju). Apdrošināšanas polise obligāti ir jāiegādājas visiem veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem.

No Zviedrijas Pacientu apdrošināšanas fonda līdzekļiem izmaksā kompensācijas saskaņā ar iepriekšnoteiktu kaitējumu atlīdzības shēmu, ņemot vērā personas veselības zaudējumu procentos (pilnīga vai daļēja nevarība) un tās paredzamo ilgumu. Galvenokārt tiek kompensēti zaudējumi, kas radušies dēļ diagnostikas kļūdām, izmantojot jaunas un nepārbaudītas ārstniecības metodes, nepareizas diagnozes noteikšanas dēļ, kā arī par kaitējumiem, no kuriem būtu bijis iespējams izvairīties, izvēloties citu ārstēšanas taktiku. Netiek segtas atlīdzības par kaitējumu, ja darbnespēja ir īsāka par 30 dienām un hospitalizācija nepārsniedz 10 dienas. Ienākumu zaudējums tiek kompensēts tikai tad, ja bērna nākotnes iespējas ir samazinātas dēļ nodarītā kaitējuma. Atlīdzība par emocionālām ciešanām tiek izmaksāta tikai dažos gadījumos. Atlīdzību var izmaksāt pa daļām 3 gadu laikā. Tāpat kā kompensāciju fonda gadījumā nav nepieciešams pierādīt ārstniecības personas vainu, bet jāpastāv sekojošiem nosacījumiem: (1) kaitējumam ir jāizriet no ārstniecības personas darbības un (2) ir pastāvējusi iespēja izvairīties no kaitējuma nodarīšanas.

Sistēmas administrēšanai tiek izmantoti tikai 18% no fonda līdzekļiem, kas salīdzinot ar sistēmu, kad zaudējumu atlīdzība tiek piedzīta civiltiesiskā kārtā, ir ļoti maz. Vidēji viena

atlīdzības pieprasījuma izskatīšana ilgst 2 mēnešus, lielākā daļa pieprasījumu tiek izskatīti mazāk nekā 6 mēnešu laikā.

Atlīdzības pieprasījumus izskata valdības izveidota komisija, kuras sastāvā ir 6 pastāvīgie locekļi, no kuriem 1 bija valdības medicīnas eksperts. Par atlīdzības pieprasījumu iesniegšanu nav jāmaksā. Komisija izskata apmēram 20 pieprasījumus mēnesī. Apmēram 10% no pieprasījumiem tiek noraidīti jau pirms izskatīšanas.

Komisijas lēmumu ir iespējams pārsūdzēt Pārsūdzības komisijā (*Appeal Panel*) vai arī tiesā, taču šādi gadījumi ir ļoti reti.

Visās ārstniecības iestādēs pacientiem ir iespējams saņemt atlīdzības pieprasījuma veidlapas, un nepieciešamības gadījumā ārstniecības personas un sociālie darbinieki pacientam palīdz tās aizpildīt. Atlīdzību var pieprasīt 3 gadu laikā pēc nodarītā kaitējuma parādīšanās. Pēc tam, kad pacients ir aizpildījis atlīdzības pieprasījumu, ārstējošam ārstam ir jāsaņem ziņojums par nodarīto kaitējumu. Pēc tam šie dokumenti tiek iesniegti ekspertam, kurš izvērtē to atbilstību un pozitīva vērtējuma gadījumā, nodod tos tālāk izvērtēšanai komisijai. Galvenie atlases kritēriji ir iepriekšminētie – kaitējumam ir jāizriet no ārstniecības personas darbības un ir pastāvējusi iespēja izvairīties no kaitējuma nodarīšanas, kā arī darbspēja ir jābūt ilgākai par 30 dienām un hospitalizācijai jāpārsniedz 10 dienas. Apmēram 40% no aizpildītajiem atlīdzības pieprasījumiem saņem zaudējumu atlīdzību.

Pēdējo gadu statistikas dati liecina, ka ik gadu Zviedrijā tiek saņemti vidēji 65 atlīdzības pieprasījumi uz 100 000 iedzīvotājiem, galvenokārt par kaitējumu, kas gūts saņemot sekundāros veselības aprūpes pakalpojumus. Zviedrijā maksimālais atlīdzības apmērs, ko cilvēkam ir tiesības pieprasīt ir apmēram 550 000 lati, taču lielākā daļa atlīdzības pieprasījumu ir par daudz mazāku summu.

Tāpat fonda izveides gadījumā pacientam ir daudz mazākas administratīvās izmaksas, jo nav nepieciešams piesaistīt juristus, medicīnas ekspertus un vērsties tiesā.

Lai gan lielākā daļa ekspertu norāda, ka ārstu civiltiesiskā apdrošināšanas sistēma, kuras pamatā ir kopīga fonda veidošana ir dārgs process un nodarītā kaitējuma pieprasījumu skaits ir daudz lielāks nekā kompensāciju piedzenot civiltiesiskā kārtā, šāda sistēma tiek uzskatīta par taisnīgāku (vienlīdzīgāku) un efektīvāku. Šāda sistēma neveicina saspīlējumu rašanos starp ārstiem un pacientiem (jo netiek meklēts vainīgais), mazina ārstu nevēlēšanos veikt sarežģītas un riskantas manipulācijas (bailes no neveiksmīga iznākuma), samazina nevajadzīgu diagnostisko izmeklējumu skaitu un ikvienam pacientam ir iespējams saņemt nodarītā kaitējuma atlīdzību (par pieprasījuma iesniegšanu nav jāmaksā). Turklāt ir iespējams iegūt visaptverošu informāciju par dažādu kaitējumu biežumu un „bīstamākajām” procedūrām, kas turpmāk palīdz uzlabot pacientu drošību un veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti.

Daži autori kā šādas civiltiesiskās apdrošināšanas trūkumu min to, ka ārsti netiek atzīti par vainīgiem un sodīti, un tādējādi tas neattiecinot viņus nodarīt kaitējumu arī turpmāk. Taču šis apgalvojums neiztur kritiku, jo paralēli civiltiesiskās apdrošināšanas sistēmām darbojas arī medicīniskās aprūpes izvērtēšanas institūcijas, kurām ir tiesības ārstam piemērot sodu. Turklāt vainīgā meklēšana traucē veiksmīgai komunikācijai starp ārstniecības personām un

pacientiem. Lai novērstu kaitējumu nodarīšanu svarīgāk ir nevis pierādīt ārsta vainu, bet gan saprast, ko vajadzēja darīt, lai kaitējums nerastos.

Zviedrijā maksimālais atlīdzības apmērs nedrīkst pārsniegt 800 tūkstošus eiro, Universitātes slimnīca Zviedrijā sedz 140 kaitējumu atlīdzības gadā un Zviedrijā maksimālais atlīdzības apmērs nedrīkst pārsniegt 800 tūkstošus eiro.

**Somijā** apmierināto prasību daudzums aptuveni 2000 gadā, kas pa gadiem ir nemainīgs. Arī ģimenes locekļi var pieprasīt atlīdzību par nodarīto kaitējumu, piemēram, viņi ir kopuši pacientu viņa darbnespējas laikā. Visbiežāk prasību iesniedzējas ir sievietes darbspējīgā vecumā, un prasības tiek iesniegtas par nodarīto kaitējumu ginekoloģijā/dzemdniecībā, kardiķirurgijā, ortopēdijā. (Augstā riska dēļ Īrijā ginekologiem un dzemdību speciālistiem ir pat speciālas apdrošināšanas shēmas). Somijā ārstniecības personām jāiegādājas obligāti apdrošināšanas polises, ko nosaka Pacientu tiesību likuma 7.pants. Pastāv Pacientu apdrošināšanas centrs, kas pieņem sūdzības, pieņem lēmumu par atlīdzības izmaksu. Ja ārstniecības persona ir bijusi atzīta par vainīgu, tad nākamajā gadā viņai ir jāmaksā vairākkārtīgi augstāka apdrošināšanas prēmija. Jābūt apdrošinātai uz tās personas vārda, kurā viņš strādā. No Pacientu apdrošināšanas centra publiskais sektors pārņem apdrošināšanas polises.

Somijā nav noteikta maksimālā atbildības summa.

Visas apdrošināšanas biedrības ir Pacientu apdrošināšanas centra biedri. Atkarībā no nozares ir apdrošināšanas maksas lielums noteikts, obligāti pakļautas ir visas ārstniecības personas, kas ietilpst ārstniecības personu reģistrā, slimnieku pārvaldītāji, aptiekas, kas pārdod receptu zāles, slimnieku kopēji, rezidenti. Ja ir bijis pārkāpums (ārstniecības personas vaina), tad pēc tam tas uzņēmums maksā paaugstinātu līdž pat 10 reizēm maksu par apdrošināšanu.

Somijas veselības aprūpes sistēma tiek galvenokārt finansēta no nodokļu ieņēmumiem. Municipālās (pašvaldības) finansē 43%, valdība 17%, Pacientu apdrošināšanas centrs 16%, paši pakalpojumu saņēmēji 20%, citi – 4%. Citi medicīnisko pakalpojumu finansētāji ir darba devēji, privātās apdrošināšanas un pabalsti.

## **Ārstu civiltiesiskā apdrošināšana**

Pasaulē veiktie pētījumi liecina, ka 2-5% no visiem hospitalizētajiem pacientiem ārstniecības personas darbības rezultātā gūst kaitējumu, no kura bija iespējams izvairīties. Dānijā, Zviedrijā un Īrijā vidēji 0,2% no šiem pacientiem iesniedz nodarītā kaitējuma atlīdzības prasību. Visbiežāk tās ir sievietes darbspējīgā vecumā, un prasības tiek iesniegtas par nodarīto kaitējumu ginekoloģijā/dzemdniecībā, kardiķirurgijā, ortopēdijā.

Iespējams būtu jāpredz kādi izlīgšanas mehānismi starp pacientu un ārstniecības personu. Plastiskajā ķirurgijā ārstniecības personām ir obligātā civiltiesiskā padrošināšana. Diemžēl Latvijā nav lielas prakses par izmaksātajām atlīdzībām ārstniecības rezultātā radītā kaitējuma gadījumā. Apdrošinātāji ļoti uzmanīgi raugās uz šo situāciju. Pat ne apdrošinātāji Latvijā, vairāk ārzemju kolēģi. Lielu summu gadījumā, pārņemot risku, apdrošinātāji konsultējas ar Rietumu kolēģiem. Pirms 2,5 gadiem apdrošinātāji nevēlējās apdrošināt plastikas ķirurgus, jautājums tika apspriests Apdrošinātāju asociācijas sēdē – rekomendācija - neapdrošināt plastikas ķirurgus nāca no *mātes* kompānijas.

Apdrošinātāji Latvijā nav gatavi apdrošināt pret morālā kaitējuma prasībām.

Šobrīd atbilstoši Civillikumam - jebkurš cilvēks, kam ir nodarīti zaudējumi, var pieprasīt atlīdzību par morālo kaitējumu. Morālās prasības apmēru spriež tiesa pēc saviem ieskatiem, vērtējot situāciju un praksi, kuras Latvijā diemžēl nav. Latvijā ir pieredze, ka kompānijas, apdrošinot civiltiesisko atbildību (runa nav tikai par ārstiem), paredz, ka atlīdzina tikai tiešos, nevis morālos zaudējumus.

Ārstniecības personām arī varētu piemērot limitēto atlīdzību par morālo kaitējumu, uzsākot ar mazākām summām, ko nākotnē varētu palielināt, kas prakse jau ieviesta.

Prasību pacients var iesniegt desmit gadu laikā (to nosaka Civillikums) pēc kaitējuma rašanās. Apdrošinātāji, piedāvājot lētāku polises cenu, līgumos var ierobežot šo laiku uz trim gadiem!

Lietuvas likumdošanā ir iestrādāta prasība ārstniecības iestādēm veikt apdrošināšanu par atbildības limitu – 50 tūkstošiem eiro. Paralēli arī visi ārsti, kuri ir apvienojušies līdzīgā organizācijā kā Ārstu biedrība Latvijā, apdrošina civiltiesisko atbildību par desmit tūkstošiem eiro. Likumdošana nosaka, ka ārstniecības iestāde atbild par savu darbinieku rīcību.

Pasaulē darbojas trīs klasiskie modeļi:

- 1) Privātā apdrošināšana – šajā gadījumā diskutablas ir prasības par morālo kaitējumu. Apdrošinātāji var atteikt apdrošināšanu vai sadārdzināt polises cenu atsevišķām ārstniecības personu grupām, kuras atzīst par riskantākajām. Vēl viena negatīvā puse – apdrošinātāji neapdrošina risku, kas nav saistīts ar ārsta vainu, piemēram, pacienta komplikācijas;
- 2) Kompensāciju fonda veidošana. Ir valstis, kur šāds fonds sedz gadījumus, kuros nav ārsta vaina. Piemēram, īpašas alergiskas reakcijas, kuras nevarēja paredzēt. Pozitīvi – fondā uzkrājas finanšu līdzekļi, visas ārstniecības personas ir apdrošinātas. Fonda variantā valsts un privātais sektors veiktu iemaksu proporcionāli slimnieku skaitam;
- 3) Kompleksais variants, kur apdrošināšana strādā ārsta vainas un kompensācijas fonds – citos gadījumos.

Pasaulē veselības aprūpes pakalpojumi ir ļoti dārgi, jo tajos ir iekļauta arī ārstu civiltiesiskā atbildība.

*Informācijas avoti:*

- 1) Latvijas vēstniecība Somijā;
- 2) [http://lka.lv/files/desa/pdf/Raksti/LKA\\_Kvalitate\\_0108\\_raksts\\_Palceja.pdf](http://lka.lv/files/desa/pdf/Raksti/LKA_Kvalitate_0108_raksts_Palceja.pdf);
- 3) <http://iaptieka.lv/index.php?lapa=diskusija&diskusija=3&dakt=6>;
- 4) politikas plānošanas dokumenti MK mājas lapā.