

21. 08. 2018.  
Nr. 34 (1040)

**JURISTA VĀRDS**  
Una lex — una iustitia omnibus

NUMURA TĒMA:

**MEDICĪNA  
UN TIESĪBAS**



Veselības datu  
izmantošana pētniecībā  
Latvijā Vispārīgās datu  
aizsardzības regulas  
kontekstā

Ārstniecības riska fonds:  
pieredze, problēmas,  
risinājumi

Jatrogēnijas koncepcija

**Pacientu drošība  
un ārstniecības personu  
juridiskās atbildības  
līkloči**

Nedēļraksts "Jurista Vārds"  
Reģistrācijas apliecība Nr. 1148  
Iznāk otrdienās

**"Jurista Vārds" ir forums brīvai un kritiskai juristu un tiesībspolitikas veidotāju diskusijai nolūkā veicināt Latvijas tiesiskās sistēmas attīstību.**

Ārstata autoru publikācijas nepauž redakcijas viedokli. Par faktu pareizību atbild rakstu autori.

**"Jurista Vārdā" ievietoto rakstu pārpublicēšana iespējama tikai ar redakcijas rakstisku atļauju. Citēšanas gadījumā atsauce uz "Jurista Vārdu" obligāta.**

#### Redakcija

Dina Gailīte, galvenā redaktore  
Sannija Matule, galvenās redaktora vietniece  
Leonards Pāvils, informācijas un judikatūras redaktors  
Vija Kalniņa, tieslietu redaktore  
Āris Kakstāns, tieslietu redaktors  
Baiba Krauze-Krūze, literārā redaktore, redakcijas administratore  
Dita Pence, māksliniece, datormaketētāja

#### Kontakti

Bruniņnieku iela 36-12, Rīga LV-1011  
tālrunis: 67310680  
e-pasts: juristavards@lv

#### Izdevējs

VSIA "Latvijas Vēstnesis"

#### Iespiests

SIA "IBC Print Baltic",  
Kleistu iela 11/1-36, Rīga LV-1067  
Tirāža – 1200 eksemplāru

**Klientu servisa bezmaksas tālrunis 80006000** (darba dienās no 9 līdz 17)

#### Sludinājumi un reklāma "Jurista Vārdā"

"Latvijas Vēstneša" Klientu centrā,  
Bruniņnieku ielā 53, Rīgā LV-1011  
tālrunis: 67898741, 67898732

#### Vāka foto:

Evija Trifanova, LETA

#### Žurnāls pieejams arī internetā:

juristavards.lv

## Medicīna un tiesības

Vija Kalniņa

Izdzirdot vārdus "medicīna un tiesības", lielākoties pirmie jautājumi, kas nāk prātā, ir par neveiksmīgu ārstniecību, kuras rezultātā pacientam nodarīts kaitējums un kur ir jārunā par tā atļidzināšanu, kā arī ārstniecības personas atbildību. Šie jautājumi ir smagi un komplicēti, tomēr tie salīdzinoši reti ir ārstniecības iestādes dienaskārtībā, jo tie ir izņēmumi. Ārstniecības iestādes jurista ikdiena pamatā sastāv no dažādu citu juridisku jautājumu risināšanas, kas vērsti uz to, lai izveidotu pamatu kvalitatīvu un drošu ārstniecības pakalpojumu sniegšanai.

Ārstniecības iestāde, neatkarīgi no tās specializācijas un juridiskās formas, lielā mērā darbojas kā uzņēmums. Ārstniecības iestādei ir jārisina dažādi saimnieciski jautājumi – darbinieku jautājumi, medicīnas preču un iekārtu iegādes jautājumi, remontdarbu un būvniecības jautājumi, finansējuma piesaistes jautājumi. Šie un vēl daudzi citi jautājumi parasti ir risināmi, piemērojot attiecīgos darījumus vai tiesiskos jautājumus regulējošos normatīvos aktus, piemēram, Civillikumu, Publisko iepirkumu likumu. Tomēr arī šajos saimnieciskajos jautājumos jau iezogas medicīnas specifika, un tai bieži vien ir būtiska nozīme, ko parasti mēģina risināt ar ārstniecības iestādes personāla palīdzību, kas pārzina attiecīgos jautājumus. Piemēram, medicīnas preču vai iekārtu iepirkuma tehnisko specifikāciju sastāda ar ārstniecības personu palīdzību, kas tiek iesaistītas arī iepirkuma komisijas darbībā u.tml. Taču ar to neaprobežojas ārstniecības iestādēm risināmo juridisko jautājumu daudzveidība.

Ir atsevišķas ārstniecības iestādes un institūcijas, kuras izdod administratīvos aktus, radot personai tiesiskas sekas, piemēram, nosaka, ka personai ir arodslimība, piešķir invaliditāti. Šādos gadījumos pieņemto lēmumu pamatā ir personas veselības stāvoklis un ārstniecības personu atzinums par to, kas tiek salīdzināts ar normatīvajos aktos noteiktajiem kritērijiem. Protams, domstarpības par šādiem lēmumiem ir risināmas Administratīvā procesa likumā noteiktajā kārtībā un var būt saistītas ar tiesību normu interpretācijas un pareizas piemērošanas jautājumu. Tomēr arī šo strīdu risināšanā bieži vien var nebūt pietiekami tikai ar jurista zināšanām.

Interesants jautājums, kas raksturīgs medicīnas nozarei, bet par ko tiek runāts salīdzinoši maz, ir klīniskie pētījumi – medicīnas iekārtu vai jaunu ārstniecības preparātu izmēģināšana uz pacientiem ārstniecības procesā ārstniecības iestādē. Šādi pētījumi, no vienas puses, var piedāvāt labu risinājumu pacienta ārstēšanā, taču, no otras puses, tie var būt saistīti ar lielāku risku personas veselībai.

Jāatzīmē, ka medicīnas iestādēm dažkārt nākas saskarties arī ar tādiem jautājumiem, kas pirmajā brīdī varētu šķist ar medicīnu pavisam nesaistīti, piemēram, krimināltiesiski jautājumi. Un šeit nav runa tikai par ārstniecības personu kriminālatbildību, kas ir novērojama ļoti reti, bet gan par dažādiem pavisam parastiem noziedzīgiem nodarījumiem, piemēram, ne medicīnas personāla nolaidība vai ļaunprātība, dažādi sīki pārkāpumi, pacientiem nespējot valdīt savas emocijas, zādzības u.c.

Ievērojot iepriekš minēto, var teikt, ka medicīnas tiesības ir ļoti daudzpusīgas. Noteikti, runājot par medicīnas tiesībām, var izdalīt jautājumus, kas ir raksturīgi tikai medicīnai, tomēr ir ļoti plašs jautājumu loks, kas pašī par sevi ir vispārīgāki, tomēr ir tikpat svarīgi ārstniecības iestādes ikdienas darbībā, ko savā īpašā veidā var ietekmēt medicīnas specifika.

NUMURA TĒMA:

## MEDICĪNA UN TIESĪBAS

Foto: Evija Trifanova, LETA



## Juristi un ārsti meklē kopsaucējus

Dažkārt dzirdot prakses stāstus, jāsecina: āzim nav jābūt par dārznieku, un katram vienkārši ir jādara savs darbs. Taču mūsdienās jau sen ir skaidra dominance, ka pastāv daudzas nozares un darbības jomas, kurās nevar un nedrīkst aprobežoties tikai ar savām profesionālajām zināšanām un prasmēm. Juristi ir viena no tām profesijām, kurās prakse burtiski pieprasa zināt un saprast vairāk, izejot krietni ārpus tiesību zinātnes robežām. Un tādēļ aizvien biežāk dzirdam par nepieciešamību juristam vismaz spēt orientēties arī ekonomikas un finanšu, IT un būvniecības, medicīnas un veselības aprūpes jautājumos u.c.

Reizēm šī starpnozaru interese ir vienvirziena, taču ir arī piemēri, kad starp dažādām jomām veidojas atgriezeniskā saite un dialogs. Tam uzskatāms piemērs ir šis "Jurista Vārda" speciālizdevums, kurā turklāt juristi un mediķi, veselības aprūpes jomu

pārstāvošie ir nevis pretējās frontēs, bet gan lūkojas vienā virzienā, kļūstot par rakstu līdzautoriem. Bet, pat ja autors ir viens – praktizējošs asinsvadu ķirurgs, bez ievēribas nedrīkst atstāt faktu, ka viņš ieguvis arī tiesību zinātņu maģistra grādu. Tas nozīmē, ka arī mediķi apzinās šīs dienas realitāti – prakses diktētu vajadzību pievērsties tiesību jautājumiem. Tas atspoguļojas ne vien šajā izdevumā, bet arī ikdienā, piemēram, ārstu kongresu ietvaros notiekošajās konferencēs, kas veltītas medicīnas un tiesību tēmai. Jā, tur ir saklausāma arī viedokļu dažādība, uzskatu atšķirības un pat pretrunas, tomēr būtiski, ka abu nozaru pārstāvji ir ieinteresēti savstarpēji runāt un meklēt kopsaucējus, lai nonāktu pie vienotas izpratnes būtiskākajos jautājumos, kur krustojas medicīna, veselības aprūpes joma un jurisprudences.

Jurista Vārds

SATURS

### ZIŅAS

4

### VIEDOKLIS

8

Aldis Alliks  
**Nezināšana neatbrīvo  
no atbildības**

### SKAIDROJUMI. VIEDOKĻI

6

Agnese Bankava, Juris Bārzdiņš,  
Arnis Buka, Signe Mežinska  
**Veselības datu  
izmantošana pētniecībā  
Latvijā Vispārīgās datu  
aizsardzības regulas  
kontekstā**

11

Agnese Bankava, Evija Palčeja  
**Pacientu drošība un  
ārstniecības personu  
juridiskās atbildības līkloči**

18

Aigars Lācis  
**Jatrogēnijas koncepcija**

27

Aldis Liepiņš, Jānis Vētra,  
Osvalds Joksts  
**Ārstniecības riska fonds:  
pieredze, problēmas,  
risinājumi**

### TIESĪBU PRAKSE

40

Vija Kalniņa  
**Ārstniecības personām  
par pagarināto normālo  
darba laiku noteiktā darba  
samaksa ir diskriminējoša**

### JURIDISKĀ DARBA TIRGUS / MŪSU IDEĀLAIS DARBINIEKS

34

**Darba devējs: Veselības  
inspekcija**

### JURISTS UN KULTŪRA

35

Santa Slokenberga  
**Latviskā dzīvesziņa (tikums)  
veselības nozarē**

**14. augustā Ministru kabineta sēdē lemtais paredz vairāku Veselības ministrijas padotības iestāžu reorganizāciju, tostarp Veselības inspekcija pārņems atlīdzības prasījumu izskatīšanu un no 2019. gada 1. janvāra – arī lēmumu pieņemšanu par atlīdzības izmaksu no Ārstniecības riska fonda. Atlīdzības izmaksu gan nodrošinās Nacionālais veselības dienests.**

**Pagājušajā nedēļā, apstiprinot valsts oficiālo pozīciju, valdība lēma, ka Latvija atbalsta vienotu dalībvalstu atteikšanos no divkāršās laika maiņas (pārejas uz vasaras laiku un atpakaļ), ja vasaras laiks Eiropas Savienībā vienoti tiks noteikts kā pamatlaiks, kas netiek grozīts, un tiks nodrošināta harmonizēta pieeja visā Savienībā.**

**Ārlietu ministrija ar sadarbības partneriem 2018. gada rudenī plāno organizēt un atbalstīt dialogus ar Latvijas iedzīvotājiem par Eiropas nākotni, lai nepastarpināti uzklautu viņu viedokli. Dialogi visā Latvijā notiks paralēli divos veidos, tas ir, kā publiskas diskusijas un Eiropas dialoga forumā – digitālās tiešsaistes platformā.**

### **Augstākā tiesa veido Latvijas Senāta vērtīgāko spriedumu “topu”**

Tuvojoties Latvijas Senāta simtgadei, Augstākā tiesa iecerējusi apkopot informāciju par Latvijas Senāta (1918–1940) vērtīgākajiem spriedumiem: uz kuriem ir atsaucies šodienas nolēmumos, komentāros un publikācijās; kas noderējuši juristu (un ne tikai juristu) darbā, smeloties kādu domu, argumentu vai izteiksmes formu; vai bijuši interesanti juridiskās tehnikas vai izteiksmes dēļ u.tml.

Tāpēc visi tiek aicināti dalīties ar šādu informāciju, līdz 5. septembrim Augstākās tiesas Komunikācijas nodaļas vadītājai R. Zvejniecei ([rasma.zvejniece@at.gov.lv](mailto:rasma.zvejniece@at.gov.lv)) nosūtīt pašu spriedumu vai ziņas par to, proti, departamentu, kas pieņēmis, datumu, numuru, tēmu u.tml., pievienojot arī komentāru, kādēļ konkrētais nolēmums šķitis vērtīgs un kā tas ticis izmantots.

Augstākā tiesa atgādina, ka Latvijas Senāts bija augstākā tiesu instance starpkaru Latvijā. Līdz 1940. gadam, kad padomju vara Senātu likvidēja, tas bija izšķīris vairāk nekā 65 000 tiesu lietu un ar savu praksi stiprinājis tiesiskumu Latvijā. 1990. gadā atjaunotā Latvijas Republikas Augstākā tiesa ir Latvijas Senāta pieredzes un tradīciju turpinātāja.

### **Tieslietu ministrija vēlas papildu finansējumu prioritātēm**

Ziņu aģentūra LETA Tieslietu ministrijā noskaidrojusi, ka 2019. gada budžetā tā papildus vēlas 54,57 miljonus eiro, lai celtu tiesu darbinieku un prokuroru algas, modernizētu IT sistēmas un stiprinātu Datu valsts inspekcijas kapacitāti u.c. Ministrijā skaidrots, ka nākamā gada budžeta lielākā prioritāte esot tiesnešu un prokuroru, kā arī tiesu darbinieku mēnešalgu paaugstināšana, kam paredzēti aptuveni 30,57 miljoni eiro. Savukārt pārējais līdzekļu pieprasījums paredzēts tiesu infrastruktūras un IT sistēmu modernizācijai, atbalsta pasākumu cietušo aizstāvībai un noziedzīgi iegūtas mantas konfiskācijas institūta pilnveidei, valsts valodas lietojuma uzraudzības stiprināšanai u.c.

### **Atbalsta izmaiņas patērētāju kredīšanas jomā**

Saeimas Tautsaimniecības, agrārās, vides un reģionālās politikas komisijas deputāti otrdien, 14. augustā, otrajā lasījumā atbalstīja grozījumus Patērētāju tiesību aizsardzības likumā. Tie paredz samazināt noteiktās kopējās kredīta izmaksas patērētājam, ierobežot uz 30 dienām izsniegto kredītu apjomu, kā arī mainīt to atmaksas kārtību. Kredītu devējiem plānots noteikt stingrākas prasības izvērtēt patērētāja spēju atmaksāt aizņēmumu.

Piemēram, likumprojekts paredz, ka patērētājam noteiktās kredīta kopējās

izmaksas, kas pārsniedz 0,07 procentus dienā no kredīta summas, uzskatāmas par nesamērīgām un nav atbilstošas godīgai darījumu praksei. Tāpat iecerētie grozījumi noteic, ka patērētāju kredīšanas līguma, kas noslēgts uz laiku līdz 30 dienām un paredz kredīta atmaksu vienā maksājumā, summa nevarēs pārsniegt 50 procentus no valstī noteiktās minimālās algas jeb 215 eiro u.c.

Likuma izmaiņas vēl otrajā un trešajā lasījumā jāskata Saeimai, taču Latvijas Alternatīvo finanšu pakalpojumu asociācija jau paudusi, ka, atbalstot šos grozījumus, ar kuriem plānots noteikt jaunu regulējumu patērētāju kredīšanas nozarei, no tirgus tiks izslēgti nelieli aizdevumi ar īsiem atmaksas termiņiem, kā rezultātā patērētājs būs spiests aizņemties lielākas summas un uz garākiem termiņiem un tāpēc samaksāt vairāk. Asociācija arī izteikusi vēl citus kritiskus iebildumus.

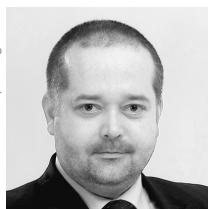
### **Portretu galeriju papildinās ar Jāzepa Rancāna fotogrāfiju**

Šonedēļ, 21. augustā, Latvijas neatkarības faktiskās atjaunošanas gadadienā, parlamentā svinīgā pasākumā Saeimas priekšsēdētāju portretu galerija tiks papildināta ar Saeimas priekšsēdētāja vietas izpildītāja trimdā Jāzepa Rancāna fotogrāfiju. Tāpat parlamentā būs apskatāma J. Rancānam veltīta izstāde. Tajā apkopotas fotogrāfijas, dokumenti un priekšmeti no Latvijas muzeju, baznīcu, bibliotēku un arhīvu krājumiem, tostarp izstādē būs aplūkojama J. Rancāna 1967. gada 7. aprīļa protesta vēstule Lielbritānijas premjerministram ar aicinājumu Latvijai piederošās Anglijas Bankā turētās zelta rezerves neatdot Padomju Savienībai. Izstādē varēs apskatīt arī unikālu vēstures liecību – starpkaru perioda Saeimas sasaukumu Prezidija krēsla oriģinālu.

Jāpiebilst, ka IV Saeimas priekšsēdētāja otrais biedrs, bīskaps J. Rancāns par Saeimas priekšsēdētāja vietas izpildītāju trimdā kļuva pēc IV Saeimas priekšsēdētāja Paula Kalniņa un pirmā biedra Kārļa Pauļuka nāves un okupācijas gados bija viens no redzamākajiem Latvijas valstiskuma nepārtrauktības principa uzturētājiem. J. Rancāns visus savus dzīves gadus trimdā bija aktīvs sabiedriskais darbinieks un kā Saeimas augstākā amatpersona iestājās par Latvijas interesēm, tostarp uzrunājot Latvijas valstspiederīgos un ārvalstīm atgādinot par okupācijas varu prettiesisko rīcību pret Latviju.

Ziņu avoti:  
Saeimas Preses dienests,  
LETA, Augstākā tiesa

Foto: no autora personīgā arhīva



**Aldis Alliks**  
Zvērināts advokāts

## Nezināšana neatbrīvo no atbildības

**Kāpēc gan juristiem būtu jāinteresējas arī par medicīnu un mediķiem – par jurisprudenci? Viens no variantiem, kā īsi atbildēt uz šo “Jurista Vārda” rosināto jautājumu, mudinot paust viedokli, ir – jo nezināšana neatbrīvo no atbildības.**

Manā praksē parasti pret sevi celtās prasības vai izvirzītās apsūdzības formulējumus vismagāk ir uztvēruši tieši tie cilvēki, kuri ir augstas klases profesionāļi savā nozarē un par kuru godaprātu un citām morālajām īpašībām man nav bijis ne mazāko šaubu. Pat labvēlīgs tiesas iznākums var arī nespēt novērst to kaitējumu, kuru ārsta reputācijai un pašcieņai jau būs nodarījusi viņa vārda “izvazāšana” un konkrētās lietas “izspriešana” preses un portālu slejās.

Jurists jau var sacīt, ka viņš atver Krimināllikumu, palasa citus likumus, noklausās kādu tiesībsemināru – un pietiek. Katram savs lauciņš. Ārsts var teikt, ka viņam pašam jau tā ir daudz jāraksta, lai vēl lasītu, ko citi sarakstījuši. Jāstrādā taču. Un jāatpūšas.

Taču pagājušā gada rudenī noritēja jau otrā no pēdējo divu Latvijas Ārstu kongresu ietvaros rīkotajām konferencēm ar abas nozares vienojošo saikli “un” tās nosaukumā – “Medicīna un jurisprudences”. Un tā spilgti apliecināja, ka vienas nozares pārstāvjiem par otriem ir visai daudz nezināmā, mazzināmā vai aplam zināmā. Bet – kas, protams, ir ļoti priecējies – interese un vēlme uzzināt ir milzīga.

Man ir sanācis būt kā tādām saistelementam starp juristiem un ārstiem pēdējā konferencē. Un – ļoti ceru – tā nebūs pēdējā, jo šī starpnozaru sadarbība un savstarpējā izpratne var nozīmēt mazāk darba juristiem un juridiski kvalitatīvāku darbu mediķiem.

Varētu teikt, ka gan ārsts, gan jurists uzklausa personas viedokli un analizē un vērtē pierādījumus (faktus) kontekstā ar normām un praksi. Taču ar apbrīnu vērtēju tieši tos gadījumus, kad vienas vai otras profesijas pārstāvji pieņēmuši precīzus un pareizus lēmumus dažu sekunžu vai sekundes desmitdaļu laikā. No mediķa tiek prasītas rūpes par cilvēka ķermeni,

par viņa veselību kopumā, turklāt jautājuma “būt vai nebūt” risinājuma meklējumam mediķim nereti pat sekunžu pietrūkst.

Mana pieredze sadarbībā ar ārstiem aizsākās ap gadsimtu miju, kad biju netieši iesaistīts pirmajā lielajā ārstu civiltiesiskās atbildības lietā un presē teicu skalus vārdus: “Jautājums par zobārsta krēslā vai uz kušetes veselībai nodarītā kaitējuma atlīdzināšanu un zaudējumu kompensāciju ir valstiskas nozīmes jautājums”. Teicu arī, ka “medicīnas jautājumos Latvijas tiesas vēl ir “bērnu autiņos””. Paudu izbrīnu par to, cik gan laika un cilvēcisku (arī juridisku) traģēdiju ir bijis nepieciešams, lai attiecīgā Saeimas apakškomisija konstatētu, ka toreizējā “likumā normas par pacientu tiesībām vispār tikpat kā neparādās”. Un iesniegtu grozījumus Ārstniecības likuma trešajam lasījumam, lai “saskaņotu likuma normas no pacientu tiesību viedokļa”. Vienlaikus aizsauku arī publisku diskusiju par ārstu civiltiesiskās atbildības obligātās apdrošināšanas ieviešanas nepieciešamību.

Nav viegli ārstam (un jebkuram citam savas nozares speciālistam) sēsties tiesas zālē kā atbildētājam vai kā apsūdzētajam saistībā ar viņa profesionālās darbības trūkumiem. Manā praksē parasti pret sevi celtās prasības vai izvirzītās apsūdzības formulējumus vismagāk ir uztvēruši tieši tie cilvēki, kuri ir augstas klases profesionāļi savā nozarē un par kuru godaprātu un citām morālajām īpašībām man nav bijis ne mazāko šaubu. Pat labvēlīgs tiesas iznākums var arī nespēt novērst to kaitējumu, kuru ārsta reputācijai un pašcieņai jau būs nodarījusi viņa vārda “izvazāšana” un konkrētās lietas “izspriešana” preses un portālu slejās. Arī to visu teicu jau toreiz.

Savukārt ar šodienas pieredzi saku – nevienā pasaules valstī nav tā, ka ar medicīnu ir apmierināti pilnīgi visi: gan visi pacienti, gan visi ārsti, gan visas valsts iestādes, gan visas apdrošināšanas kompānijas utt. Latvijā pēdējo padsmi gadu laikā ir sperti būtiski soļi uz priekšu, sakārtojot pacienta, ārsta un valsts savstarpējās tiesiskās attiecības. Savulaik neviens no pusēm īsti nezināja savas tiesības un pienākumus un viss notika tādā pašplūsmā, ka savstarpējās attiecības bija vairāk balstītas uz morāli ētiskiem apsvērumiem. Vai to trūkumu. Nu jau labu laiku būtiskākie jautājumi ir skaidri definēti likumā. Līdz ar to, tā teikt, “notis” nu jau ir pareizi sadrukātas. Tāpēc sitiet “pianistu”, ja viņš nespēj tās saskatīt vai neprot tās lasīt.

Nu jau teju piecus gadus Latvijā darbojas Ārstniecības riska fonds. Tas ir būtiski samazinājis slodzi tiesu varai. Taču nav samazinājis un nemazinās cilvēcisko faktoru – to, ka kļūdas joprojām ir un arī turpmāk neizbēgami tiks pieļautas. Jautājums ir nevis par kļūdu esību, bet par to skaitu un to saturu “piecdesmit nokrāsām”.

Tāpēc domāju, ka ne tikai man ir personiskā ieinteresētība, lai ārsti un juristi strādātu kvalitatīvāk. Amerikas Savienotajās Valstīs trešais lielākais nāves cēlonis savulaik bija medicīniskās kļūdas. Mēs šādu “rekordu”, šķiet, nekad neesam sasnieguši. Un, cerams, nesaņiegsim.

Nešaubīgi, ka jautājums par veselības aprūpes kvalitāti ir ne vairāk un ne mazāk kā valstiskas nozīmes jautājums. Tāpēc Latvijas Ārstu biedrība sadarbībā ar Latvijas Juristu biedrību turpinās iesāktu tradīciju. Un arī turpmākajās konferencēs “Medicīna un jurisprudences” iesaistīsim gan juristus, gan mediķus aktuālu medicīnas problēmu apzināšanā, pētīšanā un kopīgā risināšanā. Paplašināsim cits cita redzesloku medicīnas un jurisprudences jautājumos. Vērtēsim jaunu likumu vai esošo likumu grozījumu nepieciešamību, izvērtēsim tiesu prakses aktualitātes un Ārstniecības riska fonda darbības pieredzi, apspriedīsim pacienta piekrišanas un ārstēšanas bez pacienta piekrišanas nianšes. Vērtēsim, kā gan klājas mūsu tiesībām uz veselības aprūpi un kā sokas tiem, kuru pienākumos ietilpst to nodrošināt. ■

Foto: Boriss Kolesņikovs



Mg. iur. **Agnese Bankava**  
LU Medicīnas fakultātes pētniece

Foto: no autora personīgā arhīva



Dr. sc. adm. **Juris Bārzdīņš**  
LU Medicīnas fakultātes  
asociētais profesors

Foto: Boriss Kolesņikovs



Dr. iur. **Arnis Buka**  
LU Juridiskās fakultātes docents

Foto: Boriss Kolesņikovs



Dr. sc. soc. **Signe Mežinska**  
LU Medicīnas fakultātes  
asociētā profesore

## Veselības datu izmantošana pētniecībā Latvijā Vispārīgās datu aizsardzības regulas kontekstā

**Šī gada 25. maijā spēkā stājās viens no pēdējos gados lielāko sabiedrisko rezonansi guvušajiem Eiropas Savienības (turpmāk – ES) tiesību aktiem – Vispārīgā datu aizsardzības regula (turpmāk – Regula).<sup>1</sup> Regulas ietekmē Latvijā ar šī gada 5. jūliju Fizisko personu datu aizsardzības likumu aizstāja jaunais Fizisko personu datu apstrādes likums.<sup>2</sup> Šie akti regulē ļoti plašu ar datu izmantošanu saistītu jautājumu loku, galveno uzmanību pievēršot indivīda privātuma aizsardzības garantēšanai.**

**Tomēr šī raksta mērķis ir jaunā regulējuma kontekstā aplūkot tikai nelielu un specifisku ar veselības datiem saistītu jautājumu loku, proti, iespējas izmantot informāciju par personas veselību zinātniskās pētniecības vajadzībām. Vēl vairāk, raksta formāts attiecībā uz šiem jautājumiem ļauj tikai ieskicēt situāciju un galvenās problēmas, nepiedāvājot detalizētus šo problēmu risinājumus.**

### Veselības datu izmantošana pētniecībā: Regula

Attiecībā uz veselības datu izmantošanu pētniecībā Regulas regulējums ir samērā izvērstis, tomēr vienlaikus komplicēts, jo izriet no vairāku tās normu aplūkošanas kop-

1 Eiropas Parlamenta un Padomes Regula (ES) 2016/679 par fizisku personu aizsardzību attiecībā uz personas datu apstrādi un šādu datu brīvu apriti un ar ko atceļ Direktīvu 95/46/EK (Vispārīgā datu aizsardzības regula). Pieņemta 27.04.2016.

2 Fizisko personu datu apstrādes likums. Pieņemts 18.06.2018. Pārejas noteikumu 1. punkts.

sakarā. Salīdzinājumā ar iepriekšējo regulējumu Regulā precīzāk ir definēti veselības dati. Tās 4. pants pie definīcijām veselības datus skaidro kā personas datus, kas "saistīti ar fiziskas personas fizisko vai garīgo veselību, tostarp veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, un kas atspoguļo informāciju par tās veselības stāvokli".

Veselības dati Regulas 9. pantā pieskaitīti pie tādiem "īpašu kategoriju personas datiem", attiecībā uz kuriem pastāv prezumpcija, ka to apstrāde ir aizliegta. Vienlaikus šī paša 9. panta otrais punkts gan paredz arī izņēmumus, kad veselības datu apstrāde ir pieļaujama. Minētajiem izņēmumiem kopīgs ir tas, ka kā datu apstrādes pamatojums ir minēta datu subjekta piekrišana vai arī dažādu veidu būtiskas sabiedrības intereses, kuru īstenošanai "īpašu kategoriju" dati var tikt apstrādāti.

Šī raksta kontekstā būtisks izņēmums ir Regulas 9. panta otrā punkta (j) apakšpunkts. Tas pieļauj "īpašu kategoriju" datu apstrādi, ja to veic "arhivēšanas nolūkos sabiedrības interesēs, zinātniskās vai vēstures pētniecības nolūkos vai statistikas nolūkos". Taču arī šajā gadījumā datu apstrādei ir jābūt paredzētai ES vai dalībvalstu tiesību aktos un jābūt samērīgai (ieskaitot to, ka apstrādātajam jāveic "piemēroti un konkrēti pasākumi datu subjekta pamattiesību un interešu aizsardzībai").

Regulas 9. panta otrā punkta (j) apakšpunkts satur arī atsauci uz Regulas 89. pantu, kas vēl sīkāk paskaidro, kā ir jāpiemēro iepriekš minētie nosacījumi "īpašu kategoriju" datu apstrādei. Cita starpā Regulas 89. pants atsaucas uz Regulas 5. pantā skaidroto datu minimizācijas

Raksts ir tapis Latvijas Universitātes un Slimību profilakses un kontroles centra sadarbības projekta "Veselības aprūpes kvalitātes un efektivitātes publiskās monitorēšanas sistēmas izveide" ietvaros.

principu, proti, datiem jābūt adekvātiem, atbilstīgiem un tiem jāietver tikai tas, kas nepieciešams apstrādes nolūkos. Pētniecības nolūkos datu minimizēšanai Regulas 89. panta 1. punkts iesaka izmantot pseidonimizēšanu, ja tā ļauj sasniegt pētniecības mērķus. Tāpat no šīs Regulas normas izriet, ka vienmēr, ja vien iespējams, priekšroka ir jādod tādai datu apstrādei, kas neļauj identificēt datu subjektus.

Visbeidzot, Regulai ir ļoti apjomīga preambula ar 173 paragrāfiem, kas ir izmantojama kā papildu instruments Regulas pantu interpretācijā. Arī Regulas preambula vairākās vietās sīkāk skaidro veselības datu apstrādi pētniecības nolūkos. Tā preambulas 56. paragrāfs norāda uz galveno mērķi, kas pamato "īpašo kategoriju" personas datu, tostarp veselības datu apstrādi, proti, šai apstrādei ir jābūt sabiedrības interesēs. Savukārt uz personas datu apstrādi zinātniskās pētniecības nolūkā visvairāk attiecas Regulas preambulas 156. līdz 159. paragrāfs. Tā preambulas 159. paragrāfā norādīts, ka "personas datu apstrāde zinātniskās pētniecības nolūkos būtu jāinterpretē plaši, ietverot, piemēram, tehnoloģiju attīstību un demonstrējumus, fundamentālos pētījumus, lietišķos pētījumus un privāti finansētus pētījumus". Tāpat šīs preambulas paragrāfs nepārprotami apstiprina, ka "zinātniskās pētniecības nolūkos būtu jāiekļauj arī sabiedriskas nozīmes pētījumi sabiedrības veselības jomā". Tādēļ var apgalvot, ka minētie Regulas preambulas paragrāfi atzīst datu apkopošanas nozīmi pētnieciskiem mērķiem un iespējamās grūtības pilnībā identificēt personas datu apstrādes turpmāko mērķi zinātniskās izpētes nolūkos datu vākšanas laikā. Šī iemesla dēļ Regula pieļauj veselības datu apstrādi pētniecības nolūkos bez datu subjektu piekrišanas ar nosacījumu, ka ir īstenoti attiecīgi drošības pasākumi.<sup>3</sup>

Praktiskā situācija Latvijā un citās Eiropas valstīs šobrīd liecina, ka veselības datu jomā nav vienotas izpratnes par izmantojamajiem mehānismiem un kritērijiem, lai identificējamus personas datus padarītu garantēti anonīmus.

Apkopojot iepriekš minēto, Regulā zinātnisku pētījumu veikšana ir atzīta par būtisku sabiedrības interesi, kas ir viens no izņēmuma gadījumiem, kuros ir pieļauta veselības datu apstrāde. Vienlaikus pētījumam ir jāizvēlas samērīgākie un datu subjekta intereses mazāk aizskarošie līdzekļi. Tādējādi Regulā iestrādātie tiesiskie mehānismi attiecībā uz pētījumiem, tajā skaitā arī saistībā ar veselības datiem, nerada revolūciju, bet drīzāk sistematizē un precizē jau iepriekš pastāvošos veselības datu izmantošanas pētījumos principus.

3 Rokasgrāmata par Eiropas tiesību aktiem datu aizsardzības jomā, 2018.

## Veselības datu izmantošana pētniecībā: Latvijas likumi

Līguma par ES darbību 288. pants paredz, ka regulas pēc to spēkā stāšanās automātiski kļūst par dalībvalstu tiesību sistēmu sastāvdaļu, tādēļ regulas dalībvalstīm nav jāievieš. Attiecīgi datu apstrādes jomā Regula var šķist kā būtiskas izmaiņas, jo līdzšinējais ES datu aizsardzības regulējums bija ietverts direktīvas formā.

Taču praksē atšķirības starp tieši piemērojamajiem regulām un valstīs ieviešamajām direktīvām mēdz izplūst. Arī attiecībā uz regulām dalībvalstīm ir jābūt par to, lai pēc regulas iekļaušanas valsts tiesību sistēmā citi valsts tiesību akti būtu ar to saderīgi, un vajadzības gadījumā attiecīgie tiesību akti jāgroza.<sup>4</sup> Tāpēc bieži ir gadījumi (kā tas ir arī gadījumā ar Regulu), kad arī regulu tekstā var atrast normas, kuras norāda uz dalībvalstu veicamajiem pasākumiem. Attiecīgi, reaģējot uz Regulas spēkā stāšanos, 2018. gada 5. jūlijā Latvijā spēkā stājās Fizisko personu datu apstrādes likums, kura mērķis ir "radīt tiesiskus priekšnoteikumus fiziskās personas datu aizsardzības sistēmas izveidošanai nacionālajā līmenī" (likuma 2. pants).

Diemžēl attiecībā uz zinātniskajiem pētījumiem jaunā likuma regulējums ir pavisam skops. Likumā gan ir ietverts atsevišķs 31. pants par datu apstrādi zinātniskās vai vēstures pētniecības nolūkos, tomēr saturiski šis pants faktiski ir tikai blanketnorma, kas atsaucas uz Regulu un pārraksta Regulas 89. panta 2. punktu, kurš paredz vispārīgu iespēju ierobežot datu subjekta tiesības zinātniskās vai vēstures pētniecības nolūkos sabiedrības interesēs.

Interesanti, ka iepriekšējās likumprojekta versijās šis pants bija formulēts plašāk un saturēja precizējošu norādi, ka zinātniskās vai vēsturiskās pētniecības gadījumā atsevišķas datu subjekta tiesības tiek īstenotas atbilstoši "zinātnes un pētniecības jomu regulējošiem normatīvajiem aktiem".<sup>5</sup> Arī šī likumprojekta versija šķita samērā neskaidra – kas būtu jāsaprot ar šiem zinātnes un pētniecības jomu regulējošiem normatīvajiem aktiem? Taču Saeimas pieņemtajā likuma gala redakcijā neskaidrību ir vēl vairāk, jo precizējoša regulējuma nav vispār.

Šāds regulējuma trūkums šķiet pretējs Regulas 89. panta 2. punkta jēgai. No minētā Regulas punkta ("Ja personas datus apstrādā zinātniskās vai vēstures pētniecības nolūkos vai statistikas nolūkos, Savienības vai dalībvalsts tiesību aktos var paredzēt atkāpes no tiesībām") konstrukcijas izriet, ka izņēmumi datu subjekta tiesībām zinātniskās un vēsturiskās pētniecības nolūkos ir skaidri un detalizēti jānosaka tiesību aktos. Savukārt mehāniski šī Regulas panta pārstāsts Fizisko personu datu apstrādes likumā šo mērķi acimredzami nerasniedz.

4 Eiropas Savienības tiesības. I daļa. Institucionālās tiesības. Aut. kol. C. Schewe, A. Bukas, Ģ. Strazdiņa, K. Gailiņa zin. red. Rīga: TNA, 2014, 231. lpp.

5 Likumprojekts "Fizisko personu datu apstrādes likums". Pieejams: [http://tap.mk.gov.lv/doc/2017\\_10/TMLik\\_091017\\_dati.1080.docx](http://tap.mk.gov.lv/doc/2017_10/TMLik_091017_dati.1080.docx)

Tiesa, attiecībā tieši uz veselības datu izmantošanu pētījumos Fizisko personas datu apstrādes likums nav vienīgais būtiskais Latvijas normatīvais akts. Arī pēc Regulas spēkā stāšanās joprojām spēkā ir Pacientu tiesību likums.<sup>6</sup> Šis likums nav grozīts saistībā ar Regulas spēkā stāšanos, un tā 10. pants paredz: “(7) Medicīniskajos dokumentos fiksētos pacienta datus var izmantot pētījumā, pastāvot vienam no šādiem nosacījumiem:

- 1) pēc analizējamās informācijas nevar tieši vai netieši identificēt pacientu;
- 2) pacients rakstveidā piekritis, ka informācija par viņu tiek izmantota konkrētā pētījumā.

Datu sniegšana pētniekiem ir tikai pirmais solis pētījumā, un bieži pētījuma rezultāti varētu būt noderīgi arī iestādei, kura ir izsniegusi veselības datus. Tādēļ būtu jānoregulē arī pētnieka pienākumi pret iestādi pēc datu saņemšanas.

(8) Medicīniskajos dokumentos fiksētos pacienta datus var izmantot pētījumā, arī neievērojot šā panta septītajā daļā minētos nosacījumus, ja vienlaikus pastāv šādi nosacījumi:

- 1) pētījums tiek veikts sabiedrības interesēs;
- 2) kompetenta valsts pārvaldes iestāde Ministru kabineta noteiktajā kārtībā ir atļāvusi izmantot pacienta datus konkrētā pētījumā;
- 3) pacients iepriekš rakstveidā nav aizlēdzis viņa datu nodošanu pētniekam;
- 4) ar samērīgiem līdzekļiem nav iespējams iegūt pacienta piekrišanu;
- 5) pētījuma ieguvums sabiedrības veselības labā ir samērojams ar tiesību uz privātās dzīves neaizskaramību ierobežojumu.”

Pamatojoties uz šo Pacientu tiesību likuma normu ir izdoti arī Ministru kabineta noteikumi Nr. 446 “Kārtība, kādā atļauj izmantot pacienta datus konkrētā pētījumā”,<sup>7</sup> kas kā atbildīgo valsts pārvaldes iestādi par atļaujas izsniegšanu pacienta datu izmantošanai pētījumos norāda Slimību profilakses un kontroles centru (turpmāk – SPKC).

Tomēr jāatzīmē, ka pastāv neskaidrības par to, vai medicīniskajos dokumentos fiksēto datu definīcija Pacientu tiesību likumā ietvertajā nozīmē sakrīt ar Regulā lietoto veselības datu definīciju. Salīdzinot definīcijas, veselības datus var uztvert kā plašāku jēdzienu, kas, piemēram, ietver arī administratīvos datus par pacienta uzturēšanos ārstniecības iestādēs, ar noteiktām slimībām

slimojošu pacientu reģistru datus u.tml. Tāpat arī saturiski Pacientu tiesību likuma pants ir krietni vispārīgāks nekā Regulas 9. un 89. pants un neveicina skaidrību par to, ka pamatā jautājumi par pacientu datu apstrādi zinātnisku pētījumu vajadzībām ir noteikti Regulā un nacionālais regulējums ir tikai kā papildu līdzeklis Regulas normu sekmīgai darbībai.

No šīs analīzes var secināt, ka attiecībā uz veselības datu izmantošanu zinātniskos pētījumos, salīdzinot ar citām zinātniskās pētniecības jomām, pastāv nedaudz detalizētāks tiesiskais regulējums, tomēr nav notikusi šī regulējuma saskaņošana ar Regulu. Vēl vairāk, pastāv dažādas neskaidrības un sarežģījumi, kuru risināšanai esošais tiesiskais regulējums ir nepilnīgs. Tie tiks aplūkoti nākamajā raksta daļā.

## Neskaidrības un sarežģījumi

### Identificējamu datu izsniegšanas kritēriji

Lai gan šobrīd pastāv tiesiskais regulējums par to, kā tiek dota atļauja pētījumiem izsniegt medicīniskajos dokumentos fiksētus identificējamus pacientu datus, būtu jāapsver, vai ir nepieciešams vismaz iekšēja normatīva akta formā precizēt, kā SPKC izvērtē pieprasījumus atļaut identificējamu pacientu datu nodošanu pētījumiem un pēc kādiem kritērijiem noteikt samērīgumu starp sabiedrības ieguvumu no pētījuma un iespējamiem draudiem personas privātajai dzīvei.

Tāpat šobrīd nav skaidri regulēts jautājums, kuros gadījumos un kura iestāde izsniedz pētniekam veselības datus. Jo īpaši šī problēma ir aktuāla situācijās, kurās pētniekam ir nepieciešami dati no vairākām valsts institūcijām. Piemēram, ja pētnieks vēlas izmantot kādu no datubāzēm, kurās ir apvienoti dati no vairākām valsts institūcijām – kuros gadījumos dati būtu jāsniedz SKPC, kuros Nacionālajam veselības dienestam, kuros vēl kādai citai institūcijai.

### Kā tiek anonimizēti dati

Lai gan Regula pieļauj iespēju, izpildoties noteiktiem nosacījumiem, izmantot pētījumā identificējamus veselības datus, tomēr zinātniskās pētniecības nolūkiem bieži nav nepieciešams tiešā veidā identificēt datu subjektu. Tā vietā pētniekiem būtiskāki ir lielāki datu apjomi, no kuriem var izdarīt vispārinošus secinājumus un kuros var iekļaut arī netieši identificējamus vai anonimizētus veselības datus. Arī no Regulas 89. panta izriet, ka pētniecības nolūku sasniegšanai priekšroka vienmēr ir dodama datu apstrādei, kas neļauj identificēt datu subjektus.

Regulas 4. sadaļā norādīts, ka dati, kas likumīgi iegūti jebkuram nolūkam, var tikt izmantoti statistikas, zinātniskos vai vēsturiskos pētījumos ar nosacījumu, ka ir ieviesti atbilstoši aizsardzības pasākumi. Šajā nolūkā šis garantijas var nodrošināt datu anonimizācija vai pseidonimizācija pirms datu nosūtīšanas trešām personām.

<sup>6</sup> Pacientu tiesību likums. Pieņemts 17.12.2009.

<sup>7</sup> Ministru kabineta 2015. gada 4. augusta noteikumi Nr. 446 “Kārtība, kādā atļauj izmantot pacienta datus konkrētā pētījumā”.



Anonīmi dati ir dati, kas ir jebkura informācija, kas attiecas uz fizisku personu, ja šo personu nevar identificēt ne datu apstrādātājs, ne arī kāda cita persona, ņemot vērā visus līdzekļus, kurus, iespējams, pamatoti izmantotu vai nu personas datu apstrādātājs, vai jebkura cita persona, lai identificētu minēto personu. Anonimizēti dati tādējādi ir anonīmi dati, kas iepriekš attiecās uz identificējamu personu, taču tagad to identifikācija vairs nav iespējama. Savukārt pseidonimizēti dati ir dati, kas iegūti pēc to pseidonimizācijas jeb identitātes maskēšanas, kas dod iespēju, piemēram, vākt papildu datus, kas attiecas uz to pašu individu, nezinot viņa identitāti. Pseidonimizāciju var veikt izsekojamā veidā, lietojot sarakstus ar identitātēm atbilstošajiem pseidonīmiem vai izmantojot pseidonimizācijai divvirzienu kriptogrāfijas algoritmus. Identitātes maskēšanu var veikt arī tādā veidā, ka identitātes noskaidrošana vairs nav iespējama, piemēram, vienvirziena kriptogrāfija, kuras rezultātā iegūst pilnībā anonīmus datus. Klasisks pseidonimizācijas piemērs ir kodēti dati, kas paredz, ka informācija attiecas uz indivīdiem, kas ir iezīmēti ar kodu, bet koda atslēga, kas ļauj sasaistīt kodu ar parastajiem indivīda identifikatoriem (piemēram, ar vārdu, dzimšanas datumu, adresi), tiek glabāta atsevišķi.<sup>8</sup>

Taču praktiskā situācija Latvijā un citās Eiropas valstīs šobrīd liecina, ka veselības datu jomā nav vienotas izpratnes par izmantojamajiem mehānismiem un kritērijiem, lai identificējamus personas datus padarītu garantēti anonīmus. Turklāt var būt situācijas, kurās arī no šķietami anonīmiem veselības datiem noteiktās situācijās tomēr var identificēt konkrētus datu subjektus, piemēram, sasaistot veselības datus ar cita veida informāciju vai gadījumos, ja pētāmā grupa ir ļoti specifiska (reto slimību pacienti).

Tāpat nav skaidrības par detalizētām prasībām datu kodēšanai un kodu atslēgu glabāšanai. Līdz ar to būtu nepieciešams detalizētāks regulējums, kādā veidā veselības dati tiek pseidonimizēti vai anonimizēti, tādējādi ieviešot atbilstošus veselības datu aizsardzības pasākumus.

### **Anonīmu datu izmantošana pētniecībā**

Šobrīd nepastāv precīzs tiesiskais regulējums par anonīmu veselības datu izmantošanu pētījumos, piemēram, nav līdz galam skaidra situācija par dažādās datubāzēs uzglabāto anonimizēto pacientu datu izmantošanu pētījumos. Šī problēma gan tieši neizriet no Regulas, jo Regula neattiecas uz datu, kas nav personas dati, apstrādi. Taču raksta kontekstā tā tomēr jāpiemin, jo ir cieši saistīta ar iepriekš aplūkoto problemātiku.

Formāli juridiski uz šo datu kategoriju attiektos vispārīgais regulējums Informācijas atklātības likumā. Ja pētniecības nolūkiem pieprasītā informācija no dažādām datubāzēm nav uzskatāma par personas datiem, tad uz to attiecas vispārīgās sabiedrības tiesības saņemt informāciju. Tiesības brīvi saņemt informāciju ietilpst tiesībās uz vārda

brīvību, kas ir nostiprinātas Satversmes 100. pantā. Normatīvais regulējums saistībā ar personas iespējām iegūt iestādes rīcībā esošo informāciju cita starpā ir ietverts Informācijas atklātības likumā. Atbilstoši minētā likuma 2. panta trešajai daļai informācija ir pieejama sabiedrībai visos gadījumos, kad likumā nav noteikts citādi. Iestāde informāciju sniedz pēc savas iniciatīvas vai pēc privātpersonas pieprasījuma. Vispārpieejamo informāciju sniedz jebkuram, kas to vēlas saņemt. Pieprasītājam nav īpaši jāpamato sava interese par vispārpieejamu informāciju, un to viņam nevar liegt tāpēc, ka šī informācija neattiecas uz pieprasītāju.

Tādējādi pastāv prezumpcija, ka jebkura informācija ir izsniedzama, ja vien tai nav noteikts ierobežots pieejamības statuss. Taču praksē pētnieki saskaras ar grūtībām šādus datus iegūt.

### **Agrāko gadu datu saglabāšana un pētniecība**

Pacienta medicīniskās informācijas ilgstošu (līdz pat 75 gadiem) obligātu glabāšanu un līdz ar to arī potenciālu iespēju to izmantot pētniecībai nosaka Medicīnisko dokumentu lietvedības kārtība.<sup>9</sup> Taču neskaidrāka ir veselības administratīvo datu saglabāšana un to sekundāra izmantošana sabiedrības interesēs. Faktiski pēc Regulas pieņemšanas gadījumā, ja Latvijā netiek pieņemti kādi normatīvie akti, kas šo jomu precizē, minēto datu saglabāšana un vēlāka izmantošana ir apdraudēta. Tā, piemēram, vēsturiskie administratīvie dati par pacientiem sniegtajiem valsts apmaksātajiem pakalpojumiem un to izmaksām, kas tiek uzglabāti Nacionālajā veselības dienestā, to primārā lietojuma dēļ ilgstoši nebūtu jāglabā. Tomēr to sekundāras izmantošanas potenciāls sabiedrības interesēm ir ļoti augsts. Pat ja šādi dati netiek dzēsti pilnībā, to anonimizācija, pirms tie caur personas identifikatoru ir sasaistīti ar citu valsts iestāžu uzkrātiem datiem (piemēram, nāves cēloņu datu uzskaiti, ko veic cita Veselības ministrijas pakļautības iestāde, vai darba nespējas un invaliditātes gadījumu uzskaiti, ko veic attiecīga Labklājības ministrijas pārvaldības iestāde), nebūtu pieļaujama. Būtu ļoti svarīgi nodrošināt, lai tiktu izstrādāti attiecīgi normatīvie akti, kas nosaka minimālo datu apjomu, kas ir jāzaglabā turpmākai pētniecībai, un procedūru, kas nosaka, kā tie tiek savietoti ar citu iestāžu rīcībā esošiem personas datiem, pirms tie tiek pseidonimizēti vai anonimizēti.

### **Subjekti, kam ir tiesības saņemt veselības datus pētniecībai**

Vienlaikus ar pieejas nodrošināšanu veselības datiem pētniecības nolūkos ir jārisina jautājums par subjektu loku, kas varētu pieprasīt veselības datus izmantošanai pētījumos. Šobrīd Ministru kabineta noteikumos Nr. 446 kā pieteikuma iesniedzējs atļaujas saņemšanai medicīniskajos dokumentos fiksēto pacienta datu izmantošanai konkrētā pētījumā ir minēts termins "persona", kas neietver kritērijus

<sup>8</sup> Eiropas Savienības Pacienta datu aizsardzības darba grupa. Atzinums Nr. 4/2007 par "personas datu" jēdzienu. 20.06.2007., 18.,19. lpp.

<sup>9</sup> Ministru kabineta 2006. gada 4. aprīļa noteikumi Nr. 265 "Medicīnisko dokumentu lietvedības kārtība".

nepieciešamajai kvalifikācijai. Tālāk noteikumos ir iekļauta prasība sniegt informāciju par pētījuma vadītāja un vadošo pētnieku izglītību un pieredzi, tomēr nav kritēriju, pēc kuriem šo informāciju izvērtēt. Arī Zinātniskās darbības likums nesniedz skaidru atbildi uz šo jautājumu, lai gan tajā ir definēts un plaši lietots termins “zinātnieks”.

Viens no iemesliem, kādēļ ir skaidri jādefinē subjekti, kuriem ir tiesības saņemt veselības datus pētniecībai, ir interešu konfliktu novēršana, ierobežojot iespējas izmantot veselības datus komerciālu interešu īstenošanai. Būtisks jautājums ir arī par studentu iespējām izmantot veselības datus, izstrādājot pētnieciskos darbus veselības jomas studiju programmu ietvaros. Līdz šim Latvijā katru gadu ir veikti vairāki simti studentu pētniecisko darbu, kuros izmantoti veselības dati, bet līdz ar Regulas stāšanās spēkā ir aktualizēts jautājums par šādas pētnieciskās darbības atbilstību Regulai gadījumos, kad nav saņemta personas piekrišana datu apstrādei.

Šajā pašā kontekstā pastāv arī jautājums par pētījuma veicējam nepieciešamo zinātnisko kvalifikāciju: kādos gadījumos studenti varētu apstrādāt veselības datus pētniecības vajadzībām; kurš studentu veiktā pētījumā būtu atbildīgs par datu drošību – paši studenti vai viņu darba vadītājs? Ņemot vērā, ka Regulas preambulas 159. paragrāfs norāda uz nepieciešamību interpretēt zinātniskās pētniecības nolūkus plaši, visdrīzāk arī studentu veiktā zinātniskā pētniecība studiju ietvaros būtu uzskatāma par tādu, kas ietilpst Regulas jēdzienā “zinātniskā pētniecība”.

### Ētikas komiteju iesaiste

Starptautiskie dokumenti par pētniecības ētiku medicīnā nosaka, ka pirms pētījuma uzsākšanas pētījuma protokols ir jāizvērtē pētniecības ētikas komitejai. Piemēram, Pasaules ārstu asociācijas Helsinku deklarācijas 23. pants, kas attiecas arī uz pētījumiem, kuros tiek izmantoti identificējami veselības dati, nosaka: “Pētījuma protokols pirms pētījuma sākšanas jāiesniedz pētījumu ētikas komitejā izskatīšanai, komentēšanai, ieteikumiem un akceptam.”<sup>10</sup> Diemžēl Latvijā ar medicīnu un veselību saistīto pētījumu protokolu izvērtēšana pētniecības ētikas komitejās normatīvajos aktos ir skaidri regulēta tikai dažās pētījumu jomās ar cilvēku iesaisti – zāļu klīniskajiem pētījumiem, medicīnisko ierīču klīniskajiem pētījumiem un cilvēka genoma izpētei. Pacientu tiesību likumā minētajiem klīniskajiem pētījumiem un pētījumiem, kuros izmantoti medicīniskajos dokumentos fiksētie dati, normatīvajos aktos nav izvirzīta prasība par izvērtēšanu ētikas komitejā. Šāda pieeja neatbilst starptautisko dokumentu prasībām. Lai gan praksē Latvijā pētnieki parasti vērsas ētikas komitejās, lai saņemtu atzinumu arī klīniskajiem pētījumiem, pētījumiem ar cilvēka bioloģisko materiālu vai identificējamiem veselības datiem, jo ētikas komitejas atzinums tiek prasīts, lai publicētu pētījumu datus starptautiskos zinātniskos žurnālos, šāda prasība būtu jāietver arī Latvijas

normatīvajos aktos. Tāpat būtu jāpilnveido pētniecības ētikas komiteju sistēma Latvijā, normatīvajos aktos skaidrāk norādot dažādu līmeņu ētikas komiteju kompetences.

### Atgriezeniskā saite ar datus sniegušo iestādi

Datu sniegšana pētniekiem ir tikai pirmais solis pētījumā, un bieži pētījuma rezultāti varētu būt noderīgi arī iestādei, kura ir izsniegusi veselības datus. Tādēļ būtu jānoregulē arī pētnieka pienākumi pret iestādi pēc datu saņemšanas (visdrīzāk, formulējot to kā pienākumu informēt par pētījuma rezultātiem). Būtu arī jāapsver, vai iestāde, kura ir sniegusi datus, noteiktos gadījumos varētu saglabāt tiesības novērst datu izmantošanu neatbilstošiem mērķiem vai vismaz izteikt viedokli par publikāciju, kas balstīta uz sniegtajiem veselības datiem.

### Iespējamie risinājumu virzieni

Regula sniedz vispārīgu ietvaru veselības datu izmantošanai pētījumos, norādot uz nepieciešamību sabalansēt personas tiesības ierobežot savu veselības datu apstrādi un sabiedrības intereses izmantot veselības datus zinātniskās pētniecības nolūkiem. Taču Regula ieskicē tikai pamatprincipus veselības datu izmantošanai zinātniskos pētījumos. Savukārt detalizētākam regulējumam šajā jomā jābūt nacionālā līmenī. Diemžēl Latvijā šis regulējums šobrīd ir ne tikai ļoti sadrumstalots un nepārskatāms, bet arī neefektīvs, atstājot neatbildētus šajā rakstā aplūkotos pētniekiem būtiskos jautājumus un apgrūtinot zinātnisko pētījumu veikšanu. Turklāt Fizisko personu datu apstrādes likuma pieņemšana tikai mēnesi pēc Regulas spēkā stāšanās, kā arī Pacientu tiesību likuma un no tā izrietošo tiesību aktu nesaskaņošana ar Regulu liecina par paviršību un sistēmiska regulējuma trūkumu attiecībā uz veselības datu izmantošanu pētījumos.

Minēto trūkumu novēršanai būtu nepieciešami pārdomāti un sistemātiski grozījumi vairākos Latvijas normatīvajos aktos, ņemot vērā gan Regulu, gan ārvalstu pieredzi, gan Latvijas pētnieku praktiskās vajadzības. Ambiciozākais, bet vienlaikus arī plašākais un pārskatāmākais risinājums būtu pavisam jauna normatīvā akta izstrāde. Šāds akts (likums vai Ministru kabineta noteikumi) būtu saistīts ar Regulas preambulu un 89. pantu, kas paredz nepieciešamību “personas datu arhivēšanas nolūkos sabiedrības interesēs, zinātniskās vai vēstures pētniecības nolūkos vai statistikas nolūkos ieviest atbilstošas garantijas datu subjekta tiesībām un brīvībām”. Šīm garantijām būtu jānodrošina, ka “pastāv tehniski un organizatoriski pasākumi, jo īpaši, lai nodrošinātu datu minimizēšanas principa ievērošanu”. Iespējams, šo aktu varētu veidot arī vēl plašāku, aptverot ne tikai veselības datu izmantošanu pētījumos, bet gan visu veidu personas datu izmantošanu pētījumos. Kā alternatīvu risinājumu varētu apsvērt arī grozījumu izdarīšanu rakstā minētajos Latvijas normatīvajos aktos (gan likumos, gan no šiem likumiem izrietošajos MK noteikumos). ■

<sup>10</sup> Pasaules ārstu asociācija. Helsinku deklarācija. Ētiskie principi medicīnas pētījumos ar cilvēku iesaisti, 2013.

Foto: Boriss Kolesņikovs



Mg. iur. **Agnese Bankava**  
LU Medicīnas fakultātes pētniece

Foto: Boriss Kolesņikovs



Dr. **Evija Palčeja**  
Pacientu drošības sistēmas  
vadītāja VSIA "Bērnu klīniskā  
universitātes slimnīca",  
LU lektore un pētniece

## Pacientu drošība un ārstniecības personu juridiskās atbildības līkloči

### Pacientu drošības kultūra

Pacientu drošība ir būtiska veselības aprūpes kvalitātes dimensija un vienlaikus liels izaicinājums veselības nozarei – Eiropā statistikas dati konstanti liecina, ka 8–12 % pacientu cieš no kaitējuma, saņemot veselības aprūpes pakalpojumus.<sup>1</sup> Kvalitāti, tai skaitā pacientu drošību, nevar "ieinspicēt" veselības aprūpes sistēmā – tās uzlabošanai ir nepieciešama kvalitātes pilnveides kultūra, kas tiktu izplatīta starp vadītājiem un personālu, jo īpaši klīniskās jomas profesionāļiem, kuri ir visrezistentākie ārējai kontrolei un regulēšanai.<sup>2</sup> Drošas ārstniecības izaicinājums ir gadiem kultivētais priekšstats, ka nevēlamā iznākuma cēlonis ir ārsta vai māsas (u.c. profesionāļa) neuzmanība, kompetences trūkums vai nolaidība, ka "labi profesionāļi nekļūdās", ticība, ka sodīšana novērsīs nākamo kļūdu. Vēl vairāk, Pasaules Veselības organizācija norāda uz to, ka sodīšanas kultūra ir būtisks šķērslis pacientu drošībai. Pārmetumu paredzēšana veicina norobežošanos, nevēlamu notikumu, kļūdu slēpšanu. Bailes no kritikas un soda nepieļauj racionālu cēloņu analīzi.<sup>3</sup> Pacientu drošība tiek definēta kā ar veselības aprūpi saistīta nevajadzīga kaitējuma riska reducēšana līdz pieņemamam

minimumam,<sup>4</sup> akcentējot sistēmisko pieeju drošai ārstniecībai. Sistēmiskā pieeja nozīmē risku identificēšanu un analīzi, kvalitātes un pacientu drošības novērtēšanu un pilnveidošanu ne tikai viena pacienta vai individuāla darbinieka līmenī, bet gan sistēmas, tātad struktūrvienības, procesu, ārstniecības iestādes, arī valsts līmenī. Sistēmiskai domāšanai nepieciešamas zināšanas un pamatīga izpratne par cilvēka faktoriem jeb ergonomiku, ko Pasaules Veselības organizācija rekomendē iekļaut medicīnas augstskolu un māsu skolu izglītības programmās.<sup>5</sup>

Tieši šī jaunveidojamā kvalitātes un pacientu drošības kultūra, kas ietver sevī mācīšanās un pilnveides filozofiju, t.sk. taisnīguma kultūru (*just culture*) praksē,<sup>6</sup> ir lielākais izaicinājums Latvijai. Turklāt, pacientu drošībai ir starpdisciplināra daba – tā ir nesaraucami saistīta ar citām nozarēm, kā politiku, sociālajām zinātnēm, ekonomiku un tiesību zinātnēm,<sup>7</sup> līdz ar to nav iespējams attīstīt mūsdienu pieeju pacientu drošībai izolēti veselības aprūpes sistēmas ietvaros. Vide, kurā nevēlami

1 Slawomirski L., Auraen A., Klazinga N. The Economics of Patient Safety. Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. OECD, 2017, Grant N.D1161105.

2 Shaw Ch.D., Kalo I. A background for national quality policies in health systems, 2002. Pieejams: <http://www.who.int/iris/handle/10665/107458>

3 WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition. World Health Organization, 2011. Pieejams: <http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/tools-download/en/>

4 Slawomirski L., Auraen A., Klazinga N. The Economics of Patient Safety. Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. OECD, 2017, Grant N.D1161105.

5 WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition. World Health Organization, 2011. Pieejams: <http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/tools-download/en/>

6 Leading a Culture of Safety: A Blueprint for Success. The American College of Healthcare Executives, the NPSF Lucian Leape Institute, 2017. Pieejams: <http://www.npsf.org/page/cultureofsafety>

7 Linde Z. Priekšizpētes ziņojums par Eiropas Savienības pacientu drošības politiku. Pacientu drošības politika piecās Eiropas Savienības dalībvalstīs: Apvienotajā Karalistē, Nīderlandē, Dānijā, Lietuvā un Igaunijā. Rīga, 2010, 4. lpp. Pieejams: [http://www.biodrosiba.lu.lv/fileadmin/user\\_upload/lu\\_portal/projekti/biodrosiba/ZLinde\\_Pacientu\\_drosiba.pdf](http://www.biodrosiba.lu.lv/fileadmin/user_upload/lu_portal/projekti/biodrosiba/ZLinde_Pacientu_drosiba.pdf)

gadījumi, nedrošas situācijas, kļūdas var tikt analizētas gaisotnē, kas ir brīva no soda un pārmetumiem, ir būtisks nosacījums pacientu drošības attīstībai, tāpēc pacientu drošība jo īpaši ir aplūkojama ārsta juridiskās atbildības kontekstā, vērtējot, vai Latvijā spēkā esošie normatīvie akti atbilst starptautiskām rekomendācijām un normatīvajiem aktiem un vai tie varētu veicināt pacientu drošības kultūru Latvijā.

### Pacientu drošība Latvijā

Mūsdienu pieeja pacientu drošībai Latvijā ir salīdzinoši jauns virziens veselības aprūpē, kamēr starptautiskā līmenī tā attīstīta kopš 2005. gada, kad tika sasaukta pirmā Eiropas Savienības dalībvalstu Pacientu drošības darba grupa.<sup>8</sup> Ievērojot tās izteiktos aicinājumus, 2008. gadā Eiropas Komisija izstrādāja Komisijas paziņojumu Eiropas Parlamentam un Padomei par pacientu drošību, kurā tika uzsvērts viens no tās pamatprincipiem, ka ir jāizstrādā tāda sistēma, kurā netiek meklēti vainīgie, bet tiek konstatēts nevēlamo notikumu mērogs, veids un cēloņi ar mērķi efektīvi izmantot resursus risinājumu un darbību aktīvai meklēšanai.<sup>9</sup> Ar Eiropas Parlamenta un Padomes izstrādāto Direktīvu 2011/24/ES par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē<sup>10</sup> (turpmāk – Pacientu tiesību direktīva) dalībvalstīm juridiski tiek uzlikts par pienākumu līdz 2013. gada 25. oktobrim nacionālajos normatīvajos aktos ieviest divus būtiskus pacientu drošības elementus: veselības aprūpē radīto kaitējumu atlīdzināšanas sistēmu un veselības aprūpē nodarbināto personu atbildības aizsardzības sistēmu. Pacientu tiesību direktīva ir uzskatāma par speciāla rakstura veselības nozares tiesību aktu un Eiropas Savienības sekundāro tiesību aktu, kas ir juridiski saistošs dalībvalstīm, līdz ar to arī juridiski saistošs Latvijai. Ekonomiskās sadarbības un attīstības organizācija (turpmāk – OECD) savukārt uzsver, ka pacientu drošībai ir liela ietekme uz ekonomiku, vēršot uzmanību uz kļūdu un neveiksmju izmaksām, uz kaitējuma cēloņiem un iespējām tos efektīvi reducēt. OECD uzsver, ka daudzi nevēlami notikumi var tikt sistēmiski novērsti ar labāku politiku un labāku praksi izmaksu ziņā, kas ir zemākas par kaitējuma izmaksām, līdz ar to Latvijai ir jāveic darbības pacientu drošības veicināšanai, lai tiku uzlabota ekonomiskā situācija veselības

8 European Commission. High Level Group on health services and medical care. Minutes of the meeting of the High Level Group on 29 September 2005, p. 11. Pieejams: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/co\\_operation/mobility/docs/highlevel\\_2005\\_015\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/highlevel_2005_015_en.pdf)

9 Communication from the Commission to the European Parliament and the Council on patient safety, including the prevention and control of healthcare-associated infections COM(2008) 836 final redaction. Commission of the European Communities. Brussel, 15.12.2008, pp. 2, 3, 6. Pieejams: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/TXT/?uri=CELEX:52008DC0836>

10 Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare. Official Journal of the European Union, Nr. L88/45, 04.04.2011.

aprūpē.<sup>11</sup> Lai arī šobrīd pacientu drošība Latvijas normatīvajos aktos tieši netiek regulēta, Latvija ir formāli izpildījusi savas saistības un izveidojusi Ārstniecības riska fondu (turpmāk – ĀRF), kura ietvaros pacientiem ir radīta iespēja saņemt kompensāciju par veselības aprūpes kaitējumu. Tomēr autore vēlas norādīt uz to, ka, lai arī ĀRF mērķis ir izmaksāt pacientiem kompensāciju par veselības aprūpes kaitējumu, tās izmaksāšanai jākonstatē cēloņsakarība starp ārstniecības personas darbību vai bezdarbību un ārstniecības rezultātā radušos kaitējumu,<sup>12</sup> tādējādi akcentējot konkrētas ārstniecības personas atbildību un nonākot pretrunā Pacientu tiesību direktīvā ietvertajam nosacījumam.

Papildus Veselības ministrija ir izstrādājusi Veselības aprūpes sistēmas kvalitātes pilnveidošanas un pacientu drošības koncepciju<sup>13</sup> (turpmāk – Koncepcija), kuras ietvaros noteikusi kompetento valsts iestādi, t.i., Slimību profilakses un kontroles centru, pacientu drošības politikas veidošanai un metodiskā atbalsta sniegšanai pacientu drošībā. Kopš 2017. gada oktobra ir spēkā papildu prasības ārstniecības iestādēm attiecībā uz pacientiem drošu ārstniecības pakalpojumu nodrošināšanu, tai skaitā ziņošanas un mācīšanās sistēmas ieviešanu,<sup>14</sup> nosakot, ka ārstniecības iestādes “ievieš un uztur pacientu neidentificējošu iekšējo pacientu drošības ziņošanas un mācīšanās sistēmu, kas nodrošina informācijas vākšanu un analīzi par gadījumiem, kuru dēļ radies vai varēja rasties ar veselības aprūpi saistīts kaitējums pacientam (pacientu drošības gadījumiem), un risku mazināšanas pasākumus, lai samazinātu attiecīgu gadījumu atkārtšanās iespējas un nodrošinātu atgriezenisku saiti pacienta drošības jautājumos iesaistītajām ārstniecības personām”.<sup>15</sup> Tomēr autore uzsver, ka, ieviešot ziņošanas un mācīšanās sistēmu, ārstniecības personas nav pasargātas no juridiskās atbildības iestāšanās.

Ziņošanas un mācīšanās sistēma ir viens no risku vadības pamatelementiem daudzās augsta riska nozarēs. Bērnu klīniskā universitātes slimnīca (turpmāk – Bērnu slimnīca), kura bija pirmā un ieviesa to 2013. gadā, līdzīgi kā citas slimnīcas, uzsākot ziņošanas un mācīšanās sistēmu veidošanu, norāda uz to, cik grūti ir motivēt

11 Konvencija par Ekonomiskās sadarbības un attīstības organizāciju. Pieejama: <http://www.oecd.org/general/conventionontheorganisationforeconomic-operationanddevelopment.htm>; Slawomirski L., Auraaen A., Klazinga N. The Economics of Patient Safety. Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. OECD, 2017, Grant N.DI161105, pp. 5–10.

12 Ministru kabineta 2013. gada 5. novembra noteikumi Nr. 1268 “Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi”, 9.2. apakšpunkts. Latvijas Vēstnesis, 22.11.2013., Nr. 228.

13 Latvijas Republikas Veselības ministrija. Veselības aprūpes sistēmas kvalitātes pilnveidošanas un pacientu drošības koncepcija. Pieejama: [http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/aktualitates/VM\\_KONCEPCIJA\\_KV\\_PD\\_01-01-2017\\_100417.pdf](http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/aktualitates/VM_KONCEPCIJA_KV_PD_01-01-2017_100417.pdf)

14 Ministru kabineta 2009. gada 20. janvāra noteikumi Nr. 60 “Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām”. Latvijas Vēstnesis, 11.02.2009., Nr. 23.

15 Turpat, 17.5. apakšpunkts.

darbiniekus tajā iesaistīties. Viens no galvenajiem pretargumentiem ziņošanai par nevēlamiem notikumiem ir pārliecības trūkums, ka tā neizsauks sodīšanu, jo Latvijas normatīvajos aktos nav nosacījumu ziņotāja vai ziņošanas procesā iesaistīto juridiskai aizsardzībai. Civilajā aviācijā, ko bieži min kā piemēru drošības risku vadīšanā, ziņošanas sistēma ir nostiprināta ar regulu,<sup>16</sup> nosakot ziņotāju un incidentā iesaistīto aizsardzību pret sodīšanas sankcijām. Ziņošanas ietvaros saņemtās informācijas aizsardzību ir noteikušas arī vairākas valstis, kurās darbojas pacientu drošības ziņošanas un mācīšanās sistēmas. Piemēram, Īrijas normatīvajā regulējumā ir noteikts, ka informācija, kas noskaidrota ziņošanas sistēmas (gan obligātas un brīvprātīgas) ietvaros, ir stingri konfidenciāla, aizsargāta no juridiskās atklāšanas un uz to neattiecas informācijas brīvības tiesību akti.<sup>17</sup> Savukārt Dānijas likumā “Par pacientu drošu veselības aprūpi” ir iestrādāta norma, kas paredz, ka tas, ka veselības aprūpes speciālists ir ziņojis par nevēlamu notikumu vai nevēlamā notikuma analizē iegūtām ziņām, nevar būt par iemeslu veselības aprūpes speciālista saukšanai pie atbildības.<sup>18</sup> Šobrīd ir pārāgrī vērtēt, vai minētie pasākumi Latvijā spēs iedzīvināt pacientu drošību, taču ar Konceptiju un grozījumiem ir veiktas ļoti būtiskas darbības ar mērķi ieviest Eiropas Savienības nostājai atbilstošu pacientu drošības sistēmu, tāpēc juridisko normu izpētei, problēmu analīzei un izmaiņām vēl aizvien ir būtiska nozīme pacientu drošības attīstībā Latvijā.

### Pacientu drošība un ārstniecības kvalitāte

Latvijā ir konstatējamas būtiskas problēmas atbildības jautājumos medicīnas nozarē, un Latvija šajos jautājumos atrodas problēmu apzināšanas posmā, līdz ar to ir vēl tāls ceļš ejams, lai atbildības jautājumi tiktu sakārtoti pacientu drošības kontekstā. Pirmkārt, Latvijā nav sakārtots jautājums par to, kas ir atbildīgs par ārstniecības kvalitāti. Pasaules Veselības organizācijas norāda, ka pacientu drošības jēdziens ir saistīts ar “veselības aprūpes kvalitāti”, bet šie divi jēdzieni nav sinonīmi.<sup>19</sup> Pacientu drošība ir kvalitātes pilnveidošanas pamatfilozofija.<sup>20</sup> Gan no Starptautiskā pakta par ekonomiskajām, sociālajām un

kultūras tiesībām, gan no Eiropas Sociālās hartas, gan no Liguma par Eiropas Savienības darbību, kā arī no Pacientu tiesību direktīvas skaidri izriet tieši valstu atbildība un pienākums nodrošināt kvalitatīvu veselības aprūpi savā teritorijā.<sup>21</sup> Līdz ar to primāri tieši valstij ir pienākums iesākumā rūpēties par to, lai veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem vispār būtu iespēja sniegt kvalitatīvu veselības aprūpi, proti, viņi būtu nodrošināti ar visu nepieciešamo, lai varētu tikt sniegta kvalitatīva veselības aprūpe, kā arī par visu veselības aprūpi valstī kopumā, proti, lai valstī būtu nodrošinātas zinātniski un medicīniski pamatotas preces un pakalpojumi un būtu kvalificēts medicīnas personāls, zinātniski apstiprināti un pārbaudīti medikamenti un slimnīcu aprīkojums, sanitārie apstākļi.<sup>22</sup> Tomēr Latvijā Pacientu tiesību likumā ir noteikts, ka ārstējošais ārsts kopumā atbild par visas pacienta ārstniecības pamatotību, mērķticību, nepārtrauktību, kvalitāti un rezultātiem,<sup>23</sup> tādējādi atbildība par pacienta ārstniecības kvalitāti un rezultātiem ir pilnībā uzlikta ārstējošajam ārstam, neraugoties uz to, ka ārstniecības kvalitāte var būt atkarīga ne tikai no ārstējošā ārsta darbībām, bet arī no citiem apstākļiem, tajā skaitā citām ārstniecībā iesaistītām personām – māsām, konsultantiem, dežūrārstiem, kā arī ārsta darbībām pacienta ārstniecībā ir jāatbilst ne tikai ārējiem normatīvajiem aktiem, bet arī ārstniecības iestādes iekšējiem normatīvajiem aktiem, darba vai profesionālā dienesta līgumam un ārstniecības iestādes vadītāja rīkojumam.

Latvijā nav sakārtots jautājums par to, kas ir atbildīgs par ārstniecības kvalitāti.

Latvijā ir spēkā arī Ārstniecības likums, kas paredz, ka ārstniecības iestādes ir ārstu prakses, valsts un pašvaldību iestādes, saimnieciskās darbības veicēji un komercsabiedrības, kas reģistrētas ārstniecības iestāžu reģistrā, atbilst normatīvajos aktos noteiktajām obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām un nodrošina ārstniecības pakalpojumus.<sup>24</sup>

16 Regulation (EU) No 376/2014 of the European Parliament and of the Council of 3 April 2014 on the reporting, analysis and follow-up of occurrences in civil aviation. EUR-Lex. Pieejams: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LV/TXT/?uri=CELEX%3A32014R0376>

17 Health Service Executive (HSE). Safety Incident Management Policy, p. 14. Pieejams: [https://www.hse.ie/eng/about/Who/qualityandpatientsafety/MeasuringandLearning/SCDQIDQIProgramme/Safety\\_Incident\\_Management\\_Policy.pdf](https://www.hse.ie/eng/about/Who/qualityandpatientsafety/MeasuringandLearning/SCDQIDQIProgramme/Safety_Incident_Management_Policy.pdf)

18 Act on Patient Safety in the Danish Health Care System, p. 6. Pieejams: [http://arkiv.patientsikkerhed.dk/media/566771/act\\_on\\_patient\\_safety.pdf](http://arkiv.patientsikkerhed.dk/media/566771/act_on_patient_safety.pdf)

19 World Health Organization. Conceptual Framework of an International Patient Safety Event Classification. Final technical report, 2009, p. 133. Pieejams: [http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf)

20 World Health Organization. Quality of care: patient safety Report by the Secretariat. No. A55/13, 2002, p. 3. Pieejams: [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA55/ea5513.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ea5513.pdf?ua=1)

21 International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR). Pieejams: <http://www.humanrights.lv/>; European Social Charter. Pieejams: <https://m.likumi.lv/doc.php?id=255041>; Consolidated version of the Treaty on the Functioning of the European Union. Pieejams: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A12012E%2FTXT>

22 United Nations. Committee on Economic, Social and Cultural rights. Substantive issues arising from the implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural rights. General Comment No 14 (2000), 22nd session, Geneva, 2000. Pieejams: [http://apps.who.int/disasters/repo/13849\\_files/o/UN\\_human\\_rights.htm](http://apps.who.int/disasters/repo/13849_files/o/UN_human_rights.htm)

23 Pacientu tiesību likums. Latvijas Vēstnesis, 30.12.2009., Nr. 205. 5. panta otrā daļa: “pacientam ir tiesības uz kvalitatīvu un kvalificētu ārstniecību neatkarīgi no viņa slimības rakstura un smaguma”. 1. panta otrās daļas 1. punkts: “ārstējošais ārsts ir ārstniecības persona, kura vada pacienta ārstniecību, pieņem ar pacienta ārstniecību saistītus lēmumus un kopumā atbild par visas pacienta ārstniecības pamatotību, mērķticību, nepārtrauktību, kvalitāti un rezultātiem”.

24 Ārstniecības likums, 1. panta 3. punkts. Latvijas Vēstnesis, 01.07.1997., Nr. 167/168.

Savukārt Pacientu tiesību likumā noteikts, ka veselības aprūpes pakalpojumus pacientam sniedz ārstniecības persona noteikta ārstniecības mērķa sasniegšanai.<sup>25</sup> Tātad atbilstoši Latvijas normatīvajam regulējumam ārstniecības pakalpojumus nodrošina ārstniecības iestādes, taču pašus pakalpojumus sniedz ārstniecības personas individuāli neatkarīgi no tā, vai ārstniecības personas ārstniecības pakalpojumus sniedz kā ārstniecības persona, kas patstāvīgi nodarbojas ar ārstniecību attiecīgajā profesijā,<sup>26</sup> vai kā ārstniecības iestādē nodarbinātas ārstniecības personas. Atšķirīgs definējums ietverts Pacientu tiesību direktīvā, kurā norādīts, ka veselības aprūpes sniedzējs ir jebkura fiziska vai juridiska persona (t.i., ārstniecības iestāde) vai cita organizācija, kas dalībvalsts teritorijā likumīgi sniedz veselības aprūpi.<sup>27</sup> Līdz ar to veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju izpratne Latvijas normatīvajā regulējumā neatbilst veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju izpratnei Pacientu tiesību direktīvā.

Ar Pacientu tiesību direktīvu, kuras juridiskais pamats ir Līguma par Eiropas Savienības darbību 114. pants, kas paredz Eiropas Savienības iekšējā tirgus darbību un preču, personu un pakalpojumu brīvu apriti,<sup>28</sup> Eiropas Savienība ir nostiprinājusi veselības aprūpi kā pakalpojumu, nosakot, ka veselības aizsardzības sistēma ir arī daļa plašākā sistēmā, ko veido vispārējās nozīmes pakalpojumi,<sup>29</sup> līdz ar to atzīstot, ka uz veselības aizsardzību attiecināms arī normatīvais regulējums par pakalpojumiem. Lai arī pastāv vairāki būtiski apstākļi, kādēļ veselības aprūpes pakalpojumi nebūtu pilnībā pielīdzināmi pakalpojumiem (piemēram, sniedzot veselības aprūpes pakalpojumu, bieži vien nav iespējams garantēt veselības aprūpes atbilstību līgumam, proti, vienmēr sagaidāmu vienādu rezultātu), autoru ieskatā, uz veselības aprūpes pakalpojumiem būtu attiecināmi pakalpojumu vispārējie noteikumi. Autores uzskata, ka būtu veicama izmaiņas normatīvajā regulējumā, kas attiecas uz veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju izpratni un atbildību par pacienta ārstniecības kvalitāti, proti, būtu pielīdzināma veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju izpratne Pacientu tiesību direktīvas izpratnei un nodalāms, kurā brīdī atbildīgs par pacienta ārstniecības kvalitāti ir ārstējošais ārsts, t.i., kad ārstniecības pakalpojumu sniedz ārstniecības persona, kas patstāvīgi nodarbojas ar ārstniecību attiecīgajā profesijā, un kurā brīdī atbildība par pacienta ārstniecības kvalitāti būtu jāuzņemas ārstniecības iestādei, proti, kad ārstniecības pakalpojumi tiek sniegti ārstniecības iestādē un tos sniedz ārstniecības iestādē nodarbinātas ārstniecības personas.

25 Pacientu tiesību likums, 1.panta 5. punkts. Latvijas Vēstnesis, 30.12.2009., Nr. 205.

26 Ārstniecības likums, 26. panta pirmā daļa. Latvijas Vēstnesis, 01.07.1997., Nr. 167/168.

27 Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare. Official Journal of the European Union, Nr. L88/45, 04.04.2011.

28 Turpat.

29 Turpat.

## Ārstniecības personas juridiskā atbildība

Papildus normatīvo aktu nepilnībām veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju un ārstniecības kvalitātes jautājumos ārstniecības personām normatīvajos aktos paredzēta dažāda juridiskā atbildība par ārstniecības kvalitāti, kas arī rada šķēršļus pacientu drošības integrēšanai Latvijā. Ārstniecības personai, atbildot par ārstniecības kvalitāti, Latvijā var tikt piemērota disciplinārā atbildība, administratīvā atbildība, kriminālatbildība vai civiltiesiskā atbildība. Autores norāda, ka nav šaubu, ka par normatīvo aktu neievērošanu, administratīvo pārkāpumu vai noziedzīgu nodarījumu izdarīšanu ārstniecības personas ir saucamas pie atbildības normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā. Problēmu rada tiesību normas, kas satur nenoteiktus tiesību jēdzienus, kuru piepildīšana ar konkrētu saturu veselības aprūpē var izrādīties apgrūtināša, un kas tiek piemērotas ārstniecības personu saukšanā pie juridiskās atbildības veselības aprūpes kļūdu gadījumos. Šādas normas ir Latvijas Administratīvo pārkāpumu kodeksa<sup>30</sup> 45.<sup>1</sup> panta pirmā daļa, kas paredz, ka par veselības aprūpes pārkāpumiem ārstniecības persona vai ārstniecības iestādes vadītājs saucami pie administratīvās atbildības, un Krimināllikuma 138. panta pirmā daļa, kas paredz, ka par ārstniecības personu profesionālo pienākumu nepildīšanu vai par nolaidīgu to pildīšanu ārstniecības persona saucama pie kriminālatbildības.

Ārstniecības personai, atbildot par ārstniecības kvalitāti, Latvijā var tikt piemērota disciplinārā atbildība, administratīvā atbildība, kriminālatbildība vai civiltiesiskā atbildība.

Kļūdas veselības aprūpē var tikt vērtētas no divām dažādām perspektīvām: personas pieejas un sistēmas pieejas. Personas pieeja paredz, ka persona ir atbildīga par medicīnas kļūdu jeb nevēlamo iznākumu un rezultējas "kaunināšanās, vainošanās un sodīšanās". Sistēmas pieeja balstīta izpratnē par cilvēka faktoru lomu, uzskatāmi parādot riska faktoru daudzveidīgumu negadījuma mehānismā, akcentējot, ka cilvēku nedrošajām darbībām – kļūdām un pārkāpumiem – ir veicinoši faktori, kas savukārt rodas dažādu pārraudzības faktoru nepilnību un organizatorās ietekmes rezultātā.<sup>31</sup> Cilvēku dabā ir

30 Latvijas Administratīvo pārkāpumu kodekss. Ziņotājs, 20.12.1984., Nr. 51.

31 WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition. World Health Organization, 2011. Pieejams: <http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/tools-download/en/>; Human Factors Analysis and Classification System (HFACS). Pieejams: [http://www.skybrary.aero/index.php/Human\\_Factors\\_Analysis\\_and\\_Classification\\_System\\_\(HFACS\)#HFACS\\_Level\\_1:\\_Unsafe\\_Acts;The\\_HFCAS\\_framework](http://www.skybrary.aero/index.php/Human_Factors_Analysis_and_Classification_System_(HFACS)#HFACS_Level_1:_Unsafe_Acts;The_HFCAS_framework). Pieejams: <http://hfacs.com/hfacs-framework.html>

klūdīties, tāpēc drošība augsta riska procesos nedrīkstētu būt atkarīga no cilvēka uzmanības, atmiņas u.c. īpašībām, drošība “dizainējama” sistēmas ietvaros.<sup>32</sup> Diemžēl izpratne par kļūdām veselības aprūpē Latvijā nesaskan ar kļūdu izpratni pacientu drošībā un balstās individuālā pieejā.

Lai arī vairāki juridiskās jomas pārstāvji Latvijā atzīst, ka kļūdas ārstniecībā nav reta parādība un ir neizbēgamas, tomēr norāda, ka par kļūdām ārstniecības procesā ārstniecības personām ir piemērojama atbildība.<sup>33</sup> Tā, piemēram, Mg. iur., Dipl. med. Ronalds Rožkalns norāda, ka “ārstniecības personai, veicot kļūdainu ārstniecību, var iestāties civiltiesiskā atbildība, kriminālatbildība, administratīvā atbildība, kā arī disciplināratbildība. Lai izvērtētu, vai ārstniecības persona ir saucama pie atbildības, tiesai jāspēj rast atbildes, vai konkrētā ārstniecība ir bijusi kļūdaina, kā arī vai tieši tās rezultātā pacientam radies kaitējums.”<sup>34</sup> Dr. iur. Aldis Lieljuksis norāda, ka “Latvijā par normatīvo aktu neievērošanu un veselības aprūpē pieļautajām kļūdām neprofesionālas rīcības, nolaidības, paviršības dēļ veselības aprūpes jomā ārstniecības personai tiek paredzēta atbildība”.<sup>35</sup> Atšķirībā no R. Rožkalna paustā A. Lieljuksis norāda uz kļūdām neprofesionālas rīcības, nolaidības vai paviršības dēļ, tādējādi sašaurinot ārstniecības personu kļūdas, par kurām ārstniecības persona saucama pie atbildības, taču nenoliedzot, ka par kļūdām ārstniecības procesā ārstniecības persona ir saucama pie atbildības, kā arī detalizētāk nepaskaidrojot kļūdas neprofesionālās rīcības, nolaidības vai paviršības dēļ. Dr. iur., MD. Solvita Olsena norāda, ka “tieslietu sistēmā konceptuāli jāizstrādā kopējā izpratne, kas tad ir medicīniskās kļūdas, kādā veidā tās izpaužas, kas to vērtē un kā vērtē. Tad izmeklētāji varētu vērtēt, kādu atbildības veidu piemērot”.<sup>36</sup> Līdz ar to arī S. Olsena uzskata, ka par kļūdām ārstniecības procesā ārstniecības persona ir saucama pie atbildības, tikai vērtējams ir jautājums par to, pie kādas tieši atbildības ārstniecības persona ir saucama. Diemžēl neviens no minētajiem juridiskās jomas pārstāvjiem nav raudzījies un vērtējis kļūdu cēloņus, bet gan aprobežojies vien ar skatījumu,

ka kļūdas pieļauj konkrētas ārstniecības personas un par kļūdām ārstniecības personas ir saucamas pie atbildības.

Kriminālprocesa likumā, nosakot, ka ekspertu komisijas parasti ekspertīzi veic, lai noteiktu ārstniecības personas kļūdu, veicot ārstniecību, kļūdas tiek vienādotas ar ārstniecības personas profesionālo pienākumu nepildīšanu vai nolaidīgu to pildīšanu, par ko ir paredzēta kriminālatbildība. Autores pieļauj, ka ārstniecības personu kļūdu iestrādāšana Kriminālprocesa likumā ir radusies izpratnes trūkuma dēļ par pacientu drošību un neprecīzas terminoloģijas izvēlēšanās rezultātā, tādējādi uzsverot individuālās pieejas modeli veselības aprūpes kļūdu vērtēšanā. Negadījumi lielākoties nenotiek tāpēc, ka ārsts vai māsa būtu slikts profesionālis, neuzmanīgs, paviršs vai nolaidīgs darbinieks. Kļūda cilvēka darbībā ir tikai viens no apstākļiem, kas ietekmē konkrētu seku iestāšanos. Kā to autore E. Palčeja jau ir norādījusi iepriekš, “cilvēka (ārsta, māsas, pacienta...) zināšanām, prasmēm, cilvēciskajām īpašībām neapšaubāmi ir nozīme, bet ne mazāk būtiski ir pārējie sistēmas elementi: uzdevuma faktori (sarežģītība, izpildāmība, skaidrs formulējums, izpratne par veicamo, instrukciju pieejamība), vide (dažādi traucēkļi, troksnis, apgaismojums, darba vietas iekārtojums, piemērotība), tehnoloģijas (ierīču pieejamība un funkcionalitāte), organizatoriskie līdzekļi (maiņu darba plānošana, resursi, prioritāte, komandas un komunikācijas faktori), kas ietekmē cilvēka veikumu un lēmuma pieņemšanu”.<sup>37</sup> Pacientu drošības kontekstā kļūdas tiek definētas plašāk, raugoties uz sistēmām un ārstniecības procesu kopumā. Saskaņā ar PVO definīciju medicīniskā kļūda ir negadījums vai notikums (un nevis personas darbība vai bezdarbība), kas ir preventabls pastāvošo medicīnisko zināšanu ietvarā.<sup>38</sup> Šapels un Vegmans, cilvēka faktoru eksperti, skaidri norāda uz atšķirību starp kļūdu un pārkāpumu: kļūdas ir nejaušas, neapzinātas novirzes, kamēr pārkāpumi ir rezultāts apzinātai novirzei no akceptētās prakses. Apzināti nozīmē to, ka indivīds zināja, kāda ir akceptējamā prakse, bet izvēlējās to neievērot.<sup>39</sup> Tomēr, autores norāda, tā kā Latvijā veselības aprūpē nepastāv termina “medicīniskā kļūda” vienota izpratne, kā arī veselības aprūpes normatīvajos aktos nav iekļauta šī termina definīcija, netiek nodrošināta ārstniecības personu profesionālo darbību aizsardzība, kā arī var tikt apgrūtināta pacientu drošības elementu ieviešana Latvijā.

Gan Latvijas Administratīvo pārkāpumu kodeksa, gan Krimināllikuma piemērošana lielākoties ir atkarīga no katras konkrētas lietas faktiskajiem apstākļiem un to interpretācijas. Līdz ar to, interpretējot minētās normas

32 Öhrn A. Measures of Patient Safety – Studies of Swedish Reporting Systems and Evaluation of an Intervention Aimed at Improved Patient Safety Culture. Sweden, Linköping University, 2011, p. 11. Pieejams: <http://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:460214/FULLTEXT01.pdf>; Leape LL. Error in medicine. JAMA 1994, pp. 1-7, 18. Pieejams: [http://www.uphs.upenn.edu/gme/pdfs/Leape\\_Error%20in%20Medicine\\_JAMA.pdf](http://www.uphs.upenn.edu/gme/pdfs/Leape_Error%20in%20Medicine_JAMA.pdf)

33 Rožkalns R. Kas ir kļūdaina ārstniecība. Jurista Vārds, 08.10.2013., Nr. 41 (792); Autoru kolektīvs S. Ašņevicas-Slokenbergas zinātniskajā redakcijā. Medicīnas tiesības. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2015, 769., 679., 687. lpp.; Dzērve L. Tiesāšanās ar ārstiem ir specifiska un ilgst gadiem. Pieejams: <http://www.lsm.lv/lv/raksts/vide-un-zinatne/dzive/tiesashanas-ar-arstiem-ir-specifiska-un-ilgst-gadiem.a82881/>

34 Rožkalns R. Kas ir kļūdaina ārstniecība. Jurista Vārds, 08.10.2013., Nr. 41 (792).

35 Autoru kolektīvs S. Ašņevicas-Slokenbergas zinātniskajā redakcijā. Medicīnas tiesības. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2015, 769., 679., 687. lpp.

36 Dzērve L. Tiesāšanās ar ārstiem ir specifiska un ilgst gadiem. Pieejams: <http://www.lsm.lv/lv/raksts/vide-un-zinatne/dzive/tiesashanas-ar-arstiem-ir-specifiska-un-ilgst-gadiem.a82881/>

37 Palčeja E. Pacienta drošums un cilvēka faktors kliniskajā praksē. Pieejams: <http://www.doctus.lv/2016/10/pacienta-drosums-un-cilveka-faktors-klinikaja-prakse>

38 World Health Organization. Conceptual Framework of an International Patient Safety Event Classification. Final technical report, 2009, p. 133. Pieejams: [http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf)

39 Human Factors Analysis and Classification System (HFACS). Pieejams: [http://www.skybrary.aero/index.php/Human\\_Factors\\_Analysis\\_and\\_Classification\\_System\\_\(HFACS\)#HFACS\\_Level\\_1:\\_Unsafe\\_Acts](http://www.skybrary.aero/index.php/Human_Factors_Analysis_and_Classification_System_(HFACS)#HFACS_Level_1:_Unsafe_Acts)

pacientu drošībā balstītā pieejā, varētu novērst situācijas, ka ārstniecības personas tiek sauktas pie atbildības ārstniecības kļūdu gadījumos. Viena no tiesvedību problēmām cita starpā ir arī tāda, ka nav skaidras izpratnes, kas vispār ir pārkāpums ārstniecībā.<sup>40</sup> R. Rožkalns norāda uz nepieciešamību pēc kādiem noteiktiem algoritmiem, pēc kā ārstniecībai jāseko, pēc kā jāvadās ārstam, norādot, ka šādus algoritmus nevar atrast arī Veselības inspekcijas atzinumos.<sup>41</sup> Kā to norādījusi Dr. Valentīna Berga, “viss, kas saistās ar ārstniecību, diagnostiku, diagnozes noteikšanu, nav aprakstīts nevienā normatīvā. Tā ir ārsta profesionalitāte, kurā summējas visa mūža izglītība un darba pieredze. Piemēram, nekur nav rakstīts, ka pneimonija jāārstē 15 dienas ar vienu antibiotiķi, pēc tam ar nākamo un tamlīdzīgi. Tādēļ šajā ziņā nevar būt runa par kādu pārkāpumu. Tā ir ārsta kļūda.”<sup>42</sup> Tomēr Veselības inspekcija nereti visu, kas saistās ar ārstniecību, diagnostiku, diagnozes noteikšanu, atzīst par veselības aprūpes pārkāpumiem, ja vien nav piemērojama kriminālatbildība.

Autoru ieskatā, būtu veicamas izmaiņas normatīvajā regulējumā, kas attiecas uz veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju izpratni un atbildību par pacienta ārstniecības kvalitāti, proti, būtu pielīdzināma veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju izpratne Pacientu tiesību direktīvas izpratnei un nodalāms, kurā brīdī atbildīgs par pacienta ārstniecības kvalitāti ir ārstējošais ārsts.

Pārsvārā darbības, kas saistās ar ārstniecību, diagnostiku, diagnozes noteikšanu par veselības aprūpes pārkāpumiem saskaņā ar Latvijas Administratīvo pārkāpumu kodeksa 45.<sup>1</sup> pantu, Veselības inspekcijas eksperti pamato ar Ārstniecības likuma 37. panta pirmo daļu, kas definē to, kas ir ārsts. No minētā panta izriet secinājumi, ka ārstam kā ārstniecības personai savas profesionālās darbības ietvaros ir pienākums veikt slimību profilaksi, diagnostiku, ārstēšanu un pacientu medicīnisko rehabilitāciju. Taču tādā veidā kā administratīvi sodāmi pārkāpumi tiek interpretētas gan kļūmes ārstniecības gaitā, gan ārsta klīniskās darbības, ja rezultāts pacientam nav veiksmīgs.

40 Dzērve L. Pacienti pret ārstu kļūdām: Dzemdību nama lietā Grasmāne vērsies ECT. Pieejams: <http://www.lsm.lv/lv/raksts/zinju-analize/analize/pacienti-pret-arstu-kljudam-dzemdibu-nama-lieta-grasmane-versii.a77042/>

41 Turpat.

42 Matule S. Uz veselības aprūpi jurista acīm raugoties. Jurista Vārds, 08.10.2013., Nr. 41 (792).

Piemēram, gadījums: operācija ir veiksmīga, pacients pilnībā izvesēlojies, tomēr Veselības inspekcijas eksperti uzskata, ka “operācija ir novēlota un interpretēta kā veselības aprūpes pārkāpumu, jo, pēc eksperta domām, ķirurgam vajadzēja pieaicināt otru atbildīgo ķirurgu, lai lemtu par indikācijām datortomogrāfijas izmeklējuma veikšanai vēdera dobumam un pacienta ievietošanai stacionārā.”<sup>43</sup> Pārkāpuma rezultātā ārstam tiek piespriests administratīvs sods 250 eiro apmērā, neskatoties uz slimnīcas iebildumiem par to, ka slimnīcas iekšējā kārtība nosaka, ka šādi pacienti ar neskaidru diagnozi jāārstē observācijā (kas tā arī notika) un ka datortomogrāfijā indikāciju nebija. Iepazīstoties ar šādu pārkāpumu definējumu, rodas jautājums, kādi normatīvie akti pamato par pārkāpumu atzīto darbību neveikšanu. Pacientu drošības literatūrā ir norādīts, ka cēloniskais sakars bezdarbībā pastāv tikai tad, ja ir pastāvošs pienākums rīkoties.<sup>44</sup> Literatūrā to dēvē par *hindsight bias*, kad pareiza vai pieņemama darbība var tikt interpretēta kā kļūdaina, ja tās rezultātā rodas nelabvēlīgs iznākums (nevēlams notikums).<sup>45</sup> Sidnijs Dekers šādu pieeju salīdzina ar “raganu medībām”, kad spriedumi pamatojas uz iznākumu, bet notikumu interpretācija pirms nevēlamā iznākuma ir tendencioza, aizspriedumaina, zināšanu par iznākumu ietekmēta un ko nosaka nepieciešamība pēc upura.<sup>46</sup> Iespējams, konkrētajā gadījumā Veselības inspekcijas lēmumu ietekmēja pacienta vecāku sūdzība un mediju uzmanība neizdevušās komunikācijas dēļ ar iepriekšējo ķirurgu, kurš bija pacientu izrakstījis no neatliekamās palīdzības nodaļas. Arī šis ķirurgs “nopelnīja” administratīvu sodu. Protams, normatīvie akti paredz ārstniecības personām iespējas aizstāvēt savas tiesības un pārsūdzēt pieņemtos lēmumus par ārstniecības personu saukšanu pie atbildības. Kā jebkuru pierādījumu, arī ekspertu atzinums gan Veselības inspekcijai, gan tiesai jāvērtē, vadoties no tiesiskās apziņas, kas balstīta ne tikai uz loģikas likumiem un dzīvē gūtajiem novērojumiem, bet arī uz zinātnes atziņām. Turklāt tiesai arī jānovērtē, vai eksperta atzinums ir pamatots, pilnīgs un skaidrs. Tiesai nevajadzētu atteikties vērtēt eksperta atzinuma pamatotību tikai tāpēc, ka tas pārsniedz tiesas zināšanas.<sup>47</sup> Tomēr praksē, it sevišķi administratīvo pārkāpumu lietās, Latvijas tiesa nevērtē ekspertu atzinumus, bet, pamatojoties uz ekspertu atzinumā konstatēto, saskaņā ar Latvijas Administratīvo pārkāpumu kodeksu atzīst, ka iestādes lēmumā ietvertais

43 Veselības inspekcijas 2016. gada 20. aprīļa lēmums administratīvā pārkāpuma lietā Nr. H29 AL 003573. Publiski nav pieejams.

44 Center for Healthcare Engineering and Patient Safety. Five Rules of Causation. University of Michigan, 2015, p. 3. Pieejams: <https://cheps.engin.umich.edu/wp-content/uploads/sites/118/2015/04/Five-Rules-of-Causation.pdf>

45 Kalra J. Medical Errors and Patient Safety: Strategies to Reduce and Disclose Medical Errors and Improve Patient Safety. Berlin: De Gruyter, 2011, pp. 3-142.

46 Dekker S. Just Culture. Balancing Safety and Accountability. Hampshire: Ashgate Publishing, 2007. Pieejams: <http://sidneydekker.com/>

47 Rožkalns R. Kas ir kļūdaina ārstniecība. Jurista Vārds, 08.10.2013., Nr. 41 (792).



pamatojums ir pareizs un pilnībā pietiekams, un pievienojas iestādes nolēmuma motivācijai.<sup>48</sup> Arī minētajā piemērā tiesa noraidīja pārsūdzību, atstājot negrozītu Veselības inspekcijas lēmumu, neskatoties uz to, ka neviens no ekspertiem nebija eksperts bērnu ķirurģijā. Jāmin, ka šis ir viens no tiem gadījumiem, kad ārsts ar ilggadēju darba pieredzi kļuva par gadījuma upuri, kas rezultējās ar nopietniem ārsta veselības traucējumiem.

### Kopsavilkums / secinājumi

Kopsavilkumā autores akcentē būtiskas problēmas ārstniecības personu atbildības izvērtēšanā, ne tikai pacientu drošības kontekstā, bet arī šobrīd Latvijā spēkā esošo normatīvo aktu ietvaros:

1) normatīvajos aktos nav atrodams skaidrojums ne par to, kas ir veselības aprūpes pārkāpums, ne kas ir ārstniecības personas profesionālo pienākumu nolaidīga pildīšana, apgrūtinot tiesisku ārstniecības personu darbību izvērtēšanu;

2) ekspertīzes veic un atzinumus sastāda ārsti eksperti, kuriem nav zināšanu konkrētajā specialitātē;

3) ekspertu atzinumi netiek pamatoti nedz ar tiesību avotiem, nedz medicīnisko literatūru, taču tas nav šķērslis ārstniecības personu saukšanai pie atbildības;

4) ārstniecības personām, aizstāvot savas tiesības un pārsūdzot pieņemtos lēmumus par ārstniecības personu saukšanu pie atbildības, gan Veselības inspekcija, gan tiesas nevērtē atzinumus kā vienu no pierādījumiem lietā, bet gan pārējos pierādījumus izvērtē saskaņā ar atzinumā konstatēto.

Autores norāda, ka ir nepieciešamas būtiskas izmaiņas ārstniecības personu atbildības izvērtēšanā:

1) jānodrošina, ka atzinumus sastāda ārsti eksperti, kuriem ir zināšanas konkrētajā specialitātē;

2) atzinumos jāiekļauj ārstniecības personu atbildības pamatojums, t.i., tiesību normas, no kurām izriet konkrēti ārstniecības personas pienākumi, pastāvot konkrētajiem faktiskajiem apstākļiem, kā arī praksē atzīta tiesību zinātnes vai medicīnas zinātnes literatūra;

3) jānodrošina, ka ekspertu atzinumi tiek vērtēti kā viens no pierādījumiem ārstniecības personu saukšanai pie atbildības;

4) jāizstrādā vadlīnijas ārstniecības personu atbildības izvērtēšanā, pēc iespējas tuvinot tās pacientu drošības izpratnei par veselības aprūpē nodarbināto atbildību.

### Noslēgumā

Kā norāda Latvijas Ārstu biedrības prezidents Pēteris Apinis, "Latvija ir to valstu vidū, kur izkropļota likumdošana un neprofesionāla tiesvedība neļauj analizēt kļūdas.

48 Rīgas pilsētas Ziemeļu rajona tiesas 2017. gada 30. marta spriedums lietā Nr. 132034816/3, 5. lpp. Publiski nav pieejams.

Proti, ārstu var sodīt par kļūdu, piespriet viņam reālu cietumsodu, vajāt, sabojāt karjeru un dzīvi. Valstīs, kur kļūda var kļūt par iemeslu kriminālatbildībai, kļūdas tiek slēptas, diskusijas par kļūdām nenotiek, patoloģ-anatomiskas konferences nenotiek, līdz ar to tiek liegta iespēja mācīties no savām un citu kļūdām. Tiek liegts labāk palīdzēt citiem".<sup>49</sup> Autores norāda, ka sūdzību sistēma sniedz informāciju par veselības aprūpes kvalitāti un nosaka tās nepilnības. Atlīdzības sistēma atlīdzina cietušajam radīto kaitējumu, tomēr praksē šīs sistēmas nenodrošina veselības aprūpes kvalitātes uzlabošanu.<sup>50</sup> Sadursme starp deliktu tiesībām un pacientu drošību grauj centienus uzlabot kvalitāti. Bailes par juridiskās atbildības iestāšanos mazina interesi par pacientu drošības aktivitātēm un mērķiem.<sup>51</sup> Ziņotāja un ziņošanas procesā iegūtās informācijas aizsardzība ir nepieciešama, lai stimulētu ārstniecības personas ziņot par nevēlamām notikumiem, likvidējot vainas pierādīšanas saķīkstes principu.<sup>52</sup> Medicīnas atbildības reformu mērķis ir uzlabot veselības aprūpi un veicināt pacientu drošību, salāgojot medicīnisko atbildību ar mūsdienīgu pieeju pacientu drošībai un kvalitātei.<sup>53</sup> Pacientu drošības kultūra nozīmē organizācijas mācīšanos un nepārtrauktu sniegumu pilnveidi,<sup>54</sup> izprotot atšķirību starp diviem jēdzieniem "cilvēka kļūda" un "medicīniska kļūda". Taisnīguma kultūras kontekstā cilvēka kļūda ir sagaidāma – cilvēka dabā ir kļūdoties, līdz ar to sistēmai jābūt tā "dizainētai", lai palīdzētu cilvēkam darīt pareizas lietas un nedarīt nepareizas, tādā veidā izvairoties no kaitējuma pacientam jeb medicīniskās kļūdas. Cilvēka kļūdas gadījumā sniedzams atbalsts personai, kura kļūdijsies, izpētīt sistēmu, kā izvairīties no līdzīgām kļūmēm nākotnē. Nolaidīga uzvedība (*reckless behavior; negligence*) ir apzināta rīcība, neskatoties uz zināšanām, kas izvēlēta, ignorējot kaitējuma risku. Šie ir tie gadījumi, kad reaģēšanā uz apzinātu drošības ignorēšanu būtu piemērojami disciplināri pasākumi. Taisnīguma un samērīguma principi attiecībā uz pacientu drošību, iestrādāti normatīvajos aktos, būtu labs ieguldījums pacientu drošībai, ko varētu īstenot veselības aprūpes profesionāļi un juristi kopā. ■

49 Apinis P. Veselības aprūpes reforma. Pieejams: <http://apollo.tvnet.lv/zinas/peteris-apisin-veselibas-aprupes-reforma/787459>

50 Sage William M. Medical Liability And Patient Safety. Pieejams: <http://content.healthaffairs.org/content/22/4/26.full>

51 Medical Malpractice. Health policy report. D.M. Studdert, M.M. Mello, T.A. Brennan, 287. Pieejams: [https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/487/2012/10/HPR\\_final.pdf](https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/487/2012/10/HPR_final.pdf)

52 Kohn L.T., Corrigan J.M., Donaldson M.S. Editors. Committee on Quality of Health Care in America. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Institute of Medicine. National Academy Press. Washington, D.C., 2000, p. 111.

53 Agency of Healthcare Research and Quality. Patient Safety and Medical Liability Reform: Putting the Patient First. Pieejams: <https://archive.ahrq.gov/news/newsroom/commentaries/putting-patients-first.html>

54 Leading a Culture of Safety: A Blueprint for Success. The American College of Healthcare Executives, the NPSF Lucian Leape Institute, 2017. Pieejams: <http://www.npsf.org/page/cultureofsafety>



Dr. med., Mg. iur. **Aigars Lācis**  
Asinsvadu ķirurgs

## Jatrogēnijas koncepcija

**Lai uzlabotu pacientu drošību un novērstu iespējamus riskus nākotnē, kā arī lai pasargātu ārstniecības personas no nepamatotām apsūdzībām, ārstiem ir jāizveido mūsdienīgs jatrogēnijas reģistrs, bet juristiem – jatrogēnijas tiesiskais regulējums.**

Uzsākot jurisprudences studijas, jau gandrīz 30 gadus strādāju par asinsvadu ķirurgu. Toreiz par savu mērķi izvirzīju ārstniecības personas tiesību aizstāvību gadījumos, kas saistīti ar viņu profesionālās darbības izraisītām negatīvām sekām. Manu uzmanību piesaistīja fakts, ka, pilnīgi pamatoti pastāvot neskaitāmām organizācijām, kuras apvieno pacientus un viņu tiesību aizstāvjus, vienlaikus nav nevienas, kas rūpētos par ārstniecības personas tiesisko aizsardzību gadījumos, kad, sniedzot medicīnisko palīdzību, kaut kas noiet greizi. Nokļūstot situācijā, kad ārstēšanas rezultāts atšķiras no gaidītā, pat tad, ja tas ir bijis iepriekš prognozējams ar lielu varbūtības pakāpi, ārstniecības persona tiek pamesta viena savas rīcības skaidrošanai pacientam vai tā piederīgajiem, kuru pozīcija ne vienmēr ir izprotaša un uzklausi gribīga. Kā rāda pieredze – uz masu mediju izpratni konkrētajos gadījumos cerību nav vispār.

Kopējie mani secinājumi šodien diemžēl nav par labu – ne medicīnai, ne jurisprudencē, jo nevienā no minētajām specialitātēm jatrogēnijas jautājums nav līdz galam ne izpētīts, ne noregulēts šī vārda tiesiskajā izpratnē.

### Jatrogēnijas jēdziena vēsturiskā attīstība

Jatrogēnija – grieķu valodā (*ιατρος*) un latīņu valodā (*-genia*) un *iatros* (dziednieks, ārsts) + *gennan* (radīt, veidot) vai *genea* (sākums).<sup>1</sup>

1 Jatrogēnija un jatrogenēze. Pieejams: <http://www.encyclopedia.com/doc/1O88-iatrogenesis.html>

Raksta pamatā ir autora referāts, kas nolasīts Latvijas Ārstu kongresa ietvaros 2017. gada 22. septembrī notikušajā konferencē “Medicīna un jurisprudencē”.

Jatrogēnu slimību vai nāvi izraisījusi mērķtiecīga vai nepieļaujama dziednieka kļūda vai nolaidība ļoti bargi sodīta daudzās civilizācijās. Hammurapi likumi (2250. gadu p.m.ē.) apraksta trīs noziegumu veidus: pret personu, ģimeni un pret īpašumu. Likumi nerunā par slepkavību ar nodomu, bet vieni no pirmajiem piemin nogalināšanu aiz neuzmanības – tika sodīts celtnieks, kas uzcēlis māju, kura sagruva, un ārsts, kura operācija noveda pie nāves.<sup>2</sup>

“218. §. Ja ārsts veic smagu operāciju brīvam cilvēkam ar bronzas nazi un nogalina šo cilvēku vai viņš cilvēkam atver [...] ar bronzas nazi un izdur tam aci, tad viņam (ārstam) vajag nocirst plaukstu.

219. §. Ja ārsts veic smagu operāciju [...] vergam ar bronzas nazi un nogalina viņu, tad viņam (ārstam) ir jāatmaksā ar vergu par vergu.

220. §. Ja viņš tam (vergam) atver [...] ar bronzas nazi un izdur tam aci, viņam jāatdod sudrabā puse no tā (verga) pirkuma cenas.”

Saskaņā ar Šumeru karalistes likumiem (2050. gadu p.m.ē.) no cilvēka, kurš, izmantojot jebkuru instrumentu, nodarīja miesas bojājumus citam cilvēkam, tika piedzītas ievērojamas naudas summas. Senajā Ēģiptē, Indijā un Ķīnā, lai pasargātu iedzīvotājus no mediķu patvaļas, valsts noteica tiem laikiem diezgan augstus medicīniskās praktizēšanas standartus – speciāli valsts nozīmēti ierēdņi uzraudzīja medicīniskās palīdzības sniegšanas kārtību un tās atbilstību likumiem, kuru pārkāpšanas gadījumā draudēja bargs sods.<sup>3</sup>

Hipokrāta zvērests (5. gs. p.m.ē.) ielika stūrakmeņus mūsdienu medicīnas ētikai. Vienā no pasaulē pirmajām medicīnas skolām Salerno (Itālijā) jau 12. gs. tika izstrādāti ārstnieciskās darbības noteikumi, kas paredzēja neatkarīgas ārējas kontroles elementus un medicīniskās palīdzības kvalitātes novērtēšanu.

2 Сборник Законов царя Хаммурапи. Источники права. Вып. 1, 1996, Тольятти: ИИП “Акцент”, с. 56. Pieejams: [arlibrary2007.narod.ru/zokoni\\_hammurapi.doc](http://arlibrary2007.narod.ru/zokoni_hammurapi.doc) un <http://www.hist.msu.ru/ER/Etext/hammurap.htm>

3 Zemītis G. Ārvalstu valsts un tiesību vēsture. Otrais papildinātais izdevums. Rīga: Biznesa augstskola Turība, 2006, 36. lpp.

Pasaulē pirmās māsu skolas dibinātāja un pazīstama Lielbritānijas sabiedriskā darbiniece, žēlsirdības māsa Florence Naitingeila 1865. gadā aktualizēja jautājumu par tādu slimību ārstēšanu, kas tieši saistītas ar ārstēšanas rezultātiem.<sup>4</sup>

Pastāv uzskats, ka modernajā medicīnā jatroģēnijas terminu ieviesa vācu psihiatrs Osvalds Bumke (1877–1950) darbā “Ārsts kā garīgu traucējumu iemesls”. Ilgu laiku dominēja viedoklis, ka par jatroģēniju uzskatāma tikai psihogēna slimība,<sup>5</sup> pacientam nepareizi uztverot kādu ārstniecības (vai citas) personas izteikumu vai izturēšanos, un šī iemesla dēļ izveidojoties jaunām vai pastiprinoties jau esošām slimīgām sajūtām.<sup>6</sup> Mūsdienās neveiksmīgs ārsta izteiciens tiek uzskatīts tikai par jatroģēnijas paveidu.<sup>7</sup>

Laika gaitā jatroģēnijas jēdziens ir ieguvis ievērojami plašāku interpretāciju, tomēr viena lieta tajā palikusi nemainīga cilvēka faktors. Mūsdienās mainījušies arī sabiedrības uzskati par ārstniecības personas atbildības apjomu un kompetenci. Ja agrāk ārstniecības persona tika uzskatīta “tikai” par tiešu ārstniecības akta veicēju (sava veida – jatroģēnijas *nesēju*), tad mūsdienās tās koptēlu veido visu ar medicīnu saistīto profesiju (tostarp administratīvā aparāta un materiāli tehniskā nodrošinājuma dienesta) komplekss. Agrāk pietika ar to, ka ārstniecības persona izskaidroja pacientam vai viņa piederīgajiem savu viedokli “tikai” par strīdus situācijas medicīnisko pusi, bet pašreiz ar to vien nepietiek.

Saskaņā ar Pasaules Veselības organizācijas (turpmāk – PVO) Starptautisko slimību un ar to saistīto veselības problēmu klasifikācijas 2010. gada 10. revīziju (O74. §, O75.4. §, Y60. §–Y84. § un T80. §–T88. §) mūsdienās par jatroģēniju pieņemts uzskatīt jebkuras nevēlamas vai nelabvēlīgas sekas, kas izriet no profilaktiskiem, diagnostiskiem vai ārstnieciskiem pasākumiem vai procedūrām, kuru rezultātā attīstās organisma funkciju traucējumi, invaliditāte vai pat nāve.<sup>8</sup>

## Problēmas aktualitāte

Ārstniecība vienmēr ir bijusi un būs saistīta ar noteiktu risku, jo ārstniecības persona, pat strādājot pēc vislabākās sirdsapziņas, var pieļaut kļūdas. Jauno medikamentu iespējas un medicīnisko tehnoloģiju progress ļauj ārstēt arvien vairāk ielaistas un smagākas slimības, tomēr tam ir arī savas

ēnas puses. Nereti cēlu mērķu vārdā tiek aizmirsts jau Hipokrāta laikā iedibinātais medicīnas ētikas pamatprincips – *primum non nocere* (no latīņu valodas – pirmkārt nekaitēt).<sup>9</sup>

PVO dati liecina, ka attīstītajās valstīs ārstniecības personas radīts kaitējums sastopams 5–20 % hospitalizēto pacientu.<sup>10</sup> Piemēram, ASV šis rādītājs varētu sasniegt pat 284 000 gadījumu gadā, ierindojoš medicīniskas intervences nelabvēlīgās sekas trešajā vietā starp vadošajiem mirstības cēloņiem aiz sirds un asinsvadu slimībām un ļaundabīgiem audzējiem, atstājot ceturtajā vietā letālu iznākumu, kas saistīts ar galvas smadzeņu asinsrites traucējumiem.<sup>11</sup>

Latvijas Veselības ministrijas oficiālais viedoklis ir, ka no visiem hospitalizētajiem pacientiem valsts ārstniecības iestādēs 2–5 % gūst kādu kaitējumu savai veselībai, no kura bija iespējams izvairīties.<sup>12</sup> Tiesa, sīkāka Veselības inspekcijas darba rezultātu analīze liecina, ka pacientu pretenzijas apstiprinās vai ekspertīzes laikā konstatētie pārkāpumi pagarina ārstēšanas procesu vai darbnespēju tikai mazāk nekā 25 % visu gadījumu.<sup>13</sup> Turklāt līdzīga pieredze ir arī ārvalstīs.<sup>14</sup>

Par problēmas aktualitāti liecina arī fakts, ka Eiropas Cilvēktiesību tiesa regulāri izskata lietas, kas saistītas ar dažādiem veselības aprūpes aspektiem,<sup>15</sup> lai gan Eiropas Cilvēktiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencijā tiesības uz veselību kā atsevišķas tiesības nav minētas.<sup>16</sup>

Vienots ārstniecības personu un juristu viedoklis tiesiska strīda gadījumā starp pacientu un ārstniecības personu par ārstniecības procesa kvalitāti vienlīdz profesionāli jāanalizē gan no juridiskā, gan medicīniskā viedokļa. Lai izveidotos līdzvērtīgs dialogs, sapratnei jābūt vienlīdz augstā līmenī – kā no praktizējošās ārstniecības personas, tā jurista puses. Uzsvars liekams tieši uz vārda “praktizējošās”, jo medicīniskais pakalpojums sastāv ne tikai no tiešās medicīniskās palīdzības (diagnostiskās, ārstnieciskās vai rehabilitācijas procedūras), bet arī no vairākām organizatoriski tehniskām pasākumu detaļām, kas mediķim funkcionāram var šķist nebūtiskas, bet kam var būt būtiska loma ārstniecības personas profesionālās darbības novērtēšanā.

4 Понкина А.А. Врачебная ошибка в контексте защиты прав пациентов. 2012, с. 32. Pieejams: [http://www.state-religion.ru/files/Ponkina\\_A\\_Medical\\_error.pdf](http://www.state-religion.ru/files/Ponkina_A_Medical_error.pdf)

5 Madeira S., Melo M., Porto J., Monteiro S. et al. The diseases we cause: Iatrogenic illness in a department of internal medicine. *European Journal of Internal Medicine*, 2007, Nr. 18, pp. 391–399.

6 Eglītis I. Psihiatrija. 2013, 140. lpp. Pieejams: <http://vekoridija.narod.ru/L-EGLIT.PDF> 134

7 Федоров В.Д., Саркисов Д.С. О понятии “ятрогенные заболевания”. *Хирургия*, 1992, Nr. 11–12, с. 3–8.

8 WHO International statistical classification of diseases and related health problems. 10th revision, 2010. Pieejams: [http://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2\\_en\\_2010.pdf?ua=1](http://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf?ua=1)

9 Авдеев А.И., Козлов С.В. Ятрогенные заболевания. Медико-правовые аспекты проблемы, 2009. Pieejams: [http://www.fesmu.ru/SITE/files/editor/file/dmj/2009/200903/200903\\_38.pdf](http://www.fesmu.ru/SITE/files/editor/file/dmj/2009/200903/200903_38.pdf)

10 World Health Organization Patient safety workshop: learning from error. Geneva, 2010. Pieejams: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44267/1/9789241599023\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44267/1/9789241599023_eng.pdf)

11 Starfield B. Is US health really the best in the world? *The Journal of American Medical Association*, 2000, Nr. 284(4), pp. 483–485.

12 Muciņš R. Ārstniecības riska fonda būtība un tiesiskie aspekti. *Jurista Vārds*, 2013, Nr. 41 (792), 11.–12. lpp.

13 Matule S. Uz veselības aprūpi jurista acīm raugoties. *Jurista Vārds*, 2013, Nr. 41 (792), 4.–7. lpp.

14 McDonald F. The criminalisation of medical mistakes in Canada: a review. *Health Law Journal*, 2008, Nr. 16, pp. 1–25.

15 Eiropas Cilvēktiesību tiesas izskatāmo lietu spektrs veselības aprūpes un garīgās veselības jomā. Pieejams: [http://www.echr.coe.int/Pages/home.aspx?p=press/factsheets&c=#n1347890855564\\_pointer](http://www.echr.coe.int/Pages/home.aspx?p=press/factsheets&c=#n1347890855564_pointer)

16 Jansons J. Cilvēktiesību jautājumi veselības aprūpes jomā. *Jurista Vārds*, 2013, Nr. 41 (792), 24.–25. lpp.

## Jatrogēnijas struktūra

Lai kaitējumu pacienta veselībai klasificētu par jatrogēnu, tam jāatbilst trim kritērijiem, savukārt pašam medicīniskajam pakalpojumam – trīs Ārstniecības likumā noteiktām pazīmēm.

Pie jatrogēnijas kritērijiem pieder:

a) pierādīta ārstniecības personas rīcības cēloņsakarība ar jaunizveidojušos patoloģisko stāvokli (vai procesu);

b) dati, kas liecina, ka no jauna izveidojušais patoloģiskais stāvoklis (vai process) ir pilnīgi jauna morfoloģiska un fizioloģiska vienība, nevis tās slimības rezultāts vai gaitas variants, kura diagnostika, ārstēšana vai rehabilitācija tika uzsākta;

c) informācija, kas pierāda, ka kaitējums veselībai nodarīts nejauši un bez iepriekšēja nodoma.

Viens no jatrogēnijas būtiskiem kritērijiem ir pierādījumi, kas liecina par ārstniecības personas profesionālās darbības izraisīto negatīvo seku cēloņsakarību ar konkrēto medicīniskās aprūpes pakalpojuma sniegšanu. Tieši pakalpojuma sniegšanu, ne tikai pašu pakalpojumu kā tādu. Šī no pirmā acu uzmetiena it kā vienkāršā nosacījuma izvērtēšana ir īpaši sarežģīta, jo prasa specifiskas zināšanas konkrētajā specialitātē, nevis medicīnā vispār. Te gan jāuzsver, ka medicīnas eksperts var sniegt vērtējumu tikai par jautājumiem, kas ietilpst viņa profesionālo zināšanu robežās, piemēram, vai konkrētās ārstniecības lietošana vai atturēšanās no tās principā varēja izraisīt kaitējumu, kāda ir kaitējuma iestāšanās varbūtība, kā arī kāds ir kaitējuma smagums.<sup>17</sup> Turpretim jautājumi par to, vai konkrētā rīcība ir neattaisnojama (prettiesiska) un vai tā ir cēloniskā sakarā ar kaitējumu, ir juridiskās atbildības priekšnoteikumi, kam vērtējumu var dot tikai tiesa.<sup>18</sup>

Tiesību literatūrā ārstniecības personas profesionālās darbības kvalitātes novērtējumam tiek izmantots termins “saprātīgs profesionālis”.<sup>19</sup> Saskaņā ar Pacientu tiesību likuma 5. panta otro daļu pacientam ir tiesības uz kvalitatīvu un kvalificētu ārstniecību neatkarīgi no viņa slimības rakstura un smaguma. Tiesu praksē atzīts, ka ārstniecības personas nevar rīkoties ar tādu nevēribu vai pašpaļāvību, kas kaitē pacienta veselībai vai dzīvībai vai aizskar to. Ārstniecības personu rīcības brīvību ierobežo pienākums rīkoties ar tādu rūpību un piesardzības līmeni, kas iespējams, lai, veicot visas saprātīgi iespējamās darbības, novērstu kaitējuma veselībai vai dzīvībai iestāšanās draudus.<sup>20</sup>

Savukārt ārstniecības kvalitātes kritēriji ir norādīti Ārstniecības likuma 9.<sup>1</sup> panta pirmajā daļā, kas noteic,

ka ārstniecību veic atbilstoši klīniskajām vadlīnijām vai ārstniecībā izmantojamo metožu un zāļu lietošanas drošības un ārstēšanas efektivitātes novērtējumam, kas veikts, ievērojot uz pierādījumiem balstītas medicīnas principus. Lai gan Latvijas Republikas normatīvie akti nesniedz skaidrojumu jēdzienam “uz pierādījumiem balstīta medicīna” (angļu val. – *evidence based medicine*), tomēr vispārpieņemts, ka ar to saprot tiešu, precīzu un saprātīgu sistemātisku klīnisku pētījumu rezultātu piemērošanu individuāla pacienta aprūpē.<sup>21</sup> Neapšaubāmi, tā nav instrukcija, kurā norādīts, kā tieši ir veicama ārstniecība, un tā nekādā gadījumā neizslēdz ārsta profesionālo un individuālo atbildību, tomēr tā kalpo kā ārstniecības personas profesionālās darbības zinātniskais pamatojums.

Medicīniskās palīdzības kvalitāti veido trīs sastāvdaļas, kuras ir cieši saistītas un cita uz citu atstāj būtisku ietekmi:<sup>22</sup>

a) struktūras kvalitāte, t.i., ārstnieciski profilaktiskās iestādes iespēja sniegt medicīniskos pakalpojumus vajadzīgajā līmenī (personāla kvalifikācija, materiāli tehniskais nodrošinājums, telpu stāvoklis, finansējums u.t.jpr.);

b) izmantoto tehnoloģiju kvalitāte konkrētajā gadījumā;

c) attiecība starp faktiski sasniegtajiem rezultātiem un tādiem, kurus varētu reāli sasniegt (balstoties uz zinātniski pamatotu informāciju).

Kā jau minēts iepriekš, lai ārstnieciskās personas nodarīto kaitējumu klasificētu par jatrogēnu, tās sniegtajam medicīniskajam pakalpojumam jāatbilst trim Ārstniecības likumā noteiktām pazīmēm. Par jatrogēniju uzskatāmas tikai uz likumīga pamata veiktu medicīnisko pakalpojumu nelabvēlīgas sekas. Medicīniskais pakalpojums, kurš veikts bez likumīga pamata, tāpat kā nelabvēlīgs notikums, kurš ir izraisījis kaitējumu veselībai šādu pakalpojumu sniegšanas rezultātā, nav uzskatāms par jatrogēniju un ir krimināli sodāms. Saskaņā ar Ārstniecības likumu jebkuru tiesisku (legālu) medicīnisko pakalpojumu raksturo trīs galvenās pazīmes:

1) tas ir vienkāršu veselības aprūpes darbību komplekss, kas veikts pēc medicīniskām vai iedomātām indikācijām (gadījumā, ja izvēlētais indikācijas vēlāk izrādās kļūdainas). Ja ārstniecības persona sniedz medicīnisku pakalpojumu, apzinoties, ka medicīnisku indikāciju nav, šādas darbības var netikt pieskaitītas pie medicīniskās aprūpes darbību kategorijas. Piemēram, ja ārstniecības persona injicē (ordinē) narkotikas narkomānam narkotiskā reibuma sasniegšanai. Turpretim, ja narkomāns atrodas galēji smagā vispārējā stāvoklī, kā dēļ cieš nepanesamas sāpes, šāda ārstniecības personas rīcība ir attaisnojama. Sekojoši –

17 Autoru kolektīvs prof. K. Torgāna zinātniskajā redakcijā. Civilprocesa likuma komentāri. I daļa. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2011, 316. lpp.

18 Rožkalns R. Kas ir kļūdaina ārstniecība. Jurista Vārds, 2013, Nr. 41 (792), 14.–18. lpp.

19 Brazier M., Cave E. *Medicine, Patients and the Law*. Revised and Updated 5th edition, London: Penguin Books, 2011, p. 156.

20 Augstākās tiesas Senāta Kriminālietu departamenta 2011. gada 4. novembra spriedums lietā Nr. SKK-411/2011. Nav publicēts.

21 Sackett D.L., Rosenberg W.M.C., Gray J.A.M., Haynes R.B., Richardson W.S. *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*, 1996. Pieejams: [http://www.knihovna.upol.cz/fileadmin/user\\_upload/LF/IC/LBFVCA61/Definice\\_EBM\\_Sackett\\_1996.pdf](http://www.knihovna.upol.cz/fileadmin/user_upload/LF/IC/LBFVCA61/Definice_EBM_Sackett_1996.pdf)

22 Дудка О.Ф. Юридическая ответственность медицинских работников. Досудебная и судебная практика по делам о профессиональных нарушениях в ЛПУ Томской области. Сибирский медицинский журнал, 2013, Том 28, Nr. 4.

ne visas darbības, kuras veic veselības aprūpes darbinieki un kuras ārēji atbilst vienkāršiem veselības aprūpes pakalpojumiem, ir uzskatāmas par medicīniskās aprūpes pasākumiem, attiecīgi to negatīvās sekas nevar tikt uzskatītas par jatrogēniju, bet tā ir krimināli sodāma rīcība;

2) to sniedz sertificēts veselības aprūpes speciālists – ar ārstniecību (profesionāla un individuāla slimību profilakse, diagnostika un ārstēšana, medicīniskā rehabilitācija un pacientu aprūpe) drīkst nodarboties tikai ārstniecības personas, t.i., personas, kam ir medicīniskā izglītība un ārstniecības personas sertifikāts. Dziednieka darbu reglamentē Latvijas Tautas dziednieku savienības un Latvijas Tautas dziednieku asociācijas izsniegtais sertifikāts un licence. Ja dziednieka darbība noved pie veselības traucējumiem, tad šādas ārstniecības negatīvs rezultāts nevar tikt uzskatīts par jatrogēniju un šāda veida darbības ir krimināli sodāmas. Ārstniecības atbalsta persona ir tiesīga iesaistīties veselības aprūpes procesa nodrošināšanā, ja tā ir reģistrēta ārstniecības atbalsta personu reģistrā;

3) tā sniegšanas vieta ir sertificēta ārstniecības iestāde – ārstu prakses, valsts un pašvaldību iestādes, saimnieciskās darbības veicēji un komercsabiedrības, kas reģistrētas ārstniecības iestāžu reģistrā, atbilst normatīvajos aktos noteiktajām obligātajām prasībām. Piemēram, slimībām, kas saistītas ar individuāli neatbilstošu pārtikas produktu uzņemšanu slimnīcas diētas ietvaros vai traumas, kas iegūtas, pacientam slimnīcā izkrītot no ratiņkrēsla nepiemērotas uzbrauktuves dēļ, abas ir uzskatāmas par jatrogēniju, jo tās ir izraisījuši nekvalitatīva medicīniskā palīdzība, kuru veido ne tikai tiešā medicīniskā palīdzība, bet arī zināma daļa loģistikas (t.sk. ēdināšana, infrastruktūras pakalpojumi utt.). Turpretim, ja iepriekš minētās patoloģijas attīstās mājās apstākļos, tās vairs nav uzskatāmas par jatrogēniju.

### Ārsta profesionālā brīvība

Ārstniecības likuma 38. panta pirmais teikums (savā profesionālajā darbībā ārsts ir brīvs) ir ģenerālklauzula ar īpaši kvalificētu nenoteiktības pakāpi, kas ļauj izvairīties no pārāk kazuistiska regulējuma, taču piemērošanas procesā tā ikreiz ir papildāma ar konkrētu sociāli ētisku saturu, paturot prātā ārstniecības mērķi – pacienta veselības uzlabošanu.<sup>23</sup> Medicīna nav sastingusi un eksakta zinātne, tā nepārtraukti attīstās. Katrs jauns pacients var radīt situāciju, kas prasa no ārstniecības personas ne tikai piemērot savas jau esošās zināšanas, iemaņas un pieredzi, bet arī izrādīt iniciatīvu un jaunradi. Tāpēc ārstam, īpaši kritiskās situācijās, jābūt zināmai rīcības brīvībai, kas ļautu operatīvi pieņemt nestandarta lēmumus – pats par sevi saprotams, ka šāda rīcība pakļauta noteiktam riskam.

Pārmērīgi reglamentēts ārstniecības process veido t.s. pavārgrāmatu medicīnu, kurā vairs nav vietas radošai

ārsta darbībai un kurā ārstam nav pienākuma vai pat tiesību ņemt vērā katra pacienta individuālās īpatnības un tikai viņam vispiemērotāko ārstēšanas taktiku.<sup>24</sup> Turklāt, transformējoties pacienta un ārstniecības personas attiecībām no paternālām uz līdztiesīgām, ārstniecības personas rīcības brīvība sašaurinās vēl vairāk, jo obligāta pacienta piekrišana jebkurai ārstniecības personas darbībai – saista rokas ekstremālās situācijās,<sup>25</sup> bet pilna informācija par veselības stāvokli atsevišķiem pacientiem var izraisīt verbālu jatrogēniju.

### Vai vienmēr vainīga tikai ārstniecības persona?

Viens no izcilākajiem 18. gs. ķirurgiem, pirmais Francijas Ķirurģiskās akadēmijas direktors Žans Luijs Ptī (*Jean-Louis Petit*) rakstīja: “Kļūdas paliek tikai kļūdas, kad tev pietiek vīrišķības tās atklāt, bet viņas kļūst par noziegumu, kad tavs pašlepnums pamudina tās noslēpt.”<sup>26</sup>

Nav tādas ārstniecības personas, kas ne reizi mūžā nebūtu kļūdījusies. Jautājums ir tikai – cik lielu iespaidu šīs kļūdas atstājušas uz pacienta veselību?

Vairumā gadījumu sabiedrības daļa, kurai nav priekšzināšanu medicīnā, jebkura veida ārstēšanas rezultātu, kas nesakrīt ar gaidīto, izskaidro vienīgi ar ārstniecības personas (visas ārstniecības iestādes, visas valsts medicīnas) profesionalitātes trūkumu vai kļūdainu ārstniecību kā tādu.

Tomēr jāņem vērā, ka daudzas jatrogēnas komplikācijas ir loģiskas, iepriekš paredzamas, likumsakarīgas un gandrīz nenovēršamas – dažādu medicīnisku iejaukšanos (diagnostisku, ārstniecisku, profilaktisku) sekas. Piemēram, staru terapija un ķīmijterapija attiecībā pret organismu vienmēr būs (nevar nebūt) agresīva. Savukārt, ārstējot ļaundabīgu audzēju, ķīmijterapija un staru terapija rada tādas jatrogēnijas kā matu izkrišana, anēmija, vemšana, slikta dūša, smadzeņu bojājumi, limfātiska tūska, neauglība. Pie aizkuņģa dziedzera rezekcijas neizbēgami attīstās cukura diabēts ar pavadošiem kuņģa un zarnu darbības traucējumiem, jo aizkuņģa dziedzera ne tikai izdala hormonus insulīnu un glikagonu, bet arī producē gremošanas fermentus, kuri šķēļ olbaltumvielas, ogļhidrātus un taukus divpadsmitpirkstu zarnā. Pat antibiotikas, kuras novērš tūkstošiem infekciju un glābj neskaitāmas dzīvības, vienlaikus veicina rezistentu mikroorganismu klonu veidošanos. Sekojoši – adekvātai antibiotiku terapijai ir pozitīva jatrogēna ietekme uz konkrētā pacienta veselību, tomēr vienlaikus tai piemīt arī negatīva jatrogēna ietekme uz sabiedrību kopumā, jo, veicinot rezistentu

24 Steinberg K.E. Cookbook medicine: recipe for disaster? Journal of the American Medical Directors Association, 2006, Nr. 7 (7), pp. 470–472.

25 Birģelis M. Izņēmumi no pienākuma saņemt informētu piekrišanu ārstniecībai. Jurista Vārds, 2014, Nr. 20 (822), 14.–19. lpp.; Konvencija par cilvēktiesību un cieņas aizsardzību bioloģijā un medicīnā (Oviedo konvencija par cilvēktiesībām un biomedicīnu). Pieņemta 10.12.2009., spēkā no 31.12.2009. Latvijas Vēstnesis, 30.12.2009., Nr. 205 (4191). Pieejama: <http://likumi.lv/doc.php?id=202995>

26 Эльштейн Н.В. Диагностические ошибки интернистов: общие аспекты, 2012. Pieejams: [http://rmj.ru/articles\\_1983.htm](http://rmj.ru/articles_1983.htm)

23 Vilka I. Ārsta profesionālā brīvība. Jurista Vārds, 2013, Nr. 41 (792), 8.–10. lpp.

mikroorganismu celmu attīstību, tā ierobežo pacientu ārstēšanas iespējas nākotnē.

Protams, ārstētas tiek dažādas patoloģijas un arī slimnieki ir atšķirīgi. Tomēr, nenoliedzami, ārstniecības personas darba rezultātu bieži noteic arī organisma rezerves un savlaicīga griešanās pēc medicīniskās palīdzības. 30 gadus strādājot par asinsvadu ķirurgu, uz vienas rokas pirkstiem varu saskaitīt slimniekus, kuri patiesi apzinās savu vispārējo veselības stāvokli, uzsākot ārstēšanos (nereti – ne pārāk godprātīga dzīvesveida vai vienkārši cienījama vecuma sekas), kā rezultātā ir nopietni apgrūtināta vai pilnīgi neiespējama pilnvērtīga ārstniecība. Savukārt savlaicīgi sniegta medicīniskā palīdzība vienmēr būs mazāka apjoma un saistīta ar mazākiem riskiem veselībai.

### Jatrogēna komplikācija un ārsta kļūda

Vērtējot tikai šauri lingvistiski, par jatrogēniju uzskatāmas ārstniecības personas jebkuras medicīniska rakstura darbības negatīvas sekas. Tomēr jatrogēnijas klasifikācija ir ļoti komplicēta un saprotama tikai cilvēkiem ar medicīnisku izglītību. Tāpēc, ievērojot jatrogēnijas dažādās pazīmes un ikdienas klīniskā darba pieredzi, tomēr jānošķir divi pamatjēdzieni – jatrogēna komplikācija un ārsta kļūda.

Jatrogēna komplikācija un ārsta kļūda – tie ir pretējas nozīmes jēdzieni, nevis sinonīmi. Lūk, arī pamatāšķirība: par jatrogēnu komplikāciju var runāt tad, kad viss izdarīts saskaņā ar vadlīnijām, tostarp ievērota rūpība un čaklība (civiltiesiskā izpratnē), turpretim ārsta kļūda nozīmē, ka ne viss darīts līdz galam pareizi. Pat, ja ievērotas vadlīnijas, kaut kas tomēr var pietrūkt, piemēram, rūpība vai čaklība (civiltiesiskā izpratnē).

Tomēr neatkarīgi no konkrētā fakta jāapzinās, ka jatrogēnija vienmēr izraisa sekas:

a) medicīniskās sekas – neatkarīgi no medicīnas nozares tā vienmēr ir saistīta ne tikai ar papildu ciešanām pacientam, bet arī ar garāku hospitalizācijas un rehabilitācijas laiku, nereti ar paliekošu invaliditāti vai letālu iznākumu;

b) juridiskās sekas – ārstniecības personai vienmēr jāreķinās ar iespējamu tiesvedību;

c) negatīva publicitāte – tā sauktā ceturrtā vara (tāpat kā pārējā sabiedrība, kurai nav priekšzināšanu medicīnā), pat neiedziļinoties un neizprotot konkrēto situāciju, nekad nav ārstniecības personas pusē.

Jatrogēnijas medicīnisko seku analīze nav šī raksta mērķis, bet jatrogēnijas iespējamās juridiskās sekas tiks apskatītas atbilstoši to civiltiesiskajam, krimināltiesiskajam un administratīvi tiesiskajam regulējumam.

Vēl tikai daži vārdi par negatīvas publicitātes sekām. Kā jau minēju iepriekš, ārstniecības personai cerību uz sabiedrības (vārda plašākajā nozīmē) atbalstu un izpratni gadījumā, kad nodarīts kaitējums pacienta veselībai, nav vispār. Apvienotajā Karalistē 2008. gadā tika veikts pētījums, kurā 40 dažāda vecuma cilvēki, kuri nav saistīti ar medicīnu, un 40 ārstniecības personas tika iepazīstinātas ar četrām atšķirīgām reālām situācijām, kuras noveda

pie pacienta nāves saistībā ar medicīniskās aprūpes pasākumu sniegšanu un kuru tiesiskais iznākums bija zināms. Jautājumu spektrs bija pietiekami plašs, lai tieši nevajadzētu noteikt konkrētās ārstniecības personas konkrēto vainas pakāpi. Neskatoties uz to, 95 % cilvēku, kuri savā ikdienas dzīvē nebija saistīti ar medicīnu, uzskatīja, ka ārstniecības persona visos minētajos gadījumos jātiesā par slepkavību.<sup>27</sup>

### Vai ārsts drīkst kļūdīties?

Gadsimtiem ilgi tika kultivēts tradicionāls viedoklis, ka ārsts kļūdīties nedrīkst. PVO 2010. gada seminārā, kas veltīts pacientu drošībai, teikts: “Ļoti kārdinoši ir novirzīt vainu tikai vienas personas virzienā. Bet tas ir pārāk vienkārši. [...] šāda situācija ir maz ticama. Steidzami jāstiprina visas veselības aprūpes sistēmas aizstāvība. Cik vien iespējams, jāiztiek bez atsevišķu veselības aprūpes darba ņēmēju vainošanas. [...] tas nenozīmē, ka individuālu nekad nedrīkst saukt pie atbildības par viņa rīcību. Tomēr, aizraujoties ar individuālas vainas meklēšanu, tiek panākta problēmas nodzišana pagrīdē un kavēta godīgas un efektīvas stratēģijas izstrāde, kas ļautu uzlabot pacientu drošību.”<sup>28</sup>

Jau 19. gs. vidū Manterola norādīja, ka medicīniskās atbildības princips padara par neiespējamu brīvu, godprātīgu, progresīvu un derīgu dziedniecības mākslu. Tāpēc cilvēce vienmēr būs briesmās, jo ārsts vienmēr meklēs alternatīvus variantus kaitīgai bezdarbībai attiecībā pret pacientu, lai tikai nebūtu jāpakļauj apdraudējumam savs personiskais gods un reputācija.<sup>29</sup>

Lielākais zaudējums pacientiem šajā kontekstā saistīts ar to, ka uz pašaizsardzības instinktiem balstīta ārstniecības personas uzvedība neapšaubāmi būs visdrošākā pacientam, bet vienlaikus neļaus sasniegt iespējami labākos rezultātus.

Tad kāpēc ārstniecības personas izvairās no informācijas izpaušanas par iespējamu jatrogēniju pat situācijās, kurās viņu vainas nav? Alans Stouns (*Alan Stone*), Hārvarda Universitātes tiesību zinātņu un psihiatrijas profesors, raksta: “[...] kad ārsti ierauga biedējošās likuma ēnas, viņi aizmirst, ka viņi ir ārsti ar personisko atbildību; viņi rīkojas, lai samazinātu savu personisko risku; viņi bieži zvina saviem advokātiem un dara to, ko šie advokāti viņiem saka; viņi ļoti bieži rīkojas tāpat kā birokrāti. Patiešām pastāv liela sakarība starp pieaugošo tiesu varas un likumdevēja iejaukšanos medicīnā un medicīniskās aprūpes birokratizāciju [...] tiesām veidojas ietekme, kas tālu

27 Kay N., Green A., McDowell S.E., Ferner R.E. Should doctors who make clinical errors be charged with manslaughter? A survey of medical professionals and members of the public. *Medicine, Science and the Law*, 2008, Nr. 48 (4), pp. 317–324.

28 World Health Organization Patient safety workshop: learning from error. Geneva, 2010. Pieejams: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44267/1/9789241599023\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44267/1/9789241599023_eng.pdf)

29 Понкина А.А. Врачебная ошибка в контексте защиты прав пациентов, 2012, 181. lpp., atsaucoties uz N. de Trizio, B. Vergari, F. Vergari, L. Zanardi, un 186. lpp., atsaucoties uz F. González-Hermoso. Pieejams: [http://www.state-religion.ru/files/Ponkina\\_A\\_Medical\\_error.pdf](http://www.state-religion.ru/files/Ponkina_A_Medical_error.pdf)

pārsniedz to lēmumus, kas saistīti ar praktisko medicīnu [...] rezultātā mediķu uzticēšanās tiesām ir iedragāta, tāpat kā sabiedrības uzticība medicīnas profesijai [...] ticības zaudēšana abām profesijām izveido apburto loku [...] medicīnā ir kāds vārds – jatroģēnija, kas apzīmē gadījumus, kad ārstēšana var būt ļaunāka par pašu slimību [...] likumam nepieciešams līdzīgs vārds – juridikogēnija.”<sup>30</sup>

Arī Pacientu ombuds pauž viedokli, ka gadījumos, kad pacienta dzīvībai vai veselībai nodarīts kaitējums, kas saistīts ar ārstniecību, lielā mērā tiek akcentēti civiltiesiskās un krimināltiesiskās atbildības jautājumi, turklāt gan ārstu, gan pacientu sabiedrībā nereti atspoguļojot modeli, kurā arvien spēcīgāk tiek kultivēts vainīgā meklēšanas un sodīšanas diskurss.<sup>31</sup> Līdzīgus secinājumus izdara Veselības inspekcija, kas uzskata, ka aizvien vairāk un biežāk ārstu un pacientu attiecībās tiek iesaistīti juristi, rezultātā, medicīnai atkāpjoties, priekšplānā izvirzās juridiskie apsvērumi.<sup>32</sup>

### Jatroģēnijas civiltiesiskais regulējums

Tiesību prettiesiska aizskārums jēdziens civiltiesībās ir daudz plašāks nekā krimināltiesībās un administratīvajās tiesībās, jo civiltiesībās par prettiesisku darbību ir atzīstama arī tāda darbība, kas tieši nepārkāpj konkrētu tiesību normu, bet kas nepamatoti aizskar citas personas subjektīvās tiesības un likumīgās intereses. Par tiesību aizskarošu civiltiesībās tiek atzīta arī personas uzvedība pretēji saprātīgas personas nepieciešamam uzvedības standartam vai arī labiem tikumiem.<sup>33</sup> Salīdzinājumā ar krimināltiesībām, kuru princips ir rēķināšanās ar tiesību pārkāpēja psihisko stāvokli, civiltiesībās, tieši pretēji, tiek paaugstināta atbildība par neuzmanību.<sup>34</sup>

Medicīniskais pakalpojums ir patstāvīgs civiltiesisko attiecību objekts, tomēr atšķirībā no cita veida darba tam biežāk nav “taustāma” materiāla rezultāta. Turklāt, ievērojot tā sniegšanas un saņemšanas sinhronitāti un tūlītēju izmantošanu, medicīniskajam pakalpojumam piemīt nesaglabājamības (kvalitātes nestabilitātes) īpašība. Sekojoši, tas nevar tikt stingri regulēts ar normatīvajiem aktiem, izmantojot kādus nemainīgus, stabilus un objektīvus kritērijus.

Ārstniecības personas rīcība jatroģēnijas gadījumā judikatūrā tiek klasificēta kā labticīga maldīšanās (krievu

val. – *добросовестное заблуждение*).<sup>35</sup> Tomēr tas neatbrīvo ārstniecības personu un medicīnisko iestādi, kurā ārstniecības persona veica kaitējumu pacienta veselībai, no civiltiesiskās atbildības pret pacientu vai tā piederīgajiem pacienta nāves gadījumā. Civiltiesiskā atbildība sakarā ar ārstniecības personas profesionālās darbības veiktiem kaitējumiem ir mērķēta uz pārkāpēja mantisko sfēru, nevis uz viņa personību. Šīm sankcijām ir materiāls raksturs.

Medicīniskā pakalpojuma juridiskā daba norāda uz diviem būtiskiem apstākļiem. No vienas puses, tas var tikt sniegts uz līguma pamata par medicīniskā pakalpojuma sniegšanu, bet, no otras puses, pamatojoties uz normatīvajiem aktiem. Pēdējā gadījumā tiesiskās attiecības starp ārstniecības personu un pacientu attīstās uz likuma pamata un nenes līgumattiecību raksturu.

Civillikums (turpmāk – CL) attiecina civiltiesisko atbildību uz diviem atbildības veidiem – līgumisko un deliktatbildību (ārpuslīgumisko atbildību). Līgumiskās atbildības pamats ir līgumpārkāpums, bet deliktatbildības pamats ir delikts – prettiesiska darbība vispār.<sup>36</sup> Ja ārpus līgumiskām attiecībām kādam nodarīts zaudējums ar otras personas prettiesīgu darbību, tad zaudējuma nodarītājs atbild par visiem zaudējumiem, bet, ja zaudējumu atlīdzības pienākums izriet no līgumiskas saistības pārkāpuma, tad atlīdzības apmēru noteic šā līguma saturs.

Ja nodarīts kaitējums pacienta veselībai vai – jo vairāk – medicīniskās aprūpes rezultātā zaudēta dzīvība, soda sankcijām, neapšaubāmi, jāseko. Turklāt šī civiltiesiskā atbildība (deliktatbildība) rodas nevis no pušu vienošanās, bet gan paša kaitējuma nodarīšanas fakta.<sup>37</sup> Ārstniecībā (līgumiskā vai valsts nodrošinātā) atbildībai par kaitējumu ir tie paši priekšnoteikumi, kādi tie ir atbildībai par līguma nepildīšanu vai nepienācīgu pildīšanu vai, precīzāk, civiltiesiskajai atbildībai vispār – prettiesiska rīcība, kaitējuma esamība un cēloniskais sakars starp prettiesisko rīcību un kaitējumu.<sup>38</sup>

Līgums CL izpratnē ir ikkura vairāku personu savstarpēja vienošanās par kādu tiesisku attiecību nodibināšanu, pārgrozīšanu vai izbeigšanu, vairāku personu savstarpēju ar vienošanos pamatotu gribas izteikumu, kura mērķis ir nodibināt saistību tiesību. Jēdziens “saistība” jau norāda uz to, ka līgumu slēdzošās personas uz norunas pamata tiek savā starpā saistītas ar zināmiem, norunātiem noteikumiem vai ar kādu apsolījumu. Būtiski, ka līgums ar pacientu par ārstniecības rezultātu vispār netiek noslēgts. Nav tāda dokumenta, ko parakstītu pacients un ārstniecības iestāde, kura priekšmets būtu – atgūta veselība. Nav līguma, kas noteiktu, ka, hospitalizējot slimu pacientu, izrakstīts tiek vesels.

30 Stone A.A. Judges as Medical Decision Makers: Is the Cure Worse than the Disease. 33 Cleveland State Law Review, 1984, pp. 579–592. Pieejams: <http://engagedscholarship.csuohio.edu/clevstlrev/vol33/iss4/3/1>

31 Šulce-Rēvele L., Likanse D. Pacientu tiesību attīstība Latvijā. Jurista Vārds, 2013, Nr. 41 (792), 26.–27. lpp.

32 Matule S. Uz veselības aprūpi jurista acīm raugoties. Jurista Vārds, 2013, Nr. 41 (792), 4.–7. lpp.

33 Briede J., Višķere I., Litvins G., Bitāns A., Danovskis E. Latvijas Republikas Satversmes 92. pants. Grām.: Latvijas Republikas Satversmes komentāri. VIII nodaļa. Cilvēka pamattiesības. Autoru kolektīvs R. Baloža vadībā. Rīga: Latvijas Vēstnesis, 2011, 136. lpp.

34 Sinaiskis V. Personība un personiskās tiesības jaunajā Civillikumā. Tieslietu Ministrijas Vēstnesis, 1938, Nr. 2.

35 Перова Л.К. К вопросу об объекте гражданско-правовых обязательств в медицинском обслуживании населения. Право и жизнь. Независимый правовой журнал, 2006, Nr. 96, с. 27–34.

36 Augstākās tiesas Senāta Civillietu departamenta 2008. gada 11. jūnija spriedums lietā Nr. SKC-259/2008. Pieejams: <http://www.at.gov.lv/info/archive/department1/2008/>

37 Bitāns A. Civiltiesiskā atbildība un tās veidi. Rīga: Izdevniecība AGB, 1997, 92. lpp.

38 Torgāns K. Saistību tiesības. II daļa. Mācību grāmata. Rīga: TNA, 2008, 271. lpp.

Iespējamās jatrogēnijas gadījumā jānoteic cēloņsakarība starp ārstniecības personas rīcību un kaitējumu, kā arī vainas pakāpe. Būtiski, ka cēloņsakarība tikai pieļauj, bet neapstiprina jatrogēnijas faktu. Savukārt vainu CL klasificē atkarībā no tā, vai darbība izdarīta ļaunā nolūkā (tišs kaitējums) vai bez ļauna nolūka (aiz rupjas vai vieglas neuzmanības).

Zaudējumu atlīdzības un citu civiltiesisku seku ziņā rupja neuzmanība pilnīgi pielīdzināma ļaunam nolūkam, jo ne tikai nav veikti apstākļiem atbilstoši pasākumi, lai nerastos tiesību pārkāpums, bet vispār nekas nav darīts vai darīts formāli, lai pārkāpums nenotiktu, vai, kaut arī nevēlēdamies negatīvas sekas, tomēr ignorēti drošības pasākumi. Savukārt par vieglu neuzmanību runā gadījumos, kad pietrūkst rūpības un čaklības, kas atbilst vispārpieņemtām uzvedības normām.<sup>39</sup> CL noteic, ka zaudējums ir tiešs, kad tas ir prettiesīgas darbības vai bezdarbības dabiskās un nepieciešamās sekas, netiešs – kad tas cēlies, sagadoties sevišķiem apstākļiem vai attiecībām, nejaušs – kad tā cēlonis ir nejaušs notikums vai nepārvarama vara.

Jatrogēnijai raksturīgs daudzu, nereti ar ārstniecības personu tieši nesaistītu situāciju savirknējums. Zaudējumu iedalījums tiešos, netiešos un nejaušos nedod pamatu cēloņus dalīt tiešos, netiešos vai nejaušos, jo starp tiem var būt cēloņi, kas nav saistīti ar atbildētāja prettiesisku rīcību,<sup>40</sup> piemēram, mērījumu kļūdas vai medicīnas iekārtu bojājums u.tml.

Vēl viens būtisks rādītājs, kas jāizvērtē jatrogēnijas jēdziena kontekstā, ir ārstniecības vēlinie rezultāti. Tiesību doktrīnā norādīts, ka Latvijas tiesās strīdi par cēloniskā sakara noskaidrošanu, izņemot ar ārstēšanu saistītus strīdus, nav izraisījuši īpašu ievēribu. CL vispār neskar tādas jautājumus kā zaudējumu attālinātība no prettiesiskās rīcības un to paredzamība. Gadījumā, ja saistībā ar sarežģījumiem, kuri rodas pat vairākus gadus pēc medicīniskā pakalpojuma saņemšanas, pacients mēģina piedzīt atlīdzību par kaitējumu veselībai no ārsta vai medicīniskās iestādes, potenciālie atbildētāji norāda: vai nu vecums dara savu, vai ka attiecīgo slimību var tikai piebremzēt, nevis galīgi novērst, vai citus iebildumus. Nenoliedzot ārsta kļūdas iespējamību, nedrīkst nenoliegt arī, ka cilvēka veselību ietekmē nodzīvotā mūža gadi un galu galā neviens nav nemirstīgs.<sup>41</sup>

Pārrunas ar pacientiem vai viņu piederīgajiem par jautājumiem, kuri skar iespējamu ārstniecības personas vainu kaitējuma veikšanā pacienta veselībai (gan tuvākajā, gan attāļajā periodā) pēdējo trīs gadu laikā kļūst arvien biežākas. Un par iemeslu tam nav tikai fakts, ka medicīna kļuvusi "agresīvāka", bet drīzāk gan – jau padomju laikos iesakņojusies pārliecība, ka "klientam vienmēr ir taisnība", apvienojot to ar nu jau leģitīmo iespēju prasīt kompensāciju no Ārstniecības riska fonda.

39 Latvijas Republikas Civillikuma komentāri. Saistību tiesības (1001.–2400. p.). Sagatavojis autoru kolektīvs prof. K. Torgāna vispārīgā zinātniskā redakcijā. Rīga: Mans īpašums, 1998, 151. lpp.

40 Torgāns K. Vairāki zaudējumus (kaitējumu) izraisīši cēloņi, 2007. Pieejams: <http://www.rln.lv/en/publications/10.07.2007.pdf>

41 Turpat.

Ievērojot iepriekš minēto, skaidri redzama nepieciešamība atdalīt no jatrogēnijas jatrogēnas komplikācijas jēdzienu, kuru civilprocesā varētu traktēt kā kaitējumu veselībai, kas attīstījies likumīgi veiktu ārstniecisku, diagnostisku vai profilaktisku pasākumu rezultātā, kura cēlonis ir nejaušs notikums vai nepārvarama vara.

Nepārvaramas varas (franču val. – *force majeure*) jēdziens judikatūrā nav stingri formulēts, tomēr parasti to lieto, lai raksturotu ārkārtējus, nenovēršamus apstākļus, kuru dēļ nav iespējams pildīt līgumsaistības, kā rezultātā viens līgumpartneris rada zaudējumus otram. Savukārt ar jēdzienu "nejaušs notikums" CL saprot nejaušu šķērslī, kas kavē kādu izpildīt uzņemto saistību. Abiem šiem jēdzieniem ir raksturīgs tas, ka šos notikumus nevar paredzēt un tos nevar novērst. Vienīgais, kas atšķir šos jēdzienus, ir fakts, ka nepārvaramas varas gadījumā, pat ja tā būtu paredzama, ar cilvēka spēkiem nevarētu tikt novērsta.<sup>42</sup>

Savukārt ārsta kļūdas gadījumā ārstniecības personas rīcība varētu saturēt pazīmes, kuras, lai arī veiktas bez ļauna nodoma, liecina par rupju vai vieglu neuzmanību.

## Krimināltiesiskais regulējums

Lai sauktu ārstniecības personu pie kriminālatbildības par profesionālās darbības rezultātā radītiem kaitējumiem, kas noved pie pacienta veselības traucējumiem vai pat letāla iznākuma, saskaņā ar Krimināllikumu (turpmāk – KL) jānoteic likuma pārkāpuma (noziedzīga nodarījuma) sastāvs. Jatrogēnijas gadījumā objekts ir pacienta veselība, subjekts – ārstniecības persona, objektīvā puse – ārstniecības personas nodarījums (darbība vai bezdarbība), nodarījuma kaitīgās sekas, cēloņsakarība ar nodarījumu un kaitīgām sekām, laiks, vieta, apstākļi un subjektīvā puse – ārstniecības personas vaina, motīvs, mērķis.

Rīcības prettiesiskums, sniedzot medicīniskās palīdzības pakalpojumus, izpaužas tādējādi, ka tiek veiktas darbības, kuras daļēji vai pilnībā neatbilst vai pārkāpj oficiālās prasības (likumu, likumdošanas aktus), noteiktos standartus, līguma nosacījumus. Kaitējumu pacienta veselībai vai dzīvībai ārstniecības persona var nodarīt, veicot gan likumīgas gan nelikumīgas darbības.

Kā jau minēts iepriekš, viena no krimināltiesību īpatnībām ir rēķināšanās ar tiesību pārkāpēja psihisko stāvokli, proti, ka, nosakot noziedzīgo nodarījumu izdarījušās personas vainas formu, jākonstatē šīs personas psihiskā attieksme pret noziedzīgā nodarījuma objektīvajām pazīmēm. KL par noziedzīgu nodarījumu ir atzīstams – ar nodomu (tiši) vai aiz neuzmanības izdarīts kaitīgs nodarījums (darbība vai bezdarbība). Par noziedzīgu nav atzīstams nodarījums (darbība vai bezdarbība), kam ir KL paredzēta nodarījuma sastāva pazīmes, bet kas izdarīts apstākļos, kuri izslēdz kriminālatbildību.

Tieši tāpat, kā izvērtējot ārstniecības personas civiltiesisku vainu, arī no KL viedokļa skaidri redzama

42 Bērziņa K. Nejaušs notikums un tā sekas. Jurista Vārds, 2015, Nr. 07 (859), 24.–29. lpp.



nepieciešamība nošķirt jatrogēnu komplikāciju no ārsta kļūdas. Gandrīz neiespējami iedomāties situāciju, kurā ārstniecības personas darbību būtu iespējams klasificēt kā tišu kaitējumu pacienta veselībai. Pretēji ir gadījumā, ja pieļauta ārsta kļūda, kura varētu tikt klasificēta kā noziedzīgs nodarījums, kas izdarīts aiz neuzmanības, t.i., noziedzīgas pašpaļāvības vai noziedzīgas nevērības. Ārstniecības personas nodarījumu, radot kaitējumu pacienta veselībai, varētu klasificēt kā tišu kaitējumu tikai tad, ja medicīniskais pakalpojums tiktu sniegts, apzināti neievērojot profesionālās veselības aprūpes normas. Tomēr pat šāda situācija ne vienmēr būs identificējama kā tišs kaitējums pacienta veselībai. Ilustrācijai sniegts tiesvedības prakses piemērs.<sup>43</sup>

Slimnīcā hospitalizēti bērni ar strauju veselības pasliktināšanos pēc plānveida vakcinācijas. Izmeklēšanā konstatēts, ka vakcīnas piegādātas kliniskiem pētījumiem, kas arī veikti, taču neievērojot instrukcijas. Mediķiem piemērota kriminālbildība, tomēr neatkarīgi no motīviem, kas viņus vadīja (nesavtīgi, savtīgi vai pseidozinātniski), ja vien netika paredzēta bērnu veselības stāvokļa pasliktināšanās (ko gan grūti iedomāties), nevar runāt par ļaunprātīgu kaitējumu veselībai. Šādas vakcinācijas komplikācijas būtu jāuzskata par jatrogēniju, jo visas darbības tika veiktas medicīnisku iemeslu dēļ un kopumā atbilda veselības aprūpes faktam, lai arī ar ārkārtīgi rupjiem pārkāpumiem. Turpretim, ja bērni apzināti tiktu vakcinēti bez medicīniska pamatojuma, medicīniskās aprūpes pazīmes nevarētu konstatēt un radušās komplikācijas par jatrogēniju uzskatīt nevarētu.

Viens no apstākļiem, kas izslēdz kriminālbildību, ir attaisnojams profesionālais risks. KL noteic, ka nodarījums nav krimināli sodāms, ja persona neparedzēja, tai nevajadzēja un tā nevarēja paredzēt savas darbības vai bezdarbības kaitīgo sekas iestāšanās iespēju. Tas ir kaitējums, kas nodarīts ar profesionālu darbību, kurai ir noziedzīga nodarījuma sastāva pazīmes, ja šī darbība izdarīta, lai sasniegtu sociāli derīgu mērķi, kuru nebija iespējams sasniegt citādā veidā, gadījumā, ja persona, kas pieļāvusi risku, ir darījis visu, lai novērstu kaitējumu tiesiski aizsargātām interesēm.

Jebkura medicīniska rakstura iejaukšanās uz cilvēka organismu rada nosacītu kaitējumu pacienta veselībai. Piemēram, ķirurģiskās operācijas faktiski izjauc orgānu un audu anatomisko integritāti un to fizioloģiskās funkcijas, nodarot sava veida miesas bojājumus. Taču šāda rīcība ir ne tikai pareiza, bet arī sociāli lietderīga un pamatota.<sup>44</sup>

Pastāv divu veidu nosacījumi, kas attaisno personu, kura galējās nepieciešamības situācijās pakļauj pacientu attaisnojamam profesionālam riskam:<sup>45</sup>

a) pirmā grupa (apstākļi, kuri raksturo bīstamību) – draudi, ka var tikt nodarīts būtisks kaitējums ar likumu aizsargātām pacienta interesēm, bīstamības esamība un tās darbība. Šī bīstamība var izrietēt no dažādām darbībām un procesiem, kurus pieņemts dēvēt par paaugstinātas bīstamības avotiem. Starp bīstamības izcelšanās sākuma momentu un tās reālu esamību var paiet zināms laiks – no dažām sekundēm simtdaļām līdz pat dažām dienām;

b) otrā grupa (apstākļi, kuri raksturo likumību galējas nepieciešamības apstākļos) – bīstamības novēršana, veicot kaitējumu. Būtiski, ka, pirmkārt, kaitējuma veikšana notiek piespiedu kārtā un, otrkārt, veiktajam kaitējumam jābūt mazākam nekā novēršamam apdraudējumam. Piemēri: “izmisuma operācijas”, lai vismaz mēģinātu glābt pacientu termināli smagā vispārējā stāvoklī; aborts, lai glābtu mātes dzīvību, u.tml.

Attaisnojamam medicīniskam riskam jāatbilst trim pamatkritērijiem:<sup>46</sup>

1) konkrētās darbības tiek veiktas, lai sasniegtu sociāli derīgu mērķi. Lai arī šis mērķis nav atšifrēts sīkāk, saskaņā ar tiesībzinātnieku domām tas varētu būt, piemēram, tiekšanās pēc rezultāta, kas atbilst likuma un morāles normām: veselība, dzīvība, sociālās tiesības u.t.jpr.;

2) konkrētās darbības tiek izpildītas tikai tādēļ, ka iepriekš minētais sociāli noderīgais mērķis (efektīva diagnostika un ārstēšana) nav sasniedzams kādā citā veidā, t.i., bez šī riska. Turklāt pats fakts, ka pastāv (vai nepastāv) kāds cits ceļš (bez riska), jāizvērtē, ievērojot gan subjektīvos, gan objektīvos kritērijus. Pie subjektīviem kritērijiem pieskaita medicīniskā personāla kompetenci un profesionalitātes līmeni;

3) nodrošināti visi iespējamie aizsardzības pasākumi, lai novērstu kaitējumu krimināltiesiski aizsargājamām interesēm.

Rezumējot minēto, var secināt, ka kriminālbildību jatrogēnas komplikācijas gadījumā piemērot nevar. Turpretim, ja pieļauta ārsta kļūda (darbība vai bezdarbība, plānotā darbība netiek pabeigta, kā paredzēts, vai konkrētā mērķa sasniegšanā tiek izmantots nepareizs plāns), neskatoties uz to, ka kaitējums pacienta veselībai nodarīts bez iepriekšēja nodoma, bet sakarā ar pieredzes trūkumu, nezināšanu u.tml. iemesliem, ir pamats uzskatīt, ka ārstniecības persona pilnībā nenovērtē vai neapzinās nodarījuma bīstamību un sekas. Secīgi – notikušajā var būt apstākļi, kas liecina par noziedzīgu pašpaļāvību vai noziedzīgu nevērību.

Par ārstniecības personas profesionālo pienākumu nepildīšanu vai par nolaidīgu to pildīšanu, ja šis nodarījums vainīgā neuzmanības dēļ izraisījis cietušajam smagu vai vidēja smaguma miesas bojājumu, noteikta kriminālbildība. Par laimi, vajadzība izvērtēt ārstniecības personas nodarījumu no krimināltiesiskā viedokļa nepieciešama salīdzinoši reti.

43 Золоев А.Г. Правовая оценка ятрогении. Российский юридический журнал, 2008, № 4, с. 193–196.

44 Ившин И.В. Обстоятельства, исключающие преступность деяния в сфере профессиональной медицинской деятельности. Медицинское право, 2006, № 1. Pieejams: <http://www.dissertat.com/content/sudebno-meditsinskije-aspekty-professionalnykh-prestuplenii-meditsinskikh-rabotnikov-protiv-0>

45 Кралько А.А. Правовая ответственность медицинских работников. Медицинские новости, 2010, Архив № 4. Pieejams: <http://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=4652>

46 Русак А.Н., Шуленкова И.В., Протасевич А.И. К вопросу о правомерности медицинского риска. Медицинский журнал, 2011, № 1. Pieejams: [www.bsmu.by/files/f138cecff59e40dbc4d0364a431e7/](http://www.bsmu.by/files/f138cecff59e40dbc4d0364a431e7/)

## Administratīvi tiesiskais regulējums

Pacientu tiesību likums noteic, ka savu tiesību un no tām izrietošo interešu aizstāvēšanai persona var izmantot visus likumos paredzētos tiesību aizsardzības mehānismus, tai skaitā vērsties tiesā likumā noteiktajā kārtībā, ja tiesību vai interešu aizstāvēšana notiek administratīvā procesa ietvaros. Attiecīgos administratīvos aktus un faktisko rīcību persona var apstrīdēt Veselības inspekcijā, bet tās lēmumu var pārsūdzēt tiesā.

Ārstniecības persona kā speciālais subjekts administratīvo pārkāpumu gadījumā norādīts Latvijas Administratīvo pārkāpumu kodeksa (turpmāk – LAPK) 45. pantā (Neatļauta ārstniecība), 45.<sup>1</sup> pantā (Medicīnisko atzinumu sniegšanas, ekspertīzes un veselības aprūpes pārkāpumi) un 45.<sup>3</sup> pantā (Ārstniecības procesā iegūto konfidenciālo ziņu nelikumīga izpaušana).

Tomēr ārstniecības personu administratīvā atbildība neaprobežojas tikai ar pārkāpumu grupām, kur tā skaidri norādīta kā speciālais subjekts. Ārstniecības persona var tik saukta pie administratīvās atbildības par profesionālo darbību reglamentējošajos normatīvajos aktos noteikto pienākumu neizpildi vai nepienācīgu to izpildi. Saskaņā ar LAPK 9. pantu par administratīvo pārkāpumu atzīstama prettiesiska, vainojama (ar nodomu vai aiz neuzmanības izdarīta) darbība vai bezdarbība, kura apdraud pilsoņu tiesības un brīvības, par kuru likumā paredzēta administratīvā atbildība. Šīs tiesību normas saturs ļauj saukt ārstniecības personu pie atbildības par faktu arī gadījumā, kad sekas attiecībā uz tiešu veselības kaitējumu nav iestājušās, tomēr, izvērtējot, vai nepastāv maznozīmīgums, kad var atbrīvot no administratīvās atbildības, aprobežojoties ar mutvārdu aizrādījumu.<sup>47</sup>

Administratīvajā procesā kā pierādīšanas līdzekļus izmanto personas paskaidrojumus un liecības, eksperta un kompetentās institūcijas atzinumus, dokumentus un elektroniskos pierādījumus, kas satur ziņas par faktiem rakstveidā vai citā formā, kā arī lietiskos pierādījumus. Ārstniecības personas pārkāpumus un ar tiem saistītos pierādījumus izvērtē Veselības inspekcija, kas sniedz eksperta atzinumu.

Būtiski, ka administratīvā pārkāpuma lietvedībā pastāv vairāki apstākļi, kurus uzskata par pierādītiem bez papildu procesuālo darbību veikšanas, ja vien netiek pierādīts pretējais. Piemēram, fakts, ka persona zina vai tai vajadzēja zināt savus normatīvajos aktos paredzētos pienākumus, un fakts, ka persona zina vai tai vajadzēja zināt savus profesionālos un amata pienākumus. Atruna, ka amata aprakstā nav ietverts ar ārējiem normatīvajiem aktiem noteiktais pienākums un šī iemesla dēļ tas nav jāpilda, netiek atzīta.

Ārstniecības personu profesionālie pienākumi un zināšanu apmērs noteikts vairākos normatīvajos aktos, kas reglamentē ārstniecības personu un studējošo, kuri

apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu. Gadījumā, kad ārstniecības persona nav izpildījusi savus profesionālos pienākumus atbilstoši saņemtajai izglītībai, izglītības dokumenti var tikt uzskatīti par pietiekamu pierādījumu, lai sauktu personu pie atbildības.<sup>48</sup>

Kā norādīts Augstākās tiesas Senāta praksē, Veselības inspekcijas atzinumam ir duāla daba. Ja pacients vērsās Veselības inspekcijā ar iesniegumu par veselības aprūpes pārkāpumiem, kas pieļauti attiecībā uz viņu, iespējami divi darbības veidi. Pirmais – administratīvā pārkāpuma lietvedības ierosināšana, atzīstot iesniedzēju par cietušo, kā rezultātā tiek pieņemts administratīvais akts, kurš adresēts attiecīgajai ārstniecības personai, bet kuru var pārsūdzēt arī cietušais. Otrs darbības veids ir veselības aprūpes kvalitātes novērtējuma sniegšana, uz kuru pacientam ir tiesības atbilstoši Ārstniecības likumam. Lai arī likums neprecizē šāda novērtējuma mērķi, pacients var izmantot to kā vienu no pierādījumiem citā ar veselības aprūpi saistītā procesā, kā arī tas dod iespēju pacientam novērtēt viņa izvēlētas ārstniecības iestādes vai ārsta darbības kvalitāti. Veselības inspekcijas sniegtais veselības aprūpes kvalitātes novērtējums nav saistošs nevienai personai, taču, tā kā pacientam uz to ir tiesības, tas uzskatāms par faktisko rīcību.<sup>49</sup>

## Secinājumi

Lai uzlabotu pacientu drošību un novērstu iespējamus riskus nākotnē, kā arī lai pasargātu ārstniecības personas no nepamatotām apsūdzībām, ārstiem ir jāizveido mūsdienīgs jatrogēnijas reģistrs, bet juristiem – jatrogēnijas tiesiskais regulējums.

Mūsdienīgam jatrogēnijas reģistram jāatbilst šādām prasībām:

- a) tam jābūt nepārtraukti funkcionējošam un papildināmam;
- b) tas nedrīkst būt voluntārs;
- c) to nedrīkst izmantot sodīšanai;
- d) tas nevar būt anonīms, bet tam jābūt konfidenciālam;
- e) tam jānodrošina operatīva informācijas apstrāde, rezultātu pieejamība un atgriezeniskā saite.

Savukārt jatrogēna komplikācija no CL viedokļa varētu tikt klasificēta kā kaitējums veselībai, kas attīstījies likumīgi veiktu ārstniecisku, diagnostisku vai profilaktisku darbību rezultātā, kuru cēlonis ir nejaušs notikums vai nepārvarama vara. Turpretim ārsta kļūda vērtējama saskaņā ar jau pastāvošo CL, LAPK un KL regulējumu. ■

48 Turpat.

49 Augstākās tiesas Senāta Administratīvo lietu departamenta 2008. gada 16. oktobra spriedums lietā Nr. SKA-411/2008. Pieejams: [http://www.tiesas.lv/files/AL/2008/10\\_2008/16\\_10\\_2008/AL\\_1610\\_AT\\_SKA-0411\\_2008.pdf](http://www.tiesas.lv/files/AL/2008/10_2008/16_10_2008/AL_1610_AT_SKA-0411_2008.pdf)

47 Slokenberga S. Ārstniecības personu administratīvā atbildība: slazds, kas ietverts LAPK. Jurista Vārds, 2013, Nr. 41 (792), 19.–23. lpp.

Foto: Boriss Kollesņikovs

Mg. iur. **Aldis Liepiņš**

Zvērināts advokāts, Rīgas Stradiņa universitātes Sabiedrības veselības un epidemioloģijas katedras lektors

Foto: Ieva Čiņa, LEĻA

Dr. med. **Jānis Vētra**

Rīgas Stradiņa universitātes profesors, 8. Latvijas Ārstu kongresa prezidents

Foto: Boriss Kollesņikovs

Dr. iur. **Osvalds Joksts**

Rīgas Stradiņa universitātes Juridiskās fakultātes profesors

## Ārstniecības riska fonds: pieredze, problēmas, risinājumi

**Kopš 2013. gada 25. oktobra Latvijā darbojas īpašs administratīvi tiesisks mehānisms jeb pacientu tiesību aizsardzības līdzeklis – Ārstniecības riska fonds. Sakarā ar jaunā koncepta ieviešanu ir notikusi procesuālo principu izmaiņa. Civilprocesuālos un kriminālprocesuālos principus – pušu sacīksti un pušu līdztiesību – aizstāj objektīvās izmeklēšanas princips un pārējie administratīvā procesa principi.**

**Ar Ārstniecības riska fonda koncepta ieviešanu pacientu tiesību uz atlīdzību par veselībai nodarīto kaitējumu mehānisms ir kļuvis daudz pieejamāks, jo līdz 2014. gadam nekad tik ievērojams skaits cilvēku nebija saņēmuši kompensācijas par ārstniecības procesā dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu. Ar katru gadu pacientu skaits, kas vērsās Ārstniecības riska fondā, kļūst arvien lielāks.**

Modernās medicīnas attīstība liek izdarīt secinājumus par medicīnisko kļūdu ietekmi uz cilvēku dzīvību un veselību. Amerikas Savienotajās Valstīs trešais lielākais nāves cēlonis ir medicīniskās kļūdas.<sup>1</sup> Šis fakts jau izsaucis zinātnisku interesi arī Latvijā.<sup>2</sup> Par Latviju gan šādu datu nav, bet Eiropas Komisija secinājusi, ka 8–12 % slimnīcā

uzņemto pacientu ir ar veselības aprūpi saistītu negadījumu upuri. Runa var būt par veselības aprūpē iegūtām infekcijām (aptuveni 25 % no visiem nevēlamajiem notikumiem), ārstniecības kļūdām, ķirurģiskām kļūdām, medicīnas iekārtu vai instrumentu kļūmēm, diagnostikas kļūdām, pēc izmeklēšanas rezultātu saņemšanas nesniegtu palīdzību.<sup>3</sup>

Šie epidemioloģiskie pētījumi norāda uz tendenci, kas prasa atbilstošus, t.sk. juridiskus, risinājumus. Pēdējos gados Eiropas Savienībā, arī Latvijā, ir novērojama tendence analizēt medicīniskas kļūdas, distancējoties no konkrēta ārsta atbildības. Nozares profesionāli spriež, vai labāk lietot jēdzienu “medicīniskā kļūda” vai “nevēlams gadījums”,<sup>4</sup> izskan autoritatīvi ierosinājumi atteikties no Krimināllikuma 138. panta.<sup>5</sup>

Šī raksta uzdevums nav atspoguļot visas pēdējā laika pacientu drošības koncepcijas, bet gan apskatīt, kā praksē darbojas Ārstniecības riska fonds, kas ieviests sabiedrības veselības nozares pētījumu rezultātā tapušās Eiropas Parlamenta un Padomes 2011. gada 9. marta Direktīvas 2011/24/ES par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē<sup>6</sup> (turpmāk – Direktīva) ietekmē.

3 Eiropas Komisijas Veselības un pārtikas nekaitīguma ģenerāldirektorāta politikas izklāsts iedaļas “Sabiedrības veselība” apakšiedaļā “Pacientu drošums”. Pieejams: [http://ec.europa.eu/health/patient\\_safety/policy/index\\_lv.htm](http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/index_lv.htm) [skatīts 26.09.2016.].

4 Briģis Ģ. Medicīnas kļūdu un pacientu drošības konceptuālie, epidemioloģiskie un veselības sistēmas aspekti. Latvijas Ārsts, 09.2017., 69. lpp.

5 Apinis P. Veselības aprūpes reforma. Pieejams: [www.diena.lv/raksts/latvija/viedokli/veselibas-aprupes-reforma-14166812](http://www.diena.lv/raksts/latvija/viedokli/veselibas-aprupes-reforma-14166812) [skatīts 10.06.2018.].

6 Eiropas Parlamenta un Padomes 2011. gada 9. marta Direktīvas 2011/24/ES par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē. Eiropas Savienības Oficiālais Vēstnesis, 04.04.2011., Nr. 88/45 Pieejams: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:lv:PDF>

1 Eunjung Cha. A. Researchers: Medical errors now third leading cause of death in United States. Pieejams: [https://www.washingtonpost.com/news/to-your-health/wp/2016/05/03/researchers-medical-errors-now-third-leading-cause-of-death-in-united-states/?noredirect=on&utm\\_term=.b3a3ec65535f](https://www.washingtonpost.com/news/to-your-health/wp/2016/05/03/researchers-medical-errors-now-third-leading-cause-of-death-in-united-states/?noredirect=on&utm_term=.b3a3ec65535f) [skatīts 21.09.2017.].

2 Briģis Ģ. Medicīnas kļūdu un pacientu drošības konceptuālie, epidemioloģiskie un veselības sistēmas aspekti. Latvijas Ārsts, 09.2017., 70. lpp.

Direktīva nosaka dalībvalsts pienākumu nodrošināt pacientiem, ka ir pieejamas pārredzamas sūdzību procedūras un mehānismi, kas dod viņiem iespēju lūgt aizsardzības līdzekļus saskaņā ar dalībvalsts tiesību aktiem, ja sniegtās veselības aprūpes dēļ ir nodarīts kaitējums. Šajā sakarā 2013. gada 25. oktobrī Latvijā pēc Zviedrijas un Dānijas parauga tika ieviests jau minētais Ārstniecības riska fonds, no kura pacienti var saņemt atlīdzību par veselībai nodarīto kaitējumu bez ārsta vainas konstatēšanas.

Rakstā ir analizēta Ārstniecības riska fonda procesuālā kārtība, cēloņsakarības starp kaitējumu personai un sniegto veselības aprūpi noteikšanas problemātika, kompensācijas apmēra noteikšanas jautājums un līdzšinējā darbība. Rakstā ir izdarīti secinājumi par fonda koncepta ieviešanas atbilstību Direktīvai, Pacientu tiesību likumam, vispārējiem procesuālajiem principiem, iestādes un tiesu prakses attīstības tendencēm, kā arī sniegti priekšlikumi, lai uzlabotu fonda saturisko un procesuālo darbību.

### Pacientu tiesības uz atlīdzību

Ārstniecības personu atbildību par pacienta veselībai nodarīto kaitējumu un pacienta tiesības uz atlīdzību vispārīgi nosaka Ārstniecības likums,<sup>7</sup> likums "Par prakses ārstiem",<sup>8</sup> Pacientu tiesību likums<sup>9</sup> un Civillikuma<sup>10</sup> normas par neatļautu darbību un vainas pakāpēm (1635.–1650. p.), par miesas bojājumiem (2347.–2351. p.). Kopš Pacientu tiesību likuma spēkā stāšanās pacientu tiesības uz atlīdzību *expressis verbis* ir noteiktas Pacientu tiesību likuma 16. pantā. Pacientu tiesības uz kompensāciju ir noteiktas arī Eiropas Pacientu tiesību hartā,<sup>11</sup> kas gan nav normatīvs akts, bet noder kā tiesību avots. Ar 2013. gada 17. oktobra likumu "Grozījumi Pacientu tiesību likumā"<sup>12</sup> tika ieviests pacientu tiesību aizsardzības līdzeklis "Ārstniecības riska fonds", kura darbību reglamentē arī Ministru kabineta 2013. gada 5. novembra noteikumi Nr. 1268 "Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi"<sup>13</sup> (turpmāk – ĀRF noteikumi). Šajos noteikumos tika veikti grozījumi ar Ministru kabineta 2016. gada 19. janvāra noteikumiem Nr. 44 "Grozījumi Ministru kabineta 2013. gada 5. novembra noteikumos Nr. 1268 "Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi"<sup>14</sup>

7 Ārstniecības likums. Latvijas Vēstnesis, 01.07.1997., Nr. 167/168 (882/883).

8 Likums "Par prakses ārstiem". Latvijas Vēstnesis, 08.05.1997., Nr. 113 (828).

9 Pacientu tiesību likums. Latvijas Vēstnesis, 30.12.2009., Nr. 205 (4191).

10 Civillikums. Valdības Vēstnesis, 20.02.1937., Nr. 41.

11 Eiropas Pacientu tiesību harta. Pieejama: <http://www.veselibaspolitika.lv/?la=pa=pacientam&papa=tavastiesibas> [skatīta 10.06.2018.].

12 Grozījumi pacientu tiesību likumā. Latvijas Vēstnesis, 29.10.2013., Nr. 211 (5017).

13 Ministru kabineta 2013. gada 5. novembra noteikumi Nr. 1268 "Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi". Latvijas Vēstnesis, 22.11.2013., Nr. 228 (5034).

14 Ministru kabineta 2016. gada 19. janvāra noteikumiem Nr. 44 "Grozījumi Ministru kabineta 2013. gada 5. novembra noteikumos Nr. 1268 "Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi"<sup>14</sup>. Latvijas Vēstnesis, 21.01.2016., Nr. 14 (5586).

Pacientam ir tiesības uz atlīdzību par 1) veselībai vai dzīvībai nodarīto kaitējumu (arī morālo kaitējumu) un 2) ārstniecības izdevumiem. Atlīdzību no Ārstniecības riska fonda izmaksā no 2014. gada 1. maija par kaitējumu, kas nodarīts pacientam pēc 2013. gada 25. oktobra.

Tādējādi kopš 2013. gada 25. oktobra nomainījās pacientu tiesību uz atlīdzību procesuālā paradigma. Proti, līdz 2013. gada 25. oktobrim persona, kurai ārstniecības procesā nodarīts kaitējums, t.i., pacients, veselībai nodarītā kaitējuma kompensāciju prasīja no ārstniecības iestādes vai ārstniecības personas. Strīdu gadījumā šo pacienta prasību izskatīja tiesa civilprocesuālā vai kriminālprocesuālā kārtībā kā mantiskās kompensācijas pieteikumu krimināllietās, kur apsūdzība celta pēc Krimināllikuma<sup>15</sup> 138. panta. Arī šobrīd tiesas krimināllietās vai prasības kārtībā izskata lietas par pacienta dzīvībai vai veselībai nodarītā kaitējuma, kas nodarīts līdz 2013. gada 25. oktobrim, piedziņu. Iepriekš teiktā sakarā vērā ņemama ir prof. O. Joksta publikācija "Morālais kaitējums: zaudējumu atlīdzināšana"<sup>16</sup> žurnāla "Jurista Vārds" 2005. gada 26. aprīļa numurā. Savukārt lietām par pacienta dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu pēc 2013. gada 25. oktobra ir radīts īpašs administratīvi tiesisks mehānisms jeb pacientu tiesību aizsardzības līdzeklis – jau minētais Ārstniecības riska fonds. Ar jaunā koncepta ieviešanu ir notikusi procesuālo principu izmaiņa. Civilprocesuālos un kriminālprocesuālos principus – pušu saciksti un pušu līdztiesību – aizstāj objektīvās izmeklēšanas princips un pārējie administratīvā procesa principi.

Latvijas Ārstu kongresa (2017. gada 21.–23. septembrī) ietvaros notikušās konferences "Medicīna un jurisprudences" laikā tika noskaidrots, ka juristu vidū valda nevienprātība – ir sastopami viedokļi, ka pacients joprojām ar prasību (vai pieteikumu) par veselībai nodarīto kaitējumu var nevērsties Ārstniecības riska fondā, bet gan – civilprocesuālā kārtībā vispārējās jurisdikcijas tiesā. Autori šādu viedokli uzskata par kļūdainu, jo Ārstniecības riska fonds viennozīmīgi ir uzlūkojams par "noteikto lietas iepriekšējās ārpustiesas izskatīšanas kārtību" Civilprocesa likuma<sup>17</sup> 132. panta pirmās daļas 7. punkta izpratnē, kas ir pamats taisīt lēmumu par atteikšanos pieņemt prasības pieteikumu.

Ārstniecības riska fonda vispārējie principi ir noteikti Pacientu tiesību likuma 17. pantā, bet tā darbību reglamentē ĀRF noteikumi. Fonda institucionālā uzbūve ir duāla, proti, tā organizāciju nodrošina divas Veselības ministrijas tiešās padotības iestādes:

– 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),

15 Krimināllikums. Latvijas Vēstnesis, 08.07.1998., Nr. 199/200 (1260/1261).

16 Joksts O. Morālais kaitējums: zaudējumu atlīdzināšana. Jurista Vārds, 26.04.2005., Nr. 15 (370).

17 Civilprocesa likums. Latvijas Vēstnesis, 03.11.1998., Nr. 326/330 (1387/1391).

1. tabula

Periods	Saņemtie iesniegumi	Lēmumi par atlīdzības izmaksu	Lēmumi par atteikumu izmaksāt	Atteikumi izskatīt/ atsaukti/ neiesniegti	Šobrīd izskatīšanā	Izmaksātā kopsumma (EUR)	Lielākā izmaksātā summa (EUR)	Apstrīdēti VM
2014	94	3	22	11		19 353,17		6
2015	171	59	49	15		1 037 119,94	106 717,50	25
2016	234	57	63	20		1 738 776,98	142 290,00	41
2017	216	55	21	20		1 015 853,72	71 145,00	67*
01.01.2018.– 01.05.2018.	97	–	–	3		342 632,98 (no tiem 141 168,64 atrodas izmaksas procesā)	71 977,68 (šobrīd vēl izmaksas procesā)	16*
Kopā	812	174	155	69	414			

\* T.sk. apstrīdēti arī lēmumi par administratīvo lietu izskatīšanas termiņa pagarinājumiem.

– Nacionālais veselības dienests (kas pieņem iesniegumus, pārbauda to atbilstību formālajām prasībām, administrē Ārstniecības riska fonda līdzekļus un, pamatojoties uz inspekcijas atzinumu, pieņem lēmumu par atlīdzības izmaksāšanu vai par atteikumu to izmaksāt, kā arī izmaksā atlīdzību no Ārstniecības riska fonda).

Atbilstoši Pacientu tiesību likuma 17. panta otrajai daļai Nacionālā veselības dienesta lēmumu un faktisko rīcību attiecībā uz pacientam izmaksājamo atlīdzību no Ārstniecības riska fonda var apstrīdēt Veselības ministrijā, bet tās lēmumu var pārsūdzēt tiesā Administratīvā procesa likuma<sup>18</sup> noteiktajā kārtībā. Pacientam nav tiesību apstrīdēt Veselības inspekcijas atzinumu.

Ārstniecības riska fonda līdzšinējā statistika saistībā ar pacienta dzīvībai vai veselībai nodarītā kaitējuma esības vai neesības konstatēšanu ir apkopota 1. tabulā.

Tiesās šobrīd atrodas 22 lietas, no tām Administratīvajā rajona tiesā – 18, bet Administratīvajā apgabaltiesā – četras lietas.

Līdz Ārstniecības riska fonda ieviešanai vispārējās jurisdikcijas tiesās civiltiesiskā kārtībā bija celtas prasības “prasījumi personisku aizskārumu dēļ” 2010. gadā – 47, 2011. – 41, 2012. – 31, bet 2013. gadā – 50.<sup>19</sup> Jāpiebilst, ka lietu kategorijā “prasījumi personisku aizskārumu dēļ” ietilpst dažādi prasījumi, ne tikai veselības aizskārumu dēļ. Tiesu administrācijas datubāze prasījumus gan sīkāk neizdala, bet konkrētajā situācijā tas arī nav nepieciešams, lai secinātu, ka ar Ārstniecības riska fonda koncepta ieviešanu pacientu tiesību uz atlīdzību par veselībai nodarīto kaitējumu mehānisms ir kļuvis daudz, daudz pieejamāks, jo līdz 2014. gadam nekad tik daudz cilvēku nebija saņēmuši kompensācijas. Ar katru gadu pacientu skaits, kas vērsās Ārstniecības riska fondā, aug.

Atceroties ievadā minēto, ka 8–12 % Eiropas Savienības slimnīcās uzņemto pacientu cieš ar veselības aprūpi sais-

ītos negadījumos, jāpalūkojas uz Ārstniecības riska fonda statistiku, salīdzinot ar Slimību un profilakses centra (turpmāk – SPKC) statistiku<sup>20</sup> par Latvijas stacionāros stacionēto pacientu skaitu. SPKC statistika ir apkopota 2. tabulā.

Jāatzīst, ka šajā statistikā nav iekļauti ne ambulatorie, ne stomatoloģijas, ne rehabilitācijas pacienti. 2. tabulā iekļauti pieejamie dati, lai uzskatāmi parādītu, ka atlīdzības prasījuma iesniegumu Ārstniecības riska fondam skaits ir neatbilstošs Eiropas Savienības vidējam slimnīcās cietušo pacientu skaitam.

1. tabulā redzamie dati par Nacionālajā veselības dienestā iesniegto atlīdzības prasījuma iesniegumu skaitu liek izdarīt daiļrunīgus secinājumus, ka to skaits ir zem 1 % no stacionēto pacientu skaita.

2. tabula

Periods	Stacionēto pacientu skaits	8 procenti
2014	356 137	28 491
2015	354 711	28 377
2016	357 722	28 618
2017	Uz raksta sagatavošanas brīdi nav pieejama	

### Ekspertīze Veselības inspekcijā

Būtiskāko Ārstniecības riska fonda darba daļu paveic Veselības inspekcija, jo svarīgākie jautājumi ir:

- būt vai nebūt kompensācijai par veselībai nodarīto kaitējumu un
- cik lielai būt šai kompensācijai.

Veselības inspekcija veic ekspertīzi, sagatavo atzinumu un nosaka kaitējuma apmēru (procentos), kā arī vērtē ārstniecības izdevumu saistību ar pacientam nodarītā kaitējuma seku mazināšanu vai novēršanu.

Apspriežot Veselības inspekcijas atzinuma tiesisko dabu, secināms, ka tas nav ne administratīvs akts, ne

18 Administratīvā procesa likums. Latvijas Vēstnesis. 14.11.2001., Nr. 164 (2551).

19 Tiesu administrācijas statistikas pārskati par civillietām. Pieejami: [https://www.ta.gov.lv/LV/publikacija\\_un\\_statistika\\_1509/statistikas\\_dati\\_58/civillietas\\_246](https://www.ta.gov.lv/LV/publikacija_un_statistika_1509/statistikas_dati_58/civillietas_246) [skatīti 10.06.2018.].

20 Slimības un profilakses centra statistikas dati. Pieejami: <https://www.spkc.gov.lv/lv/statistika-un-petijumi/statistika/veselibas-aprupes-statistika1> [skatīti 10.06.2018.].

starplēmums administratīvajā procesā, bet gan pierādīšanas līdzeklis specifiskā administratīvajā procesā iestādē – eksperta atzinums. To, pirmkārt, raksturo tā autors vai autori – personas ar specifiskām zināšanām, kuras sniedz specifisku viedokli par specifisku gadījumu, kuru novērtējot nepieciešamas speciālas zināšanas medicīnas zinātnē. Ne Pacientu tiesību likumā, ne ĀRF noteikumos nav paredzēta kārtība, kā rīkoties, ja Veselības inspekcijas sagatavotais atzinums pierādījuma novērtēšanas procesā izrādās nepieļaujams vai neticams (domājams, ka par attiecināmību strīdu nebūs). Vispārīgi no administratīvā procesa regulējuma izriet: ja administratīvā procesa ietvaros iestādē vai tiesā radīsies šaubas par konkrētās ekspertīzes atzinuma pieļaujamību vai ticamību, ir atceļams Nacionālā veselības dienesta lēmums par atlīdzības izmaksu vai par atteikumu izmaksāt atlīdzību un administratīvais process būtu uzsākams no jauna. Praksē Veselības ministrija administratīvā akta apstrīdēšanas stadijā, sastopoties ar iebildumiem pēc būtības, nosaka papildu ekspertīzi. Arī tiesā līdz šim Ārstniecības riska fonda lietās nav tikusi nozīmēta papildu vai atkārtota ekspertīze,<sup>21</sup> kaut gan normatīvie akti to neliedz, bet tiesa vienā administratīvajā lietā ir norādījusi, ka “normatīvie akti neliedz Ministrijai un Dienestam lūgt Inspekciju sniegt atkārtotu atzinumu, ja sākotnējais atzinums nesniedz atbildes uz tiem jautājumiem, kas saskaņā ar noteikumiem ir jāizvērtē”.<sup>22</sup> Šajā lietā tiesa, daļēji apmierinot pieteikumu, uzlika par pienākumu Nacionālajam veselības dienestam izdot jaunu administratīvo aktu, ņemot vērā spriedumā konstatētos faktus un to juridisko vērtējumu, kas pēc šīs lietas apstākļiem nozīmēja arī atkārtotu ekspertīzi. Autoru ieskatā, jauna administratīvā akta izdošana nav nepieciešama, jo tā šo procesu padara ievērojami ilgāku (jāņem vērā, ka katru jaunu administratīvo aktu var apstrīdēt un pārsūdzēt).

Administratīvā procesa sākumā Veselības inspekcija savāc informāciju, iepazīstoties ar iesniedzēja iesniegtajiem dokumentiem un pieprasot no ārstniecības iestādēm pacienta medicīniskos dokumentus.

Informācijas ieguves procesā Veselības inspekcija ir tiesīga pieaicināt citas ārstniecības personas, tai skaitā ārstniecības personu profesionālo asociāciju pārstāvjus un galvenos speciālistus. Kaut arī ĀRF noteikumos nav konkrēti norādīta šo pieaicināto personu loma, pēc *ratio legis* šīs personas ir eksperti, kam būtu jādod atzinums par specifiskiem ar medicīnas zinātnei saistītiem jautājumiem konkrētā lietā. ĀRF noteikumi nesatur nekādu regulējumu par prasībām pieaicināmiem ekspertiem, t.sk. attiecībā uz prasībām pēc neitralitātes un neieinteresētības konkrētajā lietā vai attiecībā uz ekspertu kompetenci. Atzīmējams, ka ĀRF noteikumi nesatur arī nekādu regulējumu par ekspertu pienākumiem un atbildību, par informācijas apjomu, ar kādu Veselības inspekcija iepazīstina pieaicinātos ekspertus, kā arī par ekspertu atbildību

par dienesta un sensitīvās informācijas saglabāšanu noslēpumā. Tādējādi pastāv iespēja, ka Veselības inspekcija var pieaicināt ekspertu, kurš var būt ieinteresēts lietas iznākumā, kuru, visticamāk, iepazīstinās ar sensitīvu un aizsargājamu informāciju, bet kurš netiks brīdināts par atbildību par šīs informācijas izpaušanu. Tāpat arī ir vērts uzsvērt, ka normatīvie akti neliek informēt iesniedzēju par pieaicināmiem ekspertiem un iesniedzējam nav tiesību izteikt viedokli vai pieteikt noraidījumu. Jāatzīst, ka praksē Veselības inspekcija informē iesniedzējus par pieaicināmajiem ekspertiem.

Iepriekš minētais ir vērtējams kā trūkumi Ārstniecības riska fonda regulējumā, kas būtu novēršami, veicot atbilstošus grozījumus ĀRF noteikumos.

Zinātniskajā literatūrā, raksturojot Latvijas “medicīnas lietu” nākotni, norādīts, ka jāveido starptautiskas ekspertu komisijas, jo Latvija ir ļoti maza valsts un pieaicināmo ekspertu skaits ir ierobežots.<sup>23</sup> Šis viedoklis ļoti trāpīgi raksturo Latvijas situāciju, un tādēļ jo būtiskāk ir ĀRF noteikumos paredzēt konkrētu ekspertu atbildības regulējumu un Krimināllikumā ieviest ekspertu atbildības regulējumu. Tādēļ būtu diskutējams jautājums, vai Veselības inspekcija var būt vienīgā ekspertīzes iestāde, kurai būtu tiesības sniegt atzinumus šīs kategorijas lietās.

Veselības inspekcijā, veicot ekspertīzi, ir paredzēts ekspertēt tikai pacienta medicīniskos dokumentus, bet nav paredzēta iespēja veikt paša pacienta apskati un iztaujāšanu. Praksē Veselības inspekcija neliedz iesniedzējiem sniegt papildu paskaidrojumus, izteikt savus argumentus vai apsvērumus.

ĀRF noteikumu 8.3. punktā ir paredzētas Veselības inspekcijas tiesības “pieprasīt, lai komisija (ne mazāk kā triju ārstniecības personu sastāvā, ja nepieciešams, pieaicinot speciālistus no citām ārstniecības iestādēm), ko izveidojis tās ārstniecības iestādes vadītājs, par kuru ir saņemts atlīdzības prasījuma iesniegums, veiktu izvērtējumu un sniegtu inspekcijai viedokli par kaitējuma esību vai neesību un kaitējuma apmēru”. Autoru vērtējumā, šāds noteikums, kas vērsts uz to, lai pārkāpējs (ievērojot, ka “darbinieki sastāda juridiskas personas personālo substrātu un tāpēc darbinieku darbības ir pašas juridiskās personas darbības”<sup>24</sup>) pats novērtētu savu kļūdu, ir nekas cits kā likumdošanas brāķis. Jau romiešu tiesībās attīstījās procesuāls princips *Nemo iudex in causa sua* (neviens nav tiesnesis paša lietā). Arī tiesu praksē ir gadījumi, kad pieteicēji apšaubā šo komisiju veikto izvērtējumu objektivitāti.<sup>25</sup>

Autoriem praksē nav zināms neviens gadījums, kad ārstniecības personas atzītu savu kļūdu ārstniecības

23 Ferrara S.D., Boscolo-Berto R., Viel G. Mal practice and Medical Liability. European State of the Art and Guidelines. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2013, p. 238.

24 Augstākās tiesas Civillietu departamenta 2000. gada 26. aprīļa spriedums lietā Nr. SKC-189 un Augstākās tiesas Civillietu tiesu palātas 2001. gada 7. februāra spriedums lietā Nr. PAC-27.

25 Administratīvās apgabaltiesas 2017. gada 15. novembra spriedums lietā Nr. A420197316 un Administratīvās rajona tiesas Rīgas tiesu nama 2017. gada 24. marta spriedums lietā Nr. A420217416.

21 Npublicēti tiesu prakses materiāli un intervijas.

22 Administratīvās rajona tiesas Rēzeknes tiesu nama 2016. gada 8. decembra spriedums lietā Nr. A420289116.

procesā. Tas ir saprotams, jo, neskatoties uz “bez vainas konceptiem”, kas paredz ziņot par negadījumiem medicīnā, lai palīdzētu kolēģiem izvairīties no līdzīgām kļūdām, administratīvā atbildība par veselības aprūpes pārkāpumiem (Latvijas Administratīvo pārkāpumu kodeksa 45.<sup>1</sup> pants) vai kriminālatbildība par ārstniecības personas profesionālo pienākumu nepildīšanu vai par nolaidīgu to pildīšanu (Krimināllikuma 138. pants) joprojām var kļūt par ļoti praktisku konkrētas ārstniecības personas problēmu. Tieši draudošās administratīvās atbildības vai apsūdzības krimināllietā dēļ ārstniecības personām ir tiesības neliecināt pret sevi. Tādēļ arī autori uzdrošināsies teikt, ka “ziņošanas par medicīniskām kļūdām un nesodišanas sistēma” sāks darboties tikai tad, ja arī juridiski izzudis sodišanas elements, bet, spriežot pēc zvērinātas advokātes Ilzes Vilkas priekšlasījuma Latvijas Ārstu kongresā, šāds scenārijs šobrīd nav pārāk reāls, kam autori arī piekrīt.

Veselības inspekcija ĀRF noteikumu 8.3. punktā ietverto noteikumu aizstāv, norādot, ka ārstniecības personai ir jābūt informētai par to, ka izmeklē tās darbību. Lai pārbaudītu šo argumentu, jānoskaidro, ko izmeklē šajā specifiskajā administratīvajā procesā. Jau noskaidrots, ka Veselības inspekcija veic ekspertīzi ar mērķi novērtēt pacientam radīto kaitējumu un tā apmēru (ĀRF noteikumu 1.2. punkts). Ārstniecības personu vainu vai vainojamību šajā procesā nenoskaidro, tādēļ arī ĀRF noteikumos nav paredzēta obligāta ārstniecības personu uzklauššana. Tomēr, visticamāk, ārstniecībā iesaistīto ārstniecības personu uzklauššana kaut kādā formā būtu lietderīga objektīvās izmeklēšanas aspektā. Šobrīd šāds instruments ir iekļauts Administratīvajā procesa likuma 59. pantā. Tomēr šim mērķim nekādā gadījumā nav izmantojams ĀRF noteikumu 8.3. punkta regulējums.

Tādēļ, autoru ieskatā, ĀRF noteikumu 8.3. punktā paredzētais mehānisms nav lietderīgs un neatbilst tiesībām uz taisnīgu tiesu saturu (Latvijas Republikas Satversmes<sup>26</sup> 92. pants un Cilvēka tiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencijas<sup>27</sup> 6. pants).

### **Cēloņsakarība starp kaitējumu personai un sniegto veselības aprūpi**

Ārstniecības riska fonda mērķis, ko definē Direktīva, ir nodrošināt, lai pacientiem ir pieejamas pārredzamas sūdzību procedūras un mehānismi, kas dod tiem iespēju lūgt aizsardzības līdzekļus saskaņā ar dalībvalsts tiesību aktiem, ja sniegtās veselības aprūpes dēļ ir nodarīts kaitējums. Šajā gadījumā ir apskatāms jautājums, kā tiek konstatēta cēloņsakarība starp kaitējumu personai un sniegto veselības aprūpi.

ĀRF noteikumos ir paredzēts, ka Nacionālais veselības dienests pieņem lēmumu par atteikumu izmaksāt

atlīdzību, ja nav konstatēta cēloņsakarība starp kaitējumu un ārstniecības personas veikto darbību vai bezdarbību ārstniecības procesā. Cēloņsakarības esību vai neesību konstatē Veselības inspekcija.

Tas, ka jāpārbauda, vai konkrētā rīcība ir izraisījusi konkrētas negatīvas sekas, jau romiešu tiesībās ieguva formulu *Conditio sine qua non* (no latīņu val. – priekšnoteikums, bez kura nē). Ar šīs formulas palīdzību arī mūsdienās noskaidro apstākļus, bez kuriem kaitīgais notikums nevarētu iestāties, tātad – kuri ir cēloniskā sakarā ar nodarījumu.<sup>28</sup> Šī koncepcija ir atrodama arī ĀRF noteikumos, kuru 12.1. punktā paredzēts, ka Nacionālais veselības dienests pieņem lēmumu par atteikumu izmaksāt atlīdzību, ja nav konstatēta cēloņsakarība starp kaitējumu un ārstniecības personas veikto darbību vai bezdarbību ārstniecības procesā.

Vācijā, Apvienotajā Karalistē, Francijā, Spānijā un Itālijā šis princips darbojas krimināltiesībās.<sup>29</sup> Pierādīšanas teorijā pastāv jēdziens “pierādīšanas standarts”, kas attiecas uz līmeni vai pakāpi, kādā jābūt īstenotai pierādīšanas nāstai. Tas ir pārliecības vai iespējamības līmenis, ko pierādījumiem jārada fakta izlēmēju prātā; tas ir standarts, kādā fakta izlēmējiem ar pierādījumu starpniecību jātiec pārliecinātiem no tās strīdus puses, uz kuru gulstas pierādīšanas nasta.<sup>30</sup> Pierādīšanas standarta veidi ir “ārpus saprātīgām šaubām” un “iespējamību pārsvars”.

Pierādīšanas standartu “ārpus saprātīgām šaubām” izmanto procesos, kuros kā procesuālais princips darbojas nevainīguma prezumpcija, kas arī nosaka šī pierādīšanas standarta saturu. Latvijā to lieto kriminālprocesā un administratīvo pārkāpumu procesā (t.s. mazajā kriminālprocesā), kad pierādīšanu realizē apsūdzības puse. Savukārt civilprocesā un izņēmuma gadījumos (piemēram, t.s. fakta legālās prezumpcijas gadījumā) – kriminālprocesā un administratīvo pārkāpumu procesā, kad pierādīšanas nasta ir pārnesta uz aizstāvības pusi, lieto pierādīšanas standartu “iespējamais pārsvars”.<sup>31</sup> Šis pierādīšanas standarts, pēc autoru domām, ir lietojams arī administratīvajā procesā, t.sk. administratīvajā procesā iestādē Ārstniecības riska fonda ietvaros. Tas nozīmē, ka cēloņsakarības konstatēšanas formula *Conditio sine qua non* nav lietojama, konstatējot cēloņsakarību starp pacienta veselībai nodarīto kaitējumu un ārstniecības personas veikto darbību vai bezdarbību ārstniecības procesā.

Eiropas tiesiskajā telpā ir izstrādāts doktrināls dokuments “Eiropas deliktu tiesību principi” (*The Principles of European Tort Law*; PETL, turpmāk – EDTP), kuram gan nav tiešas piemērojamības, bet tas kalpo

28 Torgāns K. Vairāki zaudējumu (kaitējumu) izraisīši cēloņi. Jurista Vārds, 10.07.2007., Nr. 28 (481).

29 Ferrara S.D., Boscolo-Berto R., Viel G. Mal practice and Medical Liability. European State of the Art and Guidelines. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2013, p. 100.

30 Strada-Rozenberga K. Pierādīšanas teorija kriminālprocesā. Vispārīgā daļa. Rīga: Biznesa augstskola Turība, 2002, 150.–151. lpp.

31 Turpat, 151.–154. lpp.

26 Latvijas Republikas Satversme. Latvijas Vēstnesis, 01.07.1993., Nr. 43.

27 Cilvēka tiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencija. Latvijas Vēstnesis, 13.06.1997., Nr. 143/144 (858/859).

kā doktrināls avots. EDTP paredz tādas cēlonības veidus kā vienlīdz nozīmīgi (konkurējoši) cēloņi (EDTP 3:102. pants), alternatīvie cēloņi (EDTP 3:103. pants), potenciālie cēloņi (EDTP 3:104. pants), nenoteikta daļēja cēlonība (EDTP 3:105. pants).<sup>32</sup> Šie Eiropas deliktu tiesību principos norādītie cēlonības konstatēšanas veidi būtu lietojami, konstatējot cēloņsakarību starp kaitējumu un ārstniecības personas veikto darbību vai bezdarbību ārstniecības procesā. Autoriem uz šī raksta sagatavošanas brīdī nav ziņu, kādus cēlonības veidus respektē Veselības inspekcija, veicot ekspertīzes, bet šis jautājums ir turpmāko pētījumu dienaskārtībā. No anonimizētajiem tiesu spriedumiem vai autoriem pieejamajām lietām un tur atrodamajiem aprakstiem nav izdarāmi secinājumi par Veselības inspekcijas respektētiem cēlonības veidiem, jo atzinumu motīvu daļas ir pārāk nekonkrētas, lai izdarītu jebkādas secinājumus.

ĀRF noteikumos ir paredzēts, ka Nacionālais veselības dienests pieņem lēmumu par atteikumu izmaksāt atlīdzību, ja orgānu vai audu anatomisks bojājums vai funkciju traucējums ir saistīts ar veikto ārstniecību, taču nav radies ārstniecības personas neprofesionālas rīcības dēļ. Minēto apstākli konstatē Veselības inspekcija. Pacientu tiesību likuma 16. panta pirmajā daļā paredzēts, ka pacientam ir tiesības uz atlīdzību par viņa dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu (arī morālo kaitējumu), kuru radījuši apstākļi ārstniecības laikā. Minētais apstāklis var rasties, piemēram, no klīniskās infekcijas, kuras izcelsmē nebūs iespējams vainot ārstniecības personas neprofesionālu rīcību, vai arī, piemēram, jatroģēnas kļūdas dēļ.

Pēc profesora A. Lieljukša iedalījuma izšķir kļūdas, ko pacienta veselības aprūpē pieļauj ārstniecības persona, un tās ir: deontoloģiskās kļūdas, diagnostikas kļūdas, ārstniecības kļūdas. Papildus minētajām profesors A. Lieljukšis min jatroģēnas kļūdas, t.i., kļūdas, kuras veselības aprūpes procesā pieļāvusi ārstniecības persona, bet kuras nav bijušas novēršamas.<sup>33</sup>

Deontoloģiskās kļūdas (saistītas ar ārstniecības personu saskarsmi un attieksmi pret pacientiem un uzvedības normu pārkāpšanu attiecībā pret pacientiem) arī var būt vismaz nenoteiktā daļējā cēlonībā (EDTP 3:105. pants) ar pacienta veselībai nodarīto kaitējumu, jo medicīnas zinātnē ir atzīts, ka psihosomatiskie mehānismi var izraisīt pacienta veselības stāvokļa pasliktināšanos.<sup>34</sup>

Diskutējams ir jautājums, vai diagnostikas kļūdas vienmēr izcelsies ārstniecības personas neprofesionālas rīcības dēļ. Minēto kļūdu cēlonis var būt gan kļūme diagnostikas iekārtās, gan objektīvi nepietiekamu zināšanu vai pētījumu dēļ, gan citi cēloņi, bet ne ārstniecības personas neprofesionāla rīcība. Tomēr tieši diagnostikas

kļūdas var būt par iemeslu kaitējumam sniegtās veselības aprūpes dēļ.

Zviedrijā, pēc kuras modeļa Latvijā ir ieviests Ārstniecības riska fonds, kompensē zaudējumus, kas radušies:

1) izmeklējuma, aprūpes, ārstēšanas v.tml. pakalpojuma dēļ, pieņemot, ka no kaitējuma varēja izvairīties, vai nu sniedzot doto pakalpojumu citādā veidā, vai arī izvēloties citu pieejamu pakalpojumu, kas saskaņā ar vēlāk izdarītu medicīnisku slēdzienu būtu sniedzis doto aprūpes pakalpojumu mazāk riskantā veidā;

2) izmeklējumā, aprūpē, ārstēšanā v.tml. pakalpojumā izmantotās medicīnas tehnikas vai medicīniskās aprūpes aprīkojuma kļūmes vai tā nepareizas lietošanas dēļ;

3) nepareizas diagnozes rezultātā;

4) infekcijas, kas radusies pacienta izmeklēšanas, aprūpes, ārstēšanas vai līdzīga pasākuma ietvaros, dēļ;

5) negadījuma dēļ, kas noticis saistībā ar pacienta izmeklēšanu, aprūpi, ārstēšanu vai līdzīgu pasākumu vai pacienta transportēšanas laikā, vai saistībā ar ugunsgrēku vai citu bojājumu veselības aprūpes telpām un aprīkojumam;

6) pārkāpuma vai priekšrakstu neievērošanas farmācijas jomā rezultātā.<sup>35</sup>

Kā redzams, Zviedrijas likums par pacientam nodarīto kaitējumu (*Patientskadelag*) atšķirībā no ĀRF noteikumiem paredz gan deontoloģiskās, diagnostiskās un jatroģēnas kļūdas, gan arī dažādus apstākļus ārstniecības laikā visplašākajā nozīmē.

Tādēļ secināms, ka ĀRF noteikumu 12.1. un 12.2. punkts nepamatoti sašaurina Pacientu tiesību likuma 16. panta pirmās daļas tvērumu, no kompensācijas mehānisma izslēdzot deontoloģiskās kļūdas, diagnostikas kļūdas un jatroģēnas kļūdas, kā arī apstākļus ārstniecības laikā. Tāpat secināms, ka Direktīva ir implementēta nepilnīgi, jo dalībvalstīm savos normatīvajos un administratīvajos aktos bija jāparedz pieejamas sūdzību procedūras un mehānismi, ja "sniegtās veselības aprūpes dēļ" ir nodarīts kaitējums, nesašaurinot cietušo pacientu tiesības uz atlīdzību ar noteikumiem par cēloņsakarības esību starp kaitējumu un ārstniecības personas veikto darbību vai bezdarbību.

Praksē novērots, ka Veselības inspekcija ir visnotaļ brīva savos secinājumos, konstatējot vai nekonstatējot kaitējumu. Šāds secinājums izriet gan no tiesu prakses pētījumiem,<sup>36</sup> gan savstarpējās koleģiālās komunikācijas. Katrā ziņā no atzinumiem nevar gūt patiesu un skaidru priekšstatu par iemesliem, kādēļ Veselības inspekcijas eksperti ir izlēmuši par labu kaitējuma esības vai neesības konstatēšanai. Atzinumos ir plaši un gari pārrakstītas pacientu "slimību vēstures", dažādi analīžu un izmeklējumu rezultāti, bet noslēgumā trūkst visu šo iegūto datu izvērtējuma un siloģisku secinājumu. Problēma juristiem varētu būt medicīnisko zināšanu trūkums, bet pārbaudāmu

32 The Principles of European Tort Law. (PETL). Pieejams: <http://www.egtl.org/Principles> [skatīts 26.09.2016.].

33 Lieljukšis A. Ārstniecības personas atbildība. Grām.: Autoru kolektīvs S. Ašņevicas-Slokenbergas zinātniskajā redakcijā. Medicīnas tiesības. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2015. 679. lpp.

34 Ancāne G. Ķermeņa un psihiķes saistība. Psihologijas Pasaule, 2004, Nr. 1, 38.–43. lpp.

35 Zviedrijas likums par pacientam nodarīto kaitējumu (*Patientskadelag* (1996:799)). Pieejams: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientskadelag-1996799\\_sfs-1996-799](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientskadelag-1996799_sfs-1996-799) [skatīts 26.09.2016.].

36 Tiesu informatīvajā sistēmā pieejamie anonimizētie tiesu nolēmumi. Pieejams: <https://manas.tiesas.lv/eTiesasMvc/nolemumi>



motīvu trūkums ir konstatējams pat bez tām. Turklāt šajā jomā strādājošajiem ir vai nu savas zināšanas, kā, piemēram, zvērinātam advokātam Ronaldam Rožkalnam,<sup>37</sup> vai zināšanas iegūstamas, piesaistot konsultantus.

Arī publiskajā telpā izskan kritika Veselības inspekcijas veikto ekspertīžu kvalitātei. Tā pazīstamais mikroķirurgs un medicīnas tiesību aktīvistis Olafs Libermanis norāda, ka “ekspertiem, kā skaidro inspekcija, piemīt “plašas zināšanas medicīnā” – absolūti visās jomās, no ginekoloģijas līdz acu ķirurģijai, viņiem savi slēdzieni nav jāpamato. Eksperts tā secinājis, tāpēc tā arī ir”.<sup>38</sup>

Praksē administratīvās justīcijas tiesa gandrīz vienmēr piekrit iestādes secinājumiem. Šobrīd no vispārējās tendences ir tikai divi izņēmumi, kas rezultējušies trīs spriedumos, tie attiecas uz kompensācijas apmēra noteikšanu un tiks apskatīti nākamajā nodaļā. Bet jautājumā par kaitējuma esību vai neesību tiesu prakse līdz šim ir vienota un ir vienīgi Veselības ministrijas pusē. Tiesas pamato spriedumus ar atziņām, ka “tieši Veselības inspekcijai ir deleģēta atbildības izmaksu priekšnosacījumu pastāvēšanas izvērtēšana”<sup>39</sup> vai “tiesa konkrētajā gadījumā nevar iestāties iestādes vietā un noteikt konkrētu administratīvā akta saturu, jo tas prasa gan speciālas zināšanas, gan tādējādi tiesa pārkāptu tās kompetenci”.<sup>40</sup> Tādējādi tiesas norobežojās no faktu un saturiskā vērtējuma jautājumiem, pēc būtības padarot tiesas par nepilnas jurisdikcijas tiesām. Šādi tiesu secinājumi nav tiesiski.

Administratīvās tiesas pamatuzdevums administratīvajā procesā ir nodrošināt efektīvu tiesas kontroli pār izpildvaras veikto darbību (bezdarbības) tiesiskumu un lietderību. Plašākā nozīmē administratīvajā procesā tiesas uzdevums ir veikt izpildvarai piešķirto pilnvaru izmantošanas tiesiskuma (lietderības) kontroli.<sup>41</sup> Šī kontrole ir būtisks ikvienas tiesiskas valsts elements, tādēļ tai jābūt visaptverošai – procesuālai un saturiskai – un šai kontrolei jābūt pakļautām visām valsts darbībām, kas attiecas uz konkrētu personu.<sup>42</sup> Arī Eiropas Cilvēktiesību tiesa ir noteikusi, ka tiesai jābūt tiesībām lemt par strīda galveno jautājumu un, ja nepieciešams, nosūtīt lietu atkārtotai izvērtēšanai tai pašai vai citai iestādei.<sup>43</sup> Administratīvajā procesā tiesā tiesai ir pietiekami daudz procesuālu instrumentu

(kas izriet no objektīvās izmeklēšanas principa), lai nodrošinātu privātpersonu interešu aizsardzību, kas lūgušas tiesas aizsardzību.

## Vainas jautājums

Jāatzīmē, ka, neraugoties uz modernajiem ārstniecības personu bez vainas konceptiem, kas zināmu publicitāti ir guvuši arī Latvijā, gan galvenokārt medicīniskajā periodikā,<sup>44</sup> nepamanīts nepaliek fakts, ka saskaņā ar ĀRF noteikumiem ir jābūt konstatētai ārstniecības personas veiktajai darbībai vai bezdarbībai, kurai jābūt cēloņsakarībā ar pacientam nodarīto kaitējumu. Šeit negribētos lietot vārdus – “vainojamā ārstniecības persona”, bet nekas cits nenāk prātā. Pašas “vainojamās ārstniecības personas” viedokļa uzklauššana saskaņā ar ĀRF noteikumiem nepavisam nav obligāta, bet, kā jau minēts iepriekš, tā ir iespējama atbilstoši Administratīvā procesa likuma regulējumam, kā arī ārstniecības personas vainas vai vainojamības vērtējums šajā procesā nav izdarāms ne procesuālās ekonomijas, ne kādu citu principu vai mērķu vārdā. Šis specifiskais administratīvais process prasa vienīgi konstatēt ārstniecības personas darbību vai bezdarbību, kurai jābūt cēloņsakarībā ar pacientam nodarīto kaitējumu. Administratīvā rajona tiesa kādā lietā noteica, ka “Ārstniecības riska fonds izmaksā atlīdzību par ārsta pieļautu kļūdu operācijas laikā, nevis par komplikāciju, kas ir aprakstīta medicīniskajā literatūrā,”<sup>45</sup> vēršot uzmanību uz “ārsta kļūdu”.

Veselības inspekcija praksē, konstatējot izmaksas no Ārstniecības riska fonda gadījumu, izlemj jautājumu par ārstniecības personas saukšanu pie administratīvās atbildības atbilstoši LAPK 238.<sup>1</sup> pantam. Visbiežāk gan Veselības inspekcijai ir jāsecina, ka ārstniecības personas saukšanai pie administratīvās atbildības ir iestājies noilgums.

Arī medijos kļūdaini tiek izteikti viedokļi, ka Ārstniecības riska fonda procesā tiek noteikta vaina.

8. Latvijas Ārstu kongress 2017. gadā pagāja “klīniskā gadījuma” zīmē. Viens no šī raksta autoriem savā priekšlasījumā kongresā minēja plaši zināmo t.s. Rēzeknes gadījumu, kur pacienta nāves cēlonis bija akūts miokarda infarkts, koronarokardioskleroze. Pēcnāves izmeklējumi apstiprināja, ka pacientam bija akūta kardiofibroze, kas liecina par aterosklerozi. No Ārstniecības riska fonda 2015. gadā šajā sakarā tika izmaksāti 106 717,50 eiro.<sup>46</sup> Latvijas Televīzijas un Latvijas Radio vienotajā ziņu portālā *www.lsm.lv* atrodama publikācija, kas veltīta šai lietai, un tajā norādīts, ka “Rēzeknē mirušā Roberta Saukāna ģimenei no Ārstniecības riska fonda izmaksātā kompensācija – vairāk nekā 100 000 eiro – ir vēl viens apliecinājums

37 Skat.: ZAB “Medicīnas tiesību birojs”. Pieejams: <http://www.medlaw.lv/lv/pieredze/> [skatīts 10.06.2018.].

38 Libermanis O. Institūcija, kas vērtē ārstu kļūdas, ir jānodala no Veselības ministrijas. Pieejams: <http://www.delfi.lv/news/comment/comment/olafs-libermanis-institucija-kas-verte-arstu-kludas-ir-janodala-no-veselibas-ministrijas.d?id=50068459> [skatīts 10.06.2018.].

39 Administratīvās rajona tiesas Rēzeknes tiesu nama 2017. gada 21. jūlija spriedums lietā Nr. A420193917.

40 Administratīvās rajona tiesas Rēzeknes tiesu nama 2017. gada 28. jūnija spriedums lietā Nr. A420176417.

41 Satversmes tiesas 2005. gada 4. janvāra sprieduma lietā Nr. 2004-16-01 10. punkts.

42 Levits E. 2. pants Likuma pamatmērķi. Grām.: Administratīvā procesa likuma komentāri. A un B daļa. Autoru kolektīvs Dr. iur. J. Briedes zinātniskajā redakcijā. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2013, 101. lpp.

43 2011. gada 21. jūlija ECT sprieduma lietā “Sigma Radio Television Ltd v. Cyprus”, pieteikums Nr. 32181/04 un Nr. 35122/05, 153. un 157. punkts.

44 Ābola Z. Vai ārsta kļūda ir pārkāpums. Latvijas Ārsts. 09.2017., 72.–74. lpp.

45 Administratīvās apgabaltiesas 2017. gada 15. novembra spriedums lietā Nr. A420197316.

46 Administratīvās apgabaltiesas 2017. gada 19. decembra spriedums lietā Nr. A420328616.

tam, ka valsts jau atzinusi Rēzeknes slimnīcas ārsta vainu”, kā arī “tieši tādēļ ne vien Saukāna ģimeni, bet arī inspekcijas vadību izbrīna, kādēļ gada laikā kriminālprocesā nav lēmuma”.<sup>47</sup> Šāda žurnālistu nostāja būtu izskaidrojama ar nezināšanu, bet retorisks paliek jautājums par iespējamo Veselības inspekcijas “vadības izbrīnu”. Ir nepieņemami, ka sabiedriska medija izplata šādas aplamības, kas turklāt ir pretrunā Kriminālprocesa likuma nostādņām, bet vēl vairākkārt nepieņemami būtu, ja tās atbalstītu tiesās valsts pārvaldes iestāde.

### Kompensācijas apmērs

Kā jau norādīts iepriekš, līdz Ārstniecības riska fonda koncepta ieviešanai strīdus par pacientu veselībai nodarīto kaitējumu izskatīja vispārējās jurisdikcijas tiesa civilprocesuālā kārtībā. Šajos gadījumos kompensāciju maksāja ārstniecības iestādes vai ārstniecības personas, vai apdrošinātājs, ja atbilstoši līgumam iestājās apdrošināšanas gadījums. Kompensāciju par pacientu veselībai nodarīto kaitējumu bija iespējams pieteikt vienlaikus ar krimināllietas iztiesāšanu apsūdzībās pēc Krimināllikuma 138. panta pirmās vai otrās daļas. Atsevišķos gadījumos tas arī tika darīts, tomēr tas nebija pārāk populāri, jo praktiski piedzīt ievērojamu kompensāciju no fiziskas personas var izrādīties nereāli.

Ārstniecības riska fonda koncepts, darbojoties pēc obligātās apdrošināšanas principiem, izslēdz arī ārstniecības iestāžu un ārstniecības personu nelabvēlīgu mantisku risku Pacientu tiesību likuma 16. panta otrajā daļā noteikto limitu robežās (par pacienta dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu (arī morālo kaitējumu) – ne vairāk kā 142 290 eiro; par pacientam radītiem ārstniecības izdevumiem – ne vairāk kā 28 460 eiro). Tomēr šeit ir jāapstājas pie jautājuma, kāda varētu būt pacienta potenciālā rīcība, ja tas uzskata, ka Pacientu tiesību likuma 16. panta otrajā daļā noteiktie limiti nekompensē viņam nodarīto kaitējumu pilnā apmērā. Tādā situācijā, pēc autoru domām, pacients varētu vērsties civilprocesuālā kārtībā ar prasību tiesā, un Civilprocesa likuma 132. panta pirmās daļas 7. punktā noteiktā “ārpustiesas kārtība” arī vairs nebūs šķērslis. Tāpēc secināms, ka ārstniecības iestādes un personas no negatīvajām mantiskajām sekām profesionālas neveiksmes vai neuzmanības dēļ tiks pasargātas tikai tad, ja cietušo pacientu apmierinās no Ārstniecības riska fonda izmaksājamās summas apmērs.

Vienlaikus arī jāatceras, ka Ārstniecības riska fonda mērķis, ko definēja Direktīva, ir nodrošināt, ka pacientiem ir pieejamas pārredzamas sūdzību procedūras un mehānismi, kas dod tiem iespēju lūgt aizsardzības līdzekļus saskaņā ar dalībvalsts tiesību aktiem, ja sniegtās veselības aprūpes dēļ ir nodarīts kaitējums. Šis direktīvas mērķis

netiek sasniegts, ja Pacientu tiesību likuma 16. panta otrajā daļā noteiktie limiti nekompensē pacientam nodarīto kaitējumu pilnā apmērā, un tāda situācija var izveidoties pie nosacītās “dzīvības cenas” 142 290 eiro apmērā.

Otrs jautājums, kas tieši saistīts ar kompensācijas apmēru, ir par tās noteikšanas kritērijiem. ĀRF noteikumos paredzēts, ka kaitējuma (arī morālā kaitējuma) smaguma pakāpi procentos inspekcija nosaka atbilstoši ĀRF noteikumu 2. pielikumam, ņemot vērā ĀRF noteikumu 9. punktā noteiktos kritērijus, un tie ir: veselības stāvoklis, slimības raksturs un smagums ārstniecības procesa sākumā; slimības paredzamā norises gaita, veicot atbilstošu ārstēšanu, un cēloņsakarība starp ārstniecības personas darbību vai bezdarbību un ārstniecības rezultātā radušos kaitējumu; pacienta līdzdalība (līdzestība) savas veselības aprūpē, tās nozīme un ietekme uz ārstniecības procesa norisi; kaitējuma smagums kopsakarā ar nepieciešamās ārstēšanās ilgumu un ārstēšanās izdevumiem; ārstniecības procesā radušies neparedzami veselības traucējumi, kas ir vai nav saistāmi ar konkrētās saslimšanas ārstēšanu, ārstniecības personas darbību vai bezdarbību; ārstniecības personas ieguldījums pacienta veselības stāvokļa uzlabošanā, atjaunošanā; apstākļi un vide ārstniecības iestādē; cik pilnīgi un pienācīgi ārstniecības persona veica savus pienākumus pacienta ārstēšanas laikā; vai ārstniecības iestādei ir bijuši pieejami visi nepieciešamie resursi, lai novērstu kaitējuma rašanās cēloni, ārstniecības personas darbības atbilstība Ārstniecības likuma 9.<sup>1</sup> panta pirmajai daļai.

ĀRF noteikumu anotācijā<sup>48</sup> nav atrodams izskaidrojams, pēc kādiem principiem tika ietverti noteikumu 9. punktā norādītie kritēriji. Daži no tiem izsauc neizpratni, jo kā gan pacienta tiesības uz atlīdzību varētu ietekmēt “apstākļi un vide ārstniecības iestādē” vai arī kritērijs “vai ārstniecības iestādei ir bijuši pieejami visi nepieciešamie resursi, lai novērstu kaitējuma rašanās cēloni”.

Par kritēriju “vai ārstniecības iestādei ir bijuši pieejami visi nepieciešamie resursi, lai novērstu kaitējuma rašanās cēloni” vienā lietā izteicās Administratīvā rajona tiesa, norādot, ka “Veselības inspekcijas atzinumā norādīts, ka SIA “/Nosaukums/” ir bijuši pieejami visi nepieciešamie resursi, lai novērstu kaitējuma rašanos (ārstniecības iestādē bija pieejami visi nepieciešamie resursi atbilstoši iestādes sadalījuma līmenim un netika novērsts kaitējums). Tomēr Veselības inspekcijas 2017. gada 28. aprīļa atzinumā norādīts (sk. minētā atzinuma 25. lappusi), ka ginekoloģe, dzemdību speciāliste /pers. G/ savā 2015. gada 15. oktobra paskaidrojumā norādījusi, ka ķeizargrieziena operāciju nevarējusi veikt nekavējoties, jo dzemdību zālē atradās vēl divas dzemdētājas, kuras dzemdēja. Tiesas ieskatā, minētie apstākļi Veselības inspekcijai bija jānovērtē no resursu pietiekamības

47 Kinca A. Rēzeknes ārsta lēmums sūtīt mājās slimo un pēcāk mirušo sirmgalvi valstij izmaksā 100 000 eiro. Pieejams: <http://www.lsm.lv/raksts/zinas/latvija/rezeknes-arsta-lemums-sutit-majas-slimo-un-pecak-miruso-sirmgalvi-valstij-izmaks-100-000-eiro.a204246/> [skatīts 06.10.2016.].

48 Ministru kabineta noteikumu “Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi” projekta sākotnējās (ex-ante) ietekmes novērtējuma ziņojums. Pieejams: [http://www.v.m.gov.lv/images/userfiles/phoebe/aktualitates\\_publicka\\_apsriesana\\_6ad08b8ff5eb59abc2257b0200464996/vmanot\\_210513\\_arf.docx](http://www.v.m.gov.lv/images/userfiles/phoebe/aktualitates_publicka_apsriesana_6ad08b8ff5eb59abc2257b0200464996/vmanot_210513_arf.docx) [skatīts 26.09.2016.].

aspekta, ko Veselības inspekcija nav darijusi”<sup>49</sup> Tomēr, neraugoties uz tiesas leģitīmu interesi par tiesību normās ietvertu kritēriju, nav atrodama tā attiecināmība uz pacienta tiesībām uz atlīdzību.

Ja pacienta veselībai ir nodarīts kaitējums un tas ir cēloniskā sakarā ar apstākļiem ārstniecības laikā (kā tas noteikts Pacientu tiesību likuma 16. pantā), vai kompensācijas apmērs pacientam būtu saistāms ar apstākli, ka viņš iestājies ārstniecības iestādē, kurā “apstākļi un vide” ir slikti vai gluži pretēji – labi? Tāpat vai un kā pacients var ietekmēt to, “vai ārstniecības iestādei ir bijuši pieejami visi nepieciešamie resursi, lai novērstu kaitējuma rašanās cēloni”? Par kritēriju “apstākļi un vide” Veselības inspekcija 8. Latvijas Ārstu kongresa diskusijā minēja, ka tas tomēr esot jāvērtē, minot praktisku piemēru, ka pacients guva traumu nokrītot, jo aizķērās aiz linoleja, kas bija slikti piestiprināts pie slimnīcas grīdas. Un, pēc Veselības inspekcijas darbinieku domām – ja nebūtu šī vērtējamā kritērija, nevarētu atzīt kaitējuma esību. Autoru ieskatā, šis Veselības inspekcijas inspektora minētais gadījums tieši attiecas uz Pacientu tiesību likuma 16. panta pirmajā daļā norādīto kritēriju “apstākļi ārstniecības laikā”.

Diskutējams ir jautājums par to, vai ir jāvērtē “ārstniecības personas ieguldījums pacienta veselības stāvokļa uzlabošanā, atjaunošanā”, “cik pilnīgi un pienācīgi ārstniecības persona veica savus pienākumus pacienta ārstēšanas laikā”, vai “ārstniecības personas darbības atbilstība Ārstniecības likuma 9.<sup>1</sup> panta pirmajai daļai, kurā noteikts: “Ārstniecību veic atbilstoši klīniskajām vadlīnijām vai ārstniecībā izmantojamo metožu un zāļu lietošanas drošības un ārstēšanas efektivitātes novērtējumam, kas veikts, ievērojot uz pierādījumiem balstītas medicīnas principu”, jo tie pēc būtības ir ārstniecības personas pienākumi. Ja, veicot ārstniecību, viss tika darīts atbilstoši labai klīniskajai praksei un vadlīnijām, kā arī ievērojot uz pierādījumiem balstītas medicīnas principu, bet pacienta veselībai vienai ir nodarīts kaitējums, vai šis gadījums nav tāds, kas atlīdzināms no Ārstniecības riska fonda, kas pēc būtības ir valsts regulēta un specifiska apdrošināšana. Tādēļ autori ierosina svītrot ĀRF noteikumu 9.6.–9.10. apakšpunktu kā neatbilstošus ĀRF koncepta būtībai, Pacientu tiesību likumam un Direktīvai.

ĀRF noteikumu 2. pielikumā ir noteikts aptuvenā nodarītā kaitējuma smaguma apmērs procentos. Ja nav laikus diagnosticēta saslimšana un/vai nav nodrošināta adekvāta ārstēšana un tas izraisījis pacienta nāvi, nodarītā kaitējuma smaguma apmērs ir nosakāms no 0 līdz 100 procentiem. Attiecībā uz citiem nodarītā kaitējuma veidiem smaguma apmērs ir nosakāms no 0 % līdz 30 %, 50 %, 70 % vai 100 %. Kā redzams, nodarītā kaitējuma smaguma apmēri ir neskaidri, bez jebkādiem piemērošanas noteikumiem, kas nenodrošina, lai līdzīgos salīdzināmos gadījumos nodarītā kaitējuma smaguma apmērs

būtu līdzvērtīgs. Arī ĀRF noteikumu 9. punktā norādīto kritēriju ietekme uz kaitējuma smaguma procentuālo apmēru ir nekonkrēta un atstāta tikai Veselības inspekcijas kā tiesību piemērotāja ziņā.

Normatīvajos aktos, kas regulē līdzīgas tiesiskās attiecības, proti, Ministru kabineta 2014. gada 17. jūnija noteikumos Nr. 340 “Noteikumi par apdrošināšanas atlīdzības apmēru un aprēķināšanas kārtību par personai nodarītajiem nemateriālajiem zaudējumiem”<sup>50</sup> (turpmāk – Apdrošināšanas atlīdzības noteikumi), ir noteikta konkrēta apdrošināšanas atlīdzības apmēra aprēķināšanas kārtība, neatstājot vietu diskusijām un neskaidriem kritērijiem, kuru piemērošanas metodoloģija nav saprotama. Apdrošināšanas atlīdzības noteikumos atlīdzību aprēķina atbilstoši miesas bojājumu smagumu pakāpei, katru miesas bojājumu smaguma pakāpi piesaistot konkrētam minimālo mēnešalgu skaitam. Piemēram, ja cietušajai personai ir smagi miesas bojājumi, t.s. bāzes likme ir 25 minimālo mēneša darba algu apmērā, ja vidēji miesas bojājumi – 15, ja viegli miesas bojājumi – 5 minimālo mēneša darba algu apmērā, bet, ja miesas bojājumi rada veselības traucējumu līdz sešām dienām (t.i., nesasniedz vieglu miesas bojājumu pakāpi), pieņem, ka t.s. bāzes likme ir vienas minimālās mēneša darba algas apmērā. Papildus šai kompensācijas daļai saskaņā ar atlīdzības aprēķināšanai piemērojamiem procentiem tiek aprēķināta kompensācijas daļa par katru miesas bojājuma veidu (piemēram, par konkrētu kaulu lūzumiem, konkrētu audu, orgānu bojājumiem, kas izsauc funkciju traucējumus), reizinot to ar bāzes koeficientu 10 minimālo mēneša darba algu apmērā. Atsevišķi kritēriji ir noteikti par cietušās personas sāpēm un garīgajām ciešanām sakropļojuma vai invaliditātes dēļ, kā arī saistībā ar apgādnieka, apgādājamā vai laulātā nāvi vai 1. grupas invaliditāti. Šo apdrošināšanas atlīdzības noteikumu pielikumā minētie apdrošināšanas atlīdzības aprēķināšanai piemērojami procenti tika noteikti, ņemot vērā nelaimes gadījumu apdrošināšanā piemērojamos procentus, Valsts Darba nespējas ārstu ekspertīzes komisijas noteiktos invaliditātei piemērojamos procentus un Tiesu medicīnas ekspertīzes praksē piemērojamos procentus.<sup>51</sup>

Zinātniskajā literatūrā pausts viedoklis, ka apdrošināšanas atlīdzības noteikumi satur ļoti detalizētu personai radīto miesas bojājumu gradāciju un metodoloģiju, atbilstoši kurai teorētiski būtu iespējams aprēķināt kompensācijas apmēru visās lietās, kurās personām prettiesiskas rīcības rezultātā nodarīti miesas bojājumi un radīts nemantiskais kaitējums, un tādēļ nebūtu pamata uzskatīt, ka šajos noteikumos atrodamo kritēriju un metodoloģijas

50 Ministru kabineta 2014. gada 17. jūnija noteikumi Nr. 340 “Noteikumi par apdrošināšanas atlīdzības apmēru un aprēķināšanas kārtību par personai nodarītajiem nemateriālajiem zaudējumiem”. Latvijas Vēstnesis, 10.07.2014., Nr. 133 (5193).

51 Ministru kabineta noteikumu projekta “Noteikumi par apdrošināšanas atlīdzības apmēru un aprēķināšanas kārtību par personai nodarītajiem nemateriālajiem zaudējumiem” sākotnējās ietekmes novērtējuma ziņojums (anotācija). Pieejams: [http://tap.mk.gov.lv/doc/2014\\_06/FManot\\_050614\\_nematr\\_zaud.1021.DOCX](http://tap.mk.gov.lv/doc/2014_06/FManot_050614_nematr_zaud.1021.DOCX) [skatīts 26.09.2016.].

49 Administratīvās rajona tiesas Rēzeknes tiesu nama 2017. gada 15. decembra spriedums lietā Nr. A420272217, 22. punkts.

izmantošana nevarētu tikt piemērota arī attiecībā uz citām tiesiskajām attiecībām.<sup>52</sup> Autoru ieskatā, nedrīkst aizmirst, ka apdrošināšanas atlīdzības noteikumu regulētā situācija attiecas uz negadījumiem ceļu satiksmē, kur atbildība par sekām iestājas atbilstoši stingrās atbildības (*strict liability*) konceptam. Apdrošināšanas atlīdzības noteikumos paredzētā metodoloģija nebūtu piemērojama attiecībā uz cietušajiem no tišiem noziedzīgiem nodarījumiem. Arī medicīnas joma ir sarežģītāka, salīdzinot ar ceļu satiksmes negadījumiem. Nosakot kompensācijas apmēru, ir jāņem vērā ĀRF noteikumu 9. punktā noteiktie kritēriji, īpaši pacienta līdzdalība (līdzestība) savas veselības aprūpē, tās nozīme un ietekme uz ārstniecības procesa norisi. Tādēļ apdrošināšanas atlīdzības noteikumi nav izmantojami, nosakot atlīdzību par pacienta dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu, bet šie apdrošināšanas atlīdzības noteikumi ir labs paraugs tam, kā var metodoloģiski un detalizēti izveidot atlīdzības (kompensācijas) aprēķināšanas modeli. Pētāmā jautājuma kontekstā secināms, ka ĀRF noteikumi nesatur salīdzināmas detalizācijas pakāpes metodoloģiju.

Latvijas Republikas Augstākās tiesas tiesu prakses apkopojuma "Tiesu prakse par morālā kaitējuma kompensāciju kriminālprocesā 2010/2011" 3. pielikumā ir tabula, kurā norādītas rekomendējamās summas, kuras "tiesas varētu piedzīt".<sup>53</sup> Arī citās Eiropas valstīs pieeja ir līdzīga. Itālijā, Spānijā un Francijā kompensāciju par nemantisku kaitējumu nosaka ar speciālu "tabulu" palīdzību, bet Vācijā un Apvienotajā Karalistē, kur arī ir "tabulas", tās atšķirībā no pirmās valstu grupas veido nevalstiskais sektors.<sup>54</sup>

Latvijas tiesiskajā telpā pastāv strīdi par to, vai apdrošināšanas atlīdzības noteikumos ietvertā konkrētā metodoloģija nerada ierobežojumus izmaksājamās atlīdzības apmēriem, jo morālās kompensācijas apmērs ir saistīts ar personas subjektīvo pašnovērtējumu. Arī autoru ieskatā, ir vismaz divaini konstatēt, ka cilvēka dzīvības cena atbilstoši Pacientu tiesību likuma 16. panta otrās daļas pirmajam punktam ir "ne vairāk kā 142 290 eiro". Tomēr, pēc autoru domām, šī t.s. konkrētās metodoloģijas (jeb tabulu) pieeja, ko kritizē ne tikai Latvijā un kas nepārprotami vienādo cietušos neatkarīgi no subjektīvā pašnovērtējuma, rada tik ļoti nepieciešamo tiesisko stabilitāti un tiesu prakses prognozējamību, kas ir lielāks ieguvums, salīdzinot ar "tiesas ieskata" pieeju. Strīdi par to, kura pieeja ir labāka, tik drīz nerimsies. Vācijā kritika tiek veltīta arī tam, kādi spriedumi tiek iekļauti "sāpju naudas

tabulās" (*Schmerzensgeldtabellen*), norādot, ka tam nav zinātniska, ne statistiska pamatojuma.<sup>55</sup> Arī Latvijā – Pacientu tiesību likuma anotācijā<sup>56</sup> nav atrodams pamatojums, kādēļ atlīdzību apmērs ir nosakāms likumā norādītajā apmērā.

Tiesiskās skaidrības dēļ ĀRF noteikumi būtu griezāmi, nosakot, kā konkrēti ĀRF noteikumu 9. punktā norādītie kritēriji ietekmē kaitējuma smaguma procentuālo apmēru. Vispareizāk šo kritēriju ietekmi būtu izteikt procentos. Šajā sakarā būtu jāizvērs plašāka diskusija, iesaistot veselības aprūpes statistiķus, Veselības inspekcijas ekspertus, sabiedrības veselības speciālistus, advokātus, tiesnešus.

Administratīvās justīcijas tiesu prakse par kompensācijas noteikšanas jautājumiem ir pretrunīga. Vairumā gadījumu tiesa piekrīt iestādei. Tomēr ir daži izņēmumi.

Pirmajā gadījumā, kad tiesa atcēla iestādes izdotu administratīvo aktu un uzlika par pienākumu Nacionālajam veselības dienestam izdot personai labvēlīgāku administratīvo aktu, ar kuru nolemtu izmaksāt atlīdzību no Ārstniecības riska fonda par viņa veselībai nodarīto kaitējumu, kas radies, saņemot veselības aprūpes pakalpojumus 85 % apmērā,<sup>57</sup> iestādi (procesuālā izpratnē) pārstāvošā Veselības inspekcijas darbiniece (pēc būtības – eksperte), iepazīstoties ar pieteicējas medicīniskajiem izmeklējumiem, atzina, ka kaitējuma apmērs varētu būt lielāks, nekā noteikts iestādes lēmumā, norādot tiesas piespriestos 85 %.

Otrajā gadījumā situācija bija šāda. SIA "Daugavpils reģionālā slimnīca" 2015. gada aprīlī dzemdībās nomira pieteicējas dēls, jo savlaicīgi netika veikts ķeizargrieziena. Nacionālais veselības dienests nolēma izmaksāt pieteicējai atlīdzību no Ārstniecības riska fonda 49 801,50 eiro jeb 35 % apmērā no maksimālās summas. ĀRF noteikumu 2. pielikuma 7.1. apakšpunkts paredz, ka par laikus nediagnosticētām dzemdību un pēcdzemdību komplikācijām, kā rezultātā iestājusies grūtnieces – dzemdētājas un/vai bērna nāve, var tikt noteikts nodarītā kaitējuma smagums robežās no 0–100 %. Pieteicēja sākotnējo administratīvo aktu apstrīdēja Veselības ministrijā, kura to atstāja negrozītu, tādēļ pieteicēja to pārsūdzēja Administratīvajā rajona tiesā. Tiesa spriedumā atzina, ka Nacionālais veselības dienests un Veselības ministrija nav norādījusi konkrētus kritērijus, uz kuriem tās ir balstījušās, izdarot administratīvajos aktos izteiktos secinājumus un atzīstot, ka kaitējuma smagums ir novērtējams tieši 35 % apmērā. Tiesa norādīja, ka nav sniegts visu ĀRF noteikumu 9. punkta apakšpunktu izvērtējums. Par Veselības inspekcijas atzinumu tiesa norādīja, ka tajā faktiski ir atreferēti vienīgi pieteicējas medicīniskie dokumenti, bet nav sniegts pre-

52 Kubilis J. Civiltiesiskās atbildības par nemantisku kaitējumu miesas bojājumu gadījumā pilnveidošanas iespējas. Jurista Vārds, 13.09.2016., Nr. 37 (940), 20.–26. lpp.

53 Latvijas Republikas Augstākā tiesa. Tiesu prakse par morālā kaitējuma kompensāciju kriminālprocesā, 2010–2011. Pieejams: [http://www.at.gov.lv/files/uploads/files/docs/petijumi/tiesu%20prakse%20moralais%20kaitejums\\_an.doc](http://www.at.gov.lv/files/uploads/files/docs/petijumi/tiesu%20prakse%20moralais%20kaitejums_an.doc) [skatīts 26.09.2016.].

54 A Comparison of Compensation for Personal Injury Claims in Europe. General Re Corporation, January 2014. Pieejams: <http://www.genre.com/knowledge/publications/claimsfocus-pc-201309-en.html?articleid=240163141> [skatīts 26.09.2016.].

55 Schmerzensgeldtabellen – Sinnhaftigkeit und Grenzen. Pieejams: <https://ihr-anwalt.com/blog/verkehrsgerichtstag/schmerzensgeldtabellen/> [skatīts 26.09.2016.].

56 Likumprojekta "Pacientu tiesību likums" anotācija. Pieejams: <http://titania.saeima.lv/LIVS/SaeimaLIVS.nsf/0/96DC7AFDC685D344C225723E0047B5AC?OpenDocument> [skatīts 26.09.2016.].

57 Administratīvās rajona tiesas Valmieras tiesu nama 2017. gada 5. aprīļa spriedums lietā Nr. A420243916.

cīzs pieteicējas kā grūtnieces grūtniecības laikā veselības traucējumu izvērtējums. Tiesa norādīja, ka skaidra un precīza izvērtējuma un pamatojuma (uz pierādījumiem balstītas lietas faktisko un tiesisko apstākļu analīzes) trūkums rada šaubas par lēmuma tiesiskumu, kā arī liedz tiesai pārbaudīt, vai lēmums ir pamatots. Tādēļ Administratīvā rajona tiesa ar 2016. gada 8. decembra spriedumu pieteikumu apmierināja daļēji – Nacionālajam veselības dienestam uzlika par pienākumu izdot jaunu administratīvo aktu, ņemot vērā spriedumā konstatētos faktus un to juridisko vērtējumu.<sup>58</sup>

Neviena no pusēm šo spriedumu nepārsūdzēja, tas stājās likumīgā spēkā, bet pēc Administratīvās rajona tiesas 2016. gada 8. decembra sprieduma Veselības inspekcija atkārtoti izvērtēja pieteicējas veselības aprūpes kvalitāti un taisīja jaunu atzinumu, kurā nodarītā kaitējuma (arī morālā kaitējuma) smaguma pakāpi atkal noteica tādu pašu – 35 %. Arī uz šī atzinuma pamata taisītos administratīvos aktus pieteicēja apstrīdēja un pārsūdzēja. Nākamajā spriedumā tiesa vērtēja, vai iestāde ir ņēmusi vērā visus būtiskos apstākļus, un konstatēja, ka ne Veselības inspekcijas atzinumā, ne Nacionālā veselības dienesta, ne Veselības ministrijas lēmumā nav atrodamas ziņas par pieteicējas un viņas bērna veselības aprūpē iesaistīto ārstniecības personu darbības atbilstību klīniskajām vadlīnijām vai ārstniecībā izmantojamo metožu un zāļu lietošanas drošības un ārstēšanas efektivitātes novērtējumam, kas veikts, ievērojot uz pierādījumiem balstītas medicīnas principus (ĀRF noteikumu 9.10. apakšpunkta kritērijs).

Tāpat tiesa konstatēja, ka iestāde nav devusi skaidru vērtējumu, kāda būtu dzemdību paredzamā gaita un rezultāts, veicot atbilstošu ārstēšanu. Nav arī dots skaidrs vērtējums, cik lielā mērā konstatējama cēloņsakarība starp ārstniecības personas darbību vai bezdarbību un ārstniecības rezultātā radušos kaitējumu, proti, bērna nāvi (ĀRF noteikumu 9.2. apakšpunkta kritērijs). Tādējādi tiesai nav iespējams pārbaudīt, cik pilnīgi iestāde novērtējusi ārstes pieļautos pārkāpumus, vai nav pieļāvusi acīmredzamas kļūdas vērtējumā un vai nav palikuši neizvērtēti kādi citi būtiski pārkāpumi. Tiesa norāda, ka, nesāņemot pietiekami skaidru atbildi uz jautājumiem – cik liela loma nelabvēlīgajā dzemdību iznākumā bijusi pieteicējas saslimšanām (kuras ir aprakstītas spriedumā un šeit netiks uzskaitītas) un cik liela loma bijusi ārstu kļūdainajām darbībām, nav iespējams pārbaudīt, vai nodarītā kaitējuma smaguma pakāpe 35 % apmērā nav noteikta patvaļīgi. Šo un vēl vairāku motīvu dēļ, kas atrodami spriedumā, tiesa arī šoreiz nolēma pieteikumu apmierināt, uzlikt pienākumu Nacionālajam veselības dienestam četru mēnešu laikā no sprieduma spēkā stāšanās dienas izdot administratīvo aktu, kas attiecas uz pacienta veselībai vai dzīvībai nodarītā kaitējuma (arī morālā kaitējuma) smaguma pakāpes noteikšanu un atlīdzības izmaksu no Ārstniecības

riska fonda, ņemot vērā spriedumā konstatētos faktus un to juridisko vērtējumu.<sup>59</sup> Arī šis spriedums jau ir stājies likumīgā spēkā, un secināms, ka Veselības inspekcija veic, jādāmā, atkārtotu ekspertīzi.

Jau minēts, ka, pēc autoru domām, procesuāli ekonomiskāk būtu, ja tiesa uzdotu Veselības inspekcijai veikt atkārtotu ekspertīzi un ar spriedumu izlemtu jautājumu pēc būtības, pamatojoties jau uz tādu atkārtotas ekspertīzes atzinumu, kura secinājumi tiesai ir procesuāli un saturiski pārbaudāmi un pieņemami. Būtiskākais saturiskā ziņā šajās lietās ir pierādījums – Veselības inspekcijas atzinums, savukārt Nacionālā veselības dienesta izdotajam administratīvajam aktam ir tikai procesuāla nozīme bez rīcības brīvības.

Jāatzīst, ka patlaban tiesas šādi nerīkojas Administratīvā procesa likuma 253. panta trešās daļas regulējuma un kasācijas instances veiktā šīs normas iztulkojuma<sup>60</sup> dēļ, prasot, lai tiesas tiesības grozīt administratīvo aktu un noteikt konkrētu tā saturu izmantotu tikai *expressis verbis* noteiktajos gadījumos. Šāda nostāja būtu atbilstoša daudzu citu kategoriju lietās. Bet Ārstniecības riska fonda lietās tiesā teleoloģiskā un sistēmiskā tiesību normu iztulkošanas ceļā būtu jāpanāk izpratne, ka tiesām ir tiesības grozīt administratīvo aktu un noteikt konkrētu tā saturu, ievērojot Veselības inspekcijas atzinuma saturu, ja tas atbilst tiesību normām un tiesa to atzīst. Autoru ieskatā, ilgstoša procesuālo normu pašmērķīga ievērošana nevar izkonkurēt humānisma principu, procesuālās ekonomijas principu un procesa ātruma intereses gadījumos, kas attiecas uz slimiem cilvēkiem, kas vēl papildus cietuši veselības aprūpes trūkumu dēļ.

Kā trešais izņēmums no vispārējās tendences ir Administratīvās apgabaltiesas 2017. gada 7. decembra lēmums lietā Nr. A420145317, ar kuru apelācijas instances tiesa atcēla pirmās instances tiesas spriedumu un nosūtīja lietu jaunai izskatīšanai Administratīvajai rajona tiesai. Šajā lietā pirmās instances tiesa norādīja, ka tiesnesim nav speciālo zināšanu medicīnā, tādēļ tiesa, izņemot atsevišķus acīmredzamus gadījumus, nevar konstatēt, vai personai (pacientam) tika nodrošināti pietiekami un kvalitatīvi veselības aprūpes pakalpojumi. Apgabaltiesa šajā sakarā norādīja, ka pirmās instances tiesa nepārbaudīja, vai lietas materiālos ir visi medicīniskie dokumenti, uz kuriem ir atsauces Veselības inspekcijas atzinumā un vai tie ir pietiekami, lai varētu konstatēt, ka pieteicējai nav nodarīts kaitējums. Tādēļ apelācijas instances tiesa secināja, ka "lietā nav pilna pirmās instances tiesas sprieduma", un uz šī pamata nosūtīja lietu jaunai izskatīšanai.<sup>61</sup> Šī Administratīvās apgabaltiesas pieeja vērtējama pozitīvi,

59 Administratīvās rajona tiesas Rēzeknes tiesu nama 2017. gada 15. decembra spriedums lietā Nr. A420272217.

60 Augstākās tiesas Senāta Administratīvo lietu departamenta 2007. gada 24. aprīļa spriedums lietā Nr. SKA-183/2007 un Augstākās tiesas Senāta Administratīvo lietu departamenta 2007. gada 14. jūnija spriedums lietā Nr. SKA-241/2007.

61 Administratīvās apgabaltiesas 2017. gada 7. decembra lēmums lietā Nr. A420145317.

58 Administratīvās rajona tiesas Rēzeknes tiesu nama 2016. gada 8. decembra spriedums lietā Nr. A420289116.

bet, ievērojot, ka pirmās instances tiesa šo gadījumu līdz šim atkārtoti nav izskatījusi, pacients četrus gadus laikā nav ticis pie jautājuma noregulējuma vismaz pirmās instances tiesā (ārstniecība notika 2014. gada maijā).

Citos administratīvās justīcijas tiesas spriedumos administratīvajās lietās, kur ir strīds par kompensācijas apmēru, diemžēl šādi motīvi nav atrodam, neskatoties uz to, ka Veselības inspekcijas atzinumi to argumentācijas ziņā ir līdzīgi cits citam. Tie satur konkrētā gadījuma plašu atreferējumu, sadalot ārstniecību posmos, aprakstot veiktās analīzes, manipulācijas un citus apstākļus, bet izvērstu izvērtējumu atbilstoši ĀRF noteikumu 9. punkta kritērijiem Veselības inspekcija nedod. Un, neraugoties uz to, ka uz šo trūkumu norāda pieteicēji, administratīvās tiesas spriedumos norāda šādas atziņas.

– Novērtējot atzinumu kopsakarā ar pārējiem lietas materiāliem, tiesa atzīst, ka atzinumā nav norādīti konkrēti ĀRF noteikumu 9. punktā noteiktie kritēriji, saskaņā ar kuriem pacienta veselībai nodarītā kaitējuma smaguma pakāpe noteikta 75 % apmērā, tomēr no atzinuma teksta ir secināms, ka inspekcija ir vērtējusi gan pieteicēja tēva veselības stāvokli slimības sākumā, gan slimību raksturu, tostarp tās smagumu, gan arī dzīves kvalitāti un prognozējamo dzīvildzi. Arī pārsūdzētajā lēmumā minētie kritēriji ir vērtēti.<sup>62</sup> Šajā lietā ne no pirmās instances tiesas sprieduma, ne no apelācijas instances tiesas sprieduma netop skaidrs, kādēļ nodarītā kaitējuma smaguma apmērs ir samazināts par 25 %. Nolēmumos ir minēts, ka ir tikusi vērtēta dzīvildze, bet, kā šis vērtējums ir konkrēti rezultējies, nav minēts, tādēļ rodas tikai iespāids, ka samazinājums ir saistīts ar provizorisku ideju, ka persona ilgi vairs nedzīvos.

– Kaut arī atzinumā nav norādīti konkrēti ĀRF noteikumu 9. punktā noteiktie kritēriji, saskaņā ar kuriem kaitējuma smaguma pakāpe noteikta 10 % apmērā, tomēr no atzinuma un skaidrojuma teksta ir secināms, ka inspekcija ir vērtējusi gan pieteicēja mātes veselības stāvokli, slimību raksturu un smagumu ārstniecības procesa sākumā (9.1. apakšpunkts), gan viņas veselības traucējumu paredzamo norises gaitu, veicot atbilstošu ārstēšanu, un cēloņsakarību starp ārstniecības personas darbību vai bezdarbību un ārstniecības rezultātā radušos kaitējumu (9.2. apakšpunkts), gan kaitējuma smagumu kopsakarā ar nepieciešamās ārstēšanās ilgumu (9.4. apakšpunkts), gan to, cik pilnīgi un pienācīgi ārstniecības personas veikušas savus pienākumus pieteicēja mātes ārstēšanas laikā (9.8. apakšpunkts). Vienlaicīgi inspekcija arī norādījusi, ka pēc ierakstiem medicīniskajā dokumentācijā nav datu, ka pacientei iegūtais izgulējums uz papēža būtu būtiski ierobežojis viņas spēju patstāvīgi pārvietoties.<sup>63</sup>

Šo uzskaitījumu varētu turpināt.

Atšķirīgā tiesu prakse nozīmē, ka tā šobrīd nav nostabilizējusies. Ir daži izņēmumi no vispārējās nostājas, ka iestādes administratīvais akts vienmēr ir tiesisks, pamatots un negrozāms. Tomēr šāds secinājums ir diezgan neglaimojošs, jo sabiedrība no tiesas gaida skaidru un saprotamu risinājumu.

Vienā no "atšķirīgajiem" spriedumiem Administratīvā rajona tiesa norādīja: "Dienests rakstveida paskaidrojumā norāda, ka nodarītā kaitējuma apmērs ir noteikts, citastarp vērtējot iestādes līdzšinējo pieredzi līdzīgās lietās. Minētais apgalvojums nav pārbaudāms, jo Dienests nenorāda uz līdzīgo lietu apstākļiem. Ja minētā prakse būtu aprakstīta, tas, iespējams, dotu tiesai zināmu atskaites punktu un ļautu pārbaudīt, vai kaitējuma smagums konkrētajā gadījumā nav noteikts patvaļīgi."<sup>64</sup> Citātā minētā iestādes norāde, ka "kaitējuma apmērs ir noteikts, citastarp vērtējot iestādes līdzšinējo pieredzi līdzīgās lietās", ir ļoti indikatīva, kas norāda, ka iestāde ir izveidojusi sev vien zināmu praksi jeb "pieredzi" līdzīgās lietās. Šāds uzdevums iestādēm (Nacionālajam veselības dienestam un Veselības inspekcijai) nav deleģēts ne ar vienu normatīvo aktu, kā arī šāds kritērijs kā "līdzšinējā pieredze līdzīgās lietās" nav norādīts ĀRF noteikumos.

## Noslēgumā

Veselības ministrija (jādomā – 2017. gadā, jo izstrādes datums dokumentā nav atrodams) ir izstrādājusi politikas dokumentu "Veselības aprūpes sistēmas kvalitātes pilnveidošanas un pacientu drošības koncepcija", kuras 4.6. punkts ir veltīts Ārstniecības riska fondam. Šajā sadaļā secināts, ka "tikai tad, kad tiks panākta vienota izpratne par to, kas ir ar veselības aprūpes procesu asociējams kaitējums pacientam, mēs varēsim saprast, vai ir nepieciešamas izmaiņas ārstniecības riska fonda administrēšanā".<sup>65</sup> Turpat arī, acīmredzot ķeksīša pēc, norādīts, ka koncepcija paredz, konsultējoties ar Eiropas valstu speciālistiem, pārskatīt esošo praksi un, iespējams, ieviest nepieciešamas pārmaiņas. Nekur pašā koncepcijā šāda konsultēšanās nav minēta, bet ir labi, ja nozares ministrija ir pamanījusi, ka ar Ārstniecības riska fondu neiet tik gludi, kā iecerēts. Problēmas ir šeit un tagad konkrētiem Latvijas ārstniecības iestāžu pacientiem, un neviens Eiropas valstu speciālists tās praktiski neredzēs un nerisinās. Vislabāk un visātrāk ministrijai būtu jākonsultējas ar Latvijas speciālistiem – ar pacientu tiesību aizsardzības organizācijām, Latvijas Ārstu biedrību, advokātiem, tiesnešiem, sabiedrības veselības speciālistiem, Veselības inspekcijas darbiniekiem.

64 Administratīvās rajona tiesas Rēzeknes tiesu nama 2017. gada 15. decembra spriedums lietā Nr. A420272217.

65 Veselības ministrijas Veselības aprūpes sistēmas kvalitātes pilnveidošanas un pacientu drošības koncepcija. Pieejams: [http://www.vim.gov.lv/images/userfiles/aktualitates/VM\\_KONCEPCIJA\\_KV\\_PD\\_01-01-2017\\_100417.pdf](http://www.vim.gov.lv/images/userfiles/aktualitates/VM_KONCEPCIJA_KV_PD_01-01-2017_100417.pdf) [skatīts 10.06.2018.].

62 Administratīvās apgabaltiesas 2017. gada 19. decembra spriedums lietā Nr. A420328616.

63 Administratīvās rajona tiesas Valmieras tiesu nama 2017. gada 20. aprīļa spriedums lietā Nr. A420139517.

## Autoru secinājumi

Direktīva ir ieviesta nepilnīgi, jo dalībvalstīm savos normatīvajos un administratīvajos aktos bija jāparedz pieejamas sūdzību procedūras un mehānismi, ja “sniegtās veselības aprūpes dēļ” ir nodarīts kaitējums, nesašaurinot cietušo pacientu tiesības uz atlīdzību ar noteikumiem par cēloņsakarības esību starp kaitējumu un ārstniecības personas veikto darbību vai bezdarbību.

Direktīvas mērķis netiek sasniegts, ja Pacientu tiesību likuma 16. panta otrajā daļā noteiktie limiti nekompensē pacientam nodarīto kaitējumu pilnā apmērā, un tāda situācija var izveidoties nosacītās “dzīvības cenas” 142 290 eiro apmērā dēļ.

ĀRF noteikumos ir iekļautas vairākas tiesību normas, kas nepamatoti sašaurina Pacientu tiesību likuma 16. panta pirmās daļas tvērumu, no kompensācijas mehānisma izslēdzot deontoloģiskās kļūdas, diagnostikas kļūdas, jatrogēnās kļūdas un “apstākļus ārstniecības laikā” (12.1. un 12.2. punkts), kā arī neatbilst tiesībām uz taisnīgu tiesu (8.3. punkts).

ĀRF noteikumu 2. pielikumā nodarītā kaitējuma smaguma apmēri ir neskaidri, bez jebkādiem piemērošanas noteikumiem, kas nenodrošina, lai līdzīgos un salīdzināmos gadījumos nodarītā kaitējuma smaguma apmērs būtu līdzvērtīgs. Arī ĀRF noteikumu 9. punktā norādīto kritēriju ietekme uz kaitējuma smaguma procentuālo apmēru ir nekonkrēta un atstāta tikai Veselības inspekcijas kā tiesību piemērotāja ziņā.

Veselības inspekcijas atzinums, kas taisīts Ārstniecības riska fonda procesa ietvaros, ir pierādīšanas līdzeklis specifiskā administratīvajā procesā.

Veselības inspekcijas atzinumi to argumentācijas ziņā ir līdzīgi cits citam. Tie satur konkrētā gadījuma plašu atreferējumu, sadalot ārstniecību posmos, aprakstot veiktās analīzes, manipulācijas un citus apstākļus, bet izvērtējumu atbilstoši ĀRF noteikumu 9. punkta kritērijiem Veselības inspekcija nedod.

Kādā spriedumā atrodamā Veselības inspekcijas norāde, ka “kaitējuma apmērs ir noteikts, citastarp vērtējot iestādes līdzšinējo pieredzi līdzīgās lietās”, ir ļoti indikatīva, kas norāda, ka iestāde ir izveidojusi sev vien zināmu praksi jeb “pieredzi” līdzīgās lietās. Šāds uzdevums iestādēm (Nacionālajam veselības dienestam un Veselības inspekcijai) nav deleģēts ne ar vienu normatīvu aktu, kā arī šāds kritērijs kā “līdzšinējā pieredze līdzīgās lietās” nav norādīts ĀRF noteikumos.

Tiesas Ārstniecības riska fonda lietās praksē norobežojas no faktu un saturiskā vērtējuma jautājumiem, pēc būtības padarot tiesas par nepilnas jurisdikcijas tiesām. Jautājumā par kaitējuma esību vai neesību tiesu prakse līdz šim ir vienota un ir vienīgi Veselības ministrijas pusē. Jautājumā par kompensācijas apmēra noteikšanu tiesu prakse ir pretrunīga. Atšķirīgā tiesu prakse nozīmē, ka tā šobrīd nav nostabilizējusies. Ir tikai trīs izņēmumi no vispārējās nostājas, ka iestādes administratīvais akts vienmēr ir tiesisks, pamatots un negrozāms.

Ārstniecības riska fonda lietās tiesā teleoloģiskā un sistēmiskā tiesību normu iztulkošanas ceļā būtu jāpanāk izpratne, ka tiesām ir tiesības grozīt administratīvo aktu un noteikt konkrētu tā saturu, ievērojot Veselības inspekcijas atzinuma saturu, ja tas atbilst tiesību normām un tiesa to atzīst. Ilgstoša procesuālo normu pašmērķīga ievērošana nevar izkonkurēt humānisma principu, procesuālās ekonomijas principu un procesa ātruma intereses gadījumos, kas attiecas uz slimiem cilvēkiem, kas vēl papildus cietuši veselības aprūpes trūkumu dēļ.

Ārstniecības riska fonda koncepts, darbojoties pēc obligātās apdrošināšanas principiem, izslēdz arī ārstniecības iestāžu un ārstniecības personu nelabvēlīgu mantisku risku Pacientu tiesību likuma 16. panta otrajā daļā noteikto limitu robežās – par pacienta dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu (arī morālo kaitējumu) – ne vairāk kā 142 290 eiro; par pacientam radītiem ārstniecības izdevumiem – ne vairāk kā 28 460 eiro.

Ārstniecības iestādes un personas no negatīvajām mantiskajām sekām profesionālas neveiksmes vai neuzmanības dēļ tiks pasargātas tikai tad, ja cietušo pacientu apmierinās no Ārstniecības riska fonda izmaksājamās summas apmērs.

Mediķu aprindās populārā “ziņošanas par medicīniskām kļūdām un nesodišanas sistēma” sāks darboties tikai tad, ja arī juridiski izzudīs sodīšanas elements.

### **Ņemot vērā iepriekš minēto, autori ierosina:**

1) ĀRF noteikumos iekļaut kārtību, kādā Veselības inspekcija uzaicina pieaicinātos ekspertus, nosakot kārtību, kādā izvērtē pieaicināmo ekspertu kvalifikāciju un kompetenci;

2) ĀRF noteikumos iekļaut prasības, lai nodrošinātu, ka Veselības inspekcijas pieaicinātie eksperti būtu neieinteresēti un neitrāli, kā arī pieaicināto ekspertu pienākumus un atbildību. Tādēļ ĀRF noteikumos jāiekļauj prasība informēt iesniedzēju par pieaicināmajiem ekspertiem, kā arī iesniedzēja tiesības pieteikt noraidījumu, ja pastāv Administratīvā procesa likuma 117. pantā paredzētie apstākļi attiecībā uz ekspertu vai ekspertam attiecībā pret ārstniecības personu, kuras rīcība administratīvā procesa gaitā tiks izvērtēta;

3) papildināt Krimināllikuma 300. panta dispozīciju aiz vārda “tiesā” ar vārdiem “administratīvā procesā iestādē”;

4) izslēgt ĀRF noteikumu 8.3. punktu, 9.6.–9.10. punktu;

5) grozīt ĀRF noteikumu 12.1. un 12.2. punktu tā, lai tie no kompensācijas mehānisma neizslēgtu deontoloģiskās, diagnostikas un jatrogēnās kļūdas, kā arī apstākļus ārstniecības laikā;

6) izvērst diskusiju, iesaistot veselības aprūpes statistiķus, Veselības inspekcijas ekspertus, sabiedrības veselības speciālistus, advokātus, tiesnešus, kā konkrēti ĀRF noteikumu 9. punktā norādītie kritēriji varētu ietekmēt kaitējuma smaguma procentuālo apmēru un kā diferencēt noteikumu 2. pielikumā nodarītā kaitējuma smaguma apmērus kopsakarā ar noteikumu 9. punktā norādītajiem kritērijiem. ■

## Ārstniecības personām par pagarināto normālo darba laiku noteiktā darba samaksa ir diskriminējoša

2018. gada 15. maijā Satversmes tiesa pieņēma spriedumu lietā Nr. 2017-15-01 "Par Ārstniecības likuma 53.<sup>1</sup> panta septītās daļas atbilstību Latvijas Republikas Satversmes 91. panta pirmajam teikumam un 107. pantam". Ar šo spriedumu par Satversmes 91. panta pirmajam teikumam neatbilstošu tika atzīts Ārstniecības likuma pārejas noteikumu 31. punkts, nosakot, ka tas spēku zaudē no 2019. gada 1. janvāra.

53.<sup>1</sup> pants Ārstniecības likumā tika iekļauts ar 2009. gada 8. aprīļa likumu "Grozījumi Ārstniecības likumā", kas paredzēja iespēju ārstniecības personai noteikt pagarinātu normālo darba laiku. Savukārt ar 2009. gada 18. jūnija likumu "Grozījumi Ārstniecības likumā" Ārstniecības likuma 53.<sup>1</sup> pants tika papildināts ar septīto daļu, kas paredzēja, ka gadījumā, ja ārstniecības personai ir noteikts pagarinātais normālais darba laiks, darba samaksu par darba laiku, kas pārsniedz Darba likumā noteikto normālo darba laiku, nosaka proporcionāli darba laika pieaugumam ne mazāk kā noteiktās stundas vai dienas algas apmērā, bet, ja nolīgta akordalga, atbilstoši akordarba izcenojumam par paveiktā darba daudzumu. Apstrīdētā norma bija spēkā līdz pat pieteikuma iesniegšanai Satversmes tiesā.

2017. gada 8. jūnijā tika pieņemts likums "Grozījumi Ārstniecības likumā", ar kuru apstrīdētā norma no 2017. gada 1. jūlija tika izslēgta no Ārstniecības likuma. Tāpat šie grozījumi noteica, ka Ministru kabinetam 2018. gada valsts budžeta likumprojektu paketē ir jāparedz grozījumi Ārstniecības likumā, kas nosaka pakāpenisku atteikšanos no Ārstniecības likuma 53.<sup>1</sup> pantā noteiktā pagarinātā normālā darba laika ārstniecības personām un neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādēm. Savukārt 2017. gada 22. novembrī Saeima pieņēma likumu "Grozījumi Ārstniecības likumā", ar ko Ārstniecības likuma pārejas noteikumos tika ietverts 30. un 31. punkts.

Pārejas noteikumu 30. punkts paredzēja ierobežot pagarinātā normāla darba laiku 2018. gadā un 2019. gadā, bet 31. punkts paredzēja, ka samaksa par darba laiku, kas pārsniedz Darba likumā noteikto normālo darba laiku, nosaka proporcionāli darba laika pieaugumam, 2018. gadā ne mazāk kā 1,20 noteikto stundas algas likmju apmērā, bet 2019. gadā ne mazāk kā 1,35 noteikto stundas algas likmju apmērā.

Pieteikumu Satversmes tiesai iesniedza tiesībsargs, uzskatot, ka apstrīdētā norma faktiski paredzot virsstundu darbu un liedz saņemt atlīdzību par pagarināto normālo darba laiku pēc likmes, kāda noteikta par virsstundām Darba likumā, tādējādi ārstniecības personām ierobežojot Satversmes 107. pantā noteiktās tiesības. Tāpat norādīts, ka apstrīdētā norma neatbilst Satversmes 91. panta pirmajā teikumā ietvertajam vienlīdzības principam, jo paredz atšķirīgu attieksmi pret ārstniecības

personām, kas nodarbinātas pagarinātā normālā darba laika apstākļos saskaņā ar Ārstniecības likumu, salīdzinot ar personām, kas veic virsstundu darbu atbilstoši Darba likumam.

Tā kā Saeima bija lūgusi izbeigt tiesvedību lietā, pamatojoties uz Satversmes tiesas likuma 29. panta pirmās daļas 2. punktu, Satversmes tiesa vispirms vērtēja šo jautājumu. Kā pamatojums šādam lūgumam tika norādīts, ka apstrīdētā norma, par kuru tiesībsargs bija sākotnēji vērsies Satversmes tiesā, ir izslēgta no Ārstniecības likuma.

Lai noskaidrotu, vai izskatāmajā lietā ir pamats tiesvedības izbeigšanai, Satversmes tiesa pārbaudīja, vai apstrīdētā norma patiešām ir zaudējusi spēku. Satversmes tiesa spriedumā noteica, ka ar jēdzienu "likums", kas paredzēts Satversmes 85. pantā, ir saprotamas arī likumu daļas jeb atsevišķas tiesību normas, kas aptver arī uzvedības noteikumus. Satversmes tiesa norādīja, ka gan tiesību normas tiesiskā sastāva pazīmes, gan tiesisko seku pazīmes var nebūt ietvertas vienā teikumā – tās var būt iekļautas vairākos teikumos gan viena likuma, gan pat vairāku likumu ietvaros. Attiecīgi izskatāmajā lietā bija jāpārbauda, vai apstrīdētā norma patiešām ir izslēgta no Ārstniecības likuma vai arī tikai pārcelta uz citu vietu šajā likumā, proti, vai ir novērsta ar apstrīdēto normu radītā tiesiskā situācija pēc būtības. Satversmes tiesa spriedumā secināja, ka apstrīdētā norma grozīta tādā veidā (tās darbības laiks ir ierobežots līdz 2019. gada 31. decembrim, un pagarinātā normālā darba laika apmaksas likme ir paaugstināta līdz 1,2 un 1,35) vēl joprojām ir spēkā esoša un visi būtiskie apstrīdētās normas elementi ir saglabāti. Tāpēc nav pamata piemērot Satversmes tiesas likuma 29. panta pirmās daļas 2. punktu un tiesvedība lietā ir turpināma.<sup>1</sup>

Tāpat Satversmes tiesa pārbaudīja, vai, iesniedzot pieteikumu, ir ievērota Satversmes tiesas likuma 17. panta pirmās daļas 8. punktā noteiktā kārtība, kādā tiesībsargs ir tiesīgs iesniegt pieteikumu Satversmes tiesai. Proti, vai tiesībsargs ir darījis zināmus savus apsvērumus par tiesību normas neatbilstību jau pirms tam, kad viņš iesniedz pieteikumu Satversmes tiesā, un ir devis termiņu konstatēto trūkumu novēršanai. Saeima uzskatīja, ka tiesībsargs savu viedokli par pārejas periodam izraudzīto regulējumu nebija likumdevējam paudis, tāpēc likumdevējam nebija zināma tiesībsarga attieksme pret pārejas periodam noteikto regulējumu. Satversmes tiesa spriedumā atzina, ka tiesībsargs pēc būtības ir uzturējis savu viedokli, ka likumdevējam pēc iespējas īsākā laikā ir jāpielīdzina pagarinātā normālā darba laika apmaksas likme virsstundu apmaksas likmei, tāpēc tiesībsargs ir ievērojis

<sup>1</sup> Latvijas Republikas Satversmes tiesas 2018. gada 15. maija spriedums lietā Nr. 2017-15-01, 14. punkts.



Satversmes tiesas likuma 17. panta pirmās daļas 8. punkta nosacījumus.<sup>2</sup>

Satversmes tiesa nolēma vispirms vērtēt apstrīdētās normas atbilstību Satversmes 91. panta pirmajā teikumā ietvertajam vienlīdzības principam un tikai pēc tam pārbaudīt apstrīdētās normas atbilstību Satversmes 107. pantam.

Vispirms Satversmes tiesa pārbaudīja, vai un kuras personas (personu grupas) atrodas vienādos un pēc noteiktiem kritērijiem salīdzināmos apstākļos. Vērtējot minēto aspektu, Satversmes tiesa konstatēja, ka Darba likumā ir noteikts normālais darba laiks un virsstundu darbs, bet jēdziens “pagarinātais normālais darba laiks” vispār nav lietots un arī šāda darba laika apmaksas noteikumi nav paredzēti. Pagarinātais normālais darba laiks bija ieviests Ārstniecības likumā, lai nodrošinātu ārstniecības pieejamību, risinot jautājumu par veselības aprūpes nozarē nepieciešamajiem cilvēkresursiem ekonomiskās krīzes laikā. Satversmes tiesa atzina, ka ārstniecības personas un neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādes personas, kas nav ārstniecības personas, strādājot pagarināto normālo darba laiku, pēc būtības veic virsstundu darbu, strādājot ilgāk par Darba likuma 131. panta pirmajā daļā noteikto normālo darba laiku. Tāpēc izskatāmajā lietā salīdzināmā situācijā atrodas visi nodarbinātie, kuriem noteiktais darba laiks pārsniedz normālo darba laiku.<sup>3</sup>

Salīdzinot Darba likumā iekļauto regulējumu par atlīdzību par virsstundu darbu un Ārstniecības likumā ietverto regulējumu par atlīdzību par pagarināto normālo darba laiku, Satversmes tiesa secināja, ka apstrīdētā norma rada atšķirīgu attieksmi pret pagarināto normālo darba laiku strādājošajām ārstniecības personām un neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādes personām, kuras nav ārstniecības personas. Proti, Darba likuma 68. panta pirmā daļa noteic, ka darbinieks, kas veic virsstundu darbu vai darbu svētku dienā, saņem piemaksu ne mazāk kā 100 procentu apmērā no viņam noteiktās stundas vai dienas algas likmes, bet, ja nolīgta akorda alga, – ne mazāk kā 100 procentu apmēra no akorddarba izcenojuma par paveikta darba daudzumu. Savukārt pārejas noteikumos par darba laiku, kas pārsniedz Darba likumā noteikto normālo darba laiku, paredzēta proporcionāla samaksa darba laika pieaugumam 1,20 apmērā 2018. gadā un 1,35 apmērā 2019. gadā. Tādējādi ārstniecības personām un neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādes personām, kas strādā pagarināto normālo darba laiku, darba samaksas likme ir zemāka nekā Darba likuma 68. panta pirmajā daļā noteiktā virsstundu darba apmaksas likme.<sup>4</sup>

Izskatāmajā lietā nebija strīda un arī Satversmes tiesai neradās šaubas par to, ka apstrīdētā norma ir

pieņemta Satversmē un Saeimas kārtības rullī noteiktajā kārtībā, izsludināta un publiski pieejama atbilstoši normatīvo aktu prasībām un ka tā ir pietiekami skaidri formulēta, lai persona varētu izprast no tās izrietošo tiesību un pienākumu saturu un paredzēt tās piemērošanas sekas.<sup>5</sup>

Pārbaudot, vai atšķirīgajai attieksmei, ko rada apstrīdētā norma, ir objektīvs un saprātīgs pamats, Satversmes tiesa vispirms vērtēja, vai atšķirīgajai attieksmei ir leģitīms mērķis. Satversmes tiesa spriedumā noteica, ka, arī nosakot pārejas regulējumu, likumdevējam ir jāizvērtē iecerētā tiesiskā regulējuma ietekme gan uz sabiedrības interesēm, gan to personu tiesībām, kuru pamattiesības tiek ierobežotas. Satversmes tiesa secināja, ka pagarinātā normālā darba laika un attiecīgās darba samaksas likmes noteikšana 2009. gadā bija pamatota ar nepieciešamību ekonomiskās krīzes apstākļos stabilizēt situāciju veselības aprūpes nozarē. Savukārt līdz pat 2017. gadam, kad Satversmes tiesā tika iesniegts tiesībasarga pieteikums un ierosināta izskatāmā lieta, likumdevējs nebija pārskatījis ne pagarinātā normālā darba laika, ne tā apmaksas regulējumu. Savukārt lemjot par pārejas noteikumu iekļaušanu, likumdevējs ir vērtējis, vai pārejas periods ir nepieciešams, lai nodrošinātu sabiedrības interešu aizsardzību, kas izskatāmās lietas apstākļos izpaužas kā valsts budžeta stabilitāte un nepārtraukta kvalitatīvu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība.<sup>6</sup>

Satversmes tiesa atzina, ka minētie apsvērumi, kas saistīti ar valsts budžeta stabilitāti, var būt pārejas perioda noteikšanas pamatā, taču ar to nav pietiekami, lai pamatotu atšķirīgas attieksmes leģitīmo mērķi pārejas periodā. Proti, likumdevējam, arī pieņemot pārejas perioda regulējumu, ir pienākums norādīt un pamatot ar to noteiktā ierobežojuma leģitīmo mērķi, turklāt tas ir jādara arī tad, ja tiek paredzēta pakāpeniska atteikšanās no iepriekš pastāvējuša tiesiskā regulējuma. Attiecīgi Satversmes tiesa konstatēja, ka apstrīdētajai normai nav leģitīma mērķa, tāpēc tā neatbilst Satversmes 91. panta pirmajā teikumā ietvertajam vienlīdzības principam.<sup>7</sup> Konstatējot minēto atbilstību, nebija jāvērtē tās atbilstība Satversmes 107. pantam.

Ievērojot to, ka vienlīdzīgas attieksmes pret ārstniecības personām un neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādes personām, kuras nav ārstniecības personas, un nepārtrauktas kvalitatīvas veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanai nepieciešams laiks, Ārstniecības likuma pārejas noteikumu 31. pants tika atzīts par spēkā neesošu no 2019. gada 1. janvāra.<sup>8</sup>

Vija Kalniņa

2 Turpat, 15. punkts.

3 Turpat, 18. punkts.

4 Turpat, 19. punkts.

5 Turpat, 20. punkts.

6 Turpat, 21.1. apakšpunkts.

7 Turpat, 21.2. apakšpunkts.

8 Turpat, 23. punkts.



## Darba devējs: Veselības inspekcija

---

**Amats un tā galvenie pienākumi:** jurists Juridiskajā departamentā, kurš spēj izstrādāt normatīvos aktus, sagatavot administratīvo aktu projektus, sagatavot līgumu u.c. dokumentu projektus, sniegt juridisko atbalstu citu struktūrvienību darbiniekiem, kā arī pārstāvēt Veselības inspekcijas intereses tiesā un citās institūcijās.

**Minimālais izglītības līmenis:** akadēmiskā vai otrā līmeņa profesionālā augstākā izglītība tiesību zinātnē un piešķirta profesionālā kvalifikācija – jurists.

**Nepieciešamā iepriekšējā darba pieredze:** vismaz divu gadu pieredze valsts pārvaldē un jurista specialitātē.

**Papildu kvalitātes, kas dotu priekšrocības:** vismaz divu svešvalodu zināšanas (angļu, krievu).

**Vai nepieciešamas atsauksmes/ieteikums:** tas ir vēlami.

**Atlīdzības apmērs par darbu un citi papildu bonusi:** mēnešalga no 1000 līdz 1200 eiro atbilstoši profesionālajai pieredzei un darba izpildes novērtējumam, veselības apdrošināšana pēc trim nostrādātiem mēnešiem, papildatvaļinājums, atvaļinājuma pabalsts u.c. valsts pārvaldes iestādēs noteiktā atlīdzība.

**Amata pienākumu izpildē nepieciešamās cilvēciskās īpašības:** sadarbība un spēja strādāt komandā, orientācija uz rezultātu, iniciatīva, ētiskums.

**Darbiniekā visaugstāk vērtējam:** lojalitāti, kompetenci un iestādes vērtību apzināšanos.

**Priekšroku dodam labākai izglītībai vai profesionālai darba pieredzei:** ievērojam amatam izvirzītajās prasībās paredzēto.

**Kādēļ esam labs darba devējs:** atbalstām vēlmi mācīties, esam profesionāls, radošs un draudzīgs kolektīvs, kopā atzīmējam pasākumus, sportojam un lepojamies ar saviem darbiniekiem.

**Kur izsludinām savas brīvās vakances:** Veselības inspekcijas mājaslapā [www.vi.gov.lv](http://www.vi.gov.lv), Veselības ministrijas mājaslapā [www.vm.gov.lv](http://www.vm.gov.lv), oficiālajā izdevumā "Latvijas Vēstnesis" un Nodarbinātības valsts aģentūras mājaslapā [www.nva.lv](http://www.nva.lv).

# Latviskā dzīvesziņa (tikums) veselības nozarē



LL.D. **Santa Slokenberga**

Pēcdoktorantūras pētniece Lundas Universitātē,  
tautas dzīvesziņas amatiere

Latviešu kultūras kodols ir latviska tikumība jeb stingri ētiski principi, ko latviešu tauta guvusi ilgus piedzīvojumos un pieredzējumos.<sup>1</sup> Starp kultūrā atzītiem pamattikumiem ir labums (kam pretstatāms ļaunums), gods (kam pretstatāms kauns), rātņums (kam pretstatāma patvaļa) un tikums (kam pretstatāms netikums).<sup>2</sup> Šie principi kā folkloristiska tikumības mācība atspoguļojas latviešu tautasdziesmās, sniedzot norādes par jābūtību ikdienas dzīvē un sabiedrības organizācijā.<sup>3</sup> Tie ir sabiedrības morāles pamats;<sup>4</sup> jo stingrāk šīs normas tiks ievērotas un cienītas ikdienā, tostarp plānojot un organizējot veselības nozari, jo stiprāka un ilgtspējīgāka nozare varētu būt.

Latviešu tautas tikumu iedzīvināšana veselības nozarē nav tikai ētiska rakstura jautājums par kultūrvēsturiskā mantojuma saglabāšanu un izmantošanu. Līdz ar Satversmes ievada pieņemšanu tie kā daļa no latviešu identitātes un latviskās dzīvesziņas ir ieguvuši valsts konstitucionālo vērtību aprises,<sup>5</sup> un būtu akomodējami Satversmē nostiprinātajās varās, tādējādi veidojot tikumīgu veselības nozari.

Rātņums ir latvieša kardināltikums, bez kura citi tikumi nav iespējami.<sup>6</sup> Ar uzteicamu uzcītību rātņumu veselības nozarē nodrošina Veselības inspekcija. Pacientu tiesību likums sniedz pacientam tiesības uz atbildību par viņa dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu (arī morālo kaitējumu), kas radies ārstniecības ietvaros. Būtisks posms šo tiesību īstenošanā ir inspekcijas pienākums veikt ekspertīzi un noteikt kaitējuma apmēru. Kaut arī kaitējuma smaguma pakāpi Veselības inspekcija nosaka, ņemot vērā ārējās tiesību normās paredzētos kritērijus un ievērojot tajās paredzētos apmērus, nekur nav noteikts, kā šie kritēriji mijiedarbojas un kā morālais kaitējums mijiedarbojas ar nodarīto fizisko kaitējumu. Šo trūkumu esība gan neatbrīvo Veselības inspekciju no savu pienākumu izpildes un sekām par to neizpildi.

“Acis darba izbijās,  
Rokas darba nebijās,  
Rokas darba nebijās,  
Zinājās padarīt.”

Veselības inspekcija ir nolikta situācijā, kur, rātņi darbojoties labākajās latviešu tautas tradīcijās un darot darbu, tā riskē nokļūt tautiskā kaunā jeb sajūtā, “kas rodas pēc darba, kuru neatzīst par vērtīgu vai pareizu ne pats, ne cits”.<sup>7</sup> Kauns gan nav iezīme, ar ko par savu darbu latvietis ir izsenis lepojis.

1 Autore pateicas Veselības inspekcijai par sarunām 2018. gada jūlijā. Izraudzījās un sakārtojās Brastiņu Ernests “Latvju tikumu dziesmas”. Rīga: Latvju dievturu draudzes izdevums, 1929, 5. lpp.

2 Turpat, 8. lpp.

3 Turpat.

4 Tautas dziesmu izlase prof. Jāņa Alberta Jansona sakārtojumā “Darba vara lielu sara”. Rīga: izdevniecība “Liesma”, 1973, 8. lpp.

5 Skat.: Balodis R. Latvijas Republikas Satversmes ievads (Satversmes komentāri), 422. vēre.

6 Latvju tikumu dziesmas (n 1), 38. lpp.

7 Latvju tikumu dziesmas (n 1), 30. lpp.

Tautiskais darba tikums prasa ne vien darba veikšanu, bet tādas kvalitātes darba darīšanu, kas vestu latvieti godā.

“Nesnaužam mēs māsiņas,  
Ne snaudule māmuliņa;  
Ne snauzdama māmuliņa  
Mums pūriņa pielocīja.”

Veselības nozares organizatoriskās puses trūkumi un tiesiskā regulējuma nevienlīdzības problemātika izpaudusies arī citos aspektos, piemēram, pagarinātā normālā darba laika sakarā. Ar šo būtiskai daļai nozarē strādājošo bija sniegta unikāla iespēja grūti kontrolējami, bet neapšaubāmi “brīvprātīgi” izvēlēties strādāt ilgstošas virsstundas, par kurām nemaksā kā par virsstundām, vienlaikus pakļaujot sevi ar palielinātu darba slodzi saistītiem riskiem. Veselības ministrijai esot tautiskā dusā, problēma ilgstoši tikusi noliegta, meklēti lēni risinājumi, līdz Satversmes tiesa iejaukusies, konstatējot samilzušās problēmas lēno risinājumu konstitucionalitātes trūkumu.<sup>8</sup>

“Pamazām es dzīvoju  
Pamazām Dievs palīdz;  
Pamazām bite nesa  
Pa vienam ziedīņam.”

Šis nav vienīgais relatīvi nesensais konstitucionālais izaicinājums veselības nozarē, kuru risināšanā Satversmes tiesa ir nostādīta čaklās māmuliņas lomā, lai aizpildītu tiesiskuma robus veselības nozares regulējuma pūra lādē. Pavisam drīz vērtējams mantošanas jautājums kaitējumu izmaksu sakarā,<sup>9</sup> kā arī, 1. septembrim tuvojoties, aktualizējās diskusijas par iepriekš norādīto negoda iezīmi veselības nozarē, lūdzot Satversmes tiesu pārbaudīt būtisku veselības aprūpes samazinājumu daļai sabiedrības un sabiedrības locekļu diferenciācijas pieļaujamību.

“Es bij jauns, man bij spēks,  
Es varēju lielīties:  
Kuru celmu kustināju,  
Saknes lūza brakšķēdamas.”

Kaut drosme izsenis dēvēta par blakustikumu,<sup>10</sup> tai latviešu dzīvesziņā ir liela vērtība. Satversmes tiesai kā māmuliņai drosme ir noteikta tās pienākumos; tomēr pienākumus var izpildīt kā bikli un pieticīgi, tā redzami un jūjami sniedzot palīdzīgu roku snauduļojošai Veselības ministrijai, veidojot “ideālo dzīves ainu jeb to dzīvi, kas vēl nav, bet kura būtu jāpanāk,<sup>11</sup> un lejojot tiesiskuma pamatus stipras un ilgtspējīgas veselības nozares veidošanai. Tomēr jāatminas, ka reizumis tukšajai nozares pūra lādei nepietiek vien ar kaut kādu zeķu pāri kā iederīgu mantojumu; reizumis mantojums veidojams tā, lai ne tikvien nosegtu pēdu, bet arī nodrošinātu nepieciešamo siltumu salstošajai ekstremitātei.<sup>12</sup>

8 Satversmes tiesas 2018. gada 15. maija spriedums lietā Nr. 2017-15-01.

9 2017. gada 20. decembrī Satversmes tiesa ierosināja lietu “Par Ministru kabineta 2013. gada 5. novembra noteikumu Nr. 1268 “Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi” 3. un 15. punkta atbilstību Latvijas Republikas Satversmes 64. pantam”.

10 Latvju tikumu dziesmas (n 1), 64. lpp.

11 Turpat, 10. lpp.

12 Skat. Satversmes tiesas 2018. gada 15. maija sprieduma lietā Nr. 2017-15-01 tvērumu attiecībā pret Eiropas Parlamenta un Padomes Direktīvu 2003/88/EK (2003. gada 4. novembris) par konkrētiem darba laika organizēšanas aspektiem. OJ L 299, 18.11.2003., p. 9–19.

ISSN 1691-2462



9 771691 246008



Cena € 2.50