

# LATVIJAS UNIVERSITĀTE

## JURIDISKĀ FAKULTĀTE



### PROMOCIJAS DARBS

## PACIENTA GRIBA UN TĀS CIVILTIESISKĀ AIZSARDZĪBA

Juridiskās zinātnes  
doktora studiju programmas  
doktorants(-e)  
Līga Mazure  
(vārds, uzvārds)  
Im07 054  
(st. apliec. numurs)

Promocijas darba vadītājs:  
Prof., dr.habil.iur. Kalvis Torgāns

Rīga 2011



IEGULDĪJUMS TAVĀ NĀKOTNĒ

**Latviešu valodā:**

Šis darbs izstrādāts ar Eiropas Sociālā fonda atbalstu projektā «Atbalsts doktora studijām Latvijas Universitātē».

**Angļu valodā:**

*This work has been supported by the European Social Fund within the project «Support for Doctoral Studies at University of Latvia».*

**Krievu valodā:**

*Эта работа выполнена при содействии Европейского социального фонда в рамках проекта «Поддержка развития докторантуры ЛУ».*

## SATURA RĀDĪTĀJS

	lpp.
Ievads	3
1. Pacienta griba ārstniecības tiesisko attiecību vēsturiskajā attīstībā un to nākotnes perspektīvas	7
1.1. Pacienta griba seno laiku ārstniecības tiesiskajās attiecībās (līdz 5.gs.)	7
1.2. Paternālisms un pacients viduslaiku ārstniecībā (5.-17.gs.)	17
1.3. Pacienta gribas nozīmes atdzimšana jaunajos un jaunākajos laikos (17.gs.b.-mūsdienas)	28
1.4. Pacienta gribas pamatprincipi un ārstniecības tiesisko attiecību nākotnes attīstības perspektīvas	35
2. Pacienta spēja izteikt gribu	42
2.1. Pacienta gribas civiltiesiskā aizsardzība un pacienta tiesībspēja	42
2.2. Pacienta rīcībspēja un pacienta gribas izteikuma spēkā esamība	55
2.3. Pacienta vietniecība gribas izteikumā	64
3. Pacienta informētība kā priekšnosacījums pacienta gribas izteikuma spēkā esamībai	84
3.1. Pacienta tiesību uz informāciju tiesiskais raksturs	84
3.2. Pacientam sniedzamās informācijas apjoms un tās sniegšanas veids	92
3.3. Pacienta informācijas tiesiskā aizsardzība	117
3.4. Informācijas tiesiska nesniegšana pacientam un tās tiesiskās sekas	129
4. Pacienta gribas izteikšanas brīvprātība	142
4.1. Ārstniecība bez pacienta piekrišanas un pret pacienta gribu	142
4.2. Pacienta veselības traucējumi un neatļauta ietekme ārstniecības tiesisko attiecību nodibināšanā	148
4.3. Ekonomiskā faktora ietekme uz pacienta gribu	153
5. Pacienta gribas izteikumu veidi un forma	162
5.1. Pacienta gribas izteikumu vispārīgs dalījums un izteikuma forma	162
5.2. Pacienta iepriekš izteiktā griba un tās tiesiskās sekas	168
5.3. Pacienta gribas izteikumu veidi pēc to izcelšanās rakstura	174
Kopsavilkums	184
Anotācija latviešu valodā	197
Anotācija angļu valodā	199
Anotācija vācu valodā	201
Izmantotās literatūras, normatīvo aktu un juridiskās prakses materiālu saraksts	203
Izmantoto saīsinājumu saraksts	244

## Ievads

Mūsdienās iezīmējas pieaugoša tendence atzīt pacienta gribas nozīmību ārstniecībā, ko iespējams pamatot ar tālāk norādītiem apstākļiem.

Veselība ir viens no cilvēka pamatlabumiem, ar kuru lielākā vai mazākā mērā ir saistītas daudzas tiesiskās attiecības, kurās ikdienā piedalās persona kā tiesību subjekts, piemēram, darba, ģimenes tiesiskās attiecības. Tāpēc ir uzsverama veselības aprūpes tiesiskās sistēmas nozīmība veselības nostiprināšanas, atjaunošanas aspektā, īpaši izdalot pacienta un ārstniecības personas/iestādes savstarpējās tiesiskās attiecības.

Attīstoties medicīnas tiesībām kā jaunai civiltiesiskos un administratīvi tiesiskos aspektus aptverošai tiesību nozarei, ir mainījies arī pacienta un ārstniecības personas/iestādes tiesisko attiecību raksturojums. Ilgu laiku ārstniecībā pret pacientu izturējās kā pret ārsta izvēlei pakļautu cilvēku (paternālisms). Taču mūsdienu tiesību zinātnē kopumā vairāk netiek atbalstīta paternālisma jeb aizbildnieciskā attieksme pret pacientu. Iezīmējas virziens, kur tiesiskie līdzekļi ir vērsti uz pacientu kā patstāvīgu tiesību subjektu ar specifisku tiesību, pienākumu un atbildības kopumu.

Ārvalstu un arī Latvijas juridiskajā praksē parādās tendence stingrāk saukt pie atbildības ārstniecības personas/iestādes to savstarpējās tiesiskajās attiecībās ar pacientu. No vienas puses, tas vērtējams kā pozitīvs process, uzsverot pacienta kā tiesību subjekta tiesības. No otras puses, nepieciešams konkretizēt pacienta un ārstniecības personas/iestādes tiesiskos statusus, atzīmējot arī pacienta pienākumus un atbildību savstarpējās tiesiskajās attiecībās.

Mūsdienās norisinās ļoti strauja medicīnas attīstība (piemēram, gēnu inženierija). Līdz ar to medicīniskā iejaukšanās attiecībā uz pacientu kļūst daudz personiskāka, pat „agresīvāka”. Iezīmējas jaunas tiesiskas problēmas, kas vēl nesenā pagātnē nebija zināmas un aktuālas. Piemēram, saduras pacienta autonomijas princips un nākotnes revolucionāro ārstniecības līdzekļu (kā stobršūnu preparātu) medicīniskā izpēte un pielietošana; kļūst aktuāla pacienta ģenētiskā raksturojuma tiesiskā aizsardzība tādās jomās kā darba-, apdrošināšanas-, ģimenes tiesiskajās attiecībās, audu, orgānu transplantācijā, ārstniecībā utt. Tas rada nepieciešamību pievērst lielāku uzmanību pacienta gribas tiesiskās aizsardzības mehānismam, tā pilnveidošanai.

Par pacienta un ārstniecības personas/iestādes tiesisko attiecību kodolu mūsdienu skatījumā ir uzskatāma pacienta griba, kurai tieši un netieši ir pakārtotas tālākās pušu savstarpējās tiesiskās attiecības. Bet pacienta gribas institūts ir samērā komplicēts, kas ietver sevī daudzas tiesiskas nianšes un problēmas.

Pacienta gribas tiesiskā aizsardzība noteikta gan starptautiskajos tiesību aktos, gan arī konstatējama valstu konstitucionālajā līmenī. Ar Pacientu tiesību likuma stāšanos spēkā 2010.gada 1.martā Latvijas normatīvais regulējums attiecībā uz pacienta gribu kļuva detalizētāks. Tomēr

kopumā normatīvajā regulējumā joprojām ir konstatējamās problēmas un nepilnības, kas ir novēršamas, lai vispusīgāk un pilnīgāk tiktu aizsargāta un ņemta vērā arī pacienta griba.

Vēsturiski objektīvu apstākļu dēļ juridiskā prakse attiecībā uz pacienta un ārstniecības personas/iestādes tiesiskajām attiecībām (arī pacienta gribu) Latvijā vēl tikai veidojas atšķirībā no Rietumu valstīm. Līdz ar to ir uzsverama normatīvā regulējuma un tiesību doktrīnas nozīme pacienta gribas civiltiesiskās aizsardzības izstrādē. Pie tam jāatzīmē, ka pacienta gribas un tās tiesiskās aizsardzības principi turpina attīstīties (piemēram, ideja par bioloģisko testamentu), kas jāņem vērā arī likumdevējam.

Darba teorētiskā nozīme un novitāte izpaužas pacienta gribas un tās civiltiesiskās aizsardzības pētniecībā, kā rezultātā ir piedāvātas civiltiesībās jaunas teorētiskas un praktiski pielietojamas atziņas. Izstrādātais pētījums ir pirmais šādas ievirzes un apjoma zinātniskais darbs Latvijā par pacienta gribas civiltiesisko aizsardzību.

Pētot pacienta gribas vietu ārstniecības tiesisko attiecību vēsturiskajā attīstībā, autore konstatēja attīstības spirāli, kuru apstiprina arī darbā analizēto pacienta gribas civiltiesisko aizsardzības līdzekļu nākotnes attīstības perspektīvas.

Darbā autore nonāk pie secinājuma, ka pacienta gribas civiltiesiskā aizsardzība neaprobežojas tikai ar pacienta tiesībspējas laika posmu. Tādēļ analizēti ieņemtas personas kā pacienta gribas aizsardzības līdzekļi ārstniecībā.

Vērtējot pacienta spēju izteikt gribu ārstniecībā, autore piedāvā paplašināt rīcībspējas izpratni civiltiesībās, nodalot medicīnisko rīcībspēju.

Autore darbā izstrādāja pacienta gribas izteikumu veidu sistēmu pēc dažādiem dalījuma kritērijiem. Paralēli konstatējot, ka Latvijas šī brīža normatīvais regulējums neaptver visus iespējamus pacienta gribas izteikuma veidus.

Teorētiskās analīzes rezultātā darbā ir izteikti priekšlikumi pacienta gribas civiltiesiskās aizsardzības: pirmkārt, konstatēto nepilnību novēršanai (piemēram, kompleksu pieeju informācijas sniegšanas pacientam veida noteikšanai, principus pacienta iepriekš izteiktai gribai un pacienta gribas izteikuma atsaukumam, kritērijus pacienta gribas izteikumu veidu formai); otrkārt, pilnveidošanai, paredzot jaunus tiesību institūtus (piemēram, pacienta vietnieka lēmuma kontrolei leģitīmācijas metodi, medicīnisko rīcībspēju) un piedāvājot sistēmas maiņu (piemēram, ieviest valsts obligāto veselības apdrošināšanas sistēmu).

Darbs iespējams izmantojams gan pacientiem, gan ārstniecības personām un citiem veselības aprūpes sistēmas darbiniekiem, gan normatīvo aktu izstrādātājiem, gan tiesnešiem, gan arī studiju procesā minētajiem speciālistiem.

Tēzes, kurās ietverta teorētiskā un praktiskā novitāte un kuras tiek virzītas aizstāvēšanai, norādītas kopsavilkumā. Autore izstrādājusi septiņu normatīvo aktu plašu grozījumu klāstu izvirzīto priekšlikumu praktiskajai iedzīvināšanai.

Promocijas darba galvenais mērķis ir izstrādāt visus svarīgākos komponentus aptverošu pētījumu par daudzšķautņaino pacienta gribas civiltiesisko aizsardzību, analizējot pastāvošās problēmas, nepilnības un piedāvājot konkrētus priekšlikumus to novēršanai. Vadoties no darba mērķa, pētījumam izvirzīti sekojoši uzdevumi:

- 1) analizēt pacienta gribas institūta vēsturisko izcelšanos;
- 2) noskaidrot pacienta gribas nākotnes attīstības perspektīvas pacienta un ārstniecības personas/ iestādes tiesisko attiecību modeļos;
- 3) analizēt pacienta spēju izteikt gribu, ietverot pacienta tiesībspēju, rīcībspēju un vietniecību;
- 4) pētīt pacienta informētības kā pacienta gribas izteikuma priekšnosacījuma tiesiskos aspektus;
- 5) veikt informācijas tiesiskas nesniegšanas pacientam analīzi;
- 6) aplūkot pacienta gribas izteikšanas brīvprātību un to ietekmējošos faktorus;
- 7) izvērtēt pacienta ārstniecību bez pacienta piekrišanas un pret pacienta gribu;
- 8) analizēt pacienta gribas izteikuma veidus un formu.

Promocijas darba izstrādē izmantotas šādas zinātniskās pētniecības metodes: 1) vēsturiskā metode; 2) salīdzinošā metode; 3) analītiskā metode; 4) gramatiskā metode; 5) teleoloģiskā metode; 6) sistēmiskā metode; 7) induktīvā metode; 8) deduktīvā metode.

Vēsturiskā metode ir nozīmīga ar to, ka ļauj samērā vispusīgi atklāt pacienta gribas un tās civiltiesiskās aizsardzības būtību sekojošos trijos aspektos. Pirmkārt, skatot pacienta gribas institūtu jau no senajiem laikiem līdz mūsdienām, tas atklāj minētā institūta izcelšanos un noteiktos laika periodos valdošos principus un iezīmes pacienta gribas civiltiesiskajā aizsardzībā. Otrkārt, ņemot vērā vēsturiskās attīstības zināmu cikliskumu, tas ļauj izteikt arī iespējamās nākotnes attīstības prognozes gan par pacienta gribas nozīmību pacienta un ārstniecības personas/iestādes tiesiskajās attiecībās, gan par nepieciešamajiem pacienta gribas civiltiesiskās aizsardzības mehānisma pilnveidošanas principiem. Treškārt, pacienta gribas juridiskās atzīšanas vēsturiskā analīze ļauj pamatot tās civiltiesiskās aizsardzības nepieciešamību ārstniecībā, atklājot minētā institūta komplicēto dabu, kurš jebkurā laika periodā ir pakļauts trīs pamatspēku, t.i., sabiedrības, valsts, reliģijas, ietekmei. Līdz ar to vēsturiskā metode palīdz atklāt pacienta gribas vēsturisko izcelšanos, tās civiltiesiskās aizsardzības nepieciešamību un ļauj izvirzīt prognozes par pacienta gribas nozīmes attīstības virzieniem nākotnē.

Izmantojot salīdzinošo metodi, analizēti nacionālie un ārvalstu normatīvie akti, kas attiecas uz pacienta gribu, un izvērtēti dažādu autoru viedokļi par pacienta gribas tiesiskajām niansēm

ārstniecībā. Arī Eiropas Cilvēktiesību tiesas, Eiropas Savienības tiesas, ārvalstu un Latvijas tiesu spriedumu analīzē izmantota minētā metode, kas ļauj atklāt pacienta gribas izteikuma komplicēto raksturu, kas šobrīd nav pilnībā aptverts normatīvajā regulējumā. Ar salīdzinošo metodi konstatēta pacienta gribas kā sarežģīta institūta nemitīgā attīstība.

Analītiskā metode izmantota, vērtējot normatīvos aktus, tiesu prakses materiālus, kā arī tiesību speciālistu uzskatus. Ar analītisko metodi nošķirti pacienta gribas civiltiesisko jautājumu pozitīvie un negatīvie aspekti. Tas savukārt kalpoja par pamatu secinājumu izdarīšanai un priekšlikumu izvirzīšanai gan normatīvo aktu grozījumiem, gan teorētisko atziņu koriģēšanai attiecībā uz pacienta gribu ārstniecībā.

Promocijas darbā izmantota arī gramatiskā, teleoloģiskā un sistēmiskā metode, analizējot pacienta gribas civiltiesiskās aizsardzības tiesību normu saturu, to mērķi un vietu tiesību sistēmā.

Darbā pielietota arī induktīvā un deduktīvā metode. Ar induktīvās metodes palīdzību no atsevišķiem gadījumiem praksē tiek atvasināti vispārināti secinājumi, savukārt deduktīvā metode palīdz no plaša teorētisko atziņu un vispārinājumu klāsta spriest par individuālajiem aspektiem.

Pētījuma gaitā analizēti: a) starptautiskie tiesību akti, nacionālie un ārvalstu normatīvie akti; b) Eiropas Cilvēktiesību tiesas, Eiropas Savienības (bij. Kopienas) tiesas, ārvalstu tiesu un Latvijas tiesu prakse u.c. juridiskās prakses materiāli; c) latviešu, krievu, angļu un vācu valodās izdotā literatūra. Kopā darbā ir izmantoti 548 avoti (311 literatūras avoti, 123 normatīvie akti, 114 juridiskās prakses materiāli).

Latvijā līdz šim nav izdota juridiskā literatūra medicīnas tiesībās. Ir konstatējami daži atsevišķu autoru (piemēram, L.Kovalevskas, I.Neidera) raksti, kas attiecas uz pacienta gribu. Ņemot vērā ārstniecības tiesisko attiecību civiltiesisko raksturu, darbā izmantoti tādu tiesībzinātnieku kā K.Torgāna, K.Čakstes, K.Baloža, A.Bitāna, E.Kalniņa, A.Jākobsona u.c. darbi civiltiesībās.

Pētījuma gaitā autore analizēja ārvalstu autoru – I.Kenedija (*I.Kennedy*), A.Gruba (*A.Grubb*), A.Maklīna (*A.McLean*), Dž.Montgomerija (*J.Montgomery*), M.Brazīras (*M.Brazier*), P. de Krūza (*P. de Cruz*), D.Gīsenas (*D.Giesen*), F. van Ostena (*F.van Oosten*), M.O.Baumgartena (*M.O.Baumgarten*), J.Dmitrijeva (*Дмитриева Ю.А.*), M.Fedorovas (*Федорова М.Ю.*), S.Stecenka (*Стеценко Н.А.*), V.Motova (*Мотова В.В.*) u.c. viedokļus medicīnas tiesībās.

Darbs izstrādāts balstoties galvenokārt uz ārvalstu un Latvijas normatīvajiem aktiem un tiesu prakses materiāliem, analizējot pacienta gribas civiltiesiskās aizsardzības principus, kas ir atbilstoši Latvijas tiesību sistēmai. Darbā izmantoti normatīvie akti redakcijā, kas bija spēkā 2011.gada 31.augustā.

Darba struktūra sastāv no trīs virzieniem. Pirmkārt, analizēti pacienta gribas izteikuma pamatprincipi, un pacienta gribas nozīme ārstniecības tiesisko attiecību vēsturiskajā attīstībā. Otrkārt, darbā pētīti pacienta gribas izteikuma galvenie komponenti un tos ietekmējošie faktori. Un,

treškārt, ir izstrādāta pacienta gribas izteikumu veidu sistēma, vērtējot arī tiem atbilstošas formas prasības.

## **1.Pacienta griba ārstniecības tiesisko attiecību vēsturiskajā attīstībā un to nākotnes perspektīvas**

Pacienta gribas institūta vēsturiskās izcelšanās un tā juridiskās atzīšanas attīstības analīze atklāj divus saistošus aspektus. Pirmkārt, pacienta gribas nozīmes pieauguma vai samazinājuma izpausmes, to cēloņi un tiesiskās sekas konkrētajā laika posmā atspoguļo pacienta gribas nianšes un to attīstību, veidojoties pacienta gribai kā komplicētam institūtam. Otrkārt, ņemot vērā vēsturiskās attīstības cikliskumu, tas ļauj prognozēt ārstniecības tiesisko attiecību modeļa iespējamās nākotnes perspektīvas un pacienta gribas nozīmi tajā.

### **1.1.Pacienta griba seno laiku ārstniecības tiesiskajās attiecībās (līdz 5.gs.)**

Pirmatnējai sabiedrībai (2.milj.g.p.m.ē.-5.gs.p.m.ē.) bija raksturīga kolektīva ārstniecība, ko veica vairāk pieredzējuši, vecie ļaudis. Tikai vēlākā posmā radās profesionāli reliģiska kulta kalpotāji, kas pildīja arī ārstniecības pienākumus<sup>1</sup>. Pacientam šajās sabiedriskajās attiecībās bija nenoteiktība. Vienā pusē attiecībās vienmēr bija pacients, bet kā ārstniecības persona iestājās kopiena, un vēlākā periodā neprofesionālas ārstniecības personas (kulta kalpotāji).

Apskatot pirmatnējās ārstniecības metodes, var secināt, ka objektīvu apstākļu dēļ trūka medicīnas zināšanu, kur šo nepilnību aizstāja ar reliģijas aizmetņa – maģijas kulta palīdzību ārstniecībā. Piemēram, vispirms tika izmantoti dabas ārstniecības līdzekļi; radās medicīniska rakstura instrumenti no akmens, kaula, ko vēlāk aizstāja metāls; sāka izmantot narkotiskos līdzekļus sāpju mazināšanai<sup>2</sup>. Medicīnas zināšanu attīstība pozitīvi ietekmēja ārstniecības metožu kvalitāti, kas nenoliedzami bija pacienta interesēs.

Visticamāk, ka pirmatnējai sabiedrībai bija raksturīga pacienta gribas neievērošana, kā arī ārstniecībai iezīmējās rituāls raksturs. Tas izskaidrojams: 1) kā izdzīvošanas nosacījums – no vienas puses, atsevišķs cilvēks varēja izdzīvot tikai kopienā (piemēram, izraidīšanu no kopienas pielīdzināja nāves sodam); no otras puses, kopienai kā veselumam bija nozīmīgs katrs tās loceklis (piemēram, pārtikas ieguvē, cīņā ar dzīvniekiem, citām kopienām); 2) kā kopienas autoritāte – jo kopiena savus mērķus varēja sasniegt, panākot kopienas locekļu paklausību; 3) kā pacienta attieksme pret pārdabiskajiem spēkiem – jo nepaklausībai varēja sekot lāsti, dievu sodi, ņemot vērā, ka ārstniecība tika cieši sasaistīta ar reliģijas aizmetņiem. Minēto aizbildniecisko pieeju apliecina

<sup>1</sup> Сорокина Т.С. История медицины. Москва: Ун-т дружбы народов, 1988, с.22,23; Derums V. Baltijas sencilvēku slimības un tautas dziedniecība: monogrāfija. Latvijas PSR Veselības aizsardzības ministrija, Latvijas Eksperimentālās un klīniskās medicīnas Zinātniskās pētniecības institūts. 2.pārstr. un papild.izd. Rīga: Zinātne, 1988, 41.,42.lpp.; Entwicklungsschema zur Medizin. Pieejams: [http://www.gottwein.de/graeca/lex/m\\_medizin01.php](http://www.gottwein.de/graeca/lex/m_medizin01.php) [aplūkots 2010.gada 15.maijā].

<sup>2</sup> Сорокина Т.С. История медицины. Москва: Ун-т дружбы народов, 1988, с.22,23; Шаталова Г.С. Философия здоровья. Москва: Елен и Ко, 1997, с.73.

arī Dieva Desmit baušļi<sup>3</sup>, kur cilvēka rīcībai bija jābūt pakārtotai tikai Dieva gribai<sup>4</sup>. Līdz ar to secināms, ka pirmatnējai sabiedrībai bija raksturīga kolektīva aizbildnieciskā pieeja<sup>5</sup> pār pacientu. Un visticamāk, ka pacienta griba, ja tādu pacients izteica, netika ņemta vērā. Pamatā objektīvu apstākļu dēļ ārstniecībā priekšplānā izvirzījās kopienas publiskās intereses.

Antīkajā sabiedrībā pacienta gribas nozīme ārstniecības tiesiskajās attiecībās pieauga, ko tieši un netieši apliecina sekojoši aspekti.

Antīkās sabiedrības ārstniecībā blakus pacientam kā ārstniecības personas jau parādījās noteiktākas personu kategorijas. Piemēram, Mezopotāmijā Hammurapi kodekss (aptuveni 2250.g.p.m.ē.) nodalīja: 1) ārstus-priesterus, kas nodarbojās tikai ar iekšējo medicīnu („privilģēto” mākslu); 2) ķirurgus-amatniekus (tiesiskā ziņā gandrīz pielīdzināti ārstiem-priesteriem); 3) pirtniekus, zāļu tirgotājus u.c., kas daļu darba veica patstāvīgi, un daļu, ko ārsti uzskatīja par necienīgu sev, kā ārstu palīgi<sup>6</sup>. Līdz ar to pacienta stāvoklis ārstniecībā kļuva konkrētāks, stabilāks. Nodalot ārstniecības personām darba pienākumus, tika konkretizēts pušu tiesiskais statuss, kā arī precizēts ārstniecības personu darba apjoms (iekšējās slimības, ķirurģija, farmācijas iedīgļi utt.). Pozitīvi vērtējama ārstniecības normatīvā regulējuma veidošanās, kā arī joprojām saglabājās reliģijas ietekme ārstniecībā (piemēram, ārsti-priesteri).

Grieķijā izveidojās asinsradnieku dzimta Asklepiādi, kas uzskatīja, ka cēlušies no dieva Asklepija, kur ārsta profesijas zināšanas tika nodotas vīriešu dzimuma pēcnācējiem. Bet, nespējot aptvert augošo ārstniecības pieprasījumu, uzsāka pieņemt apmācībai jaunekļus ārpus dzimtas. Ja līdz šim nebija aktuālas nepieciešamības pēc savstarpējo attiecību normatīvā regulējuma, jo to samērā veiksmīgi aizstāja dzimtas tradīcijas un paražas, tad, ienākot dzimtā svešiem cilvēkiem, situācija mainījās. Un izstrādātais Hipokrāta zvērests, kas tika nodots noslēdzot mācības Asklepiādā, būtībā pildīja tiesību normu funkcijas<sup>7</sup>.

<sup>3</sup> Desmit baušļi. Grām.: Blūzma V., Zemītis G., Osipova S. Ārvalstu tiesību vēstures avoti (no vissenākajiem laikiem līdz 1689.gadam). Rīga: Turība, 2007, 39.-40.lpp.

<sup>4</sup> Atzīmējami divi aspekti: 1) Dievs baušļos kā prioritāti izvirzīja savu gribu; 2) cilvēkam baušļos tika izvirzīti rīcību ierobežojoši nosacījumi.

<sup>5</sup> Izriet no paternālisma institūta, kam raksturīga direktīva pieeja (Lawrence M. The new paternalism: supervisory approaches to poverty. Washington: Brookings Institution Press, 1997, p.4; Turner-Warwick D.M. Paternalism versus patient autonomy. Journal of the Royal Society of Medicine. Supplement, 1994, nr.22. Pieejams: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1294188> [aplūkots 2010.gada 15.maijā]; Buijsen M. The Concept of Health Law. Frontiers of European health law: yearbook. European Centre for Advanced Legal Studies in Health Care. Rotterdam: Erasmus University Press, 2000, p.6; Jakubaðecs V. Tiesības sabiedrībā. Rīga, [b.i.], 1997, 12.lpp.).

Par pierādījumu kalpo tas apstāklis, ka samērā bieži tika atrasti smagi slimu cilvēku skeleti, kuri varēja izdzīvot tikai pateicoties kolektīva aizbildnībai (gan ārstējot, gan sagādājot pārtiku, ko paši slimnieki iespējams izdarīt nespēja). (Сорокина Т.С. История медицины в двух томах. Pieejams: <http://bibliotekar.ru/423/12.htm> [aplūkots 2010.gada 15.maijā](Том 1, часть 1, глава 1)).

<sup>6</sup> Мейер-Штейнер Т. Древняя медицина. Москва: Вузовская книга, 1999, с.14,15; Hammurapi kodeksa 215.-227.p. Кодекс Хаммурапи. Pieejams: <http://samadhy.ru/content/view/144/322/> [aplūkots 2010.gada 15.maijā].

<sup>7</sup> Мейер-Штейнер Т. Древняя медицина. Москва: Вузовская книга, 1999, с.40-42; Hipokrātiskie raksti: izlase. A.Gailes un A.van Hofas tulk. no sengrieķu val., ievads un komentāri. Rīga: Liepnieks&Ritups, 2003, xxxix lpp.; Cumston C. G. The history of medicine: from time of Pharaohs to the end of the XVIII th century. New York, London:



Asklepiādas institūts vēsturē apliecina, ka ārstniecības un ārstu nozīme sabiedrībā pieauga, jo šī nodarbošanās tika uzskatīta kā dzimtas gods, ar kuru nodarboties tiesīgs ierobežots personu loks. Pie tam tika regulētas ne tikai pacienta un ārsta, bet arī ārstniecības personu savstarpējās tiesiskās attiecības. Hipokrāta zvērests ir vērtējams kā „mācekļa un viņa skolotāja sadarbības līgums”<sup>8</sup>, kur nodalāmas divas daļas: 1) mācekļa apņemšanās savā darbībā pret savu skolotāju<sup>9</sup>; 2) ārsta ētikas pamatprincipi, arī attiecībā pret pacientu<sup>10</sup>.

Arī senajā Indijā radās arodi augstākstāvošo kastu vajadzību apmierināšanai, starp kuriem tika minēti arī ārsti, bārddzinis<sup>11</sup>. Pie tam iezīmējās darba īres tiesiskās attiecības šo arodu normatīvajā regulējumā<sup>12</sup>. Līdz ar to secināms, ka netieši tas vērtējams arī kā tiesiskās attieksmes pret pacientu kā patstāvīgu tiesību subjektu veidošanos.

Paralēli ārstiem-asklepiādiem (kuriem bija arī palīgpersonāls, kas vāca, pagatavoja ārstniecības līdzekļus, palīdzēja ārstiem, pat veica nelielas ķirurģiskas operācijas; kā arī ceļojošie „zāļu tirgotāji”)<sup>13</sup> pastāvēja arī: 1) reliģiskā ārstniecība – ko veica tempļos priesteri (ārstniecības pamatā bija pacienta lūgšanas, ziedojumi, attieksme („ja pacients ticēs, tad palīdzēs”); tempļos galvenokārt apmeklēja neārstējami pacienti vai pacienti, kurus neapmierināja ārstu-asklepiādu

---

Routledge, 1998, p.94; Arons K.Ē. Medicīnas vēsture: senie laiki. Rīga: P.Stradiņa Medicīnas vēstures muzejs, 1993; Ackernecht E. H. Geschichte der Medizin. 6.durchges. und erg.auf. Stuttgart: Enke, 1989.

<sup>8</sup> Hipokrātiskie raksti: izlase. A.Gailes un A.van Hofas tulk. no sengrieķu val., ievads un komentāri. Rīga: Liepnieks&Rītups, 2003, xxxix lpp.; Cumston C. G. The history of medicine: from time of Pharaohs to the end of the XVIII th century. New York, London: Routledge, 1998, p.94.

<sup>9</sup> „Es zvēru pie dziedinātāja Apollona, pie Asklēpija, Higiejas un Panakejas, pie visiem dieviem un dievietēm, viņus par lieciniekiem piesaukdams, ka šo zvērestu un šo rakstveida apņemšanos izpildīšu, cik manas spējas un saprašana atļauj. Savu skolotāju, ārsta mākslas iemācītāju, es cienīšu tāpat kā savus vecākus, dalīšos ar viņu dzīves grūtībās un nepieciešamības gadījumā palīdzēšu viņam viņa vajadzībās, viņa pēcnācējus uzskatīšu par saviem brāļiem un, ja tie vēlēšies mācīties ārsta mākslu, iemācīšu to bez atlīdzības, bez līguma. Pamācības, mutvārdu stundas un visas pārējās zināšanas es nedošu nevienam citam kā vien saviem dēliem, sava skolotāja dēliem un tiem mācekļiem, kas pēc medicīniskā likuma saistījušies ar līgumu un zvērestu. (...)Ja es zvērestu stingri pildīšu, tad lai man tiek piešķirta laime dzīvē un darbā un slava laiku laikos pie visiem cilvēkiem! Bet tam, kas zvērestu pārkāpj vai nepatiesi zvēr, lai notiek otrādi!” (Hipokrāts. Hipokrāta zvērests. Pieejams [http://www.mfd.lv/lv/book/hipokratazverests\\_lv.htm](http://www.mfd.lv/lv/book/hipokratazverests_lv.htm) [aplūkots 2010.gada 15.maijā]).

<sup>10</sup> „(...) Slimniekiem, cik spēšu un pratīšu, es došu tikai labas pamācības, kas nestu svētību un nedarītu viņiem nedz netaisnību, nedz ļaunumu. Nevienam, kas to lūgs, es nedošu nāvējošas vielas, nedz arī došu padomu, ka īstenot šādu nodomu. Tāpat nedošu nevienai sievietei līdzekļus augļa nodzīšanai. Savu dzīvi un ārsta māku es saglabāšu tīru un neaptraipītu. Es nekad neoperēšu akmens slimniekus, bet ļaušu to izdarīt šīs mākslas pratējiem. Lai es ietu kādā namā iedams, es tur iešu tikai slimnieka labuma dēļ un izvairīšos no tīša ļaunuma, kaitēšanas, īpaši no mīlestības lietām ar sievietēm un vīriešiem, ar brīvajiem un vergiem. Ja man ārstējot vai neārstējot gadītos redzēt vai dzirdēt par cilvēku dzīvi kaut ko, kas nevienam nebūtu jāzina, es par to klusēšu un, glabājot noslēpumu, nekad nevienam to neteikšu (...).” (Hipokrāts. Hipokrāta zvērests. Pieejams [http://www.mfd.lv/lv/book/hipokratazverests\\_lv.htm](http://www.mfd.lv/lv/book/hipokratazverests_lv.htm) [aplūkots 2010.gada 15.maijā]).

Hipokrāts ir rakstījis: „Ir svarīgi, ka slimnieks kopā ar ārstu pretojas slimībai.” Te pacients figurē kā subjekts, kuram arī jāuzņemas zināma atbildība. (Gehring J., Mattli J. Überlebt Hippokrates? Pieejams: <http://www.medizin-ethik.ch/publik/hyppokrates.htm> [aplūkots 2010.gada 15.maijā].)

<sup>11</sup> Manu likumu IV nod. 212.p., 253.p.; X nod. 99., 100.p. (Законы Ману. Pieejams: <http://www.tarasei.narod.ru/lib/manu.htm> [aplūkots 2010.gada 15.maijā]).

<sup>12</sup> Manu likumu VIII nod. 214.-221.p. (Законы Ману. Pieejams: <http://www.tarasei.narod.ru/lib/manu.htm> [aplūkots 2010.gada 15.maijā]).

<sup>13</sup> Мейер-Штейнер Т. Древняя медицина. Москва: Вузовская книга, 1999, с.44; Hipokrātiskie raksti: izlase. A.Gailes un A.van Hofas tulk. no sengrieķu val., ievads un komentāri. Rīga: Liepnieks&Rītups, 2003, 260 lpp.

ārstniecības metodes (asins nolaišana, ķirurģiskas operācijas u.c.)<sup>14</sup>; 2) maģiskā ārstniecība – ko veica pareģotāji, būrēji, vārdotāji, bet kuru krasi nosodīja ārsti-asklepiādi<sup>15</sup>. Noraidošā attieksme pret maģijas ārstniecību ir vērtējama kritiski. Apšaubāms, vai būtiski atšķīrās zināšanu līmenis reliģiskajā un maģiskajā ārstniecībā. Nosodījuma kritērijs bija nevis ārstniecības kvalitāte, kas nenoliedzami būtu pacienta interesēs, bet ārstniecības saikne ar atbilstošu ticību.

Senās Romas ārstniecība iezīmējās ar to aspektu, ka ārstiem bija problēmas noteikt savu tiesisko statusu, kas netieši ietekmēja arī pacienta izvēli, gribu. Medicīna un ārsti kā kategorija Romā iezīmējās salīdzinoši vēlu – 2.gs.p.m.ē. Romas karavīri un zemnieki ārstējās paši vai vērsās pie dieviem, nesot ziedojumus. Romā medicīna pārliecinošāk ienāca ar grieķu vergiem. Tikai turīgie vergturi varēja iegādāties vergu ārstu. Līdz ar to trūcīgiem iedzīvotājiem bija ierobežotas iespējas saņemt ārstniecību. Brīvie grieķu ārsti mēģināja braukt uz Romu un nodarboties ar ārstniecības privātpraksi (tāpat arī brīvlaistie vergi ārsti), bet saskārās ar sekojošām problēmām: 1) romieši samērā noraidošā izturējās pret citām kultūrām; 2) ļoti zems sociālais, tiesiskais statuss ieceļotājam Romā. Un tikai 1.gs.p.m.ē., pārskatot normatīvo regulējumu attiecībā uz iebrāukušajiem ārstiem, tika sekmēta šo ārstu ieceļošana Romā.<sup>16</sup> Līdz ar to paplašinājās pacientam iespēja un izvēle saņemt ārstniecību.

Nenoliedzami, lai ārstniecība būtu pacienta interesēs, tātad atbilstu pacienta gribai, tai jābūt balstītai uz medicīnu nevis citiem kritērijiem. Tāpēc liela nozīme bija ārstniecības personu medicīnas izglītības sistēmas ieviešanai vēsturē. Piemēram, Mezopotāmijā radās izglītības iestādes, ko finansēja valsts<sup>17</sup>; Ēģiptē – pie dievnamiem, kur ārstiem bija samērā dziļa specializācija<sup>18</sup>; Grieķijā izglītība bija privāta lieta, kur pēc mācībām jaunais ārsts veica ceļojumu, lai paplašinātu redzesloku un gūtu pieredzi ārstniecībā<sup>19</sup>. Romā pirmsākumos medicīnu mācīja vergi ārsti saviem kungiem, vēlākā laikā izglītība tomēr palika privāta lieta, līdz no valsts puses nāca atbalsts medicīnai (piemēram, tika dotas telpas, uzturs ārstiem pedagogiem, stipendijas trūcīgajiem

<sup>14</sup> Hipokrātiskie raksti: izlase. A.Gailes un A.van Hofas tulk. no sengrieķu val., ievads un komentāri. Rīga: Liepnieks&Rītups, 2003, xlv, xlvi lpp.

<sup>15</sup> Turpat, xlvii, xlvi, xlix lpp.

<sup>16</sup> Мейер-Штейнер Т. Древняя медицина. Москва: Вузовская книга, 1999, с.85-87.

<sup>17</sup> Ibid, c.15.

<sup>18</sup> Ibid, c.22,23.

<sup>19</sup> Мейер-Штейнер Т. Древняя медицина. Москва: Вузовская книга, 1999, с.43; Hipokrātiskie raksti: izlase. A.Gailes un A.van Hofas tulk. no sengrieķu val., ievads un komentāri. Rīga: Liepnieks&Rītups, 2003, 262.lpp.; Гартман Ф. Жизнь Парацельса и сущность его учения. Москва: Алетея, 2002, с.240.

Antīkajos darbos uzsvērta ārstu izglītības un praktiskās pieredzes nozīme (Hipokrāts. Likums. Grām.: Hipokrātiskie raksti: izlase. A.Gailes un A.van Hofas tulk. no sengrieķu val., ievads un komentāri. Rīga: Liepnieks&Rītups, 2003, 6., 7.lpp.; Hipokrāts. Par vējiem.I, 1-5. Periodika: Gaile A. Ārstēšanas māksla Senajā Grieķijā. Doctus, 2002, nr.3, 53.lpp.). Izmantot mirušu cilvēku ķermeņus medicīnas izglītības nolūkos visticamāk tika aizliegts, jo reliģijas ietekmē mirušos uzskatīja par svētiem. Piem., Solona (apt. 640-560.g.p.m.ē.) likumā tika aizliegts pat negatīvi atsaukties par mirušo (Плутарх. Солон. Grām.: Αἰθιῶναι ἰεδῖαίε ἰδαῖαίε ἰῦνῆε: ἄ 5-ε δ. Ὀ.1. Αἰδὲ-ἰῦνδῦ. Αἰῖδῖ-ἰῦῖ ὀεἰεῖεῖεῖε. Δδῖ. ἰῖδῖ. ἰῖῖεδῖ Ἀ.ῖ. Ἰῖεῖεῖ; ἰῖεῖῖεῖεῖεῖ ἰῖῖῖῖῖῖῖ-ἰῖδῖ-ἰῖεῖ ὀῖῖ. Ἰῖῖεῖ: Ἰῖῖεῖ, 1999, с.114).

studentiem)<sup>20</sup>, un tika izveidota valsts izglītības sistēma (paralēli privātajai), kļūstot ārstiem pedagogiem par valsts ierēdņiem<sup>21</sup>. No pacienta puses raugoties, vērojamas sekojošas pozitīvas tendences: 1) ieviešot ārstniecības personu izglītību, lielākā vai mazākā mērā ārstniecība kļuva kvalitatīvāka; 2) ārstniecības personu kvalitātes rādītājam bija iezīme izlīdzināties neatkarīgi no ārstniecības personas praktizēšanas reģiona; 3) valsts vai baznīcas atbalstam ārstniecības personu izglītībai sekoja lielākas pacienta izvēles iespējas nākotnē; 4) ārstniecības personu specializācija, pieredzes apmaiņa padarīja ārstniecību kvalitatīvāku. Tādējādi ārstniecības personu izglītība netieši ietekmēja arī pacienta gribu, tās brīvību.

Ārstniecības kvalitātes valsts kontrole senajās valstīs pamatā nepastāvēja. Piemēram, Grieķijā ārsts piesaistīja sev pacientu, to garīgi iespaidojot, pārliecinot. Pārējie kritēriji bija otršķirīgi. Nozīmīgas bija ārsta oratora dotības; operācijas bieži vien norisinājās tirgus laukumā; apskatot pacientu mājās vai savā prakses vietā, tajā piedalījās arī pacienta ģimenes locekļi, ārsta mācekļi, palīgi u.c. Ja ārsts nezināja, kādu ārstniecību pielietot, tad to atstāja Dieva ziņā. Bet tomēr centās pieturēties pie principa – jebkurā gadījumā ir jāatturās no ļaunuma izdarīšanas pacientam<sup>22</sup>. Iestrādes ārstniecības kvalitātes valstiskai kontrolei parādījās 6.gs.p.m.ē. – ar valsts ārstu ievēlēšanas prasību (ārstu vēlēja polisas pilsoņi, kuriem ārsts demonstrēja savas prasmes, argumentēja dažādu ārstniecības metožu pielietojumu utt.)<sup>23</sup>. Tātad būtībā ārstniecības kvalitāte netieši bija sasaistīta arī ar paša pacienta gribu. Ārstniecības personas izvēles kritērijs varēja būt arī ārstniecības kvalitāte, kas jau bija atkarīgs no paša pacienta gribas.

Arī sods kā valstisks līdzeklis kalpoja kā netiešs ārstniecības kvalitātes stimuls. Piemēram, Mezopotāmijā augsti tika vērtēts ārsta darbs, tomēr tika paredzēti bargi sodi par ārstniecības kļūdām, lai arī apšaubāms, vai tie bieži tika piemēroti praksē<sup>24</sup>. Tomēr šāda valsts pieeja vērtējama kā atbalsts pacientam attiecībā uz ārstniecības kvalitātes kritēriju.

<sup>20</sup> Мейер-Штейнер Т. Древняя медицина. Москва: Вузовская книга, 1999, с.125; Mazlovskis A. Medicīna pirms divtūkstoš gadiem. Doctus, 2006, nr.3, 49.lpp.

<sup>21</sup> Мейер-Штейнер Т. Древняя медицина. Москва: Вузовская книга, 1999, с.127.

<sup>22</sup> Мейер-Штейнер Т. Древняя медицина. Москва: Вузовская книга, 1999, с.38; Abse D. Doctors and patients. Oxford: University Press, 1984, p.18.

<sup>23</sup> Нipократиские raksti: izlase. A.Gailes un A.van Hofas tulk. no sengrieķu val., ievads un komentāri. Rīga: Liepnieks&Rītups, 2003, xli lpp.

<sup>24</sup> Hammurapi kodeksa 218.p.: „Ja ārsts, izdarot kādam nopietnu operāciju ar bronzas nazi, nodara slimajam nāvi vai, noņemot kādam kataraktu no acs, izposta aci, tad sods ir rokas nociršana.” (Кодекс Хаммурапи. Pieejams: <http://samadhy.ru/content/view/144/322/> [aplūkots 2010.gada 15.maijā]).

„(...) Senais likums (...) centās būt šausmīgs zobens (...), draudot vienādi ar nāvi dažbrīd par nelīdzvērtīgiem tiesībpārkāpumiem.” (Femistijs) (Фемистий. О человеклюбии. Grām.: Αἰδιεῖται ἐδδῖαιε ἰδαῖαιε ἰῦνῆε: ἅ 5-ῆ δ. Ὁ.1. Αἰδῆ-ἰῦνδῦ. Αἰνδῖ-ἰῦἅ οἰἄεῖεῖεῖε. Δῶε. ἰἄδ-ῖ. ἰδῖἄεδἄ Ἄ.Ρ. Ἰἄεῖεῖ; ἰἄεῖἰἄεῖἰῦῖ ἰἄῦἄῦἄἰἰἰ-ἰἄδ-ἰῦῖ οἰἰἄ. Ἰἰῆἄ: Ἰῦῆῦ, 1999,с.343).

„(...) Kā var nosaukt par izglītotiem tos”, kuri veic tiesībpārkāpumus? (Justiniāna konstitūcija „Omnem”) (Конституция Юстиниана «Omnem” (533 г. 16 декабря). Grām.: Αἰδιεῖται ἐδδῖαιε ἰδαῖαιε ἰῦνῆε: ἅ 5-ῆ δ. Ὁ.1. Αἰδῆ-ἰῦνδῦ. Αἰνδῖ-ἰῦἅ οἰἄεῖεῖεῖε. Δῶε. ἰἄδ-ῖ. ἰδῖἄεδἄ Ἄ.Ρ. Ἰἄεῖεῖ; ἰἄεῖἰἄεῖἰῦῖ ἰἄῦἄῦἄἰἰἰ-ἰἄδ-ἰῦῖ οἰἰἄ. Ἰἰῆἄ: Ἰῦῆῦ, 1999, с.365).

Vēsturē iezīmējās savdabīga tendence. Ārstniecības personas izvēlē sadurās vairāki kritēriji, kur divi no tiem ir arī reliģiskais un ārstniecības kvalitātes kritērijs. Piemēram, Ēģiptē bija ārsti terapeiti (priesteri), ķirurgi (priesteri) un vārdotāji, bet tieši vārdotāji tika vērtēti visaugstāk sabiedrībā, jo izvēli izšķīra prasme ietērt ārstniecības metodes reliģiskās formās<sup>25</sup>. Līdz ar to kvalitātes kritērijs tika nobīdīts zemāk saskaņā ar reliģijas dominanci. Jāatzīmē, ka reliģija bieži vien kalpoja arī kā aizsargs nekvalitatīvai ārstniecībai.

Tāpat pastāvēja zināmas iestrādes, kur pacienta griba varēja būt arī ārstniecības ietekmējošais kritērijs. Tomēr liela nozīme bija arī mantiskajam aspektam, kas ārstniecībā ir vērtējams divējādi – no vienas puses, tas ir nepieciešams labums ārstniecības personai, no otras puses, ārstniecības personas atalgojums, īpaši tā apjoms, tomēr ietekmēja pacienta gribas brīvību. Piemēram, Mezopotāmijā ārsti priesteri veica ārstniecību bez atlīdzības, bet saņēma uzturu no valsts, jo tika pielīdzināti valsts ierēdņiem. Turpretim ķirurgs amatnieks bija brīva profesija, līdz ar to bija tiesības prasīt atlīdzību, kas bija samērā augsta<sup>26</sup>. Kā, piemēram, Krievijā tautas medicīnas vārdotājiem pacienti maksāja pēc iespējām, klosteru ārstniecība bija bez maksas, bet galma (pilsētas) medicīnas profesionālajiem ārstiem maksāja naudā, kur pēdējais ārstniecības veids bija kvalitatīvākais.<sup>27</sup> Arī Ēģiptē ārsti priesteri bija valsts ierēdņi, un saņēma uzturu no baznīcas<sup>28</sup>. Pozitīvi ir vērtējams valsts un baznīcas atbalsts ārstniecības personu atalgojumam, kas paplašināja izvēles iespējas pacientam. Bet jautājums, vai tas bija pietiekošs ārstniecības personai. Šis atbalstošais finansējums neaptvēra arī visas jomas, kas būtu nepieciešamas pacientam<sup>29</sup>. Pastāvēja augsts noteiktu ārstniecības personu atalgojums, kas ierobežoja, ja ne izslēdza, pacientam iespēju izvēlēties ārstniecības personu.

Dažās valstīs pacientam pastāvēja iespēja izvēlēties, vai maksāt atalgojumu ārstniecības personai. Tas balstījās uz brīvprātības principu. Piemēram, Grieķijā ārstniecībai bija privāts raksturs, un ārsti varēja saņemt atalgojumu, bet tas nebija noteikts likumā. Lai arī praksē, īpaši turīgajiem, pacienti maksāja naturālā veidā, tomēr tas bija labprātīgs atalgojums kā pateicība<sup>30</sup>. Tādēļ šāda pieeja vērtējama negatīvi. Tika apdraudētas ārstniecības personas intereses (piemēram, iztika), ārstniecības kvalitāte (piemēram, ārstniecības līdzekļu, instrumentu iegāde, kvalifikācijas celšana).

---

<sup>25</sup> Мейер-Штейнер Т. Древняя медицина. Москва: Вузовская книга, 1999, с.23.

<sup>26</sup> Мейер-Штейнер Т. Древняя медицина. Москва: Вузовская книга, 1999, с.14.

Hammurapi kodeksa 215.p.: „Ja ārsts veic kādam smagu operāciju ar bronzas nazi un izārstē slimnieku vai noņem kādam ar bronzas nazi kataraktu, izārstējot tādā veidā aci, viņš var saņemt par to 10 sekelejas sudraba”. Kodeksa 274.pantā noteikts, ka 5 sekelejas ir gada īres maksa par labu māju. (Кодекс Хаммурапи. Pieejams: <http://samadhy.ru/content/view/144/322/> [aplūkots 2010.gada 15.maijā]). Salīdzinājums liecina par ārsta ķirurga augsto atalgojumu.

<sup>27</sup> Ндооаіеі Н.А., Іеуеòà À.Í., Ãí÷àðíà Í.Ã. Очерки медицинского права. Науч.ред. Стеценко С.Г. Москва: ЦКБ РАН, 2004, с.7-10.

<sup>28</sup> Мейер-Штейнер Т. Древняя медицина. Москва: Вузовская книга, 1999, с.23.

<sup>29</sup> Piem., Mezopotāmijā finansētie ārsti priesteri nodarbojās tikai ar iekšējām kaitēm, bet neveica ķirurģiskas operācijas (Мейер-Штейнер Т. Древняя медицина. Москва: Вузовская книга, 1999, с.14).

<sup>30</sup> Мейер-Штейнер Т. Древняя медицина. Москва: Вузовская книга, 1999, с.38,43.

Līdz ar to apdraudētas bija arī pacienta intereses, jo tiesiskās attiecības, to sekas ir pakārtotas. Apdraudēta bija arī pacienta griba ārstniecības personas izvēlē. Ja ārstniecības persona zināja, ka pacients nemaksās subjektīvu vai objektīvu apstākļu dēļ, tad pastāvēja iespēja, ka ārstniecības persona nesniegs ārstniecību konkrētam pacientam.

Senajā Grieķijā bija vērojama veselības obligātās apdrošināšanas sistēmas iestrādes rašanās, lai arī juridiskajā literatūrā slimokasu izveidošanos attiecina tikai uz vēlāku laika periodu<sup>31</sup>. 600.g.p.m.ē. dažās Grieķijas kolonijās radās kopienas ārsta institūts, un 5.gs. beigās tas pastāvēja gandrīz visā Grieķijā. Iedzīvotāji maksāja medicīnas nodokli, no kura tika finansēts atalgojums kopienas ārstam, nereti arī ārstam nepieciešamo līdzekļu, instrumentu iegāde<sup>32</sup>. Kopumā šīs sistēmas rašanās ir vērtējama pozitīvi. Šādā veidā tika dotas zināmas garantijas gan ārstniecības personai atalgojuma ziņā, gan pacientam ārstniecības pakalpojuma pieejamībā, lai arī bija pacienta piesaiste noteiktas kopienas konkrētam ārstam. Tika atvieglots arī pacienta mantiskais stāvoklis. Šādas sistēmas ieviešana zināmā mērā mazināja mantiskā faktora ietekmi uz pacienta gribu.

Attīstījās ideja attiecībā uz ārstniecības personas atalgojumu piemērot noteikta honorāra principu. Senās Romas pirmsākumos valdīja uzskats, ka profesijas pret atlīdzību nav cienīgas romietim, ka ar tām var nodarboties tikai vergi vai ārzemnieki. Bet pakāpeniski tika mainīta attieksme. Tika atzīts, ka pastāv dažas profesijas, kuru veikšanai nepieciešamas noteiktas zināšanas („brīvās mākslas” – „*artes liberales*”), un par kuru veikšanu var saņemt honorāru kā pateicību. Līdz ar to ārstus, pretnostatot dziedniekus, burvjus u.c., pielīdzināja oratoriem, skolotājiem, advokātiem u.c., atzīstot ārstu profesijas nozīmību. Bet šai pieejai bija nepilnība, jo honorāra maksāšana bija brīvprātīga. Un vēlākā posmā tika noteiktas papildus garantijas ārstiem- minimālais honorāra apjoms un tiesības piedzīt honorāru saīsinātā ārkārtējā tiesas kārtībā<sup>33</sup>. Noteikta minimālā honorāra principa ieviešana kopumā vērtējama pozitīvi, jo savā ziņā stabilizēja pacienta un ārsta tiesiskās attiecības. Tika radītas zināmas garantijas ārstam, kā arī precizēja pacienta pienākumu maksāt honorāru. No otras puses, tomēr netika noteikta ārsta honorāra maksimālā robeža, līdz ar to strīdīgi, cik pieejams pacientiem bija arī honorāra minimālais sliekšnis.

Ārstniecību ietekmēja arī sabiedrības kārtu, šķiru kritērijs. Piemēram, senajā Romā tika iedibināts kopienu ārsta institūts (*arhiatrs*), pārņemot to no grieķiem. Šie kopienu ārsti dalījās trīs grupās: 1) galma (*archiatri palatini*); 2) provinciālie (*archiatri provinciales*); 3) pilsētas (*archiatri*

<sup>31</sup> Piem., „(...) 1883.gada 15.jūnijā Vācijā izveidojas pirmās slimokases (...)” (Pozemkovska M. Slimo kases Latvijā no 1920.-1940.g.: promocijas darba kopsav. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2004, 12.lpp.).

<sup>32</sup> Мейер-Штейнер Т. Древняя медицина. Москва: Вузовская книга, 1999, с.38, 43.

<sup>33</sup> Мейер-Штейнер Т. Древняя медицина. Москва: Вузовская книга, 1999, с.87,125,126; Honsell H. Romisches Recht. Berlin, Heidelberg, New York, Barcelona, Budapest, Honkong, London, Mailand, Paris, sanata Clara, Singapur, Tokio: Springer, 1997; Римское частное право. Науч.ред. Новицкий И.Б., Тетерский И.С. Москва: Юристъ, 2004, с.456; Mucinieks P. Sociālā likumdošana (1.puse). Rīga: Latvijas Universitātes studentu padomes grāmatnīcas izdevums, 1934, 60., 61., 77.lpp.

populares) arhiatri (1.-4.gs.m.ē.)<sup>34</sup>. Sabiedrības kārtu<sup>35</sup> kritērijs visticamāk negatīvi ietekmēja pacienta iespējas, jo pacienta griba tika ierobežota (piemēram, gan ar mantisko faktoru, gan arī ar sabiedrības sociālo statusu<sup>36</sup>). No otras puses, kārtu kritērijs ietekmēja arī ārstniecības personas. Piemēram, Mezopotāmijā ārstniecības personas atbildība par ārstniecības negatīvajām sekām un darba atalgojums bija atkarīgs no pacienta piederības konkrētai kārtai<sup>37</sup>. Šāda pieeja arī netieši (gan pozitīvi, gan negatīvi) ietekmēja pacienta gribu.

Attīstoties medicīnai, arī ārstniecībai, tika nonākts pie atziņas - lai sasniegtu medicīnas, ārstniecības mērķus, ir nepietiekoši aptvert tikai pacientu individuāli, bet nepieciešama plašāka pieeja. Ārstniecībai kā procesam ir tā īpatnība, ka tas skar arī publiskas intereses<sup>38</sup>. Pakāpeniski tika ieviestas sabiedrības sanitārās prasības. Piemēram, Romā 12 tabulu likumi (450.g.p.m.ē.) aizliedza apglabāt vai dedzināt līķus pilsētas teritorijā; tika ieviesta kanalizācija un ūdenssvads<sup>39</sup>. Arī Indijā attiecībā uz pārtikas lietošanu<sup>40</sup>.

Publisko interešu labā tika iedibināta aizbildnieciskā pieeja, piemēram, pār garīgi slimajiem Romā<sup>41</sup>. Senajā Indijā bija sabiedrības pienākums nolikt ēdienu ļoti slimam slimniekam (Manu likumu III nodaļas 92.pants); valdnieka varenība izrietēja arī no rūpēm pār nespējīgajiem, piemēram, slimajiem (Manu likumu VIII 27., 28.panti)<sup>42</sup>. Tomēr minētajai pieejai vairāk bija mantisks raksturs, tā netika vērsta uz pacientu ārstniecību. Tika dotas kopējās iestrādes publisko interešu aizsardzībā, kas sekmēja arī pacienta ārstniecību.

<sup>34</sup> Мейер-Штейнер Т. Древняя медицина. Москва: Вузовская книга, 1999, с.127; Сорокина Т.С. История медицины. Москва: Ун-т дружбы народов, 1988, с.34; Сорокина Т.С. История медицины в двух томах. Pieejams: <http://bibliotekar.ru/423/12.htm> [aplūkots 2010.gada 15.maijā](Том 1, часть 2, глава 3).

<sup>35</sup> Sk., piem.: Senās Grieķijas vēsture. Avdijevs V., Bokšajins A., Pikuss N. u.c. Rīga: Zvaigzne, 1979, 412 lpp.; Avdijevs, V. Seno Austrumu vēsture. Rīga: Zvaigzne, 1977, 415.lpp.; История государства и права зарубежных стран I. Науч.ред. Крашеникова Н.А., Жидкова О.А. Москва: НОРМА-ИНФРА, 1999, с.624; Макаров В. Законы и общественные отношения в Ману-Смрити. Pieejams: <http://www.orientalia.org/article348.html> [aplūkots 2010.gada 15.maijā].

<sup>36</sup> Hammurapi kodeksa 226.p.: „Ja bārdziniš bez vergtura ziņas likvidē vergam verga zīmi, tad bārdzinim jānocērt roka”. 227.p.: „Ja bārdziniš likvidēja verga zīmi citas personas viltus rezultātā, tad šo personu pakārt pie vārtiem, bet bārdziniš attaisnot, ja viņš zvērēs, ka nezināja par šo viltu”. (Кодекс Хаммурапи. Pieejams: <http://samadhy.ru/content/view/144/322/> [aplūkots 2010.gada 15.maijā]).

Pie tam bija arī personas, kas vispār bija izstumtas no kārtām (piem.: Manu likumu X nod. 53.,54.,181.p. (Законы Ману. Pieejams: <http://www.tarasei.narod.ru/lib/manu.htm> [aplūkots 2010.gada 15.maijā])).

<sup>37</sup> Hammurapi kodeksa 218.-220.p. - Ja negatīvas sekas brīvam cilvēkam, tad ārstam fizisks sods (rokas nociršana), ja vergam – mantisks sods.

Кодекса 215.-217., 221.-223.p. - Jo zemākas kārtas pacients, jo zemāks atalgojums ārstam. (Кодекс Хаммурапи. Pieejams: <http://samadhy.ru/content/view/144/322/> [aplūkots 2010.gada 15.maijā]).

<sup>38</sup> Tika uzsvērti publisko interešu aizsardzības pieaugošā nozīme arī kopējā tiesiskajā sistēmā (piem., Platona darbos) (Платон. Государство. Grām.: Αἰδιεῖται ἐδῆαιε ἰδαῖαιε ἰῆνῆε: ἅ 5-ε δ. Ὁ.1. Αἰδὲ-ῖνδῶ. Αἰνὸι-ῖῶ ὀῆῆῆῆῆῆ. Δῶε. ἰῶ-ῖ. ἰδῆῆῆῆ Ἄ.Ῥ. Νῆῆῆῆ; ἰῶῆῆῆῆῆῆ ἰῶῆῆῆῆῆῆ-ἰῶ-ῖ-ῆῆ ὀῖῆ. ἰῆῆῆῆ: ἰῆῆῆ, 1999, с.147; Платон. Законы. Grām.: Αἰδιεῖται ἐδῆαιε ἰδαῖαιε ἰῆνῆε: ἅ 5-ε δ. Ὁ.1. Αἰδὲ-ῖνδῶ. Αἰνὸι-ῖῶ ὀῆῆῆῆῆ. Δῶε. ἰῶ-ῖ. ἰδῆῆῆῆ Ἄ.Ῥ. Νῆῆῆῆ; ἰῶῆῆῆῆῆ ἰῶῆῆῆῆῆ-ἰῶ-ῖ-ῆῆ ὀῖῆ. ἰῆῆῆῆ: ἰῆῆῆ, 1999, с.148).

<sup>39</sup> Мейер-Штейнер Т. Древняя медицина. Москва: Вузовская книга, 1999, с.85.

<sup>40</sup> Manu likumu IV nod. 207.p. (Законы Ману. Pieejams: <http://www.tarasei.narod.ru/lib/manu.htm> [aplūkots 2010.gada 15.maijā]).

<sup>41</sup> Lex Regia -, „Demms”, „Furiosus” (Мейер-Штейнер Т. Древняя медицина. Москва: Вузовская книга, 1999, с.85); 12 tabulu likumu V tabula 7a.pk. (Кудинов О.А. Римское право. Москва: Экзамен, 2007, с.382).

<sup>42</sup> Законы Ману. Pieejams: <http://www.tarasei.narod.ru/lib/manu.htm> [aplūkots 2010.gada 15.maijā].

Vēsturiski pastāvēja valstis, kurās tika likti šķēršļi vai netika atbalstīta ārstniecības personu darbība, kas noteikti ierobežoja pacienta gribas iespējas. Piemēram, romiešiem bija nepietiekošas medicīnas zināšanas, kas ierobežoja ārstniecības veikšanu. Pie tam ieceļotājam ārstam tika likti šķēršļi ārstniecības uzsākšanai Romā. Bet 1.gs.p.m.ē. notika lūzums. Cēzara edikts (46.g.p.m.ē.) noteica ārstniecību kā brīvu profesiju, un piešķīra ārstiem ārzemniekiem tiesības uz Romas pilsonību, kas deva noteiktas privilēģijas. Adriana rīkojums (117.g.m.ē.) izcilus pilsētas ārstus atbrīvoja no nodokļiem, karadienesta u.c.<sup>43</sup> Šinī tendencē bija ieguvējs arī pacients, jo: 1) kļuva lielāka ārstniecības personu, to specializācijas izvēle; 2) cīņa par privilēģijām radīja ārstniecības personu konkurenci, uzlabojot ārstniecības kvalitāti.

Sāka veidoties ārstniecības iestādes, kas sekmēja arī specializētākas, ilgstošākas, kompleksākas ārstniecības rašanos. Piemēram, Grieķijā ārstniecība tika veikta vai nu pie pacienta mājās, vai ārsts savā dzīvojamā platībā ierīkoja dažas telpas pacientu ārstniecībai, kas vērtējamas kā privāto stacionāro ārstniecības iestāžu (slimnīcu) veidošanās. Un paralēli eksistēja atsevišķas asklepijas kā sabiedriskas (nevis valsts) ārstniecības iestādes, kas bija kā medicīnas izglītības iestādes jaunajiem ārstiem, ko īstenoja Asklepiādu dzimta<sup>44</sup>. No pacienta gribas aspekta tas kopumā vērtējams pozitīvi, jo apšaubāms, vai visiem pacientiem bija pieejamas privātās slimnīcas. Trūkums tomēr bija tas, ka asklepijas pamatā bija medicīnas izglītības iestādes. Līdz ar to, lai arī pacients saņēma pilntiesīgu ārstu palīdzību, bet tomēr kļuva arī par zināmu treniņu objektu topošajiem ārstiem, tādējādi nostādot pacienta gribu dilemmas priekšā.

Arī senajā Romā sāka veidot stacionārās ārstniecības iestādes. Turīgi vergturi apzinājās- lai arī vergs ir tikai lieta, bet tomēr viņam ir sava vērtība. Bet slims vergs vergturim nebija izdevīgs. Līdz ar to vergturi ierīkoja slimnīcas vergiem – valetudinārijas, kur strādāja daži vergi ārsti (grieķi). Vēlākā posmā vergturi ierīkoja lielas valetudinārijas, kur saņēma ārstniecību arī vergtura ģimenes locekļi, radnieki utt. Pēc šī parauga arī armijās sāka veidot valetudinārijas ievainotajiem karavīriem<sup>45</sup>. Tas apliecina, ka arī Romā izveidojās privātās slimnīcas. Uzmanību piesaista ievainoto kareivju valetudinārijas. Tas liecina, ka attīstījās ideja par ārstniecisko palīdzību ārkārtas apstākļos. Secināms, ka aizvien vispusīgāk jau mēģināja aizsargāt pacienta intereses.

Arī antīkajā filozofijā, mazinoties reliģijas ietekmei, priekšplānā tika izvirzīts cilvēks<sup>46</sup>, atbalstot cilvēka rīcību pēc viņa paša gribas, kas ietekmēja arī pacienta gribas nozīmi ārstniecības tiesiskajās attiecībās.

---

<sup>43</sup> Мейер-Штейнер Т. Древняя медицина. Москва: Вузовская книга, 1999, с.85,88,125; Сорокина Т.С. История медицины. Москва: Ун-т дружбы народов, 1988, с.34.

<sup>44</sup> Мейер-Штейнер Т. Древняя медицина. Москва: Вузовская книга, 1999, с.44,45.

<sup>45</sup> Ibid, с.89.

<sup>46</sup> Dēmokrits- likumi ir muļķīgs izgudrojums, tāpēc gudrajam nav jāpakļaujas likumiem, bet jādzīvo brīvi (tikumiski); Protagors- cilvēks ir visu lietu mērs; Platons- tikumiskas rīcības nosacījums ir patiesas zināšanas, kuras piemīt dvēselei, kas sastāv no trīs daļām: saprāta, gribas, jūtām; Aristotelis- saprāts ir cilvēka priekšrocība pasaules priekšā, tas formulē

Ja pirmatnējai sabiedrībai bija raksturīga aizbildnieciska pieeja pār pacientu, tad antīkajos laikos iezīmējās noteiktas pazīmes pacientam kā patstāvīgam tiesību subjektam. Līdz ar to palielinājās pacienta gribas nozīmība. No tiesību normu viedokļa jāsecina, ka pacienta griba bija samērā brīva, jo vērojamas pat tendences uzskatīt pacienta un ārsta tiesiskās attiecības kā līgumtiesiskās attiecības, lai arī vērojamas aizbildnieciskās pieejas nianšes, kas nebija tieši vērstas uz pacienta ārstniecību. Bet pacienta gribas institūtu aizvien vairāk sāka ierobežot ārējie faktori, piemēram: 1) mantiskais; 2) reliģiskais; 3) sociālais statuss (īpaši ar sabiedrības šķiru izveidošanos); 4) konkrētas teritorijas nacionālās iezīmes; 5) publiskās intereses.

## 1.2. Paternālisms un pacients viduslaiku ārstniecībā (5.-17.gs.)

---

cilvēka gribu, kas nozīmē cilvēka gatavību tikumiskai rīcībai (Нерсеянц В.С. Философия права. Учебник для вузов. Институт государства и права Российской академии наук, Академический правовой университет. 2-е изд. Москва: Норма, 2006, с.498,499; Философия медицины. Науч.ред. Шевченко Ю.Л. Москва: ГЮТАР-МЕД, 2004, с.79,81; Kūle M., Kūlis R. Filosofija. Rīga: Burtnieks, 1996, 175.,176.lpp.; Аіòієіаєү іèđіâіé іđââіâіé іññèè: â 5-è ò. Ò.І. Аіòè-іñòü. Аіñòі-іуâ òèâèèèçâòèè. Ѓòè. іâó÷. іđіâèòâ А.Р. Ñâіèâèі; Іаòèііâèüіúé іâùâñòââііí-іâó÷іúé òііâ. İññèâ: İññèü, 1999, с.13).



Viduslaiki raksturojās ar cilšu pārvietošanos un iebrukumu Romas impērijā, kā rezultātā krita Rietumromas impērija. Savukārt Austrumromas impērijas tradīcijas turpināja Bizantija<sup>47</sup>. Līdz ar to Rietumeiropā formējās valstis un tiesiskā sistēma, kas radīja zināmu nestabilitāti gan sabiedriskajā dzīvē, gan medicīnā, kā arī ārsta un pacienta tiesiskajās attiecībās.

Viduslaikos bija samērā liela reliģijas ietekme<sup>48</sup>. Arī medicīnu kā zinātņi ietekmēja sholastika (no gr.val. „shole”- „skola”), kas bija reliģiskās filozofijas tips, kura pamatavoti ir Bībeles teksti un antīko autoru darbi (galvenokārt Galēna, Hipokrāta un Ibn Sina)<sup>49</sup>. Centrā tika izvirzīts Dievs, un cilvēka dzīvei bija jābūt orientētai uz Dievu, tādēļ cilvēka vēlme dzīvot pēc savas gribas tika uzskatīta par grēku<sup>50</sup>. Pret sholastikas pretiniekiem bija vērsta 1233.gadā dibinātā baznīcas inkvizīcija (līdz 19.gs.s.)<sup>51</sup>. No vienas puses, inkvizīcijas upuri bija arī akadēmiķi, ārsti-sholastikas pretinieki. No otras puses, ārsti piedalījās arī inkvizīcijas procesā, spīdzinot un dziedinot rētas apsūdzētajiem<sup>52</sup>. Lai arī viduslaikos iezīmējās viens no reliģijas principiem – rūpes pār personām, kam tas ir nepieciešams (piemēram, trūcīgajiem, slimajiem<sup>53</sup>), tomēr reliģija kopumā kavēja medicīnas kā zinātnes attīstību, ietekmējot arī ārsta un pacienta tiesiskās attiecības.

Lūzums notika vēlajos viduslaikos jeb apgaismības laikmetā (15.-17.gs.). Sholastiku pakāpeniski nomainīja zinātne, priekšplānā izvirzot praktisko metodi zinātnē. Attīstījās humānisma

<sup>47</sup> Viduslaiku Vēsture I. S.Skazkina zin.red. Rīga: Zvaigzne, 1971, 78.,79.,83.,87.lpp.; Сорокина Т.С. История медицины. Москва: Ун-т дружбы народов, 1988, с.37.

<sup>48</sup> Secināms, ka iezīmējās pat reliģijas dominance pār laicīgo varu. Sk., piem.: Vilhelma I rīkojums par baznīcas un laicīgo tiesu nodalīšanu (Указ Вильгельма I, отделяющий церковные суды от светских. Grām.: Āfōiēiāēy iēdīāiē iēāāiāiē iūnēē: ā 5-ē ò. Ò.2. Āāđīā V-XVII āā. Đóē. íáó÷. iđiāēòā Ā.Đ. Ņāiēāēi; Íāōēiāēūiūē íāuāñðāāíí-íáó÷íúē óíā. Īñēāā: Īñēü, 1999, c.85); Sakšu tiesību spoguļa 1.grāmatas 1.p. (Саксонское зеркало. Grām.: Āfōiēiāēy iēdīāiē iēāāiāiē iūnēē: ā 5-ē ò. Ò.2. Āāđīā V-XVII āā. Đóē. íáó÷. iđiāēòā Ā.Đ. Ņāiēāēi; Íāōēiāēūiūē íāuāñðāāíí-íáó÷íúē óíā. Īñēāā: Īñēü, 1999, c.437); Balodis R. Valsts un Baznīca. Rīga: Nordik, 2000, 75.lpp.

<sup>49</sup> Сорокина Т.С. История медицины в двух томах. Pieejams: <http://bibliotekar.ru/423/12.htm> [aplūkots 2010.gada 15.maijā](Том 1, часть 3, глава 4); Зудгоф К. Медицина средних веков и эпохи возрождения. Москва: Вузовская книга, 1999, с.18; Сорокина Т.С. История медицины. Москва: Ун-т дружбы народов, 1988, с.41; Harington J. The Salerno Book of Health. Images from History of the School of Salernum. 1920, p.76,77. Pieejams: <http://www.umanitoba.ca/libraries/units/health/resources/salerno.html> [aplūkots 2010.gada 15.maijā].

<sup>50</sup> Философия медицины. Науч.ред. Шевченко Ю.Л. Москва: ГИТАР-МЕД, 2004, с.83,84,394; Āfōiēiāēy iēdīāiē iēāāiāiē iūnēē: ā 5-ē ò. Ò.И. Āāđīā. V-XVII āā. Íóā.đāā. Ēđāðāiēiēēiāā Í.Ā. Íāōēiāēūiūē íāuāñðāāíí-íáó÷íúē óíā. Īñēāā: Īñēü, 1999, с.6.

Akvīnas Toms- cilvēks ir saprātīga būtne, kurai piemīt brīva griba, bet dai gribai ir dieviđi mēri (Нерсеянц В.С. Философия права. Учебник для вузов. Институт государства и права Российской академии наук, Академический правовой университет. 2-е изд. Москва: Норма, 2006, с.540).

<sup>51</sup> Aršaubāms ir Sassoferato Bartola viedoklis, ka pēc kanoniskajām tiesībām baznīcas lietās soda ne bargi, bet individuāli; pretēji laicīgajām tiesībām (Бартол, Сассофератто. О различиях между каноническим правом и гражданским. Grām.: Āfōiēiāēy iēdīāiē iēāāiāiē iūnēē: ā 5-ē ò. Ò.2. Āāđīā V-XVII āā. Đóē. íáó÷. iđiāēòā Ā.Đ. Ņāiēāēi; Íāōēiāēūiūē íāuāñðāāíí-íáó÷íúē óíā. Īñēāā: Īñēü, 1999, c.321).

<sup>52</sup> Сорокина Т.С. История медицины в двух томах. Pieejams: <http://bibliotekar.ru/423/12.htm> [aplūkots 2010.gada 15.maijā](Том 1, часть 3, глава 5); Osipova S. Viduslaiku tiesību spogulis. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2004, 223., 229., 230., 231.lpp.; Viduslaiku Vēsture I. S.Skazkina zin.red. Rīga: Zvaigzne, 1971, 440.lpp.; Ideju vārdnīca: domātāji, teorijas un jēdzieni filozofijā, zinātnē, reliģijā, politikā, vēsturē un mākslā. Adikibi O., Baleins B., Brejī E.u.c. Rīga: Zvaigzne ABC, 1999, 222.lpp.

<sup>53</sup> Pār nožēlojamajām personām (*personae miserales*) (Blūzma V. Romas valsts un tiesības. Kanoniskās tiesības viduslaikos. Lekcijas ārvalstu tiesību vēsturē. Rīga: Ekonomikas un kultūras augstskola, 2002, 57.lpp.). „(...) Slimie atrodas Dieva aizsardzībā un mūsu aizbildnībā (...)” (Bavāriešu tiesas pielikuma b3.pk. (Баварская правда. И прибавление к Баварской правде. Grām.: Āfōiēiāēy iēdīāiē iēāāiāiē iūnēē: ā 5-ē ò. Ò.2. Āāđīā V-XVII āā. Đóē. íáó÷. iđiāēòā Ā.Đ. Ņāiēāēi; Íāōēiāēūiūē íāuāñðāāíí-íáó÷íúē óíā. Īñēāā: Īñēü, 1999, c.47)).

idejas (latīņu val. „*humanus*”- „cilvēcisks”), kur cilvēks tiek atzīts par vērtību<sup>54</sup>. Šīs pārmaiņas veicināja dabaszinātņu (arī medicīnas) attīstību, kas kopumā pozitīvi ietekmēja ārstniecību un pacienta intereses.

Sabiedrība viduslaikos bija juridiski nevienlīdzīga, jo sastāvēja no grupām ar atšķirīgu tiesībspēju un rīcībspēju. Viduslaiku Eiropā varēja izdalīt: feodāļus, garīdzniekus, pilsoņus (jeb pilsētniekus) un zemniekus<sup>55</sup>. Lai arī parādījās zināmas objektīvas iezīmes tiesiskajā sistēmā<sup>56</sup>, tomēr sabiedrības šķiru kritērijs nostiprinājās jau kā tiesisks šķērslis daudzās dzīves sfērās, arī ārstniecībā.

Viduslaikos iezīmējās noteikti pozitīvi vēstures attīstības virzieni, īpaši apgaismības laikmetā, tomēr viduslaiki bija tiesiski sarežģīts periods arī medicīnā un ārstniecībā, kas norādīja uz nepieciešamību veikt korekcijas arī ārsta un pacienta tiesiskajās attiecībās.

Viduslaikos klosteri samērā aktīvi iesaistījās laicīgajā dzīvē. Līdz ar to attīstījās klosteru ārstniecība, ko veica mūki<sup>57</sup>. Arī Latvijas teritorijā pastāvēja Livonijas ordeņa mūku ārstniecība, Lietuvas teritorijā – mūki-dziednieki tika dēvēti par ligasoņiem<sup>58</sup>. No vienas puses, mūku veiktā ārstniecība nebija samērā kvalitatīva. No otras puses, tas tomēr bija veids, kā trūcīgie, sabiedrības zemāko kārtu pacienti varēja saņemt noteiktu ārstniecības apjomu.

Pieauga akadēmiski izglītoto ārstu nozīme jau agrajos un attīstītajos viduslaikos. Bizantijā ārstu izglītības avots bija antīkais mantojums un arābu medicīnas sasniegumi<sup>59</sup>. Rietumeiropā

---

<sup>54</sup> Viduslaiku Vēsture II. S.Skazkina zin.red. Rīga: Zvaigzne, 1972, 316.,324.,325.lpp.; Ideju vārdnīca: domātāji, teorijas un jēdzieni filozofijā, zinātnē, reliģijā, politikā, vārdurc un mākslā. Adikibi O., Baleins B., Brejī E.u.c. Rīga: Zvaigzne ABC, 1999, 210.,212.lpp.; Сорокина Т.С. История медицины в двух томах. Pieejams: <http://bibliotekar.ru/423/12.htm> [aplūkots 2010.gada 15.maijā](Том 1, часть 3, глава 5); Сорокина Т.С. История медицины. Москва: Ун-т дружбы народов, 1988, с.43.

Цивилis līdzīgi Dievam ir absolūts, kuram piemīt gribas brīvība (Kuzanskas Nikolajs) (Философия медицины. Науч.ред. Шевченко Ю.Л. Москва: ГИТАР-МЕД, 2004, с.91).

<sup>55</sup> Osipova S. Viduslaiku tiesību spogulis. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2004, 35., 136.lpp.

<sup>56</sup> Piem., Bizantijas tiesību Eklogā sods par slepkavību bija atkarīgs arī no tā, vai šis noziedzīgais nodarījums izdarīts tīši vai aiz neuzmanības (История государства и права зарубежных стран I. Науч.ред. Крашениникова Н.А., Жидкова О.А. Москва: НОРМА-ИНФРА, 1999, с.477, 479).

<sup>57</sup> Viduslaiku Vēsture I. S.Skazkina zin.red. Rīga: Zvaigzne, 1971, 422.lpp.; Сорокина Т.С. История медицины в двух томах. Pieejams: <http://bibliotekar.ru/423/12.htm> [aplūkots 2010.gada 15.maijā](Том 1, часть 3, глава 4); Yousif J. The Progress of Ancient Medicine: Medieval Medicine. Medical Practitioners. Pieejams: [http://students.ou.edu/Y/Jason.S.Yousif-1/epizode\\_3\\_medieval.html](http://students.ou.edu/Y/Jason.S.Yousif-1/epizode_3_medieval.html) [aplūkots 2010.gada 15.maijā]; Cassell E.J. About: Amundsen D.W. Medicine, Society, and Faith in the Ancient and Medieval Worlds. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1996. The New England Journal of Medicine, 1997, nr.12. Pieejams: <http://content.njem.org/cgi/content/full/336/12/883> [aplūkots 2010.gada 15.maijā].

Tika noteiktas speciālas garīdzniecības personas, kas drīkstēja nodarboties ar laicīgām lietām, arī ārstniecību. Piem., Konstantinopoles patriarha Fotija nomokanona VIII titula 13.nod. 51.pk. (Номоканон константинопольского патриарха Фотия (883 г.). Grām.: Αἰθιῶναιῶν ἐδθῆαιε ἰδθῆαιε ἰθῆαιε: ἂ 5-ἔ ὀ. Ὄ.2. Ἀἰθῆαι V-XVII ἂἂ. Δῶε. ἰἂῶ-ῶ. ἰθῆαιεῶ ἂ.ἂ. Νῆαιεῶ; ἰἂῶῆἰἂῶἰῶῆ ἰἂῶἰἂῶἰἂῶἰἂῶ-ἰἂῶ-ἰῶῆ ὀἰἂ. ἰἂῆἂἂ: ἰἂῆῶ. ἰἂῆῶ, 1999, с.157).

<sup>58</sup> Derums, V. Baltijas sencilvēku slimības un tautas dziedniecība: monogrāfija. Latvijas PSR Veselības aizsardzības ministrija, Latvijas Eksperimentālās un klīniskās medicīnas Zinātniskās pētniecības institūts. 2.pārstr. un papild.izd. Rīga: Zinātne, 1988, 169.lpp.

<sup>59</sup> Сорокина Т.С. История медицины. Москва: Ун-т дружбы народов, 1988, с.38,39; Osipova S. Musulmaņu tiesību vēsture viduslaikos. Latvijas Universitāte, Juridiskā fakultāte, Tiesību teorijas un politikas zinātnes katedra. Rīga: Latvijas Universitāte, 2001, 8.lpp.; Сорокина Т.С. История медицины в двух томах. Pieejams: <http://bibliotekar.ru/423/12.htm> [aplūkots 2010.gada 15.maijā](Том 1, часть 3, глава 4); Osler W. The Evolution of

Imperators Fridrihs II (1212.-1250.g.) piešķīra Salernas medicīnas skolai (Itālija), kas 1213.g. pārtop par universitāti, vienīgai tiesības izdot ārstiem licences, lai nodarbotos ar ārstniecību<sup>60</sup>. Līdz ar to, no vienas puses, ārstniecība kļuva kvalitatīvāka, bet, no otras puses, samazinājās pacienta iespējas izmantot šo ārstu pakalpojumus (piemēram, mantiskais, sabiedrības šķiru kritērijs, ārstu skaits<sup>61</sup>).

Ārstniecību viduslaikos veica arī amatnieki-ķirurgi, kuriem, lai arī pirmsākumos trūka akadēmisko zināšanu, tomēr bija liela praktiskā pieredze. Pēc veicamo operāciju smaguma pakāpes pastāvēja sekojoša amatnieku-ķirurgu hierarhija: ķirurgi, bārdzīņi, pirtnieki<sup>62</sup>. Lai arī amatnieki-ķirurgi pirmsākumos netika pienācīgi atzīti, jo netika pielīdzināti ārstiem, tomēr to loma ārstniecībā pakāpeniski pieauga. Amatnieku-ķirurgu cunftes<sup>63</sup> izveidošana atbilda arī pacienta interesēm: 1) uzlabojās ķirurģisko operāciju kvalitāte, jo, lai kļūtu par meistaru, bija jāiziet arī apmācība cunftes ietvaros<sup>64</sup>; 2) tika izstrādāti cunftu noteikumi šrāgās jeb statūti, kas paredzēja arī pacientu tiesību aizsardzības iezīmes<sup>65</sup>. Līdz ar to secināms, ka ārstniecībā lielākā vai mazākā mērā tika ņemtas vērā arī pacienta intereses, kā arī pacienta griba.

---

Modern Medicine. Electronic Text Center, University of Virginia Library. Pieejams: <http://etext.virginia.edu/etcbn/toccer-new2?id=OslEvol.sgm&images=images/modeng&data=/texts/english/modeng/parsed&tag=public&part=3&vision=div1> [aplūkots 2010.gada 15.maijā](119.p.); Medieval Medicine. Pieejams: [www.medieval-spell.com/Medieval\\_Medicine.html](http://www.medieval-spell.com/Medieval_Medicine.html) [aplūkots 2010.gada 15.maijā].

<sup>60</sup> Сорокина Т.С. История медицины в двух томах. Pieejams: <http://bibliotekar.ru/423/12.htm> [aplūkots 2010.gada 15.maijā](Том 1, часть 3, глава 4).

<sup>61</sup> Piem., 1338.g. Florencē (Itālija) bija 60 licencētu ārstu uz 120 tūkstošiem iedzīvotāju. Pēc mēra epidēmijas „Melnā nāve” 20 gadus vēlāk – 56 uz 42 tūkstošiem iedzīvotāju (Yousif J. The Progress of Ancient Medicine: Medieval Medicine. Medical Praktitioners. Pieejams: [http://students.ou.edu/Y/Jason.S.Yousif-1/epizode\\_3\\_medieval.html](http://students.ou.edu/Y/Jason.S.Yousif-1/epizode_3_medieval.html) [aplūkots 2010.gada 15.maijā]).

<sup>62</sup> Сорокина Т.С. История медицины в двух томах. Pieejams: <http://bibliotekar.ru/423/12.htm> [aplūkots 2010.gada 15.maijā](Том 1, часть 3, глава 4,5); Yousif J. The Progress of Ancient Medicine: Medieval Medicine. Medical Praktitioners. Pieejams: [http://students.ou.edu/Y/Jason.S.Yousif-1/epizode\\_3\\_medieval.html](http://students.ou.edu/Y/Jason.S.Yousif-1/epizode_3_medieval.html) [aplūkots 2010.gada 15.maijā].

<sup>63</sup> Cunftes tika apvienotas amatnieku ģildēs, kas radās 11.,12.gs. Piem., pirtniekus kā netīro profesiju pārstāvjus neuzņēma ģildē (Osipova S. Viduslaiku tiesību spogulis. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2004, 305.lpp.; Медицина средневековья. Pieejams: <http://www.medvuz.ru/faces/section103/section14/> [aplūkots 2010.gada 15.maijā]).

<sup>64</sup> Zālītis Fr. Latvijas vēsture. Rīga: Zvaigzne, 1991, 97.lpp.; Derums, V. Baltijas sencilvēku slimības un tautas dziedniecība: monogrāfija. Latvijas PSR Veselības aizsardzības ministrija, Latvijas Eksperimentālās un klīniskās medicīnas Zinātniskās pētniecības institūts. 2.pārstr. un papild.izd. Rīga: Zinātne, 1988, 170.,171.lpp.; Viduslaiku Vēsture I. S.Skazkina zin.red. Rīga: Zvaigzne, 1971, 203.,211.lpp.; Vīksna A. Ķirurģijas saknes Latvijā, I daļa. Latvijas Ārsts, 2004, nr.1, 17.lpp.

<sup>65</sup> Piem., Rīgas bārdzīņu un brūču ārstu cunftes, kas ietilpa Sv.Jāņa jeb Mazajā ģildē, šrāgas (1494.g.) noteica: 1.ja vārgs slimnieks, tad jāpieaicina tā ārstniecībā vecāks meistars; 2.ja meistars nolaidīgi veic savu darbu, tad slimnieku jānodod citam meistaram; 3.maksu par ārstniecību jānosaka, vienojoties ar pacientu. Tā nedrīkst būt pārāk liela. Ja rodas strīds par maksu, tad to izšķir cunftes eltermanis un pilsētas kases pārzinis (Schraggen (aus der Zeit von 30 Mai, 6 Juni 1494) der Gilden und Amster der Stadt Riga. Wilhelm Stieda und Const.Mettig. Riga, 1896, S.248.-252. Grām.: Derums V. Baltijas sencilvēku slimības un tautas dziedniecība: monogrāfija. Latvijas PSR Veselības aizsardzības ministrija, Latvijas Eksperimentālās un klīniskās medicīnas Zinātniskās pētniecības institūts. 2.pārstr. un papild.izd. Rīga: Zinātne, 1988, 170.lpp.). Protams, diskutējams, cik lielā mērā šie noteikumi tika piemēroti praksē. Tomēr te patients tiek atzīmēts kā patstāvīgs tiesību subjekts.

Pastāvēja zināms personu loks, kas veica arī tautas dziedniecību, ko galvenokārt izmantoja nabadzīgākie, zemāko sabiedrības kārtu pārstāvji<sup>66</sup>, tomēr konstatējama samērā negatīva attieksme pret vārdotājiem kā tautas dziedniecības pārstāvjiem, jo to darbība tika sasaistīta ar maģiju, kas neatbilda valdošās reliģijas nostājai<sup>67</sup>.

Secināms, ka viduslaikos bija samērā dažādas ārstniecības personu kategorijas, kas veica ārstniecību. Iezīmējās tendence lielāku nozīmi piešķirt ārstniecības personu zināšanu līmenim. Gan akadēmiskā, gan praktiskā izglītība ir netieši vērsta arī pacienta interesēs, jo vairāk vai mazāk balstās uz objektīvo medicīnu.

Viduslaikos aizvien vairāk priekšplānā izvirzījās prasība pēc kvalificētas ārstniecības personas. Netieši to stimulēja arī zinātnes, medicīnas pakāpeniska attīstība. Klosteri izveidoja medicīnas izglītības iestādes, kuras varēja apmeklēt tikai topošie mūki<sup>68</sup>. Galvenokārt turīgākajiem, augstākās sabiedrības slāņiem bija iespēja iegūt ārsta izglītību medicīnas izglītības iestādēs. Pirmā no tām bija Salernas medicīnas skola. 12., 13.gs. Rietumos sāka veidoties universitātes, kurām bija četras fakultātes: 1) visiem studentiem obligātā sagatavojošā, apgūstot gramatiku, retoriku, dialektiku, aritmētiku, ģeometriju, astronomiju un mūzikas teoriju; un 2) trīs pamatfakultātes

---

<sup>66</sup> Loebell M. Die Heilkunde im Mittelalter. Pieejams: <http://www.jadu.de/mittelalter/text/heilkunde.html> [aplūkots 2010.gada 15.maijā]; Derums V. Baltijas sencilvēku slimības un tautas dziedniecība: monogrāfija. Latvijas PSR Veselības aizsardzības ministrija, Latvijas Eksperimentālās un klīniskās medicīnas Zinātniskās pētniecības institūts. 2.pārstr. un papild.izd. Rīga: Zinātne, 1988, 169.,173.,190.lpp.; Hupel A.W. Topographische Nachrichten von Livl. und Estl. Bd.1. Rīga, 1774, S.558. Grām.: Васильев К.Г. Очерки истории медицины и здравоохранения Латвии. Москва: Медицина, 1964, с.28.

<sup>67</sup> Piem.: Saliešu tiesas LXIV 1., 2.pk. ar pielikumu (Салическая правда. Grām.: Салическая правда. Московский государственный педогогический институт им.Ленина. Ученые записки, т.LXII. Перевод Н.П.Гранианского. Москва: тип.им. Жданова,1950. Pieejams: <http://www.hist.msu.ru/ER/Text/salic.htm> [aplūkots 2010.gada 15.maijā], с.58);

Teodoricha edikta CVIII pk. (Эдикт Теодориха (Edictum Theodorici regis). Grām.: *Àíðíēíāēý ìèðíáíé ìðāáíáíé ìñēè: á 5-è ò. Ò.2. Áāðñā V-XVII āā. Ðóé. íáó÷. ìðíāéòā Ā.Ð. Ñāìèāēí; Íáøēíāēüíúé íáúāñðāáííí-íáó÷íúé òííā. Íñēāā: Íñēü, 1999, с.54);*

Ekloga XVII titula 43., 44.pk. (Эклога (избранные законы). Grām.: *Àíðíēíāēý ìèðíáíé ìðāáíáíé ìñēè: á 5-è ò. Ò.2. Áāðñā V-XVII āā. Ðóé. íáó÷. ìðíāéòā Ā.Ð. Ñāìèāēí; Íáøēíāēüíúé íáúāñðāáííí-íáó÷íúé òííā. Íñēāā: Íñēü, 1999, с.116);*

Вселенский собор, п. 91 (пято-шестой, Трулльский (691-692гг.). Grām.: *Àíðíēíāēý ìèðíáíé ìðāáíáíé ìñēè: á 5-è ò. Ò.2. Áāðñā V-XVII āā. Ðóé. íáó÷. ìðíāéòā Ā.Ð. Ñāìèāēí; Íáøēíāēüíúé íáúāñðāáííí-íáó÷íúé òííā. Íñēāā: Íñēü, 1999, с.148).*

Pie tam „,buršana un zāiošana” neprasīja kaitīgu seku iestādanos, jo pilnīgi pietika ar to, ka persona ar to nodarbojās”. Un Livonijas sodu sistēmā par buršanu un zāiošanu bija paredzēts augstākais soda mērs (Lazdiņš J. Vasaļu (bruņinieku) tiesību avoti un komentārs. Grām.: Latvijas tiesību avoti : teksti un komentāri. Seno paražu un Livonijas tiesību avoti 10. gs.-16. gs.1. sēj . Lazdiņš J., Blūzma V., Osipova S. Zin.red. Meīšis E. LU Juridiskās fakultātes Tiesību teorijas un politikas zinātou katedra. Rīga: Latvijas Universitātes žurnāla "Latvijas Vēsture" fonds, 1998, 109.,11.lpp.); Livonijas spoguļa 1.grāmatas 29.n pk., 2.grāmatas 4.n, 6.n pk. (Livonijas spogulis. Grām.: Latvijas tiesību avoti : teksti un komentāri. Seno paražu un Livonijas tiesību avoti 10. gs.-16. gs.1. sēj. Lazdiņš J., Blūzma V., Osipova S. Zin.red. Meīšis E. LU Juridiskās fakultātes Tiesību teorijas un politikas zinātou katedra. Rīga: Latvijas Universitātes žurnāla "Latvijas Vēsture" fonds, 1998, 65.,75.lpp.);

Struteles valsts likumu 32.pk. (Struteles valsts likumi. Grām.: Apsītis R., Blūzma V., Lazdiņš J. Latvijas tiesību avoti: teksti un komentāri. Poļu un zviedru laiku tiesību avoti (1561-1795). 2.sējums. Red. Blūzma V. LU Juridiskās fakultātes Tiesību teorijas un politikas zinātou katedra. Rīga: Latvijas Universitātes žurnāla "Latvijas Vēsture" fonds, 2006, 287.lpp.).

<sup>68</sup> Сорокина Т.С. История медицины в двух томах. Pieejams: <http://bibliotekar.ru/423/12.htm> [aplūkots 2010.gada 15.maijā](Том 1, часть 3, глава 4).



Ķirurgi kā otrā ārstniecības personu kategorija vairāk raksturojās ar praktiskajām, ne tik daudz akadēmiskajām (teorētiskajām) zināšanām. Tomēr arī ķirurgiem pieauga izglītības nozīme ar amatnieku-ķirurgu cunftu izveidošanu. Pirmsākumos ķirurgu apmācība tika veikta cunftu ietvaros. Lai kļūtu par meistar, bija jānostrādā seši gadi kā māceklim, trīs gadi kā zellim un noslēgumā jānokārto pārbaudījums. Vēlākā posmā tika veidotas ķirurgu skolas, tad ķirurgu akadēmija, ko 1743.gadā pielīdzina universitātes medicīnas fakultātei. Pie tam ārsti, nokārtojot pārbaudījumu ķirurgijā, kļuva par „abu medicīnu doktoriem”<sup>74</sup>. Beidzot izglītības kritērijs skāra ne tikai iekšējo slimību ārstniecību, ar ko nodarbojās ārsti, bet arī ķirurģiskās operācijas. Arī šāda rakstura ārstniecība pacientam kļuva kvalitatīvāka, balstīta uz noteiktiem izglītības standartiem, tādējādi paplašinot pacienta izvēles iespējas saņemt kvalitatīvāku arī ķirurģisko ārstniecību.

Viduslaikos par ārstniecības personām kļuva arī sievietes. Līdz šim dominēja tikai vīriešu dzimuma pārstāvji kā ārstniecības personas, sievietes galvenokārt sniedza palīdzību kā dziednieki dzemdībās un sieviešu kaitēs. Bet jau Solerno medicīnas skolā bija sievietes studentes un profesores. Pirmā no ievērojamākajām bija profesore Trotula, kas vadīja Salerno skolā Sieviešu slimību nodaļu<sup>75</sup>. Tādējādi izmaiņas skāra arī sieviešu slimību ārstniecību un medicīnisko palīdzību dzemdībās. No vienas puses, šī palīdzība kļuva kvalitatīvāka, jo paplašinājās iespējas iegūt izglītību jomā, ar ko galvenokārt nodarbojās sievietes. No otras puses, zināmā mērā paplašinājās ārstniecības personas izvēles iespējas pacientam, vadoties pēc ārstniecības personas dzimuma kritērija.

Viens no galvenajiem medicīnas un ārstniecības attīstības stimuliem bija zinātnes izvēršanās priekšplānā. To veicināja pakāpeniska atteikšanās no reliģijas dominances un uzkrātā antīkā zinātniskā<sup>76</sup> bāze. Viduslaikos sāka attīstīties ķīmija, kuras pirmsākumi bija alķīmija<sup>77</sup>. Tas savukārt veicināja farmācijas attīstību. Pirmā aptieka tuvajos Austrumos tika izveidota 8.gs.v., Eiropā 11.gs.<sup>78</sup>. Valdnieks Frīdrichs II 1241.gadā pieņēma likumu, ar kuru aizliedza ārstam gūt peļņu, gatavojot pacientiem zāles, bet aptiekāram – ārstēt. Tika ieviesta recepte, kas bija ārsta

<sup>74</sup> Медицина средневековья. Pieejams: <http://www.medvuz.ru/faces/section103/section14/> [aplūkots 2010.gada 15.maijā]; Сорокина Т.С. История медицины в двух томах. Pieejams: <http://bibliotekar.ru/423/12.htm> [aplūkots 2010.gada 15.maijā](Том 1, часть 3, глава 5); Derums V. Baltijas sencilvēku slimības un tautas dziedniecība: monogrāfija. Latvijas PSR Veselības aizsardzības ministrija, Latvijas Eksperimentālās un klīniskās medicīnas Zinātniskās pētniecības institūts. 2.pārstr. un papild.izd. Rīga: Zinātne, 1988, 170-172.lpp.

<sup>75</sup> Medieval Medicine. Pieejams: [www.medieval-spell.com/Medieval\\_Medicine.html](http://www.medieval-spell.com/Medieval_Medicine.html) [aplūkots 2010.gada 15.maijā]; Walsh J.J. Medieval Medicine. Old-Time. New York: Fordham University Press, 1911. Pieejams: [http://www.medievalscript.com/?page\\_id=20](http://www.medievalscript.com/?page_id=20) [aplūkots 2010.gada 15.maijā]; Зудгоф К. Медицина средних веков и эпохи возрождения. Москва: Вузовская книга, 1999, с.56, 57.

<sup>76</sup> Зудгоф К. Медицина средних веков и эпохи возрождения. Москва: Вузовская книга, 1999, с.8, 9, 18.

<sup>77</sup> Alķīmija (aptuveni līdz 16.gs.) – ķīmiski eksperimenti, fantastiskas vielas meklēšana, lai ar tās palīdzību vienkāršus metālus pārvērstu dārgmetālos, izmantojot filozofu akmeni – hipotētisku vielu, kurai piedēvēta arī spēja dot nemirstību (Baldunčiks J., Pokrotniece K. Sveðvārdu vārdnīca: vairāk nekā 15 000 citvalodu cilmes vārdu un terminoloģisku vārdkopu. Red. Baldunčiks J. Rīga: Jumava, 1999, 44.lpp.; Ideju vārdnīca: domātāji, teorijas un jēdzieni filozofijā, zinātnē, reliģijā, politikā, vārdzīmē un mākslā. Adikibi O., Baleins B., Brejī E.u.c. Rīga: Zvaigzne ABC, 1999, 12.lpp.)

<sup>78</sup> Сорокина Т.С. История медицины в двух томах. Pieejams: <http://bibliotekar.ru/423/12.htm> [aplūkots 2010.gada 15.maijā](Том 1, часть 3, глава 4,5); Марчукова С.М. Медицина в зеркале истории. Санкт-Петербург: Европейский дом, 2003, с.215.

rīkojums/vēstule aptiekāram. Pacienti šajās attiecībās galvenokārt bija turīgi vai vidusšķiras pārstāvji<sup>79</sup>. Līdz ar to farmācija tika nodalīta no ārstniecības, izveidojot trīspusējas tiesiskās attiecības ārstniecībā: ārsts-pacients-aptiekārs. 16.gs. Rietumeiropā izveidojās pirmās farmakopijas<sup>80</sup>, saskaņā ar kurām tika veikta uzskaitē par: 1) pilsētā un valstī izmantojamajām zālēm; 2) zāļu sastāvu; 3) zāļu lietošanu; 4) zāļu cenām, kas bija par pamatu zāļu cenu noteikšanas mehānisma izveidei Eiropā<sup>81</sup>. Secināms, ka ķīmijas attīstība veica daudzas pārmaiņas arī pacienta un ārstniecības personas tiesiskajās attiecībās. Ar farmācijas atdalīšanu no ārstniecības, šīs jomas kļuva specializētākas. Līdz ar to pacienta tiesiskās attiecības ar ārstniecības personu un farmaceitu saturiski kļuva atšķirīgas, kas netieši vienkāršoja pacienta gribas izvēli. Izejot no pacienta interesēm, pozitīvi vērtējama valsts līdzdalības palielināšanās tiesiskajās attiecībās - veicot ārstniecības līdzekļu aprites un cenu veidošanas kontroli. Tas netieši vērtējams kā valsts aizbildnieciskas pieejas iestrādnes pār pacientu, aizsargājot arī pacienta intereses.

Pakāpeniski atsakoties no reliģijas aizliegumiem, vēlajos viduslaikos Rietumeiropā sāka attīstīties anatomija kā zinātne. Ja Galēna darbi balstījās uz cūku un pērtiķu pētījumiem, tad tagad pētījuma avots kļuva cilvēka ķermenis<sup>82</sup>. Tas veicināja ārstniecības personu praktisko zināšanu bāzes pilnveidošanos un nostiprināšanos, kas vēl vairāk tuvināja ārstniecību objektīvajai medicīnai.

Attīstoties zinātnei, zināmā mērā mainījās ārstniecības personas pieeja pacientam. Tā kļuva individuālāka. Piemēram, jatrofizikā (*gr.val.* „iatros”- „ārsts”<sup>83</sup>) dzīvs organisms un daba tika skatīts no fizikas likumsakarībām (R.Dekarts); jatomehānikā – dzīvs organisms kā mašīna, kur procesus skaidroja ar matemātiku, mehāniku (Dž.A.Borelli); jatroķīmijā – procesi cilvēka organismā ir ķīmiski (Paracelzs)<sup>84</sup>. Tādējādi attieksme pret pacientu, viņa organismu kļuva zinātniskāka, objektīvāka. Tika pētīti un ārstēti ne tikai pacienta slimības simptomi (slimības sekas),

---

<sup>79</sup> Baltiņš M. Recepte pacienta, ārsta un farmaceita saskarsmes krustpunktā: paliekošais un mainīgais. MATERIA MEDICA, 1999, nr.10, 5.,6.lpp.; Loebell M. Die Heilkunde im Mittelalter. Pieejams: <http://www.jadu.de/mittelalter/text/heilkunde.html> [aplūkots 2010.gada 15.maijā]; Medizin im Mittelalter. Pieejams: <http://www.mittelalter-saar.de/index.php?page=952> [aplūkots 2010.gada 15.maijā].

<sup>80</sup> Farmakopeja – oficiāls farmaceitisko noteikumu krājums (Baldunčiks J., Pokrotņiece K. Sveðvārdu vārdnīca: vairāk nekā 15 000 citvalodu cilmes vārdu un terminoloģisku vārdkopu. Red. Baldunčiks J. Rīga: Jumava, 1999, 215.lpp.; Sveðvārdu vārdnīca: ap 16 500 citvalodu cilmes vārdu un terminoloģisku savienojumu. Red. Žukovs L. No krievu val. tulkoja Sepurniece S., Gūtmanis A., Lukstiņš G.u.c.. Rīga: Liesma, 1969, 194.lpp.).

<sup>81</sup> Сорокина Т.С. История медицины в двух томах. Pieejams: <http://bibliotekar.ru/423/12.htm> [aplūkots 2010.gada 15.maijā](Том 1, часть 3, глава 5).

<sup>82</sup> Pirmsācēji bija: L. Da Vinči („Anatomiskās burtnīcas”), A.Vezālijs („Par cilvēka ķermeņa uzbūvi”, „Anatomiskās tabulas”), Fabrīcijs bija izcils ķirurgs un profesors Padujā, kas pirmais dibināja Padujā anatomisko teātri- teātris bija apaļš, kura centrā bija sekcijas galds, bet apkārt teātri sēdēja studenti, kas vēroja notiekošo līķa sekciju (Сорокина Т.С. История медицины в двух томах. Pieejams: <http://bibliotekar.ru/423/12.htm> [aplūkots 2010.gada 15.maijā](Том 1, часть 3, глава 5); Medicine in the 13-16th centuries: Universities, Hospitals, Anatomical Revolution. Pieejams: <http://pacs.unica.it/biblio/lesson3.htm> [aplūkots 2010.gada 15.maijā]).

<sup>83</sup> Baldunčiks J., Pokrotņiece K. Sveðvārdu vārdnīca: vairāk nekā 15 000 citvalodu cilmes vārdu un terminoloģisku vārdkopu. Red. Baldunčiks J. Rīga: Jumava, 1999, 324.lpp.

<sup>84</sup> Сорокина Т.С. История медицины в двух томах. Pieejams: <http://bibliotekar.ru/423/12.htm> [aplūkots 2010.gada 15.maijā](Том 1, часть 3, глава 5); Healing in the Middle Ages. Medicine, Religion and the Rise of Institutional Care. Pieejams: [http://www.medscape.com/viewarticle/418847\\_2](http://www.medscape.com/viewarticle/418847_2) [aplūkots 2010.gada 15.maijā].

bet tika mēģināts jau izskaidrot arī slimības cēloņus, kas ārstniecību padarīja kvalitatīvāku, efektīvāku. Tomēr, pieaugot ārstniecības personu zināšanu līmenim ārstniecībā, tas netieši padarīja pacienta un ārstniecības personas kā tiesību subjektu tiesisko statusu nevienlīdzīgāku. Pacientam trūka atbilstošu medicīnisko zināšanu, un nepastāvēja tiesiskais mehānisms, kā līdzsvarot šīs tiesiskās attiecības. Tas arī bija viens no stimuliem, lai izveidotos aizbildnieciskā pieeja pār pacientu. Medicīnas zinātne veicināja arī ārstniecības tālāku specializāciju. Piemēram, uzsāka ārstēt arī garīgās slimības; veikt plastisko ķirurģiju (15.gs. pirmajā pusē) u.c.<sup>85</sup> Līdz ar to zināmā mērā paplašinājās arī pacienta izvēles iespējas.

Viduslaiki raksturojās jau ar plašāku rakstīto medicīnas zinātnes avotu rašanos. Galvenokārt tās bija enciklopēdijas<sup>86</sup>. Tas bija nozīmīgs attīstības posms. No vienas puses, kļuva pieejamāka un tika celta kvalifikācija lielākam ārstniecības personu lokam, tādējādi uzlabojot ārstniecības kvalitāti. No otras puses, arī pacientiem tā bija individuāla iespēja gūt noteiktas medicīnas zināšanas. Uzlabojot pacienta informētību, pozitīvi tiek ietekmēta arī pacienta griba.

Viduslaikos noteiktāk iezīmējās pacienta gribas ierobežošana par labu publiskajām interesēm. Izdalāmi trīs virzieni, kur valsts ar tiesiskajiem līdzekļiem mēģināja regulēt sabiedriskās attiecības, ietekmējot arī pacientu.

Viens no virzieniem bija sabiedrības sanitār-epidemioloģiskā drošība. Viduslaikos Rietumeiropā intensīvi sāka veidoties pilsētas, bet tajās bija antisanitāri apstākļi (piemēram, nebija ūdensvadu, kanalizācijas; uz ielām tika mesti atkritumi), kas veicināja infekcijas slimību izplatību. Lepras slimnieku: 1) izraidīja no sabiedrības un ievietoja leprozārijā (patversmē); 2) šo slimnieku uzskatīja par mirušu valstij un sabiedrībai, kā arī viņš nedrīkstēja strādāt, mantot; drīkstēja tikai ubagot gar lielceļiem, kas bija vienīgais iztikas avots; 3) bija jānēsā īpašs apģērbs un jārada skaņa citiem par lepras slimnieka tuvošanās brīdinājumu; 4) ieiet pilsētā varēja tikai noteiktās dienās<sup>87</sup>. Izplatījās arī mēra pandēmijas (Justiniāna mēris aptuveni 542.g.; „Melnā nāve” Rietumeiropā 1348.g.; Indijā 1892.g.). Tika ieviesti karantīnas pasākumi, izolējot cilvēkus valstu robežpunktos 40 dienas<sup>88</sup>, kā arī tika izveidoti pirmie lazareti slimajiem uz kuģiem Sv.Lazara salā netālu no

---

<sup>85</sup> Зудгоф К. Медицина средних веков и эпохи возрождения. Москва: Вузовская книга, 1999, с.153; Medieval Medicine. [www.medieval-spell.com/Medieval\\_Medicine.html](http://www.medieval-spell.com/Medieval_Medicine.html) [aplūkots 2010.gada 15.maijā]; Healing in the Middle Ages. Medicine, Religion and the Rise of Institutional Care. Pieejams: [http://www.medscape.com/viewarticle/418847\\_2](http://www.medscape.com/viewarticle/418847_2) [aplūkots 2010.gada 15.maijā].

<sup>86</sup> Piem., Oribasija no Pergamas 72 grāmatu krājums „Medicīnas rakstu krājums”, „Apskats” 9 grāmatās, „Vispārpieejamie medikamenti” (kā pagatavot mājas apstākļos medikamentus, neesot medicīnas zināšanām); Aecija no Amidas – „4 grāmatas” 16 grāmatās; Aleksandra no Trallas – grāmata par iekšējām slimībām, to ārstēšanu; Paula no Eginas – „Medicīniski-ķirurģisks apkopojums 7 grāmatās”. (Сорокина Т.С. История медицины в двух томах. Pieejams: <http://bibliotekar.ru/423/12.htm> [aplūkots 2010.gada 15.maijā])(Том 1, часть 3, глава 4).

<sup>87</sup> Viduslaiku Vēsture I. S.Skazkina zin.red. Rīga: Zvaigzne, 1971, 208.lpp.; Сорокина Т.С. История медицины. Москва: Ун-т дружбы народов, 1988, с.41; Сорокина Т.С. История медицины в двух томах. Pieejams: <http://bibliotekar.ru/423/12.htm> [aplūkots 2010.gada 15.maijā](Том 1, часть 3, глава 4).

<sup>88</sup> Pirmā karantīna ostas pilsētā Itālijā (1348.g.).



Venēcijas<sup>89</sup>. Infekcijas slimnieku izolācija bija viens no visstingrākajiem pretepidemioloģiskajiem pasākumiem. Tas praktiski bija vērsts tikai publisko interešu labā, jo izolētie slimnieki kopumā netika ārstēti (vismaz pirmsākumos). Īpatnība bija arī tajā, ka smagāko infekciju slimnieku personība juridiski gandrīz tika izbeigta, saglabājot tikai samērā minimālu tiesībspējas un rīcībspējas apjomu. Lielā mērā tika ierobežotas infekcijas slimnieka personiskās tiesības. Tātad pretepidemioloģiskie pasākumi bija vērsti publisko interešu labā, gandrīz neievērojot infekcijas slimnieka gribu un intereses<sup>90</sup>. Viens no objektīviem izskaidrojumiem šādai pieejai ir, ka trūka ārstniecības personām medicīnisko zināšanu smagu infekcijas slimību ārstniecībai. Līdz ar to, šādi pasākumi praktiski bija vienīgais līdzeklis, kā ierobežot un apturēt infekcijas slimību izplatību, tādējādi aizsargājot publiskās intereses.

Viens no aktuāliem draudiem sabiedrībai kļuva noziedzība, kuras cēloņi bija arī pilsētu rašanās, iedzīvotāju blīvuma pieaugums tajās, izteiktākas mantiskās nevienlīdzības rašanās u.c. Viens no noziedzības apkarošanas līdzekļiem<sup>91</sup> bija saistīts arī ar pacienta gribas netiešu ierobežošanu. Piemēram, Rīgas bārdziņu un brūču ārstu-amatnieku cunftes šrāgas (1494.g.) noteica, ka slepus nevarēja pārsiet piekauros (pretējā gadījumā sods 3 markas), kā arī šis gadījums bija jāpiesaka birģermeistaram vai fogtam<sup>92</sup>. Tātad publiskuma princips guva pārsvaru netieši pār pacienta interesēm, jo bija vērsts sabiedrības labā. Attīstījās arī tiesībpārkāpumā cietušā ārstēšanās izdevumu atmaksas institūts<sup>93</sup>.

Sabiedrības un civiltiesiskās apgrozības drošības labā tika attīstītas iestrādes attiecībā pret personām ar fiziskiem vai garīgiem veselības traucējumiem (aizmetņi vērojami jau antīkajos laikos<sup>94</sup>). Pilsētu tiesībās (12., 13.gs.) šo personu grupai tika ierobežota rīcībspēja<sup>95</sup>. Aptuveni

<sup>89</sup> Сорокина Т.С. История медицины в двух томах. Pieejams: <http://bibliotekar.ru/423/12.htm> [aplūkots 2010.gada 15.maijā](Том 1, часть 3, глава 4); Гофф Ж. Ле. Цивилизация средневекового Запада. Сретенск: МЦИФИ, 2000, с.223-226. Pieejams: <http://langedoc.narod.ru/history/medic.htm> [aplūkots 2010.gada 15.maijā].

<sup>90</sup> Minētā principa iestrādes ir konstatējamas arī musulmaņu tiesību vispārīgos principos. Piem., „Tiesību normu kodeksa” 26.p.k.: „Jāpacieš privāta kaitējuma nodarīšana, lai novērstu kopējo kaitējumu” (Общие принципы мусульманского права „Маджаллат Ал-Ахкам Ал-Адлийя” (XVI в.). Grām.: *Āiōīēīāēy īēdīāīē īdāāīāīē īūñēē: ā 5-ē ò. Ò.1. Āiōē÷īñdū. Āīñdī÷īūā òēāēēēçāōēē. Đóé. íāó÷. īdīāēdā Ā.Đ. Ñāīēāēī; Íāōēīāēūíúē íāūāñdāāíí-íāó÷íúē òíā. Īñēāā: Īñēū, 1999, c.684).*

Vestgotu tiesas X grāmatas 1.titula 3.p.k. (Вестготская правда. Grām.: *Āiōīēīāēy īēdīāīē īdāāīāīē īūñēē: ā 5-ē ò. Ò.2. Āāđīñā V-XVII āā. Đóé. íāó÷. īdīāēdā Ā.Đ. Ñāīēāēī; Íāōēīāēūíúē íāūāñdāāíí-íāó÷íúē òíā. Īñēāā: Īñēū, 1999, c.60).*

<sup>91</sup> Sk. arī: Kriminoloģija: mācību grāmata juridiskajām augstskolām un fakultātem. Aleksejuka B., Bergmanis D., Dravnieks A.u.c. Zin.red. Vilks A. Latvijas Neatkarīgo kriminologu asociācija. Rīga: norvik, 1998, 67.-69.lpp.

<sup>92</sup> Schraggen (aus der Zeit von 30 Mai, 6 Juni 1494) der Gilden und Amster der Stadt Riga. Wilhelm Stieda und Const.Mettig. Riga, 1896, S.248.-252. Grām.: Derums V. Baltijas sencilvēku slimības un tautas dziedniecība: monogrāfija. Latvijas PSR Veselības aizsardzības ministrija, Latvijas Eksperimentālās un klīniskās medicīnas Zinātniskās pētniecības institūts. 2.pārstr. un papild.izd. Rīga: Zinātne, 1988, 170.lpp.

<sup>93</sup> Saliešu tiesas XVII 4.p.k. pielikums (Салическая правда. Grām.: Салическая правда. Московский государственный педогогический институт им.Ленина. Ученые записки, т.LXII. Перевод Н.П.Гранианского. Москва: тип.им. Жданова,1950. Pieejams: <http://www.hist.msu.ru/ER/Text/salic.htm> [aplūkots 2010.gada 15.maijā], c.26).

<sup>94</sup> Čakste K. Civiltiesības. Lekcijas nr.1.-41. mašīnrakstā. Rīga, [b.i.], 19[?].

<sup>95</sup> Osipova S. Viduslaiku tiesību spoguļis. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2004, 312., 313.lpp.

18.gs. attiecībā pret personām ar garīgiem veselības traucējumiem uzsāka pielietot šo personu izolāciju<sup>96</sup>.

Viduslaikos jau konkrētāk iezīmējas virzieni, kur lielākā vai mazākā mērā tika ierobežota pacientu griba publisko interešu labā. No vienas puses, pielietotie līdzekļi kalpoja publisko interešu labā. No otras puses, ja arī pacienta gribas ierobežojums kopumā bija attaisnojošs tā laika vēsturiskās attīstības skatījumā, tomēr nebija pietiekami attīstīts tiesiskais mehānisms pacienta tiesību un leģitīmo interešu aizsardzībai.

Viduslaikos sāka veidoties vairāki stacionāro ārstniecības iestāžu veidi pēc īpašuma piederības formas. Bizantijā agrajos un attīstītajos viduslaikos tika dibinātas klosteru slimnīcas, kas bija izveidojušās no ksenodoksijām<sup>97</sup>. Vēlākā posmā klosteru slimnīcās strādāja maiņās ārsti kā pastāvīgi darbinieki un viņu palīgi, saņemot atalgojumu naudā un produktos, kā arī bezmaksas mitekļi<sup>98</sup>. Rietumeiropā 12.gs. turīgās personas uzsāka veidot slimnīcas, kas galvenokārt bija pieejamas augstākajām sabiedrības kārtām<sup>99</sup>. 13.gs. otrajā pusē pilsētu vadība uzsāka veidot valstiska tipa slimnīcas<sup>100</sup>. Latvijas teritorijā pirmās slimnīcas izveidoja Livonijas mūki 13.gs., vēlākā posmā katrā jaundibināmā pilsētā ierīkoja hospitāļus<sup>101</sup>. Secināms, ka reālās dzīves apstākļi un reliģijas idejas bija viens no galvenajiem stimuliem slimnīcu izveidošanai. Kopumā pacients bija ierobežots, jo ne visi slimnīcu veidi bija pieejami jebkuram pacientam. Te netieši iezīmējās sabiedrības kārtu kritērijs. Ar slimnīcu izveidošanu pilsētās paplašinājās pacientu loks, kuram bija iespējama šāda ārstniecība.

Īpatnība ir arī tajā, ka pirmsākumos slimnīcas bija paredzētas ubagu, ceļinieku u.c. aprūpei un palīdzībai. Slimnīcas vairāk līdzinājās patversmēm<sup>102</sup>. Tikai vēlākā posmā tās pārtapa par objektīvām ārstniecības iestādēm, kuru mērķis ir ārstniecība. Izveidojās arī ārstniecības iestāžu specializācija. Piemēram, tika celtas slimnīcas akliem (Luijs IX Francijā 13.gs.); ķirurģijas

---

<sup>96</sup> Гофф Ж. Ле. Цивилизация средневекового Запада. Сретенск: МЦИФИ, 2000, с.223-226. Pieejams: <http://langedoc.narod.ru/history/medic.htm> [aplūkots 2010.gada 15.maijā].

<sup>97</sup> Мūки klostera telpās aprūpēja ceļiniekus, ievainotos.

<sup>98</sup> Сорокина Т.С. История медицины в двух томах. Pieejams: <http://bibliotekar.ru/423/12.htm> [aplūkots 2010.gada 15.maijā](Том 1, часть 3, глава 4); Марчукова С.М. Медицина в зеркале истории. Санкт-Петербург: Европейский дом, 2003, с.164, 165; Byzantine Medicine. The Introduction of Hospitals. Pieejams: <http://www.healthsystem.virginia.edu/internet/library/wdc-lib/historical/artifacts/attiqua/byzantine.cfm> [aplūkots 2010.gada 15.maijā].

<sup>99</sup> Медицина средневековья. Pieejams: <http://www.medvuz.ru/faces/section103/section14/> [aplūkots 2010.gada 15.maijā].

<sup>100</sup> Медицина средневековья. Pieejams: <http://www.medvuz.ru/faces/section103/section14/> [aplūkots 2010.gada 15.maijā].

<sup>101</sup> Derums V. Baltijas sencilvēku slimības un tautas dziedniecība: monogrāfija. Latvijas PSR Veselības aizsardzības ministrija, Latvijas Eksperimentālās un klīniskās medicīnas Zinātniskās pētniecības institūts. 2.pārstr. un papild.izd. Rīga: Zinātne, 1988, 176., 177.lpp.

<sup>102</sup> Medieval Hospitals. Dodd Memorial Library, Vellore. Pieejams: <http://dodd.cmcvellore.ac.in/hom/10%20-%20Medieval%20Hospital.html> [aplūkots 2010.gada 15.maijā]; Medicine in the 13-16th centuries: Universities, Hospitals, Anatomical Revolution. Pieejams: <http://pacs.unica.it/biblio/lesson3.htm> [aplūkots 2010.gada 15.maijā].

pacientiem; infekcijas slimniekiem<sup>103</sup>. Ārstniecības iestāžu specializācija paplašināja pacienta izvēles iespējas saņemt kompleksāku, ilgstošāku ārstniecību stacionārā.

Agrajos viduslaikos vēl saglabājās antīko laiku pieeja pacientam kā patstāvīgam tiesību subjektam. Bet reālās dzīves apstākļi transformējās par tiesiskajiem šķēršļiem pacienta gribas institūtam, ierobežojot pacienta iespējas saņemt ārstniecību (piemēram, nostiprinājās sabiedrības kārtu kritērijs; reliģijas dominance; medicīnas zinātnes attīstība un minimālas pacienta zināšanas ārstniecībā u.c.). Priekšplānā izvirzījās samērā strikta publisko interešu aizsardzība, kopumā neparedzot tiesisko mehānismu pacienta tiesību un leģitīmo interešu aizsardzībai. Radās nepieciešamība pēc jaunas pieejas pacienta gribas institūtam. Viduslaikos iezīmējās divi virzieni: 1) aizbildnieciskās pieejas pār pacientu iestrādes ārstniecībā; 2) pacienta tiesību un leģitīmo interešu tiesiskās aizsardzības iestrādes, mijiedarbojoties ar publiskajām interesēm.

---

<sup>103</sup> Зудгоф К. Медицина средних веков и эпохи возрождения. Москва: Вузовская книга, 1999, с.8; Medieval Hospitals. Dodd Memorial Library, Vellore. Pieejams: <http://dodd.cmcvellore.ac.in/hom/10%20-%20Medieval%20Hospital.html> [aplūkots 2010.gada 15.maijā].



viņi guva atzīnību sabiedrībā, jo ārstiem tika izvirzītas augstas prasības, izveidojot arī ārstu kolēģijas un ieviešot ārstu reģistrāciju, kas savā ziņā sekoja ārstu darbībai<sup>109</sup>. Līdz ar to secināms, ka ārsts un pacients netieši tika tuvināti līdzvērtīgiem tiesību subjektiem, jo no ārstiem tika prasīta atbildīga savu pienākumu pildīšana pret pacientu.

Iezīmējās tendence mazināt ekonomiskā faktora ietekmi uz pacienta gribas brīvību. Lauku teritorijās un pilsētās tika noteikta ārstu honorāra minimālā likme<sup>110</sup>. Trūkums šajā pieejā ir konstatējams tajā apstākļi, ka netika noteikta maksimāli pieļaujamā minētās likmes robeža. Tomēr jau cietas likmes noteikšana mazināja ārstu iespējamo patvaļu vēlāk grozīt tiesisko attiecību saturu, kā arī pacientiem jau iepriekš vismaz aptuveni bija zināms, ar kādu finansu līdzekļu apjomu ir jāērķinās, lai saņemtu ārstniecību. Ārstu honorāra cietas likmes noteikšana savā ziņā mazināja ekonomiskā faktora ietekmi uz pacienta gribas brīvību.

Jaunos un jaunākajos laikos tika lielākā mērā aizsargātas personas kā pacienta tiesības. Pirmkārt, ārstniecības līdzekļus sākotnēji jau sāka izmēģināt uz dzīvniekiem; otrkārt, ārstniecības iestādēs uzlabojās pacientu apstākļi; treškārt, tika izskaustas varmācības metodes ārstniecībā (piemēram, ķēžu un miesas sodu piemērošana garīgi slimajiem)<sup>111</sup>. Iestrādnes pacientu tiesību aizsardzībā liecina par to, ka pacients tika uzskatīts par personību, kas ir vērstas arī uz to, lai atzītu pacientu par patstāvīgu tiesību subjektu.

Zinātnes attīstība šajā laika posmā ietekmēja arī ārstniecību, netieši skarot arī pacienta intereses. No medicīnas tika izstumts pārdabiskais, mistiskais, priekšplānā izvirzot medicīnu kā zinātni, kas radīja nepieciešamību pilnveidot arī ārstu izglītību (izstrādājot studiju plānu, grādu piešķiršanas kārtību u.c.)<sup>112</sup>. Līdz ar to ārstniecība lielākā mērā, salīdzinot ar iepriekšējo laika periodu, kļuva objektīvāka, jo: pirmkārt, pielietotās ārstniecības metodes, pateicoties zinātnes attīstībai, tika medicīniski pamatotas, kā arī, otrkārt, pašas ārstniecības nepieciešamība balstījās uz pacienta veselības kritēriju. Nenoliedzami, minētās izmaiņas bija pacienta interesēs.

---

<sup>109</sup> Мейер-Штейнер Т. Медицина XVII-XIX веков. Москва: Вузовская книга, 1999, с.26,27,116.

Papildus priekšstatam par šī perioda ārstu tiesisko statusu, sk. arī: Švābe L. Doktora Ādama Hirtenberga ziņojumi no 1644. līdz 1654.gadam Zviedrijas kancleram Akselam Uksensēram par notikumiem Rīgā un Vidzemē. Latvijas Ārsts, 1998, nr.1, 46.-48.lpp.

<sup>110</sup> Мейер-Штейнер Т. Медицина XVII-XIX веков. Москва: Вузовская книга, 1999, с.27,79.

<sup>111</sup> Медицина XVII-XVIII, XIX веков. Pieejams: [www.medvuz.ru/faces/section103/section14/](http://www.medvuz.ru/faces/section103/section14/) [aplūkots 2010.gada 11.novembrī].

<sup>112</sup> Мейер-Штейнер Т. Медицина XVII-XIX веков. Москва: Вузовская книга, 1999, с.31,73,115,118-120; Сорокина Т.С. История медицины в двух томах. Т.2.ч.4. Pieejams: <http://bibliotekar.ru/423/12.htm> [aplūkots 2010.gada 15.maijā]; Медицина XVII-XVIII, XIX веков. Pieejams: [www.medvuz.ru/faces/section103/section14/](http://www.medvuz.ru/faces/section103/section14/) [aplūkots 2010.gada 11.novembrī]; Medicine in the 19th century. Pieejams: [www.seed.slb.com/en/scictr/watch/history\\_medicine/scientific\\_19th\\_century.htm](http://www.seed.slb.com/en/scictr/watch/history_medicine/scientific_19th_century.htm) [aplūkots 2010.gada 11.novembrī]; Duffin J. The History of Medicine. Langstaff: A Nineteenth-Century Medical Life. Toronto: University of Toronto Press, 1993. Pieejams: <http://content.njem.org/cgi/content/full/331/12/816> [aplūkots 2010.gada 11.novembrī]; Vīksna A. Ķirurģijas saknes Latvijā, I daļa. Latvijas Ārsts, 2004, nr.1, 17.-19.lpp.

Ārstniecībā tika konkretizēts ārstējošās personas tiesiskais statuss. To apliecina divi aspekti. Pirmkārt, tika likvidēta atšķirība starp ārstu un ķirurgu<sup>113</sup>, beidzot atzīstot ķirurgu par pilntiesīgu ārstniecības personu, t.i., ārstu. Tādā veidā tika likvidēta nopietna, praktiska problēma ārstniecībā, jo ārstniecība ir komplekss pasākums, kas var sastāvēt gan no medikamentozo, gan no ķirurģisko ārstniecības metožu pielietojuma. Pacienta intereses bija zināmā mērā apdraudētas, ja tikai daļu ārstniecības veica ārsts, tādēļ bija nepieciešams koriģēt vēsturiski izveidojušos situāciju. Otrkārt, ķirurģija atdalījās no medikamentozās ārstniecības, kas bija saistīta ar ārstu specializāciju skaita pieaugumu, jo, padziļinoties medicīnas zinātnei, konkrēts ārsts nespēja aptvert visu zināšanu apjomu<sup>114</sup>. Tā rezultātā ārsta veicamā ārstniecība kļuva šaurāka, specializētāka, bet tādējādi arī profesionālāka<sup>115</sup>. Līdz ar to ārsta kā ārstniecības tiesisko attiecību dalībnieka tiesiskais statuss kļuva konkrētāks un arī pašas ārstniecības tiesiskās attiecības – noteiktākas, kas bija pacienta interesēs.

Transformācija norisinājās arī pašas ārsta un pacienta tiesiskajās attiecībās. Sākotnēji ārsta profesija tika uzskatīta par aicinājumu, jo ārstam bija jābūt ar plašām zināšanām, līdz ar to pacienta un ārsta tiesiskās attiecības tika uzskatītas par uzticības attiecībām, kur ārsts bija padomdevējs slimības gadījumā, ko apliecina mājas ārsta institūta izveidošanās<sup>116</sup>. Tomēr šīs attiecības mainījās, jo tika izveidota slimo kasu sistēma un pašas attiecības kļuva aizvien līgumiskākas ar atlīdzības raksturu<sup>117</sup>. Secināms, ka ārstniecības tiesiskajām attiecībām virzoties uz līgumisko attiecību raksturu, netieši iezīmējās virziens pacienta atzīšanai par patstāvīgu tiesību subjektu.

Līdz ar to secināms, ka norises pašā ārstniecībā jaunajos un jaunākajos laikos konkretizēja pacienta un ārsta tiesiskos statusus ārstniecības tiesiskajās attiecībās, pie tam dodot pamatu un priekšnosacījumus pacienta atzīšanai par patstāvīgu tiesību subjektu.

Arī jauno un jaunāko laiku filozofija aizvien vairāk sāka atbalstīt personas autonomijas principu<sup>118</sup>, kas sekmēja arī pacienta gribas nozīmes pieaugumu ārstniecības tiesiskajās attiecībās.

<sup>113</sup> Мейер-Штейнер Т. Медицина XVII-XIX веков. Москва: Вузовская книга, 1999, с.74,77.

<sup>114</sup> Мейер-Штейнер Т. Медицина XVII-XIX веков. Москва: Вузовская книга, 1999, с.27,28,77,122; Vīksna A. Latgales ārsti un ārstniecība (1772-1918). Rīga: Latvijas Universitāte, 2004, 41.lpp.; Medicine in the 20th century. Pieejams: [www.seed.slb.com/en/scictr/watch/history\\_medicine/20th\\_century\\_drugs.htm](http://www.seed.slb.com/en/scictr/watch/history_medicine/20th_century_drugs.htm) [aplūkots 2010.gada 11.novembrī].

<sup>115</sup> Ārstu profesionalitāti paaugstināja arī klīniskās apmācības ieviešana topošo ārstu mācību procesā (Sk.: Мейер-Штейнер Т. Медицина XVII-XIX веков. Москва: Вузовская книга, 1999, с.29,75,76; Сорокина Т.С. История медицины в двух томах. Т.2. г.7. Pieejams: <http://bibliotekar.ru/423/12.htm> [aplūkots 2010.gada 15.maijā]). Pie tam attīstījās kara ārstniecība, kas, kā impērijām raksturīgi, bija krietnu soli pirms civilās ārstniecības (Sk.: Мейер-Штейнер Т. Медицина XVII-XIX веков. Москва: Вузовская книга, 1999, с.79; Vīksna A. Dodot gaismu sadegu. Rīga: Zvaigzne, 1983, 57.lpp.; Vīksna A. Latgales ārsti un ārstniecība (1772-1918). Rīga: Latvijas Universitāte, 2004, 39.lpp.).

<sup>116</sup> Мейер-Штейнер Т. Медицина XVII-XIX веков. Москва: Вузовская книга, 1999, с.74.

<sup>117</sup> Мейер-Штейнер Т. Медицина XVII-XIX веков. Москва: Вузовская книга, 1999, с.122.

<sup>118</sup> F.Bēkons- cilvēks ar jauno metodi iegūs varu pār dabu; R.Dekarts- „Es domāju, tātad es esmu”; Dž.Lokss- cilvēka dabiskais stāvoklis ir pilna rīcības brīvība ar savu īpašumu un personību; I.Kants- cilvēks pats izzina un rīkojas, tiesībām ir tikai jāgarantē cilvēka rīcības brīvību; G.V.F.Hēgelis- brīvi ir visi; J.S.Mills- cilvēka brīvība ir pašvērtība un sabiedrības brieduma pazīme; eksistenciālisms (19.gs.b., 20.gs.s.- K.Jaspers, Ž.-P.Sartrs, G.Marels u.c.)- indivīdi

Balstoties uz šī laika perioda iezīmēm, valstu praksē pakāpeniski tika aizsākts princips, ka ārstniecība veicama pēc pacienta piekrišanas, tādējādi iedzīvinot ideju, ka pacienta griba, ar dažiem objektīviem izņēmumiem, ir noteicošā ārstniecībā. Anglijā prasība pēc pacienta piekrišanas medicīniskās iejaukšanās gadījumā tika formulēta 18.gs.<sup>119</sup> Vācijas (impērijas) Augstākā tiesa 1894.gadā, izskatot lietu, kur ķirurgs amputēja iekaisušu nepilngadīga pacienta kāju bez viņa vecāku piekrišanas, norādīja, ka ķirurgs nav atbildīgs par miesas bojājumiem, ja to veica pēc pacienta vai viņa vietnieka gribas, jo pacients ir līdzvērtīgs ārsta partneris un ārstniecības tiesiskās attiecības balstās nevis uz paternālismu, bet pacienta brīvu piekrišanu<sup>120</sup>. Sākotnēji Vācijā ārstniecības veikšana bez pacienta piekrišanas tika interpretēta kā miesas bojājumu nodarīšana pacientam, jo tiek pārkāpta pacienta fiziskā integritāte, kur vēlākā periodā minētais pārkāpums tika vērtēts jau kā delikts. Piemēram, Vācijas Augstākā tiesa 1911.gada 30.jūnijā, skatot lietu, kur 17 gadus vecai pacientei tika iešķircināti ārstniecības līdzekļi ar viņas pašas, bet ne vecāku piekrišanu, kā rezultātā radās smagas ārstniecības līdzekļu blakusparādības, spriedumā norādīja, ka ārsta rīcība ir pretlikumīga, ja veic medicīnisko iejaukšanos bez nepilngadīgā pacienta vietnieku piekrišanas kaut arī ar paša nepilngadīgā piekrišanu, tādējādi ārsts ir vainīgs deliktā, jo medicīniskā iejaukšanās nebija steidzama<sup>121</sup>. Krievijā 18 gadus vecai pacientei tika operēts augonis kaklā. Pacientei tika konstatēts vēl viens augonis vēdera rajonā, kas pēc dažām dienām tika operēts. Nākošajā dienā pacientei palika sliktāk un viņa nomira. Tēvs cēla prasību pret ārstu, jo vecāki kā vietnieki nebija piekrituši otrajai operācijai. Krievijas Augstākās Tiesas Senāta Kriminālais Kasācijas departaments 1902.gada spriedumā nr.33 šajā ārsta Modlinska lietā norādīja, ka: 1) ārstam ir pienākums ierasties pie pacienta pēc aicinājuma; ārsts sodāms, ja nedara to bez likumīga iemesla (Ārstniecības nolikuma 690.p. (1892.g.), vēlāk – Ārstniecības nolikuma 54.p. (1905.g.)) pēc Sodu likuma 872.p.

---

nedrīkst pieļaut, ka viņu izvēli, brīvību kaut kas ierobežo – lai tas būtu pat saprāts vai morāle (Философия медицины. Науч.ред. Шевченко Ю.Л. Москва: ГИТАР-МЕД, 2004, с.94,97,104-106,108,151; Нерсесянц, В.С. Философия права. Учебник для вузов. Институт государства и права Российской академии наук, Академический правовой университет. 2-е изд. Москва: Норма, 2006, с.573; Kovalevska L. Pacienta autonomijas princips un tā izpausmes. Jurista Vārds, 2009.24.februāris, nr.8; Философия права. Данильян О.Г., Байрачная Л.Д., Максимов С.И. и др. Москва: Эксмо, 2007, с.234; Devereux J. Medical Law. [b.v.], Cavendish Publishing (Australia) Pty Limited, 2002, p.450. Pieejams:

[http://rulv.etailer.dpsl.net/home/html/moreinfo.asp?bookId=536899501&category=LW600000&whichpage=&pagenam e=category.asp \[aplūkots 2010.gada 11.decembrī\]](http://rulv.etailer.dpsl.net/home/html/moreinfo.asp?bookId=536899501&category=LW600000&whichpage=&pagenam e=category.asp [aplūkots 2010.gada 11.decembrī]) p.3,4; Greene B. Understanding Medical Law. Cavendish Publishing Limited, 2005, p.200. Pieejams:

[http://rulv.etailer.dpsl.net/home/html/moreinfo.asp?bookId=536920861&category=LW300000&whichpage=&pagenam e=category.asp \[aplūkots 2010.gada 11.novembrī\]](http://rulv.etailer.dpsl.net/home/html/moreinfo.asp?bookId=536920861&category=LW300000&whichpage=&pagenam e=category.asp [aplūkots 2010.gada 11.novembrī]); Ideju vārdnīca: domātāji, teorijas un jēdzieni filozofijā, zinātnē, reliģijā, politikā, vārdurc un mākslā. Adikibi O., Baleins B., Brejī E. u.c. Rīga: Zvaigzne ABC, 1999, 135.,353.lpp.; Kanādas Britu Kolumbijas provinces Apelācijas tiesas 1993.gada 08.marta spried. lietā: Rodriguez v. British Columbia (Attorney General), 1993 CanLII 1191 (BC S.A.) p.49. Pieejams:

[www.canlii.org/en/bc/bcca/doc/1993/1993canlii1191/1993canlii1191.html](http://www.canlii.org/en/bc/bcca/doc/1993/1993canlii1191/1993canlii1191.html) [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].

<sup>119</sup> Ерофеев С.В., Ерофеева И.О. Принцип информированного согласия пациента: обзор зарубежной медицинской и юридической практики. Pieejams: [www.med-law.ru](http://www.med-law.ru) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

<sup>120</sup> Horntich J. Der kranke Mensch: Patient oder Kunde? Pieejams: <http://www.aeksh.de/shae/200202/h022052a.html> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

<sup>121</sup> Jakobson A. Ārsta atbildība pēc 1933.g.sod.lik.218. un 219.p.p. Rīga, [b.i.], 1936, 6.,7.lpp.; Oosten F. van. The Doctrine of Informed Consent in Medical Law. Frankfurt am Main; Bern; New York; Paris: Lang, 1991, p.194.

(1885.g.); 2) ārstu neatsvabina no atbildības tas, ka operācija bija pamatota un pareizi izdarīta, ja nav saņemta piekrišana<sup>122</sup>. ASV Augstākās tiesas tiesnesis Cardozo lietā Schloendorff v. Society of New York Hospital (1914.g.) norādīja, ka „katram pie skaidras apziņas esošam pieaugušam cilvēkam ir tiesības izlemt, kas tiks darīts ar viņa ķermeni; ķirurgs, kurš veic operatīvu iejaukšanos bez pacienta piekrišanas, veic prettiesisku darbību, kas izpaužas aizskarošā rīcībā, par kuru viņš nes atbildību”<sup>123</sup>; kas tādējādi aizsāka pacienta informētās piekrišanas modeli ārstniecības tiesiskajās attiecībās, kas tika iedzīvināts pilnā mērā 60-tajos gados<sup>124</sup>. Prasība pēc pacienta piekrišanas ārstniecības tiesiskajās attiecībās dažādās valstīs formējās nedaudz atšķirīgos laika posmos, kas objektīvi izskaidrojams ar atšķirībām pašu valstu attīstībā.

Sava loma pacienta gribas nozīmes atdzimšanai ārstniecībā bija Nirnbergas tribunālam un tā pieņemtajam 1947.gada Nirnbergas kodeksam. 10 mēnešus ilga Nirnbergas process bija īpatnējs ar to, ka papildus spriedumiem tiesa pieņēma arī dokumentu, kurā pirmo reizi starptautiskajā praksē tika formulēti principi par medicīnisko eksperimentu veikšanu ar cilvēku līdzdalību. Tiesību zinātnē ir izteikts viedoklis, ka tieši ar minētā kodeksa pieņemšanu aizsākās pacienta informētās piekrišanas formēšanās<sup>125</sup>. Minētajam viedoklim pilnībā piekrist nevar, jo, kā analizēts darbā iepriekš, aizsākumi ir konstatējami jau daudz agrākā laika posmā. Tomēr, ja runā par starptautisko līmeni, tad Nirnbergas kodekss tiešām ir pirmais dokuments, kurā ir ietverta prasība pēc personas piekrišanas medicīnas jomā. Tomēr trūkums šim dokumentam bija tas, ka minētā prasība attiecās tikai uz samērā šauru medicīnas jomu, t.i., uz medicīniskajiem eksperimentiem ar cilvēkiem<sup>126</sup>. Pēc 50 gadiem, t.i., 1997.gadā, pieminot Nirnbergas procesu, tika pieņemts atkārtoti pilnveidots Nirnbergas kodekss, kurā tiek skartas mūsdienu aktuālās problēmas (piemēram, personas ģenētiskais raksturojums, ekonomiskā faktora ietekme uz ārstniecību, audu, orgānu transplantācija), kā arī attiecinot pacienta piekrišanas prasību jau uz ārstniecību<sup>127</sup>. Neskatoties uz to, ka Nirnbergas kodeksi ir rekomendējošs raksturs, to principi tiek iekļauti gan starptautiskajos, gan valstu

<sup>122</sup> Jākobsons A. Ārsta atbildība pēc 1933.g.sod.lik.218. un 219.p.p. Rīga, [b.i.], 1936, 12.-16.lpp.

<sup>123</sup> Lieta: Schloendorff v. Society of New York Hospital ((1914) 211 NY) (ASV). Grām.: Kennedy I., Grubb A. Medical law. London, Dublin, Edinburgh: Butterworths, 1994, p.87; De Cruz P. Comparative Healthcare Law. [b.v.], Cavendish Publishing Limited, 2001, p.8. Pieejams: <http://rulv.etailer.dpsl.net/home/html/moreinfo.asp?bookId=536899500&category=LW620000&whichpage=10&pageName=category.asp> [aplūkots 2010.gada 11.novembrī].

<sup>124</sup> Мотов В.В. Информированное согласие на психиатрическое лечение в США. Pieejams: <http://www.npar.ru/journal/2004/3/consent.php> [aplūkots 2010.gada 22.maijā].

<sup>125</sup> Силуянова И.В. Информированное согласие: от процедуры к доктрине. Pieejams: <http://an.mrezha.ru/zhizn/etika/00/Textbook/sil1/chap54.htm> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā]; Силуянова И.В., Сабурова В.И., Силуянова В.А. Информированное согласие в гинекологической практике. Медицинское право, 2007, nr.1. Pieejams: [www.med-law.ru](http://www.med-law.ru) [aplūkots 2010.gada 11.novembrī]; Сабурова В.И. Модели взаимоотношения врач-пациент. Моральные принципы и правила проведения исследований на человеке и животных. Pieejams: <http://bioethos.ru/lect/13.htm> [aplūkots 2010.gada 11.novembrī].

<sup>126</sup> Der Nürnberger Kodex (1947). Dokument des Nürnberger Ärzteprozesses. Pieejams: [www.ippnwuerberg.de/aktivitaet2\\_1.html](http://www.ippnwuerberg.de/aktivitaet2_1.html) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā](Art.1).

<sup>127</sup> Der Nürnberger Kodex (1997). Pieejams: [www.medizinundgewissen.de/archiv/kodex97.html](http://www.medizinundgewissen.de/archiv/kodex97.html) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā](Art.2).



nacionālajos tiesību aktos. Pacienta informētā piekrišana tika nostiprināta arī 1996.gada 19.novembra Biokonvencijas 5.panta pirmajā daļā. Nenoliedzami, pacienta gribas prioritātes ārstniecībā noteikšanai starptautiskajā līmenī ir liela nozīme, jo tādējādi tiek mazināta arī nacionālo tiesību sistēmu iespējamā patvaļa<sup>128</sup>.

Latvijā prasība pēc pacienta piekrišanas ārstniecībā formējās neviendabīgi ar noteikta laika perioda pārrāvumu. No vienas puses, jaunajos laikos Eiropas kultūras centrs no dienvidiem novirzījās ziemeļu virzienā (Anglija, Francija, Vācija), tāpēc Baltija vairāk neatradās ārpus Eiropas norisēm, un ietekme uz Baltiju bija daudz straujāka un spēcīgāka nekā līdz šim<sup>129</sup>. Arī pacienta gribas prioritātes princips bija spēkā esošs Latvijas teritorijā ar: 1) 1885.gada Krievijas Sodlu likumu, kur tika paredzēts sods par ārsta veiktu patvaļīgu ārstniecību<sup>130</sup>; 2) Ārstniecības nolikuma 690.pantu (1892.g.), vēlāk – Ārstniecības nolikuma 54.pantu (1905.g.); 3) 1933.gada Krievijas Sodlu likuma 218., 219.pantu – ārsts, kas ārstējis slimnieku bez viņa vai viņa vietnieka piekrišanas, ir sodāms<sup>131</sup>; 4) 1937.gada Ārstniecības likuma 30., 64.pantu, kur bija noteikta pacienta piekrišanas prasība ārstniecībai<sup>132</sup>. Līdz ar to secināms, ka Latvijas teritorijā līdz pat pirmās valsts neatkarības zaudēšanai praktiski bija iedzīvinājusies prasība saņemt pacienta piekrišanu ārstniecībai.

No otras puses, ar padomju tiesību spēkā stāšanos Latvijas teritorijā, ārstniecībā atgriezās paternālisma princips pacienta un ārsta tiesiskajās attiecībās<sup>133</sup>, pacienta gribai praktiski zaudējot nozīmi minētajās attiecībās. Latvijai atgūstot neatkarību, tika turpinātas pirmās brīvvalsts tradīcijas arī ārstniecības jomā, atjaunojot pacienta gribas prioritāti ārstniecības tiesiskajās attiecībās<sup>134</sup>. Neskatoties uz pacienta gribas prioritātes principa pārrāvumu Latvijā, tas tomēr mūsdienās ir atjaunojies un nostiprinājies.

<sup>128</sup> Vēsture pierāda, ka prettiesiskas lietas gandrīz vienmēr ietēptas nevainojamā likuma formā, ko apstiprina arī Nirnbergas process (Valters N. Pamattiesības un tiesību pamats. Latviešu juristu raksti, 1961, nr.5, 11.,12.lpp.; Law and history. Ed.by Levis A., Lobban M. Oxford: Oxford University Press, 2004, p.405-413).

<sup>129</sup> Osipova S., Lazdiņš J. Tiesību sistēmas ģenēzes un evolūcijas(transformācijas) aspekti Eiropas tiesību kontekstā. Tēzes. Konferences „Tiesību harmonizācija Baltijas jūras reģionā pēc Eiropas Savienības paplašināšanās” materiāli. 2007.gada 24.-27.janvāris, Rīga, Latvijas Universitāte. Nepublicēts; Васильев К.Г. Очерки истории медицины и здравоохранения Латвии. Москва: Медицина, 1964, с.47,61,80,122.

<sup>130</sup> 1903.g. Krievijas Sodlu likumā šāda norma netika ietverta, lai nevajadzīgi neierobežotu ārstu darbību, jo sankcijas bija pietiekošas Ārstniecības nolikumā (Jākobsons A. Ārsta atbildība pēc 1933.g.sod.lik.218. un 219.p.p. Rīga, [b.i.], 1936, 11.,12.lpp.).

<sup>131</sup> Jākobsons A. Ārsta atbildība pēc 1933.g.sod.lik.218. un 219.p.p. Rīga, [b.i.], 1936, 3.,5.,11.-16.lpp.

<sup>132</sup> Ārstniecības likums: LR likums. Ārstniecības likums Rīga: Valsts tipogrāfija, 1937.

<sup>133</sup> Latvijas tiesību vēsture (1914-2000). Zin.red. Lēbers D.A. Rīga: Fonds „Latvijas vēsture”, 2000, 311.lpp.; Силюнова И.В. Информированное согласие: от процедуры к доктрине. Pieejams: <http://an.mrezha.ru/zhizn/etika/00/Textbook/sil1/chap54.htm> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā]; Васильев К.Г. Очерки истории медицины и здравоохранения Латвии. Москва: Медицина, 1964, с.148,176.

Padomju tiesības balstījās uz marksisma idejām – piemēram, cilvēks ir domājošs dzīvnieks, apstākļu un audzināšanas produkts (Философия медицины. Науч.ред. Шевченко Ю.Л. Москва: ГИУТАР-МЕД, 2004, с.376).

<sup>134</sup> Tika pieņemti galvenie normatīvie akti ārstniecībā, paredzot minēto principu – 1997.g.12.jūnija Ārstniecības likuma 23.,41.p.; 1997.g.24.aprīļa likuma „Par prakses ārstiem” 24.,25.p. (šobrīd minētie pantī ir zaudējuši spēku ar 2009.g.17.decembra Pacientu tiesību likuma 6.p.1.,4.d.).

Analizējot kopumā pacienta gribas juridiskās atzīšanas vēsturisko attīstību, iezīmējas likumsakarība. Tiek norādīts, ka medicīna attīstās pa spirāli nevis augšupejošu līkni<sup>135</sup>. Velkot paralēles ar medicīnas vēsturi, arī pacienta gribas juridiskās atzīšanas vēsturiskajā attīstībā iezīmējas attīstības spirāle, galvenokārt, starp diviem pretmetiem pacienta un ārsta tiesiskajās attiecībās – paternālismu un pacienta gribas autonomiju, kur: 1) pirmatnējai sabiedrībai bija raksturīgs paternālisms; 2) antīkie laiki raksturojās ar pacienta gribas autonomiju; 3) viduslaikos atkal nostiprinājās paternālisms; 4) savukārt jaunos un jaunākajos laikos atdzima pacienta gribas autonomija. Pacienta gribas juridiskās atzīšanas attīstības spirāles konstatācija nozīmīga arī ar to, ka ļauj prognozēt pacienta un ārsta tiesisko attiecību nākotnes attīstības virzienus un pacienta gribas nozīmi tajās, kur minētās izpausmes autore analizē tālāk darbā.

---

<sup>135</sup> Мейер-Штейнер Т. Медицина XVII-XIX веков. Москва: Вузовская книга, 1999, с.123.

## 1.4. Pacienta gribas pamatprincipi un ārstniecības tiesisko attiecību nākotnes attīstības perspektīvas

Šobrīd strīdīgi ir vērtējams pašreizējais pacienta un ārstniecības personas/iestādes attiecību tiesiskais raksturs. Pēc vispārīgā principa tās ir līgumiskas attiecības, kur dalībnieki ir līdztiesīgi, līdzvērtīgi<sup>136</sup>. Pacienta un ārstniecības personas/iestādes tiesiskās attiecības ir vērtējamas kā daudzpusējs darījums un divpusējs līgums<sup>137</sup>, kas nosaka abu pušu gribas izteikuma nepieciešamību tiesisko attiecību nodibināšanai. Lai arī līgumu tiesības fokusējas uz pušu autonomiju, tomēr līgumu brīvība<sup>138</sup> ārstniecībā ir nosacīta. Pacients ir brīvs no tiesiskā (formālā) viedokļa gan izvēlē nodibināt ārstniecības tiesiskās attiecības, ja netiek aizskartas vai apdraudētas publiskās intereses<sup>139</sup>, gan – otras puses izvēlē<sup>140</sup>. Minēto pacienta brīvību ietekmē faktiskie apstākļi (piemēram, pacienta veselības traucējumi; ekonomiskie apstākļi). Savukārt normatīvajā regulējumā ir noteikti gadījumi, kad ārstniecības persona var atteikties nodibināt tiesiskās attiecības ar konkrēto pacientu<sup>141</sup>. Tas ļauj secināt, ka ārstniecības personai ir pienākums nodibināt ārstniecības tiesiskās attiecības, pacientam izsakot gribu tiesisko attiecību nodibināšanai<sup>142</sup>. Līdz ar to ārstniecības tiesisko attiecību nodibināšanā pušu brīvība ir ierobežota, pie tam atšķirīgā apjomā un veidā: pirmkārt, formāli

<sup>136</sup> Sk.: Greene B. *Understanding Medical Law*. [b.v.], Cavendish Publishing Limited, 2005. Pieejams: <http://rulv.etailer.dpsl.net/home/html/moreinfo.asp?bookId=536920861&category=LW300000&whichpage=&pagenam e=category.asp> [aplūkots 2010.gada 11.novembrī]; Herbert V. *Informed Consent – A Legal Evaluation*. *Cancer*. August Supplement, 1980; Jākobsons A. *Ārsta atbildība pēc 1933.g.sod.lik.218. un 219.p.p.* Rīga, [b.i.], 1936, 4.lpp.; *Informed Consent, Parental Permission, and Assent in Pediatric Practice*. American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics. *Pediatrics*, 1995, Vol.95, nr.2, p.314-317. Pieejams: [www.cirp.org/library/ethics/AAP/](http://www.cirp.org/library/ethics/AAP/) [aplūkots 2010.gada 11.novembrī]; Girke M. *Patient-Arzt-Beziehung*. *Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz*, 2007, nr.50, S.1128. Pieejams: [www.springerlink.com/content/y0024g0078q712u/fulltext.pdf](http://www.springerlink.com/content/y0024g0078q712u/fulltext.pdf) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].

<sup>137</sup> CL 1427., 1512.p.

<sup>138</sup> Torgāns K. *Saistību tiesības I daļa*. Rīga: TNA, 2006, 18., 37.-39.lpp.; Zimmermann R. *Roman law, contemporary law, European law: the civilian tradition today*. New York: Oxford University Press, 2004, p.174.

<sup>139</sup> Pacientu tiesību likuma 6.p.l.,4.d. – pacientam ir tiesības piekrist vai atteikties no ārstniecības.

<sup>140</sup> Pacientu tiesību likuma 8.p. – pacientam ir tiesības izvēlēties ārstniecības personu/iestādi. Minēto tiesību var ierobežot publisko interešu labā, piemēram, ieslodzītai personai nav tiesību brīvi izvēlēties valsts garantēto ārstniecības pakalpojuma sniedzēju (LR AT Senāta AD 2008.g.19.augusta lēm. lietā Nr.A7010108 SKA-581/2008. Pieejams: [www.at.gov.lv](http://www.at.gov.lv) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā]).

<sup>141</sup> Piem.: 1) tiesības atteikties izdarīt grūtniecības pārtraukšanu, ja tam nav medicīnisku iemeslu (Ārstniecības likuma 40.p.) (ētiskais kritērijs); 2) tiesības atteikt pirmo un neatliekamo medicīnisko palīdzību apstākļos, kas apdraud ārstniecības personas pašas dzīvību vai ārstniecības persona to nespēj veselības stāvokļa dēļ (Ārstniecības likuma 47.p.); 3) tiesības atteikties no pacienta, ja pacienta dzīvība nav apdraudēta un pacients neievēro ārsta norādījumus vai apzināti kaitē savai veselībai (Ārstniecības likuma 42.p.); 4) tiesības atteikties no pacienta izmeklēšanas, ja pacientam nav attiecīgā ārsta nosūtījuma, un, ja pacients nevēlas saņemt maksas pakalpojumus (Veselības aprūpes organizācijas not. 14.pk.).

Arī juridiskajā zinātnē pacienta piekrišana ārstniecībai tiek vērtēta gan kā atļauja, gan kā piekrišana ārstniecības tiesisko attiecību nodibināšanai, atspoguļojot ārstniecības tiesisko attiecību relatīvo raksturu (McLean A. *Informed consent and medical law: a relational challenge*. *Med Law Rev*, 2010, nr.18, p.111-114).

<sup>142</sup> Piem., Igaunijā ir tieši noteikts minētais pienākums - ārstniecības pakalpojuma sniedzējam ir jāveic ārstniecības pakalpojums, ja persona vēršas pie viņa, ja vien nosacījumi vai attiecības nav prettiesiskas (Law of Obligations Act of Estonia (§760)).

Katram Veselības departamentā reģistrētam praktizējošam ārstam pēc uzaicinājuma jāsniedz slimniekam palīdzība (Ārstniecības likums: Latvijas Republikas 1937.g.22.decembra likums (64.p.). Grām.: Vīksna A. *Slimo kases Latvijā*. Rīga: Rīgas starptautiskais medicīnas zinātnes un farmācijas centrs, 1994, 124.lpp.).

noteikto pacienta brīvību var ietekmēt faktiskie apstākļi; otrkārt, ārstniecības personai tikai likumā noteiktos, objektīvos<sup>143</sup>, izsmeloši uzskaitītos gadījumos ir tiesības izlemt par ārstniecības tiesisko attiecību nodibināšanu, presumējot ārstniecības personai pienākumu nodibināt ārstniecības tiesiskās attiecības, saņemot pacienta gribas izteikumu. Ārstniecības līguma saturam jābūt vērstam pacienta veselības labā, kur likumā ir noteikti galvenie šo attiecību principi<sup>144</sup>. Lai arī likumā tiek pieļauta jebkura šī līguma forma pēc vispārīgā principa<sup>145</sup>, tomēr apšaubāms, vai līguma noslēgšana ar konkludentajām darbībām attaisnojas ārstniecības gadījumā (sk.darba piektajā nodaļā). Līdz ar to secināms, ka, neskatoties uz ārstniecības tiesisko attiecību līgumisko raksturu, šo līgumu tomēr ierobežo gan valsts ar saviem tiesiskajiem līdzekļiem, kas ne vienmēr ir vērsts pacienta kā vājākās puses interesēs; gan arī faktiskie apstākļi (piemēram, informācijas trūkums, veselības traucējumi, ekonomiskais faktors, medicīnas attīstības līmenis).

Pie tam nevar tikt noliegta iespēja, kas detalizētāk izvērtējama atsevišķā pētījumā, ka noteiktos gadījumos ārstniecības tiesiskās attiecības var rasties arī uz likuma pamata. Likumā ir noteikts faktu kopums, kas automātiski rada pietiekami konkrēta satura pienākumu pret citu personu<sup>146</sup>. Un, piemēram, pacienta neatliekamo ārstniecību bez pacienta gribas un ārstniecību pret pacienta gribu publisko interešu labā infekcijas slimību, psihisko traucējumu gadījumā u.c., praktiski varētu uzskatīt par saistībām uz likuma pamata. Lai arī likums aizsargā saistības, kas rodas uz darījuma pamata, tomēr tiesiskajā darījumā tiesiskās sekas iestājas ne tikai tāpēc, ka likums to paredz, bet gan pirmām kārtām tāpēc, ka šo seku iestāšanās ir gribēta<sup>147</sup>, kas atspoguļo galveno atšķirību starp saistībām uz tiesiska darījuma un saistībām uz likuma pamata.

---

<sup>143</sup> Nav pieļaujams ārstniecības personas subjektīvs pamatojums ārstniecības tiesisko attiecību nodibināšanas atteikumam, ņemot vērā ārstniecības pakalpojuma specifiku un ārstniecības personas izvēli nodarboties ar ārstniecību. Tādēļ, korigējot normatīvo regulējumu, piem., tika izslēgti likuma „Par prakses ārstiem” 9.panta trīs teikumi, kas paredzēja prakses ārsta tiesības atteikties no pacienta ārstniecības, ja viņam bija pārliecība par nepietiekamu uzticību attiecībās ar pacientu.

<sup>144</sup> Tomēr arī minētais virziens nevar būt neierobežots. Piem., pacients vēlas pēc iespējas augstāku ārstniecības kvalitāti, bet šī prasība nevar būt bezgalīga, ir nepieciešams panākt kompromisu (Ответственность за правонарушения в медицине. Александрова О.Ю., Герасименко Н.Ф., Григорьев Ю.И., Григорьев И.Ю. Москва: Академия, 2006, с.151). Šajā sakarā problemātisks ir jaunāko medicīnas tehnoloģiju pielietojums pacienta ārstniecībā, kur jāņem vērā objektīvu vai subjektīvu apstākļu ietekme uz ārsta zināšanām un šo tehnoloģiju pieejamību.

<sup>145</sup> Pacientu tiesību likuma 1.p.1.d.2.pk., 6.p.2.,3.d.

<sup>146</sup> CL 1402.p.; Latvijas Republikas Civillikuma komentāri: Ceturtā daļa. Saistību tiesības. Torgāns K., Grūtups A., Višņakova G.u.c. Zin.red. Torgāns K. Rīga: Mans Īpašums, 1998, 17.lpp.; Torgāns K. Saistību tiesības I daļa. Rīga: TNA, 2006, 26.lpp.

<sup>147</sup> Torgāns K. Saistību tiesības I daļa. Rīga: TNA, 2006, 26.lpp.; Kalniņš E. Tiesisks darījums. Grām.: Kalniņš E. Privāttiesību teorija un prakse. Raksti privāttiesībās. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2005, 138.lpp.; Sinaiskis V. Latvijas civiltiesību apskats. Lietu tiesības. Saistību tiesības. Rīga: TIC, 1996, 150.lpp.

Ārstniecības līgums ir pakalpojuma līgums<sup>148</sup>, jo pacients ir patērētājs, kas nodibina tiesiskās attiecības, lai saņemtu pakalpojumu, tādējādi apmierinot savas vajadzības. Pie tam ārstniecības pakalpojumam ir sekojošas iezīmes. Pirmkārt, ārstniecības pakalpojuma sniegšanai ir nepieciešamas medicīnas zināšanas, tādējādi sašaurinot pakalpojuma sniedzēju loku; otrkārt, šis pakalpojums tiek dēvēts par pacienta pārkāptās suverenitātes pakalpojumu pacienta ierobežoto medicīnisko zināšanu dēļ; treškārt, nepieciešama pacienta kā patērētāja aktīva līdzdalība, kas ietekmē arī ārstniecības pakalpojuma kvalitāti; ceturtkārt, tas ir atlīdzības pakalpojums<sup>149</sup>. Līdz ar to pausts viedoklis, ka ārstniecībā ir apgrūtinoši vai pat nepieļaujami piemērot visus patērētāja tiesiskās aizsardzības līdzekļus, piedāvājot veikt nepieciešamās izmaiņas<sup>150</sup>. Ārstniecības pakalpojums ir atšķirīgs no vispārīgās pakalpojuma izpratnes, kas jāņem vērā, nosakot tiesiskos līdzekļus pacienta interešu un gribas aizsardzībai ārstniecībā.

Tiesību doktrīnā un normatīvajos aktos pacienta piekrišana (jeb pacienta informētā piekrišana) noteikta kā pamatnosacījums ārstniecības veikšanai, kas ir viens no pacienta gribas izteikuma veidiem. Tam ir trīs elementi: 1) spēja izteikt gribu; 2) informētība; 3) brīva griba<sup>151</sup>, kas tiks analizēti atsevišķi darbā.

Darījuma kodols ir uz tiesiska rezultāta iestāšanās virzīta griba, kas nedrīkst būt pretrunā ar likumu<sup>152</sup>. Ārstniecībā minētajam principam iezīmējas divas īpatnības. Pirmkārt, neskatoties uz ārstniecības tiesisko attiecību dalībnieku līdztiesību, ārstniecībā ir prioritāra konkrēta pacienta griba

---

<sup>148</sup> Pacientu tiesību likuma 1.p.2.d.5.pk.; Ārstniecības likuma 3.p.1.d.; Patērētāju tiesību aizsardzības likuma 1.p.1.d.3.pk.; LR AT Senāta AD 2006.g.17.janvāra lēm. lietā Nr.SKA-98/2006. Pieejams: [www.at.gov.lv](http://www.at.gov.lv) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā]; LR AT Senāta AD 2008.g.26.jūnija spried. lietā Nr.SKA-155/2008. Pieejams: [www.at.gov.lv](http://www.at.gov.lv) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā]; Preču un pakalpojumu drošuma likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 2004. 28.aprīlis, nr.66 (3.p.2.d.). Ārstniecība Latvijā ir maksas pakalpojums, tāpēc uz to attiecināms patērētāju normatīvais regulējums (Bitāns A. Slimnieka ārstēšanu bija uzņēmusies slimnīca, tai ir arī jāabild. Jurista Vārds, 2001. 6.marts, nr.36. Pieejams: [www.baltmanebitans.com/public/28987.html](http://www.baltmanebitans.com/public/28987.html) [aplūkots 2011.gada 21.aprīlī]).

<sup>149</sup> Ответственность за правонарушения в медицине. Александрова О.Ю., Герасименко Н.Ф., Григорьев Ю.И., Григорьев И.Ю. Москва: Академия, 2006, с.72; Колоколов Г.Р., Косолапова Н.В., Никульникова О.В. Основы медицинского права. М.: Экзамен, 2005, с.46,47; Сальников В. П., Стеценко С. Г. Доктрина информированного согласия. Новая правовая мысль, 2002, nr.1, с. 36-42. Pieejams: <http://www.law.edu.ru/magazine/document.asp?magID=13&magNum=1&magYear=2002&articleID=1169577> [aplūkots 2010.gada 22.maijā]; Медицина с позиции греков. Шульц Ю.Ф. (Сост.). Москва: Медицина, 1987, с.7; Lūse L. Līdzestība vai Ahilleja papēdis? Doctus, 2007, nr.6, 60.lpp.

<sup>150</sup> Piem., izslēgt pacienta tiesības novērst pakalpojuma trūkumus saviem spēkiem (atbilstoši Patērētāju tiesību aizsardzības likuma 29.p.1.d.2.pk., 5.d.) un tiesības prasīt samērīgu sniegtā pakalpojuma cenas samazinājumu (atbilstoši Patērētāju tiesību aizsardzības likuma 29.p.1.d.1.pk.); papildināt tiesības lauzt līgumu gadījumā, ja tiek konstatēts trūkums (ne tikai būtisks) ((atbilstoši Patērētāju tiesību aizsardzības likuma 29.p.1.d.4.pk., 4.d.); pacienta tiesības novērst trūkumus ar trešo personu palīdzību papildināt ar tiesībām prasīt zaudējumu atlīdzību, kas saistīti ar piemērota speciālista meklējumiem (Ломакина И.Г. Гражданско-правовое регулирование отношений по оказанию медицинских услуг в Российской Федерации. Автореферат дис.докт.юрид.наук. Москва, 2006. Pieejams: [http://planetadisser.com/see/dis\\_173891.html](http://planetadisser.com/see/dis_173891.html) [aplūkots 2010.gada 11.novembrī]).

<sup>151</sup> Pacientu tiesību likuma 1.p.1.d.2.pk., 6.p.

<sup>152</sup> CL 1427.p.; Latvijas Republikas Civillikuma komentāri: Ceturtā daļa. Saistību tiesības. Torgāns K., Grūtups A., Višņakova G.u.c. Zin.red. Torgāns K. Rīga: Mans Īpašums, 1998, 45.lpp.; Kalniņš E. Tiesisks darījums. Grām.: Kalniņš E. Privāttiesību teorija un prakse. Raksti privāttiesībās. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2005, 137.lpp.; Шап Ян. Система германского гражданского права: учебник. Москва: Международные отношения, 2006, с.200,201.

gan tiesisko attiecību nodibināšanā, gan tiesisko attiecību pastāvēšanas laikā<sup>153</sup>. Otrkārt, ārstniecībā pacienta griba tiek izteikta par ārstniecības pakalpojuma saņemšanu nevis ārstniecības rezultātu<sup>154</sup>, jo „tiek pārdots nevis pats rezultāts, bet darbības pie tā”<sup>155</sup>. Tādēļ ir nodalāms pacienta gribas tiesiskais un faktiskais mērķis. Līdz ar to ārstniecības kā tiesiska darījuma specifika izpaužas pacienta gribas, kas tiek izteikta par ārstniecības pakalpojuma saņemšanu nevis ārstniecības rezultāta iestāšanos, prioritātē.

Gribas paudums tiesiskajā darījuma raksturojas ar to, ka tas ir dubults institūts, kas sastāv no diviem elementiem: 1) gribas izteikuma (t.i., ārējais objektīvais gribas elements); 2) iekšējās gribas (t.i., subjektīvais elements; kas ir vēlmes, motīvi, nodomi, tātad tie apziņas faktori, kas vai nu izpaudīsies darbībā, vai arī paliks vēlmju līmenī)<sup>156</sup>. Līdz ar to rodas jautājums, kādas ir tiesiskās sekas minētajam gribas institūta dubultajam raksturam. Pastāv divas teorijas. Pirmkārt, gribas pauduma teorija, kur tiesiskās sekas rada gribas izteikums uz ārpusi; otrkārt, gribas teorija, kur iekšējai gribai ir jāatbilst gribas ārējam izteikumam, lai darījums būtu spēkā esošs<sup>157</sup>. Tiesiskās sekas rada gribas ārējais izteikums<sup>158</sup>, tomēr arī „iekšējai gribai var būt nozīme, noskaidrojot, vai subjekta darbības ir pareizi uztvertas, vai no situācijas varēja izrietēt, ka subjekta griba bija vērsta uz konkrēta darījuma veikšanu (CL 1440.-1468.p.)”<sup>159</sup>, kā arī, veicot tiesiska darījuma iztulkošanu (CL 1504.p.). Līdz ar to ir secināms, ka prioritāte ir gribas pauduma teorijai, kur tomēr noteiktos gadījumos tiesisko pārsvaru iegūst gribas teorija, tādējādi atspoguļojot abu teoriju mijiedarbību.

<sup>153</sup> Sk.: Pacientu tiesību likuma 3.p.6.d., 8.p.

<sup>154</sup> Pacientu tiesību likuma 6.p.

Ārstniecības pakalpojums noslēdzas ar darbību pabeigšanu nevis ar rezultāta (kas var būt pilns vai nepilns, vai nebūt vispār) iestāšanos; pie tam laika pārrāvums starp ārstniecības pakalpojuma pabeigšanu un rezultāta iestāšanos var būt liels (Sk.: Балугин С. Чего не следует ожидать от платных медицинских услуг. Pieejams: <http://www.anoufrieu.ru/index.php?utid=200&id=226> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].), lai arī ārstniecības tiesiskajās attiecībās pacients cer uz veselības uzlabošanas (Girke M. Patient-Arzt-Beziehung. Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz, 2007, nr.50, S.1130. Pieejams: [www.springerlink.com/content/y0024g0078q712u/fulltext.pdf](http://www.springerlink.com/content/y0024g0078q712u/fulltext.pdf) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā]).

Vēsturiski jēdziens „veselība” tika interpretēts atšķirīgi. Senajos laikos veselība tika uzskatīta kā harmonija, skaistuma un tikumības ideāls (Platonam veselība bija labums, kas veicina cilvēka garīgo izaugsmi, Aristotelim – harmonija, kas nodrošina izcilas ķermeniskas un garīgas īpašības). Savukārt viduslaikos veselība tika skaidrota kā nevainojama orgānu funkcionēšana, kā galvenais labums un cilvēka dzīves pamats (Fr.Bēkons, Lametrī, Dekarts u.c.). Jaunajos un jaunākajos laikos veselība tika atzīta kā slimībai pretējs, sākotnējais stāvoklis, uz kura saglabāšanu jātiecas medicīnai. Mūsdienās veselība ir fiziska, garīga un sociāla labklājība, cilvēka pamatlabums (Философия медицины. Науч.ред. Шевченко Ю.Л. Москва: ГЮТАР-МЕД, 2004, с.383,418-421; Ārstniecības likuma 3.p.1.d.)).

<sup>155</sup> Байков А. Общая часть гражданского права. Рига: Holda, 2006, с.248.

<sup>156</sup> Latvijas Republikas Civillikuma komentāri: Ceturtā daļa. Saistību tiesības. Torgāns K., Grūtups A., Višņakova G.u.c. Zin.red. Torgāns K. Rīga: Mans Īpašums, 1998, 37.,53.lpp.; Шапп Ян. Система германского гражданского права : учебник. Москва: Международные отношения, 2006, с.203,213; Покровский И.А. Основные проблемы гражданского права. Изд.3-е. Москва: Статут, 2001, с.245; Байков А. Общая часть гражданского права. Рига: Holda, 2006, с.267.

<sup>157</sup> Шапп Ян. Система германского гражданского права : учебник. Москва : Международные отношения, 2006, с.202; Покровский И.А. Основные проблемы гражданского права. Изд.3-е. Москва: Статут, 2001, с.246,247,249.

<sup>158</sup> CL 1427., 1428.p.

<sup>159</sup> Latvijas Republikas Civillikuma komentāri: Ceturtā daļa. Saistību tiesības. Torgāns K., Grūtups A., Višņakova G.u.c. Zin.red. Torgāns K. Rīga: Mans Īpašums, 1998, 37.lpp.

Ir konstatējami sekojoši gadījumi, kad medicīniskā iejaukšanās veikta bez pacienta piekrišanas prettiesiski, pat, ja izdarītā ārstniecība ir bijusi efektīva un nenodarīja kaitējumu pacientam<sup>160</sup>: 1) ja pacients nebija spējīgs izteikt gribu; 2) ja ārsts nav sniedzis vai sniedzis nepietiekamu informāciju pacientam<sup>161</sup>; 3) ja pacients piekrita ārstniecībai maldības, viltus vai spaidu ietekmē; 4) ja ārsts veicis ārstniecību bez pacienta piekrišanas (patvaļīgi); 5) ja ārsts veicis ārstniecību ārpus pacienta piekrišanas robežām bez pamatota iemesla.

Literatūrā izdalīti dažādi pacienta un ārsta tiesisko attiecību modeļi<sup>162</sup>. Jāatzīmē, ka galvenokārt cīņa norisinās starp paternālismu un pacienta autonomiju, kur ārstniecības tiesisko attiecību modeļos atšķiras kāda no šiem principiem pārsvars, un pārējais ir tikai niansas. Šobrīd pacienta un ārsta tiesiskās attiecības ir vērtējamas kā liberracionālais attiecību modelis<sup>163</sup>, kur dominē brīva un saprātīga pacienta griba (jeb pacienta informētās piekrišanas modelis).

Pacienta informētās piekrišanas modelim ir konstatējami vērā ņemami trūkumi. Pirmkārt, pacienta piekrišana samērā nosacīti pielietota pacienta vietniecības gadījumā<sup>164</sup>, kur gribas

---

<sup>160</sup> Atšķirībā, piemēram, no krimināltiesībām, kur ārstniecības personas nolaidība pati par sevi nerada krimināltiesiskas sekas, tieši likumā norādīto seku iestāšanās rada kriminālatbildības pamatu (Sk.: Latvijas Republikas Jūrmalas pilsētas tiesas 2009.g. 16.jūnija spried. lietā Nr.11410063606 K 17-0012-09).

Sk.: Ерофеев С.В., Ерофеева И.О. Принцип информированного согласия пациента: обзор зарубежной медицинской и юридической практики. Pieejams: [www.med-law.ru](http://www.med-law.ru) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā]; Силуянова И.В. "Патернализм" и "информированное согласие": этическое и правовое регулирование отношений. Pieejams: [www.ejnews.ru/medpravo.htm](http://www.ejnews.ru/medpravo.htm) [aplūkots 2010.gada 11.novembrī]; Золотых В.В., Жуков С.П. Обоснованный риск в медицинской деятельности. Pieejams: [www.med-law.ru](http://www.med-law.ru) [aplūkots 2010.gada 21.decembrī].

<sup>161</sup> Sk.: LR AT Senāta CD 2009.g. 06.maija spried. lietā Nr.SK-145/2009 (tiks analizēts tālāk darbā).

Pacienta piekrišana ir spēkā tad, ja pacientam ir sniegta sapotamā veidā atbilstoša apjoma informācija (Vācijas Federālās Augstākās tiesas 2007.gada 23.oktobra spriedums lietā Nr.1 StR 238/07. MedR, 2008, nr.26, S.435-437.

Pieejams: [www.springerlink.com/content/4637h62634178061/fulltext.pdf](http://www.springerlink.com/content/4637h62634178061/fulltext.pdf) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].

Trūkumi informācijas sniegšanā pacientam ne vienmēr rada pacienta gribas izteikuma spēkā neesamību (Cooke J. Law of tort. London: Pitman Publishing, 1995, p.183).

<sup>162</sup> Galvenie attiecību modeļu daļējumi: paternālistiskais, liberracionālais, tehnoloģiskais, interpretacionālais; fiduciārs jeb uzticības, sakrālais, tehniskais, patērētāja un izpildītāja, koleģiālais, kontraktuālais, izglītojošais; paternālistiskais, apspriešanas modelis (centrēts uz pacientu), līgumiskais (pacienta izvēle) (Izstrādāts balstoties uz šādiem avotiem: Яковлев В.А., Суркова Л.В. От этики патернализма - к этике диалога. Вестник Московского университета. Серия 7. Философия, 1998, nr.5, с.24-34. Pieejams: [www.philos.msu.ru/vestnik/philos/art/1998/yakovlev\\_ethics.htm](http://www.philos.msu.ru/vestnik/philos/art/1998/yakovlev_ethics.htm) [aplūkots 2010.gada 11.novembrī]; Сальников В. П., Стеценко С. Г. Доктрина информированного согласия. Новая правовая мысль, 2002, nr.1, с. 36 - 42. Pieejams:

<http://www.law.edu.ru/magazine/document.asp?magID=13&magNum=1&magYear=2002&articleID=1169577>

[aplūkots 2010.gada 22.maijā]; Сабурова В.И. Модели взаимоотношения врач-пациент. Моральные принципы и правила проведения исследований на человеке и животных. Pieejams: <http://bioethos.ru/lect/13.htm> [aplūkots 2010.gada 11.novembrī]; Лесняк О.М. О роли пациента в современном диагностическом и лечебном процессе. Pieejams: <http://vestnik.okb1.mplik.ru/1/001.html> [aplūkots 2010.gada 22.maijā]; McLean A. Briefcase On Medical Law. [b.v.], Cavendish Publishing Limited, 2001, p.15-18. Pieejams:

<http://rulv.etailer.dpsl.net/home/html/moreinfo.asp?bookId=536903472&category=LW620000&whichpage=6&pagename=category.asp> [aplūkots 2010.gada 11.novembrī]; Kroner T., Richter G. Ärztliche Verantwortung: das Arzt-Patient-Verhältnis. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz, 2008, nr.8, S.818-826. Pieejams:

[www.springerlink.com/content/w72q7020g451v463/fulltext.pdf](http://www.springerlink.com/content/w72q7020g451v463/fulltext.pdf) [aplūkots 2010.gada 11.decembrī]; Reiter-Thei St., Hiddermann W. „Patientenautonomie statt Paternalismus”. Onkologe, 2000, nr.6, S.190-197. Pieejams:

[www.springerlink.com/content/fkjdgvg4utabpb3/fulltext.pdf](http://www.springerlink.com/content/fkjdgvg4utabpb3/fulltext.pdf) [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].

<sup>163</sup> Liberāls (*liberalis* – “brīvam raksturīgs”) un racionāls (*rationalis* – loģisks, saprātīgs (Baldunēiks J., Pokrotniece K. Svešvārdu vārdnīca: vairāk nekā 15 000 citvalodu cilmes vārdu un terminoloģisku vārdkopu. Zin.red. Baldunēiks J. Rīga: Jumava, 1999, 434., 649.lpp.).

<sup>164</sup> Informed Consent, Parental Permission, and Assent in Pediatric Practice. American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics. Pediatrics, 1995, Vol.95, nr.2, p.314-317. Pieejams: [www.cirp.org/library/ethics/AAP/](http://www.cirp.org/library/ethics/AAP/)

izteikumu veic pacienta vietnieks, nevis pats patients. Otrkārt, pacienta gribu nozīmīgi ietekmē faktiskie apstākļi (pacienta veselības traucējumi, zināšanu trūkums, ekonomiskais faktors) (sk.tālāk darbā), kur tiesiskās aizsardzības mehānisms pietiekami nenodrošina pacienta gribas aizsardzību no tiem<sup>165</sup>. Pie tam pārdoši apgalvot, ka mazinās šo faktisko apstākļu ietekme, tieši otrādi – piemēram, attīstoties medicīnai, zināšanu apjoms palielinās, kas rada lielāku plaisu starp ārstu un pacientu; arī finansiālā krīze Latvijā nemazinās pietiekami straujā tempā. Treškārt, tiek pausts viedoklis, ka nav atbalstāma kādas puses dominance ārstniecības tiesiskajās attiecībās (ārsta – paternālismā; pacienta – informētās piekrišanas modelī)<sup>166</sup>, jo „pārlietu izjaucot līdzsvaru pušu tiesiskajos statusos, tas tomēr negatīvi ietekmē ārstniecības tiesiskās attiecības. Ceturtkārt, informētās piekrišanas modelī ir konstatējama apstākļu sadursme – balstoties uz objektīvu informāciju, pacients pieņem subjektīvu lēmumu, kas ne vienmēr ir pacienta veselības labā<sup>167</sup>. Piektkārt, arī pacienta informētās piekrišanas modelī ir konstatējamas paternālisma iezīmes<sup>168</sup>. Ir izteikts viedoklis, ja pacienta ārstniecība pret viņa gribu tiek veikta trešo personu interesēs, tad tas nav vērtējams kā paternālims, jo paternālismā pacienta aizbildnība tiek īstenota pacienta nevis citu personu labā<sup>169</sup>. Šāds vērtējums ir strīdīgs, jo, veicot pacienta ārstniecību pret viņa gribu, šīs ārstniecības mērķis ir gan trešo personu, gan arī paša pacienta interesēs. Tiek norādīts, ka mainās arī paternālisma raksturs – „no pagātnes privāta uz mūsdienu valstisku”<sup>170</sup>. Secināms, ka mūsdienu apstākļos gandrīz beznosacījumu pacienta informētās piekrišanas modelis īsti neattaisno sevi ārstniecības tiesiskajās attiecībās.

---

[aplūkots 2010.gada 11.novembrī]; Научные исследования с участием детей. Белоусова Ю.Б.(Ред.). Pieejams: [www.consilium-medicum.com/media/book/05\\_01/15.shtml](http://www.consilium-medicum.com/media/book/05_01/15.shtml) [aplūkots 2010.gada 11.novembrī].

<sup>165</sup> Arī literatūrā tiek atzīts, ka ārstam ir reāla vara pār pacientu, neskatoties uz pacienta autonomiju (Sk.: Ķikuts G., Sīle V. Ārsta un pacienta attiecību ētiskie aspekti. Grām.: Biomedicīnas ētika. Ķikuts G., Mežinska S., Neiders I.u.c. Sast. V.Sīle. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2006, 185.,186.lpp.; sk.arī: Hildt E. Autonomie in der Medizin. Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz, 2008, nr.51, S.827-834. Pieejams: [www.springerlink.com/content/e90v415578466157/fulltext.pdf](http://www.springerlink.com/content/e90v415578466157/fulltext.pdf) [aplūkots 2010.gada 11.decembrī]).

<sup>166</sup> Turner-Warwick D.M. Paternalism versus patient autonomy. Journal of the Royal Society of Medicine. Supplement, 1994, nr.22, p.16. Pieejams: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1294188> [aplūkots 2010.gada 15.maijs].

<sup>167</sup> Sk.arī: McLean S. Autonomy, Consent and the Law. London: Routledge-Cavendish, 2009, p.24,27,33-35. Pieejams: <http://rulv.etailer.dpsl.net/home/html/moreinfo.asp?bookId=536970545&category=LW000000&whichpage=4&pagina me=category.asp#> [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].

<sup>168</sup> Piem., Pacientu tiesību likuma 7.p.8.d.; Kihlbom U. Autonomy and negatively informed consent. Journal of Medical Ethics, 2008, nr.34, p.146-149. Pieejams: <http://jme.bmj.com/cgi/content/full/34/3/146?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=consent+of+patient&searchid=1&FIRSTINDEX=20&resourcetype=HWCIT> [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].

<sup>169</sup> Grill K. Liberalism, altruism and group consent. Public Health Ethics, 2009, nr.2(2), p.146-157. Pieejams: <http://phe.oxfordjournals.org/content/2/2/146.full?maxtoshow=&hits=40&RESULTFORMAT=&fulltext=informed+consent&searchid=1&FIRSTINDEX=120&resourcetype=HWCIT> [aplūkots 2011.gada 11.aprīlī]; Stauch M., Wheat K., Tingle J. Sourcebook on medical law. London: Cavendish Publishing Limited, 2002, p.31. Pieejams: <http://books.google.lv> [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].

<sup>170</sup> Lawrence M. The new paternalism: supervisory approaches to poverty. Washington: Brookings Institution Press, 1997, p.8; Pacientu tiesību likuma 7.p.5.d.; Kottow M. The battering of informed consent. Journal of Medical Ethics, 2004, nr.30, p.565-569. Pieejams: <http://jme.bmj.com/cgi/content/full/30/6/565?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=consent+of+patient&searchid=1&FIRSTINDEX=30&resourcetype=HWCIT> [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].

Lai gan vēl Ārstniecības likumā līdz pat 2010.gada 1.martam pastāvēja privāta paternālisma iezīmes (Ārstniecības likuma 23.p.). Bet, piem., Japānā, Dienvidkorejā joprojām dominē privātais paternālims, jo šajās valstīs ir stipras



Analizējot pacienta un ārsta tiesisko attiecību modeļa nākotnes attīstības perspektīvas, jānonāk pie sekojoša secinājuma. Paturot prātā pacienta gribas juridiskās atzīšanas attīstības spirāli, nākotnes virziens varētu būt vērsts uz pacienta gribas zināmu ierobežošanu<sup>171</sup>, kur pieejas maiņas nepieciešamību pamato arī darbā iepriekš minētie argumenti. Līdz ar to kā piemērotākais būtu tehnoloģiskais jeb tehniskais attiecību modelis. Šinī modelī pacients un ārsts ir līdztiesīgi dalībnieki, kuru rīcību nosaka objektīva medicīniska informācija par pacientu. Lēmumu pieņem pacients, bet pacienta griba tiek ierobežota ar objektīvu kritēriju, t.i., pacienta lēmumam jābūt objektīvi pamatotam, izejot no pacienta veselības interesēm. Te iezīmējas zināmas paternālisma iezīmes. Bet atšķirīgu šo modeli no paternālisma dara tas, ka lēmumu pieņem tomēr pats pacients, un iejaukties šajā lēmumā pieļaujams, balstoties tikai uz objektīvu pamatojumu nevis ārsta autoritatīvu, samērā subjektīvu gribu plašo medicīnas zināšanu dēļ<sup>172</sup>. Tehniskajā pacienta un ārsta tiesisko attiecību modelī pacienta autonomija tiek ierobežota ar objektīvu kritēriju pacienta interesēs, izslēdzot tīri subjektīvu pacienta gribu lēmuma pieņemšanā, kas iespējams būtu atbilstošāk tuvākās nākotnes ārstniecības tiesiskajām attiecībām.

---

ģimenes saites (Яковлев В.А., Суркова Л.В. От этики патернализма - к этике диалога. Вестник Московского университета. Серия 7. Философия, 1998, nr.5, с.24-34. Pieejams: [www.philos.msu.ru/vestnik/philos/art/1998/yakovlev\\_ethics.htm](http://www.philos.msu.ru/vestnik/philos/art/1998/yakovlev_ethics.htm) [aplūkots 2010.gada 11.novembrī]; Joung Ph. Patientenverfügung. Selbstbestimmung am Lebensende in Südkorea. Ethik in der Medizin, 2008, nr.20, S.213. Pieejams: [www.springerlink.com/content/t720126013557j87/fulltext.pdf](http://www.springerlink.com/content/t720126013557j87/fulltext.pdf) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā]), kas gūst pārsvaru pār valstisko aizsardzības mehānismu, ņemot vērā sabiedrības tradīcijas.

Lai gan indivīds un viņa rīcības brīvība vienmēr ir prioritārāka pār valsti (Čehijas Republikas Konstitucionālās tiesas 2004.gada 12.maija spried. lietā: I. US 167/04. Pieejams: [http://angl.concourt.cz/angl\\_verze/doc/1-167-04.php](http://angl.concourt.cz/angl_verze/doc/1-167-04.php) [aplūkots 2011.gada 11.aprīlī]).

<sup>171</sup> Šāds viedoklis tiek pausts arī juridiskajā literatūrā, norādot, ka iezīmējas tendence mazināt pacienta autonomijas robežas (Geisler L.S. Der mündige Patient Jagd nach einem Phantom. Pieejams: [www.linus-geisler.de/art2003/0522rm-patient.html](http://www.linus-geisler.de/art2003/0522rm-patient.html) [aplūkots 2010.gada 11.novembrī]; Richards E.P., Rathbun K.C. Medical Care Law. [b.v.], Jones & Bartlete Learning, 1999, p.209. Pieejams: <http://books.google.lv> [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā]).

Lai gan ir arī piekritēji pretējam viedoklim, ka nepieciešams stiprināt pacienta pašnoteikšanas nākotnes ārstniecības tiesiskajās attiecībās (Patienten als Partner in der letzten Lebensphase. Van Oorschot B., Hausmann C., Köhler N.u.a. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz, 2004, nr.47, S.992. Pieejams: [www.springerlink.com/content/w3744wge2vpm3x4t/fulltext.pdf](http://www.springerlink.com/content/w3744wge2vpm3x4t/fulltext.pdf) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā]).

<sup>172</sup> Brīva nav tā griba, kas izvēlas, izejot no subjekta vēlmēm (voluntārisms), bet griba, kas izvēlas atbilstoši objektīvai nepieciešamībai (racionālisms) (Hēgelis – sekoju būtībai, nevis tikai sev) (Философия медицины. Науч.ред. Шевченко Ю.Л. Москва: ГЮТАР-МЕД, 2004, с.410,445).

E.Lamberts- „Ir pacienti, kuriem nevar palīdzēt, bet nav tādu, kuriem nevar kaitēt” (Ефименко С.А. Социальные аспекты взаимоотношений врача и пациента. Социология медицины, 2006, nr.1, с.13).

## 2. Pacienta spēja izteikt gribu

Pacienta spējā izteikt gribu apskatāmi trīs aspekti. Pirmkārt, kad rodas pamats pacienta gribas civiltiesiskajai aizsardzībai un kāds ir šis aizsardzības periods, saistot to ar pacienta tiesībspēju. Otrkārt, pētāma ir pacienta spējas izteikt gribu realizācija, veicot to pašam pacientam. Un, treškārt, ja pacients objektīvu apstākļu dēļ pats nespēj izteikt gribu, tad analizējama ir pacienta vietniecība gribas izteikumā ārstniecībā.

### 2.1. Pacienta gribas civiltiesiskā aizsardzība un pacienta tiesībspēja

Analizējot pacienta gribas civiltiesisko aizsardzību, būtiski ir konstatēt laikposmu, kurā ir veicama minētā aizsardzība. Pēc vispārīgā principa tas ir saistāms ar pacienta tiesībspēju, t.i., pacientam esot tiesību subjektam, tiek aizsargāta arī viņa griba. Tādēļ nozīmīgi analizēt pacienta tiesībspējas rašanās un izbeigšanās tiesiskos aspektus. Tomēr paturama prātā arī ideja, vai pacienta gribas tiesiskā aizsardzība aprobežojas tikai ar minēto laika posmu.

Fiziskas personas, līdz ar to arī pacienta, tiesībspēja rodas ar dzimšanu<sup>173</sup>. Neskatoties uz civilstāvokļa aktu obligātās reģistrācijas prasību<sup>174</sup>, kuras iestrādes radās 2.gs.<sup>175</sup>, fiziskas personas dzimšanai tiesiskā nozīme rodas jau ar pašu piedzimšanas faktu, kuru pierāda jeb apliecina šī fakta reģistrācija dzimšanas reģistrā<sup>176</sup>. Tātad dzimšanas fakta reģistrācijai iezīmējas nevis civilstāvokļa akta tiesiski konstitutīvs, bet gan pierādījuma raksturs.

Medicīnā cilvēka dzīvības sākumu saista ar patstāvīgas elpošanas uzsākšanu, kur bērns pirmo reizi ieelpo, iznākot no mātes dzemdību ceļiem, visbiežāk 30-90 sekunžu laikā<sup>177</sup>.

---

<sup>173</sup> CL 1406.p.; Latvijas Republikas Civillikuma komentāri: Ceturtā daļa. Saistību tiesības. Torgāns K., Grūtups A., Višņakova G.u.c. Zin.red. Torgāns K. Rīga: Mans Īpašums, 1998, 20.lpp; „cilvēka dzīves sākumu” (Civil Code of France (a.16)).

<sup>174</sup> Civilstāvokļa aktu likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 2005, 1.aprīlis, nr.52.

<sup>175</sup> Санфиллипо Ч. Курс римского частного права. Москва: БЕК, 2002, с.38.

<sup>176</sup> Civilstāvokļa aktu likums: Latvijas Vēstnesis, 2005, 1.aprīlis, nr.52. IV nodaļa.

Tiesa atzina par prettiesisku dzimtsarakstu nodaļas atteikumu reģistrēt bērna dzimšanu, pamatojoties uz vecmātes izsniegto izziņu, neskatoties uz to, ka tajā brīdī spēkā esošā likuma „Par civilstāvokļa aktiem” 22.panta ceturtā daļa (Par civilstāvokļa aktiem: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 1993. 28.oktobris, nr.97 (zaudējis spēku 15.04.2005.)) un CL 146.panta pirmā daļa noteica, ka, paziņojot par bērna piedzimšanu, jāiesniedz ārstniecības iestādes vai ārsta izziņa, kas apliecina dzimšanas faktu, t.i., neparedzot vecmātēm tiesības izdot minēto izziņu (LR AT Senāta AD 2006.g.17.janvāra spried. lietā Nr.SKA-8; Latvijas Republikas Administratīvās apgabaltiesas 2007.g.10.aprīļa spried. lietā Nr.A1748-04/6 AA43-0401-07/9).

<sup>177</sup> Liholaja V. Aborts: slepkavība vai ...? Latvijas Universitātes Raksti: Juridiskā zinātne, 2004, nr.667, 23.lpp.; Populārā medicīnas enciklopēdija. Aivars J., Arons K., Auliks I.u.c. Atb.red. Bļugers A. 2.izd. Rīga: Galvenā

Civiltiesību zinātnē šobrīd dominē princips, ka tiesībspējas sākuma moments ir brīdis, kad bērns ir pilnīgi atdalījies no mātes miesām, kur nabas saites pārgriešana nav obligāts priekšnoteikums<sup>178</sup>. Tiesībspējas rašanos neietekmē bērna atdalīšanās veids no mātes – vai dabiski, vai mākslīgā ceļā, izdarot ķirurģisku iejaukšanos<sup>179</sup>.

Fiziskas personas tiesībspējas rašanās vienīgais kritērijs ir fiziskas personas faktiskā eksistēšana, kur tomēr strīdīgs ir šīs eksistēšanas medicīniskais un arī tiesiskais raksturs. Šajā jautājumā ir divas tendences. No vienas puses, attiecībā uz bērnu netiek izvirzīta vitalitātes jeb dzīvotspējas prasība, ir pietiekami, ja bērns piedzimst dzīvs<sup>180</sup>. Attiecībā uz dzīvības pierādījumiem pastāv divas pieejas. Pirmkārt, obligāti ir nepieciešams, lai bērns izdarītu kliedzienu<sup>181</sup>, kur dotā pieeja domājams balstās uz principu, ka cilvēka dzīvība sākas ar patstāvīgu elpošanas uzsākšanu. Otrkārt, tiek uzskatīts, ka ir pietiekami, ja bērns pēc piedzimšanas izrādītu jebkādu dzīvības pazīmi<sup>182</sup>. Jāatzīst, ka pēdējā pieeja ir progresīvāka un atbilstošāka, jo bērns var būt dzīvs arī neizdarot kliedzienu, ja, piemēram, guvis kādu traumu dzemdību procesā<sup>183</sup>.

No otras puses, lai arī viedokļi dalās, tiek prasīts, lai bērns būtu vismaz tik daudz iznēsāts, lai nebūtu absolūti dzīvotnespējīga būtne ārpus mātes organisma, ja arī viņš piedzimtu dzīvs<sup>184</sup>. Jāsecina, ka šāda prasība ir pamatota, ņemot vērā kādas tiesiskās sekas rada tiesībspējas konstatēšana. Bet minētā prasība ir pamatota tikai tik ilgi un tikai tajā gadījumā, ja tiesībspējas rašanās tiek saistīta ar fiziskās personas piedzimšanas brīdi<sup>185</sup>. Līdz ar to, lai rastos fiziskai personai tiesībspēja, ir atzīstami šobrīd par pamatotiem divi kritēriji: 1) lai ieņemta persona piedzimtu dzīva;

---

enciklopēdiju redakcija, 1984, 136.lpp.; Apinis P. Cilvēks: Anatomija, fizioloģija, patoloģijas pamati. Rīga: Jāņa sēta, 1998, 738.lpp.

<sup>178</sup> Balodis K. Ievads civiltiesībās. Rīga: Zvaigzne ABC, 2007, 74., 75.lpp.; Kennedy I., Grubb A. Principles of medical law. Oxford: Oxford University Press, 1998, p.190; Larenz K., Wolf M. Allgemeiner Teil des Bürgerlichen Rechts /begründet von Karl Larenz ; fortgeführt von Manfred Wolf. München: Beck, 1997, S.123.

Attiecībā uz minēto pieeju iespējams vilkt paralēles ar dabisko augļu kā blakus lietu rašanos ar atdalīšanās jeb separācijas brīdi (CL 856.p.; Sinaiskis V. Latvijas civiltiesību apskats. Lietu tiesības. Saistību tiesības. Rīga: TIC, 1996, 25., 57.lpp.; Rozenfelds J. Lietu tiesības. Rīga: Zvaigzne ABC, 2000, 96., 97.lpp.; Višņakova G., Balodis K. Latvijas Republikas Civillikuma komentāri: Lietas. Valdījums. Tiesības uz svešu lietu. Rīga: Mans Īpašums, 1998, 21.lpp.; Grūtups A. Latvijas Republikas Civillikuma komentāri: Īpašums. Rīga: Mans Īpašums, 1996, 35.lpp.).

<sup>179</sup> Санфиллипо Ч. Курс римского частного права. Москва: БЕК, 2002, с.37; Гримм Д.Д. Лекции по догме римского права. Москва: Зерцало, 2003, с.66.

<sup>180</sup> Čakste, K. Civiltiesības. Rīga, [b.i.], 19XX, 13.lpp.; Санфиллипо Ч. Курс римского частного права. Москва: БЕК, 2002, с.37; Гримм Д.Д. Лекции по догме римского права. Москва: Зерцало, 2003, с.66.; Kennedy I., Grubb A. Principles of medical law. Oxford: Oxford University Press, 1998, p.190.

<sup>181</sup> Санфиллипо Ч. Курс римского частного права. Москва: БЕК, 2002, с.37.

<sup>182</sup> Ibid, с.37.

<sup>183</sup> Liholaja V. Aborts: slepkavība vai ...? Latvijas Universitātes Raksti: Juridiskā zinātne, 2004, nr.667, 24.lpp.

<sup>184</sup> Гримм Д.Д. Лекции по догме римского права. Москва: Зерцало, 2003, с.66; Mason J.K., McCall Smith R.A. Law and Medical Ethics. London, Dublin, Edinburgh: Butterworths, 1994, p.112.

<sup>185</sup> No medicīnas zinātnes viedokļa ieņemta persona līdz 8.attīstības nedēļai ir embrijs, bet no 9.nedēļas līdz piedzimšanai ir auglis. Primitīvas iezīmes veidojas ap 15.dienу (2 nedēļas), bet līdz 8.nedēļai izveidojas visu svarīgāko orgānu sistēmu un atsevišķu orgānu aizmetņi, veidojas videne, galva, seja, ekstremitāšu aizmetņi, un šajā periodā embrijs ļoti jūtīgs pret nelabvēlīgu ārējās apkārtnes vides faktoru iedarbību. Savlaicīgas dzemdības ir no 38.-42.nedēļai; turpretim priekšlaicīgas – 22.-37.nedēļai, kur, auglim esot dzīvotspējīgam, tas tomēr nevar elpot patstāvīgi, lai arī plaušas un plaušu asinsvadi jau ir labi attīstīti (Populārā medicīnas enciklopēdija. Aivars J., Arons K., Auliks I.u.c. Atb.red. Bļugers A. 2.izd. Rīga: Galvenā enciklopēdiju redakcija, 1984, 79.,136.lpp.; Apinis P. Cilvēks: Anatomija, fizioloģija, patoloģijas pamati. Rīga: Jāņa sēta, 1998, 733., 738.lpp.).

2) lai ieņemtā persona būtu sasniegusi noteiktu attīstības pakāpi, kā rezultātā persona nebūtu absolūti dzīvotnespējīga, t.i., fiziska persona būtu vismaz relatīvi dzīvotspējīga (no 22.-37.attīstības nedēļai).

Mūsdienu civiltiesībām raksturīga samērā strikta pieeja fiziskas personas dzīves sākuma noteikšanai, kas pamatojas ar tiesiskās pieejas konkrētuma nepieciešamību, konstatējot tiesībspējas rašanās brīdi. Bet, piemēram, krimināltiesību izpratnē tiek atbalstīts viedoklis, fiziskas personas dzīvības sākuma brīdi saistīt ar dzemdību procesu, uzskatot bērnu par jaundzimušo jau no tā brīža, kad viņš dzemdību procesā sāk parādīties no mātes dzemdību ceļiem<sup>186</sup>. Šādas atšķirības iespējamas, ņemot vērā konkrēto tiesību nozaru specifiku.

Tiesībspēja dzīvo būtņu vidū piemīt tikai cilvēkiem. Lai arī ir tiesību normas, kas aizsargā arī dzīvniekus, tad to nolūks ir normēt cilvēku uzvedību sabiedrībā<sup>187</sup>. Ar skatu uz nākotni iezīmējas tendence – paplašināties dabiskajām tiesībām, to interpretācijai. Piemēram, vienlīdzības princips, balstoties uz dabiskajām tiesībām, ir ne tikai starp cilvēkiem, bet arī starp visām dzīvām būtnēm (Ulpiāns)<sup>188</sup>. Lai arī tiek kritizēta šī uzskata tiesiskā nozīme<sup>189</sup>, tomēr dzīvnieku tiesiskās aizsardzības paplašinājums iespējams var kļūt aktuāls, piemēram, ksenotransplantācijā<sup>190</sup>, t.i., transplantējot cilvēkiem dzīvnieku audus un orgānus.

Aizvien vairāk tiek vērtēts, vai fiziskas personas tiesībspējas rašanās arī turpmāk būtu saistāma ar piedzimšanas brīdi, ņemot vērā arī medicīnas zinātnes attīstību, kur jau agrīnākā attīstības stadijā iespējams konstatēt dzīvību. Zinātniskajā literatūrā ir izstrādāti vairāki viedokļi par brīdi, kurš būtu uzskatāms par cilvēciskās dzīves sākumu<sup>191</sup>. Izvērtējot dažādās pieejas, iezīmējas

---

<sup>186</sup> Liholaja V. Aborts: slepkavība vai ...? Latvijas Universitātes Raksti: Juridiskā zinātne, 2004, nr.667, 26.lpp. T.i., dzemdību otrajā periodā, kur dzemdībām tie ir trīs: 1) dzemdes kakla atvēršanās periods; 2) augļa izstumšanas periods; 3) placentārais periods (Populārā medicīnas enciklopēdija. Aivars J., Arons K., Auliks I.u.c. Atb.red. Bļugers A. 2.izd. Rīga: Galvenā enciklopēdiju redakcija, 1984, 136.lpp.; Apinis P. Cilvēks: Anatomija, fizioloģija, patoloģijas pamati. Rīga: Jāņa sēta, 1998, 738.lpp.).

<sup>187</sup> Čakste K. Civiltiesības. Rīga, [b.i.], 19XX, 12., 13.lpp.

<sup>188</sup> Эвола Ю. Тайная природа естественного права. Pieejams: <http://www.pravaya.ru/book/19/4391> [aplūkots 2010.gada 22.maijā].

<sup>189</sup> Санфиллипо Ч. Курс римского частного права. Москва: БЕК, 2002, с.29, 30.

<sup>190</sup> Sk.: Ляуш Л.Б. Этические проблемы трансплантации органов и тканей человека. Этические проблемы ксенотрансплантации. Российский Государственный Медицинский Университет. Pieejams: <http://an.mrezha.ru/zhizn/etika/00/Lectures/lect11.doc> [aplūkots 2010.gada 22.maijā].

<sup>191</sup> 1.zinātniski-dabiskā pieeja, kas balstās uz dabiskajām biomedicīnas zinātnēm:

1.1.ar elpošanas sistēmas izveidošanos – elpošanas sistēma sāk formēties pēc 4 nedēļām no šūnu saplūšanas brīža, pēc 9 nedēļām ir vērojamas epizodiskas spontānas augļa elpošanas kustības un pēc 20 nedēļām elpošanas sistēma ir izveidojusies. Šāda pieeja balstās uz principu, ka cilvēciskais auglis var eksistēt ārpus mātes ķermeņa, jo var patstāvīgi elpot.

1.2.ar sirds-asinsvadu sistēmas izveidošanos – šī sistēma veidojas 20.-40. dienā no šūnu saplūšanas brīža.

1.3.ar smadzeņu stumbra funkcionēšanas sākumu – no 6.nedēļas ir konstatējama smadzeņu aktivitāte.

1.4.ar blastocistas implantāciju pie dzemdes sienas – kas noris aptuveni 6.dienā.

1.5.ar šūnu saplūšanas brīdi – jo ar minēto brīdi veidojas genoms.

2.humanitārā, ētiski-filozofiskā pieeja:

2.1.gradualisms – kas balstās uz principu, ka embrijs pakāpeniski iegūst dvēseli un cilvēciskās, personības iezīmes, t.i., ar preembrija implantāciju un šūnu struktūras pārformēšanos, tātad ar 14.dienu. līdz ar to tiek nodalīts preembrijs un

trīs veidi cilvēka dzīves sākuma brīža konstatācijai: 1) ar šūnu saplūšanas momentu; 2) ar noteiktu embrija, augļa attīstības stadiju; 3) ar piedzimšanas brīdi. Pie tam atklājas saistošs aspekts – jo vairāk tiek iegūtas objektīvās medicīnas zināšanas par cilvēka attīstības stadijām, jo vairāk zinātne pietuvina sabiedrību morāles vērtībām<sup>192</sup>. Līdz ar to strīdīgi, vai arī tiesību zinātnē nebūtu jāmaina pieeja fiziskas personas tiesībspējas rašanās brīža konstatācijai, kas izvērtēts tālāk darba nodaļā.

Analizējot tiesiskos aspektus, pārsvaru gūst viedoklis, ka tiesībspējas rašanās brīdis būtu konstatējams jau ar noteiktu embrija attīstības stadiju, t.i., 6.nedēļu, balstoties uz loģikas simetrijas principu<sup>193</sup>. Pēc idejas būtu jābūt vienam kritērijam, ar kuru konstatēt fiziskas personas kā tiesību subjekta rašanās un izbeigšanās brīdi. Ja fiziskas personas nāves konstatēšanas kritērijs ir smadzeņu nāve<sup>194</sup>, tad par dzīves sākumu būtu uzskatāms brīdis, kad sāk funkcionēt smadzenes, t.i., ar 6.embrija attīstības nedēļu<sup>195</sup>. Ņemot vērā minētās pieejas pamatojumu un medicīniskās konstatācijas iespējamību, tā šķiet izvērtējama.

Pacienta tiesībspēja izbeidzas ar nāvi. Citi kritēriji kā fiziskas personas tiesībspējas izbeigšanās pamats<sup>196</sup> mūsdienu tiesībās netiek atzīti.

Vēsturiski nāves konstatācijā tika izmantotas dažādas metodes: 1) ārsts novietoja pretī pacienta sejai spoguļi, ja tas aizsvīda, pacients tika uzskatīts par dzīvu; ja nē – par mirušu; 2) senajā Romā gladiatoru cīņās kritušajiem ar nokaitētu dzelzi pārbaudīja sāpju reakciju; 3) 19.gs. vidū

---

embrijs, kur preembrijs kā materiāls ķermenis tiek pakāpeniski, „palēnināti” piepildīts ar saprātīgu dvēseli, sasniedzot embrija attīstības pakāpi.

2.2.psihoanalītiskā pieeja – personības esamība tiek fiksēta jau pirms dzimšanas, jo psihe sāk veidoties vienlaicīgi ar ķermeni. Minētā pieeja balstās uz cilvēciskās psihi izzīņas paplašinājumu 20.gs., kas noritēja gan pa vertikāli (tika atklāts dziļāks līmenis- zemapziņa), gan pa horizontāli (dvēseles dzīve psihoanalīzes praksē tika konstatēta jau ilgi pirms personas piedzimšanas).

2.3.socioloģisms – pamatojas uz vulgarizētu marksisma-leņinisma filozofijas izpratni, kurai raksturīgs ir morālais relatīvisms (noliedzot reliģiski tikumiskus priekšrakstus) un pārliecība par cilvēka „sociālo” būtību (‘Indivīds ir sabiedriska būtne’ un „kā pati sabiedrība rada cilvēku kā cilvēku, tā arī viņš rada sabiedrību”). Līdz ar to tiek akcentēts cilvēka piedzimšanas brīdis

2.4.morāli-intencionālā pieeja – balstās uz faktu, ka jebkurām morālām, mērķtiecīgām (intencionālām) attiecībām ir nepieciešama divu subjektu reāla esamība, eksistence. Līdz ar to embrijs atšķiras no pieauguša cilvēka tikai ar savu neaizsargātību, kas paaugstina morālo atbildību par embriju.

2.5.filozofiski-antropoloģiskā pieeja – izejot no cilvēciskās esamības idejas, zigota (apaugļotā šūna) tiek uzskatīta par cilvēka esamības izejas punktu.

2.6.teoloģiskā pieeja – pamatojoties uz reliģisko kritēriju, apaugļota šūna uzskatāma par personību, jo tai piemīt dvēsele (Морально-этические проблемы «статуса эмбриона». Силуянова И. В. (Науч.ред.) Российский Государственный Медицинский Университет. Pieejams: <http://an.mrezha.ru/zhizn/etika/00/Lectures/lect4.doc> [aplūkots 2010.gada 22.maijā]).

<sup>192</sup> Морально-этические проблемы «статуса эмбриона». Силуянова И. В. (Науч.ред.) Российский Государственный Медицинский Университет. Pieejams: <http://an.mrezha.ru/zhizn/etika/00/Lectures/lect4.doc> [aplūkots 2010.gada 22.maijā].

<sup>193</sup> Медицинское право. Дмитриев Ю.А. (Науч.ред.) Москва: Элит, 2006, с.130.

<sup>194</sup> Kārtība, kādā veicama smadzeņu un bioloģiskās nāves fakta konstatēšana un miruša cilvēka nodošana apbedīšanai: Ministru Kabineta 2007.g. 27.marta noteikumi nr.215. Latvijas Vēstnesis, 2007, 11.aprīlis, nr.59. (2.-7.pk.).

<sup>195</sup> Apinis P. Cilvēks: Anatomija, fizioloģija, patoloģijas pamati. Rīga: Jāņa sēta, 1998, 732., 733.lpp.; Медицинское право. Дмитриев Ю.А. (Науч.ред.) Москва: Элит, 2006, с.130.

<sup>196</sup> Piem.: pilsonības zaudējums (Čakste K. Civiltiesības. Rīga, [b.i.], 19XX, 13.lpp.); fiziskas personas atteikšanās no tiesībspējas (Balodis K. Ievads civiltiesībās. Rīga: Zvaigzne ABC, 2007, 74.lpp.)

nāves iestāšanos konstatēja ar elpošanas un sirdsdarbības apstāšanos<sup>197</sup>. Lai arī šīs metodes nebija absolūtas, tomēr tās atspoguļo pielietotos kritērijus nāves konstatācijā: 1) elpošanas apstāšanās; 2) sāpju jušana saistīta ar smadzeņu darbību<sup>198</sup>, līdz ar to kā kritērijs netieši smadzeņu nāve; 3) elpošanas un sirdsdarbības apstāšanās.

Mūsdienu tiesību zinātnē kā kritērijs nāves konstatācijā ir smadzeņu nāve, kas tika ieviests pēc Hārvardas Medicīnas skolas iniciatīvas 1968.gadā<sup>199</sup>. Un valstu vairākums pārņēma šo principu savās tiesību sistēmās<sup>200</sup>. Līdz ar to tiesiskā nozīme fiziskas personas tiesībspējas izbeigšanās aspektā praktiski ir diviem nāves veidiem: 1) klīniskai nāvei; 2) smadzeņu nāvei. Pirmkārt, klīniskās nāves stāvoklī cilvēkam apstājas sirdsdarbība un elpošana; tā ilgst aptuveni 5-8 minūtes, kur šajā laikā vairākums audu, orgānu ir dzīvi un organismu var atdzīvināt<sup>201</sup>. Tā kā klīniskā nāve ir atgriezenisks process, kur smadzenes noteiktu laika periodu ir dzīvas, tad fiziska persona klīniskās nāves stāvoklī ir tiesību subjekts.

Otrkārt, tiesiskā nozīme ir smadzeņu nāvei, kas ir dziļš bezsamaņas stāvoklis, kuru raksturo pilnīgs un neatgriezenisks visu galvas smadzeņu funkciju zudums, kuru konstatē, ja pacienta sirdsdarbību un gāzu apmaiņu plaušās uztur, izmantojot reanimācijas vai intensīvās terapijas pasākumus, un ja pacientam ir noteikti simptomi<sup>202</sup>. Šajā gadījumā ir jānošķir faktisko smadzeņu nāves iestāšanos un fiziskas personas nāves iestāšanās konstatāciju. Iestājoties faktiskai smadzeņu nāvei, pacients tiek novērots noteiktu laika periodu, pēc kura iztecēšanas, tiek konstatēts smadzeņu nāves fakts<sup>203</sup>. Savukārt pēc šī fakta konstatācijas tiek pārtraukta pacienta reanimācija vai intensīvā terapija un tiek fiksēts pacienta nāves iestāšanās laiks<sup>204</sup>. Minētais secīgums ir tiesiski nepieciešams, lai pēc iespējas objektīvāk tiktu konstatēta fiziskas personas nāves iestāšanās, tādējādi aizsargājot tiesību subjekta tiesības un legītīmās intereses.

---

<sup>197</sup> Романовский Г.Б. Момент смерти как юридическая фикция. Медицинское право, 2003, nr.2(2), c.27.

<sup>198</sup> Apinis P. Cilvēks: Anatomija, fizioloģija, patoloģijas pamati. Rīga: Jāņa sēta, 1998, 353.lpp.; Populārā medicīnas enciklopēdija. Aivars J., Arons K., Auliks I.u.c. Atb.red. Bļugers A. 2.izd. Rīga: Galvenā enciklopēdiju redakcija, 1984, 442.lpp.

<sup>199</sup> Taupitz J. Rechtsfragen der Transplantationsmedizin, insbesondere die Transplantation vom toten Spender, die Transplantation vom lebenden Spender und die Xenotransplantation. Medizinrechtliches Seminar 98/99; Universität Mannheim. Pieejams: <http://www.grin.com/de/preview/45477.html> [aplūkots 2010.gada 22.maijā].

<sup>200</sup> Piem.: Itālija, Francija, Somija (Медицинское право. Дмитриев Ю.А. (Науч.ред.) Москва: Элит, 2006, с.115.); Latvija (Kārtība, kādā veicama smadzeņu un bioloģiskās nāves fakta konstatēšana un miruša cilvēka nodošana apbedīšanai: Ministru Kabineta 2007.g. 27.marta noteikumi nr.215. Latvijas Vēstnesis, 2007, 11.aprīlis, nr.59. (2.-7.pk.)).

<sup>201</sup> Populārā medicīnas enciklopēdija. Aivars J., Arons K., Auliks I.u.c. Atb.red. Bļugers A. 2.izd. Rīga: Galvenā enciklopēdiju redakcija, 1984, 342.lpp.; Apinis P. Cilvēks: Anatomija, fizioloģija, patoloģijas pamati. Rīga: Jāņa sēta, 1998, 782., 783.lpp.

<sup>202</sup> Kārtība, kādā veicama smadzeņu un bioloģiskās nāves fakta konstatēšana un miruša cilvēka nodošana apbedīšanai: Ministru Kabineta 2007.g. 27.marta noteikumi nr.215. Latvijas Vēstnesis, 2007, 11.aprīlis, nr.59. (2.pk.).

<sup>203</sup> Kārtība, kādā veicama smadzeņu un bioloģiskās nāves fakta konstatēšana un miruša cilvēka nodošana apbedīšanai: Ministru Kabineta 2007.g. 27.marta noteikumi nr.215. Latvijas Vēstnesis, 2007, 11.aprīlis, nr.59. (2.-4.pk.).

<sup>204</sup> Kārtība, kādā veicama smadzeņu un bioloģiskās nāves fakta konstatēšana un miruša cilvēka nodošana apbedīšanai: Ministru Kabineta 2007.g. 27.marta noteikumi nr.215. Latvijas Vēstnesis, 2007, 11.aprīlis, nr.59. (6.pk.).

Tiek izdalīta bioloģiskā nāve, kas ir organisma dzīvības funkciju neatgriezenisks zudums, kas nav novēršams ar reanimācijas vai intensīvās terapijas metodēm<sup>205</sup>. Pēc bioloģiskās nāves iestāšanās pakāpeniski atmirst organisma orgāni un sistēmas, pie tam smadzenes iet bojā pirmās<sup>206</sup>. Līdz ar to netieši secināms, ka arī bioloģiskās nāves gadījumā pamatā ir smadzeņu nāves kritērijs.

Smadzeņu bojājumi, kur iespējams runāt par smadzeņu nāvi plašākā izpratnē, var būt trīs veidu: 1) visu galvas smadzeņu bojā eja, tai skaitā smadzeņu stumbra, kā rezultātā iestājas dziļš bezsamaņas stāvoklis, apstājas patstāvīga elpošana, zūd visas smadzeņu funkcijas; 2) smadzeņu stumbra bojā eja, kur tomēr var saglabāties dzīvotspējas pazīmes (pamatā to elektriskā aktivitāte); 3) noteiktu smadzeņu daļu bojā eja, kas atbild par apziņu, domāšanu, t.i., par cilvēka kā personības saglabāšanu<sup>207</sup>. Tiesiskā nozīmē smadzeņu nāve ir saprotama šaurākā izpratnē – tikai kā visu galvas smadzeņu bojā eja, ko apliecina arī normatīvā regulējuma pieeja<sup>208</sup>.

Izvērtējams pacienta tiesiskais statuss, ja viņš atrodas komas stāvoklī<sup>209</sup>. Dzīves pagarināšana pati par sevi nav medicīnas mērķis, tam jābūt vienlīdzīgi saistītam ar ciešanu atvieglojumu; līdz ar to robežlīnijas noteikšana starp cilvēcisko un tikai veģetatīvu dzīvību ir sarežģīta problēma<sup>210</sup>. Tomēr šobrīd ir atbalstāms princips – kamēr fiziskās personas visas galvas smadzenes nav gājušas bojā, fiziska persona ir uzskatāma par tiesību subjektu.

Fiziskas personas nāves iestāšanās konstatācijas kārtībā tiek noteikts zināms secīgums. Bet fiziskās personas nāves iestāšanās laika fiksācijā tiek izdalīts tieši moments kā juridiska fikcija<sup>211</sup>, jo tiesību sistēma neatzīst pakāpenisku tiesībspējas izbeigšanos<sup>212</sup>. Līdz ar to, pamatojoties galvenokārt uz tiesiskās stabilitātes un skaidrības principu, tiesību sistēma nepieturas strikti pie fiziskās personas nāves faktiskās iestāšanās medicīniskajiem kritērijiem, kas var arī nesakrist ar faktisko smadzeņu nāves iestāšanos, minēto nekoncekvenci aizstājot ar juridisko fikciju.

---

<sup>205</sup> Kārtība, kādā veicama smadzeņu un bioloģiskās nāves fakta konstatēšana un miruša cilvēka nodošana apbedīšanai: Ministru Kabineta 2007.g. 27.marta noteikumi nr.215. Latvijas Vēstnesis, 2007, 11.aprīlis, nr.59. (7.pk.).

<sup>206</sup> Populārā medicīnas enciklopēdija. Aivars J., Arons K., Auliks I.u.c. Atb.red. Bļugers A. 2.izd. Rīga: Galvenā enciklopēdiju redakcija, 1984, 342.lpp.; Apinis P. Cilvēks: Anatomija, fizioloģija, patoloģijas pamati. Rīga: Jāņa sēta, 1998, 782., 783.lpp.

<sup>207</sup> Биомедицинская этика. Покровский В.И. (Науч.ред.) Москва: Медицина, 1997, с.192. Int.res.: Ляуш Л. Б. Этические проблемы трансплантации органов и тканей человека. Этические проблемы ксенотрансплантации. Российский Государственный Медицинский Университет. Pieejams: <http://an.mrezha.ru/zhizn/etika/00/Lectures/lect11.doc> [aplūkots 2010.gada 22.maijā].

<sup>208</sup> Kārtība, kādā veicama smadzeņu un bioloģiskās nāves fakta konstatēšana un miruša cilvēka nodošana apbedīšanai: Ministru Kabineta 2007.g. 27.marta noteikumi nr.215. Latvijas Vēstnesis, 2007, 11.aprīlis, nr.59. (2.pk.).

<sup>209</sup> Koma (gr. *koma* – dziļš miegs) ir dziļš bezsamaņas stāvoklis, kas saistīts ar galvas smadzeņu darbības traucējumiem, kur vairākas dzīvībai svarīgas funkcijas (elpošana, sirds darbība u.c.) novirzās bīstami tālu no normālā stāvokļa (Populārā medicīnas enciklopēdija. Aivars J., Arons K., Auliks I.u.c. Atb.red. Bļugers A. 2.izd. Rīga: Galvenā enciklopēdiju redakcija, 1984, 256.lpp.).

<sup>210</sup> Dijk P. van, Hoof G.J.H. van. Theory and practice of the European Convention of Human Rights. Deventer; Boston: Kluwer Law and Taxation Publications, 1990, p.303.

<sup>211</sup> Романовский Г.Б. Момент смерти как юридическая фикция. Медицинское право. 2003, nr.2(2), с.28.

<sup>212</sup> Дргонец Я., Холлендер П. Современная медицина и право. Москва, [b.i.], 1991, с.140. Periodika: Романовский Г.Б. Момент смерти как юридическая фикция. Медицинское право, 2003, nr.2(2), с.30.

Tiesībspēju neizbeidz tikai fiziska nāve, bet arī prezumtīvā nāve, t.i., gadījumā, kad pie noteiktiem apstākļiem ir jāpieņem, ka kāda persona ir mirusi<sup>213</sup>. Šādā gadījumā tiesa fizisku personu izsludina par mirušu ar tiesas nolēmumu<sup>214</sup>. Fiziskās personas prezumtīvās nāves gadījumā likumdevējs balstās uz nāves iestāšanās prezumpciju. Līdz ar to ir secināms, ka līdz prezumtīvās nāves dienai ir jābalstās uz fiziskās personas dzīvības prezumpciju, kas saistībā ar ārstniecību ir atbalstāma<sup>215</sup>, lai arī citas tiesību jomās tas tiek arī apšaubīts<sup>216</sup>.

Tomēr pacienta gribas civiltiesiskās aizsardzības laika posms neaprobežojas tikai ar to laiku, kamēr pacients ir tiesību subjekts. Pamatojums šādam viedoklim rodams pacienta gribas konstatācijas veidu dalījumā<sup>217</sup>. Līdz ar to pacienta gribas aizsardzība ir nepieciešama vēl divos gadījumos, neskatoties uz to, ka pacients vēl vai jau nav tiesību subjekts: 1) aizsargājot ieņemtas personas tiesiski pieņemamo gribu; 2) aizsargājot miruša pacienta iepriekš izteikto vai tiesiski pieņemamo gribu, jo cilvēka cieņa neizbeidzas ar nāvi, tāpēc nepieciešama cieņas aizsardzība arī pēc personas (pacienta) nāves<sup>218</sup>, pie tam, nenosakot vispār cilvēka cieņas izbeigšanās iespējamību.

Tiek atzīts, ka ieņemta, bet vēl nedzimis fiziska persona<sup>219</sup> nav juridiski vienaldzīgs fakts, no tā rodas teorētiskas un praktiskas problēmas<sup>220</sup>, piemēram, nosakot ieņemtas personas tiesiskās aizsardzības priekšnosacījumus, tās apjomu. Strīdīgi, no kura brīža persona ir uzskatāma par ieņemtu – no šūnu saplūšanas vai no apaugļotās šūnas implantācijas jeb ieligzdošanās momenta dzemdē (kas sākas 6.-7.embrionālās attīstības dienā un ilgst 50 stundas)<sup>221</sup>. Tā kā ir nepamatoti

<sup>213</sup> Čakste K. Civiltiesības. Rīga, [b.i.], 19XX, 13.lpp.; CL 377., 378.p.

<sup>214</sup> CPL 286.p.2.,3.d.

<sup>215</sup> Piem., donora dzimumšūnas ir jāiznīcina, ja donors ir miris (Seksuālās un reproduktīvās veselības likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 2002.gada 19.februāris, nr.27. (20.p.1.d.4.pk.)), kur tiesisko nozīmi iegūst fiziskas personas gan nāves, gan dzīvības prezumpcija.

<sup>216</sup> Sk.: Гримм Д.Д. Лекции по догме римского права. Москва: Зерцало, 2003, с.67.

<sup>217</sup> Piem., literatūrā tiek piedāvāts sekojošs: 1) aktuāli, tieši izteiktā griba; 2) iepriekš izteiktā griba; 3) prezumējamā griba; 4) pacienta labākās intereses (Krones T., Richter G. Ärztliche Verantwortung: das Arzt-Patient-Verhältnis. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz, 2008, nr.8, S.820. Pieejams: [www.springerlink.com/content/w72q7020g451v463/fulltext.pdf](http://www.springerlink.com/content/w72q7020g451v463/fulltext.pdf) [aplūkots 2010.gada 11.decembrī]).

Autore nepiekrīt šādam dalījumam, piedāvājot sekojošus gribas konstatācijas veidus: 1) tieši izteikta griba (šim brīdim un iepriekš); 2) tiesiski pieņemamā griba (prezumējamā griba un gribas prezumpcija), analizējot sīkāk minētos veidus darba piektajā nodaļā.

<sup>218</sup> Eiropas Ekonomikas un sociālo lietu komitejas atzinums par tematu Pacienta tiesības. (3.4.1.7.pk.) (Brisele, 26.09.2007.) Pieejams: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2008:010:0067:01:LV:HTML> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā]; Vācijas Federālās Konstitucionālās tiesas 1971.gada spried. lietā Nr.BVerfGE 30, 173. Mephisto. Grām.: Vildbergs H.J., Feldhüne G. Atsauces Satversmei. Rīga: Latvijas Universitāte, 2003, 114.lpp.; Baumgarten M.O. The Right to Die? Bern, Berlin, Bruxelles, Frankfurt am Main, New York, Oxford, Wien: Peter Lang, 2000, S.66,68,87.

Platons – cilvēka dvēsele ir nemirstīga, kur nomirstot ķermenim, tā atbrīvojas no ķermeniska apvalka un dodas ceļojumā (Философия медицины. Науч.ред. Шевченко Ю.Л. Москва: ГИУТАР-МЕД, 2004, с.78).

<sup>219</sup> „Nasciturus” – „tas, kam tiesības piedzimt” (Медицинское право. Науч.ред. Дмитриев Ю.А. Москва: Элит, 2006, с.129; Гримм Д.Д. Лекции по догме римского права. Москва: Зерцало, 2003, с.66.) vai arī „conceptus” – „ieņemtais” (Санфиллипо Ч. Курс римского частного права. Москва: БЕК, 2002, с.38).

<sup>220</sup> Веберс Я.Р. Осуществление и защита личных и имущественных прав. Том № 107. Гарту, [b.i.],1964. Grām.: Медицинское право. Науч.ред. Дмитриев Ю.А. Москва: Элит, 2006, с.113.

<sup>221</sup> Populārā medicīnas enciklopēdija. Aivars J., Arons K., Auliks I.u.c. Atb.red. Bļugers A. 2.izd. Rīga: Galvenā enciklopēdiju redakcija, 1984, 43.lpp.; Apinis, P. Cilvēks: Anatomija, fizioloģija, patoloģijas pamati. Rīga: Jāņa sēta, 1998, 721.-723., 733.lpp.



izslēgt kādu laika periodu no ieņemtas personas attīstības, tad tiesiski uzskatāms, ka persona ir ieņemta no šūnu saplūšanas brīža.

Pastāv trīs pieejas ieņemtas personas tiesiskā statusa noteikšanā. Pirmkārt, tiek paredzēta ieņemtas personas tiesību aizsardzība, neatzīstot šīs personas tiesībspēju, līdz ar to, neparedzot ieņemtu personu kā tiesību subjektu. No vienas puses, krimināltiesībās ir konstatējamas noteiktākas iestrādes ieņemtas personas tiesību aizsardzībā<sup>222</sup>, kur krimināltiesību doktrīnā tiek pamatoti pausti viedokļi par minētās tiesiskās aizsardzības paplašināšanas nepieciešamību, novēršot pastāvošos normatīvā regulējuma trūkumus<sup>223</sup>.

No otras puses, civiltiesībās nav līdz galam vienveidīga pieeja ieņemtas personas tiesiskajai aizsardzībai. Ieņemta persona netiek atzīta par tiesību subjektu, jo šai personai nepiemīt tiesiski atzītā juridiskā personība plašākā izpratnē, kur turpretim tiesību subjekts ar juridisko personību ir objektīvo tiesību adresāts un subjektīvo tiesību nesējs<sup>224</sup>. Bet tomēr noteiktos gadījumos ir konstatējama ieņemtas personas tiesiskā aizsardzība<sup>225</sup>.

Neskaidrības rodas tajā apstākļī, ka, no vienas puses, ieņemtai personai netiek atzīts tiesību subjekta statuss; no otras puses, tomēr tiek paredzēta atsevišķu tiesību aizsardzība, bet, nekonkretizējot un nedodot normatīvajā regulējumā kopējo pieeju, kādas jomas tiesības tiek aizsargātas un kāds ir šīs aizsardzības apjoms. Viedoklis par daļējas tiesībspējas konstatēšanu ieņemtām personām netiek atbalstīts tiesībspējas jēdziena lietošanas tiesiskās skaidrības aspektā<sup>226</sup>, pie tam arī norādot, ka ieņemta persona nav relatīva juridiskā personība<sup>227</sup>. Daļējas tiesībspējas

<sup>222</sup> Krimināllikums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 1998. 8.jūlijs, nr.199/200. (135.p. – par aborta neatļautu izdarīšanu grūtniecei pēc viņas vēlēšanās).

<sup>223</sup> Piem., tiek piedāvāti divi saistoši priekšlikumi: pirmkārt, sievietei, kura pati vai ar citu personu dalību vai līdzdalību tīši pārtraukusi grūtniecību, šobrīd pie atbildības nav saucama, kur tomēr būtu paredzama šāda iespēja; otrkārt, būtu jāparedz jebkuras personas kriminālatbildība par bojājumu vai traumu nodarīšanu auglim un dzīvotspējīga augļa nomirdināšanu, jo augļa iznīcināšana mātes miesās par slepkavību netiek uzskatīta (Liholaja V. Aborts: slepkavība vai ...? Latvijas Universitātes Raksti: Juridiskā zinātne, 2004, nr.667, 26., 31., 32.lpp.).

<sup>224</sup> Čakste K. Civiltiesības. Rīga, [b.i.], 19XX, 13.lpp.; Санфилипо Ч. Курс римского частного права. Москва: БЕК, 2002, c.35; Kennedy I., Grubb A. Principles of medical law. Oxford: Oxford University Press, 1998, p.190.

<sup>225</sup> Piem.: 1) ieņemtai personai tiek atzīta mantotspēja (CL 386.p.), pie tam romiešu tiesībās ieņemtu personu tādā gadījumā pieņēma par jau dzimušu, kur šai personai varēja iecelt aizgādni (*curator ventris* – klēpja aizgādnis), kura tiesības bija analogiskas aizbildņa tiesībām (Санфилипо Ч. Курс римского частного права. Москва: БЕК, 2002, c.38); 2) vecāki saviem gaidāmajiem bērniem var iecelt aizbildņus testamentā (CL 223.p.1.d.); 3) tiek noteikti zināmi ierobežojumi (ieņemtas personas noteiktas attīstības pakāpes un aborta izdarīšanas pamatojuma kritēriji) grūtniecības mākslīgas pārtraukšanas normatīvajā regulējumā (Seksuālās un reproduktīvās veselības likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 2002.gada 19.februāris., nr.27. (25., 26.p.)); 4) tiek veikta nedzīvi piedzimuša vai dzemdībās miruša bērna dzimšanas, kā arī miršanas, ja miris kaut vai īsu laika sprīdi pēc piedzimšanas, reģistrācija, piešķirot šai personai arī personas kodu (Civilstāvokļa aktu likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 01.04.2005., nr.52. (26.p.)); 5) ir aizliegts iegūt cilvēka augli un embriju zinātniskajiem pētījumiem, kā arī izmantot to kā audu un orgānu donoru; aizliegts veikt cilvēka klonēšanu (Seksuālās un reproduktīvās veselības likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 2002.gada 19.februāris, nr.27. (15.p.1.d.3.pkts, 16.p.)).

Piem., Vācijas Civillikumā, nosakot ierobežojumus pacienta vietniekam piekrist pacienta sterilizācijai, tiek ņemtas vērā arī vēl neieņemtas personas intereses (German Civil Code (§ 1905(1))).

<sup>226</sup> Balodis K. Ievads civiltiesībās. Rīga: Zvaigzne ABC, 2007, 75.lpp.; Pattinson S.D. Medical Law & Ethics. 1st edit. London: Sweet&Maxwell, 2006, p.152, 153.; Larenz K., Wolf M. Allgemeiner Teil des Bürgerlichen Rechts /begründet von Karl Larenz ; fortgeführt von Manfred Wolf. München : Beck, 1997, S.122, 125.

<sup>227</sup> Kennedy I., Grubb A. Principles of medical law. Oxford: Oxford University Press, 1998, p.190.

atzīšana un konstatēšana ieņemtām personām ir atbalstāma, kas ieviestu zināmu tiesisko skaidrību attiecībā uz ieņemtās personas tiesisko statusu un aizsardzību, pilnas tiesībspējas rašanās brīdi saistot ar personas piedzimšanu. Daļējas tiesībspējas institūtā būtu nepieciešams izvērtēt kritērijus tiesībspējas rašanās brīdim, un konkretizēt tiesībspējas apjomu.

Trešā pieeja balstās uz principu, ka, ieņemta persona tiek atzīta par tiesību subjektu, ja piedzimst dzīva<sup>228</sup>. Tātad ieņemtās personas juridiskā personība tiek atzīta ar ieņemšanas brīdi, bet ar atceļošu nosacījumu.

Ieņemts bērns uz doto brīdi tiek uzskatīts par mātes integrētu ķermeņa daļu līdz atdalīšanās brīdim, jo, caur māti tiek saņemtas substances, kas nepieciešamas dzīvības uzturēšanai un attīstībai, darot ieņemtu personu ir pilnīgi atkarīgu no grūtnieces<sup>229</sup>. Tādēļ mātei ir tiesības izlemt, kā rīkoties ar ieņemtu bērnu kā sava ķermeņa daļu. Tomēr grūtnieces tiesības attiecībā uz ieņemtu personu nav absolūtas, jo, piemēram, grūtniecības pārtraukšana ir jāveic noteiktā kārtībā un noteiktos termiņos<sup>230</sup>. Lai arī grūtnieces tiesības ir prioritāras<sup>231</sup>, kur ieņemtas personas dzīvība ir subordinēta mātes interesēm, tomēr privātautonomijas tiesības prevalē grūtniecības pirmajā trimestrī, turpretim trešajā trimestrī – ieņemtā bērna intereses, kuru aizsargā valsts<sup>232</sup>. Tomēr ir konstatējami tiesiskie trūkumi minēto ierobežojumu noteikšanā. Piemēram, Krievijā mākslīgu grūtniecības pārtraukšanu ilgākā termiņā var veikt, pamatojoties arī uz sociāliem apstākļiem (piemēram, grūtnieces atrašanās brīvības atņemšanas iestādē, grūtnieces vīra I vai II grupas invaliditāte, vīra nāve sievietes grūtniecības laikā)<sup>233</sup>. Latvijā ilgākā grūtniecības periodā var veikt grūtniecības pārtraukšanu tikai tad, ja tas ir nepieciešams grūtnieces veselības aspekta dēļ vai ja grūtniecība iestājusies izvarošanas gadījumā<sup>234</sup>. Piesardzīgi ir vērtējami sociālie apstākļi kā pamatojums atkāpes izdarīšanai grūtniecības mākslīgas pārtraukšanas gadījumā, jo rada šaubas, vai sociālie apstākļi, lai arī nav maznozīmīgi, var pārsvērt ieņemtas personas tiesību aizsardzības principu.

Ir konstatējama arī nekonsekventa pieeja termiņa ilguma noteikšanā, kurā būtu pieļaujama ieņemtas personas dzīvības izbeigšana. Piemēram, Anglijā grūtniecības mākslīgu pārtraukšanu var veikt līdz 24.nedēļai, bet, izmantot embriju zinātniskajiem pētījumiem var līdz 14.grūtniecības dienai<sup>235</sup>. Netieši izskaidrojumu šādai diferenciacijai var rast tajā apstākļī, ka, veicot zinātniskos

<sup>228</sup> Čakste K. Civiltiesības. Rīga, [b.i.], 19XX, 13.lpp.

<sup>229</sup> Kennedy I., Grubb A. Principles of medical law. Oxford: Oxford University Press, 1998, p.189, 193.

<sup>230</sup> Seksuālās un reproduktīvās veselības likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 2002.gada 19.februāris, nr.27. (25., 26.p.).

<sup>231</sup> Pattinson S.D. Medical Law & Ethics. 1st edit. London: Sweet&Maxwell, 2006, p.151.

<sup>232</sup> McHale J., Fox M., Murphy J. Health Care Law: Text, Cases and Materials. London: Sweet & Maxwell, 1997, p.704, 706.

<sup>233</sup> Федорова М.Ю. Медицинское право. Учебное пособие для вузов. Москва: ВЛАДОС, 2003, с.189, 190; Постановление Правительства Российской Федерации № 485 от 11 августа 2003 г. Grām.: Медицинское право. Гурочкин Ю.Д. (Ред.) Москва: Экзамен, 2007, с.498.

<sup>234</sup> Seksuālās un reproduktīvās veselības likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 2002.gada 19.februāris, nr.27. (26.p.).

<sup>235</sup> Abortion Act (1967, England). Pieejams: <http://www.statutelaw.gov.uk/> [aplūkots 2010.gada 22.maijā] (a.1a); Human Fertilisation and Embryology Act (1990, England). Pieejams: <http://www.statutelaw.gov.uk/> [aplūkots

pētījumus ar embriju, tas visbiežāk notiek ārpus mātes ķermeņa (*in vitro* - mēģenē<sup>236</sup>), kā arī embrija nāves iestāšanās brīdis tiek paildzināts. Bet rodas jautājums, vai ir pamatoti un attaisnojami, ņemot vērā minētās atšķirības, nodalīt principus pieļaujamajam ieņemtās personas nāves iestāšanās brīdim, jo sekas, iznākums attiecībā uz ieņemto personu abos gadījumos ir vienāds. Izsverama konkrētāku kritēriju izstrāde normatīvajā regulējumā minētajā jautājumā.

Līdz ar to secināms, lai arī ieņemta persona tiek uzskatīta par grūtnieces ķermeņa daļu, tomēr šai ķermeņa daļai netieši tiek noteikts īpašs statuss, kur noteiktai rīcībai ar minēto ķermeņa daļu valsts nosaka konkrētus ierobežojumus netieši par labu ieņemtai personai.

Mūsdienās privātās tiesības ir mainījušās, salīdzinot ne tikai ar sociālistisko tiesību sistēmu, bet tiesībām jebkurā vēsturiskajā periodā, iegūstot jaunas tendences, kur viens no ietekmes kritērijiem ir dabiskās tiesības, to attīstība. Valsts un reliģijas attiecības atstāj iespaidu arī uz privātajām tiesībām. Latvija raksturojas ar tolerantu valsti un neitrālu baznīcas attieksmi<sup>237</sup>. Tomēr baznīcai ir deleģētas noteiktas valsts funkcijas (piemēram, laulību reģistrācija<sup>238</sup>), tā pilda noteiktas sociālas funkcijas (piemēram, piedaloties bērnu ceremonijās, veicot pacientu, vecāku cilvēku garīgu aprūpi), spēj ietekmēt arī valsts politiku (piemēram, Satversmes grozījumi attiecībā uz ģimenes institūtu<sup>239</sup>, embrija cilmes šūnu pētījumu aizliegums Latvijā). No vienas puses, dabiskās tiesības bāzējas arī uz reliģiskām atziņām<sup>240</sup>; no otras- baznīca izmantoja dabiskās tiesības, lai paceltos virs valsts<sup>241</sup>. Reliģijas iespējas privātajās tiesībās mūsdienās ir paplašinājušās, salīdzinot ar sociālistisko tiesību sistēmu, bet noteiktu robežu ietvaros, salīdzinot ar citām valstīm (piemēram, islāma valstīs)<sup>242</sup>. Pie tam kristietībā ieņemta persona netiek uzskatīta par grūtnieces ķermeņa daļu, bet par atsevišķu subjektu, kuram piemīt dvēsele. Līdz ar to formējas priekšnosacījumi attieksmes maiņai attiecībā pret ieņemtas personas tiesisko statusu.

Tiesības uz dzīvību tiek garantētas ikvienam<sup>243</sup>, kas ir „dzīvs”, neatkarīgi no cilvēka dzīves veidošanās stadijām; vārds „katram” attiecas arī uz vēl nedzimušiem cilvēkiem, pretējā gadījumā

---

2010.gada 22.maijā] (a.3(4)); McHale J., Fox M., Murphy J. Health Care Law: Text, Cases and Materials. London: Sweet & Maxwell, 1997, p.707.

<sup>236</sup> Федорова М.Ю. Медицинское право. Учебное пособие для вузов. Москва: ВЛАДОС, 2003, с.198.

<sup>237</sup> Balodis R. Baznīcu tiesības kā tiesību zinātne. Likums un Tiesības, 2002, nr.1, 5.-12.lpp.; Хеффе О. Политическая справедливость или естественное право? Pieejams: <http://www.politizdat.ru/fragment/59/> [aplūkots 2010.gada 22.maijā].

<sup>238</sup> CL 53.p.

<sup>239</sup> Latvijas Republikas Satversme: LR likums. Latvijas Vēstnesis,1993. 1.jūlijs, nr.43. (110.p.).

<sup>240</sup> Нерсесянц В.С. Философия права. Учебник для вузов. Институт государства и права Российской академии наук, Академический правовой университет. 2-е изд. Москва: Норма, 2006, с.797.

<sup>241</sup> Эвола Ю. Тайная природа естественного права. Pieejams: <http://www.pravaya.ru/book/19/4391> [aplūkots 2010.gada 22.maijā]; Finnis J. Natural law and natural rights. Oxford: Clarendon Press, 1980, p.49.

<sup>242</sup> Sk.: Mazure L. Dabisko tiesību skolas ietekme uz privātajām tiesībām Latvijā pēc 1990.gada. Zinātniski-praktiskā konference „Tiesību realizācijas problēmas Latvijā”. 2008.gada 02.decembris, Rēzeknes Augstskola. Npublicēts.

<sup>243</sup> Eiropas Cilvēktiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencija. (1950.gada 4.novembris) Pieejams: <http://www.echr.coe.int/NR/rdonlyres/56D2C838-7133-4010-8D00-99BE58570B95/0/LatvianLetton.pdf>. [aplūkots 2010.gada 22.maijā] (2.p.l.d.); Latvijas Republikas Satversme: LR likums. Latvijas Vēstnesis,1993. 1.jūlijs, nr.43. (93.p.).

indivīda eksistences aizsardzība pret aizskārumiem no valsts puses nebūtu pilnīga, un ieņemtas personas dzīvība tiek aizsargāta kā patstāvīga likumiska interese<sup>244</sup>. Bet tiek paredzēts atšķirīgs tiesību uz dzīvību aizsardzības apmērs dzimušām un nedzimušām personām, kur ar ieņemtas personas tiesībām uz dzīvību var konkurēt citas tiesiskās vērtības (piemēram, sievietes tiesības uz dzīvību, tiesības uz fizisko integritāti, tiesības uz personisko attīstību), kur nepieciešams izvērtēt to nozīmīgumu<sup>245</sup>. Neskatoties uz to, ka ieņemtas personas tiesības uz dzīvību tiek aizsargātas, tās tomēr ir nosacītas tiesības atšķirībā no dzimušu personu tiesībām uz dzīvību.

Vērtējams, kādā veidā ir veicama tiesības uz dzīvību aizsardzība, ja ir noteikts, ka minētās tiesības aizsargā likums<sup>246</sup>. Likumā ietvertā aizsardzība kļūst reāla tikai tad, kad likums ir efektīvi piemērots; līdz ar to satur valsts institūciju pienākumu veikt atbilstošas darbības, lai aizsargātu dzīvību<sup>247</sup>.

Tomēr tiesību zinātnē aizvien pārliecinošāk tiek pausts viedoklis, ka ieņemta persona nav vērtējama kā grūtnieces ķermeņa daļa<sup>248</sup>. Tiek izvirzīti divi pamatargumenti: 1) ieņemta persona ir ģenētiski unikāla<sup>249</sup>, līdz ar to atšķirīga no grūtnieces ģenētiskā raksturojuma; 2) atšķirībā no grūtnieces ķermeņa daļas embrijs attīstās par būtni, kas spējīga eksistēt pastāvīgi<sup>250</sup> jeb „potencialitātes arguments” (Dž.Hariss)<sup>251</sup>. Līdz ar to ieņemta persona un grūtniece ir divi noteikti organismi, kas dzīvo simbiozē<sup>252</sup>. Ja kristietībā ieņemtu personu dara atšķirīgu no ķermeņa daļas sakrāls, netverams kritērijs – dvēseles esamība, tad mūsdienu tiesību zinātnē kā atšķirības pamatojums kalpo arī objektīvi medicīnas zinātnes principi.

Ja ieņemta persona netiek atzīta par tiesību subjektu (vismaz pagaidām), tad ir izvērtējama ieņemtas personas tiesību aizsardzības apjoma paplašināšana ārstniecībā.

<sup>244</sup> Vācijas Federālās Konstitucionālās tiesas 1975.g. 25.februāra spried. lietā Nr.BVerfGE 39, 1. Schwangerschaftsabbruch I. Pieejams: <http://www.servat.unibe.ch/dfr/bv039001.html> [aplūkots 2010.gada 22.maijā].

<sup>245</sup> Vācijas Federālās Konstitucionālās tiesas 1993.g. 28.maija spried. lietā Nr.BVerfGE 88, 203. Schwangerschaftsabbruch II. Pieejams: <http://www.servat.unibe.ch/dfr/bv088203.html> [aplūkots 2010.gada 22.maijā].

<sup>246</sup> Eiropas Cilvēktiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencija. (1950.gada 4.novembris) Pieejams: <http://www.echr.coe.int/NR/rdonlyres/56D2C838-7133-4010-8D00-99BE58570B95/0/LatvianLetton.pdf> [aplūkots 2010.gada 22.maijā] (2.p.l.d.); Latvijas Republikas Satversme: LR likums. Latvijas Vēstnesis,1993. 1.jūlijs, nr.43. (93.p.).

<sup>247</sup> Dijk P. van, Hoof G.J.H. van. Theory and practice of the European Convention of Human Rights. Deventer; Boston: Kluwer Law and Taxation Publications, 1990, p.297, 298.

<sup>248</sup> Sk. arī: Силюянова И.В., Сабурова В.И., Силюянова В.А. Информированное согласие в гинекологической практике. Медицинское право, 2007, nr.1. Pieejams: [www.med-law.ru](http://www.med-law.ru) [aplūkots 2010.gada 11.novembrī]. Bērnam ir vajadzīga pienācīga tiesiskā aizsardzība gan pirms, gan arī pēc dzimšanas (Konvencija par bērna tiesībām. (1989.gada 20.novembris) Pieejams: [www.humanrights.lv/doc/vispaar/bernkonz.htm](http://www.humanrights.lv/doc/vispaar/bernkonz.htm) [aplūkots 2010.gada 11.decembrī] (preambula)).

<sup>249</sup> McHale J., Fox M., Murphy J. Health Care Law: Text, Cases and Materials. London: Sweet & Maxwell, 1997, p.705; Liholaja V. Aborts: slepkavība vai...? Latvijas Universitātes Raksti: Juridiskā zinātne, 2004, nr.667, 28.lpp.

<sup>250</sup> Liholaja V. Aborts: slepkavība vai ...? Latvijas Universitātes Raksti: Juridiskā zinātne, 2004, nr.667, 28.lpp.

<sup>251</sup> Sīlis V. Dzīvas būtnes, cilvēki un personas (Dž.Harisa nošķirums). Grām.: Biomedicīnas ētika. Ķilkuts G., Mežinska S., Neiders I.u.c. Sīle, V. (Sast.) Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2006, 106.lpp.

<sup>252</sup> Kennedy I., Grubb A. Principles of medical law. Oxford: Oxford University Press, 1998, p.189.

Pirmkārt, pēc vispārīgā principa grūtnieces prioritārās tiesības attiecas uz ārstniecību. Piekrist vai atteikties no ārstniecības, kas ir ieņemtas personas veselības interesēs, ir tiesīga tikai grūtniece-māte, ja viņa ir rīcībspējīga. Grūtniece var piekrist ārstniecībai, kas ir ieņemtas personas interesēs, tādējādi palīdzot tai, bet tas nav likumā noteiktais grūtnieces pienākums<sup>253</sup>. Grūtnieces gribas izteikuma pamatā var būt gan jebkuri iemesli, gan var nebūt vispār iemeslu. Pie tam grūtnieces griba ir jāņem vērā pat pie ieņemta bērna dzimšanas procesa<sup>254</sup>, līdz ieņemta persona pilnīgi atdalās no grūtnieces-mātes ķermeņa. Ja grūtniecības mākslīgas pārtraukšanas gadījumā grūtnieces tiesības pār ieņemtu personu ir nosacītas ar valsts iejaukšanās iespējām, tad grūtnieces tiesībām pār ieņemto personu ārstniecības gadījumā iezīmējas absolūts neierobežots raksturs.

Pastāv izņēmuma gadījumi, kad ieņemtas personas intereses tiek ņemtas vērā ārstniecībā. Piemēram, Anglijā, ja grūtniece ir rīcībnespējīga izteikt gribu, tad tiesa var dot akceptu ārstniecībai, kas ir ieņemtas personas veselības interesēs, pat neesot grūtnieces veselības interesēs, pamatojot to kā atbilstošu mātes emocionālajām, psiholoģiskajām interesēm, jo tikai mātes intereses var tikt ņemtas vērā<sup>255</sup>. Šādā veidā tiesa klusi (jeb slēpti) var aizstāvēt un ņemt vērā ieņemtas personas intereses ārstniecībā. Konstatējami arī gadījumi, kad rīcībspējīga paciente par labu ieņemtai personai nevar atteikties no ārstniecības<sup>256</sup>.

Īpaši tiek izcelts gadījums, ja grūtniece atrodas komas stāvoklī, kas kā objektīvs apstākļis ietekmē spēju izteikt gribu. Tiek norādīts, ka tādā gadījumā grūtniecei vispār nav interešu<sup>257</sup>. Šāda kategoriska pieeja ir strīdīga, jo grūtniecei ir aizsargājamās intereses pat neatkarīgi no tā, ir vai nav viņa tiesību subjekts. Citādi vērtējama situācija, ja grūtniecei ir iestājusies smadzeņu nāve, bet ķermeņa dzīvības funkcijas tiek uzturētas ar medicīnas iekārtām. Ja tiek izvērtētas ieņemtas personas tiesības un mirušas grūtnieces tiesību aizsardzība, tad prioritāte, pārsvars būtu piešķirams

---

<sup>253</sup> Pattinson S.D. *Medical Law & Ethics*. 1st edit. London: Sweet&Maxwell, 2006, p.153.

<sup>254</sup> Kennedy I., Grubb A. *Principles of medical law*. Oxford: Oxford University Press, 1998, p.196.

<sup>255</sup> Kennedy I., Grubb A. *Principles of medical law*. Oxford: Oxford University Press, 1998, p.195.

Arī, piem., grūtnieces adatu fobija (Lieta: Re MB (1997) 2 FLR 426; (1997) 8 Med LR 217 (Anglija). Grām.: De Cruz P. *Comparative Healthcare Law*. [b.v.], Cavendish Publishing Limited, 2001, p.13,18. Pieejams: <http://rulv.etailer.dpsl.net/home/html/moreinfo.asp?bookId=536899500&category=LW620000&whichpage=10&pagename=category.asp> [aplūkots 2010.gada 11.novembrī]), depresija (Lieta: St George's Healthcare NHS Trust v. S, R v Collins and Others ex p S (1998) 2 FLR 728; (1998) The Times, 8 May (Anglija). Grām.: De Cruz P. *Comparative Healthcare Law*. Cavendish Publishing Limited, 2001, p.15. Pieejams: <http://rulv.etailer.dpsl.net/home/html/moreinfo.asp?bookId=536899500&category=LW620000&whichpage=10&pagename=category.asp> [aplūkots 2010.gada 11.novembrī]) tika atzītas kā atteikšanās no ķeizargriezienu spēkā neesamības iemesls, līdz ar ko tika veikta minētā medicīniskā iejaukšanās grūtnieces interesēs.

<sup>256</sup> Piem., grūtniece nedrīkst atteikties no viņas dzīvību uzturošās ārstniecības, ja iespējama normāla grūtniecības norise (Act on Health of Hungary (s.20(6))); nav nepieciešama pacientes piekrišana ārstniecībai, ja pastāv būtiska veselības kaitējuma draudi ieņemtai personai, pacientei esot 24.grūtniecības nedēļā (Act on Health of Hungary ( s.19(2))); paciente nedrīkst atteikties no ārstniecības, kas nepieciešama ieņemtas personas dzimšanai vai dzīvībai un kura rada minimālu risku pašas grūtnieces veselībai un dzīvībai (Law of Georgia on the rights of patient (a.36(2))).

<sup>257</sup> Kennedy I., Grubb A. *Principles of medical law*. Oxford: Oxford University Press, 1998, p.196.

ieņemtas personas tiesībām, kā tiek norādīts juridiskajā literatūrā uz nosacījumu, ja ieņemtai personai „pastāv reāla iespēja piedzimt dzīvai”<sup>258</sup>.

Otrkārt, ir analizējama nepieciešamība aizsargāt ieņemtas personas tiesības, ja māte grūtniecības laikā veic darbības, kas nodara kaitējumu ieņemtas personas veselībai (piemēram, smēķēšana; alkoholisko, narkotisko vielu lietošana). Šobrīd civiltiesiskā atbildība sievietei par minēto rīcību netiek paredzēta. Tiesiskās sekas grūtniecei iestāsies tikai tad, ja ar savu rīcību viņa nodarīs kaitējumu vai tā draudus savai veselībai, neievērojot ārstniecības personu norādījumus, kur, piemēram, ārstniecības personai ir paredzētas tiesības atteikties no šādas pacientes<sup>259</sup>. No vienas puses, likums aizsargā tiesības uz dzīvību, nevis dzīvību kā tādu; un tiesības uz dzīvību negarantē aizsardzību pret visiem draudiem, bet gan pret tīšu dzīvības atņemšanu un nepamatotu dzīvības apdraudējumu<sup>260</sup>. No otras puses, attīstot šo domu, ir pamats izvērtēt tiesisko seku paredzēšanas iespēju mātes kaitnieciskās rīcības gadījumā grūtniecības laikā<sup>261</sup>. Minētā rīcība ir nepamatota, neattaisnota, pie tam objektīvi neatbilst ne pašas grūtnieces, ne ieņemtās personas interesēm. Šī rīcība nodara kaitējumu gan grūtnieces, gan ieņemtās personas veselībai, kas noteiktos gadījumos var pat apdraudēt grūtnieces un ieņemtas personas dzīvību<sup>262</sup>. Tiesiskās sekas īpaši nozīmīgas kļūtu tad, ja, bērnam piedzimstot, tiktu konstatēts grūtnieces nodarītais kaitējums viņam un māte nerūpējas vai atsakās no bērna. Pienākums uzņemties rūpes par bērnu un veikt viņam arī nepieciešamo ārstniecību tādā gadījumā ir valstij. Taisnīgāk ir paredzēt tiesiskos līdzekļus bērna mātes līdzatbildībai par bērna tālāko likteni. Līdz ar to, izvērtējot argumentus, ir atbalstāms princips paredzēt arī civiltiesisko atbildību grūtniecei par kaitējuma nodarīšanu ieņemtas personas veselībai ar grūtnieces neattaisnotu rīcību<sup>263</sup>, kur tiesiskās sekas varētu izpausties zaudējumu atlīdzības un arī

---

<sup>258</sup> Baumgarten M.O. *The Right to Die?* Bern, Berlin, Bruxelles, Frankfurt am Main, New York, Oxford, Wien: Lang, 2000, S.301.

<sup>259</sup> Ārstniecības likuma 23., 25., 42.p.

<sup>260</sup> Fawcett J.E.C. *The Application of the European Convention on Human Rights*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 1987, p.37. Grām.: Vildbergs H.J., Feldhūne G. *Atsauces Satversmei*. Rīga: Latvijas Universitāte, 2003, 101.lpp.

<sup>261</sup> Krimināltiesību zinātnē ir izvirzīts priekšlikums paredzēt jebkuras personas atbildību „par jebkādā veidā nodarītu bojājumu vai traumu cilvēka auglim, kas izraisa nopietnu kaitējumu tā normālai attīstībai vai nopietnu fizisku vai psihisku trūkumu” (Liholaja V. *Aborts: slepkavība vai ...?* Latvijas Universitātes Raksti: Juridiskā zinātne, 2004, nr.667, 32.lpp.). Izejot no minētā priekšlikuma, kriminālatbildība tiktu paredzēta arī grūtniecei, kas ar savu nepamatoto rīcību nodara nopietnu kaitējumu ieņemtās personas veselībai.

<sup>262</sup> Zinātniski ir pierādīts noteiktu vielu efekts uz embriju un augli, piemēram: 1) alkohols izraisa augļa alkohola sindromu, mikrocefāliju, sejas kropļības, slīpā plakstiņa spraugas, augšanas pārmaiņas; 2) nikotīns oglekļa monoksīds (no smēķēšanas) – spontāno abortu, mazu dzimšanas masu, nedzīvu augli; 3) cigarešu dūmi – mazu dzimšanas masu, nedzīvu augli; 4) heroīns – mazu dzimšanas masu, augļa pieradumu, nomāktu elpošanu; 5) morfīns – augļa narkomāniju, mazu dzimšanas masu; 6) kofeīns – mazu dzimšanas masu (Apinis P. *Cilvēks: Anatomija, fizioloģija, patoloģijas pamati*. Rīga: Jāņa sēta, 1998, 735.lpp.).

<sup>263</sup> Šo principu paplašinot – civiltiesisko atbildību arī jebkurai personai par minēto rīcību. Likums paredz tiesības piedzīt ārstniecības izdevumus, ja kaitējums veselībai nodarīts ar tīšu noziedzīgu nodarījumu (Par personu noziedzīgu darbību rezultātā, kā arī organizāciju vainas dēļ cietušo ārstēšanai izlietoto līdzekļu atlīdzināšanu: LR likums. LR Saeimas un Ministru Kabineta Ziņotājs, 1991. 28.marts, nr.11). Ja minētais kaitējums tiek nodarīts grūtniecei, kaitējot gan pašas grūtnieces, gan ieņemtas personas veselībai, tad ārstniecības izdevumu piedziņas tiesības par labu ieņemtai personai netiek paredzētas, jo cietušais kā tiesību subjekts ir tikai grūtniece.

morālā kaitējuma kompensācijas pienākumā par labu bērnam, kur tiesības celt attiecīgo prasību ir paredzamas personai/iestādei, kuras aizgādībā bērns atrodas, vai bāriņtiesai.

Līdz ar to secināms, ka pacienta spēja izteikt gribu ir neapšaubāmi saistīta ar pacienta tiesībspēju, bet pacienta gribas tiesiskā aizsardzība neaprobežojas tikai ar pacienta tiesībspējas periodu, kas arī ir samērā niansēti nosakāms. Tiesiski pamatots ir minētās aizsardzības paplašinājums gan uz ieņemtu personu kā pacientu, gan uz mirušu pacientu, balstoties uz detalizētāku pacienta gribas interpretāciju.

## 2.2. Pacienta rīcībspēja un pacienta gribas izteikuma spēkā esamība

Fiziskas personas rīcībspēja prezumē tiesībspējas esamību fiziskai personai, bet ne otrādi<sup>264</sup>, t.i., ne visu personu gribas izteikumi ir spēkā esoši. Rīcībspējas aspektā tiesisko nozīmi pacienta ārstniecībā iegūst pacienta darījumspeja<sup>265</sup>, kur, pacientam izsakot gribu, iestājas noteiktas tiesiskās sekas ārstniecībā. Līdz ar to ir nepieciešams precizēt pacienta rīcībspējas tiesiskos aspektus, ņemot vērā arī pacienta tiesiskā statusa īpatnības.

Fiziskas personas rīcībspējas rašanās kritērijs ir garīga un fiziska brieduma sasniegšana. Minētā brieduma konstatācijā vēsturiski pielietotas divas samērā atšķirīgas pamatmetodes. Pirmkārt, senajās tiesībās un romiešu tiesību pirmsākumos tika izmantota konkrētības metode, kas balstījās uz ideju, ka nepieciešams pārbaudīt katra atsevišķa indivīda briedumu („*habitus corporis*” – „kā izskatās ķermenis”) - no vienas puses, atzīstot, ka tas ir taisnīgāk, bet, no otras puses, tas tomēr kaitētu civiltiesiskai apgrozībai, pie tam, rīcībspēju netieši pielīdzinot pamattiesībai, tā tiktu darīta atkarīga no kontroles, kur nav izslēdzams arī subjektīvisms, patvaļa<sup>266</sup>. Otrkārt, klasiskajās romiešu tiesībās pārsvaru jau guva abstraktā metode, kur tika noteikts konkrēts vecuma sliekšnis visām fiziskām personām, vadoties pēc garīgiem, fiziskiem, sabiedriskiem u.c. apstākļiem<sup>267</sup>.

---

Piem., Anglijā likumā paredzēta trešās personas civiltiesiskā atbildība, ja tā nodara kaitējumu vecākiem, ietekmējot vecāku spēju radīt normālus bērnus vai māti tās grūtniecības stāvoklī, vai kaitējot mātei vai bērnam tā dzimšana procesā (Congenital Disabilities (Civil Liability) Act of England (1976) (a.1). Grām.: Giliker P., Beckwith S. Tort. London: Sweet & Maxwell, 2000, p.32).

<sup>264</sup> Čakste K. Civiltiesības. Rīga, [b.i.], 19XX, 14.lpp.; Larenz K., Wolf M. Allgemeiner Teil des Bürgerlichen Rechts /begründet von Karl Larenz ; fortgeführt von Manfred Wolf. München : Beck, 1997, S.131,132.

<sup>265</sup> Spēja patstāvīgi noslēgt darījumus, izteikt gribu un uzņemties atbildību (Balodis K. Ievads civiltiesībās. Rīga: Zvaigzne ABC, 2007, 78.lpp.).

<sup>266</sup> Čakste K. Civiltiesības. Rīga, [b.i.], 19XX, 14.lpp.; Санфиллипо Ч. Курс римского частного права. Москва: БЕК, 2002, с.44.

<sup>267</sup> Čakste K. Civiltiesības. Rīga, [b.i.], 19XX, 14.lpp.

Izejot no šīs metodes, fiziskās personas tika iedalītas: 1) *impuberes* - dzimumnenobriedušos, starp kuriem bija: a) *infans* – mazgadīgās personas līdz 7 gadu vecumam, kas bija pilnīgi rīcībnespējīgas, jo nevar paust savu patstāvīgo viedokli („*faci non potest*” – „nevar runāt”); b) *infantia maior* – fiziskas personas no 7 gadu vecuma līdz pilngadības sliekšnim (14g./12g.), kurām bija ierobežota rīcībspēja (piemēram, varēja veikt darbības, kas nesa viņiem labumu); c) *infantiae proximi* – fiziskas personas, kas pietuvojās 7 gadu vecumam; un *pubertati proximi* – fiziskas personas, kas pietuvojās briedumam (šajos gadījumos vecuma robeža netika noteikta, atstājot to tiesas izvērtējumam); 2) *puberes* – dzimumnobriedušās vīriešu kārtas personas, kurām bija pilna rīcībspēja (minētajā grupā īpaši tika izdalīti *senectus* – tiesisko nozīmi piešķirot lielāku vecumu sasniegušām fiziskām personām, nenosakot vecuma sliekšni) (Санфиллипо Ч.

Pamatojumu konkrētības un abstraktās metodes attīstībā var rast tajā apstākļi, ka pakāpeniski attīstījās tendence atteikties no kazuistikas, ieviešot abstrakto metodi tiesību sistēmā.

Pēc vispārīgā principa Latvijas rīcībspējas normatīvais regulējums (arī saistībā ar ārstniecību) balstās uz abstrakto metodi<sup>268</sup>. Ir konstatējamas arī konkrētības teorijas izpausmes<sup>269</sup>, kur tomēr romāņu-ģermāņu tiesību loku (saimi) pārstāvošajām valstīm ir raksturīga rezervētāka attieksme pret konkrētības teoriju, pret atkāpju izdarīšanu no ģenerālā principa.

Pastāv nekonsekvences attiecībā uz nepilngadīgas personas tiesisko statusu ārstniecībā. Piemēram, pacientei, kas jaunāka par 16 gadiem, ir tiesības izlemt par grūtniecības pārtraukšanu ar vecāka vai aizbildņa rakstveida piekrišanu<sup>270</sup>. Šinī gadījumā ir secināms, ka paciente, kas vecāka par 16 gadiem, ir tiesīga izlemt pati par minētās medicīniskās iejaukšanās izdarīšanu, nevis likumdevējs noteicis tikai likumisko vietnieku piekrišanas speciālu formas prasību. Pacientu tiesību likumā ir paredzētas tiesības izteikt gribu pacientiem no 14 gadu vecuma<sup>271</sup>. Turpretim Bērnu tiesību aizsardzības likums, nosakot bērnam pienākumu sargāt savu veselību, atbalsta vienīgi Civillikuma pieeju<sup>272</sup>, kur 16 gadīgai personai tiek paredzētas noteiktas tiesības mantiskā sfērā<sup>273</sup>, bet ārstniecībā pieņemtie lēmumi lielākā mērā skar personas nemantisko labumu – veselību, kur ir atbalstāms arī plašāks pacienta privātautonomijas principa pielietojums minētajos normatīvajos aktos. Piemēram, Anglijā pat ir divējāda pieeja attiecībā pret nepilngadīgajiem. No vienas puses, 16 gadus sasniegušo personu gribas izteikumi rada visas tiesiskās sekas, lai arī tiek nodalītas izņēmuma medicīniskās manipulācijas (piemēram, audu, orgānu izņemšana, asins paraugu nodošana), par kurām nav tiesīgas lemt šīs personas; no otras puses, nepilngadīgai personai pirms 16 gadu vecuma sasniegšanas, nenosakot pacientam minimālo vecuma sliekšni, tiesnesis (tiesa) var piešķirt, tā saucamo, Gilika rīcībspēju, ņemot vērā personas individuālo attīstības līmeni (inteliģenci un

---

Курс римского частного права. Москва: БЕК, 2002, с.45; Гримм Д.Д. Лекции по догме римского права. Москва: Зерцало, 2003, с.77).

<sup>268</sup> Pilngadība rodas ar 18 gadu vecuma sasniegšanu (CL 219.p.).

<sup>269</sup> Fizisku personu var uzskatīt par pilngadīgu pēc 16 gadu sasniegšanas, ja: 1) sevišķi svarīgu iemeslu dēļ pēc bāriņtiesas lēmuma un tiesas apstiprinājuma tiek piešķirta pilngadība (CL 220.p.) (Likumdevējs nedod skaidrojumu, kā būtu interpretējams jēdziens „sevišķi svarīgi iemesli”, atstājot to tiesu prakses vai, precīzāk, judikatūras ziņā); 2) nepilngadīgais, saņemot vecāku vai aizbildņa piekrišanu vai bāriņtiesas atļauju, stājas laulībā ar pilngadīgu personu (CL 221.p.2.d.; 32.p., 33.p.).

<sup>270</sup> Seksuālās un reproduktīvās veselības likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 2002.gada 19.februāris, nr.27. (27.p. 1., 2., 3.d.).

<sup>271</sup> Pacientu tiesību likuma 13.p.1.,2.d.

<sup>272</sup> Bērnu tiesību aizsardzības likuma 23.p.3.d.; 9.p.1.d., 13.p.1.d., 14.p., 24.p.1.d. (Bērnu tiesību aizsardzības likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 1998. 08.jūlijs, nr.199/200).

<sup>273</sup> No vienas puses, civiltiesībās 16 gadus vecai personai var piederēt brīvā manta, par kuru viņa tiesīga patstāvīgi noslēgt darījumus (CL 195.p.; 260.p.1., 3.d.). Brīvās mantas institūtam tiek izvirzīti divi kritēriji: 1) nepilngadīgā vecuma robeža (vismaz 16 gadi) un 2) likumā tiek uzskaitīti mantas veidi, kuri var iegūt brīvās mantas statusu. Nepilngadīgais tiesīgs arī stāties darba tiesiskajās attiecībās vai patstāvīgi nodarboties kādā arodā u.tml., kā arī noslēgt darījumus, kas nepieciešami sakarā ar minētajām darbībām (CL 260.p. 2., 3.d.). Visos citos tiesiskajos darījumos nepilngadīgo nepieciešams atvietot aizbildnim (CL 261.p.1.d.). Aizbildnības institūtu tulkojot paplašināti, tajā ietverot arī nepilngadīgā vecākus kā viņa dabiskos aizbildņus (CL 223.p.). No otras puses, ja nepilngadīgais noslēdz darījumu bez aizbildņa līdzdalības, bet sev par labu, tad šis darījums ir spēkā un saista otru pusi (CL 261.p.2.d.).



sapratni), kas dod tiesības saistoši izteikt gribu par nesarežģītiem ārstniecības veidiem (piemēram, zobārstniecība)<sup>274</sup> - līdz ar to rīcībspējas un tās konkrētības metodes pielietojums tiek interpretēts plašāk ārstniecībā. Secināms, ka Latvijas normatīvajos aktos ir jānovērš nekonsekvences attiecībā uz nepilngadīgas personas rīcībspēju<sup>275</sup>, nosakot vienotu vecuma sliekšni un precīzu nepilngadīgās personas rīcībspējas apjomu.

Pacienta Gilika rīcībspējas institūts atklāj saistošu aspektu. No vienas puses, rīcībspējas rašanās noteikšanā ir konstatējams līdz ar to konkrētības metodes īpatsvara pieaugums. No otras puses, ja senajās tiesībās fiziskās personas brieduma konstatācijā prevelēja fiziskās jeb ķermeniskās īpašības, tad mūsdienu tiesībās prioritāti brieduma noteikšanā iegūst fiziskās personas garīgās īpašības. Secināms, ka tomēr pastāv konkrētības metodes pielietojums fiziskās personas rīcībspējas rašanās noteikšanā, bet tas ir saistīts ar atšķirīgu no pirmsākumiem kritēriju - personisko tiesību un arī garīgo vērtību atzīšanu mūsdienu sabiedrībā.

Ja pilngadīgai personai tiek nodibināta aizgādība izlaidīgas vai izšķērdīgas dzīves dēļ, tad šinī gadījumā rīcībspēja tiek ierobežota. Pirmkārt, šie ierobežojumi attiecas uz mantisko jomu<sup>276</sup>. Otrkārt, tiek paredzētas noteiktas mantiskās tiesības, uz kurām netiek attiecināti rīcībspējas ierobežojumi, tādējādi diferencējot arī pašu mantisko jomu<sup>277</sup>. Tas ļauj secināt, ka pilngadīga persona, kurai tiek nodibināta aizgādība izlaidīgas vai izšķērdīgas dzīves dēļ, var patstāvīgi iesaistīties ārstniecībā, kas savukārt saistīta ar personas nemantisko labumu – veselību, kur tomēr spējas izteikt gribu ierobežojumi varētu attiekties uz lēmumiem par ārstniecības pakalpojuma finansēšanu, ja tas ir nepieciešams.

Civillikumā tiek noteikts personu loks, kurām „trūkst rīcībspējas” (CL 1408.p.). Tomēr ir nepieciešams precizēt attiecībā uz nepilngadīgajiem, konkretizējot vecuma sliekšni, un personām, kurām nodibināta aizgādība izlaidīgas vai izšķērdīgas dzīves dēļ, ka minētajām personām atšķirībā no garā slimajiem trūkst pilnas rīcībspējas, tādējādi norādot uz daļējas rīcībspējas esamību, kaut arī ar atšķirīgām tiesiskajām sekām attiecībā uz viņu gribas izteikumiem ārstniecībā.

Ja pacients ar psihiskiem traucējumiem iesaistās ārstniecībā, izsakot gribu, tad iespējamās divējādas tiesiskās sekas. No vienas puses, ja pacientam psihisko traucējumu dēļ ir atņemta

---

<sup>274</sup> Lieta: Gillick v. West Norfolk and Wisbech Area Health Authority (1986) AC 112 (Anglija). Grām.: Kennedy I., Grubb A. Principles of medical law. Oxford: Oxford University Press, 1998, p.204, 205; Brazier M. Medicine, patients and the law. Harmondsworth: Penguin Books, 1992, p.224; Family Reform Act (1969, England). Pieejams: <http://www.statutelaw.gov.uk> [aplūkots 2010.gada 22.maijā] (s.8).

<sup>275</sup> Juridiskajā literatūrā tiek atzīta daļējas rīcībspējas esamība (Sk.: Larenz K., Wolf M. Allgemeiner Teil des Bürgerlichen Rechts /begründet von Karl Larenz ; fortgeführt von Manfred Wolf. München : Beck, 1997, S.136.).

<sup>276</sup> a) personai tiek atņemta pārvaldība un rīcība ar mantu (CL 366.p.); b) to netieši apliecina arī aizgādības izlaidīgas vai izšķērdīgas dzīves dēļ nodibināšanas kritērijs – neatbilstošs dzīvesveids, kas rada nabadzības, trūkuma draudus pašai personai vai viņas ģimenei (CL 365.p.).

<sup>277</sup> Piem.: a) personai ir tiesības rīkoties ar tūrajiem ienākumiem (CL 367.p.); b) personai tiek paredzēta testēšanas spēja, tādējādi saglabājot pat pilnu rīcībspēju (CL 420.p.) (Sk.arī: Krauze R., Gencs Z. Latvijas Republikas Civillikuma komentāri: Mantojuma tiesības. Rīga: Mans Īpašums, 1997, 50.lpp.).

rīcībspēja ar tiesas nolēmumu, tad visi šīs personas noslēgtie darījumi un gribas izteikumi ir absolūti spēkā neesoši (CL 361.p.). No otras puses, ja gribas izteikums un darījuma noslēgšana ir notikusi pirms minētā tiesas sprieduma, tad tie ir relatīvi spēkā neesoši, t.i., apstrīdēšanas gadījumā, atsaucoties uz gaišo starplaiku (fiziskās personas psihiskās veselības uzlabošanas) gribas izteikuma un darījuma noslēgšanas brīdī, tie var palikt spēkā (CL 361., 362., 363.p.). Līdz ar to, ja ārstam nerodas šaubas par pacienta rīcībspēju, tad tādā gadījumā praktiski pastāv rīcībspējas esamības prezumpcija<sup>278</sup> līdz tiesas nolēmumam.

Latvijas pieejas maiņa norisinās attiecībā uz personu ar psihiskiem traucējumiem rīcībspēju. CL 358.pants paredz tikai pilnīgu rīcībspējas atņemšanu šīm personām, neņemot vērā to, cik lielā mērā personai trūkst garīgo spēju. Bet šobrīd ir stājies spēkā Latvijas Republikas Satversmes tiesas spriedums, ar kuru minētais Civillikuma pants ir atzīts par spēkā neesošu<sup>279</sup>. Galvenais rīcībspējas atņemšanas mērķis ir pašas personas ar garīgiem traucējumiem tiesību aizsardzība, bet ir nepieciešams paredzēt iespēju konkrētajā situācijā izvēlēties piemērotāko ierobežojumu, izejot no individuāla situācijas izvērtējuma<sup>280</sup>, t.i., noteikt personai arī daļēju rīcībspēju. Pie tam arī Eiropas Cilvēktiesību tiesa atzina kā pārkāpumu tikai pilnīgas rīcībspējas un pilnīgas rīcībnespējas noteikšanu, neparedzot nekādu robežsituāciju, personām ar psihiskiem traucējumiem<sup>281</sup>. Līdz ar to arī personām ar psihiskiem traucējumiem nebūs izslēdzama iespēja izteikt tiesiski saistošu gribu ārstniecībā<sup>282</sup>, ja viņām tiks noteikta daļēja rīcībspēja, nenosakot ierobežojumus attiecībā uz gribas izteikumu ārstniecībā.

Tiek pausts viedoklis, ka nepilngadīgā, t.i., vismaz 14 gadi, un izšķērdētāja tiesiskais statuss ir līdzīgs<sup>283</sup>. Kopīgs šīm personu grupām ir tas, ka tām piemīt daļēja rīcībspēja, kur tomēr ir atšķirīgas to rīcībspējas apjoma noteikšanas metodes<sup>284</sup>. Nepilngadīgajam netiek nodibināta

---

<sup>278</sup> Rīcībspējas prezumpcija ir noteikta arī, piem., Virginia Health Care Decisions Act (a.54.1-2983.2); Health Care Consent Act of Ontario (s.4.(2)).

<sup>279</sup> No 2012.gad 01.janvāra.LR ST 2010.g. 27.decembra spried. lietā Nr.2010-38-01. Pieejams: <http://www.satv.tiesas.gov.lv/> [aplūkots 2011.gada 11.janvārī].

<sup>280</sup> LR ST 2010.g. 27.decembra spried. lietā Nr.2010-38-01 (10.,12.p.kts) Latvijas Vēstnesis, 2010. 30.decembris, nr.206.

Tas atbilst Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām (Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām (2010.g.23.decembris). Pieejams: [www.sustento.lv/uploads/Konvencija/konvencija%20lv.doc](http://www.sustento.lv/uploads/Konvencija/konvencija%20lv.doc) [aplūkots 2011.gada.11.janvārī]) preambulas n) pk., 1.p., 3.p.a) pk., 12.p. (pie tam nenodalot personas ar psihiskiem un fiziskiem traucējumiem, tātad paredzot rīcībspēju arī personām ar psihiskiem traucējumiem), Eiropas Padomes Ministru Komitejas rekomendācijas nr. R (99) 4 „Par principiem attiecībā uz rīcībnespējīgo personu tiesību aizsardzību” 2., 3.principam.

<sup>281</sup> Eiropas Cilvēktiesību tiesas 2008.g. 27.marta spried. lietā: Shtukaturv v. Russia. Pieejams: <http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/portal.asp?sessionId=64513849&skin=hudoc-en&action=request> [aplūkots 2010.gada 1.decembrī] (paragraph 95).

<sup>282</sup> Šādu pieeju paredz arī Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām 25.p. d) pk. (Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām (2010.g.23.decembris). Pieejams: [www.sustento.lv/uploads/Konvencija/konvencija%20lv.doc](http://www.sustento.lv/uploads/Konvencija/konvencija%20lv.doc) [aplūkots 2011.gada.11.janvārī]).

<sup>283</sup> Санфилипо Ч. Курс римского частного права. Москва: БЕК, 2002, с.45; Гримм Д.Д. Лекции по догме римского права. Москва: Зерцало, 2003, с.47.

<sup>284</sup> Netieši to apliecina viedoklis, ka nepilngadīgām personām ir daļēja rīcībspēja un izšķērdētājiem – ierobežota rīcībspēja (Пиляева В.В. Гражданское право: части общая и особенная. Москва: кнорус, 2004, с.24,25).

rīcībspēja pilnā apmērā, bet tiek tikai piešķirts konkrēts rīcībspējas apjoms. Turpretim izšķērdētājam iepriekš jau iegūtais pilnas rīcībspējas apjoms tiek samazināts, balstoties uz objektīviem apstākļiem, kas bija par pamatu aizgādības nodibināšanai. Līdz ar to 14 gadus veca nepilngadīgā rīcībspējas apjoms tiek noteikts ar „piešķiršanas metodi”, turpretim pilngadīgai personai, kurai nodibināta aizgādība izlaidīgas vai izšķērdīgas dzīves dēļ – ar „noņemšanas metodi”.

Fiziskai personai rīcībspēja var arī izbeigties. Tas var notikt divējādi – no vienas puses, ar fiziskas personas nāvi, kas ir absolūts rīcībspējas izbeigšanās kritērijs; no otras puses, ja fiziskai personai rīcībspēja tiek atņemta psihisku traucējumu dēļ, kas ir relatīvs rīcībspējas izbeigšanās veids, jo personas garīgā veselība var uzlaboties, kā rezultātā rīcībspēja var tikt atjaunota (CL 364.p.)<sup>285</sup>. Līdz ar to secināms, ka fiziskas personas rīcībspējas izbeigšanās var būt gan ar absolūtu, gan ar relatīvu raksturu.

Pēc vispārīga principa tikai fiziskie veselības trūkumi neietekmē fiziskas personas rīcībspēju. Vēsturiski civiltiesībām saraujot saites ar publiskajām tiesībām, kur fiziskie trūkumi bija pamats ierobežojumam, fiziskie traucējumi neatstāj iespaidu uz personas rīcībspēju civiltiesiskā izpratnē, lai arī ir konstatējamas neskaidrības, piemēram, attiecībā uz testamenta lieciniekiem<sup>286</sup>. Kaut gan vēsturiski pastāvēja arī viens no aizgādības veidiem – aizgādība pār personām ar fiziskiem trūkumiem<sup>287</sup>, kuras mērķis vairāk bija virzīts uz šo personu mantisko tiesību aizsardzībai, kas arī nav maznozīmīgi. Tomēr, ņemot vērā, ka: 1) pastāv dažādi tiesiskie līdzekļi personu tiesību aizsardzībai, kas mazākā mērā rada saistības pašai tiesīgajai personai; 2) attīstoties medicīnai un dažādām tehnoloģijām, personas fizisko traucējumu radīto funkciju samazinājumu ir iespējams pilnā apmērā vai daļēji aizstāt (izņemot galvas smadzenes); līdz ar to pacienta tikai fiziskie traucējumi nav pamats rīcībspējas ierobežošanai vai atņemšanai, kamēr patients ir pie apziņas un spēj paust savu gribu.

---

<sup>285</sup> Arī CL 364.p. tika atzīts par spēkā neesošu, jo netika „ņemta vērā iespēja, ka persona var apgūt jaunas un attīstīt esošās iemaņas, tādējādi uzlabojot savu spēju pieņemt patstāvīgus lēmumus neatkarīgi no veselības stāvokļa izmaiņām” (LR ST 2010.g. 27.decembra spried. lietā Nr.2010-38-01. Latvijas Vēstnesis, 2010. 30.decembris, nr.206 (13.pk.)), jo rīcībspējas institūtam ir divi kritēriji (medicīniskais un sociālais) (līdzīgi kā personas invaliditātes gadījumā – sk.: Eiropas Savienības (bij. Kopienu) Tiesas 2006.g. 11.jūlija spried. lietā: C-13/05 Navas v. Eurest Colectividades SA. Pieejams: <http://curia.europa.eu> [aplūkots 2010.gada 11.decembrī]; LR AT Senāta AD 2010.g. 08.aprīļa spried. lietā Nr.A42440106 SKA-110/2010 (10.pkts), LR AT Senāta AD 2010.g. 12.aprīļa spried. lietā Nr.A42319306 SKA-124/2010 (10.pk.); Jonas S. Talking about health and wellness with patients. New York: Springer, 2000, p.10-15).

<sup>286</sup> Tiek deklarēts, ka fiziskas personas ar noteiktiem fiziskiem trūkumiem (kurli, mēmi, akli) nevar būt par testamenta lieciniekiem (CL 448.p.). (Čakste K. Civiltiesības. Rīga, [b.i.], 19XX, 16.lpp.; Krauze R., Gencs Z. Latvijas Republikas Civillikuma komentāri: Mantojuma tiesības. Rīga: Mans Īpašums, 1997, 76.lpp.).

<sup>287</sup> Sk.: Санфиллипо Ч. Курс римского частного права. Москва: БЕК, 2002, с.155; Гримм Д.Д. Лекции по догме римского права. Москва: Зерцало, 2003, с.439; Римское частное право. Под ред. проф. Новицкого И.Б., проф. Перетерского И.С. Москва: Юристъ, 2004, с.144.

Pie tam romiešu tiesībās nodalīja sekojošus personas fiziskos traucējumus, kuru tiesiskā nozīme bija atšķirīga: 1) *morbus*- slimība šaurākā nozīmē; 2) *morbus soticus*- akūta slimība; 3) *vitia corporis*- pastāvīgi trūkumi (kurlums, mēmums, akļums u.c.) (Гримм Д.Д. Лекции по догме римского права. Москва: Зерцало, 2003, с.77, 78).

Noteiktu objektīvu apstākļu ietekmē arī rīcībspējīgas fiziskas personas gribas izteikums var būt spēkā neesošs. Tas ir tādā gadījumā, ja šie apstākļi personai izraisīja nesamaņas vai gara darbības traucējumus, kas atņem personas noslēgtajam darījumam tiesisko spēku (CL 1409.p.), kur nesamaņas stāvoklim ir tiesiski absolūts gribas izteikuma spēku izslēdzošs raksturs<sup>288</sup>. Civillikumā norādīta divu veidu traucējumu tiesiskā nozīme attiecībā uz rīcībspējīgu personu: 1) ja iestājas nesamaņas stāvoklis, kas vērtējams kā personas veselības fizisks traucējums, kura rezultātā persona nav pie apziņas un nespēj paust savu gribu; 2) ja ir gara darbības traucējumi, kas ir samērā smagi, kā rezultātā noslēgtais darījums ir spēkā neesošs; bet tomēr īslaicīgi (pārejoši), kas vēl nedod pamatu personas rīcībspējas atņemšanai. Minēto traucējumu tiesiskais izvērtējums kļūst īpaši nozīmīgs ārstniecībā.

No šīs pieejas ir secināms, ka fiziskas personas rīcībspēja ir izprotama divos veidos. Pirmkārt, rīcībspēja šaurākā nozīmē, ar kuru saprotama šī brīža rīcībspējas izpratne civiltiesībās. Otrkārt, rīcībspējai plašākā nozīmē (t.i., rīcībspējīgas personas spēja paust spēkā esošu gribas izteikumu<sup>289</sup>) tiek izvirzītas papildus prasības, lai fiziska persona tiktu atzīta par spējīgu izteikt gribu, iegūt tiesības un uzņemties pienākumus dažās specifiskās jomās, kurās iesaistās fiziskā persona (piemēram, ārstniecība). Līdz ar to, lai pacienta gribas izteikumam būtu tiesiskais spēks, ir nepieciešams, lai viņš: 1) kā fiziskā persona būtu rīcībspējīgs šaurākā nozīmē; un 2) kā pacients – būtu rīcībspējīgs plašākā nozīmē, ņemot vērā ārstniecības specifiku (medicīniskā rīcībspēja).

Neskaidrības ir medicīniskās rīcībspējas noteikšanā. No vienas puses, tā kā rīcībspējas atņemšana ir juridisks jautājums, tad tikai ārsta vai ārstniecības iestādes izziņa netiek uzskatīta par pietiekamu pamatu rīcībspējas neesamībai<sup>290</sup>. Fiziskas personas rīcībspējas atņemšana ir tiesas kompetencē (CL 359., 364.p.)<sup>291</sup>, kur jautājuma izlemšanā tiesa balstās uz fiziskās personas veselības medicīniskajiem kritērijiem. No otras puses, minētā pieeja atbalstāma attiecībā uz

---

<sup>288</sup> Larenz K., Wolf M. Allgemeiner Teil des Bürgerlichen Rechts /begründet von Karl Larenz ; fortgeführt von Manfred Wolf. München : Beck, 1997, S.136.

<sup>289</sup> Skatot jautājumu par apstākļu ietekmi uz gribas izteikumu, tas regulē darījuma spēkā esamības jautājumu nevis raksturo darījuma dalībnieku no rīcībspējas viedokļa (Latvijas Republikas Civillikuma komentāri: Ceturtā daļa. Saistību tiesības. Torgāns K., Grūtups A., Višņakova G.u.c. Zin.red. Torgāns K. Rīga: Mans Īpašums, 1998, 24.lpp.; Larenz K., Wolf M. Allgemeiner Teil des Bürgerlichen Rechts /begründet von Karl Larenz ; fortgeführt von Manfred Wolf. München: Beck, 1997, S.135; Hartkamp A., Tillema M. Contract Law in the Netherlands. The Hague, London, Boston: Kluwer Law International, 1995, p.74; German Civil Code (§105(2)).

Juridiskajā literatūrā tiek nodalīta pacienta kompetence (t.i., spēja, novērtējot esošo situāciju, pieņemt lēmumu) no rīcībspējas (Pattinson S.D. Medical Law & Ethics. 1st edit. London: Sweet&Maxwell, 2006, p.130.).

<sup>290</sup> Latvijas Republikas Civillikuma komentāri: Ceturtā daļa. Saistību tiesības. Torgāns K., Grūtups A., Višņakova G.u.c. Zin.red. Torgāns K. Rīga: Mans Īpašums, 1998, 24.lpp.

<sup>291</sup> „Ņemot vērā, ka tiesnešiem parasti nav speciālo zināšanu medicīnā, tiesa, izņemot atsevišķus acīmredzamus gadījumus, nevar konstatēt, vai personai ir ilgstošs vai nepārejošs spēju ierobežojums, kas apgrūtina personas integrāciju, atņem vai ierobežo tās spēju strādāt un sevi apkopt”, tādēļ tiesa var noteikt ekspertīzi, kur ekspertu atzinums uzskatāms tikai par vienu no pierādījumiem (LR AT Senāta AD 2006.g. 31.janvāra spried. lietā Nr.SKA-28. Pieejams: [www.at.gov.lv](http://www.at.gov.lv) [aplūkots 2011.gada 11.aprīlī] (12.pk.); LR AT Senāta AD 2006.g. 07.februāra spried. lietā Nr.SKA-32. Pieejams: [www.at.gov.lv](http://www.at.gov.lv) [aplūkots 2011.gada 11.aprīlī] (13.pk.)).

Tiek norādīts, ka ārstu konsiliju nevar uzskatīt par tiesu (Sk.: LR ST 2007.g. 03.aprīļa lēm. par tiesvedības izbeigšanu lietā Nr.2007-05-0106. Pieejams: [www.satv.tiesa.gov.lv](http://www.satv.tiesa.gov.lv) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā]).

rīcībspēju šaurākā nozīmē. Bet ārstam (ārstu konsilijam) ir nosakāmas tiesības lemt par pacienta medicīnisko rīcībspēju, ja pacientam nepieciešams veikt neatliekamu ārstniecību<sup>292</sup>. Tas pamatojams sekojoši: 1) ārstniecības steidzamība, kur vilcināšanās apdraud pacienta dzīvību; 2) prasība vēlāk apstrīdēt darījumu minētajā ārstniecībā nepieļaujama, jo iespējamās neatgriezeniskas sekas (pacienta nāve); 3) ārsts (ārstu konsilijš) nelemj par rīcībspēju šaurākā nozīmē; 4) lēmums par pacienta medicīnisko rīcībspēju attiecas tikai uz noteiktu jomu – gribas izteikumu ārstniecībā; 5) ārstam (ārstu konsilijam) ir speciālas zināšanas šī jautājuma izlemšanai pēc būtības<sup>293</sup>. Līdz ar to ārstam (ārstu konsilijam) ir nosakāmas tiesības objektīvu šaubu gadījumā lemt par pacienta medicīnisko rīcībspēju, ja pacientam nepieciešams veikt neatliekamu ārstniecību.

Lai noteiktu, vai pacientam ir medicīniskā rīcībspēja, ārvalstu tiesu praksē tika izstrādāti dažādi testu veidi minētās rīcībspējas noteikšanai: 1) izteikta lēmuma tests, kur pacientam ir jāspēj tikai formulēt savu izvēli; 2) saprātīga lēmuma tests, kur pacienta izvēlei ir jāatbilst saprātīgas personas rīcībai tādos pat apstākļos; 3) lēmuma racionālā pamatojuma tests, kur tiek ņemta vērā pacienta domāšanas kvalitāte; 4) pacienta saprašanas tests, kur pacientam jāspēj manifestēt savu spēju saprast; 5) pacienta faktiskās saprašanas tests: a) pacientam jāspēj saprast un atcerēties no ārstniecības personas saņemto informāciju; b) pacientam jāspēj ticēt (paļauties) šai informācijai; c) pacientam jāspēj izvērtēt šo informāciju; pie tam izsvērt tā, lai sasniegtu izvēli<sup>294</sup>. Latvijas Pacientu tiesību likumā attiecībā uz pilngadīgu rīcībspējīgu pacientu tiek pielietots pacienta faktiskās saprašanas tests<sup>295</sup>, kur nākotnē iespējama pieejas maiņa (sk.darba pirmo nodaļu).

Reliģiskās ticības kritērija ietekme uz pacienta medicīnisko rīcībspēju ārstniecībā, balstoties uz ārvalstu tiesu praksi, ir izstrādājusies divējāda. Pirmkārt, pilngadīga pacienta rīcībspēju ticība, lai cik arī irracionāla tā neliktos, neietekmē; savukārt, otrkārt, attiecībā uz nepilngadīgām

---

<sup>292</sup> Netieši šo pieeju atbalsta Pacientu tiesību likuma 7.p.8.d.

ASV Virdžīnijas štatā diviem ārstiem tiek paredzētas tiesības lemt par pacienta spēju izteikt gribu, kur ārstiem ir noteikts arī pienākums paziņot pacienta vietniekiem par pacienta nespēju paust gribu (Virginia Health Care Decisions Act (a.54.1-2983.2).

Norvēģijā ārsts ir tiesīgs izlemt par pacienta spēju izteikt gribu ārstniecībā, un ārstam šis lēmums ir jāpamato, jāzsaka rakstveida formā un pēc iespējas ātrāk jāiesniedz pacientam un viņa vietniekam (Patient's Rights Act of Norway (s.4-3(3), (4)).

Pacients tika ievietots ārstniecības iestādē, un pēc psihiatra atzinuma viņš tika atzīts par nespējīgu izteikt gribu ārstniecībā. Pēc pacienta celtās prasības tiesa, izskatot šo lietu, atcēla pacienta rīcībspējas atzinumu ārstniecībā un norādīja, ka, balstoties uz likumu, pastāv personas rīcībspējas prezumpcija, un ārstam ir jāpierāda, ka pacients ir zaudējis rīcībspēju (Kanādas Jaunskotijas provinces Augstākās tiesas 2007.g. 08.novembra spried. lietā: Crewe (Re), 2007 NSSC 322 (CanLII). Pieejams: [www.canlii.org/en/ns/nssc/doc/2007/2007nssc322/2007nssc322.html](http://www.canlii.org/en/ns/nssc/doc/2007/2007nssc322/2007nssc322.html) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā] (p.77); Hospitals Act of Nova Scotia (Canada) (1989). Pieejams: [www.canlii.org/en/ns/laws/stat/rsns-1989-c-208/79929](http://www.canlii.org/en/ns/laws/stat/rsns-1989-c-208/79929) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā] (s.52)).

<sup>293</sup> Piem., „pagasttiesas priekšsēdētāja nav medicīnas darbiniece un viņai nav speciālu zināšanu psihiatrijā, tāpēc viņa nevar objektīvi spriest par personas spēju saprast savu rīcību” (LR AT Civillietu tiesu palātas 2009.g.26.marta spried. lietā Nr.C04233905 PAC-0096). Līdz ar to nav izslēdzama šāda spēja ārstam (ārstu konsilijam).

Tiesai nav speciālo medicīnas zināšanu (LR AT Senāta CD 2003.g. 12.februāra spried. lietā Nr.SK-3).

<sup>294</sup> Kennedy I., Grubb A. Principles of medical law. Oxford: Oxford University Press, 1998, p.136, 140; Kennedy I., Grubb A. Medical law. London, Dublin, Edinburgh: Butterworths, 1994, p.125-128.

<sup>295</sup> Uz nepilngadīgu pacientu (14-18g.) – saprātīga lēmuma tests, bet tikai ārstniecības atteikuma gadījumā (Pacientu tiesību likuma 13.p.3.d.).

personām tiek piemērots sociālās tolerances princips, kur atteikšanās no ārstniecības, balstoties uz reliģiskajiem uzskatiem, netiek uzskatīta par spēkā esošu, norādot, ka nepilngadīgais pacients tādējādi nav spējis reāli saprast informāciju<sup>296</sup>. Pacienta privātautonomijas princips atbalsta ideju, ka pacientam nav jāpamato savs lēmums ārstniecībā, tādējādi pieļaujot arī ticības brīvību un tās ietekmi uz pacienta lēmumiem. Turpretim nepilngadīgas personas rīcībspējai tiek noteikti ierobežojumi pieredzes trūkuma dēļ, tādā veidā nosakot atkāpes arī no privātautonomijas principa nepilngadīgās personas tiesību un interešu aizsardzības aspektā<sup>297</sup>. Piemēram, jau romiešu tiesībās pilngadīgas personas noteiktu laika periodu pēc pilngadības sasniegšanas tika pakļautas īpašai tiesiskai aizsardzībai<sup>298</sup>. Līdz ar to, izvērtējot pacienta medicīnisko rīcībspēju ārstniecībā, ir jāņem vērā pacienta dzīves pieredzes aspekts, īpaši, ja nesen pilngadību sasniegušā pacienta atteikums no ārstniecības balstās uz nemedicīniskajiem argumentiem.

Pacienta medicīnisko rīcībspēju īslaicīgi var ietekmēt ārkārtas apstākļi (piemēram, šoks, sāpes, medikamenti), kā rezultātā pacients var nespēt izvērtēt informāciju un pieņemt lēmumu<sup>299</sup>. Uzmanību piesaista pacienta medikamentu lietošana, uz kuru balstās ārstniecība. No vienas puses, medikamentu īslaicīga lietošana var izraisīt traucējumus, kā rezultātā pacienta gribas izteikums nav spēkā esošs. No otras puses, medikamentu ilgstošai lietošanai iespējamas divējādas sekas. Pirmkārt, ja tiks lietoti ilgstoši objektīvi nepieciešami ārstniecības līdzekļi, kas ietekmē pacienta apziņu (piemēram, miega traucējumu novēršanai, antidepresanti, narkotiskie līdzekļi pret sāpēm), tad pacienta gribas izteikums visticamāk būs spēkā neesošs. Otrkārt, ja tiks lietoti ilgstoši medikamenti, kuru ietekme uz pacienta apziņu ir netieša un minimāla, tad šajā gadījumā ir iespējams spēkā esošs pacienta gribas izteikums<sup>300</sup>. Līdz ar to, izvērtējot medikamentu tiesisko ietekmi uz pacienta medicīnisko rīcībspēju, ir jāņem vērā ārstniecības līdzekļu: 1) lietošanas objektīvā nepieciešamība (pie deliktspējas); 2) lietošanas ilgums; 3) diferenciacija pēc to ietekmes uz pacienta apziņu.

---

<sup>296</sup> Kennedy I., Grubb A. Principles of medical law. Oxford: Oxford University Press, 1998, p.142.

Nepilngadīga paciente un viņas vecāki bija Jehovas ticības piekritēji, tādēļ paciente un viņas vecāki atteicās dot piekrišanu nepieciešamajai asins pārliešanai. Asins pārliešana tika veikta pēc tiesas akcepta pret pacientes vietnieku gribu. Tiesa, noraidot pacientes vietnieku celto prasību, norādīja, ka vecāku reliģiskā brīvība neietver sevī tiesības uz šiem pamatiem ietekmēt bērnu drošību, veselību vai dzīvību, ja vecāki savas reliģiskās pārliecības dēļ atsakās no bērnam nepieciešamās ārstniecības (Kanādas Augstākās tiesas 2009.g. 26.jūnija spried. lietā: A.C. v. Manitoba (Director of Child and Family Services), 2009 SCC 30, [2009] 2 S.C.R. 181. Pieejams: [www.canlii.org/en/ca/scc/doc/2009/2009scc30/2009scc30.html](http://www.canlii.org/en/ca/scc/doc/2009/2009scc30/2009scc30.html) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā] (p.195)).

<sup>297</sup> Treitel G.H. The Law of Contract. Ninth Edition. London: Sweet&Maxwell, 1995, p.494; Stone R. Principles of Contract Law. London, Sydney: Cavendish Publishing Ltd, 1997, p.113; Pacientu tiesību likuma 13.p.3.d.

<sup>298</sup> Sk.: Санфиллипо Ч. Курс римского частного права. Москва: БЕК, 2002, с.45, 46.

<sup>299</sup> Kennedy I., Grubb A. Principles of medical law. Oxford: Oxford University Press, 1998, p.145.

Sk. arī: Latvijas Republikas Civillikuma komentāri: Ceturtā daļa. Saistību tiesības. Torgāns K., Grūtups A., Višņakova G.u.c. Zin.red. Torgāns K. Rīga: Mans Īpašums, 1998, 24., 25.lpp.; Whincup M.H. Contract Law and Practice: the english system and continental comparisons. Boston: Kluwer Law and Tax.Publ., 1992, p.86.

<sup>300</sup> Sk. arī: Latvijas Republikas Administratīvās apgabaltiesas 2009.g.24.augusta spried. lietā Nr.124054008 143-AA43-0905-09/19 (Tika atcelts tiesneša lēmums par personas saukšanu pie administratīvās atbildības, jo persona lietoja psihotropo vielu pēc ārsta norādījuma un receptes).

Nereti, personai nokļūstot situācijā, kad ir nepieciešama ārstniecība, pacients izjūt bailes. Baiļu kā fiziskas personas izjūtu tiesiskās sekas var būt divējādas. No vienas puses, tās ir uzskatāmas par normālu personas reakciju uz sarežģītu, neierastu situāciju, kas neietekmē pacienta spēju izteikt gribu. No otras puses, bailes to smagākā formā var tikt vērtētas kā pacienta psihisks traucējums, kas liedz atbilstoši izvērtēt informāciju un pieņemt lēmumu. Tādā gadījumā pacienta medicīniskā rīcībspējā tiek ietekmēta, un atkarībā no baiļu ietekmes apjoma var radīt pacienta gribas izteikuma spēkā neesamību<sup>301</sup>.

Pacienta spēju izteikt gribu ietekmē arī pacienta fiziskie traucējumi<sup>302</sup>. Pirmkārt, tas ir pacienta nesamaņas stāvoklis (CL 1409.p.), kas var būt gan īslaicīgs (piemēram, samaņas zaudējums), gan ilgstošs (piemēram, pacientam atrodoties komā)<sup>303</sup>. Minētā fiziskā traucējuma tiesiskā ietekme izskaidrojama ar to, ka pacients nespēj izteikt jeb paziņot savu lēmumu, jo no medicīnas viedokļa nevar kategoriski apgalvot, ka pacients nesamaņas stāvoklī nevar dzirdēt, saprast, atcerēties informāciju, tai ticēt, izvērtēt to un pieņemt lēmumu. Nesamaņas stāvokļa ietekmē pacienta nespēja komunicēt (t.i., paziņot savu lēmumu) rada pacienta medicīnisko rīcībnespēju. Otrkārt, pacienta fizisks traucējums var apgrūtināt komunikāciju, radot gribas izteikuma spēkā neesamību, ja šī traucējuma izraisītas sekas netiek vai nevar tikt novērstas<sup>304</sup>. Treškārt, fizisks traucējums var radīt personai, arī neslimojot ar garīgu slimību, psihiskus traucējumus, kuru gadījumā paustais gribas izteikums nav spēkā esošs<sup>305</sup>. Līdz ar to secināms, ka pacienta fizisko traucējumu ietekme uz medicīnisko rīcībspēju ir interpretējama plašāk par Civillikuma 1409.pantā noteikto.

Analizējot pacienta spēju izteikt gribu, secināmi divi aspekti. Pirmkārt, nodalāmi divi pacienta rīcībspējas veidi: rīcībspēja šaurākā nozīmē un medicīniskā rīcībspēja, kuriem objektīvi pamatotu argumentu dēļ tiesiski paredzama atšķirīga ierobežošanas vai atņemšanas kārtība. Otrkārt, ir precizējamas tiesiskās nianse attiecībā uz pacienta rīcībspēju, kur normatīvajos aktos

---

<sup>301</sup> Sk., piem.: lieta: Re MB (1997) 2 FLR 426; (1997) 8 Med LR 217 (Anglija). Grām.: De Cruz, P. Comparative Healthcare Law. Cavendish Publishing Limited, 2001, p.13,18. Pieejams: <http://rulv.etailer.dpsl.net/home/html/moreinfo.asp?bookId=536899500&category=LW620000&whichpage=10&pagename=category.asp> [aplūkots 2010.gada 11.novembrī].

<sup>302</sup> Piem.: Virginia Health Care Decisions Act. (a.54.1-2982); Finland's Act on the status and rights of patients (s.6); Children, mental health and law. Edit.by Reppucci N. Beverly Hills, London, New Delhi: Sage Publications, 1984, p.26.

<sup>303</sup> Populārā medicīnas enciklopēdija. Aivars J., Arons K., Auliks I.u.c. Atb.red. Bļugers A. 2.izd. Rīga: Galvenā enciklopēdiju redakcija, 1984, 440.lpp.

<sup>304</sup> Piem.: personai bija vāja redze un medicīniskā ekspertīze apstiprināja, ka apstrīdētā darījuma dokumenta parakstīšanas laikā persona nebija spējīga to izlasīt bez brillēm (lēcas, lupas), tāpēc tiesa atzina, ka viņai nebija zināms dokumenta saturs (LR AT Civillietu tiesu palātas 2009.g.26.marta spried. lietā Nr.C04233905 PAC-0096). Bet pacienta komunikācijas problēmas vēl nenozīmē pacienta nespēju izteikt gribu (sk.: Virginia Health Care Decisions Act (a.54.1-2982)).

<sup>305</sup> Personai insults kā fizisks traucējums radīja gara darbības traucējumus, kuru laikā izteiktā griba tika atzīta par spēkā neesošu (LR AT Civillietu tiesu palātas 2009.g.26.marta spriedums lietā Nr.C04233905 PAC-0096).

konstatējamās nekonsekvences minētā institūta interpretācijā, kas līdz ar to apgrūtinā tiesību normu piemērošanu.

### 2.3. Pacienta vietniecība gribas izteikumā

Mūsdienās ārstniecība ir balstīta uz personiskuma un tiešuma principu. Pacients pēc vispārēja principa pats izsaka gribu ārstniecībā<sup>306</sup>; kā arī tieši saņem ārstniecības pakalpojumu, jo ārstniecība ir vērsta uz paša pacienta veselību. Ārstniecības persona veic ārstniecību: a) personiski, jo ārstniecības pakalpojums bāzējas uz ārstniecības personas speciālo izglītību un zināšanām<sup>307</sup>; b) tieši, t.i., aizliegts veikt ārstniecību ar masu saziņas, komunikācijas līdzekļiem vai sarakstes veidā<sup>308</sup>. Lai arī šis aizliegums ir noteikts šobrīd normatīvajos aktos tikai uz sašaurinātu ārstniecības personu loku, t.i., prakses ārstiem, bet domājams, ka tas ir attiecināms uz jebkuru ārstniecības personu. Secināms, ka ārstniecībai pēc iespējas ir jābalstās uz pacienta un ārstniecības personas tiešu, nepastarpinātu kontaktu, jo tas veicina objektīvāku un atbilstošāku pacienta ārstniecību.

Tomēr ir konstatējamās atkāpes no tiešuma principa. Pirmkārt, ārstam ir tiesības, noteiktos gadījumos pat pienākums, sadarboties pacienta ārstniecībā ar citām ārstniecības personām/iestādēm, ja tas objektīvi nepieciešams pacienta interesēm<sup>309</sup>. Praksē tas var izpausties arī kā konsultēšanās ar augstāk kvalificētām ārstniecības personām (arī no citām valstīm), īpaši sarežģītās ārstniecības situācijās, kur ir pieļaujams daļēji izmantot ārstniecībā arī telekomunikācijas līdzekļus, ja prognozējams ieguvums pacienta veselībai. Līdz ar to Latvijā konstatējamās telemedicīnas iestrādes, jo tā balstās uz telekomunikācijas līdzekļu izmantošanu. Šobrīd dažu valstu praksē telemedicīnā var izdalīt divus pamatvirzienus: 1) telemedicīniskās konsultācijas; 2) elektroniskā medicīniskā dokumentācija, kur savukārt nozīmīgākā daļa ir pacienta elektroniskā slimības

---

<sup>306</sup> Pacientu tiesību likuma 3.p.6.d., 13.p.2.,3.d.

<sup>307</sup> Ārstniecības likuma 1.p.2.pk., 12., 26.p.

Šo principu netieši aplicina arī pacientam sniedzamās informācijas apjoma diferenciacija atkarībā no ārstniecībā iesaistīto ārstniecības personu veida (Pacientu tiesību likuma 4.p.4.d.).

<sup>308</sup> Likuma "Par prakses ārstiem" 6.p.

<sup>309</sup> Ārstniecības likuma 43.p.; likuma "Par prakses ārstiem" 5., 8.p.



vēsture<sup>310</sup>. Telmedicīnas attīstība veicinātu: 1) ārstniecības kvalitātes paaugstināšanos; 2) ārstniecības (īpaši pacientiem no attālākajām teritorijām) un medicīniskās dokumentācijas pieejamību pacientiem; 3) veselības aprūpes finansējuma ekonomiju; 4) medicīniskās terminoloģijas un ierakstu pacienta elektroniskajā slimības vēsturē standartizāciju, kas atvieglotu arī informācijas uztveri pacientiem<sup>311</sup>. Kopumā telemedicīnas attīstība ir perspektīva, jo iespējams izmantot sabiedrības jaunākos sasniegumus gan pacienta, gan publiskajām interesēm. Tādēļ Latvijā ir atbalstāma telemedicīnas normatīvā regulējuma izstrāde.

Otrkārt, neatliekamās medicīniskās palīdzības izsaukumā<sup>312</sup> atkāpe no tiešuma principa rada kaitējuma draudus pacienta veselībai un pat dzīvībai. Ir saskatāmas divas negatīvas pamatiezīmes: 1) dežurējošajai ārstniecības personai ir pieejama informācija, kas sniegta tikai ar telekomunikācijas līdzekļiem, pie tam samērā plaša apjoma informācija, ņemot vērā izsaukumu daudzveidības iespējamību (Tas nozīmē, ka dežurējošajai ārstniecības personai ir jābūt samērā plašām medicīnas zināšanām); 2) izsaukumu veic vai nu pats patients, vai cita persona, kurām visticamāk nav profesionālu zināšanu medicīnā. Bet šīm personām ir jāspēj izvērtēt gan izsaukuma pamatotību, gan sniedzamās informācijas nozīmību, apjomu u.c., pretējā gadījumā iespējamas arī negatīvas sekas, piemēram, maksas iekasēšana par nepamatotu izsaukumu<sup>313</sup> situācijas nozīmības pārvērtēšanā; kaitējums pacienta veselībai vai pat pacienta nāve situācijas nozīmības nenovērtēšanas gadījumā. Problēma slēpjas tajā apstākļī, ka uz pacientu tiek pārnests šinī gadījumā medicīnas zināšanu pienākums, kura viņam visticamāk nav. Līdz ar to jāpilnveido tiesiskais mehānisms pacienta tiesību un leģitīmo interešu aizsardzībai, jo tas tomēr ir vienīgais objektīvi iespējamais neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanas modelis, izmantojot telekomunikācijas līdzekļus, sabiedrības tagadējās tehniskās attīstības pakāpē.

Ir iespējama arī atkāpe no personiskuma principa, kad pacientu aizstāj viņa vietnieks. Ārstniecība sastāv no divām daļām: 1) gribas izteikuma; 2) paša ārstniecības procesa. Vietniecības institūts ir pieļaujams juridisko uzdevumu veikšanai – gan tiesiskajos darījumos, gan darījumam

<sup>310</sup> Bales S. Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in Deutschland. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz, 2005, nr.48, S.727-731. Pieejams: [www.springerlink.com/content/r75260465807832p/fulltext.pdf](http://www.springerlink.com/content/r75260465807832p/fulltext.pdf) [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].

<sup>311</sup> Грачева Т.Ю. „Проблемы стандартизации в телемедицине.” Медицинское право, 2005, Nr.4(12), c.31, 32; Маринер В.К. „Информационные технологии и права пациентов: переосмысление правовой доктрины.” Медицинское право, 2003, nr.1(1), c.58.

Tomēr pastāv arī trūkumi, kuriem būtu jāpievērš uzmanība telemedicīnas normatīvā regulējuma izstrādē, piem.: a) samērā vienkārši veikt nesankcionētu piekļuvi informācijai, kur samērā grūti ir identificēt tiesībpārkāpēju, tādēļ jāveido autorizētu lietotāju piekļuve informācijai; b) nepietiekami bieži tiek saglabātas datu bāzes tehniskajiem negadījumiem, kuru rezultātā daļēji vai pilnībā tiek zaudēta informācija (Грачева Т.Ю., Чунарев В.Ф., Ваковская Е.А. „Обеспечение врачебной тайны при использовании электронной истории болезни.” Медицинское право, 2005, Nr.2(10), c.26,27).

<sup>312</sup> Atbildīgā dežurējošā ārstniecības persona izvērtē saņemto informāciju, nosaka sniedzamās neatliekamās medicīniskās palīdzības steidzamību vai atsaka nepamatotus izsaukumus un sniedz informāciju par citām ārstniecības pakalpojumu saņemšanas iespējām (Veselības aprūpes organizācijas not. 117.pk.).

<sup>313</sup> Veselības aprūpes organizācijas not. 113., 115.pk.

līdzīgās darbībās<sup>314</sup>. Pacienta vietniecība ir pieļaujama tikai gribas izteikumā, turpretim ārstniecības pakalpojums ir jāsaņem pašam pacientam personīgi.

Civiltiesībās pastāv tiesiskie darījumi (piemēram, laulības noslēgšana)<sup>315</sup>, kā arī darījumam līdzīgās darbības (piemēram, saderināšanās (CL 26.p.1.d.))<sup>316</sup>, kur saskaņā ar likumu nav pieļaujama atkāpšanās no personiskuma principa, t.i., tiesību subjektam ir jāpiedalās personīgi. Strīdīgi, vai ārstniecībā pastāv izņēmuma gadījumi, kur būtu konstatējama strikta pieturēšanās pie personiskuma principa. Piemēram, „audu un orgānu izņemšana no dzīva donora iespējama tikai ar viņa rakstveida piekrišanu (...)”<sup>317</sup> – kur tiesību normu iespējams interpretēt trijos veidos: 1) ja vārds „tikai” attiecas uz vārdu salikumu „ar viņa”, tas nozīmētu, ka tiesiskajam darījumam nepieciešams paša tiesību subjekta (t.i., donora, kas ir vai kļūtu par pacientu) gribas izteikums; 2) turpretim, ja vārds „tikai” attiecas uz „rakstveida piekrišanu”, tas nozīmētu, ka likumdevējs noteicis šim tiesiskajam darījumam obligātu darījuma formu; 3) vārds „tikai” varētu attiekties arī uz vārdiem „ar viņa rakstveida piekrišanu”, kur tiktu noteikts gan personiskuma princips, gan speciālā darījuma forma. Ņemot vērā audu, orgānu izņemšanas medicīniski sarežģīto raksturu un sekas, atbilstošāka ir tiesību normas trešā interpretācija, jo likums balstās uz ideju, ka likumiskie vietnieki tikai informē par mirušā cilvēka dzīves laikā izteikto gribu<sup>318</sup>, netieši uzsverot personiskuma principu. Tomēr ir konstatējama tendence atteikties no pacienta vietniecības ierobežošanas<sup>319</sup>. Secināms, ka ārstniecībā tiek pieļauta pacienta vietniecība.

Nepieciešams izvērtēt, kādi pacienta vietniecības veidi ir iespējami ārstniecībā. Pastāv sekojoši fizisko personu vietniecības veidi: 1) atklātā vietniecība (CL 1515.p.), kas dalās sīkāk likumiskajā (CL 1411.p.) un līgumiskajā (CL 2289.-2317.p.); 2) klusā vietniecība (CL 1516., 1517.p.); 3) neuzdotā lietvedība (CL 2325.- 2342.p.)<sup>320</sup>.

<sup>314</sup> CL 1410.1.d.; Balodis K. Ievads civiltiesībās. Rīga: Zvaigzne ABC, 2007, 278.lpp.

<sup>315</sup> CL 56.p.1.d..

<sup>316</sup> Kalniņš E. Saderināšanās. Grām.: Kalniņš E. Privāttiesību teorija un prakse. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2005, 10., 12.lpp.

<sup>317</sup> Par miruša cilvēka ķermeņa aizsardzību un cilvēka audu un orgānu izmantošanu medicīnā: LR likums. LR Saeimas un Ministru Kabineta Ziņotājs, 1993. 14.janvāris, nr.1. (13.p.1.d.).

<sup>318</sup> Par miruša cilvēka ķermeņa aizsardzību un cilvēka audu un orgānu izmantošanu medicīnā: LR likums. LR Saeimas un Ministru Kabineta Ziņotājs, 1993. 14.janvāris, nr.1. (4., 11.p.).

<sup>319</sup> Piem.: 1) par labu publiskajām interesēm medicīnas pētījumos gēnu donora gribas izteikumā jau tieši noteikta vietniecības pieļaujamība (Cilvēka genoma izpētes likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 2002. 3.jūlijs, nr.99. (10.p.2., 5.d; 12.p.)); 2) noteiktas laboratoriskās pārbaudes veic donora mātei, ja audu un šūnu donors ir jaundzimušais (Cilvēka audu un orgānu uzkrāšanas, uzglabāšanas un izmantošanas kārtība: Ministru Kabineta 2007.gada 27.marta noteikumi nr.208. Latvijas Vēstnesis, 2007. 30.marts, nr.54 (54.pk.)), norādot uz vietniecības iespējamību. Arī Biokonvencijas 20.p.

Pacientu tiesību likuma 6.p.7.d., 7.p.1.,2.,7.,8.d., 13.p.1.d., 14.p.1.,2.,7.d.; CL 1515.p.

Tomēr juridiskajā literatūrā izteikts viedoklis, ka pacienta vietniecība ir ierobežojama. Piem., aizsargājot nepilngadīgo intereses, ir jāparedz aizliegums veikt ģenētisko testēšanu slimībām, kurām nav iespējama ārstniecība (Dupate K., Olsena S. Genoma izpētes projekta Latvijā sabiedriskie aspekti. Tiesiskās situācijas analīze. Pieejams: [www.unesco.lv](http://www.unesco.lv) [aplūkots 2010.gada 21.decembrī] (13.lpp.)).

<sup>320</sup> Pārstāvības institūts tiek vērtēts atšķirīgi. No vienas puses, pārstāvība tiek uzskatīta kā atklātā vietniecība ( likumiskā un līgumiskā), kuras priekšnoteikumi ir atklātums (uz likuma vai tiesiska darījuma pamata) un darbība pārstāvības varas robežās (Balodis K. Ievads civiltiesībās. Rīga: Zvaigzne ABC, 2007, 276.lpp). No otras puses, tiek sašaurināta

Tiek pausts viedoklis, ka normatīvajos aktos ir izsmeļoši uzskaitīti gadījumi, kuros, iestājoties noteiktiem juridiskajiem faktiem, rodas nepieciešamība pēc likumiskās vietniecības<sup>321</sup>. Bet ir precizējami likumiskās vietniecības gadījumi ārstniecībā.

Civillikuma 1411.pantā noteikts, ka fiziskas personas rīcībspējas trūkums ir pamats likumiskajai vietniecībai. Pirmkārt, civiltiesībās rīcībspējas trūkst nepilngadīgām personām (CL 1408.p.), turpretim ārstniecībā – pacientiem līdz 14 gadu vecumam<sup>322</sup>. Tādējādi ārstniecībā tiek sašaurināts nepilngadīgo pacientu likumiskās vietniecības pamats. Otrkārt, arī pilngadīgām personām ārstniecībā var rasties likumiskās vietniecības pamats: 1) ja persona tiek atzīta par rīcībnespējīgu gara slimības dēļ (CL 359.p.); 2) ja pilngadīga rīcībspējīga persona objektīvu apstākļu dēļ nespēj paust savu gribu (piemēram, atrodoties bezsamaņas stāvoklī) (CL 1409.p.).

Ir iespējamas arī situācijas, kad nepieciešams pārsniegt 18 gadu vecumu, lai pacients varētu realizēt savas gribas izvēles brīvību, tomēr neradot pamatu pacienta likumiskajai vietniecībai (piemēram, ķirurģiskās kontracepcijas gadījumā)<sup>323</sup>. Tātad noteiktam ārstniecības veidam tiek izvirzītas papildus prasības, jo tikai 18 gadu jeb pilngadības sasniegšana ir nepietiekams priekšnosacījums. Minami divi pamatcēloņi atkāpei no pamatprincipa: 1) medicīniskās iejaukšanās sarežģītība, tās medicīniskās un tiesiskās sekas pacientam nākotnē; 2) publiskās intereses, jo tiek pārtraukta sabiedrības locekļu iespējamā atjaunošanās, kas ir viens no sabiedrības pastāvēšanas pamatprincipiem.

Normatīvajos aktos ir konstatējamas iestrādnes ieņemtu, bet vēl nedzimušu fizisku personu tiesiskajai aizsardzībai (sk.darba otrajā nodaļā). Gadījumos, kad saduras mātes-pacientes un bērna-ieņemtās personas intereses, tiesiskā nozīme rodas tikai mātes-pacientes vietniecības institūtam, kamēr netiks paplašināta ieņemto personu tiesību aizsardzība ārstniecībā. Tomēr ārstniecībā ir iespējami gadījumi, kad nepieciešama ieņemtās personas tiesību aizsardzība (arī likumiskā vietniecība), piemēram, ja ieņemtai personai tiek veikta noteikta medicīniska iejaukšanās, kur medicīnas zinātnes attīstība rada normatīvā regulējuma nepieciešamību.

Līdz ar to secināms, ka ārstniecībā pacienta likumiskās vietniecības pamats, ņemot vērā iespējamās atkāpes, nav identisks ar vispārējo pieeju civiltiesībās, kas izskaidrojams ar ārstniecības specifiku.

---

pārstāvības institūta izpratne (tikai kā atklātā līgumiskā vietniecība), kur tiek izvirzīts saistošs atklātās likumiskās un līgumiskās vietniecības nodalīšanas kritērijs - pārstāvībā kāda persona ir tiesīga paust pārstāvamā juridiski nozīmīgu gribu, rīkojoties viņa vārdā (piemēram, bērnam nav konstatējama minētā griba, turpretim pilnvarnieks pauž pārstāvamā juridiski nozīmīgu gribu) (Latvijas Republikas Civillikuma komentāri: Ceturtā daļa. Saistību tiesības. Torgāns K., Grūtups A., Višņakova G.u.c. Zin.red. Torgāns K. Rīga: Mans Īpašums, 1998, 25., 26.lpp.).

<sup>321</sup> Balodis K. Ievads civiltiesībās. Rīga: Zvaigzne ABC, 2007, 278.lpp.

<sup>322</sup> Pacientu tiesību likuma 13.p.2.d.

<sup>323</sup> Ķirurģisko kontracepciju drīkst izdarīt: 1) pacientiem, kas vecāki par 25 gadiem – ar viņu rakstveida piekrišanu; 2) pacientiem, kas jaunāki par 25 gadiem – a) tikai medicīnisko indikāciju dēļ; b) ar ārstu konsilija apstiprinājumu; c) ar pacienta rakstveida piekrišanu (Seksuālās un reproduktīvās veselības likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 2002.gada 19.februāris, nr.27. (24.p.3.d.)).

Civiltiesībās kā fiziskas personas likumiskie vietnieki ir minēti vecāki, aizbildņi un aizgādņi (CL 1411.p.<sup>324</sup>). Turpretim ārstniecībā pacientam ir paplašināts likumisko vietnieku loks<sup>325</sup>.

Nepilngadīgas personas tiesīgi atvietot vecāki, ja ir noteikta vai konstatēta bērna izcelšanās no viņiem, kas rada tiesiskās attiecības starp vecākiem un bērniem<sup>326</sup>. No vienas puses, tā ir māte, kur normatīvajos aktos, neskatoties uz tiesu judikatūru, pastāv nekonsekvence par dzimšanas fakta apliecinājumu<sup>327</sup>. No otras puses, tēvs, kura paternitāti var noteikt četros veidos: ar paternitātes pieņemumu (CL 146.p.2.,3.d.); ar paternitātes brīvprātīgu atzīšanu (CL 154.p.); ar paternitātes noteikšanu tiesas ceļā (CL 157.p.); konstatējot paternitātes faktu tiesā (CL 158.p.2.d.).

Attīstoties medicīnai, bērns var dzimt medicīniskās apaugļošanas rezultātā. Šāda bērna izcelšanos no mātes apliecina dzimšanas fakts, bet paternitāti var noteikt divējādi: a) ar paternitātes pieņemumu (tomēr zināmā mērā sašaurinot paternitātes pieņemuma pamatu, jo nozīme ne tikai piedzimšanai laulības laikā, bet arī medicīniskās apaugļošanas brīdīm, kam ir jānotiek laulības laikā<sup>328</sup>) vai brīvprātīgi atzīstot paternitāti, ja tika izmantotas vīrieša donora dzimumšūnas; b) ar visiem četriem paternitātes noteikšanas veidiem, ja izmantotas potenciālā tēva dzimumšūnas<sup>329</sup>. Pirmajā gadījumā ir sašaurinātas paternitātes noteikšanas veidu izmantošanas iespējas, jo tikai šajos divos veidos tiesiski tiek pieļauta asinsradniecības neesamība starp bērnu un potenciālo tēvu, kur priekšplānā izvirzās laulības institūta (CL 146.p.2.,3.d.) vai potenciālo vecāku faktisko attiecību (CL 155.p.1.d.) ietekme. Šāda pieeja ir bērna interesēs, kur tiek netieši arī atbalstīta un veicināta bērna ģimenes aprūpes forma, kā prioritārākas uzskatot faktiskās ģimenes attiecības nevis tikai tīri bioloģisko radniecību, jo starp bērnu un donoru tiek izbeigtas jebkādas tiesiskās attiecības<sup>330</sup>.

Medicīniski progresīvāks bērna mākslīgas radīšanas veids ir, izmantojot surogātmātes pakalpojumus<sup>331</sup>. Latvijā nav tiesiski reglamentēts, tādēļ jāsecina, ka nav atļauts minētais bērna izcelšanās veids.

Nepieciešams noskaidrot to personu loku, kas tiesīgs aizstāvēt ieņemtas, vēl nedzimušas personas intereses. Neskatoties uz to, ka ieņemta persona vēl netiek atzīta par tiesību subjektu,

<sup>324</sup> Ārstniecības likums: LR likums. Ārstniecības likums Rīga: Valsts tipogrāfija, 1937 (30.p.).

<sup>325</sup> Pacientu tiesību likuma 6.p.7.d., 7.p.1.,2.d., 13.p.1.d.

<sup>326</sup> Vēbers J. Latvijas Republikas Civillikuma komentāri: Ģimenes tiesības. Rīga: Mans Īpašums, 2000, 145.lpp.

<sup>327</sup> CL 146.p.1.d.– „(...) ārsta izziņa (...)”, Civilstāvokļa aktu likuma 22.p.3.d.– „(...) ārstniecības iestādes vai ārstniecības personas izsniegta medicīnas apliecība (...)”; sk.: LR AT Senāta AD 2006.g.17.janvāra spried. lietā Nr.SKA-8; Latvijas Republikas Administratīvās apgabaltiesas 2007.g.10.aprīļa spried. lietā Nr.A1748-04/6 AA43-0401-07/9.

<sup>328</sup> Arī Vietējo civillikuma kopojumā šāds ierobežojums pastāvēja uz pašu paternitātes pieņemumu pēc vispārējā principa, nosakot, ka bērnam jāpiedzimst ne agrāk par 182. dienu pēc laulības noslēgšanas (Vietējo civillikumu kopojums. Neofic.izdevums. Rīga: Valters un Rapa, 1928. (134.p.)).

<sup>329</sup> Seksuālās un reproduktīvās veselības likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 2002.gada 19.februāris, nr.27. (21., 22.p.).

<sup>330</sup> Seksuālās un reproduktīvās veselības likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 2002.gada 19.februāris, nr.27. (22.p.).

<sup>331</sup> Sk.: Cook R., Sclater S.D., Kaganas F. Surrogate Motherhood: International Perspectives. Oxford – Portland Oregon: Hart Publishing, 2003.

tomēr minēto interešu aizsardzības nepieciešamība tiek aizvien vairāk pamatota, arī ārstniecībā (sk.darba otrajā nodaļā). Nedzimis bērns tiek uzskatīts par viņa mātes daļu, kur starp bērnu un māti pastāv bērna dzīvību uzturoša saikne mātes grūtniecības laikā. Tādēļ māte ir atzīstama par nedzimušā bērna tiesību aizstāvi<sup>332</sup>. Problēma rodas tad, ja saduras mātes un bērna-ieņemtas personas intereses, īpaši saasinoties konfliktam mātes rīcībnespējas vai nāves, kur mātes dzīvības funkcijas tiek uzturētas ar medicīnas tehnoloģijām, gadījumā. Potenciālais bērna tēvs ir vienlīdz tuvs radnieks bērnam kā māte<sup>333</sup>. Bērna paternitāti var noteikt pēc bērna dzimšanas, izņemot brīvprātīgu paternitātes atzīšanu, kur pieteikumu paternitātes atzīšanai var iesniegt jau pirms bērna dzimšanas (CL 155.p.2.d.)<sup>334</sup>. No vienas puses, paternitātes atzīšana noformējama ar ierakstu bērna dzimšanas reģistrā (CL 155.p.1.d.) un kamēr bērns nav piedzimis, nevar tikt veikts ieraksts dzimšanas reģistrā<sup>335</sup>. Tātad līdz bērna piedzimšanai nav pabeigta bērna brīvprātīgas paternitātes atzīšanas reģistrācija, kas radītu visas likumā paredzētās tiesiskās sekas. No otras puses, likums pieļauj brīvprātīgas paternitātes atzīšanas procedūru uzsākt jau pirms bērna dzimšanas, ja potenciālajam tēvam ir griba atzīt paternitāti, un tas atbilst bērna interesēm. Minētā pieteikuma iesniegšana (šo tiesību vispārinot, iespējams secināt principu – potenciālā tēva tiesiski izteiktā griba pirms bērna dzimšanas par vēlmi atzīt/noteikt paternitāti bērnam, piemēram, iesniedzot arī prasību paternitātes noteikšanai tiesā, paternitātes pieņemuma gadījumā – laulība ar bērna māti vērtējama kā prezumētā potenciālā tēva griba atzīt paternitāti) rada noteiktas tiesiskās sekas, ar kurām nevar nerēķināties. Tādēļ, lai arī nav tiesiski iespējams noteikt nedzimuša bērna izcelšanos no tēva līdz bērna dzimšanai, un „nedzimuša bērna tēvam ir ļoti relatīvas tiesības”<sup>336</sup>, tomēr tiesiski pamatota un pierādāma potenciālā tēva griba atzīt/noteikt paternitāti būtu atzīstama par izvērtējamu pamatu daļēji iesaistīties nedzimuša bērna tiesību aizsardzībā<sup>337</sup>. Gadījumos, kad ārstniecībā rodas nepieciešamība aizsargāt ieņemtas personas intereses, minētās tiesības nosakāmas nedzimušā bērna mātei un, izvērtējot individuāli tiesas kārtībā, potenciālajam (prezumējamajam) tēvam, kas uzskatāmi par ieņemtas personas likumiskajiem vietniekiem pacienta gribas aizsardzībā.

Nepilngadīgas personas var atvietot arī adoptētājs. Adopcijas gadījumā, no vienas puses, tiek radītas gan personiskās, gan mantiskās tiesības un pienākumi starp adoptēto, viņa leļupējiem un adoptētāju, viņa radniekiem, radot adoptētājam pilntiesīga adoptētāja ģimenes locekļa tiesisko

---

<sup>332</sup> Piem., Gruzijā, mātei tieši likumā tiek atrunātas tiesības izteikt gribu par nedzimuša bērna ārstniecību (Law of Georgia on the rights of patient (a.36(1)), t.i., grūtnieci nosakot kā ieņemtas personas likumisko vietnieku.

<sup>333</sup> CL 206., 207., 210.p.

<sup>334</sup> „Brīvprātīgi atzīstot paternitāti bērnam, kurš var piedzimt nākotnē, ir atļauts vienmēr, neierobežojot to ar konkrētu apstākļu pastāvēšanu (...) . Katrā ziņā tas ir nosacīts: 1) nav zināms, vai bērns piedzims vispār, piedzims dzīvs un 2) cik bērnu piedzims”, tomēr „(...) tas nav uzskatāms par kaut kādu iepriekšēju paternitātes atzīšanu” (Vēbers J. Latvijas Republikas Civillikuma komentāri: Ģimenes tiesības. Rīga: Mans Īpašums, 2000, 78.lpp.).

<sup>335</sup> Civiltāvokļa aktu likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 2005. 1.aprīlis, nr.52. (24.p.).

<sup>336</sup> Kennedy I., Grubb A. Principles of medical law. Oxford: Oxford University Press, 1998, p.193.

<sup>337</sup> Piem., Vācijas Civillikumā ir noteikts, ka abiem vecākiem ir tiesības aizstāvēt nedzimuša bērna tiesības (German Civil Code (§ 1905(2))).

statusu (CL 172.p.1.d.;173.p.1.d.), lai gan konstatējama nekonsekvence minētā principa normatīvajā regulējumā, sašaurinot adoptētā tiesisko statusu, piemēram, mantojuma tiesībās<sup>338</sup>. No otras puses, pilnībā tiek izbeigtas adoptētā tiesiskās attiecības ar viņa asinsradniekiem (CL 173.p.2.d.). Līdz ar to adoptētājs ar adopcijas aktu kļūst arī par adoptētā likumisko vietnieku arī ārstniecībā.

Arī aizbildnis var būt nepilngadīgās personas likumiskais vietnieks, ja bērns paliek bez vecāku<sup>339</sup> aizgādības (CL 177.p.2.d.), kur izšķir aizbildnības nodibināšanu ar publisko aktu (CL 222.p.) un bez publiskā akta (CL 229.p.). Aizbildnim tiek paredzētas tiesības atvietot nepilngadīgo visos tiesiskajos darījumos (CL 261.p.1.d.), tātad arī ārstniecībā.

Normatīvajos aktos tiek paredzēts arī audžuģimenes institūts kā bērna ārpusbioloģiskās ģimenes aprūpes forma, ja objektīvu apstākļu dēļ nav iespējama vai pieļaujama bērna vecāku aizgādība pār bērnu<sup>340</sup>. Audžuģimenes pamatpienākums ir veikt bērna aprūpi, kas ir tikai daļa no aizgādības institūta<sup>341</sup>. Līdz ar to audžuģimenei nav paredzētas tiesības atvietot nepilngadīgo personu tiesiskajos darījumos. Šajā gadījumā nepilngadīgā bērna interesēs iesaistās bāriņtiesa, kas veic bērna likumisko vietniecību, ja bērnu atvietot nav tiesīgi bērna vecāki<sup>342</sup>.

Līdz ar to izvērtējama ir bāriņtiesas piekritība nepilngadīga pacienta ārstniecībā. No vienas puses, bāriņtiesai ir tiesības koriģēt iepriekšminēto likumisko vietnieku pieņemtos lēmumus, ja tie neatbilst nepilngadīgās personas interesēm, no otras puses, ja nav citu likumisko vietnieku vai pastāv šķēršļi viņiem veikt vietniecību, bāriņtiesai ir tiesības veikt nepilngadīgās personas likumisko vietniecību<sup>343</sup>. Tātad noteiktos gadījumos bāriņtiesai tiek paredzētas samērā plašas tiesības aizstāvēt nepilngadīgo personu tiesības un leģitīmās intereses, šo pieeju attiecinot arī uz citām rīcībnespējīgām personām, kas ir bāriņtiesas pamatuzdevums.

Pilngadīgas personas likumisko vietnieku loks ārstniecībā ir atkarīgs no tā, vai šai personai ir atņemta rīcībspēja vai nav. Pilngadīgu rīcībnespējīgu personu atvieto viņas aizgādnis (CL 360.p.). Bet iespējamās situācijas, kad pilngadīga rīcībnespējīga persona nespēj paust gribu objektīvu apstākļu dēļ, bet lēmumu nepieciešams pieņemt pēc iespējas ātrāk, jo vilcināšanās ārstniecībā var radīt smagas sekas. Tādēļ ārstniecībā pacienta likumisko vietnieku ir plašāks par CL 1411.pantā minētajiem likumiskajiem vietniekiem<sup>344</sup>.

---

<sup>338</sup> Sk.: CL 401.p.1.d.

<sup>339</sup> Aizbildnības plašākā izpratnē vecāki ir nepilngadīgā dabiskie aizbildņi (CL 223.p.).

<sup>340</sup> Audžuģimenes noteikumi: Ministru Kabineta noteikumi nr.1036. Latvijas Vēstnesis, 2006, 29.decembris, nr.207. (2.,28.pk.).

<sup>341</sup> Audžuģimenes noteikumi: Ministru Kabineta noteikumi nr.1036. Latvijas Vēstnesis, 2006, 29.decembris, nr.207 (33.pk.); CL 177.p.

<sup>342</sup> Audžuģimenes noteikumi: Ministru Kabineta noteikumi nr.1036. Latvijas Vēstnesis, 2006, 29.decembris, nr.207 (37.,40.pk.); Bāriņtiesu likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 2006. 7.jūlijs, nr.107 (18.p.).

<sup>343</sup> Bāriņtiesu likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 2006. 7.jūlijs, nr.107 (18.p.3.,6.d.;17.p.4.d.;4.p.2.d.); Pacientu tiesību likuma 14.p.1.d.

<sup>344</sup> Pacientu tiesību likuma 7.p.1.d.

Pilngadīgu rīcībspējīgu personu var atvietot laulātais<sup>345</sup>. Lai arī starp laulātajiem nepastāv asinsradniecība, bet laulība ir vērtējama kā īpašs darījums, kur puses, paužot gribu, rada sev noteiktas personiskās un mantiskās tiesiskās sekas. Tādēļ prezumējama pacienta griba ar laulības noslēgšanu prioritāri deleģēt laulāto savu tiesību aizsardzībai. Bet problēma rodas, ja starp personām pastāv tikai faktiskās ģimenes attiecības. Kā norāda Eiropas Cilvēktiesību tiesa, jēdziens „ģimene” nav saistīts vienīgi ar attiecībām, kas balstītas uz laulībām, tas var ietvert arī citas de fakto „ģimenes” saites gadījumā, kad puses dzīvo kopā ārpus laulības; pie tam jēdzienā „ģimenes dzīve” bioloģiskā un sociālā realitāte ir prioritāra salīdzinājumā ar likumisko pieņēmumu<sup>346</sup>. Lai arī minētais spriedums bija saistīts ar laulības un ārpuslaulības bērnu tiesiskā statusa izvērtējumu, šos principus varētu attiecināt arī uz viendzimuma attiecību un faktiskās kopdzīves partneriem. Latvijā minētās attiecības tiesiski netiek atzītas<sup>347</sup>, lai gan tiesu praksē un tiesību zinātnē konstatējamas iestrādes partneru tiesisko un faktisko attiecību nodalīšanai (pagaidām mantiskajās attiecībās)<sup>348</sup>, paredzot arī partneru faktiskajām attiecībām tiesiskās sekas. Tomēr šobrīd Latvijā partneru faktiskās attiecības nerada pamatu pacienta likumiskajai vietniecībai.

Pilngadīgu rīcībspējīgu šaurākā nozīmē pacientu tiesīgs atvietot ierobežots viņa tuvāko radnieku loks noteiktā secībā<sup>349</sup>. Radnieku grupēšana iespējams pamatojas ar spēka pozīcijas principu<sup>350</sup>, kas balstās uz ideju, ka „stiprākais spēj ilgāk pretoties”<sup>351</sup>, līdz ar to arī labāk aizsargāt pacienta tiesības.

Uz likuma pamata pacientu var atvietot pacienta radnieks vai pacienta likumiskais pārstāvis (aizbildni vai aizgādnis)<sup>352</sup>. Izvērtējams, kurai no šīm divām grupām ir prioritāte interešu sadursmes gadījumā – vai radniecībai, vai ar likumu paredzētiem aizbildnības, aizgādņības pienākumiem. No vienas puses, radnieki ir minēti pirmie, no kā būtu prezumējama viņu prioritāte<sup>353</sup>. No otras puses, ārstniecībā netieši tiek noteikta aizbildnības, aizgādņības institūtu

---

<sup>345</sup> Pacientu tiesību likuma 7.p.1.d.

Piem., Ungārijā, minētās laulātā tiesības zūd, ja viņš nedzīvo kopā ar pacientu (Act on Health of Hungary (s.16 (2))).

<sup>346</sup> LR ST 2004.g. 11.oktobra spried. lietā Nr.2004-02-0106. Latvijas Vēstnesis, 2004. 12.oktobris, nr.161.

<sup>347</sup> Latvijas Republikas Satversme: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 1993. 1.jūlijs, nr.43 (110.p.); CL 53.p.;35.p.2.d.

<sup>348</sup> Kalniņš E. Laulāto manta likumiskajās mantiskajās attiecībās. Grām.: Kalniņš E. Privāttiesību teorija un prakse. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2005, 91.-93.lpp.

<sup>349</sup> 1) bērni; 2) vecāki; 3) brālis vai māsa; 4) vecvecāki; 5) mazbērni (Pacientu tiesību likuma 7.p.1.d.). Konstatējami divi galvenie trūkumi šādai pieejai. Pirmkārt, radnieku loks tiek ierobežots, neparedzot likumā neminēto citu radnieku iesaistīšanos (pretēji, piem., ASV Virdžīnijas štatam (Virginia Health Care Decisions Act (s.54.1-2986)). Otrkārt, riskanti paredzēt tikai radniecības faktu kā pamatu rīcībspējīga šaurā nozīmē pacienta likumiskajai vietniecībai, jo tas var neatbilst reālās dzīves apstākļiem (piem., Igaunijā pacienta vietniecības tiesības ir arī pacientam tuvām personām, izejot no viņa dzīvesveida (Law of Obligations Act of Estonia (§767(2))); Somijā – pacientam tuvām personām (Finland's Act on the status and rights of patients (s.6)).

<sup>350</sup> Šī principa iestrādes ir mantojuma tiesībās, sk. CL 656.p.

<sup>351</sup> Krauze R., Gencs Z. Latvijas Republikas Civillikuma komentāri: Mantojuma tiesības. Rīga: Mans Īpašums, 1997, 199.lpp.

<sup>352</sup> Pacientu tiesību likuma 7.p.2.d.

<sup>353</sup> Pacientu tiesību likuma 7.p.1.,2.d.

priekšrocība<sup>354</sup>. Daļēji risinājums šai neskaidrībai rodams tur, ka radniekiem pirmām kārtām jāuzņemas aizbildnības, aizgādības sabiedriskais pienākums, no kura nevar atteikties bez likumiska iemesla<sup>355</sup>. Līdz ar to praktiski radnieks var būt arī pacienta aizbildnis vai aizgādnis. Vienīgi tiesiska nianse saglabājas tur, ka likumā ir paredzēti šķēršļi, kas liedz radniekiem pildīt aizbildnības vai aizgādības pienākumu<sup>356</sup>; kā arī likumiskie iemesli, kas ļauj radniekiem atteikties no šī pienākuma<sup>357</sup>. Bet šie šķēršļi vai atteikšanās iemesli neliedz pēc idejas veikt pacienta likumisko vietniecību. Tādēļ minētajā gadījumā jāvadās no pieņēmuma<sup>358</sup> – ja pastāvēja kādi objektīvi apstākļi, kas liedza vai ļāva atteikties pildīt radniekam aizbildnības vai aizgādības pienākumu, tad atbilstošāk uzticēt arī pacienta likumisko vietniecību nevis radniekam, bet pacienta aizbildnim vai aizgādnim.

Ārstniecības normatīvajā regulējumā konstatējamas neprecizitātes jēdziena „likumiskie pārstāvji” interpretācijā. No vienas puses, kā likumiskie pārstāvji tiek nosaukti aizbildņi un aizgādņi<sup>359</sup>. No otras puses, tulkojot šo institūtu plašāk, ietverot gan aizgādni, gan radniekus – kur likumīgais pārstāvis atvieto personu, kas nav spējīga sniegt piekrišanu<sup>360</sup> (tātad gan personas, kurām atņemta rīcībspēja; gan rīcībspējīgas personas, kuras nespēj paust gribu objektīvu apstākļu dēļ). Likumisko vietnieku loks ārstniecībā ir tulkojams paplašināti – gan aizbildņi, aizgādņi; gan radnieki uzskatāmi un saucami par likumiskajiem vietniekiem, kur tiek noteiktas tieši likumā šo personu tiesības un pienākumi. Līdz ar to secināms, ka ārstniecības gadījumā ir izdarīta atkāpe no civiltiesību principa (CL 1411.p.) pacienta interesēs, kur ārstniecībā var rasties nepieciešamība pēc tūlītēja vai pēc iespējas ātrāk pausta gribas izteikuma. Un, jo plašāks ir likumisko vietnieku loks, jo lielāka varbūtība sasniegt mērķi, kas attaisno atkāpes izdarīšanu.

Ārstniecībā ir pieļaujama pacienta lietu kārtošana uz līguma pamata (pacienta līgumiskā vietniecība)<sup>361</sup>. Pie tam citu valstu, piemēram, Krievijas, juridiskajā literatūrā tiek atzīta arī pacienta līgumiskā vietniecība, neskatoties uz to, ka normatīvajos aktos tiek minēta tikai pacienta likumiskā vietniecība<sup>362</sup>. Jebkurā gadījumā ikvienam ir tiesības aizsargāt savas tiesības un leģitīmās intereses

<sup>354</sup> Sk.: Ārstniecības likuma 70.p.

<sup>355</sup> CL 235.p.1.,2.d.; 356.p, 245.p.

<sup>356</sup> CL 242.p.

<sup>357</sup> CL 246.-248.p.

<sup>358</sup> Šāds princips, piem., Ungārijā, noteikts likumā tieši (Act on Health of Hungary (s.16(2)).

<sup>359</sup> Pacientu tiesību likuma 7.p.2.d.

<sup>360</sup> Noteikumi par zāļu klīniskās izpētes un lietošanas novērojumu veikšanas kārtību, pētāmo zāļu marķēšanu un kārtību, kādā tiek vērtēta zāļu klīniskās izpētes atbilstība labas klīniskās prakses prasībām: Ministru Kabineta 2010.gada 23.marta noteikumi nr.289. Latvijas Vēstnesis, 2010. 31.marts, nr.51/52 (33.1.pk.).

<sup>361</sup> Pacientu tiesību likuma 6.p.7.d., 7.p.2.,7.d.; Österreichs Patientencharta (Ab.7 Art.29); Patientenverfügungs-Gesetz von Österreich (Ab.4 Art.11); Patient's Rights Act of Israel (a.16(A)); Law on the rights of patients and compensation of the damage to their health (Lithuania)(a.1(3)); Law to provide for the safeguarding and protection of the patient's rights and for related matters of Cyprus (a.21(4)); Schweizer Patienten-Charta (1 T., Art.10); Virginia Health Care Decisions Act (a.54.1-2983); Illinois Medical Patient Rights Act (s.5); Health Care Consent Act of Ontario (s.20.(1)2.).

<sup>362</sup> Человек и здравоохранение: правила игры. СанктПетербург, 2001. Раздел 1.6.2. Представитель пациента. Pieejams: <http://defender.spb.ru/dov.html> [aplūkots 2010.gada 22.maijā]; Основы законодательства Российской



ar likumā atļautajiem tiesiskajiem līdzekļiem, pieaicinot arī līgumisko vietnieku, ja nepastāv likumā noteikts aizliegums<sup>363</sup>.

Pacienta līgumiskā vietniecība nodibinās uz pilnvarojuma līguma pamata. Līgumiskā vietniecība ir ar tiesisku darījumu nodibināta vietniecības vara juridiska uzdevuma pildīšanai<sup>364</sup>, kuras iemesls var būt, piemēram, nepietiekamas zināšanas, slimība<sup>365</sup>. Tiesību zinātnē tiek atzīts, ka pilnvara un pilnvarojuma līgums ir saistīti, bet nošķirami tiesību institūti<sup>366</sup>. Pilnvara ir jebkurā formā izdots, izņemot likumā noteiktos gadījumus, vienpusējs tiesiskais darījums, kur pilnvarnieka piekrišana nav nepieciešama, jo pilnvarniekam tiek piešķirtas tikai tiesības nevis uzlikts pienākums<sup>367</sup>. Savukārt pilnvarojuma līgums ir pilnvaras pamatā esošais līgums, kas regulē pilnvarotāja un pilnvarnieka savstarpējās attiecības, un atkarībā no atlīdzības kritērija – vienpusējs (bezatlīdzības) vai divpusējs (atlīdzības) jeb daļēji divpusēji saistošs līgums<sup>368</sup>. Ja pilnvarojuma līgumā norādītā uzdevuma izpildīšanai pilnvarniekam ir nepieciešams stāties attiecībās ar trešajām personām, tad pilnvarojuma līgums automātiski ietver arī pilnvaru<sup>369</sup>. Pilnvarojuma līguma noslēgšanai pietiek ar pušu konkludentām gribas izpaušmēm, bet pilnvarotāja gribu pat var secināt no viņa bezdarbības<sup>370</sup>. Ārstniecībā pacienta un ārstniecības personas/iestādes tiesiskajās attiecībās nav atbalstāma nekonkrētība. Līdz ar to šobrīd prezumējama un normatīvajos aktos nosakāma tieši pacienta un viņa līgumiskā vietnieka pilnvarojuma līguma<sup>371</sup>, kas ietver sevī arī pacienta pilnvaru, rakstiskā forma kā obligāta līguma formas prasība, izdarot atkāpi no vispārējā civiltiesību principa pacienta interesēs.

---

Федерации об охране здоровья граждан: Федеральный закон от 22 июля 1993 г. №5487-1 (ст.31-34). Grām.: Гурочкин Ю.Д., Дерягин Г.Б., Яценко Е.Ю. Медицинское право. Москва: Экзамен, 2007, с.49-52.

<sup>363</sup> Sk.piem.: Latvijas Republikas Satversme: LR likums. Latvijas Vēstnesis,1993. 1.jūlijs, nr.43 (92.p.); Vildbergs H.J., Feldhūne G. Atsauces Satversmei. Rīga: Latvijas Universitāte, 2003, 84.-100.lpp.; CPL 1.p.

<sup>364</sup> CL 2289.p.; Balodis K. Ievads civiltiesībās. Rīga: Zvaigzne ABC,2007, 286.lpp.

<sup>365</sup> Torgāns K. Saistību tiesības. II daļa. Rīga: TNA, 2008, 192.lpp.

<sup>366</sup> Latvijas Republikas Civillikuma komentāri: Ceturtā daļa. Saistību tiesības. Torgāns K., Grūtups A., Višņakova G.u.c. Zin.red. Torgāns K. Rīga: Mans Īpašums, 1998, 572.lpp.

<sup>367</sup> Balodis K. Ievads civiltiesībās. Rīga: Zvaigzne ABC,2007, 287., 289.lpp.; Latvijas Republikas Civillikuma komentāri: Ceturtā daļa. Saistību tiesības. Torgāns K., Grūtups A., Višņakova G.u.c. Zin.red. Torgāns K. Rīga: Mans Īpašums, 1998, 575., 576.lpp.; LR AT Senāta CD 2001.g. 14.marta spried. lietā Nr.SKC-145. Grām.: Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Civillietu departamenta spriedumi un lēmumi 2001. Rīga: Latvijas Tiesnešu mācību centrs, 2002, 222.-260.lpp.

<sup>368</sup> Balodis K. Ievads civiltiesībās. Rīga: Zvaigzne ABC,2007, 289.lpp.; Torgāns, K. Saistību tiesības II daļa. Rīga: TNA, 2008, 193.lpp.; Latvijas Republikas Civillikuma komentāri: Ceturtā daļa. Saistību tiesības. Torgāns K., Grūtups A., Višņakova G.u.c. Zin.red. Torgāns K. Rīga: Mans Īpašums, 1998, 573.lpp.; Санфилипо Ч. Курс римского частного права. Москва: БЕК, 2002, с.242, 255.

<sup>369</sup> Latvijas Republikas Civillikuma komentāri: Ceturtā daļa. Saistību tiesības. Torgāns K., Grūtups A., Višņakova G.u.c. Zin.red. Torgāns K. Rīga: Mans Īpašums, 1998, 576.lpp.

<sup>370</sup> CL 2290.p.; Latvijas Republikas Civillikuma komentāri: Ceturtā daļa. Saistību tiesības. Torgāns K., Grūtups A., Višņakova G.u.c. Zin.red. Torgāns K. Rīga: Mans Īpašums, 1998, 577.lpp.; Sinaiskis V. Latvijas civiltiesību apskats. Lietu tiesības. Saistību tiesības. Rīga: TIC, 1996, 176.lpp.

<sup>371</sup> Tiesiski iespējama situācija, kad pilnvara pastāv bez pilnvarojuma līguma, tad pilnvarniekam nav pienākuma veikt pilnvarā norādītās darbības, bet ir tikai tiesība darboties pilnvarotāja vārdā saskaņā ar pilnvaru (Latvijas Republikas Civillikuma komentāri: Ceturtā daļa. Saistību tiesības. Torgāns K., Grūtups A., Višņakova G.u.c. Zin.red. Torgāns K. Rīga: Mans Īpašums, 1998, 576.lpp.).

Ir konstatējama sadursme starp pacienta likumisko un līgumisko vietniecību. Izdot pilnvaru un noslēgt pilnvarojuma līgumu ir tiesīga rīcībspējīga persona<sup>372</sup>, kur secināms, ka līgumiskais vietnieks tiesīgs atvietot rīcībspējīgu pacientu. Ja pacients pēc minētā darījuma noslēgšanas zaudē rīcībspēju, tad šinī gadījumā rodas likumiskās vietniecības pamats, kas saduras ar līgumisko pacienta vietniecību. Nepieciešams noteikt pacienta vietniecības veidu prioritāti<sup>373</sup>. No vienas puses, pēc vispārēja principa ir noteikta netieši likumiskās vietniecības prioritāte<sup>374</sup>. No otras puses, pilnvarotāja rīcībspējas zaudējums nav paredzēts kā pilnvarojuma līguma izbeigšanās pamats<sup>375</sup>, pie tam pilnvara var pastāvēt fikcijas veidā pat pēc pacienta nāves<sup>376</sup>, kas ir svarīgi, piemēram, miruša pacienta ķermeņa aizsardzībā, transplantācijas jomā<sup>377</sup>. Pie tam civiltiesībās pastāv princips, ka tiesiska rīcībspējīgas personas paustā griba par savām personiskajām un mantiskajām tiesībām pirms rīcībspējas zuduma ir prioritāra pār likumu, ja normatīvajā regulējumā tieši nav noteikts ierobežojums. Ja persona nav izteikusi gribu, tad likums noteiktos gadījumos tiek uzskatīts par personas tiesiski pieņemamo gribu<sup>378</sup>. Līdz ar to pacienta līgumiskajam vietniekam ir prioritāte ārstniecībā pār pacienta likumisko vietnieku arī tad, ja pēc pilnvarojuma līguma noslēgšanas rodas pamats pacienta likumiskajai vietniecībai, pacientam zaudējot rīcībspēju.

Izvērtējams, vai pacienta likumiskie vietnieki ir tiesīgi atvietot pacientu, pilnvarojot līgumisko vietnieku izteikt gribu ārstniecībā pacienta labā un interesēs. Te iezīmējas divi virzieni. Pirmkārt, likumiskie vietnieki ir tiesīgi aizstāt atvietojamo tiesiskajos darījumos, iegūstot tiesības vai arī uzliekot pienākumus, kā rezultātā šo tiesisko darījumu būtu noslēdzis it kā pats atvietojamais<sup>379</sup>. Bet ārstniecībā ir paplašināts pacienta likumisko vietnieku loks, kur šis paplašinājums nav saistošs ārpus ārstniecības normatīvā regulējuma, piemēram, citās saistību tiesībās. Līdz ar to tikai pacienta likumisko vietnieku sašaurinātajam lokam (likumiskajiem vietniekiem civiltiesībās pēc vispārējā principa) ir tiesības (nepieciešamības gadījumā – pienākums) atvietot pacientu pilnvarojuma tiesisko attiecību nodibināšanā konkrēta atsevišķa uzdevuma veikšanai.

---

<sup>372</sup> CL 2289., 2291.p.

<sup>373</sup> Piem., ASV Virdžīnijas štatā ir noteikta likumā tieši līgumiskā pacienta vietnieka prioritāte pār likumisko (Virginia Health Care Decisions Act (a.54.1-2986, 54.1-2986.1)).

<sup>374</sup> CL 1411.p.

<sup>375</sup> CL 2312.p.

<sup>376</sup> Balodis K. Ievads civiltiesībās. Rīga: Zvaigzne ABC, 2007, 295.lpp.

Pie tam te ir nošķirama tiesiska nianse – ja juridisku darbību veikšana ir pilnīgi pabeigta līdz pilnvarotāja nāves brīdim, tad pilnvarotāja nāves fakts nevar būt šķērslis arī palīgdarbību (piemēram, tehnisko darbu) veikšanai (pabeigšanai) (LR AT Senāta CD 2008.g. 19.marta lēm. lietā Nr.SK-337. Pieejams: <http://www.at.gov.lv/files/archive/department1/2008/skc-337-2008.doc> [aplūkots 2010.gada 22.maijā]).

<sup>377</sup> Tas ir „pretrunā ar juridisko konstrukciju, ka pilnvarnieks darbojas kā pilnvarotāja otrs „es”, taču pastāv kā ar likumu paredzēts izņēmums” (Torgāns K. Saistību tiesības. II daļa. Rīga: TNA, 2008, 202.lpp.; CL 2316.p.2., 3.d.).

<sup>378</sup> Šāds princips tieši noteikts normatīvajā regulējumā, piemēram, mantojuma tiesībās par acinājuma pamatu prioritāti (CL 389.p. 1., 2., 3.d.).

<sup>379</sup> CL 1410.p.1.d.; 1411.p.; 261.p.1.d.; 360.p.

Otrkārt, persona ir tiesīga noslēgt pilnvarojuma līgumu (izdot pilnvaru) citas personas lietu vešanai (CL 2292.p.). Lai arī šādas situācijas ir ļoti reti iespējamās<sup>380</sup>, tomēr tiesiski pieļaujamas. Izvērtējams, vai pacienta likumiskie vietnieki ir tiesīgi noslēgt šādu līgumu, tādā gadījumā, nododot daļu ar likumu viņiem uzlikto pienākumu citai personai jeb līgumiskajam vietniekam. Domājams, ka šādā gadījumā arī ir nepieciešams diferencēt pacienta likumisko vietnieku loku. Pacienta sašaurinātajam likumisko vietnieku lokam (likumiskie vietnieki civiltiesībās pēc vispārējā principa)<sup>381</sup> savu pienākumu izpildē ir noteikts personiskuma princips, kur konkrētam aizbilstamajam tiek iecelts konkrēts aizbildnis vai aizgādnis, kuriem arī personiski ir jāpilda viņiem uzticētie pienākumi<sup>382</sup>. Savukārt paplašinātajam pacienta likumisko vietnieku lokam šāds ierobežojums tieši netiek noteikts, kur prezumējams, ka minētie vietnieki iespējams varētu uzticēt pacienta vietniecību šo vietnieku līgumiskajam vietniekam, tādējādi netieši veidojot pacienta vietniecības pakāpi. Līdz ar to secināms, ka pacienta likumiskie vietnieki nav tiesīgi atvietot pacientu, pilnvarojot līgumisko vietnieku izteikt gribu ārstniecībā, bet, neizslēdzot citu atvasināto uzdevumu nodošanu līgumiskajam vietniekam<sup>383</sup> pacienta labā un interesēs.

Analizējot, vai juridiska persona var būt personas (arī pacienta) līgumiskais vietnieks, nodalāmi sekojoši aspekti. Normatīvajos aktos netiek noteikts šāds ierobežojums vietnieka personai, līdz ar to tiesību zinātnē tiek pieļauta iespēja juridiskai personai būt par personas vietnieku, ja likumā nav noteikts pretējais vai ja konkrētai vietniecībai nav īpašs raksturs<sup>384</sup>. Pie tam iezīmējas tendence, aizvien plašāk atzīt juridiskās personas kā tiesību subjekta personību<sup>385</sup>. Lai arī tiek norādīts, ka vietniecības būtībai vairāk atbilst fiziska persona, jo vietniecības attiecībās nozīmīga loma ir uzticībai<sup>386</sup>, tomēr rodas šaubas, vai uzticības jēdziens mūsdienās nebūtu interpretējams plašākā nozīmē, ņemot vērā arī attīstības tendences pašā sabiedrībā kā fizisko personu kopumā. Netiešas norādes normatīvajā regulējumā par juridiskas personas līdzdalību pacienta tiesību un interešu aizstāvībā ir konstatējamas attiecībā uz bāriņtiesu, kas ir juridiskas personas (pašvaldības)

---

<sup>380</sup> Latvijas Republikas Civillikuma komentāri: Ceturtā daļa. Saistību tiesības. Torgāns K., Grūtups A., Viņņakova G.u.c. Zin.red. Torgāns K. Rīga: Mans Īpašums, 1998, 578.lpp.

<sup>381</sup> CL 1411.p.; 261.p.1.d.; 360.p.

<sup>382</sup> CL 245., 356.p.

<sup>383</sup> Piemēram, pārstāvēt pacienta intereses tiesā, kas tika darīts konkrētā lietā (sk.: LR AT Senāta CD 2007.g. 26.septembra spried. lietā Nr.SKC-635).

<sup>384</sup> Balodis K. Ievads civiltiesībās. Rīga: Zvaigzne ABC,2007, 280.lpp.; Rozenbergs J., Briģis I. Padomju civilprocesuālās tiesības. Rīga: Zvaigzne, 1978, 80.lpp.

<sup>385</sup> Piem.: ir izstrādātas juridiskās personas vainas teorijas (identificējošā, kļūdainās organizācijas un absolūtās atbildības teorijas) (Rozenbergs J. Vainas institūts juridiskās personas kriminālatbildībā. Latvijas Universitātes Raksti, 2003, 657.sēj., 75.-82.lpp.); juridiskai personai tiek piemēroti piespiedu ietekmēšanas līdzekļi (Krimināllikums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 1998. 8.jūlijs, nr.199/200 (VIII.1.nodaļa ar 2005.g.01.oktobri)); juridiskā persona var būt testamenta izpildītājs (Krons M. Testamenta izpildītājs. Tieslietu Ministrijas Vēstnesis, 1940, nr.1, 154.lpp.); jaundibinātai juridiskai personai tiek atzīta mantotspēja (CL 387.p.); juridiskai personai tiesības prasīt kompensāciju par morālo kaitējumu (CL 1635.p.); Bitāns A. Gaidāms nemantiskā (morālā) kaitējuma lomas pieaugums. Dienas business/Saldo, 2006, nr.7(34).

<sup>386</sup> Balodis K. Ievads civiltiesībās. Rīga: Zvaigzne ABC,2007, 280.lpp.

iestāde<sup>387</sup>. Tādēļ secināms, ka nav konstatējami tiesiski šķēršļi juridiskai personai (piemēram, īpaši šim mērķim izveidotam fondam) būt par pacienta līgumisko vietnieku ārstniecībā.

Ārstniecībā ir iespējama arī neuzdotā lietvedība pacienta labā. Neuzdotās lietvedības institūtam tiek izvirzīti sekojoši kritēriji: 1) jānotiek lietu vešana (gan juridisku darījumu veikšana, gan citādu darbību); 2) lietvedis apzināti uzņemas svešas lietas; 3) nav uzdevuma vai likumā noteiktā pienākuma; 4) jārikojas pēc atvietojamā iespējamās gribas; 5) lietvedim nav iespējas sazināties un saņemt piekrišanu no atvietojamā, bet pieņemams, ka būtu devis piekrišanu; 6) lietvedis nevar vest lietas tikai savās interesēs<sup>388</sup>. Tiesību zinātnē ir izteikts viedoklis, ka palīdzības sniegšana personām, kas atrodas dzīvībai vai veselībai bīstamā stāvoklī, ir vērtējama divējādi: no vienas puses, lai arī katram ir pienākums sniegt minēto palīdzību, tā tomēr ir pacienta neuzdotā lietvedība; no otras puses, ja šādu palīdzību sniegs ārsts, pildot savus darba pienākumus, tā nebūs neuzdotā lietvedība pacienta labā<sup>389</sup>. Šādas diferenciacijas kritērijs ir palīdzības sniegšanas pienākuma tiesiskais raksturs - vai tas ir vispārīga rakstura pienākums ikvienam, vai tas ir individuāla rakstura pienākums noteiktām personām saistībā ar viņu profesionālo darbību. Tomēr nepieciešams veikt vēl sīkāku ārsta (ārstniecības personas) darbību izvērtējumu.

Ārstniecības personai ir noteikts pienākums savas kompetences ietvaros veikt pirmo vai neatliekamo ārstniecību, ja vilcināšanās apdraud pacienta dzīvību un nav iespējams saņemt pacienta vai viņa vietnieka piekrišanu ārstniecībai<sup>390</sup>. Šo situāciju interpretējot tādējādi, ka nav iespējams saņemt pacienta tiešo gribu un iegūt informāciju par pacienta prezumējamo gribu. Bet pacienta neatliekamā ārstniecība balstās uz pacienta peikrišanas prezumpciju ārstniecībai. No vienas puses, šis ārstniecības personas pienākums attiecas tikai uz pirmo un neatliekamo ārstniecību. Pie tam ir paredzētas arī divas atkāpes no šī pienākuma: 1) ja minēto ārstniecību jāsniedz apstākļos, kas apdraud pašas ārstniecības personas dzīvību; 2) ja ārstniecības persona nespēj sniegt šo ārstniecību veselības stāvokļa dēļ<sup>391</sup>. Tādēļ ārstniecības personas veiktie neatliekamie ārstniecības pasākumi, pildot darba pienākumus, nav vērtējami kā neuzdotā lietvedība pacienta labā. Bet tomēr secināms, ja minētie pasākumi tiks veikti ārpus ārstniecības personas darba laika, tad šinī gadījumā ārstniecības personas darbības ir uzskatāmas kā jebkuras personas veiktā pacienta neuzdotā lietvedība.

<sup>387</sup> CL 1407.p.; Bāriņtiesu likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 2006. 7.jūlijs, nr.107 (2.p.1.d.).

<sup>388</sup> CL 2325., 2330.p.; Latvijas Republikas Civillikuma komentāri: Ceturtā daļa. Saistību tiesības. Torgāns K., Grūtups A., Višņakova G.u.c. Zin.red. Torgāns K. Rīga: Mans Īpašums, 1998, 605., 606.lpp.; Torgāns K. Saistību tiesības. II daļa. Rīga: TNA, 2008, 210., 211.lpp.; Санфиллипо Ч. Курс римского частного права. Москва: БЕК, 2002, с.259, 260; Гримм Д.Д. Лекции по догме римского права. Москва: Зерцало, 2003, с.381.

<sup>389</sup> Latvijas Republikas Civillikuma komentāri: Ceturtā daļa. Saistību tiesības. Torgāns K., Grūtups A., Višņakova G.u.c. Zin.red. Torgāns K. Rīga: Mans Īpašums, 1998, 607.lpp.

<sup>390</sup> Pacientu tiesību likuma 7.p.8.,9.d.

<sup>391</sup> Ārstniecības likuma 47.p.

Vērtējot pacienta un ārstniecības personas tiesiskās attiecības neatliekamajā ārstniecībā, ārstniecības persona nav pacienta likumiskais vietnieks, lai arī normatīvajā regulējumā ir paredzēti noteikti ārstniecības personas pienākumi. Likumiskajā vietniecībā puses tiek noteiktas konkrēti<sup>392</sup>. Savukārt ārstniecības personas un pacienta tiesisko attiecību pamatā neatliekamajā ārstniecībā ir nejaušība, kur ārstniecības persona lēmuma pieņemšanā balstās uz pacienta izmeklējumiem vai citas informācijas par pacienta veselības stāvokli. Līdz ar to pirmās un neatliekamās ārstniecības pasākumu gadījumā, neesot pacienta vai viņa vietnieka gribas izteikumam, ārstniecības personas un pacienta tiesiskās attiecības vērtējamas kā tehnoloģiskā attiecību modeļa paveids, kurš balstās nevis uz pacienta gribas izteikumu (liberracionālais modelis), bet orientēts uz pacienta veselības stāvokļa izmeklējumiem<sup>393</sup>.

Tiesību zinātnē pausts viedoklis, ka ārstniecības personas un pacienta tiesiskās attiecības pacienta sekundārās un terciārās ārstniecības gadījumos, kad nav iespējams saņemt pacienta vai viņa vietnieka piekrišanu ārstniecībai (bez piekrišanas), ir uzskatāmas par neuzdoto lietvedību, jo pacienta tālāka ārstniecība balstās uz pacienta tiesībām nevis pienākumu saņemt šādu ārstniecību<sup>394</sup>. Normatīvajā regulējumā ir netiešas norādes, ka pacienta ārstniecība pēc vispārīgā principa bāzējas uz pacienta tiesībām saņemt ārstniecību<sup>395</sup>. Valstij nav noteikts pienākums nodrošināt ikvienam iespējami augstāko veselības līmeni, taču uzlikts par pienākumu aizsargāt ikvienas personas tiesības panākt un saglabāt šādu veselības stāvokli pašai, kā arī, izņemot noteiktus gadījumus, pienākumu atturēties no darbībām, kas traucē personai realizēt šīs tiesības<sup>396</sup>. Tomēr autore iebilst šādam viedoklim. Ja ārstniecības personu uzskatīt par pacienta neuzdoto lietvedi sekundārajā un terciārajā ārstniecībā, tad minētā ārstniecība būtu atkarīga tikai no ārstniecības personas kā pacienta neuzdotā lietveža iniciatīvas<sup>397</sup>. Pie tam, konstatējot sekundārajā un terciārajā ārstniecībā pacienta iespējamo gribu, minētajā ārstniecībā pastāv pacienta atteikuma prezumpcija no ārstniecības<sup>398</sup>, kamēr netiek saņemta piekrišana pacienta ārstniecībai, ko prezumējams var dot bāriņtiesa, ja nav neatliekamas ārstniecības nepieciešamība. Tādēļ nav pieļaujams ārstniecības personu uzskatīt par pacienta neuzdoto lietvedi pacienta sekundārajā un terciārajā ārstniecībā. Šādā gadījumā ārstniecības

---

<sup>392</sup> Konkrēts pacients un tieši viņam noteikts, izejot no likumiskajiem pienākumiem (aizbildnis, aizgādnis) vai radniecības (radnieki), konkrēts likumiskais vietnieks.

<sup>393</sup> Sk.: Сальников В.П., Стеценко С.Г. Доктрина информированного согласия. Новая правовая мысль, 2002, nr.1, c.36-42. Pieejams:

<http://www.law.edu.ru/magazine/document.asp?magID=13&magNum=1&magYear=2002&articleID=1169577> [aplūkots 2010.gada 22.maijā]; Лесняк О.М. О роли пациента в современном диагностическом и лечебном процессе. Pieejams: <http://vestnik.okb1.mplik.ru/1/001.html> [aplūkots 2010.gada 22.maijā].

<sup>394</sup> Шевчук С.С. Проблемы правовой квалификации действий исполнителя медицинских услуг в интересах пациента без поручения. Кавказский государственный технический университет. Вестник. Серия «Право», 2004, nr.1 (6). Pieejams: [science.ncstu.ru/articles/law/06/07.pdf/file\\_download](http://science.ncstu.ru/articles/law/06/07.pdf/file_download) [aplūkots 2010.gada 22.maijā].

<sup>395</sup> Latvijas Republikas Satversme: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 1993. 1.jūlijs, nr.43 (111.p.); Pacientu tiesību likuma 5.p., 6.p., 7.p.7.d. (nav teikts, ka pienākums ārstēt).

<sup>396</sup> LR ST 2002.g. 22.oktobra spried. lietā Nr.2002-04-03. Latvijas Vēstnesis, 2002. 24.oktobris, nr.154.

<sup>397</sup> CL 2325.p.

<sup>398</sup> Pacientu tiesību likuma 6.p.1.d.

personai ir prezumējams pienākums griezties bāriņtiesā, iesniedzot pieteikumu, jo bāriņtiesai ir pienākums aizsargāt rīcībnespējīgo personu (arī personu bez medicīniskās rīcībspējas) tiesības, piemēram, nepieciešamības gadījumā veicot arī pacienta vietniecību ārstniecībā.

Ārstniecībā nav pieļaujama pacienta klusā vietniecība sekojošu apstākļu dēļ. Pirmkārt, klusā vietniecība tiek veikta atvietojamā labā un interesēs, tomēr tā nav atklāta<sup>399</sup>. Lai arī klusā vietniecība rodas tikai uz tiesiskā darījuma (parasti pilnvarojuma līguma, fiduciāro jeb uzticības darījumu) pamata<sup>400</sup>, tomēr tas rada grūtības citiem civiltiesisko attiecību dalībniekiem identificēt pašu tiesību subjektu. Tas ārstniecībā nav pieļaujams, jo pacienta vietniekam ir jādarbojas tikai atklāti (piemēram, lai iegūtu konfidenciālu informāciju, izteiktu gribu par pacienta ārstniecību). Pie tam, lai arī normatīvajā regulējumā tieši nav noteikts, ir prezumējams arī pacienta vietnieka pienākums pierādīt savas pacienta vietniecības tiesisko pamatu. Otrkārt, kluso vietnieku pašu saista noslēgtais līgums, kur uz atvietojamu tas ir speciāli jāpārved (piemēram, ar pārjaunojuma, cesijas līgumu)<sup>401</sup>. Ārstniecībā šāda juridiskā konstrukcija nav pieļaujama. Secināms, ka pacienta klusā vietniecība ārstniecībā nav atzīstama.

Pacienta vietniecībai tiek noteiktas robežas. Ņemot vērā likumiskās vietniecības obligāto (nepieciešamo) raksturu, likumiskās vietniecības „varas robežas vienmēr precīzi noteiktas likumā”<sup>402</sup>. Neskatoties uz to, ka pacienta un viņa līgumiskā vietnieka tiesisko attiecību pamatā ir brīvprātīguma princips un līgums (CL 2289.p.), tomēr iespējams noteikt arī pacienta līgumiskā vietnieka darbību ierobežojošus principus: 1) līgumiskajam vietniekam ir jāpilda juridiska rakstura uzdevums<sup>403</sup> nevis faktiskas darbības, kurām var būt tikai palīgnozīme<sup>404</sup>; 2) ārstniecības pakalpojumu ir jāsaņem pašam pacientam personiski; 3) pacienta griba ir prioritāra (arī pēc pilnvarojuma tiesisko attiecību nodibināšanas (CL 2312., 2313.p.)); 4) ir konstatējama striktāka pacienta interešu ievērošana, jo pēc vispārējā principa līgumiskā vietniecība nebūs spēkā tad, ja būs virzīta tikai vietnieka interesēs<sup>405</sup>. Turpretim ārstniecībā pacienta līgumiskajam vietniekam jādarbojas: a) pacienta vai b) kopējās pacienta un līgumiskā vietnieka; vai c) pacienta un trešo personu interesēs. Bet darbības: a) līgumiskā vietnieka un trešo personu vai b) trešo personu interesēs pieļaujamas tikai izņēmuma gadījumos, ja pacienta rīcība rada draudus vai aizskar

---

<sup>399</sup> CL 1516.p.

<sup>400</sup> Balodis K. Ievads civiltiesībās. Rīga: Zvaigzne ABC, 2007, 296.-298.lpp.

<sup>401</sup> CL 1516.p.; Balodis K. Ievads civiltiesībās. Rīga: Zvaigzne ABC, 2007, 296.lpp.

<sup>402</sup> Balodis K. Ievads civiltiesībās. Rīga: Zvaigzne ABC, 2007, 278.lpp.; Kallwass W. Privatrecht. Munchen: Vahlen, 2006, S.96.

<sup>403</sup> Torgāns, K. Saistību tiesības. II daļa. Rīga: TNA, 2008, 192.lpp.

<sup>404</sup> Latvijas Republikas Civillikuma komentāri: Ceturtā daļa. Saistību tiesības. Torgāns K., Grūtups A., Višņakova G.u.c. Zin.red. Torgāns K. Rīga: Mans Īpašums, 1998, 574.lpp.

<sup>405</sup> CL 2293.p.; Санфилипо Ч. Курс римского частного права. Москва: БЕК, 2002, с.242, 255; Гримм Д.Д. Лекции по догме римского права. Москва: Зерцало, 2003, с.379.

publiskās intereses<sup>406</sup>. Tomēr galvenais pacienta vietnieka uzdevums ir atvietot pacientu gribas izteikumā<sup>407</sup> ārstniecībā.

Paša pacienta paustā griba ietekmē pacienta vietnieka lēmumu. No vienas puses, pacienta griba nespēj ietekmēt vietnieka lēmumu, t.i., tā jāņem vērā, bet nav saistoša, ja pacients pauž savu gribu pēc juridisko faktu iestāšanās, kas nodibina likumisko vietniecību. Tātad tas attiecas uz pacientiem, kas nespēj paust juridiski nozīmīgu gribu. Ārstniecības personai ir noteikts pienākums sniegt minētajām personām informāciju, uzklaut viņu viedokli u.c.<sup>408</sup>. Tas ļauj secināt, ka, neskatoties uz likumiskā vietnieka gribas prioritāti pār pacienta gribu, tomēr netiek pilnīgi izslēgta pacienta līdzdalība ārstniecībā.

No otras puses, ja pacients pauž gribu pirms likumiskās vai arī pēc līgumiskās vietniecības nodibināšanas, tad pacienta paustajai gribai rodas tiesiskās sekas, ar kurām pacienta vietniekam ir jārēķinās, pieņemot lēmumu ārstniecībā<sup>409</sup>. Pilngadīgas rīcībspējīgas personas paustā griba ir tiesiski saistoša<sup>410</sup>. Līdz ar to secināms, ka pacienta paustās gribas tiesiskais spēks ir atkarīgs no gribas izteikšanas brīža, kas noteiktos gadījumos rada pacienta vietnieka gribai pakārtotu (subsidiāru) raksturu lēmuma pieņemšanā.

Likumā tieši nav noteikts pienākums pacienta vietniekam pamatot savu lēmumu. Ja pastāv interešu konflikts starp vietnieku un atvietojamu, tad nav vispārēja aizlieguma veikt vietniecību, izņemot atsevišķus likumā noteiktus gadījumus, piemēram, aizbildņiem, aizgādņiem<sup>411</sup>. Tomēr vietniekam ir jāpieņem lēmums, kas atbilst atvietojamā interesēm, pat neņemot vērā savas intereses<sup>412</sup>. Ārvalstu tiesu praksē ir izstrādāts objektīvs pacienta interešu tests, kas ietver sevī, pirmkārt, pacienta psihisku un fizisku (ķermenisku) labklājību, kas ir prioritāra<sup>413</sup>; otrkārt, arī pacienta ētisku, morālu, dvēselisku, reliģisku labklājību, norādot, ka visu interešu kopumu

<sup>406</sup> Piem.: Ārstniecības likuma 62., 63., 68., 68', 69.p.; Alkohola, narkotisko, psihotropo un toksisko vielu atkarības slimnieku ārstēšanas kārtība: Ministru Kabineta 2002.gada 24.septembra noteikumi nr.429. Latvijas Vēstnesis, 2002. 27.septembris, nr.139.(11.2.pk.); Epidemioloģiskās drošības likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 1997. 30.decembris, nr.342/345. (20.-22.p.); Par miruša cilvēka ķermeņa aizsardzību un cilvēka audu un orgānu izmantošanu medicīnā: LR likums. LR Saeimas un Ministru Kabineta Ziņotājs, 1993. 14.janvāris, nr.1. (6., 9.p.).

<sup>407</sup> Pacientu tiesību likuma 6.p.7.d., 7.p.1.d.

<sup>408</sup> Pacientu tiesību likuma 4.p.5.,7.d., 13.p.4.d.; Noteikumi par zāļu klīniskās izpētes un lietošanas novērojumu veikšanas kārtību, pētāmo zāļu marķēšanu un kārtību, kādā tiek vērtēta zāļu klīniskās izpētes atbilstība labas klīniskās prakses prasībām: Ministru Kabineta 2010.gada 23.marta noteikumi nr.289. Latvijas Vēstnesis, 2010. 31.marts, nr.51/52 (32.2.,33.2.pk.); Seksuālās un reproduktīvās veselības likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 2002.gada 19.februāris, nr.27. (27.p.1.d.).

<sup>409</sup> Čakste K. Civiltiesības. Rīga, [b.i.], 1936.; CL 362., 2312., 2313.p.; Pacientu tiesību likuma 7.p.2.d.; Biokonvencijas 9.p.

<sup>410</sup> CL 1405.p.; Oosten F.van. The Doctrine of Informed Consent in Medical Law. Frankfurt am Main; Bern; New York; Paris: Lang, 1991, p.17.

<sup>411</sup> Balodis K. Ievads civiltiesībās. Rīga: Zvaigzne ABC, 2007, 279.lpp.

<sup>412</sup> Kennedy I., Grubb A. Principles of medical law. Oxford: Oxford University Press, 1998, p.186.

<sup>413</sup> Kaut gan tiesu praksē ir gadījumi, kad atteikšanās no ārstniecības (pat ar pacienta nāves iestāšanos) tiek pamatota ar reliģijas kritēriju kā atbilstoša pacienta interesēm (Ēdūēiāā Ā. „Nāēāāāēē Ēāāiāū iā nēāiūā iānāōāēiūō.” Ģāēēēēē ē iāāāi, 2000, nr.5).

ārstniecības persona nav tiesīga izvērtēt<sup>414</sup>. Tādējādi pacienta intereses nav vērtējamas tikai medicīniskā aspektā. Latvijā likums atļauj ārstu konsilijam un bāriņtiesai koriģēt nepilngadīga pacienta vietnieka atteikumu no pacienta ārstniecības<sup>415</sup>, kas izskaidrojams ar šaurāku pacienta interešu interpretāciju, paredzot plašāku kompetenci ārstu konsilijam. Bāriņtiesai ir prezumējamas tiesības vērtēt arī pacienta likumiskā vietnieka piekrišanas atbilstību pacienta interesēm<sup>416</sup>. Tieša prasība pēc pacienta vietnieka lēmuma pamatojuma ir konstatējama normatīvajā regulējuma atsevišķos gadījumos<sup>417</sup>, kas vēlreiz pierāda pieņemamo lēmumu nepieciešamo atbilstību pacienta interesēm. Tā kā ārstniecības personām ir speciālas zināšanas par pacientam atbilstošāku ārstniecības veidu un metodēm, tad pacienta vietniekam ir prezumējams pienākums sniegt pamatojumu īpaši ārstniecības atteikuma gadījumā, tādējādi pierādot šāda lēmuma atbilstību pacienta interesēm<sup>418</sup>.

Konstatējamas divas atšķirīgas pieejas, kā iespējams kontrolēt pacienta vietnieka atteikumu no pacienta ārstniecības. Latvijā tiek pielietota atteikšanās atcēluma metode, ārstu konsilijam un bāriņtiesai paredzot tiesības atcelt jau izteikto nepilngadīga pacienta vietnieka atteikumu no ārstniecības<sup>419</sup>. Bet šī metode tiek attiecināta tikai uz sašaurinātu pacientu loku, t.i., nepilngadīgajiem pacientiem, kur citos gadījumos ārstu konsilijs var iejaukties, tikai tad, ja pacienta vietnieks atsakās pieņemt lēmumu par pacienta ārstniecību<sup>420</sup>, tādējādi nodrošinot savlaicīgas

---

<sup>414</sup> Kennedy I., Grubb A. Principles of medical law. Oxford: Oxford University Press, 1998, p.223, 227, 246, 248; Kennedy I. Medical law. London, Dublin, Edinburgh: Butterworths, 1994, p.264; Pattinson S.D. Medical Law & Ethics. 1st edit. London: Sweet&Maxwell, 2006, p.142.

<sup>415</sup> Pacientu tiesību likuma 14.p.1.,2.d.

<sup>416</sup> Bāriņtiesu likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 2006. 7.jūlijs, nr.107. (4.p.2.d.;17.p.4.d.;18.p.3., 6.d.).

Piem., tiesību zinātnē tiek apšaubīta garīgi slima pacienta vietnieka piekrišanas pieļaujamība psihoķirurģijas ārstniecības metodei (Федорова М.Ю. Медицинское право. Учебное пособие для вузов. Москва: ВЛАДОС, 2003, с.153).

Piemēram, Gruzijā, ārstniecības personai tiesības iniciēt pacienta vietnieka gribas izteikuma (gan atteikuma, gan piekrišanas) izvērtējumu tiesā (Law of Georgia on the rights of patient (a.25(1)).

<sup>417</sup> Noteikumi par zāļu klīniskās izpētes un lietošanas novērojumu veikšanas kārtību, pētāmo zāļu marķēšanu un kārtību, kādā tiek vērtēta zāļu klīniskās izpētes atbilstība labas klīniskās prakses prasībām: Ministru Kabineta 2010.gada 23.marta noteikumi nr.289. Latvijas Vēstnesis, 2010. 31.marts, nr.51/52 (33.5., 36., 37.pk.); Cilvēka genoma izpētes likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 2002. 3.jūlijs, nr.99. (12.p.1.d.); Cilvēka audu un orgānu uzkrāšanas, uzglabāšanas un izmantošanas kārtība: Ministru Kabineta 2002.gada 24.septembra noteikumi nr.208. Latvijas Vēstnesis, 2007. 30.marts, nr.54. (27.pk.).

<sup>418</sup> Tiesa noteica, ka ārstam ir pienākums aizsargāt pacientu, īpaši, ja lēmumu saistībā ar pacienta ārstniecību pieņem cita persona. Un nav pareizi pacienta likumiskā vietnieka lēmumu vienmēr uzskatīt par pareizu (Čehijas Konstitucionālās tiesas 2004.g. 20.augusta spried. lietā: III. ЪS 459/03. Pieejams: [http://angl.concourt.cz/angl\\_verze/doc/3-459-03.php](http://angl.concourt.cz/angl_verze/doc/3-459-03.php) [aplūkots 2011.gada 11.aprīlī]).

<sup>419</sup> Pacientu tiesību likuma 14.p.1.d.

Šī metode arī, piemēram: Lietuvā (Law on the rights of patients and compensation of the damage to their health (Lithuania)(a.8(6)); Gruzijā (Law of Georgia on the rights of patient (a.25(3)); Igaunijā (Law of Obligations Act of Estonia (§766 (4)).

<sup>420</sup> Pacientu tiesību likuma 7.p.5.d.

Ir konstatējami gadījumi, kad nepilngadīga pacienta vietnieka atteikšanās atcēluma metode tika iekļauta ārstniecības iestādes tipveida ārstniecības līgumā (piemēram, „(...)8.2.Gadījumos, kad no kādu konkrētu darbību veikšanas nepilngadīga Pacienta ārstniecībā pilnīgi vai daļēji ir atteikušies Pacienta vecāki vai likumīgie aizbildņi, Centra ārstniecības personām, lai glābtu nepilngadīgā Pacienta dzīvību, ir tiesības veikt visas nepieciešamās darbības, neraugoties uz Pacienta vecāku vai likumīgo aizbildņu iepriekšējo aizliegumu tās veikt. Par šajā punktā minētajiem gadījumiem Centrs nekavējoties ziņo bērnu tiesību aizsardzības institūcijām un nepilngadīgā Pacienta vecākiem vai



ārstniecības principu<sup>421</sup>. Turpretim dažās valstīs noteiktos gadījumos<sup>422</sup> pielieto atteikuma leģitīmācijas metodi, t.i., pacienta vietnieks var atteikties, ja ir saņemts bāriņtiesas (tiesas) akcepts. Salīdzinot minētās divas metodes, atzīmējamās sekojošās atteikuma leģitīmācijas metodes nozīmīgākās priekšrocības. Pirmkārt, šīs metodes pielietojums balstās uz pacienta ārstniecības prezumpciju līdz pacienta vietnieka pastiprinātā atteikuma saņemšanai, kas lielākā mērā atbilst pacienta interesēm. Otrkārt, pienākums iniciēt un virzīt kontroles procesu ir pacienta vietniekam atbilstoši viņa uzdevumam, tādējādi, pēc iespējas mazāk novēršot ārstniecības personu no tās pamatpienākuma – pacienta ārstniecības. Secināms, ka atbilstošāka ir diferencēta kontrole pār pacienta vietnieka atteikumu no pacienta ārstniecības, paredzot atteikuma leģitīmācijas metodi, ja ārstniecības pārtraukšana apdraud pacienta dzīvību vai rada būtiska veselības kaitējuma draudus.

Normatīvie akti pieļauj pacienta ārstniecību pret pacienta vietnieka gribu, nerēķinoties arī ar paša pacienta gribu. Šāda medicīniskā iejaukšanās iespējama izsmeļoši uzskaitītos gadījumos, ja tiek aizskartas publiskās intereses, pārkāpjot sabiedrības drošību, kārtību vai radot tai draudus (piem., pacientiem ar psihiskiem traucējumiem<sup>423</sup>, atkarības slimniekiem<sup>424</sup>, saistībā ar sabiedrības epidemioloģisko drošību<sup>425</sup>). Jāpiekrīt, ka šāds pacienta privātautonomijas principa ierobežojums ir samērīgs ar sabiedrības ieguvumu. Tomēr, no otras puses, tiek nodalīts princips, ka pacientam nevar veikt invazīvas medicīniskas procedūras trešo personu interesēs, ja labumu no šīs procedūras negūst pats patients, ja tas nav paša pacienta interesēs<sup>426</sup>.

Pacienta ārstniecība var tikt veikta bez pacienta vietnieka piekrišanas, ja objektīvu apstākļu dēļ nav iespējams saņemt vietnieka gribas izteikumu. Šāda ārstniecība ir pieļaujama tikai pacienta interesēs, ja ārstniecības vilcināšanās rada draudus pacienta dzīvībai<sup>427</sup>. Tikai atsevišķos gadījumos medicīniskā iejaukšanās bez pacienta vietnieka atļaujas ir pieļaujama, attaisnojot to ar publiskajām

---

likumīgajiem aizbildņiem pa šajā līgumā norādīto kontaktālrūni vai personīgi. (...)" (Valsts SIA „Nacionālais rehabilitācijas centrs „Vaivari”” 2008.gada tipveida līgums par ārstniecību (no valsts budžeta līdzekļiem)), neesot vēl attiecīgajam normatīvajam regulējumam. Minētais līguma punkts nav atzīstams par pretēju likumam, jo ietvēra labvēlīgākus nosacījumus pacienta objektīvajām interesēm, ko likums neaizliedz, izejot no likuma mērķa.

<sup>421</sup> Pacientu tiesību likuma 5.p.4.d.

<sup>422</sup> Piem., Vācijā, pacienta vietniekam nepieciešams saņemt Aizbildnības tiesas akceptu, lai atteiktos no pacienta ārstniecības, ja pastāv pacienta nāves vai veselības būtiska kaitējuma draudi ārstniecības atteikuma gadījumā (German Civil Code (§1901,1904)) (sk.: Vācijas Federālās Augstākās tiesas 2003.g. 17.marta spried. lietā Nr.BGHZ XII ZB 2/03. Pieejams: [www.bundesgerichtshof.de](http://www.bundesgerichtshof.de) [aplūkots 2011.gada 11.aprīlī]); Ungārijā (pēc ārstniecības personas iniciatīvas) (Act on Health of Hungary (s.21 (2)).

<sup>423</sup> Ārstniecības likuma 68.,68.,69.p.

<sup>424</sup> Ārstniecības likuma 62.,63.p.; Alkohola, narkotisko, psihotropo un toksisko vielu atkarības slimnieku ārstēšanas kārtība: Ministru Kabineta 2002.gada 24.septembra noteikumi nr.429. Latvijas Vēstnesis, 2002. 27.septembris, nr.139. (11.2.pk.).

<sup>425</sup> Epidemioloģiskās drošības likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 1997. 30.decembris, nr.342/345. (20.-22.p.); Par miruša cilvēka ķermeņa aizsardzību un cilvēka audu un orgānu izmantošanu medicīnā: LR likums. LR Saeimas un Ministru Kabineta Ziņotājs, 1993. 14.janvāris, nr.1. (6., 9.p.).

<sup>426</sup> Kennedy I., Grubb A. Principles of medical law. Oxford: Oxford University Press, 1998, p.250.

<sup>427</sup> Pacientu tiesību likuma 7.p.8.d.

interesēm<sup>428</sup>. Līdz ar to galvenie kritēriji ārstniecības veikšanai bez pacienta vietnieka piekrišanas ir – 1) pacienta intereses (pat pastiprinot šo kritēriju – pacienta dzīvības apdraudējums); 2) ārstniecības vilcināšanās nepieļaujamība; no kuriem prezumējama piekrišana ārstniecība<sup>429</sup>.

Ārstniecības normatīvajā regulējumā netiek sniegta tieša atbilde, cik ilgā laikā pacienta vietniekam ir jāsniedz lēmums (vienīgi netieši transplantācijas jomā tiek nosprausts pieturas punkts audu un orgānu izņemšanas pieļaujamībai no miruša cilvēka – smadzeņu vai bioloģiskās nāves fakts<sup>430</sup>). Ja vadīties no ārstniecības galvenā principa – pacienta intereses, tad ir divējāda pieeja. No vienas puses, piekrišana ārstniecībai ir sniedzama pēc iespējas ātrāk<sup>431</sup>. No otras puses- atteikums no ārstniecības sniedzams kā galējais līdzeklis, izvērtējot visus apstākļus, tātad pēc iespējas vēlāk (protams, saprātīgos termiņos, nepamatoti nenovilcinot lēmuma pieņemšanu). Raugoties no pacienta interesēm, normatīvajos aktos nepieciešams nostiprināt pacienta likumiskā vietnieka lēmuma sniegšanas laika kritērijs.

Analizējot pacienta vietniecības tiesisko raksturu, atklājas tā divējādā daba. No vienas puses, pacienta vietniecība ārstniecībā ir pienākums, kura neizpildes vai nepienācīgas izpildes gadījumā iestājas noteiktas tiesiskās sekas: 1) pacienta likumisko vietnieku sašaurinātajam lokam (CL 1411.p.), likumā nosakot šo pienākumu<sup>432</sup>; 2) pacienta līgumiskajam vietniekam, pienākumam izrietot no pilnvarojuma līguma<sup>433</sup>. No otras puses, noteiktam pacienta vietnieku lokam, t.i., pacienta likumisko vietnieku paplašinātajam lokam, ir tikai tiesības atvietot pacientu. Līdz ar to secināms, ka ar vietniecības pienākumu saistītajam pacienta vietnieku lokam ir paredzēta civiltiesiskā atbildība (zaudējumu atlīdzība un morālā kaitējumā kompensācija), ja, pienākuma

---

<sup>428</sup> Piem.: Noteikumi par zāļu klīniskās izpētes un lietošanas novērojumu veikšanas kārtību, pētāmo zāļu marķēšanu un kārtību, kādā tiek vērtēta zāļu klīniskās izpētes atbilstība labas klīniskās prakses prasībām: Ministru Kabineta 2010.gada 23.marta noteikumi nr.289. Latvijas Vēstnesis, 2010. 31.marts, nr.51/52 (34.pk.); Par miruša cilvēka ķermeņa aizsardzību un cilvēka audu un orgānu izmantošanu medicīnā: LR likums. LR Saeimas un Ministru Kabineta Ziņotājs, 1993. 14.janvāris, nr.1. (5., 9., 11.p.).

<sup>429</sup> Sk.: Jākobsons A. Ārsta atbildība pēc 1933.g.sod.lik.218. un 219.p.p. Rīga, [b.i.], 1936, 17.lpp.

<sup>430</sup> Par miruša cilvēka ķermeņa aizsardzību un cilvēka audu un orgānu izmantošanu medicīnā: LR likums. LR Saeimas un Ministru Kabineta Ziņotājs, 1993. 14.janvāris, nr.1. (10.p.); Kārtība, kādā veicama smadzeņu un bioloģiskās nāves fakta konstatēšana un miruša cilvēka nodošana apbedīšanai: Ministru Kabineta 2007.g. 27.marta noteikumi nr.215. Latvijas Vēstnesis, 2007, 11.aprīlis, nr.59. (2.,7.pk.).

<sup>431</sup> Pacientam ir tiesības uz savlaicīgu ārstniecību (Pacientu tiesību likuma 5.p.4.d.).

<sup>432</sup> Vecākiem ir pienākums rūpēties un pārstāvēt savu bērnu (CL 177.p.2.d.), un šī pienākuma neizpildes gadījumā tiesa var atņemt vecākiem aizgādību pār bērniem (CL 200.p.). Adoptētājs pielīdzināms vecākiem, ar adopciju iegūstot aizgādību pār bērnu (CL 172.p.), kur pārkāpumu gadījumā adopcija var tikt atcelta (CPL 263.p., Bāriņtiesu likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 2006. 7.jūlijs, nr.107 (16.p.1.d.5.pk.)). Aizbildnība ir likumisks pienākums pārstāvēt aizbilstamo tiesiskajos darījumos (CL 222., 245., 252., 261.p.), kur aizbildnim, nepienācīgi pildot savus pienākumus, kas rada zaudējumus nepilngadīgajam vai, ciešot viņa interesēm, aizbildnība ir atceļama (CL 241.p., 341.p.3.pk.) un aizbildnis atbild par visiem zaudējumiem (CL 311.p.- zaudējumu atlīdzības pienākums attiecas uz nepilngadīgā mantas pārvaldību, bet šis princips būtu interpretējams plašāk). Aizbildnības noteikumi attiecināmi arī uz aizgādību (CL 356.p.), kā arī uz vecākiem, kas ir bērnu dabiskie aizbildņi (CL 223.p.).

<sup>433</sup> Pilnvarniekam pienākums pildīt līgumu (CL 1587.p.), atbildot pilnvarotājam par katru neuzmanību (CL 2295., 1770., 1779.p.).

neizpildes vai nepienācīgas izpildes gadījumā<sup>434</sup> pacienta ārstniecība netiks veikta vai tiks veikta novēloti, radot kaitējumu vai tā draudus pacienta veselībai.

Ja persona veic darbības bez vietniecības varas vai pārkāpj piešķirtās vietniecības robežas, tad šādai rīcībai ir divējādas sekas (CL 1518.p.). Pirmkārt, tiesiskie darījumi un izdarītie gribas izteikumi ir absolūti spēkā neesoši, kur atvietojamo nesaista tiesiskās sekas, jo vietnieks nevar patvaļīgi paplašināt tam piešķirtās varas (pilnvarojumā, likumā noteiktās) robežas<sup>435</sup>. Otrkārt, tādā gadījumā vietnieks ir patstāvīgs zaudējumu atlīdzības pienākuma subjekts, pie tam tie ir „uzticības zaudējumi” nevis zaudējumi no līguma neizpildes, jo līgums nav spēkā<sup>436</sup>.

Pacienta vietniecības tiesiskajam raksturam ir divējāda daba – gan kā tiesības, gan kā pienākums atvietot, kur ar vietniecības pienākumu saistītajam pacienta vietnieku lokam noteiktos gadījumos ir paredzama civiltiesiskā atbildība, nostiprinot šo principu arī normatīvajos aktos un tiesu praksē. Ir konstatējami divi iespējamie pacienta vietniecības veidi ārstniecībā. Skatot tos detalizētāk, iezīmējas divi nepieciešamo izmaiņu virzieni, lai pilnveidotu pacienta gribas civiltiesisko aizsardzību pacienta vietniecībā – pirmkārt, novēršot normatīvajos aktos pastāvošās nepilnības un sadursmes; otrkārt, ieviešot jaunus pacienta gribas civiltiesiskās aizsardzības līdzekļus pacienta vietniecībā.

Analizējot pacienta spēju izteikt gribu, ir secināms, ka normatīvajos aktos pastāv samērā daudzas nekonsekvences un sadursmes, kas apgrūtina atbilstošu tiesību normu piemērošanu. Noteikti tiesību institūti pacienta spējā izteikt gribu ir interpretējami plašāk un noteiktos gadījumos ir maināma pieeja, uz ko virza arī mūsdienu medicīnas attīstība. Un, veidojot ārstniecībā tiesu praksi, ir ņemami vērā analizētie principi attiecībā uz pacienta spēju izteikt gribu.

---

<sup>434</sup> Ārstniecības personai noteiktais pienākums sniegt neatliekamo ārstniecību, arī nesaņemot pacienta vietnieka piekrišanu (Pacientu tiesību likuma 7.p.8.d.), neatsvabina pacienta vietnieku no pienākuma pildīšanas. Ja pacienta vietnieks rīkojas labā ticībā, tad viņam neiestājas krimināltiesiskā un civiltiesiskā atbildība (Virginia Health Care Decisions Act (a.54.1-2988)).

Pacienta vietniekam ir jāizsaka lēmums par pacienta ārstniecību (Finland's Act on the status and rights of patients (s.6)).

<sup>435</sup> Balodis K. Ievads civiltiesībās. Rīga: Zvaigzne ABC, 2007, 282., 285.lpp.; Latvijas Republikas Civillikuma komentāri: Ceturtā daļa. Saistību tiesības. Torgāns K., Grūtups A., Višņakova G.u.c. Zin.red. Torgāns K. Rīga: Mans Īpašums, 1998, 83.lpp.

<sup>436</sup> Torgāns K. Saistību tiesības. II daļa. Rīga: TNA, 2008, 239.lpp.; LR AT Senāta CD 2000.g. 15.novembra spried. lietā Nr.SK-507. Jurista Vārds, 2001, nr.4(197); Balodis K. Ievads civiltiesībās. Rīga: Zvaigzne ABC, 2007, 283.lpp.; CL 311., 312., 356., 2295.p.; LR AT Senāta CD 2006.g. 20.septembra lēm. lietā Nr.SK-484. Pieejams: [http://www.at.gov.lv/files/archive/department1/2006/cd200906\\_1.doc](http://www.at.gov.lv/files/archive/department1/2006/cd200906_1.doc) [aplūkots 2010.gada 22.maijā].

### **3. Pacienta informētība kā priekšnosacījums pacienta gribas izteikuma spēkā esamībai**

Vispusīgai pacienta informētības analīzei nepieciešams aplūkot divus aspektus. No vienas puses, nozīmīgi, uz kāda pamata pacientam rodas tiesības iegūt informāciju, kādā veidā šīs tiesības ir nodrošināmas un kādi tomēr ir tiesiski pieļaujami izņēmuma gadījumi atkāpei no pacienta informētības nosacījuma pacienta gribas izteikumā. No otras puses, pacienta informētība nav iespējama bez savstarpējās informācijas apmaiņas ārstniecībā, līdz ar to nozīmīgi ir analizēt arī pacienta informācijas tiesisko aizsardzību, kas cieši saistīta ar pacienta informētību.

#### **3.1. Pacienta tiesību uz informāciju tiesiskais raksturs**

Ārstniecībā informācijas apritei saistībā ar pacientu iezīmējas trīs virzieni. Pirmkārt, pacientam ir tiesības saņemt noteiktu informāciju, jo pacienta gribas izteikuma spēkā esamībai tiek izvirzīti trīs pamatkritēriji: 1) pacienta spēja izteikt gribu; 2) pacienta informētība<sup>437</sup>; 3) pacienta brīvprātība<sup>438</sup>. Otrkārt, ņemot vērā pacienta pēc iespējas aktīvas līdzdalības nepieciešamību ārstniecībā, pacientam ir noteikts pienākums sniegt konkrētu informāciju ārstniecības personai/iestādei. Treškārt, normatīvais regulējums paredz ārstniecības personai/iestādei tiesības (vai pienākumu) noteiktos gadījumos sniegt informāciju par pacientu. Līdz ar to pacientam

---

<sup>437</sup> Autorei ir iebildumi pret termina „kompetents” (kompetents- lietpratīgs, ar plašām zināšanām, izpratni kādā jomā, kas dod tiesības izlemt (Baldunēiks J., Pokrotņiece K. Sveðvārdu vārdnīca: vairāk nekā 15 000 citvalodu cilmes vārdu un terminoloģisku vārdkopu. Zin.red. Baldunēiks J. Rīga: Jumava, 1999, 373., 374.lpp.; Sveðvārdu vārdnīca: ap 16 500 citvalodu cilmes vārdu un terminoloģisku savienojumu. Zin.red. Petrovs F. No krievu val. tulkoja Cepurniece S., Gūtmanis A., Lukstiņš G.u.c. Rīga: Liesma, 1969, 344.lpp.) lietojumu, jo no pacienta tomēr tiek prasīts samērā zems zināšanu līmenis, lai viēd būtu spējīgs izteikt gribu ārstniecībā.

Sk. arī: Сальников В. П., Стеценко С. Г. Доктрина информированного согласия. Новая правовая мысль, 2002, nr.1, c.36-42. Pieejams:

<http://www.law.edu.ru/magazine/document.asp?magID=13&magNum=1&magYear=2002&articleID=1169577>  
[aplūkots 2010.gada 22.maijā].

Par atbilstošāku atzīstams termins „informēts”, t.i., personai ir noteikts informācijas apjoms, kas nepieciešams konkrēta lēmuma pieņemšanai.

<sup>438</sup> Sk.: Pacientu tiesību likuma 4., 6.p.

ārstniecībā ir tiesības saņemt informāciju, pienākums to sniegt, kā arī noteiktās robežās tiesības kontrolēt un būt informētam par pacienta informācijas izmantošanu.

Ikvienai personai ir tiesības uz veselību, kas kā pamattiesība ir nostiprināta gan starptautiskajā līmenī<sup>439</sup>, gan valstu konstitucionālajā līmenī<sup>440</sup>. Tiesības uz veselību nav saprotamas kā tiesības būt veselam, bet ietver sevī konkrētas brīvības un tiesības, kur valstij pienākums personas tiesības uz veselību:

- 1) ievērot, t.i., valsts pienākums ir atturēties no darbībām, kas traucē personai īstenot šīs tiesības;
- 2) aizsargāt, t.i., valsts pienākums ir aizsargāt ikvienas personas tiesības pašai rūpēties par savu veselības stāvokli (sasniegt noteiktu veselības stāvokli un saglabāt to), nepieļaujot citu personu iejaukšanos tajās;
- 3) nodrošināt, t.i., valsts pienākums ir veikt pasākumus, lai aizsargātu cilvēku veselību noteiktos gadījumos un līmenī atbilstoši savām valsts ekonomiskajām iespējām, bet nav valsts pienākums nodrošināt ikvienam iespējami augstāko veselības līmeni<sup>441</sup>. Valsts nevar uzņemties atbildību par indivīda iespējām sasniegt visaugstāko veselības līmeni, tomēr valstij ir pienākums rūpēties par ārstniecības iestāžu, ārstniecības pakalpojumu u.c. apstākļu esamību, pieejamību, kvalitātes atbilstību, pat, ja šos apstākļus nerada pati valsts<sup>442</sup>. Secināms, ka valsts un personas tiesības uz veselību mijiedarbība izpaužas sekojoši. No vienas puses, valstij ir pienākums radīt iespēju un apstākļus tiesības uz veselību realizācijai. No otras puses, tiesības uz veselību pati realizācija, tās kvalitāte samērā lielā mērā atkarīga no pašas personas iniciatīvas un aktivitātes.

Attiecībā uz veselību un personas pamattiesību ierobežojumu<sup>443</sup> iezīmējas divi virzieni. No vienas puses, sabiedrības veselība, tās aizsardzība var būt par iemeslu citu pamattiesību ierobežojumam. Cilvēka veselība un dzīvība ieņem pirmo vietu starp aizsargājamajām interesēm, kur vērtību sistēmas centrā ir sociālā sabiedrībā brīvu attīstību gūstoša cilvēka personība un

---

<sup>439</sup> Sk., piem.: ANO Vispārējā cilvēktiesību deklarācija (1948.gada 10.decembris). Pieejams: [http://www.humanrights.lv/frames\\_1.htm?menu/doc\\_1.htm](http://www.humanrights.lv/frames_1.htm?menu/doc_1.htm) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā] (25.p.l.d.); ANO Starptautiskais pakts par ekonomiskajām, sociālajām un kultūras tiesībām (1966.gada 16.decembris). Pieejams: [http://www.humanrights.lv/frames\\_1.htm?menu/doc\\_1.htm](http://www.humanrights.lv/frames_1.htm?menu/doc_1.htm) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā] (12.p.).

<sup>440</sup> Piem.: Latvijas Republikas Satversme: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 1993. 1.jūlijs, nr.43. (111.p.: „Valsts aizsargā cilvēka veselību un garantē ikvienam medicīniskās palīdzības minimumu”).

<sup>441</sup> LR ST 2008.g. 29.decembra spried. lietā Nr.2008-37-03 (11.1., 12.1.2.pk.) Latvijas Vēstnesis, 2008. 30.decembris, nr.202; LR AT Senāta CD 2008.g. 09.janvāra spried. lietā Nr.SK-13. Pieejams: [www.at.gov.lv](http://www.at.gov.lv) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā]; LR ST 2002.g.22.oktobra spried. lietā Nr.2002-04-03. Latvijas Vēstnesis, 2002. 24.oktobris, nr.154; LR ST 2004.g. 23.aprīļa spried. lietā Nr.2003-15-0106. Latvijas Vēstnesis, 2004. 27.aprīlis, nr.65 (6.pk.); The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment nr.14 (2000). Pieejams: [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En) [aplūkots 2010.gada 21.decembrī] (s.24, 27, 35).

<sup>442</sup> Sk.: The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment nr.14 (2000). Pieejams: [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En) [aplūkots 2010.gada 21.decembrī] (s.30, 34).

<sup>443</sup> Personas pamattiesības var ierobežot noteiktos gadījumos uz likuma vai tā pamata (Latvijas Republikas Satversme: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 1993. 1.jūlijs, nr.43 (116.p.)).

cieņa<sup>444</sup>. No otras puses, personas tiesības uz veselību nav absolūtas. Tas nozīmē, ka arī šīs tiesības neieņem izņēmuma statusu, neskatoties uz to, ka nav tieši noteikta minēto tiesību ierobežojuma iespēja LR Satversmē<sup>445</sup>. Tomēr personas tiesības uz veselību ierobežojums galvenokārt izpaužas divos gadījumos. Pirmkārt, ja šī ierobežojuma mērķis ir aizsargāt pacientu no viņa paša patvaļīgām darbībām bez medicīniska pamatojuma vai atbilstošām norādēm ārstniecības veikšanai un ārstniecības līdzekļu iegādei<sup>446</sup>. Otrkārt, personas tiesības uz veselību ierobežojums tiek pieļauts ekonomiska kritērija dēļ<sup>447</sup>. Nenoliedzami valsts finansiālajām iespējām ir ietekme uz daudzām jomām valstī. Tomēr ir tiesiski izvērtējams šāds personas pamattiesību ierobežošanas pamatojums, tā pieļaujamība, robežas; īpaši attiecībā uz personas tiesībām uz dzīvību un tiesībām uz veselību. Tādējādi veselības aspekts var kalpot par personas pamattiesību ierobežojuma kritēriju, kā arī tiesības uz veselību var tik ierobežotas gan ar atbalstāmu mērķi aizsargāt pašu personu (pacientu) no patvaļīgas minētās tiesības realizācijas, gan strīdīga, izvērtējama ekonomiskā kritērija dēļ.

Pacienta tiesības uz informāciju izriet no personas tiesībām uz veselību. Tas pamatojams ar to, ka personas tiesības uz veselību var tikt sadalītas vairākās (sīkākās, specializētākās) personas tiesībās<sup>448</sup>, t.i., tiesības uz veselības aprūpi, tiesības uz veselīgu dzīvesveidu atbalstošiem apstākļiem, liberālas tiesības uz valsts neiejaukšanos<sup>449</sup>, piemēram, personas pašnoteikšanās tiesības kā pacienta tiesības izteikt gribu ārstniecībā. Pacientam ir tiesības saņemt informāciju gan par sevi, jo pretējā gadījumā pacienta gribas izteikums ārstniecībā nebūs spēkā pēc vispārīgā principa; gan informāciju, kas saistīta ar viņa ārstniecību, piemēram, par iespējām saņemt ārstniecību, par

---

<sup>444</sup> Vācijas Federālās Konstitucionālās tiesas 1958.g. 15.janvāra spried. lietā Nr.BVerfGE 7, 198. Lüth. Pieejams: <http://sorminiser.v.unibe.ch:8080/tools/ainfo.exe?Command=ShowPrintText&Name=bv007198> [aplūkots 2010.gada 21.decembrī](74); Ģenerālvokāta Ī.Bota 2008.gada 31.janvāra secinājumi lietā: Corporación Dermoestética SA v. To Me Group Advertising Media Srl. Pieejams: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:62006C0500:LV:HTML> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā] (101.pk.); Biokonvencijas 2.p.: „Pirmajā vietā vienmēr jābūt indivīda interesēm un labklājībai, nevis vienīgi sabiedrības vai zinātnes interesēm”.

<sup>445</sup> Sk.: Latvijas Republikas Satversme: LR likums. Latvijas Vēstnesis,1993. 1.jūlijs, nr.43 (116.p.). Tomēr, izejot no Satversmes sistēmas, kopējiem principiem, tiek pieļauts tiesības uz veselību ierobežojums (LR ST 2002.g.22.oktobra spried. lietā Nr.2002-04-03. Latvijas Vēstnesis, 2002. 24.oktobris, nr.154; Vildbergs H.J., Feldhūne G. Atsauces Satversmei. Rīga: Latvijas Universitāte, 2003, 181.lpp.).

<sup>446</sup> Sk., piem.: Ģenerālvokāta Ī.Bota 2008.gada 31.janvāra secinājumi lietā: Corporación Dermoestética SA v. To Me Group Advertising Media Srl. Pieejams: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:62006C0500:LV:HTML> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā]; pašapkalpošanās aptiekās, novietojot preces uz plauktiem, tas nodibina tikai aicinājumu aplūkot; paņemot precī no plaukta un samaksājot par to pie kases, tas netiek aplūkots par līguma noslēgšanu, jo pārdošanai jānotiek ar sertificēta farmaceita līdzdalību (Lieta: Pharmaceutical Society v. Boots [1953] 1 All ER 482 (Anglija). Grām.: Contract Law: casebooks on the common law of Europe. Beale H., Hartkamp A., Kotz H., Tallon D. Oxford and Portland: Hart Publishing, 2002, p.189-191.).

<sup>447</sup> Sk., piem.: LR ST 2008.g. 29.decembra spried. lietā Nr.2008-37-03. Latvijas Vēstnesis, 2008. 30.decembris, nr.202.

<sup>448</sup> The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment nr.14 (2000). Pieejams: [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En) [aplūkots 2010.gada 21.decembrī] (s.24, 25).

<sup>449</sup> Annes T. The Right to Health Protection in the Estonian Constitution. Juridica International: Law Review of University of Tartu, Vol.7, 2002, I. Pieejams: [www.juridica.ee](http://www.juridica.ee) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

ārstniecības personu identifikāciju, kvalifikāciju<sup>450</sup>. Tiek norādīts, ka jānošķir personas tiesības: pirmkārt, saņemt informāciju par sevi, kas balstās uz personas tiesību uz privātās dzīves aizsardzību; otrkārt, saņemt informāciju vispār un par citiem, kas izriet tiesībām uz informācijas brīvību<sup>451</sup>, kas savukārt ietver divus aspektus – privāto (katrai personai ir tiesības uz saviem uzskatiem, tiesības turēties pie tiem un brīvi tos paust) un publisko (ikvienam ir tiesības brīvi saņemt informāciju un paust savus uzskatus jebkādā veidā)<sup>452</sup>. Līdz ar to secināms, ka pacienta tiesībām uz informāciju, kas ietilpst personas tiesībās uz veselību, ir samērā plašs saturs, kas bāzējas uz divām atšķirīgām personas pamattiesībām – tiesībām uz privātās dzīves neaizskaramību (LR Satversmes 96.p.<sup>453</sup>) un tiesībām uz informācijas brīvību (LR Satversmes 100.p.<sup>454</sup>).

Nepieciešams noskaidrot ārstniecības personas tiesiskās līdzdalības raksturu pacienta tiesībās uz informāciju. Ārstniecības normatīvajā regulējumā nav tieši, nepārprotami noteikts vispārīgā principa veidā, ka ārstniecības personai ir pienākums sniegt informāciju pacientam. Šis pienākums ir konstatējams netieši<sup>455</sup>. Tātad minētais ārstniecības personas pienākums ir prezumējams. Tas pamatojams divējādi. Pirmkārt, ārstniecībai jābūt virzītai pacienta interesēs. Tādēļ ārstniecības personai jāsaņem un jāsniedz informācija, lai sekmētu pacienta spēju pieņemt pareizāko lēmumu ārstniecībā; jo pretējā gadījumā pacientam ir liegta iespēja savu tiesību realizācijai, pie tam informēšanas pienākums ir jāpilda savlaicīgi (it īpaši, piemēram, inficēšanās gadījumā)<sup>456</sup>. Otrkārt, minētais ārstniecības personas pienākums izriet no tiesiskajām sekām ārstniecībā, pacientam dodot piekrišanu ārstniecībai. Tiek pausts viedoklis, atsaucoties uz Platonu, ka ārstniecības personas pienākums aprobežojas tikai ar uzdevumu, „izvest” no pacienta informāciju, kas ir viņā, jo tikai pacients zina, kas viņam ir labāk<sup>457</sup>. Šo argumentu atbilstošāk attiecināt uz pašu pacienta gribas izteikuma institūtu, atbalstot pacienta privātautonomijas principu, bet ne sašaurināti – uz informācijas sniegšanas aspektu. Nenoliedzami, ka pacienta un ārstniecības personas zināšanu līmenis ārstniecībā ir krasi atšķirīgs. Tiek pausts arī kategoriskāks viedoklis, ka

<sup>450</sup> Pacientu tiesību likuma 5.p.4.d.; 4.p.2.d.

<sup>451</sup> LR ST 2003.g. 23.aprīļa spried. lietā Nr.2002-20-0103. Latvijas Vēstnesis, 2003. 24.aprīlis, nr.62.

<sup>452</sup> Latvijas Republikas Satversme: LR likums. Latvijas Vēstnesis,1993. 1.jūlijs, nr.43 (100.p.); LR ST 2003.g. 05.jūnija spried. lietā Nr.2003-02-0106. Latvijas Vēstnesis, 2003. 06.jūnijs, nr.85; Vildbergs H.J., Feldhūne G. Atsauces Satversmei. Rīga: Latvijas Universitāte, 2003, 123.lpp.

<sup>453</sup> Latvijas Republikas Satversme: LR likums. Latvijas Vēstnesis,1993. 1.jūlijs, nr.43.

<sup>454</sup> Latvijas Republikas Satversme: LR likums. Latvijas Vēstnesis,1993. 1.jūlijs, nr.43.

<sup>455</sup> Sk., piem.: Pacientu tiesību likuma 4.p.3.d., 6.p.5.d.; Ārstniecības likuma 40., 42.p.; Patērētāju tiesību aizsardzības likuma 3.p.1.d.3.pk., 17.p.1.d.

Arī Hipokrāta zvērestā ir netieša norāde uz ārstniecības personas pienākumu sniegt informāciju pacientam: „(...) Slimniekiem, cik nu spēšu un pratīšu, es došu tikai labas pamācības (...)” (Hipokrāts. Hipokrāta zvērests. Pieejams: [http://www.mfd.lv/lv/book/hipokratazverests\\_lv.htm](http://www.mfd.lv/lv/book/hipokratazverests_lv.htm) [aplūkots 2010.gada 15.maijā]).

<sup>456</sup> LR AT Senāta CD 2008.g. 09.janvāra spried. lietā Nr.SKC-13. Pieejams: [www.at.gov.lv](http://www.at.gov.lv) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā]; LR AT Senāta AD 2009.g. 02.novembra spried. lietā Nr.A42484105 SKA-260/2009. Pieejams: [www.at.gov.lv](http://www.at.gov.lv) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā] (4., 10., 11.pk.); Силуянова И.В. Информированное согласие: от процедуры к доктрине. Pieejams: <http://an.mrezha.ru/zhizn/etika/00/Textbook/sil1/chap54.htm> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

<sup>457</sup> Льюис А. Права пациентов на информированное согласие, включая отказ от лечения. Медицинское право, 2004, nr.2(6), с.56.

„ārstniecības joma ir viena no tām, kurā atšķirība starp pakalpojuma sniedzēja un pakalpojuma saņēmēja zināšanu līmeni ir visaugstākā, līdz ar to pēdējais minētais nevar patiesi novērtēt pakalpojuma, kuru tas pārņem, kvalitāti”<sup>458</sup>. Taču praksē tiek mīkstināta kategoriskā pieeja, nosakot, ka ārsta pienākuma sniegt informāciju robežas ir pacienta tiesības pieņemt patstāvīgi lēmumu, un lai šo tiesību efektīvi realizētu, pacientam jābūt pietiekamai informācijai saprātīga lēmuma pieņemšanai<sup>459</sup>. Pacientam dodot piekrišanu ārstniecībai, ārstniecības persona/iestāde atsvabinās no atbildības, ja atbilstoši profesionālajām prasībām veiktās ārstniecības rezultātā radīsies kaitējums pacienta veselībai. Tādēļ pausts viedoklis, ka nepieciešams aizsargāt pacienta piekrišanas došanu vismaz ar piekrišanas saņēmēja pozitīvu pienākumu sniegt informāciju pusei, ar mērķi pietuvināt pacienta un ārstniecības personas statusus informācijas aspektā<sup>460</sup>. Ja ārstniecības persona nesniedz informāciju vai sniedz nepietiekamu informāciju, tad tas ir civiltiesisko seku rašanās objektīvs pamats: 1) lai pacienta piekrišanu atzītu par spēkā neesošu, jo nav ievērots viens no pacienta gribas izteikuma priekšnosacījumiem, ko netieši apliecina arī tiesu prakse<sup>461</sup>; 2) lai pacients saņemtu atbilstošu apmierinājumu (piemēram, morālā kaitējuma kompensāciju) par savu tiesību aizskārumu<sup>462</sup>. Kamēr pacienta gribas izteikumam ir prioritāra nozīme pacienta ārstniecībā, nepieciešams tieši un konkrēti noteikt ārstniecības personas/iestādes pienākumu sniegt informāciju

<sup>458</sup> Generāladvokāta Ī.Bota 2008.gada 31.janvāra secinājumi lietā: Corporación Dermostética SA v. To Me Group Advertising Media Srl. Pieejams: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:62006C0500:LV:HTML> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā] (103.pk.).

<sup>459</sup> Lieta: Canterbury v. Spence (1972) (ASV). Int.res.: Мотов В.В. Информированное согласие на психиатрическое лечение в США. Pieejams: <http://www.npar.ru/journal/2004/3/consent.php> [aplūkots 2010.gada 22.maijā].

<sup>460</sup> Силюянова И.В. Информированное согласие: от процедуры к доктрине. Pieejams: <http://an.mreza.ru/zhizn/etika/00/Textbook/sil1/chap54.htm> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā]; Merz J.F. An Empirical Analysis of the Medical Informed Consent Doctrine: Search for a "Standard" of Disclosure. Pieejams: <http://www.piercelaw.edu/risk/vol2/winter/merz.htm> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

<sup>461</sup> 2004.gadā nepilngadīga paciente tika ievietota valsts ārstniecības iestādē, kur viņai tika veikta neatbilstoša ārstniecība un pacientes vecākiem kā likumiskajiem vietniekiem tika sniegta nepietiekama informācija (pārkaļpojot nodarījuma brīdi spēkā esošo Ārstniecības likuma 41.pantu, atbilstoši šobrīd spēkā esošā Pacientu tiesību likuma 4.panta trešo daļu, 6.panta pirmo daļu). Vecāki izņēma pacienti no valsts ārstniecības iestādes un devās pie prakses ārsta, kur tika saņemta atbilstoša ārstniecība, kas bija nepieciešama nekavējoties (ķirurģiska operācija sakarā ar „aklās zarnas” iekaisumu, kas bija jau ar komplikācijām). Pacientes likumiskā vietniece cēla tiesā prasību par zaudējumu, t.i., privātp praksē samaksātā, piedziņu, jo minētā ārstniecība pacientiem līdz 18 gadu vecumam tiek sniegta par valsts līdzekļiem. Tiesa prasību apmierināja, norādot, ka neatbilstoša ārstniecība un nepilnīgas informācijas sniegšana ir pietiekams pamats izņemt pacienti no ārstniecības iestādes un meklēt nepieciešamo palīdzību citur, neriskējot ar pacientes veselību (LR AT Senāta CD 2009.g. 06.maija spried. lietā Nr.SKC-145/2009). Tādējādi nepietiekamas informācijas sniegšana bija viens no objektīviem iemesliem, lai ārstniecības personai/iestādei rakstos negatīvas civiltiesiskās sekas (pacienta vietniekam objektīvs pamats pārtraukt valsts finansētas ārstniecības tiesiskās attiecības un piedzīt radušos zaudējumus).

<sup>462</sup> Pacientei grūtniecības stāvoklī tika konstatēts, ka ir miris viņas trīs mēnešus vecais embrijs. Veicot operāciju, tas tika izņemts. Pēc operācijas radās komplikācijas, kuru dēļ pacientei tika izoperēta arī dzemde. Paciente norādīja, ka viņai netika sniegta atbilstoša informācija par medicīniskās iejaukšanās riskiem, lai arī viņa jebkurā gadījumā būtu piekritusi operācijai. Tiesa norādīja, ka atlīdzību par morālo kaitējumu jāmaksā vienmēr, ja tiek aizskartas personas tiesības. Un, ja pacientam netiek sniegta atbilstoša informācija, tad rodas pienākums atlīdzināt morālo kaitējumu, pat ja informācijas neesamība nebija par cēloni, ka pacients piekrita operācijai (Vācijas Tīringenes Federālās zemes Augstākās tiesas 1997.g. 03.decembra spried. lietā Nr.4 U 687/97. Pieejams: [www.finanztip.de/recht/medizin/ass\\_medizinrecht\\_48.htm](http://www.finanztip.de/recht/medizin/ass_medizinrecht_48.htm) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā]).



pacientam, kur izņēmumiem no minētā ārstniecības personas pienākuma ir jābūt īpaši atrunātiem normatīvajā regulējumā<sup>463</sup>.

Pacienta tiesības uz informāciju ietver sevī divus aspektus. No vienas puses, pacientam ir tiesības saņemt informāciju, bet, no otras puses, pacientam ir tiesības arī atteikties no tās saņemšanas<sup>464</sup>, kur pacienta tiesības netiek ierobežotas pēc vispārīgā principa. Tomēr rodas neskaidrības, analizējot pacienta tiesības uz informāciju mijiedarbībā ar pacienta gribas izteikuma veidiem (piekrišanu ārstniecībai vai atteikumu no tās). Ja pacients izmanto tiesības saņemt informāciju, tad viņam nepārprotami ir tiesības piekrist vai atteikties no ārstniecības, kas arī tieši noteikts likumā<sup>465</sup>, izejot no pacienta informētās piekrišanas ārstniecībai/atteikuma no tās modeļa būtības. Bet strīdīgi, vai pacienta gribas izteikums ir spēkā esošs, ja pacients ir atteicies no informācijas pirms gribas izteikuma. No vienas puses, ir noteikts, ka pacientam ir jābūt informētam<sup>466</sup>, jo rodas šaubas, vai ir iespējams pieņemt lēmumu, neesot informācijai. Bet, no otras puses, pacientam ir tiesības nevis pienākums pēc vispārīgā principa saņemt informāciju, pie tam tiesības uz informāciju neparedz pacientam pienākumu saņemt informāciju pret pacienta gribu<sup>467</sup>. Pacienta pienākums saņemt informāciju ir konstatējams tikai tajos gadījumos, ja pacientam no likumdevēja puses ir noteikti tālāk ejoši pienākumi saistībā ar informācijas ieguvi. Piemēram, seksuāli transmisīvās slimības pacientam ir pienākums informēt partneri par šo saslimšanu, pretējā gadījumā viņam var tikt inkriminēta partnera tīša inficēšana ar minēto slimību, par ko tiek paredzēta kriminālatbildība<sup>468</sup>; infekciju slimību gadījumā pacientiem un kontaktpersonām tiek paredzēti konkrēti pienākumi, kurus, neizpildot brīvprātīgi, iespējama to piespiedu izpilde<sup>469</sup>. Ņemot vērā tiesiskās sekas, nav attaisnojami pieturēties pie principa, ka pacientam ir tikai tiesības saņemt informāciju. Ja būtiski apdraudētas vai aizskartas publiskās intereses (piemēram, infekcijas slimību gadījumā)<sup>470</sup>, tad ir tieši nosakāms pacientam pienākums saņemt informāciju ārstniecībā, kas netieši

<sup>463</sup> Tikai trīs gadījumos ārstniecības personai ir tiesības nesniegt informāciju pacientam: 1) ja tas ir pacienta vai citu personu interesēs (Pacientu tiesību likuma 4.p.7.d.); 2) ja objektīvu apstākļu dēļ nav iespējams sniegt informāciju pacientam (Pacientu tiesību likuma 7.p.8.,9.d.); 3) ja pacients ir atteicies no informācijas saņemšanas (Pacientu tiesību likuma 4.p.8.d.).

<sup>464</sup> Pacientu tiesību likuma 4.p.1.d., 6.p.1.d.; 4.p.8.d.

Pacienta tiesības zināt un tiesības nezināt (Damm R. Prädiktive Medizin und Patientenautonomie. MedR, 1999, nr.10, S.438. Pieejams: [www.springerlink.com/content/9ury0j38a6j0ygpe/fulltext.pdf](http://www.springerlink.com/content/9ury0j38a6j0ygpe/fulltext.pdf) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā]).

<sup>465</sup> Pacientu tiesību likuma 4.p.1.d.; 6.p.5.d.

<sup>466</sup> Pacientu tiesību likuma 6.p.1.d. (piekrītot ārstniecībai); 6.p.5.d. (atsakoties no ārstniecības).

<sup>467</sup> Sk.: Трубецков А.Д. Вопросы информации о риске и медицинское право. Медицинское право, 2005, nr.4(12), c.11; Аблин М.В. Согласие на медицинское вмешательство. Медицинское право, 2004, nr.4(8), c.23; Law on the rights of patients and compensation of the damage to their health (Lithuania)(a. 6(4)). Nīderlandē pacientam sniedzama informācija pret pacienta gribu, ja informācijas nesniegšana rada kaitējuma draudus pacientam vai citām personām (Act on the medical treatment contract of Netherlands (a.449)).

<sup>468</sup> Seksuālās un reproduktīvās veselības likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 2002.gada 19.februāris, nr.27. (16.p.3.d.); Krimināllikums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 1998. 8.jūlijs, nr.199/200. (133., 134.p.).

<sup>469</sup> Sk.: Epidemioloģiskās drošības likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 1997. 30.decembris, nr.342/345. (19., 20., 21.p.).

<sup>470</sup> Piem., pacientam tiesības atteikties no informācijas:

izriet no personas tiesībām uz veselību. Sakarā ar to, ka pacientam ir tiesība piekrist ārstniecībai vai atteikties no tās<sup>471</sup>, tad pacientam ir tiesības uz informāciju, t.i., tiesības saņemt informāciju vai atteikties no tās, neatkarīgi no pacienta gribas izteikuma veida. Turklāt ir konstatējama pacienta informācijas saņemšanas piekrišanas prezumpcija līdz brīdim, kamēr pacients nav atteicies no informācijas saņemšanas, kur nevar piekrist viedoklim, ka pacientam ir jāpiešķir ārstniecības personai tiesības sniegt pacientam informāciju.<sup>472</sup>

Pacienta tiesības uz informāciju ir relatīvas arī tajā apstākļi, ka pacientam ne vienmēr ir tiesības saņemt informāciju. Pastāv divi izņēmuma gadījumi. Pirmkārt, ārstam tiesības nesniegt informāciju pacientam, ja informācijas saņemšana būtiski apdraud pacienta vai citu personu dzīvību vai veselību<sup>473</sup>. Otrkārt, ārstam ir tiesības nesniegt informāciju pacientam, ja to objektīvu apstākļu dēļ nevar izdarīt<sup>474</sup>.

Tiesības uz informāciju ārstniecībā tiesību subjekts ir pats pacients, pie tam pacients kā fiziska persona. Lai arī pakāpeniski iezīmējas tendence atzīt juridiskās personas kā tiesību subjekta personību, tomēr veselība kā pamatlabums piemīt tikai fiziskām personām. Līdz ar to arī tiesības uz veselību ir tikai fizisko personu pamattiesības.

Tiesības uz informāciju ārstniecībā tiesību subjekti var būt arī pacienta vietnieki. Ja pacients nav spējīgs izteikt gribu ārstniecībā, tad pacientu atvieto vai var atvietot viņa vietnieki, kuriem rodas tiesības pieņemt lēmumu saistībā ar pacienta ārstniecību<sup>475</sup>. No tā secināms, ka pacienta vietnieki iegūst arī tiesības uz informāciju ārstniecībā par pacientu, lai būtu pamats pieņemt lēmumu. Pie tam konstatējama pacienta piekrišanas prezumpcija konfidenciālas informācijas izpaušanai pacienta vietniekiem, ja pats pacients (arī pirms spējas izteikt gribu zaudēšanas) speciāli nav piekritis šādas informācijas izpaušanai vai nav aizliedzis to izpaust<sup>476</sup>.

Ja tiesības uz informāciju tiesību subjekts ir pacienta vietnieks, tad viņam, no vienas puses, ir tiesības saņemt informāciju, pie tam tādā apjomā, kādā tā būtu pieejama pašam pacientam. Pie tam tiek atzīta saistoša nianse, ka ārstniecības persona nav atbildīga par sniegtās pacienta informācijas ietekmi uz pacienta vietniekiem (arī radniekiem), jo, ārstniecības personai sniedzot

---

„ja nav pacienta vai citu personu leģitīmo interešu aizskārums” (Law of Obligations Act of Estonia (§766(5))); „ja neapdraud citas personas” (Act on Health of Hungary (a.14(1))); „ja nav nopietna kaitējuma draudu pacientam vai trešajām personām” (Law of Georgia on the rights of patient (a.20)); „šādu atteikšanos var ierobežot” (Biokonvencijas 10(2)., 10(3).p.)).

<sup>471</sup> Pacientu tiesību likuma 6.p.

<sup>472</sup> Sk.: Пищита А.Н., Житный М.В., Каменская Н.А. Правовые аспекты информационного обмена в медицине. Медицинское право, 2003, nr.1(1), c.20.

Piem., Dānijas Pacientu tiesību likumā noteikts, ka ārstniecības personai ir jāsniedz informācija pacientam, ja arī pacients nav izteicis tādu vēlmi (Law on patient's rights (Denmark) (a. 7(5))); arī Nīderlandē piekrišanas prezumpcija informācijas saņemšanai (Act on the medical treatment contract of Netherlands (a.449)).

<sup>473</sup> Pacientu tiesību likuma 4.p.7.d.

<sup>474</sup> Pacientu tiesību likuma 7.p.8.,9.d.

<sup>475</sup> Pacientu tiesību likuma 6.p.7.d., 7.p.1.d.

<sup>476</sup> Sk.: Pacientu tiesību likuma 10.p. un 10.p.2.d.

informāciju vietniekam, tā neuzņemas pret vietnieku ārsta saistības pret pacientu<sup>477</sup>. Tomēr strīdīgi, vai ārstniecības personai nebūtu jāņem vērā sniegtās informācijas ietekme arī uz pacienta vietnieku (īpaši radnieku), balstoties uz pacientam piemērojamo principu<sup>478</sup>. No otras puses, izejot no tā, ka tiesības uz informāciju ir tikai tiesības nevis pienākums, tad pacienta vietniekam arī ir tiesības atteikties no informācijas saņemšanas. Bet šajā gadījumā ir nepieciešams paredzēt tiesiskās aizsardzības mehānismu<sup>479</sup>, jo pacienta vietnieks ir sekundārais tiesību subjekts tiesībās uz informāciju ārstniecībā, kas lemj nevis par sevi, bet citu personu.

Ja pacients rakstveidā aizliedzis likumiskajam vietniekam pieņemt lēmumu saistībā ar pacienta ārstniecību<sup>480</sup>, tad, tulkojot aizliegumu paplašināti, prezumējams, ka pacients ir aizliedzis arī saņemt informāciju. Savukārt, ja pacients ir aizliedzis pacienta vietniekam saņemt informāciju saistībā ar pacienta ārstniecību, tad šajā gadījumā aizliegums ir tulkojams arī paplašināti kā aizliegums pieņemt lēmumu saistībā ar pacienta ārstniecību. Tas pamatojams ar to, ka pacienta iepriekš izteiktā griba ir jāņem vērā ārstniecībā, un, ja pacients liedz vietniekam pieeju informācijai, tas izskaidrojams kā pacienta nevēlēšanās vietnieka līdzdalībai pacienta ārstniecībā, jo neesot informācijai, apšaubāma ir tiesības uz informāciju ārstniecībā sekundārā tiesību subjekta lēmuma objektivitāte saistībā ar pacienta ārstniecību.

Ja pacientam nav spējas izteikt gribu ārstniecībā, viņš tomēr nezaudē tiesības uz informāciju ārstniecībā. Pacienta nespēja izteikt gribu maina tikai pacienta saņemamās informācijas apjomu, kvalitāti<sup>481</sup>, kā arī paplašina tiesību uz informāciju tiesību subjektu loku, pacienta vietniekam iesaistoties pacienta ārstniecībā.

Analizējot pacienta tiesību uz informāciju tiesisko raksturu, secināms, ka tās ir nosacītas, jo ir cieši saistītas ar noteiktiem imperatīva rakstura pacienta un ārstniecības personas pienākumiem. Aizsargājot pacienta tiesiski pieņemamo gribu, nepieciešams paredzēt tiesiskās aizsardzības mehānismu gadījumam, ja pacienta vietnieks, realizējot tiesības uz informāciju, atsakās no informācijas saņemšanas.

---

<sup>477</sup> Eiropas Cilvēktiesību tiesas 2000.g. 04.maija lēm. lietā: William, Anita Powell v. The United Kingdom. Pieejams: [http://www.ttc.lv/export/sites/default/docs/STA/Tulkojumi\\_no\\_anglju\\_val/Dazhaadi/Case\\_of\\_Powell\\_v\\_The\\_United\\_Kingdom\\_1990.g.doc](http://www.ttc.lv/export/sites/default/docs/STA/Tulkojumi_no_anglju_val/Dazhaadi/Case_of_Powell_v_The_United_Kingdom_1990.g.doc) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

<sup>478</sup> Pacientu tiesību likuma 4.p.7.d.

<sup>479</sup> Netieši šī aizsardzība konstatējama, piem., ja nepilngadīga pacienta vietnieks atsakās saņemt informāciju, kas var novest arī pie atteikuma no pacienta ārstniecības, tad lēmumu par ārstniecību, kas ir pacienta interesēs, pieņem bāriņtiesa vai ārstu konsilijs (Pacientu tiesību likuma 14.p.1.,2.d.).

<sup>480</sup> Sk.: Pacientu tiesību likuma 7.p.7.d.

<sup>481</sup> Sk., piem.: Pacientu tiesību likuma 13.p.4.d.; Ārstniecības likuma 68.p.2.,8.d.; Law on the rights of patients and compensation of the damage to their health (Lithuania) (a.7); Act on Health of Hungary (s.13(5)); Law of Georgia on the rights of patient (a.43); Act on the medical treatment contract of Netherlands (a.448).

### 3.2. Pacientam sniedzamās informācijas apjoms un tās sniegšanas veids

Pacientam sniedzamās informācijas apjoms sastāv no sekojošiem virzieniem: 1) informācija par ārstniecības iespējām un to finansēšanas kārtību<sup>482</sup>; 2) informācija par ārstniecībā iesaistīto ārstniecības personu identifikāciju un kompetenci<sup>483</sup>; 3) informācija par pacienta veselības stāvokli<sup>484</sup>; 4) informācija par pacienta ārstniecības procesu<sup>485</sup>; 5) informācija pēc pacienta ārstniecības pabeigšanas<sup>486</sup>; 6) informācija par īpašiem gadījumiem saistībā ar pacienta ārstniecību<sup>487</sup>. Katra pacientam sniedzamās informācijas virziena mērķis ir informēt pacientu par viņa ārstniecību, tomēr šo virzienu funkcionālā nozīme ir atšķirīga. Pacientam izsakot gribu saistībā ar ārstniecību, t.i., piekrītot ārstniecībai vai atsakoties no tās, būtiskākā loma ir informācijai par pacienta veselības stāvokli, kas tomēr nemazina arī pārējo virzienu nozīmi.

Pacients informāciju par savu veselības stāvokli var iegūt no dažādiem avotiem (piemēram, medicīnas literatūras), bet tiesiskā nozīmē „ārstniecības persona ir vienīgais informācijas avots pacientam”<sup>488</sup>. Tomēr šajā jautājumā ir nepieciešams veikt precizējumus. Ņemot vērā to, ka informācijai par pacienta veselības stāvokli ir ierobežotas pieejamības statuss<sup>489</sup>, minētā informācija ir pieejama tikai tām ārstniecības personām, kas iesaistītas pacienta ārstniecībā. Izejot no

---

<sup>482</sup> Pacientu tiesību likuma 4.p.1.d.; 5.p.4.d.

<sup>483</sup> Pacientu tiesību likuma 4.p.2.d.

<sup>484</sup> Pacientu tiesību likuma 4.p.3.d.

Informācija par pacienta veselības stāvokli ir tulkojama paplašināti, ietverot informāciju par pacienta veselības stāvokli un ar to saistītās nepieciešamās ārstniecības aspektus.

<sup>485</sup> Pacientu tiesību likuma 4.p.4.d.

<sup>486</sup> Pacientu tiesību likuma 4.p.6.d.

<sup>487</sup> Pacientu tiesību likuma 11.p.4.d.; 12.p.1.d.

<sup>488</sup> Kennedy I., Grubb A. Principles of medical law. Oxford: Oxford University Press, 1998, p.148.

<sup>489</sup> Sk.: Informācijas atklātības likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 1998. 6.novembris, nr.334/335 (5.p.); Fizisko personu datu aizsardzības likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 2000. 6.aprīlis, nr.123/124 (2.p.8.d., 11.p.); Pacientu tiesību likuma 10.p.

ārstniecības personu kompetences, sniegt informāciju par pacienta veselības stāvokli ir tiesīgs tikai ārsts<sup>490</sup>. Pie tam tas ārsts, ar kuru pacientam ir tiesiskās attiecības saistībā ar pacienta ārstniecības veikšanu jeb kurš veic pacienta ārstniecību, t.i., ārstējošais ārsts<sup>491</sup>. Līdz ar to informācijas par pacienta veselības stāvokli sniedzēji pacientam tiesiskā nozīmē ir sašaurināts ārstniecības personu loks, t.i., ārstējošais ārsts vai, ja tādi ir vairāki – viņi visi.

Strīdīgi, cik lielā apjomā ir sniedzama informācija par pacienta veselības stāvokli. No vienas puses, ir noteikts princips, ka pacientam ir tiesības saņemt pilnu informāciju<sup>492</sup>. Bet šis princips ir apšaubāms divu apsvērumu dēļ. Pirmkārt, vai ir vajadzīgs sniegt pilnu informāciju pacientam (arī vienmēr) (piemēram, pat rutīnas procedūrām ir liels iespējamo (samērā nenozīmīgo) risku loks, tāpēc, uzklusot šo konsekvencu nastu, pastāv varbūtība pacientam atteikties no nepieciešamās ārstniecības<sup>493</sup>. Otrkārt, vai vispār ir iespējams sniegt pilnu informāciju pacientam<sup>494</sup> (piemēram, sniedzot pacientam medicīnisko izglītību; aspektus, kurus ārsts uz šo brīdi nezina, bet, attīstoties medicīnai, iespējams tos atklās tuvākajā nākotnē u.c.). Līdz ar to ir objektīvi apšaubāma nepieciešamība un iespēja pacientam sniegt pilnu informāciju par veselības stāvokli, un nepieciešams korigēt šo principu, nosakot sniedzamās informācijas apjoma iespējamās robežas un kritērijus.

<sup>490</sup> Sk.: Ārstniecības likuma 37.p.1.d., 38.p., 43.1.p., 45., 45.2.p., 45.3.p.; Федорова М.Ю. Медицинское право. Учебное пособие для вузов. М.: ВЛАДОС, 2003, с.110.

<sup>491</sup> Pacientu tiesību likuma 4.p.3.d.

Piemēram, Vācijā arī tiek atbalstīts šis princips, nosakot vienmēr ārstējošā ārsta atbildību par nepilnīgu informāciju (Deutschlands Patientencharta (Art.5)).

<sup>492</sup> Sk., piem.: Herbert V. Informed Consent – A Legal Evaluation. Cancer. August Supplement, 1980, p.1044.; Eisenberg D. Medical Informed Consent in Jewish Law- from the Patient's Side. Pieejams: <http://www.jlaw.com/Articles/MedConsent.html> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā]; Сальников В.П., Стеценко С.Г. Доктрина информированного согласия. Новая правовая мысль, 2002, nr.1, с.36-42. Pieejams: <http://www.law.edu.ru/magazine/document.asp?magID=13&magNum=1&magYear=2002&articleID=1169577> [aplūkots 2010.gada 22.maijā]; The Patient's Rights Charter of South Africa (1999). Pieejams: [www.doh.gov.za/docs/legislation/patientsright/chartere.html](http://www.doh.gov.za/docs/legislation/patientsright/chartere.html) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā] (a.2.8.).

<sup>493</sup> Merz J.F. An Empirical Analysis of the Medical Informed Consent Doctrine: Search for a "Standard" of Disclosure. Pieejams: <http://www.piercelaw.edu/risk/vol2/winter/merz.htm> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

<sup>494</sup> Tiesa, noraidot pacienta prasību, norādīja, ka likums ārstam neuzliek par pienākumu sniegt pilnu informāciju pacientam un tādu ārsts nemaz nav spējīgs sniegt, jo: 1) ārsts pie jebkuras operācijas iepriekš nevar paredzēt visas iespējamās sekas un komplikācijas; 2) informācijas sniegšana līdz pilnai detalizācijas pakāpei prasītu paša pacienta izglītošanu vismaz līdz kvalificēta medicīnas darbinieka līmenim (LR AT Senāta CD 2011.g. 13.aprīļa spried. lietā Nr.SK-144/2011 (8.3.pk.)).

Ārstniecības iestādes tipveida ārstniecības līgumā tika iekļauts strīdīgi vērtējams punkts: „(...)3.2.Pacients, slēdzot šo līgumu, pilnvaro (Autores izcēlums – L.M.) Slimnīcu veikt visas nepieciešamās darbības un pielietot Slimnīcas izvēlētas medicīniskās tehnoloģijas, lai panāktu maksimāli efektīvu un Pacienta veselībai labvēlīgu ārstniecības pakalpojumu rezultātu (...)” (SIA „Preiļu slimnīca” 2010.gada tipveida ārstniecības līgums). Šis punkts nav vērtējams kā pacienta pilnvarojums ārstniecības iestādei atvīstot pacientu gribas izteikumā, neskatoties uz punkta formulējumu. Iepriekš minētais punkts ietver sevī pacienta piekrišanu visai nepieciešamajai ārstniecībai, jo pacientam nav specifisko medicīnas zināšanu, kas apliecina informācijas trūkuma kā faktiskā apstākļa ietekmi uz pacienta gribu.

Līdzīgs punkts ietverts arī pacienta piekrišanas diagnostikai, medicīniskās iejaukšanās veikšanai, operācijai, ārstniecībai tipveida veidlapā – Pacients uztic visu viņam nepieciešamo diagnostikas izmeklējumu, medicīniskās iejaukšanās un operāciju veikšanu ārstam un viņa kolēģiem (Информированное согласие на выполнение исследования, вмешательства, операции, лечение (бланк, 2000 год). Городская больница Святого Великомученика Георгия, Санктпетербург. Periodika: Щелков К.Е., Домашенко П.А. К исследованию понятия "возмещение вреда, причиненного здоровью", в практике ЛПУ. Медицинское право, 2004, nr.1, с.53).

Tā kā informācijas par pacienta veselības stāvokli sniegšana ir paredzēta pacienta lēmuma pieņemšanai saistībā ar ārstniecību<sup>495</sup>, tad sniedzamās informācijas apjoms ir saistāms ar pacienta gribas izteikumu ārstniecībā. Tiesu praksē un normatīvajos aktos ir noteikta sniedzamās informācijas apjoma robeža, t.i., nepieciešamais apjoms pacienta lēmumam; kuras kritēriji ir: 1) informācija saprātīgam pacienta lēmumam; 2) pietiekama informācija lēmumam; 3) pacientam svarīga informācija<sup>496</sup>. Pastāv trīs metodes minētā informācijas apjoma noteikšanai, kas bāzējas uz atšķirīgiem principiem. Viena no metodēm balstās uz saprātīga pacienta ideju, kur informācijas apjomu nosaka, izejot no tā, ko saprātīgs pacients gribētu zināt pirms lēmuma pieņemšanas; minētā metode tiek kritizēta tajā apstākļī, ka tas rada draudus pārvērst reālu pacientu hipotētiskā pacientā, kā rezultātā reālais pacients var tikt ignorēts<sup>497</sup>. Otra metode balstās uz paternālistisko pieeju ārstniecībā, kur ārsts kā profesionālis nosaka informācijas apjomu, kas pēc viņa domām pacientam būtu jāzina lēmuma pieņemšanai; kur šīs metodes kritika saskatāma tajā apstākļī, ka ārstam tomēr nepiemīt šāda unikāla kompetence, pie tam ārstu viedokļi par pacienta diagnozi vai ārstniecību var

---

<sup>495</sup> Latvijas Republikas Augstākās tiesas Civillietu tiesu palātas (kā apelācijas tiesu instances konkrētajā lietā) spriedumā ir konstatējama pretruna – no vienas puses, tiek norādīts, ka medicīniskā iejaukšanās notikusi ar pacientes piekrišanu; no otras – tiek atzīts, ka ārste nav sniegusi pacientei pilnīgu informāciju par slimības diagnozi, izmantoto zāļu iedarbību un iespējamām blakus parādībām (Sk.: LR AT Senāta CD 2009.g. 29.aprīļa spried. lietā Nr.SK-12/2009). Tiesa nav ņēmusi vērā nepilnīgas informācijas sniegšanas tiesiskās sekas, t.i., pacienta neinformētība atbilstošā apjomā rada veiktā pacienta gribas izteikuma spēkā neesamību. Pacientam ir tiesības saņemt vispusīgu un pilnīgu informāciju par pakalpojumu, pretējā gadījumā viņa tiesības ir pārkāptas (Patērētāju tiesību aizsardzības likuma 3.p.1.d.3.app., 17.p.1.d.). Sk.: Czech Code of Ethics and Patients Rights (25.02.1992.). Pieejams: [www.homolka.cz/common/files/Code%20of%20Ethics%20and%20Patients%20Rights.pdf](http://www.homolka.cz/common/files/Code%20of%20Ethics%20and%20Patients%20Rights.pdf) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā] (a.3); Law on hospital establishments of Luxembourg (28.08.1998.). Pieejams: <http://apps.who.int/ihl-rils/results.cfm?language=english&type=ByTopic&strTopicCode=IIIA&strRefCode=Lux> [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā] (a.40)).

<sup>496</sup> Lieta: Canterbury v. Spence (1972) (ASV). Int.res.: Мотов В.В. Информированное согласие на психиатрическое лечение в США. Pieejams: <http://www.npar.ru/journal/2004/3/consent.php> [aplūkots 2010.gada 22.maijā]; Аблин М.В. Согласие на медицинское вмешательство. Медицинское право, 2004, nr.4(8), с.22 – 25; Катц Дж. Защита испытуемых и пациентов: уроки Нюрнберга. Человек, 1997, nr.4. Pieejams: [www.courier.com.ru/humanities/html/225.htm](http://www.courier.com.ru/humanities/html/225.htm) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā]; Patient's Rights Act of Israel (a.13(B)); Schweizer Patienten-Charta (1 Teil Art.7); Deutschlands Patientencharta (Einleitung); Patient's Rights Act of Norway (s.3-2(1)).

<sup>497</sup> Kennedy I., Grubb A. Principles of medical law. Oxford: Oxford University Press, 1998, p.158; Pattinson S.D. Medical Law & Ethics. 1st edit. London: Sweet&Maxwell, 2006, p.111; Brazier M. Medicine, patients and the law. Harmondsworth: Penguin Books, 1992, p.239; McHale J., Fox M., Murphy J. Health Care Law: Text, Cases and Materials. London: Sweet & Maxwell, 1997, p.353; Kottow M. The battering of informed consent. Journal of Medical Ethics, 2004, nr.30, p.565-569. Pieejams: <http://jme.bmj.com/cgi/content/full/30/6/565?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=consent+of+patient&searchid=1&FIRSTINDEX=30&resourcetype=HWCIT> [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].

Hipotētiska pacienta tests ir objektīvs, tomēr Vācijas tiesas atsakās no tā pielietojuma, norādot, ka tādējādi tiek pārkāptas pacienta pašnoteikšanās tiesības (Oosten van F. The Doctrine of Informed Consent in Medical Law. Frankfurt am Main, Bern, New York, Paris: Peter Lang, 1991, p.274; lieta: BGH, 22.01.1980 - VI ZR 263/78 (Vācija). Grām.: Oosten, van F. The Doctrine of Informed Consent in Medical Law. Frankfurt am Main, Bern, New York, Paris: Peter Lang, 1991, p.255.)

Paciente cēla tiesā prasību, norādot, ka viņai pirms sterilizācijas netika sniegta visa nepieciešamā informācija par riskiem. Izvērtējot sniedzamās informācijas apjomu, tiesa atzina, ka vispirms jāpielieto objektīvais tests, t.i., ko saprātīgs pacients vēlētos zināt, un tad subjektīvais tests, t.i., ko konkrētais pacients gribētu zināt konkrētajā gadījumā (Īrijas Augstākās tiesas 2010.g. 26.februāra spried. lietā: Buckley v. O'Herlihy & Anor (1999 6193 P). Pieejams: [www.bailii.org/ie/cases/IEHC/2010/H51.html](http://www.bailii.org/ie/cases/IEHC/2010/H51.html) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā] (p.143,152,153)).

būt atšķirīgi<sup>498</sup>. Trešā metode balstās uz pacienta veselības medicīniskajiem kritērijiem (konkrēta pacienta ķermeņa medicīniskajām vajadzībām), kur ārstam ir jāsniedz tāds informācijas apjoms, ko nosaka objektīva ārstniecības nepieciešamība<sup>499</sup>. Informācijas apjoma noteikšanā ir pielietojama kompromisa metode, kur, pirmkārt, ārstam ir tiesības iniciēt informācijas apjoma noteikšanu; otrkārt, ārstam ir jābalstās uz saprātīga pacienta pamatprincipiem un konkrēta pacienta veselības medicīniskajiem kritērijiem; treškārt, lai netiktu zaudēta saikne ar konkrēto pacientu, pacientam ir tiesības jautāt kā informācijas apjoma korekcijas līdzeklis, nenosakot informācijas apjoma maksimālo robežu.

Saistošs jautājums ir attiecībā uz pacientam sniedzamās informācijas apjoma minimālo un maksimālo robežu. Normatīvajā regulējumā noteikta minētā informācijas apjoma minimālā robeža, lai pacienta gribas izteikums ārstniecībā būtu spēkā, kas, protams, ir arī atkarīgs no konkrētā gadījuma<sup>500</sup>. Pacientam sniedzamās informācijas maksimālā robeža netiek noteikta. Tiek pausts viedoklis, ka noteiktos gadījumos sniedzamās informācijas apjomā var būt izmaiņas abos virzienos – no vienas puses, pacientam sniedzams šaurāks informācijas apjoms<sup>501</sup>; no otras puses, pacientam jāsniedz plašāka informācija<sup>502</sup>. Līdz ar to secināms, ka, nosakot tikai pacientam sniedzamās informācijas minimālo robežu, tas nenozīmē, ka tādējādi tiek dots iemesls nepamatotai ārsta (ārstniecības personas) apgrūtināšanai. Minētās informācijas maksimālā robeža būtu saistāma ar to informācijas apjomu, kas saprātīgi nepieciešams lēmuma pieņemšanai konkrētajā ārstniecības gadījumā.

Problēmas ārstniecībā saistībā ar sniegtās informācijas apjomu var radīt pušu cilvēcisks faktors, piemēram, pacients var neatcerēties sniegto informāciju<sup>503</sup>, ņemot vērā informācijas specifiku un apstākļus, kādos pacients atrodas ārstniecības gadījumā. Tiesību zinātnē pausts

---

<sup>498</sup> Kennedy I., Grubb A. Principles of medical law. Oxford: Oxford University Press, 1998, p.158, 159; Brazier M. Medicine, patients and the law. Harmondsworth: Penguin Books, 1992, p.289; Покуленко Т.А. Принцип информированного согласия: вызов патернализму. Вопросы философии, 1994, nr.3. Pieejams: [www.antidrug.health.am/news/resources/posts/2693/](http://www.antidrug.health.am/news/resources/posts/2693/) [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].

<sup>499</sup> Lieta: Gold v. Haringey HA (1988) QB 481 (Anglija). Grām.: Kennedy I., Grubb A. Principles of medical law. Oxford: Oxford University Press, 1998, p.167; Pattinson S.D. Medical Law & Ethics. 1st edit. London: Sweet&Maxwell, 2006, p.109.

<sup>500</sup> Sniedzamās informācijas apjomu ietekmē konkrētais adresāts (Austrijas Augstākās tiesas 2008.gada 10.jūnija spriedums lietā Nr.4Ob87/08k. Pieejams: <http://www.ris.bka.gv.at> [aplūkots 2010.gada 11.decembrī]).

<sup>501</sup> Piem.: 1) neatliekamās ārstniecības gadījumā (Oosten van F. The Doctrine of Informed Consent in Medical Law. Frankfurt am Main, Bern, New York, Paris: Peter Lang, 1991, p.310); 2) pacienta smagu veselības traucējumu gadījumā, kad vairāk tiek ierobežotas pacienta pašnoteikšanās tiesības (Oosten van F. The Doctrine of Informed Consent in Medical Law. Frankfurt am Main, Bern, New York, Paris: Peter Lang, 1991, p.318, 319). Minētais apgalvojums ir korekts tajā gadījumā, ja pacienta veselības traucējumi (psihiskie vai fiziskie (piem., pacienta atrašanās komas stāvoklī)) rada ietekmi uz pacienta medicīnisko rīcībspēju. Citos gadījumos tas atzīstams par nepamatotu pacienta pašnoteikšanās tiesību ierobežojumu, nesniedzot pacientam atbilstošu informācijas apjomu.

<sup>502</sup> Piem., ja pacientam paredzams veikt novatoru ārstniecību (Oosten van F. The Doctrine of Informed Consent in Medical Law. Frankfurt am Main, Bern, New York, Paris: Peter Lang, 1991, p.322).

<sup>503</sup> Herbert V. Informed Consent – A Legal Evaluation. Cancer. August Supplement, 1980, p.1043; Quality of informed consent for invasive procedures. Brezis M., Israel S., Weinstein-Birenshtock A. a.o. International Journal for Quality in Health Care, 2008, nr.20.

viedoklis, ka nepieciešams fiksēt (rakstiski standarta veidā) sniegtās informācijas apjomu, kur izdalāmas divas daļas: 1) vispārīgā daļa, kas saturētu informāciju par konkrēto slimību vai iejaukšanās veidu; 2) privātā daļa, kurā atspoguļota konkrētā pacienta informācija<sup>504</sup>. Sniegtās informācijas apjoma fiksēšana ir atbalstāma, jo tas ir gan ārsta interesēs, jo, piemēram, ārstam ir jāuzņemas atbildība, ja pacients pieņem lēmumu uz nepilnīgas informācijas bāzes<sup>505</sup>; gan arī pacienta interesēs, jo, piemēram, pacienta piekrišana ārstniecībai ir spēcīgāka, ja tās pamatā ir neatbilstošs informācijas apjoms. Neesot saņemtās informācijas apjoma apliecinājumam rakstveida formā, pusēm ir problemātiski pierādīt patiesi sniegtās informācijas apjomu, tādējādi arī aizstāvēt savas tiesības<sup>506</sup>. Tiesiskās stabilitātes aspektā ir nepieciešams ieviest rakstveida standartu, kurā tiktu fiksēts saņemtās informācijas apjoms (vismaz pacienta lēmumam pietiekamais minētais informācijas apjoms un īpaši aspekti, kas būtiski konkrētajam pacientam)<sup>507</sup>, bet kārtībā, kas pārlietu neapgrūtinā (nebirokratizē) pacienta gribas izteikumu ārstniecībā.

Informācija par pacienta veselības stāvokli un ar to saistīto ārstniecību, kas sniedzama pacientam pirms gribas izteikuma, sastāv no vairākiem pamatelementiem: 1) medicīniskās iejaukšanās mērķis; 2) tās raksturs; 3) sekas; 4) riski<sup>508</sup>. Ja izmantot laika kritēriju, tad minētā informācija ir virzīta: 1) uz pagātņi, t.i., kas bija noticis vai tika paveikts, tādēļ nonākot patreizējā situācijā; 2) uz tagadni, t.i., kāds ir pacienta stāvoklis un kas ir darāms, lai novērstu veselības traucējumus; 3) uz nākotni, t.i., kādas sekas un riski iespējami ārstniecībai. Salīdzinoši visnoteiktākā ir tagadnes informācija. Uz pagātņi virzītai informācijai jau iezīmējas nosacītības iezīmes, jo ne vienmēr absolūti ir secināms veselības traucējumu cēlonis. Visrelatīvākā ir uz nākotni bāzētā informācija, jo balstās uz medicīniskās iejaukšanās iznākuma pieņēmumu. Lai arī ārstam ir

---

<sup>504</sup> Сальников В.П., Стеценко С.Г. Доктрина информированного согласия. Новая правовая мысль, 2002, nr.1, c.36-42. Pieejams:

<http://www.law.edu.ru/magazine/document.asp?magID=13&magNum=1&magYear=2002&articleID=1169577> [aplūkots 2010.gada 22.maijā]; Kennedy I., Grubb A. Medical law. London, Dublin, Edinburgh: Butterworths, 1994, p.211; Пищита А.Н., Житный М.В., Каменская Н.А. Правовые аспекты информационного обмена в медицине. Медицинское право, 2003, nr.1(1), c.21; Льюис А. Права пациентов на информированное согласие, включая отказ от лечения. Медицинское право, 2004, nr.2(6), c.58.

<sup>505</sup> Sk.: Mason J.K. Law and medical ethics. London; Dublin; Edinburgh: Butterworths, 1994, p.78.

<sup>506</sup> Piem., lietā pastāvēja divi atšķirīgi viedokļi. No vienas puses, ārsts apgalvoja, ka ir sniedzis pacientei informāciju, ir nosūtījis uz papildus izmeklējumu, uz kuru paciente nav ieradusies. No otras – paciente norādīja, ka nav saņēmusi ne informāciju par nepieciešamo izmeklējumu, ne nosūtījumu uz to. Tiesai tika iesniegtas: 1) Grūtnieces un dzemdētājas individuālās kartes, kas atrodas pie ārstniecības personas, divas atšķirīgas kopijas (viena no tām izgatavota pirms sūdzības iesniegšanas Veselības inspekcijā bez ierakstiem par informācijas sniegšanu, otra – pēc tam, kas jau saturēja ierakstus arī par informācijas sniegšanu); 2) Mātes pase, kas atradās pie pacientes, bez minētajiem ierakstiem. Visas trīs tiesu instances noraidīja pacientes prasību, tādējādi atbalstot arī ārsta viedokli un norādot, ka apgalvojumam par dokumentu viltojumu pierādījumi nav iegūti (LR AT Senāta CD 2007.g. 26.septembra spried. lietā Nr.SK-645). Līdz ar to nepieciešams nodrošināt stabilu mehānismu saņemtās informācijas apjoma fiksēšanai, lai nerastos šādas situācijas.

<sup>507</sup> Vācijas tiesu praksē tiek norādīts, ka formulāra izlasīšana un sapratne vēl neatspoguļo tā izskaidrošanu, ko varētu apliecināt ar parakstu slimības vēsturē, bet tas jau savukārt rada birokrātijas draudus ārstniecībā (Oosten van F. The Doctrine of Informed Consent in Medical Law. Frankfurt am Main, Bern, New York, Paris: Peter Lang, 1991, p.247, 248).

<sup>508</sup> Biokonvencijas 5.p.2.d.; Österreichs Patientencharta (Ab.4 Art.16(1)).



medicīnas zināšanas, tomēr apgrūtināti pacientam sniegt informāciju par pacienta veselības stāvokli un ar to saistīto ārstniecību tās relativitātes dēļ, izejot no informācijas laika virzības kritērija.

Medicīniskās iejaukšanās mērķis satur informāciju, kāpēc minētā ārstniecība ir nepieciešama pacientam. Lai to noskaidrotu, ir konstatējami divi aspekti: pirmkārt, pacienta veselības traucējumi; otrkārt, ārstniecības veids, kā novērst minētos traucējumus<sup>509</sup>. Lai medicīniskā iejaukšanās atbilstu pacienta interesēm, tad liela nozīme pievēršama pacienta diagnozes jeb pacienta veselības traucējumu noteikšanai, kas ir sākumposms pacienta ārstniecībā. Pacientam, saņemot informāciju par diagnozi, rodas jautājums, cik ticama ir uzstādītā diagnoze. No vienas puses, attīstoties medicīnai, uzstādītā diagnoze kļūst aizvien precīzāka<sup>510</sup>. No otras puses, pastāv zināmi šķēršļi jaunāko medicīnas tehnoloģiju pielietojumam (piemēram, nepietiekams finansējums minēto tehnoloģiju iegādei (īpaši valsts, pašvaldības ārstniecības iestādēs); ārstniecības personu iespējamais zināšanu trūkums jaunāko medicīnisko tehnoloģiju pielietojumā, neskatoties uz ārstniecības personu sertifikācijas prasību<sup>511</sup>). Tomēr, ārstam uzstādot diagnozi un nosakot nepieciešamo pacienta veselības traucējumu novēršanas veidu, jāņem vērā šī brīža medicīnas attīstības līmenis<sup>512</sup>.

Informācija par ārstniecības raksturu ietver sevī jautājumus, kas un kā tiks veikts, lai novērstu pacienta veselības traucējumus<sup>513</sup>. Pausts viedoklis, ka pietiekami ir sniegt pacientam informāciju par ārstniecības mērķi un raksturu, jo nepieciešamais zināšanu līmenis, lai pacients būtu tiesiski spējīgs pieņemt lēmumu ārstniecībā, ir relatīvi zems<sup>514</sup>. Izejot no šīs pieejas, ir nodalāma pacientam sniedzamā obligātā informācija (t.i., medicīniskās iejaukšanās mērķis un raksturs) un relatīvā informācija (piemēram, informācija par riskiem, alternatīvām), kur relatīvās informācijas sniegšana nav obligāta pacientam pirms gribas izteikuma ārstniecībā. Absolūti piekrist šādam viedoklim nevar. No vienas puses, praksē iespējams netiek prasīts augsts pacienta zināšanu līmenis tiesiskam pacienta gribas izteikumam ārstniecībā. No otras puses, tiesību zinātnē, kā arī normatīvajā regulējumā<sup>515</sup> pacienta gribas izteikuma ideja attīstās, kļūstot aizvien niansētākai<sup>516</sup>. Līdz ar to

---

<sup>509</sup> Pacientu tiesību likuma 4.p.3.d.

<sup>510</sup> Piem., pacienta ģenētiskā diagnostika raksturojas ar iejaukšanās „dziļumu”, kas atklāj pacienta veselības traucējumus jau ilgi pirms to izpausmes (Damm R. Prädiktive Medizin und Patientenautonomie. MedR, 1999, nr.10, S.438. Pieejams: [www.springerlink.com/content/9ury0j38a6j0ygp/fulltext.pdf](http://www.springerlink.com/content/9ury0j38a6j0ygp/fulltext.pdf) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā]).

<sup>511</sup> Ārstniecības likuma 26.p.2.d.,3.d., 29.p.; Ārstniecības personu sertifikācijas kārtība: Ministru Kabineta 1997.g.23.decembra noteikumi nr.431. Latvijas Vēstnesis, 1997. 30.decembris, nr.342/345. (11.pk.).

<sup>512</sup> Sk.: Ārstniecības likuma 9.1.p.; Сергеев Ю.Д., Ломакина И.Г. Гражданско- правовая ответственность при медицинском вмешательстве. Pieejams: [www.med-law.ru](http://www.med-law.ru) [aplūkots 2010.gada 21.decembrī].

<sup>513</sup> Sk.: Pacientu tiesību likuma 4.p.3.d.

<sup>514</sup> Kennedy I., Grubb A. Principles of medical law. Oxford: Oxford University Press, 1998, p.150; Montgomery J. Health care law. Oxford: Oxford Clarendon Press, 1997, p.233; Pattinson S.D. Medical Law & Ethics. 1st edit. London: Sweet&Maxwell, 2006, p.104; lieta: Chatterton v. Gerson (1981) QB 432 (Anglija). Grām.: Mason J.K. Law and medical ethics. London; Dublin; Edinburgh: Butterworths, 1994, p.101.

<sup>515</sup> Sk.: Pacientu tiesību likuma 4.p.3.d.

<sup>516</sup> Piem., Vācijā tiek nodalīts: 1) ārstniecības gaitas izskaidrojums – kas satur informāciju par ārstniecības raksturu un darbības apjomu; 2) ārstniecības pilns izskaidrojums – kas satur informāciju par ārstniecības raksturu, mērķi, riskiem, sekām un alternatīvām (Oosten van F. The Doctrine of Informed Consent in Medical Law. Frankfurt am Main, Bern, New York, Paris: Peter Lang, 1991, p.284.).

pacientam sniedzamai informācijai par viņa veselības stāvokli un nepieciešamo ārstniecību jābūt pēc iespējas vispusīgākai, saturot vismaz šī informācijas apjoma pamatelementus (mērķis, raksturs, sekas, risks).

Nebūtu pamatoti arī informāciju par medicīniskās iejaukšanās raksturu tulkot sašaurināti. Tiek norādīts, ka ir pietiekami, ja tiek sniegta informācija par ārstniecības rakstura būtību, lai pacients pieņemtu reālu lēmumu<sup>517</sup>. Tomēr minētajai informācijai būtu jāatspoguļo ne tikai piedāvātās ārstniecības aspektus un izvēles kritērijus, bet arī alternatīvos un novatoros ārstniecības veidus.

Piedāvātajam ārstniecības veidam ir no visām iespējamām visvairāk jāatbilst pacienta interesēm. Ir izdalāmi divi nozīmīgākie atlases kritēriji. Pirmkārt, izvēlētajam medicīniskās iejaukšanās veidam ir jābūt patiesi nepieciešamam pacientam, izejot no pacienta veselības traucējumu medicīniskā raksturojuma. Pacienta patiesās nepieciešamības kritērijam ir jābalstās tikai uz medicīniskajiem nevis citiem (piemēram, ekonomiskajiem kā peļņas gūšanu, kas var novest pie hiperdiagnostikas problēmas ārstniecībā) apsvērumiem. Otrkārt, nozīmīgs ir arī pacientam mazākā kaitējuma kritērijs, kas balstās uz ideju, ka izvēlētajam ārstniecības veidam ir jābūt pacientam pēc iespējas mazāk traumējošam. Jebkura medicīniskā iejaukšanās nodara zināmu kaitējumu pacientam, tādēļ šī iespējamā kaitējuma apmērs ir jāņem vērā, izvēloties pacienta ārstniecības veidu. Netiek izslēgta, piemēram, ekonomiskā faktora ietekme uz izvēli, jo mūsdienā jaunākie ārstniecības veidi ir mazāk pacientam traumējoši, attīstoties medicīnas tehnoloģijām, bet tādējādi arī finansiāli dārgāki. Līdz ar to secināms, ka ārstam, izvēloties un piedāvājot ārstniecības veidu pacientam, ir jābalstās uz atlases kritērijiem, kur kā nozīmīgākos var atzīmēt – pacienta patiesās nepieciešamības un pacientam mazākā kaitējuma kritēriju.

Ārstam, piedāvājot ārstniecības veidu, ir jānorāda arī uz pastāvošajām ārstniecības alternatīvām<sup>518</sup>. Pausts viedoklis, ka ārstam nav pienākums piedāvāt visas ārstniecības metodes, kā

---

Tāpat pacientam pirms lēmuma pieņemšanas ārstniecībā ir jāsniedz ārstniecības pilns izskaidrojums, izejot no Vācijas pieejas.

<sup>517</sup> Kennedy I., Grubb A. Principles of medical law. Oxford: Oxford University Press, 1998, p.149, 151; lieta: Chatterton v. Gerson (1981) QB 432 (Anglija). Grām.: Mason J.K. Law and medical ethics. London; Dublin: Edinburgh: Butterworths, 1994, p.101; lieta: Freeman v. Home Office (1984) 1 All ER 1036(CA)(Anglija). From: Oosten F.van. The Doctrine of Informed Consent in Medical Law. Frankfurt am Main, Bern, New York, Paris: Peter Lang, 1991, p.97.

<sup>518</sup> Sk.: Deklarācija par pacientu tiesību veicināšanu Eiropā (1994.gada 28.-30.marts). Grām.: Biomedicīnas ētika. Ķilkuts G., Mežinska S., Neiders I.u.c. Sast. V.Sīle. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2006, 207.-219.lpp. (2.2.pk.); Patient's Rights Act of Israel (a.(13(B))); Law on the rights of patients and compensation of the damage to their health (Lithuania)(a.6(4)); Act on Health of Hungary (s.13(2)); Deutschlands Patientencharta (Art.5); Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан: Федеральный закон от 22 июля 1993 г. №5487-1 (статья 32 ч.1). Grām.: Гурочкин Ю.Д., Дерягин Г.Б., Яценко Е.Ю. Медицинское право. Сборник нормативных актов. Москва: Экзамен, 2007, с.51; Patient's Bill of Rights (ASV, 1995) (a.2). Grām.: Timby B.K. Fundamental skills and concepts in patient care. Philadelphia: J.B.Lippincott Company, 1996, p.40; Czech Code of Ethics and Patients Rights (25.02.1992.). Pieejams: [www.homolka.cz/common/files/Code%20of%20Ethics%20and%20Patients%20Rights.pdf](http://www.homolka.cz/common/files/Code%20of%20Ethics%20and%20Patients%20Rights.pdf) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā] (a.3).

arī pamatot savu izvēli; vienīgi izņēmums ir tajā gadījumā, ja ārstniecības veidiem ir atšķirīgi riski; un, ja pacients neuzdod jautājumus, tas norāda uz pacienta uzticību ārstam<sup>519</sup>. Šajā gadījumā kritērijs alternatīvu piedāvāšanai ir ārstniecības veidu atšķirīgās sekas, kur vienādu seku gadījumā sašaurināts informācijas apjoms. Strīdīgi, vai ir pamatota minētā pieeja. Ārstniecības veida izvēle praktiski ir svarīgākais pacienta gribas izteikuma pamats, jo, apsverot visas nianšes, pacients būtībā piekrīt vai atsakās no minētā ārstniecības veida. Un ārstam, nenorādot visu iespējamo izvēles loku, netieši tiek aizskartas pacienta tiesības uz pašnoteikšanos, jo pacientam parasti nav medicīnas zināšanu, tātad nav informācijas par iespējamo medicīniskās iejaukšanās alternatīvu loku. Tādējādi alternatīvu uzskatījumu un kodolīgu to būtības raksturojumu ārstam ir jāsniedz, kur tālāks informācijas apjoma paplašinājums ir atkarīgs no pacienta, izmantojot tiesības jautāt.

Attīstoties medicīnai, aktuāls kļūst jautājums par pacienta novatoru ārstniecību. No vienas puses, ārstniecībai ir jāatbilst klīniskajām vadlīnijām vai ārstniecībā izmantojamo metožu un zāļu lietošanas drošības un ārstēšanas efektivitātes novērtējumam, kas veikts, ievērojot uz pierādījumiem balstītas medicīnas principus<sup>520</sup>. Tas nozīmē, ārstniecībai un tās metodēm ir jābūt atzītām valstī. No otras puses, sakarā ar atklājumiem un jaunākajām tehnoloģijām medicīnā rodas pacienta novatoras ārstniecības iespējas, kas kopumā atbilst pacienta interesēm. Līdz ar to pacientam būtu sniedzama informācija par minēto ārstniecības iespēju, jo „informācijas kvalitātes kritērijs ir arī tās aktualitāte”<sup>521</sup>. Novatora ārstniecība, no vienas puses, var būt jau atzīta, bet, ņemot vērā tās novitāti un salīdzinoši mazu pielietojuma pieredzi, tad ir atbalstāms princips, ka pacients ir informējams par šo ārstniecības aspektu<sup>522</sup>. No otras puses, novatorās ārstniecības metodes var būt pagaidām vēl neatzītas, tad rodas jautājums, vai tās ir pielietojamas un kā tas darāms. Domājams, ka Latvijā ir

---

<sup>519</sup> Oosten van F. The Doctrine of Informed Consent in Medical Law. Frankfurt am Main, Bern, New York, Paris: Peter Lang, 1991, p.257, 259.

<sup>520</sup> Ārstniecības likuma 9<sup>1</sup>.p.

Latvijā ir konstatējams normatīvais regulējums, kura mērķis ir izstrādāt vienotas klīniskās vadlīnijas valstī un ieviest tās arī ārstniecībā un ārstniecības pakalpojumu sniegšanas kvalitātes kontrolē un uzraudzībā, nosakot vadlīniju izstrādes kārtību un reģistrāciju (šobrīd datu bāzē ir reģistrētas tikai divas klīniskās vadlīnijas (Klīnisko vadlīniju datu bāze. Veselības ekonomikas centrs. Pieejams: <http://vec.gov.lv/lv/420-kliniskas-vadlinijas/klinisko-vadliniju-datu-baze> [aplūkots 2011.gada 22.aprīlī])) (Kārtība, kādā izstrādā, izvērtē, reģistrē un ievieš klīniskās vadlīnijas: Ministru Kabineta 2010.g. 25.maija noteikumi nr.469. Latvijas Vēstnesis, 2010. 29.maijs, nr.85 (2.-18.pk.)). Pacientam, saņemot ārstniecību, ir tiesības saprātīgi paļauties, ka sniegtais ārstniecības pakalpojums atbilst valstī noteiktajām klīniskajām vadlīnijām. Ja šādas vadlīnijas netiek ievērotas, tad ārstniecības pakalpojums būtu atzīstams par neatbilstošu profesionālajām prasībām (piem., Veselības inspekcija būtu tiesīga uzlikt ārstniecības iestādei administratīvo sodu (Veselības inspekcijas nolikums: Ministru Kabineta 2008.g.05.februāra noteikumi nr.76. Latvijas Vēstnesis, 2008. 08.februāris, nr.22 (3.1.,4.1.,4.9.pk.); Latvijas Administratīvo pārkāpumu kodekss: LR likums. LR Saeimas un Ministru Kabineta Ziņotājs, 1984. 20.decembris, nr.51 (45.<sup>1</sup> p.1.d.)). Bet normatīvajā regulējumā ir paredzēta atkāpe, ka ārstniecības iestāde ievieš klīniskās vadlīnijas atbilstoši savām finansiālajām iespējām (Kārtība, kādā izstrādā, izvērtē, reģistrē un ievieš klīniskās vadlīnijas: Ministru Kabineta 2010.g. 25.maija noteikumi nr.469. Latvijas Vēstnesis, 2010. 29.maijs, nr.85 (19.pk.)). Līdz ar to secināms, ka formāli pastāv klīnisko vadlīniju prasība pacienta ārstniecībā, bet faktisko apstākļu ietekme ir nozīmīga, lai varētu apgalvot, ka šobrīd vadlīnijas sasniedz savu paredzēto mērķi.

<sup>521</sup> Einsicht und Information Ergebnisse des Bremer Diskussionsforums „Charta der Patientenrechte” (Institut für Gesundheits- und Medizinrecht). Pieejams: <http://www.datenschutz-bremen.de/pdf/Patientenrechte.pdf> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

<sup>522</sup> Sk.: Patient’s Rights Act of Israel (a.(13(B))).

samērā strikta pieeja un tādas metodes tiek pielietotas tikai pētījumos. Bet, piemēram, Igaunijā neatzītas novatoras ārstniecības metodes var pielietot pacienta ārstniecībā, ja tiek ievēroti sekojoši nosacījumi: 1) ja atzītās ārstniecības metodes nebūtu tik efektīvas kā neatzītās; 2) ja pacients tiek informēts par neatzīto metožu raksturu un sekām; 3) ja pacients piekrīt minēto metožu pielietojumam<sup>523</sup>. Novatoro neatzīto metožu lietojuma pieļaujamība balstās uz efektivitātes kritēriju minētajā gadījumā. Starptautiskajā medicīnas ētikas kodeksā ir noteikts, ka: 1) ārstam jābūt ļoti uzmanīgam, sniedzot informāciju par atklājumiem, jaunākajām tehnoloģijām, ārstniecības metodēm no neprofesionālajiem kanāliem; 2) ārsts var apgalvot tikai to, ko pats personīgi pārbaudījis<sup>524</sup>. Un te izkristalizējas jauns kritērijs – novatorās ārstniecības metodes pielietojuma vai vismaz pielietojuma iestrādes kritērijs. Līdz ar to pacienta novatora ārstniecība būtu pieļaujama, ja tiek ievēroti sekojoši nosacījumi: 1) ja novatorā ārstniecība pagaidām vēl ir neatzīta, bet, (iespējams) ja ir kompetentu valsts institūciju pagaidu akcepts konkrētas novatorās ārstniecības veikšanai; 2) ja pacients tiek informēts arī par šīs ārstniecības novatoro raksturu papildus nepieciešami sniedzamajam informācijas apjomam; 3) ja neatzītā novatorā ārstniecības metode būtu efektīvāka par atzīto vai ja ar atzītām ārstniecības metodēm vispār objektīvi nav iespējama pacienta ārstniecība (efektivitātes kritērijs); 4) ja pacientam ir nepieciešama ārstniecība, pretējā gadījumā var tikt būtiski apdraudēta pacienta veselība vai dzīvība; 5) ja pastāv minētās novatorās ārstniecības metodes pielietojuma pieredze vai vismaz pieredzes iestrādes (pielietojuma kritērijs). (Nav obligāti, lai to būtu veicis pats konkrētais ārsts vai konkrētās valsts robežās. Būtiski, lai pastāvētu reālas atbilstošas iespējas novatorās ārstniecības veikšanai, t.i., atbilstošs tehniskais nodrošinājums un pietiekams ārstniecības personu loks ar atbilstošām teorētiskajām un praktiskajām zināšanām par minētās novatorās ārstniecības pielietojumu); 6) ja pacients piekrīt novatorās ārstniecības veikšanai. Ņemot vērā novatorās ārstniecības iezīmes, to veikšana nenoliedzami ir riskantāka pacientam. Tomēr, izstrādājot tiesiskās aizsardzības mehānismu, kā arī atbilstoši informējot pacientu, noteiktos gadījumos novatorās ārstniecības veikšana atbilst lielā mērā pacienta interesēm, kādēļ būtu pieļaujams novatorās ārstniecības pielietojums.

Ārstam ir jāsniedz pacientam arī informācija par medicīniskās iejaukšanās riskiem. Normatīvajos aktos ir sastopami gadījumi, kad netieši uzsvērtā risku negatīvā daba<sup>525</sup>. Termins

---

<sup>523</sup> Law of Obligations Act of Estonia (§763(1)).

<sup>524</sup> Международный кодекс медицинской этики. Pieejams: <http://www.med-pravo.ru/Ethics/seventh1.htm> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

Zinātniskajā literatūrā tiek pausts viedoklis, ka minētie divi kritēriji padara novatoro ārstniecības metožu pielietojuma iespējamību par utopiju (Трубецков А.Д. Вопросы информации о риске и медицинское право. Медицинское право, 2005, nr.4(12), c.10).

<sup>525</sup> Piem., pacients ir jāinformē „par ārstniecības riskiem, ieskaitot arī blaknes, sāpes, diskomfortu” (Patient’s Rights Act of Israel (a.(13(B)3)); Law to provide for the safeguarding and protection of the patient's rights and for related matters of Cyprus (a.12(c)).

„risks” nozīmē briesmas, zaudējumu, neveiksmes iespējamību<sup>526</sup>. Informācija par riskiem satur brīdinājumu sakarā ar: 1) riskiem ārstniecībā; 2) ārstniecības neefektivitāti<sup>527</sup>; kā arī 3) riskiem, ja ārstniecība netiks veikta. Līdz ar to risku negatīvais raksturs izriet no pašas riska būtības, tādējādi nav nepieciešamības to īpaši izcelt un uzsvērt. Pie tam riskiem ir jābūt tādiem, kas rodas objektīvā lietu norisē, un ārstniecības personas nedrīkst radīt pacientam riskus ar savu rīcību<sup>528</sup>.

Pēc vispārīgā principa pacientam ir jāsniedz pilna informācija par riskiem, kas nodrošina lēmuma pieņemšanu ārstniecībā. Tomēr ir nepamatoti ārstam vienmēr izvirzīt šādu prasību, jo pastāv objektīvi apstākļi, kas rada nepieciešamību samazināt sniedzamās informācijas apjomu, piemēram, pacienta nespēja uztvert un saprast visu informāciju<sup>529</sup>. Tādēļ, lai sašaurinātu sniedzamās informācijas apjomu par riskiem, tika izstrādāti kritēriji risku diferencijai: 1) riska saturs; 2) riska smagums; 3) riska materializācijas varbūtība; 4) riska prognozējamība<sup>530</sup>. Izejot no minēto kritēriju mijiedarbības, iespējams izdalīt risku divas grupas ar noteiktām tiesiskajām sekām. Pirmkārt, tiek noteikti materiāli riski, t.i., riski, kuriem konkrētā gadījuma apstākļos saprātīga persona pacienta vietā piešķirtu nozīmi vai ārstam vajadzētu saprātīgi paredzēt, ka pacients piešķirtu tiem nozīmi; un no pacienta nav sagaidāms, ka pacients to zinātu (parasti te saprot riskus ar smagām sekām (piemēram, pacienta nāve, paralīze), ja arī to materializācijas varbūtība ir zema)<sup>531</sup>. Informācija par materiālajiem riskiem pacientam ir jāsniedz vienmēr. Izejot no minētā kritērija, pacients ir jāinformē par riskiem ar mazāk smagām sekām, bet ar lielu materializācijas varbūtību<sup>532</sup>. Otrkārt,

---

<sup>526</sup> Baldunēiks J., Pokrotniece K. Sveðvārdu vārdnīca :vairāk nekā 15 000 citvalodu cilmes vārdu un terminoloģisku vārdkopu. Zin.red. Baldunēiks J. Rīga: Jumava, 1999, 691.lpp.

<sup>527</sup> Brazier M. *Medicine, patients and the law*. Harmondsworth: Penguin Books, 1992, p.242.

<sup>528</sup> Par prettiesisku ir atzīstams pacienta piekrišanas anestēzijai veidlapas punkts, kurā pacients tiek informēts par risku inficēties ar vīrusu hepatītu un AIDS, ja pacients piekrīt nepieciešamajai asins pārlišanai medicīniskās iejaukšanās laikā (Rīgas pašvaldības SIA „Klīniskā universitātes slimnīca „Gaiļezers”” (pēc reorganizācijas - SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca") pacienta piekrišanas anestēzijai veidlapa nr.G. D3). Tas pamatojams ar to, ka donora nodotie audi/orgāni tiek medicīniski pārbaudīti, lai izslēgtu recipienta inficēšanos (Cilvēka audu un orgānu uzkrāšanas, uzglabāšanas un izmantošanas kārtība: Ministru Kabineta 2007.gada 27.marta noteikumi nr.208. Latvijas Vēstnesis, 2007. 30.marts, nr.54 (44.pk.)). Iespējamais arguments, ka šāds inficēšanās risks ir attaisnojams, ja asins pārlišana nepieciešama steidzami pacienta dzīvības glābšanai, neiztur kritiku. Ārstniecības iestādei ir jābūt pārbaudītu asins preparātu rezervei, ja tiek sniegti tādi ārstniecības pakalpojumi, kuros var rasties nepieciešamība veikt asins pārlišanu. Pie tam minētais risks ir būtisks, jo vīrusu hepatīta un AIDS infekcijas nodara lielu kaitējumu pacienta veselībai, kā arī var apdraudēt pacienta dzīvību.

<sup>529</sup> Pattinson S.D. *Medical Law & Ethics*. 1st edit. London: Sweet&Maxwell, 2006, p.103, 104.

<sup>530</sup> Аблин М.В. Согласие на медицинское вмешательство. Медицинское право, 2004, nr.4(8), c.22.

<sup>531</sup> McHale J., Fox M., Murphy J. *Health Care Law: Text, Cases and Materials*. London: Sweet & Maxwell, 1997, p.354; Brazier M. *Medicine, patients and the law*. Harmondsworth: Penguin Books, 1992, p.242; Oosten van F. *The Doctrine of Informed Consent in Medical Law*. Frankfurt am Main, Bern, New York, Paris: Peter Lang, 1991, p.162; Health Care Consent Act of Ontario (s.11.(3)). Sk., piem., Kanādas Prinča Edvarda Salas provinces Apelācijas tiesas 2009.gada 18.marta spriedums lietā: Harris v. Beck, 2009 PECA 8 (CanLII). Pieejams: [www.canlii.org/en/pe/pescad/doc/2009/2009peca8/2009peca8.html](http://www.canlii.org/en/pe/pescad/doc/2009/2009peca8/2009peca8.html) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā] (p.46-48, 50-57, 75, 76).

<sup>532</sup> Merz J.F. *An Empirical Analysis of the Medical Informed Consent Doctrine: Search for a "Standard" of Disclosure*. Pieejams: <http://www.piercelaw.edu/risk/vol2/winter/merz.htm> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

tiek nodalīti nominālie riski ar samērā mazām sekām un retu realizācijas varbūtību<sup>533</sup>, par kuriem pacients var netikt informēts. Līdz ar to secināms, ka dominējošā nozīme ir riska smaguma (arī tā ilglaicīguma) un realizācijas varbūtības kritērijiem. Jo lielāka ir to skala vai mijiedarbības nozīme, jo lielāks ārstam rodas pamatojums un pienākums sniegt informāciju par konkrēto risku pacientam, neskatoties uz šo kritēriju noteikšanas relativitāti.

Riska prognozējamība ir vēl viens riska izvērtējuma kritērijs, no kura ir atkarīgs arī ārsta pienākums sniegt minēto informāciju pacientam. No vienas puses, riski, par kuriem pacients ir informējams un kurus ārsts zināja, ir izskaidrojami pacientam<sup>534</sup>. No otras puses, ārsts var nezināt par pacientam objektīvi sniedzamajiem riskiem. Šajā gadījumā iespējamās divējādas tiesiskās sekas, izejot no informācijas nezināšanas pamatojuma. Pirmkārt, ja ārstam bija jāzina par minētajiem riskiem, tad pacienta neinformēšanas gadījumā, piemēram, pacienta piekrišana ārstniecībai var būt spēkā neesoša. Strīdīgs jautājums, kā noteikt, vai ārstam bija jāzina minētie riski. Tiesu praksē tiek pausts viedoklis, ka „paziņojamo risku apjoms nav plašāks par to apjomu, ko ārsts spējīgs paziņot (...)”, un spēja paziņot tiek saistīta ar to, ko vidusmēra ārstam vajadzētu zināt<sup>535</sup>. Tātad, izvērtējot ārsta zināšanas un līdz ar to arī riska prognozējamību, vērā var tikt ņemts vidusmēra ārsta institūts, izejot no profesijas<sup>536</sup> un ārsta attiecīgās specialitātes<sup>537</sup> prasībām. No vienas puses, tas ir relatīvi; no otras puses, tas tomēr ir pieturas punkts ārsta objektīvi jāpiemītošo<sup>538</sup> zināšanu izvērtējumam.

Otrkārt, ja ārsts nezināja un nevarēja zināt par pacientam informējamajiem riskiem, tad tiesiskās sekas neradīsies. Piemēram, ārsts nebūtu vainojams tajā gadījumā, ja nevarēja zināt par riskiem konkrētajā medicīnas attīstības līmenī<sup>539</sup>. Medicīna mūsdienās samērā strauji attīstās, bet veiktie jaunatklājumi nerada pamatu tiesisko seku atpakaļejošajam spēkam. Arī, piemēram, pacienta organisma īpatnības, kuras ārsts nevarēja zināt, var provocēt noteiktu risku realizāciju. Izejot no Šveices Civillikuma, apstākļi, kas ietekmēja kaitējuma rašanos vai tā palielinājumu, piemēram, pacienta organisma pārmērīga uzņēmība pret kaitējumu, daļēji var radīt cietušā (arī pacienta) līdzatbildību<sup>540</sup>. Līdz ar to secināms, ja ārsts neprognozēja konkrēto risku realizāciju, tādējādi

---

<sup>533</sup> Merz J.F. An Empirical Analysis of the Medical Informed Consent Doctrine: Search for a "Standard" of Disclosure. Pieejams: <http://www.piercelaw.edu/risk/vol2/winter/merz.htm> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā]; Oosten van F. The Doctrine of Informed Consent in Medical Law. Frankfurt am Main, Bern, New York, Paris: Peter Lang, 1991, p.129.

<sup>534</sup> Sk., piem.: lieta: Lindsay County Council v. Marshall (1936) 2 All ER 1076(HL). Grām.: Oosten, van F. The Doctrine of Informed Consent in Medical Law. Frankfurt am Main, Bern, New York, Paris: Peter Lang, 1991, p.84.

<sup>535</sup> Lieta: Canterbury v. Spence (1972) (ASV). Int.res.: Мотов В.В. Информированное согласие на психиатрическое лечение в США. Pieejams: <http://www.npar.ru/journal/2004/3/consent.php> [aplūkots 2010.gada 22.maijā].

<sup>536</sup> Ārstniecības likuma 26.p.1.d.

<sup>537</sup> Ārstniecības likuma 26.p.2.d.

<sup>538</sup> Piem., Austrijā ārstniecības personām ir noteikts pienākums regulāri apgūt jaunākos atklājumus medicīnā (Österreichs Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe. Bundesgesetzblatt I. 1997, nr.108. Pieejams: [http://eur-lex.europa.eu/n-lex/legis\\_at/ris.legislation\\_result\\_lv.htm](http://eur-lex.europa.eu/n-lex/legis_at/ris.legislation_result_lv.htm) [aplūkots 2010.gada 11.decembrī] (§4(2)).

<sup>539</sup> Ārstniecības personai pienākums sniegt informāciju, kuru ir iespējams sniegt (Florida Patient's Bill of Rights and Responsibilities (a.(4)(b)3)).

<sup>540</sup> Schweizerisches Zivilgesetzbuch (30.März 1911) (5 Teil: Obligationenrecht. Art.43(1), 44(1)) Pieejams: [www.lexfind.ch/dtsh/70178/2/](http://www.lexfind.ch/dtsh/70178/2/) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

nesniedzot pacientam objektīvi nepieciešamo informāciju par riskiem, tad tas var radīt divējādas tiesiskās sekas atkarībā no minētās neprognozēšanas subjektīvā vai objektīvā pamatojuma.

Riska izvērtējuma, ko veic ārsts, kritērijus var iedalīt divās grupās. No vienas puses, ir kritēriji, kuri ir atkarīgi no paša riska, t.i., riska raksturs un smagums attiecībā uz pacientu. No otras puses, ir kritērijs, kurš, lai arī raksturo riska kvalitāti, ir atkarīgs no ārsta, t.i., riska prognozējamība. Līdz ar to iespējams nodalīt sekojošus riska izvērtējuma kritērijus – riskam pietuvinātie kritēriji (riska raksturs un smagums) un no riska attālinātie kritēriji (riska prognozējamība un riska realizācijas varbūtība jeb statistikas rādītājs).

Literatūrā tiek norādīts uz dažādām metodēm (testiem), kas tiek izmantotas risku izvērtējumā: 1) procentu tests – pacientu jāinformē par riskiem, kuru realizācijas varbūtība sasniedz noteiktu procentu sliekšni<sup>541</sup>; 2) tipiska/netipiska riska tests – pacientu jāinformē par tipiskiem riskiem, kuru realizācijas varbūtība ir samērā augsta, kādēļ saprātīga persona tam pievērstu uzmanību; 3) veselības riska pret ārstniecības risku tests – pacients nav informējams par ārstniecības riskiem, ja tie ir daudz mazāki nekā ne-ārstniecības (veselības) riski, kādēļ saprātīga persona pacienta vietā neatteiktos no ārstniecības; 4) profesionālā standarta/medicīniskā sprieduma (saprāta) tests – pacientu ir jāinformē par nelabvēlīgajiem paredzamajiem riskiem, izejot no medicīnas pieredzes un zinātnes<sup>542</sup>. Piesardzīgi ir vērtējams minēto testu pielietojums. Strīdīgi, cik objektīva ir procentu testa pielietošana, jo rada šaubas precīza procentu sliekšņa noteikšanas iespējamība ārstniecības praksē; kā arī netiek atbilstoši ņemti vērā pārējie riska izvērtējuma kritēriji, izņemot realizācijas varbūtību. Apšaubāma ir precīza riska tipiskuma pazīmes noteikšanas iespējamība, jo riska realizāciju var ietekmēt citi papildus individuāli apstākļi konkrētajā gadījumā, kādēļ nav izslēdzams arī netipisku risku informēšanas pienākums. Rada šaubas veselības riska pret ārstniecības risku testa pielietojums tajos aspektos, cik tad jābūt lielai proporcijai starp ārstniecības un ne-ārstniecības riskiem, vai iespējams to precīzi izsvērt un vai minētais tests nav pretrunā ar pacienta tiesībām uz informāciju un tiesiski pieļaujamajām atkāpēm no šīs tiesības. Profesionālā standarta/medicīniskā sprieduma (saprāta) tests atbalsta praktiskāku pieeju, kas nav balstīta tikai uz samērā formāli nospraustām robežām, bet tomēr, vai nepastāv draudi zaudēt saikni ar individuālo pacientu konkrētajā gadījumā. Neskatoties uz testu dažādību, galvenais kodols testu pielietojumā ir riska izvērtējuma kritēriji (riska raksturs un smagums, realizācijas varbūtība,

---

Cietušā rīcība, notikumi vai citi apstākļi viņa sfērā var radīt paša cietušā līdzatbildību (Principles of European Tort Law. European Group on Tort Law. Pieejams: [www.egtl.org/Principles/index.htm](http://www.egtl.org/Principles/index.htm) [aplūkots 2011. gada 21. jūnijā] (a.3:106)).

<sup>541</sup> Pastāv viedoklis, ka nozīmīgs ir risks, kura realizācijas varbūtība ir vismaz desmit procenti (Lord Woolf, Roch, Mummery LJJ in the Sidaway case. Grām.: Pattinson S.D. Medical Law & Ethics. 1st edit. London: Sweet&Maxwell, 2006, p.109).

<sup>542</sup> Oosten van F. The Doctrine of Informed Consent in Medical Law. Frankfurt am Main, Bern, New York, Paris: Peter Lang, 1991, p.275-277.

prognozējamība), kur atšķiras metodes ārsta informēšanas pienākuma par riskiem noteikšanā, izejot no konkrētajā testā vadošā principa dominances.

Veselības riska pret ārstniecības risku tests piesaista uzmanību tajā apstākļi, ka ir ārēja līdzība ar ārsta tiesībām nesniegt informāciju pacientam nekaitēšanas nolūkā. Izejot no testa, ārsts var neteikt pacientam par riskiem, ja, tos zinot, pacients visticamāk atteiksies no ārstniecības, kas viņam ir labākā (vienīgā) cerība, izejot no apstākļiem, un tādējādi ārstam tiek atstātas zināmas diskrecijas tiesības<sup>543</sup>. No vienas puses, kopīgs abiem institūtiem, t.i., ārsta tiesībām nesniegt informāciju nekaitēšanas nolūkā un ārsta tiesībām nesniegt informāciju par riskiem, izejot no veselības riska pret ārstniecības risku testa, ir to mērķis – ārsts nesniedz informāciju pacientam, lai netiktu nodarīts viņam kaitējums. No otras puses, atšķirība izpaužas šo institūtu sekās. Ja ārsts nesniedz informāciju pacientam nekaitēšanas nolūkā, tad netiek prasīta vai sagaidīta konkrēta rīcība no paša pacienta. Turpretim, ja ārsts nesniedz informāciju par riskiem (t.i., attiecas uz sašaurinātu atšķirīgu informācijas apjomu) pacientam, izejot no minētā testa, tad tiek sagaidīta konkrēta pacienta rīcība – lai pacients atturētos no konkrētas darbības veikšanas, t.i., neatteiktos no ārstniecības; vai lai pacients veiktu konkrētu darbību, t.i., piekristu ārstniecībai. Līdz ar to secināms, ka ārsta tiesības nesniegt informāciju pacientam par riskiem, izejot no veselības riska pret ārstniecības risku testa, ir atšķirīgs savdabīgs institūts, kas neiekļaujas ārsta tiesībās nesniegt informāciju pacientam nekaitēšanas nolūkā.

Pacientam nepieciešams sniegt informāciju par ārstniecības pieejamību<sup>544</sup>. Tiek pausts viedoklis, ka pieejamības institūtam ir četras dimensijas: 1) pieejamība bez diskriminācijas; 2) fiziska pieejamība; 3) ekonomiska pieejamība; 4) informācijas pieejamība<sup>545</sup>. Līdz ar to ārstniecības pieejamību plašākā nozīmē raksturo četri kritēriji: 1) pacienta tiesības uz veselības aprūpi realizācija bez diskriminācijas; 2) ārstniecības pakalpojumu, kurus sniedz ārstniecības iestādēs un/vai atsevišķas privātprakses ārstniecības personas, piedāvājuma pastāvēšana un iespēja to izmantot; 3) ārstniecības finansējuma modelis, kuram ir jāatbalsta vai vismaz pēc iespējas mazāk jāapgrūstina pacienta iespēja izmantot ārstniecības pakalpojumus; 4) pacienta iespēja piekļūt un iepazīties ar informāciju par pacienta veselību un tās aprūpes aspektiem.

---

<sup>543</sup> Brazier M. *Medicine, patients and the law*. Harmondsworth: Penguin Books, 1992, p.243; lieta: Bolam v. Friern Hospital Management Committee (1957) 2 All ER 118(QB) (Anglija). Grām.: Oosten F.van. *The Doctrine of Informed Consent in Medical Law*. Frankfurt am Main, Bern, New York, Paris: Peter Lang, 1991, p.87; Oosten van F. *The Doctrine of Informed Consent in Medical Law*. Frankfurt am Main, Bern, New York, Paris: Peter Lang, 1991, p.65; Kennedy I., Grubb A. *Medical law*. London, Dublin, Edinburgh: Butterworths, 1994, p.212.

<sup>544</sup> Interpretējot jēdzienu „pieejamība” (Sk.: Ideju vārdnīca. Domātāji, teorijas un jēdzieni filozofijā, zinātnē, reliģijā, politikā, vēsturē un mākslā. Adikibi O., Baleins B., Brejī E. u.c. Rīga: Zvaigzne ABC, 1999, 411., 412.lpp.), tas raksturo, vai un kādā veidā ir sasniedzams noteikts mērķis.

<sup>545</sup> The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment nr.14 (2000). Pieejams: [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En) [aplūkots 2010.gada 21.decembrī](34.).



Ārstniecības pieejamībā nodalīti divi aspekti: 1) tiesību pieejamība; 2) tieša piekļuve ārstniecībai<sup>546</sup>. Minētajā nošķīrumā atspoguļojas formālā, t.i., normatīvajos aktos noteiktā, un materiālā, t.i., faktiskā, ārstniecības pieejamība. Pirmkārt, normatīvajā regulējumā ir jāparedz kritēriji un tiesiskās aizsardzības mehānisms, kas nodrošina ārstniecības pieejamību pacientam, tādējādi nosakot pacienta formālo ārstniecības pieejamību. Otrkārt, tas, cik lielā mērā normatīvajos aktos noteiktā pacienta ārstniecības pieejamība tiek realizēta praksē, raksturo pacienta ārstniecības materiālo pieejamību, vai nepastāv faktiski šķēršļi (piemēram, valsts finansiālās iespējas)<sup>547</sup>, kas ietekmē pacienta formālās ārstniecības pieejamības pāreju materiālajā. Pacienta interesēm atbilstošāk<sup>548</sup>, kā arī tiesiskās sistēmas mērķis būtu sasniegts tad, ja pacienta materiālā ārstniecības pieejamība precīzi atbilstu formālajai. Bet rada šaubas absolūtas šādas atbilstības iespējamība vismaz mūsdienu sabiedrības attīstības pakāpē, kur tomēr, izejot no prakses, attīstības līmenis valstīs ir atšķirīgs.

Pacienta informācijas pieejamību raksturo divi savstarpēji saistīti aspekti. No vienas puses, tiek noteikts informācijas apjoms, kas ir sniedzams pacientam, kur šajā apjomā iezīmējas atšķirīgi informācijas kopumi (informācija par: 1) ārstniecības pieejamību; 2) ārstniecības personām; 3) pacienta veselība stāvokli; 4) ārstniecības procesu; 5) ārstniecības pabeigšanu; 6) speciālajiem gadījumiem (piemēram, klīniskā apmācība, pētījumi)). No otras puses, tiek noteikta pacienta piekļuve informācijai (informācijas pieejamība), kas ir atkarīga no diviem kritērijiem: pirmkārt, kad informācija tiek sniegta pacientam, t.i., pirms pacienta un ārstniecības personas/iestādes tiesisko

<sup>546</sup> Eiropas Ekonomikas un sociālo lietu komitejas atzinums par tematu Pacienta tiesības (3.5.1.pk.) (Brisele, 26.09.2007.) Pieejams: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2008:010:0067:01:LV:HTML> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

<sup>547</sup> Pie tam ir konstatējami gadījumi, kad pacienta ārstniecības materiālā pieejamība tiek ierobežota ar normatīvo regulējumu vai tā mērķi. Piem., pacientam ir noteiktas tiesības izvēlēties ārstniecības personu un ārstniecības iestādi (Ārstniecības likuma 6.p.; Pacientu tiesību likuma 8.p.; Veselības aprūpes organizācijas not. 22.pk.; Deklarācija par pacientu tiesību veicināšanu Eiropā (1994.gada 28.-30.marts). Grām.: Biomedicīnas ētika. Ķilkuts G., Mežinska S., Neiders I.u.c. Sast. V.Sīle. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2006, 207.-219.lpp. (5.6.pk.); Law on the rights of patients and compensation of the damage to their health (Lithuania) (a.5.1.); Act on Health of Hungary (s.8(1), (2)); Schweizer Patienten-Charta (2 Teil Art.8); Deutschlands Patientencharta. (Art.1); Law of Georgia on the rights of patient (a.8); Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан: Федеральный закон от 22 июля 1993 г. №5487-1. Grām.: Гурочкин Ю.Д., Дерягин Г.Б., Яценко Е.Ю. Медицинское право. Москва: Экзамен, 2007, с.49-52, (ст.30, 58).

Tāpat tiek noteikts formālās pieejamības ārstniecības personai un iestādei princips. Bet minētajai formālajai pieejamībai atbilstošā materiālā pieejamība tiek ierobežota:

1) nenoliedzami tiesiski, izejot no tiesību sistēmas mērķa (piemēram, ieslodzītajām personām nav tiesību brīvi izvēlēties valsts garantēto medicīnisko pakalpojumu sniedzēju, jo ieslodzījuma vietās esošajām personām nodrošinātās valsts garantētās medicīniskās aprūpes pakalpojumu sniegšana ietilpst soda izpildes funkcijas nodrošināšanā (Sk.: LR AT Senāta AD 2008.g.19.augusta lēm. lietā Nr.A7010108 SKA-581/2008. Pieejams: [www.at.gov.lv](http://www.at.gov.lv) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā]);

2) strīdīgi ar tiesību normu, izejot no administratīvā rakstura mērķiem (piemēram, pacienta tiesības izvēlēties ģimenes ārstu netieši var tikt ierobežotas ar teritoriālo piesaisti un noteiktu pacienta limita apjomu (Sk.: Veselības aprūpes organizācijas not. 22.pk.; Pitranga R. Kā mainīt ģimenes ārstu? Latvijas Vēstnesis, 2009. 30.oktobris. Pieejams: [www.lv.lv/?menu=doc&id=199889](http://www.lv.lv/?menu=doc&id=199889) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā]).

<sup>548</sup> Netieši tas pamatots ar to, ka tiek atzīta pacienta tiesību atkarība no veselības aprūpes sistēmas kvalitātes un veselības aprūpes organizācijas (Eiropas Ekonomikas un sociālo lietu komitejas atzinums par tematu Pacienta tiesības. (1.1.pk.) (Brisele, 26.09.2007.) Pieejams: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2008:010:0067:01:LV:HTML> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

attiecību nodibināšanas vai šo attiecību pastāvēšanas laikā; otrkārt, kāds informācijas kopums ir sniedzams pacientam.

Pirms pacienta un ārstniecības personas/iestādes tiesisko attiecību nodibināšanas informācijai ir jābūt vispārpieejamai, t.i., publiskai. Tas pamatojams ar līgumu brīvības pastāvēšanu arī ārstniecībā, t.i., pacientam kā potenciālajam līguma dalībniekam ir tiesības izmantot līgumu brīvības aspektus, lai arī noteiktu robežu ietvaros, ņemot vērā ārstniecības specifiku. Publiski pieejama ir informācija: 1) par veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas iespējām un apmaksas kārtību<sup>549</sup>; 2) par ārstniecības personu identifikāciju un kompetenci, lai arī likumā tas tieši netiek noteikts<sup>550</sup>. Līdz ar to secināms, ka informācijas kopumam, kas ir sniedzams pacientam pirms ārstniecības tiesisko attiecību nodibināšanas starp pacientu un ārstniecības personu/iestādi, ir jābūt publiski pieejamam, pamatojoties uz līgumu brīvības principu.

Pastāvot pacienta un ārstniecības personas/iestādes tiesiskajām attiecībām, tiek piemērota striktāka pieeja informācijas piekļuvei, kas izpaužas divējādi. No vienas puses, šīs attiecības bāzējas uz informācijas konfidencialitātes principu, kas vērsts pret trešajām personām<sup>551</sup>. No otras puses, tiek paredzēti arī nosacījumi pacienta piekļuvei informācijai – gan mutiskai no ārstniecības personām, gan rakstveida un tai pielīdzinātajai informācijai. Līdz ar to secināms, ka informācijas piekļuve pacienta un ārstniecības personas/iestādes tiesiskajās attiecībās ir jau ierobežotāka un nosacītāka, ņemot vērā tiesisko attiecību raksturu.

Analizējot pacienta piekļuvi informācijai formālā un materiālā aspektā, tā vērtējama divējādi. No vienas puses, tiek paredzēta formālā informācijas pieejamība pacientam, nosakot šī mērķa sasniegšanai kopumā pietiekamus nepieciešamos kritērijus. No otras puses, pacienta materiālajā informācijas pieejamībā iespējams konstatēt trūkumus, piemēram, kā saprotama ir informācijas publiskā pieejamība (kur, kādā veidā, kas to nodrošina)<sup>552</sup> un vai pacientam tā ir faktiski pieejama. Līdz ar to lielākā vai mazākā mērā ir konstatējamas nianse arī pacienta materiālās informācijas pieejamības neatbilstībai formālajai.

---

<sup>549</sup> Pacientu tiesību likuma 4.p.1.d.; Deklarācija par pacientu tiesību veicināšanu Eiropā (1994.gada 28.-30.marts). Grām.: Biomedicīnas ētika. Ķilkuts G., Mežinska S., Neiders I.u.c. Sast. V.Sīle. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2006, 207.-219.lpp. (2.1.pk.); Law on the rights of patients and compensation of the damage to their health (Lithuania) (a.6.1.); Schweizer Patienten-Charta (1 Teil Art.4,7); Deutschlands Patientencharta (Art.1); Law of Georgia on the rights of patient (a.18.1.a)).

<sup>550</sup> Pacientu tiesību likuma 4.p.2.d. (noteikts, ka minētais informācijas apjoms ir sniedzams pacientam, jau pastāvot ārstniecības tiesiskajām attiecībām).

<sup>551</sup> Pacientu tiesību likuma 10.p.2.,4.,5.,7.,8.d., 12.p.3.d.

<sup>552</sup> Normatīvajā regulējumā ir iestrādāts savlaicīgas ārstniecības princips, izejot no kura, ārstniecības iestādei, kurā pacients vērsies, ir pienākums sniegt informāciju par: 1) ārstniecības saņemšanas iespējām un termiņiem; 2) citām ārstniecības iestādēm, kur var saņemt atbilstošu ārstniecību (Pacientu tiesību likuma 5.p.4.d.). Tātad ārstniecības iestādei ir pienākums sniegt informāciju par ārstniecības iespējām, bet strīdīgi, vai šis pienākums attiecināms arī uz ārstniecības iespējām ārpus Latvijas robežām. Līdz ar to nav īsti skaidrs, kur pacients var iegūt informāciju par pārrobežu ārstniecību.

Pacientam ir jāsniedz informācija par ārstniecības personām. Likumā tas noteikts attiecībā uz sašaurinātu ārstniecības personu loku, t.i., tām ārstniecības personām, kas veic pacienta ārstniecību<sup>553</sup>. Rodas jautājums, vai pacientam ir tiesības saņemt minēto informāciju pirms tiesisko attiecību nodibināšanas. Domājams, ka šādas pacienta tiesības ir prezumējamas, lai arī tieši nav noteiktas. Tas pamatojams ar to, ka pacientam pirms gribas izteikuma par ārstniecības personas/iestādes izvēli ir tiesības saņemt noteiktu informācijas apjomu, uz kura bāzes pieņemt iepriekš minēto lēmumu. Norādāms arī tas, ka noteikta apjoma informācija par ārstniecības personām nav konfidenciāla. Līdz ar to secināms, ka pacientam ir tiesības uz noteikta apjoma informāciju par ārstniecības personām gan pacienta un ārstniecības personas/iestādes tiesisko attiecību pastāvēšanas laikā, kas ir iesaistītas pacienta ārstniecībā; gan arī pirms minēto tiesisko attiecību nodibināšanas.

Normatīvajā regulējumā ir noteikts informācijas apjoms, kuru pacientam ir tiesības saņemt par ārstniecības personām. Šajā apjomā ietilpst informācija par ārstniecības personu vārdu, uzvārdu, amatu, profesiju, specialitāti, kvalifikāciju<sup>554</sup>. Iezīmējas divējāda minētā informācijas apjoma funkcionālā nozīme – pirmkārt, ārstniecības personu identifikācijai; otrkārt, ārstniecības personu kompetences noteikšanai. Pie tam ārstam nav nepieciešams sniegt informāciju par atbilstoši profesionālajām prasībām veikto operāciju skaitu, kas izdarītas pēc noteiktas metodes<sup>555</sup>, tādējādi pat ierobežojot informācijas apjomu par ārstniecības personu kompetenci. Tiek pausts viedoklis, ka būtu nepieciešams šajā informācijas apjomā iekļaut arī rekomendācijas par ārstniecības personām<sup>556</sup>. Bet ir apšaubāma šādas prasības praktiska iespējamība un objektivitāte. Sniegt pacientam cita rakstura informāciju ārstniecības personām ir tiesības nevis pienākums. Secināms, ka pacientam ir tiesības iegūt noteikta apjoma informāciju par ārstniecības personām, kuru ierobežo identifikācijas un kompetences noteikšanas mērķis.

---

<sup>553</sup> Pacientu tiesību likuma 4.p.2.d.; Deklarācija par pacientu tiesību veicināšanu Eiropā (1994.gada 28.-30.marts). Grām.: Biomedicīnas ētika. Ķilkuts G., Mežinska S., Neiders I.u.c. Sast. V.Sīle. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2006, 207.-219.lpp. (2.8.pk.); Patient's Rights Act of Israel (a.(6(A))); Law on the rights of patients and compensation of the damage to their health (Lithuania) (a.6.2.); Act on Health of Hungary (s.13(6)); Law of Georgia on the rights of patient (a.18.1.h); Law to provide for the safeguarding and protection of the patient's rights and for related matters of Cyprus (a.10(8)(a)); Deutschlands Patientencharta (Art.9); Patient's Bill of Rights (ASV, 1995) (a.2) Grām.: Timby B.K. Fundamental skills and concepts in patient care. Philadelphia: J.B.Lippincott Company, 1996, p.40.

<sup>554</sup> Pacientu tiesību likuma 4.p.2.d.; Deklarācija par pacientu tiesību veicināšanu Eiropā (1994.gada 28.-30.marts). Grām.: Biomedicīnas ētika. Ķilkuts G., Mežinska S., Neiders I.u.c. Sast. V.Sīle. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2006, 207.-219.lpp. (2.8.pk.); Patient's Rights Act of Israel (a.(6(A))); Law on the rights of patients and compensation of the damage to their health (Lithuania) (a.6.2.); Act on Health of Hungary (s.13(6)); Law of Georgia on the rights of patient (a.18.1.h); Law to provide for the safeguarding and protection of the patient's rights and for related matters of Cyprus (a.10(8)(a)); Deutschlands Patientencharta (Art.9).

<sup>555</sup> Austrijas Augstākās tiesas 2009.gada 20.janvāra spriedums lietā Nr.4Ob166/08b. Pieejams: <http://www.ris.bka.gv.at> [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].

<sup>556</sup> Sk.: Льюис А. Права пациентов на информированное согласие, включая отказ от лечения. Медицинское право, 2004, nr.2(6), c.57.

Nepilnība konstatējama tajā apstākļi, ka nav tieši noteikts minētās informācijas sniedzējs un informācijas sniegšanas veids<sup>557</sup>. Domājams, ka atbildīgs par informācijas sniegšanu ir ārstniecības iestādes vadītājs vai pati ārstniecības persona, kura kompetencē ietilpst minētais pienākums. Un, ņemot vērā, ka šī informācija ir jāsniedz pacientam pirms tiesisko attiecību nodibināšanas, tai jābūt publiski pieejamai, tātad arī jebkurai personai kā potenciālajam pacientam.

Pacientam ir tiesības saņemt informāciju par pašu ārstniecības procesu<sup>558</sup>. Likumā tieši netiek noteikts (precizēts), kas tiek saprasts ar minēto informācijas apjomu. Domājams, ka te būtu saprotama informācija par jebkādiem apstākļiem un rīcību, kas saistīta ar pacienta ārstniecības pakalpojuma sniegšanu.

Pienākums sniegt minēto informāciju ir visām ārstniecības personām, kas iesaistītas pacienta ārstniecībā, atbilstoši to kompetencei<sup>559</sup>. Izejot no ārstniecības personu kompetences, iespējams divējādi nodalīt ārstniecības personu grupas ar atšķirīgām tiesībām: 1) ārsts<sup>560</sup> un citas ārstniecības personas<sup>561</sup>; 2) ārstniecības personas ar iegūtu medicīniskās izglītības dokumentu (a) kas jau reģistrētas ārstniecības personu reģistrā<sup>562</sup> vai b) kas vēl nav reģistrētas minētajā reģistrā<sup>563</sup>) un medicīniskās izglītības iestādes izglītojamie<sup>564</sup>. Šāda dalījuma nianse ir jāņem vērā tiesiskā nozīmē, sniedzot informāciju pacientam.

Samērā pamatota ir prasība fiksēt ārstniecības pakalpojuma norisi<sup>565</sup>. No vienas puses, medicīniskās dokumentācijas vešana savā veidā apgrūtina ārstniecības pakalpojuma sniegšanu; no otras puses, ārstniecības norises fiksācija rakstveida vai tai pielīdzinātā formā rada zināmu stabilitāti, kas nepieciešamības gadījumā atvieglo pierādīšanas pienākumu, tādējādi veicinot abu pušu interešu tiesisko aizsardzību.

Pacientam ir tiesības uz noteiktu informācijas apjomu pēc ārstniecības vai kāda tās posma pabeigšanas, kur minētajam apjomam iezīmējas trīs daļas. Pirmkārt, informācija pagātnes

---

<sup>557</sup> Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām: Ministru Kabineta 2009.gada 20.janvāra noteikumi nr.60. Latvijas Vēstnesis, 2009. 11.februāris, nr.23 (6.pk.).

<sup>558</sup> Pacientu tiesību likuma 4.p.4.d.; Patient's Rights Act of Israel (a.(17(A),(B))).

<sup>559</sup> Pacientu tiesību likuma 4.p.3.,4.d.

Tas pamatojams ar to, ka jāņem vērā ne tikai tiesības veikt ārstniecību, bet arī tiesības nodarboties ar konkrētu tās veidu, ņemot vērā ārstniecības personas izglītību un konkrēto specializāciju (Сергеев Ю.Д., Канунникова Л.В. Ненадлежащее оказание медицинских услуг и факторы риска его возникновения. Pieejams: [www.med-law.ru](http://www.med-law.ru) [aplūkots 2010.gada 21.decembrī]).

<sup>560</sup> Ārstniecības likuma 37.p.1.d., 38.p.

<sup>561</sup> Ārstniecības likuma 43.1.,45.,45.2.,45.3.p.

<sup>562</sup> Ārstniecības likuma 26.p.1.,2.d.; 27.p., 29.p.

<sup>563</sup> Ārstniecības likuma 28.p.

<sup>564</sup> Ārstniecības likuma 33.p.1.,3.d.

<sup>565</sup> Sk., Розман М.С. Дефекты медицинской документации: значение для наступления гражданско-правовой ответственности лечебно-профилактических учреждений. Медицинское право, 2003, nr.4(4), с.49; Deutschlands Patientencharta (Art.7).

virzienā<sup>566</sup>; otrkārt, informācija nākotnes virzienā<sup>567</sup>; treškārt, informācija par tagadni<sup>568</sup>. Līdz ar to secināms, ka pēc ārstniecības pabeigšanas pacientam ir tiesības uz visu trīs virzienu informāciju, izejot no laika kritērija, kur tādējādi tiek realizētas tiesības uz pēc iespējas pilnu, t.i., pilnīgu, informāciju.

Ārstniecībā pēc izmeklēšanas un invazīvās iejaukšanās pacientam ir tiesības saņemt informāciju par ārstniecības rezultātiem, par iepriekš neparedzētu iznākumu un tā iemesliem<sup>569</sup>. Rodas jautājums, vai pacientam ir sniedzama informācija par ārstniecības personu kļūdām<sup>570</sup>. Tiek norādīts, ka, noslēdzot ārstniecības līgumu, puses uzņemas pienākumus (galvenos un blakus), kur minētā līguma ārstniecības personas blakus pienākums ir sniegt informāciju par kļūdām, jo pacientam ir tiesības uz informācijas apjomu, kas nepieciešams gan lēmuma par iejaukšanos ķermeņa integritātē pieņemšanai, gan aizsardzībai pret veselības stāvokļa pasliktināšanos<sup>571</sup>. Tādējādi, interpretējot normatīvo regulējumu, informācija par kļūdām ir iekļaujama informācijas apjomā par neparedzēto iznākumu iemesliem.

Tiesību zinātnē netiek atzīts viennozīmīgi, vai ārstniecības personai ir pienākums sniegt informāciju par savām iepriekš izdarītajām kļūdām prakses laikā, kur, no vienas puses, „kļūdu atkārtotā briesmas” ir objektīvas aizsardzības vērtas intereses; bet, no otras puses – pacients, uzticoties ārstniecības personai, negaida, lai viņam tiktu sniegta minētā informācija<sup>572</sup>. Ja ārstniecības personai ir bijušas kļūdas ārstniecībā, bet, izmeklējot šos gadījumus, viņai ir saglabātas ārstniecības tiesības, tad, pirmkārt, pacientam ir tiesības netieši uzticēties veiktajai lietu izmeklēšanai un paļauties uz kļūdu neatkārtotā nākotnē; otrkārt, arī ārstniecības personas netieša sodīšana (arī ilgstoši) nav pieļaujama, kas radītu nepamatotus draudus ārstniecības jomai kā tādai. Līdz ar to secināms, ja ārstniecības personai ir ārstniecības tiesības, tad viņai nav prezumējams

<sup>566</sup> T.i.: 1) informācija par saņemto ārstniecību un tās pabeigšanas pamatojumu; 2) veikto diagnostisko izmeklējumu un funkcionēšanas novērtējumu rezultāti (izraksti, noraksti, kopijas) (netieši arī tagadnes virziens) (Pacientu tiesību likuma 4.p.6.d.).

<sup>567</sup> T.i.: 1) norādījumi un rekomendācijas attiecībā uz turpmāko ārstniecību un sociālajiem pakalpojumiem; 2) saņemto nosūtījumu uz citu ārstniecības iestādi ārstniecības turpināšanai, ja tas nepieciešams pacienta veselības stāvokļa dēļ (Pacientu tiesību likuma 4.p.6.d.).

<sup>568</sup> T.i., informācija par tagadējo pacienta veselības stāvokli (Pacientu tiesību likuma 4.p.3.d.), kas ir ārstniecības līguma saturs (Dann M. Ärztliche Fehleroffenbarung - Strafrechtliche Strategien für postinvasive Arzt - Patientengespräche. MedR, 2007, nr.25, S.640.). Netieši trīs virzienu informācijas principu apstiprina, piem.: Deklarācija par pacientu tiesību veicināšanu Eiropā (1994.gada 28.-30.marts). Grām.: Biomedicīnas ētika. Ķilkuts G., Mežinska S., Neiders I.u.c. Sast. V.Stle. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2006, 207.-219.lpp. (2.9.pk.); Law to provide for the safeguarding and protection of the patient's rights and for related matters of Cyprus (a.4(6)(a)).

<sup>569</sup> Pacientu tiesību likuma 4.p.3.d.

<sup>570</sup> Piem., Ungārijā īpaši tiek izcelts pienākums sniegt informāciju par ārstniecības personu kļūdām (Act on Health of Hungary (s.13(4))).

Un kļūda ārstniecībā ir starp ontoloģisko ("būt") un normatīvo („vajadzēt”) jomu (Dann M. Ärztliche Fehleroffenbarung - Strafrechtliche Strategien für postinvasive Arzt - Patientengespräche. MedR, 2007, nr.25, S.640.), kur kļūda ne vienmēr nozīmē juridisko atbildību kā tiesiskās sekas.

<sup>571</sup> Dann M. Ärztliche Fehleroffenbarung - Strafrechtliche Strategien für postinvasive Arzt - Patientengespräche. MedR, 2007, nr.25, S.639, 640.

<sup>572</sup> Ibid, S.641.

pienākums sniegt informāciju par iepriekš izdarītajām kļūdām, atšķirībā no informācijas par kļūdām attiecībā uz konkrēto pacientu; tomēr, neizslēdzot šādu iespēju, pacientam īpaši izprasot minēto informāciju.

Pacientam ir tiesības saņemt informāciju par speciālajiem gadījumiem, kas zināmā mērā ir saistīti ar pacienta ārstniecību, t.i., klīniskie pētījumi un klīniskā apmācība. No vienas puses, pacients tiek informēts par minēto gadījumu veikšanu<sup>573</sup>; no otras puses, šī informācija tiek sniegta ar mērķi, lai pacients pats izlemtu, vai piedalīties minētajos procesos<sup>574</sup>. No minētās pieejas ir konstatējams vispārīgs princips – ja, veicot pacienta ārstniecību, paralēli rodas jebkādi (specifiski) aspekti, kas skar pacientu un/vai viņa ārstniecību, tad pacients ir informējams par tiem, ar mērķi pašam pacientam izlemt par minēto faktoru ietekmi.

Informācijas pacientam sniegšanas veids ir paņēmieni kopums, kas tiek izmantots, lai noteiktu atbilstošu informācijas sniegšanas formu un lai konstatētu pacienta informācijas sapratnes līmeni pēc tās sniegšanas, ar mērķi nodrošināt pacienta informētību. Savukārt informācijas pacientam sniegšanas forma ir līdzekļi, kas tiek izmantoti, lai nodotu ziņas, datus (informāciju) pacientam. Tādējādi informācijas sniegšanas veids ietver sevī informācijas sniegšanas formas izvēli. Informācijas sniegšanas veids ir atkarīgs no diviem apstākļiem. Pirmkārt, informācijas sniegšanas mērķis ietekmē veidu, kādā informācija tiek sniegta, t.i., no vienas puses, tas ir virzīts galvenokārt uz pacienta gribas izteikumu; no otras puses, atsevišķos gadījumos informācijas sniegšanai pacientam ir tikai informatīvs raksturs, ja pacientam nav medicīniskās rīcībspējas ārstniecībā, bet tomēr netiek zaudētas tiesības uz informāciju. Otrkārt, informācijas sniegšanas veidu ietekmē arī kritēriji, kas tiek izvirzīti sasniedzamajam mērķim, t.i., no vienas puses, lai pacienta gribas izteikums būtu spēkā; kā arī, no otras puses, lai pacients, kuram nav medicīniskās rīcībspējas, tiktu pēc iespējas informēts par jautājumiem saistībā ar viņa ārstniecību. Informācijas sniegšanas veidu pacientam nosaka ārstniecības persona. Tas pamatojams ar to, ka tiek izdalītas ārsta profesionālās pamatfunkcijas tiesiskajās attiecībās ar pacientu: 1) diagnozes noteikšana; 2) padoma sniegšana; 3) pacienta ārstniecība<sup>575</sup>, no kurienes izriet arī ārsta pienākums sniegt informāciju pacientam. Līdz ar to secināms, ka ārstniecības personas izraudzītajam informācijas sniegšanas veidam ir jābūt tādām,

---

<sup>573</sup> Pacientu tiesību likuma 11.p.4.d. (par klīniskajiem pētījumiem), 12.p.1.d. (par ārstniecības iestādes (ārstniecības personas) līdzdalību klīniskās apmācības procesā).

<sup>574</sup> Klīniskie pētījumi tiek veikti tikai ar pacienta piekrišanu (Pacientu tiesību likuma 11.p.1.d.; Deklarācija par pacientu tiesību veicināšanu Eiropā (1994.gada 28.-30.marts). Grām.: Biomedicīnas ētika. Ķilkuts G., Mežinska S., Neiders I.u.c. Sast. V.Sīle. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2006, 207.-219.lpp. (3.10.pk.)); kā arī pacientam ir tiesības piekrist vai atteikties no dalības klīniskās apmācības procesā (Pacientu tiesību likuma 5.p.7.d., 12.p.2.d.).

<sup>575</sup> Lieta: Sidaway v. Board of Governors of the Bethlem Royal Hospital [1985] AC 871, [1985] 1 All ER 643 (Anglija). Grām.: Kennedy I., Grubb A. Medical law. London, Dublin, Edinburgh: Butterworths, 1994, p.173. Sk.: Ārstniecības likuma 37.p.1.d.

lai pacients saprastu viņam sniegto informāciju<sup>576</sup>, t.i., būtu informēts, pieļaujot pacientu sapratnes līmeņu atšķirības, bet ar nosacījumu, ka tiek sasniegts ar informācijas sniegšanu paredzētais mērķis.

Ārstniecības personai ir jākonstatē divi apstākļi, kas liecina, ka informācija ir sniegta pacientam saprotamā veidā. Pirmkārt, ārstniecības personai ir jāņem vērā konkrēta pacienta spēju saprast un tās iezīmes, līdz ar to, piemeklējot atbilstošāku individuālajam gadījumam informācijas sniegšanas veidu. Pacienta spēju saprast informāciju var ietekmēt divējādi kritēriji. No vienas puses, subjektīvi kritēriji, kas saistīti ar pašu konkrēto pacientu un kas izriet no paša pacienta personības. Latvijas normatīvajā regulējumā kā pacienta subjektīvie kritēriji tiek minēti pacienta: 1) vecums, 2) briedums, 3) pieredze<sup>577</sup>. Tomēr rodas šaubas, vai šo subjektīvo kritēriju uzskaitījums ir pietiekams. Pacienta veselības traucējumi ietekmē vai var ietekmēt pacienta spēju saprast informāciju. Pacienta psihisko traucējumu gadījumā iespējamās divējādas sekas attiecībā uz pacienta spēju saprast informāciju: 1) ārstniecības personai jāizvēlas atbilstošs informācijas sniegšanas veids, ņemot vērā psihisko traucējumu īpatnības, lai pacients faktiski saprastu informāciju; 2) pacientam psihisko traucējumu dēļ zaudējot medicīnisko rīcībspēju ārstniecībā, mainās informācijas sniegšanas mērķis, kur tomēr ārstniecības personai ir jāizvēlas tāds informācijas sniegšanas veids, lai pacients pēc iespējas saprastu sniegto informāciju<sup>578</sup>. Pacienta fiziskie traucējumi: 1) var būt par pamatu pacienta medicīniskai rīcībnespējai (piemēram, pacienta bezsamaņas stāvoklis), kas līdz ar to izslēdz iespēju sniegt pacientam informāciju; 2) var radīt šķēršļus informācijas sniegšanā pacientam, kur minētie šķēršļi ir novēršami, ārstniecības personai izvēloties atbilstošu informācijas sniegšanas veidu, jo pacienta veselības fiziskie traucējumi nerada pacienta rīcībnespēju šaurākā nozīmē<sup>579</sup>. Pie tam

---

<sup>576</sup> Normatīvajā regulējumā ir nostiprināts princips, ka informācija ir sniedzama pacientam saprotamā veidā (Pacientu tiesību likuma 4.p.5.d.). Netieši Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām 12.p.3.d. (Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām (2010.g.23.decembris). Pieejams: [www.sustento.lv/uploads/Konvencija/konvencija%20lv.doc](http://www.sustento.lv/uploads/Konvencija/konvencija%20lv.doc) [aplūkots 2011.gada.11.janvārī]).

<sup>577</sup> Pacientu tiesību likuma 4.p.5.d.

<sup>578</sup> Ungārijā ir noteikts, ka, sniedzot pacientam informāciju, ir jāņem vērā viņa prāta stāvoklis (Act on Health of Hungary (s.13(8))).

<sup>579</sup> Piem., Ungārijas normatīvajā regulējumā ir noteikts, ka nepieciešamības gadījumā ir pieaicināms zīmju valodas speciālists (Act on Health of Hungary (s.13(8))); Vācijā – ja pacients mutiski nevar sazināties ar ārstu, tad ir jānodrošina, lai pacients saprot sniegto informāciju (Deutschlands Patientencharta (Art.5)).

Personas fizisko traucējumu nozīmi informācijas sniegšanas veidā apliecina netieši arī kāda lieta. Kurlmēma persona pēc alkohola lietošanas amatniecības vidusskolas diskotēkā nokrita uz skolas pakāpieniem, sasitot galvu pret asfaltu un zaudējot samaņu. Policijas darbinieki, nesagaidot izsaukto neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādi, nogādāja personu uz policiju un ievietoja atskurbtuvē, un, noraidot arī vēlāk brigādes piedāvāto medicīnisko palīdzību. Personas stāvoklis pasliktinājās, tāpēc nākošās dienas otrajā pusē tika izsaukta neatliekamās medicīniskās palīdzības brigāde, kas nogādāja viņu uz slimnīcu, kur šī persona mira. Par nāves iemeslu tika atzīta smaga galvaskausa trauma, kas gūta, krītot uz skolas kāpnēm. Eiropas Cilvēktiesību tiesa atzina, ka policistu aizbraukšana no notikuma vietas, nesagaidot neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādes ierašanos, bija bezatbildīga; personai nevienā brīdī netika dota iespēja sniegt informāciju par viņas veselības stāvokli, jo tai tika atņemta vienīgā saziņas iespēja (piezīmju blociņš), savukārt uz viņas mēģinājumiem klauvēt pie atskurbtuves durvīm un sienām neviens nereaģēja; attiecīgi, Tiesa uzskatīja, ka nav ticis ievērots valsts pienākums nodrošināt pastiprinātu rūpību un aizsardzību personai ar īpašām vajadzībām, kā arī nodrošināt savlaicīgu medicīnisko palīdzību (Eiropas Cilvēktiesību tiesas 2010.gada 21.decembra spriedums lietā: Jasinskis v. Latvia appl.nr.45744/08. Pieejams: <http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/search.asp?skin=hudoc-en> [aplūkots 2011.gada.08.janvārī]).

ārstniecībā pacienta veselības traucējumi ir prioritāri ņemami vērā, izvērtējot pacienta spēju saprast informāciju. Pacientu tiesību likuma 4.panta piektajā daļā ir neskaidra pieeja attiecībā uz minēto aspektu, jo, no vienas puses, jebkuri subjektīvie kritēriji ņemami vērā, nosakot informācijas sniegšanas veidu, lai tas būtu pacientam saprotamā veidā; no otras puses, tomēr tiek sniegts atsevišķu kritēriju izsmelošs uzskaitījums, kas ir strīdīgs, jo tādējādi tiek ierobežots citu subjektīvo kritēriju pielietojums informācijas sniegšanas veida noteikšanā.

No otras puses, pacienta spēju saprast informāciju ietekmē arī objektīvi kritēriji, t.i., ārēju apstākļu, kādos atrodas pacients, ietekme. Viens no galvenajiem objektīvajiem kritērijiem ir medicīnas zināšanu trūkums pacientam, kas rada faktisko jeb materiālo nelīdztiesību pacienta un ārstniecības personas tiesiskajās attiecībās, pie tam, attīstoties medicīnai, ar tendenci palielināties minētajai nelīdztiesībai. Līdz ar to, ārstniecības personai, sniedzot informāciju pacientam, ir jārēķinās ar šo atšķirīgo zināšanu līmeni, kā arī, īpašu uzmanību pievēršot medicīnas terminu lietojumam<sup>580</sup>. Vēl viens objektīvs kritērijs ir valodas prasme, kas kļūst aizvien aktuālāka arī Latvijā, paplašinoties personu pārrobežu kustībai<sup>581</sup>. Līdz ar to ir secināms, ka ārstniecības personai, nosakot informācijas pacientam sniegšanas veidu, jāizvērtē pacienta spēja saprast informāciju, ņemot vērā gan subjektīvo, gan objektīvo kritēriju ietekmi uz to. Pie tam atbalstāms ir abstraktas metodes pielietojums<sup>582</sup> šo kritēriju noteikšanai normatīvajā regulējumā, sniedzot nepieciešamības gadījumā pieturas punktus, bet, izvairoties no izsmelōša ietekmes kritēriju uzskaitījuma, ņemot vērā dažādu iepriekš neprognozējamu nozīmīgu kritēriju ietekmes iespējamību ārstniecībā.

Otrkārt, pacienta informācijas sapratnes līmenis pēc tās sniegšanas, t.i., vai un cik daudz no informācijas pacients ir sapratis, liecina par to, vai informācijas sniegšanas veids ir pacientam saprotamā veidā. Pastāv divas pieejas minētā līmeņa konstatācijā: 1) ārstam saprātīgi ir jāpārlicinās, vai konkrētais pacients ir sapratis informāciju, nepieciešamības gadījumā izskaidrojot neskaidros jautājumus; 2) ir pietiekams, ja ārstniecības persona sniedza atbilstošu informācijas

---

88 gadus vecai pacientei ar redzes, dzirdes un asinsrites traucējumiem tika veikts acu izmeklējums, bet vājdzirdības dēļ paciente nespēja saprast ārsta teikto par izmeklējuma rezultātiem, tai skaitā, arī diagnozi. Paciente un viņas arī vājdzirdīgā meita lūdza ārstam sniegt minēto informāciju rakstveida formā, ko ārsts nedarīja. Tiesa norādīja, ka, izejot no ārstniecības līguma, ārstam ir pienākums sniegt informāciju pacientam saprotamā veidā (šajā gadījumā – rakstveida formā), jo pacients nav tikai objekts ārstniecības tiesiskajās attiecībās (Vācijas Federālās Konstitucionālās tiesas 2004.gada 18.novembra lēmums lietā Nr.BVerfG, 1 BvR 2315/04. Pieejams: [www.bundesverfassungsgericht.de](http://www.bundesverfassungsgericht.de) [aplūkots 2011.gada 11.aprīlī](26.-28.)).

<sup>580</sup> Lietojot medicīnas terminus pēc iespējas mazāk (Law of Georgia on the rights of patient (a.19); Law to provide for the safeguarding and protection of the patient's rights and for related matters of Cyprus (a.10(6))),

kā arī izskaidrojot tos (Pacientu tiesību likuma 4.p.5.d.; Law on the rights of patients and compensation of the damage to their health (Lithuania) (a.6(4)); Law of Georgia on the rights of patient (a.19); Deutschlands Patientencharta (Einleitung)).

<sup>581</sup> Ja persona nerunā vietējā valodā, tad (ārstniecības personai/iestādei) ir jānodrošina tulkojums (Piem., Deklarācija par pacientu tiesību veicināšanu Eiropā (1994.gada 28.-30.marts). Grām.: Biomedicīnas ētika. Ķilkuts G., Mežinska S., Neiders I.u.c. Sast. V.Sīle. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2006, 207.-219.lpp. (2.4.pk.); Act on Health of Hungary (s.13(8)); Schweizer Patienten-Charta (2 Teil Art.7)).

<sup>582</sup> Piem., ārstniecības personai ir jāņem vērā pacienta vai viņa vietnieka spēju saprast informāciju (Law of Georgia on the rights of patient (a.19))

vai pacienta situāciju, t.i., vecumu, briedumu, pieredzi u.c. apstākļus (Law on patients' rights of Denmark (a.7(3))).



apjomu tādā veidā, lai to saprastu vidusmēra pacients<sup>583</sup>. Izejot no Latvijas un citu valstu normatīvā regulējuma, secināms, ka netieši tiek atbalstīta individuālā pieeja<sup>584</sup>, t.i., ārstniecības personai saprātīgi ir jāpārlicinās, vai konkrētais pacients ir sapratis informāciju. Samērā rezervēta attieksme ir attiecībā uz otro pieeju, kas balstās uz hipotētisku vidusmēra, saprātīga pacienta institūtu, kas ir vairāk raksturīga anglo-amerikāņu tiesību loka valstu tiesu praksei<sup>585</sup>. Latvijas pieeja pamatojama ar to, ka pārsvaru gūst princips, ka „pacientam savs lēmums ir jābalsta uz patiesi esošas”<sup>586</sup> nevis prezumējami esošas informācijas pamata.

Tomēr ir konstatējams gadījums, kad apelācijas tiesu instance atzina, ka nav pierādījumu par to, ka ārstes sniegtā informācija pacientei nav bijusi saprotama, balstoties uz diviem apstākļiem: 1) pacientei ārstniecības laikā nav bijušas komunikēšanās problēmas ar ārsti; un 2) paciente atzinusi, ka viņai tobrīd nav bijis pamats izvirzīt kādas pretenzijas pret ārsti<sup>587</sup>. Ņemot vērā, ka pacientam nav nepieciešamo zināšanu ārstniecībā, visai apšaubāms, ka minētie apstākļi liecina, ka pacients ir sapratis vai sapratis pareizi sniegto informāciju. Tiesa minētajā gadījumā vairāk balstījās uz hipotētiska, saprātīga pacienta pieeju, jo lietā netika vērtēts, vai ārstniecības persona saprātīgi bija pārliecinājusies par konkrētā pacienta informācijas sapratni. Fiksējot ārstniecības personas pienākuma sniegt informācijas iznākumu, tas ļautu izvairīties no šādas lietas apstākļu strīdīgi vērtējamas interpretācijas.

Informācijas sniegšanas veidu ietekmē arī laika kritērijs, kad un cik ilgā laikposmā pirms vai pēc darbības ir sniedzama informācija pacientam. Brīdis, kad rodas ārstniecības personai pienākums sniegt informāciju pacientam, ir atkarīgs no sniedzamās informācijas rakstura (piemēram, informācija par ārstniecības pieejamību; ārstniecības personu identifikācijas informācija; par pacienta veselības stāvokli; par ārstniecības procesu; informācija par veikto

---

<sup>583</sup> Мотов В.В. Информированное согласие и добровольная психиатрическая госпитализация в США. Pieejams: <http://www.npar.ru/journal/2005/3/hospitalization.php> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

<sup>584</sup> Sk., piem.: Patientu tiesību likuma 4.p.5.d.; Patient's Rights Act of Israel (a.13(C)); Law on the rights of patients and compensation of the damage to their health (Lithuania) (a.6(4)); Act on Health of Hungary (s.13(1), (8)); Law on patients' rights of Denmark (a.7(3)); Law of Georgia on the rights of patient (a.18(1), 19); Law to provide for the safeguarding and protection of the patient's rights and for related matters of Cyprus (a.10(6), 11(1)); Deutschlands Patientencharta (Art.3, 5); Schweizer Patienten-Charta (2 Teil Art.4,7); Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан: Федеральный закон от 22 июля 1993 г. №5487-1 (ст.31) Grām.: Гурочкин Ю.Д., Дерягин Г.Б., Яценко Е.Ю. Медицинское право. Сборник нормативных актов. Москва: Экзамен, 2007, с.50, 51.; Patient's Bill of Rights (ASV, 1995) (a.2). Grām.: Timby B.K. Fundamental skills and concepts in patient care. Philadelphia: J.B.Lippincott Company, 1996, p.40.; Nürnberger Kodex (1997) (Art.1). Pieejams: <http://www.medizinundgewissen.de/archiv/kodex97.html> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā]; Patient's Rights Act of Norway (s.3-5(1),(2)).

<sup>585</sup> „Ārstis ir izpildījis savu pienākumu arī tad, ja ir veicis saprātīgus pūliņus informācijas sniegšanā, bet pacients ne ārsta vainas dēļ nespēja pilnībā apzināties šo informāciju” (Lieta: Canterbury v. Spence (1972) (ASV). Int.res.: Мотов В.В. Информированное согласие на психиатрическое лечение в США. Pieejams: <http://www.npar.ru/journal/2004/3/consent.php> [aplūkots 2010.gada 22.maijā]).

<sup>586</sup> Сальников В.П., Стеценко С.Г. Доктрина информированного согласия. Новая правовая мысль, 2002, nr.1, с.36-42. Pieejams:

<http://www.law.edu.ru/magazine/document.asp?magID=13&magNum=1&magYear=2002&articleID=1169577> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

<sup>587</sup> LR AT Senāta CD 2007.gada 26.septembra spried. lietā Nr.SKC-645.

ārstniecību), kur pacienta lēmuma pieņemšanas gadījumā, informācija ir sniedzama pirms minētā pacienta gribas izteikuma<sup>588</sup>. Rodas jautājums, cik ilgā laikposmā pirms gribas izteikuma ārstniecības personai ir jāsniedz informācija pacientam. Valstu vairākumā tiek pielietots abstrakts termins minētā laikposma apzīmēšanai<sup>589</sup>, lai gan, piemēram, Šveicē tiek noteikts arī konkrēti – vismaz 24 stundas pirms lēmuma pieņemšanas<sup>590</sup>. Ārstniecībā ir samērā problemātiski noteikt konkrētu termiņu, kurā ir sniedzama informācija pacientam pirms gribas izteikuma, it īpaši gadījumos, kad nepieciešama neatliekama pacienta ārstniecība. Tomēr ir atbalstāma vismaz abstraktu kopējo principu noteikšana šī laika posma konstatācijai, piemēram, saprātīgā termiņā pirms gribas izteikuma, izņemot neatliekamās gadījumus.

Informācijas sniegšanas veidu ietekmē arī pacientam sniedzamās informācijas raksturs. Pacientam labvēlīgas jeb pozitīvas informācijas gadījumā tas rada pacientam pozitīvas emocijas, kas ir nenoliedzami pacienta interesēs un parasti labvēlīgi ietekmē pacienta veselību, lai arī šajā gadījumā ir nepieciešama piesardzība no bīstami galējām emociju izpausmēm. Negatīva informācija var nelabvēlīgi ietekmēt pacienta veselību, kuras gadījumā ir nepieciešams īpaši pievērst uzmanību informācijas sniegšanas veidam, lai mazinātu minētās informācijas negatīvo ietekmi uz pacienta veselību. Tiek minēts, ka informācija noteiktos gadījumos ir sniedzama pacientam saudzīgā veidā<sup>591</sup>, norādot, ka praksē tas varētu izpausties divējādi: 1) dodot pacientam tikai mājienu; vai 2) jebkurā gadījumā pacientam atstājot cerību<sup>592</sup>. Pilnībā nevar piekrist šādai pieejai, jo, no vienas puses, nav atbalstāma neskaidras informācijas sniegšana pacientam, dodot tikai mājienu par noteiktiem informācijas aspektiem; no otras puses, nav pieļaujama nepatiesas informācijas sniegšana, kas rada pacientam nepamatotas cerības<sup>593</sup>, jo tas ietekmē arī daudzas citas tiesiskās attiecības, kurās ir vai var iesaistīties pacients kā tiesību subjekts, radot arī attiecīgas tiesiskās sekas.

---

<sup>588</sup> Pacientu tiesību likuma 6.p.1.d.

<sup>589</sup> Piem.: savlaicīgi (Pacientu tiesību likuma 1.p.2.d.2.pkts, 5.p.4.d.);

laicīgi (Deutschlands Patientencharta (Art.3,5)) (t.i., lai pacientam pirms gribas izteikuma paliek vēl atbilstošs pārdomu brīdis, bet ārstniecības steidzamības gadījumos jāizsver starp pacienta pašnoteikšanās tiesībām un ārstniecības personas palīdzības sniegšanas pienākumu (Austrijas Augstākās tiesas 2004.gada 13.februāra spriedums lietā Nr.7Ob15/04p Pieejams:

[http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Justiz&Dokumentnummer=JJT\\_20040213\\_OGH0002\\_0070OB00015\\_04P0000\\_000](http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Justiz&Dokumentnummer=JJT_20040213_OGH0002_0070OB00015_04P0000_000) [aplūkots 2010.gada 11.decembrī]);

pēc iespējas ātrāk (Patient's Rights Act of Israel (a.(13(C)));

tiklīdz iespējams (Law on patients' rights of Denmark (a.7(3))).

<sup>590</sup> Schweizer Patienten-Charta (2 Teil Art.7).

<sup>591</sup> Timby B.K. Fundamental skills and concepts in patient care. Philadelphia: J.B.Lippincott Company, 1996, p.39.

<sup>592</sup> Пищита А.Н., Житный М.В., Каменская Н.А. Правовые аспекты информационного обмена в медицине. Медицинское право, 2003, nr.1(1), c.21.

<sup>593</sup> Nav solāma izveseļošanās vai veiksmīgs operācijas iznākums (Law of Obligations Act of Estonia (§766(2); Deutschlands Patientencharta (Einleitung)).

Ārsts nevar solīt, ka izdosies ārstniecības pakalpojums. Bet literatūrā tiek norādīts, ka retos gadījumos tiek apmierinātas pacientu celtās prasības, ja pēc ārstniecības pakalpojuma nav gaidītais rezultāts (piem., pēc sterilizācijas iestājās pacientes grūtniecība) (McClellan F.M. Medical Malpractice: Law, Tactics and Ethics. Philadelphia: Temple University Press, 1994, p.37,38. Pieejams: <http://books.google.lv> [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā]). Tomēr šāda pieeja attiecināma uz gadījumiem, ja ārstniecības pakalpojums tika veikts nepienācīgi vai pacientam netika sniegta pilnīga informācija.

Tādēļ jāpiekrīt, ka informācija pacientam ir sniedzama neitrāli, objektīvi un lietišķi<sup>594</sup>, kā arī pēc iespējas saudzīgāk, detalizētāk un atbalstošāk, ja sniedzamās informācijas raksturs var radīt pacientam krasas emocionālas izpausmes, tādējādi būtiski ietekmējot pacienta veselību.

Rodas jautājums, vai informācijas sniegšanas veids ir atkarīgs arī no tā, kam informācija tiek sniegta – pacientam vai viņa vietniekam. Ja informācija tiek sniegta pacienta vietniekam, tad galvenais, lai viņš saprastu sniegto informāciju un pieņemtu lēmumu pacienta interesēs. Informācijas sniegšanas veida kopējie principi būtu attiecināmi arī uz minēto gadījumu, neparedzot būtiskas atšķirības. Vienīgi jāņem vērā tas apstāklis, ka starp vietnieku un ārstniecības personu nepastāv pacienta un ārstniecības personas tiesiskās attiecības. Līdz ar to informācijas sniegšanas veids var nebūt tiesiski tik niansēts (piemēram, pacienta vietniekam saudzīgā veidā), kas tomēr neizslēdz ārstniecības personas ētisko kritēriju ietekmi informācijas sniegšanas veida izvēlē pacienta vietniekam, lai tomēr tiktu sasniegts informācijas sniegšanas tiesiskais mērķis.

Latvijas normatīvajā regulējumā nav noteikts, kādā formā ir sniedzama informācija pacientam. Izejot no citu valstu pieejas, informācija pacientam galvenokārt tiek sniegta mutiski<sup>595</sup>. Ja pacients objektīvu apstākļu dēļ nespēj sazināties mutiski ar ārstniecības personu, tad ir jānodrošina alternatīvs saziņas veids (piemēram, pieaicinot zīmju valodas speciālistu<sup>596</sup>). Informācijas sniegšanas pacientam rakstiska forma būtu izmantojama tad, ja to pieprasa kāda no tiesisko attiecību pusēm: no vienas puses, pacients<sup>597</sup>, ja tas ir viņa interesēs (piemēram, ja tiek saņemta informācija par sarežģītu paredzamo invazīvo iejaukšanos); kā arī, no otras puses, pēc ārstniecības personas pieprasījuma (piemēram, lai fiksētu, kāda informācija tikusi sniegta pacientam). Tādējādi atsevišķos gadījumos ir atbalstāma arī pastiprinātas, t.i., rakstiskas, formas izmantošana informācijas sniegšanā pacientam, ja tas objektīvi nepieciešams kādas puses tiesiskajai aizsardzībai.

Attīstoties tehniskajām iespējām, vēl viena no informācijas sniegšanas formām ir, izmantojot telekomunikācijas līdzekļus vai sarakstes veidā. Latvijas normatīvajā regulējumā ir noteikts, ka minēto līdzekļu izmantošana nav pieļaujama pacienta ārstniecībā<sup>598</sup>. Analizējot pacienta ārstniecības saikni ar informācijas sniegšanas formu pacientam, jāsecina, ka, no vienas puses, nav speciālas atrunas par minēto līdzekļu izmantojuma aizliegumu informācijas sniegšanā. Bet tā kā šis aizliegums attiecas uz pacienta ārstniecību kopumā, tad nav izslēgts, ka tas attiecināms arī uz

<sup>594</sup> Einsicht und Information Ergebnisse des Bremer Diskussionsforums „Charta der Patientenrechte“ (Institut für Gesundheits- und Medizinrecht). Pieejams: <http://www.datenschutz-bremen.de/pdf/Patientenrechte.pdf> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

<sup>595</sup> Sk., piem.: Deutschlands Patientencharta (Art.5); Schweizer Patienten-Charta (2 Teil Art.7).

<sup>596</sup> Act on Health of Hungary (s.13(8)).

<sup>597</sup> Law of Obligations Act of Estonia (§766(1)).

<sup>598</sup> Prakses ārsts nedrīkst veikt ārstēšanu ar masu saziņas un telekomunikācijas līdzekļu starpniecību vai sarakstes veidā (likuma „Par prakses ārstiem” 6.p.).

Šis ārstniecības formās pielietojuma princips ir tulkojams paplašināti, attiecinot to ne tikai sašaurināti – uz prakses ārstiem, bet uz visām ārstniecības personām, ja tiek veikta pacienta ārstniecība.

informācijas sniegšanas formas izvēli ārstniecībā. No otras puses, attīstās telemedicīnas ideja, kur pacienta ārstniecībā, kā arī informācijas sniegšanā pacientam, tiek izmantoti telekomunikācijas līdzekļi. Līdz ar to secināms, ka nākotnē ar telemedicīnas attīstību ir iespējama pieejas maiņa arī attiecībā uz informācijas sniegšanas formu pacientam, pieļaujot un paplašinot telekomunikācijas līdzekļu izmantošanu, kur tomēr personiskai mutiskai sarunai ir jābūt primārai pacienta un ārstniecības personas tiesiskajās attiecībās, sniedzot informāciju pacientam.

Likumā netiek noteikta prasība fiksēt tieši un vienmēr ārstniecības personas/iestādes sniegtās informācijas saņemšanu. Pabeidzot informācijas sniegšanu pacientam, būtu nepieciešams fiksēt ārstniecības personas pienākuma sniegt informāciju iznākumu (rezultātu). No vienas puses, tas ir ārstniecības personas/iestādes interesēs, jo tādējādi tiktu apliecināta to pienākuma sniegt informāciju izpilde. No otras puses, arī pacienta interesēs ir fiksēt informācijas saņemšanu, it īpaši attiecībā uz tās apjomu. Rodas jautājums, kādā formā būtu fiksējama informācijas saņemšana. Universālā forma būtu ietvert pacienta apliecinājumu par saņemto informāciju, tās apjomu rakstveida formā, ko pacients arī parakstītu. Tas būtu iespējams tajos gadījumos, ja informācija pacientam tiek sniegta rakstveidā. Pārējos gadījumos to būtu lietderīgi sasaistīt ar pacienta gribas izteikuma formu.

Piekrīst ārstniecībai, pacients var: 1) mutiski vai ar konkludentajām darbībām<sup>599</sup> - tādā gadījumā ir prezumējama normatīvajos aktos noteiktā minētā informācijas apjoma saņemšana pacientam; 2) rakstveidā, ja to pieprasa pacients vai ārstējošais ārsts<sup>600</sup> - tādā gadījumā rakstveidā tiek fiksēta arī informācijas saņemšana. Bet šāda pieeja neder, ja pacients, piekrītot ārstniecībai, atsakās jebkurā formā no informācijas saņemšanas<sup>601</sup>. Tomēr tiesiskās stabilitātes un skaidrības aspektā ir atbalstāma pastiprinātas formas prasības, ja pacients, piekrītot ārstniecībai, atsakās no informācijas, kas būtu fiksējama rakstveidā. Pacients atteikties no ārstniecības var rakstveidā, kur iespējami divi varianti: 1) šajā atteikuma formā tiek izdarīta norāde par informācijas saņemšanu<sup>602</sup>; 2) pacients, atsakoties no ārstniecības, var tomēr atteikties arī no informācijas saņemšanas<sup>603</sup>, kas būtu apliecināms rakstveidā, veicot attiecīgu norādi. Pacientam atsakoties rakstveidā apliecināt atteikumu no ārstniecības, ārstējošais ārsts pieaicina divus pilngadīgus, rīcībspējīgus lieciniekus, kas ar savu parakstu apliecina pacienta gribas izteikumu, t.i., atteikumu<sup>604</sup>. Šajā gadījumā lieciniekiem būtu jāapliecina arī fakts saistībā ar informācijas saņemšanu – vai pacients saņēma informāciju, vai pacients atteicās no informācijas saņemšanas. Secināms, ka ir nepieciešams fiksēt arī informācijas sniegšanas pacientam iznākumu, t.i., informācijas saņemšanu, precizējot

<sup>599</sup> Pacientu tiesību likuma 6.p.1.d.

<sup>600</sup> Pacientu tiesību likuma 6.p.2., 3.d.

<sup>601</sup> Pacientu tiesību likuma 4.p.8.d.

<sup>602</sup> Pacientu tiesību likuma 6.p.5.d.

<sup>603</sup> Pacientu tiesību likuma 4.p.8.d.

<sup>604</sup> Pacientu tiesību likuma 6.p.6.d.

normatīvajā regulējumā formas prasības minētajam apliecinājumam, sasaistot to arī ar pacienta gribas izteikuma formu.

Pacientam normatīvajā regulējumā ir paredzētas tiesības uzdot jautājumus ārstniecības personai<sup>605</sup>. Pacients, izmantojot minētās tiesības, no vienas puses, var precizēt viņam sniegto informāciju; no otras puses, var paplašināt likumā noteikto sniedzamās informācijas apjomu, ja pēc pacienta ieskata tas ir nepieciešams. Ja pacients realizē tiesības uzdot jautājumus un saņemt atbildes, tad ārstniecības personai līdz ar to rodas pienākums sniegt atbildes pacientam. Pie tam minētās pacienta tiesības nav ierobežojamas<sup>606</sup>, pastāvot tiesiskajām attiecībām starp pacientu un ārstniecības personu/iestādi.

Likumā iespējams konstatēt informācijas par pacienta veselības stāvokli saturiskos elementus (ārstniecības mērķis, saturs, sekas, riski), bet netiek norādīts, kā ir nosakāms minētās informācijas apjoms, t.i., cik daudz informācijas ir jāsniedz pacientam. Normatīvajā regulējumā nav iestrādāta kompleksa pieeja informācijas sniegšanas veida noteikšanā, tādējādi nepietiekami aizsargājot pacienta gribu.

### **3.3. Pacienta informācijas tiesiskā aizsardzība**

Bez informācijas pacientam pastāv vēl divi informācijas aprites virzieni, kas ir konstatējami pacienta ārstniecībā, t.i., informācija, kas tiek saņemta no pacienta<sup>607</sup>; un informācija par pacientu, kas sniegta noteiktām personām un institūcijām<sup>608</sup>. Šiem diviem virzieniem ir gan kopīgas, gan atšķirīgas iezīmes. Kopīgs abos veidos ir informācijas saturs, t.i., informācija par pacientu. Savukārt atšķirīgs šajos veidos ir vai var būt: 1) informācijas avots; 2) informācijas saņēmējs; 3) informācijas sniegšanas mērķis; 4) sniegtās informācijas apjoms. Līdz ar to nepieciešams veikt sīkāku abu informācijas aprites veidu tiesisko analīzi, kur informācijas izpaušana var notikt ar vai bez, vai pret pacienta gribu, tādēļ nozīmīgi izvērtēt pacienta informācijas tiesiskās aizsardzības aspektus.

Ņemot vērā, ka ārstniecības pakalpojums raksturojas ar to, ka nepieciešama aktīva pacienta līdzdalība ārstniecībā, tad pacientam ir pienākums sniegt arī noteiktu informāciju. Pirmkārt,

---

<sup>605</sup> Pacientam tiesības pirms informētās piekrišanas došanas uzdot jautājumus un saņemt atbildes (Pacientu tiesību likuma 6.p.1.d.).

<sup>606</sup> Latvijas normatīvajā regulējumā uz šo brīdi ir noteiktas ierobežotas pacienta tiesības uzdot jautājumus, kur ierobežojums saistīts, pirmkārt, ar laika kritēriju (t.i., pirms lēmuma pieņemšanas. Bet, piem., Vācijā, Šveicē minētās pacienta tiesības ir visā pacienta un ārstniecības personas tiesisko attiecību laikā (Deutschlands Patientencharta (Art.5); Schweizer Patienten-Charta (2 Teil Art.7)); otrkārt, ar pacienta lēmuma veidu (t.i., pirms informētās piekrišanas došanas). Šādu iespējamo ierobežojumu pastāvēšana nav atbalstāma, līdz ar to ir nepieciešams precizēt pacienta tiesības uzdot jautājumus un saņemt atbildes un to formulējumu likumā.

<sup>607</sup> Pacientu tiesību likuma 15.p.2.,4.d.

<sup>608</sup> Pacientu tiesību likuma 10.p.2.,4.,5.d.

pacientam ir jāsniedz identifikācijas informācija<sup>609</sup>, kas nepieciešama ārstniecības personas/iestādes administratīvo funkciju veikšanai; tostarp, ārstniecības finansējuma nodrošināšanai, ja pacienta ārstniecība pilnībā vai daļēji tiek apmaksāta no valsts līdzekļiem.

Otrkārt, pacientam ir jāsniedz informācija, kas saistīta ar viņa veselības stāvokli,<sup>610</sup> pēc iespējas atbilstošākai pacienta ārstniecības veikšanai. Ņemot vērā, ka pacientam nav speciālās izglītības medicīnā, līdz ar to arī medicīnisko zināšanu, tādēļ nepastāv absolūts minētais pienākums, bet tas tiek ierobežots ar individuālajām pacienta spējām un zināšanām<sup>611</sup>. Tiesiskā nozīme attiecībā uz minēto aspektu rodas tad, ja pastāv strīds par ārstniecības personas veiktu neatbilstošu ārstniecību. Ja pacienta rīcībā bija nozīmīga informācija, kuras nesniegšana būtiski ietekmēja pacienta ārstniecību (piemēram, informācija par pacienta alerģiju uz noteiktiem medikamentiem), tad pacientam var rasties pienākums uzņemties daļēju atbildību par nodarīto kaitējumu veselībai. Strīdīgi, kā noteikt, vai pacientam bija jāzina minētā informācija, bija jāapzinās informācijas sniegšanas pienākums un līdz ar to bija jāsniedz informācija ārstniecības personai. Šajā gadījumā iespējamās divas pieejas – 1) individuālā, izejot no konkrēta pacienta spējām un zināšanām; domājams, šāda pieeja tiek atbalstīta Latvijas normatīvajā regulējumā; 2) vidusmēra (hipotētiska) pacienta pieeja, kur prezumējamas pacientam saprātīgas spējas un zināšanas, kamēr netiek pierādīts pretējais.

Treškārt, izvērtējams, vai nav noteikts pacientam pienākums sniegt informāciju ārstniecības personai/iestādei par pacienta rīcībspēju un iespējamajiem pacienta vietniekiem<sup>612</sup>. Apšaubāms, vai pacientam ekskluzīvi ir uzticams pienākums sniegt informāciju par savu rīcībspēju ārstniecības personai/iestādei, izejot no tā, cik ticama un tiesiska būtu minētā informācija, jo balstītos tikai uz pacienta apgalvojumu, un vai pacients vienmēr spēs sniegt šo informāciju, ņemot vērā ārstniecības specifiku. Rodas jautājums, kur ārstniecības persona var iegūt informāciju par pacienta rīcībspēju, nepastāvot valstī vienotam un pilnīgam fizisko personu rīcībspējas reģistram<sup>613</sup>.

---

<sup>609</sup> Personai, reģistrējoties ārstniecības iestādē vai saņemot ārstniecību, ir pienākums uzrādīt personu apliecinošu dokumentu, izņemot neatliekamo medicīnisko palīdzību, kad pacients nespēj to izdarīt veselības stāvokļa dēļ; uzrāda minēto dokumentu, tiklīdz tas ir iespējams (Pacientu tiesību likuma 15.p.4.d.; kā arī, piem.: Act on Health of Hungary (s.26(2)h); Law of Obligations Act of Estonia (§764)).

<sup>610</sup> Pacienta tiesību likuma 15.p.2.d.; Law of Obligations Act of Estonia (§764); Act on Health of Hungary (s.26(2) a-f); Patient's Bill of Rights (ASV, 1995) (a.12). Grām.: Timby B.K. Fundamental skills and concepts in patient care. Philadelphia: J.B.Lippincott Company, 1996, p.40.

<sup>611</sup> Pacientu tiesību likuma 15.p.2.d.; Act on Health of Hungary (s.26(2)); Law of Obligations Act of Estonia (§764).

<sup>612</sup> Netieši Pacientu tiesību likuma 15.p.2.d.1.,3.pkts.

<sup>613</sup> Iedzīvotāju reģistrā iekļaujamās ziņas par personas rīcībspēju un personas vietniekiem ir nepietiekamas ārstniecībai, jo:

1) tiek reģistrēti tikai fakts par personas atzīšanu par rīcībnespējīgu vai atzīšanu par rīcībspējīgu, nenosakot personas rīcībspējas apjomu (Iedzīvotāju reģistra likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 1998. 10.septembris, nr.261/264 (10.p.1.d.23.pk.)), kas ir nozīmīgi daļējas rīcībspējas gadījumā;

2) nav iegūstamas ziņas par visiem pacienta iespējamajiem vietniekiem: a) ārstniecībā ir paplašināts pacienta likumisko vietnieku loks, bet reģistrā tiek iekļautas ziņas tikai par personas laulāto, bērniem līdz 18 gadu vecumam (ja neveic papildus reģistrāciju), vecākiem, aizbildni, aizgādni (Iedzīvotāju reģistra likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 1998.

Pie tam ārstniecībā var būt apstākļi, kas ietekmē rīcībspējīga pacienta gribas izteikuma spēku. Līdz ar to vēlreiz jānonāk pie secinājuma, ka ārstu konsilijs ir tiesīgs lemt par pacienta medicīnisko rīcībspēju ārstniecībā, ņemot vērā ārstniecības raksturu un tās ietekmi uz pacientu.

Likumā pacientam ir noteikts pienākums sniegt informāciju ārstniecības iestādei tikai par pacienta līgumisko vietnieku<sup>614</sup>. Rodas jautājums, kādas ir tiesiskās sekas, ja patients neizpilda minēto pienākumu – vai neziņošana tādā gadījumā atceļ pacienta līgumiskā vietnieka pilnvarojumu<sup>615</sup>. No vienas puses, pilnvarojuma līguma normatīvajā regulējumā netiek paredzēts šāds minētā līguma izbeigšanās pamats<sup>616</sup>, kā arī pienākums papildus informēt trešās personas par pilnvarojuma līguma noslēgšanu<sup>617</sup>. No otras puses, speciālajās tiesību normās iekļauts šāds pacienta pienākums, bet, nenosakot minētā pacienta pienākuma neizpildes tiesiskās sekas. Strīdīgi, vai minētā prasība neaizskar pacienta intereses, zināmā veidā ierobežojot pacienta gribu. Secināms, ka pacientam ir jāinformē ārstniecības iestāde par pacienta līgumisko vietnieku, kas sekmētu pacienta ārstniecību, bet minētā pacienta pienākuma neizpilde neietekmē pacienta līgumiskās vietniecības tiesisko spēku.

Pacienta un ārstniecības personas/iestādes tiesiskās attiecības pieder pie to tiesisko attiecību kategorijas, kurai raksturīgs konfidencialitātes princips attiecībā pret trešajām personām. Šis princips ir izcēlies un bāzējas ētiskas dabas pienākumā<sup>618</sup>, kurš, samērā minimāli transformējot, tika iekļauts normatīvajā regulējumā. Izejot no dabiskajām tiesībām, mūsdienās tiek atzīts personas privātautonomijas princips, kas ir privāto tiesību viena no centrālajām idejām<sup>619</sup>, piemēram, tiek aizsargātas personas neatņemamās tiesības kā cilvēka personības cieņas atzīšana, kas ir prioritārākas par valsts varu<sup>620</sup>. Tādējādi tiesību sistēmas centrā ir cilvēks, kur viņa cieņas ievērošana raksturo mūsdienu tiesību attieksmi pret indivīdu, kur arī pacienta cieņas aizsardzība ārstniecībā tiek izvirzīta kā viens no galvenajiem principiem<sup>621</sup>.

---

10.septembris, nr.261/264 (10.p.1.d.18.,21.,22.,32.pk., 10.p.3.d.)); b) netiek reģistrēts pacienta līgumiskais vietnieks un viņa pilnvarojuma apjoms.

<sup>614</sup> Pacientu tiesību likuma 6.p.7.d.

<sup>615</sup> Sk.: Pacientu tiesību likuma 7.p.7.d.

<sup>616</sup> Sk., CL 2312.p.

<sup>617</sup> Sk., CL 2294., 1515.p.

<sup>618</sup> Hipokrāts. Hipokrāta zvērests. Pieejams: [http://www.mfd.lv/lv/book/hipokratavzverests\\_lv.htm](http://www.mfd.lv/lv/book/hipokratavzverests_lv.htm) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

<sup>619</sup> Horns N. Ievads tiesību zinātnē un tiesību filozofijā. Likums un Tiesības, 1999, nr.3, 73.lpp.

<sup>620</sup> Нерсеянц В.С. Философия права. Учебник для вузов. Институт государства и права Российской академии наук, Академический правовой университет. 2-е изд. Москва: Норма, 2006, с.798; Алексеев С.С. Философия права. Москва: Норма, 1999, с.113, 129; Невважай И.Д. О соотношении естественного и позитивного права. Pieejams: <http://www.law.edu.ru/article/article.asp?articleID=152264> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā]; Brett A. Natural right and civil community: the civil philosophy of Hugo Grotius. Pieejams: <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=100443> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā]; Okra J. Is there a natural right to private property? Pieejams: <http://journal.ilovephilosophy.com/Article/Is-there-a-natural-right-to-private-property-/1129> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

<sup>621</sup> Eiropas Ekonomikas un sociālo lietu komitejas atzinums par tematu Pacienta tiesības. (3.4., 3.4.1., 3.4.1.1.pk.) (Brisele, 26.09.2007.) Pieejams: <http://eur->

Izvērtējams, kādi ir konfidencialitātes izpausmes virzieni ārstniecībā. Izejot no cilvēka cieņas aizsardzības, pacienta konfidencialitāte attiecas uz: 1) personas datiem; 2) cilvēka ķermeņa matēriju, no kuras var iegūt identificējošus datus; 3) privāto dzīvi aizsargājošiem apstākļiem<sup>622</sup> (piemēram, pacienta pārbaužu laikā<sup>623</sup>). Tādējādi informācija par pacientu tiek aizsargāta plašākā nozīmē, paredzot ne tikai pašas informācijas aizsardzību, bet izvērtējot arī blakus apstākļu ietekmi, kas var sekmēt minētās informācijas izplatību.

Vērtējot informācijas par pacientu konfidencialitātes raksturu, jāpiekrīt viedoklim, ka tā ir objektīvi tiesiska prasība, neatkarīgi no tās iekļaušanas līgumā<sup>624</sup>. Šis konfidencialitātes princips tiek noteikts normatīvajā regulējumā. Tomēr pastāv divējāda pieeja konfidencialitātes principa noteikšanai: 1) pragmatiskā – kas, balstoties uz likumu, informācijas konfidencialitātes pārkāpumu uzskata par līguma laušanu (pārkāpumu); 2) elastīgā – kur informācijas konfidencialitātes princips tiek interpretēts no līguma kā netieši izteikts plašāks pienākums<sup>625</sup>. Domājams, ka Latvijas tiesību sistēma balstās uz pragmatisko pieeju. Pie tam, ņemot vērā to, ka pacients var dot piekrišanu minētās informācijas izpaušanai<sup>626</sup>, bet ārstniecības personai/iestādei šādas tiesības netiek paredzētas, tad attiecībā uz pacientu tā ir relatīvi imperatīva norma, savukārt attiecībā uz ārstniecības personu/iestādi – absolūti imperatīva norma, izejot no tiesisko attiecību dalībnieku gribas kritērija.

Izvērtējams, vai iespējams noteikt informācijas par pacientu konfidencialitātes nodibināšanās un izbeigšanās brīdi attiecībā uz konkrētu pacientu. Tiek pausts viedoklis, ka minētais konfidencialitātes princips nodibinās ar brīdi, kad otrai pusei kļūst zināma konfidenciala

---

lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2008:010:0067:01:LV:HTML [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā]; Timby B.K. Fundamental skills and concepts in patient care. Philadelphia: J.B.Lippincott Company, 1996, p.32.

Sk., piem.: Deklarācija par pacientu tiesību veicināšanu Eiropā (1994.gada 28.-30.marts). Grām.: Biomedicīnas ētika. Ķilkuts G., Mežinska S., Neiders I.u.c. Sast. V.Sīle. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2006, 207.-219.lpp. (4.6., 4.7., 5.8.pk.); Biokonvencija 1., 10.1.p.; Schweizer Patienten-Charta (2 Teil Art.9); Patient's Bill of Rights (ASV, 1995) (a.5). Grām.: Timby B.K. Fundamental skills and concepts in patient care. Philadelphia: J.B.Lippincott Company, 1996, p.40.; Law on the rights of patients and compensation of the damage to their health (Lithuania) (a.3.2.,10.1.); Act on Health of Hungary (s.10(1)); Patient's Rights Act of Israel (a.(10(A))); Law of Georgia on the rights of patient (a.15); Law to provide for the safeguarding and protection of the patient's rights and for related matters of Cyprus (a.5(1), 16(2)).

<sup>622</sup> Deklarācija par pacientu tiesību veicināšanu Eiropā (1994.gada 28.-30.marts). Grām.: Biomedicīnas ētika. Ķilkuts G., Mežinska S., Neiders I.u.c. Sast. V.Sīle. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2006, 207.-219.lpp. (4.3., 4.8.pk.).

<sup>623</sup> Piem., ārstniecībā prasība izģērbties citu personu priekšā ir iejaukšanās pacienta privātajā dzīvē, tāpēc, lai šo iejaukšanos uzskatītu par attaisnotu, ir jāievēro trīs nosacījumi: 1) prasībai jābūt noteiktai ar likumu (personai var prasīt izģērbties, ja nepieciešama objektīva personas veselības stāvokļa izvērtēšana, kas ir arī pašas personas interesēs); 2) prasībai jābūt nepieciešamai demokrātiskā sabiedrībā; 3) stingri jāievēro procedūra (process) (Sk.: LR AT Senāta AD 2007.g. 04.janvāra spried. lietā Nr.SKA-14/2007. Pieejams: www.at.gov.lv [aplūkots 2010.gada 11.decembrī] (21.,22.pk.)).

<sup>624</sup> Романовский Г.Б. Право на врачебную тайну в системе прав пациента. Pieejams: www.med-law.ru [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

<sup>625</sup> Kennedy I., Grubb A. Medical law. London, Dublin, Edinburgh: Butterworths, 1994, p.637.

<sup>626</sup> Pacientu tiesību likuma 10.p.2.d.



informācija, un apstākļos, kad otra puse zina, ka minētā informācija ir konfidenciāla<sup>627</sup>. Tāpat konfidencialitātes pienākuma rašanās brīdis netiek strikti piesaistīts līguma noslēgšanas brīdim. Latvijas normatīvajā regulējumā netiek sniegta tik viennozīmīga pieeja. Pēc vispārīgā principa tiesības un pienākumi rodas tikai pēc līguma noslēgšanas<sup>628</sup>, no kurienes būtu secināms, ka līdz tiesisko attiecību nodibināšanai nav konfidencialitātes pienākuma. Tomēr zinātniskajā literatūrā šāda pieeja netiek atzīta par atbilstošu un tiek norādīts, ka līdz normatīvo aktu grozījumu veikšanai ir jāvadās no labas ticības principa (Civillikuma 1.p.), jo pusēm ir tiesības paļauties, ka izpaustā informācija pirms līguma noslēgšanas netiks atklāta trešajām personām<sup>629</sup>. Līdz ar to ir secināms, ka informācijas par pacientu konfidencialitātes pienākums rodas ar brīdi, kad ar minēto pienākumu saistītais tiesību subjekts, pildot savus profesionālos vai citus darba pienākumus, iegūst konfidenciālo informāciju, nesaistot to strikti tikai ar līguma noslēgšanas brīdi.

Pēc informācijas par pacientu konfidencialitātes pienākuma nodibināšanās, šim pienākumam konstatējamas absolūta rakstura iezīmes. No vienas puses, informācija par pacientu nav izpaužama arī pēc pacienta nāves<sup>630</sup>. Pieeja pamatojama ar to, ka cilvēka cieņa neizbeidzas ar nāvi, kur nepieciešama cieņas aizsardzība arī pēc personas (pacienta) nāves<sup>631</sup>, pie tam, nenosakot vispār cilvēka cieņas izbeigšanās iespējamību. No otras puses, nav pieļaujami cilvēka cieņas un tās

---

<sup>627</sup> Lieta: A-G v. Guardian Newspapers (No2) (1988) 3 All ER 545 at 658 (Lord Goff) (Anglija). Grām.: Kennedy I., Grubb A. Medical law. London, Dublin, Edinburgh: Butterworths, 1994, p.638.

Arī ārsta prakses pārņēmējam ir klusēšanas pienākums (Vācijas Federālās Konstitucionālās tiesas 1972.gada 08.marta spried. lietā Nr.BVerfGE 32, 373. Ärztliche Schweigepflicht. Pieejams: <http://sorminiserv.unibe.ch:8080/tools/ainfo.exe?Command=ShowPrintText&Name=bv032373> [aplūkots 2011.gada 11.aprīlī]).

<sup>628</sup> Sk., CL 1533.-1541.p.

<sup>629</sup> Sk., Torgāns K. „Eiropas tiesību principi” un Latvijas civiltiesības. Latvijas Zinātņu Akadēmijas Vēstis, 2002, nr.4./5./6, 34.-41.lpp.; Contract Law: casebooks on the common law of Europe. Beale H., Hartkamp A., Kotz H., Tallon D. Oxford and Portland: Hart Publishing, 2002, p.287,288,290.

Balstoties uz Civillikuma 1.pant, tiesību subjektam, izlietojot tiesību un pildot pienākumu, jārēķinās arī ar dibinātu uzticību (Krons M. Civillikuma pirmais pants. Tieslietu Ministrijas Vēstnesis, 1937, nr.2, 294.lpp.).

Netieši šī pieeja ir konstatējama arī ārstniecības normatīvajā regulējumā – no vienas puses, tiek noteikta pacienta datu aizsardzība (Pacientu tiesību likuma 10.p.); no otras puses, pacients ir arī persona, kas tikai vēl vēršas pēc ārstniecības pakalpojumiem (Ārstniecības likuma 1.p.11.pk.). Tāpat persona arī līdz tiesisko attiecību ar ārstniecības personu/iestādi nodibināšanai būtu uzskatāma par pacientu, uz kuru ir attiecināms ārstniecības personas/iestādes konfidencialitātes pienākums.

<sup>630</sup> Pacientu tiesību likuma 10.p.3.d.; Law on patients' rights of Denmark (a.28(1)); Law of Georgia on the rights of patient (a.27) ; Law on the rights of patients and compensation of the damage to their health (Lithuania) (a.10.2.); Law to provide for the safeguarding and protection of the patient's rights and for related matters of Cyprus (a.15(1)(a)); Deklarācija par pacientu tiesību veicināšanu Eiropā (1994.gada 28.-30.marts). Grām.: Biomedicīnas ētika. Ķilkuts G., Mežinska S., Neiders I.u.c. Sast. V.Sīle. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2006, 207.-219.lpp. (4.1.pk.); Kennedy I., Grubb A. Medical law. London, Dublin, Edinburgh: Butterworths, 1994, p.643.

„(...) Ja man ārstējot vai neārstējot gadītos redzēt vai dzirdēt par cilvēku dzīvi kaut ko, kas nevienam nebūtu jāzina, es par to klusēšu un, glabājot noslēpumu, nekad nevienam to neteikšu. (...)”Hipokrāts. Hipokrāta zvērests. Pieejams: [http://www.mfd.lv/lv/book/hipokratavzverests\\_lv.htm](http://www.mfd.lv/lv/book/hipokratavzverests_lv.htm) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

<sup>631</sup> Eiropas Ekonomikas un sociālo lietu komitejas atzinums par tematu Pacienta tiesības (3.4.1.7.pk.) (Brisele, 26.09.2007.) Pieejams: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2008:010:0067:01:LV:HTML> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā]; Vācijas Federālās Konstitucionālās tiesas 1971.gada spriedums lietā Nr.BVerfGE 30, 173. Mephisto. Grām.: Vildbergs H.J., Feldhūne G. Atsauces Satversmei. Rīga: Latvijas Universitāte, 2003, 114.lpp.; Baumgarten M.O. The Right to Die? Bern, Berlin, Bruxelles, Frankfurt am Main, New York, Oxford, Wien: Peter Lang, 2000, S.66,68,87.

aizsardzības pārtraukumi cilvēka dzīves laikā<sup>632</sup>. Pacienta informācijas konfidencialitātes pienākums turpinās arī pēc profesionālo vai citu darba pienākumu izbeigšanas<sup>633</sup>. Tātad pēc informācijas par pacientu konfidencialitātes pienākuma nodibināšanās, šim pienākumam ir absolūts raksturs – neparedzot minētā pienākuma pārtraukumus un izbeigšanos.

Strīdīgi, kāds ir informācijas par pacientu apjoms, uz kuru attiecināms konfidencialitātes princips. Pirmkārt, tiek pielietota samērā abstrakta metode šī apjoma noteikšanai – informācija, kas attiecas uz identificētu vai identificējamu pacientu<sup>634</sup>. No vienas puses, šādas metodes pielietojums ir vērtējams pozitīvi, jo tādā veidā tiek aptverts samērā plašs informācijas apjoms, kas gan uzliek par pienākumu aizsargāt šo informāciju, gan arī vienkāršo tiesību normas piemērošanu konkrētajā gadījumā. No otras puses, rodas jautājums, vai šādi tiek paredzēta visa informācija, kura būtu aizsargājama ārstniecībā. Otrkārt, ir aizliegta sensitīvo personas datu, t.i., no pacienta viedokļa informācijas par personas veselību, apstrāde<sup>635</sup>. Savukārt kā ierobežotas pieejamības informācija tiek minēta informācija par fiziskās personas privāto dzīvi<sup>636</sup>. Līdz ar to ir konstatējamas niansētas atšķirības minētā apjoma noteikšanā dažādos normatīvajos aktos. Ārstniecībā ir atbalstāms abstraktas metodes pielietojums informācijas par pacientu apjoma noteikšanā, tomēr ir nepieciešams sniegt galvenos punktus minētā apjoma robežu noteikšanai.

Informācijas par pacientu apjomā ir jāsaprot arī tāda informācija, kas netieši attiecas uz pacientu. Hipokrāta zvērestā informācijas par pacientu apjoms tika noteikts samērā plašs<sup>637</sup>, pie tam minētajā apjomā bija iekļaujama informācija, kas netieši attiecās uz pacientu (piemēram, radnieku privātās dzīves aspekti). Līdzīga pieeja bija arī Ārstniecības likuma 50.pantā<sup>638</sup>, kur minētajā apjomā tika paredzēta informācija: 1) par pacienta ārstēšanu, diagnozi, prognozi; 2) par pacienta un viņa tuvāko radnieku privāto dzīvi. No vienas puses, pacienta radnieku privātā dzīve neattiecas uz pacientu, līdz ar ko it kā nebūtu tiesiska pamata iekļaut minēto informāciju pacienta aizsargājamās informācijas apjomā. Bet, no otras puses, ja tuvāko radnieku privātās dzīves informācija top zināma citām personām, veicot pacientam ārstniecību, tādā gadījumā ir konstatējama minētās

---

<sup>632</sup> Sk., piem., Termināli slimā un mirstošā pacienta aizsardzība un specifiskās vajadzības. Eiropas Padomes Parlamentārās asamblejas Sociālo, veselības un ģimenes lietu komitejas ziņojuma rekomendējošās daļas 5.p.k.: „Pienākums ievērot un aizsargāt termināli (nedziedināmi) slimās vai mirstošās personas cieņu izriet no cilvēka cieņas neaizskaramības visos viņa dzīves periodos”. Periodika: Andrejevs G. Termināli slimo un mirstošo pacientu cilvēktiesību un cieņas aizsardzība Eiropas Padomes skatījumā. Doctus, 2000, nr.3, 37.lpp.

<sup>633</sup> Piem.: Health Care Professionals Act of Finland (nr.559/1994; 01.07.1994.) (s.17). Pieejams: [www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/1994/en19940559.pdf](http://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/1994/en19940559.pdf) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].

<sup>634</sup> Pacientu tiesību likuma 10.p.1.d.; Fizisko personu datu aizsardzības likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 2000. 6.aprīlis, nr.123/124 (2.p.1.d.3.pk.).

<sup>635</sup> Fizisko personu datu aizsardzības likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 2000. 6.aprīlis, nr.123/124 (2.p.1.d.3.,8.pk.,11.p.).

<sup>636</sup> Informācijas atklātības likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 1998. 6.novembris, nr.334/335 (5.p.2.d.4.pk.).

<sup>637</sup> „(...) Ja man ārstējot vai neārstējot gadītos redzēt vai dzirdēt par cilvēku dzīvi kaut ko, kas nevienam nebūtu jāzina, es par to klusēšu un, glabājot noslēpumu, nekad nevienam to neteikšu (...)”Hipokrāts. Hipokrāta zvērests. Pieejams: [http://www.mfd.lv/lv/book/hipokratavzverests\\_lv.htm](http://www.mfd.lv/lv/book/hipokratavzverests_lv.htm) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

<sup>638</sup> Zaudēja spēku 2010.g.01.martā.

informācijas netieša saikne ar pacientu, kuras gadījumā šī informācija ir tiesiski aizsargājama ārstniecībā. Aizsargājamās informācijas par pacientu apjomā ir iekļaujama informācija par privāto dzīvi, kas tieši un netieši attiecas uz pacientu.

Dažās valstīs ir konstatējama divējāda pieeja informācijas par pacientu apjoma noteikšanā. Pirmkārt, ir valstu grupa, kur minēto apjomu nosaka abstrakti<sup>639</sup>. Otrkārt, ir valstis, kur ir mēģināts uzskaitīt informācijas par pacientu virzienus, sadalot informāciju divās galvenajās daļās: 1) informācija par pacienta veselības stāvokli, diagnozi, prognozi, ārstniecību; 2) privātās dabas informācija<sup>640</sup>. Pie tam, atsevišķi nodalot, tiek norādīts, ka tiesiski aizsargājama ir arī informācija par pašu ārstniecības personas/iestādes apmeklējuma faktu<sup>641</sup>, kas nenoliedzami ir iekļaujams tiesiski aizsargājamās informācijas apjomā. Līdz ar to informācijas par pacientu apjomā ir nosakāma jebkāda informācija, kas tieši un netieši attiecas uz pacientu un kuru ar konfidencialitātes pienākumu saistītais tiesību subjekts iegūst (uzzina), pildot savus pienākumus, pie tam minētās informācijas apjomā iekļaujot arī informāciju par ārstniecības personas/iestādes apmeklējuma faktu.

Izvērtējams, pēc kādiem kritērijiem ir nosakāms informācijas par pacientu apjoms. Tiek pausts atbalstāms viedoklis, ka minēto informācijas apjomu neietekmē informācijas ieguves avots – vai tieši no pacienta, vai no citiem avotiem<sup>642</sup>. Tāpat informācijas apjomu nevar ietekmēt informācijas ieguves mērķis un veids<sup>643</sup> – vai informācija tiek iegūta ārstniecības mērķim (obligāti, ar nodomu), vai informācija tiek iegūta, veicot pacienta ārstniecību (fakultatīvi, bez nodoma) (piemēram, informācija par pacienta privāto dzīvi). Secināms, ka tiesiski aizsargājamās

---

<sup>639</sup> Patient's Rights Act of Israel (a.19(A)) (Jebkura informācija, kas saistīta ar pacientu); Act on Health of Hungary (s.25(1)) (Informācija, kuru ieguva pacienta ārstniecībā iesaistītas personas); Law on patients' rights of Denmark (a.23(1)) (Informācija, kuru ieguva, pildot savus pienākumus); Law to provide for the safeguarding and protection of the patient's rights and for related matters of Cyprus (a.15(1)(b)) (Jebkura informācija par pacientu, ko uzzināja ārstniecības pakalpojuma sniedzējs vai cits ārstniecības iestādes darbinieks, pildot savus pienākumus); Österreichs Patientencharta (Ab.3 Art.9(1)) (Dati, kas kļuva zināmi, veicot pacienta ārstniecību, un kurus pacientam ir interese paturēt noslēpumā); Österreichs Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Art.1 §6(1)) Bundesgesetzblatt I. 1997, nr.108. Pieejams: [http://eur-lex.europa.eu/n-lex/legis\\_at/ris.legislation\\_result\\_lv.htm](http://eur-lex.europa.eu/n-lex/legis_at/ris.legislation_result_lv.htm) [aplūkots 2010.gada 11.decembrī] (Ārstniecībā iesaistītajām personām ir pienākums turēt noslēpumā informāciju, kas iegūta vai tapusi zināma, veicot profesionālos pienākumus); Finland's Act on the status and rights of patients (s.13) (Informācija, kuru ieguva, pildot savus profesionālos vai citus darba pienākumus).

<sup>640</sup> Deklarācija par pacientu tiesību veicināšanu Eiropā (1994.gada 28.-30.marts). Grām.: Biomedicīnas ētika. Ķilkuts G., Mežinska S., Neiders I.u.c. Sast. V.Stile. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2006, 207.-219.lpp. (4.1.pk.); Law on the rights of patients and compensation of the damage to their health (Lithuania) (a.10.2.); Schweizer Patienten-Charta (1 Teil Art.11); Law of Obligations Act of Estonia (§768); Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан: Федеральный закон 22.07.1993., nr.:5487-1 (ст.30, 61) Grām.: Гурочкин Ю.Д., Дерягин Г.Б., Яценко Е.Ю. Медицинское право. Москва: Экзамен, с.49, 65.

<sup>641</sup> Schweizer Patienten-Charta (2 Teil Art.11); Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан: Федеральный закон 22.07.1993., nr.:5487-1 (ст.30, 61). Grām.: Гурочкин Ю.Д., Дерягин Г.Б., Яценко Е.Ю. Медицинское право. Москва: Экзамен, с.49, 65.

<sup>642</sup> Kennedy I., Grubb A. Medical law. London, Dublin, Edinburgh: Butterworths, 1994, p.639.

<sup>643</sup> Šo pieeju apstiprina arī Hipokrāta zvēresta princips: „(...) **Ja man ārstējot vai neārstējot** gadītos redzēt vai dzirdēt par cilvēku dzīvi kaut ko, kas nevienam nebūtu jāzina, es par to klusēšu un, glabājot noslēpumu, nekad nevienam to neteikšu. (...)” Hipokrāts. Hipokrāta zvērests. Pieejams: [http://www.mfd.lv/lv/book/hipokratavzverests\\_lv.htm](http://www.mfd.lv/lv/book/hipokratavzverests_lv.htm) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

informācijas par pacientu apjoma noteikšanas vienīgais kritērijs ir informācijas saturs jeb informācijas saturiskais kritērijs.

Tomēr sarežģīti mūsdienās ir noteikt arī konfidencialas informācijas par pacientu apjomu, izejot no informācijas satura. Attīstoties medicīnai, iegūstamais informācijas apjoms par pacientu paplašinās, pie tam minētajai informācijai kļūstot aizvien niansētākai, kas rada grūtības noteikt šīs informācijas statusu. Piemēram, informācija par cilvēka gēniem pieder privātajai jomai, tomēr pēc savas būtības tā nav individuāla; tādēļ strīdīgi, vai pacientam ir pienākums izpaust informāciju radniekiem, kuri ir pamatoti, bieži pat vitāli ieinteresēti to uzzināt<sup>644</sup>. Līdz ar to secināms, ka tiesiski aizsargājamās informācijas par pacientu saturs un no tā izrietošais informācijas apjoms mūsdienu medicīnas attīstības ietekmē ir dinamisks.

Informācijas par pacientu konfidencialitātē ir iesaistīti sekojoši divi tiesību subjekti. Pirmkārt, ar konfidencialitātes pienākumu saistītās personas ir ārstniecības persona un citi ārstniecības iestādes/personas darbinieki<sup>645</sup>. Tas pamatojams ar to, ka šīm personām ir tiesiski pieejama konfidenciala pacienta informācija, veicot pacienta ārstniecību vai citus pienākumus, kas līdz ar to rada pienākumu neizpaust minēto informāciju trešajām personām. Pie minēto personu grupas ir pieskaitāmi arī farmaceiti un to asistenti<sup>646</sup>, kuriem, veicot pacienta farmaceitisko aprūpi, var būt pieejama konfidenciala informācija par pacientu<sup>647</sup>. Ja ar minēto pienākumu saistītā persona prettiesiski izpauž konfidencialu informāciju par pacientu trešajām personām, tad noteiktam personu lokam iestājas juridiskā atbildība. Pie civiltiesiskās atbildības ir saucami: 1) ārstniecības iestāde kā juridiska persona par savu darbinieku rīcību<sup>648</sup>; 2) prakses ārsts par savu<sup>649</sup> vai savu darbinieku<sup>650</sup> rīcību; 3) farmaceits<sup>651</sup>. Tātad normatīvajā regulējumā ir noteikts ar informācijas par pacientu konfidencialitātes pienākumu saistīto personu loks, kur, pārkāpjot šo pienākumu, nedaudz atšķirīgs personu loks saucams pie civiltiesiskās atbildības, neizslēdzot regresa prasības iespējamību.

---

<sup>644</sup> Mežinska S. Biomedicīnas ētiskās problēmas. Grām.: Biomedicīnas ētika. Ķilkuts G., Mežinska S., Neiders I.u.c. Sast. V.Sīle. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2006, 155.lpp.

<sup>645</sup> Patient's Rights Act of Israel (a.19(A)); Act on Health of Hungary (s.25(1)); Law on patients' rights of Denmark (a.23(1)); Law to provide for the safeguarding and protection of the patient's rights and for related matters of Cyprus (a.15(1)(b)); Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан: Федеральный закон 22.07.1993., nr.:5487-1 (ст.61(5)). Grām.: Гурочкин Ю.Д., Дерягин Г.Б., Яценко Е.Ю. Медицинское право. Москва: Экзамен, с.65.

<sup>646</sup> Farmācijas likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 1997. 24.aprīlis, nr.103 (36.p.3.d.); Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан: Федеральный закон 22.07.1993., nr.:5487-1 (ст.61(5)). Grām.: Гурочкин Ю.Д., Дерягин Г.Б., Яценко Е.Ю. Медицинское право. Москва: Экзамен, с.65.

<sup>647</sup> Piem., ārstniecības līdzekļu receptes satur personisku informāciju par pacientu (vārds, uzvārds, personas kods, adrese, slimības kods (izvērtējams, cik tiesiski ir ietvert šādu kodu receptē) (Sk.: Receptu veidlapu izgatavošanas un uzglabāšanas, kā arī receptu izrakstīšanas noteikumi: Ministru Kabineta 2005.gada 08.marta noteikumi nr.175. Latvijas Vēstnesis, 2005. 23.marts, nr.48 (1.,2.pielikums)).

<sup>648</sup> CL 1639., 1782.p.

<sup>649</sup> Likuma „Par prakses ārstiem” 2.p.1.d., 9.,13.,17.p.

<sup>650</sup> Likuma „Par prakses ārstiem” 18.p.

<sup>651</sup> Farmācijas likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 1997. 24.aprīlis, nr.103 (36.p.3.d., 38.p.1.d.).

Otrkārt, pacients ir tiesīgā persona, kuras interesēs tiek aizsargāta minētā informācija ārstniecībā. Tiek atzīts, ka personiskās brīvības elements ir informatīvā pašnoteikšanās<sup>652</sup>. Pacienta gadījumā tai ir divējāda izpausme. No vienas puses, pacients pēc vispārīgā principa ir tiesīgs noteikt to personu loku, kurām ir pieejama konfidenciāla informācija par pacientu, t.i., minētā informācija izpaužama tikai ar pacienta piekrišanu<sup>653</sup>.

Izvērtējams, kādā formā pacients var dot piekrišanu konfidenciālas informācijas izpaušanai<sup>654</sup>. Ņemot vērā izpaužamās informācijas raksturu un informācijas izpaušanas iespējamās sekas, valstu normatīvajos aktos galvenokārt tiek noteikta pacienta rakstveida piekrišana<sup>655</sup>. Pie tam ir konstatējami gadījumi, kad tiek pastiprināta arī pacienta rakstveida piekrišana, paredzot sniegtās piekrišanas noilguma termiņu<sup>656</sup>. Domājams, ka šādas pastiprinātas formas prasības attiecībā uz pacienta piekrišanu konfidenciālas informācijas izpaušanai ir noteiktas ar mērķi atbilstošāk aizsargāt pacienta intereses.

Tomēr iespējami gadījumi, kad pacienta piekrišana konfidenciālas informācijas izpaušanai izriet no tiesiskā pieņēmuma. Pirmkārt, pacienta vietniecībā ir tiesiski pieņemamas pacienta vietnieka tiesības saņemt konfidenciālu informāciju par pacientu. Līgumiskajam vietniekam (pilnvarniekam) minētās tiesības rodas uz pilnvarojuma līguma pamata jeb, balstoties uz pacienta izteikto gribu par līgumiskās vietniecības nodibināšanu. Likumiskajā vietniecībā šādas pacienta vietnieka tiesības izriet no likuma jeb no pacienta piekrišanas prezumpcijas, ja nebija nodibināta pacienta līgumiskā vietniecība. Tā kā pacienta vietniecība ir pacienta interesēs, un vietnieks nav spējīgs atvietot pacientu, nesaņemot pilnīgu informāciju par pacientu, tad pacienta vietniecībā ir konstatējama pacienta piekrišanas prezumpcija konfidenciālas informācijas sniegšanai pacienta

---

<sup>652</sup> Baumgarten M.O. *The Right to Die?* Bern, Berlin, Bruxelles, Frankfurt am Main, New York, Oxford, Wien: Peter Lang, 2000, S.85.

<sup>653</sup> Pacientu tiesību likuma 10.p.2.d.; Fizisko personu datu aizsardzības likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 2000. 6.aprīlis, nr.123/124 (7.p.1.d.1.pk.; 11.p.1.d.1.pk.).

Deklarācija par pacientu tiesību veicināšanu Eiropā (1994.gada 28.-30.marts). Grām.: Biomedicīnas ētika. Ķilkuts G., Mežinska S., Neiders I.u.c. Sast. V.Sīle. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2006, 207.-219.lpp. (4.2.pk.); Patient's Rights Act of Israel (a.20(A)(1)); Law on the rights of patients and compensation of the damage to their health (Lithuania) (a.10.2.); Act on Health of Hungary (s.24(8), 25(2)); Law of Georgia on the rights of patient (a.21); Law to provide for the safeguarding and protection of the patient's rights and for related matters of Cyprus (a.15(2)(a)); Law of Obligations Act of Estonia (§768(1)); Schweizer Patienten-Charta (1 Teil Art.11); Law on patients' rights of Denmark (a.24(1), 26(1)); Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан: Федеральный закон 22.07.1993., nr.:5487-1 (ст.31, 61 ). Grām.: Гурочкин Ю.Д., Дерягин Г.Б., Яценко Е.Ю. Медицинское право. Москва: Экзамен, с.51,65.

<sup>654</sup> „Datu subjekta piekrišana ir (...) nepārprotami izteikts gribas apliecinājums (...)” (Fizisko personu datu aizsardzības likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 2000. 6.aprīlis, nr.123/124 (2.p.1.d.2.pk.).

<sup>655</sup> Piem.: Law on the rights of patients and compensation of the damage to their health (Lithuania) (a.10.2.); Law on patients' rights of Denmark (a.26(1)); Law to provide for the safeguarding and protection of the patient's rights and for related matters of Cyprus (a.15(2)(a)).

Latvijas ārstniecības normatīvajā regulējumā netiek noteikta minētās pacienta piekrišanas speciālā forma, turpretim, balstoties uz Fizisko personu datu aizsardzības likuma 11.panta pirmās daļas 1.punktu, datu subjektam ir jādod rakstveida piekrišana savu sensitīvo datu apstrādei. Līdz ar to pacientam rakstveidā ir jāizsaka piekrišana konfidenciālas informācijas izpaušanai.

<sup>656</sup> Piem., Dānijā viens gads (Law on patients' rights of Denmark (a.26(1))).

vietniekam, ja tas tieši netiek noteikts pacienta vietniecības nodibināšanā<sup>657</sup>. Pie tam pacienta līgumiskajā vietniecībā konstatējama pacienta piekrišanas prezumpcija, balstoties uz pilnvarojuma līgumu, konfidenciālas informācijas sniegšanai pacienta vietniekam, ja tas tieši nav noteikts; turpretim likumiskajā vietniecībā ir konstatējama divu pakāpju pacienta gribas prezumpcija, t.i., gan vietniecības nodibināšanai; gan konfidenciālas pacienta informācijas sniegšanai.

Otrkārt, pastāvot ārstniecības personas klusēšanas pienākumam<sup>658</sup>, tomēr ārstniecības personai ir tiesības izpaust konfidenciālu informāciju par pacientu citām ārstniecības personām, kas iesaistītas pacienta ārstniecībā, balstoties uz pacienta tiesiski pieņemamo gribu<sup>659</sup>. Minētā atkāpe ir nepieciešama, jo pacienta ārstniecībā nav iesaistīti tikai divi subjekti<sup>660</sup>, un nenoliedzami ir pacienta interesēs, ja pacienta ārstniecībā ņem līdzdalību vairākas ārstniecības personas, līdz ar ko pacientam tiek sniegta atbilstošāka ārstniecība. Tiek paredzēts arī netiešs pacienta tiesiskās aizsardzības līdzeklis, lai pēc iespējas nodrošinātu pacienta pašnoteikšanās tiesības arī minētajā gadījumā, t.i., pacientam ir tiesības uz tādu ārstniecību, kas tiek veikta tikai to personu klātbūtnē, kuras ir tieši iesaistītas ārstniecībā; par citu personu klātbūtni lemj pacients<sup>661</sup>. Pie tam pacientam ir tiesības uz ārstniecību tādos apstākļos, kur nepiederošas personas neredz, nedzird notiekošo pacienta ārstniecību, izņemot neatliekamo medicīnisko palīdzību un kritiskās situācijas<sup>662</sup>. Ar minēto līdzekli tiek ierobežots arī personu loks, kuram varētu rasties iespējamība iegūt konfidenciālu informāciju par pacientu. Secināms, ka pacienta interesēs ir tiesiski pieņemama pacienta griba konfidenciālas informācijas sniegšanai ārstniecības personām, kas ir iesaistītas pacienta ārstniecībā, paredzot arī pacienta tiesiskās aizsardzības līdzekli, ar kuru pacients tiesīgs koriģēt minēto personu loku.

Tātad secināms, ka pacientam ir tiesības noteikt, dodot piekrišanu, to personu loku, kuram tiek sniegta konfidenciāla pacienta informācija. Tomēr izņēmuma gadījumos tiek noteikta arī

---

<sup>657</sup> Piem., Ungārijā tieši likumā ir noteikts, ka pacienta vietniekam tiek sniegta konfidenciāla informācija, ja pacientam ir nodibināta vietniecība (Act on Health of Hungary (s.24(6), 24(7))).

<sup>658</sup> Sk., piem., Deutschlands Patientencharta. (Art.9).

<sup>659</sup> Pacientu tiesību likuma 10.p.5.d.1.pk.

Deklarācija par pacientu tiesību veicināšanu Eiropā (1994.gada 28.-30.marts). Grām.: Biomedicīnas ētika. Ķilkuts G., Mežinska S., Neiders I.u.c. Sast. V.Sīle. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2006, 207.-219.lpp. (4.2.pk.); Fizisko personu datu aizsardzības likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 2000. 6.aprīlis, nr.123/124 (11.p.1.d.5.pk.) (netieši); Law on the rights of patients and compensation of the damage to their health (Lithuania) (a.10.3.); Law on patients' rights of Denmark (a.24(1)); Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан: Федеральный закон 22.07.1993., nr.:5487-1 (ст.61). Grām.: Гурочкин Ю.Д., Дерягин Г.Б., Яценко Е.Ю. Медицинское право. Москва: Экзамен, с.65; Act on Health of Hungary (s.25(4)); Patient's Rights Act of Israel (a.20(A)(3)); Law of Georgia on the rights of patient (a.28.2.); Law to provide for the safeguarding and protection of the patient's rights and for related matters of Cyprus (a.15(2)(a)).

<sup>660</sup> Eiropas Ekonomikas un sociālo lietu komitejas atzinums par tematu Pacienta tiesības. (2.2.pk.) (Brisele, 26.09.2007.) Pieejams: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2008:010:0067:01:LV:HTML> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

<sup>661</sup> Pacientu tiesību likuma 5.p.7.d.; Deklarācija par pacientu tiesību veicināšanu Eiropā (1994.gada 28.-30.marts). Grām.: Biomedicīnas ētika. Ķilkuts G., Mežinska S., Neiders I.u.c. Sast. V.Sīle. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2006, 207.-219.lpp. (4.7.pk.); Law of Georgia on the rights of patient (a.30); Act on Health of Hungary (s.25(5)); Law of Obligations Act of Estonia (§765).

<sup>662</sup> Act on Health of Hungary (s.25(6)).

pacienta tiesiski pieņemamā griba konfidenciālas informācijas izpaušanai, ja šādas atkāpes ir tieši pacienta interesēs.

Pacienta informatīvās pašnoteikšanās izpausmes veids ir arī paša pacienta piekļuve medicīniskajiem dokumentiem<sup>663</sup>. Pacienta piekļuve minētajai informācijai sastāv no četriem elementiem. Pirmkārt, pacientam ir tiesības iepazīties ar medicīniskajiem dokumentiem<sup>664</sup>, kas var tikt ierobežotas: 1) trešo personu interesēs<sup>665</sup>; 2) paša pacienta interesēs, ja informācijas saņemšana būtiski apdraud pacienta dzīvību vai veselību. Otrkārt, pacientam ir tiesības pieprasīt un saņemt medicīnisko dokumentu izrakstus, norakstus, kopijas<sup>666</sup>. Treškārt, pacientam ir tiesības pieprasīt, lai ārstējošais ārsts medicīniskajos dokumentos izdara papildinājumus vai labojumus, ja pacients pamatoti uzskata, ka minētā informācija ir neprecīza vai kļūdaina<sup>667</sup>. Ceturkārt, pacientam ir tiesības saņemt informāciju par viņa medicīniskajos dokumentos iekļautās informācijas izmantošanu<sup>668</sup>. Pacientu tiesību likumā tiek samērā vispusīgi paredzēta paša pacienta piekļuve medicīniskajiem dokumentiem, kas, līdz minētā likuma pieņemšanai, ārstniecības normatīvajā regulējumā netika atrunāta.

---

<sup>663</sup> Pacientu tiesību likuma 1.p.2.d.4.pk. Pēc būtības tā ir rakstveida un tai pielīdzinātā informācija par pacientu. To mēdz dēvēt arī par pacienta dokumentiem (Law on the rights of patients and compensation of the damage to their health (Lithuania) (a.1.7.)).

<sup>664</sup> Pacientu tiesību likuma 9.p.1.d.; Fizisko personu datu aizsardzības likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 2000. 6.aprīlis, nr.123/124 (15.p.1.d.); Deklarācija par pacientu tiesību veicināšanu Eiropā (1994.gada 28.-30.marts). Grām.: Biomedicīnas ētika. Ķilkuts G., Mežinska S., Neiders I.u.c. Sast. V.Sīle. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2006, 207.-219.lpp. (4.4.pk.); Law of Obligations Act of Estonia (§769); Deutschlands Patientencharta (Art.8); Act on Health of Hungary (s.24(1)); Law of Georgia on the rights of patient (a.17.1.a)); Patient's Rights Act of Israel (a.18(A)); Law to provide for the safeguarding and protection of the patient's rights and for related matters of Cyprus (a.18(1),(2)); Patient's Bill of Rights (ASV, 1995) (a.7). Grām.: Timby B.K. Fundamental skills and concepts in patient care. Philadelphia: J.B.Lippincott Company, 1996, p.40; Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан: Федеральный закон 22.07.1993., nr.:5487-1 (ст.31). Grām.: Гурочкин Ю.Д., Дерягин Г.Б., Яценко Е.Ю. Медицинское право. Москва: Экзамен, с.50.

<sup>665</sup> Pacientu tiesību likuma 9.p.4.d.; Act on Health of Hungary (s.24(5)); Deutschlands Patientencharta (Art.8); Deklarācija par pacientu tiesību veicināšanu Eiropā (1994.gada 28.-30.marts). Grām.: Biomedicīnas ētika. Ķilkuts G., Mežinska S., Neiders I.u.c. Sast. V.Sīle. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2006, 207.-219.lpp. (4.4.pk.).

<sup>666</sup> Pacientu tiesību likuma 9.p.1.d.; Deklarācija par pacientu tiesību veicināšanu Eiropā (1994.gada 28.-30.marts). Grām.: Biomedicīnas ētika. Ķilkuts G., Mežinska S., Neiders I.u.c. Sast. V.Sīle. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2006, 207.-219.lpp. (4.4.pk.); Fizisko personu datu aizsardzības likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 2000. 6.aprīlis, nr.123/124 (15.p.4.d.); Law of Obligations Act of Estonia (§769); Deutschlands Patientencharta (Art.8); Law on the rights of patients and compensation of the damage to their health (Lithuania) (a.6.3., 6.6.); Law of Georgia on the rights of patient (a.17.1.b)); Patient's Rights Act of Israel (a.18(A)); Law to provide for the safeguarding and protection of the patient's rights and for related matters of Cyprus (a.18(2)); Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан: Федеральный закон 22.07.1993., nr.:5487-1 (ст.31). Grām.: Гурочкин Ю.Д., Дерягин Г.Б., Яценко Е.Ю. Медицинское право. Москва: Экзамен, с.50; Law on the rights of patients and compensation of the damage to their health (Lithuania) (a.6.3., 6.6.).

<sup>667</sup> Pacientu tiesību likuma 9.p.3.d.; Fizisko personu datu aizsardzības likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 2000. 6.aprīlis, nr.123/124 (16.p.1.d.); Law on the rights of patients and compensation of the damage to their health (Lithuania) (a.6.6.); Act on Health of Hungary (s.24(4)); Deklarācija par pacientu tiesību veicināšanu Eiropā (1994.gada 28.-30.marts). Grām.: Biomedicīnas ētika. Ķilkuts G., Mežinska S., Neiders I.u.c. Sast. V.Sīle. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2006, 207.-219.lpp. (4.5.pk.).

<sup>668</sup> Pacientu tiesību likuma 9.p.2.d.; Fizisko personu datu aizsardzības likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 2000. 6.aprīlis, nr.123/124 (15.p.2.d.); Law on patients' rights of Denmark (a.20(1)).

Pacienta medicīnisko dokumentu uzglabāšanas pienākums tiek noteikts ārstniecības iestādei/personai<sup>669</sup>. Tas pamatojams ar to, ka ārstniecības iestāde/persona veic informācijas par pacientu apstrādi, kādēļ tām jāpielieto nepieciešamie tehniskie un organizatoriskie līdzekļi, lai aizsargātu personas datus un novērstu to nelikumīgu apstrādi.

Pacienta informācijas konfidencialitātes princips nav absolūts. Iespējami divi virzieni, kad minētā informācija tiek izpausta citām personām vai institūcijām, nesaņemot pacienta piekrišanu. Pirmkārt, pacienta informācijas konfidencialitātes principu var pārsvērt publiskās intereses, tādējādi nodrošinot taisnīgu līdzsvaru starp personas interesēm saglabāt ziņu slepenību un publisko interesi<sup>670</sup>. Tomēr arī pašam pacienta informācijas konfidencialitātes principam piemīt ne vien personiska, bet arī sociāla vērtība<sup>671</sup>, tātad minētais princips tiktu interpretēts sašaurināti, ja vērtētu viņu tikai kā privātu interesi.

Otrkārt, atkāpe no pacienta informācijas konfidencialitātes principa iespējama arī privāto interešu, t.i., trešo personu, labā. Latvijas normatīvais regulējums nosaka ierobežojumus minētajai atkāpei: 1) tās pielietojuma laikam (tikai pēc pacienta nāves); 2) attiecas tikai uz sašaurinātu trešo personu loku (laulātais vai tuvākie radnieki); 3) pielietojama pie konkrētiem nosacījumiem<sup>672</sup>. Tomēr ir izvērtējams, vai nebūtu paplašināms tiesiskais pamats pacienta konfidencialās informācijas izpaušanai trešo personu interesēs. Ja pacienta rīcība var apdraudēt trešo personu

---

<sup>669</sup> Fizisko personu datu aizsardzības likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 2000. 6.aprīlis, nr.123/124 (25.p.1.d.); Law on the rights of patients and compensation of the damage to their health (Lithuania) (a.11); Law of Obligations Act of Estonia (§769); Law to provide for the safeguarding and protection of the patient's rights and for related matters of Cyprus (a.17(1),(2)).

<sup>670</sup> Pie tam Satversmes tiesa piesardzīgi vērtē gadījumu paplašinājumu, kad ir pieļaujama atkāpe no pacienta informācijas konfidencialitātes principa publisko interešu labā. Minētā tiesa atzina, ka spēkā esošais regulējums, kas neļauj Valsts kontrolei iegūt informāciju par pacientiem, ir attaisnojams, ņemot vērā vispārīgos personas datu aizsardzības pamatprincipus: tiesiskumu, taisnīgumu, minimalitāti, anonimitāti, līdzdalību un pārskatāmību. Lai persona vai institūcija, kuras rīcībā ir informācija par pacientu, varētu to nodot personas datu saņēmējam, kas nav tieši saistīts ar ārstniecības jomu, šādas informācijas nepieciešamībai jābūt ļoti nopietni pamatotai. Ja konstatēto tiesību normu pārkāpumu skaits attiecībā pret apstrādātās informācijas par pacientiem apjomu ir proporcionāli neliels, tad šādas apstrādes rezultātā radītais pamattiesību aizskārums ir nesamērīgs (LR ST 2011.gada 14.marta spried. lietā Nr.2010-51-01. Latvijas Vēstnesis, 2011. 16.marts, nr.42 (14.,16.pk.)). Piem., personisko datu aizsardzība nav absolūta, ir pieļaujami izņēmumi (Vācijas Federālās Konstitucionālās tiesas 2000.gada 29.novembra lēmums lietā Nr.BverfG, 1 BvR 630/93. Pieejams: [www.bundesverfassungsgericht.de](http://www.bundesverfassungsgericht.de) [aplūkots 2011.gada 11.aprīlī]).

<sup>671</sup> Ar pacienta informācijas konfidencialitātes principu tiek saglabāta arī personas uzticība ārstniecības personu profesijai un veselības aprūpes sistēmai kopumā, kas ir būtiski, lai persona vērstos pēc palīdzības un rūpētos par savu veselību, kas tādējādi ietekmē arī visas sabiedrības intereses (LR AT Senāta AD 2007.gada 08.februāra spried. lietā Nr.SKA-25/2007. Pieejams: [www.at.gov.lv](http://www.at.gov.lv) [aplūkots 2010.gada 11.decembrī] (11.pk.); Eiropas Cilvēktiesību tiesas 1997.gada 25.februāra spried. lietā: Z. v. Finland. Pieejams: <http://cmiskp.echr.coe.int/tpk197/portal.asp?sessionId=70731158&skin=hudoc-en&action=request> [aplūkots 2010.gada 11.decembrī] (§95-99); Eiropas Cilvēktiesību tiesas 1997.gada 27.augusta spried. lietā: M.S. v. Sweden. Pieejams: <http://echr.coe.int/echr/en/hudoc> [aplūkots 2010.gada 11.decembrī] (§41); Pacientu tiesību likuma 10.p.5.d.; Ārstniecības likuma 56.<sup>1</sup>p.; LR ST 2011.gada 14.marta spried. lietā Nr.2010-51-01. Latvijas Vēstnesis, 2011. 16.marts, nr.42 (14.pk.); Eiropas Cilvēktiesību tiesas 2010.gada 02.novembra spried. lietā: Gillberg v. Sweden. Pieejams: <http://echr.coe.int/echr/en/hudoc> [aplūkots 2010.gada 11.decembrī] (§96); LR ST 2005.gada 26.janvāra spried. lietā Nr.2004-17-01. Latvijas Vēstnesis, 2005. 28.janvāris, nr.16 (14.1.pk.).

<sup>672</sup> Pacientu tiesību likuma 10.p.4.d.



būtiskas intereses (dzīvība, veselība), tad minētās personas būtu brīdināmas par šo apdraudējumu<sup>673</sup>. Noteiktas pacienta konfidenciālas informācijas atklāšana ir attaisnojama ar to, ka pēc pacienta subjektīvās gribas tiek radīti draudi būtiskām trešo personu interesēm. Strīdīgi, vai nerodas objektīvs pamats atklāt pacienta ģenētiskās informācijas aspektus viņa radniekiem, ja tas būtiski ietekmē šo personu intereses (piemēram, iespēja savlaicīgi novērst smagu iedzimtu slimību). Līdz ar to secināms, neskatoties uz to, ka pacienta informācijas konfidencialitāte nav tikai strikti privāta interese, ir paplašināms saprātīgā apjomā minētās informācijas izpaušanas tiesiskais pamats trešo personu (privātu interešu) labā.

Ne mazāk svarīga ir arī pacienta informācija, kas nozīmīga gan pacienta ārstniecībai, gan arī virzīta uz pacienta informētību, tādējādi ietekmējot arī pacienta gribas izteikumu. Ārstniecības procesā informācijas apmaiņa starp pacientu un ārstniecības personu norisinās nepārtraukti. Tādēļ objektīvi nepieciešama šādas pacienta informācijas iegūšana, paredzot tai atbilstošu tiesiskās aizsardzības mehānismu, kur ir veicamas divējādas izmaiņas. No vienas puses, ir sašaurināms informācijas apjoms, kas iegūstams no paša pacienta, papildinot to ar objektīvu informācijas reģistru, tādējādi atbilstošāk aizsargājot arī pacienta gribu. No otras – ir pilnveidojams arī pacienta informācijas konfidencialitātes princips.

### **3.4. Informācijas tiesiska nesniegšana pacientam un tās tiesiskās sekas**

Pacienta tiesības uz informāciju (kā iepriekš darbā minēts) ir relatīvas arī tajā aspektā, ka pacients ne vienmēr saņem vai var saņemt informāciju. Tātad nepastāv absolūta pacienta tiesības uz informāciju realizācijas iespējamība, kur iezīmējas trīs virzieni atkāpei no pacienta tiesībām uz informāciju. Tie ir tiesiski pieļaujami izņēmuma gadījumi, kad, neskatoties uz pacienta neinformētību, ārstniecības personai/iestādei neiestājas atbildība par informācijas nesniegšanu pacientam, un pacienta gribas izteikums ir spēkā. Pirmkārt, pastāv gadījumi, kad pacients: a) nav

<sup>673</sup> Šādu pieeju atbalsta dažu valstu:

1) normatīvais regulējums, piemēram, Ungārijas (Act on Health of Hungary (s.25(3b)), Dānijas (Law on patient's rights (a.26(2)2.)), Gruzijas (Law of Georgia on the rights of patient (a.28.1.b)), Igaunijas (Law of Obligations Act of Estonia "Atļauts novirzīties saprātīgā apjomā no pienākuma saglabāt konfidencialitāti, ja informācijas neatklāšanas gadījumā pacients var nodarīt kaitējumu sev vai citām personām" (§768(2)));

2) arī tiesu prakse:

a) psihiatra pacients nogalināja personu, un medicīnas centrs tika atzīts par atbildīgu informācijas nesniegšanā trešajai personai, jo pacients bija ilgstojis ārsta kontrolē, ārsts zināja par esošajiem draudiem un upuri bija iespējams identificēt (Lieta: Tarasoff v. Rents of the University of California (1976) 551 P (2d) 334 (ASV). Grām.: Khan M., Robson M., Swift K. Clinical Negligence. [b.v.], Cavendish Publishing Limited, 2002, p.14);

b) ārsta pacientam bija slimība, kas radīja draudus pacienta ģimenes locekļiem, kontaktējoties ar viņu. Neilgi pēc pacienta nāves, arī viņa sievai parādījās šīs slimības simptomi, no kuras viņa mira. Tiesa atzina ārstu par atbildīgu, norādot, ka ārstam bija pienākums brīdināt identificējamās trešās personas par riskiem (Lieta: Bradshaw v. Daniel (1993) 854 SW (2d) 865 (ASV). Grām.: Khan M., Robson M., Swift K. Clinical Negligence. [b.v.], Cavendish Publishing Limited, 2002, p.14,15).

Balstoties uz Fizisko personu datu aizsardzības likuma (Fizisko personu datu aizsardzības likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 2000. 6.aprīlis, nr.123/124) 10.p.4.d.1.pk. un 11.p.1.d.3.pk., izriet atkāpe no pacienta informācijas konfidencialitātes par labu trešajām personām kā pacienta potenciālajiem upuriem, bet, neparedzot tieši ārstniecības personai pienākumu, ziņot minētajām personām par draudiem.

spējīgs saņemt informāciju; b) nezina par šādas informācijas esamību; kur tomēr c) netiek liegta iespēja vēlākā posmā saņemt pacientam informāciju<sup>674</sup>. Šajā virzienā pacienta tiesība uz informāciju ir uzskatāma par tiesību ar atliekošo nosacījumu, jo, izbeidzoties objektīvi pastāvošiem apstākļiem, ir iespējama pacienta tiesības uz informāciju realizācija.

Otrkārt, pacientam var būt tiesības uz informāciju ar relatīvi atceļošu nosacījumu, kur pacients: a) ir spējīgs saņemt informāciju; b) nezina par šādas informācijas esamību; c) īpaši izsakt gribu, tiesīgs tomēr saņemt informāciju<sup>675</sup>. Šajā gadījumā objektīvi pastāv apstākļi, t.i., pacienta vai citu personu dzīvības vai veselības būtisks apdraudējums, pacientam saņemot informāciju; kas atceļ pacienta tiesību uz informāciju, kurš tomēr var zaudēt spēku, tādējādi, atkal priekšplānā izvirzot prioritāri pacienta tiesības uz informāciju.

Treškārt, pacientam ir tiesības atteikties no informācijas saņemšanas<sup>676</sup>. Šajā gadījumā pacients: a) ir spējīgs saņemt informāciju; b) zina par minētās informācijas esamību; c) nevēlas izmantot tiesības uz informāciju. Šo virzienu dara atšķirīgu no pārējiem tas, ka, nepastāv objektīvi šķēršļi pacientam realizēt tiesības uz informāciju, kur paša pacienta nevēlēšanās saņemt informāciju vērtējama kā pacienta tiesību uz informāciju atceļošs nosacījums. Turklāt minētais nosacījums vairāk ar absolūta nekā relatīva rakstura iezīmēm, jo, lai arī pacientam ir tiesības saņemt informāciju<sup>677</sup>, mainot savu viedokli, tomēr tam var būt arī otršķirīga nozīme, piemēram, ja pacients bija piekritis jau veiktajai ārstniecībai, atsakoties no informācijas saņemšanas. Tātad pacienta atteikšanās saņemt informāciju ir vērtējama kā pacienta tiesības uz informāciju atceļošs nosacījums: 1) ar absolūtu raksturu attiecībā uz jau veikto pacienta ārstniecību, pacientam atsakoties no informācijas; 2) ar relatīvu raksturu attiecībā uz pacienta tiesībām uz informāciju kā tādu pēc vispārīgā principa.

Informācijas nesniegšanas pacientam tiesiskajās attiecībās ir divas puses. No vienas puses, ārstniecības persona kā dalībnieks, kuram ir pieejama informācija, bet, kurš nesniedz informāciju otrajai pusei. Pie tam ārstniecības personai kā nesniegšanas pamatojums ir tikai objektīvi kritēriji. No otras puses, pacients šajās attiecībās ir dalībnieks, uz kuru ir vērsta informācijas nesniegšana, tādējādi, pacientam nesaņemot informāciju. Pacienta informācijas nesaņemšanas pamatojums

---

<sup>674</sup> Minētajā virzienā pastāv trīs gadījumi: 1) ja vilcināšanās apdraud pacienta dzīvību un nav iespējams saņemt paša pacienta vai pacienta vietnieka piekrišanu, tad ārstniecības persona veic neatliekamus ārstniecības pasākumus, nesaņemot piekrišanu ārstniecībai (Pacientu tiesību likuma 7.p.8.d.); 2) invazīvās iejaukšanās laikā ārstējošajam ārstam bez pacienta piekrišanas ir tiesības noteiktos gadījumos veikt iepriekšneplānotu pacienta ārstniecību (Pacientu tiesību likuma 7.p.9.d.); 3) (netieši) ja pacients nav spējīgs pieņemt lēmumu saistībā ar ārstniecību un pacientam nav vietnieku vai tie nav tiesīgi atvietot pacientu gribas izteikumā, tad lēmumu saistībā ar pacienta ārstniecību pieņem ārstu konsiliji (Pacientu tiesību likuma 7.p.7.d.).

<sup>675</sup> Pie minētā virziena pieskaitāms gadījums, kad ārstam ir tiesības nesniegt pacientam informāciju, ja ārsta rīcībā ir ziņas vai fakti, ka informācijas saņemšana būtiski apdraud pacienta vai citu personu dzīvību vai veselību (Pacientu tiesību likuma 4.p.7.d.).

<sup>676</sup> Pacientu tiesību likuma 4.p.8.d.

<sup>677</sup> Pacientu tiesību likuma 4.d.3.d.

attiecībā uz pacientu var būt gan objektīvs (piemēram, pacientam atrodoties bezsamaņas stāvoklī), gan subjektīvs, turklāt subjektīvi atkarīgs tikai no paša pacienta gribas (piemēram, pacientam atsakoties saņemt informāciju). Līdz ar to secināms, ka informācijas nesniegšanas pacientam tiesiskajās attiecībās informācijas nesniegšanas pamatojums ir tikai objektīvs, bet informācijas nesaņemšanas pamatojums gan objektīvs, gan ierobežoti subjektīvs (atkarīgs no viena dalībnieka – pacienta gribas).

Informācijas apjoms, kuru pacients nesaņems, ir atšķirīgs, izejot no informācijas nesniegšanas gadījuma. Pausts viedoklis, ka pacients nevar atteikties no informācijas par veicamā ārstniecības pakalpojuma raksturu un mērķiem<sup>678</sup>. Šādam viedoklim pilnībā nevarētu piekrist, jo mūsdienās pacienta un ārstniecības personas/iestādes tiesiskās attiecības balstās uz pacienta gribas izteikuma prioritāti, kas pacientam paredz tiesības piekrist/vai atteikties gan ārstniecībai, gan informācijas saņemšanai. Savukārt, nosakot ierobežojumus pacienta gribas izteikumam, netieši iezīmējas arī paternālisma tendence. Tomēr informācijas nodalīšanas ideja ir attīstāma uz pacienta saņemamās un nesaņemamās informācijas apjomu kopumā. No visa informācijas apjoma, kuru pacients ir tiesīgs saņemt, ir nošķirama: 1) informācija, no kuras pacients nevar atteikties jeb kuru saņemt ir pacienta pienākums, jo pacientam no likumdevēja puses saistībā ar publiskajām interesēm ir noteikti tālākejoši pienākumi saistībā ar informācijas iegūvi (sk. iepriekš darbā); 2) informācija, kuru ārstniecības personai ir tiesības nesniegt rīcībbspējīgam pacientam, balstoties uz nekaitēšanas principu (sk. turpmāk darbā).

Informācijas nesniegšanas pacientam tiesiskajās attiecībās pamatojumam nesaņemt informāciju var būt atšķirīgas iezīmes. Informācijas nesaņemšanas pamatojums ir objektīvs tādā gadījumā, ja pacients atrodas tādos no pacienta gribas neatkarīgos apstākļos, kas viņam liedz iespēju saņemt informāciju. Starptautiski tiek atbalstīts princips, ka, pacientam medicīniski neatliekamā iejaukšanās veicama bez pacienta piekrišanas, presumējot šādas piekrišanas esamību, ja nav iespējams minēto pacienta piekrišanu saņemt noteiktu apstākļu dēļ<sup>679</sup>. Un tā kā noteikta ārstniecība tiek veikta bez pacienta piekrišanas, tas nozīmē, ka pacientam netiek sniegta arī informācija, kas būtu nepieciešama gribas izteikuma saņemšanai, līdz ar to pacients nesaņem informāciju.

Informācijas nesaņemšanas objektīvā pamatojuma virzienā iezīmējas trīs iespējamie gadījumi. Viens gadījums ir tad, ja neatliekamie pasākumi tiek veikti bez pacienta vai viņa vietnieku piekrišanas, pamatojoties uz to, ka ārstniecības vilcināšana apdraud pacienta dzīvību un

---

<sup>678</sup> Kennedy I., Grubb A. Medical law. London, Dublin, Edinburgh: Butterworths, 1994, p.233.

<sup>679</sup> Biokonvencijas 8.p.; Deklarācija par pacientu tiesību veicināšanu Eiropā (1994.gada 28.-30.marts). Grām.: Biomedicīnas ētika. Ķilkuts G., Mežinska S., Neiders I.u.c. Sast. V.Sīle. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2006, 207.-219.lpp. (3.3.pk.). Sk., Richards E.P., Rathbun K.C. Medical Care Law. [b.v.], Jones & Bartlete Learning, 1999, p.243. Pieejams: <http://books.google.lv> [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].

nav iespējams saņemt minēto personu piekrišanu<sup>680</sup>. Informācijas nesaņemšanas objektīvais pamatojums ietver sevī divus nosacījumus. No vienas puses, tas ir pacienta būtisks apdraudējums, t.i., draudi pacienta dzīvībai, ja netiks saņemta ārstniecība. No otras puses, neiespējamība saņemt lemt tiesīgo personu piekrišanu ārstniecībai, kas ir tiesiski izvērtējama.

Strīdīgi, kā būtu interpretējama neiespējamība iegūt piekrišanu saistībā ar pacienta tiesībām uz informāciju. Pacients nav spējīgs izteikt gribu ārstniecībā, ja viņam nav medicīniskās rīcībspējas. Tomēr ir nodalāma situācija, kad, neskatoties uz pacienta medicīnisko rīcībnespēju, kas, no vienas puses, ir šķērslis izteikt gribu ārstniecībā; bet, no otras puses, tomēr saglabājas tiesības saņemt informāciju noteiktā apjomā<sup>681</sup>. Pacients, kuram nav medicīniskās rīcībspējas, nespēs realizēt pacienta tiesības uz informāciju tikai tajos gadījumos, ja fizisku (piemēram, bezsamaņas stāvoklis) vai psihisku traucējumu ietekmē nespēs komunicēt (uztvert, saprast, atcerēties informāciju pat minimālākajā līmenī). Līdz ar secināms, ka, lai arī pacienta medicīniskā rīcībspēja ārstniecībā ir saistīta ar pacienta tiesībām saņemt informāciju, tomēr pacienta nespēja izteikt gribu ārstniecībā vienmēr neatceļ jeb neizslēdz pacienta tiesības uz informāciju.

Ja ārstniecības vilcināšanās apdraud pacienta dzīvību, tad samērā liela nozīme ir laikam, t.i., pēc iespējas ātrāk sniegtai neatliekamajai ārstniecībai. Līdz ar to būtiski ir samazināt dažādu šķēršļu ietekmi uz ārstniecības sniegšanu. Šajā sakarā divējādi vērtējams jautājums, vai pieļaujama neatliekamu ārstniecības pasākumu veikšana rīcībspējīgam pacientam, nesaņemot šī pacienta piekrišanu, tādējādi arī nesniedzot pacientam informāciju, kas novilcinātu (aizkavētu) neatliekamās ārstniecības sniegšanu pacientam. No vienas puses, pacienta ārstniecību var veikt tikai ar pacienta piekrišanu, sniedzot viņam informāciju lēmuma pieņemšanai. Šis princips ir prioritārs pacienta un ārstniecības personas/iestādes tiesiskajās attiecībās mūsdienās. No otras puses, ir konstatējami argumenti, ka laika ekonomijas princips varētu pārsvērt pacienta gribas izteikuma iegūšanas nepieciešamību kritiskās situācijās. Piemēram, pirmkārt, netiek prasīta pacienta vietnieka piekrišana pacienta ārstniecībai, ja steidzamos gadījumos nav iespējams iegūt pacienta vietnieka savlaicīgu lēmumu<sup>682</sup>. Šādu principu pēc idejas varētu attiecināt arī uz pacientu, ja pacients iepriekš tieši nav aizliedzis šādu ārstniecības pasākumu veikšanu. Otrkārt, lai arī šādā pieejā netieši ir konstatējamas paternālisma iezīmes, tomēr tā lielākā mērā atbilst pacienta un ārstniecības personas/iestādes tehnoloģiskā attiecību modeļa<sup>683</sup> pazīmēm, kur lēmuma pieņemšana ārstniecībā ir balstīta uz

<sup>680</sup> Pacientu tiesību likuma 7.p.8.d.

<sup>681</sup> Sk., piem.: Pacientu tiesību likuma 13.p.4.d.; Ārstniecības likuma 68.p.2.,8.d.; Law on the rights of patients and compensation of the damage to their health (Lithuania) (a.7); Act on Health of Hungary (s.13(5)); Law of Georgia on the rights of patient (a.43).

<sup>682</sup> Deklarācija par pacientu tiesību veicināšanu Eiropā (1994.gada 28.-30.marts). Grām.: Biomedicīnas ētika. Ķilkuts G., Mežinska S., Neiders I.u.c. Sast. V.Sīle. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2006, 207.-219.lpp. (3.4.pk.).

<sup>683</sup> Sk.: Сальников В.П., Стеценко С.Г. Доктрина информированного согласия. Новая правовая мысль, 2002, nr.1, с.36-42.

pacienta veselības medicīniskajiem kritērijiem, kas nenoliedzami ir objektīvi pacienta interesēs. Turklāt, nevar noliegt iespējamību, ka tehnoloģiskais pacienta un ārstniecības personas/iestādes tiesisko attiecību modelis kļūs dominējošais minētajās tiesiskajās attiecībās, ņemot vērā pacienta un ārstniecības personas tomēr samērā nelīdzvērtīgos faktiskos statusus. Tā būtu arī objektīvāka iespēja aizsargāt pacienta tiesības un leģitīmās intereses ārstniecībā īpaši steidzamos gadījumos, saglabājot tomēr pacienta un ārstniecības personas/iestādes attiecību civiltiesisko raksturu. Treškārt, steidzamos gadījumos ir samērā grūti vērtēt, vai pacientam ir medicīniskā rīcībspēja<sup>684</sup>, kas neizslēdz tādā gadījumā kļūdīšanās iespējamību. Izejot no vērtējuma, secināms, ka steidzamos gadījumos, ja ārstniecības vilcināšana apdraud pacienta dzīvību, ir pieļaujama neatliekamu ārstniecības pasākumu veikšana bez pacienta ar medicīnisko rīcībspēju piekrišanas, ja pacients iepriekš tieši nav aizliedzis minēto pasākumu veikšanu un ja nav iespējams saņemt savlaicīgu šī pacienta piekrišanu, līdz ar to, arī nesniedzot pacientam informāciju.

Neiespējamība saņemt pacienta bez medicīniskās rīcībspējas vietnieka piekrišanu pacienta ārstniecībai (līdz ar to arī informācijas saņemšanas neiespējamība), ja ārstniecības vilcināšana apdraud pacienta dzīvību<sup>685</sup>, interpretējama turpmāk norādītos veidos:

a) ja pacientam nav vietnieku vai tie nav tiesīgi atvietot pacientu ārstniecībā, tad lēmumu saistībā ar pacienta ārstniecību pieņem ārstniecības persona (ārsts) vai ārstu konsilijs, izejot no situācijas; pie tam šis princips ir paplašināti attiecināms arī uz tiem gadījumiem, kad nepastāv pacienta dzīvības apdraudējums, novilcinot ārstniecību<sup>686</sup>. Līdz ar to secināms, ja nav rīcībnespējīga pacienta vietnieka vai viņš nav tiesīgs atvietot pacientu, tad objektīvi netiek saņemta informācija, jo nav sekundārā tiesību subjekta tiesībās uz informāciju ārstniecībā.

b) ja pacientam ir vietnieks ārstniecībā, tad neiespējamība saņemt piekrišanu pacienta ārstniecībai rodas: no vienas puses, ja nav iespējams sazināties ar pacienta vietnieku, kā rezultātā arī noskaidrot pacienta vietnieka gribu, sniedzot pacienta vietniekam informāciju; no otras puses, ja nav iespējams saņemt savlaicīgu pacienta vietnieka lēmumu saistībā ar pacienta ārstniecību, tādējādi nesniedzot pacienta vietniekam informāciju. Latvijas ārstniecības normatīvajā regulējumā nav tieši un konkrēti noteikta minētā izpratne, kas tomēr būtu šādi interpretējama, balstoties uz vispārpieņemtajām vadlīnijām starptautiskajā praksē<sup>687</sup>. Nenoliedzami, minētā pieeja var radīt neskaidrības, piemērojot

---

<http://www.law.edu.ru/magazine/document.asp?magID=13&magNum=1&magYear=2002&articleID=1169577>  
[aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

<sup>684</sup> Turklāt nepieciešams uzsvērt, ka ārstu konsiliju nevar uzskatīt par tiesu ( LR ST 2007.g. 03.aprīļa lēm. par tiesvedības izbeigšanu lietā Nr.2007-05-0106. Pieejams: [www.satv.tiesa.gov.lv](http://www.satv.tiesa.gov.lv) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā]) pacienta rīcībspējas izvērtējumā.

<sup>685</sup> Pacientu tiesību likuma 7.p.8.d.

<sup>686</sup> Pacientu tiesību likuma 7.p.7., 8.d.

<sup>687</sup> Sk.: Deklarācija par pacientu tiesību veicināšanu Eiropā (1994.gada 28.-30.marts). Grām.: Biomedicīnas ētika. Ķilkuts G., Mežinska S., Neiders I.u.c. Sast. V.Sīle. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2006, 207.-219.lpp. (3.4.pk.).

to praksē, tomēr tā ir elastīgāka un lielākā mērā atbilstoša pacienta interesēm. Tādējādi šo principu ir nepieciešams nostiprināt arī Latvijas normatīvajos aktos.

Līdz ar to secināms, ja arī tiek veikta pacienta ārstniecība bez pacienta vai viņa vietnieka piekrišanas, balstoties uz pacienta dzīvības apdraudējumu ārstniecības novilcināšanas dēļ, kur lēmumu par pacienta ārstniecību pieņem ārsts vai ārstu konsilijs, tad tomēr attiecībā uz pacienta tiesībām uz informāciju ir nodalāmas divas pieejas. No vienas puses, pēc vispārīgā principa pacients vai pacienta vietnieks nesaņem informāciju, pamatojoties uz objektīviem apstākļiem. Bet, no otras puses, noteiktos gadījumos pacientam tomēr saglabājas tiesības uz informāciju, bet šīs tiesības objektīvu apstākļu dēļ tiek ierobežotas ar diviem nosacījumiem: 1) pacientam tiesības saņemt daļēju informāciju; 2) saņemtās informācijas mērķis nav gribas izteikums ārstniecībā, bet gan minētai informācijai ir tikai informatīvs raksturs, kas tomēr arī netieši ir pacienta interesēs.

Pastāv vēl viens gadījums, kad ir objektīvs pamatojums pacientam nesaņemt informāciju. Invazīvās iejaukšanās laikā ārstējošajam ārstam ir tiesības veikt iepriekš neplānotu ārstniecību bez pacienta piekrišanas, tātad pacientam arī nesaņemot informāciju: 1) ja pacientam sniedzama neatliekamā ārstniecība; vai 2) ja neveiktās ārstēšanas dēļ radīsies nesalīdzināmi lielāks kaitējums viņa veselībai<sup>688</sup>. Tādējādi ārstam, izsverot starp veselības kaitējuma un dzīvības draudiem un pacienta pašnoteikšanās tiesībām, jāņem vērā ārstniecības neatliekamība un invazīvās iejaukšanās (arī anestēzijas) pārtraukšanas sekas – ja invazīvo iejaukšanos bez īpašām problēmām var pārtraukt un vēlāk bez paaugstinātiem riskiem turpināt, tad invazīvā iejaukšanās pārtraucama, lai pacientam sniegtu informāciju<sup>689</sup>. Šajā gadījumā iespējamās vairākas situācijas, kur nepieciešams veikt to tiesisko analīzi.

Ja pacients ar medicīnisko rīcībspēju invazīvās iejaukšanās laikā ir bez samaņas, tad tādā gadījumā nav iespējams ne saņemt viņa piekrišanu ārstniecībai, ne arī sniegt pacientam informāciju. Līdz ar to objektīvi tiek izslēgta iespēja pacientam saņemt informāciju. Tādā gadījumā arī pacienta vietniekam nav tiesības atvietot pacientu, kā arī vietniekam nav tiesības uz informāciju, izņemot pacienta līgumisko vietnieku. Tas pamatojams ar to, ka pacients pirms invazīvās iejaukšanās bija rīcībspējīgs, kur bezsamaņas stāvoklis iejaukšanās laikā ir salīdzinoši īslaicīgs, pārejošs, kas vēl nerada pamatu pacienta vietniecībai ārstniecībā, izņemot pacienta līgumisko vietniecību.

---

<sup>688</sup> Pacientu tiesību likuma 7.p.9.d.

<sup>689</sup> Austrijas Augstākās tiesas 2007.gada 26.jūnija spried. lietā Nr.10Ob50/07m. Pieejams: <http://www.ris.bka.gv.at> [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].

Ārsts veica pacientei operāciju, lai izņemtu dzemdes audzēju. Operācijas laikā viņš konstatēja, ka audzēju iespējams atdalīt tikai kopā ar visu dzemdi, ko arī darīja, lai arī paciente lieku uztraukumu dēļ iepriekš netika informēta par šādu iespēju, un nebija saņemtā viņas piekrišana. Tiesa norādīja, ka ārsta tiesībām un pienākumam ārstēt ir robeža – cilvēka pašnoteikšanās tiesības pār savu ķermeni. Ja ir iespēja pārtraukt iesākto operāciju, tad tas ir jā dara, lai sniegtu informāciju un saņemtu piekrišanu (Vācijas Federālās Augstākās tiesas 1957.gada 28.novembra spriedums lietā Nr.BGHSt 11, 111. Einwilligung in ärztliche Heilbehandlung. Pieejams: <http://sorminiserv.unibe.ch:8080/tools/ainfo.exe?Command=ShowPrintText&Name=bs011111> [aplūkots 2011.gada 11.aprīlī].

Tiesiski strīdīgāk ir vērtējama situācija, kad rīcībspējīgs pacients invazīvās iejaukšanās laikā, piemēram, pielietojot tikai vietējo anestēziju, atrodas pie samaņas. No vienas puses, ja invazīvo iejaukšanos, ņemot vērā tās raksturu<sup>690</sup> un ietekmi uz pacientu, uzskatīt par objektīvu apstākli, kas izslēdz gribas izteikuma spēkā esamību, tad veicamajai ārstniecībai minētajā gadījumā nav nepieciešams saņemt pacienta piekrišanu, nesaņemot pacientam arī informāciju. Tomēr, no otras puses, ir nepieciešams nodalīt tos invazīvās iejaukšanās veidus, kuri nerada iepriekš minētās tiesiskās sekas, neietekmējot pacienta gribas izteikuma spēkā esamību (piemēram, smagas pacienta brūces apstrāde, šuvju uzlikšana tai), saglabājot pacientam tiesības uz informāciju. Tādēļ nepieciešams izstrādāt kritērijus invazīvās iejaukšanās smaguma tiesiskajam izvērtējumam, nodalot invazīvās iejaukšanās veidus ar atšķirīgajām tiesiskajām sekām.

Ja invazīvā iejaukšanās tiek izdarīta pacientam bez medicīniskās rīcībspējas un tās laikā tiek konstatēta nepieciešamība pēc iepriekš neplānotas ārstniecības, tad rodas jautājums, vai nepieciešams sniegt informāciju pacienta vietniekam, kā arī saņemt pacienta vietnieka piekrišanu minētai pacienta ārstniecībai. No vienas puses, pacienta vietniekam ir tiesības atvietot pacientu<sup>691</sup>, līdz ar to arī saņemt informāciju. No otras puses, lēmums tiek pieņemts pacienta invazīvās iejaukšanās laikā, kur atbilstoši pacienta interesēm nebūtu pieļaujama vilcināšanās. Līdz ar to secināms, ka prioritārāks ir viedoklis, ka nav nepieciešams sniegt informāciju un saņemt pacienta vietnieka piekrišanu neatliekamai, objektīvi nepieciešamai ārstniecībai invazīvās iejaukšanās laikā, kuras nepieciešamība nebija zināma iepriekš un tiek konstatēta tikai šīs iejaukšanās posmā.

Pacientam tiesiski var netikt sniegta informācija arī tādā gadījumā, ja pastāv kaitējuma draudi pacienta vai citu personu dzīvībai vai veselībai<sup>692</sup>, kas kopumā vērtējams kā objektīvs pamatojums informācijas nesniegšanai pacientam. Šāda pieeja balstās uz ārsta nekaitēšanas principu (pienākumu)<sup>693</sup> ārsta un pacienta tiesiskajās attiecībās.

Tiesiski izvērtējams, vai arī pacienta vietniekam var nesniegt informāciju par pacientu, pamatojoties uz iepriekšminēto nekaitēšanas principu, ja sniegtā informācija var radīt kaitējumu pacienta vietnieka veselībai vai dzīvībai. Tiesu praksē, velkot paralēles saistībā ar minēto aspektu, tika atzīts, ka: no vienas puses, pacienta vietniekam ir tiesības uz informāciju par pacienta nāves cēloni, kā arī par pacienta ārstniecību pirms tās<sup>694</sup>; no otras puses, pēc pacienta nāves attiecībā uz informācijas sniegšanu mirušā pacienta vietniekam nevar rasties nekāds aprūpes pienākums, jo šāds

<sup>690</sup> Invāzija no lat.val. „*invasio*” – „iebrukums” (Baldunčiks J., Pokrotiece K. Sveđvārdu vārdnīca: vairāk nekā 15 000 citvalodu cilmes vārdu un terminoloģisku vārdkopu. Zin.red. Baldunčiks J. Rīga: Jumava, 1999, 317.lpp.)

<sup>691</sup> Pacientu tiesību likuma 6.p.7.d.; 7.p.1., 2.d.

<sup>692</sup> Pacientu tiesību likuma 4.p.7.d.

<sup>693</sup> Hipokrāta zvērests: „(...) Slimniekiem, cik spēšu un pratīšu, es došu tikai labas pamācības, kas nestu svētību un nedarītu viņiem nedz netaisnību, nedz ļaunumu. (...) Lai es ietu kādā namā iedams, es tur iešu tikai slimnieka labuma dēļ un izvairīšos no tīša ļaunuma, kaitēšanas (...)” (Hipokrāts. Hipokrāta zvērests. Pieejams: [http://www.mfd.lv/lv/book/hipokratavzverests\\_lv.htm](http://www.mfd.lv/lv/book/hipokratavzverests_lv.htm) [aplūkots 2010.gada 15.maijā]).

<sup>694</sup> Sk. arī: Pacientu tiesību likuma 10.p.4.d.

pienākums ārstam bija pret pacientu; taču tas vien, ka informācijas sniedzējs ir ārsts, pats par sevi nenozīmē, ka viņš attiecībā pret pacienta vietniekiem uzņemas ārsta saistības pret pacientu, kas tādējādi neliecina ne par tuvām attiecībām, ne par kaitējuma paredzamību<sup>695</sup>, no kurienes secināms, ka miruša pacienta vietniekam ir sniedzama noteikta informācija, pat pastāvot kaitējuma draudiem pacienta vietnieka veselībai un dzīvībai. Šo principu praktiski var attiecināt arī uz pacienta ārstniecību, ja pacients ir rīcībnespējīgs, kā arī rīcībbspējīga pacienta līgumiskās vietniecības gadījumā, kur pacienta vietniekam rodas tiesības atvietot pacientu, tādējādi arī saņemot informāciju par pacientu. Arguments šādai pieejai izriet no pacienta vietniecības idejas, kur: pirmkārt, pacienta vietniekam ir jāaizstāj pilnā mērā pacients gribas izteikumā, ja pats pacients objektīvu apstākļu dēļ nav spējīgs pieņemt lēmumu ārstniecībā; otrkārt, atvietot pacientu ir tiesības tādā pacienta vietniekam, kas to spējīgs izdarīt, uz ko netieši norāda normatīvajos aktos noteiktais plašāks pacienta iespējamo vietnieku loks, kā arī zināma pacienta vietnieku hierarhija. Līdz ar to secināms, ja rodas pamats pacienta vietniecībai, tad, izejot no minētās vietniecības būtības, pacienta vietniekam ir jābūt spējīgam saņemt informāciju, kas nepieciešama lēmuma pieņemšanai saistībā ar pacienta ārstniecību, tādējādi pacienta vietniekam realizējot tiesības uz informāciju ārstniecībā.

Tiesiska sadursme netieši konstatējama gadījumā, ja pacients ir rīcībbspējīgs, kur pacienta iespējamajam vietniekam, izņemot līgumisko, nemaz nav tiesības uz informāciju par pacientu, kas pamatojams sekojoši. Pirmkārt, primārais tiesību subjekts tiesībās uz informāciju ārstniecībā ir rīcībbspējīgs pacients, kas tādā gadījumā izslēdz sekundārā tiesību subjekta, t.i., pacienta vietnieka, iesaistīšanos. Otrkārt, kaitējuma draudi pacienta veselībai vai dzīvībai nerada tiesisko pamatu rīcībbspējīga pacienta vietniecībai. Lai gan, piemēram, Kiprā, ja informācija minētajā gadījumā netiek sniegta pacientam, to sniedz pacienta vietniekam<sup>696</sup>. Tomēr strīdīgi par šādas atkāpes nepieciešamību un lietderību, ja pacientam tomēr tiek saglabātas tiesības izteikt tiesiski spēkā esošu griba izteikumu ārstniecībā. Tiesiska sadursme informācijas nesniegšanā rīcībbspējīgam pacientam iespējamā kaitējuma dēļ veselībai vai dzīvībai ir konstatējama tajā apstākļi, ka informācija pilnā apjomā ir pieejama un zināma tikai ārstam, bet tiesības pieņemt lēmumu ārstniecībā kopumā bez

---

<sup>695</sup> 10 gadīga pacienta ārstniecība tika veikta nolaidīgi, kā rezultātā viņš mira. Pacienta vecākiem netika sniegta informācija, ka ārstiem ir aizdomas par pacienta letālu saslimšanu, kuru, diagnosticējot laicīgi, ir iespējams izārstēt, bet pacientam netika veikti nepieciešamie izmeklējumi. Pēc pacienta nāves viņa vecākiem netika sniegta arī informācija par pacienta nāves apstākļiem. Tā rezultātā vecākiem pasliktinājās veselība, vienam – zaudējot arī darb spēju. Tomēr Eiropas Cilvēktiesību tiesa noraidīja pacienta vecāku prasību, norādot, ka, no vienas puses: a) ir jābūt efektīvai neatkarīgai sistēmai, lai noskaidrotu indivīda nāves cēloni, kurš atradās ārstniecības personu aprūpē; b) ir jāaplūko notikumi, kas risinājās pirms pacienta nāves; bet, no otras puses: a) pacienta vecāki neizmantoja nacionālo tiesību aizsardzības sistēmu, atsaucot iesniegto apelācijas sūdzību Velsas lietu valsts ministra birojā, uzskatot, ka viņiem neizdosies panākt taisnību; b) pacienta vecāki pieņēma viņu civiltiesiskās prasības apmierinājumu no atbildīgās ārstniecības iestādes, neceļot tālākas individuālās prasības pret ārstiem (Eiropas Cilvēktiesību tiesas 2000.gada 04.maija lēmums lietā: William, Anita Powell v. The United Kingdom. Pieejams: [http://www.ttc.lv/export/sites/default/docs/STA/Tulkojumi\\_no\\_anglju\\_val/Dazhaadi/Case\\_of\\_Powell\\_v.\\_The\\_United\\_Kingdom\\_1990.g.doc](http://www.ttc.lv/export/sites/default/docs/STA/Tulkojumi_no_anglju_val/Dazhaadi/Case_of_Powell_v._The_United_Kingdom_1990.g.doc) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā]).

<sup>696</sup> Law to provide for the safeguarding and protection of the patient's rights and for related matters of Cyprus (a.11(1)).



ierobežojumiem tiek saglabātas pacientam. Veiksmīgāks un pacienta interesēm atbilstošāks risinājums būtu tad, ja šajā gadījumā tiktu iestrādātas pacienta un ārstniecības personas tiesisko attiecību tehnoloģiskā modeļa nianse, paredzot ārstam tiesības koriģēt pacienta lēmumu, tādējādi tomēr noteiktā veidā ierobežojot pacienta gribas izteikumu, ņemot vērā pilnīgas un nozīmīgas informācijas neesamību pacientam.

Izvērtējams, vai tiesības nesniegt informāciju nozīmē arī tiesības teikt nepatiesību (piemēram, smagākas diagnozes gadījumā pacientu informēt par vieglāku, bet nepatiesu diagnozi). Informācijas nesniegšana varētu izpausties trijos veidos: 1) informācijas nesniegšana vispār; 2) daļējas informācijas sniegšana; 3) nepatiesas informācijas sniegšana, nesniedzot, noslēpjot patieso informāciju. Domājams, ka informācijas nesniegšana nozīmē tikai patiesas visas vai daļējas informācijas nesniegšanu, neaizvietojojot to ar nepatiesu informāciju, ko apstiprina arī juridiskajā literatūrā izteiktie viedokļi un normatīvais regulējums<sup>697</sup>. Galvenie pretargumenti nepatiesas informācijas izmantošanai ir sekojoši. Pirmkārt, lai arī pastāv ārsta nekaitēšanas princips ārstniecībā, tomēr tas nenozīmē, ka pieļaujami jebkuri līdzekļi minētā principa īstenošanā. Šis princips nesniedz tik tālu, lai dotu tiesības teikt nepatiesību, bet aprobežojas ar normatīvajā regulējumā un tiesību sistēmā vispār noteiktajām robežām. Otrkārt, pacienta un ārstniecības personas/iestādes tiesiskajās attiecībās nozīmīga loma ir arī uzticības aspektam, kur nepatiesas informācijas izmantošana apdraud šādu attiecību turpmāku pastāvēšanu. Treškārt, pacientam, izmantojot nepatiesu informāciju lēmuma pieņemšanā, tas praktiski noved pie pacienta gribas izteikuma spēkā neesamības. Ceturkārt, nav pieļaujama nepatiesas informācijas aprīte tiesiskajās attiecībās kā tādās, lai arī kādu iemeslu dēļ tā tiktu izmantota. Secināms, ka tiesības nesniegt informāciju aprobežojas ar tiesībām nesniegt informāciju vispār vai tiesībām sniegt daļēju informāciju, bet neparedz ārstniecības personai tiesības sniegt nepatiesu informāciju, lai arī it kā iedomājama pacienta interešu labā.

Strīdīgi ir vērtējama situācija, ja, no vienas puses, pastāv tiesiskais pamats, t.i., kaitējuma draudi pacienta vai citu personu dzīvībai vai veselībai ar informācijas sniegšanu, ārstam nesniegt informāciju pacientam, bet, no otras puses, rīcībaspējīgs patients pieprasa pilnīgas informācijas saņemšanu. Šajā gadījumā saduras, kā tiek norādīts juridiskajā literatūrā, divi principi – pacienta lūgums un profesionālais, medicīnas deontoloģijas princips<sup>698</sup>. Dažu valstu normatīvajā regulējumā

---

<sup>697</sup> Ārstniecības likuma 41.p. (spēkā esošs līdz 28.02.2010.); Law of Georgia on the rights of patient (a.18(2)); Merz J.F. An Empirical Analysis of the Medical Informed Consent Doctrine: Search for a "Standard" of Disclosure. Pieejams: <http://www.piercelaw.edu/risk/vol2/winter/merz.htm> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā]; Папеева К.О. Право врача скрывать от пациента сведения о состоянии его здоровья: некоторые вопросы правовой регламентации. Медицинское право, 2004, nr.4(8), с.19; Timby V.K. Fundamental skills and concepts in patient care. Philadelphia: J.B.Lippincott Company, 1996, p.39; Силюнова И.В., Тарабрин Р.Е. Право граждан на информацию о состоянии здоровья. Pieejams: <http://an.mrezha.ru/zhizn/etika/00/Lectures/lect9.doc> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

<sup>698</sup> Романовский Г.Б. Право на врачебную тайну в системе прав пациента. Pieejams: [www.med-law.ru](http://www.med-law.ru) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

ir konstatējams pienākums, sniegt pacientam informāciju, neskatoties uz iespējamajām negatīvajām sekām, ja pacients to pieprasa<sup>699</sup>. Ņemot vērā to, ka pacienta griba ir prioritāra pacienta un ārstniecības personas/iestādes tiesiskajās attiecībās, tad pacienta tiesības uz informāciju pārsver ārsta tiesības nesniegt informāciju pacientam, izejot no nekaitēšanas principa ārstniecībā. Neskatoties uz pastāvošo trūkumu tajā apstākļi, ka nav īsti saprotams, kā pacientam konstatēt to fakti, kad speciāli, īpaši ir izprasāma informācija no ārstniecības personas, tomēr, rīcībspējīgam pacientam to darot, ārstniecības personai ir jāsniedz iespējami pilnīgāka informācija par pacientu ārstniecībā, neskatoties uz objektīvi pastāvošiem apstākļiem, kas dotu tiesības to nedarīt.

Tiek pausts viedoklis, ka, ārstam nesniedzot informāciju pacientam nekaitēšanas nolūkā, tās ir ierobežotas ārsta tiesības uz noslēpumu no pacienta<sup>700</sup>. Jāpiekrīt, ka tas ir savdabīgs institūts, kuru raksturo sekojoši aspekti. Pirmkārt, tas praktiski ir vienīgais gadījums, kad ārstam noteiktas tiesības apzināti tiesiski nesniegt informāciju pacientam, līdz ar to, paturot informāciju noslēpumā no pacienta. Otrkārt, minētās ārsta tiesības ir ierobežotas: 1) ārsta tiesības uz noslēpumu no pacienta rodas tikai, iestājoties normatīvajā regulējumā noteiktajiem nosacījumiem<sup>701</sup>; 2) pacienta tiesības uz informāciju atceļ ārsta tiesības uz noslēpumu no pacienta, pacientam speciāli pieprasot informāciju; 3) publisko interešu labā ārstam noteiktos gadījumos tiek atceltas tiesības uz ārsta noslēpumu no pacienta (piemēram, infekcijas slimību gadījumā). Bet, ņemot vērā tā savdabību, ārsta tiesības uz noslēpumu no pacienta atzīstamas par speciālu tiesību institūtu.

Izvērtējams, kurš tiesīgs izlemt par informācijas nesniegšanu pacientam nekaitēšanas nolūkā. Izejot no Pacientu tiesību likuma 4.panta septītās daļas, šādas tiesības ir ārstam jeb, domājams precīzāk, pacienta ārstējošajam ārstam, kuram ar pacientu pastāv tiesiskās attiecības, tādējādi viņam arī pieejama objektīva informācija par pacientu. Dažu valstu normatīvajā regulējumā paredzēta nedaudz striktāka pieeja, nosakot, ka: 1) šādam lēmumam nepieciešams papildus apstiprinājums<sup>702</sup>; 2) minētais lēmums tiek fiksēts pacienta slimības vēsturē, norādot ierobežojuma robežas informācijas sniegšanā<sup>703</sup>. Ņemot vērā šādas informācijas nesniegšanas sekas un samērā nenoteikto raksturu, ir atbalstāma striktākā pieeja. Pēc vispārīgā principa tiesības izlemt par

---

<sup>699</sup> Piem.: Law of Georgia on the rights of patient (a.18(2)). Sk.: Richards E.P., Rathbun K.C. Medical Care Law. [b.v.], Jones & Bartlete Learning, 1999, p.211. Pieejams: <http://books.google.lv> [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā]; Дронова Ю.А. Анализ основных прав пациентов в отношениях по оказанию медицинских услуг. Медицинское право, 2003, nr.3, c.23.

<sup>700</sup> Папеева К.О. Право врача скрывать от пациента сведения о состоянии его здоровья: некоторые вопросы правовой регламентации. Медицинское право, 2004, nr.4(8), c.17-19; Эльштейн Н.В. Двойственность врачебной правды (размышления профессора). Медицинское право, 2005, nr.2(10), c.46.

<sup>701</sup> Sk.: Pacientu tiesību likuma 4.p.7.d.

<sup>702</sup> Piem., Izraēlā ārsta lēmumu jāapstiprina ētikas komitejai (Patient's Rights Act of Israel (a.13(D); 18(C))); Lietuvā minēto lēmumu pieņem ārstējošais ārsts vai ārstu konsilijs (Law on the rights of patients and compensation of the damage to their health (Lithuania) (a.6(5))); Gruzijā šo ārsta lēmumu apstiprina ētikas komiteja vai cits ārsts, ja konkrētajā ārstniecības iestādē nepastāv minētā komiteja (Law of Georgia on the rights of patient (a.18(3))).

<sup>703</sup> Piem.: Law on the rights of patients and compensation of the damage to their health (Lithuania) (a.6(5)); Law of Georgia on the rights of patient (a.18(3)).

informācijas nesniegšanu nekaitēšanas nolūkā ir ārstējošajam ārstam, bet, ja rodas šaubas par šī institūta piemērošanu, tad būtu nepieciešams saņemt ārstu konsilija akceptu. Un jebkurā gadījumā ir nepieciešams fiksēt šāda lēmuma pieņemšanu un noteikt nesniedzamās informācijas robežas, veicot atzīmi par to pacienta slimības vēsturē.

Ārstam, pieņemot lēmumu par informācijas nesniegšanu pacientam nekaitēšanas nolūkā, ir jābalstās uz objektīvu pamatojumu. Protams, strīdīgi, kā var pierādīt šāda pamatojuma esamību. Veicot grozījumus normatīvajā regulējumā, padarīta objektīvāka šāda pamatojuma konstatācija, balstoties jau uz ārsta rīcībā esošām ziņām un faktiem<sup>704</sup>. Precizējot normatīvo regulējumu, izriet, ka ārstam ir jānorāda objektīvas ziņas vai fakti, uz kuriem balstās ārsta pieņēmums par kaitējuma draudiem pacienta vai citu personu dzīvībai vai veselībai.

Informācija pacientam netiks sniegta tad, ja sniegtā informācija apdraud likumā noteikto objektu. Strīdīgi, kāda informācija var radīt šādas negatīvās sekas, un vai vispār šādu informācijas apjomu var precīzi noteikt, līdz ar to, šo informācijas apjomu nesniedzot pacientam. Pastāv viedoklis, ka tas attiecas tikai uz slimības diagnozi<sup>705</sup> un ar to saistīto prognozi<sup>706</sup>. Nosakot nesniedzamās informācijas apjomu, ir jāņem vērā saņemtās informācijas ietekmi uz pacienta vai citu personu dzīvību vai veselību plašākā izpratnē, kur saņemtā informācija minēto objektu var ietekmēt: 1) tieši (piemēram, pacientam dzirdot šo informāciju, rodas būtiskas morālas ciešanas); 2) pastarpināti, t.i., saņemtā informācija var provocēt noteiktu rīcību (piemēram, atteikšanos no ārstniecības), kas savukārt rada draudus noteiktajam objektam. Piemēram, informācijai par ārstniecības riskiem var būt pastarpināta ietekme, kas jau rada ārstam tiesības nesniegt minēto informāciju pacientam<sup>707</sup>. Juridiskajā literatūrā, balstoties uz tiesu praksi, izvirzītas trīs pieejas pacientam nesniedzamās informācijas nekaitēšanas nolūkā noteikšanai: 1) ja saņemtā informācija rada fiziska vai psihiska kaitējuma draudus; 2) ja saņemtās informācijas rezultātā pacientam radīsies tāds fizisks vai psihisks stāvoklis, kas viņam liegs pieņemt racionālu lēmumu; 3) ja informācijas sniegšana nav pacienta interesēs<sup>708</sup>. Secināms, ka samērā problemātiski konkrēti noteikt pacientam nesniedzamās informācijas apjomu un robežas, kur to noteikšanai nepieciešams pielietot

---

<sup>704</sup> Pacientu tiesību likuma 4.p.7.d. Turpretim Ārstniecības likuma 41.pantā (spēkā esošs līdz 28.02.2010.) bija konstatējama samērā subjektīva pieeja, kas balstījās tikai uz ārsta uzskatu (pieņēmumu).

<sup>705</sup> Папеева К.О. Право врача скрывать от пациента сведения о состоянии его здоровья: некоторые вопросы правовой регламентации. Медицинское право, 2004, nr.4(8), с.18.

<sup>706</sup> Ārstniecības likuma 41.pants.

<sup>707</sup> Piem., kādam pacientam bija smaga garīga saslimšana, kuras ārstēšanai pacientam bija jālieto samērā liela apjoma stipras iedarbības ārstniecības līdzekļi. Pastāvēja risks no minētajiem medikamentiem rasties smagiem acu bojājumiem. Ārsts nesniedza pacientam informāciju par šo risku, kā arī nenožīmēja regulāras acu pārbaudes, izvairoties no šīs informācijas ietekmes uz pacientu, jo, nelietojot minētos ārstniecības līdzekļus, pacienta dzīvība būtu briesmās. Pacienta acīm radās nopietni traucējumi, kā rezultātā tika celta prasība tiesā sakarā ar minētās informācijas nesniegšanu. Tiesa noraidīja pret ārstu celto prasību (Lieta: Battersby v. Tottman (1985) 37 SASR 524 (South Australia Sup Ct) (Austrālija). Grām.: Kennedy I., Grubb A. Medical law. London, Dublin, Edinburgh: Butterworths, 1994, p.213).

<sup>708</sup> Lietas: Battersby v. Tottman (1985) 37 SASR 524 (South Australia Sup Ct) (Austrālija); Canterbury v. Spence 464 F 2d 772 (DC, 1972) (ASV); Nishi v. Hartwell (1970) 473 P 2d 116 (Haw Sup Ct) (ASV). Grām.: Kennedy I., Grubb A. Medical law. London, Dublin, Edinburgh: Butterworths, 1994, p.214.

vispārīnātāku pieeju, ņemot vērā saņemamās informācijas tiešo un pastarpināto ietekmi un tās negatīvās sekas uz pacienta vai citu personu dzīvību vai veselību.

Nesniedzot pacientam informāciju nekaitēšanas nolūkā, no kaitējuma aizsargājama objekts ir „pacienta vai citu personu dzīvība vai veselība”<sup>709</sup>. Ir attaisnojami, ja pacientam netiek sniegta informācija paša pacienta interesēs<sup>710</sup>. Bet šaubas izraisa, vai citu personu intereses ir prioritārākas par paša pacienta tiesībām uz informāciju. Ja citu personu interešu apdraudējums pastāv vienlaicīgi ar paša pacienta apdraudējumu, tad ir pieņemama to tiesiskā aizsardzība, nesniedzot pacientam informāciju. Turpretim nav pieļaujama informācijas nesniegšana pacientam nekaitēšanas nolūkā tikai citu personu interešu labā.

Informācija netiks sniegta pacientam nekaitēšanas nolūkā tad, ja saņemtā informācija būtiski apdraud pacienta vai citu personu dzīvību vai veselību. No vienas puses, lai tiktu pārsvērtas pacienta tiesības uz informāciju, tad aizsargāmā objekta apdraudējumam ir jābūt atbilstoši samērīgam, t.i., būtiskam. No otras puses, rodas jautājums, ko nozīmē būtisks apdraudējums. Šajā sakarā ir minami vairāki aspekti. Pirmkārt, nav obligāts nosacījums, lai viss apdraudējums vai tā daļa būtu realizējies. Ir pietiekami, ja tiek konstatēta paša apdraudējuma esamība. Otrkārt, neskaidrs, kādai jābūt apdraudējuma realizācijas varbūtībai, lai tas tiktu ņemts vērā. Pie tam tiek norādīts, ka nepastāv instrumenti minētās varbūtības noteikšanai<sup>711</sup>. Treškārt, izvērtējams, kādam jābūt apdraudējuma apjomam, lai tas tiktu uzskatīts par būtisku. Ja ir runa par pacienta vai citu personu dzīvību, tad būtisks apdraudējums, domājams, ir tad, ja prognozējama minēto personu nāves iestāšanās. Turpretim veselības būtiska apdraudējuma apjoma noteikšanā jau konstatējamās problēmas, vai to saistīt ar procentuālu darbību zaudējumu, vai – ar veselības traucējumu, pie tam kādu traucējumu, smagumu. Līdz ar to secināms, lai tiktu pārsvērtas pacienta tiesības uz informāciju, ir nepieciešama būtiska apdraudējuma esamība likumā noteiktajiem objektiem, kur tomēr nepieciešams izstrādāt tiesiskus kritērijus būtiska apdraudējuma konstatācijai.

Dzīvība un veselība minēti kā aizsargājami objekti (labumi), kuru apdraudējuma gadījumā pacientam netiks sniegta informācija nekaitēšanas nolūkā. Bet, pacientam sniedzot informāciju, tas var skart arī citus pacienta dzīvē svarīgus aspektus, pat apdraudot tos. Pirmkārt, informācija par pacienta veselības stāvokli var skart pacienta ģimenes pastāvēšanu<sup>712</sup>, kas noteikti

---

<sup>709</sup> Pacientu tiesību likuma 4.p.7.d.

<sup>710</sup> Šāda pieeja ir, piem.: Law of Georgia on the rights of patient (a.18(2)); Law to provide for the safeguarding and protection of the patient's rights and for related matters of Cyprus (a.10(3)); Patient's Rights Act of Israel (a.13(D), 18(C)); Law on the rights of patients and compensation of the damage to their health (Lithuania) (a.6(5)); Deklarācija par pacientu tiesību veicināšanu Eiropā (1994.gada 28.-30.marts). Grām.: Biomedicīnas ētika. Ķilkuts G., Mežinska S., Neiders I.u.c. Sast. V.Sīle. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2006, 207.-219.lpp. (2.3.pk.).

<sup>711</sup> Мотов В.В. Информированное согласие и добровольная психиатрическая госпитализация в США. Pieejams: <http://www.npar.ru/journal/2005/3/hospitalization.php> [aplūkots 2010.gada 22.maijs].

<sup>712</sup> Piem., patients tika informēti par inficēšanos ar seksuāli transmisīvo slimību, kur pacientam pienākums saņemt šādu informāciju, informējot arī pacienta laulāto, kā rezultātā ģimene izira (Эльштейн Н.В. Двойственность врачебной правды (размышления профессора). Медицинское право, 2005, nr.2(10), с.46.).

lielā mērā ietekmē pacienta intereses. Otrkārt, „nevar būt taisnība cerības kaitējumam, jo taisnība ir tikai tā informācija, kas ir pacienta labā, viņa dvēseles mieram”<sup>713</sup>, t.i., sniegtā informācija var sagraut pacienta cerības. Cerības apdraudējums, kas ir vairāk psiholoģisks kritērijs, tomēr var ietekmēt arī pacienta līdzdalību ārstniecībā, kam var būt arī negatīvas sekas, piemēram, pacientam atsakoties no ārstniecības. Līdz ar to ir nepieciešams izvērtēt, vai citu aspektu saistībā ar pacientu apdraudējums, nevar ietekmēt pacienta tiesības uz informāciju.

Pēdējais izņēmuma gadījums, kad pacientam tiesiski netiek sniegta informācija, ja patients pats atsakās no informācijas saņemšanas<sup>714</sup>, kas atkarīgs no subjektīvas pacienta gribas ar iepriekš analizēto izņēmumu.

Ja pacientam tiesiski netiek sniegta informācija, tad iespējamās divējādas tiesiskās sekas. No vienas puses, kā tika norādīts iepriekš, ārstniecības personai/iestādei neiestājas juridiskās atbildības pamats par pacienta neinformētību. No otras puses, balstoties uz likumu, šajos gadījumos gribas izteikums saistībā ar pacienta ārstniecību ir spēkā, neskatoties uz pacienta neinformētību, kas nav vērtējams viennozīmīgi. Pacienta neatliekamā ārstniecība balstās uz pacienta gribas prezumpciju jeb ārstniecības prezumpciju, neesot pacienta šī brīža gribas izteikumam un nesaņemot pacientam informāciju. Ja patients atsakās no informācijas, tad tā ir viņa subjektīvā griba, kas attaisnojami neietekmē pacienta gribas izteikuma spēku. Strīdīgi vērtējams pacienta gribas izteikuma tiesiskais spēks, ja informācija pacientam netiek sniegta nekaitēšanas nolūkā, kas pamatojams sekojoši. Ja patients, nesaņemot informāciju nekaitēšanas nolūkā, atsakās no nepieciešamās ārstniecības vai, nesniedzot informāciju pacientam, nav iespējams saņemt pacienta piekrišanu nepieciešamajai ārstniecībai, tad ārstam ir jāizvērtē labums, ko gūs nesniedzot pacientam informāciju, un labums, ko gūs veicot pacientam ārstniecību. Tādējādi ir sniedzama informācija pacientam, ja arī iespējams tiks nodarīts viņam kaitējums (piemēram, onkoloģiskās slimības pirmās stadijas gadījumā). Pacientam nesaņemot informāciju nekaitēšanas nolūkā, viņš nevar objektīvi un brīvi formulēt savu gribu, kas skar arī ārstniecībai pakārtotus aspektus (piemēram, ja patients zinātu, ka mirst, tad iespējams nepagarinātu savas ciešanas<sup>715</sup>; pacienta līdzdalību ārstniecībā (ārstniecības līdzekļu lietošanu, veselības kontroli u.c.)), kā arī var ietekmēt citas tiesiskās attiecības

---

<sup>713</sup> Эльштейн Н.В. Двойственность врачебной правды (размышления профессора). Медицинское право, 2005, nr.2(10), c.45.

<sup>714</sup> Mutiski, rakstiski vai ar konkludentajām darbībām (Pacientu tiesību likuma 4.p.8.d.).

Law of Obligations Act of Estonia (§766(5)); Law on the rights of patients and compensation of the damage to their health (Lithuania) (a.6(4)); Act on Health of Hungary (a.14(1)); Law of Georgia on the rights of patient (a.20); Deutschlands Patientencharta (Art.5); Florida Patient's Bill of Rights and Responsibilities. (Florida Statutes Title XXIX Chapter 381(026) (4)(b)3.); Österreichs Patientencharta (Ab.4 Art.16(4)); Deklarācija par pacientu tiesību veicināšanu Eiropā (1994.gada 28.-30.marts). Grām.: Biomedicīnas ētika. Ķilkuts G., Mežinska S., Neiders I.u.c. Sast. V.Sīle. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2006, 207.-219.lpp. (2.5.pk.); Biokonvencijas 10(2)., 10(3).p.

<sup>715</sup> „Likumam īpaši ir jāaizsargā patients pret miršanas procesa pagarināšanu pretēji nedziedināmi slimās vai mirstošās personas vēlmei” (Termināli slimā un mirstošā pacienta aizsardzība un specifiskās vajadzības. Eiropas Padomes Parlamentārās asamblejas Sociālo, veselības un ģimenes lietu komitejas ziņojums. Periodika: Andrejevs G. Termināli slimo un mirstošo pacientu cilvēktiesību un cieņas aizsardzība Eiropas Padomes skatījumā. Doctus, 2000, nr.3, 37.lpp.).

(piemēram, rīcību ar īpašumu, laulības noslēgšanu, adoptēšanu). Un visbeidzot par informācijas nesniegšanu nekaitēšanas nolūkā izlemj nevis pats patients, bet cita persona, t.i., ārsts, nerēķinoties ar pacienta gribu. Līdz ar to secināms, ka, izvērtējot visus informācijas tiesiskas nesniegšanas veidus, informācijas nesniegšana pacientam nekaitēšanas nolūkā ir strīdīgākā, kur pacienta tiesības uz informāciju, speciāli izprasot šo informāciju, pārsver ārsta tiesības nesniegt informāciju pacientam nekaitēšanas nolūkā, kā arī ir precizējamas šī informācijas tiesiskas nesniegšanas veida tiesiskās nianšes.

Analizējot pacienta informētības normatīvo regulējumu, secināms, ka ir veiktas iestrādes šajā jomā, īpaši ar Pacienta tiesību likuma stāšanās spēkā. Tomēr tajā ir konstatējami nozīmīgi trūkumi, kas nenodrošina pilnīgu pacienta informētības realizāciju, līdz ar to arī pacienta gribas civiltiesisko aizsardzību, kur ir veicami vērā ņemami papildinājumi un grozījumi.

#### **4. Pacienta gribas izteikšanas brīvprātība**

Pacienta gribas izteikšanas brīvprātība ir vēl viens pacienta gribas izteikuma spēkā esamības kritērijs. Šajā nodaļā izvērtēti tiesiskie un faktiskie aspekti, kas ietekmē pacienta gribas izteikšanas brīvprātību, un to tiesiski pieļaujamās robežas.

##### **4.1. Ārstniecība bez pacienta piekrišanas un pret pacienta gribu**

Ir iespējamās situācijas, kad nevar saņemt pacienta piekrišanu nepieciešamai ārstniecībai, un pavisam citādas – kad ir jāveic ārstniecība pret pacienta gribu. Nepieciešams noskaidrot šo gadījumu tiesiskās atšķirības. Pacienta ārstniecība bez viņa piekrišanas raksturojas ar sekojošiem aspektiem. Pirmkārt, pacienta ārstniecība bez pacienta piekrišanas tiek veikta tajā gadījumā, ja pacienta griba objektīvu apstākļu dēļ nav bijusi izteikta (piemēram: 1) patients fizisku vai psihisku veselības traucējumu dēļ nav spējīgs izteikt gribu un viņam nav vietnieku, kas varētu pacientu atvietot gribas izteikšanā; 2) patients iepriekš ir aizliedzis likumiskajiem vietniekiem atvietot viņu;

3) pacienta vietnieki nav sasniedzami, bet ārstniecība steidzami ir nepieciešama pacientam, kādēļ nav atliekama jautājuma izlemšana saistībā ar pacienta ārstniecību). Otrkārt, pacienta tiesiskas, tiešas gribas neesamība tiek aizpildīta ar pacienta gribas prezumpciju, izejot no pacienta veselības medicīniskajiem kritērijiem. Minēto aizpildīšanu veic ārstniecības persona vai ārstu konsilijs<sup>716</sup>. Treškārt, pacienta ārstniecība tiek veikta bez tiesiski nozīmīgas pretestības no pacienta vai pacienta vietnieka puses (parasti). Un, ceturtkārt, pacienta ārstniecība bez pacienta gribas tiek veikta gan pacienta, viņa veselības (tieši un netieši); gan publisko interešu labā (minētās ārstniecības aspektus sk. iepriekš darbā).

Savukārt pacienta ārstniecības pret pacienta gribu iezīmes izpaužas šādos aspektos. Pirmkārt, pacienta ārstniecība pret pacienta gribu tiek veikta tajā gadījumā, ja pacients (vai viņa vietnieks) bija atteicies no pacienta ārstniecības; tādā ārstniecības atteikuma gadījumā<sup>717</sup>. Otrkārt, minētajā ārstniecībā pacienta griba netiek ņemta vērā. Treškārt, ārstniecība tiek veikta nelabprātīgā jeb piespiedu kārtībā<sup>718</sup>. Ceturtkārt, pacienta ārstniecība pret pacienta gribu tiek veikta galvenokārt publisko interešu labā<sup>719</sup>, kas, protams, netieši ir arī paša pacienta interesēs. Pacienta ārstniecība pret pacienta gribu tiek veikta, piemēram, infekcijas slimību<sup>720</sup>; psihisko slimību<sup>721</sup> gadījumā. Līdz ar to ir secināms, ka pacienta ārstniecība bez pacienta piekrišanas un pret pacienta gribu ir divi tiesiskā nozīmē atšķirīgi institūti, kur tomēr kopējā abu institūtu iezīme izpaužas tajā apstākļi, ka pacienta ārstniecības pamats nav tieši izteikta, brīva pacienta griba, tādā veidā ierobežojot pacienta gribas brīvību.

<sup>716</sup> Pacientu tiesību likuma 7.p.7.,8.,9.d.

<sup>717</sup> Rīcība pret pacienta gribu ir konstatējama arī citos gadījumos, piem.:

1) ja pacients vēlas ārstniecību, bet viņam tiek atteikts (piem., ja konkrētais ārstniecības pakalpojums netiek apmaksāts no valsts līdzekļiem un pacients atsakās pats maksāt; ja pacientam nav veselības traucējumu, kuru gadījumā pielietojama konkrēta ārstniecība (Nevar iet runa par pacienta vai viņa vietnieka gribas izteikumu attiecībā uz ārstniecības veikšanu pacientam, ja ārstuprāt šādai pacienta ārstniecībai nav medicīnisku indikāciju, ja tai vairāk nav nozīmes vai noteiktu apstākļu dēļ tā nav iespējama (Vācijas Federālās Augstākās tiesas 2003.gada 17.marta spriedums lietā Nr.BGHZ XII ZB 2/03. Pieejams: [www.bundesgerichtshof.de](http://www.bundesgerichtshof.de) [aplūkots 2011.gada 11.aprīlī]));

2) pacients nevar atsaukt doto piekrišanu lietu norises neatgriezenisko seku dēļ (piem., ja donoram tika izņemts kāds orgāns, tad vēlāk nav iespējams atsaukt orgāna izņemšanai doto piekrišanu).

<sup>718</sup> Normatīvajā regulējumā, piem., attiecībā uz pacientiem ar psihiskajiem traucējumiem ir paredzēti papildus tiesiskie līdzekļi, lai nepieļautu personas ļaunprātīgu piespiedu ievietošanu ārstniecības iestādē: a) ir detalizēti atrunāts process pacienta piespiedu ievietošanai psihiatriskajā ārstniecības iestādē; b) minētajā procesā tiek iesaistītas kompetentas valsts institūcijas – tiesa (tiesnesis), Latvijas Zvērinātu advokātu padome (zvērināts advokāts), ja pacientam nav vietnieka, un prokuratūra (prokurors); c) galīgo lēmumu par pacienta piespiedu stacionēšanu ārstniecības iestādē pieņem tiesnesis, balstoties arī uz ārstu konsilija atzinumu; d) jautājuma izskatīšana ir pieejama pacientam – notiek slēgtā sēdē ārstniecības iestādē, kur atrodas pacients, piedaloties pēc iespējas arī pašam pacientam; e) pacienta lieta tiek skatīta regulāri, kas ļauj sekot pacienta ārstniecības norisei, jo tiesnesis apstiprina pacienta piespiedu ārstniecību tikai uz noteiktu laika periodu; f) par tiesneša lēmumu var iesniegt sūdzību, kā arī prokurors – protestu (Ārstniecības likuma 68.p.3.-7.,9.,11.,15.d.); g) tiek paredzēta kriminālbildība par personas nelikumīgu ievietošanu psihiatriskajā ārstniecības iestādē (Krimināllikums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 1998. 8.jūlijs, nr.199/200 (155.p.)).

<sup>719</sup> Tiesa atzina, ka saskaņā ar labas ticības principu personai var tikt liegta subjektīvo tiesību izlietošana vai subjektīvo pienākumu izpilde, ja izrādās, ka otras puses pretējās intereses saskaņā ar likuma mērķi un konkrētiem lietas apstākļiem atzīstamas par svarīgākām (LR AT Senāta CD 2005.g. 09.februāra spried. lietā Nr.SK-75. Pieejams: <http://www.at.gov.lv/> [aplūkots 2010.gada 22.maijā]).

<sup>720</sup> Epidemioloģiskās drošības likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 1997. 30.decembris, nr.342/345 (20.p.).

<sup>721</sup> Ārstniecības likuma 68., 70.p.

Tiek pieļauta ārstniecības personas rīcība ārpus pacienta gribas izteikuma ar mērķi glābt pacienta dzīvību vai aizsargāt viņa veselību<sup>722</sup>. Tiek norādīts, ka minētā ārstniecības personas rīcība nav tiesiska: 1) ja pastāv alternatīva šādai ārstniecības personas rīcībai; vai 2) ja ārsts varēja paredzēt vai paredzēja šādu iznākumu līdz medicīniskās iejaukšanās sākumam; vai 3) ja pacienta dzīvībai nedraud tūlītējas briesmas<sup>723</sup>. Tomēr ārstniecības personas rīcība ārpus pacienta gribas izteikuma ir pieļaujama attiecībā uz tādu ārstniecību, par kuru nav zināma vai izteikta pacienta griba un par kuras nepieciešamību nebija zināmi visi apstākļi. Ārstniecības persona, rīkojoties ārpus pacienta gribas izteikuma, ir tiesīga veikt tikai pacienta ārstniecību, jo cita rīcība (piemēram, pētījumu veikšana ar pacientu) nevar novērst pacienta dzīvības vai veselības apdraudējumu. Secināms, ka tiesīgi izteiktā pacienta griba noteiktos gadījumos ir relatīvi absolūta, kur ārstniecības personas rīcība, t.i., tikai ārstniecība, ārpus pacienta gribas izteikuma, ir pieļaujama – gan paplašinot, gan sašaurinot pacienta gribas izteikumu, ja tas ir pacienta interesēs, novēršot tūlītējus, iepriekš nezināmus draudus pacienta dzīvībai vai veselībai.

Strīdīga ir pacienta ārstniecība pret pacienta gribu psihiskas slimības gadījumā, kas atspoguļo pacienta ārstniecības pret viņa gribu tiesiski neaizsargātos aspektus. Ārstniecības likuma 68.panta pirmajā daļā tiek minēti gadījumi, kad personai ar psihiskiem traucējumiem tiek sniegta psihiatriskā palīdzība pret pacienta gribu, kur ir runa par pacienta piespiedu stacionēšanu. Bet strīdīgi, kā veicama ārstniecība piespiedu kārtā stacionētam pacientam – vai piespiedu kārtā; vai tomēr, paredzot pacientam ar psihiskiem traucējumiem tiesības izteikt gribu (piekrišanu vai atteikumu) ārstniecībai<sup>724</sup>. Tiesu praksē ir norādīts, ka piespiedu ārstniecībai pakļautais psihiskās slimības pacients nevar dot brīvu piekrišanu psihoķirurģiskai ārstniecības metodei<sup>725</sup>. Tas ļautu secināt netieši, ka piespiedu kārtā ir veicama arī pacienta ārstniecība, ja pacients tiek stacionēts pret pacienta vai viņa vietnieka gribu. Bet tomēr paliek neskaidri jautājumi, piemēram, vai tas attiecas

---

<sup>722</sup> Lietā *Marshall v. Curry* pacients vienojās ar ārstu par trūces operāciju, kuras laikā tika atklāts un izoperēts iekaisis, ar gangrēnas noslieci sēklinieks; pacienta prasība netika apmierināta, jo tādā veidā tika glābta pacienta dzīvība un veselība (Lieta: *Marshall v. Curry* [1933] 3 DLR 260 (Sup Ct NS) (Kanāda). Grām.: Kennedy I., Grubb A. *Principles of medical law*. Oxford: Oxford University Press, 1998, p.131). Sk.: Pacientu tiesību likuma 7.p.8.,9.d.

<sup>723</sup> Lietā *Murray v. McMurchy* paciente ķeizargrieziena laikā tika sterilizēta, jo, atklājot viņai dzemdes fibriolu audzēju, pēc ārsta domām, nākotnes grūtniecības pacientei ir riskantas. Tiesa apmierināja pacientes prasību, atsaucoties uz tūlītēju briesmu neesamību (Lieta: *Murray v. McMurchy* [1949] 2 DLR 442 (Sup Ct BC) (Kanāda). Grām.: Kennedy I., Grubb A. *Principles of medical law*. Oxford: Oxford University Press, 1998, p.131).

Ерофеев С.В., Ерофеева И.О. Принцип информированного согласия пациента: обзор зарубежной медицинской и юридической практики. Pieejams: [www.med-law.ru](http://www.med-law.ru) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

<sup>724</sup> Pacientu tiesību likuma 6.p.

Latvijas Republikas Satversmes tiesa izbeidza tiesvedību lietā, kur tika apstrīdēta Ārstniecības likuma 68.panta, kas noteica, ka atsevišķos gadījumos pacientu ar psihiskiem traucējumiem var izmeklēt un ārstēt pret šī pacienta gribu, atbilstība Satversmei, jo Saeima grozīja apstrīdēto normu, paredzot pacienta tiesiskās aizsardzības mehānismu šādam gadījumam (LR ST 2007.g. 03.aprīļa lēm. par tiesvedības izbeigšanu lietā Nr.2007-05-0106. Pieejams: [www.satv.ties.gov.lv](http://www.satv.ties.gov.lv) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā]).

<sup>725</sup> Lieta: *Kaimowitz v. Michigan Department of Mental Health* (1973) 42 USLW 2063 (Mich Cir Ct) (ASV). Grām.: Kennedy I., Grubb A. *Medical law*. London, Dublin, Edinburgh: Butterworths, 1994, p.240, 241.



uz visiem gadījumiem, vai tomēr būtu jāņem vērā pacienta veselības psihisko traucējumu smagums, vai minēto pieeju neietekmē paredzamās ārstniecības veids un iejaukšanās raksturs.

No vienas puses, pastāv argumenti, no kuriem būtu secināms, minētajam pacientam ir veicama arī piespiedu ārstniecība. Ņemot vērā pacientu ar psihiskiem traucējumiem piespiedu stacionēšanas pamatojumu, t.i., samērā smagu gadījumu uzskaitījums<sup>726</sup>, kā arī šīs stacionēšanas kārtību, kur ir iesaistītas pat noteiktas tiesību aizsardzības institūcijas<sup>727</sup>, secināms, ka pacienta psihiskie traucējumi ir nopietni. Tas nozīmē to, ka publisko interešu labā tiek pielietoti un būtu pielietojami līdzekļi, lai novērstu šo apdraudējumu sabiedrībai un pašai personai, t.i., pēc iespējas samazinātu vai novērstu pacienta psihiskos traucējumus. Tātad, ja jau tiek sperts tik nozīmīgs solis, piespiedu kārtā stacionējot pacientu, tad pacientam būtu veicama arī piespiedu ārstniecība, lai sasniegtu likumdevēja nosprausto mērķi. Pie tam, ņemot vērā psihisko traucējumu raksturu un smagumu šādos gadījumos, apšaubāma ir arī paša pacienta spēja izteikt gribu ārstniecībā, ja arī rīcībspēja tiesas ceļā vēl nav atņemta.

No otras puses, dažu valstu praksē (īpaši ASV) 70-tajos gados attīstījās doma, ka psihiatrijas slimnieks nav slimais, bet ir slims cilvēks<sup>728</sup>, tādējādi atzīstot arī minētā pacienta zināmas pašnoteikšanās tiesības (piemēram, tiesības atteikties no psihofarmakoloģiskās ārstniecības) arī piespiedu stacionēšanās gadījumā<sup>729</sup>. Tomēr šī pieeja nav absolūta, un ASV tiesu praksē tika nosprausti kritēriji, kuru gadījumā ir pielietojama arī piespiedu psihofarmakoloģiskā ārstniecība: 1) psihotropo preparātu pielietojums, neskatoties uz rīcībspējīga pacienta atteikumu, ir pieļaujams, ja patients rada nenovēršamus draudus nodarīt sev vai citiem kaitējumu un ja nav alternatīvas minētajiem ārstniecības līdzekļiem, kas mazākā apjomā skartu indivīda privāto interešu sfēru<sup>730</sup>; 2) piespiedu psihofarmakoloģiskā ārstniecība ir pieļaujama attiecībā uz pacientiem, kas nav spējīgi izteikt gribu ārstniecībā<sup>731</sup> (minētās nespējas noteikšana<sup>732</sup> ar ārsta lēmumu nevis tiesas spriedumu

<sup>726</sup> Ārstniecības likuma 68.p.1.d. - psihiatrisko palīdzību bez pacienta piekrišanas sniedz, ja patients: 1) ir draudējis vai draud, centies vai cenšas nodarīt sev vai citai personai miesas bojājumus vai ir izturējies vai izturas varmācīgi pret citām personām un ārstniecības persona konstatē, ka pacientam ir psihiskās veselības traucējumi, kuru iespējamās sekas varētu būt nopietni miesas bojājumi pacientam pašam vai citai personai; 2) ir izrādījis vai izrāda nespēju rūpēties par sevi vai savā aizbildnībā esošām personām un ārstniecības persona konstatē, ka pacientam ir psihiskās veselības traucējumi, kuru iespējamās sekas varētu būt nenovēršama un nopietna personas veselības pasliktināšanās.

<sup>727</sup> Ārstniecības likuma 68.p.

<sup>728</sup> Tādējādi norādot, ka cilvēka personība nav nonicināma psihisko traucējumu dēļ.

<sup>729</sup> Мотов В.В. Информированное согласие на психиатрическое лечение в США. <http://www.npar.ru/journal/2004/3/consent.php> [aplūkots 2010.gada 22.maijā].

<sup>730</sup> Somijā noteikts, ka pacienta ar psihiskiem traucējumiem ārstniecība tiek veikta pēc iespējas ar pacienta piekrišanu, tomēr arī rīcībspējīga pacienta pašnoteikšanās tiesības var tikt ierobežotas, ja tiek veikta pacienta piespiedu ārstniecība (Mental Health Act of Finland (nr.1116/1990; 01.01.1991) (s.22a(2), 22b(1)). Pieejams: [www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/1990/en19901116.pdf](http://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/1990/en19901116.pdf) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā]).

<sup>731</sup> Arī Šveicē pacientam bija psihiski traucējumi, kuru dēļ viņš vairākkārt labprātīgi ārstējās slimnīcā, saņemot tur arī psihofarmakoloģisko ārstniecību gan labprātīgi, gan pret viņa gribu. Nesaskaņu dēļ patients atstāja ārstniecības iestādi, bet pēc pacienta ārstējošā ārsta pieteikuma pacientam tika piemērota piespiedu stacionēšana, tai skaitā, piespiedu psihofarmakoloģiskā ārstniecība. Pacienta vietnieks pret šādu psihiatru komisijas lēmumu iesniedza tiesā sūdzību, lūdzot pārtraukt pacienta piespiedu psihofarmakoloģisko ārstniecību, jo tādējādi tiek aizskarta viņa personiskā brīvība

psihofarmakoloģiskās ārstniecības pielietojumam pret pacienta gribu ir attaisnojama tikai tad, ja ārstniecība nepieciešama, lai novērstu tūlītēju, nozīmīgu un nenovēršamu psihiskās slimības pasliktinājumu gadījumos, kad mazākā vilcināšanās būtu nozīmīga); 3) ja medikamentozā ārstniecība ir nepieciešama arī pēckrīzes perioda pārvarēšanas, tad tiesai ir jālemj par rīcībspējas atņemšanu; ja tiesa (tiesnesis) nosaka pacienta rīcībnespēju izteikt gribu ārstniecībā, tad tiesai (tiesnesim) jāpieņem lēmums pacienta vietā un jāapstiprina ārstniecības plāns<sup>733</sup>. Pie tam ir gadījumi, kad tiesa vēl lielākā mērā sašaurina piespiedu kārtā stacionētā pacienta ar psihiskiem traucējumiem, kurš spējīgs izteikt gribu par ārstniecības pielietojumu, tiesības izlemt par psihofarmakoloģisko ārstniecību – nosakot, ka atteikties no psihofarmakoloģiskās ārstniecības nevar arī tajā gadījumā, ja pastāv varbūtība, ka ar minēto ārstniecību daudz ātrākā laikā tiks panākts veselības uzlabojums nekā ar jebkādu citu alternatīvu metodi<sup>734</sup>. Līdz ar to secināms, ja pacients ar psihiskiem traucējumiem tiek likumā noteiktajos gadījumos stacionēts pret pacienta gribu, tad tas vēl nenozīmē tiesības veikt minētā pacienta psihofarmakoloģisko ārstniecību pret pacienta gribu, kur tomēr pacienta atteikuma tiesības no šādas ārstniecības ir samērā lielā mērā ierobežotas.

Izvērtējams, cik ilgi ir piemērojama ārstniecība pret pacienta gribu. Tas atkarīgs no pacienta veselības stāvokļa. Ja tas uzlabojas līdz tādām līmenim, sakarā ar kuru zūd pamatojums pacienta ārstniecībai pret viņa gribu, tad minētā ārstniecība ir pārtraucama likumā noteiktajā kārtībā<sup>735</sup>.

Ja pacientam tiek veikta ārstniecība pret pacienta gribu, tad nepieciešams noskaidrot, kāds tiesību apjoms pacientam tiek saglabāts. Atbildot uz šo jautājumu, vienkāršāk ir noteikt to tiesību apjomu, kurš pacientam tiek ierobežots. Izejot no normatīvā regulējuma, minētajam pacientam nav

---

un cieņa. Tiesa konkrētajā gadījumā sūdzību noraidīja un norādīja uz sekojošiem aspektiem: 1) pacientam var tikt veikta nepieciešamā piespiedu ārstniecība, ja viņš konkrētajā brīdī nav spējīgs izteikt gribu; 2) izvērtējot robežas starp rīcībspējīga pacienta pašnoteikšanās tiesībām un valsts aizbildnības pienākumu pār pacientu, izņēmuma gadījumos ir pieļaujama pacienta piespiedu ārstniecība, arī psihofarmakoloģiskā; 3) lai atzītu pacientu par nespējīgu izteikt gribu, ir jāvērtē gan pacienta psihiskie traucējumi, gan viņa rīcība; 4) rīcībspējīgam pacientam ir tiesības atteikties no psihofarmakoloģiskās ārstniecības, un no tā vien nav secināma pacienta rīcībnespēja, ja viņš atsakās no ārstuprāt saprātīgas ārstniecības (Šveices Federālās Augstākās tiesas 2001.gada 22.marta spriedums lietā Nr.BGE 127 I 6. Basler Zwangsmedikation. Pieejams:

<http://sorminiserv.unibe.ch:8080/tools/ainfo.exe?Command=ShowPrintText&Name=c1127006> [aplūkots 2011.gada 11.aprīlī]).

<sup>732</sup> Domāta pacienta medicīniskā rīcībspēja.

<sup>733</sup> Lieta: Rogers v. Commissioner, 390 Mass. 489, 458 N.E. 2d 308 (1983) (ASV). Int.res.: Мотов В.В. Информированное согласие на психиатрическое лечение в США. Pieejams: <http://www.npar.ru/journal/2004/3/consent.php> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

<sup>734</sup> Lieta: Rennie v. Klein, 653 F.2d 836 (3d Cir.1981) (ASV). Int.res.: Мотов В.В. Информированное согласие на психиатрическое лечение в США. Pieejams: <http://www.npar.ru/journal/2004/3/consent.php> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

Arī Kanādas Ontārio provinces Apelācijas tiesa noteica, ka ir veicama piespiedu kārtā stacionēta rīcībspējīga pacienta ar psihiskiem traucējumiem farmakoloģiskā ārstniecība pat pretēji pacienta iepriekš izteiktam aizliegumam, ja arī nav neatliekamas ārstniecības gadījums, bet šāda ārstniecība ir nepieciešama pacientam (Kanādas Ontārio provinces Apelācijas tiesas 1991.gada 28.jūnija spriedums lietā Fleming v. Reid (1991 CanLII 2728 (ON C.A.)). Pieejams: [www.canlii.org/en/on/onca/doc/1991/1991canlii2728/1991canlii2728.html](http://www.canlii.org/en/on/onca/doc/1991/1991canlii2728/1991canlii2728.html) [aplūkots 2011.gada 11.aprīlī]).

<sup>735</sup> Ārstniecības likuma 68.p.17.,18.,19.d.

tiesību, kuru ierobežošana izriet no psihiatriskās ārstniecības sniegšanas psihiatriskajā ārstniecības iestādē pret pacienta gribu<sup>736</sup>. Piemēram, tiek ierobežotas tiesības uz brīvību, tiesības izteikt gribu ārstniecībā. Jebkuras citas tiesības, kas nav saistītas un neskar pacienta ārstniecību pret pacienta gribu, nevar tikt ierobežotas.

Pacienta ar psihiskiem traucējumiem nogādāšanā uz psihiatrisko ārstniecības iestādi var iesaistīties policija. Lai policijas darbiniekiem būtu tiesības aizturēt, nogādāt un uzraudzīt pie psihiatra minēto personu, ir nepieciešami divi priekšnoteikumi: 1) personai jākonstatē nepārprotami psihiski traucējumi; un 2) jākonstatē, ka persona ar savām darbībām rada acīm redzamas briesmas sev vai apkārtējiem<sup>737</sup>. „(...) Lietotā vārdkopa „acīm redzamas briesmas sev vai apkārtējiem” nevar tikt interpretēta kā traucējums vai neērtība, bet gan kā nopietns dzīvības, ķermeņa vai mantas apdraudējums vai pietiekošs pamats uzskatīt, ka persona šādu apdraudējumu var radīt”<sup>738</sup>. Ņemot vērā to, ka minētās personas aizturēšanas gadījumā ir nepieciešams noteikts medicīnisko zināšanu apjoms, kā arī iespējamās tālākās tiesiskās sekas, t.i., ārstniecība pret pacienta gribu, attiecībā uz šo personu, tad policijas darbiniekiem ir nepieciešams sadarboties ar ārstniecības personām, kas var izpausties divējādi: 1) policijas darbiniekiem ir jāsniedz psihiatram rakstveida ziņojums par slimnieka uzvedības pretsabiedrisko raksturu<sup>739</sup> (policijas darbinieku pienākums); 2) policijas darbinieki var pieaicināt ārstu, lai viņš izvērtētu, vai personas uzvedība liecina par personas psihiskiem traucējumiem un vai persona ar šādiem traucējumiem var radīt apdraudējumu sev vai citiem; taču arī tad policijas darbiniekiem jāspēj paskaidrot, kaut vai atsaucoties uz ārsta atzinumu, ka persona radīja apdraudējumu sev vai citiem<sup>740</sup>. Līdz ar to secināms, ka policijas darbiniekiem ir noteiktos gadījumos pienākums, bet noteiktos – tiesības sadarboties ar ārstniecības personām pacienta ar psihiskiem traucējumiem nogādāšanā psihiatriskajā ārstniecības iestādē.

Pacients ar psihiskajiem traucējumiem var stacionēties psihiatriskajā ārstniecības iestādē ar savu piekrišanu jeb labprātīgi<sup>741</sup>. Strīdīgi, cik brīva ir minētās personas griba, īpaši, ja pacients tiek uzņemts stacionārā, kas nozīmē, ka viņam ir pietiekami smagi psihiskie traucējumi. Ja ārstam rodas nozīmīgas šaubas par pacienta spēju izteikt gribu ārstniecībā, tad amerikāņu ārstniecības praksē jāpastāv trim nosacījumiem pacienta ārstniecībai: 1) tiesai jāatzīst pacients par rīcībnespējīgu izteikt gribu ārstniecībā; 2) tiesai jāieceļ persona, kas atvietos pacientu gribas izteikumā ārstniecībā; 3)

<sup>736</sup> Ārstniecības likuma 68.p.2.,20.d.

<sup>737</sup> Ārstniecības likuma 69.p.; likuma „Par policiju” 12.p.1.d.11.pk. (Par policiju: LR likums. LR Saeimas un Ministru Kabineta Ziņotājs, 1991. 24.septembris, nr.37).

<sup>738</sup> LR AT Senāta AD 2009.g. 13.februāra spried. lietā Nr.A42466905 SKA-13/2009. Piejams: [www.at.gov.lv](http://www.at.gov.lv) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā] (13.pk.).

<sup>739</sup> Ārstniecības likuma 69.p.2.d.

<sup>740</sup> LR AT Senāta AD 2009.g. 13.februāra spried. lietā Nr.A42466905 SKA-13/2009. Piejams: [www.at.gov.lv](http://www.at.gov.lv) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā] (14.pk.).

<sup>741</sup> Ārstniecības likuma 67.p.1.d.

ieceltai personai jādod piekrišana pacienta ārstniecībai<sup>742</sup>. Latvijā tādā gadījumā ir nosakāms rīkoties līdzīgi. Ja ārstam rodas šaubas par pacienta medicīnisko rīcībspēju, tad, iesniedzot pieteikumu bāriņtiesai<sup>743</sup>, ir jāiniciē tiesas process personas atzīšanai par rīcībnespējīgu un aizgādņa iecelšanai, kas arī atvietos pacientu gribas izteikumā ārstniecībā<sup>744</sup>. Līdz ar to secināms, ja nav ārstniecības steidzamības gadījums, tad ārstam ir prezumējams, kas ir nosakāms arī likumā, pienākums iniciēt rīcībspējas jautājuma izskatīšanas lietu tiesā, iesniedzot pieteikumu bāriņtiesā.

Šajā apakšnodaļā tika analizēti divi gadījumu veidi, kad pacienta ārstniecība netiek veikta saskaņā ar pacienta gribu. Tomēr, ņemot vērā šo gadījumu atšķirību<sup>745</sup>, ir nepieciešams precizēt tiesiskās nianšes, veicot pacienta ārstniecību pret viņa gribu, tādējādi vispusīgāk aizsargājot pacienta gribu.

#### **4.2. Pacienta veselības traucējumi un neatļauta ietekme ārstniecības tiesisko attiecību nodibināšanā**

Pacienta gribas izteikumam ārstniecībā ir jābūt brīvam, t.i., bez maldības, viltus un spaidiem<sup>746</sup>. Tiek izdalīti trīs elementi, kas raksturo brīvu gribu: 1) spēja saprast; 2) gribas izteikuma nozīmes apzināšanās; 3) rīcība pēc šīs izpratnes<sup>747</sup>.

Izvērtējams, kāda ir pacienta veselības traucējumu ietekme uz līguma noslēgšanas brīvību ārstniecībā. Civiltiesības balstās uz līgumu brīvības principu, kuru raksturo sekojošas nianšes: 1) tam ir progresīvs raksturs, jo rada nosacījumus subjekta rīcībai; 2) minētais princips nav absolūts,

---

<sup>742</sup> Мотов В.В. Информированное согласие на психиатрическое лечение в США. <http://www.npar.ru/journal/2004/3/consent.php> [aplūkots 2010.gada 22.maijā].

<sup>743</sup> Bāriņtiesu likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 2006. 7.jūlijs, nr.107 (17.p.1.d.1.pk.).

<sup>744</sup> Ārstniecības likuma 70.p.

<sup>745</sup> Rīcība, neesot pacienta tiešam gribas izteikumam, un rīcība pretēji pacienta gribai.

<sup>746</sup> CL 1440.p.; Patērētāju tiesību aizsardzības likuma 3.p.1.d.1.pk., 4.p.; Civil Code of France (a.1109); German Civil Code (§119, 121, 123, 124); Schweizerisches Zivilgesetzbuch (Art.23-31); Pacientu tiesību likuma 3.p.6.d.; Der Nürnberger Kodex 1947 (Art.1); Der Nürnberger Kodex 1997 (Art.2); Kennedy I., Grubb A. Medical law. London, Dublin, Edinburgh: Butterworths, 1994, p.233; Kennedy I., Grubb A. Principles of medical law. Oxford: Oxford University Press, 1998, p.176.

<sup>747</sup> Larenz K., Wolf M. Allgemeiner Teil des Bürgerlichen Rechts. 8.Aufl. München: C.H.Beck, 1997, S.21.

kur iespējami tā ierobežojumi arī ar līgumiskā taisnīguma leģitīmo mērķi; 3) principu raksturo četras pazīmes, kur viena no tām ir – tiesības brīvi izvēlēties, slēgt vai neslēgt līgumu<sup>748</sup>. Pacienta veselības traucējumu ietekme uz ārstniecības tiesisko attiecību nodibināšanu izpaužas divējādi. No vienas puses, pacientam ir nepieciešama ārstniecība tajā gadījumā, ja viņam ir radušies veselības traucējumi<sup>749</sup>. Cilvēkam ir dažādas vajadzības (fiziskās, psihiskās, sociālās), kuras viņš cenšas apmierināt; fiziskās vajadzības, kas rodas tādēļ, ka cilvēkam jādzīvo un jāuztur organisms, tiek uzskatītas par dominējošām<sup>750</sup>. Strīdīgi, vai veselības traucējumi nav vērtējami kā pamudinājums pacientam izteikt gribu ārstniecības tiesisko attiecību nodibināšanai. Faktiski ir konstatējama šāda veselības traucējumu ietekme uz pacienta gribu, pie tam, jo smagāki ir traucējumi, jo lielākā mērā faktiski tiek ierobežota pacienta gribas brīvība<sup>751</sup>. Faktiski absolūti brīva pacienta griba ir tajā gadījumā, ja medicīniskās iejaukšanās pamatojums nav pacienta veselības medicīniskie kritēriji<sup>752</sup>. Faktiski relatīvi brīva pacienta griba ir tajā gadījumā, ja pacienta ārstniecības pamatojums ir pacienta veselības medicīniskie kritēriji, bet ārstniecības neveikšana var neradīt paliekošas sekas uz pacienta veselību vai var radīt maznozīmīgas sekas, kas samērā mazā apjomā ietekmē pacienta veselības stāvokli<sup>753</sup>. Faktiski absolūti nebrīva pacienta griba ir tajā gadījumā, ja pacienta ārstniecības pamatojums ir pacienta veselības medicīniskie kritēriji, kur samērā augsta varbūtība, ka ārstniecības neveikšana radīs smagu kaitējumu pacienta veselībai vai pat apdraudēs pacienta

---

<sup>748</sup> Torgāns K. Saistību tiesības. I daļa. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2006, 37.,41.lpp.; Гражданское и торговое право зарубежных государств: учебник для юрид.вузов. Отв.ред. Васильев Е., Комаров А. Т.1. Изд. 4-е, перераб. и доп. Москва: Международные отношения, 2006, с.521,522,526; Покровский И.А. Основные проблемы гражданского права. Изд.3-е. Москва: Статут, 2001, с.249,250; sk.: Atiyah P.,S. The Rise and Fall of Freedom of Contract. Oxford: Clarendon Press, [b.g.]; Trebilcock M.J. The Limits of Freedom of Contract. England: Harvard University Press, 1993.

<sup>749</sup> Juridiskajā literatūrā arī tiek pausts līdzīgs viedoklis, norādot, ka, piem., slimības fakts un medicīnas limitētās iespējas bieži ierobežo pacienta izvēli (President's Commission „Making Health Care Decisions” (1983). Grām.: Kennedy I., Grubb A. Medical law. London, Dublin, Edinburgh: Butterworths, 1994, p.233); ārstniecības izmantošana vienmēr saistīta ar objektīvu veselības korekcijas nepieciešamību (Балутин С. Чего не следует ожидать от платных медицинских услуг. Pieejams: <http://www.anoufrieu.ru/index.php?utid=200&id=226> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā]; McLean S. Autonomy, Consent and the Law. London: Routledge-Cavendish, 2009, p.37. Pieejams: <http://rulv.etailer.dpsl.net/home/html/moreinfo.asp?bookId=536970545&category=LW000000&whichpage=4&pagina me=category.asp#> [aplūkots 2010.gada 11.decembrī]).

<sup>750</sup> Čakste K. Civiltiesības. Lekcijas nr.1.-41. mašīnrakstā. Rīga, [b.i.], 19[??], 2.lpp.

<sup>751</sup> Pēc vispārīga principa arī citu faktisko apstākļu ietekme uz pacienta gribu netiek noliegta, piem., izglītība, ienākumi, sociālais statuss, vides pieejamība. Pacients ilgstoši (2003.-2009.gadam) nevarēja iekļūt pašvaldības ārstniecības iestādē (poliklīnikā), jo viņš pārvietojās ratiņkrēslā, bet uzbrauktuve ārstniecības iestādē netika uzbūvēta. Pašvaldība noraidīja pacienta iesniegto pieteikumu par morālā kaitējuma kompensāciju, arī divas administratīvo tiesu instances atteica pieņemt pieteikumu, bet Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Administratīvo lietu departaments nodeva pieteikumu jaunai izskatīšanai (Sk.: LR AT Senāta AD 2010.g.08.jūlija lēm. lietā Nr.SKA-635/2010. Pieejams: [www.at.gov.lv](http://www.at.gov.lv) [aplūkots 2010.gada 21.decembrī] (12.pk.)).

Sk.arī: McLean S. Autonomy, Consent and the Law. London: Routledge-Cavendish, 2009, p.14,37. Pieejams: <http://rulv.etailer.dpsl.net/home/html/moreinfo.asp?bookId=536970545&category=LW000000&whichpage=4&pagina me=category.asp#> [aplūkots 2010.gada 11.decembrī]; Marckmann G. Gesundheit und Gerechtigkeit. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz, 2008, nr.51, S.887. Pieejams: [www.springerlink.com/content/t025p62m42236j01/fulltext.pdf](http://www.springerlink.com/content/t025p62m42236j01/fulltext.pdf) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].

<sup>752</sup> Piem., plastiskā ķirurģija, kur arī ir nepieciešams veikt diferenciāciju: 1) ja tā tiek veikta, lai labotu dziļas rētas (dzīves kvalitātes uzlabošana); vai 2) ja tā tiek veikta, lai uzlabotu ķermeņa ārējo izskatu (estētiskais kritērijs).

<sup>753</sup> Piem., pacienta iesnas var pārīriet, bet var arī attīstīties iekaisums.

dzīvību<sup>754</sup>. Pie tam pacienta veselības traucējumu minētā ietekme uz pacienta gribu nav novēršama. Līdz ar to secināms, ka pacienta veselības traucējumi ir vērtējami kā faktiski objektīvs pamudinājums (relatīvs vai absolūts) pacientam izteikt gribu ārstniecības tiesisko attiecību nodibināšanai, kas pacientam nepieciešama veselības medicīnisko kritēriju dēļ.

Rodas jautājums, kādas ir tiesiskās sekas minētajai pacienta veselības traucējumu ietekmei. Pacienta veselības traucējumu faktiskā ietekme uz pacienta gribu ir saistīta ar pacienta veselības interesēm, kur tomēr pacienta ārstniecība nav veicama piespiedu kārtā, pacientam atsakoties no ārstniecības. Tāpat arī pacienta gribas izteikums ārstniecībā nezaudē spēku, neskatoties uz minēto ietekmi, ņemot vērā ārstniecības specifiku. Tomēr tiesību zinātnē un normatīvajā regulējumā ir veicama korekcija, atzīstot, ka nav iespējama pacienta faktiski absolūti brīva griba ārstniecības tiesisko attiecību nodibināšanā, ņemot vērā pacienta veselības traucējumu faktisko objektīvo ietekmi uz pacienta gribu, kas mudina pacientu izteikt gribu minēto tiesisko attiecību nodibināšanai. Tādējādi ir izdarāma atruna, ka pacienta gribas izteikšanas brīvprātība kā pacienta gribas izteikuma spēkā esamības kritērijs ir relatīva pacienta veselības traucējumu ietekmē.

No otras puses, pacientam piekrītot ārstniecībai, pacients tādējādi piekrīt zināma veselības kaitējuma nodarīšanai, par kuru ārstniecības personai/iestādei neiestājas juridiskā atbildība, ja pacienta ārstniecība tiek veikta atbilstoši normatīvajiem aktiem<sup>755</sup>. Tas pamatojams ar to, ka jebkura ārstniecība parasti ir lielākā vai mazākā mērā kaitējoša pacienta veselībai, kur ir iespējams mazināt, bet ne pilnībā novērst minēto ārstniecības ietekmi uz pacientu. Bet ar zināma pozitīvi vērsta kaitējuma nodarīšanu tiek panākts pacienta veselības uzlabojums, kas tādējādi ir attaisnojams, t.i., lielāks labums par ļaunumu. Pie tam, neveicot pacienta ārstniecību, parasti iestājas negatīvas sekas pacienta veselībai, kas var izraisīt pat būtiskus veselības traucējumus vai apdraudēt pacienta dzīvību. Līdz ar to pacients negatīvi vērstu veselības traucējumu mudināts izsaka gribu par pozitīvi vērsta veselības kaitējuma nodarīšanu, t.i., pacienta ārstniecību, ar mērķi panākt pacienta veselības stāvokļa uzlabojumu.

Pacienta gribu var ietekmēt arī cita persona. Ja šī ietekme izpaužas viltus un spaidu veidā, tad pacienta gribas izteikums ir apstrīdams vai spēkā neesošs (CL 1440.p.). Normatīvajā regulējumā cita veida ietekmei minētās tiesiskās sekas netiek paredzētas<sup>756</sup>. Tomēr anglo-amerikāņu tiesību loka valstu tiesu praksē ir radīts jauns institūts – neatļauta ietekme, kuras gadījumā atzīts, ka

---

<sup>754</sup> Piem., pacienta onkoloģiskās slimības gadījumā.

<sup>755</sup> Par miesas bojājumiem nevar tikt atzīta medicīniska rakstura ķirurģiska iejaukšanās veikšana atbilstoši medicīnas zinātnes pamatnostādņem (LR AT Senāta CD 2011.g. 13.aprīļa spried. lietā Nr.SKC-144/2011 (5.4.pk.)).

<sup>756</sup> Tas kopumā ir atbalstāms, jo samērā bieži ārstniecībā pacienta lēmumu var ietekmēt cita persona, kas nebūtu vērtējams kā prettiesiski, piem., ķirurga paziņojums par to, kas notiks, ja operācija netiks veikta (Lieta: Re T (adult: refusal of medical treatment) (1992) 4 All ER 649, (1992) 9 BMLR 46 (CA) (Anglija). Grām.: Kennedy I., Grubb A. Medical law. London, Dublin, Edinburgh: Butterworths, 1994, p.238; Pattinson S.D. Medical Law & Ethics. 1st edit. London: Sweet&Maxwell, 2006, p.121.

„pacienta gribas izteikums vispār nav bijis”<sup>757</sup>. Neatļauta ietekme pamatojas uz principu, ka pacienta iekšējā griba atbilst pacienta gribas izteikumam, taču iekšējā griba, kas negrozītā veidā pausta uz ārieni<sup>758</sup>, veidojusies citas personas tiesiskas rīcības (nav spaidi vai viltus) ietekmē, un, neesot šādai ietekmei, pacienta griba būtu pretēja vai nozīmīgi atšķirīga.

Izvērtējams, uz kādiem pacienta gribas izteikuma veidiem var izpausties neatļauta ietekme. No vienas puses, pacienta atteikums no ārstniecības rada lielākas aizdomas, jo pēc idejas pacients rīkojas pretēji savām interesēm. Tādēļ loģisks ir jautājums, kāpēc tiek pieņemts šis negatīvais lēmums, vai tas nav izdarīts kādas personas ietekmes iespaidā. Tiesu praksē bija gadījums, kad pilngadīgā, rīcībbspējīga paciente atteicās no asins pārliešanas mātes ietekmē, kura bija Jehovas ticības piekritēja; un tiesa atbalstīja ārstu lēmumu tomēr veikt asins pārliešanu, kas bija pacientes interesēs, balstoties uz to, ka paciente nedomājot to, ko saka<sup>759</sup>. No otras puses, pacientam arī piekrītot ārstniecībai, nav izslēdzama neatļauta ietekme. Tiek norādīts, ka tiesas izvērtējumu nedrīkst ierobežot, attiecinot to tikai uz ārstniecības atteikumu<sup>760</sup>. Tiesu praksē ir lietas, kad tika vērtēta neatļautas ietekmes esamība arī gadījumos, kad pacients bija piekritis ārstniecībai<sup>761</sup>. Līdz ar to secināms, ka, atzīstot neatļautas ietekmes institūtu, tādējādi paplašinot normatīvā regulējuma pieeju, būtu konstatējams gribas teorijas nozīmes pieaugums, pie tam neizslēdzot neatļautas ietekmes iespējamību jebkurā no pacienta gribas izteikuma veidiem.

Strīdīgi, vai pastāv neatļautas ietekmes institūta ierobežojošie kritēriji. Uz šo brīdi iezīmējas divi kritēriji. Pirmkārt, pacienta kā ietekmējamās personas subjektīvās īpašības un spējas, kas veicina vai kavē pacienta pakļautību ietekmei, piemēram, veselības stāvoklis, kognitīvās spējas. Jo vieglāki ir pacienta veselības traucējumi un/vai pacients ir izglītotāks, jo tiesa atturīgāk izturas pret neatļautas ietekmes konstatāciju<sup>762</sup>. Minēto pieeju apliecina tiesu prakse<sup>763</sup>. Šāda tiesas pieeja

<sup>757</sup> Pattinson S.D. *Medical Law & Ethics*. 1st edit. London: Sweet&Maxwell, 2006, p.121; Montgomery J. *Health care law*. Oxford: Oxford Clarendon Press, 1997, p.232; Kennedy I., Grubb A. *Principles of medical law*. Oxford: Oxford University Press, 1998, p.177.

<sup>758</sup> Sk.: Balodis K. *Ievads civiltiesībās*. Rīga: Zvaigzne ABC, 2007, 244.lpp.

<sup>759</sup> Lieta: *Re T (adult: refusal of medical treatment)* (1992) 4 All ER 649, (1992) 9 BMLR 46 (CA) (Anglija). Grām.: Kennedy I., Grubb A. *Medical law*. London, Dublin, Edinburgh: Butterworths, 1994, p.237.

<sup>760</sup> Kennedy I., Grubb A. *Medical law*. London, Dublin, Edinburgh: Butterworths, 1994, p.238; McHale J., Fox M., Murphy J. *Health Care Law: Text, Cases and Materials*. London: Sweet & Maxwell, 1997, p.368.

<sup>761</sup> Piem., ieslodzītais cietumā uzskatīja, ka viņam faktiski nebija citas iespējas, kā piekrist cietuma ārsta veiktajai ārstniecībai, jo viņš atrodas cietumā; kur tiesa noraidīja ieslodzītā prasību (*Lieta: Freeman v. Home Office (No2)* (1984) QB 524, (1984) 1 All ER 1036 (CA) (Anglija). Grām.: Oosten F.van. *The Doctrine of Informed Consent in Medical Law*. Frankfurt am Main, Bern, New York, Paris: Peter Lang, 1991, p.97; McHale J., Fox M., Murphy J. *Health Care Law: Text, Cases and Materials*. London: Sweet & Maxwell, 1997, p.369; Oosten van F. *The Doctrine of Informed Consent in Medical Law*. Frankfurt am Main, Bern, New York, Paris: Peter Lang, 1991, p.96.).

<sup>762</sup> Pattinson S.D. *Medical Law & Ethics*. 1st edit. London: Sweet&Maxwell, 2006, p.124.

<sup>763</sup> Pēc pacienta nāves, kurš bija bez nozīmīgiem veselības traucējumiem, ārstniecības iestāde paziņoja, ka pacients atsaucis piekrišanu spermas uzglabāšanai un izmantošanai. Mirušā sieva iebilda, norādot, ka tas noticis pēc sarunas ar ārstniecības iestādes medmāsu, kurai bija negatīva attieksme pret pēcnāves spermas izmantošanu; tātad ir konstatējama neatļauta ietekme no ārstniecības personas. Tiesa noraidīja sievas prasību, nesaskatot neatļautu ietekmi (*Lieta: U v. Centre for Reproductive Medicine* (2002) EWCA Civ 565 (Anglija). Grām.: Pattinson S.D. *Medical Law & Ethics*. 1st edit. London: Sweet&Maxwell, 2006, p.122, 123.).

izskaidrojama ar to, ka veselības traucējumi ietekmē pacientu, padarot viņu iespaidojamāku<sup>764</sup>, radot priekšnosacījumus arī neatļautai ietekmei. Līdz ar to pacienta veselības traucējumu faktiska ietekme uz pašu pacientu un tā sekas nevar tikt neņemtas vērā.

Otrkārt, neatļautas ietekmes konstatācijas zināms ierobežojums izpaužas ietekmētāju loka sašaurinājumā. Neatļauta ietekme iespējama tad, ja personai ir zināma vara pār pacientu, kā rezultātā pacients pakļaujas citai personai. Izejot no līdzšinējās tiesu prakses, pie minētajām personām tiek atzīti – laulātais, vecāki, reliģiskās konfesijas pārstāvis<sup>765</sup>. Šādas varas iezīmes ir konstatējamās arī ārstniecības tiesiskajās attiecībās, t.i., ārstniecības personas zināma faktiska vara pār pacientu. Tas nozīmē, ka ietekmētājam jāatrodas zināmā saiknē (piemēram, laulība, radniecība, sabiedriski-sociāla saikne) ar pacientu, kas tai rada noteiktu varu pār pacientu, ļaujot viņu ietekmēt. Secināms, ka pacienta subjektīvās īpašības, spējas un ietekmētāju loka precizējums ir vērtējami kā neatļautas ietekmes konstatācijas ierobežojošie faktori.

Neatļautai ietekmei, pielāgojot to Latvijas tiesību sistēmai, būtu paredzamas divējādas tiesiskās sekas. No vienas puses, ietekmētāja atbildība aprobežotos ar Civillikumā jau pastāvošo civiltiesisko atbildību par pierunāšanu un neveiksmīga padoma došanu, kas iekļaujas neatļautas ietekmes sastāvā<sup>766</sup>. No otras puses, ja tiktu konstatēta neatļauta ietekme, tad veiktais gribas izteikums būtu apstrīdams. Tas attiektos uz pacienta iepriekš izteikto gribu, kur apstrīdēšanas gadījumā, tiesai apmierinot prasību, pacienta iepriekš izteiktā griba zaudētu spēku. Neatļautās ietekmes tiesiskās sekas galvenokārt ir vērstas uz pacienta gribas izteikuma tiesiskā spēka izvērtējumu.

---

<sup>764</sup> Slimība, invaliditāte ikvienu padara vājāku; jo vājāki slimnieki jūtas, jo mazāk viņi spēj pieprasīt minimālo cieņu pret sevi (Eiropas Ekonomikas un sociālo lietu komitejas atzinums par tematu Pacienta tiesības (3.4.1.2.pk.) (Brisele, 26.09.2007.). Pieejams: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2008:010:0067:01:LV:HTML> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā]; sk.: Антонова Н.Л. Проблемы реализации прав пациентов в обязательном медицинском страховании. Интернет-конференция "Охрана здоровья: проблемы организации, управления и уровни ответственности" (16.04.2007.-15.06.2007.). Pieejams: [www.ecsocman.edu.ru/db/msg/308445/print.html](http://www.ecsocman.edu.ru/db/msg/308445/print.html) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā]).

Tomēr tiesiski nodrošināma gribas brīvība, neskatoties, piem., uz pacienta invaliditāti (Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām (2010.g.23.decembris). Pieejams: [www.sustento.lv/uploads/Konvencija/konvencija%20lv.doc](http://www.sustento.lv/uploads/Konvencija/konvencija%20lv.doc) [aplūkots 2011.gada 11.janvārī] (25.p.d) pk.)).

<sup>765</sup> Montgomery J. Health care law. Oxford: Oxford Clarendon Press, 1997, p.233; Poole J. Contract Law. Oxford: Oxford University Press, 2006, p.573,577.

17 gadus vecai pacientei tika konstatēta leukēmija, kuras ārstēšanai bija nepieciešams veikt ķīmijterapiju un asins pārliešanu. Nepilngadīgā paciente un viņas vecāki bija Jehovas ticības piekritēji. Paciente un viņas māte atteicās no asins pārliešana, turpretim pacientes tēvs, neskatoties uz ticību, piekrita asins pārliešanai, kas arī tika veikta pret pacientes gribu. Paciente mira. Tiesa, izvērtējot šo lietu, atzina, ka ir konstatējama neatļauta ietekme uz pacientu no mātes un reliģiskās ticības pārstāvju puses (Kanādas Alberta provinces Augstākās tiesas 2006.gada 24.februāra spriedums lietā: Hughes (Estate of) v. Hughes, 2006 ABQB 159. Pieejams: [www.canlii.org/en/ab/abqb/doc/2006/2006abqb159/2006abqb159.html](http://www.canlii.org/en/ab/abqb/doc/2006/2006abqb159/2006abqb159.html) [skatīts 2011.gada 21.jūnijā] [24-28]).

<sup>766</sup> T.i., pierunāšana nav pamats darījuma apstrīdēšanai (CL 1466.p.) un padoma došana nenodibina tiesisko attiecību (CL 2318.p.), izņemot divus gadījumus, kad rodas pamats zaudējumu atlīdzībai: 1) ja pienākums sniegt padomu izriet no likuma vai līguma (Latvijas Republikas Civillikuma komentāri: Ceturtā daļa. Saistību tiesības. Torgāns K., Grūtups A., Višņakova G.u.c. Zin.red. Torgāns K. Rīga: Mans Īpašums, 1998, 599.lpp.); 2) ja padoms, ieteikums dots ļaunā nolūkā (CL 2319., 2320.p.).



Veicot pacienta gribas civiltiesisko aizsardzību, neatļautu ietekmi īpaši nozīmīgi būtu konstatēt gadījumos, kad pacients pats nav spējīgs aizstāvēt savas tiesības un intereses, t.i., ja pacients ir miris vai ja pacients nav spējīgs izteikt gribu. Tādējādi ir sašaurināms neatļautas ietekmes konstatācijas tiesiskais pamats.

Izvērtējams, vai ārstniecībā iespējama atļauta, tiesiska ietekme uz pacienta gribu. Pacienta griba ārstniecībā var būt: 1) brīva – pēc vispārīgā principa, jo pacienta atteikšanās no ārstniecības nerada negatīvas tiesiskas sekas pacientam, kas tomēr neizslēdz negatīvu seku iestāšanos pacienta veselībai; 2) nosacīti brīva – kur pacienta ārstniecības atteikumam tiek paredzēts negatīvas tiesiskas sekas ar valsts piespiedu līdzekļu palīdzību (piemēram, ja persona atsakās veikt obligāto veselības pārbaudi<sup>767</sup>); 3) piespiedu ārstniecība, kur pacienta griba netiek ņemta vērā. Līdz ar to kā atļauta ietekme uz pacienta gribu ir vērtējama ārstniecība nosacīti brīvprātīgā kārtībā, turpretim piespiedu ārstniecībā pacienta griba netiek ņemta vērā, kas tādējādi izslēdz pacienta gribas ietekmes iespējamību.

Analizējot pacienta gribas izteikšanas brīvprātību ārstniecības tiesisko attiecību nodibināšanā, konstatējamas divējādas nepieciešamās izmaiņas. No vienas puses, ir atrunājama pacienta veselības traucējumu faktiskā ietekme uz pacienta gribu, nosakot arī šīs ietekmes tiesiskās sekas. No otras puses, likumā ir paplašināms tiesiskais pamats pacienta gribas izteikuma spēkā neesamībai, paredzot lielāku pacienta iekšējās gribas ietekmi uz pacienta gribas izteikumu.

### **4.3. Ekonomiskā faktora ietekme uz pacienta gribu**

Pacienta gribu ārstniecībā ietekmē arī ekonomiskais faktors<sup>768</sup>. No vienas puses, valstij ir pienākums aizsargāt tiesības no draudiem, kas rodas no sociāliem un sadzīves apstākļiem<sup>769</sup>. No

---

<sup>767</sup> Piem., arī: personu, kas vadīja automašīnu alkohola reibumā, apturēja policijas inspektors, bet persona atteicās no medicīniskās pārbaudes alkohola koncentrācijas noteikšanai, par ko viņa tika saukta pie administratīvās atbildības (LR AT Senāta AD 2009.g.24.septembra spried. lietā Nr.132031707 SKA-161/2009. Pieejams: [www.at.gov.lv](http://www.at.gov.lv) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā]).

<sup>768</sup> Piem., arī Valsts kontrole atzīst ekonomiskā faktora ietekmi uz pacienta gribu (Sk.: LR ST 2011.g. 14.marta spried. lietā Nr.2010-51-01. Latvijas Vēstnesis, 2011. 16.marts, nr.42 (2.pk.)). Savdabīga ekonomiskā faktora ietekme ir konstatējama Japānā, kur ārstam ir noteiktas tiesības prasīt no pacienta maksu par informācijas sniegšanu viņam rakstveidā (apt. 29 ASV dolāri) (Akabayashi A., Fetters M.D. Paying for informed consent. *Journal of Medical Ethics*, 2000, nr.26, p.212—213. Pieejams: <http://jme.bmj.com/content/26/3/212.full?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=consent+of+patient&searchid=1&FIRSTINDEX=20&resourcetype=HWCIT> [aplūkots 2010.gada 11.decembrī]). Arī pats pacients nedrīkst izmantot savas tiesības ļaunā ticībā ekonomiskā faktora dēļ. Piem., tiesa norādīja, ka invalīdam tiek pārtraukta valsts sociālā nodrošinājuma pabalsta izmaksa, kamēr viņš atrodas cietumā, tādējādi esot pilnā valsts apgādībā, ja tiek apmierinātas invalīda īpašās vajadzības (šajā gadījumā – acs protēzes ikgadēja nomaiņa) (Latvijas Republikas Administratīvās rajona tiesas (Rīgā) 2009.g. 13.februāra spried. lietā Nr.A42559308 A2403-09/3).

otras puses, valstij veicot personas tiesību aizsardzību, tas prasa arī zināmu finansiālo līdzekļu ieguldījumu no valsts puses. Pozitīvo sociālekonomisko un kultūras tiesību nodrošināšanai ir nepieciešami lielāki finansiālie līdzekļi nekā, tā saucamo, personas negatīvo brīvību (piemēram, tiesības uz valsts neiejaukšanos, personisko neaizskaramību) gadījumā<sup>770</sup>. Ja arī personai ir noteiktas tiesības uz ārstniecību, pie tam ārstniecību tādā apjomā un līmenī, kas pacientam ir nepieciešama<sup>771</sup>; tad tomēr to nodrošināšana prasa zināmu valsts finansiālo līdzekļu piesaisti. Līdz ar to ir secināms, ka, pacientam izsakot gribu saņemt ārstniecību: a) valstij ir jānodrošina, lai minētās gribas realizāciju pēc iespējas mazāk ietekmētu pacienta finansu iespējas, apstākļi; kā arī b) valstij ir jāparedz finansu līdzekļi, lai nodrošinātu pacientam iespēju saņemt ārstniecību. Tomēr ir izvērtējams, cik tālu sniedzas valsts pienākums novērst vai mazināt ekonomiskā faktora ietekmi uz pacienta gribu.

Valstu praksē pastāv divējāda valsts pienākuma finansiāli nodrošināt pacienta tiesības uz ārstniecību interpretācija. Pirmkārt, pastāv progresīvā pieeja, kas nosaka, ka personas tiesības uz veselību bauda pilnu aizsardzību, lai arī atzīstot, ka nevar to nodrošināt nekavējoties vai īsā laika periodā; otrkārt, izejot no dinamiskās pieejas, pacienta tiesību uz veselību aizsardzība ir atkarīga no pieejamiem finansu līdzekļiem valstī<sup>772</sup>. Latvijas normatīvais regulējums un tiesu prakse balstās uz dinamisko pieeju personas tiesības uz veselību nodrošinājumā. Tiek noteikts, ka valsts, lai aizsargātu cilvēku veselību, veic pasākumus noteiktajos gadījumos un līmenī, kas cieši saistīti ar valsts ekonomiskajām iespējām<sup>773</sup>. Secināms, ka Latvijā personas tiesības uz veselību nodrošināšana ierobežota ar valsts ekonomiskajām iespējām.

Minētais ierobežojums izpaužas arī tādējādi, ka valsts neuzņemas pienākumu nodrošināt ikvienam iespējami augstāko veselības līmeni, piemēram, valstij nav pienākums apmaksāt visu iespējamo, plašo zāļu un medicīnas ierīču klāstu<sup>774</sup>. Šāda valsts pienākuma noliegums ir vērsts uz

---

<sup>769</sup> Minētais princips ir secināms no tiesu prakses, kur, piem., Vācijas Federālā Konstitucionālā tiesa atzina, ka valsts pienākums aizsargāt nedzimušo satur sevī arī aizsardzību pret draudiem, kas rodas no sievietes apkārtnes un viņas, viņas ģimenes sociāliem un sadzīvviskiem apstākļiem, kas ietekmē sievietes vēlēšanos grūtniecību saglabāt (Vācijas Federālās Konstitucionālās tiesas 1993.gada 28.maija spriedums lietā Nr.BVerfGE 88, 203. Schwangerschaftsabbruch II. Pieejams: <http://www.servat.unibe.ch/dfr/bv088203.html> [aplūkots 2010.gada 22.maijā]).

<sup>770</sup> Медицинское право. Науч.ред. Дмитриев Ю.А. Москва: Элит, 2006, с.405.

<sup>771</sup> Pacientu tiesību likuma 5.p.1.d.; Der Nürnberger Kodex 1997 (20.August 1997) (Art.9) Pieejams: [www.medizinundgewissen.de/archiv/kodex97.html](http://www.medizinundgewissen.de/archiv/kodex97.html) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

<sup>772</sup> Annus T. The Right to Health Protection in the Estonian Constitution. *Juridica International: Law Review of University of Tartu*, 2002, Vol.7, I. Pieejams: [www.juridica.ee](http://www.juridica.ee) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

<sup>773</sup> Latvijas Republikas Satversme: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 1993. 1.jūlijs, nr.43 (111.p.); LR ST 2002.g. 22.oktobra spried. lietā Nr.2002-04-03 (secinājuma daļas 1.pk.) Latvijas Vēstnesis, 2002. 24.oktobris, nr.154; LR ST 2004.g. 23.aprīļa spried. Nr.2003-15-0106 (6.pk.) Latvijas Vēstnesis, 2004. 27.aprīlis, nr.65; LR ST 2008.g. 29.decembra spried. lietā Nr.2008-37-03 (11.1., 12.1.2.pk.) Latvijas Vēstnesis, 2008. 30.decembris, nr.202; sk. arī: Biokonvencijas 3.p., 5.p.2.d.; Glaeske G. Mehr Sicherheit und Gerechtigkeit bei Behandlungsentscheidungen. *Der Onkologe*, 2008, nr.7, S.660.

<sup>774</sup> LR ST 2002.g. 22.oktobra spried. lietā Nr.2002-04-03 (secinājuma daļas 1.pk.) Latvijas Vēstnesis, 2002. 24.oktobris; LR ST 2004.g. 23.aprīļa spried. Nr.2003-15-0106 (6.pk.) Latvijas Vēstnesis, 2004. 27.aprīlis, nr.65; LR ST 2008.g. 29.decembra spried. lietā Nr.2008-37-03 (11.1., 12.1.1., 12.1.3.pk.) Latvijas Vēstnesis, 2008. 30.decembris, nr.202;

to, lai tiesības uz veselību tiktu nodrošinātas pēc iespējas lielākam personu skaitam, ņemot vērā valsts finansiālās iespējas, kas ir par labu „citu cilvēku tiesībām uz veselību”<sup>775</sup>. Valsts finansiālo līdzekļu ierobežotais apjoms personas tiesību uz veselību nodrošināšanā rada sadursmi starp konkrēta indivīda un sabiedrības (citu cilvēku) interesēm, kur pārsvaru gūst publiskās intereses, ņemot vērā to prioritāro raksturu salīdzinājumā ar privātajām interesēm.

Izvērtējams, kādā veidā ir veicama pieejamā valsts finansējuma sadale personas tiesību uz veselību nodrošināšanā. Starptautiskajā līmenī nav izstrādāti universāli prioritātes kritēriji minētajai sadalei, atstājot kopumā to konkrētas valsts ziņā, nosakot tikai divus minimālos valsts rīcības brīvību ierobežojošos principus – pirmkārt, tiesības uz veselību jānodrošina vismaz minimālajā līmenī<sup>776</sup>; otrkārt, finansējuma sadalei ir jābūt atbilstošai, t.i., sabalansējot atsevišķas individuālās tiesības ar visas sabiedrības interesēm; neskatoties uz to, ka veselības aprūpes finansējuma lēmumi ir „policentriski”, ietverot dažādas konkurējošas un pretējas intereses<sup>777</sup>. Pie tam gan tiesību zinātnē, gan tiesu praksē netiek atbalstīta ārstniecības valsts finansējuma sadales kritēriju izlemšana tiesas procesā, atzīstot to par nepiemērotu, jo tādā veidā tiek ietekmēta likumdevēja un valdības izšķiršanās<sup>778</sup>. No vienas puses, ir saprotama publisko interešu prioritāte arī ierobežotā valsts finansējuma sadalē tiesību uz veselību nodrošināšanā; bet, no otras puses, šajā gadījumā tiek pretstatītas ļoti nozīmīgas privātas intereses, kas skar veselību kā personas pamatlabumu un cilvēku kā pamatvērtību, kas nenoliedzami rada sarežģītas tiesiskas problēmas.

---

Annus T. The Right to Health Protection in the Estonian Constitution. *Juridica International: Law Review of University of Tartu*, 2002, Vol.7, I. Pieejams: [www.juridica.ee](http://www.juridica.ee) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

Izpētot Satversmi un starptautisko tiesību aktus, nākas konstatēt, ka tajos esošās normas nebūt neapsola labklājību tādā izpratnē, kā šīs normas vēlētos tulkot adresāts – vienkāršā tauta. Šajās normās ir īpatni formulējumi un atrunas, kas neļauj konkrētam cilvēkam tieši prasīt arī pilnīgu medicīnisko aprūpi (Torgāns K. Dzīves kvalitāte, deklarācijās un tiesiskajā nodrošinājumā. *Latvijas Vēstnesis*, 2001. 15.februāris, nr.26, 1.,8.lpp.).

<sup>775</sup> LR ST 2008.g. 29.decembra spried. lietā Nr.2008-37-03 (11.3.pk.) *Latvijas Vēstnesis*, 2008. 30.decembris, nr.202.

<sup>776</sup> Tiek norādīts, ka, garantējot personas tiesību uz veselību kodolu nekavējoties, tas pierāda, ka tiesības pastāv ne tikai valsts gribā (Annus T. The Right to Health Protection in the Estonian Constitution. *Juridica International: Law Review of University of Tartu*, 2002, Vol.7, I. Pieejams: [www.juridica.ee](http://www.juridica.ee) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā]). Lai gan problemātiski ir noteikt, kas ir ietverams minētajā kodolā (piem., kādi ārstniecības pakalpojumi) un vai ietvertais apjoms ir pietiekams.

Arī Latvijas tiesu praksē tiek noteikta valsts finansējuma galējā robeža (piem., „(...) finanšu trūkums nevar attaisnot ieslodzījuma apstākļus, kas ir nabadzīgi, lai sasniegtu apiešanās pakāpi, kas ir pretrunā ar Satversmes 95.pantu (...)” (LR AT Senāta AD 2010.g. 09.jūlija spried. lietā Nr.A42491007 SKA-228/2010 (9.pk.)).

<sup>777</sup> LR ST 2008.g. 29.decembra spried. lietā Nr.2008-37-03 (12.1.3.pk.) *Latvijas Vēstnesis*, 2008. 30.decembris, nr.202; Ģenerālvokāta Ī.Bota 2008.gada 09.septembra secinājumi lietā: *Hartlauer Handelsgesellschaft mbH v. Wiener Landesregierung un Oberösterreichische Landesregierung*. Pieejams: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:62007C0169:LV:HTML> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā] (57.pk.); Annus T. The Right to Health Protection in the Estonian Constitution. *Juridica International: Law Review of University of Tartu*, 2002, Vol.7, I. Pieejams: [www.juridica.ee](http://www.juridica.ee) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

<sup>778</sup> Annus T. The Right to Health Protection in the Estonian Constitution. *Juridica International: Law Review of University of Tartu*, 2002, Vol.7, I. Pieejams: [www.juridica.ee](http://www.juridica.ee) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā]; LR ST 2008.g. 29.decembra spried. lietā Nr.2008-37-03 (12.4.pk.) *Latvijas Vēstnesis*, 2008. 30.decembris, nr.202.

Latvijas tiesiskajā sistēmā ir izstrādāti trīs kritēriji valsts finansējuma sadalei ārstniecībā<sup>779</sup>. Pirmkārt, tā ir terapeitiskā efektivitāte. Attīstoties medicīnai, tiek radīti jauni preparāti, kas ir efektīvāki un līdz ar to arī dārgāki<sup>780</sup>. Tad te rodas sadursme, jo, veicot sadali, tiks meklēti lētāki varianti, kas būtu izdevīgi no finansiālā viedokļa. Bet tajā pašā laikā, cik tas ir atbilstoši pacienta interesēm. Otrkārt, izmaksas kā ekonomiskais kritērijs. Strīdīgi, cik ētiski, arī tiesiski ir izvirzīt ekonomisko kritēriju kā argumentu, lai, piemēram, atteiktu smagi slima pacienta ārstniecību, kur cilvēka cieņa vispār nevar tikt darīta atkarīga no jebkādiem kritērijiem<sup>781</sup>. Treškārt, dzīvildzes rādītājs, t.i., cik lielā mērā konkrētās zāles pagarina dzīvi, salīdzinot ar citu pieejamo attiecīgās slimības ārstēšanas veidu<sup>782</sup>. Līdz ar to secināms, ka minētajos kritērijos ir konstatējama zināma objektivitāte likumdevēja noteiktā mērķa sasniegšanai; tomēr, ņemot vērā ar tiem saistītās tiesiskās problēmas, minētajiem kritērijiem ir samērā nosacīts raksturs.

Ārstniecības praksē netiek izslēgta arī faktisko kritēriju ietekme uz pacienta ārstniecības finansiālo nodrošinājumu. Viens no šādiem kritērijiem ir pacienta vecums, kas praksē iespējams tiek ņemts vērā, lemjot par ārstniecības veikšanu noteiktu veselības traucējumu pacientu grupā, ja ierobežotu finansiālo iespēju dēļ minēto ārstniecību nav iespējams nodrošināt visiem pacientiem<sup>783</sup>. Tas norāda, ka pacienta tiesības uz ārstniecību ir izprotamas gan formālā, gan materiālā izpratnē, ņemot vērā tiesisko un faktisko kritēriju ietekmi uz minēto tiesību finansiālo nodrošinājumu.

Vēl viens no veidiem, kā nodrošināt ārstniecību lielākajai iedzīvotāju daļai ierobežota finansējuma gadījumā, ir, ieviešot atbilstošu ārstniecības finansējuma sistēmu. Normatīvajā regulējumā ir nostiprināts pacienta pienākums samaksāt par saņemtajiem ārstniecības pakalpojumiem<sup>784</sup>, kur pacients par to maksā tieši vai piedaloties veselības apdrošināšanā, vai

---

<sup>779</sup> Sk.: LR ST 2008.g. 29.decembra spried. lietā Nr.2008-37-03 (12.2.pk.) Latvijas Vēstnesis, 2008. 30.decembris, nr.202. Šādus kritērijus atbalsta arī Eiropas nostāja - Eiropas Ekonomikas un sociālo lietu komitejas atzinums par tematu Pacienta tiesības. (3.5.2.pk.) (Brisele, 26.09.2007.) Pieejams: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2008:010:0067:01:LV:HTML> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

<sup>780</sup> Sk.: Glaeske G. Mehr Sicherheit und Gerechtigkeit bei Behandlungsentscheidungen. Der Onkologe, 2008, nr.7, S.667; Мохов А.А. Проблемы судебного разбирательства дел о возмещении вреда, причиненного здоровью или жизни гражданина при оказании медицинской помощи. Pieejams: [www.med-law.ru](http://www.med-law.ru) [aplūkots 2010.gada 21.decembrī].

<sup>781</sup> Annus T. The Right to Health Protection in the Estonian Constitution. Juridica International: Law Review of University of Tartu, 2002, Vol.7, I. Pieejams: [www.juridica.ee](http://www.juridica.ee) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā]; Termināli slimā un mirstošā pacienta aizsardzība un specifiskās vajadzības. Eiropas Padomes Parlamentārās asamblejas Sociālo, veselības un ģimenes lietu komitejas ziņojuma rekomendējošās daļas 7.9.pk. Periodika: Andrejevs G. Termināli slimo un mirstošo pacientu cilvēktiesību un cieņas aizsardzība Eiropas Padomes skatījumā. Doctus, 2000, nr.3, 37.lpp; Schleger H.A., Reiter-Theil S. „Alter“ und „Kosten“ - Faktoren bei Therapieentscheiden am Lebensende? Eine Analyse informeller Wissensstrukturen bei Ärzten und Pflegenden. Ethik in der Medizin, 2007, nr.2., S.115.

<sup>782</sup> LR ST 2008.g. 29.decembra spried. lietā Nr.2008-37-03 (12.2.pk.) Latvijas Vēstnesis, 2008. 30.decembris, nr.202.

<sup>783</sup> Sk.: Schleger H.A., Reiter-Theil S. „Alter“ und „Kosten“ - Faktoren bei Therapieentscheiden am Lebensende? Eine Analyse informeller Wissensstrukturen bei Ärzten und Pflegenden. Ethik in der Medizin, 2007, nr.2., S.103.

<sup>784</sup> Piem.: Pacientu tiesību likuma 15.p.5.d.; Law of Obligations Act of Estonia (§761); Act on the medical treatment contract of Netherlands (a.461); netieši Latvijas Ārstu ētikas kodeksa 15.pk. (Latvijas Ārstu ētikas kodekss. Pieejams: <http://www.medicina.lv/lat/second4.php?page=zakoni&P1=4> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā]); Ārstniecības likums: LR 1937.g.22.decembra likums (71.p.). Grām.: Vīksna A. Slimo kases Latvijā. Rīga: Rīgas starptautiskais medicīnas zinātnes un farmācijas centrs, 1994, 125.lpp.

maksājot nodokļus, jo visas sistēmas centrā ir pacients, kuram ir interese attiecībā uz savu veselību un ārstniecības kvalitāti un pieejamību<sup>785</sup>. Līdz ar to pastāv trīs galvenās ārstniecības finansējuma sistēmas, kuru tiesiskajam raksturam ir divas galvenās iezīmes: pirmkārt, tās ir atvasinātas no pacienta pienākuma samaksāt par ārstniecības pakalpojumiem; un, otrkārt, tām ir atšķirīgs pacienta maksāšanas pienākuma smagums.

Pasaules valstu praksē konstatējamas sekojošas galvenās ārstniecības finansējuma sistēmas: 1) valsts (jeb budžeta) finansējuma sistēma kā vēsturisks turpinājums labdarības ārstniecībai, kuru raksturo centralizēta sistēmas pārvaldība un nodokļi kā galvenais finansējuma avots; no vienas puses, minētajā sistēmā ir augsta iedzīvotāju aizsardzība (bezmaksas ārstniecība); no otras puses – finansu līdzekļu deficīts; zems atalgojums ārstniecības personām; pacientu rindas uz daudziem ārstniecības pakalpojumiem; samērā augsta faktiskā nevienlīdzība starp sociālajām, ģeogrāfiskajām, profesionālajām personu grupām; samērā slikti tiek pārņemti jaunumi medicīnā (piemēram: Kubā, Itālijā un Lielbritānijā dominē minētās sistēmas pazīmes);

2) privātā sistēma (jeb maksas ārstniecība), kas vēsturiski ir turīgāko sabiedrības slāņu ārstniecības turpinājums, kuru raksturo fizisko, juridisko personu līdzekļi kā galvenais finansējuma avots, ārstniecības iestāžu komerciālais statuss, samērā plaša ārstniecības personu/iestāžu izvēle, brīva un neregulējama cenu veidošanās; no vienas puses, pacientam samērā plašs ārstniecības pakalpojumu izvēles diapazons pēc kvalitātes un cenas, praktiski nepastāv pakalpojumu rindas ārstniecības iestādēs; samērā augsti ārstniecības personu ienākumi; no otras puses, augstās ārstniecības pakalpojumu cenas veicina ārstniecības nepieejamību; pastāv hiperdiagnostika (piemēram, ASV ir minētās sistēmas iezīmes);

3) uz obligāto veselības apdrošināšanu balstītā finansējuma sistēma, kas vēsturiski izveidojās 19.gs. beigās, 20.gs. sākumā; minētās sistēmas finansējuma pamatavoti ir valsts budžeta līdzekļi un darba devēju un darbinieku obligātie apdrošināšanas maksājumi (minētās sistēmas iezīmes pastāv, piemēram, Francijā, Vācijā, Kanādā, Japānā, Igaunijā, Lietuvā, Krievijā, arī Latvijā pirmās brīvvalsts periodā)<sup>786</sup>. Latvijai atjaunojot neatkarību, ārstniecības finansējumam bija valsts jeb

---

Pie tam ārstniecības pakalpojuma samaksas robežām ir jābūt konkrēti noteiktām un ārstniecības laikā samaksas apmērs nevar mainīties (Vācijas Federālās Konstitucionālās tiesas 2004.gada 25.oktobra lēmums lietā Nr.BVerfG, 1 BvR 1437/02. Pieejams: [www.bundesverfassungsgericht.de](http://www.bundesverfassungsgericht.de) [aplūkots 2011.gada 11.aprīlī] (I. 17)).

<sup>785</sup> Eiropas Parlamenta rezolūcija par pacientu mobilitāti un veselības aprūpes attīstību Eiropas Savienībā (2004/2148(INI)) (52005IP0236). Pieejams: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52005IP0236:LV:HTML> [aplūkots 2010.gada 3.Jūnijā] (41.pk.).

<sup>786</sup> Федорова М.Ю. Медицинское право. Учебное пособие для вузов. Москва: ВЛАДОС, 2003, с.27; Колоколов Г.Р., Косолапова Н.В., Никульникова О.В. Основы медицинского права. Москва: Экзамен, 2005, с.23-28; Health Insurance Act of Estonia (01.10.2002.) Pieejams: <http://www.legaltext.ee/indexen.htm> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā]; Law on the rights of patients and compensation of the damage to their health (Lithuania) (a.4.1.); Ārstniecības likums: LR 1937.g.22.decembra likums. Ārstniecības likums Rīga: Valsts tipogrāfija, 1937 (98.p.); Noteikumi par medicīnisko palīdzību slimo kasu dalībniekiem: LR 1929.g.02.novembra noteikumi nr.19376., Noteikumi aptiekām par zāļu izsniegšanu slimo kasu dalībniekiem un to apgādājamiem ģimenes locekļiem: LR 1930.g.20.augusta noteikumi nr.7904., Slimo kasu normālstatūti (1930.g.12.sept.), Slimo kasu un ārstu padomes kārtības rullis (1931.g.29.oktobris),

budžeta sistēmas iezīmes, kas normatīvajā regulējumā joprojām tiek noteiktas<sup>787</sup>. Bet, ņemot vērā mūsdienu tendences ārstniecības finansējumā Latvijā (piemēram, samazinot valsts apmaksāto ārstniecības pakalpojumu apjomu), faktiski konstatējamas privātās sistēmas (jeb maksas medicīnas) iezīmes, kurai raksturīgs, salīdzinot ar citām sistēmām, pacientam visapgrūtinošākais maksāšanas pienākums.

Salīdzinot visas trīs galvenās ārstniecības finansējuma sistēmas, pacienta interesēm visatbilstošākais variants ir uz obligāto veselības apdrošināšanu balstītā sistēma. Minētajā sistēmā tiek panākts zināms kompromiss starp pacientu un valsti. No vienas puses, pacienta līdzdalība finansējumā kopumā ir samērā liela, bet pacientu pārāk neapgrūtinoša veselības traucējumu gadījumā<sup>788</sup>. No otras puses, ir arī valsts līdzdalība finansējumā, bet minētais finansējuma apjoms ir salīdzinoši neliels. Galvenais finansējuma avots nāk no pašas sabiedrības, pie tam, balstoties uz solidaritātes principu, kas ir sabiedrības cilvēcības kodols<sup>789</sup>. Ir atbalstāma veselības obligātās apdrošināšanas sistēmas ieviešana Latvijā, ņemot vērā tās pozitīvās iezīmes un atbilstību pacienta interesēm. Pie tam paturot prātā, ka, neskatoties uz pastāvošo ārstniecības finansējuma sistēmu, tiesiskās attiecības starp pacientu un ārstniecības personu/iestādi jebkurā gadījumā ir privāttiesiska rakstura<sup>790</sup>.

Ārstniecības ekonomiskā pieejamība var attiekties ne tikai uz ārstniecības pakalpojumiem valstī, bet arī ārpus valsts robežām, t.i., pārrobežu ārstniecību. Eiropas Savienības (bij. Kopienų) Tiesas prakse iestrādājusi principu, ka pacientiem ir tiesības saņemt izdevumu atlīdzību par ārzemēs

---

Likums par lauku iedzīvotāju nodrošināšanu slimības gadījumos: LR 1928.g. 05.jūnija likums, Noteikumi par valsts darbinieku ārstēšanu: LR 1931.g.30.oktobra noteikumi. Grām.: Vīksna A. Slimo kases Latvijā. Rīga: Rīgas starptautiskais medicīnas zinātnes un farmācijas centrs, 1994, 128.lpp.; Ģenerālvokāta Ī.Bota 2008.gada 09.septembra secinājumi lietā: Hartlauer Handelsgesellschaft mbH v. Wiener Landesregierung un Oberösterreichische Landesregierung. Pieejams: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:62007C0169:LV:HTML> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā] (54.pk.); Wöllenstein H. Der informierte Patient aus Sicht der Gesetzlichen Krankenversicherung. Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz, 2004, nr.10.; Eiropas Savienības (bij. Kopienų) Tiesas 2009.gada 11.jūnija spriedums lietā: Hans & Christophorus Oymanns GbR, Orthopädie Schuhtechnik v. AOK Rheinland/Hamgurg. Pieejams: <http://eur-lex.europa.eu/Notice.do?val=496234:cs&lang=lv&list=496234:cs,484897:cs,&pos=1&page=1&page=1&nbl=2&pgs=10&hwords=pacientu~&checktexte=checkbox&visu=#texte> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā] (24.pk.); Zālīte E. Sociālā apdrošināšana Latvijā (1920-1940). Pieejams: [www.arhivi.lv/sitedata/ZURNALS/zurnalu\\_raksti/99-127-VESTURE-Zalite.pdf](http://www.arhivi.lv/sitedata/ZURNALS/zurnalu_raksti/99-127-VESTURE-Zalite.pdf) [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].

<sup>787</sup> Ārstniecības likuma 17.p.1.,4.,5.d., 18.p.

<sup>788</sup> Ārstniecības gadījumā apdrošinātajam pacientam nav jāveic tiešie maksājumi (Sk.: Čehijas Konstitucionālās tiesas 2003.g. 04.jūnija spried. lietā: Pl. US 14/02. Pieejams: [http://angl.concourt.cz/angl\\_verze/doc/p-14-02.php](http://angl.concourt.cz/angl_verze/doc/p-14-02.php) [aplūkots 2011.gada 11.aprīlī] (II, III)).

<sup>789</sup> Minētajā gadījumā solidaritātes principam ir divas izpausmes: 1) "veselais maksā par slimo"; 2) "bagātais maksā par nabagu" (Колоколов Г.П., Косолапова Н.В., Никульникова О.В. Основы медицинского права. Москва: Экзамен, 2005, с.35).

<sup>790</sup> Sk.: LR AT Senāta AD 2008.g. 26.jūnija spried. lietā Nr.SKA-155/2008; Vācijas Federālās Konstitucionālās tiesas 2004.gada 18.novembra lēmums lietā Nr.BVerfG, 1 BvR 2315/04. Pieejams: [www.bundesverfassungsgericht.de](http://www.bundesverfassungsgericht.de) [aplūkots 2011.gada 11.aprīlī](P.25); Horntrich J. Der kranke Mensch: Patient oder Kunde? Pieejams: <http://www.aeksh.de/shae/200202/h022052a.html> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā]; McLean A. Informed consent and medical law: a relational challenge. Med Law Rev, 2010, nr.18, p.111.

sniegtu veselības aprūpi, ko viņi saņemtu pašu valstī<sup>791</sup>, tādējādi netieši iestrādājot finansējuma piesaisti pacientam (nevis ārstniecības pakalpojumam). Ņemot vērā minēto judikatūru, radās nepieciešamība pēc šī jautājuma normatīvā regulējuma, kā rezultātā tika izstrādāta Eiropas Parlamenta un Padomes direktīva par pacienta tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē<sup>792</sup>. Minētā direktīva ievieš sekojošas divas galvenās idejas. Pirmkārt, tiek paredzētas pacienta tiesības saņemt izdevumu atlīdzību par ārstniecību citā valstī, nostiprinot trīs galvenos principus: 1) par jebkāda veida ambulatoro ārstniecību, iepriekš nelūdzot atļauju savā mītnes valstī; 2) par jebkāda veida stacionāro aprūpi, dalībvalstīm ļaujot izveidot sistēmu, saskaņā ar kuru ir nepieciešams lūgt iepriekšēju atļauju, lai saņemtu izdevumu atlīdzību par stacionāro aprūpi citā dalībvalstī; 3) ja kāda dalībvalsts neiekļauj konkrētu ārstēšanas veidu savas valsts pilsoņu tiesībās, tad šī direktīva neparedz jaunu tiesību piešķiršanu pacientiem, lai viņi varētu veikt šādu ārstēšanos citā valstī un saņemt izdevumu atlīdzību<sup>793</sup>. Otrkārt, tiek iedibināti jauni institūti, lai veicinātu sadarbību Eiropas Savienībā veselības aprūpes jomā: 1) veidojot Eiropas references centru tīklu, kur tiktu apvienoti dažādu dalībvalstu specializētie centri ar īpašu resursu vai speciālu zināšanu koncentrāciju; 2) veidojot Eiropas medicīnas tehnoloģiju novērtējuma tīklu; 3) attīstot e-veselības jomu, t.i., diagnostika, hronisku slimību gaitas novērošana no attāluma u.c., lielu ārstniecības iestāžu speciālistiem sniedzot atbalstu mazākām vietējām ārstniecības iestādēm (telemedicīna); 4) atzīstot citā dalībvalstī izsniegtu recepti<sup>794</sup>. No vienas puses, ņemot vērā vienu no Eiropas pamatbrīvībām – personu tiesības uz brīvu pārvietošanos Eiropas Savienības valstīs, ir neizbēgama arī pacientu mobilitāte, kas kopumā tiek atbalstīta. Savukārt, no otras puses, norādīts, ka pārrobežu ārstniecība ir pieļaujama vajadzības vai ārstniecības kavēšanās nepieļaujamības gadījumā, kur dalībvalstīm ir jāveicina pacientu ārstniecība uz vietas, nodrošinot ārstniecības universālu un neierobežotu

---

<sup>791</sup> Sk., piem.: Eiropas Savienības (bij. Kopienu) Tiesas 2006.gada 16.maija spriedums lietā: Yvonne Watts v. Bedford Primary Care Trust un Secretary of State for Health. Pieejams: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:62004J0372:LV:HTML> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā]; Eiropas Savienības (bij. Kopienu) Tiesas 2003.gada 13.maija spriedums lietā: V.G.Müller-Fauré v. Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA; un E.E.M. van Riet v. Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen. Pieejams: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:61999J0385:LV:HTML> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā]; Eiropas Savienības (bij. Kopienu) Tiesas 2001.gada 12.jūlija spriedums lietā: B.S.M.Smits, laulātās uzvārdā Geraets, v. Stichting Ziekenfonds VGZ; un H.T.M.Peerbooms v. Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen. Pieejams: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:61999J0157:LV:HTML> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā]; Eiropas Savienības (bij. Kopienu) Tiesas 2001.gada 12.jūlija spriedums lietā: Abdon Vanbraekel u.c. v. Alliance nationale des mutualités chrétiennes (ANMC). Pieejams: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:61998J0368:LV:HTML> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

Sk. arī: Kopienas regulējums par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē. Komisijas paziņojums. (nr.:52008DC0415, 02.07.2008., Brisele). Pieejams: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52008DC0415:LV:HTML> [skatīts 2010.gada 3.jūnijā].

<sup>792</sup> Sk., Eiropas Parlamenta un Padomes direktīvas par pacienta tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē projekts (nr.:52008PC0414, 02.07.2008., Brisele). Pieejams: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52008PC0414:LV:HTML> [skatīts 2010.gada 3.jūnijā].

<sup>793</sup> Par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē: Eiropas Parlamenta un Padomes 2011.gada 9.marta direktīva 2011/24/ES. Eiropas Savienības Oficiālais Vēstnesis, 2011. 4.aprīlis, L 88, 45.-65.lpp. (7.p., 8.p.1.d.).

<sup>794</sup> Par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē: Eiropas Parlamenta un Padomes 2011.gada 9.marta direktīva 2011/24/ES. Eiropas Savienības Oficiālais Vēstnesis, 2011. 4.aprīlis, L 88, 45.-65.lpp. (11.,12.,14.,15.p.).

pieejamību<sup>795</sup>. Ir saprotama Eiropa Savienības vēlme ierobežot pārrobežu ārstniecības izplatību, kas netieši ietekmē civiltiesiskās apgrozības līdzsvaru dalībvalstīs. Bet ir arī apšaubāma visu dalībvalstu spēja nodrošināt minēto ārstniecības pieejamību, kas tādējādi nenoliedzami veicina pārrobežu ārstniecību.

Pacients var samazināt savu maksāšanas pienākumu par ārstniecības pakalpojumiem, veicot veselības brīvprātīgo apdrošināšanu. Bet pastāv faktiskas problēmas pacientam noslēgt minēto tiesisko darījumu. Konstatējami gadījumi, kad apdrošināšanas sabiedrības atsakās individuāli veikt pacienta veselības brīvprātīgo apdrošināšanu, pieļaujot to tikai personu grupām, piemēram, darba kolektīviem. Tas izskaidrojams ar to, ka šāda veida apdrošināšana minētajām sabiedrībām parasti ir neizdevīga, jo persona izvēlas veikt veselības brīvprātīgo apdrošināšanu galvenokārt tajos gadījumos, kad personai jau ir noteikti veselības traucējumi. Līdz ar to apdrošināšanas sabiedrības var vienkārši nepiedāvāt individuālu veselības brīvprātīgo apdrošināšanu, tā neizdevīguma dēļ, tādējādi ierobežojot pacientam līgumu brīvības realizāciju un netieši ietekmējot pacienta gribu ārstniecībā, kas neatvieglo pacienta maksāšanas pienākumu par ārstniecības pakalpojumiem.

Ārstniecībā ir konstatējami arī komercializācijas draudi, t.i., ja persona piekrīt medicīniskās iejaukšanās veikšanai, lai gūtu sev noteiktu mantisku labumu. Šobrīd konstatējamās divas lielākā mērā apdraudētās jomas. Pirmkārt, tā ir audu un orgānu transplantācija. Ja recipientam tiek pārstādīti donora audi vai orgāni, tad ir pieļaujama tikai donora izdevumu segšana (par pašu transplantāciju, veselības aprūpi, vēlākajām saslīmšanām, īslaicīgu darbaspēju zudumu u.c.), kas netiek uzskatīta par audu vai orgānu tirdzniecību, jo netiek maksāts par ķermeņa substancēm, bet tiek segti tikai izdevumi saistībā ar veselības kaitējumu<sup>796</sup>. Neskatoties uz to, praksē ir konstatējami gadījumi, kad tiek veikta tirdzniecība ar audiem un orgāniem, piemēram, no trešajām valstīm<sup>797</sup>, tomēr arī tiesiski audu vai orgānu transplantācija nav vērtējama viennozīmīgi. Tiesību doktrīnā pastāv divi pretēji viedokļi par transplantāta tiesisko statusu pēc viņa izņemšanas no donora ķermeņa: no vienas puses, audi un orgāni tiek uzskatīti par ķermeņa daļu nevis lietu, līdz ar to tie nevar būt par darījuma objektu; no otras puses, ir piekritēji viedoklim, ka audi vai orgāni ir lietas ar ierobežotu apgrozību, kā rezultātā donoram rodas iespēja veikt darbības ar audiem vai orgāniem, tomēr tas tiek uzskatīts nevis par pirkuma-pārdevuma vai dāvinājuma līgumu, bet gan par līgumu

<sup>795</sup> Eiropas Parlamenta rezolūcija par pacientu mobilitāti un veselības aprūpes attīstību Eiropas Savienībā (2004/2148(INI)) (52005IP0236). Pieejams: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52005IP0236:LV:HTML>. [skatīts 2010.gada 3.jūnijā] (46.pkts).

<sup>796</sup> Taupitz J. Rechtsfragen der Transplantationsmedizin, insbesondere die Transplantation vom toten Spender, die Transplantation vom lebenden Spender und die Xenotransplantation. Medizinrechtliches Seminar 98/99; Universität Mannheim. Pieejams: <http://www.grin.com/de/preview/45477.html> [aplūkots 2010.gada 22.maijā] (S.36-38).

<sup>797</sup> Piem., Ķīnā ārzemniekiem tiek piedāvāts nopirkt nieri transplantācijai par 30 000 dolāriem (Taupitz J. Rechtsfragen der Transplantationsmedizin, insbesondere die Transplantation vom toten Spender, die Transplantation vom lebenden Spender und die Xenotransplantation. Medizinrechtliches Seminar 98/99; Universität Mannheim. Pieejams: <http://www.grin.com/de/preview/45477.html> [aplūkots 2010.gada 22.maijā] (S.36-38)).



*sui generis*, kurā tiek paredzēta nevis izdevumu segšana, bet kompensācija donoram par sagādātajām neērtībām, fiziskām un morālām ciešanām u.c.<sup>798</sup>. Otrkārt, līdzīga situācija ir arī surogātmaternitātes gadījumā, kad surogātmātei tiek maksāti izdevumi, kas saistīti ar surogātmātes pakalpojumu<sup>799</sup>. No vienas puses, starptautiski tiek atzīts princips, ka cilvēka ķermenis vai tā daļas nedrīkst radīt finansiālu peļņu<sup>800</sup>. Bet, no otras puses, tomēr atbalstāms ir viedoklis, transplantāciju un surogātmaternitāti uzskatīt par līgumiem *sui generis*, kur pacienta gribu noslēgt šādus līgumus netieši ietekmē arī ekonomiskais faktors, to tiesību robežās pieļaujot, jo ekonomiskā faktora ietekmes ignorance transplantācijā un surogātmaterinātē iespējams var radīt minētajās darbībās vēl lielākus slēptās komercializācijas draudus.

Ja arī ir valsts līdzdalība veselības aprūpes finansējumā, tas tomēr neliedz saņemt arī ārstniecības pakalpojumus par maksu. Juridiskajā literatūrā ir izstrādāti pamatprincipi maksas ārstniecības pakalpojumu noteikšanai<sup>801</sup>. Pie tam, kā norādīja tiesa, nepieciešams izstrādāt normatīvos aktus, kas noteiktu principus privātprakses atdalīšanai no valsts prakses, ja abas prakses ir pēc vienas adrese<sup>802</sup>. Maksas ārstniecības pakalpojumu piedāvājums paralēli valsts

---

<sup>798</sup> Федорова М.Ю. Медицинское право. Учебное пособие для вузов. Москва: ВЛАДОС, 2003, с.206,207,216; Колоколов Г.Р., Косолапова Н.В., Никульникова О.В. Основы медицинского права. Москва: Экзамен, 2005, с.222,223.; Ляуш Л. Б. Этические проблемы трансплантации органов и тканей человека. Этические проблемы ксенотрансплантации. Pieejams: <http://an.mrezha.ru/zhizn/etika/00/Lectures/lect11.doc> [aplūkots 2010.gada 22.maijā];

lietā Moore v. University of California, pretēji tradicionālajai pieejai, ka audi/orgāni nevar būt īpašumā, tika atzītas daļējas īpašuma tiesības (Pacientam, veicot ārstniecību, tika izoperēta liesa. Šī liesa vēlāk tika izmantota zinātniskajos pētījumos, neinformējot pacientu. Tiesa atzina, ka bija nepieciešams par pētījumiem informēt pacientu, jo pacientam ir limitētas īpašuma tiesības uz minētajiem audiem) (Lieta: Moore v. University of California (793 Pd 479 (Cal 1990) (ASV). Grām.: McHale J., Fox M., Murphy J. Health Care Law: Text, Cases and Materials. London: Sweet & Maxwell, 1997, p.929).

Īpašu režīmu ir nepieciešams noteikt audiem/orgāniem, to daļām, kurām ir sakars ar cilvēka radīšanu, tai skaitā reproduktīvajiem audiem (Сергеев Ю.Д., Поспелова С.И. Правовые аспекты посмертного донорства: современное состояние и проблемы регулирования. Pieejams: [www.med-law.ru](http://www.med-law.ru) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā]).

<sup>799</sup> Piem., ASV šāds pakalpojums izmaksā 25 000 dolārus (Федорова М.Ю. Медицинское право. Учебное пособие для вузов. Москва: ВЛАДОС, 2003, с.202).

<sup>800</sup> Biokonvencijas 21.p.

<sup>801</sup> 1) par ārstniecības pakalpojumiem, kas netiek apmaksāti no valsts līdzekļiem; 2) personām, kurām, nav tiesības uz valsts apmaksātiem ārstniecības pakalpojumiem; 3) par pakalpojumiem, kas nav nepieciešami personai, izejot no standarta ārstniecības plāna; 4) pacientam ārstējoties anonīmi, kas saistīts ar valsts finansējuma administrāciju; 5) par uzlabotiem apstākļiem ārstniecības laikā, tomēr pacientam ir jābūt tiesībām atteikties no minēto apstākļu izmantošanas, kam nevar sekot negatīvas sekas; 6) par alternatīviem pakalpojumiem (piemēram, par ilgāku uzturēšanos stacionārā ārstniecības iestādē); 7) par plānveida ārstniecību ārpus rindas, kas nedrīkst ietekmēt no valsts finansēto ārstniecības pakalpojumu sniegšanas laiku un vietu, kā arī nedrīkst pacientu piespiest izvēlēties maksas ārstniecības pakalpojumu (Piem., pacients var paātrināt rindas kārtību gūžas endoprotezēšanas veikšanai, ja spējīgs segt 50% no maksas (Veselības aprūpes organizācijas not. 103.3.pk.)). Rodas jautājums, vai minētais līdzfinansējums neietekmē pacientu tiesības uz ārstniecību, kuri nav spējīgi veikt šādu maksājumu, kas ir atkarīgs no tā, kā (vieta, laiks) tiek organizēta minēto operāciju veikšana); 8) ja pacients izvēlas saņemt valsts apmaksāto ārstniecību par maksu; 9) par ārstniecības pakalpojumiem, kuriem nav valsts finansējuma (Latvijā bija gadījumi, kad ārstniecības iestādes atteicās sniegt valsts garantētos ārstniecības pakalpojumus, atsaucoties uz valsts finansējuma izlietojumu. No tiesiskā viedokļa minētā situācija ir strīdīga, jo izvērtējams, cik tiesisks ir valsts finansētā ārstniecības pakalpojumu apjoma samazinājums šādā kārtībā); 10) par pakalpojumiem, kas netieši saistīti ar ārstniecību (piem., arbedīšana) (Федорова М.Ю. Медицинское право. Учебное пособие для вузов. Москва: ВЛАДОС, 2003, с.33-35).

<sup>802</sup> Latvijas Republikas Rīgas apgabaltiesas 2006.g. 10.marta blakus lēmums lietā Nr.K04-0080/06-6 nr.3870000203.

apmaksājumiem ir atbalstāms, precizējot tiesiskos kritērijus maksas ārstniecības pakalpojumu noteikšanai, jo tādā veidā, kā tiek atzīts, pacientam tiek radītas sava veida izvēles tiesības<sup>803</sup>.

Ekonomiskie apstākļi automātiski vēl nenodrošina tiesību normu realizāciju, tie ir vērtējami kā priekšnosacījumi<sup>804</sup>. Atbilstoša finansiālā vide rada labvēlīgu augsni pacienta gribas brīvībai. Nav obligāti, lai pacients realizētu visas savas tiesības, bet normatīvā regulējuma mērķis ir nodrošināt pacienta gribas brīvību, minimalizējot ekonomiskā faktora ietekmi uz pacienta gribu.

Izvērtējot pacienta gribas izteikšanas brīvprātību ārstniecībā, secināms, ka to lielā mērā ietekmē faktiskie apstākļi. Šo apstākļu ietekme pilnībā nav novēršama. Tomēr normatīvajā regulējumā ir nosakāmi tiesiskie līdzekļi, kas pēc iespējas mazinātu faktisko apstākļu ietekmi uz pacienta gribas izteikšanas brīvprātību.

## **5. Pacienta gribas izteikumu veidi un forma**

Ir nepieciešams veikt analīzi, kādā veidā pacients var izteikt gribu ārstniecībā, aplūkojot svarīgākos pacienta gribas izteikumu dalījuma veidus, to īpatnības, kā arī konstatējot, vai normatīvais regulējams pacientam pietiekami nodrošina gribas izteikumu veidu izvēli un to realizāciju. Ne mazāk svarīgs jautājums ir par pacienta gribas izteikuma nostiprinājumu atbilstošā formā, kas ir būtiski pacienta gribas civiltiesiskajā aizsardzībā.

### **5.1. Pacienta gribas izteikumu vispārīgs dalījums un izteikuma forma**

---

<sup>803</sup> Решение Верховного суда РФ от 18 апреля 2002 г. ГКПИ 2002-364. Grām.: Стеценко С.Г., Пищита А.Н., Гончаров Х.Г. Очерки медицинского права. Москва: ЦКБ РАН, 2004, с.73.; Стеценко С.Г., Пищита А.Н., Гончаров Х.Г. Очерки медицинского права. Москва: ЦКБ РАН, 2004, с.75,89; Стеценко С.Г. Платные медицинские услуги: актуальные вопросы юридической регламентации. Pieejams: [www.eyeneews.ru/medpravo.htm](http://www.eyeneews.ru/medpravo.htm) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

<sup>804</sup> Медицинское право. Науч.ред. Дмитриев Ю.А. Москва: Элит, 2006, с.462.

Pie tam mūsdienās veselība ir vērtējama kā ekonomiska kategorija, kā nepieciešamais pamats, lai sasniegtu panākumus jebkurā darbības jomā (Садковская Т.Б., Храбан В.Г., Козловская Л.Н., Ляпунов А.В. Добровольное медицинское страхование – гарантия социальной и экономической стабильности общества. Медицинское право, 2003, nr.3, с.20).

Konstatējami sekojoši svarīgākie pacienta gribas izteikumu dalījuma kritēriji. Pēc pacienta gribas izteikuma izcelšanās rakstura gribas izteikumi dalās: 1) sākotnējos, t.i., pacients pirmreizēji izsaka gribu attiecībā uz konkrētu ārstniecību (piekrišana ārstniecībai vai atteikšanās no tās); 2) atvasinātos, t.i., pacients atceļ pieņemto lēmumu, grozot savu gribu (atsaukums) (sākotnējo un atvasināto pacienta gribas izteikumu analīzi sk. tālāk darbā).

Pēc pacienta gribas konstatācijas veida pacienta gribas izteikumi iedalāmi sekojoši:

- 1) pacienta griba var būt tieši izteikta, kas dalās vēl sīkāk –
  - a) šīnī brīdī izteikta griba, kur gribas veidu raksturo šādas pazīmes: 1) griba tieši no pacienta; 2) tiek izteikta šajā konkrētajā brīdī; 3) tiek konstatēta; 4) nav prezumējama; 5) pacients personiski ir klāt un ir spējīgs izteikt gribu; 6) atcelt šo gribas izteikumu ir tiesīgs tikai pats pacients;
  - b) pacienta griba ir konstatējama arī no iepriekš izdarīta izteikuma, t.i., pacienta iepriekš izteiktā griba (analīzi sk. tālāk darbā);
- 2) pacienta griba var izrietēt arī no tiesiskā pieņēmuma, t.i., pacienta prezumējamā griba – kā pacients būtu gribējis rīkoties atbilstoši savām interesēm, un pacienta gribas prezumpcija.

Lai arī civiltiesībās ir samērā rezervēta attieksme pret tiesību subjekta gribas prezumpciju, ņemot vērā tās salīdzinoši nenoteikto raksturu, minētā prezumpcija tomēr tiek pieļauta<sup>805</sup>. Ārstniecībā ir konstatējami gadījumi, kad tiek atzīta pacienta piekrišanas prezumpcija, piemēram: ja pacients nav iecēlis līgumisko vietnieku, tad prezumējams, ka piekritis likumiskai vietniecībai<sup>806</sup>; Latvijā pastāv piekrišanas prezumpcija audu/orgānu izņemšanai transplantācijai no miruša pilngadīga donora<sup>807</sup>. Minētajai piekrišanas prezumpcijai transplantācijā konstatējami sekojoši tiesiski strīdīgi aspekti: 1) no vienas puses, likums virzīts uz īpašuma aizsardzību, bet, no otras

<sup>805</sup> Pieņemt, ka piekrišana ir dota, var tikai likumā tieši noteiktos gadījumos (CL 1433.p.); klusēšana nav ne piekrišana, ne atteikums, ja vien likums tieši neprasa pārtraukt klusēšanu, lai to neuzskatītu par piekrišanu (CL 1430.p.).

<sup>806</sup> Netieši Pacientu tiesību likuma 6.p.7.d., 7.p.1.d.

<sup>807</sup> Par miruša cilvēka ķermeņa aizsardzību un cilvēka audu un orgānu izmantošanu medicīnā: LR 15.12.1992. likums (10.,11.p.).

Pasaules valstu normatīvajā regulējumā iezīmējas trīs galvenās pieejas audu/orgānu izņemšanai no miruša pilngadīga donora transplantācijas nolūkā: 1) piekrišanas prezumpcija – tiek uzaplūkots, ka persona ir piekritusi minētai izņemšanai, ja nav izteikts aizliegums (Latvija, Austrija, Beļģija, Spānija, Čehija, Ungārija); 2) aizlieguma prezumpcija – nav pieļaujama audu/orgānu izņemšana, kamēr nav izteikta atļauja (ASV, Kanāda, Vācija, Francija, Portugāle, Holande, Polija); 3) "rutīnas izņemšana" – saskaņā ar kuru audi/orgāni pēc personas nāves kļūst par valsts īpašumu (padomju tiesībās) (Ляуш Л. Б. Этические проблемы трансплантации органов и тканей человека. Этические проблемы ксенотрансплантации. (Российский государственный медицинский университет). Pieejams: <http://an.mrezha.ru/zhizn/etika/00/Lectures/lect11.doc> [aplūkots 2010.gada 22.maijā]; Taupitz J. Rechtsfragen der Transplantationsmedizin, insbesondere die Transplantation vom toten Spender, die Transplantation vom lebenden Spender und die Xenotransplantation. Medizinrechtliches Seminar 98/99; Universität Mannheim. Pieejams: <http://www.grin.com/de/preview/45477.html> [aplūkots 2010.gada 22.maijā]; Сергеев Ю.Д., Поспелова С.И. Правовые аспекты посмертного донорства: современное состояние и проблемы регулирования. Pieejams: [www.med-law.ru](http://www.med-law.ru) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā]; Saltikova A. Donora piekrišana transplantātai izņemšanai ex-mortuo: „informētā” vai „prezūmētā” piekrišana. LU Raksti. Sociālās zinātnes. 665.sējums. Doktorantu raksti, 2003, 336-346.lpp.; Стеценко С.Г., Пищита А.Н., Гончаров Х.Г. Очерки медицинского права. Москва: ЦКБ РАН, 2004, с.130-151; English V., Sommerville A. Presumed consent for transplantation: a dead issue after Alder Hey? Journal of Medical Ethics, 2003, nr.29, p.147-152. Pieejams: <http://jme.bmj.com/cgi/content/full/29/3/147?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=content+of+patient&searchid=1&FIRSTINDEX=3&resourcetype=HWCIT> [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].

pusēs, cilvēks zaudē tiesības rīkoties ar to, kas pieder viņam no ieņemšanas brīža – ar savu ķermeni (piemēram, Krievijas Konstitucionālā tiesa tomēr atzina, ka piekrišanas prezumpcija atbilst konstitūcijai)<sup>808</sup>; 2) Latvijas likumā nav ietverta norma, kas tieši noteiktu ārstam pienākumu prasīt radnieku piekrišanu vai vismaz viņus informēt par orgānu izņemšanu, ja Iedzīvotāju reģistrā nav ziņu par mirušā cilvēka gribu rīcībai ar viņa ķermeni, audiem un orgāniem pēc nāves, tomēr šādu ārsta pienākumu iespējams interpretēt netieši<sup>809</sup>. Nīderlandes tiesību doktrīnā tika piedāvāts pielietot pacientiem, kas nespēj izteikt gribu (pacientiem ar psihiskiem traucējumiem, jaundzimušiem ar nopietnām iedzimtām kaitēm un pacientiem pastāvīgā veģetatīvā stāvoklī), piekrišanas prezumpciju eitanāzijas, jo smagi slim cilvēks varētu nevēlēties turpināt dzīvi<sup>810</sup>. Apšaubāms, vai šādos nopietnos un neatgriezeniskos procesos ārstniecībā ir pielietojama pacienta piekrišanas prezumpcija. Tāpat ārstniecībā atsevišķos gadījumos ir konstatējama arī pacienta atteikšanās prezumpcija (piemēram, prezumējams, ka rīcībšpējīgs pacients ir atteicies no ārstniecības, kamēr viņš nav tai piekritis<sup>811</sup>; atteikšanās prezumpcija audu un orgānu izņemšanai transplantācijai no miruša nepilngadīga donora<sup>812</sup>). Tātad ārstniecībā noteiktos gadījumos tiek pielietota pacienta gribas prezumpcija.

Tomēr pacienta prezumējamā griba un pacienta gribas prezumpcija ir divi atšķirīgi institūti. Lai arī pacienta prezumējamā griba balstās uz tiesisko pieņēmumu, bet tai ir atšķirīgs konstatācijas veids. Gribas prezumpcija ir konstatējama tikai no likuma stingri noteiktās robežās. Turpretim prezumējamā griba tiek konstatēta no likuma (pacienta veselības intereses) un, ja

---

<sup>808</sup> Определение nr.:459-О Конституционного Суда РФ от 4 декабря 2003 года. Int.res.: Сергеев Ю.Д., Поспелова С.И. Правовые аспекты посмертного донорства: современное состояние и проблемы регулирования. Pieejams: [www.med-law.ru](http://www.med-law.ru) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā]; Сергеев Ю.Д., Поспелова С.И. Правовые аспекты посмертного донорства: современное состояние и проблемы регулирования. Pieejams: [www.med-law.ru](http://www.med-law.ru) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

<sup>809</sup> Sk.: Saltikova A. Donora piekrišana transplantāta izņemšanai ex-mortuo: „informētā” vai „prezumētā” piekrišana. LU Raksti. Sociālās zinātnes. 665.sējums. Doktorantu raksti, 2003, 336.-346.lpp.

<sup>810</sup> Kovalevska L. Tiesību tālākveidošana eitanāzijas jautājumā. Jurista Vārds, 2008.01.jūlijs, nr.24, 15.lpp.

<sup>811</sup> Izriet no Pacientu tiesību likuma 6.p.1.d. Sk., Bhat V.N. Medical Malpractice: a comprehensive analysis. Westport: Greenwood Publishing Group, 2001, p.17. Pieejams: <http://books.google.lv> [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].

Ir konstatējami gadījumi, kad praksē neprecīzi interpretē pacienta gribas izteikuma nozīmi ārstniecības tiesiskajās attiecībās. Piem., ārstniecības iestādes tipveida ārstniecības līgumā tika iekļauts punkts: „(...)3.1.Ja nav saņemts pacienta, viņa tuvāko radnieku, likumīgo pārstāvju (aizgādņu, aizbildņu) šī līguma 1.2.punktā minētais rakstiskais atteikums, ārstniecības personas rīkojas pacienta labā un ir tiesīgas pielietot jebkuru izmeklēšanu un ārstēšanu, kuru atzīst par nepieciešamu.(...)” (Valsts SIA „Daugavas slimnīca” 2008.gada tipveida līgums par stacionārās medicīniskās palīdzības sniegšanu); „(...)4.1.Ja nav saņemts Pacienta, viņa vecāku vai likumīgo pārstāvju (aizgādņu, aizbildņu) šī līguma 2.2.punktā minētais rakstisks atteikums, ārstniecības personas rīkojas pacienta labā un ir tiesīgas pielietot jebkuru izmeklēšanu un ārstēšanu, kuru atzīst par nepieciešamu. (...)” (Latvijas Jūras medicīnas centra Vecmīlgrāvja slimnīcas 1997.gada (29.oktobrī) tipveida pacienta aprūpes līgums). No šī līguma punkta izriet pacienta piekrišanas prezumpcija ārstniecībai, kamēr netiek saņemts pacienta atteikums no ārstniecības. Šāds līguma punkts neatbilst normatīvajam regulējumam (atbilstoši līgumu parakstīšanas brīdī spēkā esošajam Ārstniecības likuma 41. un 49.pantam), jo pēc vispārīgā principa ir pacienta atteikuma prezumpcija no ārstniecības, izņemot pacienta neatliekamo ārstniecību – kur ir pacienta piekrišanas prezumpcija. Bet minētajos līgumos netika veikta šāda diferenciacija.

<sup>812</sup> Par miruša cilvēka ķermeņa aizsardzību un cilvēka audu un orgānu izmantošanu medicīnā: LR 15.12.1992. likums (11.p.).

iespējams, no pacienta dzīvesveida, uzskatiem, vēlmēm, priekšstatiem, pārliecības<sup>813</sup> (citas pacienta intereses), kur pacienta vietnieki lēmumā pauž pacienta prezumējamo gribu. Līdz ar to pacienta prezumējamā griba ir atšķirīga no gribas prezumpcijas tās individualizētā rakstura dēļ, kas ir sarežģītāk konstatējama, bet iespējams sasniegt taisnīgāku rezultātu. Pacienta gribas prezumpcija balstās tikai uz pacienta veselības interesēm, jo likumā nav iespējams paredzēt konkrēta pacienta citas intereses, kas arī var būt par pamatu pacienta gribas izteikumam. Turpretim pacienta prezumējamās gribas tiesiskais pamats ir salīdzinoši plašāks, jo ietver pacienta gan veselības, gan citas intereses, kuras tiek konstatētas gan no likuma, gan no pacienta vietnieka, kuram būtu jābūt informētam par pacienta interesēm, ņemot vērā viņa saikni ar pacientu. Pacienta gribas prezumpciju ir jānodala no pacienta prezumējamās gribas. Tādēļ tiesiski pieņemamās pacienta gribas veidu apzīmēšanai pielietojami divi atšķirīgi termini, t.i., pacienta gribas prezumpcija un pacienta prezumējamā griba.

Pacienta prezumējamā griba un pacienta gribas prezumpcija atrodas noteiktās hierarhijas attiecībās. Izejot no principa, ka augstāks spēks piešķirams gribai, kas precīzāk atspoguļo konkrētā pacienta intereses, tad pacienta prezumējamā griba ir prioritārāka par gribas prezumpciju, ko apliecina arī normatīvais regulējums<sup>814</sup>.

Pacienta tiesiski pieņemamo gribu raksturo sekojošas pazīmes – 1) pacienta griba tiek konstatēta netieši no pacienta; 2) griba iepriekš tieši nav izteikta; 3) tiek konstatēta no likuma vai/un pacienta vietnieka lēmuma; 4) balstās uz tiesisko pieņēmumu; 5) ir/nav pacienta personiska klātbūtne, bet pacients nespēj izteikt gribu (izņemot pacienta līgumisko vietniecību); 6) gribas prezumpcija nav atceļama, prezumējamās gribas atcelšana stipri ierobežota (sašaurinātam pacientu lokam (nepilngadīgie līdz 14g.) atceļams tikai noteikts vietnieka lēmuma veids (atteikšanās no ārstniecības)<sup>815</sup>). Izvērtējot pacienta tiesiski pieņemamās gribas pazīmes, atbalstāma ir pacienta prezumējamās gribas atcelšanas tiesiska korekcija (skat.darba otro nodaļu).

No ārstniecības normatīvā regulējuma sistēmas un mērķa izriet pacienta gribas konstatācijas veidu prioritāte. Tādēļ secināms, ka tieši, šajā brīdī izteikta pacienta griba ir visstiprākā, tad seko pacienta tieši, iepriekš izteiktā griba<sup>816</sup>, kas savukārt prioritārāka pār pacienta tiesiski pieņemamo gribu.

---

<sup>813</sup> Sk.arī: German Civil Code (§1901(2)); Finland's Act on the status and rights of patients (s.6); Health Care Consent Act of Ontario (.s.21.(2)).

<sup>814</sup> Piem., neatliekamās ārstniecības gadījumā ārstam jāvadās no pacienta piekrišanas prezumpcijas, ja netiek konstatēta pacienta prezumējamā griba (Pacientu tiesību likuma 6.p.7.d., 7.p.1.,8.d. Sk.arī: Patients Charter of Ireland (1992). Pieejams: [www.hermitageclinic.ie/wp-content/themes/twentyten/pdfs/downloads/Patients-Charter.pdf](http://www.hermitageclinic.ie/wp-content/themes/twentyten/pdfs/downloads/Patients-Charter.pdf) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā] (a.8); Law on hospital establishments of Luxembourg (28.08.1998.). Pieejams: <http://apps.who.int/ihl-rils/results.cfm?language=english&type=ByTopic&strTopicCode=IIIA&strRefCode=Lux> [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā] (a.39)).

<sup>815</sup> Pacientu tiesību likuma 14.p.1.d.

<sup>816</sup> Vēlāks gribas izteikums prioritārāks par iepriekš veikto (Health Care Consent Act of Ontario (s.5.(3))).

Pacienta gribas izteikumu dalījuma kritērijs ir arī gribas izteikuma patstāvīgums tiesiskā nozīmē<sup>817</sup>. Izejot no šī kritērija, gribas izteikumus iespējams iedalīt: 1) tādos, kas vērtējami kā viopusējs darījums (piemēram, pacienta iepriekš veiktais gribas izteikums par rīcību ar viņa ķermeni pēc nāves); un 2) tādos, kas veido divpusēja (daudzpusēja) darījuma sastāvu, t.i., virzīti uz ārstniecības tiesisko attiecību nodibināšanu, grozīšanu vai izbeigšanu (piemēram, pacienta piekrišana ārstniecībai).

Ne mazāk nozīmīgs jautājums, kādā formā pacientam ir jāizsaka griba civiltiesībās. Ārstniecībā likumdevējs nepieļauj absolūti brīvu pacienta gribas izteikuma formas izvēli<sup>818</sup>, nosakot noteiktas formas prasības. Latvijā pacients piekrišanu ārstniecībai var izteikt jebkurā formā, ja nav pacienta vai ārstējošā ārsta pieprasījuma pēc rakstveida minētā pacienta gribas izteikuma<sup>819</sup>. Bet nav īsti skaidrs, uz kāda pamata var izdarīt šādu pieprasījumu. Interpretējot tiesību normu, jāsecina, ka minētajam pamatojumam ir jābūt objektīvam (piemēram, medicīniskās iejaukšanās raksturs). Kaut gan, likumam neizvirzot kritērijus, netiek izslēgti arī subjektīvi iemesli. Lai arī rakstveida pacienta piekrišana ārstniecībai kalpo abu pušu tiesību aizsardzībai, arī esot objektīvam pamatojumam, var netikt pieprasīta rakstveida forma, jo tā nav imperatīva prasība. Valstu vidū ir konstatējama divējāda pieeja: 1) likumā tiek uzskaitīti iejaukšanās veidi, kuru gadījumā ir nepieciešama pacienta piekrišanas rakstveida forma<sup>820</sup>; 2) likumā ir noteikts vispārīgs princips par pacienta piekrišanas rakstveida formas nepieciešamību smagākos medicīniskās iejaukšanās veidos<sup>821</sup>. Nepieciešams noteikt objektīvus kritērijus, kuru gadījumā pacienta piekrišanas rakstveida forma ir imperatīva prasība.

Likumā tiek prasīta rakstveida forma, ja pacients atsakās no ārstniecības, kur, pacientam neievērojot šo formu, tiek paredzēta alternatīva – divu liecinieku rakstveida apliecinājums par pacienta atteikšanos no ārstniecības<sup>822</sup>. No vienas puses, šāda pieeja ir pamatota, jo atteikšanās no

---

<sup>817</sup> Sk.: CL 1427.p.; LR AT Senāta CD 2011.g. 12.janvāra spried. lietā Nr.SKC-7/2011.

<sup>818</sup> Izejot no CL 1428.p., tās ir: 1) noteikti: a) mutiski; b) rakstiski; c) ar zīmēm, kam ir vārdu nozīme; 2) klusējot ar darbībām, no kurām droši var secināt konkrētas gribas esamību jeb ar konkludentām darbībām. Likums var noteikt konkrētam gribas izteikumam noteiktu formu kā gribas izteikuma spēkā esamības kritēriju (CL 1429.p.). Tomēr jāņem vērā, ka darījuma formas defektam konkrētajā gadījumā var būt arī formāls raksturs, jo likumā noteiktās darījuma formas neievērošana ne vienmēr izsauc tā spēkā neesamību (LR AT Senāta CD 2004.g. 03.novembra spried. lietā Nr.SKC-604).

<sup>819</sup> Pacientu tiesību likuma 6.p.2.d.

<sup>820</sup> Piem.: Patient's Rights Act of Israel (a.14(B)); Law of Georgia on the rights of patient (a.22.2.).

<sup>821</sup> Piem., invazīvās medicīniskās iejaukšanās gadījumā (Act on Health of Hungary (s.15(5))).

<sup>822</sup> Pacientu tiesību likuma 5.p.8.d., 6.p.5.,6.d.

Jāatzīmē, ka, nepastāvot minētajai alternatīvajai formai, praksē līdz šim bija problemātiski konstatēt pacienta atteikšanos no ārstniecības, ja viņš neievēroja atteikšanās rakstveida formu (līdz 2010.gada 1.martam spēkā esošais Ārstniecības likuma 23.p.), piem., pacientam vienkārši atstājot ārstniecības iestādi (Latvijas Republikas Administratīvās rajona tiesas (Liepājā) 2009.g. 13.novembra spried. lietā Nr.A42531108 A5661-09/37 (atteikšanās tika pierādīta ar citiem faktiem)), pacientam neierodoties uz nozīmēto izmeklējumu (LR AT Senāta CD 2007.g. 26.septembra spried. lietā Nr.SKC-645 (Lietā pastāvēja strīds, vai pacientei vispār bija nozīmēts izmeklējums, uz kuru viņai bija jāierodas. Tika atzīts, ka šāda rakstveida atteikuma neesamība vēl nenozīmē, ka izmeklējums nebija nozīmēts. Tiesa savā spriedumā sašaurināti tulkoja Ārstniecības likuma 23.pantu, norādot, ka rakstveida formā atteikums no ārstniecības

ārstniecības lielākā vai mazākā mērā izraisīs/vai var izraisīt negatīvas sekas pacienta veselībai. Tas ir virzīts ārstniecības personas/iestādes tiesību aizsardzībai. No otras puses, ir strīdīgi, vai šāda divējāda pieeja formas prasībām, izejot no pacienta gribas izteikuma veida, nav vērsta lielākā mērā kādas vienas tiesisko attiecību puses, t.i., ārstniecības personas, aizsardzībai. Ir atbalstāms ieviest vienotus objektīvus kritērijus pacienta gribas izteikuma formas prasībām, t.i., rakstveida formu, neatkarīgi no gribas izteikuma veida.

Strīdīgi, vai ārstniecībā ir pieļaujams pacienta gribas izteikums ar konkludentajām darbībām. Normatīvais regulējums šādu formu pieļauj<sup>823</sup>. Pacienta gribas izteikums klusējot tiek vērtēts divējādi: no vienas puses, tas tiek atbalstīts atsevišķos tiesu prakses gadījumos un tiesībzinātnieku darbos<sup>824</sup>; no otras puses, tiek atzīts, ka medicīniskās iejaukšanās agresivitātes pieauguma dēļ, cilvēkam ir nepieciešams jauns tiesiskās aizsardzības mehānisms<sup>825</sup>. Autoresprāt, ir pieļaujams ārstniecībā pacienta gribas izteikums klusējot jeb ar konkludentajām darbībām, bet, nosakot ierobežojumus šai pacienta gribas izteikuma formai.

Latvijas normatīvajā regulējumā netiek noteikts, kādā formā ir dodams pacienta gribas izteikuma atsaukums, nosakot tikai pacienta sākotnējo gribas izteikumu formu<sup>826</sup>. Tomēr gribas izteikuma atsaukums ir atšķirīgs institūts, kādēļ ir paredzamas noteiktas formas prasības, kas atbilstu tā tiesiskajam raksturam. Balstoties uz principu, ka gribas izteikums ir atsaucams ar vismaz tāda paša stipruma formu, un ievērojot vispārējos principus attiecībā uz sākotnējo gribas izteikumu formu, jāsecina, ka pacienta atsaukumam ir jābūt rakstveida formā. Ja pacients atsakās dot rakstveida atsaukumu, tad ārsts pieaicina divus lieciniekus, kas ar parakstu apliecina šo pacienta gribas izteikumu.

Līdz ar to secināms, ka Latvijas Pacientu tiesību likums regulē tikai tieša šī brīža pacienta gribas izteikuma kā divpusēja (daudzpusēja) darījuma sastāvdaļas formas prasības, pie tam neatrunājot atsaukuma formu.

---

izsakāms tikai ārstniecības personas klātbūtnē. Bet, tad neatbildēts palika jautājums, kā rīkoties gadījumā, ja pacients arī ārstniecības personas klātbūtnē atsakās apliecināt rakstveidā atteikšanos no ārstniecības).

<sup>823</sup> Pacientu tiesību likuma 6.p.2.,6.d.; Act on Health of Hungary (s.15(4)); Law on patients' rights of Denmark (a.6(4)); Law of Georgia on the rights of patient (a.22.2.); Patient's Rights Act of Norway (s.4-2(1)).

<sup>824</sup> Piem.: „(...) ar konkludentām darbībām arī var(...)” (pacientei pastiepjot roku, ārsts veica vakcināciju) Lietā O'Brien v. Cunard Steamship Co (1891) 28 NE 266 (Mass Sup Jud Ct) (ASV). Grām.: Stauch M., Wheat K., Tingle J. Sourcebook on medical law. London: Cavendish Publishing Limited, 2002, p.119; “(...) rīcība bieži runā skaļāk kā vārdi (...)” (Kennedy I., Grubb A. Medical law. London, Dublin, Edinburgh: Butterworths, 1994, p.101); “(...)nav obligāti rakstveidā, var secināt arī no apstākļiem (...)” (Mason J.K. Law and medical ethics. London; Dublin; Edinburgh: Butterworths, 1994, p.75); „(...) tiesiski efektīva forma, jo tas ir aktuāls gribas izteikums (...)” (Montgomery J. Health care law. Oxford: Oxford Clarendon Press, 1997, p.237); “(...) izteikta tieši vai izsecinātā(...)” (McHale J., Fox M., Murphy J. Health Care Law: Text, Cases and Materials. London: Sweet & Maxwell, 1997, p.319).

<sup>825</sup> Груненко А.П. Правовые основы проведения клинических исследований лекарственных препаратов. Медицинское право, 2003, nr.1. Pieejams: <http://www.feccis.net/lib.php?n=1148015273> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

<sup>826</sup> Piem., Ungārijā pacients var atsaukt gribas izteikumu jebkurā formā (Act on Health of Hungary (s.20(8)).

Nepieciešams nodalīt pacienta gribas izteikuma izdarīšanas un spēkā stāšanās brīdi. Gribas izteikums ir izdarīts, kad persona savu gribu ir izpaudusi uz ārieni<sup>827</sup>, neatkarīgi no gribas izteikuma veida. Turpretim tā stāšanās spēkā ir brīdis, kad rodas tiesiskās sekas<sup>828</sup>, kas jau ir atkarīgs no gribas izteikuma veida. Pacienta gribas izteikums kā vienpusējs darījums stājas spēkā tā izdarīšanas brīdī, jo šim gribas izteikumam nav konkrēta adresāta<sup>829</sup>, bet, ievērojot formas prasības, ja tādas tiek noteiktas<sup>830</sup>. Turpretim, ja pacienta gribas izteikums ir divpusēja (daudzpusēja) darījuma sastāvdaļa, tad gribas izteikuma izdarīšanas un spēkā stāšanās brīdis ir atšķirīgs. Minētajā gadījumā tiek noslēgts ārstniecības līgums, kur pakalpojumu piedāvāšana attiecībā uz nenoteiktu personu loku ir vērtējama kā oferte (priekšlikums), kurai nepieciešams pacienta akcepts (pieņemšana)<sup>831</sup>. Pacienta akcepts tiek izteikts konkrētai ārstniecības personai, līdz ar to tas stājas spēkā, tiklīdz ir nokļuvis adresāta varas sfērā, kur adresāts normālos apstākļos var ar to iepazīties<sup>832</sup>. Secināms, ka pacienta gribas izteikuma spēkā stāšanās brīdis ir atkarīgs no gribas izteikuma veida, t.i., vienpusējam darījumam atšķirīgi no gribas izteikuma kā divpusēja (daudzpusēja) darījuma sastāvdaļai.

Katram pacienta gribas izteikumu daļējuma veidam ir savas īpatnības, kas atspoguļo pacienta gribas izteikuma komplicēto dabu. Atzīmējama tiesiski pieņemamā pacienta griba, kurai nodalāmi divi atšķirīgi veidi, apzīmējot tos ar dažādiem terminiem. Netiek noteikti visu pacienta gribas izteikumu veidu formas nosacījumi. Regulējot Pacientu tiesību likumā tikai tieša šī brīža pacienta gribas izteikuma kā divpusēja (daudzpusēja) darījuma sastāvdaļas formu, nav ieviesti vienoti objektīvi kritēriji formas prasībām, neatkarīgi no gribas izteikuma veida. Pie tam nenosakot arī, kādā formā ir dodams pacienta gribas atsaukums.

## 5.2. Pacienta iepriekš izteiktā griba un tās tiesiskās sekas

Pacientam ir tiesības izteikt gribu iepriekš, t.i., pirms apstākļu iestāšanās, kuru gadījumam tā tiek izteikta. Tās ir pacienta tiesības nevis pienākums<sup>833</sup>. Pie tam personai, kas izsaka gribu

<sup>827</sup> Balodis K. Ievads civiltiesībās. Rīga: Zvaigzne ABC, 2007, 156.lpp.

<sup>828</sup> Balodis K. Ievads civiltiesībās. Rīga: Zvaigzne ABC, 2007, 156.lpp.

<sup>829</sup> Sk.: Balodis K. Ievads civiltiesībās. Rīga: Zvaigzne ABC, 2007, 156.lpp.

<sup>830</sup> Piem., personas gribas izteikums par rīcību ar viņa ķermeni, ausiem un orgāniem pēc nāves iegūst juridisko spēku, ja ir ietverts rakstveida formā un tā ziņas iekļautas iedzīvotāju reģistrā (Par miruša cilvēka ķermeņa aizsardzību un cilvēka audu un orgānu izmantošanu medicīnā: LR likums. LR Saeimas un Ministru Kabineta Ziņotājs, 1993. 14.janvāris, nr.1 (3.p.1.,2.d.)).

<sup>831</sup> CL 1535.p.; Kalniņš E. Līguma noslēgšana. Grām.: Kalniņš E. Privāttiesību teorija un prakse. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2005, 168.-170.lpp.

<sup>832</sup> T.i.: 1) klātesošam adresātam: a) mutiski – izpaust uz ārieni, ka adresāts to spēj saprast un pieņemt zināšanai, b) rakstiski – kad nodots adresātam; 2) klāt neesošam adresātam: a) pieņemšanas teorija, b) nosūtīšanas teorija (CL 1537.p., Francija), c) saņemšanas teorija (Austrija, Vācija, Šveice), d) uzzināšanas teorija (Balodis K. Ievads civiltiesībās. Rīga: Zvaigzne ABC, 2007, 157.lpp.; Kalniņš E. Līguma noslēgšana. Grām.: Kalniņš E. Privāttiesību teorija un prakse. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2005, 176.,177.lpp.).

<sup>833</sup> German Civil Code (§1901a(1), (4)); Finland's Act on the status and rights of patients (s.6,8); Österreichs Patientencharta (Art.18,31); Patientenverfügungs-Gesetz von Österreich; Virginia Health Care Decisions Act.



iepriekš, izvirzīta tikai viena prasība, t.i., jābūt rīcībbspējīgai<sup>834</sup>, netiek prasīts, lai persona gribas izteikuma brīdī jau būtu ieguvusi pacienta tiesisko statusu – lai personai būtu kāds noteikts veselības traucējumu veids vai to konkrēta smaguma pakāpe. Izsakot gribu iepriekš, personas rīcībbspēja tiek prezumēta<sup>835</sup>. Līdz ar to secināms, ka jebkura persona tiesīga izmantot savas pašnoteikšanās tiesības, lai nostiprinātu savu gribu ārstniecībā, izsakot gribu iepriekš.

Pacienta iepriekš izteiktā griba dažādās valstīs ir konstatējama divos veidos. Pirmkārt, nepastarpināti – ja valstī ir noteikta kārtība minētās gribas izteikšanai, kas gribai konstituē tiesisko spēku pret trešajām personām bez papildus leģitimācijas (publiskais veids)<sup>836</sup>. Otrkārt, pastarpināti – pacienta vietniekiem ir tiesības paust pacienta gribu, ja tāda tika izteikta iepriekš (mutiski, rakstiski vai ar konkludentajām darbībām) (privātais veids). Latvijā ir iespēja veikt pacienta iepriekš izteiktās gribas reģistrāciju par ķermeņa, audu un orgānu izmantošanu pēc personas nāves, veicot atzīmi Iedzīvotāju reģistrā<sup>837</sup>. Cita veida iepriekš izteiktās gribas publiskošanas tiesības ir pacienta vietniekiem bez speciālas leģitimācijas bāriņtiesā vai tiesā<sup>838</sup>. Tomēr šāda pieeja nav atbalstāma tās samērā augstās subjektivitātes dēļ, īpaši, ja pacienta vietnieku rīcībā nepastāv rakstveida pacienta gribas izteikums. Objektīvs risinājums tiktu panākts tad, ja tiktu ieviests pacienta iepriekš izteiktās gribas valsts reģistrs, kas saturētu visa veida pacienta gribas izteikumus, kā arī būtu pieejams tām personām, kurām ir saikne ar pacienta ārstniecību, kur minētai informācijai ir nosakāms ierobežots pieejamības statuss.

Iepriekš izteiktās gribas tiesiskais raksturs tiek vērtēts neviennozīmīgi. Tiek pausts viedoklis, ka minēta griba var tikt vērtēta gan kā pacienta šinī brīdī izteiktā griba, gan kā netiešs

<sup>834</sup> German Civil Code (§1901a(3)); Patientenverfügungs-Gesetz von Österreich (§2(2), §3); Giesen D. International Medical Malpractice Law: A Comparative Law Study of Civil Liability Arising from Medical Care. Tübingen, Boston, London: J.C.B. Mohr, Martinus Nijhoff Publishers, 1988, p.476. Pieejams: <http://books.google.lv> [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].

<sup>835</sup> Lietā tika vērtēts, vai paciente ar psihiskiem traucējumiem bija spējīga izteikt gribu iepriekš. Komisija atzina, ka personas rīcībbspēja ir prezumējama, ja kāds apgalvo pretējo, tad viņam pašam pienākums to pierādīt (Kanādas Ontārio provinces Rīcībbspējas komisijas 2005.g. 25.aprīļa lēm. lietā: T.U. (Re) (2005, CanLII 18189 (ON C.C.B.)). Pieejams: <http://www.canlii.org/en/on/oncccb/doc/2005/2005canlii18189/2005canlii18189.html> [aplūkots 2011.gada 11.aprīlī]).

<sup>836</sup> Piem., Austrijā – pacients rakstiski pie advokāta, pie notāra vai pie slimnīcā speciāli izveidotas institūcijas (Patientenverfügungs-Gesetz von Österreich (§6(1))); Dānijā – reģistrējot iepriekš izteiktās gribas reģistrā (Law on patient's rights (Denmark) (a.17(4), 18(1))); ASV Virdžīnijas štatā griba tiek izteikta vai nu rakstiski ar diviem lieciniekiem, vai nu izņēmuma gadījumos (piem., miršanas stadijā) mutiski ar diviem lieciniekiem un ārstu – reģistrējot iepriekš izteikto gribu reģistrā pie notāriem (Virginia Health Care Decisions Act (a.54.1-2983, 54.1-2984)); Vācijā – rakstiski izteikta (German Civil Code (§1901a(1))); Gruzijā – rakstiski (Law of Georgia on the rights of patient (a.24.1)); Vācijā – rakstiski vai mutiski izteikta griba ārstam vai citai ārstniecības personai, kas pacienta gribu ietver rakstveida formā (Patientenautonomie- und Integritätsschutzgesetzprojekt von Deutschland (01.06.2005.) (§1(1)). Periodika: Höfling W. Gesetz zur Sicherung der Autonomie und Integrität von Patienten am Lebensende (Patientenautonomie- und Integritätsschutzgesetz). MedR, 2006, nr.1, S.25-32. Pieejams: [www.springerlink.com/content/y458732n314v1214/fulltext.pdf](http://www.springerlink.com/content/y458732n314v1214/fulltext.pdf) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā]); Dienvidāfrikā – pacientam pašam jāpaziņo ārstniecības pakalpojuma sniedzējam par savu gribu pēc pacienta nāves (The Patient's Rights Charter of South Africa (1999). Pieejams: [www.doh.gov.za/docs/legislation/patientsright/chartere.html](http://www.doh.gov.za/docs/legislation/patientsright/chartere.html) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā] (a.3.7.)).

<sup>837</sup> Sk.: Par miruša cilvēka ķermeņa aizsardzību un cilvēka audu un orgānu izmantošanu medicīnā: LR likums. LR Saeimas un Ministru Kabineta Ziņotājs, 1993. 14.janvāris, nr.1 (3..4.p.).

<sup>838</sup> Piem., sk.: Par miruša cilvēka ķermeņa aizsardzību un cilvēka audu un orgānu izmantošanu medicīnā: LR likums. LR Saeimas un Ministru Kabineta Ziņotājs, 1993. 14.janvāris, nr.1 (4.p.) (pēc analogijas).

pierādījums prezumējamai gribai, tomēr, pacienta iepriekš izteikto gribu pielīdzinot konkrētam šim brīdim izteiktai gribai un prioritāri izvirzot tiesību subjekta (arī pacienta) privātautonomijas principu, cik pamatota ir trešo personu (radnieku u.c.) iesaistīšanās pacienta gribas interpretācijā<sup>839</sup>. Tādēļ te ir veicams precizējums. Iepriekš izteiktā griba nāk tieši no pacienta pretēji prezumējamai gribai. Savukārt pacients tieši izteikt gribu var gan šajā konkrētajā brīdī, gan iepriekš nākotnei, kur laika tecējums iepriekš izteiktai gribai rada pakārtotu, subsidiāru raksturu attiecībā uz šī brīža izteikto gribu. Līdz ar to nepieciešams nodalīt tieši izteiktās gribas veidus ar izrietošajām tiesiskajām sekām.

Pacienta iepriekš izteikto gribu iespējams konstatēt arī pastarpināti, t.i., caur pacienta vietnieku. Civiltiesībās vietniecības ideja zināmā mērā ierobežota, nosakot, ka gribas izteikuma izdarītāja pusē vietnieks darboties nevar, kas būtu pretrunā ar vietniecības būtību, jo vietnieks izdara savu, patstāvīgu gribas izteikumu, darbojoties citas personas vārdā<sup>840</sup>. Tā arī ārstniecībā pacienta vietnieks, atvietojo pacientu, izsaka savu, patstāvīgu gribu, bet pacienta interesēs<sup>841</sup>, tādējādi paužot pacienta prezumējamo gribu. Tomēr, ja caur pacienta vietnieku tiek konstatēta pacienta iepriekš izteiktā griba, tad tas nav vietnieka, bet paša pacienta gribas izteikums<sup>842</sup>. Tādēļ pacienta vietniekam ir jāpierāda nevis sava lēmuma atbilstība pacienta interesēm, bet fakts, ka pacients iepriekš ir izteicis gribu. Tā kā izteikt gribu iepriekš tiesīgs tikai pats pacients<sup>843</sup>, jo tā ir tieša pacienta griba, tad tas vērtējams arī kā pacienta vietniecības ierobežojums, kur pacienta vietnieks aizsargā pacienta iepriekš izteikto gribu nevis izsaka savu gribas izteikumu, paužot pacienta prezumējamo gribu.

Lai gan tiesu praksē ir konstatējams strīdīgs gadījums attiecībā uz personiskuma principu pacienta iepriekš veiktajā gribas izteikumā. 2006.gadā nepilngadīga pacienta vecāki kā viņa likumiskie vietnieki iesniedza Pilsoneības un migrācijas lietu pārvaldē pieteikumu reģistrēt Iedzīvotāju reģistrā viņu dēla gribu aizliegt izmantot viņa ķermeni, audus un orgānus pēc nāves. Pārvalde lēmumā atteica veikt minēto reģistrāciju, norādot, ka „tikai rīcībspējīgs cilvēks tiesīgs aizliegt vai atļaut, noformējot to dokumentāri, sava ķermeņa izmantošanu pēc nāves”<sup>844</sup>. Pacienta

---

<sup>839</sup> Mona M. Wille oder Indiz für mutmaßlichen Willen? Ethik in der Medizin, 2008, nr.3, S.251-254, 256.

<sup>840</sup> Balodis K. Ievads civiltiesībās. Rīga: Zvaigzne ABC, 2007, 160.lpp.

<sup>841</sup> Pacientu tiesību likuma 6.p.7.d., 7.p.1.d.

<sup>842</sup> Pacienta dēls kā viņa likumiskais vietnieks lūdza pārtraukt tēva ēdināšanu caur zondi, iesniedzot tēva iepriekš izteikto atteikšanos no ēdināšanas zondes ievietošanas, kas bija mašīnrakstā, datēta un pacienta parakstīta. Pirmās divas tiesu instances noraidīja pacienta vietnieka lūgumu kā neatbilstošu pacienta interesēm. Turpretim Senāts nodeva lietu jaunai izskatīšanai, norādot, ka šinī gadījumā tas nav pacienta vietnieka lēmums (Vācijas Federālās Augstākās tiesas 2003.gada 17.marta spriedums lietā Nr.BGHZ XII ZB 2/03. Pieejams: [www.bundesgerichtshof.de](http://www.bundesgerichtshof.de) [aplūkots 2011.gada 11.aprīlī] (III 2b)a, 2bb)).

<sup>843</sup> Sk.: Patientenverfügungs-Gesetz von Österreich (§3); Ernst G. Patientenverfügung, Autonomie und Relativismus. Ethik in der Medizin, 2008, nr.20, S.240. Pieejams: [www.springerlink.com/content/y5428142u4080m8/fulltext.pdf](http://www.springerlink.com/content/y5428142u4080m8/fulltext.pdf) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].

<sup>844</sup> Latvijas Republikas Administratīvās rajona tiesas (Rīgā) 2008.g. 12.jūnija spried. lietā Nr.A42530306 A1201-08/5 (2.pk.).

māte iesniedza tiesā pieteikumu ar lūgumu atcelt Pārvaldes lēmumu. Tiesa pieteikumu apmierināja, norādot uz sekojošiem argumentiem: 1) ir konstatējama mātes vēlme nostiprināt aizliegumu izmantot dēla ķermeni, audus un orgānus pēc viņa nāves, kas ir vērtējama kā pamatots pacienta tiesību un interešu aizsardzības līdzeklis<sup>845</sup>; 2) nepilngadīga pacienta likumā paredzētā tiesību aizsardzība minētajā gadījumā ir mazāka pēc apjoma nekā rīcībspējīgai personai<sup>846</sup>; 3) "līdz pilngadībai bērna pārstāvības tiesības realizē viņa vecāki, tādējādi nodrošinot bērna vispusīgu interešu aizsardzību"<sup>847</sup>. Konkrētajā gadījumā tomēr netiek atspēkots princips, ka iepriekš izteikt gribu tiesīgs tikai pats pacients. Ir plašāk interpretējams Iedzīvotāju reģistrā iekļaujama aizliegums izmantot personas ķermeni, audus un orgānus pēc viņa nāves, kur pamats šāda aizlieguma reģistrācijai ir gan pacienta (rīcībspējīgas personas) izteiktā griba, gan pacienta vietnieka gribas izteikums, paužot pacienta (rīcībnespējīgas personas) prezumējamo gribu, kā tiesiskās aizsardzības līdzeklis, ņemot vērā likumā noteikto nepietiekamu tiesiskās aizsardzības mehānismu minētajā gadījumā.

Konstatējama neviennozīmīga pieeja nosakot, kādam gadījumam ir izsakāma griba iepriekš. Dažās valstīs dominē princips, ka pacients izsaka gribu iepriekš gadījumam, ja kļūst nespējīgs pats izteikt gribu ārstniecībā<sup>848</sup>. Lai arī jāpiekrīt, ka minētais gribas izteikums ir uz nākotni orientēts<sup>849</sup>, tomēr šāda pieeja ir atzīstama par sašaurinātu. Pacients var izteikt gribu iepriekš: pirmkārt, par rīcību pacienta dzīves laikā, kas sīkāk dalās: a) pacientam esot spējīgam arī pašam izteikt gribu (piem., norādījumi pacienta līgumiskajam vietniekam, ja būs nepieciešama pacienta ārstniecība); b) pacientam esot nespējīgam pašam izteikt gribu; otrkārt, par rīcību pēc

---

<sup>845</sup> Latvijas Republikas Administratīvās rajona tiesas (Rīgā) 2008.g. 12.jūnija spried. lietā Nr.A42530306 A1201-08/5 (7.,10.pk.).

<sup>846</sup> Latvijas Republikas Administratīvās rajona tiesas (Rīgā) 2008.g. 12.jūnija spried. lietā Nr.A42530306 A1201-08/5 (7.,8.,9.pk.);

likumā noteiktā aizlieguma prezumpcija attiecas tikai uz mirušas nepilngadīgas personas audu un orgānu izņemšanu transplantācijai, neapverot visus rīcības veidus ar ķermeni, audiem un orgāniem, pie tam tiesisko nozīmi iegūstot tikai pēc personas nāves (Par miruša cilvēka ķermeņa aizsardzību un cilvēka audu un orgānu izmantošanu medicīnā: LR likums. LR Saeimas un Ministru Kabineta Ziņotājs, 1993. 14.janvāris, nr.1 (11.p.)); persona pasargāta no audu un orgānu izmantošanas zinātniskajiem pētījumiem un mācību mērķiem tad, ja: 1) aizliegums nostiprināts Iedzīvotāju reģistrā; vai 2) personai ir tuvi piederīgie (Par miruša cilvēka ķermeņa aizsardzību un cilvēka audu un orgānu izmantošanu medicīnā: LR likums. LR Saeimas un Ministru Kabineta Ziņotājs, 1993. 14.janvāris, nr.1 (9.p.)). Nepilngadīgai personai zaudējot piederīgos, viņas stāvoklis ir apdraudēts.

<sup>847</sup> Latvijas Republikas Administratīvās rajona tiesas (Rīgā) 2008.g. 12.jūnija spried. lietā Nr.A42530306 A1201-08/5 (9.pk.).

<sup>848</sup> Patientenverfügungs-Gesetz von Österreich (§2); Österreichs Patientencharta (Art.18); in der Schweiz (Mona M. Wille oder Indiz für mutmaßlichen Willen? Ethik in der Medizin, 2008, nr.3, S.250); German Civil Code (§1901a(1)); Law on patient's rights (Denmark) (a.17(1)); Law of Georgia on the rights of patient (a.24.1). Sk.: Simon A., Meran J.G., Fangerau H. Patientenverfügungen als Instrument der Patientenselbstbestimmung. Der Hautarzt, 2004, nr.55, S.721. Pieejams: [www.springerlink.com/content/ffc6kvt35lu12w7v/fulltext.pdf](http://www.springerlink.com/content/ffc6kvt35lu12w7v/fulltext.pdf) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].

<sup>849</sup> Sk.: Brauer S. Die Autonomiekonzeption in Patientenverfügungen – Die Rolle von Persönlichkeit und sozialen Beziehungen. Ethik in der Medizin, 2008, nr.20, S.231. Pieejams: [www.springerlink.com/content/g23186397356038t/fulltext.pdf](http://www.springerlink.com/content/g23186397356038t/fulltext.pdf) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].

pacienta nāves (piem., attiecībā uz savu ķermeni, konfidenciālo informāciju). Līdz ar to pacients tiesīgs izteikt gribu iepriekš jebkuram gadījumam<sup>850</sup>, neatkarīgi no gribas izpildes laika.

Pacienta iepriekš veiktais gribas izteikums ir ar nosacītu raksturu. Tas stājas spēkā pēc izteikšanas (ja normatīvajā regulējumā noteiktas minētā gribas izteikuma speciālās formas prasības – pēc to ievērošanas), bet tiesisko nozīmi iegūst pēc nosacījuma iestāšanās (piemēram, ārstniecības nepieciešamība, pacienta nespēja izteikt gribu, pacienta nāve). Pie tam tikai gribas izteikumam par rīcību pēc pacienta nāves ir absolūts, nenovēršams raksturs, jo pacienta nāve noteikti iestāsies, kur ir atšķirīgi tikai pacientu dzīves ilgumi. Tādēļ pacienta iepriekš izteiktā griba ir ar nosacītu, nogaidu raksturu.

Analizējot pacienta iepriekš izteiktās gribas tiesisko spēku, nepieciešams noskaidrot, kādam tiesību subjektu lokam tā ir saistoša. Latvijas normatīvajā regulējumā ir norāde uz pacienta vietniekiem<sup>851</sup>, kas ir prioritāri tiesīgi pieņemt lēmumu saistībā ar rīcībnespējīgā pacienta ārstniecību. Tomēr šādu lēmumu var pieņemt arī, piemēram, ārstu konsilijš<sup>852</sup>. Pacienta iepriekš izteiktā griba ir atzīstama par saistošu jebkurai personai, kurai ir tieša vai netieša saikne ar pacienta ārstniecību un kurai ir pienākums ievērot pacienta gribu<sup>853</sup>.

Pētot pacienta iepriekš izteiktās gribas saturiskās robežas par rīcību pacienta dzīves laikā attiecībā uz ārstniecības metodēm, konstatējama divējāda pieeja. No vienas puses, ir valstis, kas neparedz ierobežojumus minētajam pacienta gribas izteikumam, ļaujot pacientam brīvi lemt par ārstniecības metodēm<sup>854</sup>, kur ārstam ir pienākums sniegt informāciju par prognozējamo ārstniecības metožu pielietojumu nākotnē<sup>855</sup>. No otras puses, ir valstis, kur tomēr tiek paredzēti ierobežojumi, nosakot gadījumus, kuros pieļaujama iepriekš izteikta atteikšanās no dzīvību uzturošās ārstniecības<sup>856</sup>. Neskatoties uz to, ka ārstniecībā atzīts pacienta privātautonomijas princips, tomēr ir atbalstāms ierobežojums arī ar mērķi – pasargāt pacientu no paša sevis, izsakot gribu iepriekš. Saprotot to nevis kā aizliegumu atteikties, bet kā ierobežojumu ietvert šādu atteikumu iepriekš izteiktā gribā, ņemot vērā tās tiesisko raksturu (kā netieša tehnoloģiskā attiecību modeļa iezīme – sk.darba pirmo nodaļu).

---

<sup>850</sup> Šāda pieeja netieši ir secināma arī no Latvijas ārstniecības normatīvā regulējuma (Pacientu tiesību likuma 7.p.2.d.; Par miruša cilvēka ķermeņa aizsardzību un cilvēka audu un orgānu izmantošanu medicīnā: LR likums. LR Saeimas un Ministru Kabineta Ziņotājs, 1993. 14.janvāris, nr.1 (3.,4.p.)).

<sup>851</sup> Pacientu tiesību likuma 7.p.2.d.

<sup>852</sup> Sk.: Pacientu tiesību likuma 7.p.7.,8.,9.d.

<sup>853</sup> Šādu pieeju atbalsta arī Biokonvencijas 9.p.

<sup>854</sup> Patientenverfügungs-Gesetz von Österreich (§4); Österreichs Patientencharta (Art.18); Virginia Health Care Decisions Act (a.54.1-2983); German Civil Code (§1901a(1)); Pacientu tiesību likuma 7.p.2.d.

<sup>855</sup> German Civil Code (§1901b(1)); Pacientu tiesību likuma 4.p.3.d.

<sup>856</sup> Piem., Dānijā pacients rīkojumā var izteikt gribu par atteikšanos no dzīvību uzturošās (tikai pagarina dzīvi, ne ārstē) ārstniecības: 1) ja nāve nav novēršama; 2) ja slimības, vecuma, negadījuma u.c. iemeslu dēļ radīto veselības traucējumu dēļ nespēs patstāvīgi par sevi garīgi un fiziski parūpēties (Law on patients' rights of Denmark (a.17(2), (3))); Gruzijā – par atdzīvināšanu, dzīvību uzturošo ārstniecību vai paliatīvo aprūpi: 1) ja nedziedināmas slimības galējais stāvoklis; 2) ja slimība neizbēgami izraisīs smagus veselības traucējumus (Law of Georgia on the rights of patient (a.24.1.)).

Pacients iepriekš izsakot gribu, var iecelt sev vietnieku<sup>857</sup>. Šāda pacienta tiesība interpretējama divējādi. No vienas puses, pacientam ir tiesības jau iepriekš noslēgt pilnvarojuma līgumu, kurā tiek iecelts pacienta līgumiskais vietnieks ārstniecības gadījumam. No otras puses, vietnieka iecēluma iniciatīva rīcībnespējas gadījumam var nākt tikai no pacienta iepriekš veiktā gribas izteikumā. Tad rodas jautājums, kā vērtējams šis iecēlums un kādas ir tā tiesiskās sekas<sup>858</sup>. Lai arī pacienta iepriekš izteiktai gribai ir saistošs spēks, tas tomēr nesniedzas tik tālu, lai uzliktu minētajai personai pienākumu uzņemties pacienta vietniecību. Te iespējamās divas pieejas: 1) ja minētā persona vēlāk piekrīt iecēlumam, tad uzskatāms, ka noslēgts pilnvarojuma līgums<sup>859</sup>; 2) pacienta iecēlums uzskatāms kā pilnvara, kas tiesiski var pastāvēt arī bez līguma<sup>860</sup>. Ja pacienta iecēlumā minētā persona rakstveidā piekrīt uzņemties pacienta vietniecību, tad, atbilstošāk pacienta interesēm, tas uzskatāms par pilnvarojuma līgumu. Nebūtu pareizi pacienta iepriekš izteiktu vietnieka iecēlumu uzskatīt par pacienta likumiskā vietnieka iecelšanu, jo likumisko vietniecību nodibina likums, kur pacienta griba liecina par līgumisko vietniecību, kas ir prioritāra pār likumisko.

Analizējot pacienta iepriekš izteiktās gribas izbeigšanos, konstatējami divi virzieni. Pirmkārt, griba izbeidzas ar tajā paredzētā mērķa sasniegšanu (izpildi). Otrkārt, noteiktos gadījumos minētā pacienta griba var izbeigties, arī nerasniedzot mērķi. Pacients ir tiesīgs atsaukt iepriekš izteikto gribu<sup>861</sup>, pie tam pašam personīgi mainot savu lēmumu, šādas atsaukuma tiesības neparedzot pacienta vietniekam<sup>862</sup>. Par izbeigšanās pamatu var kalpot arī medicīnas attīstība, ja kopš pacienta iepriekš veiktā gribas izteikuma ir nozīmīgi mainījies zinātnes attīstības līmenis<sup>863</sup>. No vienas puses, ir vērtējama pozitīvi šāda nostāja, izvērtēt apstākļu izmaiņas atbilstoši pacienta interesēm. No otras puses, strīdīgi, vai šīs izmaiņas vienmēr ietekmētu pacienta lēmumu. Tiek piedāvāts elastīgāks risinājums, nosakot, ka pacienta iepriekš izteiktā griba izbeidzas, ja, attīstoties medicīnai, radās jaunas iespējas kopš gribas izteikuma, kuras zinot, pacients būtu pieņēmis citu

---

<sup>857</sup> German Civil Code (§1901c); Österreichs Patientencharta (Art.29); Virginia Health Care Decisions Act (a.54.1-2983); Law of Georgia on the rights of patient (a.24.2); Pacientu tiesību likuma 6.p.7.d. („(...) pacients pilnvarojis citu personu (...)”).

<sup>858</sup> Piem., Vācijā persona ar minēto iepriekš izteikto iecēlumu var doties uz aizbildnības/aizgādības tiesu, kas viņu, balstoties uz šo pacienta gribu, ieceļ par pacienta vietnieku (German Civil Code (§1901c)).

<sup>859</sup> CL 1535.p.

<sup>860</sup> CL 2291.p., Latvijas Republikas Civillikuma komentāri: Ceturtā daļa. Saistību tiesības. Torgāns K., Grūtups A., Višņakova G.u.c. Zin.red. Torgāns K. Rīga: Mans Īpašums, 1998, 576.lpp.

<sup>861</sup> Patientenverfügungs-Gesetz von Österreich (§6(1), §10(2)); Patientenautonomie- und Integritätsschutzgesetzprojekt von Deutschland (01.06.2005.) (§1(3) – rīcībnespējīgam pacientam tiesības atsaukt jebkurā laikā un jebkurā formā). Periodika: Höfling W. Gesetz zur Sicherung der Autonomie und Integrität von Patienten am Lebensende (Patientenautonomie- und Integritätsschutzgesetz). MedR, 2006, nr.1, S.25-32. Pieejams: [www.springerlink.com/content/y458732n314v1214/fulltext.pdf](http://www.springerlink.com/content/y458732n314v1214/fulltext.pdf) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].

<sup>862</sup> Vācijas Federālās Augstākās tiesas 2003.gada 17.marta spriedums lietā Nr.BGHZ XII ZB 2/03. Pieejams: [www.bundesgerichtshof.de](http://www.bundesgerichtshof.de) [aplūkots 2011.gada 11.aprīlī] (III 2b, 2bb)).

<sup>863</sup> Patientenverfügungs-Gesetz von Österreich (§10(1)3).

lēmumu<sup>864</sup>. Pacienta iepriekš veiktajam gribas izteikumam tiek noteikts arī spēkā esamības termiņš, paredzot tā atjaunošanas tiesības un noilguma apturējumu objektīvu apstākļu dēļ<sup>865</sup>. Minētā termiņa paredzēšana ir atbalstāma, jo tam ir zināma pacienta gribas nozīmīguma, svarīguma kontroles funkcija. Līdz ar to secināms, ka pacienta iepriekš izteiktā griba izbeidzas, arī nesasniedzot tajā paredzēto mērķi, subjektīvu vai objektīvu apstākļu dēļ, konkrēti un izsmeloši likumā noteiktajos gadījumos.

Valstu praksē ir konstatējami dažādi termini pacienta iepriekš izteiktās gribas apzīmēšanai<sup>866</sup>. Termina ieviešana atvieglotu šī institūta normatīvo regulējumu. Pielietot terminu „testaments” nav atbalstoši, jo tas ietver sevī galvenokārt mantiska rakstura tiesību pēctecību, pie tam nāves gadījumam<sup>867</sup>. „Dzīves griba” vai „pēdējā griba” ir nekonkrēti termini, kas var radīt neskaidrības to piemērošanā. Atbilstošāks pacienta iepriekš izteiktās gribas apzīmēšanai ir termins „pacienta rīkojums”, kas nav pretrunā ar pacienta iepriekš izteiktās gribas pazīmēm: 1)tieši no pacienta; 2)izteikta iepriekš; 3)ir konstatējama; 4)nav prezumējama; 5)neatkarīgi no pacienta klātbūtnes, bet pacients nespēj izteikt gribu (izņemot līgumisko vietniecību); 6)izbeidzas noteiktos gadījumos (subjektīvu, objektīvu apstākļu ietekmē). Pie tam termins „rīkojums” tiek lietots Latvijas normatīvajā regulējumā<sup>868</sup>. Tādēļ pacienta iepriekš izteiktā griba ir apzīmējama ar terminu „pacienta rīkojums”.

Latvijas normatīvajos aktos pacienta iepriekš izteiktā griba tiek regulēta nepietiekami. Bet, ņemot vērā šī institūta nozīmīgumu, ir nepieciešams izstrādāt detalizētus pacienta iepriekš izteiktās gribas principus atbilstoši Latvijas tiesību sistēmai un ieviest tos normatīvajā regulējumā, kas tiks piedāvāts tēzē.

### 5.3.Pacienta gribas izteikumu veidi pēc to izcelšanās rakstura

<sup>864</sup> Bockenheimer-Lucius G. Behandlungsbegrenzung durch eine Patientenverfügung – im individuellen Fall auch mit Blick auf neue therapeutische Möglichkeiten! Ethik in der Medizin, 2007, nr.1, S.6.

<sup>865</sup> Patientenverfügungs-Gesetz von Österreich (§7(1), (2), (3)- 5 gadi); Patientenautonomie- und Integritätsschutzgesetzprojekt von Deutschland (01.06.2005.) (§1(2)2. – 2 gadi). Periodika: Höfling W. Gesetz zur Sicherung der Autonomie und Integrität von Patienten am Lebensende (Patientenautonomie- und Integritätsschutzgesetz). MedR, 2006, nr.1, S.25-32. Pieejams: [www.springerlink.com/content/y458732n314v1214/fulltext.pdf](http://www.springerlink.com/content/y458732n314v1214/fulltext.pdf) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].

<sup>866</sup> Piem.: rīkojums (die Verfügung - Patientenverfügungs-Gesetz von Österreich), dzīves griba (living will - Law on patient's rights (Denmark) (s.17)), pēdējā griba (Заключение Уполномоченного Этического Совета Европейской Ассоциации паллиативной помощи по вопросу паллиативной помощи и эвтаназии (2003). Pieejams: [www.pallcare.ru/ru/?p=1174132999](http://www.pallcare.ru/ru/?p=1174132999) [aplūkots 2010.gada 11.decembrī] (с.8)), bioloģiskais testaments (Ванчугова В. "Биологическое завещание" положит конец страданиям неизлечимо больных людей. Pieejams: [www.humanities.edu.ru/db/msg/24598](http://www.humanities.edu.ru/db/msg/24598) [aplūkots 2010.gada 10.decembrī]).

<sup>867</sup> CL 418.p.

Sk.: Höfling W. Gesetz zur Sicherung der Autonomie und Integrität von Patienten am Lebensende (Patientenautonomie- und Integritätsschutzgesetz). MedR, 2006, nr.1, S.27. Pieejams:

[www.springerlink.com/content/y458732n314v1214/fulltext.pdf](http://www.springerlink.com/content/y458732n314v1214/fulltext.pdf) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].

<sup>868</sup> Pēdējās gribas rīkojums mantojuma tiesībās (testaments, mantojuma līgums) (piem., Notariāta likums: LR likums. LR Saeimas un Ministru Kabineta Ziņotājs, 1993. 05.jūlijs, nr.26/27).

Izejot no pacienta gribas izteikuma izcelšanās rakstura, iespējami sekojoši pacienta gribas izteikumi – piekrišana ārstniecībai un atteikšanās no tās, kuri ir sākotnējie un vienkāršie gribas izteikumi. Un pacientam ir tiesības mainīt savu gribu, atsaucot iepriekš izteikto lēmumu. Tādējādi īpaši ir izdalāms arī pacienta gribas izteikuma atsaukums, ņemot vērā tā tiesiskā rakstura īpatnības.

Pacienta piekrišanas ārstniecībai saturiskās robežas var būt svārstīgas. Pacients izsaka gribu saistībā ar viņa ārstniecību. Bet minēto apjomu var ietekmēt, pirmkārt, pats pacients, kur šī ietekme var izpausties trijos veidos: 1) pacients var paplašināt gribas izteikuma robežas<sup>869</sup>; 2) pacients tās var sašaurināt<sup>870</sup>; 3) pacientam tiesības izteikt gribu ar nosacījumiem, kas tiks uzskatīts par jaunu priekšlikumu<sup>871</sup>. Otrkārt, pacientam izsakot gribu, ir jāņem vērā arī objektīvi kritēriji, tādējādi ierobežojot savu gribu. Pie šādiem kritērijiem var minēt: 1) trešo personu tiesības un leģitīmās intereses, piemēram, donora minimālā riska princips<sup>872</sup>; 2) tiesiskās sistēmas pieļaujamās robežas, kas atsevišķos gadījumos var būt pretējas likumam vai, neesot normatīvajam regulējumam, iestādei un tiesai jāpiepilda ar saturu pacienta pieļaujamās rīcības robežas<sup>873</sup>. Līdz ar to, pacientam

---

<sup>869</sup> Piem.: pacients var piekrist citu personu klātbūtnei ārstniecības laikā vai pieaicināt citas personas, ja tas netraucē ārstniecību (Pacientu tiesību likuma 5.p.7.d.); tiesības saņemt garīgo aprūpi (Pacientu tiesību likuma 3.p.5.d.); tiesības uz savas ģimenes un citu personu atbalstu ārstniecības laikā (Pacientu tiesību likuma 5.p.3.d.).

<sup>870</sup> Piem.: tiesības uz tādu ārstniecību, kas tiek veikta tikai to personu klātbūtnē, kuras ir tieši iesaistītas ārstniecībā (Pacientu tiesību likuma 5.p.7.d.) (ārstniecības personu diferenciacija, sašaurinot to loku); tiesības izlemt par atsevišķām ārstniecības metodēm, ja ir iespējams sadalīt ārstniecības procesu (netieši apstiprina - Pacientu tiesību likuma 6.p.4.,7.d., 7.p.1.d.); tiesības atteikties vai pārtraukt daļību klīniskās apmācības procesā (Pacientu tiesību likuma 12.p.2.d.).

<sup>871</sup> CL 1537.p.; Kalniņš E. Līguma noslēgšana. Grām.: Kalniņš E. Privāttiesību teorija un prakse. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2005, 175.lpp.

Lietā *Evans v. The United Kingdom* prasītājam 2000.gadā tika konstatēts olnīcu audzējs, kā rezultātā bija nepieciešams tās izoperēt. Bet pirms operācijas tika piedāvāta iespēja iesaldēt prasītājas apaugļotas olšūnas (neapaugļotu olšūnu iesaldēšanu šajā ārstniecības iestāde neveica). Tā kā lēmums bija jāpieņem ātri, tad prasītāja un viņas draugs piekrita minētai iesaldēšanai, parakstot piekrišanas veidlapu, norādot savstarpēji partneru vārdus. 2002.gadā attiecības izbeidzās, un prasītājas bijušais draugs pieprasīja iznīcināt embrijus, pret ko prasītāja iebilda. Radās interešu sadursme starp iespēju kļūt par ģenētisko vecāku un piespiešanu kļūt par vecāku. Tiesa norādīja, ka prasītājas bijušais draugs ierobežoja piekrišanu ar nosacījumu, ka embriji ir izmantojami tikai abiem kopā, tāpēc tiesa noraidīja prasītājas iebildumus (Eiropas Cilvēktiesību tiesas 2007.gada 10.aprīļa spriedums lietā: *Evans v. The United Kingdom*. Pieejams: [www.bailii.org/eu/cases/ECHR/2007/264.rtf](http://www.bailii.org/eu/cases/ECHR/2007/264.rtf) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā]). Tomēr tiesnešu atsevišķajās domās tika pausts viedoklis, ka vienīgā iespēja kļūt par ģenētisko vecāku pārsver personas nevēlēšanos kļūt par vecāku, kur likums konkrētajā gadījumā nenodrošināja pietiekamu minēto interešu aizsardzību (Joint dissenting opinion of judges Türmen, Tsatsa-Nikolovska, Spielmann and Ziemele. Pieejams: [www.bailii.org/eu/cases/ECHR/2007/264.rtf](http://www.bailii.org/eu/cases/ECHR/2007/264.rtf) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā]). Sk. arī: European Court of Human Rights: Consent to IVF treatment. Barak-Erez D., Correa R., Elliott M.a.o. *Int J Constitutional Law*, 2008, nr.6(2), p.317-330. Pieejams: <http://icon.oxfordjournals.org/content/6/2/317.full?maxtoshow=&hits=40&RESOLTFORMAT=&fulltext=informed+consent&searchid=1&FIRSTINDEX=160&resourcetype=HWCIT#content-block> [aplūkots 2011.gada 11.aprīlī].

<sup>872</sup> Pacients kā recipients var saņemt no dzīva donora tikai atjaunoties spējīgus audus/orgānus (izņemot, vienu nieri) transplantācijas nolūkiem (Par miruša cilvēka ķermeņa aizsardzību un cilvēka audu un orgānu izmantošanu medicīnā: LR likums. LR Saeimas un Ministru Kabineta Ziņotājs, 1993. 14.janvāris, nr.1 (13.p.)), bet nevis jebkurus audus/orgānus, kuri pacientam nepieciešami un kurus viņš līdz ar to gribētu.

<sup>873</sup> Piem., Latvijā un daļā citu valstu pacienta izteiktā griba veikt aktīvo eitanāziju ir pretēja likumam, lai gan tiek izteikts viedoklis par tās dekriminalizāciju nākotnē (Sk.: Kanādas Britu Kolumbijas provinces Apelācijas tiesas 1993.gada 08.marta spriedums lietā: *Rodriguez v. British Columbia (Attorney General)*, 1993 CanLII 1191 (BC C.A.). Pieejams: [www.canlii.org/en/bc/bcca/doc/1993/1993canlii1191/1993canlii1191.html](http://www.canlii.org/en/bc/bcca/doc/1993/1993canlii1191/1993canlii1191.html) [aplūkots 2010.gada 11.decembrī] (17,170) (tiesa noraidīja smagi slima pacientes lūgumu atļaut veikt eitanāziju, jo likums to neļauj); Kanādas Ontārio provinces Augstākās tiesas 2001.gada 06.februāra spriedums lietā: *Wakeford v. Canada (Attorney General)*, 2001 CanLII 28318 (ON S.C.). Pieejams: [www.canlii.org/en/on/onsc/doc/2001/2001canlii28318/2001canlii28318.html](http://www.canlii.org/en/on/onsc/doc/2001/2001canlii28318/2001canlii28318.html)

piekrītot ārstniecībai, pacients var subjektīvi noteikt gribas izteikuma saturiskās robežas (tās paplašinot, sašaurinot vai izvirzot nosacījumus), bet noteiktā objektīvi pieļaujamā tiesību sistēmas ietvarā.

Ņemot vērā ārstniecības specifiku, ārstniecības personai pacienta piekrišana ir jāsaņem pirms ārstniecības<sup>874</sup>. Šāda pieeja pamatota ar to, ka ārstam ir kontakts ar pacienta ķermeni, kuru pacientam ir tiesības kontrolēt<sup>875</sup>. Netiek strikti noteikts, cik ilgā laika posmā pirms ārstniecības būtu saņemama piekrišana. No vienas puses, ir nosakāma minimālā robeža, t.i., pieļaujams pat īsi pirms ārstniecības pakalpojuma sniegšanas, ja pacientam bija iespējams saprātīgā termiņā apdomāt un pieņemt lēmumu. No otras puses, pieļaujamā termiņa maksimālā robeža nav nosakāma<sup>876</sup>, ja minētajā laika periodā neiestājas gadījumi, kas izbeidz pacienta iepriekš izteikto gribu.

Civiltiesībās tiek nodalīti divi piekrišanas veidi, t.i., pirmkārt, piekrišana pirms darījuma un, otrkārt, apstiprinājums, kas ir piekrišana, uzsākot attiecīgo darbību vai pat vēlāk, kam ir atpakaļejošs spēks un kur vēlāks apstiprinājums var dot skaidrību par kādas darbības juridisko raksturu, parasti novēršot neskaidrības tiesiskajās attiecībās<sup>877</sup>. Ārstniecībā pieļaujama tikai pacienta piekrišana, nevis vēlāks apstiprinājums. Lai arī pastāv viedoklis, ja piekrišana darījumam saskaņā ar likumu ir bijusi priekšnoteikums tiesiska darījuma spēkā esamībai, tad līdz apstiprinājuma došanai darījums nav spēkā<sup>878</sup>, no kurienes it kā varētu izrietēt, ka ir pieļaujams arī pacienta vēlāks

---

[aplūkots 2010.gada 11.decembrī] (HIV/AIDS pacientam tiesa noraidīja likumam neatbilstošu prasību atļaut veikt eitanāziju).

Piem., Latvijā personai tika veikta dzimumu maiņa, neparedzot normatīvajam regulējumam kritērijus, pēc kuriem dzimuma maiņa konstatējama, un procedūru, kā tā tiek konstatēta; bet tiesa noteica, ka tādā gadījumā iestādei un tiesai jēdziens „dzimuma maiņa” ir jāpiepilda ar saturu, jo valstij ir pienākums juridiski atzīt dzimuma maiņu, to rūpīgi pārbaudot (LR AT Senāta AD 2008.g. 14.janvāra spried. lietā Nr.SKA-5/2008 Pieejams: [www.at.gov.lv](http://www.at.gov.lv) [aplūkots 2010.gada 11.decembrī] (13.-15.,17.pk.)).

Pacienta gribas izteikuma robežas var ietekmēt arī citi apstākļi, piem., ticība valstīs ar lielu reliģijas ietekmi (piem., pēc Islama cilvēks pats nevar pilnīgi brīvi rīkoties ar savu ķermeni, jo ķermenis tiek saprasts kā Dieva dāvans) (Brauer S., Wiesemann C., Biller-Andorno N. Selbstbestimmung und Selbstverständnis – Themenschwerpunkte im Umgang mit der Patientenverfügung. Ethik in der Medizin, 2008, nr.3, S.168; Точка зрения основных мировых религии на решения, касающиеся окончания жизни в отделении интенсивной терапии. Bulow H.-H., Sprung Ch.L., Reinhart K.и.д. (Intensice Care Med, 2008, nr.34, p.423-430) Pieejams: [www.critical.ru/actual/etica/religion.htm](http://www.critical.ru/actual/etica/religion.htm) [aplūkots 2010.gada 11.decembrī]).

<sup>874</sup> Pacientu tiesību likuma 6.p.1.d., 3.p.6.d.; Ārstniecības likums: LR 1937.g.22.decembra likums (71.pants). Grām.: Vīksna A. Slimo kases Latvijā. Rīga: Rīgas starptautiskais medicīnas zinātnes un farmācijas centrs, 1994, 124.lpp.; Biokonvencijas 5.p.1.d.; Law of Obligations Act of Estonia (§759, 766(3)); Schweizer Patienten-Charta (1 Teil Art.6); Law on the rights of patients and compensation of the damage to their health (Lithuania) (a.8.1.); Law on patients' rights of Denmark (a.6(1)); Patient's Rights Act of Israel (a.13(A)); Act on Health of Hungary (s.15(2)); Law of Georgia on the rights of patient (a.22.1.); McHale J., Fox M., Murphy J. Health Care Law: Text, Cases and Materials. London: Sweet & Maxwell, 1997, p.319.

<sup>875</sup> Mason J.K. Law and medical ethics. London; Dublin; Edinburgh: Butterworths, 1994, p.73; lieta: Malette v. Shulman ((1990) 67 DLR (4th) 321 (Ont CA)) (Kanāda). Grām.: Kennedy I., Grubb A. Medical law. London, Dublin, Edinburgh: Butterworths, 1994, p.87; lieta: Schloendorff v. Society of New York Hospital ((1914) 211 NY) (ASV). Grām.: Kennedy I., Grubb A. Medical law. London, Dublin, Edinburgh: Butterworths, 1994, p.87.

<sup>876</sup> Netieši to apliecina – sk.: Белоусова Ю.Б. Исследования на людях, находящихся в критическом состоянии, и на смертельно больных пациентах. Pieejams: [http://www.consilium-medicum.com/media/book/05\\_01/17.shtml](http://www.consilium-medicum.com/media/book/05_01/17.shtml) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

<sup>877</sup> CL 1434., 1435.p. Latvijas Republikas Civillikuma komentāri: Ceturtā daļa. Saistību tiesības. Torgāns K., Grūtups A., Višņakova G.u.c. Zin.red. Torgāns K. Rīga: Mans Īpašums, 1998, 41.,42.lpp.

<sup>878</sup> Balodis K. Ievads civiltiesībās. Rīga: Zvaigzne ABC,2007, 155.lpp.



apstiprinājums. Tomēr ārstniecībā tīri faktiski nevar darboties šis princips, jo nebūtu pieļaujama, piemēram, prettiesiskas operācijas veikšana, vēlāk saņemot pacienta apstiprinājumu. Ārstniecībā nepieciešama striktāka pieeja, ņemot vērā medicīniskās iejaukšanās raksturu. Pie tam tiek norādīts, ka ne vienmēr tiesiskais darījums ir spēkā neesošs, ja tam nav dota nepieciešamā piekrišana, aizsargājot trešo personu uzticību darījuma spēkā esamībai; tiesiskais darījums paliek spēkā, tomēr pret personu, kas darījumu noslēgusi, nesaņemot piekrišanu, var tikt vērstas civiltiesiskas sankcijas, ja darījums vēlāk netiek apstiprināts<sup>879</sup>. Arī šis arguments neder ārstniecībā, jo šajā jomā tiek aizsargātas ne tik daudz trešās personas, cik pats patients. Tādēļ šāds darījums ir spēkā neesošs, kur ārstniecība veikta prettiesiski, kā rezultātā ārstniecības personai/iestādei iestājas attiecīgas tiesiskās sekas. Līdz ar to ārstniecībā ir ierobežots pacienta piekrišanas veidu pielietojums, nepieļaujot pacienta apstiprinājumu ārstniecībai.

Analizējot pacienta piekrišanas tiesisko raksturu, tiek atzīmēti sekojoši tās nozīmīgākie tiesiskie aspekti: 1) pacienta piekrišana padara relatīvu ārstniecības tiesiskumu, izņemot pacienta ārstniecību bez gribas vai pret gribu (pacienta piekrišanas legālā funkcija), kur iezīmējas pacienta piekrišanas imperatīvais raksturs; 2) pacienta piekrišana ir nosacīta, izvirzot tai trīs kritērijus (a) pacienta spēja izteikt gribu; b) pacienta informētība; c) pacienta gribas izteikšanas brīvprātība); 3) pacienta piekrišana nav pietiekams nosacījums ārstniecībai<sup>880</sup> (piemēram, ārstniecība nav veicama tikai pēc subjektīvas pacienta gribas; ierobežotu līdzekļu gadījumā).

Ja tiek veikta medicīniska iejaukšanās pacientam bez viņa piekrišanas, tad tas ir tiesību aizskārums, par kuru iestājas civiltiesiska atbildība<sup>881</sup>. Piemēram, 2002.gadā piecgadīga paciente satraumēja roku dārza vārtiņos un tika nogādāta slimnīcā, kur viņai tika veikta iegūtās brūces primāra ķirurģiska apdare, kur ārsts atdalīja traumas rezultātā apmūtētos divus pirkstu galus, bet, nesniedzot informāciju patientes mātei kā likumiskajai vietniecei un nesaņemot viņas piekrišanu. Tiesā tika celta prasība, norādot, ka ārsta prettiesiskas darbības rezultātā bērnam nodarīts fizisks sakropļojums, tādēļ piedzenama kompensācija par morālo kaitējumu un radušies zaudējumi. Tiesa

<sup>879</sup> Balodis K. Ievads civiltiesībās. Rīga: Zvaigzne ABC, 2007, 155.lpp.

<sup>880</sup> Kennedy I., Grubb A. Principles of medical law. Oxford: Oxford University Press, 1998, p.110-112; Montgomery J. Health care law. Oxford: Oxford Clarendon Press, 1997, p.227; Pattinson S.D. Medical Law & Ethics. 1st edit. London: Sweet&Maxwell, 2006, p.100,101; Mason J.K. Law and medical ethics. London; Dublin; Edinburgh: Butterworths, 1994, p.75; Ерофеев С.В., Ерофеева И.О. Принцип информированного согласия пациента: обзор зарубежной медицинской и юридической практики. Pieejams: [www.med-law.ru](http://www.med-law.ru) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā]; Justickis V. Vieslekcijas „Ārstniecības un diagnostikas tiesiskās un psiholoģiskās kļūdas”. Rīgas Stradiņa Universitāte (sadarbībā ar Mykolas Romeris Universitāti (Viļņa)). 2010.g. 6.,7.aprīlis. Npublicēts.

<sup>881</sup> Latvijas tiesu praksē ir konstatējami gadījumi, kad nepietiekama uzmanība tiek pievērsta prasībai saņemt pacienta piekrišanu ārstniecībai. Piem., nepilngadīga paciente tika ievietota naktī ārstniecības iestādē. Dežūrārsts nepienācīgi pildīja savus pienākumus. No rīta apskatot patienti, tika konstatēts, ka viņa ir ļoti smagā stāvoklī. Paciente tika ievietota reanimācijas nodaļā, kur vakarā viņa mira. Vērtējot ārsta pārkāpumus, tika norādīts, ka viņš nenodrošināja visus nepieciešamos izmeklējumus, nenovēroja patienti, nesniedza informāciju patientes vecākiem. Bet netika izvērtēts jautājums par patientes vietnieku piekrišanas nesaņemšanu, kas arī liecina par ārsta profesionālo pienākumu veikšanas kvalitāti un ietekmē ārsta atbildību (Sk.: Latvijas Republikas Rēzeknes tiesas 2001.g. 04.decembra spried. lietā Nr.2330005900/K26-313/01/8 2001.g.; Latvijas Republikas Latgales apgabaltiesas 2002.g. 20.maija spried. lietā Nr.KA 03-26/02; LR AT Senāta KD 2002.g. 03.septembra spried. lietā Nr.SKK-01-253/02 2002.g.).

pamatoti noraidīja šādā veidā celtu prasību, norādot, ka ārsta veiktā brūces primāra ķirurģiska apdare nav cēloniskā sakarā ar veselībai radušos kaitējumu, kas iegūts traumas rezultātā<sup>882</sup>. Arī apelācijas tiesu instance norādīja, ka miesas bojājumi pacientam netika nodarīti informācijas nesniegšanas un piekrišanas nesaņemšanas rezultātā<sup>883</sup>. Tomēr šajā gadījumā ārsts veica medicīnisko iejaukšanos pacientam, nesniedzot informāciju pacienta vietniekam un nesaņemot viņa piekrišanu, tādējādi prettiesiski iejaucoties pacienta ķermeņa integritātē, aizskarot pacienta tiesības<sup>884</sup>, kas celtajā prasībā netika norādīts. Ārsts tiktu atbrīvots no atbildības, ja pierādītu, ka šāda viņa rīcība ir attaisnojama, t.i., tiesiska, vai kaitējuma sekas nav cēloniskā sakarā ar pieļautiem pārkāpumiem<sup>885</sup>. Minētajā gadījumā pastāv cēloņsakarība un ārsta rīcība nav attaisnojama, jo pacienta vietnieks bija aizsniedzams un pacientam netika apdraudēta dzīvība<sup>886</sup>, par ko liecina arī MADEKKI (tagad - Veselības inspekcija) piemērotais administratīvais sods ārstam par minēto pārkāpumu<sup>887</sup>. Tādēļ iepriekš minētais ārsta pārkāpums ir vērtējams kā delikts pacienta un ārstniecības personas/iestādes līgumiskajās attiecībās<sup>888</sup>, kur saskaņā ar CL 1635.p. (arī ar Latvijas Republikas Satversmes 92.pantu<sup>889</sup>) ārstniecības personai/iestādei iestājas civiltiesiskā atbildība (izklāstītajā gadījumā pienākums kompensēt morālo kaitējumu).

Pacientam ir tiesības atteikties no ārstniecības<sup>890</sup>, kas ir viens no pacienta gribas izteikuma veidiem. Minētās pacienta tiesības ir atvasinātas arī no tiesībām uz dzīvību, kas ietver sevī trīs sastāvdaļas: 1) tiesības uz dzīvības neaizskaramību: pirmkārt, no dzīvības draudiem jeb rīcības kā dzīvības apdraudējuma (karš, slepkavība, terorakti u.c.); otrkārt, no noziedzīgas rīcības, kuras

<sup>882</sup> LR AT Senāta rīcības sēdes 2009.g. 03.decembra lēm. Lietā Nr.SKC-1158/2009 (4.5.,4.6., 4.7.pk.).

<sup>883</sup> LR AT Senāta CD 2007.g. 26.septembra spried. lietā Nr.SKC-635.

<sup>884</sup> Ārstniecības likuma 41.p. (pants zaudējis spēku); Pacientu tiesību likuma 3.p.6.d., 6.p.1.d.; LR Satversmes 94., 95.p. (Latvijas Republikas Satversme: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 1993. 1.jūlijs, nr.43).

<sup>885</sup> Gadījumos, ja ārstniecības procesā ir nodarīts kaitējums, ārstniecības personai ir jāpierāda, ka tā ir izdarījusi visu atbilstoši profesionālajām prasībām vai arī veselības kaitējuma sekas nav cēloniskā sakarā ar pieļautajiem pārkāpumiem (Prasītāja vietnieka A.Bitāna 2009.gada 16.decembra paskaidrojumi Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Civillietu departamentam par Latvijas Republikas Augstākās tiesas Civillietu tiesu palātas 2008.gada 17.septembra spriedumu lietā nr.C04248703 (1.1.pk.)).

<sup>886</sup> Ārstniecības likuma 49.p.(pants zaudējis spēku); Pacientu tiesību likuma 7.p.8.d.

<sup>887</sup> LR AT Senāta rīcības sēdes 2009.g. 03.decembra lēm. Lietā Nr.SKC-1158/2009 (4.6.pk.).

<sup>888</sup> Principles of European Tort Law. European Group on Tort Law. Pieejams: [www.egtl.org/Principles/index.htm](http://www.egtl.org/Principles/index.htm) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā] (a.2:101, 2:102 (2)); German Civil Code (§823 (1)). Sk.arī: Bar von Ch., Drobning U. The interaction of contract law and tort and property law in Europe: a comparative study. München: Sellier, 2004, p.25,26.

Gadījumus, kad pastāv neskaidrības, kurš no civiltiesiskās atbildības veidiem, t.i., līgumiskā vai deliktatbildība, piemērojams, sauc par līgumiskās un deliktatbildības konkurenci, kur priekšroka Latvijā dodama deliktatbildībai (Bitāns A. Civiltiesiskā atbildība un tās veidi. Rīga: AGB, 1997, 96.lpp.). Juridiskajā literatūrā tiek lietots arī termins medicīniskais delikts (Sk.: Виноградов А.3. Алгоритм правовой квалификации медицинского деликта. Медицинское право, 2003, nr.4, c.37).

<sup>889</sup> Sk.: LR ST 2001.g. 05.decembra spried. lietā Nr.2001-07-0103. Latvijas Vēstnesis, 2001. 07.decembris, nr.178.

Juridiskā atbildība iestājas par tiesībām pretēju rīcību, nevis par rīcības juridisko, morālo vai vēl kādu cita veida nepamatotību; Satversmē lietotais jēdziens „atbilstīgs atlīdzinājums” ir tulkojams kā tiesību aizskārumam atbilstoša kompensācija, kas aptver gan mantisko kaitējumu, gan arī nemantisko kaitējumu, un kompensācija par nemantisko kaitējumu teorētiski ir iespējama katra tiesību aizskāruma gadījumā (Butāns M. Valsts atbildība par tiesību aizskārumiem. Likums un Tiesības, 1999, nr.4, 110., 113.lpp.).

<sup>890</sup> Pacientu tiesību likuma 6.p.4.d.

mērķis nav cilvēka nāve, bet var pie tās novest vai noved (ekoloģiskie noziedzīgie nodarījumi, noziedzīga darba drošības noteikumu neievērošana u.c.); 2) tiesības rīkoties ar dzīvību, t.i., brīvprātīgi radīt draudus dzīvībai bez mērķa – nāves iestāšanās; kas var izpausties kā: pirmkārt, atteikšanās no ārstniecības, kur medicīnisko indikāciju dēļ reāli draudi dzīvībai; otrkārt, audu/orgānu izņemšana transplantācijai; treškārt, medicīniskie eksperimenti; ceturtkārt, dažas profesionālas nodarbošanās; piektkārt, dzīvības glābšana, neesot profesionālajam pienākumam; 3) tiesības uz dzīvības glābšanu – griežoties pēc palīdzības pie profesionāļiem, ja pati persona nespēj glābt<sup>891</sup>. Atteikšanās no ārstniecības izriet arī no tiesībām rīkoties ar savu ķermeni. Pacientam ir pašnoteikšanās tiesības piekrist ārstniecībai vai atteikties no tās. Pacienta atteikšanās tiesības no ārstniecības netiek ierobežotas arī tajā gadījumā, ja tas apdraud pacienta veselību vai dzīvību, neskarot publiskās intereses<sup>892</sup>. Pacientam atsakoties no ārstniecības, ārstniecības personai tiek paredzēti tikai divi pienākumi: 1) informēt par atteikuma iespējamajām negatīvajām sekām; 2) mudināt apmeklēt citu ārstu<sup>893</sup>. Atbildība par kaitējumu veselībai vai dzīvības apdraudējumu tādā gadījumā ir jāuzņemas pašam pacientam. Līdz ar to secināms, ka, neskatoties arī uz iespējamo kaitējumu pacienta veselībai vai viņa dzīvības apdraudējumu, pacientam ir tiesības atteikties no ārstniecības kā pašnoteikšanās tiesību izpausme.

Nepieciešams noskaidrot, kad pacientam rodas tiesības atteikties no ārstniecības. No vienas puses, pacientam no 14 līdz 18 gadu vecumam ir gribas izteikuma tiesības, bet, no otras puses, šīs tiesības ir ierobežotas, nosakot vienu gribas izteikumu – atteikumu, relatīvāku pret otru – piekrišanu ārstniecībai<sup>894</sup>. Pilngadīga, rīcībspējīga pacienta gribas izteikums (arī atteikšanās no ārstniecības) ir visstingrākais, ja nav gribas izteikuma defektu.

Ir konstatējami gadījumi, kad pilngadīga, rīcībspējīga pacienta tieša, šī brīža atteikšanās no ārstniecības tiek ierobežota, pamatojoties uz strīdīgiem apstākļiem. Pirmkārt, Ungārijā pacients var atteikties no dzīvības uzturošās ārstniecības tikai tad, ja viņam, arī veicot atbilstošu ārstniecību, smagas slimības dēļ iestātos īsā laikā nāve, ko apstiprina ārstu konsilija slēdziens<sup>895</sup>. No vienas puses, atteikšanās no dzīvību uzturošās ārstniecības nozīmē iespējamo pacienta nāves iestāšanos. Jāpiekrīt, ka „tiesības patstāvīgi lemt par savu nāvi ir viena no pacienta pašnoteikšanās galējām robežām”<sup>896</sup>. No otras puses, lietā *Mckay v. Berystedt* Lielbritānijas Augstākā tiesa savā spriedumā

<sup>891</sup> Капицус О.С. Эвтаназия как социально-правовое явление. Москва: Буквоед, 2006, с.103,118,119.

<sup>892</sup> Sk. arī: Kanādas Ņūbransvikas provinces Apelācijas tiesas 1994.gada 25.apriļa spriedums lietā: *Pole v. Region 2 hospital Corporation*, 1994 CanLII 4470 (NB C.A.). Pieejams: [www.canlii.org/en/nb/nbca/doc/1994/1994cnlii4470/1994canlii4470.html](http://www.canlii.org/en/nb/nbca/doc/1994/1994cnlii4470/1994canlii4470.html) [aplūkots 2011.gada 11.aprīlī]; Kanādas Augstākās tiesas 2009.gada 26.jūnija spriedums lietā: *A.C. v. Manitoba (Director of Child and Family Services)*, 2009 SCC 30, [2009] 2 S.C.R. 181. Pieejams: [www.canlii.org/en/ca/scc/doc/2009/2009scc30/2009scc30.html](http://www.canlii.org/en/ca/scc/doc/2009/2009scc30/2009scc30.html) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā] (p.44, 194, 198).

<sup>893</sup> Pacientu tiesību likuma 6.p.5.d.

<sup>894</sup> Pacientu tiesību likuma 13.p.2.,3.d.

<sup>895</sup> Act on Health of Hungary (s.20(3),(4)).

<sup>896</sup> Kovalevska L. Tiesību tālākveidošana eitanāzijas jautājumā. Jurista Vārds, 2008.01.jūlijs, nr.24, 15.lpp.

atzina, ka tiesības atteikties no dzīvības uzturēšanas ir ne vien pacientiem, kas ir neārstējami slimi, bet arī jebkuram pieaugušam un kompetentam pacientam<sup>897</sup>. Neskatoties uz to, ka atteikšanās no dzīvību uzturošās ārstniecības ir visdraudošākā pacienta dzīvībai un veselībai, tomēr šī brīža pacienta un ārstniecības personas tiesisko attiecību modelī nav atbalstīta pieeja, ka tikai noteiktu veselības traucējumu rašanās paplašina pacienta tiesības, lai arī ar negatīvu virzienu pacientam seku ziņā.

Otrkārt, Ungārijā grūtniece nevar atteikties no dzīvību uzturošās ārstniecības, ja pastāv iespēja veiksmīgai grūtniecības norisei<sup>898</sup>. Līdz ar to rodas jautājums, kas ir atbilstošāk, ja pacienta atteikšanās no ārstniecības (īpaši dzīvību uzturošās) skar trešo (arī pagaidām potenciālo) personu tiesības un legītīmās intereses<sup>899</sup>. Līdz ar to nav noliedzama iespēja, ka pacienta atteikšanās no ārstniecības var ietekmēt trešo personu tiesības. Notiekot tiesību sadursmei, ir izsverams tiesību pārsvars.

Pacienta atteikšanās no ārstniecības netiek ierobežota pacienta gribas izteikuma laika ziņā, t.i., pacientam ir tiesības atteikties no ārstniecības pirms tās uzsākšanas, kā arī ārstniecības laikā<sup>900</sup>. Atšķirība vienīgi ir pacienta atteikšanās no ārstniecības tiesiskā rakstura ziņā. Pacientam atsakoties no ārstniecības tās laikā, tas ir vērtējams kā pacienta atsaukums ar savām iezīmēm, jo sākotnēji bija saņemta pacienta piekrišana ārstniecībai. Civiltiesībās, no vienas puses, pastāv „*pacta sunt servanda*” princips, bet, no otras puses, noteiktos gadījumos tiek pieļauta vienpusēja atkāpšanās no līguma<sup>901</sup>. Secināms, ka pacienta atteikšanās no ārstniecības brīdis ietekmē vienīgi pacienta gribas izteikuma tiesisko raksturu, t.i., atteikšanās vai atsaukums.

Neskatoties uz to, ka pacienta atteikšanās no ārstniecības var nodarīt negatīvas sekas pacientam, netiek prasīts pamatojums minētajai pacienta rīcībai. Rīcībspējīga, pilngadīga pacienta gadījumā nav nozīmes, vai iemesls rīcībai ir racionāls, iracionāls, nezināms vai pat neeksistējošs<sup>902</sup>.

---

<sup>897</sup> Kennedy I., Grubb A. Medical law. London, Dublin, Edinburgh: Butterworths, 1994, p.1276.

Arī pacienta vietnieka atteikšanās no pacienta dzīvību uzturošās ārstniecības var būt pacienta interesēs, ja, piem., pacients ir veģetatīvā stāvoklī bez izredzēm izveseļoties (Giesen D. International Medical Malpractice Law: A Comparative Law Study of Civil Liability Arising from Medical Care. Tübingen, Boston, London: J.C.B. Mohr, Martinus Nijhoff Publishers, 1988, p.479. Pieejams: <http://books.google.lv> [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā]).

<sup>898</sup> Act on Health of Hungary (s.20(3),(4)).

<sup>899</sup> 1992.gadā Vācijā bija gadījums, kad grūtniece iekļuva autokatastrofā, kā rezultāta viņai iestājās smadzeņu nāve. Bet, uzturot grūtnieces dzīvības funkcijas ar medicīniskajām iekārtām, ieņemtā persona bija neskarta. Mīrušās grūtnieces likumiskie vietnieki iesniedza tiesā pieteikumu par sievietes dzīvības funkciju uzturēšanas pārtraukšanu. Tiesa nepaspēja izlemt minēto jautājumu, jo pēkšņi zuda iespēja uzturēt grūtnieces dzīvības funkcijas, kā rezultātā ieņemtā persona mira. Bet tiesībzinātnes viedoklis minētajā gadījumā vairāk sliecās dot priekšroku ieņemtās personas tiesībām dzīvot (Baumgarten M.O. The Right to Die? Bern, Berlin, Bruxelles, Frankfurt am Main, New York, Oxford, Wien: Lang, 2000, S.296-301).

ASV ir konstatējami gadījumi, kad tiesa autorizē ārstniecību sievietei grūtniecības stāvoklī pret viņas gribu, lai glābtu nedzimuša bērna dzīvību (Miller R.D., Hutton R.C. Problems in Health Care Law. 8.Edition. [b.v.], Jones & Bartle Learning, 2004, p.470. Pieejams: <http://books.google.lv> [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā]).

<sup>900</sup> Pacientu tiesību likuma 6.p.4.d.

<sup>901</sup> CL 1587., 1589.p.

<sup>902</sup> Kennedy I., Grubb A. Principles of medical law. Oxford: Oxford University Press, 1998, p.113.

Ja pacienta gribas izteikumam nav defektu, tad pacienta atteikšanās no ārstniecības pamatojums vai tā neesamība neietekmē gribas izteikuma tiesisko spēku, balstoties uz privātautonomijas principu.

Nepieciešams precizēt ārstniecības apjomu, no kura pacients ir tiesīgs atteikties. Pirmkārt, pacients ir tiesīgs atteikties no kādas konkrētas ārstniecības metodes, ja ārstniecības procesu ir iespējams sadalīt, neatsakoties no ārstniecības kopumā<sup>903</sup>. Otrkārt, pacients var atteikties no visas ārstniecības<sup>904</sup>. Līdz ar to pacienta atteikšanās no ārstniecības var būt pilnīga vai daļēja, izejot no atteikšanās apjoma.

Izvērtējams, vai pacienta atteikšanās no ārstniecības ir pasīvā eitanāzija. Pirmkārt, tiesības uz dzīvi nenozīmē un nedrīkst tikt saprastas kā pienākums dzīvot<sup>905</sup>. Otrkārt, tiesības uz dzīvi nav pretrunā ar tiesībām uz nāvi, kur aizsardzībai tiek pakļauta nevis dzīvība pati par sevi, bet gan tiesības uz dzīvību<sup>906</sup>. Tiesības uz dzīvību un tiesības uz cilvēka cieņu veido nedalāmu vienību, ir absolūtas – neierobežojamas, kamēr vienotas<sup>907</sup>. Pacientam ir tiesības nomirt ar cieņu, kur pacientam ir tiesības noteikt nāves formu un laiku, jo nāve un nomiršanas veids ir arī dzīves daļa<sup>908</sup>. Rodas jautājums, kādu eitanāzijas veidu kā nomiršanas formu ārstniecībā pacienta interesēs pieļauj likums. Pastāv divējāds eitanāzijas veidu dalījums: 1) pēc pacienta tiešās gribas attieksmes pret eitanāziju (voluntārā, nevoluntārā, involuntārā<sup>909</sup>); 2) pēc eitanāzijas rīcības rakstura (aktīvā (pozitīvā), pasīvā (negatīvā))<sup>910</sup>. Tā kā aktīvā eitanāzija ar aktīvu darbību aizskar personas tiesības uz dzīvību, ir atbalstāms tās ierobežojums, Latvijā to pat aizliedzot. Aktīvās eitanāzijas realizācijai ir nepieciešams pilnīgs, vispusīgs un īpaši nodrošināts pacienta tiesiskās aizsardzības mehānisms. Tiek pausts viedoklis, ka pat Hipokrāta zvērests neiebilst pret pacienta pasīvo eitanāziju<sup>911</sup>. Salīdzinot pacienta atteikšanos no ārstniecības un pacienta lūgumu veikt pasīvo eitanāziju, izdalāmi sekojoši aspekti. Pirmkārt, abi institūti galvenokārt tiek veikti pēc pacienta tiešās gribas. Otrkārt, tie

<sup>903</sup> Pacientu tiesību likuma 6.p.4.d.

<sup>904</sup> Pacientu tiesību likuma 6.p.4.d.

<sup>905</sup> Kovalevska L. Tiesību tālākveidošana eitanāzijas jautājumā. Jurista Vārds, 2008.01.jūlijs, nr.24, 16.lpp.; Baumgarten M.O. The Right to Die? Bern, Berlin, Bruxelles, Frankfurt am Main, New York, Oxford, Wien: Lang, 2000, S.120-123.

<sup>906</sup> Opinion of the Lord of Cornhill. House of Lords Opinions of the Lords of Appeal for Judgment in the case The Queen on the Application of Mrs. Dianne Pretty v. Director of Public Prosecutions and Secretary of State for the Home Department on 29 November 2001, [2001] UKHL 61. Pieejams:

[www.publications.parliament.uk/pa/ld200102/ldjudgmt/jd011129/pretty-1.htm](http://www.publications.parliament.uk/pa/ld200102/ldjudgmt/jd011129/pretty-1.htm) [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].

<sup>907</sup> Ungārijas Konstitucionālās tiesas 2003.g. 28.aprīļa spried. lietā nr.: 22/2003 (IV.28) AB. Pieejams:

[www.mkab.hu/en/enpage3.htm](http://www.mkab.hu/en/enpage3.htm) [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].

<sup>908</sup> Kanādas Britu Kolumbijas provinces Apelācijas tiesas 1993.g. 08.marta spried. lietā: Rodriguez v. British Columbia (Attorney General), 1993 CanLII 1191 (BC C.A.). Pieejams:

[www.canlii.org/en/bc/bcca/doc/1993/1993canlii1191/1993canlii1191.html](http://www.canlii.org/en/bc/bcca/doc/1993/1993canlii1191/1993canlii1191.html) [aplūkots 2010.gada 11.decembrī] (31, 51).

<sup>909</sup> Voluntārā – pēc pacienta tiešās gribas, nevoluntārā – bez pacienta tiešās gribas, pacientam nespējot izteikt gribu, involuntārā – bez pacienta tiešās gribas vai pret to, pacientam spējot izteikt gribu (Neiders I. Eitanāzija, dzīvība un medicīna. Grām.: Biomedicīnas ētika. Ķilkuts G., Mežinska S., Neiders I.u.c. Sīle, V. (Sast.) Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2006, 120.-122.lpp.)

<sup>910</sup> Aktīvā – tiek uzsākta norišu virkne, kas noved pie pacienta nāves; pasīvā – neiejaucas norišu virknes, kas noved pie nāves (Neiders I. Eitanāzija, dzīvība un medicīna. Grām.: Biomedicīnas ētika. Ķilkuts G., Mežinska S., Neiders I.u.c. Sīle, V. (Sast.) Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2006, 124.-125.lpp.)

<sup>911</sup> Hipokrātiskie raksti: izlase. A.Gailes un A.van Hofas tulk. no sengrieķu val., ievads un komentāri. Rīga: Liepnieks&Rītuks, 2003, 13.lpp.

abi ir pacienta interesēs plašākā interpretācijā, ja arī rodas kaitējums pacienta veselībai vai iestājas pacienta nāve. Treškārt, abu rīcības raksturs izpaužas bezdarbībā, t.i., tiek pārtraukta pacienta ārstniecība. Ceturkārt, ja pasīvā eitanāzija tiek pieļauta pacientiem ar smagiem veselības traucējumiem, tad pacients atteikties no ārstniecības var neatkarīgi no veselības traucējumu smaguma, bet jebkurā gadījumā pacienta atteikšanās pamats pārklājas ar pasīvās eitanāzijas pamatu. Piektkārt, tiek pausts viedoklis, ka atšķirība starp šiem diviem institūtiem ir to mērķi<sup>912</sup>. Tomēr pilnīgi piekrist šādam viedoklim nevar. Ja pacientam ir smagi veselības traucējumi un ir prognozējama nāves iestāšanās, nesāņemot ārstniecību, tad, pacientam atsakoties no ārstniecības, ir presumējams, ka viņš vēlas nāves iestāšanos. Tātad pacienta atteikšanās no ārstniecības ir plašāk interpretējama par pacienta pasīvo eitanāziju, bet, iekļaujot to atteikšanās sastāvā.

Pacientam izsakot gribu ārstniecībā, t.i., piekrītot ārstniecībai vai atsakoties no tās, pacientam tomēr tiek saglabātas tiesības mainīt savu lēmumu, tādējādi neierobežojot pašnoteikšanās tiesības pēc jau izteiktās gribas. Pacienta gribas izteikuma atsaukums nozīmē: 1) vai nu izteiktās gribas atcelšanu, neveicot jaunu gribas izteikumu, jo atsaukums nav pretējā lēmuma prezumpcija; 2) vai piekrišanu ārstniecībai, ja sākotnēji bija izteikts atteikums no ārstniecības, un tagad pacients piekrīt; 3) vai arī atteikšanos no ārstniecības, ja sākotnēji – piekrišana. Tomēr atsaukumam kā pacienta gribas izteikumam ir savas iezīmes, kas to dara atšķirīgu no vienkārši piekrišanas ārstniecībai vai atteikšanās no tās. Pirmkārt, atsaukums tiek izdarīts jau izteiktas gribas gadījumā, kas atspoguļo atsaukuma atvasināto tiesisko raksturu. Otrkārt, atsaukuma gadījumā tiek atcelts iepriekšējais gribas izteikums un var tikt izteikta jauna griba, kas norāda uz atsaukuma salikto dabu. Treškārt, atsaucot gribas izteikumu, var tikt dots pretējs gribas izteikums iepriekšējam, kas iezīmē atsaukuma pagrieziena raksturu. Secināms, ka pacienta piekrišana ārstniecībai vai atteikšanās no tās nav objektīvi galīgs pacienta gribas izteikums, kur pacientam paredzētas subjektīvas tiesības mainīt lēmumu ar atvasinātu un iespējams saliktu, pagriezienrakstura gribas izteikumu, t.i., atsaukumu.

Jautājumā, cik bieži pacients ir tiesīgs atsaukt izteikto gribu, ierobežojumi nepastāv. Tomēr pacientam, atsaucot izteikto gribu, ir jārīkojas saprātīgi, t.i., jāizvairās no subjektīvas rīcības bez objektīva pamatojuma, kas varētu nodarīt zaudējumus ārstniecības personai/iestādei<sup>913</sup>, kur zaudējumu rašanās presumējams konstituē pacienta pienākumu objektīvi pamatot atsaukumu. Par objektīvu pamatojumu ir atzīstama objektīvu apstākļu maiņa vai uzzināšana, kurus zinot iepriekš, pacients būtu pieņēmis citu lēmumu.

Pacientam nedrīkst noteikt negatīvas sekas tikai tāpēc, ka viņš objektīvi maina savu lēmumu, atsaucot iepriekšējo gribas izteikumu. Latvijas normatīvajā regulējumā ir konstatējamas

---

<sup>912</sup> Капинус О.С. Эвтаназия как социально – правовое явление. Москва: Буквоед, 2006, с.71.

<sup>913</sup> Piem., Ungārijā, pacientam bez objektīva pamatojuma atsaucot gribu, ir jāsedz ārstniecības pakalpojuma sniedzēja radušies izdevumi (Act on Health of Hungary (s.15(6))).

tikai netiešas norādes uz šo principu<sup>914</sup>. Arī Biokonvencijas 5.panta trešajā daļā ir noteikts, ka pacients ir tiesīgs „(...) brīvi atsaukt (...)” savu gribu, netieši norādot uz negatīvu seku nepieļaujamību. Līdz ar to secināms, ka pacienta gribas izteikuma objektīvs atsaukums nevar radīt pacientam negatīvas sekas.

Analizējot pacienta gribas izteikumu saistībā ar pacienta ārstniecību, rodas jautājums, vai nepastāv ierobežojums, līdz kuram brīdim pacients ir tiesīgs atsaukt savu gribas izteikumu. Civiltiesībās „mēģināts vispārinātā veidā stiprināt civiltiesisko attiecību stabilitātes principu, kas izpaužas daudz konkrētākos norādījumos par vienpusējas atkāpšanās pieļaujamību”<sup>915</sup>. Tomēr, ņemot vērā ārstniecības specifiku un tās iejaukšanās raksturu, pacientam paredzētas tiesības jebkurā laikā atsaukt gribas izteikumu<sup>916</sup> neatkarīgi arī no ārstniecības procesa uzsākšanas vai tā stadijas. Pacienta atsaukuma ierobežojums pieļaujams tikai īpašos izņēmuma gadījumos, kas vairāk ir saistīts ar faktisku neiespējamību mainīt lietu norisi neatgriezenisko seku dēļ<sup>917</sup>. Tādējādi ir izdarīta atkāpe no civiltiesību principa, paredzot samērā liberālu pieeju pacienta atsaukuma tiesībām, ierobežojot tās tikai lietu norises neatgriezenisko seku gadījumā.

Nepieciešams noskaidrot pacienta gribas izteikuma atsaukuma robežas. Atšķirībā no sākotnējā gribas izteikuma, kura apjomu pacients nosaka, atsaukuma gadījumā runa iet par jau izteikta lēmuma atsaukumu. Tātad pacienta atsaukumam ir konkrēti jau iepriekš noteiktas robežas. Ja pacients, atsaucot gribas izteikumu, jaunajā lēmumā paplašina vai sašaurina gribas izteikuma apjomu, tad tas būs dubultais pacienta gribas izteikums, kas sastāvēs jau no sākotnējā un atvasinātā gribas izteikuma. Līdz ar to ir secināms, ka pacienta atsaukumam ir stingras (konkrētas, noteiktas) robežas, atšķirībā no sākotnējā gribas izteikuma – relatīvajām.

Latvijas normatīvajā regulējumā ir doti kopējie pamatprincipi attiecībā uz sākotnējo pacienta gribas izteikumu, kur precizējamas atsevišķas tiesiskās nianšes. Savukārt par pacienta atsaukumu kā atvasināto gribas izteikumu ir konstatējamas tikai netiešas norādes, kas nav pietiekošs šī institūta regulējums.

Šajā nodaļā tiek izvērtēti kopējie kritēriji gribas izteikumu dalījumam un izteikuma formas prasībām, kā arī tiek izstrādāti principi institūtiem, kas ir nepietiekami regulēti ārstniecībā

---

<sup>914</sup> Piem.: a) atteikšanās vai dalības pārtraukšana klīniskās apmācības procesā nedrīkst nelabvēlīgi ietekmēt ārstniecības personu attieksmi pret pacienta turpmāko ārstniecību (Pacientu tiesību likuma 12.p.2.d.); b) aizliegts sodīt pacientu vai citādi tieši vai netieši radīt viņam nelabvēlīgus apstākļus, ja pacients aizstāv savas tiesības (Pacientu tiesību likuma 3.p.4.d.).

<sup>915</sup> Latvijas Republikas Civillikuma komentāri: Ceturtā daļa. Saistību tiesības. Torgāns K., Grūtups A., Višņakova G.u.c. Zin.red. Torgāns K. Rīga: Mans Īpašums, 1998, 41.lpp. Un Civillikuma 1432.pants nosaka – kas izteicis savu piekrišanu, tas ar to ir pieņēmis darbību ar visām tās tiesiskām sekām un nevar vairs vēlāk savu piekrišanu ierobežot.

<sup>916</sup> Biokonvencijas 5.p.3.d.; Law on patients' rights of Denmark (a.6(2)); Act on Health of Hungary (s.15(6); 20(8)); netieši – Pacientu tiesību likuma 6.p.1.,4.d.; „(...) arī procedūras laikā (...)” – lieta Ciarlariello v. Schacter (Canadian Supreme Court, 1993 100 DLR) (Kanāda). Grām.: Kennedy I., Grubb A. Principles of medical law. Oxford: Oxford University Press, 1998, p.119; Health Care Consent Act of Ontario (s.14); Patient's Rights Act of Norway (s.4-1(2)).

<sup>917</sup> Piem., atsaucot piekrišanu audu/orgānu izņemšanai transplantācijai var līdz procedūras uzsākšanai.

(piemēram, pacienta iepriekš izteiktā griba, pacienta atsaukums). Ieviešot piedāvāto normatīvo regulējumu, tiktu pilnveidota un nostiprināta pacienta gribas civiltiesiskā aizsardzība, analizējot kopsakarībā pacienta gribas izteikumu veidu un to formas sistēmu.

### **Kopsavilkums**

Pētījuma rezultāta autore izvirza aizstāvēšanai šādas tēzes, kas izteiktas secinājumu un priekšlikumu formā:

1. Pacienta gribas prioritātes un ārsta aizbildnības pār pacientu (paternālisma) mijiedarbības vēsturiskajā attīstībā iezīmējas pacienta gribas juridiskās atzīšanas attīstības spirāle. Tās konstatācija nozīmīga ar diviem galvenajiem aspektiem. Pirmkārt, pacienta gribas juridiskās atzīšanas vēsturiskā attīstība pamato pacienta gribas prioritāti mūsdienu ārstniecības tiesiskajās attiecībās. Otrkārt, pacienta gribas juridiskās atzīšanas attīstības spirāle ļauj prognozēt pacienta un ārsta tiesisko attiecību nākotnes modeli un pacienta gribas nozīmi tajā. Pētījuma rezultātā par piemērotāko ir atzīstams tehnoloģiskais jeb tehniskais pacienta un ārsta tiesisko attiecību modelis, kur noteiktos gadījumos lēmums saistībā ar pacienta ārstniecību ir pieņemams, balstoties uz pacienta veselības medicīniskajiem kritērijiem nevis tikai uz subjektīvo pacienta gribu.
2. Balstoties uz pacienta gribas detalizētāku interpretāciju, pacienta gribas civiltiesiskā aizsardzība neaprobežojas tikai ar pacienta tiesībspējas laika posmu. Iezīmējas divi virzieni pacienta gribas



civiltiesiskās aizsardzības paplašinājumam - attiecībā uz ieņemtu personu kā pacientu un mirušu pacientu. Ieņemta persona Latvijas normatīvajos aktos netiek atzīta par tiesību subjektu. Tomēr noteiktos gadījumos ir konstatējama ieņemtas personas tiesiskā aizsardzība, piemēram, grūtniecības mākslīgajā pārtraukšanā; ārstniecībā nevar tikt noliegta izņēmuma situācijas iespējamība par labu ieņemtai personai, pārsverot grūtnieces tiesības. Normatīvajā regulējumā nav konkretizēta un nodalīta kopējā pieeja attiecībā uz ieņemtu personu, kādas jomas tiesības tiek aizsargātas un kāds ir šīs aizsardzības apjoms. Attiecībā uz ārstniecības tiesiskajām attiecībām nozīmīgākie šajā jomā uzsverami trīs principi.

2.1. Balstoties uz darbā konstatēto tiesisko pamatojumu un medicīniskās konstatācijas iespējamību, ir atbalstāma pieejas maiņa tiesībspējas rašanās momentam, kur par tiesībspējas (vismaz daļējas) rašanās brīdi būtu uzskatāma noteikta embrija attīstības stadija, t.i., ar 6.nedēļu.

Papildināt Civillikumu ar 1402.<sup>1</sup> pantu (vai: 1405.pantu ar otro daļu) šādā redakcijā:

*„1402.<sup>1</sup> Ieņemtai personai no sestās attīstības nedēļas ir daļēja tiesībspēja.”*

2.2. Ir nepieciešams paredzēt jebkuras personas (arī grūtnieces) civiltiesisko atbildību par kaitējuma nodarīšanu ieņemtās personas veselībai ar neattaisnotu rīcību, kur tiesiskās sekas izpaudīsies zaudējumu atlīdzības un arī kompensācijas par morālo kaitējumu samaksas pienākumā.

Papildināt Civillikumu ar 2349.<sup>1</sup> pantu šādā redakcijā:

*„2349.<sup>1</sup> Ja ieņemtai personai ar neattaisnotu rīcību tiek nodarīts bojājums vai trauma, kas izraisa kaitējumu tās normālai attīstībai vai fizisku vai psihisku trūkumu, tad nodarītājam ir jāatlīdzina zaudējumi un, pēc tiesas ieskata, atlīdzība par morālo kaitējumu par labu ieņemtai personai.”*

2.3. Blakus bērna mātei tiesiski pamatota un pierādāma potenciālā tēva griba atzīt/noteikt paternitāti ir atzīstama par tiesas kārtībā izvērtējamu pamatu potenciālajam tēvam daļēji iesaistīties nedzimuša bērna tiesību aizsardzībā.

Papildināt Civillikumu ar 161.<sup>1</sup> pantu šādā redakcijā:

*„161.<sup>1</sup> Tiesiski pamatota un objektīvi izpausta tēva griba atzīt vai noteikt paternitāti rada tēvam tiesības iesaistīties nedzimuša bērna tiesību aizsardzībā.”*

3. Ārstniecības tiesiskajās attiecībās ir paplašināma mūsdienu rīcībspējas izpratne civiltiesībās. Nodalāmi divi pacienta rīcībspējas veidi: rīcībspēja šaurākā nozīmē (t.i., šī brīža rīcībspējas izpratne civiltiesībās) un medicīniskā rīcībspēja (t.i., rīcībspējīga pacienta spēja izteikt gribu ārstniecībā). Šiem rīcībspējas veidiem tiesiski paredzama atšķirīga ierobežošanas, atņemšanas vai atjaunošanas kārtība. Ārstam (ārstu konsilijam) nosakāmas tiesības objektīvu šaubu

gadījumā lemt par pacienta medicīnisko rīcībspēju, ja pacientam steidzami nepieciešama ārstniecība. Ja nav ārstniecības steidzamības gadījums, tad ārstam ir prezumējams, kas nosakāms arī likumā, pienākums iniciēt pacienta rīcībspējas jautājuma izskatīšanas lietu tiesā, iesniedzot motivētu pieteikumu bāriņtiesā.

Papildināt Pacientu tiesību likumu ar 6.panta devīto daļu šādā redakcijā:

„(9)Ārstu konsilijam ir tiesības lemt par pacienta spēju izteikt gribu ārstniecības steidzamības gadījumā, ja ārstējošam ārstam rodas pamatotas šaubas par minēto pacienta spēju. Ja ārstu konsilijs pieņem lēmumu par pacienta nespēju izteikt gribu, tad ārstējošam ārstam ir pienākums pēc iespējas ātrāk par pieņemto lēmumu paziņot pacienta vietniekam, ja viņš sasniedzams”.

Papildināt Ārstniecības likumu ar 69.<sup>1</sup> pantu šādā redakcijā:

„69.<sup>1</sup>pants. Ja ārstam rodas pamatotas šaubas par pacienta rīcībspēju, tad ārstam ir pienākums iesniegt bāriņtiesai motivētu pieteikumu, lai uzsāktu jautājuma izskatīšanu par pacienta rīcībspēju un aizgādnības nodibināšanu.”

Papildināt Bāriņtiesu likumu ar 44.<sup>1</sup> pantu šādā redakcijā:

„44.<sup>1</sup> pants. Ārsta pieteikuma par pacienta rīcībnespēju izvērtējums

(1)Bāriņtiesai, saņemot ārsta motivētu pieteikumu par pacienta iespējamo rīcībnespēju, ir pienākums izvērtēt pieteikumu un pieņemt lēmumu.

(2)Ja bāriņtiesa atzīst ārsta pieteikumu par pamatotu, tad bāriņtiesai ir pienākums iesniegt tiesā pieteikumu atzīt personu par rīcībnespējīgu.”

Izteikt Civillikuma 359.pantu šādā redakcijā:

„359. Gara slimība vai plānprātība ir savienota ar tiesiskām sekām tikai tad, ja personu par rīcības nespējīgu gara slimības vai plānprātības dēļ ir atzinusi tiesa. Katra ģimene, kurā ir garā slimais, kā arī katrs tādas ģimenes loceklis var paziņot par to tiesai pēc garā slimās personas dzīvesvietas. Tāpat var paziņot par to katra sveša persona, kas pierādījusi savu interesi lietā, kā arī prokurors vai bāriņtiesa.”

4. Pastāvošajā pacienta rīcībspējas normatīvajā regulējumā ir konstatējamās nekonsekvences minētā institūta interpretācijā, kas līdz ar to apgrūtina tiesību normu piemērošanu. Tādēļ precizējams un nosakāms niansētāks normatīvais regulējums tālāk norādītajos aspektos.

4.1. Nepilngadīgu pacientu (14 – 18 g.) spēja izteikt gribu ārstniecībā ir lielākā mērā ierobežojama:

a)nosakot medicīniskās iejaukšanās veidus, par kuriem nav tiesīgs lemt nepilngadīgais patients;

b)paredzot pacienta vietniekam, ārstu konsilijam un bāriņtiesai tiesības grozīt minētā pacienta lēmumu atbilstoši pacienta interesēm, neatkarīgi no pacienta gribas izteikuma veida (piekrišana, atteikšanās vai atsaukums).

4.2. Pilngadīga persona, kurai nodibināta aizgādība izlaidīgas vai izšķērdīgas dzīves dēļ, var patstāvīgi iesaistīties ārstniecībā, paužot savu kā pacienta gribu, kas savukārt saistīta ar personas nemantisko labumu – veselību.

4.3. Personas ar psihiskiem traucējumiem no 2012.gada 1.janvāra varēs izteikt tiesiski saistošu gribu ārstniecībā, ja viņām noteikta daļēja rīcībspēja, nenosakot ierobežojumus attiecībā uz gribas izteikumu ārstniecībā.

Pacienšu tiesību likuma 13.panta otro daļu izteikt šādā redakcijā:

„(2)Nepilngadīga pacienta (no 14 gadu vecuma) ārstniecība ir pieļaujama, ja saņemta viņa piekrišana, izņemot šā likuma 7.panta astotajā daļā noteikto. Nepilngadīgs pacients (no 14 gadu vecuma) nav tiesīgs dot piekrišanu audu un orgānu izņemšanai un asins paraugu nodošanai.”

Pacientu tiesību likuma 13.panta trešo daļu izteikt šādā redakcijā:

“(3)Ja nepilngadīgais pacients (no 14 gadu vecuma) pieņem lēmumu ārstniecībā, bet ārsts uzskata, ka pieņemtais lēmums neatbilst pacienta interesēm, tad lēmumu saistībā ar nepilngadīgā pacienta ārstniecību pieņem viņa likumiskais vietnieks”.

Papildināt Pacientu tiesību likumu ar 6.panta astoto daļu šādā redakcijā:

„(8) Pacientam ir tiesības izteikt gribu ārstniecībā arī tādā gadījumā, ja viņam ir nodibināta aizgādība izlaidīgas vai izšķērdīgas dzīves dēļ vai ja viņam ir noteikta daļēja rīcībspēja garīgo traucējumu dēļ, neierobežojot minētās pacienta tiesības.”

5. Attīstoties zinātnei, telekomunikācijas līdzekļu izmantošana ārstniecībā (telemedicīna) noteiktos gadījumos ir pacienta interesēs, neskatoties uz atkāpi no tiešuma principa. Tādēļ Latvijā nepieciešams izstrādāt telemedicīnas normatīvo regulējumu, kas varētu balstīties uz sekojošiem provizoriskajiem virzieniem: 1) telemedicīnas konsultācijas (lēmuma par konsultāciju pieņemšana; lēmuma pamatojums; konsultācijas kārtība; tiesiskās sekas); 2) elektroniskā dokumentācija (datu bāžu veidi; datu bāžu turētājs; reģistrācijas un pieejamības kārtība; tiesiskās aizsardzības mehānisms konfidencialitātes nodrošināšanai u.c.).

Papildināt Ārstniecības likumu ar 53.<sup>2</sup> pantu šādā redakcijā:

„53.<sup>2</sup> pants. Ārstniecībā pieļaujams papildus izmantot telekomunikācijas līdzekļus, ja tas ir pacienta interesēs.”

Likuma „Par prakses ārstiem” 6.pantu izteikt šādā redakcijā:

*„6.pants. Prakses ārsts darbojas personiski un tieši. Ārstniecībā pieļaujams papildus izmantot telekomunikācijas līdzekļus, ja tas ir pacienta interesēs.”*

6. Neatliekamās ārstniecības modelī šī brīža tehniskās attīstības līmenī nav iespējams pilnībā novērst trūkumus, kurus rada atkāpes no tiešuma principa. Bet ārstniecības modeļa pilnveidošanai ieviešami sekojoši principi: a) dežurējošās ārstniecības personas iniciatīvas pienākums informācijas ieguvē izsaukuma gadījumā; b) šaubu gadījumā izsaukuma izvērtējumam jābūt par labu pacientam, kā rezultātā pacientam samazināmas sankcijas, kas var prasīt papildus finansējumu neatliekamajai ārstniecībai.

Veikt šādus grozījumus Ministru Kabineta 2006.gada 19.decembra noteikumos nr.1046.

„Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”:

1)minēto noteikumu 113.punktu papildināt ar šādu teikumu:

*„Šaubu gadījumā neatliekamās medicīniskās palīdzības izsaukuma izvērtējums ir par labu pacientam.”*

2)minēto noteikumu 115.punktu papildināt ar šādu teikumu:

*„Šaubu gadījumā neatliekamās medicīniskās palīdzības izsaukuma izvērtējums ir par labu pacientam.”*

3)minēto noteikumu 117.punktu izteikt šādā redakcijā:

*„117. Neatliekamās medicīniskās palīdzības iestāde reģistrē neatliekamās medicīniskās palīdzības izsaukumus. Attiecīgās iestādes atbildīgā dežurējošā ārstniecības persona uzdod jautājumus izsaukuma veicējam par gadījumu, izvērtē saņemto informāciju, nosaka steidzamību, kādā cietušajam (saslimušajam) sniedzama neatliekamā medicīniskā palīdzība, kā arī atsaka nepamatotus izsaukumus (izsaukumus, kas nav minēti šo noteikumu 112.punktā), ja nepieciešams, informē neatliekamās palīdzības izsaucēju, ka nepamatots izsaukums ir maksas pakalpojums un sniedz informāciju par citām veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas iespējām.”*

7. Pacienta vietniecība nav saprotama tikai kā tiesības atvietot pacientu. Balstoties uz pacienta vietniecības tiesisko raksturu, noteiktam vietnieku lokam ir pienākums atvietot pacientu. Tādēļ nostiprināms princips, ka ar vietniecības pienākumu saistītajam pacienta likumisko vietnieku sašaurinātajam lokam (aizbildnim, aizgādnim, nepilngadīgā vecākiem vai adoptētājam) un līgumiskajam vietniekam pienākuma neizpildes vai nepienācīgas izpildes gadījumā, radot kaitējumus vai tā draudus pacienta veselībai, ir paredzama civiltiesiskā atbildība, jo tiek aizskartas pacienta tiesības būt atvietotam ārstniecībā.

Papildināt Pacientu tiesību likumu ar 7.panta vienpadsmito un divpadsmito daļu šādā redakcijā:

„(11)Pacienta likumisko vietnieku sašaurinātajam lokam (aizbildnim, aizgādnim, nepilngadīgā vecākiem vai adoptētājam) un līgumiskajam vietniekam ir pienākums atvietot pacientu lēmuma pieņemšanā ārstniecībā.

(12)Ja šī pienākuma neizpilde vai nepienācīga izpilde rada kaitējumu vai tā draudus pacienta veselībai, tad pacientam ir tiesības prasīt apmierinājumu (zaudējumu atlīdzību un morālā kaitējuma kompensāciju) no minētajiem pacienta vietniekiem.”

8. Analizējot pacienta vietniecības veidus, iezīmējas divi nepieciešamo izmaiņu virzieni, lai pilnveidotu pacienta gribas civiltiesisko aizsardzību pacienta vietniecībā:

8.1. precizējot normatīvajos aktos pastāvošās neskaidrības:

a) pacienta likumisko vietnieku šaurākajam lokam (aizbildnis, aizgādnis, kā arī vecāki vai adoptētājs nepilngadīgam pacientam) ir prioritāte pār plašāko loku (citi pacienta radnieki) pacienta likumiskās vietniecības gadījumā;

b) pacienta līgumiskajam vietniekam ir prioritāte ārstniecībā pār pacienta likumisko vietnieku arī tad, ja pēc pilnvarojuma līguma noslēgšanas rodas pamats pacienta likumiskajai vietniecībai, t.i., pacientam zaudējot spēju izteikt gribu ārstniecībā;

c) pacienta likumiskie vietnieki nav tiesīgi pilnvarot līgumisko vietnieku, lai viņš atvietotu pacientu ārstniecībā likumisko vietnieku vietā, bet netiek izslēgta iespēja nodot līgumiskajam vietniekam citu atvasināto uzdevumu izpildi.

8.2. ieviešot jaunus pacienta gribas civiltiesiskās aizsardzības līdzekļus pacienta vietniecībā:

a) kontrolējot pacienta vietnieka atteikumu no pacienta ārstniecības, ir jāpaplašina atteikšanās atcēluma metodes pielietojums un ir jāievieš atteikuma leģitimācijas metodi, ja ārstniecības pārtraukšana apdraud pacienta dzīvību vai rada būtiska veselības kaitējuma draudus (ieviešamā pacienta vietnieka atteikuma leģitimācijas metode kalpo arī kā pacienta tiesiskās aizsardzības līdzeklis gadījumam, ja pacienta vietnieks atsakās no informācijas saņemšanas);

b) juridiska persona (piemēram, īpaši šim mērķim izveidots fonds) var būt par pacienta līgumisko vietnieku ārstniecībā.

Papildināt Pacientu tiesību likumu ar 14.panta astoto un deviņto daļu šādā redakcijā:

„(8)Šā likuma 14.pantā noteiktā bāriņtiesas piekritība tādā pašā apjomā attiecas arī uz:

1) pilngadīgām personām bez medicīniskās rīcībspējas;

2) rīcībnespējīgām personām;

3) daļēji rīcībspējīgām personām.

(9) Pacienta vietniekam nepieciešams saņemt rakstisku bāriņtiesas piekrišanu, lai atteiktos no pacienta ārstniecības, ja ārstniecības pārtraukšana apdraud pacienta dzīvību vai rada būtiska veselības kaitējuma draudus.”

Papildināt Pacientu tiesību likumu ar 7.panta desmito daļu šādā redakcijā:

„(10) Par pacienta līgumisko vietnieku ārstniecībā var būt arī juridiska persona, kas speciāli nodibināta šādam mērķim.”

9. Pacienta tiesības uz informāciju ir cieši saistītas ar diviem (šobrīd prezumējamiem) pienākumiem, kas tieši nosakāmi normatīvajā regulējumā.

1) Atsevišķos gadījumos pacienta tiesības uz informāciju transformējas par pacienta pienākumu saņemt no ārstniecības personas informāciju publisko interešu labā. Pretējā gadījumā pacientam iestājas normatīvajos aktos noteiktās tiesiskās sekas.

2) Pacienta tiesības uz informāciju konstituē ārstniecības personas pienākumu sniegt informāciju pacientam, balstoties uz pacienta piekrišanas prezumpciju informācijas saņemšanai.

Papildināt Pacientu tiesību likumu ar 4.panta divpadsmito daļu šādā redakcijā:

„(12) Pacientam ir pienākums saņemt informāciju normatīvajos aktos paredzētajos gadījumos. Pretējā gadījumā pacientam iestājas normatīvajos aktos noteiktās tiesiskās sekas”.

Papildināt Ārstniecības likumu ar 53.<sup>3</sup> pantu šādā redakcijā:

„53.<sup>3</sup> pants. Ārstniecības personai ir jāsniedz pacientam informāciju normatīvajos aktos noteiktajā apjomā un veidā”.

Papildināt Pacientu tiesību likumu ar 4.panta desmito daļu šādā redakcijā:

„(10) Līdz brīdim, kamēr patients nav atteicies no informācijas saņemšanas, uzskatāms, ka viņš ir piekritis tās saņemšanai.”

10. Likumā ir konstatējami informācijas par pacienta veselības stāvokli saturiskie elementi (ārstniecības mērķis, saturs, sekas, riski), bet netiek norādīts, kā ir nosakāms minētās informācijas apjoms, t.i., cik daudz informācijas ir jāsniedz pacientam. Apšaubāma objektīva nepieciešamība un iespēja pacientam sniegt pilnu informāciju par veselības stāvokli. Informācijas apjoma noteikšanā ir pielietojama kompromisa metode, kur:

1) ārstam ir tiesības iniciēt informācijas apjoma noteikšanu;

2) ārstam ir jābalstās uz saprātīga pacienta pamatprincipiem un konkrētā pacienta veselības medicīniskajiem kritērijiem informācijas apjoma noteikšanā;

3) lai netiktu zaudēta saikne ar konkrēto pacientu, pacientam ir tiesības jautāt, kas vērtējamas kā informācijas apjoma korekcijas līdzeklis. Ārstniecības personai ir pienākums atbildēt uz pacienta jautājumiem.

Papildināt Pacientu tiesību likumu ar 4.panta devīto un vienpadsmito daļu šādā redakcijā:

„(9)Ārstējošam ārstam, nosakot sniedzamās informācijas apjomu par pacienta veselības stāvokli, jāņem vērā gan vispārīga informācija par līdzīga rakstura veselības traucējumiem, gan konkrētā pacienta individuālie veselības traucējumi.

(11)Pacientam ir tiesības uzdot jautājumus. Ārstniecības personai pienākums sniegt atbildes uz tiem.”

11. Neatbilstoša informācijas sniegšanas veida pielietojums var radīt pacienta neinformētību, kam iestājas noteiktas civiltiesiskas sekas (t.i., tiesas kārtībā pacientam tiesības prasīt, lai viņa gribas izteikumu atzītu par spēkā neesošu, un tiesības prasīt apmierinājumu par tiesību aizskārumu). Likumā nav iestrādāta kompleksa pieeja informācijas sniegšanas veida noteikšanā, tādējādi nepietiekami aizsargājot netieši arī pašu pacienta gribas izteikumu. Normatīvajā regulējumā nostiprināmi trīs principi, lai nodrošinātu informācijas sniegšanu pacientam saprotamā veidā:

1) precizējami kritēriji, kas ietekmē pacienta spēju saprast informāciju;

2) ārstniecības personai ir nosakāms pienākums pārliicināties, ka konkrētais pacients ir sapratis viņam sniegto informāciju;

3) likumā nosakāma informācijas sniegšanas forma un prasība fiksēt ārstniecības personas sniegtās informācijas saņemšanu.

Tas panākams ar šādiem normatīvo aktu grozījumiem.

Papildināt Pacientu tiesību likumu ar 4.<sup>1</sup> pantu šādā redakcijā:

„4.<sup>1</sup> pants. Informācijas sniegšanas veids

(1)Ārstniecības persona sniedz informāciju pacientam saprotamā veidā, ņemot vērā subjektīvu un objektīvu faktoru ietekmi uz pacienta spēju saprast informāciju.

(2)Ja informācija pacientam netiek sniegta saprotamā veidā, kā rezultātā pacients nesaņem atbilstošu informācijas apjomu, tad tiesas kārtībā pacienta gribas izteikums atzīstams par spēkā neesošu, un pacientam tiesības prasīt apmierinājumu.

(3)Informācija pacientam sniedzama mutiski vai, ja to pieprasa pacients vai ārstējošais ārsts, rakstveidā.

(4)Ārstniecības personai saprātīgi jāpārliicinās, ka konkrētais pacients ir sapratis viņam sniegto informāciju.

(5)Ārstējošais ārsts veic rakstveida atzīmi pacienta slimības vēsturē, ja:

1) pacients izsaka gribu rakstveidā un viņš ir saņēmis informāciju; vai

2) *pacients atsakās no informācijas saņemšanas.*”

12. Normatīvais regulējums neparedz ārstam objektīvu informācijas iegūvi par pacienta rīcībspēju un viņa vietniekiem, tādējādi nenodrošinot arī pilnīgu pacienta gribas civiltiesisko aizsardzību. Darbā ierosināts papildināt Iedzīvotāju reģistra normatīvo regulējumu, nosakot vēl papildus reģistrā iekļaujamās ziņas un paredzot arī ārstniecības personām/ iestādēm autorizētu piekļuvi šim reģistram.

Iedzīvotāju reģistrā iekļaujamas arī:

- 1) ziņas par personām ar ierobežotu vai atņemtu rīcībspēju – šo personas rīcībspējas apjoms;
- 2) ziņas par pacienta likumisko vietnieku paplašināto loku;
- 3) ziņas par pacienta līgumisko vietnieku un viņa pilnvarojuma apjomu (ja pilnvarojuma līgums tiek noslēgts ārstniecības gadījumam).

Pacientu tiesību likuma 7.panta septīto daļu izteikt šādā redakcijā:

„(7)Ja Iedzīvotāju reģistrā nav ziņu par pacienta vietnieku vai pacients rakstveidā aizliedzis likumiskajam vietniekam viņa vietā pieņemt lēmumu, tad lēmumu par ārstniecību, kas vislabāk ietekmētu pacienta veselības stāvokli, pieņem ārstu konsilijs.”

Papildināt Iedzīvotāju reģistra likuma 10.panta pirmās daļas 23.punktu ar d) apakšpunktu šādā redakcijā:

„d) personas rīcībspējas apjoms.”

Papildināt Iedzīvotāju reģistra likuma 10.panta pirmo daļu ar 37.-40.punktiem šādā redakcijā:

„37) ziņas par brāļiem un māsām;

38) ziņas par vecvecākiem;

39) ziņas par mazbērniem;

40) ziņas par līgumisko vietnieku un viņa pilnvarojuma apjomu un termiņu, ja pilnvarojuma līgums tiek noslēgts ārstniecības gadījumam.”

Iedzīvotāju reģistra likuma 10.panta pirmās daļas 21.punktu izteikt šādā redakcijā:

„21) ziņas par bērniem.”

Izslēgt Iedzīvotāju reģistra likuma 10.panta ceturto daļu.

13. Iegūstot informāciju, kas nepieciešama pacienta gribas izteikumam, informācijas apritē neizbēgami tiek iesaistīta arī pacienta informācija. Lai pilnveidotu pacienta gribas civiltiesisko aizsardzību, nepieciešams attīstīt sekojošus pacienta informācijas konfidencialitātes principus:

- 13.1. Ārstniecības normatīvajā regulējumā viennozīmīgi netiek noteikts, ar kuru brīdi nodibinās informācijas par pacientu konfidencialitāte. Tā rodas ar brīdi, kad ar konfidencialitātes pienākumu saistītais tiesību subjekts, pildot savus profesionālos vai



citus darba pienākumus, iegūst konfidenciālo informāciju, nesaistot to strikti tikai ar ārstniecības līguma noslēgšanas brīdi.

Pacientu tiesību likuma 10.panta trešo daļu izteikt sekojošā redakcijā:

„(3)Šā panta pirmajā daļā minētā informācija nav izpaužama no brīža, kad ārstniecības persona (ārstniecības iestāde) vai tās darbinieks ieguva minēto informāciju, pildot savus pienākumus, kā arī pēc pacienta nāves.”

13.2. Pacientu tiesību likumā noteiktais konfidencialās informācijas par pacientu apjoms ir nepietiekams, jo minētajā apjomā tieši netiek iekļauta pacienta radnieku privātās dzīves informācija, kas tiek iegūta, veicot pacienta ārstniecību, kā arī nepietiekami tiek aizsargāta informācija par ārstniecības personas/iestādes apmeklējuma faktu.

Pacientu tiesību likuma 10.panta pirmo daļu izteikt sekojošā redakcijā:

„(1)Informācija, kas tieši un netieši attiecas uz identificētu vai identificējamu pacientu, ir aizsargājama saskaņā ar fizisko personu datu aizsardzību regulējošajiem normatīvajiem aktiem. Minētās informācijas apjomā iekļaujama arī informācija par ārstniecības personas (ārstniecības iestādes) apmeklējuma faktu.”

13.3. Neskatoties uz to, ka pacienta informācijas konfidencialitāte nav tikai strikti privāta interese, saprātīgā apjomā ir paplašināms minētās informācijas izpaušanas tiesiskais pamats trešo personu (privātu interešu) labā, neievērojot paša pacienta gribu, ja pacienta rīcība apdraud identificējamās trešās personas būtiskās intereses (dzīvību, veselību).

Papildināt Pacientu tiesību likuma 10.pantu ar desmito daļu šādā redakcijā:

„(10)Pacienta ārstējošajam ārstam ir pienākums brīdināt identificējamu personu par iespējamajām briesmām, ja ārstam ir informācija, ka pacienta rīcība var nodarīt būtisku kaitējumu minētās personas veselībai vai apdraudēt tās dzīvību.”

14. Informācijas tiesiska nesniegšana pacientam nekaitēšanas nolūkā likumā ir regulēta neatbilstoši, atšķirībā no citiem informācijas tiesiskas nesniegšanas veidiem, jo nav noteikta prioritāte starp pacienta gribu un minēto informācijas nesniegšanas veidu, kā arī netiek atrunāti nozīmīgi minētā veida aspekti, kas ietekmē pacienta gribu. Autore piedāvā normatīvajā regulējumā ieviest sekojošus principus attiecībā uz informācijas nesniegšanu pacientam nekaitēšanas nolūkā:

- 1) pacienta tiesības uz informāciju pārsver ārstniecības personas tiesības nesniegt informāciju pacientam nekaitēšanas nolūkā;
- 2) tiesiskais pamats informācijas nesniegšanai pacientam nekaitēšanas nolūkā nenodibina pacienta likumisko vietniecību;

3) nav atbalstāma informācijas nesniegšana pacientam nekaitēšanas nolūkā tikai citu personu labā;

4) pacientam nekaitēšanas nolūkā nesniedzamās informācijas apjoms nosakāms, ņemot vērā informācijas tiešo un pastarpināto ietekmi uz noteiktu objektu (pacienta dzīvību vai veselību).

Papildināt Pacientu tiesību likumu ar 4.<sup>2</sup> pantu šādā redakcijā:

*„4.<sup>2</sup> pants. Informācijas tiesiska nesniegšana pacientam*

*(1) Ārstniecības persona (iestāde) nav saucama pie atbildības, kā arī pacienta gribas izteikums ir spēkā arī tad, ja pacientam likumā noteiktajos izņēmuma gadījumos netiek sniegta informācija.*

*(2) Šī panta pirmajā daļā minētie gadījumi ir:*

*1) ja vilcināšanās apdraud pacienta dzīvību un nav iespējams saņemt savlaicīgu paša pacienta vai viņa vietnieka gribas izteikumu par pacienta neatliekamo ārstniecību;*

*2) ja invazīvās iejaukšanās laikā pacientam ir veicama iepriekš neplānota neatliekamā ārstniecība vai neveiktās ārstniecības dēļ radīšies nesalīdzināmi lielāks kaitējums pacienta veselībai un nav iespējams saņemt pacienta gribas izteikumu par minēto ārstniecību;*

*3) ja ārsta rīcībā ir ziņas vai fakti, ka informācijas saņemšana tieši vai pastarpināti būtiski apdraud pacienta dzīvību vai veselību.*

*(3) Ja pacients īpaši pieprasa informāciju no ārstniecības personas, tad ārstniecības personai ir pienākums sniegt pilnīgu informāciju pacientam, neskatoties uz objektīviem apstākļiem, kas ārstniecības personai dotu tiesības nesniegt informāciju, lai nekaitētu pacientam.*

*(4) Ja rīcībspējīgam pacientam netiek sniegta informācija nekaitēšanas nolūkā, tad tas nerada pacienta vietniekam tiesības uz pacienta informāciju.”*

15. Normatīvajos aktos tieši nav noteikts, vai piespiedu veidā stacionētam pacientam ar psihiskiem traucējumiem vienmēr ir veicama arī piespiedu ārstniecība, pastāvot argumentiem par labu abiem variantiem. Autore nonāk pie secinājuma, ka rīcībspējīgam piespiedu stacionētam pacientam ir veicama samērīga piespiedu ārstniecība, ņemot vērā pacienta psihisko traucējumu smagumu un medicīniskās iejaukšanās raksturu, kur pacientam ar vieglākiem psihiskiem traucējumiem tomēr ir tiesības atteikties no smagas medicīniskās iejaukšanās.

Papildināt Ārstniecības likumu ar 70.<sup>1</sup> pantu šādā redakcijā:

*„70.<sup>1</sup> pants. Rīcībspējīgam, piespiedu stacionētam pacientam ar psihiskiem traucējumiem ir tiesības atteikties no piespiedu ārstniecības, ja plānotā medicīniskā iejaukšanās ir nesamērīga ar pacienta psihisko traucējumu smagumu.”*

16. Atbilstoši tiesību zinātnē noskaidrotajam normatīvajā regulējumā ir veicama atruna, atzīstot, ka pacienta gribas izteikšanas brīvprātība kā pacienta gribas izteikuma spēkā esamības kritērijs ir relatīva, jo pacienta veselības traucējumi ir vērtējami kā faktiski, objektīvs pamudinājums pacientam izteikt gribu ārstniecības tiesisko attiecību nodibināšanai, kas nav novēršams.

Papildināt Pacientu tiesību likuma 3.pantu ar septīto daļu šādā redakcijā:

„(7)Pacienta gribas izteikums ir spēkā, ja pastāv sekojoši nosacījumi:

1) pacients ir spējīgs izteikt gribu;

2) pacients ir informēts;

3) pacienta griba ir brīva. Pacienta veselības traucējumu faktiskā ietekme uz pacienta gribu neatņem pacienta gribas izteikumam spēku.”

17. Ņemot vērā ārstniecības attiecību civiltiesisko raksturu, ir atbalstāms pacienta līdzdalības palielinājums ārstniecības finansējumā. Latvijā ir ieviešama obligātā veselības apdrošināšanas sistēma, kas darītu samērīgu ekonomiskā faktora ietekmi uz pacienta gribas brīvību.

18. Pēc pacienta gribas konstatācijas veida, pacienta griba dalās – 1) tiešā (šī brīža griba un iepriekš izteiktā griba), un 2) tiesiski pieņemamā (pacienta prezumējamā griba un gribas prezumpcija). Minētie pacienta gribas izteikuma veidi atrodas hierarhijas attiecībās uzskaitītajā secībā. Pacienta prezumējamā griba ir atšķirīga no pacienta gribas prezumpcijas tās individualizētā rakstura dēļ, kas ir sarežģītāk konstatējama, bet ar kuru iespējams sasniegt taisnīgāku rezultātu.

Papildināt Pacientu tiesību likumu ar 3.panta astoto daļu šādā redakcijā:

„(8)Pacienta griba ir konstatējama no šī brīža gribas izteikuma, no iepriekš veikta gribas izteikuma, no prezumējamās gribas un no gribas prezumpcijas. Minētie pacienta gribas izteikumi atrodas hierarhijas attiecībās uzskaitītajā secībā.”

19. Latvijas normatīvajā regulējumā netiek noteikti visu pacienta gribas izteikumu veidu formas nosacījumi. Regulējot Pacientu tiesību likumā tikai tieša šī brīža pacienta gribas izteikuma kā divpusēja (daudzpusēja) darījuma sastāvdaļas formu, nav ieviesti vienoti objektīvi kritēriji formas prasībām, neatkarīgi no gribas izteikuma veida (piekrišana vai atteikšanās). Atbalstāms ir noteikt pacienta gribas izteikuma rakstveida formu, ja pacientam nepieciešama invazīva medicīniska iejaukšanās vai ja, pacientam izsakot gribu, iespējams vērā ņemams kaitējums pacienta veselībai. Pie tam normatīvajā regulējumā netiek noteikts, kādā formā ir dodams pacienta gribas izteikuma atsaukums, nosakot tikai pacienta sākotnējo gribas izteikumu formu. Atsaukumam nosakāma rakstveida formas prasība.

Papildināt Pacientu tiesību likumu ar 6.panta otro daļu šādā redakcijā:

*„(2) Informēto piekrišanu noformē rakstveidā, ja tiks veikta invazīva medicīniska iejaukšanās. Citos gadījumos pacientam vai ārstējošajam ārstam ir tiesības pieprasīt rakstveida piekrišanu.”*

20. Latvijas normatīvajos aktos ir nepietiekošs un strīdīgs pacienta iepriekš izteiktās gribas regulējums. Nepieciešams izstrādāt un ieviest detalizētu minētā institūta regulējumu un izveidot pacienta iepriekš izteiktās gribas valsts reģistru, tādējādi pilnveidojot pacienta gribas civiltiesisko aizsardzību. Autore piedāvā sekojošu risinājumu.

Papildināt Pacientu tiesību likumu ar 6<sup>2</sup>. pantu šādā redakcijā:

*„6.<sup>2</sup> pants. Pacienta iepriekš izteiktā griba (pacienta rīkojums)*

*(1) Jebkurai ar atbilstošu rīcībspēju apveltītai personai ir tiesības ārstniecībā izteikt gribu iepriekš (pacienta rīkojums), nosakot ar to pacienta ārstniecību un rīcību ar pacienta ķermeni un informāciju.*

*(2) Pacients izsaka rīkojumu rakstveidā, to datējot, un reģistrē Pacientu rīkojumu reģistrā. Minētā reģistra turētājs ir Latvijas Republikas Veselības ministrija.*

*(3) Pacienta gribas izteikumam šim brīdim ir prioritāte pār pacienta rīkojumu.*

*(4) Pacientam ir tiesības izteikt rīkojumu jebkuram gadījumam, neatkarīgi no pacienta rīkojuma izpildes laika.*

*(5) Pacienta rīkojums stājas spēkā ar reģistrācijas brīdi Pacientu rīkojumu reģistrā. Minētais rīkojums ir nosacīts ar gadījuma iestāšanos, kuram tas tika izteikts*

*(6) Pacients rīkojumā var atteikties no atdzīvināšanas ārstniecības metodēm vai dzīvību uzturošās ārstniecības gadījumā:*

*1) ja pacienta nāve nav novēršama, vai*

*2) ja slimība, vecums, negadījums radīs pacientam tādus veselības traucējumus, kuru dēļ pacients nespēs patstāvīgi par sevi garīgi un fiziski rūpēties.*

*(7) Pacients rīkojumā var iecelt sev vietnieku rīcībnespējas gadījumam ārstniecībā. Pacienta rīkojumā ieceltajai personai ir tiesības iesniegt rakstveida pieteikumu bāriņtiesā, lai viņu apstiprinātu par pacienta līgumisko vietnieku.*

*(8) Pacienta rīkojums ir saistošs personām, kuras ir iesaistītas pacienta ārstniecībā un kurām ir pienākums ievērot pacienta gribu.*

*(9) Pacientam ir tiesības jebkurā laikā rakstveidā atsaukt izteikto rīkojumu, paziņojot Pacientu rīkojumu reģistram.*

*(10) Tiesa, saņemot ieinteresēto personu pieteikumu, var lemt par pacienta rīkojuma izbeigšanos, ja kopš izteiktā pacienta rīkojuma, attīstoties medicīnai, ir radušās jaunas ārstniecības iespējas, kuras zinot, pacients būtu pieņēmis citu lēmumu.*

*(11) Pacienta rīkojums ir spēkā 5 gadus.*

*(12)Pacientam ir tiesības atjaunot pacienta rīkojumu, paziņojot rakstiski Pacientu rīkojumu reģistram.*

*(13)Pacienta rīkojuma noilguma termiņš tiek apturēts uz periodu, kamēr pacients nespēj izteikt gribu ārstniecībā.”*

21. Latvijas normatīvajā regulējumā ir konstatējamas tikai netiešas norādes par pacienta atsaukumu kā atvasināto gribas izteikumu, analizējot gribas izteikumus pēc to izcelšanās rakstura. Minētais regulējums ir nepietiekošs, ņemot vērā šī institūta nozīmīgumu pacienta gribas civiltiesiskajā aizsardzībā un tā atšķirīgās tiesiskā rakstura īpatnības. Autore piedāvā ieviest normatīvajā regulējumā sekojošus pacienta atsaukuma pamatprincipus.

*Papildināt Pacientu tiesību likumu ar 6<sup>1</sup>.pantu šādā redakcijā:*

*„6<sup>1</sup>.pants. Pacienta gribas izteikuma atsaukums*

*(1)Pacientam ir tiesības atsaukt gribas izteikumu jebkurā laikā, izņemot, ja ir iestājušās lietu norises neatgriezeniskās sekas.*

*(2)Pacienta izteiktais lēmums zaudē spēku, ja pacients to atbilstošā formā atsauc. Pacienta gribas izteikuma atsaukums nav pretējā lēmuma prezumpcija.*

*(3)Pacients rakstveidā atsauc izteikto lēmumu.*

*(4)Ja pacients objektīvu apstākļu dēļ nespēj izteikt atsaukumu rakstveidā, tad ārstējošais ārsts pieaicina divus pilngadīgus un rīcībspējīgus lieciniekus, kuri ar savu parakstu apliecina, ka pacients ir pieņēmis minēto lēmumu.*

*(5)Pacienta gribas izteikuma atsaukums nedrīkst radīt pacientam negatīvas sekas.”*

### **Anotācija**

Veselība ir viens no cilvēka pamatlabumiem, ar kuru lielākā vai mazākā mērā ir saistītas daudzas tiesiskās attiecības, kurās ikdienā iesaistās persona kā tiesību subjekts. Tāpēc ir uzsverama veselības aprūpes tiesiskās sistēmas nozīmība veselības nostiprināšanas, atjaunošanas aspektā, īpaši izdalot pacienta un ārstniecības personas/iestādes savstarpējās tiesiskās attiecības.

Tiesību zinātnē kopumā vairāk netiek atbalstīta paternālisma jeb aizbildnieciskā pieeja pār pacientu. Iezīmējas virziens, kur tiesiskie līdzekļi ir vērsti uz pacientu kā patstāvīgu tiesību subjektu ar specifisku tiesību, pienākumu un atbildības kopumu.

Mūsdienās norisinās ļoti strauja medicīnas attīstība. Līdz ar to medicīniskā iejaukšanās attiecībā uz pacientu kļūst daudz personiskāka, pat „agresīvāka”. Iezīmējas jaunas tiesiskas

problēmas, kas vēl nesenā pagātnē nebija zināmas un aktuālas. Tas rada nepieciešamību pievērst lielāku uzmanību pacienta gribas tiesiskās aizsardzības mehānismam, tā pilnveidošanai.

Par pacienta un ārstniecības personas/iestādes tiesisko attiecību kodolu mūsdienu skatījumā ir uzskatāma pacienta griba, kurai tieši un netieši ir pakārtotas tālākās pušu savstarpējās tiesiskās attiecības. Bet pacienta gribas institūts ir samērā komplicēts, kas ietver sevī daudzas tiesiskas nianšes un problēmas.

Pacienta gribas tiesiskā aizsardzība tiek noteikta gan starptautiskajos tiesību aktos, gan arī konstatējama valstu konstitucionālajā līmenī. Ar Pacientu tiesību likuma stāšanās spēkā 2010.gada 1.martā Latvijas normatīvais regulējums attiecībā uz pacienta gribu kļuva detalizētāks. Tomēr kopumā normatīvajā regulējumā joprojām ir konstatējamas problēmas un nepilnības, kas ir novēršamas, lai vispusīgāk un pilnīgāk tiktu aizsargāta un ņemta vērā arī pacienta griba.

Vēsturiski objektīvu apstākļu dēļ juridiskā prakse attiecībā uz pacienta un ārstniecības personas/iestādes tiesiskajām attiecībām, arī pacienta gribu, Latvijā vēl tikai veidojas atšķirībā no Rietumu valstīm. Līdz ar to ir uzsverama normatīvā regulējuma un tiesību doktrīnas nozīme pacienta gribas civiltiesiskās aizsardzības izstrādē.

Promocijas darba galvenais mērķis ir izstrādāt visus svarīgākos komponentus aptverošu pētījumu par daudzšķautņaino pacienta gribas civiltiesisko aizsardzību, analizējot pastāvošās problēmas, nepilnības un piedāvājot konkrētus priekšlikumus to novēršanai. Vadoties no darba mērķa, pētījumam izvirzīti sekojoši uzdevumi:

- 1) analizēt pacienta gribas institūta vēsturisko izcelšanos;
- 2) noskaidrot pacienta gribas nākotnes attīstības perspektīvas pacienta un ārstniecības personas/iestādes tiesisko attiecību modeļos;
- 3) analizēt pacienta spēju izteikt gribu, ietverot pacienta tiesībspēju, rīcībspēju un vietniecību;
- 4) pētīt pacienta informētības kā pacienta gribas izteikuma priekšnosacījuma tiesiskos aspektus;
- 5) veikt informācijas tiesiskas nesniegšanas pacientam analīzi;
- 6) aplūkot pacienta gribas izteikšanas brīvprātību un to ietekmējošos faktorus;
- 7) izvērtēt pacienta ārstniecību bez pacienta piekrišanas un pret pacienta gribu;
- 8) analizēt pacienta gribas izteikuma veidus un formu.

Promocijas darba izstrādē izmantotas šādas zinātniskās pētniecības metodes: 1) vēsturiskā metode; 2) salīdzinošā metode; 3) analītiskā metode; 4) gramatiskā metode; 5) teleoloģiskā metode; 6) sistēmiskā metode; 7) induktīvā metode; 8) deduktīvā metode.

Pētījuma gaitā analizēti: a)starptautiskie tiesību akti, nacionālie un ārvalstu normatīvie akti; b)Eiropas Cilvēktiesību tiesas, Eiropas Savienības (bij. Kopienas) tiesas, ārvalstu tiesu un Latvijas tiesu prakse u.c. juridiskās prakses materiāli; c)latviešu, krievu, angļu un vācu valodās izdotā

literatūra. Kopā darbā ir izmantoti 548 avoti (311 literatūras avoti, 123 normatīvie akti, 114 juridiskās prakses materiāli). Darbs izstrādāts balstoties galvenokārt uz ārvalstu un Latvijas normatīvajiem aktiem un tiesu prakses materiāliem, analizējot pacienta gribas civiltiesiskās aizsardzības principus, kas ir atbilstoši Latvijas tiesību sistēmai.

Darba teorētiskā nozīme un novitāte izpaužas pacienta gribas un tās civiltiesiskās aizsardzības pētniecībā, kā rezultātā ir piedāvātas civiltiesībās jaunas teorētiskas un praktiski pielietojamas atziņas. Izstrādātais pētījums ir pirmais šādas ievirzes un apjoma zinātniskais darbs Latvijā par pacienta gribas civiltiesisko aizsardzību. Teorētiskās analīzes rezultātā darbā ir izteikti priekšlikumi pacienta gribas civiltiesiskās aizsardzības: pirmkārt, konstatēto nepilnību novēršanai (piemēram, kompleksu pieeju informācijas sniegšanas pacientam veida noteikšanai, principus pacienta iepriekš izteiktai gribai un pacienta gribas izteikuma atsaukumam, kritērijus pacienta gribas izteikumu veidu formai); otrkārt, pilnveidošanai, paredzot jaunus tiesību institūtus (piemēram, pacienta vietnieka lēmuma kontrolei leģitimācijas metodi, medicīnisko rīcībspēju) un piedāvājot sistēmas maiņu (piemēram, ieviest valsts obligāto veselības apdrošināšanas sistēmu).

Darba struktūra sastāv no trīs virzieniem. Pirmkārt, analizēti pacienta gribas izteikuma pamatprincipi, un pacienta gribas nozīme ārstniecības tiesisko attiecību vēsturiskajā attīstībā. Otrkārt, darbā pētīti pacienta gribas izteikuma galvenie komponenti un tos ietekmējošie faktori. Un, treškārt, ir izstrādāta pacienta gribas izteikumu veidu sistēma, vērtējot arī tiem atbilstošas formas prasības.

### **Annotation**

Health is one of the human's basic benefits and many legal relations involving a person as a subject of rights to a smaller or larger extent are related to it. Thus, the significance of the legal system of health care in strengthening health and recovery shall be emphasized, especially highlighting the mutual legal relations between a patient and a medical person/establishment.

In general in law science the paternalism or protective approach to the patient is not supported anymore. A new trend is observed where legal instruments are oriented to the patient as an independent entity with a specific totality of rights, duties and responsibility.

In nowadays the development of medicine passed off very quickly. Therefore medical interference is not only more personal but also „aggressive” in relation to the patient. There are

new legal issues that were not known and actual in the recent past and current. It creates the need for more attention on the civil protection mechanism of patient's will and its improvement.

Nowadays the kernel of legal relations of the patient and the treating medical person/establishment conditionally can be considered the patient's will. But the patient's will institute is relatively complicated, what includes many of the legal nuances and problems.

The legal protection of the patient's will is definite by international law acts as well as on the constitutional level of states. When the law on the rights of patients came into force on March 1, 2010 the normative regulations regarding patient's will became more nuanced, detailed. However, normative acts still contain problems and defects that are avoidable for the protection and to take on discount the patient's will too.

The main aim of the dissertation is develop a research including all most significant components about civil protection of multi-faceted patient's will by analyzing the existing problems, drawbacks and offering specific suggestions to prevent them. Basing on the aim of the paper the following research tasks are put forward:

- 1) to analyze the historical origin of the patient's will institution;
- 2) to explain the perspectives of patient's will in patients and medical person's/establishment's legal relations models;
- 3) to analyze patient's ability to express his/her will including patient's capacity, capacity to act and substitution;
- 4) to research the legal aspects of patient's possession of information as a precondition for expression of patient's will;
- 5) to analyze the lack of legal provision of information to the patient;
- 6) to examine the voluntary of patient's will expression and the factors influencing them;
- 7) to evaluate patient's treatment without patient's consent and against patient's will;
- 8) to analyze the kinds and forms of patient's will expression.

During the research there are worked out following scientific research methods: 1) the historical method; 2) the comparing method; 3) the analytical method; 4) the grammatical method; 5) the teleological method; 6) the systemic method; 7) the inductive method; 8) the deductive method.

During the research there are analyzed: a) international legislation, national and foreign normative acts; b) materials of legal practice of the European Court of Human Rights, European Union (former Community) Court, foreign courts and Latvian courts and other materials of legal practice; c) literature published in Latvian, Russian, English and German. Overall in the paper there are used 548 sources (311 sources of literature, 123 normative acts, 114 materials of legal practice). The dissertation is worked out mainly basing on foreign and Latvian normative acts and materials



of legal practice and analyzing the civil protection principles of patient's will, which comply with the legal system of Latvia.

The theoretical significance and novelty of the dissertation is expressed in the research of patient's will and its civil protection. As a result, there are offered new theoretical and practical cognitions in the civil law. The conducted research is the first scientific work about civil protection of patient's will of such direction and extent in Latvia. As a result of the theoretical analysis there are provided suggestions for civil protection of patient's will: firstly, for elimination of identified drawbacks (for example, a complex approach to identify the way information is provided to the patient, principles for patient's will expressed previously and revoke of patient's will, criteria for the form of patient's will expression); secondly, for improvement by envisaging new legal institutions (for example, a legitimization method for controlling the decision of the patient's substitute, medical capacity to act) and offering to change the system (for example, to introduce a state compulsory health insurance system).

The structure of the dissertation includes three directions. Firstly, there are analyzed the basic principles of patient's will expression and the role of patient's will in the historical development of legal relations in patient treatment. Secondly, the dissertation deals with the main components of patient's will expression and factors influencing it. Thirdly, there is developed a system of the kinds of patient's will expression evaluating the corresponding form requirements.

### **Annotation**

Die Gesundheit gehört zu den gesellschaftlichen Werten, auf die sich gewissermaßen mehrere Rechtsverhältnisse beziehen und die die Person als Rechtssubjekt alltäglich betreffen. So ist die Rechtsschutzordnung der Gesundheitspflege bezogen auf die Verbesserung und Wiederherstellung der Gesundheit von der Bedeutung, insbesondere vorrangig stehen hier rechtliche Beziehungen zwischen dem Patienten und Arzt ggf. der Heilanstalt.

In der Rechtswissenschaft wird paternalistische Behandlung oder vormundschaftliche Beziehung zum Patienten nicht mehr unterstützt. Hier zeichnet sich eine neue Richtung ab, wo die Rechtsmittel auf den Patienten als autonomes Rechtssubjekt mit spezifischer Gesamtheit von Recht, Pflicht und Verantwortung orientiert werden.

Die Entwicklung der Medizin verläuft sehr schnell heutzutage. Deshalb der ärztliche Eingriff ist immer nicht nur persönlicher sondern auch „agressiver“ in bezug auf dem Patient. Es gibt neue rechtliche Probleme, die in der jüngsten Vergangenheit nicht bekannt und aktuell waren. Es schafft die Notwendigkeit mehr Aufmerksamkeit auf dem rechtlichen Schutzmechanismus vom Willen des Patienten und seine Vervollkommenheit zu widmen.

Im Mittelpunkt der Rechtsverhältnisse Patient-Arzt/Heilanstalt steht heutzutage der Willen des Patienten, worauf rechtliche Beziehungen unter den Partnern direkt oder mittelbar gegenseitig aufgebaut werden. Aber die Institut des Patientenwillens ist relativ kompliziert, die die viele rechtliche Nuancen und Probleme enthält.

Der Rechtsschutz des Patienten bezüglich seines Willens wird sowohl durch internationale Rechtsbestimmungen verordnet als auch ist auf dem staatlichen Niveau verfassungsgemäß sichtbar. Die gesetzliche Ordnung des Willens von Patienten ist durch das Patientenrecht's Gesetz vom 01.03.2010 detaillierter geworden. Trotzdem kann man hier immer noch etliche Probleme und Mängel feststellen, die abwendend sind, um auch der Patientenwille umfassender und gründlicher zu schützen und zu berücksichtigen.

Das Ziel der vorliegenden Dissertation ist eine alle wichtigen Bestandteile umfassende Forschung über den Zivilrechtsschutz bezüglich des vielseitigen Willens von Patienten durchzuführen, indem vorhandene Probleme, Mängel analysiert und Vorschläge ihrer Beseitigung angeboten werden. Ausgehend vom Arbeitsziel werden folgende Aufgaben gestellt:

- 1) den Willen des Patienten im geschichtlichem Hintergrund zu analysieren;
- 2) die Entwicklungsperspektive der Äußerungen des Patientenwillens zu klären anhand unterschiedlicher Konstellationen von Rechtsverhältnissen zwischen dem Patienten und Arzt/der Heilanstalt;
- 3) die Fähigkeit des Patienten zum Willensausdruck zu analysieren, einschließlich Rechtsfähigkeit, Handlungsfähigkeit und Stellvertretung;
- 4) die Rechtsgrundlage für die Informiertheit des Patienten zu erforschen, als Voraussetzungen für Patienten eigenen Willen zu äußern;
- 5) die rechtliche Aspekte zu analysieren, falls die Information für Patienten verborgen wird;
- 6) freiwillige Willensäußerung des Patienten und darauf einwirkende Bedingungen zu betrachten;
- 7) die Heilbehandlung ohne Einwilligung des Patienten oder gegen seinen Willen zu erörtern;
- 8) die Arten und Formen von den Voraussetzungen für Patienten eigenen Willen zu analysieren.

Während der Erarbeitung der Diplomarbeit wurden folgende wissenschaftliche Forschungsmethoden gebraucht: 1) geschichtliches, 2) vergleichendes, 3) analytisches, 4) grammatisches, 5) theologisches, 6) systemisches, 7) induktives, 8) deduktives Verfahren.

Während der Forschungsarbeit wurden folgende Quellen analysiert: a) internationale rechtliche Regelungen, nationale und ausländische Bestimmungen; b) Materialien juristischer Praxis am Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte, Praxismaterial bei ausländischem und lettischem Gericht sowie Gericht der Europäischen Gemeinschaft; c) in lettischer, russischer, englischer und deutscher Sprache veröffentlichte Literaturquellen. In der Arbeit wurden insgesamt 548 Forschungsquellen (311 Literaturquellen, 123 Bestimmungen, 114 Sammlungen aus der juristischen Praxis) gebraucht. Die Forschungsarbeit wurde hauptsächlich aufgrund der Analyse der ausländischen und lettischen Bestimmungen und gerichtlichen Praxismaterialien gestaltet, in denen Bezug auf die Grundlage des Zivilrechtsschutzes hinsichtlich des Patientenwillens im Rahmen des lettischen Rechtssystems genommen wird.

Durch die Forschung von Äußerungen des Patientenwillens und seinem Zivilrechtsschutz wird theoretische Gewichtigkeit und Novität der vorliegenden Arbeit gekennzeichnet, infolgedessen werden im Zivilrecht neue theoretisch und praktisch anwendbare Ergebnisse vorgetragen. Diese Forschung wird als erste umfangreiche wissenschaftliche Arbeit in Lettland über den Zivilrechtsschutz des Patientenwillens angemeldet. Ausgehend von der theoretischen Analyse werden in der Arbeit folgende Vorschläge zum Zivilrechtsschutz des Patientenwillens angeboten: erstens, die Beseitigung festgestellter Mängel (z.B. komplexe Anordnung, wie die Information an den Patienten vermittelt wird, Bedingungen, bei denen der schon ausgedrückte Patientenwillen abgerufen werden kann, Kriterien, nach denen die Äußerungsart des Willens von Patienten bestimmt wird), zweitens, zur Verbesserung neue Rechtsinstitute zu gründen (z.B. Legitimationsverfahren zur Kontrolle der Beschlussfassung vom Patientenvertreter, medizinischer Handlungsfähigkeit) und durch die angebotene Veränderung des Systems (z.B. staatlich bestimmte Gesundheitsversicherung).

Die Struktur der Dissertation besteht aus drei Richtungen. Erstens gibt es die Grundprinzipien von den Voraussetzungen für Patienten eigenen Willen, und die Bedeutung des Patientenwillens in die historische Entwicklung der Rechtsverhältnisse Patient-Arzt analysiert. Zweitens gibt es in der Forschungsarbeit die Hauptkomponenten von den Voraussetzungen für Patienten eigenen Willen und deren beeinflussende Faktoren zu erforschen. Drittens gibt es ein System nach dem die Äußerungsart des Willens von Patienten ausgearbeitet wird, auch die Expression der Bewertung von der entsprechenden Formvorschriften entwickelt wird.

## Izmantotā literatūra

1. Apinis P. Cilvēks: Anatomija, fizioloģija, patoloģijas pamati. Rīga: Jāņa sēta, 1998, 800 lpp. ISBN 9984-9279-0-3.
2. Arons K.Ē. Medicīnas vēsture: senie laiki. Rīga: P.Stradiņa Medicīnas vēstures muzejs, 1993, 80 lpp.
3. Avdijevs V. Seno Austrumu vēsture. Rīga: Zvaigzne, 1977, 415 lpp.
4. Baldunēiks J., Pokrotniece K. Sveðvārdu vārdnīca: vairāk nekā 15 000 citvalodu cilmes vārdu un terminoloģisku vārdkopu. Zin.red. Baldunēiks J. Rīga: Jumava, 1999, 879 lpp. ISBN 9984-05-266-4.
5. Balodis K. Ievads civiltiesībās. Rīga: Zvaigzne ABC, 2007, 383 lpp. ISBN 978-9984-40-493-6.
6. Balodis R. Baznīcu tiesības kā tiesību zinātne. Likums un Tiesības, 2002, nr.1, 5.-12.lpp.
7. Balodis R. Valsts un Baznīca. Rīga: Nordik, 2000, 726 lpp.
8. Baltiņš M. Recepte pacienta, ārsta un farmaceita saskarsmes krustpunktā: paliekošais un mainīgais. MATERIA MEDICA, 1999, nr.10, 5.-7.lpp.
9. Biomedicīnas ētika. Ķilkuts G., Mežinska S., Neiders I.u.c. Sast. V.Sīle. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2006, 226 lpp. ISBN 9984-788-01-6.
10. Bitāns A. Civiltiesiskā atbildība un tās veidi. Rīga: AGB, 1997, 207 lpp. ISBN 9984-9169-4-4.
11. Bitāns A. Gaidāms nemantiskā (morālā) kaitējuma lomas pieaugums. Dienas business/ Saldo, 2006, nr.7(34).
12. Bitāns A. Privātuma tiesiskā aizsardzība. Latvijas Universitātes Raksti, 2003, nr.665, 64.-72.lpp.
13. Bitāns A. Slimnieka ārstēšanu bija uzņēmusies slimnīca, tai ir arī jāabild. Jurista Vārds, 2001. 6.marts, nr.36. Pieejams: [www.baltmanebitans.com/public/28987.html](http://www.baltmanebitans.com/public/28987.html) [aplūkots 2011.gada 21.aprīlī].
14. Blūzma V. Romas valsts un tiesības. Kanoniskās tiesības viduslaikos. Lekcijas ārvalstu tiesību vēsturē. Rīga: Ekonomikas un kultūras augstskola, 2002, 72 lpp., ISBN 9984-24-031-2.
15. Butāns M. Valsts atbildība par tiesību aizskārumiem. Likums un Tiesības, 1999, nr.4, 108.-114.lpp.
16. Čakste K. Civiltiesības. Lekcijas nr.1.-41. mašīnrakstā. Rīga, [b.i.], 19[?], 124 lpp.
17. Čakste K. Civiltiesības. Rīga, [b.i.], 1936.
18. Derums V. Baltijas sencilvēku slimības un tautas dziedniecība: monogrāfija. Latvijas PSR Veselības aizsardzības ministrija, Latvijas Eksperimentālās un klīniskās medicīnas Zinātniskās pētniecības institūts. 2.pārstr. un papild.izd. Rīga: Zinātne, 1988, 223 lpp. ISBN 5796601156.

19. Derums V. Tautas veselība un dziedniecība Senajā Baltijā. Latvijas PSR Veselības aizsardzības ministrija, Latvijas Eksperimentālās un klīniskās medicīnas Zinātniskās pētniecības institūts. Rīga: Zinātne, 1978, 244 lpp.
20. Desmit baušļi. Grām.: Blūzma V., Zemītis G., Osipova S. Ārvalstu tiesību vēstures avoti (no vissenākajiem laikiem līdz 1689.gadam). Rīga: Turība, 2007, 352 lpp. ISBN 978-9984-766-86-7.
21. Dupate K., Olsena S. Genoma izpētes projekta Latvijā sabiedriskie aspekti. Tiesiskās situācijas analīze. Pieejams: [www.unesco.lv](http://www.unesco.lv) [aplūkots 2010.gada 21.decembrī].
22. Hipokrāts. Hipokrāta zvērests. Pieejams: [http://www.mfd.lv/lv/book/hipokratazvrests\\_lv.htm](http://www.mfd.lv/lv/book/hipokratazvrests_lv.htm) [aplūkots 2010.gada 15.maijā].
23. Hipokrātiskie raksti: izlase. A.Gailes un A. van Hofas tulk. no sengrieķu val., ievads un komentāri. Rīga: Liepnieks&Rītups, 2003, lix, 449 lpp. ISBN 9984960919.
24. Hipokrāts. Likums. Grām.: Hipokrātiskie raksti: izlase. A.Gailes un A. van Hofas tulk. no sengrieķu val., ievads un komentāri. Rīga: Liepnieks&Rītups, 2003, 6., 7. lpp.
25. Hipokrāts. Par vējiem.I, 1-5. Periodika: Gaile A. Ārstēšanas māksla Senajā Grieķijā. Doctus, 2002, nr.3, 52.-56.lpp.
26. Horns N. Ievads tiesību zinātnē un tiesību filozofijā. Likums un Tiesības, 1999, nr.3.
27. Ideju vārdnīca: domātāji, teorijas un jēdzieni filozofijā, zinātnē, reliģijā, politikā, vārdurc un mākslā. Adikibi O., Baleins B., Brejls E. u.c. Rīga: Zvaigzne ABC, 1999, IX, 659 lpp.; ISBN 998404646X.
28. Jakubačecs V. Tiesības sabiedrībā. Rīga, [b.i.], 1997, 44 lpp.
29. Jaunāko laiku vēsture (1814 – 1947). Sast. E.Nagobads. Rīga: Zvaigzne, 1993, 156 lpp. ISBN 5-405-01193-2.
30. Jaunāko laiku vēsture (1939 – 1986). Red. V.Furajevs. Rīga: Zvaigzne, 1987, 280 lpp.
31. Jauno laiku vēsture (1871 – 1917). Red. I.Krivoguzs. Rīga: Zvaigzne, 1989, 250 lpp. ISBN 5-405-00326-3.
32. Jauno laiku vēsture. 2.daļa. Red. V.Hvostovs. Rīga: Zvaigzne, 1977, 253 lpp.
33. Jākobsons A. Ārsta atbildība pēc 1933.g.sod.lik.218. un 219.p.p. Rīga, [b.i.], 1936, 27 lpp.
34. Justickis V. Vieslekcijas „Ārstniecības un diagnostikas tiesiskās un psiholoģiskās kļūdas”. Rīgas Stradiņa Universitāte (sadarbībā ar Mykolas Romeris Universitāti (Viļņa)). 2010.g. 6.,7.aprīlis. Npublicēts.
35. Kalniņš E. Laulāto manta likumiskajās mantiskajās attiecībās. Grām.: Kalniņš E. Privāttiesību teorija un prakse. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2005, 22.-136.lpp.
36. Kalniņš E. Līguma noslēgšana. Grām.: Kalniņš E. Privāttiesību teorija un prakse. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2005, 168.-183.lpp.

37. Kalniņš E. Privāttiesību teorija un prakse. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2005, 400 lpp. ISBN 9984-671-97-6.
38. Kalniņš E. Saderināšanās. Grām.: Kalniņš E. Privāttiesību teorija un prakse. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2005, 7.-21.lpp.
39. Kalniņš E. Tiesisks darījums. Grām.: Kalniņš E. Privāttiesību teorija un prakse. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2005, 137.-154.lpp.
40. Klīnisko vadlīniju datu bāze. Veselības ekonomikas centrs. Pieejams: <http://vec.gov.lv/lv/420-kliniskas-vadlinijas/klinisko-vadliniju-datu-baze> [aplūkots 2011.gada 22.aprīlī].
41. Kovalevska L. Pacienta autonomijas princips un tā izpausmes. Jurista Vārds, 2009.24.februāris, nr.8.
42. Kovalevska L. Tiesību tālākveidošana eitanāzijas jautājumā. Jurista Vārds, 2008.01.jūlijs, nr.24.
43. Krauze R., Gencs Z. Latvijas Republikas Civillikuma komentāri: Mantojuma tiesības. Rīga: Mans Īpašums, 1997, 390 lpp. ISBN 9984-574-06-7.
44. Kriminoloģija: mācību grāmata juridiskajām augstskolām un fakultātēm. Aleksejuka B., Bergmanis D., Dravnieks A.u.c. Zin.red. Vilks A. Latvijas Neatkarīgo kriminologu asociācija. Rīga: norvik, 1998, 511 lpp., ISBN 9984-510-42-5.
45. Krons M. Civillikuma pirmais pants. Tieslietu Ministrijas Vēstnesis, 1937, nr.2, 270.-301.lpp.
46. Krons M. Testamenta izpildītājs. Tieslietu Ministrijas Vēstnesis, 1940., nr.1.
47. Kūle M., Kūlis R. Filosofija. Rīga: Burtnieks, 1996, 653 lpp. ISBN 9984-9129-6-5.
48. Ķikuts G., Sīle V. Ārsta un pacienta attiecību ētiskie aspekti. Grām.: Biomedicīnas ētika. Ķikuts G., Mežinska S., Neiders I.u.c. Sast. V.Sīle. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2006, 182.-195.lpp.
49. Latvijas Republikas Civillikuma komentāri: Ceturtā daļa. Saistību tiesības. Torgāns K., Grūtups A., Višņakova G.u.c. Zin.red. Torgāns K. Rīga: Mans Īpašums, 1998, 687 lpp. ISBN 9984-574-12-1.
50. Latvijas Republikas Civillikuma komentāri: Īpašums. Sast. A.Grūtups. Rīga: Mans Īpašums, 1996, 231 lpp. ISBN 9984-574-04-0.
51. Latvijas tiesību avoti: teksti un komentāri. Seno paražu un Livonijas tiesību avoti 10. gs.-16. gs.1. sēj. Lazdiņš J., Blūzma V., Osipova S. Zin.red. Meļķis E. LU Juridiskās fakultātes Tiesību teorijas un politikas zinātņu katedra. Rīga: Latvijas Universitātes žurnāla "Latvijas Vēsture" fonds, 1998, I-VIII, 348 lpp., ISBN 9984-643-01-8.

52. Latvijas tiesību vēsture (1914-2000). Zin.red. Lēbers D.A. Rīga: Fonds „Latvijas vēsture”, 2000, 528 lpp.
53. Lazdiņš J. Vasaļu (bruņinieku) tiesību avoti un komentārs. Grām.: Latvijas tiesību avoti: teksti un komentāri. Seno paražu un Livonijas tiesību avoti 10. gs.-16. gs.1. sēj. Lazdiņš J., Blūzma V., Osipova S. Zin.red. Meīšis E. LU Juridiskās fakultātes Tiesību teorijas un politikas zinātņu katedra. Rīga : Latvijas Universitātes žurnāla "Latvijas Vēsture" fonds, 1998, I-VIII.
54. Levits E. Par tiesiskās vienlīdzības principu. Latvijas Vēstnesis, 2003.8.maijs, 19.-22.lpp.
55. Liholaja V. Aborts: slepkavība vai...? Latvijas Universitātes Raksti: Juridiskā zinātne, 2004, nr.667.
56. Lūse L. Līdzestība vai Ahilleja papēdis? Doctus, 2007, nr.6, 58.-60.lpp.
57. Mazlovskis A. Medicīna pirms divtūkstoš gadiem. Doctus, 2006, nr.3, 46.-49.lpp. ISSN 1407-8201.
58. Mazure L. Dabisko tiesību skolas ietekme uz privātajām tiesībām Latvijā pēc 1990.gada. Zinātniski-praktiskā konference „Tiesību realizācijas problēmas Latvijā”. 2008.gada 02.decembris, Rēzeknes Augstskola. Npublicēts.
59. Mazure, L. Pacienta gribas institūts senajos laikos un viduslaikos. Jurista Vārds, 2008, nr.45(540), 15.-26.lpp.
60. Mežinska S. Biomedicīnas ētiskās problēmas. Grām.: Biomedicīnas ētika. Ķilkuts G., Mežinska S., Neiders I.u.c. Sast. V.Sīle. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2006, 140.-181.lpp.
61. Mucinieks P. Sociālā likumdošana. (1.puse). Rīga: Latvijas Universitātes studentu padomes grāmatnīcas izdevums, 1934.
62. Neiders I. Eitanāzija, dzīvība un medicīna. Grām.: Biomedicīnas ētika. Ķilkuts G., Mežinska S., Neiders I.u.c. Sast. V.Sīle. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2006, 118.-139.lpp.
63. Osipova S., Lazdiņš J. Tiesību sistēmas ģenēzes un evolūcijas(transformācijas) aspekti Eiropas tiesību kontekstā. Tēzes. Konferences „Tiesību harmonizācija Baltijas jūras reģionā pēc Eiropas Savienības paplašināšanās” materiāli. 2007.gada 24.-27.janvāris, Rīga, Latvijas Universitāte. Npublicēts.
64. Osipova S. Musulmaņu tiesību vēsture viduslaikos. Latvijas Universitāte, Juridiskā fakultāte, Tiesību teorijas un politikas zinātnes katedra. Rīga: Latvijas Universitāte, 2001, 140 lpp.
65. Osipova S. Viduslaiku tiesību spogulis. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2004, 408 lpp. ISBN 9984-671-74-7.
66. Pitranga R. Kā mainīt ģimenes ārstu? Latvijas Vēstnesis, 2009.30.oktobris. Pieejams: [www.lv.lv/?menu=doc&id=199889](http://www.lv.lv/?menu=doc&id=199889) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].
67. Populārā medicīnas enciklopēdija. Aivars J., Arons K., Auliks I.u.c. Atb.red. Bļugers A. 2.izd. Rīga: Galvenā enciklopēdiju redakcija, 1984, 623 lpp.

68. Pozemkovska M. Slimo kases Latvijā no 1920.-1940.g.: promocijas darba kopsav. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2004, 41 lpp.
69. Rozenbergs J., Briģis I. Padomju civilprocesuālās tiesības. Rīga: Zvaigzne, 1978, 273 lpp.
70. Rozenbergs J. Vainas institūts juridiskās personas kriminālatbildībā. Latvijas Universitātes Raksti, 2003, 657.sēj., 75.-82.lpp.
71. Rozenfelds J. Lietu tiesības. Rīga: Zvaigzne ABC, 2000, 296 lpp. ISBN 9984-17-709-2.
72. Saltikova A. Donora piekrišana transplantāta izņemšanai ex-mortuo: „informētā” vai „prezumētā” piekrišana. Latvijas Universitātes Raksti: Sociālās zinātnes. Doktorantu raksti, 665.sēj., 2003, 336.-346.lpp.
73. Senās Grieķijas vēsture. Avdijevs V., Bokšaņins A., Pikuss N. u.c. Rīga: Zvaigzne, 1979, 412 lpp.
74. Sinaiskis V. Latvijas civiltiesību apskats. Lietu tiesības. Saistību tiesības. Rīga: Latvijas Republikas Tieslietu ministrijas Tiesiskās informācijas centrs, 1996, 246 lpp. ISBN 9984-541-14-2.
75. Sīlis V. Dzīvas būtnes, cilvēki un personas (Dž.Harisa nošķīrums). Grām.: Biomedicīnas ētika. Ķilkuts G., Mežinska S., Neiders I.u.c. Sast. V.Sīle. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2006, 101.-117.lpp.
76. Svešvārdu vārdnīca: ap 16 500 citvalodu cilmes vārdu un terminoloģisku savienojumu. Zin.red. Žukovs L. No krievu val. tulkoja Cepurniece S., Gūtmanis A., Lukstiņš G.u.c. Rīga: Liesma, 1969, 701 lpp.
77. Švābe L. Doktora Ādama Hirtenberga ziņojumi no 1644. līdz 1654.gadam Zviedrijas kancleram Akselam Uksensēram par notikumiem Rīgā un Vidzemē. Latvijas Ārsts, 1998, nr.1, 46.-48.lpp.
78. Torgāns K. Dzīves kvalitāte, deklarācijās un tiesiskajā nodrošinājumā. Latvijas Vēstnesis, 2001. 15.februāris, nr.26, 1.,8.lpp.
79. Torgāns K. „Eiropas tiesību principi” un Latvijas civiltiesības. Latvijas Zinātņu Akadēmijas Vēstis, 2002, nr.4/5/6, 34.-41.lpp.
80. Torgāns K. Saistību tiesības I daļa. Rīga: TNA, 2006, 315 lpp. ISBN 9984-790-00-2.
81. Torgāns, K. Saistību tiesības II daļa. Rīga: TNA, 2008, 359 lpp. ISBN 978-9984-790-24-4.
82. Valters N. Pamattiesības un tiesību pamats. Latviešu juristu raksti, 1961, nr.5.
83. Vēbers J. Latvijas Republikas Civillikuma komentāri: Ģimenes tiesības. Rīga: Mans Īpašums, 2000, 174 lpp. ISBN 9984-574-22-9.
84. Viduslaiku Vēsture I. S.Skazkina zin.red. Rīga: Zvaigzne, 1971, 530 lpp.
85. Viduslaiku Vēsture II. S.Skazkina zin.red. Rīga: Zvaigzne, 1972, 354 lpp.



86. Vildbergs H.J., Feldhūne G. *Atsauces Satversmei*. Rīga: Latvijas Universitāte, 2003, 188 lpp. ISBN 9984-725-82-0.
87. Višņakova G., Balodis K. *Latvijas Republikas Civillikuma komentāri: Lietas. Valdījums. Tiesības uz svešu lietu*. Rīga: Mans Īpašums, 1998, 255 lpp. ISBN 9984-574-13-X.
88. Vīksna A. *Dodot gaismu sadegu*. Rīga: Zvaigzne, 1983, 199 lpp.
89. Vīksna A. *Ķirurģijas saknes Latvijā, I daļa*. Latvijas Ārsts, 2004, nr.1, 17.-19.lpp. ISSN 1019-5068.
90. Vīksna A. *Latgales ārsti un ārstniecība (1772-1918)*. Rīga: Latvijas Universitāte, 2004, 212 lpp.
91. Vīksna A. *Slimo kases Latvijā*. Rīga: Rīgas starptautiskais medicīnas zinātnes un farmācijas centrs, 1994, 136 lpp.
92. Zālīte E. *Sociālā apdrošināšana Latvijā (1920-1940)*. Pieejams: [www.arhivi.lv/sitedata/ZURNALS/zurnalu\\_raksti/99-127-VESTURE-Zalite.pdf](http://www.arhivi.lv/sitedata/ZURNALS/zurnalu_raksti/99-127-VESTURE-Zalite.pdf) [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].
93. Zālītis Fr. *Latvijas vēsture*. Rīga: Zvaigzne, 1991, 357 lpp. ISBN 5-405-00629-7.
94. Abse D. *Doctors and patients*. Oxford: University Press, 1984, 114 p. ISBN 0-19-214148-1.
95. Akabayashi A., Fetters M.D. *Paying for informed consent*. *Journal of Medical Ethics*, 2000, nr.26, p.212—213. Pieejams: <http://jme.bmj.com/content/26/3/212.full?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=consent+of+patient&searchid=1&FIRSTINDEX=20&resourcetype=HWCIT> [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].
96. Annus T. *The Right to Health Protection in the Estonian Constitution*. *Juridica International: Law Review of University of Tartu*, Vol.7, 2002, nr.I. Pieejams: [www.juridica.ee](http://www.juridica.ee) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].
97. Atiyah P.S. *The Rise and Fall of Freedom of Contract*. Oxford: Clarendon Press, [b.g.].
98. Bar von Ch., Drobning U. *The interaction of contract law and tort and property law in Europe: a comparative study*. München: Sellier, 2004, 541 p. ISBN 3-935808-20-8.
99. Bhat V.N. *Medical Malpractice: a comprehensive analysis*. Westport: Greenwood Publishing Group, 2001, 276 p. ISBN 0-86569-279-3. Pieejams: <http://books.google.lv> [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].
100. Brazier M. *Medicine, patients and the law*. Harmondsworth: Penguin Books, 1992, 494 p.
101. Brett A. *Natural right and civil community: the civil philosophy of Hugo Grotius*. Pieejams: <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=100443> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

102. Byzantine Medicine. The Introduction of Hospitals. University of Virginia. Pieejams: <http://www.healthsystem.virginia.edu/internet/library/wdc-lib/historical/artifacts/attiqua/byzantine.cfm> [aplūkots 2010.gada 15.maijā].
103. Buijsen M. The Concept of Health Law. *Frontiers of European health law: yearbook*. European Centre for Advanced Legal Studies in Health Care. Rotterdam: Erasmus University Press, 2000. ISBN 9080748722.
104. Cassell E.J. About: Amundsen D.W. *Medicine, Society, and Faith in the Ancient and Medieval Worlds*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1996, 391p. *The New England Journal of Medicine*, 1997, nr.12. Pieejams: <http://content.njem.org/cgi/content/full/336/12/883> [aplūkots 2010.gada 15.maijs].
105. *Children, mental health and law*. Edit.by Reppucci N. Beverly Hills, London, New Delhi: Sage Publications, 1984, 312 p. ISBN 0-8039-2813-7.
106. *Contract Law: casebooks on the common law of Europe*. Beale H., Hartkamp A., Kotz H., Tallon D. Oxford and Portland: Hart Publishing, 2002, 993 p. ISBN 1-8411-3237-3.
107. Cook R., Sclater S.D., Kaganas F. *Surrogate Motherhood: International Perspectives*. Oxford – Portland Oregon: Hart Publishing, 2003, 308 p.
108. Cooke J. *Law of tort*. London: Pitman Publishing, 1995, 377 p. ISBN 0-273-614134.
109. Cumston Ch. G. *The history of medicine: from time of Pharaohs to the end of the XVIII th century*. New York, London: Routledge, 1998, XXXII, 390 p. ISBN 041515569X.
110. De Cruz P. *Comparative Healthcare Law*. [b.v.], Cavendish Publishing Limited, 2001, 784 p. Pieejams: <http://rulv.etailer.dpsl.net/home/html/moreinfo.asp?bookId=536899500&category=LW620000&whichpage=10&pagename=category.asp> [aplūkots 2010.gada 11.novembrī].
111. Devereux J. *Medical Law*. [b.v.], Cavendish Publishing (Australia) Pty Limited, 2002, 450 p. Pieejams: <http://rulv.etailer.dpsl.net/home/html/moreinfo.asp?bookId=536899501&category=LW600000&whichpage=&pagename=category.asp> [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].
112. Dijk P. van, Hoof G.J.H. van. *Theory and practice of the European Convention of Human Rights*. Deventer; Boston: Kluwer Law and Taxation Publications, 1990.
113. Duffin J. *The History of Medicine. Langstaff: A Nineteenth-Century Medical Life*. Toronto: University of Toronto Press, 1993. Pieejams: <http://content.njem.org/cgi/content/full/331/12/816> [aplūkots 2010.gada 11.novembrī].
114. Eisenberg D. *Medical Informed Consent in Jewish Law- from the Patient's Side*. Pieejams: <http://www.jlaw.com/Articles/MedConsent.html> [aplūkots 2010.gada 3jūnijā].

115. English V., Sommerville A. Presumed consent for transplantation: a dead issue after Alder Hey? *Journal of Medical Ethics*, 2003, nr.29, p.147-152. Pieejams: <http://jme.bmj.com/cgi/content/full/29/3/147?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=content+of+patient&searchid=1&FIRSTINDEX=3-&resourcetype=HWCIT> [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].
116. European Court of Human Rights: Consent to IVF treatment. Barak-Erez D., Correa R., Elliott M. a.o. *Int J Constitutional Law*, 2008, nr.6(2), p.317-330. Pieejams: <http://icon.oxfordjournals.org/content/6/2/317.full?maxtoshow=&hits=40&RESULTFORMAT=&fulltext=informed+consent&searchid=1&FIRSTINDEX=160&resourcetype=HWCIT#content-block> [aplūkots 2011.gada 11.aprīlī].
117. Fawcett J.E.C. *The Application of the European Convention on Human Rights*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 1987, p.37. Grām.: Vildbergs, H.J., Feldhūne, G. *Atsauces Satversmei*. Rīga: Latvijas Universitāte, 2003, 101.lpp.
118. Finnis J. *Natural law and natural rights*. Oxford: Clarendon Press, 1980, 425 p.
119. Giesen D. *International Medical Malpractice Law: A Comparative Law Study of Civil Liability Arising from Medical Care*. Tübingen, Boston, London: J.C.B. Mohr, Martinus Nijhoff Publishers, 1988, 923 p. ISBN 3-16-645322-9, 90-247-3705-2. Pieejams: <http://books.google.lv> [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].
120. Giliker P., Beckwith S. *Tort*. London: Sweet & Maxwell, 2000, 392 p. ISBN 0421-717-009.
121. Greene B. *Understanding Medical Law*. Cavendish Publishing Limited, 2005, 200p. Pieejams: <http://rulv.etailer.dpsl.net/home/html/moreinfo.asp?bookId=536920861&category=LW300000&whichpage=&pagename=category.asp> [aplūkots 2010.gada 11.novembrī].
122. Grill K. Liberalism, altruism and group consent. *Public Health Ethics*, 2009, nr.2(2), p.146-157. Pieejams: <http://phe.oxfordjournals.org/content/2/2/146.full?maxtoshow=&hits=40&RESULTFORMAT=&fulltext=informed+consent&searchid=1&FIRSTINDEX=120&resourcetype=HWCIT> [aplūkots 2011.gada 11.aprīlī].
123. Harington J. *The Salerno Book of Health. Images from History of the School of Salernum*. [b.v.], [b.i.], 1920, 76., 77.p. Pieejams: <http://www.umanitoba.ca/libraries/units/health/resources/salerno.html> [aplūkots 2010.gada 15.maijs].
124. Hartkamp A., Tillema M. *Contract Law in the Netherlands*. The Hague, London, Boston: Kluwer Law International, 1995, 228 p.

125. Healing in the Middle Ages. Medicine, Religion and the Rise of Institutional Care. Pieejams: [http://www.medscape.com/viewarticle/418847\\_2](http://www.medscape.com/viewarticle/418847_2) [aplūkots 2010.gada 15.maijs].
126. Herbert V. Informed Consent – A Legal Evaluation. Cancer. August Supplement, 1980.
127. Informed Consent, Parental Permission, and Assent in Pediatric Practice. American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics. Pediatrics, 1995, Vol.95, nr.2, p.314-317. Pieejams: [www.cirp.org/library/ethics/AAP/](http://www.cirp.org/library/ethics/AAP/) [aplūkots 2010.gada 11.novembrī].
128. Jonas S. Talking about health and wellness with patients. New York: Springer, 2000, 144 p.
129. Kennedy I., Grubb A. Principles of medical law. Oxford: Oxford University Press, 1998, XCIX, 868 p. ISBN 0198268610.
130. Kennedy I. Medical law. London, Dublin, Edinburgh: Butterworths, 1994, xlvii, 1407 p. ISBN 0406006237.
131. Khan M., Robson M., Swift K. Clinical Negligence. [b.v.], Cavendish Publishing Limited, 2002, 578 p.
132. Kihlbom U. Autonomy and negatively informed consent. Journal of Medical Ethics, 2008, nr.34, p.146-149. Pieejams: <http://jme.bmj.com/cgi/content/full/34/3/146?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORM AT=&fulltext=consent+of+patient&searchid=1&FIRSTINDEX=20&resourcetype=HWCIT> [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].
133. Kottow M. The battering of informed consent. Journal of Medical Ethics, 2004, nr.30, p.565-569. Pieejams: <http://jme.bmj.com/cgi/content/full/30/6/565?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORM AT=&fulltext=consent+of+patient&searchid=1&FIRSTINDEX=30&resourcetype=HWCIT> [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].
134. Law and history. Ed.by Levis A., Lobban M. Oxford: Oxford University Press, 2004, 458 p.
135. Lawrence M. The new paternalism: supervisory approaches to poverty. Washington: Brookings Institution Press, 1997, X, 355 p. ISBN 0815756518 (pbk), 081575650X(cloth).
136. Mason J.K., McCall Smith R.A. Law and Medical Ethics. London, Dublin, Edinburgh: Butterworths, 1994, 451 p. ISBN 0-406-02478-2.
137. McClellan F.M. Medical Malpractice: Law, Tactics and Ethics. Philadelphia: Temple University Press, 1994, 310p. ISBN 978-1-56639-066-8. Pieejams: <http://books.google.lv> [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].
138. McHale J., Fox M., Murphy J. Health Care Law: Text, Cases and Materials. London: Sweet & Maxwell, 1997, 947 p. ISBN 042151180X.
139. McLean A. Briefcase On Medical Law. [b.v.], Cavendish Publishing Limited, 2001, 322 p. Pieejams:

- <http://rulv.etailer.dpsl.net/home/html/moreinfo.asp?bookId=536903472&category=LW620000&whichpage=6&pagename=category.asp> [aplūkots 2010.gada 11.novembrī].
140. McLean A. Informed consent and medical law: a relational challenge. *Med Law Rev*, 2010, nr.18, p.111-114.
141. McLean S. *Autonomy, Consent and the Law*. London: Routledge-Cavendish, 2009, 256p. Pieejams: <http://rulv.etailer.dpsl.net/home/html/moreinfo.asp?bookId=536970545&category=LW000000&whichpage=4&pagename=category.asp#> [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].
142. McLean S. *Old law, new medicine*. London, New York: Rivers Oram Press, 1999, 210p.
143. *Medicine in the 13-16th centuries: Universities, Hospitals, Anatomical Revolution*. University of Cagliari. Pieejams: <http://pacs.unica.it/biblio/lesson3.htm> [aplūkots 2010.gada 15.maijā].
144. *Medicine in the 19th century*. Pieejams: [www.seed.slb.com/en/scictr/watch/history\\_medicine/scientific\\_19th\\_century.htm](http://www.seed.slb.com/en/scictr/watch/history_medicine/scientific_19th_century.htm) [aplūkots 2010.gada 11.novembrī].
145. *Medicine in the 20th century*. Pieejams: [www.seed.slb.com/en/scictr/watch/history\\_medicine/20th\\_century\\_drugs.htm](http://www.seed.slb.com/en/scictr/watch/history_medicine/20th_century_drugs.htm) [aplūkots 2010.gada 11.novembrī].
146. *Medieval Hospitals*. Christian Medical College, Vellore, Memorial Library. Pieejams: <http://dodd.cmcvellore.ac.in/hom/10%20-%20Medieval%20Hospital.html> [aplūkots 2010.gada 15.maijā].
147. *Medieval Medicine*. Pieejams: [www.medieval-spell.com/Medieval\\_Medicine.html](http://www.medieval-spell.com/Medieval_Medicine.html). [aplūkots 2010.gada 15.maijs].
148. Merz J.F. An Empirical Analysis of the Medical Informed Consent Doctrine: Search for a "Standard" of Disclosure. Pieejams: <http://www.piercelaw.edu/risk/vol2/winter/merz.htm> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].
149. Michel W. *Western Medicine and Pharmaceutics in 17th Century Japan*. Proceedings of the Tenth International Conference on the History of Science in East Asia. Shanghai Jiao Tong University Press, 2005, p.173-181. Pieejams: [www.flc.kyushu-u.ac.jp/~michel/publ/aufs/76/76.htm](http://www.flc.kyushu-u.ac.jp/~michel/publ/aufs/76/76.htm) [aplūkots 2010.gada 11.novembrī].
150. Miller R.D., Hutton R.C. *Problems in Health Care Law*. 8.Edition. [b.v.], Jones & Bartlett Learning, 2004, 727 p. ISBN 0-7637-2772-5. Pieejams: <http://books.google.lv> [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].
151. Montgomery J. *Health care law*. Oxford: Oxford Clarendon Press, 1997, 476 p. ISBN 0198762607, 0198762607(pbk).

152. Okra J. Is there a natural right to private property? Pieejams: <http://journal.ilovephilosophy.com/Article/Is-there-a-natural-right-to-private-property-/1129> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].
153. Oosten F. van. *The Doctrine of Informed Consent in Medical Law*. Frankfurt am Main; Bern; New York; Paris: Lang, 1991, 500 p., ISBN 3-631-43617-3.
154. Opinion of the Lord of Cornhill. House of Lords Opinions of the Lords of Appeal for Judgment in the cause *The Queen on the Application of Mrs. Dianne Pretty v. Director of Public Prosecutions and Secretary of State for the Home Department* on 29 November 2001, [2001] UKHL 61. Pieejams: [www.publications.parliament.uk/pa/ld200102/ldjudgmt/jd011129/pretty-1.htm](http://www.publications.parliament.uk/pa/ld200102/ldjudgmt/jd011129/pretty-1.htm) [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].
155. Osler W. *The Evolution of Modern Medicine*. Electronic Text Center, University of Virginia Library. Pieejams: <http://etext.virginia.edu/etcbin/toccer-new2?id=OsIEvol.sgm&images=images/modeng&data=/texts/english/modeng/parsed&tag=public&part=3&vision+div1> [aplūkots 2010.gada 15.maijs].
156. Pattinson S.D. *Medical Law & Ethics*. 1st edit. London: Sweet&Maxwell, 2006, 618 p.
157. Poole J. *Contract Law*. Oxford: Oxford University Press, 2006, 639 p. ISBN 0-19-928248-X.
158. President's Commission „Making Health Care Decisions” (1983). Grām.: Kennedy I., Grubb A. *Medical law*. London, Dublin, Edinburgh: Butterworths, 1994, p.233.
159. Quality of informed consent for invasive procedures. Brezis M., Israel S., Weinstein-Birenshtock A. etc. *International Journal for Quality in Health Care*, 2008, nr.20, p.352-357.
160. Report of the Committee of Enquiry into Human Fertilisation and Embriology (Warnock Committee Report) (1984) (11.14.). Grām.: McHale, J., Fox, M., Murphy, J. *Health Care Law: Text, Cases and Materials*. London: Sweet & Maxwell, 1997, p.602.
161. Richards E.P., Rathbun K.C. *Medical Care Law*. [b.v.], Jones & Bartle Learning, 1999, 520p. ISBN 0-8342-1603-5. Pieejams: <http://books.google.lv> [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].
162. Simmons J. G. *Doctors and discoveries: lives that created today's medicine*. Boston: Houghton Mifflin, 2002, 459 p.
163. Stauch M., Wheat K., Tingle J. *Sourcebook on medical law*. London: Cavendish Publishing Limited, 2002, 762 p. ISBN 1-85941-6950. Pieejams: <http://books.google.lv> [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].
164. Stone R. *Principles of Contract Law*. London, Sydney: Cavendish Publishing Ltd, 1997.
165. Timby B.K. *Fundamental skills and concepts in patient care*. Philadelphia: J.B.Lippincott Company, 1996, 854p.

166. Torgans K. The Concept of Fault in Latvian Contract Law Requires Adjustment. *Humanities and Social Sciences Latvia*, 2003., nr.3(40), p.96-109.
167. Trebilcock M.J. *The Limits of Freedom of Contract*. England: Harvard University Press, 1993.
168. Treitel G.H. *The Law of Contract*. Ninth Edition. London: Sweet&Maxewll, 1995, 973 p.
169. Turner-Warwick D.M. Paternalism versus patient autonomy. *Journal of the Royal Society of Medicine*. Supplement, 1994, nr.22. Pieejams: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1294188> [aplūkots 2010.gada 15.maijs].
170. Walsh J.J. *Medieval Medicine. Old-Time*. New York: Fordham University Press, 1911, 430p. Pieejams: [http://www.medievalscript.com/?page\\_id=20](http://www.medievalscript.com/?page_id=20) [aplūkots 2010.gada 15.maijā].
171. Whincup M.H. *Contract Law and Practice: the english system and continental comparisons*. Boston: Kluwer Law and Tax.Publ., 1992, 282 p. ISBN 90-654-4650-8.
172. Yousif J. *The Progress of Ancient Medicine: Medieval Medicine*. Medical Praktitioners. Pieejams: [http://students.ou.edu/Y/Jason.S.Yousif-1/epizode\\_3\\_medieval.html](http://students.ou.edu/Y/Jason.S.Yousif-1/epizode_3_medieval.html) [aplūkots 2010.gada 15.maijā].
173. Zimmermann R. *Roman law, contemporary law, European law: the civilian tradition today*. New York: Oxford University Press, 2004, 197 p. ISBN 0-19-829913-3.
174. Ackernecht E.H. *Geschichte der Medizin*. Stuttgart: Enke, 1989, 239 S. ISBN 3432800363.
175. Bales S. Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz*, 2005, nr.48, S.727-731. Pieejams: [www.springerlink.com/content/r75260465807832p/fulltext.pdf](http://www.springerlink.com/content/r75260465807832p/fulltext.pdf) [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].
176. Baumgarten M.O. *The Right to Die?* Bern, Berlin, Bruxelles, Frankfurt am Main, New York, Oxford, Wien: Lang, 2000, 367 S.
177. Bockenheimer-Lucius G. *Behandlungsbegrenzung durch eine Patientenverfügung – im individuellen Fall auch mit Blick auf neue therapeutische Möglichkeiten!* *Ethik in der Medizin*, 2007, nr.1.
178. Brauer S. Die Autonomiekonzeption in Patientenverfügungen – Die Rolle von Persönlichkeit und sozialen Beziehungen. *Ethik in der Medizin*, 2008, nr.20, S.230-239. Pieejams: [www.springerlink.com/content/g23186397356038t/fulltext.pdf](http://www.springerlink.com/content/g23186397356038t/fulltext.pdf) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].
179. Brauer S., Wiesemann C., Biller-Andorno N. Selbstbestimmung und Selbstverständnis – Themenschwerpunkte im Umgang mit der Patientenverfügung. *Ethik in der Medizin*, 2008, nr.3.

180. Damm R. Prädiktive Medizin und Patientenautonomie. MedR, 1999, nr.10, S.437-448. Pieejams: [www.springerlink.com/content/9ury0j38a6j0ygpe/fulltext.pdf](http://www.springerlink.com/content/9ury0j38a6j0ygpe/fulltext.pdf) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].
181. Dann M. Ärztliche Fehleroffenbarung - Strafrechtliche Strategien für postinvasive Arzt - Patientengespräche. MedR, 2007, nr.25.
182. Einsicht und Information Ergebnisse des Bremer Diskussionsforums „Charta der Patientenrechte“ (Institut für Gesundheits- und Medizinrecht). Pieejams: <http://www.datenschutz-bremen.de/pdf/Patientenrechte.pdf> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].
183. Entwicklungsschema zur Medizin. Pieejams: [http://www.gottwein.de/graeca/lex/m\\_medizin01.php](http://www.gottwein.de/graeca/lex/m_medizin01.php) [aplūkots 2010.gada 15.maijs].
184. Ernst G. Patientenverfügung, Autonomie und Relativismus. Ethik in der Medizin, 2008, nr.20, S.240-247. Pieejams: [www.springerlink.com/content/y5428142u4080m8/fulltext.pdf](http://www.springerlink.com/content/y5428142u4080m8/fulltext.pdf) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].
185. Gehring J., Mattli J. Überlebt Hippokrates? Pieejams: <http://www.medizin-ethik.ch/publik/hyppokrates.htm> [aplūkots 2010.gada 15.maijā].
186. Geisler L.S. Der mündige Patient Jagd nach einem Phantom. Pieejams: [www.linus-geisler.de/art2003/0522rm-patient.html](http://www.linus-geisler.de/art2003/0522rm-patient.html) [aplūkots 2010.gada 11.novembrī].
187. Girke M. Patient-Arzt-Beziehung. Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz, 2007, nr.50, S.1128-1132. Pieejams: [www.springerlink.com/content/y0024g0078q712u/fulltext.pdf](http://www.springerlink.com/content/y0024g0078q712u/fulltext.pdf) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].
188. Glaeske G. Mehr Sicherheit und Gerechtigkeit bei Behandlungsentscheidungen. Der Onkologe, 2008, nr.7.
189. Hildt E. Autonomie in der Medizin. Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz, 2008, nr.51, S.827-834. Pieejams: [www.springerlink.com/content/e90v415578466157/fulltext.pdf](http://www.springerlink.com/content/e90v415578466157/fulltext.pdf) [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].
190. Honsell H. Romisches Recht. Berlin, Heidelberg, New York, Barcelona, Budapest, Honkong, London, Mailand, Paris, sanata Clara, Singapur, Tokio: Springer, 1997. ISBN 3540182519, 0387182519.
191. Horntrich J. Der kranke Mensch: Patient oder Kunde? Pieejams: <http://www.aeksh.de/shae/200202/h022052a.html> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].
192. Höfling W. Gesetz zur Sicherung der Autonomie und Integrität von Patienten am Lebensende (Patientenautonomie- und Integritätsschutzgesetz). MedR, 2006, nr.1, S.25-32. Pieejams: [www.springerlink.com/content/y458732n314v1214/fulltext.pdf](http://www.springerlink.com/content/y458732n314v1214/fulltext.pdf) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].



193. Hupel A.W. Topographische Nachrichten von Livl. und Estl. Bd.1. Riga, 1774, S.558. Grām.: Васильев К.Г. Очерки истории медицины и здравоохранения Латвии. Москва: Медицина, 1964, 28с.
194. Joung Ph. Patientenverfügung. Selbstbestimmung am Lebensende in Südkorea. Ethik in der Medizin, 2008, nr.20, S.213-220. Pieejams: [www.springerlink.com/content/t720126013557j87/fulltext.pdf](http://www.springerlink.com/content/t720126013557j87/fulltext.pdf) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].
195. Kallwass, W. Privatrecht. Munchen: Vahlen, 2006, 517 S.
196. Krones T., Richter G. Ärztliche Verantwortung: das Arzt-Patient-Verhältnis. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz, 2008, nr.8, S.818-826. Pieejams: [www.springerlink.com/content/w72q7020g451v463/fulltext.pdf](http://www.springerlink.com/content/w72q7020g451v463/fulltext.pdf) [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].
197. Larenz K., Wolf M. Allgemeiner Teil des Bürgerlichen Rechts /begründet von Karl Larenz; fortgeführt von Manfred Wolf. München: Beck, 1997, 1021 S.
198. Loebell M. Die Heilkunde im Mittelalter. Pieejams: <http://www.jadu.de/mittelalter/text/heilkunde.html> [aplūkots 2010.gada 15.maijs].
199. Marckmann G. Gesundheit und Gerechtigkeit. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz, 2008, nr.51, S.887-894. Pieejams: [www.springerlink.com/content/t025p62m42236j01/fulltext.pdf](http://www.springerlink.com/content/t025p62m42236j01/fulltext.pdf) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].
200. Medizin im Mittelalter. Pieejams: <http://www.mittelalter-saar.de/index.php?page=952> [aplūkots 2010.gada 15.maijā].
201. Mona M. Wille oder Indiz für mutmaßlichen Willen? Ethik in der Medizin, 2008, nr.20, S.248-257. Pieejams: [www.springerlink.com/content/p86714104j413443/fulltext.pdf](http://www.springerlink.com/content/p86714104j413443/fulltext.pdf) [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].
202. Patienten als Partner in der letzten Lebensphase. Van Oorschot B., Hausmann C., Köhler N.u.a. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz, 2004, nr.47, S.992-999. Pieejams: [www.springerlink.com/content/w3744wge2vpm3x4t/fulltext.pdf](http://www.springerlink.com/content/w3744wge2vpm3x4t/fulltext.pdf) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].
203. Reiter-Theil St., Hiddermann W. „Patientenautonomie statt Paternalismus“. Onkologe. 2000, nr.6, S.190-197. Pieejams: [www.springerlink.com/content/fkjdgvg4utabpbn3/fulltext.pdf](http://www.springerlink.com/content/fkjdgvg4utabpbn3/fulltext.pdf) [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].
204. Schleger H.A., Reiter-Theil S. „Alter“ und „Kosten“ - Faktoren bei Therapieentscheiden am Lebensende? Eine Analyse informeller Wissensstrukturen bei Ärzten und Pflegenden. Ethik in der Medizin, 2007, nr.2.

205. Simon A., Meran J.G., Fangerau H. Patientenverfügungen als Instrument der Patientenselbstbestimmung. Der Hautarzt, 2004, nr.55, S.721-726. Pieejams: [www.springerlink.com/content/ffc6kvt35lu12w7v/fulltext.pdf](http://www.springerlink.com/content/ffc6kvt35lu12w7v/fulltext.pdf) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].
206. Sohm R. Weltliches und geistliches Recht. München, Leipzig, [b.i.], 1914, S.69. Grām.: Balodis R. Valsts un Baznīca. Rīga: Nordik, 2000, 83.lpp.
207. Taupitz J. Rechtsfragen der Transplantationsmedizin, insbesondere die Transplantation vom toten Spender, die Transplantation vom lebenden Spender und die Xenotransplantation. Medizinrechtliches Seminar 98/99; Universität Mannheim. Pieejams: <http://www.grin.com/de/preview/45477.html> [aplūkots 2010.gada 22.maijā].
208. Wöllenstein H. Der informierte Patient aus Sicht der Gesetzlichen Krankenversicherung. Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz, 2004, nr.10.
209. Аблин М.В. Согласие на медицинское вмешательство. Медицинское право, 2004, nr.4(8).
210. Алексеев С.С. Философия права. Москва: Норма, 1999, 329с.
211. Àíðíēīāēÿ ìèðíāíē ìðāāíāíē ìñēè: ā 5-ē ò. Ò.1. Àíðè-íñòü. Áíñòì-íúā òèāèèèçàòèè. Ðóé. íāó÷. ìðíāèòà Ā.Ð. Ñāìèāēí ; Íāòèíāēüíúé íāùāñðāāíí-íāó÷íúé ôíā. Ìñēāā: Ìñēü, 1999, 750 ñ., ISBN 5244009354, 5244009362.
212. Àíðíēīāēÿ ìèðíāíē ìðāāíāíē ìñēè: ā 5-ē ò. Ò.II. Āāðñā. V-XVII āā. Íðā.ðāā. Êðāāíēíēēíāā Í.Ā. Íāòèíāēüíúé íāùāñðāāíí-íāó÷íúé ôíā. Ìñēāā: Ìñēü, 1999. ISBN 5-244-00935-4, 5-244-00937-0.
213. Àíðíēīāēÿ ìèðíāíē ìðāāíāíē ìñēè: ā 5-ē ò. Ò.III. Āāðñā. Àìāðēèā. XVII-XX āā. Íðā.ðāā. Āèāēíā Í.Ā. Íāòèíāēüíúé íāùāñðāāíí-íāó÷íúé ôíā. Ìñēāā: Ìñēü, 1999. ISBN 5-244-00935-4, 5-244-00938-9.
214. Антонова Н.Л. Проблемы реализации прав пациентов в обязательном медицинском страховании. Интернет-конференция "Охрана здоровья: проблемы организации, управления и уровни ответственности" (16.04.2007.-15.06.2007.). Pieejams: [www.ecsocman.edu.ru/db/msg/308445/print.html](http://www.ecsocman.edu.ru/db/msg/308445/print.html) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].
215. Афанасьева Е.Г. У истоков человеческой жизни: правовые аспекты. Москва, [b.i.], 1994, с.12. Grām.: Федорова М.Ю. Медицинское право. Учебное пособие для вузов. М.: ВЛАДОС, 2003, с.188.
216. Байков А. Общая часть гражданского права. Рига: Holda, 2006, 391с.
217. Балутин С. Чего не следует ожидать от платных медицинских услуг. Pieejams: <http://www.anoufrieв.ru/index.php?utid=200&id=226> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].
218. Бартол С. О различиях между каноническим правом и гражданским. Grām.: Àíðíēīāēÿ ìèðíāíē ìðāāíāíē ìñēè: ā 5-ē ò. Ò.2. Āāðñā V-XVII āā. Ðóé. íāó÷. ìðíāèòà Ā.Ð. Ñāìèāēí;

- Íàòèíàèüíúé íàùãñðááíí-íàó÷íúé ôíá. Íñèàà: Ìññèü, 1999, 829 ñ., ISBN 5244009354, 5244009370.
219. Белоусова Ю.Б. Исследования на людях, находящихся в критическом состоянии, и на смертельно больных пациентах. Píeejams: [http://www.consilium-medicum.com/media/book/05\\_01/17.shtml](http://www.consilium-medicum.com/media/book/05_01/17.shtml) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].
220. Биомедицинская этика. Покровский В.И. (Науч.ред.) Москва: Медицина, 1997, с.192. Int.res.: Ляуш Л.Б. Этические проблемы трансплантации органов и тканей человека. Этические проблемы ксенотрансплантации. Российский Государственный Медицинский Университет. Píeejams: <http://an.mrezha.ru/zhizn/etika/00/Lectures/lect11.doc> [aplūkots 2010.gada 22.maijā].
221. Ванчугова В. "Биологическое завещание" положит конец страданиям неизлечимо больных людей. Píeejams: [www.humanities.edu.ru/db/msg/24598](http://www.humanities.edu.ru/db/msg/24598) [aplūkots 2010.gada 10.decembrī].
222. Васильев К.Г. Материалы по истории медицины и здравоохранения Латвии. Рига: Латгосиздат, 1959, 360с.
223. Васильев К.Г. Очерки истории медицины и здравоохранения Латвии. Москва: Медицина, 1964, 218 с.
224. Веберс Я.Р. Осуществление и защита личных и имущественных прав. Том № 107. Тарту, [b.i.], 1964. Grām.: Медицинское право. Науч.ред. Дмитриев Ю.А. Москва: Элит, 2006, с.113.
225. Виноградов А.З. Алгоритм правовой квалификации медицинского деликта. Медицинское право, 2003, nr.4, с.34-37.
226. Гартман Ф. Жизнь Парацельса и сущность его учения. Москва: Алетейа, 2002, 272с., ISBN 5893211057.
227. Гофф Ж. Ле. Цивилизация средневекового Запада. Сретенск: МЦИФИ, 2000, 223-226с. Píeejams: <http://langedoc.narod.ru/history/medic.htm> [aplūkots 2010.gada 15.maijs].
228. Гражданское и торговое право зарубежных государств: учебник для юрид.вузов. Отв.ред.: Васильев Е., Комаров А. Т.1. Изд. 4-е, перераб. и доп. Москва: Международные отношения, 2006, 557с.
229. Грачева Т.Ю. „Проблемы стандартизации в телемедицине.” Медицинское право, 2005, Nr.4(12), с.31-32.
230. Грачева Т.Ю., Чунарев В.Ф., Ваковская Е.А. „Обеспечение врачебной тайны при использовании электронной истории болезни.” Медицинское право, 2005, nr.2(10), с.26-27.
231. Гримм Д.Д. Лекции по догме римского права. Москва: Зерцало, 2003, 496 с., ISBN 5-8078-0088-5.

232. Груненко А.П. Правовые основы проведения клинических исследований лекарственных препаратов. Медицинское право, 2003, nr.1. Pieejams: <http://www.feccis.net/lib.php?n=1148015273> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].
233. Гурочкин Ю.Д., Дерягин Г.Б., Яценко Е.Ю. Медицинское право. Сборник нормативных актов. Москва: Экзамен, 2007, 798с.
234. Дргонец Я., Холлендер П. Современная медицина и право. Москва, [b.i.], 1991, с.140. Grām.: Романовский Г.Б. Момент смерти как юридическая фикция. Медицинское право, 2003, nr.2(2), с.30.
235. Дронова Ю.А. Анализ основных прав пациентов в отношениях по оказанию медицинских услуг. Медицинское право, 2003, nr.3, с.21-23.
236. Ерофеев С.В., Ерофеева И.О. Принцип информированного согласия пациента: обзор зарубежной медицинской и юридической практики. Pieejams: [www.med-law.ru](http://www.med-law.ru) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].
237. Ефименко С.А. Социальные аспекты взаимоотношений врача и пациента. Социология медицины, 2006, nr.1, с.9-14.
238. Заключение Уполномоченного Этического Совета Европейской Ассоциации паллиативной помощи по вопросу паллиативной помощи и эвтаназии (2003). Pieejams: [www.pallcare.ru/ru/?p=1174132999](http://www.pallcare.ru/ru/?p=1174132999) [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].
239. Золотых В.В., Жуков С.П. Обоснованный риск в медицинской деятельности. Pieejams: [www.med-law.ru](http://www.med-law.ru) [aplūkots 2010.gada 21.decembrī].
240. Зудгоф К. Медицина средних веков и эпохи возрождения. Москва: Вузовская книга, 1999, 160 с., ISBN 5895220460.
241. История государства и права зарубежных стран I. Науч.ред. Крашенникова Н.А., Жидкова О.А. Москва: НОРМА-ИНФРА, 1999, 624 с. ISBN 5-89123-341-X, 5-86225-950-3.
242. История государства и права зарубежных стран II. Науч.ред. Крашенникова Н.А., Жидкова О.А. Москва: НОРМА-ИНФРА, 1999, 712 с. ISBN 5-89123-380-0, 5-16-000081-X.
243. Капинус О.С. Эвтаназия как социально – правовое явление. Москва: Буквоед, 2006, 398с.
244. Катц Дж. Защита испытуемых и пациентов: уроки Нюрнберга. Человек, 1997, nr.4. Pieejams: [www.courier.com.ru/humanities/html/225.htm](http://www.courier.com.ru/humanities/html/225.htm) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].
245. Колоколов Г.Р., Косолапова Н.В., Никульникова О.В. Основы медицинского права. Москва: Экзамен, 2005, 320 с. ISBN 5-472-00290-7.
246. Êðùëíàà Ã. „Ñàëààðàëè Èàáâú ìà ñèàíúá ñâñòàèúõ.” Ðàëèàëù è ìðàâî, 2000, nr.5.
247. Кудинов О.А. Римское право. Москва: Экзамен, 2007, 637 с., ISBN 5-472-02309-2.

248. Лесняк О.М. О роли пациента в современном диагностическом и лечебном процессе. Pieejams: <http://vestnik.okb1.mplik.ru/1/001.html> [aplūkots 2010.gada 22.maijā].
249. Ломакина И.Г. Гражданско-правовое регулирование отношений по оказанию медицинских услуг в Российской Федерации. Автореферат дис.докт.юрид.наук. Москва, 2006. Pieejams: [http://planetadisser.com/see/dis\\_173891.html](http://planetadisser.com/see/dis_173891.html) [aplūkots 2010.gada 11.novembrī].
250. Ляуш Л.Б. Этические проблемы трансплантации органов и тканей человека. Этические проблемы ксенотрансплантации. Российский Государственный Медицинский Университет. Pieejams: <http://an.mrezha.ru/zhizn/etika/00/Lectures/lect11.doc> [aplūkots 2010.gada 22.maijā].
251. Льюис А. Права пациентов на информированное согласие, включая отказ от лечения. Медицинское право, 2004, nr.2(6).
252. Макаров В. Законы и общественные отношения в Ману-Смрити. Pieejams: <http://www.orientalia.org/article348.html> [aplūkots 2010.gada 15.maijs].
253. Маринер В.К. „Информационные технологии и права пациентов: переосмысление правовой доктрины.” Медицинское право, 2003, nr.1(1), с.58.
254. Марчукова С.М. Медицина в зеркале истории. Санкт-Петербург: Европейский дом, 2003, 272 с. ISBN 5801501517.
255. Медицина с позиции греков. Шульц Ю.Ф. (Сост.). Москва: Медицина, 1987, 128 с.
256. Медицина средневековья. Pieejams: <http://www.medvuz.ru/faces/section103/section14/> [aplūkots 2010.gada 15.maijs].
257. Медицина XVII-XVIII, XIX веков. Pieejams: [www.medvuz.ru/faces/section103/section14/](http://www.medvuz.ru/faces/section103/section14/) [aplūkots 2010.gada 11.novembrī].
258. Медицинское право. Науч.ред. Гурочкин Ю.Д. Москва: Экзамен, 2007, 800 с. ISBN 978-5-377-00514-8.
259. Медицинское право. Науч.ред. Дмитриев Ю.А. Москва: Элит, 2006, 496 с. ISBN 5-902404-63-0.
260. Мейер-Штейнер Т. Древняя медицина. Москва: Вузовская книга, 1999, 128 с. ISBN 5895220436.
261. Мейер-Штейнер Т. Медицина XVII-XIX веков. Москва: Вузовская книга, 1999, 128 с.
262. Морально-этические проблемы «статуса эмбриона». Науч.ред. Силуянова И.В. Российский Государственный Медицинский Университет. Pieejams: <http://an.mrezha.ru/zhizn/etika/00/Lectures/lect4.doc> [aplūkots 2010.gada 22.maijā].
263. Мотов В.В. Информированное согласие и добровольная психиатрическая госпитализация в США. Pieejams: <http://www.npar.ru/journal/2005/3/hospitalization.php> [aplūkots 2010.gada 22.maijā].

264. Мотов В.В. Информированное согласие на психиатрическое лечение в США. Pieejams: <http://www.npar.ru/journal/2004/3/consent.php> [aplūkots 2010.gada 22.maijā].
265. Мохов А.А., Борисов М.В., Мелихов А.В. Генетическое тестирование и медицинское страхование. Волгоградский государственный университет. Медицинское право, 2008, nr.3.
266. Мохов А.А. Проблемы судебного разбирательства дел о возмещении вреда, причиненного здоровью или жизни гражданина при оказании медицинской помощи. Pieejams: [www.med-law.ru](http://www.med-law.ru) [aplūkots 2010.gada 21.decembrī].
267. Научные исследования с участием детей. Ред. Белоусова Ю.Б. Pieejams: [www.consilium-medicum.com/media/book/05\\_01/15.shtml](http://www.consilium-medicum.com/media/book/05_01/15.shtml) [aplūkots 2010.gada 11.novembrī].
268. Невважай И.Д. О соотношении естественного и позитивного права. Pieejams: <http://www.law.edu.ru/article/article.asp?articleID=152264> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].
269. Нерсесянц В.С. Философия права. Учебник для вузов. Институт государства и права Российской академии наук, Академический правовой университет. 2-е изд. Москва: Норма, 2006, 848 с. ISBN 5-468-00002-4.
270. Ответственность за правонарушения в медицине. Александрова О.Ю., Герасименко Н.Ф., Григорьев Ю.И., Григорьев И.Ю. Москва: Академия, 2006, 240 с. ISBN 5-7695-2901-6.
271. Папеева К.О. Право врача скрывать от пациента сведения о состоянии его здоровья: некоторые вопросы правовой регламентации. Медицинское право, 2004, nr.4(8).
272. Пиляева В.В. Гражданское право: части общая и особенная. Москва: кнорус, 2004, 796 с. ISBN 5-98032-445-3.
273. Пищита А.Н., Житный М.В., Каменская Н.А. Правовые аспекты информационного обмена в медицине. Медицинское право, 2003, nr.1(1).
274. Платон. Государство. Grām.: *Àíðíēīāēy̅ īèðíāíé īðāāíāíé īūñēè: â 5-è ò. Ò.1. Àíðè-íñòü. Âññòí-íúâ öèâèèèçàöèè. Ðóé. íâó÷. īðíāèðà Æ.Ð. Ñâìèèè; Íàöèíāèüíúé íáúñòââííí-íâó-íúé ôíä. Ìññèâà: Ìññèü, 1999.*
275. Платон. Законы. Grām.: *Àíðíēīāēy̅ īèðíāíé īðāāíāíé īūñēè: â 5-è ò. Ò.1. Àíðè-íñòü. Âññòí-íúâ öèâèèèçàöèè. Ðóé. íâó÷. īðíāèðà Æ.Ð. Ñâìèèè; Íàöèíāèüíúé íáúñòââííí-íâó-íúé ôíä. Ìññèâà: Ìññèü, 1999.*
276. Плутарх. Солон. Grām.: *Àíðíēīāēy̅ īèðíāíé īðāāíāíé īūñēè: â 5-è ò. Ò.1. Àíðè-íñòü. Âññòí-íúâ öèâèèèçàöèè. Ðóé. íâó÷. īðíāèðà Æ.Ð. Ñâìèèè; Íàöèíāèüíúé íáúñòââííí-íâó-íúé ôíä. Ìññèâà: Ìññèü, 1999.*
277. Покровский И.А. Основные проблемы гражданского права. Изд.3-е. Москва: Статут, 2001, 352с.

278. Покуленко Т.А. Принцип информированного согласия: вызов патернализму. Вопросы философии, 1994, nr.3. Picejams: [www.antidrug.health.am/news/resources/posts/2693/](http://www.antidrug.health.am/news/resources/posts/2693/) [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].
279. Римское частное право. Науч.ред. Новицкий И.Б., Тетерский И.С. Москва: Юристъ, 2004, 544 с. ISBN 5-7975-0154-6.
280. Розман М.С. Дефекты медицинской документации: значение для наступления гражданско-правовой ответственности лечебно-профилактических учреждений. Медицинское право, 2003, nr.4(4).
281. Романовский Г.Б. Момент смерти как юридическая фикция. Медицинское право, 2003, nr.2(2).
282. Романовский Г.Б. Право на врачебную тайну в системе прав пациента. Picejams: [www.med-law.ru](http://www.med-law.ru) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].
283. Сабурова В.И. Модели взаимоотношения врач-пациент. Моральные принципы и правила проведения исследований на человеке и животных. Picejams: <http://bioethos.ru/lect/13.htm> [aplūkots 2010.gada 11.novembrī].
284. Садковская Т.Б., Храбан В.Г., Козловская Л.Н., Ляпунов А.В. Добровольное медицинское страхование – гарантия социальной и экономической стабильности общества. Медицинское право, 2003, nr.3, с.18-20.
285. Сальников В.П., Стеценко С.Г. Доктрина информированного согласия. Новая правовая мысль, 2002, nr.1, с.36-42. Picejams: <http://www.law.edu.ru/magazine/document.asp?magID=13&magNum=1&magYear=2002&articleID=1169577> [aplūkots 2010.gada 22.maijā].
286. Санфиллипо Ч. Курс римского частного права. Москва: БЕК, 2002, 370 с. ISBN 5-85639-284-1.
287. Сергеев Ю.Д., Канунникова Л.В. Ненадлежащее оказание медицинских услуг и факторы риска его возникновения. Picejams: [www.med-law.ru](http://www.med-law.ru) [aplūkots 2010.gada 21.decembrī].
288. Сергеев Ю.Д., Ломакина И.Г. Гражданско- правовая ответственность при медицинском вмешательстве. Picejams: [www.med-law.ru](http://www.med-law.ru) [aplūkots 2010.gada 21.decembrī].
289. Сергеев Ю.Д., Поспелова С.И. Правовые аспекты посмертного донорства: современное состояние и проблемы регулирования. Picejams: [www.med-law.ru](http://www.med-law.ru) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].
290. Силуянова И.В. Информированное согласие: от процедуры к доктрине. Picejams: <http://an.mrezha.ru/zhizn/etika/00/Textbook/sil1/chap54.htm> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

291. Силуянова И.В. "Патернализм" и "информированное согласие": этическое и правовое регулирование отношений. Pееjams: [www.eyeneews.ru/medpravo.htm](http://www.eyeneews.ru/medpravo.htm) [aplūkots 2010.gada 11.novembrī].
292. Силуянова И.В., Сабурова В.И., Силуянова В.А. Информированное согласие в гинекологической практике. Медицинское право, 2007, nr.1. Pееjams: [www.med-law.ru](http://www.med-law.ru) [aplūkots 2010.gada 11.novembrī].
293. Сорокина Т.С. История медицины. Москва: Ун-т дружбы народов, 1988, 72 с., ISBN 5209000594.
294. Сорокина Т.С. История медицины в двух томах. Pееjams: <http://bibliotekar.ru/423/12.htm> [aplūkots 2010.gada 15.maijs].
295. Ñòàöáíêî Ñ.Ã., Ìèùèðà À.Í., Ãí÷àðîâ Í.Ã. Очерки медицинского права. Науч.ред. Стеценко С.Г. Москва: ЦКБ РАН, 2004, 171 с. ISBN 5946880306.
296. Стеценко С.Г. Платные медицинские услуги: актуальные вопросы юридической регламентации. Pееjams: [www.eyeneews.ru/medpravo.htm](http://www.eyeneews.ru/medpravo.htm) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].
297. Точка зрения основных мировых религии на решения, касающиеся окончания жизни в отделении интенсивной терапии. Bulow H.-H., Sprung Ch.L., Reinhart K.и.д. Intensive Care Med, 2008, nr.34, p.423-430. Pееjams: [www.critical.ru/actual/etica/religion.htm](http://www.critical.ru/actual/etica/religion.htm) [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].
298. Трубецков А.Д. Вопросы информации о риске и медицинское право. Медицинское право, 2005, nr.4(12).
299. Федорова М.Ю. Медицинское право. Учебное пособие для вузов. Москва: ВЛАДОС, 2003, 320 с. ISBN 5-691-01119-7.
300. Фемистий. О человеколюбии. Grām.: Αἰδότητες καὶ ἰατρικὴ ἰθαυτατικὴ ἰσχύς: ἀ 5-ἔ ὀ. Ὁ.1. Αἰδὸς-ἰσχύς. Αἰσθητικὴ οὐκ ἐστὶν ἀρετὴ. Δοξ. ἰατρ. ἰδία ἐὸν Ἄ.Ρ. Ñàìèàèí; Íàöèíàèüíúé íàùñðàáíí-íàó÷íúé ôíñ. Ìñèâà: Ìñèü, 1999, 750 ñ. ISBN 5244009354, 5244009362.
301. Философия медицины. Науч.ред. Шевченко Ю.Л. Москва: ГЮТАР-МЕД, 2004, 480 с. ISBN 5-9231-0371-0.
302. Философия права. Данильян О.Г., Байрачная Л.Д., Максимов С.И. и др. Москва: Эксмо, 2007, 416с. ISBN 978-5-699-08705-1.
303. Хеффе О. Политическая справедливость или естественное право? Pееjams: <http://www.politizdat.ru/fragment/59/> [aplūkots 2010.gada 22.maijā].
304. Человек и здравоохранение: правила игры. СанктПетербург, 2001. Раздел 1.6.2. Представитель пациента. Pееjams: <http://defender.spb.ru/dov.html> [aplūkots 2010.gada 22.maijā].



305. Цицерон М.Т. О законах. Grām.: Āidīēiāēy iēdīāīē iđāāīāīē iūñēē: ā 5-ē ò. Ò.1. Āidēē-īñdū. Āñdī-īúā öēāēēēçāōēē. Đóē. iāó÷. iđiāēōā Ā.Đ. Ñāiēāēi; Īāōēīāēüiūē iāuāñdāāīī-īāó÷iūē ôīā. Īñēāā: Īñēü, 1999, 750 ñ. ISBN 5244009354, 5244009362.
306. Шапп Ян. Система германского гражданского права: учебник. Москва: Международные отношения, 2006, 357с.
307. Шаталова Г.С. Философия здоровья. Москва: Елен и Ко, 1997, 222с.
308. Шевчук С.С. Проблемы правовой квалификации действий исполнителя медицинских услуг в интересах пациента без поручения. Кавказский государственный технический университет. Вестник. Серия «Право», 2004, nr.1 (6). Pieejams: [www.science.ncstu.ru/articles/law/06/07.pdf/file\\_download](http://www.science.ncstu.ru/articles/law/06/07.pdf/file_download) [aplūkots 2010.gada 22.maijā].
309. Эвола Ю. Тайная природа естественного права. Pieejams: <http://www.pravaya.ru/book/19/4391> [aplūkots 2010.gada 22.maijā].
310. Эльштейн Н.В. Двойственность врачебной правды (размышления профессора). Медицинское право, 2005, nr.2(10).
311. Яковлев В.А., Суркова Л.В. От этики патернализма - к этике диалога. Вестник Московского университета. Серия 7. Философия, 1998, nr.5, с.24-34. Pieejams: [www.philos.msu.ru/vestnik/philos/art/1998/yakovlev\\_ethics.htm](http://www.philos.msu.ru/vestnik/philos/art/1998/yakovlev_ethics.htm) [aplūkots 2010.gada 11.novembrī].

### Normatīvie akti

1. ANO Vispārējā cilvēktiesību deklarācija (1948.gada 10.decembris). Pieejams: [http://www.humanrights.lv/frames\\_1.htm?menu/doc\\_1.htm](http://www.humanrights.lv/frames_1.htm?menu/doc_1.htm) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].
2. ANO Starptautiskais pakts par ekonomiskajām, sociālajām un kultūras tiesībām (1966.gada 16.decembris). Pieejams: [http://www.humanrights.lv/frames\\_1.htm?menu/doc\\_1.htm](http://www.humanrights.lv/frames_1.htm?menu/doc_1.htm) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].
3. Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām (2010.g.23.decembris). Pieejams: [www.sustento.lv/uploads/Konvencija/konvencija%20lv.doc](http://www.sustento.lv/uploads/Konvencija/konvencija%20lv.doc) [aplūkots 2011.gada.11.janvārī].
4. Konvencija par cilvēktiesību un cieņas aizsardzību bioloģijā un medicīnā (1997.gada 4.aprīlis). Pieejams: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:62006C0500:LV:HTML> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].
5. Konvencija par bērna tiesībām (1989.gada 20.novembris). Pieejams: [www.humanrights.lv/doc/vispaar/bernkonv.htm](http://www.humanrights.lv/doc/vispaar/bernkonv.htm) [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].

6. Eiropas Cilvēktiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencija (1950.gada 4.novembris).  
Pieejams: <http://www.echr.coe.int/NR/rdonlyres/56D2C838-7133-4010-8D00-99BE58570B95/0/LatvianLetton.pdf> [aplūkots 2010.gada 22.maijā].
7. Deklarācija par pacientu tiesību veicināšanu Eiropā (1994.gada 28.-30.marts). Grām.: Biomedicīnas ētika. Ķilkuts G., Mežinska S., Neiders I.u.c. Sast. V.Sīle. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2006, 207.-219.lpp.
8. Par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē: Eiropas Parlamenta un Padomes 2011.gada 9.marta direktīva 2011/24/ES. Eiropas Savienības Oficiālais Vēstnesis, 2011. 4.aprīlis, L 88, 45.-65.lpp.
9. Eiropas Parlamenta rezolūcija par pacientu mobilitāti un veselības aprūpes attīstību Eiropas Savienībā (2004/2148(INI)) (52005IP0236). Pieejams: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52005IP0236:LV:HTML> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].
10. Eiropas Padomes Ministru Komitejas rekomendācija nr.R (99) 4 „Par principiem attiecībā uz rīcībnespējīgo personu tiesību aizsardzību”. Latvijas Republikas Satversmes tiesas 2010.gada 27.decembra spriedums lietā: nr.2010-38-01. Pieejams: <http://www.satv.tiesa.gov.lv/> [aplūkots 2011.gada 11.janvārī] (12.punkts).
11. Eiropas Ekonomikas un sociālo lietu komitejas atzinums par tematu Pacienta tiesības (Brisele, 26.09.2007.). Pieejams: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2008:010:0067:01:LV:HTML> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].
12. Termināli slimā un mirstošā pacienta aizsardzība un specifiskās vajadzības. Eiropas Padomes Parlamentārās asamblejas Sociālo, veselības un ģimenes lietu komitejas ziņojums. Periodika: Andrejevs G. Termināli slimo un mirstošo pacientu cilvēktiesību un cieņas aizsardzība Eiropas Padomes skatījumā. Doctus, 2000, nr.3, 37.lpp.
13. Kopienas regulējums par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē. Komisijas paziņojums (nr.:52008DC0415, 02.07.2008., Brisele). Pieejams: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52008DC0415:LV:HTML> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].
14. Latvijas Republikas Satversme: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 1993. 1.jūlijs, nr.43.
15. Civilprocesa likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 1998. 3.novembris, nr.326/330.
16. Krimināllikums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 1998. 8.jūlijs, nr.199/200.
17. Civillikums. Pirmā daļa. Ģimenes tiesības: LR likums. LR Saeimas un Ministru Kabineta Ziņotājs, 1993. 10.jūnijs, nr.22/23.

18. Civillikums. Ceturtā daļa. Saistību tiesības: LR likums. LR Saeimas un Ministru Kabineta Ziņotājs, 1993. 14.janvāris, nr.1.
19. Civillikums. Otrā daļa. Mantojuma tiesības: LR likums. LR Saeimas un Ministru Kabineta Ziņotājs, 1992. 30.jūlijs, nr.29.
20. Civillikums. Trešā daļa. Lietu tiesības: LR likums. LR Saeimas un Ministru Kabineta Ziņotājs, 1992. 30.jūlijs, nr.29.
21. Latvijas Administratīvo pārkāpumu kodekss: LR likums. LR Saeimas un Ministru Kabineta Ziņotājs, 1984. 20.decembris, nr.51.
22. Pacientu tiesību likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 2009. 30.decembris, nr.205.
23. Bāriņtiesu likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 2006. 7.jūlijs, nr.107.
24. Civilstāvokļa aktu likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 2005. 1.aprīlis, nr.52.
25. Preču un pakalpojumu drošuma likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 2004. 28.aprīlis, nr.66.
26. Cilvēka genoma izpētes likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 2002. 3.jūlijs, nr.99.
27. Seksuālās un reproduktīvās veselības likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 2002. 19.februāris, nr.27.
28. Fizisko personu datu aizsardzības likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 2000. 6.aprīlis, nr.123/124.
29. Patērētāju tiesību aizsardzības likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 1999. 01.aprīlis, nr.104/105.
30. Informācijas atklātības likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 1998. 6.novembris, nr.334/335.
31. Iedzīvotāju reģistra likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 1998. 10.septembris, nr.261/264.
32. Bērnu tiesību aizsardzības likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 1998. 08.jūlijs, nr.199/200.
33. Epidemioloģiskās drošības likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 1997. 30.decembris, nr.342/345.
34. Ārstniecības likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 1997. 1.jūlijs, nr.167/168.
35. Par prakses ārstiem: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 1997. 8.maijs, nr.113.
36. Farmācijas likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 1997. 24.aprīlis, nr.103.
37. Notariāta likums: LR likums. LR Saeimas un Ministru Kabineta Ziņotājs, 1993. 05.jūlijs, nr.26/27.
38. Par miruša cilvēka ķermeņa aizsardzību un cilvēka audu un orgānu izmantošanu medicīnā: LR likums. LR Saeimas un Ministru Kabineta Ziņotājs, 1993. 14.janvāris, nr.1.

39. Par policiju: LR likums. LR Saeimas un Ministru Kabineta Ziņotājs, 1991. 24.septembris, nr.37.
40. Par personu noziedzīgu darbību rezultātā, kā arī organizāciju vainas dēļ cietušo ārstēšanai izlietoto līdzekļu atlīdzināšanu: LR likums. LR Saeimas un Ministru Kabineta Ziņotājs, 1991. 28.marts, nr.11.
41. Par civiltāvokļa aktiem: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 1993. 28.oktobris, nr.97 (zaudējis spēku 15.04.2005.).
42. Ārstniecības likums: LR likums. Ārstniecības likums Rīga: Valsts tipogrāfija, 1937.
43. Likums par lauku iedzīvotāju nodrošināšanu slimības gadījumos: LR 1928.g. 05.jūnija likums. Grām.: Vīksna A. Slimo kases Latvijā. Rīga: Rīgas starptautiskais medicīnas zinātnes un farmācijas centrs, 1994.
44. Vietējo civillikumu kopojums. Neofic.izdevums. Rīga: Valters un Rapa, 1928.
45. Struteles valsts likumi. Grām.: Apsītis R., Blūzma V., Lazdiņš J. Latvijas tiesību avoti: teksti un komentāri. Poļu un zviedru laiku tiesību avoti (1561-1795). 2.sējums. Red. Blūzma V. LU Juridiskās fakultātes Tiesību teorijas un politikas zinātņu katedra. Rīga: Latvijas Universitātes žurnāla "Latvijas Vēsture" fonds, 2006.
46. Livonijas spogulis. Grām.: Latvijas tiesību avoti: teksti un komentāri. Seno paražu un Livonijas tiesību avoti 10. gs.-16. gs.1. sēj. Lazdiņš J., Blūzma V., Osipova S. Red. Meīšis E. LU Juridiskās fakultātes Tiesību teorijas un politikas zinātņu katedra. Rīga: Latvijas Universitātes žurnāla "Latvijas Vēsture" fonds, 1998.
47. Kārtība, kādā izstrādā, izvērtē, reģistrē un ievieš klīniskās vadlīnijas: Ministru Kabineta 2010.gada 25.maija noteikumi nr.469. Latvijas Vēstnesis, 2010. 29.maijs, nr.85.
48. Noteikumi par zāļu klīniskās izpētes un lietošanas novērojumu veikšanas kārtību, pētāmo zāļu marķēšanu un kārtību, kādā tiek vērtēta zāļu klīniskās izpētes atbilstība labas klīniskās prakses prasībām: Ministru Kabineta 2010.gada 23.marta noteikumi nr.289. Latvijas Vēstnesis, 2010. 31.marts, nr.51/52.
49. Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām: Ministru Kabineta 2009.gada 20.janvāra noteikumi nr.60. Latvijas Vēstnesis, 2009. 11.februāris, nr.23.
50. Veselības inspekcijas nolikums: Ministru Kabineta 2008.gada 05.februāra noteikumi nr.76. Latvijas Vēstnesis, 2008. 08.februāris, nr.22.
51. Kārtība, kādā veicama smadzeņu un bioloģiskās nāves fakta konstatēšana un miruša cilvēka nodošana apbedīšanai: Ministru Kabineta 2007.gada 27.marta noteikumi nr.215. Latvijas Vēstnesis, 2007, 11.aprīlis, nr.59.
52. Cilvēka audu un orgānu uzkrāšanas, uzglabāšanas un izmantošanas kārtība: Ministru Kabineta 2007.gada 27.marta noteikumi nr.208. Latvijas Vēstnesis, 2007. 30.marts, nr.54.

53. Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība: Ministru Kabineta 2006.gada 19.decembra noteikumi nr.1046. Latvijas Vēstnesis, 2006, 30.decembris, nr.208.
54. Audžuģimenes noteikumi: Ministru Kabineta 2006.gada 19.decembra noteikumi nr.1036. Latvijas Vēstnesis, 2006, 29.decembris, nr.207.
55. Recepšu veidlapu izgatavošanas un uzglabāšanas, kā arī recepšu izrakstīšanas noteikumi: Ministru Kabineta 2005.gada 08.marta noteikumi nr.175. Latvijas Vēstnesis, 2005. 23.marts, nr.48.
56. Alkohola, narkotisko, psihotropo un toksisko vielu atkarības slimnieku ārstēšanas kārtība: Ministru Kabineta 2002.gada 24.septembra noteikumi nr.429. Latvijas Vēstnesis, 2002. 27.septembris, nr.139.
57. Ārstniecības personu sertifikācijas kārtība: Ministru Kabineta 1997.gada 23.decembra noteikumi nr.431. Latvijas Vēstnesis, 1997. 30.decembris, nr.342/345.
58. Noteikumi par valsts darbinieku ārstēšanu: LR 1931.gada 30.oktobra noteikumi. Grām.: Vīksna, A. Slimo kases Latvijā. Rīga: Rīgas starptautiskais medicīnas zinātnes un farmācijas centrs, 1994.
59. Noteikumi aptiekām par zāļu izsniegšanu slimo kasu dalībniekiem un to apgādājamajiem ģimenes locekļiem: LR 1930.gada 20.augusta noteikumi nr.7904. Grām.: Vīksna, A. Slimo kases Latvijā. Rīga: Rīgas starptautiskais medicīnas zinātnes un farmācijas centrs, 1994.
60. Noteikumi par medicīnisko palīdzību slimo kasu dalībniekiem: LR 1929.gada 02.novembra noteikumi nr.19376. Grām.: Vīksna, A. Slimo kases Latvijā. Rīga: Rīgas starptautiskais medicīnas zinātnes un farmācijas centrs, 1994.
61. Slimo kasu un ārstu padomes kārtības rullis (1931.g.29.oktobris). Grām.: Vīksna, A. Slimo kases Latvijā. Rīga: Rīgas starptautiskais medicīnas zinātnes un farmācijas centrs, 1994.
62. Slimo kasu normālstatūti (1930.g.12.sept.). Grām.: Vīksna, A. Slimo kases Latvijā. Rīga: Rīgas starptautiskais medicīnas zinātnes un farmācijas centrs, 1994.
63. Latvijas Ārstu ētikas kodekss. Pieejams: <http://www.medicina.lv/lat/second4.php?page=zakoni&P1=4> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].
64. Principles of European Tort Law. European Group on Tort Law. Pieejams: [www.egtl.org/Principles/index.htm](http://www.egtl.org/Principles/index.htm) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].
65. The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment nr.14 (2000). Pieejams: [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En) [aplūkots 2010.gada 21.decembrī].
66. Illinois Medical Patient Rights Act (410 ILCS 50/; 2010, USA). Pieejams: <http://www.ilga.gov/legislation/ilcs/ilcs3.asp?ActID=1525&ChapAct=410%26nbsp%3BILCS%26n>

bsp%3B50%2F&ChapterID=35&ChapterName=PUBLIC+HEALTH&ActName=Medical+Patient+Rights+Act [aplūkots 2011.gada 11.janvārī].

67. Florida Patient's Bill of Rights and Responsibilities (Florida Statute 381.026, 2005). Pieejams: <http://www.doh.state.fl.us/mqa/Profiling/billofrights.htm> [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].

68. Law to provide for the safeguarding and protection of the patient's rights and for related matters of Cyprus (nr.1(I)/2005; 07.04.2005.). Pieejams: <http://apps.who.int/idh-rils/idh/Cypr.05002.pdf> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

69. Law of Obligations Act of Estonia (2002). Pieejams: <http://www.legaltext.ee/indexen.htm> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

70. Health Insurance Act of Estonia (01.10.2002.). Pieejams: <http://www.legaltext.ee/indexen.htm> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

71. Law of Georgia on the rights of patient (2000). Pieejams: [http://aitel.hist.no/~walterk/wkeim/files/Georgia\\_Patients\\_Rights\\_Law.htm](http://aitel.hist.no/~walterk/wkeim/files/Georgia_Patients_Rights_Law.htm) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

72. Law on patients' rights of Denmark (1999). Pieejams: <http://waml.haifa.ac.il/infex/reference/legislation/denmark/denmark.htm> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

73. Patient's Rights Act of Norway (nr.63, 02.07.1999). Pieejams: [www.lexadin.nl/wlg/legis/nofr/eur/lxwenoo.htm](http://www.lexadin.nl/wlg/legis/nofr/eur/lxwenoo.htm) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].

74. The Patient's Rights Charter of South Africa (1999). Pieejams: [www.doh.gov.za/docs/legislation/patientsright/chartere.html](http://www.doh.gov.za/docs/legislation/patientsright/chartere.html) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].

75. Law on hospital establishments of Luxembourg (Chapter 10 (a.37-46): Patients' rights and duties) (28.08.1998.). Pieejams: <http://apps.who.int/idh-rils/results.cfm?language=english&type=ByTopic&strTopicCode=IIIA&strRefCode=Lux> [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].

76. Act on Health of Hungary (1997). Pieejams: [www.eum.hu/english/CLIV/CLIV-main.html](http://www.eum.hu/english/CLIV/CLIV-main.html) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

77. Health Care Consent Act of Ontario (Canada; 1996). Pieejams: <http://www.canlii.org/en/on/laws/stat/so-1996-c-2-sch-a/82731/> [aplūkots 2011.gada 11.aprīlī].

78. Law on the rights of patients and compensation of the damage to their health (Lithuania, 03.10.1996). Pieejams: [www3lrs.lt/pls/inter2/dokpaieska.showdoc\\_e?p\\_id=111935](http://www3lrs.lt/pls/inter2/dokpaieska.showdoc_e?p_id=111935) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

79. Patient's Rights Act of Israel (1996). Pieejams: <http://waml.haifa.ac.il/infex/reference/legislation/israel/israel.htm> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

80. Patient's Bill of Rights (USA, 1995). Grām.: Timby B.K. Fundamental skills and concepts in patient care. Philadelphia: J.B.Lippincott Company, 1996, p.40.
81. Act on the medical treatment contract of Netherlands (Part 5 of the seventh title of Book 7 of the Civil Code) (17.11.1994.). Pieejams: [www.healthlaw.nl/wgboeng.html](http://www.healthlaw.nl/wgboeng.html) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].
82. Health Care Professionals Act of Finland (nr.559/1994; 01.07.1994.). Pieejams: [www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/1994/en19940559.pdf](http://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/1994/en19940559.pdf) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].
83. Finland's Act on the status and rights of patients (nr.785/1992; 01.03.2005.). Pieejams: [www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/1992/en19920785.pdf](http://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/1992/en19920785.pdf) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].
84. Patients Charter of Ireland (1992). Pieejams: [www.hermitageclinic.ie/wp-content/themes/twentyten/pdfs/downloads/Patients-Charter.pdf](http://www.hermitageclinic.ie/wp-content/themes/twentyten/pdfs/downloads/Patients-Charter.pdf) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].
85. Czech Code of Ethics and Patients Rights (25.02.1992.). Pieejams: [www.homolka.cz/common/files/Code%20of%20Ethics%20and%20Patients%20Rights.pdf](http://www.homolka.cz/common/files/Code%20of%20Ethics%20and%20Patients%20Rights.pdf) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].
86. Mental Health Act of Finland (nr.1116/1990; 01.01.1991). Pieejams: [www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/1990/en19901116.pdf](http://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/1990/en19901116.pdf) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].
87. Human Fertilisation and Embryology Act (England; 1990). Grām.: McHale J., Fox M., Murphy J. Health Care Law: Text, Cases and Materials. London: Sweet & Maxwell, 1997, p.604, 605.
88. Hospitals Act of Nova Scotia (Canada; 1989). Pieejams: [www.canlii.org/en/ns/laws/stat/rsns-1989-c-208/79929](http://www.canlii.org/en/ns/laws/stat/rsns-1989-c-208/79929) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].
89. Congenital Disabilities (Civil Liability) Act of England (1976). Grām.: Giliker P., Beckwith S. Tort. London: Sweet & Maxwell, 2000, p.32.
90. Family Reform Act (England; 1969). Pieejams: <http://www.statutelaw.gov.uk> [aplūkots 2010.gada 22.maijā].
91. Abortion Act (England; 1967). Pieejams: <http://www.statutelaw.gov.uk/>. [aplūkots 2010.gada 22.maijā].
92. Virginia Health Care Decisions Act (Code of Virginia, Title 54.1. Chapter 29, 1950). Pieejams: [www.vsb.org/docs/sections/health/Summary-HCDA-2009.pdf](http://www.vsb.org/docs/sections/health/Summary-HCDA-2009.pdf) [aplūkots 2011.gada 11.decembrī].
93. German Civil Code (18.08.1896). Pieejams: [www.gesetze-im-internet.de/englisch\\_bgb/englisch\\_bgb.html#BGBengl\\_000G1](http://www.gesetze-im-internet.de/englisch_bgb/englisch_bgb.html#BGBengl_000G1) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].
94. Civil Code of France (1804). Pieejams: [www.lexinter.net?ENGLISH/civil\\_code.htm](http://www.lexinter.net?ENGLISH/civil_code.htm) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].
95. Patientenverfügungs-Gesetz von Österreich (01.06.2006.) Bundesgesetzblatt, 2006. 8.Mai.

96. Schweizer Patienten-Charta (Januar 2005). Pieejams: <http://www.patienten.ch/PatientenCharta030505.pdf> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].
97. Deutschlands Patientencharta (2003). Pieejams: [www.krankenkassen.de/gesundheit/arzt-patient/TODO-29/](http://www.krankenkassen.de/gesundheit/arzt-patient/TODO-29/) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].
98. Österreichs Patientencharta (01.07.2001.). Bundesgesetzblatt, 2001. 3.Aug., nr.89, S.1359-1364.
99. Österreichs Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (01.09.1997.). Bundesgesetzblatt I, 1997, nr.108. Pieejams: [http://eur-lex.europa.eu/nlex/legis\\_at/ris.legislation\\_result\\_lv.htm](http://eur-lex.europa.eu/nlex/legis_at/ris.legislation_result_lv.htm) [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].
100. Patientenautonomie- und Integritätsschutzgesetzprojekt von Deutschland (01.06.2005.). Periodika: Höfling W. Gesetz zur Sicherung der Autonomie und Integrität von Patienten am Lebensende (Patientenautonomie- und Integritätsschutzgesetz). MedR, 2006, nr.1, S.25-32. Pieejams: [www.springerlink.com/content/y458732n314v1214/fulltext.pdf](http://www.springerlink.com/content/y458732n314v1214/fulltext.pdf) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].
101. Der Nürnberger Kodex (1997). Pieejams: [www.medizinundgewissen.de/archiv/kodex97.html](http://www.medizinundgewissen.de/archiv/kodex97.html) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].
102. Der Nürnberger Kodex (1947). Dokument des Nürnberger Ärzteprozesses. Pieejams: [www.ipnw-nuerberg.de/aktivitaet2\\_1.html](http://www.ipnw-nuerberg.de/aktivitaet2_1.html) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].
103. Schweizerisches Zivilgesetzbuch (30.03.1911). Pieejams: [www.lexfind.ch/dtah/70178/2/](http://www.lexfind.ch/dtah/70178/2/) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].
104. Schraggen (aus der Zeit von 30 Mai, 6 Juni 1494) der Gilden und Amster der Stadt Riga. Wilhelm Stieda und Const.Mettig. Riga, 1896, S.248.-252. Grām.: Derums V. Baltijas sencilvēku slimības un tautas dziedniecība: monogrāfija. Latvijas PSR Veselības aizsardzības ministrija, Latvijas Eksperimentālās un klīniskās medicīnas Zinātniskās pētniecības institūts. 2.pārstr. un papild.izd. Rīga: Zinātne, 1988, 170.lpp.
105. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан: Федеральный закон от 22 июля 1993 г. №5487-1. Grām.: Гурочкин Ю.Д., Дерягин Г.Б., Яценко Е.Ю. Медицинское право. Москва: Экзамен, 2007, с.49-52.
106. Баварская правда. И прибавление к Баварской правде. Grām.: Áíðèîîãèý ìèðîîîé ìðàîîîé ìùñèè: â 5-è ò. Ò.2. Åâðîîà V-XVII ââ. Ðóè. íàó÷. ìðîîèðà Æ.Ð. Ñâîèàèí; Íàèèîîèùé ìàùâñðàîîîí-íàó÷.íúé ôîîà. Ìñèèà: Ìùñèü, 1999.
107. Вестготская правда. Grām.: Áíðèîîîãèý ìèðîîîé ìðàîîîé ìùñèè: â 5-è ò. Ò.2. Åâðîîà V-XVII ââ. Ðóè. íàó÷. ìðîîèðà Æ.Ð. Ñâîèàèí; Íàèèîîèùé ìàùâñðàîîîí-íàó÷.íúé ôîîà. Ìñèèà: Ìùñèü, 1999.
108. Салическая правда. Grām.: Салическая правда. Московский государственный педагогический институт им.Ленина. Ученые записки, т.LXII. Перевод Н.П.Гранианского.



Москва: тип.им. Жданова, 1950. Pieejams: <http://www.hist.msu.ru/ER/Text/salic.htm> [aplūkots 2010.gada 15.maijā].

109. Саксонское зеркало. Grām.: *Àíðíēīāēy ièðíāíé iðāāíāíé iūñēè: â 5-è ò. Ò.2. Āādñīā V-XVII āā. Ðóé. íàó÷. iðīāēðā Ā.Ð. Ñāìèāēí; Íàöēíāēüíúé íàùāñðāāííí-íàó÷íúé ôíā. Īñēāā: Īūñēü, 1999.*

110. Каролина. Grām.: *Àíðíēīāēy ièðíāíé iðāāíāíé iūñēè: â 5-è ò. Ò.2. Āādñīā V-XVII āā. Ðóé. íàó÷. iðīāēðā Ā.Ð. Ñāìèāēí; Íàöēíāēüíúé íàùāñðāāííí-íàó÷íúé ôíā. Īñēāā: Īūñēü, 1999.*

111. Общие принципы мусульманского права „Маджаллат Ал-Ахкам Ал-Адлийя” (XVI в.). Grām.: *Àíðíēīāēy ièðíāíé iðāāíāíé iūñēè: â 5-è ò. Ò.1. Àíðè÷íñòü. Āíñòí÷íúā öēāēēēçāöēè. Ðóé. íàó÷. iðīāēðā Ā.Ð. Ñāìèāēí; Íàöēíāēüíúé íàùāñðāāííí-íàó÷íúé ôíā. Īñēāā: Īūñēü, 1999.*

112. Эклога (избранные законы). Grām.: *Àíðíēīāēy ièðíāíé iðāāíāíé iūñēè: â 5-è ò. Ò.2. Āādñīā V-XVII āā. Ðóé. íàó÷. iðīāēðā Ā.Ð. Ñāìèāēí; Íàöēíāēüíúé íàùāñðāāííí-íàó÷íúé ôíā. Īñēāā: Īūñēü, 1999.*

113. Номоканон константинопольского патриарха Фотия (883 г.). Grām.: *Àíðíēīāēy ièðíāíé iðāāíāíé iūñēè: â 5-è ò. Ò.2. Āādñīā V-XVII āā. Ðóé. íàó÷. iðīāēðā Ā.Ð. Ñāìèāēí; Íàöēíāēüíúé íàùāñðāāííí-íàó÷íúé ôíā. Īñēāā: Īūñēü, 1999.*

114. Вселенский собор (пято-шестой, Трулльский (691-692гг.)). Grām.: *Àíðíēīāēy ièðíāíé iðāāíāíé iūñēè: â 5-è ò. Ò.2. Āādñīā V-XVII āā. Ðóé. íàó÷. iðīāēðā Ā.Ð. Ñāìèāēí; Íàöēíāēüíúé íàùāñðāāííí-íàó÷íúé ôíā. Īñēāā: Īūñēü, 1999.*

115. Дигесты Юстиниана. Grām.: Кудинов О.А. Римское право. Москва: Экзамен, 2007, с.433.

116. Конституция Юстиниана «Omnes» (533 г. 16 декабря). Grām.: *Àíðíēīāēy ièðíāíé iðāāíāíé iūñēè: â 5-è ò. Ò.1. Àíðè÷íñòü. Āíñòí÷íúā öēāēēēçāöēè. Ðóé. íàó÷. iðīāēðā Ā.Ð. Ñāìèāēí; Íàöēíāēüíúé íàùāñðāāííí-íàó÷íúé ôíā. Īñēāā: Īūñēü, 1999.*

117. Законы 12 таблиц. Grām.: Кудинов О.А. Римское право. Москва: Экзамен, 2007, с.378-391.

118. Законы Ману. Pieejams: <http://www.tarasei.narod.ru/lib/manu.htm> [aplūkots 2010.gada 15.maijā].

119. Кодекс Хаммурапи. Pieejams: <http://samadhy.ru/content/view/144/322/> [aplūkots 2010.gada 15.maijā].

120. Постановление Правительства Российской Федерации № 485 от 11 августа 2003 г. Grām.: Медицинское право. Гурочкин Ю.Д. (Ред.) Москва: Экзамен, 2007, с.498.

121. Указ Вильгельма I, отделяющий церковные суды от светских. Grām.: *Àíðíēīāēy ièðíāíé iðāāíāíé iūñēè: â 5-è ò. Ò.2. Āādñīā V-XVII āā. Ðóé. íàó÷. iðīāēðā Ā.Ð. Ñāìèāēí; Íàöēíāēüíúé íàùāñðāāííí-íàó÷íúé ôíā. Īñēāā: Īūñēü, 1999.*

122. Эдикт Теодориха (Edictum Theodorici regis). Grām.: Àíðíēīāēÿ ìèðíāíē ìðāáíāíē ìñēè: á 5-è ò. Ò.2. Áãðñā V-XVII āâ. Ðóê. íàó÷. ïðíāêòà Ã.Ð. Ñāìèāēí; Íàòèíāèüíúé íáúñòðāííí-íàó÷íúé ôíā. Ìñēāà: Ìñēü, 1999.

123. Международный кодекс медицинской этики. Pieejams: <http://www.med-pravo.ru/Ethics/seventh1.htm> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

### Juridiskās prakses materiāli

1. Eiropas Savienības (bij. Kopienų) Tiesas 2009.gada 11.jūnija spriedums lietā: Hans & Christophorus Oymanns GbR, Orthopädie Schuhtechnik v. AOK Rheinland/ Hamgurg. Pieejams: [http://eur-](http://eur-lex.europa.eu/Notice.do?val=496234:cs&lang=lv&list=496234:cs,484897:cs,&pos=1&page=1&page=1&nbl=2&pgs=10&hwords=pacientu~&checktexte=checkbox&visu=#texte)

[lex.europa.eu/Notice.do?val=496234:cs&lang=lv&list=496234:cs,484897:cs,&pos=1&page=1&page=1&nbl=2&pgs=10&hwords=pacientu~&checktexte=checkbox&visu=#texte](http://eur-lex.europa.eu/Notice.do?val=496234:cs&lang=lv&list=496234:cs,484897:cs,&pos=1&page=1&page=1&nbl=2&pgs=10&hwords=pacientu~&checktexte=checkbox&visu=#texte) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

2. Eiropas Savienības (bij. Kopienų) Tiesas 2006.gada 11.jūlija spriedums lietā: C-13/05 Navas v. Eurest Colectividades SA. Pieejams: <http://curia.europa.eu> [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].

3. Eiropas Savienības (bij. Kopienų) Tiesas 2006.gada 16.maija spriedums lietā: Yvonne Watts v. Bedford Primary Care Trust un Secretary of State for Health. Pieejams: [http://eur-](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:62004J0372:LV:HTML)

[lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:62004J0372:LV:HTML](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:62004J0372:LV:HTML) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

4. Eiropas Savienības (bij. Kopienų) Tiesas 2003.gada 13.maija spriedums lietā: V.G.Müller-Fauré v. Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA; un E.E.M. van Riet v. Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen. Pieejams: [http://eur-](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:61999J0385:LV:HTML)

[lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:61999J0385:LV:HTML](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:61999J0385:LV:HTML) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

5. Eiropas Savienības (bij. Kopienų) Tiesas 2001.gada 12.jūlija spriedums lietā: B.S.M.Smits, laulātās uzvārdā Geraets, v. Stichting Ziekenfonds VGZ; un H.T.M.Peerbooms v. Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen. Pieejams: [http://eur-](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:61999J0157:LV:HTML)

[lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:61999J0157:LV:HTML](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:61999J0157:LV:HTML) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

6. Eiropas Savienības (bij. Kopienų) Tiesas 2001.gada 12.jūlija spriedums lietā: Abdon Vanbraekel u.c. v. Alliance nationale des mutualités chrétiennes (ANMC). Pieejams: [http://eur-](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:61998J0368:LV:HTML)

[lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:61998J0368:LV:HTML](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:61998J0368:LV:HTML) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

7. Eiropas Cilvēktiesību tiesas 2010.gada 21.decembra spriedums lietā: Jasinskis v. Latvia appl.nr.45744/08. Pieejams: <http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/search.asp?skin=hudoc-en> [aplūkots 2011.gada 08.janvārī].
8. Eiropas Cilvēktiesību tiesas 2010.gada 02.novembra spriedums lietā: Gillberg v. Sweden. Pieejams: <http://echr.coe.int/echr/en/hudoc> [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].
9. Eiropas Cilvēktiesību tiesas 2008.gada 27.marta spriedums lietā: Shtukurov v. Russia. Pieejams: <http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/portal.asp?sessionId=64513849&skin=hudoc-en&action=request> [aplūkots 2010.gada 1.decembrī].
10. Eiropas Cilvēktiesību tiesas 2007.gada 10.aprīļa spriedums lietā: Evans v. The United Kingdom. Pieejams: [www.bailii.org/eu/cases/ECHR/2007/264.rtf](http://www.bailii.org/eu/cases/ECHR/2007/264.rtf) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].
11. Eiropas Cilvēktiesību tiesas 1997.gada 27.augusta spriedums lietā: M.S. v. Sweden. Pieejams: <http://echr.coe.int/echr/en/hudoc> [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].
12. Eiropas Cilvēktiesību tiesas 1997.gada 25.februāra spriedums lietā: Z. v. Finland. Pieejams: <http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/portal.asp?sessionId=70731158&skin=hudoc-en&action=request> [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].
13. Eiropas Cilvēktiesību tiesas 2000.gada 04.maija lēmums lietā: William, Anita Powell v. The United Kingdom. Pieejams: [http://www.ttc.lv/export/sites/default/docs/STA/Tulkojumi\\_no\\_anglju\\_val/Dazhaadi/Case\\_of\\_Powell\\_v.\\_The\\_United\\_Kingdom\\_1990.g.doc](http://www.ttc.lv/export/sites/default/docs/STA/Tulkojumi_no_anglju_val/Dazhaadi/Case_of_Powell_v._The_United_Kingdom_1990.g.doc) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].
14. Joint dissenting opinion of judges Türmen, Tsatsa-Nikolovska, Spielmann and Ziemele. Pieejams: [www.bailii.org/eu/cases/ECHR/2007/264.rtf](http://www.bailii.org/eu/cases/ECHR/2007/264.rtf) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].
15. Par Pacientu tiesību likuma 10.panta piektās daļas 6.punkta, ciktāl tas neparedz tiesības Valsts kontrolei pieprasīt savu likumā noteikto funkciju veikšanai nepieciešamo informāciju par pacientu, atbilstību Latvijas Republikas Satversmes 1., 87. un 88.pantam: Latvijas Republikas Satversmes tiesas 2011.gada 14.marta spriedums lietā Nr.2010-51-01. Latvijas Vēstnesis, 2011. 16.marts, nr.42.
16. Par Civillikuma 358.panta un 364.panta atbilstību Latvijas Republikas Satversmes 96.pantam: Latvijas Republikas Satversmes tiesas 2010.gada 27.decembra spriedums lietā Nr.2010-38-01. Latvijas Vēstnesis, 2010. 30.decembris, nr.206.
17. Par Ministru kabineta 2006.gada 31.oktobra noteikumu Nr.899 "Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība" 100. un 100.1 punkta atbilstību Latvijas Republikas Satversmes 91.pantam: Latvijas Republikas Satversmes tiesas 2008.gada 29.decembra spriedums lietā Nr.2008-37-03. Latvijas Vēstnesis, 2008. 30.decembris, nr.202.

18. Par Latvijas Republikas Krimināllikuma 253.2 panta pirmajā daļā iekļautās normas "narkotisko un psihotropo vielu lietošana bez ārsta nozīmējuma" atbilstību Latvijas Republikas Satversmes 96.pantam: Latvijas Republikas Satversmes tiesas 2005.gada 26.janvāra spriedums lietā Nr.2004-17-01. Latvijas Vēstnesis, 2005. 28.janvāris, nr.16.

19. Par Civillikuma 155. panta sestās daļas atbilstību Latvijas Republikas Satversmes 110. panta pirmajam teikumam un Eiropas Konvencijas par to bērnu tiesisko statusu, kuri nav dzimuši laulībā, 4.pantam: Latvijas Republikas Satversmes tiesas 2004.gada 11.oktobra spriedums lietā Nr.2004-02-0106. Latvijas Vēstnesis, 2004. 12.oktobris, nr.161.

20. Par Ministru kabineta 2003.gada 29.aprīļa noteikumu Nr.211 "Izmeklēšanas cietumu iekšējās kārtības noteikumi" 9. un 94.punkta atbilstību Latvijas Republikas Satversmes 91. un 111.pantam: Latvijas Republikas Satversmes tiesas 2004.gada 23.aprīļa spriedums lietā Nr.2003-15-0106. Latvijas Vēstnesis, 2004. 27.aprīlis, nr.65.

21. Par Radio un televīzijas likuma 19. panta piektās daļas atbilstību Latvijas Republikas Satversmes 89., 91., 100. un 114.pantam, Eiropas Cilvēka tiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencijas 10.pantam un 14.pantam saistībā ar 10.pantu un Starptautiskā pakta par pilsoņu un politiskajām tiesībām 19. un 27.pantam: Latvijas Republikas Satversmes tiesas 2003.gada 05.jūnija spriedums lietā Nr.2003-02-0106. Latvijas Vēstnesis, 2003. 06.jūnijs, nr.85.

22. Par likuma "Par valsts noslēpumu" 11. panta piektās daļas un Ministru kabineta 1997. gada 25. jūnija noteikumu nr. 226 "Valsts noslēpuma objektu saraksts" XIV nodaļas 3. punkta atbilstību Latvijas Republikas Satversmes 92. Pantam: Latvijas Republikas Satversmes tiesas 2003.gada 23.aprīļa spriedums lietā Nr.2002-20-0103. Latvijas Vēstnesis, 2003. 24.aprīlis, nr.62.

23. Par "Izmeklēšanas cietumu iekšējās kārtības noteikumu" 59.1.6., 66. un 68. punkta atbilstību Latvijas Republikas Satversmes 89., 95. un 111.pantam: Latvijas Republikas Satversmes tiesas 2002.gada 22.oktobra spriedums lietā Nr.2002-04-03. Latvijas Vēstnesis, 2002. 24.oktobris, nr.154.

24. Par likuma "Par izziņas iestādes, prokuratūras vai tiesas nelikumīgas vai nepamatotas rīcības rezultātā nodarīto zaudējumu atlīdzināšanu" 2.panta un Ministru kabineta 1998.gada 31.augusta noteikumu nr.327 "Pieteikumu iesniegšanas un izskatīšanas, lēmumu pieņemšanas, darba garantiju un sociālo garantiju atjaunošanas un zaudējumu atlīdzības izmaksas kārtība" 3.punkta 1.apakšpunkta atbilstību Satversmes 91. un 92.pantam: Latvijas Republikas Satversmes tiesas 2001.gada 05.decembra spriedums lietā Nr.2001-07-0103. Latvijas Vēstnesis, 2001. 07.decembris, nr.178.

25. Par Ārstniecības likuma 68. panta atbilstību Latvijas Republikas Satversmes 91. panta pirmajam teikumam, 92. panta pirmajam teikumam, Eiropas Cilvēktiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencijas 5. panta ceturtajai daļai un Starptautiskā pakta par pilsoniskajām un politiskajām tiesībām 9. panta ceturtajai daļai: Latvijas Republikas Satversmes tiesas 2007.gada

03.aprīļa lēmums par tiesvedības izbeigšanu lietā Nr.2007-05-0106. Pieejams: [www.satv.tiesa.gov.lv](http://www.satv.tiesa.gov.lv) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

26. Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Civillietu departamenta 2011.gada 13.aprīļa spriedums lietā Nr.SKC-144/2011.

27. Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Civillietu departamenta 2011.gada 12.janvāra spriedums lietā Nr.SKC-7/2011.

28. Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Civillietu departamenta 2009.gada 06.maija spriedums lietā Nr.SKC-145/2009.

29. Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Civillietu departamenta 2009.gada 29.aprīļa spriedums lietā Nr.SKC-12/2009.

30. Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Civillietu departamenta 2008.gada 09.janvāra spriedums lietā Nr.SKC-13. Pieejams: [www.at.gov.lv](http://www.at.gov.lv) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

31. Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Civillietu departamenta 2007.gada 26.septembra spriedums lietā Nr.SKC-635.

32. Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Civillietu departamenta 2006.gada 20.septembra spriedums lietā Nr.SKC-500. Pieejams: <http://www.at.gov.lv/files/archive/department1/2006/cd200906.doc> [aplūkots 2010.gada 22.maijā].

33. Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Civillietu departamenta 2005.gada 09.februāra spriedums lietā Nr.SKC-75. Pieejams: <http://www.at.gov.lv/> [aplūkots 2010.gada 22.maijā].

34. Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Civillietu departamenta 2003.gada 12.februāra spriedums lietā Nr.SKC-3.

35. Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Civillietu departamenta 2001.gada 14.marta spriedums lietā Nr.SKC-145. Grām.: Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Civillietu departamenta spriedumi un lēmumi 2001. Rīga: Latvijas Tiesnešu mācību centrs, 2002, 222.-260.lpp.

36. Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Civillietu departamenta 2000.gada 15.novembra spriedums lietā Nr.SKC-507. Jurista Vārds. 2001, nr.4.

37. Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Civillietu departamenta 2007.gada 26.septembra spriedums lietā Nr.SKC-635.

38. Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Civillietu departamenta 2004.gada 03.novembra spriedums lietā Nr.SKC-604.

39. Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Civillietu departamenta 2008.gada 19.marta lēmums lietā Nr.SKC-337. Pieejams: <http://www.at.gov.lv/files/archive/department1/2008/skc-337-2008.doc> [aplūkots 2010.gada 22.maijā]

40. Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Civillietu departamenta 2006.gada 20.septembra lēmums Nr.SKC-484. Pieejams: [http://www.at.gov.lv/files/archive/department1/2006/cd200906\\_1.doc](http://www.at.gov.lv/files/archive/department1/2006/cd200906_1.doc) [aplūkots 2010.gada 22.maijā].

41. Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Administratīvo lietu departamenta 2010.gada 09.jūlija spriedums lietā Nr.A42491007 SKA-228/2010.

42. Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Administratīvo lietu departamenta 2010.gada 12.aprīļa spriedums lietā Nr.A42319306 SKA-124/2010.

43. Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Administratīvo lietu departamenta 2010.gada 08.aprīļa spriedums lietā Nr.A42440106 SKA-110/2010.

44. Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Administratīvo lietu departamenta 2009.gada 02.novembra spriedums lietā Nr.A42484105 SKA-260/2009. Pieejams: [www.at.gov.lv](http://www.at.gov.lv) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

45. Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Administratīvo lietu departamenta 2009.gada 24.septembra spriedums lietā Nr.132031707 SKA-161/2009. Pieejams: [www.at.gov.lv](http://www.at.gov.lv) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

46. Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Administratīvo lietu departamenta 2009.gada 13.februāra spriedums lietā Nr.A42466905 SKA-13/2009. Pieejams: [www.at.gov.lv](http://www.at.gov.lv) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

47. Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Administratīvo lietu departamenta 2008.gada 26.jūnija spriedums lietā Nr.SKA-155/2008. Pieejams: [www.at.gov.lv](http://www.at.gov.lv) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

48. Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Administratīvo lietu departamenta 2008.gada 14.janvāra spriedums lietā nr.:SKA-5/2008 Pieejams: [www.at.gov.lv](http://www.at.gov.lv) [skatīts 2010.gada 11.decembrī].

49. Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Administratīvo lietu departamenta 2007.gada 08.februāra spriedums lietā Nr.SKA-25/2007. Pieejams: [www.at.gov.lv](http://www.at.gov.lv) [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].

50. Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Administratīvo lietu departamenta 2007.gada 04.janvāra spriedums lietā Nr.SKA-14/2007. Pieejams: [www.at.gov.lv](http://www.at.gov.lv) [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].

51. Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Administratīvo lietu departamenta 2006.gada 07.februāra spriedums lietā Nr.SKA-32. Pieejams: [www.at.gov.lv](http://www.at.gov.lv) [aplūkots 2011.gada 11.aprīlī].

52. Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Administratīvo lietu departamenta 2006.gada 31.janvāra spriedums lietā Nr.SKA-28. Pieejams: [www.at.gov.lv](http://www.at.gov.lv) [aplūkots 2011.gada 11.aprīlī].

53. Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Administratīvo lietu departamenta 2006.gada 17.janvāra spriedums lietā Nr.SKA-8.
54. Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Administratīvo lietu departamenta 2010.g.08.jūlija lēmums lietā nr. SKA-635/2010. Pieejams: [www.at.gov.lv](http://www.at.gov.lv) [skatīts 2010.gada 21.decembrī].
55. Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Administratīvo lietu departamenta 2008.g.19.augusta lēmums lietā nr.:A7010108 SKA-581/2008. Pieejams: [www.at.gov.lv](http://www.at.gov.lv) [skatīts 2010.gada 3.jūnijā].
56. Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Administratīvo lietu departamenta 2006.g.17.janvāra lēmums lietā nr.SKA-98/2006. Pieejams: [www.at.gov.lv](http://www.at.gov.lv) [skatīts 2010.gada 3.jūnijā].
57. Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Krimināllietu departamenta 2002.gada 03.septembra spriedums lietā Nr.SKK-01-253/02 2002.g.
58. Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta rīcības sēdes 2009.gada 03.decembra lēmums lietā Nr.SKC-1158/2009.
59. Latvijas Republikas Augstākās tiesas Civillietu tiesu palātas 2009.gada 26.marta spriedums lietā Nr.C04233905 PAC-0096.
60. Latvijas Republikas Administratīvās apgabaltiesas 2009.gada 24.augusta spriedums lietā Nr.124054008 143-AA43-0905-09/19.
61. Latvijas Republikas Administratīvās apgabaltiesas 2007.gada 10.aprīļa spriedums lietā Nr.A1748-04/6 AA43-0401-07/9.
62. Latvijas Republikas Latgales apgabaltiesas Krimināllietu tiesu kolēģijas 2002.gada 20.maija spriedums lietā Nr.KA 03-26/02.
63. Latvijas Republikas Rīgas apgabaltiesas 2006.gada 10.marta blakus lēmums lietā Nr:K04-0080/06-6 nr.3870000203.
64. Latvijas Republikas Administratīvās rajona tiesas (Liepājā) 2009.gada 13.novembra spriedums lietā Nr.A42531108 A5661-09/37.
65. Latvijas Republikas Jūrmalas pilsētas tiesas 2009.gada 16.jūnija spriedums lietā Nr.11410063606 K 17-0012-09.
66. Latvijas Republikas Administratīvās rajona tiesas (Rīgā) 2009.gada 13.februāra spriedums lietā Nr.A42559308 A2403-09/3.
67. Latvijas Republikas Administratīvās rajona tiesas (Rīgā) 2008.gada 12.jūnija spriedums lietā Nr.A42530306 A1201-08/5.
68. Latvijas Republikas Rēzeknes tiesas 2001.gada 04.decembra spriedums lietā Nr.2330005900/K26-313/01/8 2001.g.

69. Ģenerālvokāta Ī.Bota 2008.gada 09.septembra secinājumi lietā: Hartlauer Handelsgesellschaft mbH v. Wiener Landesregierung un Oberösterreichische Landesregierung. Pieejams: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:62007C0169:LV:HTML> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].
70. Ģenerālvokāta Ī.Bota 2008.gada 31.janvāra secinājumi lietā: Corporación Dermoestética SA v. To Me Group Advertising Media Srl. Pieejams: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:62006C0500:LV:HTML> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].
71. Prasītāja vietnieka A.Bitāna 2009.gada 16.decembra paskaidrojumi Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Civillietu departamentam par Latvijas Republikas Augstākās tiesas Civillietu tiesu palātas 2008.gada 17.septembra spriedumu lietā Nr.C04248703.
72. Čehijas Konstitucionālās tiesas 2004.gada 20.augusta spriedums lietā: III. ŮS 459/03. Pieejams: [http://angl.concourt.cz/angl\\_verze/doc/3-459-03.php](http://angl.concourt.cz/angl_verze/doc/3-459-03.php) [aplūkots 2011.gada 11.aprīlī].
73. Čehijas Konstitucionālās tiesas 2004.gada 12.maija spriedums lietā: I. US 167/04. Pieejams: [http://angl.concourt.cz/angl\\_verze/doc/1-167-04.php](http://angl.concourt.cz/angl_verze/doc/1-167-04.php) [aplūkots 2011.gada 11.aprīlī].
74. Čehijas Konstitucionālās tiesas 2003.gada 04.jūnija spriedums lietā: Pl. US 14/02. Pieejams: [http://angl.concourt.cz/angl\\_verze/doc/p-14-02.php](http://angl.concourt.cz/angl_verze/doc/p-14-02.php) [aplūkots 2011.gada 11.aprīlī].
75. Ungārijas Konstitucionālās tiesas 2003.gada 28.aprīļa spriedums lietā: 22/2003 (IV.28) AB. Pieejams: [www.mkab.hu/en/enpage3.htm](http://www.mkab.hu/en/enpage3.htm) [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].
76. Īrijas Augstākās tiesas 2010.gada 26.februāra spriedums lietā: Buckley v. O’Herlihy & Anor (1999 6193 P). Pieejams: [www.bailii.org/ie/cases/IEHC/2010/H51.html](http://www.bailii.org/ie/cases/IEHC/2010/H51.html) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].
77. Kanādas Augstākās tiesas 2009.gada 26.jūnija spriedums lietā: A.C. v. Manitoba (Director of Child and Family Services), 2009 SCC 30, [2009] 2 S.C.R. 181. Pieejams: [www.canlii.org/en/ca/scc/doc/2009/2009scc30/2009scc30.html](http://www.canlii.org/en/ca/scc/doc/2009/2009scc30/2009scc30.html) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].
78. Kanādas Jaunskotijas provinces Augstākās tiesas 2007.gada 08.novembra spriedums lietā: Crewe (Re), 2007 NSSC 322 (CanLII). Pieejams: [www.canlii.org/en/ns/nssc/doc/2007/2007nssc322/2007nssc322.html](http://www.canlii.org/en/ns/nssc/doc/2007/2007nssc322/2007nssc322.html) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].
79. Kanādas Alberta provinces Augstākās tiesas 2006.gada 24.februāra spriedums lietā: Hughes (Estate of) v. Hughes, 2006 ABQB 159. Pieejams: [www.canlii.org/en/ab/abqb/doc/2006/2006abqb159/2006abqb159.html](http://www.canlii.org/en/ab/abqb/doc/2006/2006abqb159/2006abqb159.html) [skatīts 2011.gada 21.jūnijā].



80. Kanādas Ontārio provinces Augstākās tiesas 2001.gada 06.februāra spriedums lietā: Wakeford v. Canada (Attorney General), 2001 CanLII 28318 (ON S.C.). Pieejams: [www.canlii.org/en/on/onsc/doc/2001/2001canlii28318/2001canlii28318.html](http://www.canlii.org/en/on/onsc/doc/2001/2001canlii28318/2001canlii28318.html) [skatīts 2010.gada 11.decembrī].

81. Kanādas Prinča Edvarda Salas provinces Apelācijas tiesas 2009.gada 18.marta spriedums lietā: Harris v. Beck, 2009 PECA 8 (CanLII). Pieejams: [www.canlii.org/en/pe/pe/cad/doc/2009/2009peca8/2009peca8.html](http://www.canlii.org/en/pe/pe/cad/doc/2009/2009peca8/2009peca8.html) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].

82. Kanādas Ņūbransvikas provinces Apelācijas tiesas 1994.gada 25.aprīļa spriedums lietā: Pole v. Region 2 hospital Corporation, 1994 CanLII 4470 (NB C.A.). Pieejams: [www.canlii.org/en/nb/nbca/doc/1994/1994cnlii4470/1994canlii4470.html](http://www.canlii.org/en/nb/nbca/doc/1994/1994cnlii4470/1994canlii4470.html) [aplūkots 2011.gada 11.aprīlī].

83. Kanādas Britu Kolumbijas provinces Apelācijas tiesas 1993.gada 08.marta spriedums lietā: Rodriguez v. British Columbia (Attorney General), 1993 CanLII 1191 (BC C.A.). Pieejams: [www.canlii.org/en/bc/bcca/doc/1993/1993canlii1191/1993canlii1191.html](http://www.canlii.org/en/bc/bcca/doc/1993/1993canlii1191/1993canlii1191.html) [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].

84. Kanādas Ontārio provinces Apelācijas tiesas 1991.gada 28.jūnija spriedums lietā: Fleming v. Reid (1991 CanLII 2728 (ON C.A.)). Pieejams: [www.canlii.org/en/on/onca/doc/1991/1991canlii2728/1991canlii2728.html](http://www.canlii.org/en/on/onca/doc/1991/1991canlii2728/1991canlii2728.html) [aplūkots 2011.gada 11.aprīlī].

85. Kanādas Ontārio provinces Rīcībspējas komisijas 2005.gada 25.aprīļa lēmums lietā: T.U. (Re) (2005, CanLII 18189 (ON C.C.B.)). Pieejams: <http://www.canlii.org/en/on/onccb/doc/2005/2005canlii18189/2005canlii18189.html> [aplūkots 2011.gada 11.aprīlī].

86. Vācijas Federālās Konstitucionālās tiesas 1993.gada 28.maija spriedums lietā Nr.BVerfGE 88, 203. Schwangerschaftsabbruch II. Pieejams: <http://www.servat.unibe.ch/dfr/bv088203.html> [aplūkots 2010.gada 22.maijā].

87. Vācijas Federālās Konstitucionālās tiesas 1975.gada 25.februāra spriedums lietā Nr.BVerfGE 39, 1. Schwangerschaftsabbruch I. Pieejams: <http://www.servat.unibe.ch/dfr/bv039001.html> [aplūkots 2010.gada 22.maijā].

88. Vācijas Federālās Konstitucionālās tiesas 1972.gada 08.marta spriedums lietā Nr.BVerfGE 32, 373. Ärztliche Schweigepflicht. Pieejams: <http://sorminiserv.unibe.ch:8080/tools/ainfo.exe?Command=ShowPrintText&Name=bv032373> [aplūkots 2011.gada 11.aprīlī].

89. Vācijas Federālās Konstitucionālās tiesas 1971.gada spriedums lietā Nr.BVerfGE 30, 173. Mephisto. Grām.: Vildbergs H.J., Feldhüne G. Atsauces Satversmei. Rīga: Latvijas Universitāte, 2003, 114.lpp.
90. Vācijas Federālās Konstitucionālās tiesas 1958.gada 15.janvāra spriedums lietā Nr.BVerfGE 7, 198. Lüth. Pieejams: <http://sorminiserv.unibe.ch:8080/tools/ainfo.exe?Command=ShowPrintText&Name=bv007198> [aplūkots 2010.gada 21.decembrī].
91. Vācijas Federālās Konstitucionālās tiesas 2004.gada 18.novembra lēmums lietā Nr.BVerfG, 1 BvR 2315/04. Pieejams: [www.bundesverfassungsgericht.de](http://www.bundesverfassungsgericht.de) [aplūkots 2011.gada 11.aprīlī].
92. Vācijas Federālās Konstitucionālās tiesas 2004.gada 25.oktobra lēmums lietā Nr.BVerfG, 1 BvR 1437/02. Pieejams: [www.bundesverfassungsgericht.de](http://www.bundesverfassungsgericht.de) [aplūkots 2011.gada 11.aprīlī].
93. Vācijas Federālās Konstitucionālās tiesas 2000.gada 29.novembra lēmums lietā Nr.BVerfG, 1 BvR 630/93. Pieejams: [www.bundesverfassungsgericht.de](http://www.bundesverfassungsgericht.de) [aplūkots 2011.gada 11.aprīlī].
94. Austrijas Augstākās tiesas 2009.gada 20.janvāra spriedums lietā Nr.4Ob166/08b. Pieejams: <http://www.ris.bka.gv.at> [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].
95. Austrijas Augstākās tiesas 2008.gada 10.jūnija spriedums lietā Nr.4Ob87/08k. Pieejams: <http://www.ris.bka.gv.at> [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].
96. Vācijas Federālās Augstākās tiesas 2007.gada 23.oktobra spriedums lietā Nr.1 StR 238/07. MedR, 2008, nr.26, S.435-437. Pieejams: [www.springerlink.com/content/4637h62634178061/fulltext.pdf](http://www.springerlink.com/content/4637h62634178061/fulltext.pdf) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].
97. Austrijas Augstākās tiesas 2007.gada 26.jūnija spriedums lietā Nr.10Ob50/07m. Pieejams: <http://www.ris.bka.gv.at> [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].
98. Austrijas Augstākās tiesas 2005.gada 04.oktobra spriedums lietā Nr.4Ob121/05f. Pieejams: <http://www.ris.bka.gv.at> [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].
99. Austrijas Augstākās tiesas 2004.gada 13.februāra spriedums lietā Nr.7Ob15/04p. Pieejams: [http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Justiz&Dokumentnummer=JJT\\_20040213\\_OGH\\_0002\\_0070OB00015\\_04P0000\\_000](http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Justiz&Dokumentnummer=JJT_20040213_OGH_0002_0070OB00015_04P0000_000) [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].
100. Vācijas Federālās Augstākās tiesas 2003.gada 17.marta spriedums lietā Nr.BGHZ XII ZB 2/03. Pieejams: [www.bundesgerichtshof.de](http://www.bundesgerichtshof.de) [aplūkots 2011.gada 11.aprīlī].
101. Šveices Federālās Augstākās tiesas 2001.gada 22.marta spriedums lietā Nr.BGE 127 I 6. Basler Zwangsmedikation. Pieejams: <http://sorminiserv.unibe.ch:8080/tools/ainfo.exe?Command=ShowPrintText&Name=c1127006> [aplūkots 2011.gada 11.aprīlī].
102. Austrijas Augstākās tiesas 2001.gada 20.februāra spriedums lietā Nr.10Ob8/01a. Pieejams: <http://www.ris.bka.gv.at> [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].

103. Vācijas Federālās Augstākās tiesas 1957.gada 28.novembra spriedums lietā Nr.BGHSt 11, 111. Einwilligung in ärztliche Heilbehandlung. Pieejams: <http://sorminiserv.unibe.ch:8080/tools/ainfo.exe?Command=ShowPrintText&Name=bs011111> [aplūkots 2011.gada 11.aprīlī].

104. Vācijas Tīringenes Federālās zemes Augstākās tiesas 1997.gada 03.decembra spriedums lietā Nr.4 U 687/97. [www.finanztip.de/recht/medizin/ass\\_medizinrecht\\_48.htm](http://www.finanztip.de/recht/medizin/ass_medizinrecht_48.htm) [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].

105. Определение Конституционного Суда Российской Федерации от 4 декабря 2003 года Nr.459-О. Grām.: Сергеев Ю.Д., Поспелова С.И. Правовые аспекты посмертного донорства: современное состояние и проблемы регулирования. Pieejams: [www.med-law.ru](http://www.med-law.ru) [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

106. Решение Верховного суда Российской Федерации от 18 апреля 2002 г. Nr.ГКПИ 2002-364. Grām.: Стеценко С.Г., Пицита А.Н., Гончаров Х.Г. Очерки медицинского права. Москва: ЦКБ РАН, 2004, с.73.

107. Rīgas pašvaldības SIA „Klīniskā universitātes slimnīca „Gaiļezers”” (pēc reorganizācijas - SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca") pacienta piekrišanas anestēzijai veidlapa nr.G. D3.

108. SIA „Preiļu slimnīca” 2010.gada tipveida ārstniecības līgums.

109. Valsts SIA „Daugavas slimnīca” 2008.gada tipveida līgums par stacionārās medicīniskās palīdzības sniegšanu.

110. Valsts SIA „Nacionālais rehabilitācijas centrs „Vaivari”” 2008.gada tipveida līgums par ārstniecību (no valsts budžeta līdzekļiem).

111. Latvijas Jūras medicīnas centra Vecmīlgrāvja slimnīcas 1997.gada (29.oktobrī) tipveida pacienta aprūpes līgums.

112. Информированное согласие на выполнение исследования, вмешательства, операции, лечение (бланк, 2000 год). Городская больница Святого Великомученика Георгия, Санктпетербург. Periodika: Щелков К.Е., Домашенко П.А. К исследованию понятия "возмещение вреда, причиненного здоровью", в практике ЛПУ. Медицинскоеправо, 2004, nr.1, с.53.

113. Eiropas Parlamenta un Padomes direktīvas projekts par pacienta tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē (nr.:52008PC0414, 02.07.2008., Brisele). Pieejams: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52008PC0414:LV:HTML> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

114. Pacientu tiesību likumprojekts (pieņemts LR Saeimas otrajā lasījumā 20.12.2007.). Pieejams:

### Izmantoto saīsinājumu saraksts

a.	article (pants)
Ab.	Abteil (nodaļa)
AD	Administratīvo lietu departaments
Art.	Artikul (pants)
CD	Civillietu departaments
CL	Civillikums
CPL	Civilprocesa likums
d.	daļa
g.	gads

gs.	gadsimts
lēm.	lēmums
lpp.	lappuse
LR AT	Latvijas Republikas Augstākā tiesa
LR ST	Latvijas Republikas Satversmes tiesa
MADEKKI	Medicīniskās aprūpes un darbaspējas ekspertīzes kvalitātes kontroles inspekcija
nod.	nodaļa
p	page (lappuse)
p.	pants
P.	Punkt (punkts)
piem.	piemēram
pk.	punkts
red.	redaktors, redakcijā
s.	section (pants)
S.	Seite (lappuse)
sk.	skatīt
spried.	spriedums
t.i.	tas ir
c.	страница (lappuse)
ст.	статья (pants)
Act on Health of Hungary	Act on Health of Hungary (1997). Pieejams: <a href="http://www.eum.hu/english/CLIV/CLIV-main.html">www.eum.hu/english/CLIV/CLIV-main.html</a> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].
Act on the medical treatment contract of Netherlands	Act on the medical treatment contract of Netherlands (Part 5 of the seventh title of Book 7 of the Civil Code) (17.11.1994.). Pieejams: <a href="http://www.healthlaw.nl/wgboeng.html">www.healthlaw.nl/wgboeng.html</a> [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].
Ārstniecības likums	Ārstniecības likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 1997. 1.jūlijs, nr.167/168.
Biokonvencija	Konvencija par cilvēktiesību un cieņas aizsardzību bioloģijā un medicīnā (1997.gada 4.aprīlis). Pieejams: <a href="http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:62006C0500:LV:HTML">http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:62006C0500:LV:HTML</a> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].

Civil Code of France	Civil Code of France (1804). <a href="http://www.lexinter.net?ENGLISH/civil_code.htm">www.lexinter.net?ENGLISH/civil_code.htm</a> 2010.gada 3.jūnijā].	Pieejams: [aplūkots
Deutschlands Patientencharta	Deutschlands Patientencharta (2003). <a href="http://www.krankenkassen.de/gesundheit/arzt-patient/TODO-29/">www.krankenkassen.de/gesundheit/arzt-patient/TODO-29/</a> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].	Pieejams:
Finland's Act on the status and rights of patients	Finland's Act on the status and rights of patients (nr.785/1992; 01.03.2005.). <a href="http://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/1992/en19920785.pdf">www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/1992/en19920785.pdf</a> [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].	Pieejams:
Florida Patient's Bill of Rights and Responsibilities	Florida Patient's Bill of Rights and Responsibilities (Florida Statute 381.026, 2005). <a href="http://www.doh.state.fl.us/mqa/Profiling/billofrights.htm">http://www.doh.state.fl.us/mqa/Profiling/billofrights.htm</a> [aplūkots 2010.gada 11.decembrī].	Pieejams:
German Civil Code	German Civil Code (18.08.1896). <a href="http://www.gesetze-im-internet.de/englisch_bgb/englisch_bgb.html#BGBengl_000G1">www.gesetze-im-internet.de/englisch_bgb/englisch_bgb.html#BGBengl_000G1</a> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].	Pieejams:
Health Care Consent Act of Ontario	Health Care Consent Act of Ontario (Canada; 1996). <a href="http://www.canlii.org/en/on/laws/stat/so-1996-c-2-sch-a/82731/">http://www.canlii.org/en/on/laws/stat/so-1996-c-2-sch-a/82731/</a> [aplūkots 2011.gada 11.aprīlī].	Pieejams:
Illinois Medical Patient Rights Act	Illinois Medical Patient Rights Act (410 ILCS 50/; 2010, USA). Pieejams: <a href="http://www.ilga.gov/legislation/ilcs/ilcs3.asp?ActID=1525&amp;ChapterAct=410%26nbsp%3BILCS%26nbsp%3B50%2F&amp;ChapterID=35&amp;ChapterName=PUBLIC+HEALTH&amp;ActName=Medical+Patient+Rights+Act">http://www.ilga.gov/legislation/ilcs/ilcs3.asp?ActID=1525&amp;ChapterAct=410%26nbsp%3BILCS%26nbsp%3B50%2F&amp;ChapterID=35&amp;ChapterName=PUBLIC+HEALTH&amp;ActName=Medical+Patient+Rights+Act</a> [aplūkots 2011.gada 11.janvārī].	
Law of Georgia on the rights of patient	Law of Georgia on the rights of patient (2000). <a href="http://aitel.hist.no/~walterk/wkeim/files/Georgia_Patients_Rights_Law.htm">http://aitel.hist.no/~walterk/wkeim/files/Georgia_Patients_Rights_Law.htm</a> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].	Pieejams:
Law of Obligations Act of Estonia	Law of Obligations Act of Estonia (2002). <a href="http://www.legaltext.ee/indexen.htm">http://www.legaltext.ee/indexen.htm</a> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].	Pieejams:
Law on patients' rights of Denmark	Law on patients' rights of Denmark (1999). <a href="http://waml.haifa.ac.il/infex/reference/legislation/denmark/denm">http://waml.haifa.ac.il/infex/reference/legislation/denmark/denm</a>	Pieejams:

	ark.htm [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].
Law on the rights of patients and compensation of the damage to their health (Lithuania)	Law on the rights of patients and compensation of the damage to their health (Lithuania, 03.10.1996). Pieejams: <a href="http://www3lrs.lt/pls/inter2/dokpaieska.showdoc_e?p_id=111935">www3lrs.lt/pls/inter2/dokpaieska.showdoc_e?p_id=111935</a> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].
Law to provide for the safeguarding and protection of the patient's rights and for related matters of Cyprus	Law to provide for the safeguarding and protection of the patient's rights and for related matters of Cyprus (nr.1(I)/2005; 07.04.2005.). Pieejams: <a href="http://apps.who.int/idh1-rils/idh1/Cypr.05002.pdf">http://apps.who.int/idh1-rils/idh1/Cypr.05002.pdf</a> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].
likums „Par prakses ārstiem”	Par prakses ārstiem: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 1997. 8.maijs, nr.113.
Österreichs Patientencharta	Österreichs Patientencharta (01.07.2001.). Bundesgesetzblatt, 2001. 3.Aug., nr.89, S.1359-1364.
Pacientu tiesību likums	Pacientu tiesību likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 2009. 30.decembris, nr.205.
Patērētāju tiesību aizsardzības likums	Patērētāju tiesību aizsardzības likums: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 1999. 01.aprīlis, nr.104/105.
Patientenverfügungs-Gesetz von Österreich	Patientenverfügungs-Gesetz von Österreich (01.06.2006.) Bundesgesetzblatt, 2006. 8.Mai.
Patient's Rights Act of Israel	Patient's Rights Act of Israel (1996). Pieejams: <a href="http://waml.haifa.ac.il/infex/reference/legislation/israel/israel.htm">http://waml.haifa.ac.il/infex/reference/legislation/israel/israel.htm</a> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].
Patient's Rights Act of Norway	Patient's Rights Act of Norway (nr.63, 02.07.1999). Pieejams: <a href="http://www.lexadin.nl/wlg/legis/nofr/eur/lxwenoo.htm">www.lexadin.nl/wlg/legis/nofr/eur/lxwenoo.htm</a> [aplūkots 2011.gada 21.jūnijā].
Schweizer Patienten-Charta	Schweizer Patienten-Charta (Januar 2005). Pieejams: <a href="http://www.patienten.ch/PatientenCharta030505.pdf">http://www.patienten.ch/PatientenCharta030505.pdf</a> [aplūkots 2010.gada 3.jūnijā].
Veselības aprūpes organizācijas not.	Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība: Ministru Kabineta 2006.gada 19.decembra noteikumi nr.1046. Latvijas Vēstnesis, 2006, 30.decembris, nr.208.
Virginia Health Care Decisions Act	Virginia Health Care Decisions Act (Code of Virginia, Title 54.1. Chapter 29, 1950). Pieejams: <a href="http://www.vsb.org/docs/sections/health/Summary-HCDA-2009.pdf">www.vsb.org/docs/sections/health/Summary-HCDA-2009.pdf</a>

[aplūkots 2011.gada 11.decembrī].