

## Transformācijas process ārstniecības personu civiltiesiskās atbildības regulējumā

*Aldis Liepiņš<sup>1</sup>, Jānis Vētra<sup>2</sup>*

*Rīgas Stradiņa universitāte, Latvija*

*<sup>1</sup> Sabiedrības veselības un epidemioloģijas katedra,  
aldis.liepins@rsu.lv*

*<sup>2</sup> Anatomijas un antropoloģijas institūts*

### Kopsavilkums

Eiropas Komisijas apkopotie dati liecina, ka 8–12% Eiropas Savienības slimnīcās uzņemto pacientu ir saskārušies ar veselības problēmām pēc saņemtās ārstēšanas un tiem sniegtās veselības aprūpes.

Ārstniecības personu civiltiesiskā atbildība ir ārstniecības personu tiesiskās atbildības veids, kura mērķis ir kompensēt ārstniecības procesā cietušajiem nodarīto kaitējumu, kura nodarīšanā ir vainojama ārstniecības persona.

Eiropas Parlamenta un Padomes 2011. gada 9. marta Direktīvā 2011/24/ES par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē ir noteikts dalībvalsts pienākums nodrošināt pacientiem sprotamas sūdzību procedūras un mehānismus, kas dod viņiem iespēju lūgt aizsardzības līdzekļus saskaņā ar ārstniecības dalībvalsts tiesību aktiem, ja sniegtās veselības aprūpes dēļ ir nodarīts kaitējums.

Pētnieciskā darba mērķis ir izpētīt ārstniecības personu civiltiesiskās atbildības līdzšinējās attīstības aspektus Latvijā un analizēt to, kā pacientu tiesību aizsardzības līdzeklis, proti, Ārstniecības riska fonds ietekmē ārstniecības personu civiltiesiskās atbildības institūtu pēc direktīvas ieviešanas.

Darbā tika izmantotas tiesību teorijā pazīstamās zinātniskās pētnieciskās metodes: analītiskā, salīdzinošā, vēsturiskā, socioloģiskā, induktīvā un deduktīvā.

Rakstā atspoguļoti secinājumi par ārstniecības personu civiltiesiskās atbildības pamatu, kas nepieļauj Latvijā attīstīties citās valstīs pazīstamajai līgumiskās un deliktatbildības konkurencei. Rakstā ir definēti neveiksmīgas ārstniecības iespējamie cēloņi, apskatītas situācijas, kas izraisa ārstniecības personu civiltiesisko atbildību. Publikācijā tiek analizēts Ārstniecības riska fonda normatīvais regulējums, tā ietekme uz ārstniecības personu civiltiesiskās atbildības mehānismu un pacientu tiesībām saņemt taisnīgu atlīdzību par veselībai nodarīto kaitējumu, kā arī uz Veselības inspekcijas sastādīto atzinumu tiesisko dabu.

*Atslēgvārdi:* atbildība, zaudējumi, kaitējums, ārstniecības persona, patients, Ārstniecības riska fonds.

### Ievads

Ārstniecības personu civiltiesiskā atbildība līdzās pārējiem juridiskās atbildības veidiem ieņem īpašu vietu, jo personai, kurai ārstniecības gaitā nodarīts kaitējums, tas tiek vai var tikt atlīdzināts naudā vai darbībās ar mantisku nozīmi.

Eiropas Parlamenta un Padomes 2011. gada 9. marta Direktīvā 2011/24/ES par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē (turpmāk – direktīva) ir noteikts ārstniecības dalībvalsts pienākums pacientiem nodrošināt pieejamas pārredzamas sūdzību procedūras un mehānismus, kas dod viņiem iespēju lūgt aizsardzības līdzekļus saskaņā ar ārstniecības dalībvalsts tiesību aktiem, ja sniegtās veselības aprūpes dēļ ir nodarīts kaitējums. Tādēļ 2013. gada 25. oktobrī Latvijā – pēc Zviedrijas un Dānijas parauga – tika ieviests Ārstniecības riska fonda koncepts. Ārstniecības riska fonda darba organizāciju nodrošina divas Veselības ministrijas tiešās padotības iestādes: Veselības inspekcija un Nacionālais veselības dienests (turpmāk arī – NVD).

Raksta tēmas aktualitāti nosaka Ārstniecības riska fonda koncepta ieviešana, jo, izveidojot šo pacientu tiesību aizsardzības jauno līdzekli, kas ir valsts administrēts obligātās apdrošināšanas veids, notiek tiesisko principu maiņa, kas būtiski skar šīs sistēmas dalībniekus.

Pētnieciskā darba **mērķis** ir izpētīt ārstniecības personu civiltiesiskās atbildības līdzšinējās attīstības teorētiskos un praktiskos aspektus Latvijā, kā arī to, kā Ārstniecības riska fonda koncepts ietekmē ārstniecības personu civiltiesiskās atbildības institūtu pēc direktīvas ieviešanas.

Pētnieciskā darba **uzdevumi** ir šādi: noteikt ārstniecības personu civiltiesiskās atbildības mehānismu praktisko darbību Latvijā, attaisnojama profesionālā riska un atbildības robežas kritērijus un neveiksmīgas ārstniecības cēloņus; novērtēt Ārstniecības riska fonda darbību, tā ietekmi uz ārstniecības personu atbildību, kā arī to, vai Ārstniecības riska fonda koncepta ieviešana ļaus sasniegt direktīvā noteikto mērķi. Turklāt, lai izprastu izmaiņas pēc direktīvas ieviešanas, ir jāizpēta tiesiskā situācija līdz direktīvas jeb Ārstniecības riska fonda koncepta ieviešanai.

Rakstā tiks analizēta ārstniecības personu civiltiesiskā atbildība un tās attīstība Latvijā, sistēmisko izmaiņu raksturs pēc grozījumiem normatīvajos aktos, kad 2013. gada 25. oktobrī ieviesa Ārstniecības riska fonda konceptu. Publikācijā tiks definēti neveiksmīgas ārstniecības iespējamie cēloņi, apskatītas situācijas, kas rada ārstniecības personu civiltiesisko atbildību. Tiks pētīts Ārstniecības riska fonda normatīvais regulējums, tā ietekme uz ārstniecības personu civiltiesiskās atbildības mehānismu, cēlonības izpratni un pacientu tiesībām saņemt taisnīgu atlīdzību par veselībai nodarīto kaitējumu, kā arī uz Veselības inspekcijas sastādīto atzinumu tiesisko dabu. Tiks arī analizēts, vai Ārstniecības riska fonda izveide ļauj sasniegt direktīvā definēto mērķi.

### **Ārstniecības personu civiltiesiskās atbildības vispārējs raksturojums**

Civiltiesiskā atbildība ir īpaša un jauna tiesiskā attiecība (saistība), kas rodas no likuma (tiesību normu) pārkāpuma, t. i., likumā vai līgumā noteikta pienākuma neizpildīšanas gadījumā, un kas izpaužas pienākumā atlīdzināt (kompensēt) šā pārkāpuma rezultātā nodarītos zaudējumus vai citādi atjaunot cietušā tiesisko stāvokli pirms pārkāpuma, vai samaksāt līgumsodu, un šī pienākuma izpilde tiek nodrošināta ar valsts piespiedu līdzekļiem. Civiltiesiskā atbildība pārkāpējam izpaužas negatīvu mantiska rakstura seku veidā vai arī personisko tiesību ierobežojumu vai papildpienākumu veidā [1, 54].

Ārsta atbildību par pacienta veselībai nodarīto kaitējumu regulē Ārstniecības likums [21], likums “Par prakses ārstiem” [28], Pacientu tiesību likums [30] un Civillikuma normas par līguma sekām un atbildības pienākumu (1587.–1634. p.), par neatļautu darbību un vainas pakāpēm (1635.–1650. p.), par miesas bojājumiem (2347.–2351. p.) [24]. Diskutabls ir jautājums, vai ārstniecības personu civiltiesisko atbildību regulē Patērētāju tiesību aizsardzības likums [2; 31].

Juridiskajā periodikā ir izteikts viedoklis, ka ārstniecība Latvijā ir maksas pakalpojums, tāpēc uz šo jomu jāattiecinā likums “Par patērētāju tiesību aizsardzību” (šobrīd – Patērētāju tiesību aizsardzības likums), un pakalpojumu sniedzējam ir jārūpējas, lai pakalpojums būtu kvalitatīvs [2]. Neapstrīdot nepieciešamību ārstniecības procesā ievērot principus, kas civiltiesībās aizsargā mazāk aizsargāto pusi – patērētāju – vai šajā gadījumā – pacientu, jāsecina, ka šo mērķi kopš 2010. gada realizē Pacientu tiesību likums, kura normas attiecībā pret Patērētāju tiesību aizsardzības likumu ir interpretējamā kā speciālas.

Viens no jautājumiem, kas dažādās valstīs tiek regulēts un izprasts atšķirīgi, ir par ārstniecības personu civiltiesiskās atbildības dabu, proti, vai tā ir līgumtiesiska vai delikttiesiska. “Ir gadījumi, kad, starp pusēm pastāvot līgumiskajām tiesiskajām attiecībām, vienai no tām tiek nodarīts kaitējums, kurš nevar tikt uzskatīts par līguma pārkāpumu” [2, 96]. Tādējādi rodas līgumiskās un deliktatbildības konkurence. Atšķirīga ir šo divu civiltiesiskās atbildības veidu izcelsme. Līgumiskās atbildības pamatā ir līguma pārkāpums, turpretī deliktatbildības pamatā ir delikts. Tiesību zinātnieks A. Bitāns norāda, ka atšķirība starp šiem civiltiesiskās atbildības veidiem balstās uz to, vai civiltiesiskais pārkāpums aizskar starp pusēm esošās līgumiskās (darījuma) attiecības. Ja pārkāpums aizskāris citas civiltiesiskās attiecības, nevis līgumiskās, tad šāda civiltiesiskā atbildība ir kvalificējama kā deliktatbildība, kuru nodibina tiesību pārkāpums – delikts. Ja nevar rast skaidru atbildi, kuru no civiltiesiskās atbildības veidiem jāpiemēro, konkurences gadījumā priekšroka dodama deliktatbildībai. Arī citās valstīs, piemēram, ASV, Anglijā, Zviedrijā un Japānā, ir spēkā regulējums, ka atbildība par kaitējumu, kas nodarīts nepienācīgas ārstēšanas dēļ, neatkarīgi no tā, vai starp pacientu un ārstu ir bijis noslēgts līgums, iestājas kā deliktatbildība [2, 96].

Saskaņā ar Civillikuma normām atšķirība starp līgumisko un deliktatbildību ir tiesiskajās sekās: līgumiskās atbildības gadījumā aizskārējs neatbild par vieglu neuzmanību, ja kāds svešām lietām un darīšanām piegriezis tikai tādu rūpību, kādu viņš mēdz piegriezt savām paša, ja vien šī neuzmanība nav bijusi rupja (Civillikuma 1647. pants). Savukārt Civillikuma 1649. panta pirmajā daļā, kas reglamentē saistības no delikta, noteikts, ka prasījumos, kas izriet no tiesību aizskārumiem un neskar saistību jau pastāvošas saistības, tiesību aizskārējs atbild par katru, pat vieglu, neuzmanību. Tomēr, kā tika noskaidrots iepriekš, līgumiskās un deliktatbildības konkurences gadījumā ir jāpiemēro deliktatbildība.

Civiltiesībās atbildētāja jeb kaitējuma nodarītāja vaina (ļauņa nolūka, rupjas neuzmanības vai vieglas neuzmanības formā) tiek prezumēta, respektīvi, pastāv vainas prezumpcija. Jautājumā par atbildību kaitējuma dēļ, no cietušā skatupunkta raugoties, civiltiesiski vainas formai nav nekādas praktiskas nozīmes, jo cietušajam ir jāsaņem atlīdzība par nodarīto kaitējumu pilnā apmērā, neatkarīgi no tā, vai kaitējums nodarīts ļaunā nolūkā vai rupjas vai vieglas neuzmanības dēļ. Tādējādi nav nepieciešams pierādīt kaitējuma nodarītāja vainu, bet gan tikai neattaisojamu darbību un cēlonisko sakarību starp konkrēto darbību vai bezdarbību un kaitīgajām sekām.

Respektīvi, ir jāiestājas gan doktrīnā [13, 209; 14, 271], gan judikatūrā [19] akceptētiem civiltiesiskās atbildības priekšnoteikumiem, ka zaudējumu (vai kaitējuma) atlīdzības pienākums iestājas, ja vienlaikus konstatējami šādi trīs priekšnoteikumi:

- 1) tiesību aizskārēja neattaisnojama darbība, kas attiecīgos gadījumos ietver arī novērtējumu no vainojamības viedokļa (citiem vārdiem – prettiesiska rīcība);
- 2) konkrētu zaudējumu (vai kaitējuma) esamība;
- 3) cēloniskais sakars starp zaudējumiem (vai kaitējumu) un neatļauto darbību.

Pēc šā raksta autoru ieskatiem, svarīgākais un būtiskākais no šiem priekšnoteikumiem ir “cēloniskais sakars starp zaudējumiem un neatļauto darbību”. Profesors K. Torgāns min, ka Latvijas tiesās retie strīdi par cēloniskā sakara noskaidrošanu nav izraisījuši īpašu ievērību, izņemot ar ārstēšanu saistītus strīdus [11, 405]. Sevišķi sarežģīta ir cēlonības noskaidrošana gadījumos, ja to varēja izraisīt vairākas prettiesiskas darbības, kuras notiek vienlaikus vai seko cita citai [14, 271].

Kādā lietā paciente A. R. bija cēlusi prasību pret četrām ārstniecības iestādēm par veselībai nodarītā kaitējuma piedziņu. Tiesa nekonstatēja cēlonisko sakarību starp ārstniecības personu darbībām un pacientes slimības gaitu un rezultātā – invaliditāti. Apelācijas instances tiesa spriedumā šajā lietā norādīja, ka “lietas materiālos nav pierādījumu, kas pārliecinoši apstiprinātu, ka V. slimnīcā periodā no [...] būtu pieļautas kļūdas, kuras būtu cēloniskā sakarā ar viņai radīto veselības kaitējumu, sakropļojumu un tam sekojošo morālo un materiālo kaitējumu”. Jāatzīmē, ka tiesa šajā gadījumā, iespējams, pieļāva metodoloģiska rakstura kļūdu, jo “pārliecinoši pierādījumi” jeb “ārpus saprātīgām šaubām” esoši pierādījumi nepieciešami personas notiesāšanai krimināllietā, nevis civilīetā, kur pierādīšanas standarts ir “iespējamību pārsvars”, ar to saprotot situāciju, ka “puses, uz kuru gulstas pierādījumu nasta, lieta ir vairāk ticama nekā neticama” [10, 153]. Tāpat apelācijas instances tiesa šajā lietā, atsaucoties uz Ārstniecības likuma 5. pantu, kurā noteikts, ka ikvienam ir pienākums rūpēties un ikviens ir atbildīgs par savu veselību, norādīja, ka

paciente pati neveica pasākumus savas veselības saglabāšanai (piemēram, nebija izpildījusi ārsta reimato-loga rīkojumu ierasties uz atkārtotu konsultāciju pēc visu nozīmēto izmeklējumu veikšanas, vai arī, ka “pēc izrakstīšanās no stacionāra pacientam pašam jāprot novērtēt [mugurkaula slodze]” [18].

Ārvalstu tiesu prakse rāda, ka prasības tiek celtas gadījumos, kuros cēlonības noskaidrošana var būt ļoti sarežģīta, un, pēc mūsu pašreizējiem priekšstatiem, vispār nav cerīgi pieteikt prasījumus, jo sekas šķiet pārāk tālu no prettiesiskās darbības vai arī tās radušās daudzu apstākļu mijiedarbībā [11, 405].

Eiropas tiesiskajā telpā ir izstrādāts doktrinārs dokuments “Eiropas deliktu tiesību principi” (*The Principles of European Tort Law*, PETL; turpmāk – EDTP) [15], kuram gan tiešas piemērojamības nav, bet tas kopsakarā ar Civillikuma 5. pantā nostiprināto “tiesas ieskatu” var kalpot kā palīgavots, izskatot dažādus ar cēlonības problemātiku saistītus strīdus tiesās.

EDTP paredz šādus Civillikumā tieši nenorādītus un Latvijas tiesu praksē nepazītus cēlonības veidus:

- vienlīdz nozīmīgi (konkurējoši) cēloņi (EDTP 3: 102. pants);
- alternatīvi cēloņi (EDTP 3: 103. pants);
- potenciāli cēloņi (EDTP 3: 104. pants);
- nenoteikta daļēja cēlonība (EDTP 3: 105. pants) [15].

Apspriežot šeit citēto apelācijas instances tiesas spriedumu [18], autori, neredzot konkrētās civil-lietas materiālus, nevar kritizēt tiesu, kas lietu izskatījusi trīs instancēs. Tādēļ, neapstrīdot tiesas motīvus par cēloņsakarības neesamību starp pacientes veselības stāvokļa būtisku pasliktināšanos un darbībām, ko veica ārstniecības personas, kuru tiešā uzraudzībā paciente atradās, tomēr rodas secinājums, ka apelācijas instances tiesa neapsprieda nevienu no “Eiropas deliktu tiesību principos minētajiem cēloņ-sakarības veidiem, izņemot *conditio sine qua non* (tas, bez kā nav iespējams) jeb tiešo cēloņsakarību.

Latvijā par ārstniecības personu civiltiesiskās atbildības sākumu uzskatāma civillieta pacienta E. F. prasība pret Valsts traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīcu (VTOS) ar trešo personu civillietā, t. i., ar ārstējošo ārstu E. S. Pacients E. F. pēc neveiksmīgas mugurkaula operācijas 1997. gada 2. oktobrī ieguva 1. grupas invaliditāti. E. F. veiktā operācija VTOS, mugurkaula skriemeļu fiksācijai (pēc kritiena no motocikla) ķirurģiski uzstādot SLOT sistēmu, bija neveiksmīga, jo 1997. gada 2. oktobra operācijas laikā tika ielauzta mugurkaula siena un ievainotas muguras smadzenes, tādēļ pēc operācijas prasītājs sācis just kāju nekustīgumu, stipras sāpes un konstatējis pazeminātu jušanu, un viņam tikusi traucēta mazā iegurnā orgānu darbība. 24 stundu laikā netika veikta otra operācija, lai atbrīvotu saspīstās mugurkaula smadzenes, kā tas bija jādara. Otrā operācija notika tikai piecas dienas vēlāk. Tās laikā tikusi nomainīta SLOT sistēma, bet tā tika uzlikta tā, ka skrūves skārušās mugurkaula smadzeņu telpu, un rezultātā turpmāko divu mēnešu laikā no mugurkaula kanāla izdalījies likvors.

Augstākās tiesas Civillietu tiesu palāta ar 2001. gada 7. februāra spriedumu nolēma, ka VTOS pacientam E. F. jāatlīdzina veselībai nodarītais kaitējums, nosakot atlīdzību 32 741 lata apmērā, kā arī jāmaksā kompensācija par zaudēto iespēju saņemt darba algu no 1997. gada līdz 2001. gadam (turpmāk – E. F. prasība pret VTOS) [17].

Šajā lietā apelācijas instances tiesa arī atsaucās uz nozīmīgo Ārstniecības likuma 36. pantu, kurā teikts: “Ārstniecības persona ir atbildīga par izraudzītās medicīniskās tehnoloģijas lietošanu un tās radītajām sekām.” Medicīniskās tehnoloģijas ir ārstniecībā izmantojamās metodes, medicīniskās ierīces un zāles (Ārstniecības likuma 1. panta 9. punkts).

Atceroties citu valstu praksē esošos doktrināros strīdus par līgumiskās un deliktatbildības konkurenci, šī norma Latvijā neļauj attīstīties līgumiskās un deliktatbildības konkurencei, jo ārstniecības personas civiltiesiskā atbildība iestājas neatkarīgi no civiltiesisko attiecību formas, uz likuma pamata (Civillikuma 1402. pants).

### Kad profesionālais risks ir attaisnojams?

Tomēr bieži medicīnā rodas situācijas, ka pacienta veselības stāvoklis pasliktinās vai neuzlabojas tā, kā tika sagaidīts. Vai šādā gadījumā tiks prezumēta “tiesību aizskārēja neattaisnojama darbība”? Jāatzīmē, ka vainas prezumpcija nenozīmē, ka ārstniecības persona ir vainojama ikreiz, kad pacientam veselības stāvoklis pasliktinās vai neuzlabojas tā, kā tika sagaidīts. Medicīna ir ļoti riskanta nozare, un tajā rezultāts ir atkarīgs no ļoti daudziem savstarpēji korelējošiem faktoriem, vispirms jau no iedzimtības,

kā arī no pacienta vecuma, dzimuma, veselības stāvokļa kopumā, pacienta organisma reakcijas uz atsevišķiem medicīnas tehnoloģijas komponentiem, pacienta līdzestības u. tml. Šī daudzu faktoru pastāvēšana un ietekme medicīnā uztur pastāvīgu risku, no kura nevar izvairīties. Risinot jautājumu par ārstniecības personu atbildību vispār, ne tikai civiltiesisko atbildību, jāatceras Hipokrāta princips: *primum non nocere* ("pirmkārt, – nekaitē"). Tomēr dažās medicīnas nozarēs risks ir pastāvīgi klātesošs un robeža starp nekaitēšanu un risku, kas var būtiski palīdzēt pacientam, ir netverama. Tādēļ kaitējuma gadījumā, lai noteiktu "tiesību aizskārēja neattaisnojama darbību" vai bezdarbību, būtiski ir noteikt attaisnojama profesionālā riska un atbildības robežas kritērijus.

Angļu tiesībās attiecībā uz ārstniecības personu atbildības noteikšanu tiek lietots Bolama tests (*Bolam test*), kurš paredz divu šādu priekšnoteikumu ievērošanu:

- 1) ja konkrētai personai piemīt speciālas zināšanas un prasme, tad viņas darbības tiek vērtētas saskaņā ar tādas personas darbībām, kurai ir tādas pašas iemaņas un prasmes;
- 2) personas darbības netiek uzskatītas par standartiem neatbilstošām, ja tiek pierādīts, ka persona rīkojusies tieši tāpat, kā būtu rīkojies cits tāda paša aroda profesionālis, kam ir tāds pats iemaņu un zināšanu līmenis kā konkrētajai personai [4, 120].

Bolama testu kā "tiesību normu" ir radījusi tiesu prakse anglosakšu tiesību sistēmā. Bolams bija psihiski nelīdzsvarots pacients un cieta no akūtas depresijas, viņš tika ievietots slimnīcā. Kā ārstēšanas metodi ārsts noteica elektrošoka terapiju. Elektrošoka terapijas dēļ Bolamam tika laužti iegurnā kauli. Pacients uzskatīja, ka ārstējošais ārsts ir pieļāvis virkni nolaidību. Tiesa eksperti izteica pretrunīgus viedokļus, kā pareizi būtu veicama elektrošoka terapija, tādēļ tiesa secināja, ka elektrošoka terapija ir zinātnes nozare, kas vēl atrodas attīstībā (*progressive science*), tāpēc mediķiem viedokļi ir dažādi. Anglijas tiesa nosprieda, ka ārsts nav vainojams nolaidībā, jo viņš ir rīkojies saskaņā ar praksi, kādu atzīst par piemērojamu tās pašas nozares tikpat kvalificēti speciālisti. Tiesa norādīja, ka profesionāļa vaina nevar tikt atzīta vienīgi tādēļ, ka kādam līdzvērtīgam tās pašas nozares profesionālim ir pretējs viedoklis noteiktā jautājumā. Saskaņā ar šo viedokli tiesa noraidīja prasības pret Bolamu ārstējošo ārstu [4, 122–123].

Arī E. F. prasībā pret VTOS apelācijas instances tiesa, gan tieši neatsaucoties uz angļu tiesību doktrināro avotu, proti, Bolama testu, ievēroja tā principus. Respektīvi, Augstākās tiesas Civillietu tiesu palāta lietas izskatīšanas gaitā ieguva un izanalizēja citu profesionāļu viedokļus par izskatāmo strīdu:

"Runājot par konkrēto gadījumu, eksperts V. Vestermanis, kas P. Stradiņa klīniskās universitātes slimnīcā veic kvalitātes nodrošināšanas komisijas priekšsēdētāja pienākumus, norādīja, ka prasītāja ārstēšanā gūtie rezultāti slimnīcā ir tālu no vēlamā un iespējamā [...] Civillietu tiesu palāta šādu ekspertu skaidrojumu atzīst par pamatotu un argumentētu, jo tas balstīts uz medicīniskiem kritērijiem un ārsta pieredzi [...]"

Uz to, ka šāda kavēšanās slimnieka stāvokļa noteikšanā nav pieļaujama, tiesas sēdē norādīja arī eksperts I. Aksiks, paskaidrojot, ka līdzīgā situācijā viņa vadītajā klīnikā nekavējoši tiek veikta slimnieka datortomogrāfija. Ja datortomogrāfa nebūtu, kā tas ir bijis Valsts Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīcā, mugurkaula kanāla revīzijai nekavējoties tiktu veikta atkārtota operācija, kas nepieciešama smadzeņu dekompresēšanai, atslogošanai, jo kontūzija izsauca tūsku un izteiktus asinsrites traucējumus." [17]

Arī otrajā – iepriekš minētajā – lietā [18] tiesa vērtēja citu profesionāļu izteiktos viedokļus. Turklāt uzaicināto ekspertu viedokļi atšķīrās, tādēļ tiesa, lietojot mērauklu "MADEKKI [tagad – Veselības inspekcijas] pārstāvju tiesvedības gaitā paustais viedoklis lietā nozīmīgos specifiskos jautājumos bija nekonsekvents un nepārliecinošs", Veselības inspekcijas ārstu ekspertu atzinumus nevērtēja par ticamiem.

Tādējādi saistībā ar ārstniecības personu civiltiesisko atbildību ir jārūnā par kategoriju "saprātīga ārstniecības persona", kuras darbība konkrētos apstākļos ir jāsalīdzina ar citiem nozares profesionāļiem.

Ārstniecības personu nevar vainot par pacienta veselības pasliktināšanos kādas darbības rezultātā, ja viņa ir rīkojusies atbilstoši tam, kā rīkojas līdzvērtīga ārstniecības persona šajā nozarē. Tomēr šajā gadījumā jāatceras vispārzināmais, t. i., ka Latvija ir maza valsts un ka īpaši jau profesionāļu vidē cits citu pazīst, un starp profesionāļiem ir izveidojušās un pastāv īpašas korporatīvas attiecības. Minētais nozīmē, ka var rasties situācijas, kurās iegūt alternatīvu profesionāļu viedokli var izrādīties neiespējami. Šādā gadījumā ir jādomā par ārvalstu ekspertu piesaisti, bet tas ir gan dārgāk, gan nepopulāri. Novērtējot

ārvalstu ekspertu atzinumu, papildus nepieciešams noskaidrot, vai ārvalstu speciālists ir ņēmis vērā šādus vietējos aspektus: veselības aprūpes organizāciju, finansēšanas sistēmu, medicīniskās tradīcijas, kas dažādās valstīs ir atšķirīgas, – tātad arī viņa atzinumu nepieciešams novērtēt Latvijas veselības aprūpes sistēmas un konkrētās medicīnas specialitātes kontekstā.

Ārstniecība ir ne tikai “profesionāla un individuāla slimību profilakse, diagnostika un ārstēšana, medicīniskā rehabilitācija un pacientu aprūpe” [21], tā ietver arī ļoti svarīgu komponentu – pacienta līdzestību, kas gan *expressis verbis* normatīvos aktos nav definēts, bet tas sašaurinātā izpratnē ietver pacienta pienākumus, kas norādīti Pacientu tiesību likuma 15. panta pirmajā, otrajā un trešajā daļā. Gandrīz jebkura ārstniecība būs efektīva tikai tad, ja pacients, kura veselības stāvokli ārstniecība ietekmē, tajā pats piedalīsies.

Neveiksmīgas ārstniecības cēloņi var būt šādi:

- 1) kļūda medicīnas tehnoloģijā vai tās komponentos (piemēram, medicīnas ierīču vai zāļu brāķis);
- 2) kļūda pacienta veselības aprūpē, ko pieļauj pacients (rupjas neuzmanības veidā);
- 3) kaitējums tiek nodarīts ar paša pacienta nodomu;
- 4) nejaušs notikums vai nepārvarama vara (Civillikuma 1773. pants);
- 5) attaisnojams profesionāls risks;
- 6) kļūda pacienta veselības aprūpē, ko pieļauj ārstniecības persona.

Pirmie pieci cēloņi ir ārstniecības personu iespējamie iebildumi pret pacienta prasību, ja ārstniecības personas varā nebija šos cēloņus paredzēt un novērst. Neveiksmīgas ārstniecības cēlonis var būt arī daudzu faktoru izraisīts, iepriekš minētajiem cēloņiem savstarpēji mijiedarbojoties. Ārstniecības personu civiltiesiskā atbildība iestāsies tikai tad, ja jebkurš no iepriekš minētajiem pirmajiem pieciem cēloņiem (kurus ārstniecības persona nevarēja paredzēt un novērst) kombinējas ar ārstniecības personu kļūdu pacienta veselības aprūpē.

Līdzšinējā Latvijas tiesu prakses attīstība ārstniecības personu civiltiesiskās atbildības jomā nav vērtējama neapšaubāmi, jo tiesu spriedumos netiek vērtēta neveiksmīgas ārstniecības cēlonības multifaktorialitāte.

## Kaitējuma kompensācija

Kaitējuma atlīdzība par miesas bojājumu saskaņā ar Civillikuma 2347. panta pirmo daļu ietver:

- ārstēšanās izdevumus;
- varbūtējo atrauto peļņu (pēc tiesas ieskata);
- atlīdzību (mantisko kompensāciju) par morālo kaitējumu.

Atbildība iestājas nevis par pašu miesas bojājumu, bet gan par tā rezultātā nodarītām civiltiesiskām sekām. Atbildība izpaužas pienākumā atlīdzināt izdevumus, kas radušies šo miesas bojājumu ārstēšanas rezultātā. Ārstēšanas izdevumos ir iekļaujami ne tikai tēriņi, kas saistīti ar zāļu iegādi vai ārsta apmeklēšanu, bet arī izdevumi, kas saistīti ar veseļošanās pakalpojumiem, piemēram, uzturēšanos sanatorijā, transporta izdevumiem, kā arī tēriņi, kas saistīti ar cietušā aprūpi. Tiesa var papildus reālajiem izdevumiem piespriest arī varbūtējo atrauto peļņu [6, 627].

Ja ārstēšanās izdevumu un varbūtējās atrautās peļņas pierādīšana un piedziņa nerada īpaši daudz jautājumu, tad morālā kaitējuma atlīdzības apmēra noteikšana ir sarežģītāka. Par šo problēmu minēts kasācijas instances tiesas atziņās:

“Latvijā nav vienotas prakses par morālā kaitējuma atlīdzības apmēra noteikšanas metodiku, arī likumos nav noteikti vienoti kritēriji, pēc kuriem ir nosakāms šis atlīdzības apmērs, tāpēc atlīdzības apmērs nosakāms katrā konkrētā gadījumā pēc tiesas ieskata, vadoties pēc taisnības apziņas un vispārīgiem tiesību principiem, kā to paredz Civillikuma 5. pants.” [16]

Kasācijas instances tiesa šajā spriedumā, atsaucoties uz Augstākās tiesas Senāta Administratīvo lietu departamenta 2010. gada 16. februāra spriedumu lietā Nr. SKA-104, norāda, ka, nosakot morālo atlīdzinājumu, tiesa nevar balstīties tikai uz saviem subjektīviem ieskatiem, bet gan tai jāpamatojas uz racionāliem juridiskiem apsvērumiem. Tāpat tiesa atsauca uz juridiskajā literatūrā norādīto, ka, nosakot morālā kaitējuma atlīdzības apmēru, tiesām jāņem vērā taisnīguma un saprātīguma kritērijs [5; 8]. Tāpat,

piekrītot V. Sinaiska teiktajam, kasācijas instances tiesa norāda, ka “apmierinājuma pirmatnīgā ideja ir nodibināt mieru starp cietušo un aizskāruma izdarītāju kā kaitējumā vainīgo”, tāpēc jāpanāk vismaz daļēja konfliktā iesaistīto pušu samierināšana [9, 147].

Lai gan Latvijā nav spēkā tiesu precedentu tiesības un teorētiski judikatūra ir tikai tiesību palīgavots, tomēr kasācijas instances tiesa norāda, ka atbilstoši vienlīdzības principam morālā kaitējuma atlīdzinājuma noteikšanā jāņem vērā arī citos (jo sevišķi salīdzināmos) gadījumos noteikto atlīdzinājumu veids un apmērs.

Šeit citētais spriedums ir interesants arī tāpēc, ka tajā ir apkopota iepriekšējā judikatūra:

“Līdz šim vairākās izskatītajās lietās par kaitējumu, kas nodarīts, nekvalitatīvi sniedzot ārstniecības pakalpojumus, kompensācijas apmērs noteikts robežās no 100 Ls līdz 20000 Ls (sk. Senāta rīcības sēdes 2009. gada 15. oktobra lēmumu lietā Nr. SKC-1053, 2011. gada 15. decembra lēmumu lietā Nr. SKC-1168, 2013. gada 22. marta lēmumu lietā Nr. SKC-455, Senāta 2011. gada 20. aprīļa spriedumu lietā Nr. SKC-153, 2012. gada 23. maija spriedumu lietā SKC-200, 2013. gada 12. jūnija spriedumu lietā Nr. SKC-122). Norādītajās lietās naudas izteiksmē lielāks morālā kaitējuma atlīdzības apmērs noteikts gadījumos, kad nekvalitatīvi sniegto ārstniecības pakalpojumu rezultātā tika nodarīts tāds kaitējums, kas vērtējams kā būtisks (bojā gāja prasītājas bērns), sakropļojuma vai izķemojuma dēļ pasliktinājās prasītāja dzīves kvalitāte, spēja atgriezties ierastajos dzīves apstākļos.” [16]

### **Kurš ir atbildētājs?**

Tiesu praksē ir risināts jautājums par atbildētāju civillietās, kurās prasītāji ir ārstniecības iestāžu un vienlaikus ārstniecības personu pacienti. Pietiekami skaidru atbildi uz šo jautājumu deva jau minētā lieta E. F. prasībā pret VTOS:

“Kā nepamatotu Civillietu tiesu palāta vērtē Slimnīcas viedokli par to, ka jautājums par tās vainu analizējams, par pamatu ņemot Civillikuma 1782. pantu. Minētā norma, kas paredz darba devēja atbildību par kalpotāju un citu darbinieku trešajai personai nodarītajiem zaudējumiem gadījumā, ja to izvēlei nav piegriezta nepieciešamā uzmanība un papriekš nav iegūta pārliecība par viņu spējām un noderību izpildīt viņiem uzliekamos pienākumus, konkrētajā gadījumā neietekmē Slimnīcas vainas un atbildības nosacījumus. Slimnīcas vaina un atbildība izriet no 1997. gada 20. septembrī noslēgtā Pacienta aprūpes līgumā, Ārstniecības likumā, Valsts Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīcas Nolikumā noteikto saistību neizpildes, kas izsauca kaitējumu pacienta veselībai. [...] Civillietu tiesu palāta nāk pie atzinuma, ka atbildīga par pacienta veselībai nodarīto kaitējumu konkrētajā lietā ir Slimnīca, kas vienlaikus nozīmē to, ka tās darbinieka vaina pacienta veselībai nodarītajā kaitējumā ir arī Slimnīcas vaina.” [17]

Arī doktrīnā ir izteikts analogisks viedoklis, proti, ka juridiska persona ir vainojama un līdz ar to atbildīga par jebkuru tiesību aizskārums, ko tās darbinieks izdarījis pēc šīs juridiskās personas vadītāja vai īpašnieka rīkojuma vai pavēles, izņemot gadījumus, ja šāda darbība ir pati par sevi noziedzīga. Savukārt, ja šāda uzdevuma rezultātā tiek izdarīts delikts, tad juridiskā persona atbildēs arī tad, ja šīs fiziskās personas darbības pārsniegs uzdevuma, pilnvarojuma vai darba līguma robežas (Civillikuma 1781. pants). Juridiskā persona varēs atbrīvoties no atbildības, ja nodarījums būs noziedzīgs [1, 88].

### **Ārstniecības personu civiltiesiskā atbildība pēc 2013. gada 25. oktobra**

Eiropas Komisijas mājas lapā norādīts, ka 8–12% Eiropas Savienības slimnīcās uzņemto pacientu ir cietuši neveiksmīgas ārstniecības dēļ. Veselības aprūpes gaitā pacienti ir saskārušies ar:

- infekcijām, kas saistītas ar veselības aprūpi (aptuveni 25% no visiem nevēlamajiem gadījumiem);
- ārstēšanas kļūdām;
- ķirurģiskām kļūdām;
- medicīnas iekārtu vai instrumentu darbības traucējumiem un kļūmēm;
- diagnostikas kļūdām;
- pēc medicīniskajām pārbaudēm nesniegtu palīdzību [3].

Ar 2013. gada 25. oktobri, kā jau norādīts ievadā, Latvijā tika ieviesta Direktīva 2011/24/ES par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē. Tajā noteikts dalībvalsts pienākums pacientiem, t. sk. citas Eiropas Savienības dalībvalsts pacientiem, nodrošināt pieejamas un saprotamas sūdzību procedūras un mehānismus, kas dod viņiem iespēju lūgt aizsardzības līdzekļus, ja sniegtās veselības aprūpes dēļ tiek nodarīts kaitējums. Tādēļ 2013. gada 25. oktobrī Latvijā, izdarot grozījumus Pacientu tiesību likumā, atbilstīgi Zviedrijas un Dānijas paraugam tika ieviests specifisks pacientu tiesību aizsardzības līdzeklis, proti, izveidots Ārstniecības riska fonds.

Līdz 2013. gada 25. oktobrim persona, kurai ārstniecības procesā nodarīts kaitējums, t. i., pacients veselībai nodarītā kaitējuma kompensāciju prasīja no ārstniecības iestādes vai ārstniecības personas. Strīdu gadījumā šo pacienta prasību izskatīja tiesa civilprocesuālā kārtībā. Arī šobrīd tiesās prasības kārtībā tiek izskatītas lietas par pacienta dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu, kas nodarīti līdz 2013. gada 25. oktobrim, atlīdzības piedziņu. Bet lietām par pacienta dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu pēc 2013. gada 25. oktobra ir radīts īpašs administratīvi tiesisks mehānisms jeb pacientu tiesību aizsardzības līdzeklis, proti, Ārstniecības riska fonds.

Ārstniecības riska fonda vispārējie principi ir noteikti Pacientu tiesību likuma 17. pantā, bet tā darbību reglamentē Ministru kabineta 2013. gada 5. novembra noteikumi Nr. 1268 "Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi" [22] (turpmāk – ĀRF noteikumi).

Ārstniecības riska fonda institucionālā uzbūve ir duāla, proti, tā organizāciju nodrošina divas Veselības ministrijas tiešās padotības iestādes: Veselības inspekcija (veic ekspertīzi, sagatavo atzinumu un nosaka kaitējuma apmēru procentos, kā arī vērtē ārstniecības izdevumu saistību ar pacientam nodarītā kaitējuma seku mazināšanu vai novēršanu) un Nacionālais veselības dienests (administrē Ārstniecības riska fonda līdzekļus un, pamatojoties uz inspekcijas atzinumu, pieņem lēmumu par atlīdzības izmaksāšanu vai par atteikumu to izmaksāt, kā arī izmaksā atlīdzību no Ārstniecības riska fonda). Atbilstoši Pacientu tiesību likuma 17. panta otrajai daļai Nacionālā veselības dienesta lēmumu un faktisko rīcību attiecībā uz pacientam izmaksājamo atlīdzību no Ārstniecības riska fonda var apstrīdēt Veselības ministrijā. Veselības ministrijas lēmumu var pārsūdzēt tiesā Administratīvā procesa likumā [20] noteiktajā kārtībā. Taču pacients nav tiesīgs apstrīdēt Veselības inspekcijas atzinumu.

Apspriežot Veselības inspekcijas atzinuma tiesisko dabu, secināms, ka atzinums nav nedz administratīvs akts, nedz starplēmums administratīvajā procesā, bet ir pierādīšanas līdzeklis administratīvajā procesā – eksperta atzinums. Vispirms to raksturo tā autors vai autori – personas ar specifiskām zināšanām, kuras sniedz specifisku viedokli par specifisku gadījumu, kuru novērtējot nepieciešamas speciālas zināšanas nozarē. Ne Pacientu tiesību likumā, ne ĀRF noteikumos nav paredzēta kārtība, kā rīkoties, ja Veselības inspekcijas sagatavotais atzinums pierādījuma novērtēšanas procesā izrādās nepieļaujams vai neticams (domājams, ka par attiecināmību strīdu nebūs). Jebkurā citā juridiskā procesā, lai izslēgtu pamatotās šaubas, ja tās procesa gaitā radušās, pastāv iespēja noteikt papildu vai atkārtotu ekspertīzi.

Veicot kontrolējošo amatpersonu aptauju (2015. gada 26. jūnijā autori intervēja Veselības ministrijas amatpersonas, kas ir iesaistītas lēmumu pieņemšanā par sūdzībām par Nacionālā veselības dienesta lēmumiem pārsūdzības stadijā), noskaidrots, ka, rodoties šaubām par to, vai Veselības inspekcijas atzinums ir pietiekami skaidrs vai ir nepilnīgs, vai rodoties papildu jautājumiem, Veselības ministrijas amatpersonas lēmuma pārsūdzības stadijā veic pasākumus, kas uzskatāmi par papildu ekspertīzi. Respektīvi, ja Veselības inspekcija nav atzinumā devusi vērtējumu kādiem apstākļiem vai pārsūdzības gaitā ir iesniegti jauni pierādījumi, vai kādi secinājumi Veselības inspekcijas atzinumā nav pilnīgi saprotami, Veselības ministrija lūdz Veselības inspekciju dot vērtējumu iepriekš neatspoguļotiem apstākļiem. Šī rīcība, lai arī procesuāli nedefinēta, pēc *ratio legis* atbilst papildu ekspertīzes būtībai.

Tomēr nav skaidrs un saprotams juridiskais mehānisms, kā rīkoties, ja tiks konstatēts pamatojums, lai nozīmētu atkārtotu ekspertīzi (salīdzināšanai, piemēram, Administratīvā procesa likuma 182. panta trešā daļa, Kriminālprocesa likuma 197. pants [26], Civilprocesa likuma 125. panta trešā daļa [25]), piemēram, tiks konstatēta Veselības inspekcijas atzinuma nepamatotība, būtiska nepilnība vai pieļautas metodiska rakstura kļūdas, vai tiks konstatēta eksperta nepietiekama kvalifikācija vai nekompetence, vai tiks pieļauti ekspertīzes izdarīšanas procesuālās kārtības būtiski pārkāpumi. Veselības ministrijas amatpersonas aptaujā norādīja, ka šādas situācijas vēl nav bijušas. Tomēr normatīvā



regulējuma neesamība papildus un atkārtotas ekspertīzes nozīmēšanai no pacientu tiesību aizsardzības viedokļa ir solis atpakaļ.

Ieviešot direktīvu, ĀRF noteikumu 8.3. punktā ir paredzētas Veselības inspekcijas tiesības “pieprasīt, lai komisija .., ko izveidojis tās ārstniecības iestādes vadītājs, par kuru ir saņemts atlīdzības prasījuma iesniegums, veiktu izvērtējumu un sniegtu inspekcijai viedokli par kaitējuma esību vai neesību un kaitējuma apmēru”.

Pētījuma autoru vērtējumā šāds noteikums, kas vērsts uz to, lai pārkāpējs pats veiktu savas potenciālās kļūdas izvērtējumu, ir likumdošanas brāķis. Jau romiešu tiesībās attīstījās procesuāls princips: *Nemo iudex in causa sua* (neviens nav tiesnesis paša lietā). Autori noskaidroja, ka līdz 2015. gada 27. jūnijam Veselības inspekcija šo normu ir izmantojusi. Svarīgākais jautājums, nenoliedzami, ir par to, kā tiesību piemērotājs, t. i., Veselības inspekcija šo potenciālā pārkāpēja izvērtējumu par paša rīcību novērtē. Bet, ņemot vērā, ka potenciāli aizskartajam pacientam netiek paziņots par šāda izvērtējuma iegūšanu un nav paredzēta iespēja par to iesniegt savu viedokli, šī norma neatbilst tiesību uz taisnīgu tiesu saturam (Latvijas Republikas Satversmes 92. pants [27], Eiropas Padomes Cilvēktiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencijas 6. pants [23]).

Pēc NVD datiem redzams, ka NVD līdz 2016. gada 22. aprīlim ir saņēmis 349 personu atlīdzības prasījuma iesniegumus (100%). No tiem atteikts izskatīt, atsaukti vai atzīti par neiesniegtiem kopā bija 34 iesniegumi (9,7%), izskatīšanā atradās 140 iesniegumi (40,1%), bija pieņemti 85 lēmumi par atlīdzības izmaksāšanu (24,4%), 90 lēmumi – par atlīdzības neizmaksāšanu (25,8%). No visiem iesniegtajiem 349 iesniegumiem izskatīti bija 50,1% iesniegumu (175), bet atlīdzība izmaksāta – 48,6% gadījumu. Veselības ministrijā bija pārsūdzēti 45 NVD lēmumi par atteikumu pilnīgi vai daļēji izmaksāt atlīdzību, Veselības ministrija nebija atcēlusī nevienu NVD lēmumu, bet apstrīdēšanas stadijā Veselības ministrijā atradās 23 iesniegumi. Tiesā bija pārsūdzēti trīs Veselības ministrijas lēmumi (NVD 2016. gada 29. aprīļa vēstule).

Veselības ministrijā tika noskaidrots, ka pat pirmās instances tiesā nav izskatīts neviens no šiem pārsūdzētajiem Veselības ministrijas lēmumiem.

Pēc šiem statistikas datiem var secināt, ka veselības aprūpes kontroles institūcijas – Veselības inspekcija un Veselības ministrija – vienādi interpretē ne tikai normatīvos aktus, bet arī ārstniecības procesa kvalitātes izvērtēšanu, kas ĀRF sākotnējā posmā vērtējams pozitīvi, analizējot ĀRF sekmīgas darbības kontekstu. Patlaban nevar izdarīt secinājumus par tiesas vērtējumu pārsūdzētajiem Veselības ministrijas lēmumiem.

Jāatzīmē, ka ar Ārstniecības riska fonda koncepta ieviešanu ir notikusi procesuālo principu izmaiņa. Civilprocesuālos principus – pušu sacensību un pušu līdztiesību – aizstāj objektīvās izmeklēšanas princips un pārējie administratīvā procesa principi. Pacientam vairs nav tiesību izvēlēties ekspertus vai vismaz izteikties par vēlamajām ekspertu kandidatūrām, uzdot ekspertiem jautājumus un iepazīties ar ekspertu kvalifikāciju, kas bieži vien ir pats svarīgākais jautājums ekspertīzes nozīmēšanas stadijā. Pacientam saglabājas tiesības pieteikt noraidījumu ekspertam, tās izriet no Administratīvā procesa likuma 37. panta otrās daļas.

Pacientam izmaksājamās atlīdzības summas par dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu (arī morālo kaitējumu) tiesa noteica pēc “tiesas ieskata” (Civillikuma 5. pants). Savukārt pēc 2013. gada 25. oktobra šo jautājumu reglamentē normatīvā akta – ĀRF noteikumu – prasības. Morālā kaitējuma smaguma pakāpes noteikšana procentos, kas ir norādīti normatīvajā aktā, ir jauna pieeja Latvijā. Neapšaubāms ieguvums šajā situācijā ir tiesiskā noteiktība, jo par vienādiem apstākļiem tiks aprēķinātas tādas pašas kompensācijas, tādējādi izslēdzot arī t. s. cilvēcisko faktoru vērtēšanā, tomēr zūd “tiesas ieskata” priekšrocības, kas individualizēja katru gadījumu un kas paredzēja noteikt atlīdzību par morālo kaitējumu pēc Civillikuma 1635. panta jēgas un mērķa – par fiziskajām un garīgajām ciešanām, kas katrai personai ir individuālas, nevis visām vienādas.

Arī Zviedrijā un Dānijā, pēc kuru parauga Latvijā tika veidots Ārstniecības riska fonds, kompensāciju izmaksā par:

- mantiskajiem zaudējumiem (ienākumu zaudējumu, pensijas zaudējumu, ārstēšanas izdevumiem);
- nemantiskajiem zaudējumiem, t. i., par sāpēm un ciešanām (Dānijā – 130 daņu kronas par katru slimības dienu), par invaliditāti, par sakropļojumu, par darba nespēju.

Invaliditātes kompensāciju izmaksā kā vienreizēju maksājumu. Zviedrijā šo kompensācijas apmēru aprēķina pēc Ceļu satiksmes negadījumu komisijas apstiprinātas tabulas, ko izmanto arī visas apdrošināšanas sabiedrības un Zviedrijas tiesas [29].

Šie piemēri parāda, kādēļ no veselībai nodarītā kaitējuma kompensācijas noteikšanas tā administratīvajā stadijā tika izslēgts "tiesas ieskaits", ko iestādēm arī nevar uzdot.

Jāatzīmē, ka Veselības inspekcijā, veicot ekspertīzi, ir paredzēts vērtēt tikai pacienta medicīniskos dokumentus, bet nav paredzēta iespēja veikt pacienta apskati un iztaujāšanu. Pēc būtības šajā procesā pacients var izteikties tikai vienu reizi – iesniedzot iesniegumu Nacionālajā veselības dienestā. Minētajā saskatāma objektīvās izmeklēšanas principa ignorēšana. Iepriekš tika secināts, ka līdzšinējā Latvijas tiesu prakses attīstība ārstniecības personu civiltiesiskās atbildības jomā nav vērtējama neapšaubāmi, jo tiesu spriedumos netika vērtēta neveiksmīgas ārstniecības cēlonības multifaktorialitāte. Pārceļot neveiksmīgas ārstniecības cēlonības vērtēšanu no tiesām, kas ir neatkarīgas no medicīnas nozari finansējošās izpildvaras, uz tiešās pārvaldes iestādi, proti, Veselības inspekciju, turklāt ĀRF noteikumos neparedzot nekādu citu cēloņsakarības formu kā tikai *conditio sine qua non*, nevar cerēt uz cēlonības izpratnes padziļināšanos un attīstību veselības aprūpes kaitējuma lietās.

Primārais Ārstniecības riska fonda mērķis ir aizsargāt pacientu, bet jāatzīst, ka pietiekami efektīvi tiks sasniegti pavisam cits mērķis – aizsargāt ārstniecības iestādes un personas no negatīvajām mantiskajām sekām profesionālas neveiksmes vai neuzmanības dēļ. Ārstniecības riska fonda koncepts, darbojoties pēc obligātās apdrošināšanas koncepcijas principiem, izslēgs ārstniecības iestāžu un ārstniecības personu nelabvēlīgu mantisku risku Pacientu tiesību likuma 16. panta otrajā daļā noteikto limitu robežās (par pacienta dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu, arī morālo kaitējumu, – ne vairāk kā 142 290 eiro; pacientam radītiem ārstniecības izdevumiem – ne vairāk kā 28 460 eiro).

Tomēr vēl jāpakavējas pie jautājuma, kas pacientam ir jādara, ja viņš uzskata, ka Pacientu tiesību likuma 16. panta otrajā daļā noteiktie limiti nekompensē viņam nodarīto kaitējumu pilnā apmērā? Šādā situācijā pacients civilprocesuālā kārtībā var vērsties ar prasību tiesā. Tādējādi secināms, ka ārstniecības iestādes un personas profesionālas neveiksmes vai neuzmanības dēļ no negatīvām mantiskajām sekām tiks pasargātas tikai tad, ja cietušo pacientu apmierinās no Ārstniecības riska fonda izmaksājamās summas.

Vienlaikus arī jāatceras, ka Ārstniecības riska fonda mērķis, kas definēts direktīvā, ir nodrošināt, lai pacientiem ir pieejamas saprotamas sūdzību procedūras un mehānismi, kas dod viņiem iespēju lūgt aizsardzības līdzekļus saskaņā ar ārstniecības dalībvalsts tiesību aktiem, ja sniegtās veselības aprūpes dēļ ir nodarīts kaitējums. Šis direktīvas mērķis netiek sasniegts, ja Pacientu tiesību likuma 16. panta otrajā daļā noteiktie limiti nekompensē pacientam nodarīto kaitējumu pilnā apmērā.

Kopā ar šo jautājumu vienlaikus ir jāapspriež arī dispozitivitātes (personīgās autonomijas) principa vieta ĀRF noteikumos, ieviešot Ārstniecības riska fonda konceptu. ĀRF noteikumu 1. pielikums "Atlīdzības prasījuma iesniegums" neparedz norādīt, kādu naudas summu pieteicējs uzskata par adekvātu par viņa [dzīvībai vai] veselībai nodarīto kaitējumu.

Pakavējoties pie primārā Ārstniecības riska fonda mērķa – aizsargāt pacientu – atzīmējams: ja cietušais pacients apmierināsies ar Nacionālā veselības dienesta lēmumu, to neapstrīdēs Veselības ministrijā un / vai nepārsūdzēs tiesā, tad šis mērķis tiks sasniegts. Pretējā gadījumā process, salīdzinot ar civilprocesu, būs ilgstošāks.

## Secinājumi

Ārstniecības likuma 36. pantā ietvertais ārstniecības personas atbildības noteikums Latvijā neļauj attīstīties citās valstīs pazīstamajai līgumiskās un deliktatbildības konkurencei, jo ārstniecības personas civiltiesiskā atbildība iestājas neatkarīgi no civiltiesisko attiecību formas, uz likuma pamata (Civillikuma 1402. pants).

Konkrētas ārstniecības personas darbība konkrētos apstākļos ir salīdzināma ar citu nozares profesionāļu rīcību. Ārstniecības personu nevar vainot par pacienta veselības pasliktināšanos kādas darbības rezultātā, ja viņa ir rīkojusies atbilstoši tam, kā rīkojas līdzvērtīga ārstniecības persona šajā nozarē.

Neveiksmīgai ārstniecībai var būt šādi cēloņi:

- 1) kļūda medicīnas tehnoloģijā vai tās komponentos;
- 2) pacienta paša pieļauta veselības aprūpes kļūda;
- 3) kaitējums nodarīts ar paša pacienta nodomu;
- 4) nejaušs notikums vai nepārvarama vara;
- 5) attaisnojams profesionāls risks;
- 6) ārstniecības personas pieļauta kļūda pacienta veselības aprūpē.

Ārstniecības personu civiltiesiskā atbildība iestāties tikai tad, ja jebkurš no iepriekš minētajiem pirmajiem pieciem cēloņiem (kurus ārstniecības persona nevarēja paredzēt un novērst) kombinējas ar ārstniecības personu kļūdu pacienta veselības aprūpē.

Līdzšinējā Latvijas tiesu prakses attīstība ārstniecības personu civiltiesiskās atbildības jomā nav vērtējama neapšaubāmi, jo tiesu spriedumos netiek vērtēta neveiksmīgas ārstniecības cēlonības daudzu faktoru ietekme.

Ārstniecības riska fonda koncepts aizstāj tradicionālo ārstniecības personu civiltiesiskās atbildības modeli. Ārstniecības riska fonds ir gan specifisks apdrošināšanas institūts, gan pacientu tiesību aizsardzības līdzeklis.

Līdz Ārstniecības riska fonda koncepta ieviešanai, nosakot morālā kaitējuma atlīdzības apmēru, dominēja "tiesas ieskaits", savukārt pēc Ārstniecības riska fonda koncepta ieviešanas kaitējuma (arī morālā kaitējuma) smaguma pakāpe procentos tiek noteikta atbilstoši normatīvajam aktam. Morālā kaitējuma smaguma pakāpes noteikšana procentos, kas ir norādīti normatīvajā aktā, ir jauna pieeja Latvijā.

Ārstniecības personu civiltiesiskās atbildības modeli civiltiesisko principu vietā stājas administratīvā procesa principi, galveno lomu piešķirot Veselības inspekcijai, kurai ir kompetence gan veikt ekspertīzi, gan noteikt kaitējuma apmēru procentos.

Veicot ekspertīzi, ir paredzēts vērtēt tikai pacienta medicīniskos dokumentus, bet nav paredzēta iespēja veikt pacienta apskati un iztaujāšanu. Pēc būtības šajā procesā pacients var izteikties tikai vienu reizi – iesniedzot iesniegumu Nacionālajā veselības dienestā.

Veselības aprūpes kontroles institūcijas – Veselības inspekcija un Veselības ministrija – vienādi interpretē ne tikai normatīvos aktus, bet arī ārstniecības procesa kvalitātes izvērtēšanu, kas ĀRF sākotnējā posmā vērtējams pozitīvi ĀRF sekmīgas darbības kontekstā. Patlaban nevar izdarīt secinājumus par tiesas vērtējumu pārsūdzētajiem Veselības ministrijas lēmumiem.

Pārceļot neveiksmīgas ārstniecības cēlonības vērtēšanu no neatkarīgas tiesas uz tiešās pārvaldes iestādi, proti, Veselības inspekciju, reglamentējošos noteikumus neparedzot nekādu citu cēloņsakarības formu kā tikai *conditio sine qua non*, nevar cerēt uz cēlonības multifaktorialitātes izpratnes attīstību veselības aprūpes kaitējuma lietās.

Normatīvā regulējuma neesamība papildu un atkārtotas ekspertīzes nozīmēšanai sakarā ar Veselības inspekcijas veikto ekspertīzi Ārstniecības riska fonda koncepta ietvarā no pacientu tiesību aizsardzības viedokļa ir būtisks trūkums.

ĀRF noteikumos ir paredzētas Veselības inspekcijas tiesības pieprasīt, lai ārstniecības iestādes vadītājs, par kuru ir saņemts atlīdzības prasījuma iesniegums, izveidotu komisiju un veiktu izvērtējumu, un sniegtu inspekcijai viedokli par kaitējuma esību vai neesību un kaitējuma apmēru. Tās neatbilst jau romiešu tiesībās pazīstamajam procesuālajam principam *Nemo iudex in causa sua* (neviens nav tiesnesis paša lietā) un tiesību uz taisnīgu tiesu saturam.

Ārstniecības riska fonda mērķis, kas definēts Eiropas Parlamenta un Padomes 2011. gada 9. marta Direktīvā 2011/24/ES par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē, ir nodrošināt, ka pacientiem ir pieejamas saprotamas sūdzību procedūras un mehānismi, kas dod viņiem iespēju lūgt aizsardzības līdzekļus, ja sniegtās veselības aprūpes dēļ ir nodarīts kaitējums. Šis direktīvas mērķis netiek sasniegts, ja Pacientu tiesību likuma 16. panta otrajā daļā noteiktie limiti nekompensē pacientam nodarīto kaitējumu pilnā apmērā.



## Transformation Process of Regulation in Medical Practitioners' Civil Liability

### Abstract

According to the European Commission data, 8-12% in the European Union hospitals cared patients have suffered accidents related to healthcare provided to them.

Medical practitioners' civil liability is a legal liability form for medical practitioners which aims to compensate damages caused to the victim during a medical treatment process in cases of medical practitioners' fault.

European Parliament and Council Directive of March 9, 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare provisions for the Member States to provide for patients available and transparent appeal procedures and mechanisms that provide possibilities for legal remedies according to regulations of the Member State in cases of damages suffered during medical treatment.

The aim of the research is to understand medical practitioners' current civil liability development aspects and how Medical risk fund affects medical practitioners' civil liability matters after the Directive.

The research uses the following research methods: analytical, comparative, historical, sociological, inductive and deductive.

In the article, conclusions are made about medical practitioners' civil liability basis avoiding to allow in Latvia the competition of civil and tort liability which is common in other countries. In the article, the author has defined possible causes of unsuccessful medical treatment, also evaluated situations which is the cause of medical practitioners' civil liability. The author of the article has also analysed regulations related to Medical risk fund, its influence to medical practitioners' civil liability mechanisms and patients' rights to receive a fair compensation for the damages caused to their health, and legal nature of Health Inspection's prepared conclusions.

*Keywords:* liability, damages, medical practitioner, patient, Medical risk fund.

### Literatūra

1. Bitāns, A. *Civiltiesiskā atbildība un tās veidi*. Rīga: AGB, 1997.
2. Bitāns, A. Slimnieka ārstēšanu bija uzņēmusies slimnīca, tai arī jāatbild. *Latvijas Vēstnesis*. 2001, 6 (199).
3. Eiropas Komisijas Veselības un pārtikas nekaitīguma ģenerāldirektorāta Politikas izklāsts iedaļā "Sabiedrības veselība", apakšiedaļā "Pacientu drošums". *Eiropas Komisija*. Iegūts no: [http://ec.europa.eu/health/patient\\_safety/policy/index\\_lv.htm](http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/index_lv.htm) [sk. 01.06.2015.].
4. Giliker, P., Beckwith, S. *Tort*. London: Sweet & Maxwell, 2000.
5. Joksts, O. Morālais kaitējums: zaudējumu atlīdzināšana. *Jurista Vārds*. 2005, 15 (370).
6. *Latvijas Republikas Civillikuma komentāri*. Saistību tiesības. Autoru kolektīvs prof. Torgāna vispārīgā zinātniskā redakcijā. Rīga, 1998.
7. Lazar, L. M. Principles of Doctor Legal Liability in Romanian Civil Law. *Contemporary Readings in Law & Social Justice*. 2014, 6 (1), 308-313.
8. Retējums, J. Kāds ir goda un cieņas aizskārums civiltiesiskais regulējums? *Jurista Vārds*. 2003, 30 (288).
9. Sinaiskis, V. *Latvijas civiltiesību apskats*. Lietu tiesības. Saistību tiesības. Rīga: Latvijas Juristu biedrība, 1996.
10. Strada-Rozenberga, K. *Pierādīšanas teorija kriminālprocesā*. Vispārīgā daļa. Rīga: Biznesa augstskola "Turība", 2002.
11. Torgāns, K. Civiltiesību, komercietesību un civilprocesa aktualitātes. No: *Raksti 1999.-2008*. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2009, 405-443.
12. Torgāns, K. Neatļautas darbības izpaušmes Eiropas deliktu tiesībās. *Jurista Vārds*. 2013, 49 (800), 4-7.
13. Torgāns, K. *Saistību tiesības*. I daļa. Mācību grāmata. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2006.
14. Torgāns, K. *Saistību tiesības*. II daļa. Mācību grāmata. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2008.
15. The Principles of European Tort Law. *European Group on Tort Law*. Iegūts no: <http://www.egtl.org/Principles> [sk. 10.09.2015.].

**Tiesu prakses materiāli**

16. Augstākās tiesas Civillietu departamenta 2015. gada 28. janvāra spriedums civillietā Nr. SKC-9/2015 (C30576709). *Rīgas pilsētas Vidzemes priekšpilsētas tiesas arhīvs*. Nepublicēts.
17. Augstākās tiesas Civillietu tiesu palātas 2001. gada 7. februāra spriedums lietā Nr. PAC-27 (C04076200) par veselībai nodarītā kaitējuma atlīdzību. Iegūts no: <http://www.juristavards.lv/doc/4453-par-veselibai-nodarita-kaitejuma-atlidzibu> [sk.10.06.2015.].
18. Augstākās tiesas Civillietu tiesu palātas 2010. gada 17. jūnija spriedums lietā Nr. PAC-0371 (C04211805). *Rīgas apgabaltiesas arhīvs*. Nepublicēts.
19. Augstākās tiesas Senāta Civillietu departamenta 2008. gada 2. aprīļa spriedums lietā Nr. SKC-143. Iegūts no: <http://www.at.gov.lv/files/uploads/files/archive/department1/2008/143.doc> [sk. 09.06.2015.].

**Normatīvie akti un to anotācijas**

20. Administratīvā procesa likums. Latvijas Republikas likums. Pieņemts 25.01.2001. un stājas spēkā 01.02.2004. Ar grozījumiem, kas pieņemti 19.09.2013. *Latvijas Vēstnesis*. 188 (4994), 26.09.2013. Iegūts no: <http://likumi.lv/doc.php?id=55567> [sk. 01.06.2015.].
21. Ārstniecības likums, Latvijas Republikas likums. Pieņemts 12.07.1997. un stājas spēkā 01.10.1997. Ar grozījumiem, kas pieņemti līdz 11.09.2014. *Latvijas Vēstnesis*. 194 (5254), 01.10.2014. Iegūts no: <http://likumi.lv/doc.php?id=44108> [sk. 01.06.2015.].
22. Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi. Ministru kabineta noteikumi. Pieņemti 05.11.2013. un stājas spēkā 23.11.2013. *Latvijas Vēstnesis*. 228, (5034), 22.11.2013. Iegūts no: <http://likumi.lv/doc.php?id=262102> [sk. 01.06.2015.].
23. Cilvēka tiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencija, daudzpusējs starptautisks dokuments. Pieņemts 04.11.1950. un stājas spēkā 27.06.1997. *Latvijas Vēstnesis*. 143/144 (858/859), 13.06.1997. Iegūts no: <http://likumi.lv/ta/lv/starptautiskie-ligumi/id/649> [sk. 01.06.2015.].
24. Civillikums, Latvijas Republikas likums. Pieņemts 28.01.1937. un atjaunots spēkā 01.09.1992. Ar grozījumiem, kas pieņemti līdz 08.05.2014. *Latvijas Vēstnesis*. 98 (5158), 22.05.2014. Iegūts no: <http://likumi.lv/ta/id/225418-civillikums> [sk. 01.06.2015.].
25. Civilprocesa likums, Latvijas Republikas likums. Pieņemts 14.10.1998. un stājas spēkā 01.03.1999. Ar grozījumiem, kas pieņemti līdz 28.05.2015. *Latvijas Vēstnesis*. 118 (5436), 18.06.2015. Iegūts no: <http://likumi.lv/doc.php?id=50500> [sk. 01.06.2015.].
26. Kriminālprocesa likums, Latvijas Republikas likums. Pieņemts 21.04.2005. un stājas spēkā 01.10.2005. Ar grozījumiem, kas pieņemti līdz 29.01.2015. *Latvijas Vēstnesis*. 29 (5347), 11.02.2015. Iegūts no: <http://likumi.lv/doc.php?id=107820> [sk. 01.06.2015.].
27. Latvijas Republikas Satversme. LV likums: pieņemts 15.02.1922. un stājas spēkā 07.11.1922. Ar grozījumiem, kas pieņemti līdz 19.06.2014. *Latvijas Vēstnesis*. 131 (5191), 08.07.2014. Iegūts no: <http://likumi.lv/doc.php?id=57980> [sk. 01.06.2015.].
28. Likums "Par prakses ārstiem", Latvijas Republikas likums. Pieņemts 04.04.1997. un stājas spēkā 22.05.1997. Ar grozījumiem, kas pieņemti līdz 17.10.2013. *Latvijas Vēstnesis*. 211 (5017), 29.10.2013. Iegūts no: <http://likumi.lv/doc.php?id=43338> [sk. 01.06.2015.].
29. Ministru kabineta noteikumu "Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi" projekta sākotnējās (*ex ante*) ietekmes novērtējuma ziņojums. Iegūts no: [http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/phoebe/aktualitates\\_publiciska\\_apsprisa\\_sana\\_6ad08b8ff5eb59abc2257b0200464996/vmanot\\_210513\\_arf.docx](http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/phoebe/aktualitates_publiciska_apsprisa_sana_6ad08b8ff5eb59abc2257b0200464996/vmanot_210513_arf.docx) [sk. 05.06.2015.].
30. Pacientu tiesību likums, Latvijas Republikas likums. Pieņemts 17.12.2009. un stājas spēkā 01.03.2010. Ar grozījumiem, kas pieņemti līdz 17.10.2013. *Latvijas Vēstnesis*. 211 (5017), 29.10.2013. Iegūts no: <http://likumi.lv/doc.php?id=203008> [sk. 01.06.2015.].
31. Patērētāju tiesību aizsardzības likums, Latvijas Republikas likums. Pieņemts 18.03.1999. un stājas spēkā 15.04.1999. Ar grozījumiem, kas pieņemti līdz 19.02.2015. *Latvijas Vēstnesis*. 42 (5360), 01.03.2015. Iegūts no: <http://likumi.lv/doc.php?id=23309> [sk. 01.06.2015.].