

Pētījums Latvijas Republikas Tiesībsarga biroja vajadzībām

**Latvijas valsts garantētā
“medicīniskās palīdzības minimuma”
atbilstība cilvēktiesību standartam**

Pētījuma autore: Mag. iur. Ieva Liepiņa

Rīga, 2016.gada 31.janvāris

Saturs

| | |
|--|-----------|
| Saturs..... | 2 |
| Ievads..... | 3 |
| 1.nodaļa. Tiesības uz valsts garantēto veselības aprūpi starptautiskajos cilvēktiesību standartos | 5 |
| 1.1. Starptautisko un reģionālo standartu īss pārskats..... | 6 |
| 1.2. ANO SPESKT Vispārējais komentārs Nr.14..... | 7 |
| 1.3. ESH un Eiropas sociālo lietu komitejas secinājumi..... | 10 |
| 2.nodaļa. Tiesību uz valsts garantēto veselības aprūpi ietvars nacionālajos normatīvajos aktos | 16 |
| 2.1. Satvermes 111.pantā ietvertās garantijas | 16 |
| 2.2. Normatīvajos aktos paredzētais medicīniskās palīdzības minimums, regulējuma analīze..... | 18 |
| 3.nodaļa. Satvermes 111.pants Satvermes tiesas atziņās un kontekstā ar citām Satvermē nostiprinātajām pamattiesībām | 23 |
| 4.nodaļa. Medicīniskās palīdzības minimuma nodrošināšana praksē | 30 |
| 4.1. Veselības aprūpes sistēmas organizatoriskā struktūra | 30 |
| 4.2. "Veselības aprūpe – viena no regulētākajām jomām!" ar hroniski nepietiekamu finansējumu | 31 |
| 4.3. Veselības aprūpes problēmas reto slimību un orgānu transplantācijas jomā | 36 |
| 4.3.1. Individuāli piemēri un no tiem izrietoši secinājumi..... | 36 |
| 4.3.2. Vispārējs problēmu raksturojums reto slimību jomā..... | 42 |
| 4.3.3. Diskriminācija orgānu transplantācijas jomā? | 46 |
| 4.4. Risinājumu meklējumi, plāni, projekti un to izvērtējums..... | 49 |
| 5.nodaļa. Latvijas un Igaunijas veselības aprūpes garantiju salīdzinoša analīze | 58 |
| 5.1. Vispārēji Igaunijas veselības aprūpes sistēmu raksturojoši aspekti | 58 |
| 5.2. Apmierinātība ar sniegtajiem pakalpojumiem un gaidīšanas rindas | 63 |
| Secinājumi un rekomendācijas | 69 |
| Izmantoto avotu saraksts | 74 |
| Pielikums Nr.1 | 80 |

Ievads

Pētījums veikts, pamatojoties uz Latvijas Republikas Tiesībsarga biroja doto uzdevumu, kas noteikts 02.11.2015.noslēgtajā līgumā Nr.3-21/5 “Latvijas valsts garantētā medicīniskās palīdzības minimuma atbilstība cilvēktiesību standartam izpēte un analīze”. Pētījums veikts laika posmā no 2.11.2015. līdz 31.01.2016.

Pētījumam tika izvirzīti šādi pamata uzdevumi:

1. sniegt īsu situācijas raksturojumu par valsts garantēto medicīniskās palīdzības minimumu no normatīvo aktu viedokļa;
2. sniegt tiesību uz valsts garantēto medicīniskās palīdzības minimumu analīzi starptautisko cilvēktiesību standarta kontekstā;
3. veikt izpēti par medicīniskās palīdzības minimuma konstitucionālo garantiju ietvaru Satversmes tiesas atziņās;
4. veikt analīzi par medicīniskās palīdzības minimuma nodrošināšanu praksē;
5. veikt citu valstu veselības aprūpes konstitucionālo garantiju salīdzinošu analīzi (vienas līdz divu valstu piemēri ar līdzīgu vēsturisko un sociāli ekonomisko attīstības scenāriju);
6. sniegt iegūtās informācijas analīzi, ietverot secinājumus un priekšlikumus.

Saskaņā ar doto uzdevumu pētījuma centrā izvirzīti jautājumi par tiesību uz veselību konstitucionālajām garantijām Latvijā, šo garantiju apjomu un regulējumu normatīvajos aktos, kā arī to realizāciju praksē. Šie jautājumi jau vairākus gadus ir visas sabiedrības un arī Tiesībsarga pastiprinātas uzmanības lokā.

Divdesmit piecus gadus pēc neatkarības atgūšanas Latvijas veselības sistēma joprojām atrodas pārejas procesā. Kas šajā laikā piedzīvots? Deviņdesmitajos gados vērojama virzība uz sociālās veselības apdrošināšanas sistēmas ieviešanu. Tomēr piedzīvotais finansējuma deficīts un decentralizētās plānošanas problēmas rezultātā noveda pie valsts (caur Nacionālo veselības dienestu) finansētas veselības sistēmas 2011.gadā. Taču jau 2013.gadā veselības sistēma bija jaunas reformas gaidās, kas paredzēja valsts obligātās veselības apdrošināšanas sistēmas ieviešanu un runas par to, ka valstij jāatgriežas pie obligātās veselības apdrošināšanas finansēšanas modeļa joprojām ir valdības un atbildīgās ministrijas dienas kārtībā. Par to liecina 2015.gada

26.novembrī izdotais Veselības ministra rīkojums Nr.173 Par darba grupas izveidi “Par priekšlikumiem veselības apdrošināšanas obligāto iemaksu ieviešanai”.

Šīs pastāvīgas izmaiņas notikušas uz salīdzinoši sliktu iedzīvotāju veselības un ierobežota valsts finansējuma fona, kas iezīmē smagu papildus slogu valsts iedzīvotājiem. Latvijā, spriežot pēc Pasaules Veselības organizācijas veiktā pētījuma rezultātiem, ir viens no augstākajiem “out-of-pocket” jeb pašu iedzīvotāju veikto tiešo maksājumu par veselības aprūpi rādītājiem starp Eiropas Savienības (ES) valstīm. Vienlaikus vairāki pētījumi atklāj, ka Latvijas iedzīvotāju apmierinātība ar piekļuvi veselības aprūpei ir viena no zemākajām ES.

Starptautiskie tiesiskie akti nosaka, ka ikvienam neatkarīgi no materiālā stāvokļa jābūt pieejamiem nepieciešamajiem veselības pakalpojumiem, nepakļaujot savu ģimeni sociālam un finansiālam riskam. Arī Eiropas Sociālās hartas (ESH) 1.sadaļas 11.punktā ir atzīts, ka ikvienai personai ir tiesības izmantot jebkurus pasākumus, kas ļauj uzturēt iespējami augstāko veselības līmeni. Latvijas Republikas Satversmes 111.pants nosaka, ka **“valsts aizsargā cilvēku veselību un garantē ikvienam medicīniskās palīdzības minimumu.”** Ko ietver Satversmē paredzētais “valsts garantētais medicīniskās palīdzības minimums”? Šis jautājums aizvien ir aktuāls ne tikai juristu un mediķu aprindās. Ar to saskaras ik katrs indivīds, kurš vēršas pēc palīdzības pie veselības aprūpes sistēmas, bet adekvātu palīdzību nesaņem.

Šī pētījuma ietvaros tiks apskatīti tikai daži sabiedrībā plašāku rezonansi guvuši individuāli gadījumi, kuri aktualizē virkni jautājumu. Vispirms, vai cilvēka dzīvības cena Latvijas veselības sistēmā ir pārāk augsta, un valsts to nevar atļauties? Vai ir pieļaujams, ka cilvēka dzīvība ir atkarīga tikai no sabiedrības līdzietības un solidaritātes, bet valstij nav nekādas atbildības, jo likums neparedz pietiekami precīzu regulējumu tām garantijām, kas izriet no Satversmes un starptautiskajām saistībām, ko valsts uzņēmusies?

Meklējot atbildes uz šiem jautājumiem, pētījumam dotā uzdevuma ietvaros tiks apskatīti svarīgākie starptautiskie cilvēktiesību standarti, veikta pašmāju normatīvo aktu, plānošanas dokumentu un Satversmes tiesas atziņu analīze, kā arī sniegts vispārīgs salīdzinājums ar kaimiņvalsts Igaunijas pieeju attiecīgo jautājumu risināšanā.

1.nodaļa. Tiesības uz valsts garantēto veselības aprūpi starptautiskajos cilvēktiesību standartos

Svarīgs tiesību uz veselības aizsardzību satura interpretācijas avots ir meklējams starptautiskajās cilvēktiesībās. Tiesības uz veselību un veselības aprūpi ir ietvertas virknē starptautisko instrumentu gan pasaulē plašākā mērogā - ANO dokumentos un starptautiskajos līgumos, gan reģionālajā līmenī – Eiropas Padomes (EP) līgumos un Eiropas Savienības (ES) tiesību aktos.

Vēsturiski tiesības uz veselību jau kopš ANO Vispārējās cilvēktiesību deklarācijas pieņemšanas 1948.gadā ir atzītas par mūsdienu cilvēktiesību standartu neatņemamu sastāvdaļu.¹ Deklarācijas 25.panta pirmajā daļā ir noteikts, ka katram cilvēkam ir tiesības uz medicīnisko aprūpi un sociālajiem pakalpojumiem, kas nepieciešami viņa un viņa ģimenes veselībai un labklājībai. Laba veselība bieži ir priekšnoteikums spējai dzīvot pilnvērtīgu, cieņpilnu dzīvi un baudīt citas cilvēktiesības, tādas kā tiesības uz vienlīdzību, nediskriminēšanu, privātumu, uzturu, darbu, izglītību un daudzas citas. ANO Ekonomisko, Sociālo un kultūras tiesību komiteja tās Vispārējā komentārā Nr.14 (2000) ir skaidrojusi, ka “veselība ir fundamentāla cilvēktiesība, kas nepieciešama citu cilvēktiesību realizēšanai. Katram cilvēkam ir tiesības baudīt visaugstāko sasniedzamo veselības standartu, kas nodrošina cilvēka cienīgu dzīvi.”²

Moderna un globāli atzīta veselības definīcija ir ietverta Pasaules Veselības organizācijas (turpmāk PVO) Konstitūcijā, kas nosaka: “Veselība ir pilnīga fiziska, garīga un sociāla labklājība, ne tikai slimības vai nespējas (invaliditātes) trūkums.”³ Kā redzams, šī definīcija “pilnīga veselības stāvokļa” latīņu ir pacēlusi tik augstu, ka tā sasniegšana aizvien ir izaicinājums un mērķis, uz kuru PVO dalībvalstīm tiek ties.

Papildus tam, ka starptautiskās cilvēktiesības ir tieši piemērojamas nacionālajās tiesās, starptautiskās vienošanās bieži tiek izmantotas Satversmes un citu tiesību normu interpretēšanai. Starptautisko standartu nozīme Latvijas konstitucionālo normu, it īpaši Satversmes 8.nodaļā ietverto normu, interpretēšanā un piemērošanā ir būtiska. Visbiežāk Satversmes tiesa ir atsaukusies uz Eiropas Cilvēktiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvenciju (ECK), taču tāpat ir izdarītas atsauces uz ANO

¹ Vispārējā cilvēktiesību deklarācija: pieņemta 10.12.1948.

² UN CESCR General Comment 14, The right to the highest attainable standard of health: 11/08/2000. E/C. 12/2000/4.

³ PVO Konstitūcija. 22.07.1946.

Starptautisko paktu par ekonomiskajām, sociālajām un kultūras tiesībām, ANO Konvenciju par bērna tiesībām un citiem.

1.1. Starptautisko un reģionālo standartu īss pārskats

Latvija ir ratificējusi vairumu no starptautiskajiem dokumentiem, kas regulē tiesības uz veselības aizsardzību. Šāds regulējums ir ietverts Vispārējās cilvēktiesību deklarācijā (25.panta 1.daļa), ANO Starptautiskajā paktā par ekonomiskajām, sociālajām un kultūras tiesībām (12.pants) un Eiropas Sociālajā hartā (3., 11, un 13.pants). Papildus minētajiem tiesību avotiem tiesības uz veselību ir atzītas arī ANO Starptautiskajā konvencijā par jebkuras rasu diskriminācijas izskaušanu (5.panta (e) (iv)), ANO Konvencijā par jebkuras sieviešu diskriminācijas izskaušanu (11.panta pirmās daļas (f) un 12.pants), ANO Konvencijā par bērna tiesībām (24.pants), ANO Konvencijā par personu ar invaliditāti tiesībām (25.pants) un ANO Konvencijā par cilvēktiesībām un biomedicīnu (3.pants).

Vienlaikus Latvija ir arī Pasaules Veselības organizācijas (PVO) dalībvalsts, kuras konstitūcija nosaka, ka “visaugstākais sasniedzamais veselības līmenis ir katra cilvēka viena no pamattiesībām”.⁴

Vienā no jaunākajiem reģionālajiem cilvēktiesību instrumentiem ES Pamattiesību hartā arī ir normas attiecībā uz veselības aprūpi. Hartas 35.panta otrajā teikumā ir noteikts, ka “Nosakot un īstenojot visu Savienības politiku un darbības, ir jānodrošina augsts cilvēku veselības aizsardzības līmenis.”⁵ Kopš 2009.gada decembra, stājoties spēkā Lisabonas līgumam, Harta ir kļuvusi juridiski saistoša arī Latvijā. Kā izriet no Paskaidrojumiem Hartas sakarā, 35.pantā noteiktie principi ir balstīti uz Vienošanās par Eiropas Savienības darbību 168.pantu (ex 152.pantu) un uz Eiropas sociālās hartas 11.un 13.pantiem.⁶

Minētajos starptautiskajos dokumentos ietvertos standartus ir interpretējušas attiecīgas to izpildes uzraudzības institūcijas. Divas nozīmīgākās no šīm institūcijām ir ANO Ekonomisko, sociālo un kultūras tiesību komiteja (ANO Komiteja), kura 2000.gada maijā izdevusi Vispārējo komentāru Nr.14 “Tiesības uz visaugstāko veselības standartu”, un Eiropas Sociālo tiesību komiteja, kuras darbības rezultātā ir attīstījusies ievērojama juridisko atziņu bāze (case law) attiecībā uz Eiropas Padomes

⁴ PVO Konstitūcija, Preambula; 22.07.1946.

⁵ Eiropas Savienības Pamattiesību harta, 07.12.2007, OV 2007/C 303/01;

⁶ Explanations relating to the Charter of fundamental rights. 14.12.2007, OV 2007/C 303/02;

valstīm tiesību uz veselības aizsardzību jomā. Abu šo institūciju sniegtajām atziņām ir būtiska nozīme Latvijas veselības aprūpes kontekstā, tāpēc turpmāk tās tiks analizētas sīkāk (sk. 1.2., 1.3.apakšnodaļas).

Papildus jāpiemin, ka ANO Cilvēktiesību komisija ar tās Rezolūciju 2002/31 ir nolēmusi iecelt ANO Īpašo ziņotāju, kura uzmanības centrā ir jautājums par ikkatra cilvēka tiesībām uz iespējamo augstāko fiziskās un garīgās veselības standartu, kas paredzēts Vispārējās cilvēktiesību deklarācijas 25.panta pirmā daļā, kā arī citos starptautiskajos dokumentos, kas regulē tiesības uz veselības aizsardzību. Īpašā ziņotāja galvenie uzdevumi ir pieprasīt, saņemt, apkopot un apmainīties ar informāciju par tiesībām uz veselību no visiem attiecīgiem avotiem, kā arī sniegt rekomendācijas par atbilstošiem pasākumiem veselības tiesību aizsardzībā. 2014.gadā uz kārtējo trīs gadu termiņu kā trešais ANO Īpašais ziņotājs veselības jautājumos iecelts Dainius Puras no Lietuvas.

1.2. ANO SPESKT Vispārējais komentārs Nr.14

Starptautiskajās tiesībās visizvērstākais regulējums attiecībā uz tiesībām uz veselību ir ietverts ANO Starptautiskajā paktā par ekonomiskajām, sociālajām un kultūras tiesībām (SPESKT). Pakta 12.panta pirmā daļā tiek atzītas katra cilvēka tiesības baudīt visaugstāko fiziskās un garīgās veselības līmeni, kamēr panta otrajā daļā ir norādīti pasākumi, kas dalībvalstīm jāveic šo tiesību pilnīgai realizācijai.⁷ Tomēr jāatzīst, ka paktā nav sniegts termina “veselība” skaidrojums, un pienākumu uzskaitījums, kas ietverts 12.panta otrajā daļā, nav pilnīgs. ANO Ekonomisko, sociālo un kultūras tiesību komiteja (ANO Komiteja) 2000.gadā, balstoties uz savu ilgadējo pieredzi analizējot dalībvalstu sniegtos ziņojumus, izdeva Vispārējo komentāru Nr.14 “Tiesības uz visaugstāko veselības standartu” (turpmāk - Vispārējais komentārs).⁸ Vispārējais komentārs sastāv no ievada un piecām nodaļām, kurās fokuss ir vērsts uz: 12.panta normatīvo saturu (1.nodaļa), dalībvalstu pienākumiem (2.nodaļa), pārkāpumiem (3.nodaļa) un piemērošanu nacionālā līmenī (4.nodaļa), kamēr dalībvalstu dažādu institūciju pienākumi ir atspoguļoti 5.nodaļā. Lai gan Vispārējam komentāram nav saistoša tiesību instrumenta spēku, kas ir plaši izmantots zinātnē un

⁷ ANO Starptautiskais pakts par ekonomiskajām, sociālajām un kultūras tiesībām: pieņemts 1966.gada 16.decembrī (Latvijā spēkā no 14.07.1992.) //Latvijas Vēstnesis, 23.04.2003., Nr.61.

⁸ UN CESCR General Comment 14, The right to the highest attainable standard of health: 11/08/2000. E/C. 12/2000/4.

praksē un ieguvis autoritatīva dokumenta statusu, uz kuru daudzas valstis balstās savu veselības aizsardzības politiku veidošanā.⁹

Runājot par tiesību uz veselību tvērumu, ANO Komiteja Vispārējā komentāra 8.pantā skaidro, ka jēdziens “tiesības uz veselību” aptver gan brīvības (kas paredz valsts atturēšanos no rīcības), gan garantijas (kas paredz aktīvu valsts rīcību to nodrošināšanā). “Brīvības” ietver ikviena tiesības pašam kontrolēt savu veselību un ķermeni, ieskaitot seksuālo un reproduktīvo brīvību, tiesības būt brīvam no fiziskas un garīgas ietekmēšanas, tādas kā spīdzināšana, piespiedu ārstniecība un eksperimentēšana. Turpretim “garantijas” ietver tiesības uz veselības aizsardzības sistēmu, kas nodrošina cilvēkiem vienlīdzīgas iespējas baudīt vislabāko iespējamo veselības stāvokli.

Šī pētījuma ietvaros ir svarīgi precizēt, kā starptautiskajos standartos tiek lietots jēdziens “vislabākais iespējamais veselības stāvoklis”. Vispārējais komentārs skaidro, ka SPESKT 12.panta pirmā daļā paredzēto veselības garantiju kontekstā jāņem vērā gan individuāli bioloģiskie un sociālekonomiskie priekšnosacījumi, gan valstij pieejamie resursi. Tiesības uz veselību ir jāsaprot arī kā iespēja piekļūt dažādām, precēm, pakalpojumiem, infrastruktūrai un apstākļiem, kas nepieciešami, lai sasniegtu augstāko iespējamo veselības līmeni.¹⁰

Vispārējā komentārā īpaši uzsvērts, ka tiesību uz veselību visās tās formās un līmeņos satur sekojošus savstarpēji saistītus un būtiskus elementus: pieejamība, piekļuve, pieņemamība un kvalitāte. Šie elementi (pēc R.Muciņa traktējuma arī “pamatprincipi”¹¹) Latvijas praksē jau ir tikuši detalizēti analizēti gan Tiesībsarga referātā, kas nolasīts Latvijas Ārstu biedrības, Latvijas Māsu asociācijas un Latvijas Juristu biedrības kopējā konferencē „Kurp iet likumi un tiesu prakse veselības aprūpes jomā?”¹², gan arī 2015.gadā izdotajā medicīnas tiesībām veltītajā apkopojumā¹³, tāpēc šī pētījuma ietvaros tuvāks visu elementu teorētisks iztirzājums netiek sniegts. Atzīstot, ka valsts virzībā uz starptautisko standartu garantēšanu veselības aprūpes jomā, visu šo

⁹ Medicīnas tiesības. Aut. Kol. S.Aševicas-Slokenbergas zin.red. _Rīga: Tiesu nama aģentūra, 2015, 32.lpp.

¹⁰ UN CESCR General Comment 14, The right to the highest attainable standard of health: 11/08/2000. E/C. 12/2000/4, 1.punkts.

¹¹ Medicīnas tiesības. Aut. Kol. S.Aševicas-Slokenbergas zin.red. _Rīga: Tiesu nama aģentūra, 2015, 35.lpp.

¹² Publicēts:

http://www.tiesibsargs.lv/files/content/runas/RUNA_Cilvektiesibu%20jautajumi%20veselibas%20aprupes%20joma.pdf

¹³ Medicīnas tiesības. Aut. Kol. S.Aševicas-Slokenbergas zin.red. _Rīga: Tiesu nama aģentūra, 2015, 35.-38.lpp.

elementu implementācija ir vienlīdz svarīga, no pētījumā apskatītajiem individuālajiem piemēriem (sk. 4.3.1.nodaļu) secināms, ka Latvijas kontekstā visaktuālāk ir runāt tieši par piekļuves problemātiku. ANO Komiteja ir atzinusi, ka piekļuves jēdzienā sīkāk var izdalīt četras savstarpēji saistītas dimensijas: nediskrimināciju, fizisko piekļuvi, ekonomisko piekļuvi (*en. affordability*) un piekļuvi informācijai. Tādejādi veselības tiesību garantēšanā nav pietiekami ar faktu, ka veselības aprūpe ir de facto pieejama. Ir jāpastāv arī reālai iespējai visiem valsts iedzīvotājiem bez diskriminācijas izmantot valstī esošos pakalpojumus, preces un izmantot veselības aprūpes infrastruktūru. Sevišķi jālūkojas, lai šī iespēja būtu nodrošināta visneaizsargātākajiem sabiedrības locekļiem – personām ar īpašām vajadzībām, etniskām minoritātēm, sievietēm, bērniem, veciem ļaudīm, ieslodzītajiem. Tāpat attiecībā uz ekonomisko/finansiālo pieejamību, maksājumiem par veselības aprūpes pakalpojumiem būtu jābūt samērīgiem jeb tādiem, ko var atļauties jebkurš, ieskaitot trūcīgos iedzīvotājus, neatkarīgi no tā, vai tie tiek nodrošināti caur privāto vai publisko sektoru.¹⁴

Lai arī ANO Komiteja iestājas par progresīvu (pakāpenisku) tiesību realizēšanu un atzīst pieejamo resursu ierobežojumus, tomēr tā Vispārējā komentāra 43.punktā uzsver arī noteiktu dalībvalstu pienākumu minimumu, kas ir tūlītēji. Tā, piemēram, tādi pienākumi kā diskriminēšanas novēršana, vienlīdzīga attieksme, kā arī pienākums spert soļus tiesību uz veselību pilnīgas realizēšanas virzienā, nav atliekami.

12.pantā noteiktais tiesību uz veselību saturs (Vispārējā komentāra 1.daļa) tiek iedzīvināts caur dinamisku procesu, valstij attiecīgi pildot savus pienākumus (noteikti Vispārējā komentāra 2.daļā), kas savukārt palīdz identificēt tiesību uz veselību pārkāpumus. ANO Komiteja skaidro, ka šajā procesā ir svarīgi nošķirt valsts nevēlēšanos no nespējas izpildīt 12.panta noteiktos pienākumus. ANO Komiteja secina, ka valsts, kura nevēlas maksimāli izmantot tai pieejamos resursus veselības tiesību nodrošināšanai, pārkāpj savas saskaņā ar 12.pantu uzņemtās saistības.¹⁵ Pārkāpumu gadījumā ir ļoti nozīmīgi, ka cietušajam ir garantēta pieeja efektīvam tiesību aizsardzības mehānismam gan nacionālā, gan starptautiskā līmenī. ANO Komiteja uzsver nacionālo ombuda institūciju, cilvēktiesību komisiju, pacienta tiesību aizsardzības organizāciju un tamlīdzīgu institūciju nozīmi šajā procesā.

¹⁴ UN CESCR General Comment 14, The right to the highest attainable standard of health: 11/08/2000. E/C. 12/2000/4, 12.punkts.

¹⁵ Turpat, 47.punkts.

1.3. ESH un Eiropas sociālo lietu komitejas secinājumi

Eiropā reģionālā līmenī 1961.gada Eiropas Sociālā harta (ESH) papildina Eiropas Cilvēktiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvenciju (ECK) ekonomisko un sociālo tiesību jomā. Tā garantē virkni pamattiesību un brīvību un ar pārraudzības mehānisma palīdzību, kas balstīts uz kolektīvo sūdzību un nacionālo ziņojumu sistēmu, nodrošina, ka šīs tiesības tiek implementētas dalībvalstīs un šis process ir pārraudzīts. ESH tika pārskatīta un 1996.gada Pārskatītā Eiropas Sociālā harta pakāpeniski aizstāj sākotnējo 1961.gada ESH.¹⁶

Hartā ir ietvertas vairākas normas, kas tieši vai netieši garantē tiesības uz veselības aprūpi un veselības aizsardzību. Eiropas Sociālās hartas preambulā ir atzīts, ka tiesības uz veselības aizsardzību un medicīnisko palīdzību ir pamattiesības. Tiesības uz sabiedrības veselības aizsardzību ir ietvertas ESH II sadaļas 11.pantā un aptver tādas jomas kā pārtikas drošību, vides aizsardzību, vakcinācijas programmas un alkoholisma mazināšanu. Bez tam 3.pants risina jautājumus par veselību un drošību darbā. Hartas 7. un 17.pantā tiek runāts par bērnu un jauniešu veselību un labklājību. Veco laužu veselības jautājumi risināti 23.pantā.¹⁷

Hartas 11.pantā garantētās tiesības uz veselības aizsardzību, kā atzīts Eiropas cilvēktiesību tiesas (ECT) praksē papildina ECK 2. un 3.pantu caur virkni pozitīvo pienākumu, kas paredzēti, lai nodrošinātu šo tiesību efektīvu īstenošanu.¹⁸ 11.pantā paredzēta virkne tiesību, kas paredz nodrošināt personai iespēju baudīt augstāko veselības līmeni, kādu iespējams sasniegt. Tie atspoguļoti, pirmkārt, caur pasākumiem, lai veicinātu sabiedrības veselību un, otrkārt, caur veselības aprūpes nodrošināšanu slimības gadījumā.

ESH II sadaļas 13.pantā ir reglamentētas individuālās ikvienas personas tiesības uz sociālo un medicīnisko palīdzību. Šajā pantā ir norādīti Hartas dalībvalstu pienākumi veselības aizsardzības tiesību jomā, kā arī ietverta prasība nodrošināt efektīvu tiesību izmantošanu. 13.pantā ir īpaši uzsvērtā arī to personu aizsardzība, kurām trūkst līdzekļu savas veselības aprūpei: "Ikvienai personai, kam trūkst attiecīgu

¹⁶ The right to health and European Social Charter. Secretariat of the ESC. March 2009. Pieejams: http://www.coe.int/T/DGHL/Monitoring/SocialCharter/Theme%20factsheets/FactsheetHealth_en.pdf (skatīts 23.11.2015).

¹⁷ Eiropas Sociālā harta: starptautisks līgums. Latvijas Vēstnesis, 11.03.2003., Nr.38.

¹⁸ ECSR Conclusions XVII-2 and Conclusions 2005, Statement of Interpretation on Article 11§5, pieejams: www.coe.int/socialcharter (skatīts 20.11.2015).

līdzekļu, ir tiesības uz sociālo un medicīnisko palīdzību,”¹⁹ parādot trūcīgo personu īpašo aizsargājamību veselības aprūpes jomā.

Eiropas Sociālo tiesību komitejas (Komiteja) funkcija ir sekot, lai situācija dalībvalstīs atbilstu ESH prasībām, 1988.gada Papildus protokolam un Pārskatītajai ESH. Komiteja sastāv no 15 neatkarīgiem, objektīviem ekspertiem, kuri tiek ievēlēti uz 6 gadu termiņu. Attiecībā uz valstu nacionālajiem ziņojumiem Komiteja izdod secinājumus, bet kolektīvo sūdzību gadījumos tā pieņem lēmumus.

2013.gadā Eiropas Sociālo tiesību komiteja izskatīja 38 dalībvalstu iesniegtos ziņojumus par Hartas pantiem attiecībā uz veselību, sociālo drošību un sociālo aizsardzību. Ziņojumi aptvēra laika posmu no 2008.-2011.gadam. Vispārējos secinājumos Komiteja atzīmēja, “ka ekonomiskā krīze Eiropā un tai sekojošie taupības pasākumi ir atstājuši negatīvu ietekmi uz cilvēktiesību ievērošanu, it īpaši sociālo un ekonomisko tiesību jomā.”²⁰ Jau 2009.gada secinājumos Komiteja paziņoja, ka “ekonomiskās krīzes rezultātā nevajadzētu veidoties situācijai, ka Hartā nostiprināto tiesību aizsardzība mazinās. Valstu valdībām ir saistoši spert visus nepieciešamos soļus, lai efektīvi nodrošinātu Hartā paredzētās tiesības īpaši šajā laika periodā, kad šo tiesību aizsardzība ir visvairāk nepieciešama.”²¹ Komitejas brīdinājums tomēr nespēja sniegt cerēto efektu, un no 2013.gada Komitejas secinājumiem redzams, ka dalībvalstīs kopumā pārkāpumu konstatēts pat vairāk nekā 2009.gadā.

Komitejas secinājumu vispārējais pārskats parāda, ka vairākas valstis (ieskaitot Latviju) ir pārkāpušas Hartas 11.panta 1.punktu, jo joprojām turpina pastāvēt augsti jaundzimušo un mātes mirstības rādītāji, kā arī nav veikti pietiekami pasākumi šīs situācijas uzlabošanai. Komiteja norādīja, ka tajās valstīs, kur šie rādītāji nemainīgi paliek zemāki kā Eiropā vidēji, ir saskatāmi trūkumi veselības sistēmā kopumā un neadekvāta reakcija, lai mirstība tiktu samazināta.²² Jau iepriekš minētā 13.panta sakarā, kas paredz īpašu aizsardzību trūcīgām personām veselības problēmu gadījumā, arī secināts, ka 25 no 31 pārbaudītās valsts (ieskaitot Latviju) ir pārkāpušas šo normu.²³

Latvija ratificēja ESH 2002.gada 31.janvārī, bet Pārskatītā ESH stājās spēkā 2013.gada 1.maijā (ar dažām atrunām). Hartas normas attiecībā uz veselības tiesībām

¹⁹ Eiropas Sociālā harta: starptautisks līgums. Latvijas Vēstnesis, 11.03.2003., Nr.38.

²⁰ Press briefing elements. Conclusions 2013/XX-2. 19 January 2014. Pieejams: http://petition.etuc.org/IMG/pdf/Press_briefing_2014b.pdf (skatīts 20.11.2015)

²¹ Turpat 3.punkts.

²² Turpat 5.punkts.

²³ Turpat 7.punkts.

Latvija ir akceptējusi pilnībā (I sadaļas 13.pants; II sadaļas 11., 13.pants, bet ne 23.pants).²⁴

Pēdējo ziņojumu par tēmu “Veselība, sociālā drošība un sociālā aizsardzība” Latvija iesniegusi 2012.gada 31.oktobrī. Bez tam Komitejai tika iesniegta arī valdības atbilde ar papildus nepieciešamo informāciju, NVO komentāri par ziņojumu un valdības atbilde uz šiem komentāriem. Komiteja savus secinājumus par iesniegto ziņojumu XX-2 (2013) izdeva 2014.gada janvārī. Attiecībā uz Latviju Komiteja no Secinājumos analizētajām 9 situācijām konstatējusi atbilstību Hartas normām 5 gadījumos, bet pārkāpumus 4 gadījumos.²⁵

Turpinājumā īsi pakavēsimies pie konstatētajiem pārkāpumiem. Attiecībā uz “augstāko iespējamo veselības līmeni” Komiteja norādījusi, ka pēc PVO aprēķiniem dzīves ilguma rādītājs 2009.gadā (vidēji abiem dzimumiem) bija 73.28 (ES-27 tajā pašā gadā vidēji 79.0). Latvijā šis rādītājs joprojām ir zemāks nekā citās Eiropas valstīs, kaut arī nedaudz palielinājies kopš pēdējā pārskata perioda. Tajā pašā laikā mirstības rādītājs (nāves gadījumu skaits uz 1000 iedzīvotājiem) 2010.gadā bija 13.43, kas ir augsts salīdzinot ar citām Eiropas valstīm.²⁶ Attiecībā uz mātes mirstības rādītāju Komiteja norādījusi, ka 2010.gadā tas sasniedzis 26.02 nāves gadījumus uz 100 000 dzemdībām, parādot, ka nav panākti nekādi uzlabojumi kopš pēdējā pārskata perioda, un tas ir ievērojami augstāks kā citās Eiropas valstīs (ES-27 rādītājs 2010.gadā bija 6.0 uz 100 000).²⁷

Secinājumos Komiteja atzinusi, ka Latvijā virkne publiskās veselības rādītāju ir ievērojami zemāki nekā vidēji ES valstīs, ieskaitot sagaidāmo dzīves ilguma rādītāju, kurš ir viens no zemākajiem ES valstīs, kā arī mirstības rādītāju, kurš tieši pretēji ir viens no augstākajiem. Tiek minēts, ka, tāpat kā iepriekšējos gados, nav vērojamas ievērojamas izmaiņas nāves cēloņu struktūrā, kur sirds un asinsvadu sistēmas slimības ir vainojamas vienā no diviem nāves gadījumiem, bet vēzis – vienā no pieciem gadījumiem. Piemēram, Komiteja min, ka mirstības rādītājs no sirds un asinsvadu slimībām vecumā līdz 64 gadiem Latvijā trīs reizes pārsniedz ES vidējo rādītāju.²⁸

Latvijas ziņojums parāda ievērojamas veselības aprūpes sistēmas reformas, kas ieviestas 2009.gadā. To rezultātā samazināts slimnīcu skaits no 88 slimnīcām

²⁴ Pārskatītā Eiropas Sociālā harta, EP, 03.05.1996 (Latvijā spēkā no 01.05.2013).

²⁵ ECSR Conclusions XX-2 (2013), Latvia, 2014.g. janvārī.

²⁶ Turpat, 5.punkts.

²⁷ Turpat.

²⁸ Turpat.

2008.gadā uz 67 slimnīcām 2010.gadā, vienlaicīgi reorganizējot ambulatoro veselības aprūpi. Slimnīcu slēgšanas rezultātā ievērojami tika samazināts gultas vietu skaits stacionāros, kā arī gada laikā tika samazināts publiskās veselības pārvaldē strādājošo skaits vairāk nekā par 50%. Iegūtie līdzekļi tika novirzīti pacientu ārstniecībai.²⁹

Neskatoties uz veiktajām reformām, Latvijai neizdevās izpildīt “Publiskās veselības stratēģijā 2004.-2010.gadam” izvirzīto mērķi - dzīves ilguma rādītāja sasniegšana 95% apmērā no ES vidējā rādītāja. Dzīves ilgums Latvijā palika vairāk kā sešus gadus zem ES vidējā rādītāja 79.8 (2009.g.), pamatā tāpēc, ka Latvijai nebija izdevies sasniegt vērā ņemamus uzlabojumus attiecībā uz mirstības samazināšanu sirds un asinsvadu slimību rezultātā.³⁰

Rezultātā Komiteja uzskatīja, ka, neskatoties uz dažām pozitīvām tendencēm, pastāvošais augstais mātes mirstības rādītājs, analizējot kopā ar citiem iepriekš minētajiem veselības idikatoriem, norāda uz trūkumiem veselības aprūpes sistēmā. Komiteja atzina, ka nav veikti atbilstoši pasākumi, lai panāktu mātes mirstības samazināšanu, un secināja, ka situācija Latvijā nav atbilstoša Hartā attiecīgi paredzētajām normām (11.panta 1.punkts).³¹

Attiecībā uz pieeju veselības aprūpei Komiteja atgādināja, ka veselības aprūpei jātiek vienlīdz garantētai kā Latvijas pilsoņiem un nepilsoņiem, tā arī ārvalstniekiem no citām dalībvalstīm, kuri rezidē vai likumīgi regulāri strādā valstī (sk. Pielikumu pie Pārskatītās ESH).

Šajā sakarībā Komiteja norādīja, ka, lai gan valsts veselības sistēma paredz nodrošinājumu visiem iedzīvotājiem un apmaksā noteiktu pamatpakalpojumu klāstu, tomēr faktiski pacienti ir pakļauti būtiskiem līdzmaksājumiem un tiešajiem maksājumiem, it īpaši attiecībā uz medikamentiem, kā arī neformālajiem maksājumiem. Tā sauktie “out-of-pocket” maksājumi jeb pakalpojuma saņēmēju tiešie maksājumi ir uzrādīti 37.8% apmērā no kopējiem izdevumiem par veselību, kas ir viens no augstākajiem rādītājiem ES. Tāpat norādīts, ka pakalpojuma sniedzēja izvēles iespējas valsts uzturētās sistēmas ietvaros bieži ir ierobežotas, sevišķi lauku rajonos, jo ir garas rindas (waiting lists) un nav pieejami alternatīvi pakalpojuma sniedzēji. Komiteja lūdza valdību skaidrot šo situāciju, kā izskaidrojams šis augstais “out-of-

²⁹ ECSR Conclusions XX-2 (2013), Latvia, 2014.g. janvārī, 6.punkts.

³⁰ Turpat, 5.punkts.

³¹ Turpat, 7.punkts.

pocket” maksājumu rādītājs un vai tas norāda, ka noteikts veselības pakalpojumu klāsts netiek publiski finansēts un ir izslēgts no publiskās veselības aprūpes sistēmas?³²

Papildus jau norādītajam Komiteja secināja, ka situācija Latvijā nav saskaņā ar Hartas 13.panta 1.punktu, jo sociālās palīdzības pabalstu apmērs ir acīmredzami nepietiekams, kā arī uzturēšanās ilguma prasība ārvalstniekiem, lai pretendētu uz sociālās palīdzības pabalstiem, ir pārmērīgi augsta. Pēdējais atzinums bija par pamatu, lai Komiteja konstatētu, ka situācija Latvijā neatbilst arī Hartas 13.panta 3.punkta normām.³³

Minētā sakarā aktuāls ir jautājums, kāda ir bijusi Latvijas reakcija attiecībā uz Komitejas secinājumiem? Jāatzīst, ka plašākas diskusijas publiskajā telpā šo Secinājumu sakarā nav izskanējušas. Vienīgie, kas uz tiem ir norādījuši, ir atsevišķas nevalstiskās organizācijas. Par valsts atbildi un reakciju var spriest vienīgi pēc tās darbiem, kas tuvāk tiks analizēti 4.nodaļā, runājot par veselības aprūpes garantijām praksē.

Komitejas secinājumu sakarā svarīgi atzīmēt, ka tie netika pieņemti vienbalsīgi, un atsevišķi Komitejas locekļi pievienojuši savas atsevišķās domas pie Secinājumiem, sakot:

“Neesmu apmierināts ar pamatojumu, kuru Komitejas locekļu vairākums ir sniedzis savos secinājumos skaidrojot, kāpēc Latvijas situācija neatbilst Hartas 11.panta 1.punktam. [...] es uzskatu, ka īstais iemesls šim Komitejas secinājumam attiecībā uz 11.panta 1.punkta ieviešanu ir Latvijas valdības veiktās reformas veselības aprūpes sistēmā pārskata periodā. Šīs reformas paredz pasākumus, kuri nopietni un tieši apdraud Latvijas uzņemto saistību, kas paredzētas 11.panta 1.punktā, efektīvu izpildi, it sevišķi pienākumu nodrošināt pieeju veselības aprūpei.”³⁴

Komitejas locekļi P.Stangos un L.J.Quesada ir vērsuši uzmanību uz Latvijas valdības lēmumu slēgt slimnīcas un ievērojami samazināt stacionāro gultas vietu skaitu, kā arī samazināt pārvaldi publiskās veselības sistēmā. Viņu skatījumā valdības lēmumi ir iemesls finanšu līdzekļu nepietiekamībai publiskās veselības aprūpes sistēmā, kā arī tādām tendencēm kā mājāsaimniecībām uzlikajam augsto izmaksu slogam par veselības aprūpes pakalpojumiem, iemesls garajām rindām, it īpaši lauku rajonos, kā arī alternatīvu pakalpojumu sniedzēju neesamībai. Kā norāda P.Stangos un

³² ECSR Conclusions XX-2 (2013), Latvia, 2014.g. janvārī, 6.punkts.

³³ Turpat, 13., 15.punkti.

³⁴ Turpat, 20.punkts.

L.J.Quesada, visi šie lēmumi vai aspekti ir atspoguļoti secinājumos, taču Komiteja ir atturējusies, balstoties uz tiem, izdarīt juridiskus secinājumus par tiesībām uz piekļuvi atbilstoši Hartas 11.panta 1.punktam.³⁵

Turpinājumā abi eksperti kritizēja Komitejas secinājumus sakot, ka:

“Komiteja ir kļūdījusies, neveltot pietiekamu uzmanību Latvijas un dažu citu dalībvalstu veiktajām veselības sistēmas reformām, atbildod uz ekonomisko krīzi, un šo reformu ietekmei attiecībā uz personas vienlīdzīgām iespējām saņemt efektīvu valsts nodrošinātu ārstniecību. Šo reformu rezultāti kļūs vēl pamanāki turpmākajos gados, jo ekonomiskā krīze turpinās un pat padziļinās. Nākamajā pārskata periodā pēc četriem gadiem Komitejai nāksies to apsvērt, un jo īpaši to negatīvo ietekmi uz veselības aprūpes piejamību un attiecīgo grupu veselības stāvokli [...]”³⁶

No šīm atsevišķajām domām jāsecina, ka Komiteja Secinājumos ir izvēlējusies ieturēt drīzāk neitrālu pozīciju attiecībā uz faktiem, kurus izcēluši P.Stangos un L.J.Quesada. Komitejas Secinājumi ir balstīti tikai uz tiem pamatojumiem, kuru objektivitāte valsts novērtējumā ir neapstrīdama, piemēram, nepietiekami pasākumi ir veikti, lai samazinātu mātes mirstību, vai tiek prasīti pārāk gari uzturēšanās termiņi ārvalstniekiem. Komiteja ir atturējusies dot vērtējumu valdības īstenotajai politikai.

³⁵ ECSR Conclusions XX-2 (2013), Latvia, 2014.g. janvārī, 20.punkts.

³⁶ Turpat, 21.punkts.

2.nodaļa. Tiesību uz valsts garantēto veselības aprūpi ietvars nacionālajos normatīvajos aktos

Satversmes 111.pantā ir ietvertas gan vispārīgās veselības aizsardzības tiesības, gan garantēts medicīniskās palīdzības minimums. Satversmes normā nav dotas nekādas norādes par to, kas ir medicīniskās palīdzības minimums. Tāpēc, lai noskaidrotu jēdziena "medicīniskās palīdzības minimums" saturu kontekstā ar pienākumu aizsargāt veselību, šī norma jāanalizē sistēmiski, vēsturiski un teleoloģiski. Sistēmiskai normas interpretācijai jāizmanto tie normatīvie akti, kuros detalizēti norādīts, kādus ārstniecības pakalpojumus valsts nodrošina par budžeta līdzekļiem. Svarīgi ir ievērot un piemērot starptautiski atzītos tiesību principus veselības aprūpes tiesību jomā.

2.1. Satvermes 111.pantā ietvertās garantijas

Satversmes 111.pantā ir ietverti vairāki termini, kas norāda uz panta aizsargājamām pamattiesībām un kuru jēgu ir svarīgi precizēt, runājot par normas saturu. Pantā ir noteikts tiesību subjekts, kuram uzlikti pienākumi ar šo normu – tā ir valsts. Cilvēki kolektīvi un ikviens atsevišķi var baudīt pantā norādītās tiesības. Pamatojoties uz panta gramatisko konstrukciju Satversmes attiecīgā panta komentāru autore Dr.iur. S.Olsena secina, ka komentējamā panta pirmajā daļā ir ietverta sabiedrības veselības aizsardzība kā kolektīva veselības aizsardzības forma un otrajā daļā - konkrēta cilvēka aizsardzība kā individuāla aizsargājama vērtība.³⁷ Ievērojot pētījuma ierobežoto apjomu, jautājumi, kas saistīti ar sabiedrības veselības aizsardzības jēdzienu un saturu tā ietvaros netiks apskatīti, izņemot gadījumus, kad to detalizētāku analīzi prasītu sasaiste ar pētījuma pamattēmu. Atbilstoši izvirzītajiem pētījuma uzdevumiem turpmāk uzmanība tiks koncentrēta uz jautājumiem, kas saistīti ar Satversmes 111.panta otrā daļā noteikto, ka “[valsts] garantē ikvienam medicīniskās palīdzības minimumu”, proti, personas individuālām tiesībām uz medicīnisko palīdzību, ko valsts apņēmusies garantēt ikvienam.

Apskatāmās normas daļā ietvertā “medicīniskā palīdzība” tās visplašākajā izpratnē biežāk tiek apzīmēta ar terminu “veselības aprūpe”, tā parādot šīs palīdzības mērķi – iedarboties uz cilvēka veselību, un ar medicīnas zinātnē atzītiem līdzekļiem veikt cilvēku veselības nostiprināšanai un uzlabošanai nepieciešamos pasākumus.

³⁷ LR Satversmes komentāri. VIII nodaļa. Cilvēka pamattiesības. Aut. kol. Prof.R.Baloža zinātniskā vadībā. – Rīga:Latvijas Vēstnesis, 2011, 612.lpp.

Jāatzīmē, ka termins “medicīniskā palīdzība” [medical assistance] LR tiesību aktos nav definēts, tas ir ļoti plašs, un tā izskaidrošanai jāizmanto terminu “veselības aizsardzība” [health protection] un “veselības aprūpe” [health care] definīcijas.³⁸

Ārstniecības likuma 3.pantā ir definēts, ka “veselības aprūpe ir veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju īstenots pasākumu komplekss, tajā skaitā telemedicīna un darbības ar zālēm un medicīniskajām ierīcēm, pacienta veselības nodrošināšanai, uzturēšanai un atjaunošanai.”³⁹ Saskaņā ar Eiropas Padomes sniegto definīciju “veselības aprūpe nozīmē pakalpojumus, kas piedāvā diagnosticēšanu, profilaksi, terapiju un rehabilitāciju, kas sniegti, lai saglabātu vai uzlabotu personas veselības stāvokli vai atvieglotu personas ciešanas. Šai aprūpei jāatbilst uz zinātnisko progresu pamatotiem standartiem un jātiek pakļautai pastāvīgam kvalitātes izvērtējumam.”⁴⁰

Satversmes 111.pantā tiek lietots jēdziens “palīdzības minimums”. Latviešu valodas vārdnīcā norādīts: “minimums – vismazākais nepieciešamais, vismazākā vērtība”.⁴¹ Kā Satversmes komentāros atzīst Dr.iur. S.Olsena, interpretējot komentējamo normu tikai gramatiski, varētu secināt, ka norma paredz vismazākā apjoma, vismazākā daudzuma vai vērtības palīdzību. Tomēr, izmantojot citas normas interpretācijas metodes, jāsecina, piemēram, ka pantā lietotais jēdziens nebūtu jāsaprot kā mazākā apjoma medicīniskā palīdzība, piemēram, tikai neatliekamā palīdzība. Analizējamajā jēdzienā ir atspoguļota ideja par valsts ierobežotām iespējām nodrošināt medicīnisko palīdzību ierobežoto finanšu resursu dēļ. Jēdziens “palīdzības minimums” ir jāinterpretē plašā kontekstā, pārbaudot, vai likumdevēja un izpildvaras lēmumi, kas ierobežo iedzīvotāju tiesības saņemt veselības aprūpi, ir pamatoti, taisnīgi un samērīgi.⁴²

Satversmes 111.pantā ietverto jēdzienu gramatiskā nozīme, definīcijas un skaidrojumi ir nozīmīgi normas piemērošanas gadījumos, bet vienmēr jāievēro, ka Satversmes 111.pants un tajā ietvertie jēdzieni ir ļoti plaši un interpretējami kontekstā, ņemot vērā gan lietas faktiskos apstākļus, gan tiesību teorijā nostiprinātās atziņas. Īpaši svarīga nozīme Satversmes normas satura noskaidrošanā Latvijā ir Satversmes tiesas praksei, kura veido bāzi turpmākai normas piemērošanai (sk. 3.nodaļu).

³⁸ Turpat, 613.lpp.

³⁹ Ārstniecības likums, 12.06.1997.

⁴⁰ Skaidrojums Konvencijai par cilvēktiesībām un biomedicīnu, <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Reports/Html/164.htm>.

⁴¹ Latviešu valodas vārdnīca. 2.izd. Rīga: Avots, 1998., p.485.

⁴² LR Satversmes komentāri. VIII nodaļa. Cilvēka pamattiesības. Aut. kol. Prof.R.Baloža zinātniskā vadībā. – Rīga:Latvijas Vēstnesis, 2011, 614.lpp.

Atskatoties vēsturiski, Satversmes VIII nodaļas projekta izstrādes komisija diskutējusi par jēdziena “palīdzības minimums” piemērotību. Izteikti priekšlikumi svītrot jēdzienu “palīdzības minimums”, svītrot tikai vārdu “minimums”. LU Cilvēktiesību institūta atzinumā tika norādīts, ka nav skaidrs, kas ir medicīniskās palīdzības minimums 111.panta izpratnē, un tik neskaidrs pants neatbilst Satversmes stilam. Lai arī norāde bijusi skaidra un pamatota, Saeima saglabājusi jēdzienu “palīdzības minimums”, to sīkāk nepaskaidrojot un neprecizējot.⁴³

Tomēr panta izstrādes izpēte liecina, ka likumdevējs ir saskaņojis normā ietvertās tiesības ar SPSEKT 12.pantā noteiktajām tiesībām nodrošināt cilvēku veselības aizsardzību. Nosakot tiesības ikvienam saņemt veselības aprūpes minimumu, likumdevējs ir paredzējis, ka tiesības neaprobežojas tikai ar neatliekamās palīdzības saņemšanu, bet tās tiek garantētas normā neprecizētā, bet plašākā apmērā. Satversmes 111.panta komentāru autore Dr.iur. S.Olsena secina, ka jēdziena “palīdzības minimums” neskaidrībai ir tikusi veltīta vērība, bet norma nav izteikta konkrētāk. Tādējādi likumdevējs šī jēdziena konkretizēšanu un precizēšanu ir paredzējis risināt izdodot papildus tiesību aktus un dodot iespēju tiesību piemērotājiem konkrētājā gadījumā interpretēt Satversmes normu un precizēt tās saturu individuāli.⁴⁴

2.2. Normatīvajos aktos paredzētais medicīniskās palīdzības minimums, regulējuma analīze

Lai gan veselības aprūpes jomu kopumā regulē vairāk kā 15 speciālie likumi⁴⁵, kā centrālie apskatāmās tēmas ietvaros jāmin Ārstniecības likums un tajā ietvertā deleģējuma ietvaros izdotie Ministru kabineta noteikumi, kuri šobrīd Latvijā regulē veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas tiesības. Saskaņā ar Ārstniecības likuma 4.pantu Ministru kabinets ir pilnvarots noteikt veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību, plānveida veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas pretendentu rindu veidošanas kārtību, to ārstniecības pakalpojumu veidus un apjomu, kuri tiek apmaksāti no valsts pamatbudžeta un pakalpojumu saņēmēju līdzekļiem, kā arī šīs samaksas kārtību. Ārstniecības likuma 4.panta pirmajā daļā paredzēts, **ka veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību, plānveida veselības**

⁴³ Turpat, 622.lpp.

⁴⁴ LR Satversmes komentāri. VIII nodaļa. Cilvēka pamattiesības. Aut. kol. Prof.R.Baloža zinātniskā vadībā. – Rīga:Latvijas Vēstnesis, 2011, 623.lpp.

⁴⁵ Ziņojums par pacientu tiesību piemērošanu un veselības aprūpes pieejamību Latvijā, Pacientu ombuds, 2015.g., Pieejams: <http://www.pacientuombuds.lv/lat/aktualitates/?doc=418>, (Skatīts 12.01.2016),

aprūpes pakalpojumu saņemšanas pretendentu rindu veidošanas kārtību, to ārstniecības pakalpojumu veidus un apjomu, kuri tiek apmaksāti no valsts pamatbudžeta un pakalpojumu saņēmēju līdzekļiem, kā arī šīs samaksas kārtību nosaka Ministru kabinets. Tādejādi Latvijas likumdevējs praktiski visu svarīgāko jautājumu izlemšanu, ieskaitot arī jautājumu par valstī pieejamo un no valsts budžeta līdzekļiem nodrošināmo veselības aprūpes apjoma noteikšanu pilnībā ir deleģējis Ministru Kabineta. Pamatojoties uz Ārstniecības likuma 4.panta pirmo daļu, Ministru kabinets ir izdevis 2013.gada 17.decembra noteikumus Nr.1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība".⁴⁶ Šajā normatīvajā aktā ietvertais ārstniecības pakalpojumu apjoms katram indivīdam vai konkrētām personu grupām veido jēdziena "medicīniskās palīdzības minimums" saturu.

Ārstniecības likuma 16.pants paredz ikviena tiesības saņemt neatliekamo medicīnisko palīdzību Ministru kabineta noteiktajā kārtībā. Bet šī likuma 17.pants sīkāk paskaidro, ka no valsts pamatbudžeta un pakalpojumu saņēmēju līdzekļiem apmaksāto ārstniecības pakalpojumu apjomu MK noteiktajā kārtībā sniedz:

- Latvijas pilsoņiem;
- Latvijas nepilsoņiem;
- ES dalībvalstu, Eiropas Ekonomikas zonas valstu un Šveices Konfederācijas pilsoņiem, kuri uzturas Latvijā sakarā ar nodarbinātību vai kā pašnodarbinātas personas, kā arī viņu ģimenes locekļiem;
- ārzemniekiem, kuriem ir pastāvīgās uzturēšanās atļauja Latvijā;
- bēgļiem un personām, kurām piešķirts alternatīvais statuss;
- aizturētajām, apcietinātajām un ar brīvības atņemšanu notiesātajām personām.

Kā izņēmums ārpus šīm kategorijām attiecībā uz ierobežotu pakalpojumu loku ir Latvijas pilsoņu un Latvijas nepilsoņu laulātie, kuriem ir termiņuzturēšanās atļauja Latvijā. Tiem ir tiesības saņemt no valsts pamatbudžeta un pakalpojumu saņēmēju līdzekļiem apmaksāto grūtnieču aprūpi un dzemdību palīdzību tādā pašā kārtībā, kā pilsoņiem vai nepilsoņiem.⁴⁷ Tas nozīmē, ka izņēmums attiecas tikai uz sievietēm, ko valsts nodrošina, realizējot saistības attiecībā pret sievietēm kā īpaši aizsargājamu grupu, un vēl nedzimušajiem bērniem. Visas citas personas, kuras nav minēto lokā,

⁴⁶ MK noteikumi Nr.1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība", 17.12.2013// LV, 30.12.2013., Nr.253.

⁴⁷ Ārstniecības likums, 12.06.1997, 17.panta trešā daļa.

ārstniecības pakalpojumus saņem par maksu.⁴⁸ Jāatzīmē, ka šis likumā paredzētais uzskaitījums ir nepilnīgs, jo tajā nav iekļauta tāda starptautiski atzīta aizsargājama personu grupa kā patvēruma meklētāji.

Turklāt vairāki normatīvie akti nosaka atsevišķu personu tiesības saņemt medicīnisko palīdzību bez maksas. Tā, piemēram, Ārstniecības likums paredz, ka bērniem ir tiesības saņemt valsts apmaksātos ārstniecības pakalpojumus bez maksas.⁴⁹ Bez maksas tiek sniegta dzemdību palīdzība⁵⁰ un tiek veikta cilvēku vakcinācija Ministru kabineta noteiktos gadījumos.

Šobrīd Ministru Kabinets ir noteicis gan tos veselības aprūpes pakalpojumus, par kuriem maksā valsts,⁵¹ gan arī tos, par kuriem valsts nemaksā,⁵² proti, tā saukto pozitīvo un negatīvo pakalpojumu grozu. Definējot valsts garantētos pakalpojumus, valdība, pamatojoties uz likumā doto plašo deleģējumu, MK noteikumos ir aptvērusi visus iespējamus pakalpojumus un tad ar negatīvā saraksta palīdzību no tā izslēdz konkrētus pakalpojumus vai to grupas, par kuriem valsts neuzņemas finansiālu atbildību. Kā skaidro bijušais Veselības ministrijas valsts sekretārs R.Muciņš, tad daudz vienkāršāk ir norādīt, kuri veselības aprūpes pakalpojumi un preces netiek apmaksātas, nekā uzskaitīt visas valsts apmaksātās preces un pakalpojumus.⁵³

Tāpat saskaņā ar MK noteikumos noteikto jāsecina, ka valsts garantētajā medicīniskās palīdzības minimumā, ko personai no valsts budžeta līdzekļiem un viņa paša maksājumiem (pacienta iemaksa, līdzmaksājums) normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā un apjomā nodrošina, ietilpst:⁵⁴

1. Neatliekamās medicīniskās brigādes sniegtā palīdzība;
2. Ambulatorā veselības aprūpe:
 - 2.1. Primārās veselības aprūpes pakalpojumi:
 - 2.1.1. Ģimenes ārsta un viņa praksē nodarbināto ārstniecības personu sniegtā veselības aprūpe;

⁴⁸ Turpat, 17.panta piektā daļa.

⁴⁹ Turpat, 17.panta ceturtnā daļa.

⁵⁰ Seksuālās un reproduktīvās veselības likums, 19.02.2002, 4.pants.

⁵¹ MK noteikumi Nr.1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība", 17.12.2013, 6.punkts.

⁵² Turpat, 11.punkts.

⁵³ Medicīnas tiesības. Aut. Kol. S.Aševicas-Slokenbergas zin.red. _Rīga: Tiesu nama aģentūra, 2015, 57.lpp.

⁵⁴ MK noteikumi Nr.1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība", 17.12.2013, 6.punkts.

2.1.2. Zobārsta un higiēnista sniegtā veselības aprūpe personām vecumā līdz 18 gadiem (turpmāk - bērni) un atsevišķām iedzīvotāju kategorijām;

2.1.3. Veselības aprūpe mājās;

2.2. Sekundārās un terciārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi:

2.2.1. Ārsta, kurš specializējies noteiktā specialitātē un nav minēts šo noteikumu apakšpunktā (turpmāk - speciālists), un citu ārstniecības personu sniegtā veselības aprūpe;

2.2.2. Laboratoriskie un vizuālās diagnostikas izmeklējumi;

2.2.3. Dienas stacionārā sniegtie veselības aprūpes pakalpojumi;

2.2.4. Neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšana stacionāro ārstniecības iestāžu uzņemšanas nodaļās, ja persona netiek stacionēta, un steidzamās medicīniskās palīdzības punktos;

3. Stacionārā veselības aprūpe;

4. Zāles un medicīniskās ierīces, kuras dienests iepērk centralizēti;

5. Kompensējamās zāles un medicīnas ierīces saskaņā ar normatīvajiem aktiem, kas regulē ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtību.

Savukārt, saskaņā ar MK noteikumu 11.punktā noteikto no šī “minimuma” tiek izslēgts garš saraksts ar veselības aprūpes pakalpojumiem, kurus no valsts budžeta neapmaksā, aptverot gan tādus pakalpojumus kā audu un orgānu transplantāciju, gan ārstēšanos sanatorijās un kūrortos. Vienlaikus šajā sarakstā tiek minēti izņēmuma gadījumi, kuros šos pakalpojumus valsts tomēr apmaksā, piemēram, ja tie tiek sniegti bērniem vai citām īpaši atrunātām personu grupām, kam, saņemot valsts apmaksātos pakalpojumus, nav jāmaksā arī pacienta iemaksa. Tāpat tie paredz, ka valsts pilnībā apmaksā medicīnisko aprūpi mājās (kā sekas ievērojamam gultasvietu samazinājumam slimnīcās krīzes laikā). Lai pacients saņemtu veselības aprūpes pakalpojumus mājās, ģimenes ārstam vai speciālistam ir jāpamato šāda nepieciešamība. Medicīnisko mājas parūpi piemēro guļošiem pacientiem ar ļaundabīgiem audzējiem, pacientiem ar psihiskiem traucējumiem, pacientiem ar izgulējumiem, pacientiem, kas izrakstīti no slimnīcas pēc ķirurģiskas iejaukšanās, pacientiem ar kustību traucējumiem. Tātad šos izņēmumus arī var ieskaitīt valsts sniegtās veselības aprūpes minimumā.

Kā jau iepriekš minēts, valsts pilnībā apmaksā neatliekamās medicīniskās brigādes sniegto palīdzību, kā arī neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanu slimnīcās un traumpunktos. Tomēr jāuzsver, ka bez maksas ir tā palīdzība, kura

vajadzīga dzīvības glābšanai. Piemēram, ja uz neatliekamās palīdzības punktu persona atnāk ar lauztu roku – pieaugušajam jāmaksā pacienta iemaksa. Vienlaikus tiek atzīts, ka neatliekamā palīdzība nevar ilgt mūžīgi. Kad dzīvības apdraudējums ir novērsts, sākas ārstēšana, un par to jau jāmaksā pacienta iemaksa. Tādēļ arī tad, ja uz slimnīcu pacients atvests ar neatliekamās palīdzības transportu, bieži jau no otrās dienas viņam jāmaksā pacienta iemaksa.⁵⁵

Turklāt valsts daļēji vai pilnībā apmaksā kompensējamās zāles un medicīnas ierīces. Kompensējamās zāles ambulatorai aprūpei var saņemt katrs pacients, ja tam ir ārsta noteikta diagnoze, kura minēta noteikumos par medikamentu kompensāciju noteiktām saslimšanām. Tas tad arī ir tas, kas pamatā tiek garantēts Latvijas iedzīvotājiem veselības aprūpē saskaņā ar minētajiem noteikumiem.

R.Muciņa ieskatā “Satversmē noteiktais medicīniskās palīdzības minimums ir jēdziens, kas mainās līdz ar zinātnes un medicīnas tehnoloģiju attīstību. Kas pirms dažiem gadiem tika uzskatīts par neiespējamu, tas šobrīd jau ir viegli izdarāms un plaši pieejams un tādejādi kļūst par to "minimumu", uz ko cilvēki paļaujas savas veselības atjaunošanā. Minimums attīstās līdz ar laiku un nevar būt sastindzis. Tas noteikti šobrīd vairs nav tāds pats, kāds bija 1998.gadā, kad Satversmē tika iekļauts 111.pants.⁵⁶ Tam atbilstīgi mainījies veselības aprūpes organizēšanu un finansēšanu reglamentējošo normatīvo aktu saturs un apmaksājamo pakalpojumu loks.”⁵⁷

⁵⁵ L.Lūse “Veselības aprūpes minimums Latvijā”, Latvijas Vēstnesis, 20.04.2010.

⁵⁶ Satversme grozīta ar 1998.gada 15.oktobra likumu “Grozījumi Latvijas Republikas Satversmē”// LV 23.10.1998., Nr.308/312.

⁵⁷ Medicīnas tiesības. Aut. Kol. S.Aševicas-Slokenbergas zin.red. _Rīga: Tiesu nama aģentūra, 2015, 58.lpp.

3.nodaļa. Satversmes 111.pants Satversmes tiesas atziņās un kontekstā ar citām Satvermē nostiprinātajām pamattiesībām

Plašāks Satversmes tiesas praksē gūto atziņu apkopojums ir sniegts Dr.iur S.Olsenas sagatavotajā Satversmes 111.panta komentārā⁵⁸ un par šo tēmu ir notikušas arī LU Medicīnas fakultātes organizētas diskusijas.⁵⁹ Tāpēc šajā nodaļā pievērsīsimies tikai dažiem nozīmīgākajām un iespējams pretrunīgākajiem Satversmes tiesas secinājumiem apskatāmās tēmas ietvaros.

Tiesības uz veselību pieder pie sociālajām tiesībām. Satversmes tiesa ir atzinusi, ka šo tiesību nodrošināšanā valsts pienākumu apjoms var būt atkarīgs no tās rīcībā esošajiem resursiem.⁶⁰ Tāpat sociālo tiesību jomā valstij parasti ir plaša rīcības brīvība izvēlēties, kādā veidā tā ierobežoto resursu ietvaros savas saistības izpildīs. Tomēr šī rīcības brīvība nav neierobežota.⁶¹ Piemēram, lietā par cietumnieku uztura normām tiesa secinājusi: "[p]ienākums nodrošināt uzturu ieslodzītajām personām pēc sava rakstura nepieļauj iespēju atkāpties no tā izpildes, kā arī sašaurina valsts rīcības brīvību šajā jomā".⁶² Bet, skatot lietu par dārgu medikamentu nodrošināšanu bez maksas, Satversmes tiesa secinājusi: starptautiskā cilvēktiesību normu piemērošanas prakse liecina, ka no tiesībām uz veselību valstij neizriet pienākums nodrošināt ikvienam nepieciešamās zāles bez maksas. Šāds pienākums neizriet arī no tiesībām uz dzīvību un tiesībām uz privāto dzīvi.⁶³

Nepšaubot sociālo tiesību realizācijas ciešo saistību ar katras valsts iespējām, tomēr vērā ņemama ir šāda cilvēktiesību atziņa - ja kādas sociālās tiesības ir iekļautas pamatlikumā, tad valsts no tām nevar atteikties. Šīm tiesībām vairs nav tikai deklaratīvs raksturs.⁶⁴ Latvijas likumdevējs un izpildvara nevar atteikties nodrošināt veselības aprūpes pakalpojumus, jo tiesības tos saņemt ir ietvertas konstitūcijā. Tāpēc īpaši nozīmīgi ir noskaidrot, kāds ir Satversmes 111.pantā ietvertā jēdziena "medicīniskās palīdzības minimums" kvantitatīvais un kvalitatīvais saturs attiecībā uz

⁵⁸ LR Satversmes komentāri. VIII nodaļa. Cilvēka pamattiesības. Aut. kol. Prof.R.Baloža zinātniskā vadībā. – Rīga:Latvijas Vēstnesis, 2011, 623.-633.lpp.

⁵⁹ Seminārs, "Veselības aprūpes pieejamība – Satvermē un likumos ietverto tiesību īstenošanas iespējas", LU Veselības fakultāte, 15.12.2015.

⁶⁰ Satversmes tiesa, 2008-27-03. 29.09.2008.,12.1.2.punkts.

⁶¹ Satversmes tiesa, 2001-12-03. 07.01.2010., 8.3.punkts.

⁶² Turpat.

⁶³ Satversmes tiesa, 2008-27-03., 29.09.2008., ar atsauci uz ECT spriedumu lietās Nitecki v. Poland 65653/01, 21.03.2002; Sentges v. the Netherlands 27677/02, 08.07.2002; Pentiacova and Others v. Moldova 14462/03, 04.01.2005.

⁶⁴ Satversmes tiesa, 2000-08-0109. 13.03.2001.

katra Latvijas iedzīvotāja tiesībām prasīt un saņemt valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus.

Vispirms jānorāda, ka konstitucionālo tiesību īstenošanai, tajā skaitā veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai, ir jābūt kopējai valsts un valstī valdošo politiķu prioritātei, lai tā varētu realizēt Satversmes 89. pantā ietverto pienākumu.

Valsts varai jeb politiķiem, kas pieņem lēmumus par veselības aprūpei piešķiramo līdzekļu apjomu, ir jārespektē un jāīsteno Satversmes preambulā noteiktais, ka Latvija ir sociāli atbildīga valsts, un 1.pantā noteiktais - "Latvija ir neatkarīga demokrātiska republika". Proti, valsts varai ir pienākums taisnīgi sadalīt publiskos, no iedzīvotājiem iekasētos līdzekļus. Pamattiesību īstenošanai ir jānodrošina tāds budžeta līdzekļu apjoms, kas nodrošina konkrētās tiesības īstenošanu.⁶⁵ Lai izvērtētu, vai likumdevējs nav pārkāpis savas rīcības brīvības robežas, izvēloties piemērotāko regulējumu sociālo, ekonomisko un kultūras tiesību īstenošanai, Satversmes tiesai jāpārlicinās par to, vai ir ievērots sociāli atbildīgas valsts princips, proti, izraudzīts sociāli atbildīgs risinājums.⁶⁶ Sociāli atbildīgs risinājums ir tāds risinājums, kura rezultātā atsevišķu personu tiesiskās intereses tiek saskaņotas ar visas sabiedrības interesēm.⁶⁷ Sociālas valsts principa nepieciešamība parasti tiek saistīta ar cilvēka cieņu, taisnīgumu, vienlīdzību un solidaritāti. Cilvēks nedrīkstētu dzīvot tādos ekonomiskos apstākļos, kas viņu padarītu par objektu. Ir jānodrošina vismaz minimāli apstākļi, lai cilvēks varētu baudīt savas cilvēktiesības.⁶⁸ Tāpēc, analizējot jēdziena "medicīniskās palīdzības minimums" kvalitatīvo un kvantitatīvo saturu, ir jāvērtē, vai katrā konkrētā situācijā individuāli (piemēram, tiesu prasības lietā) vai kopumā ir nodrošināts taisnīgums. Neapstrīdams ir fakts, ka Latvijā veselības aprūpes pakalpojumiem likumdevējs un izpildvara jau ilgstoši atvēl ne vairāk kā 3,5 % no kopējā valst budžeta, savukārt citas Eiropas valstis - vidēji divreiz vairāk.⁶⁹ Vismaz ES ietvaros acīmredzams ir arī fakts, ka tajās valstīs, kur veselības aprūpei tiek piešķirti ievērojami lielāki budžeta līdzekļi, nebūt netiek ignorētas citas nozīmīgas pamattiesības, piemēram, tiesības uz taisnīgu tiesu vai izglītību. Tāpēc jādomā, ka tie

⁶⁵ E.Levits, "Par veselības aprūpes reformas plānu, kas paredz izslēgt no veselības aprūpes sistēmas valsts trūcīgākos iedzīvotājus", IX Bīriņu Konstitucionālās politikas semināra materiāli, Publisko tiesību institūts, Bīriņi, 25.-27.jūlijs 2012.

⁶⁶ J.Pleps, E.Pastars, I.Plakane. Konstitucionālās tiesības, Rīga: LV, 2014, 149.lpp.

⁶⁷ Satversmes tiesas spriedums 15.03.2010, Nr.2009-44-01, 22.punkts

⁶⁸ Pleps J., Pastars E., Plakane I. Konstitucionālās tiesības, Rīga: LV, 2014, 149.lpp., ar atsauci uz Kovaļevska A. Sociāli atbildīgas valsts princips, Jurista Vārds, 26.08.2008, Nr.32 (537).

⁶⁹ Mitenbergs, U, Taube M, Misins J, Mikitis E, Martinsons A, Rurane A, Quentin W. Latvia: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2012; 14(8): 1 – 191, V.Keris, e-pasts, 03.07.2015.

politiskie lēmumi, kas ir saistīti ar līdzekļu piešķiršanu veselības aprūpei, nerespektē valsts pienākumu taisnīgi sadalīt publiskos līdzekļus pamattiesību nodrošināšanai.

Satversmes tiesa ir arī norādījusi, ka valstij ir pienākums nodrošināt efektīvu resursu izmantošanu un panākt taisnīgu līdzsvaru veselības aprūpei atvēlēto finanšu resursu sadalē, ievērojot atsevišķu pacientu nepieciešamību saņemt dārgus veselības aprūpes pakalpojumus un vispārējo nepieciešamību nodrošināt veselības aprūpes pieejamību pēc iespējas lielākai sabiedrības daļai.⁷⁰

Turklāt Latvijā Ministru kabinetam, kas ir izpildvara, bet nav likumdevējs, ir dotas nepamatoti plašas tiesības noteikt iedzīvotājiem pieejamo veselības aprūpes apjomu. Līdz šim likumdevējs nav pienācīgā mērā rūpējies, lai ar likumu tiktu noteikta veselības aprūpes pakalpojumu apjoms, kuru valsts nodrošina iedzīvotājiem saskaņā ar Satversmes 111.pantā noteikto. Vairāku ekspertu ieskatā, situācija, kurā izpildvara ir tiesīga izdot normatīvos aktus, kas nosaka pamattiesību īstenošanas apjomu un to ierobežošanu, ir pretrunā Satversmes 64.pantā noteiktajam par likumdevēja varu Latvijā.⁷¹ Viens no pamatojumiem ir, ka likumdevējam ir jāveic īpaša tiesiskā analīze gadījumos, ja valstij sarūk pieejamie resursi. Lai tiesiski pamatotu pieejamo veselības aprūpes pakalpojumu apjoma samazināšanu, būtu jāizdara likuma grozījumi, rūpīgi apsverot taisnīguma un sabiedrības interešu aizsardzības prasības. Jāievēro, ka reformas nedrīkst būt tādas, kas atņem vai ievērojami apgrūtina iedzīvotāju tiesības saņemt nepieciešamos ārstniecības pakalpojumus. Veicot strukturālas reformas, jānodrošina, lai saglabātos veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība, lai iedzīvotāji būtu pietiekami informēti par reformas būtību un paredzēto pakalpojumu sniegšanas kārtību.

Satversmes tiesa ir norādījusi, ka juridiskās argumentācijas ceļā nav iespējams izvērtēt valsts finansiālās iespējas, ekonomisko situāciju, tiesībpolitikas prioritātes un atsevišķu sociālo grupu īpašās vajadzības. Visi šie apsvērumi ietekmē likumdevēja vai Ministru kabineta izšķiršanos, paredzot noteiktus pakalpojumus un to apmēru.⁷² Arī citu valstu tiesas ir atzinušas, ka tiesas process nav piemērots tam, lai risinātu jautājumu par prioritātēm veselības aprūpē.⁷³ Minētajam var piekrist tikai daļēji. Saskaņā ar M.Baderina un R.McCordquodale skaidrojumu "Sociālo un ekonomisko

⁷⁰ Satversmes tiesa, 2009-12-03.,07.01.2010.,17.punkts.

⁷¹ Dr.iur. S.Olsena, LR Satversmes komentāri. VIII nodaļa. Cilvēka pamattiesības. Aut. kol. Prof.R.Baloža zinātniskā vadībā. – Rīga:Latvijas Vēstnesis, 2011, 632.lpp.,

⁷² Satversmes tiesa, 2008-37-03., 29.12.2008.,12.4.punkts.

⁷³ Turpat, ar atsauci uz King J.A. The Justiciability of Resource Allocation. The Modern Law Review. 2007 Vol.70. No.2, p.199.

tiesību realizācija ir cieši saistīta ar valsts budžetu un ekonomiku kopumā, tomēr tas nav šķērslis šādu jautājumu juridiskai analīzei tieši prioritāšu un budžeta sadalījuma izvērtējumam atbilstoši starptautisko tiesību principiem.”⁷⁴

Satversmes 111. pantā noteikto tiesību īstenošanā ir nozīmīgi ievērot 91.panta pirmajā teikumā nostiprināto vienlīdzības principu un otrajā teikumā ietverto diskriminācijas aizlieguma principu. Būtiski ir nodrošināt taisnīgu un pieejamu veselības aprūpi ikvienam. Satversmes tiesa spriedumā lietā Nr.2008-37-03 uzsvērusi vienlīdzības principa nozīmību veselības aprūpei paredzēto līdzekļu taisnīgā sadalē. Cilvēktiesību īstenošanā veselības aizsardzības jomā ir pieļaujama pozitīvā diskriminācija - valsts ir tiesīga piešķirt lielāku tiesību apjomu tām sabiedrības grupām, kas ir īpaši neaizsargātas: piemēram, bērniem, personām ar īpašām vajadzībām un veciem cilvēkiem.

Satversmes 111. pantā nostiprinātās tiesības kopsakarā ar Satversmes 92.pantā trešajā teikumā nostiprinātajām taisnīga atlīdzinājuma tiesībām paredz valsts pienākumu nodrošināt gan kaitējuma atlīdzības sistēmu kopumā, gan taisnīgu atlīdzību gadījumos, ja cilvēka veselībai ir nodarīts kaitējums. Tāpat valstij ir pienākums nodrošināt taisnīgu atlīdzību gadījumos, ja personas tiesības uz veselību tikušas apdraudētas, kā arī tad, ja persona nav varējusi realizēt tiesības saņemt medicīniskās palīdzības minimumu un tas ir radījis kaitējumu.⁷⁵

Tiesības uz dzīvību, kas tiek aizsargātas Satversmes 93.pantā, var tikt apdraudētas, ja valsts neīsteno pienākumu aizsargāt cilvēku veselību nepieciešamajā apjomā. Analizējot 111.pantā nostiprinātās tiesības 93.panta kontekstā, nozīmīga ir jaunākā Satversmes tiesas prakse. Tiesa spriedumā 2009-12-03 analizējusi tos valsts pienākumus Satversmes 111.panta ietvarā, kas ir jāīsteno, lai realizētu ECK 2.pantā un Satversmes 93.pantā garantētās tiesības uz dzīvību. Tiesa piekritusi Eiropas Cilvēktiesību tiesas argumentiem, kur pēdējā ir secinājusi: "Nav izslēdzams, ka valsts institūciju darbība vai bezdarbība veselības aprūpes politikas jomā noteiktos apstākļos var izraisīt atbildību saskaņā ar [ECK] 2. pantu",⁷⁶ bet tiesa to galvenokārt saistījusi ar sistēmiskiem un strukturāliem pienākumiem attiecīgajā jomā, piemēram, prasību

⁷⁴ Baderin M. A., McCorquodale R. The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: Forty Years of Development. From: Economic, Social and Cultural Rights in Action. New York: Oxford University Press, 2007.

⁷⁵ LR Satversmes komentāri. VIII nodaļa. Cilvēka pamattiesības. Aut. kol. Prof.R.Baloža zinātniskā vadībā. – Rīga:Latvijas Vēstnesis, 2011, 624.lpp.,

⁷⁶ Satversmes tiesa, 2009-12-03., 07.01.2010. 14.2.punkts, ar atsauci uz ECT spriedumu lietā Powell v. United Kingdom. 45305/99, 05.05.2000.

noteikšanu slimnīcām, tiesībaizsardzības mehānisma ieviešanu ar pacienta nāvi saistītu gadījumu noskaidrošanā.⁷⁷

Satversmes tiesa uzskata, ka, nošķirot Satversmes 93. un 111.pantu, Satversmes 93.pantā noteiktās tiesības nav interpretējamas plašākā tvērumā, nekā to prasa no Konvencijas izrietošie pienākumi. Vienlaikus pēc iespējas šauri ir interpretējami arī pieļaujamie šo tiesību ierobežojumi.⁷⁸ Satversmes tiesa arī norādījusi, ka atšķirīgi ir jāvērtē personas tiesības saņemt nepieciešamo neatliekamo palīdzību, ja tās dzīvībai ir akūti un konkrēti draudi.⁷⁹

Runājot par pamattiesību normu savstarpējo saistību, īpaši jāatzīmē 2015.gada 12.februārī pieņemtais Satversmes tiesas spriedums saistībā ar Satversmes 91. un 111.panta piemērošanu. Lietā pieteicējs lūdza tiesu izvērtēt, vai Ministru Kabineta noteikumu Nr.1529 normas, kas neparedz tarifu (maksu par pakalpojumu) plānotu ārpustacionāra dzemdību gadījumā, ir atbilstošas Satversmei.⁸⁰

Satversmes tiesa spriedumā atzina, ka sievietes, kurām palīdzība plānotu fizioloģisku dzemdību gadījumā tiek sniegta valsts nodrošinātās veselības aprūpes pakalpojumu finansēšanas sistēmas ietvaros, un sievietes, kurām šāda dzemdībpalīdzība tiek sniegta ārpus minētās sistēmas, atrodas atšķirīgos apstākļos un šīs grupas nav salīdzināmas. Līdz ar to Tiesa konstatēja, ka apstrīdētā norma atbilst Satversmes 91.pantam.

Attiecībā uz valsts pienākumiem veselības aizsardzības jomā tiesa norādīja, ka no tiesībām uz veselības aizsardzību izriet valsts pienākums veikt pasākumus, lai aizsargātu cilvēku veselību, tostarp nodrošināt veselības aprūpes pakalpojumu esamību un pieejamību. Tomēr tas nenozīmē, ka ikvienai personai vienmēr būtu tiesības saņemt jebkādus medicīnas pakalpojumus bez maksas. Valstij ir plaša rīcības brīvība izvēlēties veidu, kādā personas var izmantot savas tiesības saņemt veselības aprūpes pakalpojumus.⁸¹

⁷⁷ Satversmes tiesa, 2009-12-03. 07.01.2010. 14.2.punkts ar atsauci uz ECT spriedumu lietā John Shelley v. the United Kingdom. 23800/06, 04.01.2008: "This has so far imposed systemic and structural obligations, such as to make regulations compelling hospitals, whether public or private, to adopt appropriate measures for the protection of their patients' lives, and to provide for an effective independent judicial system to be set up so that the cause of death of patients in the care of the medical profession, whether in the public or the private sector, can be determined and those responsible made accountable".

⁷⁸ Satversmes tiesa, 2009-12-03., 07.01.2010.,15.2.punkts.

⁷⁹ Satversmes tiesa, 2009-12-03., 07.01.2010., 14.3.punkts.

⁸⁰ Satversmes tiesa, 2014-08-03. 12.02.2015.

⁸¹ Turpat, 11.punkts, 1.daļa.

Šī sprieduma sakarā nozīmīgs ir ilggadējās Eiropas Cilvēktiesību tiesas, tagad Satversmes tiesas tiesneses prof. I.Ziemeles atsevišķais viedoklis, kurā viņa nepiekrīt vairākiem Spriedumā izvirzītajiem tiesas argumentiem un izdarītajiem secinājumiem.

Tiesnese I.Ziemele uzskata par nepamatotu tiesas izvēli vērtēt pieteikumu par neatbilstību Satversmes 91.pantam tikai kopsakarā ar Satversmes 111.pantu.⁸² Viņa piekrīt tiesas secinājumam, ka Satversmes 111. pants nevar uzlikt valstij neizpildāmus pienākumus. Līdz ar to tiesas līdzšinējā judikatūra veselības aprūpes minimuma jautājumā principā atbilst minētā panta saturam un robežām. Tomēr, kā norāda tiesnese, šajā lietā nav runas par jebkādu medicīnas pakalpojumu saņemšanu bez maksas, tāpēc lieta ir nošķirama no citām tiesā iepriekš skatītajām ar veselības aprūpes minimumu saistītām lietām. Tiesai šīs lietas ietvaros bija jārisina triju Satversmes pantu attiecību jautājums. Proti, Satversmes 91., 96. un 111. panta attiecību trijstūris ir šīs lietas būtība.

Tiesnese uzsver, ka: “Latvijas tiesību sistēmu raksturo atvērtība saistošajām starptautisko tiesību normām un principiem. Tiesa vienmēr ir interpretējusi Satversmes 8. nodaļu ciešā saistītē ar Latvijas starptautiskajām saistībām cilvēktiesību jomā, īpaši ņemot vērā ECT judikatūru un to, ka ECT sniegtā Eiropas Cilvēka tiesību un pamatbrīvību konvencijas interpretācija Latvijai ir saistoša. Tiesību uz privāto dzīvi saturs var pilnveidoties gan nacionālā likumdevēja darbības rezultātā, gan pilnveidojoties starptautiskajam cilvēktiesību standartam. Šobrīd ir zināms, ka saskaņā ar ECT atziņām valstīm, kur tiek akceptētas sievietes tiesības izvēlēties, vai tā dzemdēs mājās vai stacionārā, būtu jāvērtē, vai tajās izveidotā sistēma sekmē šo izvēles tiesību īstenošanu. Līdz ar to Tiesai nebija pamata aprobežoties ar konstatējumu, ka Latvijā mājdzemdības tiek pieļautas.”⁸³

Tiesa uzskatījusi, ka Latvijas veselības aprūpes sistēmā tā ir normāla parādība, ka persona izdara izvēli par labu vai nu valsts, vai pašas apmaksātam pakalpojumam, un ka līdz ar to nav salīdzināmi cilvēki, kas izdara vienu, un cilvēki, kas izdara otru izvēli. Tiesnese atzīst, ka vērtējot tiesības uz vienlīdzīgu attieksmi tikai kopsakarā ar Satversmes 111.pantu, pie šāda secinājuma varēja nonākt, bet tiesai katrā ziņā bija jāvadās arī no 96.panta, kas konkrētā jautājumā paredz sievietes brīvas tiesības izvēlēties dzemdībpalīdzību saņemšanu stacionārā vai ārpus tā. Visas sievietes, kas izdara izvēli šajā jautājumā ir vienlīdzīgas un salīdzināmas savu izvēles tiesību

⁸² Satversmes tiesas tiesneses I.Ziemeles Atsevišķais viedoklis lietā Nr.2014-08-03, Rīga, 26.02.2015.

⁸³ Turpat, 5.punkts.

īstenošanā. Atšķirību rada valsts ar savu attieksmi, sekmējot vienu izvēli un nesekmējot otru.

Kā norāda tiesnese: “Ne tikai katrs Satversmes 8. nodaļas pants, bet arī pati šī nodaļa ir iekšēji sasaistīta un harmoniska sistēma. Tādējādi dažādie cilvēktiesību aspekti būtu interpretējami sistēmiski un savstarpējā saskaņā.”⁸⁴

Iepriekšminētā tēze un tiesneses atsevišķais viedoklis kopumā ļoti precīzi raksturo iespējamību, ka tiesa (bet tikpat labi arī valdība) savos vērtējumos par sabiedrisko labumu un vispārējām prioritātēm var izšķirties virzīties pa vienu ceļu vai citu atkarībā no tā, kādu perspektīvu tā izvēlējusies.

Satversmes tiesas judikatūrā ir nostiprināta arī starptautisko tiesību normu nozīmība Satvermes 111.panta kontekstā. Analizējot 111.panta piemērošanu, Satversmes tiesa spriedumā Nr.2002-04-03 ir norādījusi: “Šā panta saturs noskaidrojams ciešā sasaistē ar Satversmes 89.pantu, kas noteic, ka valsts atzīst un aizsargā cilvēka pamattiesības saskaņā ar Satversmi, likumiem un Latvijai saistošajiem starptautiskajiem līgumiem”.⁸⁵ Satversmes tiesa atzinusi: “No šā panta redzams, ka likumdevēja mērķis nav bijis pretstatīt Satversmē ietvertās cilvēktiesību normas starptautiskajām cilvēktiesību normām, bet gluži pretējs – panākt šo normu savstarpēju harmoniju. Gadījumos, kad ir šaubas par Satversmē ietverto cilvēktiesību normu saturu, tās tulkojamas pēc iespējas atbilstoši interpretācijai, kāda tiek lietota starptautisko cilvēktiesību normu piemērošanas praksē.”⁸⁶

⁸⁴ Turpat, 8.punkts.

⁸⁵ Satversmes tiesa, 2000-03-01., 20.05.2002., 1.punkta 1.daļa.

⁸⁶ Turpat.

4.nodaļa. Medicīniskās palīdzības minimuma nodrošināšana praksē

Iepriekšējās nodaļās tika raksturots “medicīniskās palīdzības minimuma” garantiju tiesiskais ietvars gan nacionālajos tiesību aktos un Satversmes tiesas praksē, gan reģionālajos un starptautiskajos standartos. Šīs nodaļas mērķis ir noskaidrot, kā veicies ar šo garantiju nodrošināšanu praksē?

4.1. Veselības aprūpes sistēmas organizatoriskā struktūra

Runājot par veselības aprūpes nodrošināšanu praksē, svarīgi ir izprast veselības aprūpes sistēmas organizatorisko struktūru. Latvijā veselības aprūpe ir iedalīta četrās pamatgrupās jeb līmeņos: neatliekamā medicīniskā palīdzība, primārā veselības aprūpe, sekundārā un terciārā veselības aprūpe. Sekundārā un terciārā veselības aprūpe detalizētāk iedalāma divās grupās - ambulatorā un stacionārā veselības aprūpe.⁸⁷ Pavisam īsi apskatīsim katru no šiem līmeņiem.

Neatliekamā medicīniskā atīdzība ir palīdzība, ko cietušajiem (saslimušajiem) dzīvībai vai veselībai bīstamā kritiskā stāvoklī sniedz šādiem gadījumiem īpaši sagatavotas (apmācītas, ekipētas) personas ar atbilstošu kvalifikāciju medicīnā, kurām saskaņā ar šo kvalifikāciju ir juridiska atbildība par savu darbību vai bezdarbību un tās sekām.⁸⁸ Neatliekamo palīdzību var sniegt gan ārstniecības iestādē, gan neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādē.⁸⁹

Primārā veselības aprūpe ir valsts veselības aprūpes sistēmas galvenais posms veselības aprūpes nodrošināšanā, tas ir pirmais veselības aprūpes sistēmas līmenis daudzpakāpju sistēmā. Tai jānodrošina slimību profilakse, ārstēšana un sarežģītākos gadījumos, izvērtējot nepieciešamību, jānodrošina pacienta savlaicīga nokļūšana nākamajā līmenī - sekundārajā vai joti sarežģītos un retos gadījumos arī terciārā. Primārā veselības aprūpe ir ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu kopums, ko personai ārstniecības iestādē vai tās dzīvesvietā sniedz šādi primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji: ģimenes ārsts, ārsta palīgs (feldšeris), māsa, vecmāte, kura nodarbināta ģimenes ārsta praksē, zobārsts, zobārsta asistents, zobārsta māsa un higiēnists; ārstniecības personas, kuras nodrošina veselības aprūpi mājās.⁹⁰

⁸⁷ MK noteikumi Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”, 17.12.2013, 2.punkts.

⁸⁸ Ārstniecības likums, 1.panta 10.punkts.

⁸⁹ MK noteikumi Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”, 17.12.2013, 196.punkts.

⁹⁰ Turpat, 28.punkts.

Sekundārā veselības aprūpe ir veselības aprūpes pakalpojumu kopums, ko personai ambulatorajā ārstniecības iestādē vai stacionārajā ārstniecības iestādē sniedz kādā slimību profilā specializējusies ārstniecības persona vai ārstniecības atbalsta persona.⁹¹ Tā ir orientēta uz neatliekamu, akūtu un plānveida medicīnisku palīdzību - ātru un kvalitatīvu diagnostiku, intensīvu ārstēšanu un rehabilitāciju ar mērķi maksimāli ātri un kvalitatīvi panākt pacienta izveseļošanu vai samazināt slimības izpausmes līdz tādai pakāpei, kad ir iespējama tālāka ārstēšana primārās veselības aprūpes sistēmā. Terciārā veselības aprūpe atšķiras no sekundārās ar to, ka tā ir augsti specializētu pakalpojumu nodrošināšana vienā vai ierobežota skaita ārstniecības iestādēs. Tās pazīmes ir: īpaši dārgas tehnoloģijas, retas vai bīstamas slimības, augsta riska ārstēšana, kas prasa īpašas prasmes.⁹²

Paradoksāli ir tas, ka šis sistēmas regulējums, kas uzskatāms par veselības aprūpes nodrošināšanas pamatu, izriet nevis no Ārstniecības likuma, bet no Ministru Kabineta noteikumiem. Tādejādi, lai atteiktos no kāda šī veselības aprūpes posma, likumdevēja piekrišana nav nepieciešama. Vienīgais izņēmums būtu neatliekamā medicīniskā palīdzība, kura ir minēta arī Ārstniecības likuma 16.pantā. Bet, piemēram, ja valdība kādā dienā izlemtu, ka terciālā stacionārā veselības aprūpe ir pārlietu liels slogs veselības aprūpes budžetam, no šī līmeņa varētu atteikties bez liekām diskusijām Saeimā, kur, kā zināms, ir pārstāvētas ne tikai valdībā pārstāvētās partijas.

4.2. “Veselības aprūpe – viena no regulētākajām jomām!” ar hroniski nepietiekamu finansējumu

Vairāki neatkarīgi pētījumi apliecina, ka Latvijā šobrīd galvenā problēma veselības aprūpes nodrošināšanā ir nepietiekams finansējums.⁹³ Lai risinātu veselības aprūpes jomas finansējuma jautājumu, valdība 2013.gada 10.maijā apstiprināja koncepciju par veselības aprūpes sistēmas finansēšanas modeli. Koncepcijas pamatā bija jauna pieeja veselības aprūpes organizēšanai, kas paredzēja ieviest valsts veselības obligātās apdrošināšanas iemaksas. Kādu brīdi pirms un pēc koncepcijas apstiprināšanas sabiedrībā izraisījās plašāka diskusija par veselības sistēmā samilzušajām problēmām (sk 4.4.nodaļu).

⁹¹ Turpat, 98.punkts.

⁹² Medicīnas tiesības. Aut. Kol. S.Aševicas-Slokenbergas zin.red. _Rīga: Tiesu nama aģentūra, 2015, 54.lpp.

⁹³ Mitenbergs, U, Taube M, Misins J, Mikitis E, Martinsons A, Rurane A, Quentin W. Latvia: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2012; 14(8): 1 – 191; OECD (2014), *Health at a Glance: Europe 2014*, OECD Publishing.

Šajā kontekstā 2013.gada 20.septembrī notika ārstu un juristu kopkonference “Kurp iet likumi un tiesu prakse veselības aprūpes jomā?”. Ministru Prezidents savā uzrunā konferencē paziņoja, ka:

“Veselības aprūpe ir viena no regulētākajām jomām gan nacionālā, gan Eiropas Savienības līmenī, jo tā ietver gan ārstniecību, gan pacientu tiesību aizsardzību, gan farmāciju, gan atbildības jautājumus un, neapšaubāmi, arī cilvēktiesību aspektus. Globalizācijas un tehnoloģisko risinājumu ietekmē veselības aprūpes joma pastāvīgi tiek attīstīta un tieši šeit slēpjas viens no valdības darba galvenajiem izaicinājumiem.”⁹⁴

Finansējuma sakarā Ministru prezidents atzina, ka pēdējo gadu laikā, it īpaši smagās ekonomiskās un finanšu krīzes iespaidā, tāpat kā citas nozares, arī veselības aprūpes joma saskārās ar finansējuma nepietiekamību, kas atstāja nozīmīgu iespaidu uz visiem ar veselības aprūpi saistītajiem aspektiem: “kvalificēta medicīniskā personāla trūkums, veselības aprūpes pakalpojumu savlaicīga nepieejamība, nepietiekams kompensējamo medikamentu apmērs.”

Vienlaicīgi viņš uzsvēra arī to, ka:

“Satversmes tiesa vairākkārt ir vērtējusi kompensējamo medikamentu un medicīnisko ierīču regulējuma atbilstību Satversmei un atzinusi to par atbilstošu. Tiesa ir norādījusi, ka valstij, veidojot veselības aprūpes politiku, jāīstojas pieejamo resursu robežās, tas nozīmē, ka ierobežotu resursu ietvaros primāri jānodrošina plašākas sabiedrības intereses.”⁹⁵

Šī retorika atklāj, kā izpildvara, vispārinot atsevišķas Satversmes tiesas atziņas, cenšas tās turpmāk izmantot gan par šķēpu, gan par vairogu. Vai caur šo prizmu lūkojoties, būtu jāsecina, ka valdības skatījumā primāras ir kļuvušas vienīgi abstraktas “plašākas sabiedrības intereses”, un valsts pamatlikumā dotais uzstādījums “garantēt minimumu ikvienam”, proti – katram vienam konkrēti - var tikt interpretēts kā sekundārs uzdevums, pat gadījumos, kad no šīs atbildes ir atkarīga cilvēka dzīvība? Valdības atbilde uz šo jautājumu izriet no turpmāk pētījumā apskatītajiem individuālajiem piemēriem (sk. 4.3.1.nodaļu).

Šīs valdības vadītāja uzrunas sakarā rodas vēl divi jautājumi, pirmkārt, ko var secināt no apgalvojuma, ka “veselības aprūpe ir viena no regulētākajām jomām” un

⁹⁴ Dombrovskis V., “Veselības aprūpe – viena no regulētākajām jomām!”, Jurista Vārds, 08.10.2013, no. 41 (792), 2.lpp.

⁹⁵ Dombrovskis V., “Veselības aprūpe – viena no regulētākajām jomām!”, Jurista Vārds, 08.10.2013, no. 41 (792), 2.lpp.

otrkārt, ko ietver “plašākas sabiedrības intereses”, kuras ierobežotu resursu ietvaros jānodrošina primāri? Uz šiem jautājumiem tiks meklētas atbildes, runājot par veselības aprūpes garantijām praksē.

Nav apstrīdams apgalvojums, ka veselības aprūpes joma ir tiesiski regulēta. Regulējums pastāv un vienlaicīgi ir tik komplicēts, ka attiecīgam normas lietotājam (lai tas būtu jurists, ārsts vai pacients) nav viegli saprotams. To apstiprina arī tā brīža Tieslietu ministra teiktais jau augstākminētajā konferencē:

“Jājautā: kas ir šis minimums, kas mums tiek garantēts? Kā pacients un jurists, kas nespecializējas medicīnas tiesībās, varu vien minēt, kāds ir šis garantētais minimums. Vai tā ir viena profilaktiskā apskate gadā, vai tās ir tiesības sievietēm par velti dzemdēt, vai tā ir vispārējā veselības maksas apdrošināšana? Apgalvojums, ka Latvija ir sociāli atbildīga valsts, nedrīkst būt tikai tukša skaņa. Šim tiesību principam jābūt papildītam ar konkrētu saturu, un tas valstij uzliek zināmus pienākumus. Šai jomā gan Tieslietu, gan Veselības ministrijai ir ļoti daudz darāmā, rēķinoties ar visu iespējamo sabiedrības slāņu interesēm. Kā tieslietu ministrs varu uzsvērt, ka šis jautājums par valsts atbildību ir konstitucionāls, tāpēc prasa pienācīgu attieksmi.”⁹⁶

Tomēr atgriežoties pie Ministru prezidenta teiktā jātzīst, ka šāda politiskā retorika patiesībā ir bijis veids, kā izvairīties runāt par neērtiem, jau gadiem nerisinātiem jautājumiem veselības aprūpes jomā. Patiesais novērtējums veselības aprūpei un tās regulējumam izskan turpmākajos vārdos “kvalificēta medicīniskā personāla trūkums, veselības aprūpes pakalpojumu savlaicīga nepieejamība, nepietiekams kompensējamo medikamentu apmērs.” Tas ir regulējums, kura īstenošanai valdība no savas puses jau ilgāku laiku nenodrošina pietiekamus finanšu līdzekļus un kurš regulāri tiek pielāgots un pielāpīts atbilstoši šiem nepietiekamajiem līdzekļiem.

Attiecībā uz naudas resursu iegūšanu atkal jau MK noteikumi paredz, ka daļu veselības aprūpes finansē no valsts budžeta līdzekļiem un pacienta paša maksājumiem (pacienta iemaksas, kas ir maksājums, kuru pacients veic, saņemot valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus,⁹⁷ un līdzmaksājums - pacienta maksājums par

⁹⁶ Bordāns J., “Likumdošanas aktualitātes veselības aprūpes jomā”. Jurista Vārds, 08.10.2013, no. 41 (792), 13.-14.lp.

⁹⁷ MK noteikumi Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”, 17.12.2013, 17.punkts.

veiktajām ķirurģiskajām operācijām).⁹⁸ Pacienta iemaksas un līdzmaksājuma mērķis ir paša pacienta līdzdalība savas veselības atjaunošanā. Šim maksājumam jābūt simboliskam, lai tas, no vienas puses, dotu paša pacienta ieguldījumu un novērstu nevajadzīgu pakalpojumu izmantošanu, bet, no otras puses, nebūtu šķērslis pakalpojuma saņemšanai.⁹⁹

Valsts budžetā paredzēto līdzekļu apmēru veselības aprūpes finansēšanai nosaka gadskārtējā likumā par valsts budžetu¹⁰⁰. Kā norāda ilggadējs VM valsts sekretārs R.Muciņš: “Budžeta sagatavošanas gaitā ne vienmēr tiek ņemtas vērā vajadzības, bet prioritāri ir pieejamie naudas resursi, kas ir ierobežoti. Šie finanšu ierobežojumi netiek sabalansēti ar valsts garantētā minimuma pārskatīšanu, bet gan tiek mēģināts ierobežot piedāvājumu, maksājot ārstniecības iestādei par ierobežotu pakalpojumu apjomu, nosakot finanšu griestus,¹⁰¹ vai atlikt pakalpojuma sniegšanu uz vēlāku laiku, veidojot rindas.¹⁰²

Kā situāciju ar veselības aprūpei piešķirtā finansējuma tālāku izlietošanu skaidro R.Muciņš, “ārstniecības personām ir pienākums prioritizēt pacientus un viņu vajadzības. Ja pieprasījums būtiski pārsniedz valsts noteiktos finanšu ierobežojumus, tad rodas situācijas, kad pacientam nav iespēju risināt savas veselības problēmas par publiskajiem līdzekļiem un problēmas risinājums tiek atlikts, vai tiek meklētas iespējas to darīt par privātajiem līdzekļiem. Jāņem vērā arī tas, ka ārstniecības iestāžu interese ne vienmēr ir atlikt jautājumu, bet gan izmantot iespēju piesaistīt pacienta privātos līdzekļus.”¹⁰³

Tāpat R.Muciņš konstatē, ka “šāda situācija bieži izraisa neapmierinātību pacientu vidū. Publiskais finansējums ir beidzies, bet ir iespēja izvēlēties maksāt pašam par pakalpojumu un saņemt to ātrāk vai gaidīt, līdz valstij parādīsies līdzekļi. Sevišķi izteikti tas ir vizītēs pie ambulatorajiem speciālistiem un medikamentu cenu kompensācijā. Turīgākajiem iedzīvotājiem ir vieglāk izdarīt izvēli, jo viņiem ir līdzekļi, lai samaksātu. Trūcīgiem pacientiem šī izvēle var novest, vai nu pie ārstēšanās atlikšanas un veselības pasliktināšanās, vai nonākšanas galējā nabadzībā, kad, lai

⁹⁸ Turpat, 19.punkts.

⁹⁹ Medicīnas tiesības. Aut. Kol. S.Aševicas-Slokenbergas zin.red. _Rīga: Tiesu nama aģentūra, 2015, 55.lpp.

¹⁰⁰ Likums par budžetu un finanšu vadību, 24.03.1994.

¹⁰¹ MK noteikumi Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”, 17.12.2013, 240.1.punkts.

¹⁰² Turpat, 123.punkts.

¹⁰³ Medicīnas tiesības. Aut. Kol. S.Aševicas-Slokenbergas zin.red. _Rīga: Tiesu nama aģentūra, 2015, 56.lpp.

iegūtu līdzekļus ārstniecībai, tiek iztērēti pēdējie pieejamie līdzekļi.”¹⁰⁴ Šķiet, ka šajā kontekstā “pacienta izvēli” drīzāk var salīdzināt ar ķīlnieka izvēli pakļauties sagūstītāju prasībām, vai nē.

Paralēli kā negatīva tendence jāatzīmē arī iedzīvotāju pašu gatavība veikt neoficiālus maksājumus medicīnas personālam, lai nodrošinātu vai paātrinātu savu piekļūšanu valsts garantētajiem pakalpojumiem. Tā 2011.gada SKDS veiktajā pētījumā noskaidrots, ka no aptaujātajiem Latvijas iedzīvotājiem, kuri pēdējo divu gadu laikā bija ārstējušies poliklīnikā un/vai slimnīcā, katrs trešais (33%) bija veicis neoficiālus maksājumus. Savukārt tirgus un sociālo pētījumu aģentūras "Latvijas Fakti" 2012.gada novembrī veiktā pētījuma rezultāti liecināja, ka tendence par medicīnas pakalpojumiem norēķināties neoficiāli nedaudz samazinājusies, jo no aptaujātajiem neoficiālus maksājumus, dāvanas vai pazīšanos izmantojuši 28% iedzīvotāju.¹⁰⁵

Veselības aprūpes sistēmas ietvaros pacienta tiesības uz ārstniecību nosaka Pacientu tiesību likuma 5.pants, kas ietver savlaicīgu un veselības stāvoklim atbilstošu, pēctecīgu ārstniecību, kā arī laipnu attieksmi, kvalitatīvu un kvalificētu ārstniecību, neatkarīgi no pacienta slimības rakstura un smaguma.¹⁰⁶ Kopš Pacientu tiesību likuma spēkā stāšanās, Pacientu ombudā visbiežāk tiek saņemtas sūdzības par savlaicīgas ārstniecības pieejamību un ārstniecības kvalitāti. Attiecībā uz savlaicīgu ārstniecību jeb ārstniecības pieejamību Pacientu ombuds norāda uz sekojošu problemātiku:

- 1) valsts apmaksātie pakalpojumi – pacientiem iespējas saņemt savlaicīgu ārstniecības pakalpojumu ietekmē tas, vai šis pakalpojums ir valsts apmaksāts un līdz ar to vai ir pieejams pacientiem (visi ārstniecības pakalpojumi nav valsts apmaksāti līdz ar to savlaicīga ārstniecības pieejamība atkarīga no pacienta finansiālā stāvokļa – vai var atļauties apmaksāt pakalpojumu par saviem līdzekļiem), t.i., finansiālā pieejamība.
- 2) pieraksta rindu garums – rindu garums uz atsevišķiem ārstniecības pakalpojumiem pārsniedz laika periodu, lai pacients saņemtu savai diagnozei atbilstošo pakalpojumu savlaicīgi.
- 3) valsts noteiktās pakalpojumu kvotas – nepietiekošā veselības aprūpes budžeta dēļ valsts apmaksāto pakalpojumu daudzums ir ierobežots, līdz ar to dažkārt

¹⁰⁴ Medicīnas tiesības. Aut. Kol. S.Aševicas-Slokenbergas zin.red. _Rīga: Tiesu nama aģentūra, 2015, 56.lpp.

¹⁰⁵ I.Mangule "Korupcija veselības sektorā: izaicinājumi un labās prakses piemēri Latvijā", 18.06.2015.

¹⁰⁶ Pacientu likums, 17.12.2009.

veidojas situācijas, kad valsts apmaksāto pakalpojumu limits ir izlietots, un ārstniecības iestādes piedāvā tikai maksas pakalpojumus.¹⁰⁷

Saskaņā ar zvērināta advokāta R.Rožkalna, kurš specializējies medicīnas tiesībās, teikto, Latvijā veselības aprūpes jomā juristi visvairāk sūdzību no pacientiem saņem saistībā ar valsts kompensējamo medikamentu un dārgu medicīnisko tehnoloģiju pieejamību. Tāpat sūdzību avots nereti ir arī valsts definētie apmaksātie pakalpojumi, uz kuru saņemšanu noteiktas nesamērīgi garas rindas. No valsts pārvaldes puses netiek sekots līdzi, vai šīs rindas ir saprātīgas. Piemēram, bērnam pēc traumas ir nepieciešama steidzama rehabilitologa palīdzība, bet jebkura ilgstoša kavēšanās un mēnešiem gara gaidīšana rindās valsts apņemšanos segt šo pakalpojumu izmaksas padara bezjēdzīgu. Šādā gadījumā vecāki, rūpējoties par bērnu veselību, ir spiesti norēķināties no personīgajiem līdzekļiem, kaut gan viņi ar nodokļiem jau vienreiz ir samaksājuši par veselības aprūpi. Brīdī, kad patiešām vajag palīdzību, jāmaksā vēlreiz - no savas kabatas – tātad jāmaksā dubultā, jo valsts nav spējusi radīt veselības aprūpes sistēmu, kas efektīvi darbotos.¹⁰⁸

4.3. Veselības aprūpes problēmas reto slimību un orgānu transplantācijas jomā

Papildus jau aplūkotajām vispārējām problēmām veselības aprūpē, medijos regulāri parādās informācija par individuāliem gadījumiem, kad cilvēki saskarās ar nopietnām problēmām veselības aprūpē. Šī pētījuma ietvaros nebūtu iespējams aptvert visus iespējamus veselības aprūpes jomas problemātiskos aspektus, tāpēc izvēlēts viens konkrēts virziens, proti, veselības aprūpes nodrošināšanas problēmas reto slimību un orgānu transplantācijas jomā, kas ir ļoti uzskatāms piemērs nepārdomātam tiesiskam regulējumam, kuru pavada katastrofāls finanšu resursu trūkums. Šajā nodaļā tuvāk apskatīti individuāli piemēri saistībā ar pacienta dzīvības glābšanai nepieciešamā finansējuma nepiešķiršanu, vai nesavlaicīgu un nepilnīgu piešķiršanu, kā arī kontekstā tiks sniegts vispārējs ieskats reto slimību un orgānu transplantācijas problemātikā Latvijā.

4.3.1. Individuāli piemēri un no tiem izrietoši secinājumi

¹⁰⁷ Ziņojums par pacientu tiesību piemērošanu un veselības aprūpes pieejamību Latvijā, Pacientu ombuds, 2015.g., Pieejams: <http://www.pacientuombuds.lv/lat/aktualitates/?doc=418>, (Skatīts 12.01.2016),

¹⁰⁸ Rožkalns R., "Tiesības uz veselības aprūpi – garantētas, bet bez garantijas"// Diena, 20.06.2014.

Tikšanās ar Zani Lazdiņu - pirmo Latvijas iedzīvotāju, kurai veikta plaušu transplantācija, rosināja pētījuma autori pievērsties sasāpējušām problēmām reto slimību un orgānu transplantācijas jomā.¹⁰⁹ Zanes gadījums ieguva plašu rezonansi 2014.gada sākumā, un šī pētījuma ietvaros tas tiek apskatīts, jo uzskatāmi demonstrē atbildīgo valsts institūciju attieksmi pret indivīda tiesībām uz medicīnisko palīdzību ārkārtējās, dzīvībai bīstamās situācijās.

Pamats Zanes veselības problēmām bija pirms dažiem gadiem atklāta reta un bīstama slimība - smagas pakāpes idiopātiskā pulmonālā arteriālā hipertensija. 2013.gada 17.decembrī Latvijas mediķu konsilijs piecu ārstu sastāvā lēma, ka jaunajai sievietei nepieciešama plaušu transplantācija.¹¹⁰ Latvijā šo operāciju neveic.¹¹¹

2013.gada decembrī Zane devās uz Vīnes transplantāciju klīniku veikt papildu izmeklēšanu. Pēc pārbauzu rezultātiem ārsti apstiprināja, ka slimība strauji progresē un plaušu transplantāciju nepieciešams veikt tuvākajos mēnešos. Operācijas izmaksas tika lēstas 120 000 eiro apmērā.

Sieviete 2013.gada 27.decembrī vērsās Latvijas Nacionālajā veselības dienestā ar lūgumu izsniegt viņai “Apliecinājumu tiesībām uz plānveida ārstēšanu” (foma S2) veselības aprūpes pakalpojuma – plaušu trnsplantācija, saņemšanai citā ES dalībvalstī, respektīvi apliecinājumu, ka valsts gatava līdzfinansēt viņas dzīvībai svarīgo plaušu transplantāciju. 2014.gada 21.janvārī Zane tomēr saņēma atteikumu ar skaidrojumu, ka viņai nepieciešamais veselības aprūpes pakalpojums netiek apmaksāts no valsts budžeta līdzekļiem (operācijas apmaksu likums neparedz).¹¹²

Pat šajā bezcerīgajā situācijā Zane un viņas tuvinieki mēģināja rast izeju, vispirms vērsoties pēc palīdzības pie Latvijas sabiedrības. 20.janvārī labdarības organizācija “Ziedot.lv” sāka vākt ziedojumus operācijas veikšanai. 2014.gada 4.februārī Zane papildus vērsās pie Ministru prezidenta ar lūgumu rast iespēju trūkstošos 30 000 eiro (87 000 eiro uz to brīdi jau bija saziēdoti) piešķirt no valsts budžeta līdzekļiem neparedzētiem gadījumiem. 2014.gada 20.februārī tika saņemta Ministru prezidenta biroja atbilde, ka “Mūsdienu medicīnas un zinātnes straujās attīstības rezultātā ir pieejams plašs dažādu slimību ārstēšanai paredzēto zāļu un

¹⁰⁹ Pētījuma autore vairākkārtīgi personīgi kontaktējās ar Z.Lazdiņu viņas uzturēšanās laikā Vīnē 2014.g.apr.-jūl., kā arī izmantojot elektroniskos saziņas līdzekļus.

¹¹⁰ NVD lēmums Nr. 07.1/7.1-6/143, 14.01.2014, ar atsauci uz VSIA “Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca” vēstuli Nr.1.2-1.2/10, 02.01.2014. “Atzinums par pacientam nepieciešamo veselības aprūpes pakalpojumu” un konsilija lēmumu 17.12.2013.

¹¹¹ Z.Lazdina, e-pasts, 30.06.2015

¹¹² NVD lēmums Nr. 07.1/7.1-6/143, 14.01.2014.

medicīnas ierīču klāsts, taču valsts finanšu iespējas ir ierobežotas.”¹¹³ Vienlaikus valdības vadītāja birojs norādīja, ka ir uzdevis Veselības Ministrijai izvērtēt situāciju sniegt argumentētu atbildi par iespēju palīdzēt. 2014.gada 28.februāra Veselības ministrijas atbildes vēstulē, kuru parakstījis R.Muciņš, norādīts “Diemžēl plaušu transplantācija valsts budžeta apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu klāstā, ierobežotā veselības aprūpes budžeta dēļ, šobrīd nav iekļauta. Pieaugot veselības aprūpes budžetam, Veselības ministrija izskatīs iespēju plaušu transplantāciju iekļaut valsts budžeta apmaksātajos veselības aprūpes pakalpojumos.”¹¹⁴ Autores ieskatā šīs Ministru Kabineta biroja un Veselības Ministrijas atbildes vēstules cilvēkam, kura dzīvība ir nopietni apdraudēta, vērtējamas kā ļoti ciniskas. Turklāt rodas jautājums, kā attiecīgie valsts ierēdņi skaidro savas atbildes un regulējumu attiecīgajos MK noteikumos, uz kura NVD ierēdņi balsta savu atteikumu, Satversmes 111.panta kontekstā? No dotajām atbildēm secināms, ka vienīgais pamatojums ir “ierobežotais veselības aprūpes budžets”, un, acīmredzot, uzskata, ka cilvēkam, kurš atrodas šādā situācijā, ir izvēle savas tiesības uz veselību un arī uz dzīvību “izcīnīt”, izmantojot valstī noteiktos pārsūdzības mehānismus. Valstī šādi mehānismi pastāv, kaut nenoliedzami ir laikietilpīgi un prasa papildus resursus. Protams, būtu labi, ja Zane un viņas tuvinieki, gatavojoties nopietnājai operācijai, paralēli naudas meklējumiem, varētu vēl iesaistīties arī ierēdņu lēmuma tiesiskās apstrīdēšanas procesā. Ir saprotams, ka Zane individuāli to nevarēja ne fiziski, ne emocionāli atļauties. Varētu sagaidīt, ka šādās situācijās aktīvāku lomu varētu uzņemt tieši Pacientu ombuds, kurš kopš 2008.gada konsultē un palīdz rast risinājumus pacientu tiesību jautājumos un kura misija ir uzlabot veselības aprūpes sistēmas kvalitāti.¹¹⁵

Attiecībā uz Zanes gadījumu Pulmonālās hipertensijas biedrības (PHB) vadītāja I.Plūme, mēģinot aizstāvēt organizācijas biedra intereses, vērsusies pie trīs neatkarīgiem juristiem. Viņu secinājumi bijuši, ka “var tikai testēt Eiropas Cilvēktiesību tiesu (ECT), jo Latvijā tiesas tiks zaudētas. Izpētot ECT praksi līdzīgās prāvās, kurās arī tika zaudēts, neviens jurists nevēlējās šo darbu uzņemt, jo PHB to nevarētu apmaksāt. PHB un ģimenes kopīgs lēmums bija - tērēt resursus tur, kur var glābt dzīvību, nevis testēt tiesvedību. Juridiskā palīdzība ir pieejama “pro bono” ietvaros kā konsultācija, ja vēlas tiesāties, tad visur vajag laiku, naudu un resursus -

¹¹³ LR Ministru prezidenta biroja vēstule Nr.20/L-281, 20.02.2014.

¹¹⁴ LR VM vēstule Nr.01-20fiz.16/809, 28.02.2014.

¹¹⁵ Pieejams: http://www.pacientuombuds.lv/lat/par_mums/, (skatīts 6.01.2016).

kontakts ar labiem juristiem utt. Pacienti un viņu ģimenēm bieži nav tādas pieejas. Kā arī NVO tādas pieejas nav resursu trūkuma dēļ.”¹¹⁶

Pārsteidzošā kārtā, pateicoties sabiedrības atsaucībai, līdz 2014.gada 18.februārim visa nepieciešamā summa jau tika saziēdota, un Zane 2014.gada martā devās uz Vīnes Universitātes klīnisko slimnīcu, kur viņai naktī uz 16.aprīli veica plaušu transplantāciju. Pēc operācijas un attiecīgas rehabilitācijas Zani ārstējošais kardiologs Andris Skride atzina, ka jaunās plaušas strādā perfekti, elpošanas un sirds mazspējas vispār vairs nav. Šobrīd Zanes dzīve ir atgriezusies ikdienas ritmā. Viņa ir atgriezusies darbā un intervijā atzīst: “Kad esi vesels, tu nesaproti, kā ir tad, kad nevari pats neko izdarīt, pat elementāro – apģērbties, aiziet līdz labierīcībām, pagatavot sev ēst. Tā ir milzīga dāvana, ka varu saklāt gultu, saģērbties un staigāt.”¹¹⁷

Apskatītā piemēra kontekstā jautājumi par valdības rīcību atbilstoši Satversmes 111.pantā noteiktajām indivīda tiesībām, Satversmes preambulā nostiprinātajam sociāli atbildīgas valsts principam, kā arī par to, ka saskaņā ar valdības vadītāja retoriku, “veidojot veselības aprūpes politiku, ierobežotu resursu ietvaros primāri jānodrošina plašākas sabiedrības intereses”, joprojām paliek atklāti.

Diemžēl, Zanes gadījums pēdējo gadu laikā nav bijis vienīgais, kad pacienta dzīvība ir tikusi padarīta atkarīga no līdzcilvēku atbalsta. Tā pašā 2014.gada jūlijā caur citu sociālā atbalsta sistēmu “www.labdaris.lv” tika uzsākta ziedojumu vākšana Aleksandram Korlašam – 31 gadu jaunam pulmonālās hipertensijas pacientam, lai palīdzētu atgūt veselību un darba spējas. Tās pašas slimības ārstniecībai šoreiz nebija nepieciešama plaušu transplantācija, tomēr bija jāveic sarežģīta operācija, kuras izmaksas noteiktas 40 000 eiro. “Aleksandru var glābt pulmonālā endarterektomija, ko veic Austrijā. Šīs operācijas gaitā no visiem asinsvadiem tiek izņemti tur radušies trombi. Šāda operācija tika īstenota Latvijā trīs cilvēkiem, bet Aleksandrs cieš no šīs slimības distālās formas, tādēļ operāciju var veikt tikai Austrijā,” bija atzinis viņa kardiologs Andris Skride. Ja slimību neārstē, tad mirstības līmenis no šīs slimības ir ļoti augsts – trīs gadu laikā tas sasniedz 90%.¹¹⁸ Aleksandra ģimene bija vērsusies NVD jau 2014.gada maija sākumā, kad Aleksandra māte teica “Mēs ļoti ceram, ka valsts atbilde būs pozitīva un Aleksandrs varēs doties uz operāciju Vīnē”. Jūlijā, kad

¹¹⁶ I.Plūme, e-pasts, 17.07.2015.

¹¹⁷ “Ērglēniete Zane Lazdiņa pēc plaušu transplantācijas atgriezusies mājās”//Lauku Avīze, 24.07.2014 un A.Lazdiņas e-pasts 14.01.2016.

¹¹⁸ “Lai glābtu Aleksandra dzīvību, jāaptur asinsrite. Lūdz palīdzību sarežģītai operācijai.”//Lauku Avīze 8.07.2014.

ģimene vērsās pēc palīdzības pie līdzcilvēkiem, atbilde vēl nebija saņemta, jo lietas izskatīšanas laiks bija pagarināts līdz septembrim. Lai arī NVD lēmums bija daļēji pozitīvs, un lielāko daļu summas (28000 eiro) apņēmas apmaksāt Valsts norēķinu centrs, pārējo summas daļu bija jāsedz pašam pacientam.¹¹⁹ Arī šoreiz nepieciešamā summa tika saziēdota ar līdzcilvēku atbalstu un 2014.gada novembrī Aleksandram beidzot varēja veikt operāciju Vīnē. Operācija tika veikta, bet pēcoperācijas rehabilitācija noritēja smagi, kā rezultātā Aleksandrs nomira.¹²⁰

2015.gada 14.aprīlī labdarības organizācija “ziedot.lv” uzsāka ziedojumu vākšanu 24 gadus vecajam Andrim, kuram arī bija nepieciešams veikt sarežģītu plaušu operāciju – pulmonālo endarterektomiju – kuru Latvijā tik sarežģītos gadījumos neveic, bet valsts atbalsta operācijas veikšanu Vīnes universitātes klīnikā, sedzot lielāko izdevumu daļu. Andrim operācijas veikšanai papildus bija nepieciešami 8000 eiro, kurus trūcīgā, laukos dzīvojošā ģimene nevarēja atļauties. Andris ieradās uz operāciju Vīnē 2015.gada 18.maijā, kaut visa operācijai nepieciešamā summa vēl nebija saziēdota. 2015.gada 3.jūnijā Andris nomira, tā arī nesagaidījis operāciju.¹²¹

Jāatzīst, ka neviens nevar pateikt, kā notikumi būtu atīstījušies minētajos divos gadījumos, ja nebūtu lieki zaudēts laiks gaidot un cerot uz līdzcilvēku atbalstu, un tā vietā valsts būtu bijusi gatava reaģēt šajos dzīvībai kritiskos brīžos bez liekas kavēšanās. Zanes gadījumā, negatīva ierēdņu atbilde prasīja gandrīz mēnesi. Aleksandra gadījumā – daļēji pozitīva atbilde prasīja 5 mēnešus, kam jāpieskaita vēl mēnesis papildus nepieciešamo līdzekļu sagādāšanai. Andra gadījumā, diemžēl, nebija pieejama informācija, cik operatīvi tika pieņemts lēmums par daļēja finansējuma piešķiršanu, taču joprojām tika zaudēts laiks vismaz divi mēneši papildus finansējuma iegūšanai. Uzticoties ārsta teiktajam, ka parasti šādas operācijas norisinās veiksmīgi un cilvēks pilnībā atveseļojas, pastāv iespēja, ka sabiedrībai nenāktos maksāt par divu jaunu cilvēku priekšlaicīgu nāvi.¹²² Zanes piemērs ir veiksmīgs apliecinājums tam, ka cilvēks pats, gan viņa tuvinieki pēc veiksmīgas ārstēšanas no pilnīgas bezcerības ir varējuši atgriezties pilnvērtīgā dzīvē un darbā.

¹¹⁹ “Lai glābtu Aleksandra dzīvību, jāaptur asinsrite. Lūdz palīdzību sarežģītai operācijai.”//Lauku Avīze 8.07.2014.

¹²⁰ Informācija iegūta kontaktējoties ar Aleksandra radniekiem Vīnes Universitātes klīniskajā slimnīcā 2014.gada novembrī.

¹²¹ “Glābsim Andri!”, 14.04.2015. Pieejams: <https://www.ziedot.lv/realizetie-projekti/glabsim-andri-2174> (Skat.12.06.2015).

¹²² “Cik maksā cilvēks – 1 gab.?” //Lauku Avīze, 31.10.2014.

2014.gada decembrī Latvijas sabiedrību pāršalca kārtējais izmisuma pilnais sauciens pēc palīdzības. Šoreiz medicīniskā palīdzība bija nepieciešama bērnam, neskatoties uz to, ka bērni Latvijā ietilpst tajā kategorijā, kurai valsts pamatā nodrošina visu viņu veselībai nepieciešamo. Dāvim – 9 gadus vecam zēnam - tika konstatēta smaga kombinēta patoloģija saistībā ar nepareizu limfas atceci no vēdera dobuma orgāniem. Dāvja ārstēšana bija iespējama vienīgi ASV. Dāvis bija pirmais pacients, kuram bija nepieciešama ārstēšana ārpus Eiropas Savienības un Eiropas Ekonomiskās zonas - ārpus šīm teritorijām bērniem nepieciešamo ārstēšanu valsts neapmaksā. Iedzīvotāji kārtējo reizi dažu dienu laikā saziedoja 317 173 eiro deviņgadīgā Dāvja ārstēšanai. Vēl 100 000 eiro piešķīra valsts.¹²³

Pēc tam, kad iedzīvotāji bija saziedojuši naudu Dāvja ārstēšanai, vairāki ministri paziņoja, ka tiks strādāts pie tā, lai šādi gadījumi neatkārtotos. Veselības ministrs pauda, ka “VM ir redzējums par nepieciešamajiem grozījumiem normatīvajos aktos, lai paplašinātu to valstu loku, kurās Latvijas iedzīvotāji var saņemt nepieciešamo ārstēšanu, ja Latvijā šādu palīdzību nevar sniegt. Finansējums šādu retu gadījumu apmaksai būtu izdalāms atsevišķā fondā, kur līdzekļi daļēji varētu tikt iemaksāti no valsts budžeta, kā arī piesaistīti ar ziedojumiem.”¹²⁴ Šāda fonda izveide varētu būt veiksmīgs risinājums jebkuram ārkārtas gadījumam, kad cilvēka dzīvība ir apdraudēta un palīdzību saskaņā ar Satversmē noteikto sociāli atbildīgas valsts virsmērķi būtu nepieciešams sniegt, tāpēc pie šāda mehānisma izstrādes būtu jāveic nekavējoties.

Kā pozitīvs piemērs valdības spējai pildīt dotos solījumus jāmin fakts, ka 2015.gada jūnijā valdība atbalstīja (VM) ieceri segt 50%, bet ne vairāk kā 150 000 eiro no izdevumiem, kas nepieciešami bērnu ārstēšanai ārpus Eiropas Savienības (ES), Eiropas Ekonomiskās zonas (EEZ) valstīm vai Šveices. Turpmāk daļēji valsts apmaksātu medicīnisku palīdzību bērns varēs saņemt arī ārpus ES, EEZ vai Šveices. VM gan norāda, ka Nacionālais veselības dienests šādu iespēju var atteikt, ja palīdzību iespējams saņemt ES, EEZ vai Šveicē. Tā kā šobrīd veselības budžetā šim mērķim papildu līdzekļi nav atvēlēti, bet parasti ārstēšanās izmaksas jāsedz jau pirms ārstniecības procesa sākuma, tad no valsts budžeta līdzekļiem neparedzētiem gadījumiem turpmāk katru gadu būtu jāparedz 450 000 eiro, lai segtu ārkārtas ārstniecības izmaksas. Lai arī šis valdības lēmums paredz piešķirt tikai pusi no ārkārtas

¹²³ “Turpmāk bērnu ārstēšanu ārpus ES apmaksās 50% apmērā”, Pieejams: http://www.apeirons.lv/new/?page=1&sub=25&id_cont=2624, (skatīts 29.01.2016.).

¹²⁴ Turpat.

gadījumā nepieciešamajiem līdzekļiem, tas pierāda, ka aktīvi strādājot, risinājumus, kā novērst trūkumus esošajā sistēmā, ir iespējams rast pietiekoši strauji.¹²⁵

4.3.2. *Vispārējs problēmu raksturojums reto slimību jomā*

Kontekstā ar iepriekšējā nodaļā minētajiem konkrētajiem piemēriem jāskata arī jautājums par veselības aprūpi reto slimību jomā kopumā.

“Nacionālais veselības dienests ierobežotā budžeta apstākļos atsaka palīdzību gan bērniem, gan pieaugušajiem, spriežot ātru tiesu - tev nebūs dzīvot.”¹²⁶ To pierāda arī apskatītais Zanes piemērs, kurš, diemžēl, nav vienīgais. Valstij ir tiesības un rīcības brīvība, veidojot veselības pakalpojumu grozu, bet, pastāvot nevienlīdzīgai attieksmei, reto slimību pacientiem tiek liegtas tiesības uz veselības aizsardzību, noteiktu dzīves kvalitāti un dzīvību. Likumsakarīgi rodas jautājums, vai tas ir taisnīgi un pieņemami sociāli atbildīgā valstī?

Sociāli atbildīgas valsts princips tika tuvāk apskatīts 3.nodaļā, kamēr šeit jāatzīmē, ka valdošo politiku kurss veselības nozares sakārtošanā paliek nemainīgs, un, piesedzoties ar Satversmē paredzētās normas “valsts garantē medicīniskās palīdzības minimumu” gramatisku interpretāciju, tas nozīmē – tikai minimumu, neko vairāk.

Tāpēc, jo īpaši nozīmīgi, ka Latvijas salīdzinoši mazaktīvajā sabiedrībā rodas pilsoniskās kustības, kas cenšas aizstāvēt savu līdzgaitnieku intereses pašas saviem spēkiem. Tā, piemēram, 2014.gada 3.oktobrī, apvienojoties vairākām biedrībām, tika dibināta Latvijas Reto slimību alianse. Viena no aliansē iesaistītajām biedrībām PHB apvieno cilvēkus ar retu, hronisku un dzīvībai bīstamu kaiti – pulmonālo arteriālo hipertensiju, kas arī viennozīmīgi tiek iekļauta reto slimību sarakstā. Šobrīd Latvijā ir diagnosticēti aptuveni 85 šādi pacienti, bet pēc statistikas aplēsēm to skaitam valstī vajadzētu būt ap 200.¹²⁷ Latvijas Reto slimību alianses vadītāja Ieva Plūme, kura vienlaikus vada arī PHB, situāciju raksturo sekojoši: “Latvijā reto slimību ārstēšanas jomā gadiem ilgi turpinās haoss, bet atbildīgās valsts institūcijas vilcinās uzņemties atbildību un sistēmu sakārtot.”¹²⁸

¹²⁵ Pieejams: <http://www.la.lv/turpmak-bernu-arstesanu-arpus-es-eez-un-sveices-valsts-apmaksas-50-apmera/> (skatīts 13.01.2016).

¹²⁶ Plūme I., “Diskriminācijai ir dzīvības cena” 25.04.2014. Pieejams: <http://www.delfi.lv/news/comment/comment/ieva-plume-diskriminacijai-ir-dzivibas-cena.d?id=44428364> (Skat. 12.11.2016.).

¹²⁷ Pieejams: www.phlatvia.lv (Skat.12.11.2015).

¹²⁸ Saskaņā ar Centrālās statistikas pārvaldes datiem iedzīvotāju skaits Latvijā uz 16.01.2016 ir 1'971'300. Pieejams:

Retās slimības ir dzīvību apdraudošas vai hroniski novājinošas slimības, kam raksturīga zema izplatība (ne vairāk kā 5 gadījumi uz 10 000 indivīdiem) un augsta komplikētības pakāpe. Tās ir iedzimtas vielmaiņas saslimšanas, vairums dažādu ģenētiski noteiktu slimību, kā arī ievērojams skaits hematoloģisku, onkoloģisku, infekcijas un reti sastopamas plaušu slimības.¹²⁹

Kā intervijā norāda I.Plūme, pēc aptuvenām aplēsēm, kādā no dzīves posmiem saskarties ar retu kaiti var līdz pat 140 tūkstoši valsts iedzīvotāju (~7,1% no visiem valsts iedzīvotājiem¹³⁰). Tomēr lielākā daļa saslimšanas gadījumu joprojām nav diagnosticēti. Tiek lēsts, ka šobrīd valstī apzināti aptuveni trīs tūkstoši bērnu un pieaugušo ar retām slimībām.¹³¹

Daļa cilvēku ar retām slimībām ir strādājoši vai varētu atgūt darbaspējas, ja tiktu ārstēti strikti saskaņā ar Eiropā apstiprinātām terapijas vadlīnijām. Taču ārsti Latvijā ir spiesti izrakstīt tikai pieejamos medikamentus, kas smagos, specifiskos gadījumos nesniedz vēlamo rezultātu, un cilvēka stāvoklis strauji pasliktinās. Līdz ar to valsts budžetam ir papildu slogs: pabalsti, tuvinieks nestrādā, jo aprūpē slimnieku, palielinās dienu skaits, ko pacients pavada slimnīcā u.c.

Kā atzīst I.Plūme, lai sakārtotu reto slimību ārstniecības jomu divritenis nav jāizgudro, jo daudzās Eiropas valstīs reto slimību ārstēšanā ir lieliski panākumi. Aktuālāko informāciju par problemātiku reto slimību jomā ES var iegūt no Ieviešanas ziņojuma par Komisijas ziņojumu reto slimību jomā. Saskaņā ar šo Komisijas ziņojumu retās slimības skar apmēram 27 līdz 36 miljoni cilvēku Eiropas Savienībā, un ir izvirzīta, kā svarīga veselības politikas prioritāte, nosakot vispārēju stratēģiju, lai atbalstītu dalībvalstis reto slimību pacientu diagnosticēšanas, ārstēšanas un aprūpes jomā.¹³²

http://data.csb.gov.lv/pxweb/lv/Sociala/Sociala__isterm__iedz/IE0010m.px/table/tableViewLayout1/?rxid=7ee5bb2b-7c93-4ccb-8a34-1aa4ade09cc3 (Skat. 21.01.2016).

¹²⁹ “Latvijas reto slimību pacienti meklē aizstāvību Eiropas institūcijās”, //Lauku avīze, 29.12.2013.

Pieejams: <http://www.la.lv/latvijas-reto-slimibu-pacienti-mekle-aizstavibu-eiropas-institucijas/> (skat.12.12.2015.)

¹³⁰ Plūme I., “Diskriminācijai ir dzīvības cena” 25.04.2014.

¹³¹ Turpat.

¹³² Implementation report on the Commission Communication on Rare Diseases: Europe's challenges, COM(2008) 679 final of 11 November 2008, OJ C 151, 03/07/2009, p.7–10.

ES Padome ir izdevusi arī Rekomendācijas rīcībai reto slimību jomā un aicinājusi dalībvalstis pieņemt nacionālās stratēģijas vai rīcības plānus ne vēlāk kā līdz 2013.gada beigām.¹³³

Līdzīgi kā citās ES valstīs Latvijā nacionāla līmeņa rīcības plāns reto slimību jomā tika izstrādāts un apstiprināts tikai Veselības ministrijā, taču valdības līmenī tas nav akceptēts. Visus plānā paredzētos pasākumus bija paredzēts veikt esošā budžeta ietvaros, papildus līdzekļus nepieprasot.

Spriežot pēc PHB priekšsēdētājas sniegtās informācijas, problēmu reto slimību pacientu veselības nodrošināšanā ir daudz. Veselības aprūpes sistēmas speciālistu informētība par retām slimībām Latvijā ir zema. Tas rada risku novēloti vai kļūdaini noteikt diagnozi, kas palielina ārstēšanas izmaksas un rada nevajadzīgas cilvēku ciešanas. Kritiska situācija jau daudzus gadus pastāv arī reto slimību pacientu nodrošinājumā ar valsts kompensējamiem medikamentiem. Latvijā vienam pacientam valsts kompensējamo medikamentu sarakstā neiekļauto zāļu individuālajai kompensācijai noteikusi griestus - līdz 14 228 eiro gadā, bet zāles bieži maksā dārgāk, līdz ar to daudzi slimie tiek atstāti bez zālēm. Nepietiekama ir arī valsts organizētā masveida jaundzimušo diagnostika reto slimību jomā. Latvijas iedzīvotājiem ar retām slimībām ir liegti apmaksāti rehabilitācijas pakalpojumi, asistenta palīdzība, psiholoģiskā atbalsta pakalpojumi pacientiem un viņu tuviniekiem, kas aprūpē hroniski slimos cilvēkus.¹³⁴

Bērniem ar retām slimībām valsts nāk pretī, piedāvājot Reto slimību medikamentozās ārstēšanas programmu, taču bērnu vecākiem netiek sniegti sociālā atbalsta instrumenti - nav pieejami asistenti, lai vecāki varētu strādāt, nav pieejama psiholoģiskā palīdzība, arī specifiska rehabilitācija ir ārpus apmaksājamo pakalpojumu groza. Arī informētība par Reto slimību programmu bērniem ir visai ierobežota - neskaidrības ir pat speciālistu vidū. Un, kad bērns ir pieaudzis, pieeja šai programmai tiek liegta.¹³⁵

Absurdi, ka pat rūpes par tāda dzīvībai svarīga medicīniskā palīg līdzekļa kā skābekļa aparāta sagādāšanu ir atstātas pašu pacientu ziņā. Ne tikai jau minētās pulmonālās hipertensijas gadījumos, bet arī daudzu citu slimību gadījumos, kad ir apgrūtināta organisma apgāde ar skābekli ir vajadzīgs skābekļa aparāts jeb skābekļa

¹³³ Council Recommendation of 8 June 2009 on an action in the field of rare diseases (2009/C 151/02) /COM/2014/0548 final/.

¹³⁴ Plūme I., "Diskriminācijai ir dzīvības cena" 25.04.2014.

¹³⁵ Turpat.

koncentrators. Tas bieži ir dzīvības, ne tikai veselības jautājums. Latvijā par valsts budžeta līdzekļiem nevienam cilvēkam šāda palīdzība netiek nodrošināta, un pacienti meklē visdažādākās iespējas “iegūt sev skābekli”, jo apmaksāt ne aparāta iegādi, ne īri nevar. Faktiski daudzu slimību pacienti ir atstāti vieni aci pret aci ar situāciju, ka viņiem vajadzētu normāli elpot, bet tas nav iespējams bez šīs ierīces. Šeit valsts vietā palīgā ir nākusi jau minētā biedrība (PHB), kas ieguldījusi vairāk nekā 18 000 eiro skābekļu aparātu iepirkumā, lai palīdzētu cilvēkiem. Tā ir dažādu ziedotāju nauda. Taču ar šiem pieticīgajiem ieguldījumiem visu pacientu vajadzības apmierināt nav iespējams un uz aparātiem veidojas rindas. Biedrības aprēķini liecina, ka valstij gadā vajadzētu veikt dažāda veida skābekļa aparātu iepirkumu par 70 000-100 000 eiro, lai apmierinātu visu to Latvijā dzīvojošo cilvēku vajadzības, kuriem slimības dēļ nepieciešams skābeklis. 2015.gadā pacientu organizācijas panākušas, ka Saeimas komisija iedalījusi budžetā papildus 40 000 eiro skābekļa aparātu iegādei.¹³⁶ Tātad rupji rēķinot vismaz pusei pacientu, kam aparāti nepieciešami, nāksies pagaidīt vai gādāt tos pašiem.

Kā galvenos primāri veicamos pasākumus šo problēmu risināšanai I.Plūme norāda īpašu reto slimību programmas iestrādi jaunajās politikas iniciatīvās, un normatīvo aktu regulējuma sakārtošanu nosakot Ārstniecības likumā vai Pacientu aizsardzības likumā, kas ir reta slimība atbilstoši Eiropas Komisijas regulai Nr.141/2000. Tāpat nepieciešams izveidot centralizētu reto slimību pacientu uzskaiti, kas palīdzētu noteikt izmaksas, kas nepieciešamas cilvēku aprūpei ar retām slimībām. Tas ļautu mērķtiecīgi plānot līdzekļus šai jomai. Turklāt ir nepieciešams izveidot atsevišķu sarakstu zāļu kompensācijai reti slimajiem bērniem un pieaugušajiem, ar kuru tiks radīts pārskatāms mehānisms līdzekļu administrēšanā.¹³⁷

Valsts atteikums Zanei līdzfinansēt plaušu transplantāciju radīja tik lielu visas sabiedrības un reto slimību pacientu organizāciju neizpratni, un radās cerība, ka valsts institūcijas beidzot ķersies pie reāliem uzlabojumiem reto slimību pacientu ārstēšanā. Tika panākta vienošanās, ka līdz 2014.gada nogalei Veselības ministrija un NVD apkopos informāciju par reto slimību pacientu skaitu Latvijā, diagnozēm, zāļu apmaksas pieprasījumiem un izmaksām, kā arī meklēs iespējas no valsts budžeta apmaksāt plaušu transplantāciju. Diemžēl, minētais tā arī palicis tukšu solījumu līmenī.

¹³⁶ Pāpārde I., “Smagu slimību pacientiem skābeklis jāirē”, Neatkarīgā rīta avīze, 9.06.2015.

¹³⁷ Publikācija – Ziņojums par pacientu tiesībām, Reto slimību pacientu ierosinājumi. Pieejams: <http://www.pacientuombuds.lv/lat/aktualitates/>; (skat. 13.01.2016.)

Apstiprinātā Nacionālā plāna reto slimību jomā darbības termiņš bija 2015.gada 31.decembris. Informācija par jauna plāna apstiprināšanu VM mājas lapā nav atrodamā, no kā secināms, ka tas joprojām nav ticis izstrādāts. Kā norāda I.Plūme: “VM ignorē šo jautājumu. [...] Parasti plānus izstrādā savlaicīgi, bet VM augstākā ierēdniecība un arī pats ministrs absolūti nav ieinteresēts šajā jautājumā.”¹³⁸

Pacientu organizācijas gan norāda arī iespējamās iemeslus, kāpēc šis jautājums gadiem ilgi netiek sakārtots, piesaucot staļinisma laika teicienu: “Nav cilvēku, nav problēmu”. Respektīvi, reto slimību ārstēšana nereti prasa pat ļoti lielus līdzekļus, un no šāda aspekta valdībai ir izdevīgāk uz to pievērt acis, lai nenāktos risināt jautājumu par papildu finansējumu vai reformām veselības aprūpes sistēmā.¹³⁹

Rīgas Stradiņa universitātes prof. Dz.Mozgis, raksturojot situāciju reto slimību diagnostikas jomā, norāda, “ka 80-90% gadījumu problēma nav konkrētā ārsta kompetencē, bet gan sistēmā, kuras rezultātā pacients ar reto slimību izkrīt “šim tīklam” cauri. Būtībā retās slimības ir eksāmens mūsu veselības politikai valstī – cik labi mēs ar šo jautājumu tiekam galā.”¹⁴⁰

4.3.3. Diskriminācija orgānu transplantācijas jomā?

Zanes gadījums aktualizēja plašāku diskusiju ne vien par problēmām reto slimību ārstniecībā, bet arī par nerisinātām problēmām saistībā ar orgānu, tai skaitā plaušu, transplantāciju.

Uz jautājumu, vai Latvijā līdzās nieru, aizkuņģa dziedzera, sirds un aknu (to pirmā un pagaidām vienīgā transplantācija veikta 2011. gadā) pārstādīšanai vajadzētu attīstīt arī plaušu transplantāciju, Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas Ķirurģijas klīnikas vadītājs prof. Jānis Gardovskis atbild: “Nedomāju, ka to vajadzētu darīt”. “Plaušu transplantācijas ir ļoti sarežģītas operācijas, kuru veikšanai nepieciešama pieredze un attiecīga aparatūra. Latvijā tādas operācijas gadā būtu nepieciešamas vien kādiem diviem pacientiem, tādēļ pareizāk to saņemšanā kooperēties ar kādu Eiropas valstu transplantāciju centru, kam šāda veida operācijās ir pieredze un arī labi rezultāti.”¹⁴¹

¹³⁸ I.Plūmes e-pasts 17.07.2015

¹³⁹ Bērziņa A., “Vienkāršāk pievērt acis, nevis skatīties ilgtermiņā”,// Diena, 10.07.2015.

¹⁴⁰ Turpat.

¹⁴¹ Hailova A. “Ērgļenietes Zanes nelaime liek ķerties pie uzlabojumiem reto slimību ārstēšanā”, Lauku Avīze, 07.03.2014.

Slovēnijā, kur līdzīgi kā Latvijā ir apmēram divi miljoni iedzīvotāju, nieru, aknu, sirds, radzeņu transplantācijas veic Universitātes medicīnas centrā Ļubļanā un Mariborā (radzenes), bet plaušu transplantācijas – Vīnes Universitātes klīnikā (Austrija), bērniem aknu (daļējās transplantācijas) - Bergamo (Itālija), taču gaidīšanas rindu un pacientu sagatavošanu plaušu un bērniem aknu transplantācijai, kā arī ārstēšanu pēc operācijas nodrošina Universitātes medicīnas centrs Ļubļanā. Čehijā, kur dzīvo vairāk nekā 10 miljoni iedzīvotāju, četri transplantācijas centri specializējušies nieru, bet trīs centri arī plaušu, sirds, aknu un aizkuņģa dziedzera pārstādīšanas operācijās.¹⁴²

Labi rezultāti plaušu transplantācijā ir Tartu Universitātes klīnikā (Igaunija), Lietuvā, Baltkrievijā, kur tā maksā apmēram 30 tūkstošus eiro, Igaunijā – 50 tūkstošus eiro. Čehijā tā maksā apmēram 40 tūkstošus eiro, bet Vīnes klīnikā – 120 – 150 tūkstošus eiro. Zanes pulmonālā arteriālā hipertensija jau bija tik smaga, ka viņai plaušu transplantācija bija iespējama tikai Vīnes klīnikā.¹⁴³

Prof. J. Gardovskis atzīst, ka Latvijā noteikti vajadzētu atjaunot aknu transplantācijas. Daudz pacientu slimo ar smagām aknu kaitēm, C hepatītu, cirozi u. c. Ik gadu šādas operācijas būtu nepieciešamas 20 – 30 pacientiem. Latvijā aknu transplantācijas vidējās izmaksas varētu būt 30 – 50 tūkstoši eiro. Prof. J.Gardovskis nav zaudējis cerību, ka šīs operācijas tiks atjaunotas, jo tam ir viss nepieciešamais. “Taču neesam avantūristi un gaidām skaidru atbildi, vai un cik daudz valsts tam atvēlēs finansējumu. Pēc tam atjaunosim gaidīšanas rindu uz aknu transplantāciju un sāksim veikt analīzes pacientiem”.¹⁴⁴

Pašlaik aknu pārstādīšanas metode, tāpat kā plaušu transplantācija, nav iekļauta valsts kompensējamo pakalpojumu klāstā, tādēļ ne Latvijā, ne pacientiem, kas to varētu saņemt ārvalstīs, tā netiek apmaksāta (izņemot bērnus).

Toties sirds transplantācijām valsts 2014.gadā no budžeta piešķīrusi aptuveni 60 tūkstošus eiro. Vienas sirds transplantācijas izmaksas “Stradiņos” ir apmēram 29 tūkstoši eiro. No 2002. līdz 2014. gadam jaunu sirdi saņēmuši 16 pacienti, un arī 2014.gadā, pēc sirds ķirurga profesora Romana Lāča teiktā, bija “ietāmētas divas sirds

¹⁴² Turpat.

¹⁴³ “Ērgļēniete Zane Lazdiņa pēc plaužu transplantācijas atgriezusies mājās”//Lauku Avīze, 24.07.2014.

¹⁴⁴ “Pagājušā gadā veiktas 2 sirds un 51 nieru transplantācija”, LETA, 24.05.2015.

transplantācijas”. Ik gadu valsts atvēl līdzekļus vidēji 55 nieru transplantācijām. 2014.gadā no valsts budžeta tika apmaksātas 51 šāda operācija.¹⁴⁵

Profesors prognozē, ka drīzumā situācija transplantācijas jomā Latvijā varētu mainīties uz labo pusi, jo tiesību aktos un reālajā dzīvē tiks ieviestas ES transplantācijas direktīvas stingrās prasības visai transplantācijas procesa ķēdei un veikta transplantāciju centru sertifikācija.

No iepriekš teiktā jāsecina, ka orgānu transplantācijas jomā šobrīd saskatāma valsts nepamatota atšķirīga attieksme pret indivīdu Satversmes 111.panta un 91.panta tvērumā. No ārstu viedokļa, protams, ir apsveicami, ka valsts primāri paredz līdzekļus ārstniecībai tajās jomās, kurās Latvijai jau ir labs profesionālais un materiāli tehniskais nodrošinājums. Tomēr no pacientu viedokļa, tas nebūt tā nav. Cilvēkam, kuram ir nepieciešama plaušu transplantācija, konkrētā situācijā ir vienalga, ka valsts atbalsta un ir paredzējusi apmaksāt sirds transplantācijas. Ja salīdzina plaušu transplantācijas izmaksas Baltkrievijā vai Igaunijā ar sirds vai aknu transplantācijas izmaksām Latvijā, būtiska atšķirība finansiālā ziņā nav saskatāma. Tad rodas jautājums, kāpēc valsts šķiro pacientus pēc diagnozēm un dažiem ārstēšanos nodrošina, bet citiem tai pat laikā atsaka un pakļauj to dzīvības apdraudējumam? Šāda situācija liecina par nepamatotu atšķirīgu attieksmi no tiesiskās vienlīdzības viedokļa, tādejādi nav atbilstoša cilvēktiesību normām (Satversmes 91.pants) un ir novēršama.

Prof. Gardovskis ir pāliecināts, ka “integrējot medicīnā ES standartus, Latvija vairs nevarēs dalīt cilvēkus grupās un vieniem piešķirt finansējumu transplantācijai, bet citiem – ne.”¹⁴⁶ Viņa teiktais apliecina, ka arī ārsti apzinās šī brīža normatīvā regulējuma trūkumus un nevienlīdzīgo attieksmi pret pacientiem, tomēr ir saprotams, ka viņu galvenais uzdevums ir nodarboties ar ārstniecību, nevis ar normatīvā regulējuma sakārtošanu. Tas jāveic atbildīgajai ministrijai.

Apskatītie individuālie piemēri un vispārējās problēmas reto slimību un orgānu transplantācijas jomā kopumā liecina, ka pat tādos gadījumos, kuros izšķiras cilvēka dzīvības jautājums, valsts politikas noteicēju pieeja problēmu risināšanai ir vienkāršota – noteikumi neparedz, tātad – nepienākas. Uz jautājumu, kāpēc noteikumi neparedz, atbilde arī ir vienkārša – nav finansējuma, bet esošais paredz “primāri jānodrošināt plašākas sabiedrības intereses”. Kādas ir šīs intereses? To uzskatāmi

¹⁴⁵ Hailova A. “Ērgļēnietes Zanes nelaime liek ķerties pie uzlabojumiem reto slimību ārstēšanā”, Lauku Avīze, 07.03.2014.

¹⁴⁶ Turpat.

parāda lielā ziedotāju atsaucība gadījumos, kad cilvēka dzīvība vai veselība ir apdraudēta. Nepieciešamie līdzekļi tiek saziesti bez liekas kavēšanās. Sabiedrību interesē, lai katrā individuālā gadījumā cilvēkam tiktu sniegta nepieciešamā palīdzība. Tā ir pārlicība, par kuru viņi ir gatavi maksāt divreiz – vispirms, samaksājot nodokļus, un tad arī katrā individuālā gadījumā, kad valdības noteiktajā regulējumā kaut kas līdz galam nav paredzēts.¹⁴⁷ Šī ir diezgan pretrunīgi situācija. No vienas puses valsts pamatlikums paredz, ka valsts garantē vizmaz minimālo veselības aprūpi ikvienam un no otras puses, valdības piedāvātais risinājums ir problemātisko gadījumu atstāšana pašu indivīdu vai sabiedrības ziņā. Šī pretruna viennozīmīgi liek domāt, ka veselības aprūpes konstitucionālās garantijas vismaz šobrīd Latvijā ir mīts, nevis realitāte. Tās kontekstā būtiski atgādināt ANO Komitejas SPESKT Vispārējā komentārā Nr.14 ietverto skaidrojumu, ka ir svarīgi nošķirt valsts nevēlēšanos no nespējas izpildīt 12.panta noteiktos pienākumus.

4.4. Risinājumu meklējumi, plāni, projekti un to izvērtējums

Kā secināms no 4.2.nodaļā sniegtā vispārējā raksturojuma un 4.3.nodaļā apskatītajiem konkrētajiem piemēriem, Latvijas veselības aprūpes sistēma nenodrošina atbilstošu pieejamību un finansiālo risku aizsardzību ikvienam. Valsts budžetā iedalīto finansiālo resursu nepietiekamība liek valsts pārvaldei domāt par veidiem, kā uzlabot veselības aprūpes sistēmas efektivitāti un mazināt tās atkarību no pacientu tiešajiem maksājumiem, kurus viņi bieži tāpat nevar atļauties.¹⁴⁸

Ministru kabineta rīkojumā Nr. 84 (16.02.2012) “Valdības rīcības plāns Deklarācijas par Valda Dombrovska vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību īstenošanai” tika lemts, ka “veselības aprūpes valsts budžets gadā tiek palielināts vismaz par 0,25% no IKP, sasniedzot rādītāju – veselības aprūpes valsts budžets – 4,5% no IKP 2014.gadā”. Kā vērtē Latvijas veselības un sociālās aprūpes darbinieku arodbiedrības (LVSADA) priekšsēdētājs Dr.Habil.med. V.Keris, šis solījums nav izpildīts: saskaņā ar Veselības ministrijas datiem, veselības aprūpes valsts budžets 2014.g. bija vien 3,06% no IKP¹⁴⁹. Apmēram tāds pats procentos no IKP tas bija palicis arī 2015.gadā. Tāpat viņš norāda: “Labāk ar solījumu pildīšanu ir veicies Laimdotai Straujumai: 2014.g. veselības aprūpei patiešām tika papildus piešķirti 10

¹⁴⁷ Rožkalns R., “Tiesības uz veselības aprūpi – garantētas, bet bez garantijas”// Diena, 20.06.2014.

¹⁴⁸ MK 14.10.2014. rīkojums Nr.589 “Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014. – 2020.gadam”; 74.lpp. Pieejams: <http://polsis.mk.gov.lv/documents/4965> (skat. 12.12.2015)

¹⁴⁹ Turpat, 73.lpp.

milj. eiro, kamēr 2015.g. solīto 40 milj. vietā tika papildus piešķirti tikai 30 milj. eiro.”¹⁵⁰ 2014.gada 14.oktobrī MK apstiprināja “Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.-2020.gadam” (Pamatnostādnes). Saskaņā ar šo plānošanas dokumentu sabiedrības veselības politikas virsmērķis ir palielināt Latvijas iedzīvotāju veselīgi nodzīvoto mūža gadu skaitu un novērst priekšlaicīgu nāvi, saglabājot, uzlabojot un atjaunojot veselību. Tā ietvaros plānots līdz 2020.gadam par trim gadiem palielināt veselīgi nodzīvoto mūža gadu skaitu (2020.gadā sasniegt 57 gadus vīriešiem un 60 gadus sievietēm) un par 11 % samazināt potenciāli zaudēto mūža gadu (līdz 64 gadu vecumam) rādītāju.¹⁵¹ Veselības ministrija 2014.gadā atbilstoši Pamatnostādnēm bija pieprasījusi papildus 109 milj. eiro.¹⁵² Kā redzams, starpība starp vēlamo un reālo ir ievērojama. Runājot par 2016.gada budžetu, veselības ministrs G.Belēvičs norāda, ka “Valsts atvēl līdzekļus veselības nozarei nevis atbilstoši vajadzībām, bet gan atbilstoši savām iespējām,” un ar budžetā paredzēto papildus naudu – aptuveni 12 miljoniem eiro – pietiks vien dažu prioritāšu īstenošanai. “Attiecībā par nākamā gada budžetu – tas būs izdzīvošanas budžets. Lai arī skaitļos tas būs nedaudz lielāks par 2015.gada budžetu, šie 12 miljoni eiro aizies tikai divām vajadzībām. 7,7 miljoni eiro aizies valsts galvoto kredītu atmaksai un vēl mums ir nedaudz virs 4 miljoniem C hepatīta un HIV/AIDS kompensējamiem medikamentiem.”¹⁵³ 2016.g. un 2015.g. veselības aprūpes budžeta kopējos izdevumus un to sadalījumu pa atsevišķām pozīcijām skatīt Pielikumā Nr.1.¹⁵⁴ Bez tam veselības ministrijai 2016.gadā piešķirti papildu 10 miljoni eiro ārstniecības personu un pārējo veselības aprūpes sistēmā nodarbināto darba samaksas nodrošināšanai atbilstoši minimālās mēneša darba algas pieaugumam no 360 eiro līdz 370 eiro. Reaģējot uz šo budžeta pieņēmēju lēmumu, LVSADA vadītājs V.Keris norādījis – lai gan papildu nauda jeb vairāk par solītajiem 10 miljoniem eiro mediķu algu pieaugumam nav saņemta, arodbiedrība pagaidām tomēr izlēmusi nestreikot.¹⁵⁵

¹⁵⁰ V.Keris, e-pasts, 03.07.2015.

¹⁵¹ MK 14.10.2014. rīkojums Nr.589 “Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2014. – 2020.gadam kopsavilkums”; 3.lpp. Pieejams: <http://polsis.mk.gov.lv/documents/4965> (skat. 12.12.2015)

¹⁵² V.Keris, e-pasts, 03.07.2015.

¹⁵³ Fridrihsone M. “Budžets 2016: Pie papildu naudas nākamgad tiks gandrīz visas ministrijas”, Pieejams: <http://www.lsm.lv/lv/raksts/zinju-analize/zinas/budzets-2016-pie-papildu-naudas-nakamgad-tiks-gandriz-visas-ministrijas.a148847/> (skat. 16.01.2016.)

¹⁵⁴ Pieejams: <http://www.v.m.gov.lv/lv/ministrija/budzets/> (Skat.13.01.2016.)

¹⁵⁵ Prioritārās jomas – izglītība un veselības aprūpe – pieņemtajā 2016.g. LV budžetā nav pamanāmas naudas izteiksmē. Pieejams: <http://www.protesti.lv/prioritaras-jomas-izglitiba-un-veselibas-aprupe-pienemtaja-2016-gada-lv-budzeta-nav-pamanamas-naudas-izteiksme/> (skat. 12.12.2016.)

Pamatnostādnēs paredzētais budžeta līdzekļu palielinājums veselības aprūpei ir balstīts uz mērķi 2020.g. sasniegt 4,0% no IKP. LVSADA to uzskata par nepietiekamu, jo Pasaules Veselības organizācija ir ieteikusi Latvijai jau 2014.g. šajā pozīcijā sasniegt 5,0% no IKP. Vienlaikus jāatzīmē, ka arī šo pieticīgāko Pamatnostādņu grafiku gan valdība, gan Saeima pagaidām ignorē (skat. iepriekš).¹⁵⁶

Lai arī iepriekš minētie fakti saistībā ar finansējuma nodrošināšanu veselības aprūpes sistēmai kopumā rada pamatotas bažas par valsts spēju garantēt Satversmes 111.pantā paredzēto cilvēktiesību realizēšanu, jāmin un jāvērtē daži soļi, kurus Latvijas valdība un VM spērusi, lai situāciju uzlabotu.

Kā jau minēts, 2012.gada februārī tika apstiprināts valdības rīcības plāns un 2013.gada 16.aprīlī MK apstiprināja veselības obligātās apdrošināšanas koncepciju, kura paredzēja svarīgas izmaiņas veselības aprūpes finansēšanas jomā, sasaistot plānveida veselības aprūpes saņemšanu ar “veselības nodokļa” nomaksu. Plāns jaunākajā variantā paredzēja ieviest vispārēju obligāto veselības apdrošināšanas sistēmu, taču par to nebūtu jāmaksā tiem, kuri maksā iedzīvotāju ienākumu nodokli. Savukārt pārējiem būtu iespēja “pašapdrošināties”.

Iepazīstoties ar veselības aprūpes reformas plānu, pret to iebilda Eiropas Savienības tiesas tiesnesis, prof., Dr.iur.h.c. E.Levits, vērtējot konstitucionāli-tiesisko problemātiku no sociāli atbildīgas valsts virsprincipa viedokļa. Kā viņš atzina, tad šīs reformas sekas būtu, ka ievērojama daļa Latvijas iedzīvotāju (kas nav nodokļu maksātāji un nepieder arī pie speciālām izņēmuma kategorijām), kam finansiāli nebūtu pa spēkam “pašapdrošināties”, faktiski tiktu izslēgti no regulārās veselības aprūpes. Tas tad tiktu arī uzskatīts par šīs reformas panākumu.¹⁵⁷ Prof.E.Levits norādīja, ka “plāns acīmredzami jauc divas dažādas lietas – nodokļu maksāšanu un (obligāto) veselības apdrošināšanu. Tas rada virkni konstitucionāli tiesisku problēmu.” Viņa vērtējumā plāns savā sociālajā aspektā ir arī grūti savietojams ar Eiropas Savienības politiku un tiesībām sociālajā jomā. Galvenais, ko prof. E.Levits uzsvēra, ka plāns ir pretrunā ar Satversmes 1.pantā ietverto sociāli atbildīgas valsts virsprincipu, kas nosaka, ka valsts politikai jābūt vērstai uz sociālo izlīdzinājumu. Sociālais izlīdzinājums nozīmē materiālo (un daļēji arī nemateriālo) labumu pārdali virzienā no turīgākajiem uz trūcīgākajiem. Lai arī šis princips atstāj šīs politikas intensitāti valsts

¹⁵⁶ V.Keris, e-pasts, 03.07.2015.

¹⁵⁷ E.Levits, “Par veselības aprūpes reformas plānu, kas paredz izslēgt no veselības aprūpes sistēmas valsts trūcīgākos iedzīvotājus”, IX Bīriņu Konstitucionālās politikas semināra materiāli, Publisko tiesību institūts, Bīriņi, 25.-27.jūlijs 2012.

ziņā (bet tomēr nosakot zināmas minimālas robežas tā, lai valsts šo principu nevar pilnībā ignorēt), tas katrā ziņā nepieļauj labumu pārdali virzienā no trūcīgākajiem uz turīgākajiem, lai turīgākajiem paliktu vairāk.¹⁵⁸

Neskatoties uz kritiku, jau 2013.gada novembrī likumprojekts “Veselības aprūpes finansēšanas likums” bez īpašiem uzlabojumiem tika nodots izskatīšanai Saeimā. Likumprojekta 1.pantā noteiktais mērķis bija veicināt veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai nepieciešamā finansējuma piesaisti. Faktiski tas paredzēja ieviest veselības obligāto apdrošināšanu, sasaistot to ar iedzīvotāju ienākuma nodokļa samaksu. Šim regulējumam tika veltīti 13 no 17 likuma pantiem. Citiem jautājumiem, kuru regulējums šobrīd veselības aprūpes jomā iztrūkst un būtu īpaši svarīgs, bija atvēlēti tikai trīs panti. Tajos noteikti Veselības aprūpes finansējuma avoti un apmērs (2.pants), Valsts finansētie veselības pamatpakalpojumi (3.pants) un personu loks, kuriem ir tiesības uz valsts finansētajiem veselības aprūpes pamatpakalpojumiem. Pozitīvi šī likumprojekta sakarā vērtējams mēģinājums pirmo reizi likumdevēja līmenī definēt, kādi ir valsts finansētie veselības aprūpes pamatpakalpojumi jeb kas ir Satversmes 111.pantā noteiktais medicīniskās palīdzības minimums. Kā valsts garantētie pakalpojumi, kas būtu pieejami ikvienam neatkarīgi no nodokļu nomaksas fakta un apjoma, likumprojekta 3.pantā bija paredzēti 1) neatliekamā medicīniskā palīdzība, 2) plānveida veselības aprūpe pacientiem noteiktu diagnožu vai veselības stāvokļu noteikšanai un ārstēšanai, 3) ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācija.

Gandrīz vienlaikus ar likumprojekta virzīšanu uz Saeimu 2013.gada 22.oktobrī uz pirmo sēdi sanāca Tiesībsarga Konsultatīvā padome veselības aprūpes jomā.¹⁵⁹

Tiesībsarga konsultatīvās padomē veselības aprūpes jomā darbojošies mediķi vērsa uzmanību, ka norādītajā likumprojekta pantā nav iekļautas visas nepieciešamās diagnozes. Minētais uzskaitījums ir nepilnīgs, pastāv tikpat smagas un dzīvībai bīstamas diagnozes un stāvokļi, kas šajā pantā nav uzskaitīti, piemēram, minot sirds un asinsvadu slimības, kas ir visbiežākais mirstības iemesls Latvijā (aritmijas, sirds vārstuļu problēmas); smagi reimatoloģiskie pacienti, gastroenteroloģiskie pacienti,

¹⁵⁸ Turpat.

¹⁵⁹ Tiesībsarga konsultatīvās padomes veselības aprūpes jomā sēdes protokols, 22.10.2013. Pieejams: <http://www.tiesibsargs.lv/par-mums/konsultativas-padomes/veselibas-aprupes-joma> (Skat. 24.11.2015).

ģenētisko slimību grupas). Līdz ar šādu nepilnību atkal tiktu pavērta iespēja nepamatotai diskriminācijai veselības aprūpes nodrošināšanā.¹⁶⁰

2014.gada sākumā tiesībsargs iestājās pret likumprojekta „Veselības aprūpes finansēšanas likums” turmāku virzību, uzskatot, ka piedāvātais regulējums nav atbilstošs Satversmes 91.pantam, jo atstāj ārpus valsts garantētās veselības aprūpes personas ar neregulāriem, sezonāliem ienākumiem.¹⁶¹

Tiesībsargs norādīja, ka nav skaidri šādas reformas mērķi un lietderība. Tāpat nav skaidri ieguvumi, ja nozares eksperti ir atzinuši, ka jaunais regulējums papildus finansējumu nozarei kā tādai nedos. Veselības aprūpes kvalitāti nedrīkst paaugstināt uz tā rēķina, ka noteiktai daļai iedzīvotāju šis pakalpojums tiek liegts vispār.¹⁶²

Ar šādu tiesisko regulējumu pastāvētu risks, ka jebkura medicīniskā palīdzība, tai skaitā arī neatliekamā, var tikt „kvotēta”, noteikts pacienta līdzmaksājums, kā rezultātā var tikt apdraudēts Satversmes 111.pantā noteiktais valsts pienākums garantēt ikvienam medicīniskās palīdzības minimumu. Nav pieļaujams neatliekamās medicīniskās palīdzības apjoma noteikšanu deleģēt Ministru kabinetam. Veselības aprūpes pamatpakalpojumiem principu līmenī, ko ikvienam garantē valsts, ir jābūt skaidri noteiktiem likumā, un likumdevējs nedrīkst konstitucionāla ranga vērtību pilnībā deleģēt MK, skaidri neiezīmējot pakalpojumu apjomu un pieejamību.¹⁶³

Nemot vērā atziņu, ka viena no sabiedrības veselībai svarīgām veselības politikas iezīmēm ir visaptveroša pakalpojumu pieejamība un zemi līdzmaksājumi primārajā veselības aprūpē, tiesībsarga skatījumā, pamatpakalpojumu klāstā ir jābūt arī primārajai veselības aprūpei. Viņa izpratnē likumā būtu jābūt noteiktām arī mazāk aizsargāto iedzīvotāju kategorijām (bērni, trūcīgas personas, personas ar invaliditāti, politiski represētas personas u.c.), kuras valsts ir apņēmusies īpaši aizsargāt.¹⁶⁴ No pacienta iemaksas atbrīvotās kategorijas šobrīd ir noteiktas valdības izdotajos noteikumos.

¹⁶⁰ Tiesībsarga konsultatīvās padomes veselības aprūpes jomā sēdes protokols Nr.2, 05.11.2013. Pieejams: http://www.tiesibsargs.lv/files/content/konsultativa_padome_Veselibas_aprupe_Protokols_05112013.pdf (Skat. 24.11.2015.).

¹⁶¹ Tiesībsarga vēstule LR Saeimai “Par likumprojektu “Veselības aprūpes finansēšanas likums”, Nr.1-8/2, 29.01.2014., 3.lpp.

¹⁶² Tiesībsarga gada ziņojums 2014, Rīga, 2015, 102.lpp.

¹⁶³ Turpat.

¹⁶⁴ Starfield B., Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity and efficiency of health services. SESPAS report 2012., Gac Sanit. 2012. Doi:10. 1016/j.gaceta 2011.10.009, citēts Tiesībsarga vēstule LR Saeimai “Par likumprojektu “Veselības aprūpes finansēšanas likums”, Nr.1-8/2, 29.01.2014., 3.lpp., 5.lpp.

Tiesībsargs vērsa Saeimas uzmanību uz to, ka: “ar Likumprojektu netiek radīta lielāka tiesiskā skaidrība, proti, joprojām nav atbildes uz jautājumiem: kādi veselības aprūpes pakalpojumi, kādā apmērā, ar kādu pacienta līdzmaksājumu un kādā termiņā personām būs pieejami saslimšanas gadījumā. Tomēr prognozējams, ka valsts finansētie veselības aprūpes pakalpojumi nebūs pieejami vismaz 100 tūkstošiem Latvijas iedzīvotāju.” Tādējādi tiesībsargs neatbalstīja likumprojekta tālāku virzību.

Analizējot esošo situāciju, tiesībsargs secināja, ka nav pieļaujams, ka valsts garantē tikai neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādes pakalpojumus un ambulatori sniegtā neatliekamā medicīniskā palīdzība jau ierobežota ar noteiktu pacienta līdzmaksājumu. Jau šobrīd Ministru kabinets ir pārkāpis deleģējuma robežas, nosakot, ka par ambulatori sniegtiem neatliekamās medicīniskās palīdzības pakalpojumiem ir maksājama pacienta iemaksa.¹⁶⁵

Likumprojekta apspriešanas gaitā konstatēts, ka daudzas nozari pārstāvošās nevalstiskās organizācijas ir izteikušas kritiku par likumprojektu un tā tālākas virzības lietderību, norādot: pieņemot likumu piedāvātajā redakcijā, pastāv augsts risks pieaugt ielaisto slimību un tam sekojošas invaliditātes rādītājiem, neatliekamās palīdzības izsaukumu skaitam, kas ilgtermiņā sabiedrībai izmaksās daudz vairāk.

Tā piemēram, Latvijas Ģimenes ārstu asociācija savā atzinumā asi kritizēja jauno likumprojektu norādot, ka tas nerisinās veselības aprūpes finansējuma trūkuma problēmu, un vienlaikus liegs daļai Latvijas sabiedrības valsts apmaksātu veselības aprūpi un nevajadzīgi noslogos ārstniecības personas ar pacientu piederības pārbaudi noteiktām (no samaksas atbrīvotām) iedzīvotāju kategorijām.¹⁶⁶

Latvijas ārstu biedrības prezidenta P.Apiņa vērtējumā likums ticis apzināti radīts tik nepilnīgs, lai vienkārši to nebūtu iespējams pieņemt. Viņš norāda, ka darbs pie likumprojekta izstrādes, viņa izpratnē, ir bijusi darbības imitācija. Nozares speciālistu izteiktie priekšlikumi likumprojekta strukturēšanai un pilnveidei noraidīti. Viņš prognozēja, ka pirms gaidāmajām parlamenta vēlēšanām 2014.gada rudenī valdošā partija, kuras ministrs vadīja veselības nozari, šādu nozarē asi kritizētu likumprojektu tālāk nevirzīs un pēc vēlēšanām visticamāk, ka šī partija izvairīsies

¹⁶⁵ Tiesībsarga vēstule LR Saeimai “Par likumprojektu “Veselības aprūpes finansēšanas likums”, Nr.1-8/2, 29.01.2014., 5.-6.lpp.

¹⁶⁶ Turpat, 5.-6.lpp.

uzņemt atbildību par veselības ministrijas vadību.¹⁶⁷ Viņa prognozes piepildījās un veselības ministrija nonāca citas partijas “pārziņā”.

Jaunais veselības ministrs G.Belēvičs 2015.gada vasarā puda viedokli, ka Obligāto veselības apdrošināšanu Latvijā varētu ieviest pēc aptuveni trīs gadiem, kad valsts veselības aprūpei no iekšzemes kopprodukta (IKP) atvēlēs vismaz 4,5%. Ministrs G.Belēvičs skaidroja, ka Obligātā veselības apdrošināšanas modelis nevar strādāt, ja valstī veselības aprūpei no IKP tiek atvēlēti vien 3%. Šāds modelis varētu darboties, ja veselībai tiktu atvēlēti 4,5% vai 5% un norādīja, ka “Mēs roku rokā ar Finanšu ministriju dodamies virzienā, lai obligāto veselības apdrošināšanu ieviestu.”¹⁶⁸

2015.gada nogalē demisionējušās valdības Ministru prezidente L.Straujuma atzina, ka “vēsturiski veselības nozare ir kļuvusi par vienu no nesakārtotākajām nozarēm. Tādēļ 2016.gadā tā ir viena no prioritātēm” un paziņoja, ka valdības 2016.gada lielais darbs ir obligātā veselības apdrošināšana.¹⁶⁹

To, ka šā brīža valdības negrozāma apņemšanās ir kārtējā reforma veselības aprūpes finansēšana, apliecina arī 2015.gada 26.novembrī izdots Veselības ministra rīkojums Nr.173 Par darba grupas izveidi “Par priekšlikumiem veselības apdrošināšanas obligāto iemaksu ieviešanai”. Par konkrētām reformas aprisēm veselības ministrs pagaidām komentāros ir atturīgs.¹⁷⁰

Latvijas Ārstu biedrība (LĀB) daudzkārt uzstājusi uz veselības aprūpes likumdošanas sakārtošanu, uzskatot, ka nepieciešami divi “jumta” likumi – jau esošais Ārstniecības likums un Sabiedrības veselības likums. Kā atzinis LĀB prezidents P.Apinis, ārstniecības finansēšanas kārtību varētu iestrādāt arī Ārstniecības likumā, bet gadījumā, ja likumdevēji uzskata, ka nepieciešams jauns Veselības finansēšanas likums, veidojot likumu, kas ne tikai nosaka naudas iekasēšanas mehānismu, bet naudas tērēšanas regulas, ko šobrīd nosaka pārlieku sarežģīti un bieži grozīti MK noteikumi.¹⁷¹

¹⁶⁷ Latvijas Ģimenes ārstu asociācijas atzinums par likumprojektu “Veselības aprūpes finansēšanas likums”, Nr.155, 05.11.2013., Pieejams: <http://www.lгаа.lv/?q=node/113> (Skat. 04.12.2015).

¹⁶⁸ “Belēvičs: Obligāto veselības apdrošināšanu varēs ieviest, kad veselībai atvēlēs 4,5% no IKP”, Pieejams: <http://www.diena.lv/latvija/viedokli/belevics-obligato-veselibas-apdrosinasana-vares-ieviest-kad-veselibai-atveles-4-5-proc-no-ikp-14105040> (Skat. 19.01.2016.).

¹⁶⁹ Pieejams: <http://www.la.lv/straujuma-valdibas-si-gada-lielais-darbs-obligata-veselibas-apdrosinasana/> (Skat. 10.01.2016.).

¹⁷⁰ “Pagaidām nekomentē, vai iecerētajai obligātajai veselības apdrošināšanai vajadzēs iedzīvotāju maksājumus”, 20.10.2015. Pieejams: <http://www.medicine.lv/raksti/pagaidam-nekomente-vai-ieveretajai-obligatajai-veselibas-apdrosinasanaivajadzeseiedzivotaju-maksaju> (Skat. 14.01.2016.)

¹⁷¹ P.Apinis “Veselības finansēšanas likums ir miris, lai dzīvo likums!”, 11.06.2014.

Šobrīd vienlaicīgi ar darbu pie veselības aprūpes finansēšanas reformas VM norit arī jauna Ārstniecības likuma projekta izstrādāšana. 2015.gada septembrī likumprojekts tika publicēts VM mājas lapā publiskai apspriešanai.¹⁷² Vērtējot šo likumprojekta sākotnējo variantu, jāatzīst, ka tas novērš virkni trūkumu, uz kuriem norādīts šajā pētījumā un kuri vēsturiski kā pārpratumi ieviesušies un jau vairāk kā gadu desmitu turpinājuši savu dzīvi veselības aprūpes normatīvajā regulējumā. No cilvēktiesību aizsardzības viedokļa raugoties, kā pozitīvi uzlabojumi, kas iestrādāti likumprojektā, jāatzīmē:

- 1) ar likumu tiek noteikta veselības aprūpes organizatoriskā pamatstruktūra (šobrīd regulējums tikai MK noteikumu līmenī);
- 2) precizēts regulējums attiecībā uz ārstniecības personu darbību un ārstniecības kontroli;
- 3) kā īpaši prioritāra izcelta bērna, grūtnieces un personas ar prognozējamu invaliditāti veselības aprūpe;
- 4) paredzēts regulējums attiecībā uz ārstniecības iestāžu kvalitātes pārvaldības sistēmu un ārstniecības metodisko vadību;
- 5) paredzēts veselības aprūpes pakalpojumu regulējums, kā arī noteikts pakalpojumu apjoms, kurš tiek apmaksāts no valsts budžeta līdzekļiem (šobrīd regulējums tikai MK noteikumu līmenī);
- 6) papildināts to personu loks, kam ir tiesības saņemt no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus, iekļaujot kā īpašu grupu patvēruma meklētājus un viņu bērnus.
- 7) paredzēts vispārīgs regulējums attiecībā uz retajām slimībām.

Kopumā vērtējot, VM iniciatīva beidzot uzsākt darbu pie normatīvās bāzes sakārtošanas ir ļoti apsveicama, tomēr projekts joprojām ir izstrādes stadijā un līdz pilnībai tam vēl garš ceļš ejams. Pēc tā publicēšanas jau vairāki sabiedrībā labi zināmi veselības aprūpes jomas eksperti ir izteikuši asu kritiku likumprojektam tā pašreizējā redakcijā. Tā, piemēram, Latvijas Ārstu biedrības prezidents P.Apinis ir norādījis uz vairākām nepilnībām¹⁷³, kā arī Dr.S.Olsena sociālos tīklos komentējusi “Es ieteikti

¹⁷² Ārstniecības likums. Likumprojekts 18.09.2015, Pieejams: http://www.vm.gov.lv/lv/aktualitates/sabiedribas_lidzdaliba/publiska_apsriesana_noslegusies/ (Skat.29.01.2016)

¹⁷³ P.Apinis “Par veselības ministrijas jaunradīto Ārstniecības likumu”, 26.10.2015. Pieejams: <http://m.apollo.tvnet.lv/zinas/par-veselibas-ministrijas-jaunradito-arstniecibas-likumu/709437?> (Skat.29.01.2016).

atsaukt/uzrakstīt kvalitatīvu likumu!”.¹⁷⁴ Tas uz ko atliek cerēt, ka VM šī likuma turpmākas izstrādes gaitā spēs rast kompromisus starp dažādu grupu interesēm un, ieklausoties visu pušu viedokļos, radīt patiešām stabilu, likumdevēja akceptētu normatīvo pamatu turpmākai veselības aprūpes nodrošināšanai. Ieguvēji no tā būs ne tikai veselības aprūpes sistēma un sabiedrība kopumā, bet arī katrs indivīds atsevišķi.

¹⁷⁴ Pieejams: https://twitter.com/s_olsena/status/657557618077081600 (Skat.30.01.2016.)

5.nodaļa. Latvijas un Igaunijas veselības aprūpes garantiju salīdzinoša analīze

Iepriekšējās nodaļās secinātais par veselības aprūpes konstitucionālajām garantijām Latvijā rosina paraudzīties, kāda ir situācija šajā jomā citās valstīs, lai noskaidrotu, vai un kādi būtu citi iespējamie attīstības scenāriji. Ievērojot, ka visu trīs Baltijas valstu vēsturiskā, kā arī šī brīža ekonomiskā un politiskā attīstība ir samērā līdzīga, tad salīdzinošai analīzei būtu piemēroti izvēlēties kaimiņvalstis Lietuvu un Igauniju. Vadoties no pieejamās statistikas, secināms, ka Igaunija veselības aprūpes jomā šobrīd uzrāda labākus rezultātus par abām pārējām Baltijas valstīm un uzskatāma par sava veida labas prakses piemēru. Tāpēc tā izraudzīta tuvākai salīdzinošai izpētei. Nodaļas mērķis nav veikt pilnīgu Igaunijas veselības aprūpes sistēmas analīzi. Galvenā uzmanība tiks veltīta tiem aspektiem, kas apskatīti jau iepriekš, runājot par veselības aprūpes garantijām Latvijā, un kas ir salīdzināmi šī pētījuma kontekstā.

5.1. Vispārēji Igaunijas veselības aprūpes sistēmu raksturojoši aspekti

Igaunijas veselības aprūpes sistēmai raksturīga veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju nošķiršana no to finansētājiem, veselības aprūpes sniedzēju relatīva neatkarība savas darbības lēmumu pieņemšanā un veselības aprūpes sistēmas organizēšana caur ģimenes veselības centriem. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju nodalīšana no to finansētāja ir panākta ar neatkarīga Veselības apdrošināšanas fonda (IVAF) starpniecību, kuram nav tiešas saiknes ar medicīnas iestāžu pārvaldību (piemēram, pārstāvji no Veselības apdrošināšanas fonda netiek pārstāvēti slimnīcu valdēs). Šāda veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju un pakalpojumu apmaksātāju nošķiršana garantē objektīvus pakalpojumu apmaksas lēmumus, kas vērsti tikai uz apdrošinātā ārstēšanas vajadzību apmierināšanu, tādejādi nodrošinot veselības apdrošināšanas līdzekļu izmantošanu tikai tam paredzētajiem mērķiem.¹⁷⁵

Līdzekļi Igaunijas veselības aprūpes sistēmas finansēšanai pamatā tiek gūti no solidarām obligātās veselības apdrošināšanas iemaksām caur iezīmēta sociālā nodokļa daļu, kas kopumā nosedz aptuveni divas trešdaļas no kopējiem veselības aprūpes izdevumiem. Veselības apdrošināšanas sistēma paredz, ka 13% no sociālā nodokļa 33% apmērā tiek piešķirti veselības aprūpei, un nepieciešamības gadījumā tas tiek

¹⁷⁵ Eesti Haigekassa. Pieejams: <https://www.haigekassa.ee>

papildināts no valsts vai pašvaldības budžeta.¹⁷⁶ Sociālo lietu ministrija sedz neatliekamās medicīniskās palīdzības finansēšanas izdevumus par neapdrošinātām personām, kā arī par ambulatorajiem pakalpojumiem un sabiedrības veselības programmām, pamatojoties uz vispārējo nodokļu ieņēmumiem. Tiešie maksājumi veido aptuveni 20% no visiem veselības aprūpes izdevumiem, galvenokārt līdzmaksājumu formā par zālēm un zobārstniecību.¹⁷⁷

Kopumā ņemot, veselības apdrošināšanas sistēma iekļauj 95% no visiem iedzīvotājiem. Maksājumi ir saistīti ar nodarbinātību. Ne-maksājošā iedzīvotāju daļa (bērni, pensionāri utml.) ir gandrīz 50% no visiem apdrošinātajiem.¹⁷⁸

Valsts apmaksāto izdevumu rādītājs Igaunijā ir salīdzinoši augsts (starp centrāl- un austrum- Eiropas valstīm tikai Čehijā un Horvātijā ir augstāki), un nacionālais veselības plans paredz, ka “out-of-pocket” jeb tiešie maksājumi nevar pārsniegt 25% no kopējiem veselības aprūpes izdevumiem.¹⁷⁹ Šeit jāatgādina, ka Latvijā šis rādītājs 2010.g. sasniedza 38%, bet Latvijas plānošanas dokumentos ir fiksēts, ka šo tiešo maksājumu ierobežojumu 27,9% apmērā plānots sasniegt līdz 2020.g.¹⁸⁰ Kā redzams, tad Latvijā uz 2020.gadu iepļānotais apmērs ir augstāks, nekā Igaunijā jau šobrīd sasniegtais. Par Latvijas valdības pesimismu, attiecībā uz iedzīvotāju tiešo maksājumu sloga mazināšanu, liecina arī citi plānošanas dokumenti. Tā pašreizējā Latvijas valdības rīcības plānā ir iekļauts uzdevums Veselības ministrijai samazināt līdzmaksājumus par zālēm un ārstniecību, nosakot, piemēram, ka līdz 2017.gada 31.decembrim jāsamazina līdzmaksājums par ārstēšanos stacionārā no 13.52 eiro līdz 7.00 eiro (par dienu).¹⁸¹ Salīdzinot ar Igauniju, izrādās, ka tur jau šobrīd noteikta ar fiksēta pacienta iemaksa par ārstēšanos stacionārā līdz 2.50 eiro (līdz 10 dienām).¹⁸² Kā redzams, tad abās valstīs pacientiem noteikto maksājumu atšķirības ir ievērojamas.

Ieskatoties Eiropas Sociālo tiesību komitejas secinājumos, kļūst skaidrs, ka arī šeit Igaunija aizsteigusies Latvijai krietnu soli priekšā. Igaunija ratificēja ESH jau 2000.gada 11.septembrī un akceptēja Hartas papildus noteikumus 2012.gada 27.jūnijā.

¹⁷⁶ T. Lai, T. Habicht, K. Kahur, M. Reinap, R. Kiivet, E. van Ginneken. Estonia: health system review. Health Systems in Transition, 2013; 15(6), p.xvii.

¹⁷⁷ Turpat, p.xix.

¹⁷⁸ T. Lai, T. Habicht, K. Kahur, M. Reinap, R. Kiivet, E. van Ginneken. Estonia: health system review. Health Systems in Transition, 2013; 15(6), p.xvii.

¹⁷⁹ Turpat.

¹⁸⁰ Turpat, 93.lpp.

¹⁸¹ Latvijas valdības rīcības plāns 2015-2018, Ministru kabinets, 11.02.2015, 299/F rīcības solis.

¹⁸² Overview of health care system in Estonia.

Pēdējos Secinājumos par Igauniju, ar kuriem Komiteja nāca klajā 2014.gada janvārī, ir uzteikts sabiedrības augstais apmierinātības līmenis attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un to kvalitāti. Komiteja secināja, ka situācija Igaunijā atbilst gan ESH 11.panta 1.punktam, gan 13.panta 3.punktam,¹⁸³ kamēr Latvijas gadījumā tika secināts tieši pretējais (sk. 1.3.nodaļu).

Tagadējā (ceturkā) Igaunijas konstitūcija tika pieņemta referendumā 1992.gada 28.jūnijā.¹⁸⁴ Tās otrā nodaļa noteiktas cilvēku tiesības, brīvības un pienākumi. Līdzīgi kā LR Satversmes 111.pants arī Igaunijas konstitūcijas 28.panta pirmā daļa nosaka, ka “Ikvienam ir tiesības uz veselības aizsardzību.”¹⁸⁵ Igaunijas konstitūcijā ir nostiprinātas vispārīgas veselības aizsardzības tiesības un tādu personu tiesības saņemt valsts palīdzību, kurām norādīto iemeslu dēļ ir ierobežota iespēja patstāvīgi rūpēties par savu veselību.

Trīs centrālie likumi, kas regulē veselības aprūpi Igaunijā ir: Veselības apdrošināšanas likums¹⁸⁶, Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas likums¹⁸⁷ un Sabiedrības veselības likums.¹⁸⁸

Salīdzinot šajos likumos noteikto ar jau iepriekš apskatīto Latvijas normatīvo regulējumu, jāsecina, ka Igaunijas regulējums ir strukturēts ievērojami veiksmīgāk. Vispārējos veselības pakalpojumu garantēšanas jautājumus regulē Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas likums. Tajā skaidri definēta palīdzības sniegšanas organizācija trīs dažādos līmeņos – vispārējā medicīniskā aprūpe, neatliekamā medicīniskā aprūpe un specializētā medicīniskā aprūpe, kā arī regulēts katra šī līmeņa saturs, finansēšanas avoti, atbildīgās personas un to pienākumi. Tāpat ir sistēmiski nodalītas katras veselības aprūpē iesaistītās personas funkcijas. Bez tam likuma 4.nodaļā ir dots vispārīgs veselības aprūpes finansēšanas regulējums, kas detalizēti nosaka, kādi resursi ir pieejami un kurš par ko maksā sistēmas ietvaros. Šo centrālo likumu papildina Sabiedrības veselības likums, kas atsevišķi regulē sabiedrības veselības jautājumus, bet specifiskos finansēšanas jautājumus saistībā ar veselības apdrošināšanu regulē Veselības apdrošināšanas likums.

Kā jau minēts, tad Latvijā šobrīd iepretīm visiem šiem likumiem ir tikai viens Ārstniecības likums, kas, diemžēl, šādu pārskatāmu regulējumu nenodrošina. Latvijas

¹⁸³ ECSR Conclusions 2013, Estonia, January 2014, p.19.

¹⁸⁴ Estonica, Encyclopedia about Estonia.

¹⁸⁵ The Constitution of the Republic of Estonia, 28.06.1992.

¹⁸⁶ Health Insurance Act, (2002)

¹⁸⁷ Health Services Organization Act, (2002)

¹⁸⁸ Public Health Act (1995)

Ārstniecības likums, līdzīgi kā Igaunijas Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas likums, ir pārdzīvojis vairākas reformas. Rezultātā tas ir ticis daudzas reizes grozīts un papildināts. Apmēram ceturtdaļa likuma pantu jau ir zaudējuši spēku, un likums ir papildināts ar jauniem pantiem, kā piemēram, ar normām par elektronisko datu sistēmu e-veselību. Daudzie grozījumi varētu būt viens no iemesliem, kāpēc likums ir zaudējis iekšējo loģisko struktūru, un tā regulējums kļuvis grūti uztverams. Te gan jāpiebilst, ka vismaz skaita ziņā Igaunijas likums ir pārdzīvojis vairāk grozījumu nekā Latvijas likums, tomēr tā iekšējā loģiskā struktūra nav tikusi izjaukta. Ārstniecības likumā ir atrodamas atsevišķas vispārēja rakstura normas un savstarpēji nesaistīti panti, daudzos no kuriem kā vienīgais regulējums noteikts deleģējums valdībai regulēt atsevišķo jomu, pat nenoprecizējot deleģējuma apmēru¹⁸⁹. Iepriekš jau vairākkārt ticis minēts piemērs, kad šādas likumdevēja pieejas rezultātā, viss veselības aprūpes organizēšanas un arī finansēšanas regulējums ir pārceļojis uz zemāka spēka normatīvo aktu – Ministru Kabineta noteikumiem. Tādejādi likumdevēja kompetences jautājums šobrīd faktiski tiek regulēts valdības līmenī, līdz ar ko ir zudis konstitūcijā nostiprinātais institucionālais līdzsvars starp likumdevēju varu un izpildvaru. Kā sava veida paradoksu var minēt piemēru, kad, mēģinot novērst regulējuma trūkumu garīgās veselības jomā, Ārstniecības likumā starp vispārēja rakstura jautājumiem ir iestrādāts arī ļoti detalizēts speciālais regulējums par Psihiskām slimībām (IX nodaļa). Apjoma ziņā šis vienai specifiskai veselības aprūpes jomai veltītais regulējums šobrīd aizņem apmēram vienu trešo daļu no visa likuma, kamēr neatliekamās palīdzības jautājumiem likumā ir veltīts tikai viens teikums, bet tādi ikdienā bieži lietoti un ar veselības aprūpi saistīti pamatjautājumi kā ģimenes ārsts, primārā vai sekundārā veselības aprūpe likumā vispār netiek minēti. Neapstrīdot garīgās veselības jautājumu svarīgumu, tomēr jāsecina, ka vispārējā rakstura normatīvajā aktā šāds detalizēts speciālais regulējums saturiski neiederas un padara jau tā sadrumstaloto Ārstniecības likuma struktūru vēl nesaprotamāku un iekšēji nesabalansētu. Salīdzinājumam Igaunijā garīgās veselības jautājumus regulē atsevišķs Garīgās veselības likums,¹⁹⁰ tādejādi akcentējot gan jautājuma nozīmību, gan kopā ar pārējiem nozares likumiem veidojot saprotamu, savstarpēji saistītu un strukturētu vienas nozares likumdošanas aktu sistēmu.

Igaunijas veselības aprūpes sistēma ir atšķirīga no Latvijas, tāpēc nebūtu iespējams tiešā veidā izmantot Igaunijas normatīvo regulējumu kā paraugu. Tomēr

¹⁸⁹ Deleģējums Ministru Kabineta likumā dots vismaz 40 jautājumos.

¹⁹⁰ Mental Health Act (1997).

Igaunijas piemērs ar pārdomātu nozares normatīvo regulējumu kā pamatu veiksmīgai nozares sakārtošanai, ir labs pamudinājums arī Latvijā beidzot primāri sakārtot veselības aprūpes tiesiskā regulējuma jautājumus. Tam nepieciešams sistēmisks skatījums un mērķtiecīgi ieguldīts atbildīgās ministrijas ierēdņu, kā arī parlamenta deputātu darbs.

Papildus jāatzīst, ka jautājumi attiecībā uz tiesību uz veselību realizāciju caur tiesu praksi Igaunijā ir vienlīdz strīdīgi kā Latvijā (sk. 3.nodaļu).

Kā norādījuši igauņu tiesību zinātņu eksperti T.Annus un A.Nõmper "Tiesu sistēma un tiesas procedūras parasti ir paredzētas, lai aizsargātu kādas konkrētas prasītāja intereses. Veselības aprūpes finansēšanas lēmumi tiek saukti par "policentriskiem", kas nozīmē, ka tie ietver virkni dažādu savstarpēji konkurējošu, pat antagonisku interešu un vienotu tiesisko procedūru, kur atsevišķa prasītāja interesēm saskaroties ar atsevišķa atbildētāja interesēm būtu grūti nodrošināt, ka visas šīs intereses adekvāti tiek aizstāvētas tiesā. Svarīgākais apsvērums, kāpēc tiesas izvairās lemt par tiesību uz veselības aizsardzību, ir finansiālais. Tiesību aizsardzības līmenis varētu būt atkarīga no resursu pieejamības."¹⁹¹ Kā noskaidrojām iepriekš, arī Satversmes tiesa savās atziņās nonākusi pie līdzīga secinājuma.

Bez tam T.Annus un A.Nõmper arī atzīmē, ka gadījumos kad vien sociālo tiesību normas ir pietiekami skaidras ar iespēju tiesām tās piemērot konkrētai situācijai, tām ir visas tiesības to darīt. Arī ECT ir paudusi līdzīgu nostāju, prasot, lai valstis paredz iespēju tiesības uz veselības aizsardzību nodrošināt caur atbilstošu tiesību aizsardzības mehānismu.¹⁹²

Personām, kuras neaptver obligātā vai brīvprātīgā apdrošināšana Igaunijā, tiesības saņemt neatliekamo medicīnisko palīdzību bez maksas ir garantētas saskaņā ar Veselības aprūpes pakalpojumu organizācijas likumu. Tāpēc var uzskatīt, ka valstij ir sistēma, kas garantē finansiālo pieejamību veselības aprūpes pamatpakalpojumiem visiem. Tomēr Igaunijas tiesību eksperti vienlaikus saskata pretrunas jautājumā par to, kādā apmērā valstij būtu jāsniedz pakalpojumus trūcīgajām vai neapdrošinātajām personām; un kādā apmērā valstij jānodrošina aprūpi, kas prasa ārkārtas izmaksas ārstēšanai. Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas likums Igaunijā ar neatliekamo palīdzību saprot pakalpojumus, "kurus sniedz veselības aprūpes speciālisti

¹⁹¹ Nõmper A., Annus T., The Right to Health Protection in the Estonian Constitution, *Juridica International*, VII 2002, at http://www.juridicainternational.eu/public/pdf/ji_2002_1_117.pdf (kat. 24.11.2015)

¹⁹² Turpat, 120 lpp.

situācijās, kad palīdzības atlikšana vai nespēja nodrošināt palīdzību var izraisīt nāvi vai neatgriezenisku kaitējumu tās personas veselībai, kurai palīdzība nepieciešama.”¹⁹³ Šādi pasākumi var aptvert gan vienkāršas insulīna injekcijas, gan novest līdz sirds-plaušu transplantācijai un gēnu terapijai. Ņemot vērā, ka neatliekamajai medicīniskajai palīdzībai ir dzīvības saglabāšanas raksturs, šīs tiesības, šķiet, ir aizsargātas ar tiesībām uz dzīvību, nevis tiesībām uz veselības aizsardzību. T. Annus un A. Nömper norāda, ka “cilvēka dzīvībai ir ļoti augsta vērtība Igaunijas sabiedrībā, un tāpēc tās acīs nav attaisnojami vienkārši atsaukties uz nepietiekamiem resursiem, atsakot potenciālo dzīvības glābšanai nepieciešamo aprūpi. Tādejādi, nenoliedzami ir jāpastāv racionālai lēmumu pieņemšanas procedūrai, kopā ar normatīvo pamatojumu šāda lēmuma pieņemšanai. Tiesībām uz dzīvību ir jāvelta pietiekami daudz uzmanības, un iemeslam, lai atteiktos sniegt palīdzību ir jābūt labi pamatotam, piemēram, iespējamība izārstēt šo slimību var nebūt pietiekami augsta, lai attaisnotu izdevumus (t.s. samērīguma princips).”¹⁹⁴

No šī pētījuma 4.3.1.nodaļā apskatītajiem piemēriem var secināt, ka Latvijā un Igaunijā vērojama dažāda pieeja jautājumos par tiesībām uz veselības aprūpi gadījumos, kad izšķiras cilvēka dzīvība, kam vismaz tiesību normu piemērotāju skatījumā ne vienmēr ir pienācīgi augsta vērtība.

Turpinājumā salīdzinošai analīzei ir izvēlēti daži specifiski aspekti, kurus šī pētījuma ietvaros būtu īpaši vērts apskatīt tuvāk. Tie uzsver kontrastus, kas laika gaitā ir izveidojušies starp abām apskatītajām veselības sistēmām.

5.2. Apmierinātība ar sniegtajiem pakalpojumiem un gaidīšanas rindas

Saskaņā ar PVO Pārskatu par Igaunijas veselības sistēmu (2013) 67% iedzīvotāju bija apmierināti ar Igaunijas veselības aprūpes sistēmu un novērtēja to kā "labu" un "pietiekami labu" 2012.gadā, 2008.-2011.gadā īpatsvars šajā grupā svārstījās no 61% līdz 63%. Vairāk nekā puse (55%) no iedzīvotājiem 2012.gadā bija apmierināti ar piekļuvi veselības aprūpei, bet 79% bija apmierināti ar aprūpes kvalitāti Igaunijā.

Jau kopš 2003.gada Igaunijas iedzīvotāju apmierinātības līmenis attiecībā uz aprūpes pieejamību ir bijis stabils, turklāt apmierinātība ar aprūpes kvalitāti un veselības aprūpes sistēmu kopumā ir bijusi pozitīva pat ekonomiskās lejupslīdes laikā. Viennozīmīgi, ka joma, kurā nepieciešami uzlabojumi, ir piekļuve aprūpei, kuru kā

¹⁹³ Turpat, 125 lpp.

¹⁹⁴ Ibid.

veselības aprūpes sistēmas visnegatīvākais aspektu apmierinātības aptaujā norādīja 45% respondentu (IVAF un Sociālo lietu ministrija, 2013). Igaunijas Nacionālais veselības plānā ir nosprausts mērķis panākt, ka līdz 2020. gadam 68% iedzīvotāju ir apmierināti ar piekļuvi aprūpei (Sociālo lietu ministrija, 2008).¹⁹⁵

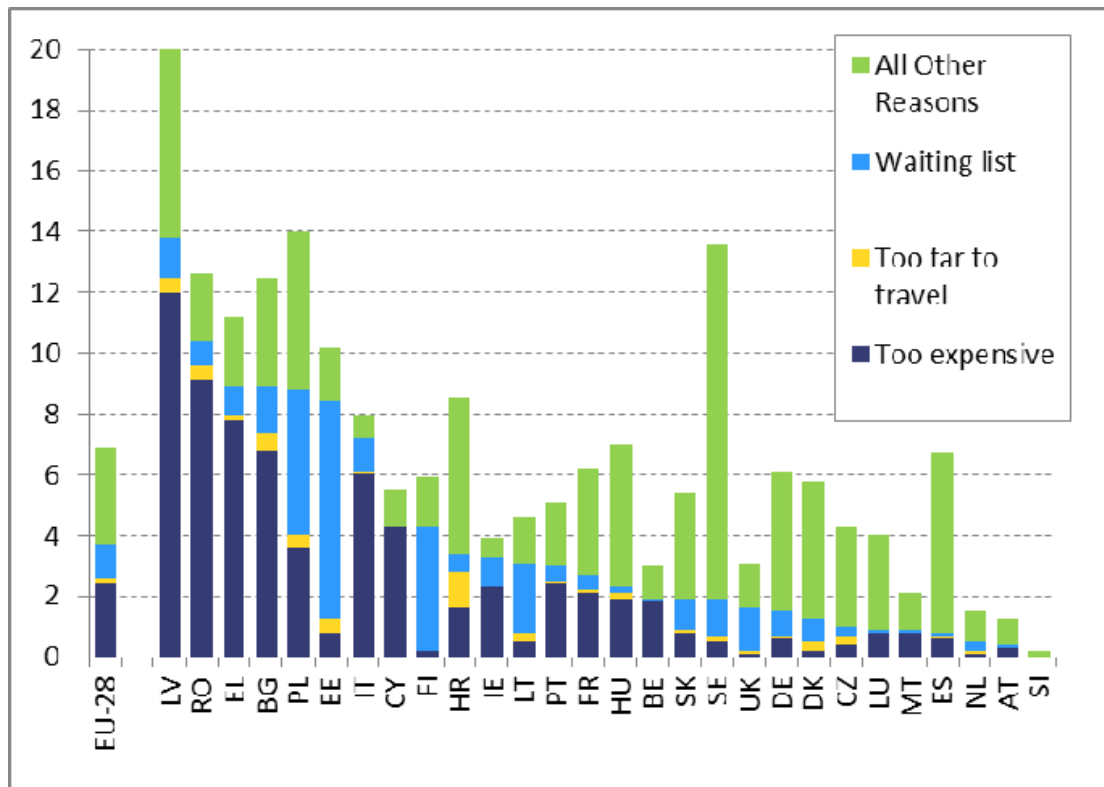
Tikmēr saskaņā ar PVO Pārskatu par Latvijas veselības sistēmu (2012) 66% iedzīvotāju novērtējuši vispārējo veselības aprūpes kvalitāti kā sliktu (Eiropas Komisija, 2011), un 65% domā, ka aprūpes kvalitāte Latvijā ir sliktāka, nekā citās ES dalībvalstīs (Eiropas Komisija, 2010).¹⁹⁶

Norādītie dati ļauj secināt, ka Latvijā apmēram divām trešdaļām iedzīvotāju ir iemesls būt neapmierinātiem ar viņiem piedāvāto veselības aprūpi, kamēr Igaunijā divas trešdaļas iedzīvotāju tieši pretēji - ir apmierināti ar viņiem nodrošināto veselības aprūpi. Priekšstatu par neapmierinātības iemesliem var gūt no Eiropas Komisijas apkopotajiem datiem par 2015.gadu. Grafikā Nr.1 redzami no valstu ziņojumiem izrietošie dati par iemesliem, kāpēc nav tikušas apmierinātas vajadzības pēc medicīniskās izmeklēšanas dažādās ES dalībvalstīs.¹⁹⁷

¹⁹⁵ T. Lai, T. Habicht, K. Kahur, M. Reinap, R. Kiivet, E. van Ginneken. Estonia: health system review. Health Systems in Transition, 2013; 15(6), 163.lpp.

¹⁹⁶ Turpat, 169.lpp.

¹⁹⁷ European Commission, Country report Latvia 2015, {COM (2015) 85 final}, Brussels, 26.2.2015, p.74.



Grafiks Nr. 1

Par salīdzinoši dārgajām veselības aprūpes izmaksām Latvijā jau tika minēts iepriekš un to atspoguļo arī Grafikā Nr.1 uzrādītā statistika. Igaunija tajā pašā laikā patīkami pārsteidz ar to, ka tās iedzīvotāji ievērojami retāk norādījuši, ka medicīniskie izmeklējumi ir “pārāk dārgi”, salīdzinot pat ar tādām “vecajām” ES dalībvalstīm kā Itālija un Francija.

Pārsteidzoši ir arī tas, ka Igaunija pārējo ES dalībvalstu vidū izceļas ar visaugstāko rindu (waiting list) problēmas rādītāju. Spriežot pēc vietējām aptaujām, arī Latvijā problēmas ar rindām un gaidīšanu uz pakalpojumu saņemšanu (waiting times) ir ne mazāk aktuālas kā Igaunijā, tāpēc šādas “self-reported” aptaujas objektivitāti varētu apšaubīt. Igaunijas uzrādītais augstais “waiting time” fenomens, acīmredzot, slēpjas Igaunijas atbildīgo iestāžu aktīvā rīcībā, lai šo problēmu mazinātu, un sabiedrības informētībā par tās tiesībām saņemt valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu saprātīgā termiņā. Līdz ar to Igaunijā “waiting times” ir apzināta problēma, un šī “apzinātība” aptaujā tiek arī atspoguļota. Turpretī Latvijā atbildīgās iestādes uzskata, ka “waiting time” nav problēma, kas būtu kaut kādā veidā jārisina. Tā ir iedzīvotāju brīva izvēle – gaidīt uz valsts garantēto pakalpojumu, iespējams, nesamērīgi ilgi, vai arī saņemt pilnas maksas pakalpojumu tūlīt. Tā kā Latvijā joprojām nav izstrādāts normatīvais regulējums, ar kuru noteiktu maksimālo laiku, kādā

pakalpojums jānodrošina, jāsecina, ka nav nepieciešams ne samazināt, ne ierobežot, ne arī kontrolēt uzlikto laika ierobežojumu izpildi. Šis Latvijas veselības jomas pārvaldes sistēmā dominējošais viedoklis ir iesakņojies arī sabiedrības apziņā. Vairums pacientu ir samierinājušies ar realitāti, ka viņiem nav tiesību uz ātrāku pakalpojumu saņemšanu, ja jau veselības sistēmai nav pietiekama finansējuma, un visu prasības uz medicīnas pakalpojuma saņemšanu vienlaicīgi nevar tikt apmierinātas. Tādejādi visi, kas vien nevar atļauties gaidīt, piemēram, medicīnisku apsvērumu dēļ, vai arī var atļauties maksāt, izvēlas pilnas maksas pakalpojumus. Rezultātā pacients ir apmierināts, ka saņēmis pakalpojumu ātrāk, bet sistēma, ieskaitot ārstus, ir divtik apmierināta, jo tajā ir ieplūdusi papildus nauda. Tā ir it kā “win-win” situācija sistēmas iekšienē. Uz āru problēma parādās tad, kad pacientam jānovērtē sistēma. Tad liela daļa pacientu norāda, ka pakalpojums ir bijis nepieejams nevis ilgās gaidīšanas dēļ, bet gan tāpēc, ka pakalpojums ir bijis dārgs, patiesībā tāds, ko viņš ar saviem ienākumiem pat nevar atļauties, tāpēc bieži ir spiests naudu aizņemties, vai lūgt ziedojumus. Tas arī ir fenomens, kuru atspoguļo Grafiks Nr.1 attiecībā uz Latviju: rindas nav problēma, bet maksa ir.

Atšķirībā no Latvijas prakses, Igaunijas tiesību eksperti ir norādījuši, ka "gaidīšanas saraksti ir vēl viens mehānisms, kā samazināt veselības aprūpes pieejamību, un kuru nereti izmanto, lai samazinātu finansiālo slogu uz Igaunijas Veselības apdrošināšanas fonda budžetu. Tas izraisa skaidru konstitucionālo problēmu - pieejamība veselības aprūpes pakalpojumiem netiek garantēta pietiekamā līmenī, kā arī lēmumu pieņemšanas procedūra nav pietiekoši labi izstrādāta".¹⁹⁸

Kā atzīts Karolinskas institūta (Zviedrija) veiktajā izvērtētajā “Pētījumā par gaidīšanas laikiem veselības aprūpē”, ilgā gaidīšana rindā ir ievērojama veselības politika problēma daudzās valstīs, tāpēc daudzviet ir ieviestas sava veida valsts regulējums attiecībā uz gaidīšanas laikiem. Gaidīšanas laiku starptautisks salīdzinājums palīdz valstīm uzlabot politiku un pacientiem veikt apzinātu izvēli, jo īpaši Eiropā, kur pacientiem ir tiesības prasīt aprūpi citās valstīs, ja ir nepamatota kavēšanās.¹⁹⁹

Kā jau iepriekš minēts, Igaunijā tiek aktīvi meklēti risinājumi, lai ierobežotu gaidīšanas laiku problēmu, ieviešot atbilstošu regulējumu. Saskaņā ar PVO ziņojumu

T. Lai, T. Habicht, K. Kahur, M. Reinap, R. Kiivet, E. van Ginneken. Estonia: health system review. *Health Systems in Transition*, 2013; 15(6), 124.lpp.

¹⁹⁹ Nina Viberg, Birger C.Forsberg, Michael Borowitz, Roger Molin, International comparisons of waiting times in health care – Limitations and prospects, *Health Policy* 112 (2013) 53-61.

par Igauniju "Veselības aprūpes sistēmas pārejas periodā", Uzraudzības padome apstiprina IVAF noteiktos maksimālos gaidīšanas laikus. Ir noteikti maksimālie gaidīšanas laiku limiti saskaņā ar līgumiem: neatliekamā medicīniskā palīdzība jāsniedz nekavējoties, ambulatoro speciālistu aprūpe jānodrošina sešās nedēļās un stacionārā aprūpe - astoņu mēnešu laikā. Gaidīšanas laiku ievērošanu cieši uzrauga IVAF, kas var veikt profilakses pasākumus, piemēram, ierosinot izmaiņas finanšu pielikumos, lai nodrošinātu veselības aprūpes pieejamību. Datus par Gaidīšanas laiku uzraudzību veic IVAF reģionālās filiāles, tās var koriģēt līguma apjomu, ja konstatē, ka ir apdrošinātās personas, kurām pakalpojums nav sniegts noteiktā laika robežās.²⁰⁰

Salīdzinājumam, PVO ziņojumā par Latviju pieejamais skaidrojums ir sekojošs: "Ja gaidīšanas rindas ir garas un pakalpojumu sniedzējs jau ir pārsniedzis to pacientu skaitu, kuriem jāsniedz pakalpojums attiecīgajā laika periodā (piemēram: uz mēneša beigām vai gadā) atbilstoši to līgumiem ar NVD, pacientiem ir iespēja pašiem tieši samaksāt (100% no izmaksām) par pakalpojumu" vai "ja, pacientam nav norīkojuma, tāpēc, ka viņš vēlas izvairīties no gaidīšanas rindā, viņam jāsedz visas izmaksas "out-of-pocket" vai caur brīvprātīgo veselības apdrošināšanu."²⁰¹ No ziņojuma secinājumiem izriet, ka "pacientam būtu grūti iegūt informāciju par pakalpojumiem, kuri viņiem pienāktos, kā arī tiesībām tos saņemt bez gaidīšanas rindā. Patiesībā gaidīšanas sarakstu esamība un iespēja piekļūt pakalpojumiem publiskajā sektorā par pilnu cenu, var pakļaut pacientus pakalpojuma sniedzēja mēģinājumiem likt samaksāt par pakalpojumiem, ko pacienti citādi būtu tiesīgi saņemt bez maksas. Turklāt, lai arī ir ierobežotas iespējas gūt pārliecinošus pierādījumus, neoficiāli maksājumi joprojām ir atzīstami par problēmu Latvijas veselības aprūpes sistēmā."²⁰²

Lai arī kopš PVO ziņojuma sastādīšanas ir pagājuši vairāki gadi, īpaši uzlabojumi attiecībā uz gaidīšanas laikiem Latvijā nav vērojami. Kaut arī aktuālākā informācija (šobrīd dati uz 2016.gada 1.janvāri) par rindām gan valsts apmaksātu stacionāro, gan valsts apmaksātu ambulatoro pakalpojumu saņemšanai ir apkopota un publicēta NVD mājas lapā, pacientam tā sniedz tikai orientējošu priekšstatu. Lai noskaidrotu konkrētu gaidīšanas laiku, viņam jākontaktējas ar attiecīgo ārstniecības iestādi. Nereti pacienti ziņo, ka pēc sazināšanās ar ārstniecības iestādi, patiesā aina ar

²⁰⁰ T. Lai, T. Habicht, K. Kahur, M. Reinap, R. Kiivet, E. van Ginneken. Estonia: health system review. *Health Systems in Transition*, 2013; 15(6), 130-131.lpp.

²⁰¹ Nina Viberg, Birger C.Forsberg, Michael Borowitz, Roger Molin, International comparisons of waiting times in health care – Limitations and prospects, *Health Policy* 112 (2013) 53-61., 62., 108.lpp.

²⁰² Turpat, 178.lpp.

gaidīšanas laikiem iestādē ir izrādījusies savādāka nekā uzrādīts NVD apkopojumā. Šeit jāatduras pret vēl vienu sapīgu problēmu Latvijas veselības sistēmā – informācijas pieejamība un aprīte veselības sistēmā.

Apkopojot šajā nodaļā sniegto salīdzinājumu par Igaunijas un Latvijas veselības aprūpes sistēmu no dažādām perspektīvām, var secināt, ka kopumā Igaunijas valdībai pēdējo 25 gadu laikā ir izdevies panākt, ka tās veselības sistēma darbojas efektīvāk nekā Latvijā. Pierādījums tam ir veselības aprūpes sistēmas lietotāju sniegtais novērtējums, kas Igaunijā ir ievērojami augstāks nekā Latvijā.

Secinājumi un rekomendācijas

1. Latvijas Republikas Satversme tiesības uz veselību regulē īsi un kodolīgi - 111.pantā teikts, ka "valsts aizsargā cilvēku veselību un garantē ikvienam medicīniskās palīdzības minimumu". Piepildīt jēdzienu "medicīniskās palīdzības minimums" ar konkrētu saturu ir likumdevēja un izpildvaras uzdevums.
2. Neapšaubot sociālo tiesību realizācijas ciešo saistību ar katras valsts finansiālajām iespējām, vērā ņemama ir Satversmes tiesas atziņa - "ja kādas sociālās tiesības ir iekļautas pamatlikumā, tad valsts no tām nevar atteikties. Šīm tiesībām vairs nav tikai deklaratīvs raksturs". Latvijas likumdevējs un izpildvara nevar atteikties nodrošināt veselības aprūpes pakalpojumus, jo tiesības tos saņemt ir ietvertas konstitūcijā. Tāpēc īpaši nozīmīgi ir normatīvajos aktos skaidrot, kāds ir Satversmes 111.pantā ietvertā jēdziena "medicīniskās palīdzības minimums" kvantitatīvais un kvalitatīvais saturs attiecībā uz katra Latvijas iedzīvotāja tiesībām prasīt un saņemt valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus.
3. Analizējot no starptautiskajiem standartiem izrietošos formulējumus veselības tiesību jomā, jāsecina, ka Satversmē dotais orientieris "medicīniskās palīdzības minimums" ir salīdzinoši pieņemams. Starptautiskajos standartos, kas izriet gan no SPESKT, gan no Pārskatītās Eiropas Sociālās hartas, dotais formulējums arī ir kodolīgs, tomēr nepārprotami nes citu vēstījumu. Proti, atzīstot, ka valstij ir jāīstojas tai pieejamo resursu ietvaros, kā virsmērķis attiecībā pret indivīdu ir noteiktas "ikviena tiesības baudīt visaugstāko fiziskās un garīgās veselības standartu".
4. Diskusijas par "medicīniskās palīdzības minimumu" veselības nozares profesionāļu vidū un sabiedrībā ir bijušas vairākkārt, tostarp arī Tiesībsarga Konsultatīvās padomes ietvaros, Latvijas Ārstu biedrībā un pacientu interešu aizsardzības organizācijās. Diskusijas rezultātā izkristalizējies viedoklis, ka nav pieļaujams neatliekamās medicīniskās palīdzības apjoma noteikšanu deleģēt Ministru kabinetam. Veselības aprūpes pamatpakalpojumiem, ko ikvienam garantē valsts, principu līmenī ir jābūt skaidri noteiktiem likumā, un likumdevējs nedrīkst konstitucionāla ranga vērtību pilnībā deleģēt MK, skaidri neiezīmējot pakalpojumu apjomu un pieejamību.
5. Pašreiz Ārstniecības likums paredz, ka valsts pienākums ir sniegt neatliekamo palīdzību, taču skaidru kritēriju šīs palīdzības satura definēšanai nav. Valsts

apmaksātās neatliekamās medicīniskās palīdzības apjomu šobrīd nepamatoti nosaka Ministru kabinets, lai gan tas principā ir Saeimas kompetences jautājums. Arī attiecībā uz citiem veselības aprūpes pakalpojumiem ir spēkā Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumi Nr. 1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība", kuros uzskaitīti valsts apmaksātie pakalpojumi un tie pakalpojumi, kuru izdevumus valsts nesedz. Jāatzīst, ka kopš šo noteikumu pieņemšanas, regulējums ir kļuvis konkrētāks. Problēma rodas gadījumos, ja cilvēkam ir veselības problēma, kas nav iekļauta minētajā MK regulējumā, bet kas apdraud dzīvību. Valstiski regulēta mehānisma, kā rīkoties šādos ārkārtas gadījumos, nav. Piemēram, kā šajā pētījumā tuvāk apskatītajā gadījumā, kad Nacionālais veselības dienests (NVD) atteica jaunai sievietei ar dzīvībai bīstamu, bet retu slimību finansēt plaušu transplantāciju, kas bija vienīgais risinājums dzīvības glābšanai. Ierēdņu atteikums tika pamatots vienkārši – "plaušu transplantācijas apmaksa Latvijas normatīvajos aktos nav iekļauta", taču netika ņemts vērā, kāpēc nepieciešama šāda orgānu transplantācija un kāpēc valstij tā būtu jāapmaksā.

6. Par valsts līdzekļiem Latvijā ir iespēja transplantēt nieres, aknas (bērniem), arī sirdi, kas izmaksu ziņā arī ir dārgas operācijas. Visas šīs operācijas nepieciešams veikt gadījumos, kad izsmeltas citu ārstniecības metožu pielietošana un ir nepieciešams glābt pacienta dzīvību. Kāpēc daudzos gadījumos valsts orgānu transplantāciju apmaksā, bet tieši plaušu transplantācijas operācijas - nē, kaut gan arī tas ir vienīgais veids dzīvības glābšanai? Šeit tiek skarts arī Satversmes 91.pantā nostiprinātais tiesiskās vienlīdzības princips. Likumdevēja mērķis, nosakot Satversmē to, ka valstij ir jāsniedz zināmas garantijas (tai skaitā finansiālas) veselības aprūpes jomā, ir panākt, lai netiek apdraudēta cilvēka veselība un dzīvība. Ja no medicīniskā viedokļa cilvēks bez plaušu transplantācijas nevar dzīvot, ir nepareizi, ka sociāli atbildīga valsts atsakās par šo pakalpojumu maksāt. Vai nu tā nav sociāli atbildīga valsts, vai nu likumdevējs nav radījis atbilstošu mehānismu kā valsts pārvaldei rīkoties. Minētajā gadījumā pacients varētu vērsties tiesā un apstrīdēt NVD nelabvēlīgo lēmumu, taču šis process nav viegls, prasa laiku un citus resursus, kas smagas slimības gadījumā var būt neiespējami. Turklāt, ievērojot vairākus Satversmes tiesas secinājumus attiecībā uz valsts pienākumiem sociālo tiesību īstenošanā, iznākumu šādam tiesāšanās procesam ir grūti paredzēt. Tāpat šajā gadījumā problemātiska ir normas, kas neparedz plaušu transplantācijas apmaksu, proti, iztrūkstoša normatīvā regulējuma apstrīdēšana Satversmes tiesā, jo

tiesa pamatā nodarbojas ar esoša normatīvā regulējuma konstitucionālās atbilstības pārbaudi. Tā ir likumdevēja funkcija, bet konkrētā gadījumā caur likumā noteikto deliģējumu – izpildvaras.

7. Kaut gan kopumā tiesiskais regulējums veselības aprūpes pieejamības jomā Latvijā ir ļoti detalizēts, problēmas sagādā šī regulējuma interpretācija un piemērošana atbilstoši tā jēgai un mērķiem. Cilvēkam nav garantiju, ka sarežģītākos veselības problēmu gadījumos neskaidrie normatīvie akti netiks interpretēti viņam par sliktu. Latvijā sabiedrība to apzinās, par ko liecina lielais iedzīvotāju atbalsts, ziedojot līdzcilvēkiem veselības problēmu risināšanai.
8. Apskatītie individuālie piemēri un vispārējās problēmas reto slimību un orgānu transplantācijas jomā kopumā liecina, ka pat tādos gadījumos, kuros izšķiras cilvēka dzīvības jautājums, valsts politikas noteicēju pieeja problēmu risināšanai ir vienkāršota – noteikumi neparedz, tātad – nepienākas. Uz jautājumu, kāpēc noteikumi neparedz, atbilde arī ir vienkārša – nav finansējuma, bet esošais paredz “primāri nodrošināt plašākas sabiedrības intereses”. Kādas ir šīs intereses? To uzskatāmi parāda lielā ziedotāju atsaucība gadījumos, kad cilvēka dzīvība vai veselība ir apdraudēta. Nepieciešamie līdzekļi tiek saziēdoti bez liekas kavēšanās. Sabiedrību interesē, lai katrā individuālā gadījumā cilvēkam tiktu sniegta nepieciešamā palīdzība. Tā ir pārliecība, par kuru viņi ir gatavi maksāt divreiz – vispirms, samaksājot nodokļus, un tad arī katrā individuālā gadījumā, kad valdības noteiktajā regulējumā kaut kas līdz galam nav paredzēts. Šī ir diezgan pretrunīgi situācija. No vienas puses valsts pamatlikums paredz, ka valsts garantē vismaz minimālo veselības aprūpi ikvienam un no otras puses, valdības piedāvātais risinājums ir problemātisko gadījumu atstāšana pašu indivīdu vai sabiedrības ziņā. Šī pretruna viennozīmīgi liek domāt, ka veselības aprūpes konstitucionālās garantijas vismaz šobrīd Latvijā ir mīts, nevis realitāte. Tās kontekstā būtiski atgādināt ANO Komitejas SPESKT Vispārējā komentārā Nr.14 ietverto skaidrojumu, ka ir svarīgi noskirt valsts nevēlēšanos no nespējas izpildīt 12.panta noteiktos pienākumus.
9. Analizējot Satversmes tiesas praksi, jāsecina, arī Satversmes tiesa, kuras uzdevums ir uzraudzīt, lai valstī pastāvošais regulējums atbilstu konstitucionālajiem virsprincipiem, šobrīd ir aizgājusi pa to pašu ceļu, pa kuru virzās valdība. Lietās, kurās veselības aprūpes jautājumi pārklājas ar pilsonisko un politisko tiesību garantēšanu (galvenokārt lietās saistībā ar ieslodzīto tiesību uz veselības aprūpi

ierobežošanu) tā konsekventi ir atzinusi, ka regulējums nav atbilstošs cilvēktiesību normām. Šajās lietās ir piejama Eiropas Cilvēktiesību tiesas prakse, līdz ar ko arī Satversmes tiesas atziņas ir bijušas progresīvākas. Pārējos gadījumos lietās, kas skar tiesību uz veselību jautājumu interpretāciju, tiesas lēmums ir bijis, ka regulējums ir atbilstošs un valdībai jāīstojas vien tai atvēlēto līdzekļu ietvaros.

10. Kā redzams no Latvijas un arī Igaunijas piemēra, valstīs, kuras atrodas pārejas posmā, ir īpaši svarīgi, lai konstitucionālie virsprincipi (tādi kā, sociālā atbildīguma, tiesiskuma, cilvēktiesību u.c.) stingri iesakņotos valsts pārvaldes un tās politikas veidotāju apziņā, kā arī kļūtu par to darbības galveno orientieri. Latvijā, diemžēl, tas tā joprojām nav. Ārkārtas situācijās, kad Satversme paredz, ka cilvēkiem jāgarantē veselības aprūpes minimums un šo minimumu precizē tikai valdības izdoti noteikumi, kurus valdība var arī salīdzinoši vienkārši pati grozīt, bet atsakās to darīt, konstitucionālās garantijas veselības aprūpes jomā ir kļuvušas par mītu.
11. Igaunijas veselības aprūpes sistēma ir atšķirīga no Latvijas, tāpēc nebūtu iespējams tiešā veidā izmantot Igaunijas normatīvo regulējumu kā paraugu. Tomēr Igaunijas piemērs ar kopumā pārdomātu nozares normatīvo regulējumu kā pamatu veiksmīgai nozares sakārtošanai, ir labs pamudinājums arī Latvijā beidzot primāri sakārtot tiesiskā regulējuma jautājumus. Tam nepieciešams sistēmisks skatījums un mērķtiecīgi ieguldīts atbildīgās ministrijas ierēdņu, kā arī parlamenta deputātu darbs.
12. Latvijā mēģinājums likumdevēja līmenī regulēt valsts garantēto medicīniskās palīdzības minimumu ir nepamatoti iekavējies. Kā liecina pētījumā apskatītie individuālie piemēri, ārstniecība retu slimību gadījumos nereti šajā “minimumā” neietilpst. Tiesiskā regulējuma sakārtošanā īpaša uzmanība būtu pievēršama šādiem aspektiem:
 - Valstī par likumdošanas procesu atbildīgajām institūcijām (ministrijai, valdībai un parlamentam) jāveic aktīvs darbs pie normatīvo aktu bāzes izstrādāšanas, lai Satversmas 111.pantā paredzētais valsts garantētais “medicīniskās palīdzības minimums” tiktu skaidri un saprotami noteikts likumdevēja līmenī;
 - Jāturpina darbs pie jaunā Ārstniecības likuma izstrādes un pieņemšanas, novēršot trūkumus spēkā esošajā likumā, kas liedz ikvienas personas vienlīdzīgas tiesības uz veselības aprūpi. Likuma izstrādes gaitā jāvelta

pietiekama uzmanība visu ieinteresēto pušu konstruktīvu viedokļu uzklaušanai, kā arī jāspēj rast kompromisu starp dažādu grupu interesēm;

- Jāizstrādā mehānisms jeb sava veida “drošības spilvens” veselības aprūpes pasākumu nodrošināšanai ārkārtas gadījumos, piemēram, tādos, kā šajā pētījumā analizētie gadījumi, kad normatīvais regulējums kaut kādu iemeslu dēļ neparedz pakalpojuma apmaksu konkrētai personai, bet Satversmē ietvertu cilvēktiesību garantēšana tomēr prasa aktīvu valsts līdzdalību palīdzības sniegšanā. Viens no risinājumiem varētu būt veselības ministra izteiktais ierosinājums izveidot atsevišķu fondu, kurā izdalīt finansējumu šādu ārkārtas gadījumu apmaksai. Līdzekļi tajā varētu tikt iemaksāti no valsts budžeta, kā arī piesaistīti ar ziedojumiem;
- Izstrādāt normatīvo regulējumu, kas noteiktu maksimālo gaidīšanas laiku, kādā veselības aprūpes pakalpojums jānodrošina, kā arī paredzētu šo gaidīšanas laiku ievērošanas kontroles mehānismu;
- Izstrādāt atbilstošu regulējumu reto slimību pacientu īpašo vajadzību aizsardzībai, kā arī nodrošināt centralizētu reto slimību pacientu uzskaiti, kas palīdzētu noteikt izmaksas, kas nepieciešamas cilvēku aprūpei ar retām slimībām.

Izmantoto avotu saraksts

I Tiesību avoti

- Vispārējā cilvēktiesību deklarācija: pieņemta 10.12.1948. (Latvijā spēkā no 24.03.1992.).
- ANO Starptautiskais pakts par ekonomiskajām, sociālajām un kultūras tiesībām: pieņemts 1966.gada 16.decembrī (Latvijā spēkā no 14.07.1992.) //Latvijas Vēstnesis, 23.04.2003., Nr.61.
- PVO Konstitūcija. 22.07.1946.
- Eiropas Savienības Pamattiesību harta, 07.12.2007, OV 2007/C 303/01;
- Eiropas Sociālā harta: starptautisks līgums. Latvijas Vēstnesis, 11.03.2003., Nr.38.
- Pārskatītā Eiropas Sociālā harta, EP, 03.05.1996 (Latvijā spēkā no 01.05.2013).
- Ārstniecības likums, 12.06.1997.
- Latvijas Republikas Satversme 15.02.1922, Grozījumi Latvijas Republikas Satversmē, likums, 15.10.1998 // LV 23.10.1998., Nr.308/312.
- Likums par budžetu un finanšu vadību, 24.03.1994.//LV 06.04.1994., Nr.41.
- Pacientu tiesību likums, pieņemts 17.12.2009, spēkā no 01.03.2010// LV, 2015 (4191), 30.12.2009.
- Seksuālās un reproduktīvās veselības likums, 19.02.2002.
- MK noteikumi Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”, 17.12.2013// LV, 30.12.2013., Nr.253.
- MK, “Latvijas valdības rīcības plāns 2015-2018”, 11.02.2015
- MK 14.10.2014. rīkojums Nr.589 “Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2014. – 2020.gadam kopsavilkums”; Pieejams: <http://polsis.mk.gov.lv/documents/4965>
- VM 26.11.2015. rīkojums Nr.173 Par darba grupas izveidi “Par priekšlikumiem veselības apdrošināšanas obligāto iemaksu ieviešanai”
- NVD lēmums Nr. 07.1/7.1-6/143, 14.01.2014, ar atsauci uz VSIA “Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca” vēstuli Nr.1.2-1.2/10, 02.01.2014. “Atzinums par pacientam nepieciešamo veselības aprūpes pakalpojumu” un konsilija lēmumu 17.12.2013.
- UN CESCR General Comment 14, The right to the highest attainable standard of health: 11/08/2000. E/C. 12/2000/4.

Council Recommendation of 8 June 2009 on an action in the field of rare diseases (2009/C 151/02) /COM/2014/0548 final/.

The Constitution of the Republic of Estonia, 28.06.1992.

Explanations relating to the Charter of fundamental rights. 14.12.2007, OV 2007/C 303/02.

The right to health and European Social Charter. Secretariat of the ESC. March 2009. Pieejams:http://www.coe.int/T/DGHL/Monitoring/SocialCharter/Theme%20factsheets/FactsheetHealth_en.pdf

ECSR Conclusions XVII-2 and Conclusions 2005, Statement of Interpretation on Article 11§5, pieejams: www.coe.int/socialcharter

ECSR Conclusions XX-2 (2013), Latvia, 2014.g. janvārī.

ECSR Conclusions 2013, Estonia, 2014.g.janvārī.

Estonian Health Insurance Fund Act, the Parliament of the Republic of Estonia (2009)

Health Insurance Act, the Parliament of the Republic of Estonia (2008).

Health Services Organization Act, the Parliament of the Republic of Estonia (2001).

Public Health Act, the Parliament of the Republic of Estonia (1995).

Press briefing elements. Conclusions 2013/XX-2. 19 January 2014. Pieejams: http://petition.etuc.org/IMG/pdf/Press_briefing_2014b.pdf

Skaidrojums Konvencijai par cilvēktiesībām un biomedicīnu, <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Reports/Html/164.htm>.

Likumprojekts “Ārstniecības likums”, 18.09.2015, Pieejams: http://www.vm.gov.lv/lv/aktualitates/sabiedribas_lidzdaliba/publiska_apsprisa_na_noslegusies/

II Tiesu prakse

Satversmes tiesas spriedums lietā Nr.2000-03-01., 20.05.2002.

Satversmes tiesas spriedums lietā Nr.2000-08-0109., 13.03.2001.

Satversmes tiesas spriedums lietā Nr.2008-27-03., 29.09.2008.

Satversmes tiesas spriedums lietā Nr.2008-37-03., 29.12.2008.

Satversmes tiesas spriedums lietā Nr.2009-12-03., 07.01.2010.

Satversmes tiesas spriedums lietā Nr.2009-44-01., 15.03.2010.

Satversmes tiesas spriedums lietā Nr.2014-08-03. 12.02.2015.

Satversmes tiesas tiesneses I.Ziemeles Atsevišķais viedoklis lietā Nr.2014-08-03, 26.02.2015.

III Literatūra

Latvijas Republikas Satversmes komentāri. VIII nodaļa. Cilvēka pamattiesības. Aut. kol. Prof.R.Baloža zinātniskā vadībā. – Rīga:Latvijas Vēstnesis, 2011.

Latviešu valodas vārdnīca. 2.izd. Rīga: Avots, 1998.

Pleps J., Pastars E., Plakane I. Konstitucionālās tiesības, Rīga: LV, 2014.

Medicīnas tiesības. Aut. Kol. S.Aševicas-Slokenbergas zin.red. _Rīga: Tiesu nama aģentūra, 2015.

IV Periodika

Bērziņa A., “Vienkāršāk pievērt acis, nevis skatīties ilgtermiņā”// Diena, 10.07.2015.

Bordāns J., “Likumdošanas aktualitātes veselības aprūpes jomā”. Jurista Vārds, 08.10.2013, no. 41 (792)

Dombrovskis V., “Veselības aprūpe – viena no regulētākajām jomām!”, Jurista Vārds, 08.10.2013, no. 41 (792)

Hailova A. “Ērglēnietes Zanes nelaime liek ķerties pie uzlabojumiem reto slimību ārstēšanā”, Lauku Avīze, 07.03.2014.

Lūse L., “Veselības aprūpes minimums Latvijā”, Latvijas Vēstnesis, 20.04.2010.

Paparde I., “Smagu slimību pacientiem skābeklis jāirē”, Neatkarīgā rīta avīze, 9.06.2015.

Rožkalns R., “Tiesības uz veselības aprūpi – garantētas, bet bez garantijas”// Diena, 20.06.2014.

“Cik maksā cilvēks – 1 gab.?” //Lauku Avīze, 31.10.2014.

“Ērglēniete Zane Lazdiņa pēc plaužu transplantācijas atgriezusies mājās”//Lauku Avīze, 24.07.2014.

“Lai glābtu Aleksandra dzīvību, jāaptur asinsrite. Lūdz palīdzību sarežģītai operācijai.”//Lauku Avīze 8.07.2014.

V Informācija internetā

- P.Apinis "Par veselības ministrijas jaunradīto Ārstniecības likumu", 26.10.2015.
Pieejams: <http://m.apollo.tvnet.lv/zinas/par-veselibas-ministrijas-jaunradito-arstniecibas-likumu/709437?> (Skat.29.01.2016).
- P.Apinis "Veselības finansēšanas likums ir miris, lai dzīvo likums!", 11.06.2014.
- Fridrihsone M. "Budžets 2016: Pie papildu naudas nākamgad tiks gandrīz visas ministrijas", Pieejams: <http://www.lsm.lv/lv/raksts/zinju-analize/zinas/budzets-2016-pie-papildu-naudas-nakamgad-tiks-gandrizz-visas-ministrijas.a148847/>
- Nõmper A., Annus T., The Right to Health Protection in the Estonian Constitution, Juridica International, VII 2002, Pieejams:
http://www.juridicainternational.eu/public/pdf/ji_2002_1_117.pdf
- Plūme I., "Diskriminācijai ir dzīvības cena" 25.04.2014. Pieejams:
<http://www.delfi.lv/news/comment/comment/ieva-plume-diskriminacijai-ir-dzivibas-cena.d?id=44428364>
- "Belēvičs: Obligāto veselības apdrošināšanu varēs ieviest, kad veselībai atvēlēs 4,5% no IKP", Pieejams: <http://www.diena.lv/latvija/viedokli/belevics-obligato-veselibas-apdrosinasanu-vares-ievies-kad-veselibai-atveles-4-5-proc-no-ikp-14105040>
- Centrālās statistikas pārvaldes dati par iedzīvotāju skaitu Latvijā, Pieejams:
http://data.csb.gov.lv/pxweb/lv/Sociala/Sociala__isterm__iedz/IE0010m.px/table/tableViewLayout1/?rxid=7ee5bb2b-7c93-4ccb-8a34-1aa4ade09cc3 (Skat. 21.01.2016).
- "Glābsim Andri!", 14 April 2015. Pieejams: <https://www.ziedot.lv/realizetie-projekti/glabsim-andri-2174>
- Igaunijas veselības aprūpes sistēmas pārskats: Pieejams:
<https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/system.pdf>
- "Latvijas reto slimību pacienti meklē aizstāvību Eiropas institūcijās", //Lauku avīze, 29.12.2013. Pieejams: <http://www.la.lv/latvijas-reto-slimibu-pacienti-mekle-aizstavibu-eiropas-institucijas/>
- Pacientu ombuds, Pieejams: http://www.pacientuombuds.lv/lat/par_mums/
- "Pagājušā gadā veiktas 2 sirds un 51 nieru transplantācija", LETA, Pieejams:
<http://www.delfi.lv/news/national/politics/aizvaditaja-gada-latvija-veiktas-divas-sirds-un-51-nieres-transplantacija.d?id=46008169>
- "Pagaidām nekomentē, vai iecerētajai obligātajai veselības apdrošināšanai vajadzēs iedzīvotāju maksājumus", 20.10.2015. Pieejams:
<http://www.medicine.lv/raksti/pagaidam-nekomente-vai-ieceretajai-obligatajai-veselibas-apdrosinasanai-vajadzēs-iedzivotaju-maksaju>

“Prioritārās jomas – izglītība un veselības aprūpe – pieņemtajā 2016.g. LV budžetā nav pamanāmas naudas izteiksmē”, Pieejams: <http://www.protesti.lv/prioritaras-jomas-izglitiba-un-veselibas-aprupe-pienemtaja-2016-gada-lv-budzeta-nav-pamanamas-naudas-izteiksme/> (skat. 12.12.2016.)

Latvijas Pulmonālās hipertensijas biedrība, Pieejams: www.phlatvia.lv

“Straujumas valdības šī gada lielais darbs – obligātā veselības apdrošināšana”, Pieejams: <http://www.la.lv/straujuma-valdibas-si-gada-lielais-darbs-obligata-veselibas-apdrosinasana/>

“Turpmāk bērnu ārstēšanu ārpus ES apmaksās 50% apmērā”, Pieejams: http://www.apeirons.lv/new/?page=1&sub=25&id_cont=2624

S.Olsenas komentārs twitter kontā,
https://twitter.com/s_olsena/status/657557618077081600

VI Citi avoti

Ziņojumi, pētījumi, apspriedes

Jansons J., “Cilvēktiesību jautājumi veselības aprūpes jomā”, Pieejams: http://www.tiesibsargs.lv/files/content/runas/RUNA_Cilvektiesibu%20jautajumi%20veselibas%20aprupes%20joma.pdf

Levits E., “Par veselības aprūpes reformas plānu, kas paredz izslēgt no veselības aprūpes sistēmas valsts trūcīgākos iedzīvotājus”, IX Bīriņu Konstitucionālās politikas semināra materiāli, Publisko tiesību institūts, Bīriņi, 25.-27.jūlijs 2012.

Mangule I. "Korupcija veselības sektorā: izaicinājumi un labās prakses piemēri Latvijā", 18.06.2015.

Mitenbergs, U, Taube M, Misins J, Mikitis E, Martinsons A, Rurane A, Quentin W. Latvia: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2012; 14(8): 1 – 191.

Publikācija – Ziņojums par pacientu tiesībām, Reto slimību pacientu ierosinājumi. Pieejams: <http://www.pacientuombuds.lv/lat/aktualitates/>

Tiesībsarga gada ziņojums 2014, Rīga,

Tiesībsarga konsultatīvās padomes veselības aprūpes jomā sēdes protokols, 22.10.2013. Pieejams: <http://www.tiesibsargs.lv/par-mums/konsultativas-padomes/veselibas-aprupes-joma>

Tiesībsarga konsultatīvās padomes veselības aprūpes jomā sēdes protokols Nr.2, 05.11.2013. Pieejams: http://www.tiesibsargs.lv/files/content/konsultativa_padome_Veselibas_aprupe_Protokols_05112013.pdf

Ziņojums par pacientu tiesību piemērošanu un veselības aprūpes pieejamību Latvijā,
Pacientu ombuds, 2015.g., Pieejams:
<http://www.pacientuombuds.lv/lat/aktualitates/?doc=418>

European Commission, Country report Latvia 2015, {COM (2015) 85 final}, Brussels,
26.2.2015, p.74.

Implementation report on the Commission Communication on Rare Diseases: Europe's
challenges, COM(2008) 679 final of 11 November 2008, OJ C 151,
03/07/2009, p.7–10.

OECD (2014), Health at a Glance: Europe 2014, OECD Publishing. Pieejams:
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en (accessed 12.06.2015).

Nina Viberg, Birger C.Forsberg, Michael Borowitz, Roger Molin, International
comparisons of waiting times in health care – Limitations and prospects, Health
Policy 112 (2013) 53-61. 1 – 191.

T. Lai, T. Habicht, K. Kahur, M. Reinap, R. Kiivet, E. van Ginneken. Estonia: health
system review. Health Systems in Transition, 2013; 15(6), p.xvii.

10th National Report on the implementation of the Revised European Social Charter
(Articles 3, 11, 12, 13 and 14 for the period of 01/01/2008 – 31/12/2011), The
Government of Estonia, 06.05.2013.

Sarakste

LR Ministru prezidenta biroja vēstule Z.Lazdiņai Nr.20/L-281, 20.02.2014.

LR VM vēstule Z.Lazdiņai Nr.01-20fiz.16/809, 28.02.2014.

Latvijas Ģimenes ārstu asociācijas atzinums Ministru prezidentam un Veselības
ministrijai, “Atzinums par likumprojektu “Veselības aprūpes finansēšanas
likums””, Nr.155, 05.11.2013., Pieejams: <http://www.lgaa.lv/?q=node/113>

Tiesībsarga vēstule LR Saeimai “Par likumprojektu “Veselības aprūpes finansēšanas
likums””, Nr.1-8/2, 29.01.2014.

V.Keris, e-pasts, 03.07.2015.

Z.Lazdiņas e-pasts 14.01.2016.

I.Plūme, e-pasts, 17.07.2015.

**2016.gada veselības aprūpes budžeta izdevumi un 2015.gada veselības aprūpes
budžeta izdevumi (gada sākumā, gada noslēgumā)**

| Programmas / apakšprogrammas nosaukums | 2015.gada budžeta izdevumi gada sākumā, milj. EUR | 2015.gada budžeta izdevumi gada noslēgumā, milj. EUR | 2016.gada budžeta izdevumi, milj. EUR |
|---|---|--|---------------------------------------|
| Medicīnas izglītība | 25,362 | 25,362 | 25,362 |
| Augstākā medicīnas izglītība | 15,624 | 15,624 | 15,624 |
| Rezidentu apmācība | 9,739 | 9,739 | 9,739 |
| Kultūra | 0,693 | 0,716 | 0,699 |
| Medicīnas vēstures muzejs | 0,693 | 0,716 | 0,699 |
| Veselības aprūpes nodrošināšana | 639,042 | 647,171 | 664,414 |
| Ārstniecība | 506,861 | 512,578 | 518,191 |
| Kompensējamo medikamentu un materiālu apmaksāšana | 118,527 | 120,939 | 124,787 |
| Centralizēta medikamentu un materiālu iegāde | 11,436 | 11,436 | 11,436 |
| Valsts galvoto aizdevumu atmaksa * | 0,000 | 0,000 | 7,783 |
| Iedzīvotāju genoma datubāzes projekta īstenošana | 0,120 | 0,120 | 0,120 |
| Interesu izglītības nodrošināšana VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" | 0,108 | 0,108 | 0,108 |
| Reto slimību medikamentozā ārstēšana bērniem | 1,990 | 1,990 | 1,990 |
| Starptautisko saistību un līgumu izpildes nodrošināšana | 2,946 | 3,172 | 3,074 |
| Krievijas Federācijas militāro pensionāru veselības aprūpe (no Krievijas Federācijas līdzekļiem) | 2,751 | 2,977 | 2,751 |
| Maksājumi starptautiskajās organizācijās | 0,182 | 0,182 | 0,324 |
| Klimata pārmaiņu finanšu instrumenta projektu īstenošana | 0,013 | 0,013 | 0,000 |
| Specializētās veselības aprūpes nodrošināšana | 57,647 | 57,923 | 59,266 |
| Sporta medicīnas nodrošināšana | 1,007 | 1,004 | 1,010 |
| Asins un asins komponentu nodrošināšana | 7,157 | 7,157 | 7,170 |
| Neatliekamā medicīniskā palīdzība | 47,183 | 47,397 | 48,773 |
| Tiesu medicīniskā ekspertīze | 2,301 | 2,364 | 2,312 |
| Veselības aprūpes finansējuma administrēšana | 7,583 | 9,147 | 7,479 |
| Veselības aprūpes finansējuma administrēšana un ekonomiskā | 6,162 | 6,127 | 5,939 |
| Ārstniecības riska fonda darbības nodrošināšana | 1,421 | 3,020 | 1,540 |
| Veselības nozares uzraudzība | 7,554 | 7,559 | 7,439 |
| Uzraudzība un kontrole | 3,990 | 3,996 | 4,004 |
| Slimību profilakses nodrošināšana | 3,395 | 3,395 | 3,196 |
| Veselības veicināšana | 0,168 | 0,168 | 0,239 |
| Eiropas Reģionālās attīstības fonda (ERAF) projektu un pasākumu īstenošana | 7,007 | 6,313 | 0,000 |
| Eiropas Reģionālās attīstības fonda (ERAF) projektu īstenošana (2007-2013) | 3) 7,007 | 6,313 | 0,000 |
| Eiropas Sociālā fonda (ESF) projektu un pasākumu īstenošana | 0,000 | 0,360 | 0,000 |
| Eiropas Sociālā fonda (ESF) projektu īstenošana (2014-2020) | 0,000 | 0,360 | 0,000 |
| Eiropas Kopienas iniciatīvas projektu un pasākumu īstenošana | 0,000 | 0,018 | 0,000 |
| Eiropas Kopienas iniciatīvas projektu īstenošana | 0,000 | 0,018 | 0,000 |
| 3.mērķa "Eiropas teritoriālā sadarbība" pārrobežu sadarbības programmu, projektu un pasākumu īstenošana | 0,000 | 0,018 | 0,000 |
| Atmaksas valsts pamatbudžetā par 3.mērķa "Eiropas teritoriālā sadarbība" pārrobežu sadarbības programmu finansējumu | 0,000 | 0,018 | 0,000 |
| Citu Eiropas Savienības politiku instrumentu projektu un pasākumu īstenošana | 0,697 | 0,996 | 0,176 |
| Tehniskā palīdzība ERAF, ESF, KF apgūšanai (2007-2013) | 0,367 | 0,283 | 0,000 |
| Narkotiku uzraudzības monitoringa fokālā punkta darbības nodrošināšana | 0,146 | 0,146 | 0,146 |
| Citu Eiropas kopienas projektu īstenošana | 0,006 | 0,017 | 0,000 |
| Latvijas pārstāvju ceļa izdevumu kompensācija, dodoties uz ES Padomes darba grupu un Padomes sanāksmēm | 0,046 | 0,047 | 0,031 |
| Citu Eiropas Savienības politiku instrumentu projektu un pasākumu īstenošana veselības nozarē | 0,028 | 0,030 | 0,000 |
| Eiropas Savienības programmas ERASMUS+ projektu īstenošana | 0,000 | 0,010 | 0,000 |
| Projekti un pasākumi Latvijas prezidentūras Eiropas Savienības Padomē nodrošināšanai 2015.gadā | 0,105 | 0,463 | 0,000 |
| Pārējās ārvalstu finanšu palīdzības līdzfinansētie projekti | 0,000 | 0,012 | 0,006 |

| | | | |
|---|----------------|----------------|----------------|
| Ārvalstu finanšu palīdzības līdzfinansēto projektu īstenošana veselības noza | rē 0,000 | 0,012 | 0,006 |
| Latvijas prezidentūras Eiropas Savienības Padomē nodrošināšana 2015.gadā | 1,008 | 0,772 | 0,000 |
| Nozaru vadība un politikas plānošana | 2,429 | 2,701 | 2,852 |
| Līdzekļu neparedzētiem gadījumiem izlietojums | 0,000 | 3,057 | 0,000 |
| Kopā | 751,967 | 765,296 | 770,767 |

* 2015.gadā piešķirtais finansējums valsts galvoto aizdevumu atmaksai iekļauts apakšprogrammā "Ārstniecība" (5,7 milj.EUR)