



Latvijas Republikas tiesībsargs

Baznīcas iela 25, Rīga, LV-1010, tālr.: 67686768, e-pasts: tiesibsargs@tiesibsargs.lv, www.tiesibsargs.lv

ATZINUMS
pārbaudes lietā Nr. 2026-17-17H
Rīgā

25.09.2026.

Nr. 6-6/58

Veselības ministrijai

Nacionālajam veselības dienestam

SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca"

Par paliatīvās aprūpes pacientu tiesību aizskārumu

Saistībā ar personas iesniegumu par iespējamiem paliatīvās aprūpes pacienta tiesību aizskārumiem, pamatojoties uz Tiesībsarga likuma 11. panta 1., 2. un 4. punktu un 24. panta pirmo un otro daļu, esmu ierosinājusi pārbaudes lietu Nr. 2026-17-17H.

Faktiskie un tiesiskie apstākļi

[1] Iesniedzēja norāda uz iespējamiem sistēmiskiem trūkumiem onkoloģijas un paliatīvās aprūpes pacientu aprūpē Rīgā. Iesniedzēja norāda, ka nepilnīgs tiesiskais regulējums, neskaidrs atbildības sadalījums un traucēta informācijas aprīte noved pie tā, ka būtiska pacienta aprūpes daļa tiek pārlikta uz tuviniekiem.

Iesniedzēja izceļ šādus trūkumus:

- nav pietiekami skaidri noregulēts pacientu izrakstīšanas process no uzņemšanas nodaļas;
- nav noteikts pienākums smagas onkoloģiskas slimības gadījumā pacientu paturēt stacionārā līdz diagnozes apstiprināšanai un konsīlija lēmumam;
- konsīlija slēdziens nav elektroniski pieejams E-veselībā vai DataMed;
- konsīlijs ne vienmēr izvērtē pacienta aktuālo veselības stāvokli un sociālo situāciju;

- novēlots konsīlija lēmums var aizkavēt paliatīvās aprūpes mobilās komandas jeb hospisa pakalpojuma saņemšanu mājās;
- komunikācijā ar pacienta tuviniekiem atsevišķos gadījumos esot izmantoti draudi vai spiediens.

Lai gan iesniegums saistīts ar konkrēta pacienta ārstēšanas un paliatīvās aprūpes organizēšanas apstākļiem, tajā ietvertie jautājumi pārsniedz individuālas lietas robežas un izgaismo iespējamās sistēmiskas problēmas veselības aprūpes un sociālās aprūpes pakalpojumu pēctecībā. Lietā iegūtā informācija liecina par iespējamu plaisu starp stacionāro ārstniecību, paliatīvās aprūpes pakalpojumu pieejamību un sociālās palīdzības sistēmas darbību, kas noteiktos gadījumos var radīt pacientu tiesību uz pienācīgu veselības aprūpi aizskārumu.

[2] Izskatot lietu, tika pieprasīta informācija SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" (turpmāk – Slimnīca), kas sniedza skaidrojumu par pacientu plūsmas organizēšanu, multidisciplinārās komandas (turpmāk – MDK) konsīlija darbību, paliatīvās aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu un sadarbību ar citām institūcijām. Slimnīca vienlaikus norādījusi uz vairākiem sistēmiskiem izaicinājumiem paliatīvās aprūpes jomā, tostarp cilvēkresursu trūkumu, ierobežotu stacionārās paliatīvās aprūpes pieejamību un nepilnībām informācijas apritē starp ārstniecības procesā iesaistītajām institūcijām.

[2.1] Slimnīcas politika, organizējot pacientu plūsmu

Slimnīca norāda, ka lēmums par izrakstīšanu tiek pieņemts pēc pacienta klīniskā stāvokļa, izmeklējumu, diagnozes, ārstu slēdzieniem un turpmākās ārstēšanas nepieciešamības izvērtēšanas. Smagā stāvoklī esošus pacientus neizraksta, bet stacionē atbilstoša profila nodaļā.

Ja pacientam nav medicīnisku indikāciju palikšanai stacionārā, bet viņš pats nevar nokļūt mājās, Slimnīca iespēju robežās piedāvā maksas transportu, iesaista tuviniekus, sociālo darbinieku un atsevišķos gadījumos arī policiju. Slimnīca uzsver, ka pacientu transportēšana un sociālā aprūpe nav tās pamatfunkcija.

Viens no Slimnīcas stratēģiskajiem mērķiem ir samazināt atkārtoti hospitalizēto pacientu skaitu, tai skaitā paliatīvās aprūpes pacientu grupā. Slimnīcas dati par 2025. gadu liecina:

- 24 stundu laikā atkārtoti vērsās 1,4% izrakstīto pacientu, bet 0,3% tika hospitalizēti;
- 72 stundu laikā atkārtoti vērsās 3,0%, bet 0,7% tika hospitalizēti.

Slimnīcas ieskatā šie rādītāji nepārsniedz starptautiski pieņemtos kvalitātes rādītājus¹. Vienlaikus Slimnīca uzsver, ka atkārtotu vizīti var izraisīt arī slimības progresēšana, hroniskas saslimšanas vai sociālie faktori, nevis tikai nepietiekama ārstēšanas kvalitāte.

[2.2] Paliatīvās aprūpes organizēšana

MDK konsīlijs izvērtē diagnozi, pacienta veselības stāvokli, ārstēšanas taktiku un paliatīvās aprūpes nepieciešamību. Tas var pieņemt arī lēmumu par paliatīvās aprūpes mobilās komandas pakalpojuma nepieciešamību. Paliatīvā aprūpe dzīvesvietā paredzēta pacientiem ar prognozējamu dzīvildzi līdz sešiem mēnešiem. Pakalpojuma nepieciešamība tiek vērtēta individuāli. Slimnīca norāda, ka konsīlija kompetencē neietilpst detalizēta pacienta dzīvesvietas un tuvinieku aprūpes spēju novērtēšana. Šādu izvērtējumu pēc pakalpojuma uzsākšanas dzīvesvietā veic paliatīvās aprūpes komanda, tostarp ārsts un sociālais darbinieks.

Slimnīcas Gerontoloģijas klīnikā ir 26 paliatīvās aprūpes gultas, taču to noslodze ir augsta un regulāri trūkst brīvu vietu. Ja specializētajā nodaļā vietu nav, pacientu var:

- īslaicīgi ievietot uzņemšanas klīnikas observācijas gultā;
- stacionēt citā atbilstoša profila nodaļā;
- pārvest uz citu ārstniecības iestādi.

Būtiskākie Paliatīvās aprūpes nodaļas kapacitātes ierobežojumi ir ārstu un aprūpes personāla trūkums. Slimnīca uzsver, ka Paliatīvās aprūpes nodaļas galvenā funkcija ir aktīva simptomu mazināšana un ārstēšanas korekcija, nevis ilgstoša dzīves noslēguma aprūpe. Stacionēšanas ilgums parasti nepārsniedz septiņas dienas.

[2.3] Medicīnisko dokumentu pieejamība

Slimnīca norāda, ka Slimnīcas Izraksti - epikrīzes tiek ievietoti E-veselībā, savukārt radioloģisko un laboratorisko izmeklējumu rezultāti ārstiem var būt pieejami arī citās platformās, piemēram, DataMed.

¹ Barzegari, H., Ebrahimi, M., Azizi, A., & Heydari, A. (2017). [Emergency department readmission rate within 72 hours after discharge](https://doi.org/10.1186/s13049-017-0200-0). Advanced Journal of Emergency Medicine, 1(1), e2. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5585834/> Liu, S. W., Obermeyer, Z., Chang, Y., & Shankar, K. N. (2020). [Risk factors of admission in 72-hour return visits to the emergency department](https://doi.org/10.1186/s13049-020-00000-0). Advanced Journal of Emergency Medicine, 4(2), e36.

MDK konsīlija slēdzienu pašlaik tehniski nav iespējams ievietot E-veselībā, jo sistēmā nav paredzēts atbilstošs dokumenta veids. Tādēļ slēdzieni tiek sagatavoti papīra formā ar konsīlija dalībnieku parakstiem.

Valsts apmaksātas paliatīvās aprūpes dzīvesvietā uzsākšanai ir nepieciešams juridiski saistošs un parakstīts konsīlija slēdziens. Tā neesamība var radīt kavējumus pakalpojuma uzsākšanā. Vienlaikus tiek izstrādāts risinājums konsīliju slēdzienu elektroniskai aprītei starp klīniskajām universitātes slimnīcām un vēlāk arī to pieejamībai E-veselībā.

Slimnīca uzskata, ka pēc pacienta izrakstīšanas primārā atbildība par ārstniecības pēctecības koordinēšanu ir ģimenes ārstam. Atkarībā no pacienta stāvokļa var tikt organizēta:

- specifiska pretvēža terapija;
- atkārtota hospitalizācija simptomu mazināšanai;
- paliatīvās aprūpes mobilās komandas pakalpojums dzīvesvietā;
- stacionāra paliatīvā aprūpe;
- ilgstoša sociālā aprūpe.

Vienlaikus Slimnīca atzīst, ka informācijas aprīte starp veselības un sociālās aprūpes iestādēm nav vienmērīga un valstī nav vienotas datubāzes, kurā varētu izsekot pacienta turpmākajam ceļam pēc izrakstīšanas.

[2.4] Komunikācija ar pacientiem un tuviniekiem

Slimnīca norāda, ka komunikācijai jābūt cieņpilnai, saprotamai un konfidencialai. Personālam tiek organizētas apmācības sensitīvu sarunu vadīšanā un sliktu ziņu paziņošanā.

Slimnīcā ir izveidots strukturēts iekšējās kontroles mehānisms pacientu sūdzību un ierosinājumu izskatīšanai. Konfliktsituācijas un pretenzijas tiek dokumentētas medicīniskajā dokumentācijā. Rakstiskas sūdzības reģistrē dokumentu vadības un pacientu sūdzību analīzes sistēmās. Sarežģītākos gadījumos var tikt izveidota iekšējā komisija un piesaistīta Slimnīcas Juridiskā daļa. Izvērtēšanas rezultātā var tikt mainīti procesi vai organizētas papildu personāla apmācības.

[2.5] Sadarbību ar citām ārstniecības iestādēm un sociālajiem dienestiem

Ja pacientu medicīniski var izrakstīt, bet aprūpe mājās nav iespējama, Slimnīca sadarbībā ar sociālajiem dienestiem meklē īslaicīgas vai ilgstošas sociālās aprūpes iespējas. Rīgas iedzīvotājiem var tikt meklētas īslaicīgas sociālās aprūpes gultas Rīgas 1. slimnīcā.

Tomēr Slimnīca norāda uz būtisku sociālās aprūpes pakalpojumu trūkumu. Pacienti, kuriem vairs nav nepieciešama aktīva ārstēšana, reizēm mēnešiem paliek stacionārā, gaidot sociālo pakalpojumu. Tas aizņem akūtiem pacientiem nepieciešamās gultas un liek Slimnīcai faktiski pildīt sociālās aprūpes funkcijas bez atbilstoša deleģējuma un finansējuma.

Slimnīca savas kompetences ietvaros ir sniegusi un turpina sniegt priekšlikumus nozares attīstībai vairākos virzienos. Slimnīca rosina:

- noteikt paliatīvās aprūpes pacientus par prioritāru grupu sociālās aprūpes un mājas aprūpes saņemšanai;
- stiprināt paliatīvās aprūpes cilvēkresursus un nodrošināt konkurētspējīgu atalgojumu;
- veidot integrētu stacionārās, ambulatorās un paliatīvās aprūpes dzīvesvietā sistēmu;
- ieviest vienotus pacientu ceļus un praktiski izmantot klīniskos algoritmus;²
- paplašināt paliatīvās aprūpes speciālistu apmācību reģionos;
- attīstīt specializētus hospisa pakalpojumus;
- savlaicīgi fiksēt pacienta gribu par vēlamo aprūpes veidu dzīves noslēgumā;
- izstrādāt vienotu algoritmu gadījumiem, kad tuvinieki nevar vai nevēlas uzņemt pacientu mājās;
- uzlabot E-veselības funkcionalitāti, tostarp automātisku ģimenes ārsta informēšanu un konsīliju slēdzienu elektronisku apriti.

Vērtējums

[3] Valsts pienākums veselības aprūpes nodrošināšanā

Tiesības uz veselības aizsardzību konstitucionālā līmenī ir nostiprinātas Satversmes 111. pantā, kas noteic, ka valsts aizsargā cilvēka veselību un garantē ikvienam medicīniskās palīdzības minimumu. Šī norma neparedz pienākumu nodrošināt ikvienam iespējami augstāko veselības līmeni, taču valstij ir pienākums atbilstoši savām ekonomiskajām iespējām veikt pasākumus cilvēku veselības

² Slimību profilakses un kontroles centrs. [Klīniskie algoritmi, pacientu ceļi, indikatori prioritārajās veselības jomās \(ESF projekts\)](#).

aizsardzībai.³ Satversmes tiesa ir uzsvērusi, ka Satversmes 111. panta saturs noskaidrojams kopsakarā ar Satversmes 89. pantu, kas noteic, ka valsts atzīst un aizsargā cilvēka pamattiesības saskaņā ar Satversmi, likumiem un Latvijai saistošiem starptautiskajiem līgumiem.⁴

Tiesības uz veselību ir nostiprinātas vairākos starptautiskajos dokumentos. ANO Vispārējā cilvēktiesību deklarācija paredz tiesības uz medicīnisko aprūpi un sociālajiem pakalpojumiem, kas nepieciešami personas un tās ģimenes veselībai.⁵ No Cilvēka tiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencijas 2. panta (tiesības uz dzīvību) izriet valsts pozitīvais pienākums izveidot efektīvu veselības aprūpes sistēmu un nodrošināt pacientu dzīvības un veselības aizsardzību.⁶ Savukārt ANO Starptautiskā pakta par ekonomiskajām, sociālajām un kultūras tiesībām 12. pants atzīst ikviena tiesības sasniegt visaugstāko iespējamo fiziskās un psihiskās veselības līmeni, tostarp paredzot valstu pienākumu nodrošināt slimību profilaksi, ārstēšanu un medicīniskās palīdzības pieejamību slimības gadījumā.⁷

ANO Ekonomisko, sociālo un kultūras tiesību komiteja (turpmāk – Komiteja) ir skaidrojusi, ka tiesības uz veselību nav saprotamas kā tiesības būt veselam. Tās ietver gan indivīda brīvības pašam kontrolēt savu veselību un organismu, gan tiesības uz pieejamu veselības aizsardzības sistēmu, kas nodrošina vienlīdzīgas iespējas sasniegt iespējami augstāko veselības līmeni.⁸ Attiecībā uz vecāka gadagājuma cilvēku iespējām īstenot tiesības uz veselību komiteja norāda uz integrētas pieejas svarīgo nozīmi, lai tiktu apvienoti profilaktiskas, ārstnieciskas un uz rehabilitāciju orientētas veselības aprūpes elementi. Šo pasākumu pamatā cita starpā ir jābūt gādībai un rūpēm par hroniski un neārstējami slimām personām, pēc iespējas novēršot sāpes, kas viņām jācieš, un nodrošinot, lai nomiršana būtu cieņpilna.⁹

Pasaules Veselības organizācijas Konstitūcijā dalībvalstis deklarē, ka veselība ir pilnīga fiziska, garīga un sociāla labklājība, un tiesības uz visaugstāko sasniedzamo veselības līmeni ir ikviena cilvēka pamattiesības.¹⁰

³ Satversmes tiesas 2008. gada 29. decembra spriedums lietā [Nr. 2008-37-03](#), 11.1. punkts.

⁴ Turpat, 11.2. punkts.

⁵ United Nations. Universal Declaration of Human Rights (Adopted 10 December 1948). [ANO Vispārējā cilvēktiesību deklarācija](#) (tulkojums latviešu valodā).

⁶ European Court of Human Rights. [Guide on Article 2 of the European Convention on Human Rights](#). Right to life. (Updated on 28 February 2026) § 49.

⁷ United Nations. [International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights](#) (Adopted 16 December 1966).

⁸ United Nations. [General comment no. 14, The right to the highest attainable standard of health \(article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights\)](#) (Adopted 11 August 2000), § 8.

⁹ Turpat, § 25.

¹⁰ World Health Organization. [Constitution of the World Health Organization](#) (adopted 19 June to 22 July 1946).

Satversmes tiesa atzinusi, ka tiesībām uz veselību atbilst valsts pienākums ievērot personas tiesības uz veselību, neiejaucoties nepamatoti personu brīvībās, aizsargāt personas no citu personu iejaukšanās šo tiesību īstenošanā, kā arī nodrošināt tiesību uz veselību īstenošanu, veicot konkrētus pasākumus veselības aizsardzības sistēmas darbībai.¹¹

No Satversmes 111. panta neizriet valsts pienākums nodrošināt ikvienam iespējami augstāko veselības līmeni. Tomēr tiesības uz veselību ietver gan konkrētas brīvības, gan konkrētas tiesības. Brīvības nozīmē, piemēram, to, ka ikviens cilvēks var brīvi kontrolēt savu veselību. Satversmes tiesa norādījusi arī uz personas brīvību veikt pasākumus, ko tā uzskata par nepieciešamiem savas veselības nodrošināšanai. Savukārt tiesības ir saistāmas ar valsts pienākumu izveidot atbilstošu veselības aizsardzības sistēmu. Tādējādi tiesībām uz veselību atbilst valsts pienākums gādāt par veselības aprūpes iestāžu, pakalpojumu, aprīkojuma un zāļu esamību un pieejamību, kā arī citiem apstākļiem, kas ietekmē personu iespēju sasniegt visaugstāko veselības līmeni.¹²

Vienlaikus veselības aprūpes tiesību īstenošanas apjoms ir cieši saistīts ar valsts rīcībā esošajiem resursiem. Tādēļ valstij ir plaša rīcības brīvība noteikt veselības aprūpes finansēšanas prioritātes un lemt par to, kādi pakalpojumi un kādos apstākļos tiek apmaksāti no valsts budžeta.¹³

Komiteja vispārējā komentārā Nr. 14 ir norādījusi, ka valsts teritorijā pietiekamā daudzumā jābūt pieejamām funkcionējošām sabiedrības veselības un veselības aprūpes iestādēm, precēm un pakalpojumiem, kā arī programmām. Katrā valstī pieejamības apjoms var atšķirties, jo ir jāņem vērā katras valsts attīstības līmenis un pieejamie resursi, gan finanšu resursi, gan arī personāls.¹⁴

Lai veselības aprūpe būtu patiešām pieejama, Pasaules Veselības organizācija ir aicinājusi dalībvalstis nodrošināt integrētu, cilvēkcentrētu aprūpi, kur ārstēšana un aprūpe tiek organizēta ap konkrētā pacienta vajadzībām, vērtībām, dzīves apstākļiem un mērķiem, nevis tikai ap slimību, diagnozi vai ārstniecības iestādes procesiem. Šajā modelī aprūpei jābūt koordinētai visā ārstēšanas gaitā, drošai, efektīvai, savlaicīgai un pieņemamai pacientam.¹⁵

¹¹ Satversmes tiesas 2013. gada 9. aprīļa spriedums lietā [Nr. 2012-14-03](#), 12. punkts.

¹² Turpat, 12. punkts.

¹³ Turpat, 12. punkts.

¹⁴ United Nations. [General comment no. 14, The right to the highest attainable standard of health \(article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights\)](#) (Adopted 11 August 2000), § 12. Sk. arī Medicīnas tiesības. Autoru kolektīvs S.Ašnevas-Slokenbergas zinātniskajā redakcijā. Tiesu namu aģentūra. 2015. 35. lpp.

¹⁵ World Health Organization. [Integrated people-centred care](#). Strengthening integrated, people-centred health services (28 May 2016).

Tādējādi gan no Satversmes, gan no starptautiskajām normām izriet valsts pienākums pieejamo finanšu resursu ietvaros izveidot atbilstošu veselības aizsardzības sistēmu un nodrošināt veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību.

[4] Paliatīvās aprūpes īstenošana

Likumdevējs veselības aprūpi Ārstniecības likuma 3. panta pirmā daļā ir definējis kā veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju īstenotu pasākumu kompleksu, tajā skaitā telemedicīna un darbības ar zālēm un medicīniskajām ierīcēm, pacienta veselības nodrošināšanai, uzturēšanai un atjaunošanai.

Saskaņā ar Ārstniecības likuma 9.¹ panta pirmajā daļā noteikto ārstniecību veic atbilstoši klīniskajām vadlīnijām, klīniskajiem algoritmiem un klīniskajiem ceļiem vai ārstniecībā izmantojamo metožu un zāļu lietošanas drošības un ārstēšanas efektivitātes novērtējumam, tādējādi nodrošinot vienotu izpratni par veselības aprūpes sistēmas un ārstniecības procesu kvalitāti un uzlabojot pacientu drošību un pacientu uzticību veselības aprūpes sistēmai.¹⁶

Kopš 2024. gada 1. janvāra Ārstniecības likumā ir iekļauta arī paliatīvās aprūpes definīcija, lai veidotu vienotu izpratni par paliatīvo aprūpi un tās saturu. Proti, paliatīvā aprūpe ir starpdisciplināra, holistiska tādu pacientu aprūpe, kuru slimība ir dzīvildzi ierobežojoša un nav radikāli ārstējama, ar mērķi novērst vai mazināt slimības radītās ciešanas, lai nodrošinātu iespējami augstu dzīves kvalitāti pacientam un atbalstu viņa ģimenei. Paliatīvā aprūpe ietver ārstēšanu un slimības radīto simptomu novēršanu, hospisa aprūpi personām ar prognozējamo dzīvildzi līdz sešiem mēnešiem, psiholoģisku, sociālu un garīgu atbalstu, kā arī atbalstu pacienta piederīgajiem sērošanas periodā pēc tuvinieka zaudējuma.¹⁷

Saskaņā ar Veselības aprūpes un finansēšanas likumā noteikto likumdevējs ir deleģējis Ministru kabinetam noteikt valsts apmaksātās medicīniskās palīdzības minimumu un valsts obligātās veselības apdrošināšanā ietilpstošo veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas kārtību.

Ministru kabineta 2018. gada 28. augusta noteikumi Nr. 555 "Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība" (turpmāk – Noteikumi Nr. 555) cita starpā nosaka paliatīvās

¹⁶ Tiesību akta projekta ([Nr.268/Lp14](#)) "Grozījumi Ārstniecības likumā" sākotnējās ietekmes (ex-ante) novērtējuma ziņojums (anotācija).

¹⁷ [Ārstniecības likums](#), 1. panta 31. punkts.

aprūpes organizēšanas, finansēšanas un saņemšanas kārtību, kā arī paliatīvās aprūpes pakalpojumus, kad persona ir atbrīvota no pacienta līdzmaksājuma.

Ambulatori paliatīvo aprūpi organizē ģimenes ārsts, kurš nepieciešamības gadījumā nozīmē medikamentus (t.sk. arī terapijai nepieciešamos pretsāpju medikamentus) un izraksta nosūtījumu pie veselības aprūpes speciālistiem (t.sk. pie paliatīvās aprūpes speciālista)¹⁸. Atbilstoši noteikumu Nr. 555 3.6.3.4. apakšpunktā noteiktajam personām, kurām nepieciešama paliatīvā aprūpe, ir tiesības saņemt **ģimenes ārsta mājas vizīti**.¹⁹

Savukārt Noteikumu Nr. 555 3.11.¹ apakšpunkts paredz tiesības uz mobilās komandas paliatīvās aprūpes pakalpojumu pacienta dzīvesvietā (turpmāk – paliatīvās aprūpes mobilās komandas pakalpojums), ja par pakalpojuma nepieciešamību ir lēmis ārstu konsīlijs. **Paliatīvās aprūpes mobilās komandas pakalpojums** tiek sniegts saskaņā ar Noteikumu Nr. 555 3.4.¹ nodaļu, kā arī Ministru kabineta 2024. gada 20. februāra noteikumiem Nr. 112 "Paliatīvās aprūpes noteikumi" (turpmāk – Noteikumi Nr. 112). Pakalpojums paredzēts tādu pacientu aprūpei, kuru slimība ir dzīvildzi ierobežojoša un nav radikāli ārstējama, ar mērķi novērst vai mazināt slimības radītās ciešanas, lai nodrošinātu iespējami augstu dzīves kvalitāti pacientam un atbalstu viņa ģimenei.

Noteikumi Nr. 555 paredz, ka paliatīvā aprūpe var tikt nodrošināta arī stacionārā, pēctecīgi citiem stacionāriem ārstniecības pakalpojumiem, ja ārstējošais ārsts, izvērtējot pacienta veselības stāvokli, uzskata par nepieciešamību pacientam sniegt šāda veida medicīnisko palīdzību, vai, ja ģimenes ārsts vai jebkurš cits speciālists ir izvērtējis pacienta veselības stāvokli un uzskata par nepieciešamību nosūtīt pirmreizējai vai atkārtotai veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai stacionāri. Paliatīvo aprūpe stacionārā nodrošina SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca", VSIA "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca", IV līmeņa ārstniecības iestādes (izņemot SIA "Jelgavas pilsētas slimnīca").²⁰

Slimnīca ir uzsvērusi, ka Paliatīvās aprūpes nodaļas darbība ir vērsta uz aktīvu, profesionālu un uz pacientu orientētu medicīnisko palīdzību simptomu mazināšanai un ārstēšanas korekcijai, nevis dzīves noslēguma aprūpi kā primāro funkciju. Šādu funkciju nodrošināšanai starptautiskā praksē pastāv specializētas hospisa nodaļas.

¹⁸ Nacionālais veselības dienests. [Paliatīvā aprūpe](#).

¹⁹ Ministru kabineta 2018. gada 28. augusta noteikumi Nr. 555 "[Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība](#)", 3.6.3.4. apakšpunkts.

²⁰ Turpat, 4.8. apakšpunkts un 6. pielikuma 2.17.2. apakšpunkts.

Tādējādi paliatīvā aprūpe ir daļa no kopējā ārstēšanas un aprūpes procesa un tās nodrošināšana balstās multidisciplinārā pieejā, kurā iesaistās dažādu nozaru speciālisti. Šāda pieeja paredz personas vajadzību izvērtēšanu kompleksi, ņemot vērā ne vien medicīniskos, bet arī funkcionālos un sociālos aspektus.²¹

Lēmumu par nepieciešamās paliatīvās aprūpes veidu, piemēram, ambulatori, mājās vai stacionārā, var pieņemt ģimenes ārsts vai ārsts-speciālists kopā ar pacientu un viņa tuviniekiem, individuāli izvērtējot katra pacienta gadījumu, ievērojot pacienta vajadzības un iespēju robežās viņa izteikto gribu. Ja pacienta ārstēšana ir sarežģīta un nepieciešama vairāku specialitāšu ārstu konsultācija vai viedoklis, ārstējošais ārsts sasauc ārstu konsīliju.²²

Tādējādi paliatīvās aprūpes sistēma Latvijā ir organizēta tā, ka tās nodrošināšanā iesaistās vairāki subjekti, tostarp stacionārās ārstniecības iestādes, ģimenes ārsti, paliatīvās aprūpes mobilās komandas, pašvaldību sociālie dienesti un sociālās aprūpes pakalpojumu sniedzēji. Īpaša nozīme ir efektīvai sadarbībai un informācijas aprītei starp iesaistītajām institūcijām.

[5] Pacienta tiesības uz veselības aprūpi

Pacienta kā veselības aprūpes pakalpojuma saņēmēja tiesības ir noteiktas Pacientu tiesību likumā. Likuma mērķis ir veicināt labvēlīgas attiecības starp pacientu un veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju, sekmējot pacienta aktīvu līdzdalību savas veselības aprūpē, kā arī nodrošināt viņam iespēju īstenot un aizstāvēt savas tiesības un intereses.²³ No Pacientu tiesību likuma 5. panta izriet personas tiesības saņemt **veselības stāvoklim atbilstošu, savlaicīgu un pēctecīgu ārstniecību**, ņemot vērā Latvijas starptautiskās saistības veselības aizsardzības jomā, kas nosaka valsts pienākumu garantēt pacientam noteiktu kvalitātes standartu un noteiktu pakalpojumu apjomu, kas nenozīmē neierobežotu veselības aprūpes apjomu un visaugstāk iespējamo kvalitāti.²⁴

[5.1] Ar **veselības stāvoklim atbilstošu** ārstēšanu²⁵ saprot tādu ārstēšanu, kas tiek veikta atbilstoši klīniskajām vadlīnijām, klīniskajiem algoritmiem un klīniskajiem ceļiem vai ārstniecībā izmantojamo metožu un zāļu lietošanas drošības un ārstēšanas efektivitātes novērtējumam. Pacientu tiesību

²¹ Ministru kabineta 2020. gada 15. decembra rīkojums Nr. 774 "[Par konceptuālo ziņojumu "Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām paliatīvās aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā"](#)".

²² Turpat.

²³ [Pacientu tiesību likums](#), 2. pants.

²⁴ Gusarova, A., Rožkalns, R., Slokenberga, S., Staņislavska, O., Strazdiņa, L., Šāberte, L., Tauriņa, L. E., Vilka, I., & Zālīte, N. (2019). Pacientu tiesību likuma komentāri (66. lpp.). Latvijas Vēstnesis.

²⁵ [Pacientu tiesību likums](#), 5. panta pirmā daļa.

likums neparedz pacientam tiesības prasīt ārstam kādu konkrētu ārstniecības manipulāciju. Pacientam ir tiesības tikai uz tādu ārstniecību, kas atbilst pacienta veselības stāvoklim.²⁶ Par pacienta veselības stāvoklim atbilstošu veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu lemj ārstniecībā iesaistītās ārstniecības personas, ievērojot to kompetences robežas.²⁷

Pacienta tiesības saņemt veselības stāvoklim atbilstošu ārstēšanu ir tieši atkarīgas no valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības, bet kad šādu pakalpojumu nav, tiesības ir atkarīgas no pacienta rīcībā esošiem līdzekļiem.²⁸ Tomēr, ja gaidīšana rada risku pacienta dzīvībai vai būtiski var ietekmēt pacienta veselību, ir jārod iespēja to nodrošināt pēc iespējas drīzāk.²⁹

Kā jau iepriekš 3. punktā norādīts valsts ir nodrošinājusi iespēju saņemt paliatīvo aprūpi gan mājās, gan ambulatori, kā arī stacionārā. Konkrētā situācija norāda uz stacionārās paliatīvās aprūpes pakalpojumu (hospisa aprūpes) nepieejamību, ja personas vajadzībām nav piemēroti citi pakalpojumi, tostarp, paliatīvās aprūpes mobilās komandas pakalpojums.

Kā norāda Slimnīca, paliatīvās aprūpes gultu noslodze Slimnīcas Gerontoloģijas nodaļā ir augsta, un brīvu vietu pieejamība ir ierobežota. Taču nepieciešamības gadījumā paliatīvā aprūpe tiek organizēta alternatīvā veidā – hospitalizējot pacientus citās Slimnīcas atbilstoša profila nodaļās vai organizējot pacientu pārvešanu uz citu stacionāro ārstniecības iestādi, iepriekš saskaņojot uzņemšanas iespējas.

[5.2] Pacientu tiesību likuma 5. panta ceturtā daļa paredz pacienta tiesības uz **savlaicīgu ārstniecību**. Taču likums nedefinē, cik savlaicīgai jābūt ārstniecībai, lai to uzskatītu par savlaicīgu, kā arī nenosaka principus vai kritērijus šīs normas atklāšanai.³⁰

Primāri veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu nodrošina rindas kārtībā. Noteikumu Nr. 555 3.6. nodaļā ir paredzēti atsevišķi rindu veidošanas nosacījumi veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai. Noteikumu Nr. 555 61.2. apakšpunkts noteic, ka ārstniecības iestāde valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu plāno tā, lai nodrošinātu veselības aprūpes pakalpojumu

²⁶ Gusarova, A., Rožkalns, R., Slokenberga, S., Staņislavska, O., Strazdiņa, L., Šāberte, L., Tauriņa, L. E., Vilka, I., & Zālīte, N. (2019). Pacientu tiesību likuma komentāri (67. lpp.). Latvijas Vēstnesis.

²⁷ Autoru kolektīvs Ašnevas-Slokenbergas, S. zinātniskajā redakcijā (2015). Medicīnas tiesības (305. lpp.). Tiesu namu aģentūra.

²⁸ Gusarova, A., Rožkalns, R., Slokenberga, S., Staņislavska, O., Strazdiņa, L., Šāberte, L., Tauriņa, L. E., Vilka, I., & Zālīte, N. (2019). Pacientu tiesību likuma komentāri (68. lpp.). Latvijas Vēstnesis.

²⁹ Autoru kolektīvs Ašnevas-Slokenbergas, S. zinātniskajā redakcijā (2015). Medicīnas tiesības (307. lpp.). Tiesu namu aģentūra.

³⁰ Gusarova, A., Rožkalns, R., Slokenberga, S., Staņislavska, O., Strazdiņa, L., Šāberte, L., Tauriņa, L. E., Vilka, I., & Zālīte, N. (2019). Pacientu tiesību likuma komentāri (70. lpp.). Latvijas Vēstnesis.

pieejamību visa kalendāra gada laikā. Noteikumos citastarp ir noteikti termiņi noteiktu veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai onkoloģisko saslimšanu gadījumā, proti, ārstniecības iestādei sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu jānodrošina ne vēlāk kā 10 darbdienu laikā.³¹

Atbilstoši Noteikumu Nr. 555 39.6. punktā noteiktajam ģimenes ārsts primārās veselības aprūpes pakalpojumus ģimenes ārsta prakses vietā vai pacienta dzīvesvietā nodrošina piecu darbdienu laikā. Pakalpojumus ģimenes ārsts nodrošina kopīgi ar ģimenes ārsta praksē nodarbinātām ārstniecības personām. Savukārt atbilstoši 39.4. punktā noteiktajam pieņemšanas laiku personām bez iepriekšēja pieraksta (akūtiem pacientiem) nosaka katru dienu ne mazāk par vienu stundu, nodrošinot šādām personām ģimenes ārsta pieejamību tajā pašā dienā, kad persona vērsusies ģimenes ārsta praksē, vai nākamajā darbdienā, ja persona ģimenes ārsta praksē vērsusies pēc ģimenes ārsta pieņemšanas laika beigām.

Savukārt saskaņā ar Noteikumu Nr. 555 55.¹punktu paliatīvās aprūpes mobilās komandas pakalpojuma sniedzējam jānodrošina iespēju pieteikt paliatīvās aprūpes pakalpojumu pacienta dzīvesvietā visu diennakti, tai skaitā brīvdienās un svētku dienās. Saskaņā ar Noteikumu Nr. 112 10. punktu paliatīvās aprūpes mobilās komandas pakalpojuma sniedzējs uzsāk sniegt pakalpojumu ne vēlāk kā 24 stundu laikā no pieteikuma saņemšanas brīža vai 24 stundu laikā pēc pacienta izrakstīšanas no stacionāra, ja pieteikšanas brīdī pacients atrodas stacionārā. Paliatīvās aprūpes mobilās komandas pakalpojuma piešķiršana neizslēdz to, ka nepieciešamības gadījumā pacients var tikt stacionēts.

Tādējādi ārstniecības iestādei, tostarp arī ģimenes ārstam vai paliatīvās aprūpes mobilajai komandai no tiesību normām izriet pienākums identificēt pacienta nepieciešamību nekavējoši vai noteiktā laikā saņemt ārstniecību. Ja ārstniecības iestāde identificētajā steidzamības periodā pacientam pakalpojumu sniegt nevar, par to ir jāinformē pacients, lai viņam būtu iespēja meklēt risinājumus valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu saņemt citā ārstniecības iestādē vai par maksu.³²

³¹ Ministru kabineta 2018. gada 28. augusta noteikumi Nr. 555 "[Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība](#)", 61.3.1. – 61.3.3. apakšpunkts.

³² Gusarova, A., Rožkalns, R., Slokenberga, S., Staņislavskā, O., Strazdiņa, L., Šāberte, L., Tauriņa, L. E., Vilka, I., & Zālīte, N. (2019). Pacientu tiesību likuma komentāri (71. lpp.). Latvijas Vēstnesis.

[5.3] Tiesību saņemt **pēctecīgu ārstniecību**³³ mērķis ir nodrošināt ārstniecības procesa nepārtrauktību, lai pacients veselības aprūpes sistēmā netiktu atstāts bez viņa veselības stāvoklim nepieciešamajiem pakalpojumiem.

Tiesībām uz pēctecīgu ārstniecību ir īpaša nozīme gadījumos, kad pacientam nepieciešama ilgstoša aprūpe, vairāku ārstniecības pakalpojumu koordinācija vai pāreja no viena aprūpes veida uz citu. Šādās situācijās ārstniecības organizācijai jābūt vērstai uz to, lai pacientam netiktu radīts nesamērīgs risks palikt bez nepieciešamās veselības aprūpes.

Pēctecīga ārstniecība nav reducējama tikai uz atsevišķu ārstniecības darbību veikšanu vai medicīniskās dokumentācijas nodošanu pacientam. Tās būtība ir nodrošināt koordinētu pāreju starp dažādiem veselības aprūpes pakalpojumiem un ārstniecības līmeņiem.

[5.4] Noteikumi Nr. 555 vairākos gadījumos paredz ārstu konsīlija slēdzienu kā priekšnoteikumu valsts apmaksāta pakalpojuma saņemšanai. Atsevišķām manipulācijām noteikts arī nepieciešamais konsīlija sastāvs, piemēram, radiologa, hematologa, onkologa ķīmijterapieta vai bērnu hematoonkologa dalība.³⁴ Taču šīs normas galvenokārt regulē pakalpojumu organizēšanu un finansēšanu, nevis konsīlija darbības kārtību.

Atbilstoši Noteikumu Nr. 112 nosaka, ka noteiktu paliatīvās aprūpes mobilās komandas pakalpojumu saņemšanai nepieciešams IV vai V līmeņa stacionārās ārstniecības iestādes ārstu konsīlija lēmums par paliatīvo aprūpi dzīvesvietā un prognozēto dzīvildzi līdz sešiem mēnešiem.³⁵

Noteikumi paredz arī konsīlija lēmuma apriti starp ārstniecības iestādi un paliatīvās aprūpes mobilās komandas pakalpojuma sniedzēju. Proti, paliatīvās aprūpes mobilās komandas pakalpojuma nodrošināšanai ārstniecības iestāde, kas nosūtījusi personu uz konsīliju, pēc konsīlija lēmuma saņemšanas sazinās ar paliatīvās aprūpes mobilās komandas pakalpojuma sniedzēju un piesaka pacientu attiecīgo pakalpojumu saņemšanai.

Tādējādi no Noteikumiem Nr. 112 izriet pienākums ārstniecības iestādei (parasti, ģimenes ārstam vai ārstējošam ārstam) nosūtīt personu uz konsīliju un pēc konsīlija lēmuma saņemšanas sazināties

³³ [Pacientu tiesību likums](#), 5. panta piektā daļa.

³⁴ Ministru kabineta 2018. gada 28. augusta noteikumi Nr. 555 "[Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība](#)", 3.11.2. apakšpunkts.

³⁵ Ministru kabineta 2024. gada 20. februāra noteikumi Nr. 112 "[Paliatīvās aprūpes noteikumi](#)", 7. punkts.

ar paliatīvās aprūpes mobilās komandas pakalpojuma sniedzēju un pieteikt pacientu pakalpojuma saņemšanai. Taču arī šie noteikumi neregulē konsīlija darbības kārtību.

[5.5] Slimnīca skaidro, ka MDK konsīlija sasaukšanas kārtība ir atrunāta Slimnīcas iekšējā normatīvajā aktā SIA "Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" Onkoloģisko multidisciplināro komandu sanāksmju norises kārtība (apstiprināta ar valdes 2025. gada 14. maija lēmumu Nr. V1/01-01/25/116). Atbilstoši šai kārtībai konsīliji tiek organizēti regulāri.

MDK konsīlija ietvaros tiek veikts visaptverošs pacienta veselības stāvokļa izvērtējums, tai skaitā precizēta diagnoze, noteikta vai pārskatīta ārstēšanas taktika, kā arī pieņemti lēmumi par paliatīva pacienta statusu, arī paliatīvas terapijas veidu.

Paliatīvā aprūpe dzīvesvietā ir paredzēta paliatīviem pacientiem ar prognozējamu dzīvildzi līdz sešiem mēnešiem, un tās nepieciešamība tiek izvērtēta individuāli, balstoties uz pacienta veselības stāvokli un slimības gaitu.

MDK konsīlija darbība balstās uz profesionālo kompetenci un pieejamās medicīniskās informācijas vispusīgu izvērtējumu, lai objektīvi novērtētu pacienta veselības stāvokli un vienotos par medicīniski pamatotāko turpmākās ārstniecības taktiku. Līdz ar to MDK konsīlijs darbojas kā klīniskais lēmumu pieņemšanas mehānisms, kura ietvaros tiek lemts arī par paliatīvās aprūpes nepieciešamību un tās formu, balstoties uz medicīniskiem apsvērumiem.

Slimnīca ir norādījusi, ka MDK konsīlija kompetencē neietilpst pacienta dzīvesvietas sadzīves un sociālo apstākļu izvērtēšana, tostarp aprūpētāju vecuma, veselības stāvokļa vai fizisko spēju novērtēšana, jo šāds izvērtējums prasa klātienes apsekojumu pacienta dzīvesvietā. Pacienta mājas apstākļu piemērotības izvērtēšana tiek nodrošināta paliatīvās aprūpes pakalpojuma sniegšanas ietvaros. Pēc pakalpojuma uzsākšanas pakalpojuma sniedzējs organizē multiprofesionālas komandas iesaisti, nodrošinot pirmreizēju vizīti pacienta dzīvesvietā, kuras laikā ārsts un sociālais darbinieks izvērtē pacienta veselības stāvokli, dzīves vidi un pieejamos aprūpes resursus, kā arī izstrādā individuālu paliatīvās aprūpes plānu.

[5.6] Būtisks savlaicīgas un pēctecīgas ārstniecības nodrošināšanas aspekts ir savlaicīga informācijas, tostarp, medicīnisko dokumentu (piemēram, konsīlija slēdziena) saņemšana.

Ministru kabineta 2014. gada 11. marta noteikumi Nr. 134 "Noteikumi par vienoto veselības nozares elektronisko informācijas sistēmu" noteic vienotās veselības nozares elektroniskās informācijas sistēmā (turpmāk – E-veselība) glabājamās datus un to apstrādes kārtību.

No 2027. gada 1. septembra E-veselībā pakāpeniski tiks uzsākta ārstu konsīliju slēdzienu un operāciju aprakstu pieejamības nodrošināšana E-veselībā. Ārstniecības iestādēm minēto datu iesniegšana E-veselībā jāuzsāk ne vēlāk kā no 2028. gada 1. janvāra. Savukārt līdz 2027. gada 31. augustam konsīliju slēdzieniem un operāciju aprakstiem varēs piekļūt tikai caur ārstniecības iestādes izmantoto informācijas sistēmu, ja tā būs atbilstoši integrēta ar E-veselības sistēmu.³⁶

Tādējādi, šobrīd E-veselībā nav paredzēts tāds dokumenta veids kā MDK konsīlija slēdziens un tehniski nav iespējams to iesniegt E-veselībā. Kamēr attiecīgās ārstniecības iestādes konsīlija slēdzieni nav pieejami elektroniski E-veselībā, katra ārstniecības iestāde konsīliju slēdzienu saņemšanu organizē atbilstoši savai iekšējai kārtībai. Savukārt esošā Slimnīcas informācijas sistēma neparedz efektīvu vienlaicīgu elektronisko parakstīšanu, tā ir iespējama tikai secīgi, kas var kavēt ārstniecības procesu. Tādēļ MDK konsīlija slēdzieni Slimnīcā tiek sagatavoti papīra formā ar visu dalībnieku parakstiem.

Ja pacients atrodas stacionārā, parakstīts MDK konsīlija slēdziena oriģināls tiek izsniegts pacientam personīgi vai viņa pilnvarotajai personai, izrakstoties no Slimnīcas. Ja konsīlijs notiek attālināti (bez pacienta klātbūtnes), dokumentu var saņemt pacients, viņa pilnvarotā persona vai pakalpojuma sniedzējs, ja par to ir saņemta pacienta piekrišana.

Kā izriet no konkrētās lietas apstākļiem, atsevišķos gadījumos, it īpaši, ja pacients sava veselības stāvokļa vai vecuma dēļ pats nevar saņemt konsīlija slēdzienu, pastāv risks, ka pacientam netiks nodrošināta savlaicīga un pēctecīga ārstniecība.

[5.7] Veselības aprūpes jomā būtiska nozīme ir konfidencialitātei un personas datu aizsardzībai. Dati par personas veselību tiek uzkrāti un izmantoti ne tikai konkrētās ārstniecības epizodes laikā. Tiem lielākoties ir nozīme arī ilgtermiņa perspektīvā – informācija var būt svarīga arī veselības aprūpes procesā, kas tiek īstenots vēlākā laika posmā.³⁷

³⁶ Ministru kabineta 2026. gada 4. augusta noteikumi Nr. 450 "[Grozījumi Ministru kabineta 2014. gada 11. marta noteikumos Nr. 134 "Noteikumi par vienoto veselības nozares elektronisko informācijas sistēmu"](#)".

³⁷ Autoru kolektīvs Ašņevicas-Slokenbergas, S. zinātniskajā redakcijā (2015). Medicīnas tiesības (307. lpp.). Tiesu namu aģentūra.

Informācijas, kas skar personas datus par personas veselību, apstrāde ir strikti ierobežota. Šādas informācijas aizsardzībai ir izvirzītas visstingrākās prasības. Privātuma un datu aizsardzības tiesisko ietvaru veido gan starptautiskie (ANO, Eiropas Padomes, Eiropas Savienības), gan nacionālie tiesību akti.

Latvijā personas datu, tostarp datu par personas veselību, aizsardzību reglamentē Fizisko personu datu apstrādes likums un Pacientu tiesību likums kopsakarā ar Eiropas Parlamenta un Padomes 2016. gada 27. aprīļa regulu (ES) 2016/679 par fizisku personu aizsardzību attiecībā uz personas datu apstrādi un šādu datu brīvu apriti un ar ko atceļ direktīvu 95/46/EK (Vispārīgā datu aizsardzības regula).

Pacientu tiesību likuma 10. pants skaidri noteic, ka informācija par identificētu vai identificējamu pacientu ir aizsargājama saskaņā ar fizisko personu datu aizsardzību regulējošajiem normatīvajiem aktiem. Informāciju par pacientu drīkst izpaust tikai ar pacienta rakstveida piekrišanu vai likumā tieši paredzētajos gadījumos. Šīs informācijas konfidencialitāte saglabājas arī pēc pacienta nāves.

Pacientu tiesību likuma 10. panta piektā ar indeksu 2 daļa citastarp noteic, ka veselības informācijas sistēmā (E-veselībā) uzkrātos datus par pacientu ir tiesības apstrādāt ārstniecības personai un ārstniecības atbalsta personai, ja apstrādes mērķis ir ārstniecības mērķu sasniegšana.

Tādējādi var secināt, informāciju par personu, kas iesniegta E-veselībā, ārstniecības persona var izmantot turpmāko ārstniecības mērķi sasniegšanai. Līdz ar to tad, kad tiks nodrošināta konsīlija slēdzienu pieejamība E-veselībā, pirmšķietami tiks atrisināta problēmsituācija ar savlaicīgu turpmākās ārstniecības nodrošināšanu.

Vienlaikus ir jāatzīmē, ka datu aizsardzības regulējums paredz, ka personas datu apstrāde ir iespējama, ja persona ir devusi savu piekrišanu. Proti, pacients var pilnvarot citu personu saņemt informāciju, kas skar pacientu.

Saskaņā ar Noteikumu Nr. 134 6.14. apakšpunktu E-veselībā ir iekļaujami dati par personu vai personām, kuras ir pilnvarotas apstrādāt datus veselības informācijas sistēmā pacienta vietā, norādot pilnvarotās personas vārdu (vārdus), uzvārdu, personas kodu, kontaktinformāciju (tālruna

numuru, elektroniskā pasta adresi). Taču minētais attiecas tikai uz personas datiem E-veselībā un ir pieejams personām, kuras izmanto e-veselību.³⁸

Saskaņā ar Noteikumu Nr. 134 6.13.¹apakšpunktā var norādīt savas kontaktpersonas vārdu, uzvārdu, tālruņa numuru, elektroniskā pasta adresi un faktiskās dzīvesvietas adresi.

Tāpat Pacientu tiesību likuma 7. pantā ir regulētas citu personu tiesības piekrist ārstniecībai vai atteikties no tās. Proti, ja pacients sava veselības stāvokļa dēļ pats nespēj pieņemt lēmumu par ārstniecību, tiesības pieņemt lēmumu par piekrišanu ārstniecībai kopumā vai ārstniecībā izmantojamai metodei vai atteikšanos no ārstniecības kopumā vai ārstniecībā izmantojamās metodes ir pacienta pilnvarotajai personai, bet, ja tādas nav, — pacienta laulātajam, partnerim, bet, ja tāda nav, — pilngadīgam un rīcībspējīgam tuvākajam radniekam šādā secībā: pacienta bērniem, pacienta vecākiem, pacienta brālim vai māsai, pacienta vecvecākiem, pacienta mazbērniem. Pacienta laulātais, partneris, tuvākais radnieks, pacienta pilnvarotā persona (turpmāk — persona, kas pārstāv pacientu), pieņemot lēmumu par ārstniecību vai atteikšanos no tās, ievēro pacienta iepriekš izteikto gribu attiecībā uz ārstniecību.

Taču, ievērojot datu minimizēšanas principu, minētā norma ir attiecināma tieši uz situācijām, kad pacienta vietā ir nepieciešams pieņemt lēmumu par turpmāko pacienta ārstniecību. Minētā norma nav tulkojama paplašināti, tādējādi, ka tā dotu personai, kas pārstāv pacientu, saņemt jebkādu informāciju ikvienā situācijā.

Nemot vērā, ka ne visas personas, it īpaši tas attiecas uz vecāka gadagājuma cilvēkiem, izmanto E-veselību un tās dotās iespējas norādīt personu, kas attiecīgā situācijā pārstāv pacientu, ir nepieciešams paredzēt kārtību, kādā pacients, kurš neizmanto E-veselību, var bez liela administratīvā sloga (iesniedzot iesniegumu klātienē Nacionālajā veselības dienestā vai nosūtot to pa pastu, pievienojot notariāli apstiprinātu pilnvaru) norādīt attiecīgās personas.

Tāpat būtu nepieciešams lielāku uzmanību pievērst tam (popularizēt), lai pacients e-veselībā norāda savu kontaktpersonu, deleģēto personu un nākotnes pilnvarojumu. Turklāt, norādot kontaktpersonu, deleģēto personu vai nākotnes pilnvarojumu, ir nepieciešams pievērst uzmanību, lai norādītā persona vajadzīgajā situācijā tiešām varētu izpildīt pacienta doto pilnvarojumu. Minētais

³⁸ Saskaņā ar [Latvijas Digitālās veselības centra portālā](#) pieejamo informāciju, ja iedzīvotājs nelieto internetu vai nav iespējams autentificēties E-veselības portālā ar E-parakstu vai SmartID risinājumu, pastāv iespēja vērsties klātienē ar iesniegumu Nacionālajā veselības dienestā vai sūtīt to pa pastu (ar pilnvaru, kuru apliecinājis notārs).

būtu attiecināms arī uz tām situācijām, kad kontaktpersonu vai deleģēto personu pacients norāda, piemēram, iestājoties stacionārā.

Būtiski, ka arī gadījumā, ja ir jāsāņem informācija (dokuments), kas šobrīd nav E-veselībā, bet tiek izsniegts papīra veidā ārstniecības iestādē, tiek nodrošināta savlaicīga šī dokumenta saņemšana.

[5.8] Pacientu tiesību likuma 5. panta otrā daļa nosaka, ka pacientam ir **tiesības uz laipnu attieksmi**, kvalitatīvu un kvalificētu ārstniecību neatkarīgi no viņa slimības rakstura un smaguma. Laipna attieksme izriet no vispārējām un ārsta darba ētikas normām. Latvijas Ārstu ētikas kodekss³⁹ definē ārstu ētikas pamatprincipus, ārsta atbildību pret pacientu un atbildību pret ārsta profesiju un citām ārstniecības personām. Ētikas kodeksa 1.2. punkts noteic, ka ārsta galvenais pienākums ir rūpēties un aizsargāt cilvēku veselību un dzīvību. Ārsts ciena pacienta uzticību un darbojas tikai viņa interesēs, it īpaši — ja paredzama pacienta garīgā un fiziskā stāvokļa pasliktināšanās. Savukārt Kodeksa 2.1. punkts noteic, ka visās medicīnas nozarēs ārsts nodrošina profesionālu aprūpi; apliecina līdzjūtību un ciena pacienta gribu ārsta un ārstniecības veida izvēlē, bet atbilstoši 3.1. punktam ārsta profesija prasa no ikviena ārsta godīgumu pret pacientu.

Nelaipnas attieksmes vai citu ētikas noteikumu pārkāpuma gadījumā pacientam ir iespēja vērsties pie ārstniecības iestādes vadības, kas savukārt var izvērtēt, vai ārstniecības persona ir pārkāpusi darba līguma nosacījumus vai iekšējos darba kārtības noteikumus. Savukārt smagu ētisku pārkāpumu gadījumā pacients var vērsties Veselības inspekcijā, kuras kompetencē ir normatīvo aktu pārkāpumu izvērtēšana ārstniecībā.⁴⁰

Slimnīca nodrošina personāla profesionālās kompetences pilnveidi, regulāri organizējot apmācības komunikācijas jomā, tostarp par sensitīvu jautājumu apspriešanu un sliktu ziņu paziņošanu pacientiem un viņu tuviniekiem. Apmācību ietvaros tiek attīstītas arī prasmes efektīvi vadīt sarežģītas sarunas un konstruktīvi reaģēt uz emocionāli saspringtām situācijām, tai skaitā gadījumos, kad sarunu biedru attieksme var būt saasināta vai konflikta rakstura.

Kā norāda Slimnīca, Slimnīcā ir izveidots strukturēts iekšējās kontroles mehānisms pacientu sūdzību un ierosinājumu izskatīšanai, kas nodrošina sistemātisku, objektīvu un caurskatāmu darbu, procesu un personāla rīcības izvērtēšanu. Izvērtēšanas rezultātā, ja nepieciešams, tiek veikti uzlabojumi

³⁹ Latvijas Ārstu biedrība. [Latvijas ārstu ētikas kodekss](#).

⁴⁰ Gusarova, A., Rožkalns, R., Slokenberga, S., Staņislavska, O., Strazdiņa, L., Šāberte, L., Tauriņa, L. E., Vilka, I., & Zālīte, N. (2019). Pacientu tiesību likuma komentāri (72. - 74. lpp.). Latvijas Vēstnesis.

iekšējos procesos, organizētas papildu apmācības personālam vai pieņemti citi kvalitātes uzlabošanas pasākumi, kā arī sniegta motivēta atbilde sūdzības iesniedzējam.

Tādējādi kopumā pastāv gan iekšējais, gan ārējais mehānisms, kādā persona var aizsargāt savas tiesības, ja ārstniecības persona ir rīkojusies neētiski, izturējusies nelaipni.

Secinājumi un ieteikumi

Izvērtējot pārbaudes lietā iegūto informāciju kopumā, secinu:

- 1) Eiropas Cilvēktiesību tiesa ir atzinusi, ka valsts pienākums veselības aprūpes jomā neaprobežojas ar atsevišķu pakalpojumu izveidi, bet ietver arī pienākumu nodrošināt sistēmas efektīvu funkcionēšanu praksē.⁴¹ Tādēļ, vērtējot pacienta tiesību ievērošanu, nozīme ir ne tikai tam, vai attiecīgais pakalpojums ir formāli paredzēts normatīvajos aktos, bet arī tam, vai pacients to var faktiski, savlaicīgi un pēctecīgi saņemt;
- 2) pacienta izrakstīšana no stacionāra pati par sevi nav uzskatāma par pacienta tiesību pārkāpumu, ja ārstējošais ārsts, pamatojoties uz pacienta individuālā veselības stāvokļa izvērtējumu, ir secinājis, ka turpmākai ārstēšanai stacionārā nav medicīnisku indikāciju. Vienlaikus izrakstīšanas procesa tiesiskums un atbilstība Pacientu tiesību likuma 5. pantā nostiprinātajām tiesībām ir vērtējama kopsakarā ar to, vai pacientam ir noteikts saprotams, savlaicīgs un praktiski īstenojams turpmākās ārstniecības un aprūpes plāns;
- 3) īpaši smagi slimu un paliatīvu pacientu gadījumā pirms izrakstīšanas ir jābūt pārliecībai, ka turpmākā aprūpe ir ne vien teorētiski paredzēta, bet arī praktiski pieejama un uzsākama pacienta vajadzībām atbilstošā laikā. Pēc pacienta izrakstīšanas no stacionāra būtiska loma ārstniecības pēctecības koordinēšanā ir pacienta ģimenes ārstam;
- 4) paliatīvās aprūpes mobilās komandas pakalpojuma uzsākšana ir atkarīga no ārstu konsīlija lēmuma. Konsīlija darbību katra ārstniecības iestāde regulē ar iekšējiem kārtības noteikumiem;
- 5) pašreizējā ārstu konsīliju slēdzienu aprīte papīra formā nenodrošina pietiekami ātru un drošu informācijas pieejamību visām ārstniecības procesā iesaistītajām personām. Īpaši apdraudēti ir pacienti, kuri veselības stāvokļa, vecuma, digitālo prasmju trūkuma vai sociālo apstākļu dēļ paši nespēj saņemt dokumentus un organizēt to tālāku nodošanu;

⁴¹ Eiropas Cilvēktiesību tiesas lielās palātas 2017. gada 19. decembra spriedums lietā [Lopes de Sousa Fernandes v. Portugal](#) (iesniegums Nr.56080/13), 189. punkts.

- 6) konsīlija lēmuma un turpmākās aprūpes organizēšana nedrīkst būt faktiski atkarīga no pacienta vai viņa tuvinieku spējas saņemt, nogādāt un iesniegt medicīniskos dokumentus. Valsts un ārstniecības iestāžu pienākums ir nodrošināt nepieciešamās informācijas apriti starp pakalpojumu sniedzējiem;
- 7) stacionārās paliatīvās aprūpes un specializētas hospisa aprūpes kapacitāte nav pietiekama. Rezultātā paliatīvās aprūpes nodaļām var nākties risināt dzīves noslēguma aprūpes jautājumus, bet akūtās ārstniecības nodaļām un stacionāriem faktiski pildīt sociālās aprūpes funkcijas;
- 8) atbilstošu sociālās aprūpes pakalpojumu nepietiekamība tieši ietekmē veselības aprūpes sistēmas darbību. Ja pacientam vairs nav nepieciešama aktīva ārstēšana, bet nav pieejama droša aprūpe dzīvesvietā vai sociālās aprūpes institūcijā, tiek kavēta pacienta izrakstīšana vai arī aprūpes slogs tiek nesamērīgi pārliekts uz tuviniekiem;
- 9) pacienta tiesības uz laipnu un cieņpilnu attieksmi nevar nodrošināt tikai ar iespēju pēc notikuma iesniegt sūdzību. Ārstniecības iestādēm ir jāveido preventīva, uz pacientu orientēta komunikācijas kultūra, īpaši situācijās, kas saistītas ar smagu diagnozi, paliatīvo aprūpi un dzīves noslēgumu;
- 10) kopumā konstatējams, ka būtiskākais sistēmiskais risks ir aprūpes fragmentācija. Lai gan atsevišķi veselības un sociālās aprūpes pakalpojumi ir izveidoti, to savstarpējā sasaiste, informācijas aprite un atbildības sadalījums nenodrošina, ka pacients visos gadījumos saņem savlaicīgu, nepārtrauktu un viņa faktiskajām vajadzībām atbilstošu aprūpi.

Līdz ar to aicinu Veselības ministriju, Nacionālo veselības dienestu un Slimnīcu **līdz 2026. gada 20. decembrim** informēt mani par pasākumiem, kas veikti vai kādus ir plānots veikt, norādot konkrētu termiņu, lai:

- 1) uzlabotu stacionārās paliatīvās aprūpes un specializētas hospisa aprūpes faktisko pieejamību gan Rīgā, gan reģionos;
- 2) pilnveidotu konsīlija lēmuma saņemšanu. Ja konsīlija lēmums nav pieejams izrakstīšanas no stacionāra dienā, aicinu apsvērt iespēju rakstveidā informēt pacientu vai viņa pārstāvi par to, kad lēmums būs pieejams, kurš ir atbildīgs par tā noformēšanu, kādā veidā tas tiks nodots pacientam, pie kā pacients vai viņa pārstāvis var vērsties kavējuma gadījumā. Līdz konsīliju slēdzienu pilnvērtīgas elektroniskas aprites ieviešanai E-veselībā aicinu izvērtēt iespēju izveidot drošu pagaidu kārtību, kas ļauj konsīlija lēmumu ar pacienta piekrišanu operatīvi nodot ģimenes

ārstam, neradot pacientam vai viņa tuviniekiem pienākumu pašiem nodrošināt dokumenta fizisku apriti;

- 3) veicinātu sabiedrības informētību par iespēju E-veselībā norādīt kontaktpersonu, deleģēto personu un personu, kura ir tiesīga rīkoties pacienta vietā. Aicinu izstrādāt vienkāršu un pieejamu risinājumu personām, kuras nelieto digitālos pakalpojumus, piemēram, ļaujot ģimenes ārstam E-veselībā veikt attiecīgās atzīmes;
- 4) nodrošinātu cieņpilnu attieksmi pret pacientiem un viņu tuviniekiem. Aicinu turpināt ārstniecības personu un atbalsta personāla apmācību cieņpilnā komunikācijā, īpaši par sliktu ziņu paziņošanu, sarunām par paliatīvo un dzīves noslēguma aprūpi, tuvinieku iespēju un ierobežošanu noskaidrošanu, konfliktu deeskalāciju, nepieļaujamu spiedienu uz tuviniekiem uzņemties pacientu aprūpi, kā arī pacienta gribas, autonomijas un privātuma ievērošanu. Aicinu regulāri analizēt sūdzības par pacientu izrakstīšanu, ārstniecības pēctecību un komunikāciju ar pacientiem un tuviniekiem, identificējot atkārtotas problēmas un izmantojot analīzes rezultātus iekšējo procesu pilnveidošanai;
- 5) atbilstoši Pacientu tiesību likuma 3. panta septītajā daļā noteiktajam aktualizētu izstrādāto Slimnīcas pacientu tiesību īstenošanas plānu, ņemot vērā šajā atzinumā konstatētās nepilnības pacientu tiesību ievērošanā.

Pamatojoties uz Tiesībsarga likuma 25. panta pirmo daļu, ar šo atzinumu pārbaudes lietas Nr. 2026-17-17H izskatīšana tiek pabeigta.

Ar cieņu

tiesībsardze

Karina Palkova