

PACIENTA GRIBAS ATTĪSTĪBAS SPIRĀLE THE DEVELOPMENT SPIRAL OF PATIENT'S WILL

Līga Mazure

Dr.iur., asoc.profesore, Rēzeknes Tehnoloģiju akadēmija,
liga.mazure@inbox.lv, +371 29439403, Rēzekne, Latvija

Abstract. *This article is devoted to the research of the historical origin of the patient's will institute from ancient times to nowadays, thus substantiating the necessity for the civil law's protection of patient's will. The expressions of the increasing or decreasing significance of patient's will, their causes and legal consequences in the specific period of time reflect the nuances of patient's will and their development when patient's will as a complex institute is being formed. In general the development spiral of patient's will legal recognition was characterized in the historical development of patient's will institute.*

Keywords: *development spiral, patient, will.*

Ievads

Analizējot mūsdienu ārstniecības tiesiskās attiecības, secināms, ka to kodols ir pacienta griba. Tādēļ būtiski ir noskaidrot, kā vēsturiski veidojās pacienta gribas izpratne un tās nozīme sabiedriskajās attiecībās.

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

Pētījuma mērķis ir analizēt pacienta gribas idejas rašanos un tās vēsturisko evolūciju, konstatējot tiesiskos argumentus pacienta gribas nozīmei mūsdienu ārstniecības tiesiskajās attiecībās un prognozējot nākotnes ārstniecības tiesisko attiecību raksturu un pacienta gribas transformāciju tajās. Minētā mērķa sasniegšanai, pētījumam ir izvirzīti sekojoši uzdevumi: 1) pētīt pacienta gribu seno laiku ārstniecības tiesiskajās attiecībās; 2) analizēt pacienta un viņa gribas nozīmi viduslaiku ārstniecības tiesiskajās attiecībās; 3) vērtēt pacienta gribas transformāciju jauno un jaunāko laiku ārstniecības tiesiskajās attiecībās; 4) pētīt mūsdienu ārstniecības tiesisko attiecību saikni ar pacienta gribu; 5) prognozēt nākotnes ārstniecības tiesisko attiecību modeli un pacienta gribas nozīmi tajās.

Pētījumā ir izmantotas šādas pētniecības metodes: a) semantiskā metode; b) gramatiskā metode; c) vēsturiskā metode; d) salīdzinošā metode; e) sistēmiskā metode; f) teleoloģiskā metode; g) analītiskā metode. Pētījuma hipotēze: pacienta gribas vēsturiskās attīstības izpēte pamato pacienta gribas prioritāti mūsdienu ārstniecības tiesiskajās attiecībās un ļauj prognozēt pacienta gribas nozīmes samazinājuma tendenci nākotnes ārstniecības tiesiskajās attiecībās.

1. Pacienta griba seno laiku ārstniecības tiesiskajās attiecībās (līdz 5.gs.)

Pirmatnējai sabiedrībai (2.milj.g.p.m.ē.-5.gs.p.m.ē.) bija raksturīga kolektīva ārstniecība, ko veica vairāk pieredzējuši, vecie ļaudis. Tikai vēlākā posmā radās profesionāli reliģiska kulta kalpotāji, kas pildīja arī ārstniecības pienākumus (Сорокина, 1988, 22, 23; Derums, 1988, 41, 42; Entwicklungsschema zur Medizin). Vienā pusē attiecībās vienmēr bija pacients, bet kā ārstniecības persona iestājās kopiena, un vēlākā periodā neprofesionālas ārstniecības personas (kulta kalpotāji).

Visticamāk, ka pirmatnējai sabiedrībai bija raksturīga pacienta gribas neievērošana, kā arī ārstniecībai iezīmējās rituāls raksturs. Tas izskaidrojams: 1) kā izdzīvošanas nosacījums – no vienas puses, atsevišķs cilvēks varēja izdzīvot tikai kopienā (piemēram, izraidīšanu no kopienas pielīdzināja nāves sodam); no otras puses, kopienai kā veselumam bija nozīmīgs katrs tās loceklis (piemēram, pārtikas ieguvē, cīņā ar dzīvniekiem, citām kopienām); 2) kā kopienas

autoritāte – jo kopiena savus mērķus varēja sasniegt, panākot kopienas locekļu paklausību; 3) kā pacienta attieksme pret pārdabiskajiem spēkiem – jo nepaklausībai varēja sekot lāsti, dievu sodi, ņemot vērā, ka ārstniecība tika cieši sasaistīta ar reliģijas aizmetņiem. Minēto aizbildniecisko pieeju apliecina arī Dieva Desmit baušļi (Desmit baušļi, 2007, 39, 40), kur cilvēka rīcībai bija jābūt pakārtotai tikai Dieva gribai. Atzīmējami divi aspekti: 1) Dievs baušļos kā prioritāti izvirzīja savu gribu; 2) cilvēkam baušļos tika izvirzīti rīcību ierobežojoši nosacījumi. Līdz ar to secināms, ka pirmatnējai sabiedrībai bija raksturīga kolektīva aizbildnieciskā pieeja, kas izriet no paternālisma institūta, kam raksturīga direktīva pieeja (Lawrence, 1997, 4; Turner-Warwick, 1994; Buijsen, 2000, 6; Jakubaņecs, 1997, 12). Un par pierādījumu kalpo tas apstāklis, ka samērā bieži tika atrasti smagi slimu cilvēku skeleti, kuri varēja izdzīvot tikai pateicoties kolektīva aizbildnībai - gan ārstējot, gan sagādājot pārtiku, ko paši slimnieki iespējams izdarīt nespēja (Сорокина, Том 1, часть 1, глава 1) pār pacientu. Un visticamāk, ka pacienta griba, ja tādu pacients izteica, netika ņemta vērā. Pamatā objektīvu apstākļu dēļ ārstniecībā priekšplānā izvirzījās kopienas publiskās intereses.

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

Grieķijā izveidojās asinsradnieku dzimta Asklepiādi, kas uzskatīja, ka cēlušies no dieva Asklepija, kur ārsta profesijas zināšanas tika nodotas vīriešu dzimuma pēcnācējiem. Bet, nespējot aptvert augošo ārstniecības pieprasījumu, uzsāka pieņemt apmācībai jaunekļus ārpus dzimtas. Ja līdz šim nebija aktuālas nepieciešamības pēc savstarpējo attiecību normatīvā regulējuma, jo to samērā veiksmīgi aizstāja dzimtas tradīcijas un paražas, tad, ienākot dzimtā svešiem cilvēkiem, situācija mainījās. Un izstrādātais Hipokrāta zvērests, kas tika nodots noslēdzot mācības Asklepiādā, būtībā pildīja tiesību normu funkcijas (Мейер-Штейнер, 1999, 40-42; Hipokrātiskie raksti, 2003, xxxix; Cumston, 1998, 94; Arons, 1993; Ackernecht, 1989).

Asklepiādas institūts vēsturē apliecina, ka ārstniecības un ārstu nozīme sabiedrībā pieauga, jo šī nodarbošanās tika uzskatīta kā dzimtas gods, ar kuru nodarboties tiesīgs ierobežots personu loks. Pie tam tika regulētas ne tikai pacienta un ārsta, bet arī ārstniecības personu savstarpējās tiesiskās attiecības. Hipokrāta zvērests ir vērtējams kā „mācekļa un viņa skolotāja sadarbības līgums” (Hipokrātiskie raksti, 2003, xxxix; Cumston, 1998, 94), kur nodalāmas divas daļas: 1) mācekļa apņemšanās savā darbībā pret savu skolotāju; 2) ārsta ētikas pamatprincipi, arī attiecībā pret pacientu (Hipokrāta zvērests).

Arī senajā Indijā radās arodī augstākstāvošo kastu vajadzību apmierināšanai, starp kuriem tika minēti arī ārsti, bārdzinis (Законы Ману, IV 212, 253, X 99, 100). Pie tam iezīmējās darba īres tiesiskās attiecības šo arodu normatīvajā regulējumā (Законы Ману, VIII 214-221). Līdz ar to secināms, ka netieši tas vērtējams arī kā tiesiskās attieksmes pret pacientu kā patstāvīgu tiesību subjektu veidošanos.

Nenoliedzami, lai ārstniecība būtu pacienta interesēs, tātad atbilstu pacienta gribai, tai jābūt balstītai uz medicīnu nevis citiem kritērijiem. Tāpēc liela nozīme bija ārstniecības personu medicīnas izglītības sistēmas ieviešanai vēsturē. Piemēram, Mezopotāmijā radās izglītības iestādes, ko finansēja valsts (Мейер-Штейнер, 1999, 15); Ēģiptē – pie dievnamiem, kur ārstiem bija samērā dziļa specializācija (Мейер-Штейнер, 1999, 22, 23); Grieķijā izglītība bija privāta lieta, kur pēc mācībām jaunais ārsts veica ceļojumu, lai paplašinātu redzesloku un gūtu pieredzi ārstniecībā (Мейер-Штейнер, 1999, 43; Hipokrātiskie raksti, 2003, 262; Гартман, 2002, 240). Antīkajos darbos uzsvērtā ārstu izglītības un praktiskās pieredzes nozīme (Hipokrāts, 2003, 6, 7; Hipokrāts, 2002, 53). Izmantot mirušu cilvēku ķermeņus medicīnas izglītības nolūkos visticamāk tika aizliegts, jo reliģijas ietekmē mirušos uzskatīja par svētiem. Piem., Solona (apt. 640-560.g.p.m.ē.) likumā tika aizliegts pat negatīvi atsaukties par mirušo (Плутарх, 1999, 114). Romā pirmsākumos medicīnu mācīja vergi ārsti saviem kungiem, vēlākā laikā izglītība tomēr palika privāta lieta, līdz no valsts puses nāca atbalsts medicīnai (piemēram, tika dotas telpas, uzturs ārstiem pedagogiem, stipendijas trūcīgajiem studentiem) (Мейер-Штейнер, 1999, 125; Mazlovskis, 2006, 49), un tika izveidota valsts izglītības sistēma (paralēli privātajai), kļūstot ārstiem pedagogiem par valsts ierēdņiem (Мейер-Штейнер, 1999, 127). No pacienta puses raugoties, vērojamas sekojošas pozitīvas tendences: 1) ieviešot

ārstniecības personu izglītību, lielākā vai mazākā mērā ārstniecība kļuva kvalitatīvāka; 2) ārstniecības personu kvalitātes rādītājam bija iezīme izlīdzināties neatkarīgi no ārstniecības personas praktizēšanas reģiona; 3) valsts vai baznīcas atbalstam ārstniecības personu izglītībai sekoja lielākas pacienta izvēles iespējas nākotnē; 4) ārstniecības personu specializācija, pieredzes apmaiņa padarīja ārstniecību kvalitatīvāku. Tādējādi ārstniecības personu izglītība netieši ietekmēja arī pacienta gribu, tās brīvību.

Ārstniecības kvalitātes valsts kontrole senajās valstīs pamatā nepastāvēja. Piemēram, Grieķijā ārsts piesaistīja sev pacientu, to garīgi iespaidojot, pārliecinot. Pārējie kritēriji bija otršķirīgi. Nozīmīgas bija ārsta oratora dotības; operācijas bieži vien norisinājās tirgus laukumā; apskatot pacientu mājās vai savā prakses vietā, tajā piedalījās arī pacienta ģimenes locekļi, ārsta mācekļi, palīgi u.c. Ja ārsts nezināja, kādu ārstniecību pielietot, tad to atstāja Dieva ziņā. Bet tomēr centās pieturēties pie principa – jebkurā gadījumā ir jāatturās no ļaunuma izdarīšanas pacientam (Мейер-Штейнер, 1999, 38; Abse, 1984, 18). Iestrādes ārstniecības kvalitātes valstiskai kontrolei parādījās 6.gs.p.m.ē. – ar valsts ārstu ievēlēšanas prasību (ārstu vēlēja polisas pilsoņi, kuriem ārsts demonstrēja savas prasmes, argumentēja dažādu ārstniecības metožu pielietojumu utt.) (Hipokrātiskie raksti, 2003, xli). Tātad būtībā ārstniecības kvalitāte netieši bija sasaistīta arī ar paša pacienta gribu. Ārstniecības personas izvēles kritērijs varēja būt arī ārstniecības kvalitāte, kas jau bija atkarīgs no paša pacienta gribas.

Arī sods kā valstisks līdzeklis kalpoja kā netiešs ārstniecības kvalitātes stimuls. Piemēram, Mezopotāmijā augsti tika vērtēts ārsta darbs, tomēr tika paredzēti bargi sodi par ārstniecības kļūdām, lai arī apšaubāms, vai tie bieži tika piemēroti praksē (Hammurapi kodeksa 218.p.: „Ja ārsts, izdarot kādam nopietnu operāciju ar bronzas nazi, nodara slimajam nāvi vai, noņemot kādam kataraktu no acs, izposta aci, tad sods ir rokas nociršana.” (Кодекс Хаммурапи). „(...) Senais likums (...) centās būt šausmīgs zobens (...), draudot vienādi ar nāvi dažbrīd par nelīdzvērtīgiem tiesībpārkāpumiem.” (Фемистий) (Фемистий, 1999, 343)). Tomēr šāda valsts pieeja vērtējama kā atbalsts pacientam attiecībā uz ārstniecības kvalitātes kritēriju.

Senajā Grieķijā bija vērojama veselības obligātās apdrošināšanas sistēmas iestrādes rašanās. 600.g.p.m.ē. dažās Grieķijas kolonijās radās kopienas ārsta institūts, un 5.gs. beigās tas pastāvēja gandrīz visā Grieķijā. Iedzīvotāji maksāja medicīnas nodokli, no kura tika finansēts atalgojums kopienas ārstam, nereti arī ārstam nepieciešamo līdzekļu, instrumentu iegāde (Мейер-Штейнер, 1999, 38, 43). Kopumā šīs sistēmas rašanās ir vērtējama pozitīvi. Šādā veidā tika dotas zināmas garantijas gan ārstniecības personai atalgojuma ziņā, gan pacientam ārstniecības pakalpojuma pieejamībā, lai arī bija pacienta piesaiste noteiktas kopienas konkrētam ārstam. Tika atvieglots arī pacienta mantiskais stāvoklis. Šādas sistēmas ieviešana zināmā mērā mazināja mantiskā faktora ietekmi uz pacienta gribu.

Attīstījās ideja attiecībā uz ārstniecības personas atalgojumu, piemērot noteikta honorāra principu. Senās Romas pirmsākumos valdīja uzskats, ka profesijas pret atlīdzību nav cienīgas romiešiem, ka ar tām var nodarboties tikai vergi vai ārzemnieki. Bet pakāpeniski tika mainīta attieksme. Tika atzīts, ka pastāv dažas profesijas, kuru veikšanai nepieciešamas noteiktas zināšanas („brīvās mākslas” – „artes liberales”), un par kuru veikšanu var saņemt honorāru kā pateicību. Līdz ar to ārstus, pretnostatot dziedniekus, burvjus u.c., pielīdzināja oratoriem, skolotājiem, advokātiem u.c., atzīstot ārstu profesijas nozīmību. Bet šai pieejai bija nepilnība, jo honorāra maksāšana bija brīvprātīga. Un vēlākā posmā tika noteiktas papildus garantijas ārstiem- minimālais honorāra apjoms un tiesības piedzīt honorāru saīsinātā ārkārtējā tiesas kārtībā (Мейер-Штейнер, 1999, 87, 125, 126; Honsell, 1997; Римское частное право, 2004, 456; Mucinieks, 1934, 60, 61, 77). Noteikta minimālā honorāra principa ieviešana kopumā vērtējama pozitīvi, jo savā ziņā stabilizēja pacienta un ārsta tiesiskās attiecības. Tika radītas zināmas garantijas ārstam, kā arī precizēja pacienta pienākumu maksāt honorāru. No otras puses, tomēr netika noteikta ārsta honorāra maksimālā robeža, līdz ar to strīdīgi, cik pieejams pacientiem bija arī honorāra minimālais sliksnis.

Publisko interešu labā tika iedibināta aizbildnieciskā pieeja, piemēram, pār garīgi slimajiem Romā (Lex Regia -, „Demms”, „Furiosus”; Законы двенадцати таблиц, V 7a). Senajā Indijā bija sabiedrības pienākums nolikt ēdienu ļoti slimam slimniekam (Manu likumu

III nodaļas 92.pants); valdnieka varenība izrietēja arī no rūpēm pār nespējīgajiem, piemēram, slimajiem (Manu likumu VIII 27., 28.pants) (Законы Ману). Tomēr minētajai pieejai vairāk bija mantisks raksturs, tā netika vērsta uz pacientu ārstniecību. Tika dotas kopējās iestrādes publisko interešu aizsardzībā, kas sekmēja arī pacienta ārstniecību.

Arī antīkajā filozofijā, mazinoties reliģijas ietekmei, priekšplānā tika izvirzīts cilvēks (Dēmokrits- likumi ir muļķīgs izgudrojums, tāpēc gudrajam nav jāpakļaujas likumiem, bet jādzīvo brīvi (tikumiski); Protagors- cilvēks ir visu lietu mērs; Platons- tikumiskas rīcības nosacījums ir patiesas zināšanas, kuras piemīt dvēselei, kas sastāv no trīs daļām: saprāta, gribas, jūtām; Aristotelis- saprāts ir cilvēka priekšrocība pasaules priekšā, tas formulē cilvēka gribu, kas nozīmē cilvēka gatavību tikumiskai rīcībai (Нерсесянц, 2006, 498,499; Философия медицины, 2004, 79, 81; Kūle, Kūlis, 1996, 175, 176; Антология мировой правовой мысли: в 5-и т., 1999, 13)), atbalstot cilvēka rīcību pēc viņa paša gribas, kas ietekmēja arī pacienta gribas nozīmi ārstniecības tiesiskajās attiecībās.

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

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

Viduslaikos bija samērā liela reliģijas ietekme, iezīmējās pat reliģijas dominance pār laicīgo varu (Sk., piem.: Vilhelma I rīkojums par baznīcas un laicīgo tiesu nodalīšanu (Указ Вильгельма I, отделяющий церковные суды от светских); Sakšu tiesību spoguļa 1.grāmatas 1.p. (Саксонское зеркало); Balodis, 2000, 75). Arī medicīnu kā zinātņi ietekmēja sholastika (no gr.val. „shole”- „skola”), kas bija reliģiskās filozofijas tips, kura pamatavoti ir Bībeles teksti un antīko autoru darbi (galvenokārt Galēna, Hipokrāta un Ibn Sina) (Сорокина, Том 1, часть 3, глава 4; Зудгоф, 1999, 18; Сорокина, 1988, 41; Harington, 1920, 76, 77). Centrā tika izvirzīts Dievs, un cilvēka dzīvei bija jābūt orientētai uz Dievu, tādēļ cilvēka vēlme dzīvot pēc savas gribas tika uzskatīta par grēku (Философия медицины, 2004, 83, 84, 394; Антология мировой правовой мысли: в 5-и т. Т.II, 1999, 6). Akvīnas Toms- cilvēks ir saprātīga būtne, kurai piemīt brīva griba, bet šai gribai ir dievišķi mērķi (Нерсесянц, 2006, 540)). Pret sholastikas pretiniekiem bija vērsta 1233.gadā dibinātā baznīcas inkvizīcija (līdz 19.gs.s.). No vienas puses, inkvizīcijas upuri bija arī akadēmiķi, ārsti-sholastikas pretinieki. No otras puses, ārsti piedalījās arī inkvizīcijas procesā, spīdzinot un dziedinot rētas apsūdzētajiem (Сорокина, Том 1, часть 3, глава 5; Osipova, 2004, 223, 229, 230, 231; Viduslaiku Vēsture I, 1971, 440; Ideju vārdnīca, 1999, 222). Lai arī viduslaikos iezīmējās viens no reliģijas principiem – rūpes pār personām, kam tas ir nepieciešams (piemēram, trūcīgajiem, slimajiem (Blūzma, 2002, 57; Баварская правда, б3), tomēr reliģija kopumā kavēja medicīnas kā zinātnes attīstību, ietekmējot arī ārsta un pacienta tiesiskās attiecības.

Lūzums notika vēlajos viduslaikos jeb apgaismības laikmetā (15.-17.gs.). Sholastiku pakāpeniski nomainīja zinātne, priekšplānā izvirzot praktisko metodi zinātnē. Attīstījās humānisma idejas (latīņu val. „humanus”- „cilvēcisks”), kur cilvēks tiek atzīts par vērtību (Viduslaiku Vēsture II, 1972, 316, 324, 325; Ideju vārdnīca, 1999, 210, 212; Сорокина, Том 1, часть 3, глава 5; Сорокина, 1988, 43; Cilvēks līdzīgi Dievam ir absolūts, kuram piemīt gribas brīvība (Kuzanskas Nikolajs) (Философия медицины, 2004, 91)). Šīs pārmaiņas veicināja dabaszinātņu (arī medicīnas) attīstību, kas kopumā pozitīvi ietekmēja ārstniecību un pacienta intereses.

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

Viduslaikos klosteri samērā aktīvi iesaistījās laicīgajā dzīvē. Līdz ar to attīstījās klosteru ārstniecība, ko veica mūki (Viduslaiku Vēsture I, 1971, 422; Сорокина, Том 1, часть 3, глава 4; Yousif; Cassell). Tika noteiktas speciālas garīdzniecības personas, kas drīkstēja nodarboties ar laicīgām lietām, arī ārstniecību. Piem., Konstantinopoles patriarha Fotija nomokanona VIII titula 13.nod. 51.pk. (Номоканон константинопольского патриарха Фотия)). Arī Latvijas teritorijā pastāvēja Livonijas ordeņa mūku ārstniecība, Lietuvas teritorijā – mūki-dziednieki tika dēvēti par ligasoņiem (Derums, 1988, 169). No vienas puses, mūku veiktā ārstniecība nebija samērā kvalitatīva. No otras puses, tas tomēr bija veids, kā trūcīgie, sabiedrības zemāko kārtu pacienti varēja saņemt noteiktu ārstniecības apjomu.

Pieauga akadēmiski izglītoto ārstu nozīme jau agrajos un attīstītajos viduslaikos. Bizantijā ārstu izglītības avots bija antīkais mantojums un arābu medicīnas sasniegumi (Сорокина, 1988, 38, 39; Осипова, 2001, 8; Сорокина, Том 1, часть 3, глава 4; Osler, 119; Medieval Medicine). Rietumeiropā Imperators Fridrihs II (1212.-1250.g.) piešķīra Salernas medicīnas skolai (Itālija), kas 1213.g. pārtop par universitāti, vienīgai tiesības izdot ārstiem licences, lai nodarbotos ar ārstniecību (Сорокина, Том 1, часть 3, глава 4). Līdz ar to, no vienas puses, ārstniecība kļuva kvalitatīvāka, bet, no otras puses, samazinājās pacienta iespējas izmantot šo ārstu pakalpojumus (piemēram, mantiskais, sabiedrības šķiru kritērijs, ārstu skaits).

Ārstniecību viduslaikos veica arī amatnieki-ķirurgi, kuriem, lai arī pirmsākumos trūka akadēmisko zināšanu, tomēr bija liela praktiskā pieredze. Pēc veicamo operāciju smaguma pakāpes pastāvēja sekojoša amatnieku-ķirurgu hierarhija: ķirurgi, bārddziņi, pirtnieki (Сорокина, Том 1, часть 3, глава 4, 5; Yousif). Lai arī amatnieki-ķirurgi pirmsākumos netika pienācīgi atzīti, jo netika pielīdzināti ārstiem, tomēr to loma ārstniecībā pakāpeniski pieauga. Amatnieku-ķirurgu cunftes (cunftes tika apvienotas amatnieku ģildēs, kas radās 11.,12.gs. Piem., pirtniekus kā netīro profesiju pārstāvjus neuzņēma ģildē (Osipova, 2004, 305; Медицина средневековья)) izveidošana atbilda arī pacienta interesēm: 1) uzlabojās ķirurģisko operāciju kvalitāte, jo, lai kļūtu par meistaru, bija jāiziet arī apmācība cunftes ietvaros (Zālītis, 1991, 97; Derums, 1988, 170,171; Viduslaiku Vēsture I, 1971, 203, 211; Vīksna, 2004, 17); 2) tika izstrādāti cunftu noteikumi šrāgās jeb statūti, kas paredzēja arī pacientu tiesību aizsardzības iezīmes. Piemēram, Rīgas bārddziņu un brūču ārstu cunftes, kas ietilpa Sv.Jāņa jeb Mazajā ģildē, šrāgas (1494.g.) noteica: 1. ja vārgs slimnieks, tad jāpieaicina tā ārstniecībā vecāks meistars; 2. ja meistars nolaidīgi veic savu darbu, tad slimnieku jānodod citam meistaram; 3. maksu par ārstniecību jānosaka, vienojoties ar pacientu. Tā nedrīkst būt pārāk liela. Ja rodas strīds par maksu, tad to izšķir cunftes eltermanis un pilsētas kases pārzinis (Schraggen (aus der Zeit von 30 Mai, 6 Juni 1494) der Gilden und Amster der Stadt Riga). Protams, diskutējams, cik lielā mērā šie noteikumi tika piemēroti praksē. Tomēr te pacients tiek atzīmēts kā patstāvīgs tiesību subjekts. Līdz ar to secināms, ka ārstniecībā lielākā vai mazākā mērā tika ņemtas vērā arī pacienta intereses, kā arī pacienta griba.

Pastāvēja zināms personu loks, kas veica arī tautas dziedniecību, ko galvenokārt izmantoja nabadzīgākie, zemāko sabiedrības kārtu pārstāvji (Loebell; Derums, 1988, 169, 173, 190; Hupel, 1774, 558), tomēr konstatējama samērā negatīva attieksme pret vārdotājiem kā tautas dziedniecības pārstāvjiem, jo to darbība tika sasaistīta ar maģiju, kas neatbilda valdošās reliģijas nostājai (Piem.: Saliešu tiesas LXIV 1., 2.pk. ar pielikumu (Салическая правда); Теодорича едикта CVIII pk. (Эдикт Теодориха); Еклога XVII titula 43., 44.pk. (Эклога); Вселенский собор, 91). Pie tam, „buršana un zāļošana” neprasija kaitīgu seku iestāšanos, jo pilnīgi pietika ar to, ka persona ar to nodarbojās”. Un Livonijas sodu sistēmā par buršanu un zāļošana bija paredzēts augstākais soda mērs (Lazdiņš, 1998, 109, 11; Livonijas spoguļa 1.grāmatas 29.n pk., 2.grāmatas 4.n, 6.n pk. (Livonijas spogulis); Struteles valsts likumu 32.pk. (Struteles valsts likumi)).

Secināms, ka viduslaikos bija samērā dažādas ārstniecības personu kategorijas, kas veica ārstniecību. Iezīmējās tendence lielāku nozīmi piešķirt ārstniecības personu zināšanu

līmenim. Gan akadēmiskā, gan praktiskā izglītība ir netieši vērsta arī pacienta interesēs, jo vairāk vai mazāk balstās uz objektīvo medicīnu.

Viduslaikos aizvien vairāk priekšplānā izvirzījās prasība pēc kvalificētas ārstniecības personas. Netieši to stimulēja arī zinātnes, medicīnas pakāpeniska attīstība. Klosteri izveidoja medicīnas izglītības iestādes, kuras varēja apmeklēt tikai topošie mūki (Сорокина, Том 1, часть 3, глава 4). Galvenokārt turīgākajiem, augstākās sabiedrības slāņiem bija iespēja iegūt ārsta izglītību medicīnas izglītības iestādēs. Pirmā no tām bija Salernas medicīnas skola. 12., 13.gs. Rietumos sāka veidoties universitātes (Сорокина, Том 1, часть 3, глава 4; Osler; Harington, 1920, 76, 77; Viduslaiku Vēsture I, 1971, 472). 16.-17.gs. saskaņā ar likumu Krievijas teritorijā varēja veikt ārstniecību, ja tika nokārtots pārbaudījums un saņemta atļauja. Tādējādi tika veikta valsts tiesiskā kontrole, kas bija vērsta uz ārstniecības kvalitātes uzlabošanu (Стеценко, Пищита, Гончаров, 2004, 13, 14). Arī Latvijas teritorijā 14.gs. vietējo muižnieku dēli sāka izglītoties ārzemju universitātēs (Salerno, Padujā, Ferrarē u.c.), iegūstot ārsta grādu. 1632.gadā Tērbatas universitātē sāka apmācīt ārstus. 1781.gadā Viļņas Universitātē nodibināja Medicīnas fakultāti (Derums, 1988, 172, 193). Secināms, ka būtībā tika ieviesta medicīnas izglītības sistēma valstiskā līmenī, izstrādājot izglītības kopējos standartus. Ārstiem augstākā medicīniskā izglītība kļuva obligāta un to sāka kontrolēt valsts. Līdz ar to pacientam ārsta sniegtā ārstniecība kļuva kvalitatīvāka, kā arī pacientam, no vienas puses, paplašinājās iespējas izvēlēties un saņemt šādu ārstniecību. Pozitīvi vērtējama valsts iesaistīšanās arī medicīniskajā izglītībā, tādējādi netieši kontrolējot pacientiem sniegto ārstniecību.

Pirmsākumos medicīnas izglītības sistēmai bija trūkums, ka tajā bija samērā maz vai nebija vispār praktiskās apmācības. Ārstniecības metodes tika apgūtas galvenokārt tikai no antīko autoru darbiem, jo baznīca aizliedza asins izliesānu, liķu sekciju (Reliģijā valdīja uzskats, ka ķermenis ir tikai trauks, kas piepildīts ar dvēseli (Medicine in the 13-16th centuries). „Kas apgānīs kapu, tiks sodīts ar nāvessodu” (Teodoriha edikta CX pk.) (Эдикт Теодориха)) u.c. 8., 9.gs. ar monarhu atļauju progresīvākās universitātes (piemēram, Salerno, Monpelje) sāka veikt liķu sekciju. Un vēlākā posmā ārstu izglītībā tika ieviests papildus gads praktiskai apmācībai ārpus pilsētas (Сорокина, Том 1, часть 3, глава 4; Зудроф, 1999, 58, 59). Tas ir pozitīvs aspekts, jo ārstu izglītība kļuva pilnīgāka, apvienojot lielākā mērā teoriju ar praksi. Arī pacients, izvēloties ārstu, varēja jau rēķināties ne tikai ar teorētisko, bet arī praktisko zināšanu bāzi. No otras puses, ir kritiski vērtējama praktiskās apmācības organizācija pirmsākumos, jo tā tika veikta ārpus pilsētas. Visticamāk šo topošo ārstu pacienti bija zemāko sabiedrības kārtu pārstāvji, kas bija samērā ierobežoti kā pacienti savās izvēles iespējās. Tāpēc piekrita saņemt topošo ārstu ārstniecību.

Viens no galvenajiem medicīnas un ārstniecības attīstības stimuliem bija zinātnes izvirzīšanās priekšplānā. To veicināja pakāpeniska atteikšanās no reliģijas dominances un uzkrātā antīkā zinātniskā (Зудроф, 1999, 8, 9, 18) bāze. Viduslaikos sāka attīstīties ķīmija, kuras pirmsākumi bija alķīmija. Tas savukārt veicināja farmācijas attīstību. Pirmā aptieka Tuvajos Austrumos tika izveidota 8.gs.v., Eiropā 11.gs. (Сорокина, Том 1, часть 3, глава 4,5; Марчукова, 2003, 215). Valdnieks Frīdrichs II 1241.gadā pieņēma likumu, ar kuru aizliedza ārstam gūt peļņu, gatavojot pacientiem zāles, bet aptiekāram – ārstēt. Tika ieviesta recepte, kas bija ārsta rīkojums/vēstule aptiekāram. Pacienti šajās attiecībās galvenokārt bija turīgie vai vidusšķiras pārstāvji (Baltiņš, 1999, 5, 6; Loebell; Medizin im Mittelalter). Līdz ar to farmācija tika nodalīta no ārstniecības, izveidojot trīspusējas tiesiskās attiecības ārstniecībā: ārsts-pacients-aptiekārs. 16.gs. Rietumeiropā izveidojās pirmās farmakopijas, saskaņā ar kurām tika veikta uzskaitē par: 1) pilsētā un valstī izmantojamajām zālēm; 2) zāļu sastāvu; 3) zāļu lietošanu; 4) zāļu cenām, kas bija par pamatu zāļu cenu noteikšanas mehānisma izveidei Eiropā (Сорокина, Том 1, часть 3, глава 5). Secināms, ka ķīmijas attīstība veica daudzas pārmaiņas arī pacienta un ārstniecības personas tiesiskajās attiecībās. Ar farmācijas atdalīšanu no ārstniecības, šīs jomas kļuva specializētākas. Līdz ar to pacienta tiesiskās attiecības ar ārstniecības personu un farmaceitu saturiski kļuva atšķirīgas, kas netieši vienkāršoja pacienta gribas izvēli. Izejot no pacienta interesēm, pozitīvi vērtējama valsts līdzdalības palielināšanās tiesiskajās attiecībās - veicot ārstniecības līdzekļu aprites un cenu veidošanas kontroli. Tas

netieši vērtējams kā valsts aizbildnieciskas pieejas iestrādes pār pacientu, aizsargājot arī pacienta intereses.

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

Viens no virzieniem bija sabiedrības sanitār-epidemioloģiskā drošība. Viduslaikos Rietumeiropā intensīvi sāka veidoties pilsētas, bet tajās bija antisantāri apstākļi (piemēram, nebija ūdensvadu, kanalizācijas; uz ielām tika mesti atkritumi), kas veicināja infekcijas slimību izplatību. Lepras slimnieku: 1) izraidīja no sabiedrības un ievietoja leprozārijā (patversmē); 2) šo slimnieku uzskatīja par mirušu valstij un sabiedrībai, kā arī viņš nedrīkstēja strādāt, mantot; drīkstēja tikai ubagot gar lielceļiem, kas bija vienīgais iztikas avots; 3) bija jānēsā īpašs apģērbs un jārada skaņa citiem par lepras slimnieka tuvošanās brīdinājumu; 4) ieiet pilsētā varēja tikai noteiktās dienās (Viduslaiku Vēsture I, 1971, 208; Сорокина, 1988, 41; Сорокина, Том 1, часть 3, глава 4). Izplatījās arī mēra pandēmijas (Justiniāna mēris aptuveni 542.g.; „Melnā nāve” Rietumeiropā 1348.g.; Indijā 1892.g.). Tika ieviesti karantīnas pasākumi, izolējot cilvēkus valstu robežpunktos 40 dienas, kā arī tika izveidoti pirmie lazareti slimajiem uz kuģiem Sv.Lazara salā netālu no Venēcijas (Сорокина, Том 1 часть 3 глава 4; Гофф, 2000, 223-226). Infekcijas slimnieku izolācija bija viens no visstingrākajiem pretepidemioloģiskajiem pasākumiem. Tas praktiski bija vērsti tikai publisko interešu labā, jo izolētie slimnieki kopumā netika ārstēti (vismaz pirmsākumos). Īpatnība bija arī tajā, ka smagāko infekciju slimnieku personība juridiski gandrīz tika izbeigta, saglabājot tikai samērā minimālu tiesībspējas un rīcībspējas apjomu. Lielā mērā tika ierobežotas infekcijas slimnieka personiskās tiesības. Tāpat pretepidemioloģiskie pasākumi bija vērsti publisko interešu labā, gandrīz neievērojot infekcijas slimnieka gribu un intereses. Viens no objektīviem izskaidrojumiem šādai pieejai ir, ka trūka ārstniecības personām medicīnisko zināšanu smagu infekcijas slimību ārstniecībai. Līdz ar to, šādi pasākumi praktiski bija vienīgais līdzeklis, kā ierobežot un apturēt infekcijas slimību izplatību, tādējādi aizsargājot publiskās intereses.

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

Īpatnība ir arī tajā, ka pirmsākumos slimnīcas bija paredzētas ubagu, ceļinieku u.c. aprūpei un palīdzībai. Slimnīcas vairāk līdzinājās patversmēm (Medieval Hospitals; Medicine in the 13-16th centuries). Tikai vēlākā posmā tās pārtapa par objektīvām ārstniecības iestādēm, kuru mērķis ir ārstniecība. Izveidojās arī ārstniecības iestāžu specializācija. Piemēram, tika celtas slimnīcas akliem (Luijs IX Francijā 13.gs.); ķirurģijas pacientiem; infekcijas slimniekiem (Зудроф, 1999, 8; Medieval Hospitals). Ārstniecības iestāžu specializācija paplašināja pacienta izvēles iespējas saņemt kompleksāku, ilgstošāku ārstniecību stacionārā.

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

3. Pacienta gribas nozīmes atdzimšana jaunajos un jaunākajos laikos (17.gs.b.-mūsdienas)

Notikumi jaunos un jaunākajos laikos radīja priekšnosacījumus pieejas maiņai attiecībā arī uz personas gribas institūtu. Pirmkārt, revolūcijas (Anglijā 17.gs., Francijā 18.gs.) sekmēja pāreju no feodālisma uz sabiedrību, kuras pamatā ir sabiedrības brīvo cilvēku juridiskā vienlīdzība (Антология мировой правовой мысли: в 5-и т. Т.3, 1999, 5, 6; История государства и права зарубежных стран II, 1999, 516, 518). Otrkārt, katoļu Baznīcai nespējot noturēt varas monopoli, norisinājās reformācija (16.gs.), kas ietekmēja ne tikai Baznīcu, bet arī citas jomas (Balodis, 2000, 78). Treškārt, jaunā valsts iekārta radīja nepieciešamību tiesiskās sistēmas transformācijai. Līdz ar to tiesības veidojās romiešu tiesību recepcijas un liberālisma ietekmē, kur centrā tika izvirzīts cilvēks, sākotnējo individuālismu nomainot ar stipru sociāltiesisku politiku, un kā galvenās cilvēka tiesības dabisko tiesību ietekmē tika atzītas brīvība, vienlīdzība un tiesības uz privātīpašumu, pie tam, valsti atzīstot tikai kā līdzekli minētā mērķa īstenošanai (История государства и права зарубежных стран II, 1999, 516, 519, 520, 530; Антология мировой правовой мысли: в 5-и т. Т.3, 1999, 6, 7, 12; Valters, 1961, 14; Osipova, Lazdiņš). Ceturtkārt, šajā laika periodā norisinājās strauja zinātņu attīstība, pie tam, valstīm sadarbojoties arī atklājumu izdarīšanā. Piektkārt, nozīmīgākajās dzīves norisēs priekšplānā tika izvirzīta personas griba – no vienas puses, atzīstot valsts izcelšanās sabiedriski-līgumisko raksturu; no otras puses, norādot, ka cilvēku sabiedrības pamats ir personas brīva griba, kas balstīta uz saprātu, oponējot kristietības pieejai, kur turpretim brīva griba ir grēka un ļaunuma avots (Антология мировой правовой мысли: в 5-и т. Т.2, 1999, 19; Антология мировой правовой мысли: в 5-и т. Т.3, 1999, 6). Līdz ar to secināms, ka jaunos un jaunākajos laikos radās labvēlīgi apstākļi, lai atkal mainītu pieeju pacienta gribai, iezīmējot virzienu uz pacientu kā patstāvīgu tiesību subjektu ārstniecības tiesiskajās attiecībās.

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

Zinātnes attīstība šajā laika posmā ietekmēja arī ārstniecību, netieši skarot arī pacienta intereses. No medicīnas tika izstumts pārdabiskais, mistiskais, priekšplānā izvirzot medicīnu kā zinātņi, kas radīja nepieciešamību pilnveidot arī ārstu izglītību (izstrādājot studiju plānu, grādu piešķiršanas kārtību u.c.) (Мейер-Штейнер (2), 1999, 31, 73, 115, 118-120; Медицина XVII-XVIII, XIX веков; Medicine in the 19th century; Vīksna, 2004, 17 - 19). Līdz ar to ārstniecība lielākā mērā, salīdzinot ar iepriekšējo laika periodu, kļuva objektīvāka, jo: pirmkārt, pielietotās ārstniecības metodes, pateicoties zinātnes attīstībai, tika medicīniski pamatotas, kā arī, otrkārt, pašas ārstniecības nepieciešamība balstījās uz pacienta veselības kritēriju. Nenoliedzami, minētās izmaiņas bija pacienta interesēs.

Transformācija norisinājās arī pašās ārsta un pacienta tiesiskajās attiecībās. Sākotnēji ārsta profesija tika uzskatīta par aicinājumu, jo ārstam bija jābūt ar plašām zināšanām, līdz ar to pacienta un ārsta tiesiskās attiecības tika uzskatītas par uzticības attiecībām, kur ārsts bija padomdevējs slimības gadījumā, ko apliecina mājas ārsta institūta izveidošanās (Мейер-Штейнер (2), 1999, 74). Tomēr šīs attiecības mainījās, jo tika izveidota slimo kasu sistēma un pašas attiecības kļuva aizvien līgumiskākas ar atlīdzības raksturu (Мейер-Штейнер (2), 1999, 122). Secināms, ka ārstniecības tiesiskajām attiecībām virzoties uz līgumisko attiecību raksturu, netieši iezīmējās virziens pacienta atzīšanai par patstāvīgu tiesību subjektu.

Arī jauno un jaunāko laiku filozofija aizvien vairāk sāka atbalsēt personas autonomijas principu (F.Bēkons- cilvēks ar jauno metodi iegūvis varu pār dabu; R.Dekarts- „Es domāju, tātad es esmu”; Dž.Lokss- cilvēka dabiskais stāvoklis ir pilna rīcības brīvība ar savu īpašumu un personību; I.Kants- cilvēks pats izzina un rīkojas, tiesībām ir tikai jāgarantē cilvēka rīcības brīvību; G.V.F.Hēgelis- brīvi ir visi; J.S.Mills- cilvēka brīvība ir pašvērtība un sabiedrības

brieduma pazīme; eksistenciālisms (19.gs.b., 20.gs.s.- K.Jaspers, Ž.-P.Sartre, G.Marels u.c.)- indivīdi nedrīkst pieļaut, ka viņu izvēli, brīvību kaut kas ierobežo – lai tas būtu pat saprāts vai morāle (Философия медицины, 2004, 94, 97, 104-106, 108, 151; Нерсесянц, 2006, 573; Философия права, 2007, 234; Идею вārdnīca, 1999, 135, 353)), kas sekmēja arī pacienta gribas nozīmes pieaugumu ārstniecības tiesiskajās attiecībās.

Balstoties uz šī laika perioda iezīmēm, valstu praksē pakāpeniski tika aizsākts princips, ka ārstniecība veicama pēc pacienta piekrišanas, tādējādi iedzīvinot ideju, ka pacienta griba, ar dažiem objektīviem izņēmumiem, ir noteicošā ārstniecībā. Anglijā prasība pēc pacienta piekrišanas medicīniskās iejaukšanās gadījumā tika formulēta 18.gs. (Ерофеев, Ерофеева). Vācijas (impērijas) Augstākā tiesa 1894.gadā, izskatot lietu, kur ķirurgs amputēja iekaisušu nepilngadīga pacienta kāju bez viņa vecāku piekrišanas, norādīja, ka ķirurgs nav atbildīgs par miesas bojājumiem, ja to veica pēc pacienta vai viņa vietnieka gribas, jo pacients ir līdzvērtīgs ārsta partneris un ārstniecības tiesiskās attiecības balstās nevis uz paternālismu, bet pacienta brīvu piekrišanu (Horntrich). Sākotnēji Vācijā ārstniecības veikšana bez pacienta piekrišanas tika interpretēta kā miesas bojājumu nodarīšana pacientam, jo tiek pārkāpta pacienta fiziskā integritāte, kur vēlākā periodā minētais pārkāpums tika vērtēts jau kā delikts. Piemēram, Vācijas Augstākā tiesa 1911.gada 30.jūnijā, skatot lietu, kur 17 gadus vecai pacientei tika iešļircināti ārstniecības līdzekļi ar viņas pašas, bet ne vecāku piekrišanu, kā rezultātā radās smagas ārstniecības līdzekļu blakusparādības, spriedumā norādīja, ka ārsta rīcība ir pretlikumīga, ja veic medicīnisko iejaukšanos bez nepilngadīgā pacienta vietnieku piekrišanas kaut arī ar paša nepilngadīgā piekrišanu, tādējādi ārsts ir vainīgs deliktā, jo medicīniskā iejaukšanās nebija steidzama (Jākobsons, 1936, 6, 7; Oosten, 1991, 194). Krievijā 18 gadus vecai pacientei tika operēts augonis kaklā. Pacientei tika konstatēts vēl viens augonis vēdera rajonā, kas pēc dažām dienām tika operēts. Nākošajā dienā pacientei palika sliktāk un viņa nomira. Tēvs cēla prasību pret ārstu, jo vecāki kā vietnieki nebija piekrituši otrajai operācijai. Krievijas Augstākās Tiesas Senāta Kriminālais Kasācijas departaments 1902.gada spriedumā nr.33 šajā ārsta Modlinska lietā norādīja, ka: 1) ārstam ir pienākums ierasties pie pacienta pēc aicinājuma; ārsts sodāms, ja nedara to bez likumīga iemesla (Ārstniecības nolikuma 690.p. (1892.g.), vēlāk – Ārstniecības nolikuma 54.p. (1905.g.)) pēc Sodu likuma 872.p. (1885.g.); 2) ārstu neatsvabina no atbildības tas, ka operācija bija pamatota un pareizi izdarīta, ja nav saņemta piekrišana (Jākobsons, 1936, 12 – 16). ASV Augstākās tiesas tiesnesis Cardozo lietā Schloendorff v. Society of New York Hospital (1914.g.) norādīja, ka „katram pie skaidras apziņas esošam pieaugušam cilvēkam ir tiesības izlemt, kas tiks darīts ar viņa ķermeni; ķirurgs, kurš veic operatīvu iejaukšanos bez pacienta piekrišanas, veic prettiesisku darbību, kas izpaužas aizskarošā rīcībā, par kuru viņš nes atbildību” (Lieta: Schloendorff v. Society of New York Hospital ((1914) 211 NY) (ASV) - Kennedy, 1994, 87); kas tādējādi aizsāka pacienta informētās piekrišanas modeli ārstniecības tiesiskajās attiecībās, kas tika iedzīvināts pilnā mērā 60-tajos gados (Мотов). Prasība pēc pacienta piekrišanas ārstniecības tiesiskajās attiecībās dažādās valstīs formējās nedaudz atšķirīgos laika posmos, kas objektīvi izskaidrojams ar atšķirībām pašu valstu attīstībā.

Sava loma pacienta gribas nozīmes atdzimšanai ārstniecībā bija Nirnbergas tribunālam un tā pieņemtajam 1947.gada Nirnbergas kodeksam. 10 mēnešus ilga Nirnbergas process bija īpatnējs ar to, ka papildus spriedumiem tiesa pieņēma arī dokumentu, kurā pirmo reizi starptautiskajā praksē tika formulēti principi par medicīnisko eksperimentu veikšanu ar cilvēku līdzdalību. Tiesību zinātnē ir izteikts viedoklis, ka tieši ar minētā kodeksa pieņemšanu aizsākās pacienta informētās piekrišanas formēšanās (Силуянова; Силуянова, Сабурова, Силуянова, 2007; Сабурова). Minētajam viedoklim pilnībā piekrist nevar, jo, kā analizēts darbā iepriekš, aizsākumi ir konstatējami jau daudz agrākā laika posmā. Tomēr, ja runā par starptautisko līmeni, tad Nirnbergas kodekss tiešām ir pirmais dokuments, kurā ir ietverta prasība pēc personas piekrišanas medicīnas jomā. Tomēr trūkums šim dokumentam bija tas, ka minētā prasība attiecās tikai uz samērā šauru medicīnas jomu, t.i., uz medicīniskajiem eksperimentiem ar cilvēkiem (Der Nürnberger Kodex, 1947, Art.1). Pēc 50 gadiem, t.i., 1997.gadā, pieminot Nirnbergas procesu, tika pieņemts atkārtoti pilnveidots Nirnbergas kodekss, kurā tiek skartas

mūsdienu aktuālās problēmas (piemēram, personas ģenētiskais raksturojums, ekonomiskā faktora ietekme uz ārstniecību, audu, orgānu transplantācija), kā arī attiecinot pacienta piekrišanas prasību jau uz ārstniecību (Der Nürnberger Kodex, 1997, Art.2). Neskatoties uz to, ka Nirnbergas kodeksiem ir rekomendējošs raksturs, to principi tiek iekļauti gan starptautiskajos, gan valstu nacionālajos tiesību aktos. Pacienta informētā piekrišana tika nostiprināta arī 1996.gada 19.novembra Biokonvencijas 5.panta pirmajā daļā. Nenoliedzami, pacienta gribas prioritātes ārstniecībā noteikšanai starptautiskajā līmenī ir liela nozīme, jo tādējādi tiek mazināta arī nacionālo tiesību sistēmu iespējamā patvaļa.

Latvijā prasība pēc pacienta piekrišanas ārstniecībā formējās neviendabīgi ar noteikta laika perioda pārrāvumu. No vienas puses, jaunajos laikos Eiropas kultūras centrs no dienvidiem novirzījās ziemeļu virzienā (Anglija, Francija, Vācija), tāpēc Baltija vairāk neatradās ārpus Eiropas norisēm, un ietekme uz Baltiju bija daudz straujāka un spēcīgāka nekā līdz šim (Osipova, Lazdiņš; Васильев, 1964, 47, 61, 80, 122). Arī pacienta gribas prioritātes princips bija spēkā esošs Latvijas teritorijā ar: 1) 1885.gada Krievijas Sodu likumu, kur tika paredzēts sods par ārsta veiktu patvaļīgu ārstniecību; 2) Ārstniecības nolikuma 690.pantu (1892.g.), vēlāk – Ārstniecības nolikuma 54.pantu (1905.g.); 3) 1933.gada Krievijas Sodu likuma 218., 219.pantu – ārsts, kas ārstējis slimnieku bez viņa vai viņa vietnieka piekrišanas, ir sodāms (Jākobsons, 1936, 3, 5, 11 -16); 4) 1937.gada Ārstniecības likuma 30., 64.pantu, kur bija noteikta pacienta piekrišanas prasība ārstniecībai (Ārstniecības likums, 1937). Līdz ar to secināms, ka Latvijas teritorijā līdz pat pirmās valsts neatkarības zaudēšanai praktiski bija iedzīvinājusies prasība saņemt pacienta piekrišanu ārstniecībai.

No otras puses, ar padomju tiesību spēkā stāšanos Latvijas teritorijā, ārstniecībā atgriezās paternālisma princips pacienta un ārsta tiesiskajās attiecībās (Latvijas tiesību vēsture (1914-2000), 2000, 311; Силюнова; Васильев, 1964, 148, 176), pacienta gribai praktiski zaudējot nozīmi minētajās attiecībās. Latvijai atgūstot neatkarību, tika turpinātas pirmās brīvvalsts tradīcijas arī ārstniecības jomā, atjaunojot pacienta gribas prioritāti ārstniecības tiesiskajās attiecībās (tika pieņemti galvenie normatīvie akti ārstniecībā, paredzot minēto principu – Ārstniecības likums, 23., 41.p.; Par prakses ārstiem, 24., 25.p. (šobrīd minētie panti ir zaudējuši spēku ar Pacientu tiesību likuma 6.p.1., 4.d.)). Neskatoties uz pacienta gribas prioritātes principa pārrāvumu Latvijā, tas tomēr mūsdienās ir atjaunojies un nostiprinājies.

Analizējot kopumā pacienta gribas juridiskās atzīšanas vēsturisko attīstību, iezīmējas likumsakarība. Tiek norādīts, ka medicīna attīstās pa spirāli nevis augšupejošu līkni (Мейер-Штейнер (2), 1999, 123). Velkot paralēles ar medicīnas vēsturi, arī pacienta gribas juridiskās atzīšanas vēsturiskajā attīstībā iezīmējas attīstības spirāle. Pacienta gribas juridiskās atzīšanas attīstības spirāles konstatācija nozīmīga arī ar to, ka ļauj prognozēt pacienta un ārsta tiesisko attiecību nākotnes attīstības virzienus un pacienta gribas nozīmi tajās, kur minētās izpausmes autore analizē tālāk darbā.

4.Pacienta gribas pamatprincipi un ārstniecības tiesisko attiecību nākotnes attīstības perspektīvas

Šobrīd strīdīgi ir vērtējams pašreizējais pacienta un ārstniecības personas/iestādes attiecību tiesiskais raksturs. Pēc vispārīgā principa tās ir līgumiskas attiecības, kur dalībnieki ir līdztiesīgi, līdzvērtīgi. Pacienta un ārstniecības personas/iestādes tiesiskās attiecības ir vērtējamas kā daudzpusējs darījums un divpusējs līgums (Civillikums, 1993, 1427., 1512.p.), kas nosaka abu pušu gribas izteikuma nepieciešamību tiesisko attiecību nodibināšanai. Lai arī līgumu tiesības fokusējas uz pušu autonomiju, tomēr līgumu brīvība ārstniecībā ir nosacīta. Pacients ir brīvs no tiesiskā (formālā) viedokļa gan izvēlē nodibināt ārstniecības tiesiskās attiecības, ja netiek aizskartas vai apdraudētas publiskās intereses (Pacientu tiesību likums, 2009, 6.p.1., 4.d.), gan – otras puses izvēlē (Pacientu tiesību likums, 2009, 8.p.). Minēto pacienta brīvību ietekmē faktiskie apstākļi (piemēram, pacienta veselības traucējumi; ekonomiskie apstākļi). Savukārt normatīvajā regulējumā ir noteikti gadījumi, kad ārstniecības persona var atteikties nodibināt tiesiskās attiecības ar konkrēto pacientu (piemēram:

Ārstniecības likums, 1997, 40., 42., 47.p.; McLean, 2010, 111-114). Tas ļauj secināt, ka ārstniecības personai ir pienākums nodibināt ārstniecības tiesiskās attiecības, pacientam izsakot gribu tiesisko attiecību nodibināšanai (Piem., Igaunijā ir tieši noteikts minētais pienākums - ārstniecības pakalpojuma sniedzējam ir jāveic ārstniecības pakalpojums, ja persona vēršas pie viņa, ja vien nosacījumi vai attiecības nav prettiesiskas (Law of Obligations Act of Estonia, 2002, §760)). Līdz ar to ārstniecības tiesisko attiecību nodibināšanā pušu brīvība ir ierobežota, pie tam atšķirīgā apjomā un veidā: pirmkārt, formāli noteikto pacienta brīvību var ietekmēt faktiskie apstākļi; otrkārt, ārstniecības personai tikai likumā noteiktos, objektīvos, izsmeloši uzskaitītos gadījumos ir tiesības izlemt par ārstniecības tiesisko attiecību nodibināšanu, prezumējot ārstniecības personai pienākumu nodibināt ārstniecības tiesiskās attiecības, saņemot pacienta gribas izteikumu. Ārstniecības līguma saturam jābūt vēršam pacienta veselības labā, kur likumā ir noteikti galvenie šo attiecību principi. Lai arī likumā tiek pieļauta jebkura šī līguma forma pēc vispārīgā principa (Pacientu tiesību likums, 2009, 1.p.1.d.2.pk., 6.p.2.,3.d.), tomēr apšaubāms, vai līguma noslēgšana ar konkludentajām darbībām attaisnojas ārstniecības gadījumā. Līdz ar to secināms, ka, neskatoties uz ārstniecības tiesisko attiecību līgumisko raksturu, šo līgumu tomēr ierobežo gan valsts ar saviem tiesiskajiem līdzekļiem, kas ne vienmēr ir vērsts pacienta kā vājākās puses interesēs; gan arī faktiskie apstākļi (piemēram, informācijas trūkums, veselības traucējumi, ekonomiskais faktors, medicīnas attīstības līmenis).

Pie tam, nevar tikt noliegta iespēja, kas detalizētāk izvērtējama atsevišķā pētījumā, ka noteiktos gadījumos ārstniecības tiesiskās attiecības var rasties arī uz likuma pamata. Likumā ir noteikts faktu kopums, kas automātiski rada pietiekami konkrēta satura pienākumu pret citu personu (Civillikums, 1993, 1402.p.; Latvijas Republikas Civillikuma komentāri: Ceturtā daļa. Saistību tiesības, 1998, 17; Torgāns, 2006, 26). Un, piemēram, pacienta neatliekamo ārstniecību bez pacienta gribas un ārstniecību pret pacienta gribu publisko interešu labā infekcijas slimību, psihisko traucējumu gadījumā u.c., praktiski varētu uzskatīt par saistībām uz likuma pamata. Lai arī likums aizsargā saistības, kas rodas uz darījuma pamata, tomēr tiesiskajā darījumā tiesiskās sekas iestājas ne tikai tāpēc, ka likums to paredz, bet gan pirmām kārtām tāpēc, ka šo seku iestāšanās ir gribēta (Torgāns, 2006, 26; Kalniņš, 2005, 138; Sinaiskis, 1996, 150), kas atspoguļo galveno atšķirību starp saistībām uz tiesiska darījuma un saistībām uz likuma pamata.

Darījuma kodols ir uz tiesiska rezultāta iestāšanos virzīta griba, kas nedrīkst būt pretrunā ar likumu (Civillikums, 1993, 1427.p.; Latvijas Republikas Civillikuma komentāri: Ceturtā daļa. Saistību tiesības, 1998, 45; Kalniņš, 2005, 137; Шапп ЯН, 2006, 200, 201). Ārstniecībā minētajam principam iezīmējas divas īpatnības. Pirmkārt, neskatoties uz ārstniecības tiesisko attiecību dalībnieku līdztiesību, ārstniecībā ir prioritāra konkrēta pacienta griba gan tiesisko attiecību nodibināšanā, gan tiesisko attiecību pastāvēšanas laikā (Pacientu tiesību likums, 2009, 3.p.6.d., 8.p.). Otrkārt, ārstniecībā pacienta griba tiek izteikta par ārstniecības pakalpojuma saņemšanu nevis ārstniecības rezultātu (Pacientu tiesību likums, 2009, 6.pants), jo „tiek pārdots nevis pats rezultāts, bet darbības pie tā” (Байков, 2006, 248). Tādēļ ir nodalāms pacienta gribas tiesiskais un faktiskais mērķis. Līdz ar to ārstniecības kā tiesiska darījuma specifika izpaužas pacienta gribas, kas tiek izteikta par ārstniecības pakalpojuma saņemšanu nevis ārstniecības rezultāta iestāšanos, prioritātē.

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

Pacienta informētās piekrišanas modelim ir konstatējami vērā ņemami trūkumi. Pirmkārt, pacienta piekrišana samērā nosacīti pielietota pacienta vietniecības gadījumā, kur gribas izteikumu veic pacienta vietnieks, nevis pats patients. Otrkārt, pacienta gribu nozīmīgi ietekmē faktiskie apstākļi (pacienta veselības traucējumi, zināšanu trūkums, ekonomiskais faktors), kur tiesiskās aizsardzības mehānisms pietiekami nenodrošina pacienta gribas aizsardzību no tiem. Pie tam, pārdroši apgalvot, ka mazinās šo faktisko apstākļu ietekme, tieši otrādi – piemēram, attīstoties medicīnai, zināšanu apjoms palielinās, kas rada lielāku plaisu

starp ārstu un pacientu; arī finansiālā krīze Latvijā nemazinās pietiekami straujā tempā. Treškārt, tiek pausts viedoklis, ka nav atbalstāma kādas puses dominance ārstniecības tiesiskajās attiecībās (ārsta – paternālismā; pacienta – informētās piekrišanas modelī) (Turner-Warwick, 1994, 16), jo, pārlietu izjaucot līdzsvaru pušu tiesiskajos statusos, tas tomēr negatīvi ietekmē ārstniecības tiesiskās attiecības. Ceturtkārt, informētās piekrišanas modelī ir konstatējama apstākļu sadursme – balstoties uz objektīvu informāciju, pacients pieņem subjektīvu lēmumu, kas ne vienmēr ir pacienta veselības labā. Piektkārt, arī pacienta informētās piekrišanas modelī ir konstatējamas paternālisma iezīmes (piemēram - Pacientu tiesību likums, 2009, 7.p.8.d.). Ir izteikts viedoklis, ja pacienta ārstniecība pret viņa gribu tiek veikta trešo personu interesēs, tad tas nav vērtējams kā paternālisms, jo paternālismā pacienta aizbildnība tiek īstenota pacienta nevis citu personu labā (Grill, 2009, 146 – 157; Stauch, Wheat, Tingle, 2002, 31). Šāds vērtējums ir strīdīgs, jo, veicot pacienta ārstniecību pret viņa gribu, šīs ārstniecības mērķis ir gan trešo personu, gan arī paša pacienta interesēs. Tiek norādīts, ka mainās arī paternālisma raksturs – „no pagātnes privāta uz mūsdienu valstisku” (Lawrence, 1997, 8). Secināms, ka mūsdienu apstākļos gandrīz beznosacījumu pacienta informētās piekrišanas modelis īsti neattaisno sevi ārstniecības tiesiskajās attiecībās.

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

Secinājumi un priekšlikumi

Pacienta gribas prioritātes un ārsta aizbildnības pār pacientu (paternālisma) mijiedarbības vēsturiskajā attīstībā iezīmējas pacienta gribas juridiskās atzīšanas attīstības spirāle, kur: 1) pirmatnējai sabiedrībai bija raksturīgs paternālisms; 2) antīkie laiki raksturojās ar pacienta gribas autonomiju; 3) viduslaikos atkal nostiprinājās paternālisms; 4) savukārt jaunos un jaunākajos laikos atdzima pacienta gribas autonomija.

Tās konstatācija nozīmīga ar diviem galvenajiem aspektiem. Pirmkārt, pacienta gribas juridiskās atzīšanas vēsturiskā attīstība pamato pacienta gribas prioritāti mūsdienu ārstniecības tiesiskajās attiecībās. Otrkārt, pacienta gribas juridiskās atzīšanas attīstības spirāle ļauj prognozēt pacienta un ārsta tiesisko attiecību nākotnes modeli un pacienta gribas nozīmi tajā.

Mūsdienu apstākļos gandrīz beznosacījumu pacienta informētās piekrišanas modelis īsti neattaisno sevi ārstniecības tiesiskajās attiecībās. Tāpēc pētījuma rezultātā par piemērotāko pacienta un ārsta tiesisko attiecību nākotnes modeli ir atzīstams tehnoloģiskais jeb tehniskais pacienta un ārsta tiesisko attiecību modelis, kur noteiktos gadījumos lēmums saistībā ar pacienta ārstniecību ir pieņemams, balstoties uz pacienta veselības medicīniskajiem kritērijiem nevis tikai uz subjektīvo pacienta gribu.

Izmantotā literatūra un avoti

Literatūra

1. ABSE, D. *Doctors and patients*. Oxford: University Press, 1984. 114 p.
2. ACKEMECHT, E. H. *Geschichte der Medizin*. 6.durchges. und erg.auf. Stuttgart: Enke, 1989.

3. ARONS, K.Ē. *Medicīnas vēsture: senie laiki*. Rīga: P.Stradiņa Medicīnas vēstures muzejs, 1993.
4. BALODIS, R. *Valsts un Baznīca*. Rīga: Nordik, 2000. 726 lpp.
5. BALTIŅŠ, M. Recepte pacienta, ārsta un farmaceita saskarsmes krustpunktā: paliekošais un mainīgais. *MATERIA MEDICA*. 1999. Nr.10, 5., 6.lpp.
6. BLŪZMA, V. *Romas valsts un tiesības. Kanoniskās tiesības viduslaikos*. Lekcijas ārvalstu tiesību vēsturē. Rīga: Ekonomikas un kultūras augstskola, 2002. 72 lpp.
7. BUIJSEN, M. *The Concept of Health Law*. Frontiers of European health law: yearbook. European Centre for Advanced Legal Studies in Health Care. Rotterdam: Erasmus University Press, 2000.
8. CASSELL, E.J. About: Amundsen D.W. Medicine, Society, and Faith in the Ancient and Medieval Worlds. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1996. *The New England Journal of Medicine*. 1997. Nr.12. [cited 07.04.2017.]. Available from Internet: <http://content.njem.org/cgi/content/full/336/12/883>.
9. CUMSTON, C. G. *The history of medicine: from time of Pharaohs to the end of the XVIII th century*. New York, London: Routledge, 1998. 390 p.
10. *Der Nürnberger Kodex* (1947). Dokument des Nürnberger Ärzteprozesses. [cited 07.04.2017.]. Available from Internet: www.ipnw-nuerberg.de/aktivitaet2_1.html.
11. *Der Nürnberger Kodex* (1997). [cited 07.04.2017.]. Available from Internet: www.medizinundgewissen.de/archiv/kodex97.html.
12. DERUMS, V. *Baltijas sencilvēku slimības un tautas dziedniecība*: monogrāfija. Latvijas PSR Veselības aizsardzības ministrija, Latvijas Eksperimentālās un klīniskās medicīnas Zinātniskās pētniecības institūts. 2.pārstr. un papild.izd. Rīga: Zinātne, 1988. 223 lpp.
13. Desmit baušļi. Blūzma V., Zemītis G., Osipova S. *Ārvalstu tiesību vēstures avoti (no vissenākajiem laikiem līdz 1689.gadam)*. Rīga: Turība, 2007. 39., 40.lpp.
14. *Entwicklungsschema zur Medizin*. [cited 07.04.2017.]. Available from Internet: http://www.gottwein.de/graeca/lex/m_medin01.php.
15. GRILL, K. Liberalism, altruism and group consent. *Public Health Ethics*. 2009. Nr.2(2), p.146-157. [cited 07.04.2017.]. Available from Internet: <http://phe.oxfordjournals.org/content/2/2/146.full?maxtoشو=&hits=40&RESULTFORMAT=&fulltext=informed+consent&searchid=1&FIRSTINDEX=120&resourcetype=HWCIT>.
16. HARRINGTON, J. *The Salerno Book of Health*. Images from History of the School of Salerno. [b.v.], [b.i.], 1920. 76., 77.p. [cited 07.04.2017.]. Available from Internet: <http://www.umanitoba.ca/libraries/units/health/resources/salerno.html>.
17. *Hipokrātiskie raksti: izlase*. A.Gailes un A.van Hofas tulk. no sengrieķu val., ievads un komentāri. Rīga: Liepnieks&Rītups, 2003. 449 lpp.
18. *Hipokrāta zvērests*. [atsauce 07.04.2017.]. Pieejas veids: http://www.mfd.lv/lv/book/hipokratavzvests_lv.htm.
19. HIPOKRĀTS. Likums. *Hipokrātiskie raksti: izlase*. A.Gailes un A.van Hofas tulk. no sengrieķu val., ievads un komentāri. Rīga: Liepnieks&Rītups, 2003. 6., 7.lpp.
20. HIPOKRĀTS. Par vējiem.I, 1-5. Gaile, A. *Ārstēšanas māksla Senajā Grieķijā. Doctus*. 2002. Nr.3, 53.lpp.
21. HONSELL, H. *Romisches Recht*. Berlin, Heidelberg, New York, Barcelona, Budapest, Honkong, London, Mailand, Paris, Santa Clara, Singapur, Tokio: Springer, 1997.
22. HOMTRICH, J. *Der kranke Mensch: Patient oder Kunde?* [cited 07.04.2017.]. Available from Internet: <http://www.aeksh.de/shae/200202/h022052a.html>.
23. HUPEL, A.W. *Topographische Nachrichten von Livl. und Estl. Bd.1*. Rīga, 1774, S.558. Васильев К.Г. *Очерки истории медицины и здравоохранения Латвии*. Москва: Медицина, 1964. с. 28.
24. *Ideju vārdnīca: domātāji, teorijas un jēdzieni filozofijā, zinātnē, reliģijā, politikā, vēsturē un mākslā*. Adikibi O., Baleins B., Breji E.u.c. Rīga: Zvaigzne ABC, 1999. 659 lpp.
25. JAKUBAŅECIS, V. *Tiesības sabiedrībā*. Rīga, [b.i.], 1997. 44 lpp.
26. JĀKOBSONS, A. *Ārsta atbildība pēc 1933.g.sod.lik.218. un 219.p.p.* Rīga, [b.i.], 1936. 27 lpp.
27. KALNIŅŠ, E. *Privāttiesību teorija un prakse. Raksti privāttiesībās*. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2005. 400 lpp.
28. KENNEDY, I. *Medical law*. London, Dublin, Edinburgh: Butterworths, 1994. 1407 p.
29. KŪLE, M., KŪLIS, R. *Filosofija*. Rīga: Burtnieks, 1996. 653 lpp.
30. *Latvijas Republikas Civillikuma komentāri: Ceturtā daļa. Saistību tiesības*. Torgāns K., Grūtups A., Višņakova G.u.c. Zin.red. Torgāns K. Rīga: Mans Īpašums, 1998. 687 lpp.
31. *Latvijas tiesību vēsture* (1914-2000). Zin.red. Lēbers D.A. Rīga: Fonds „Latvijas vēsture”, 2000. 528 lpp.
32. LAZDIŅŠ, J. Vasaļu (bruņinieku) tiesību avoti un komentārs. *Latvijas tiesību avoti: teksti un komentāri. Seno paražu un Livonijas tiesību avoti 10. gs.-16. gs.1. sēj.* Lazdiņš J., Blūzma V., Osipova S. Zin.red. Meļķis E. LU Juridiskās fakultātes Tiesību teorijas un politikas zinātņu katedra. Rīga: Latvijas Universitātes žurnāla "Latvijas Vēsture" fonds, 1998. 109., 11.lpp.
33. LAWRENCE, M. *The new paternalism: supervisory approaches to poverty*. Washington: Brookings Institution Press, 1997. 355 p.
34. LOEBELL, M. *Die Heilkunde im Mittelalter*. [cited 07.04.2017.]. Available from Internet: <http://www.jadu.de/mittelalter/text/heilkunde.html>.

35. MAZLOVSKIS, A. Medicīna pirms divtūkstoš gadiem. *Doctus*. 2006. Nr.3, 46. - 49.lpp.
36. McLEAN, A. Informed consent and medical law: a relational challenge. *Med Law Rev*. 2010. Nr.18, p.111-114.
37. Medizin im Mittelalter. [cited 07.04.2017.]. Available from Internet: <http://www.mittelalter-saar.de/index.php?page=952>.
38. *Medicine in the 13-16th centuries: Universities, Hospitals, Anatomical Revolution*. [cited 07.04.2017.]. Available from Internet: <http://pacs.unica.it/biblio/lesson3.htm>.
39. *Medicine in the 19th century*. [cited 07.04.2017.]. Available from Internet: www.seed.slb.com/en/scictr/watch/history_medicine/scientific_19th_century.htm.
40. *Medieval Hospitals*. Dodd Memorial Library, Vellore. [cited 07.04.2017.]. Available from Internet: <http://dodd.cmcvellore.ac.in/hom/10%20-%20Medieval%20Hospital.html>.
41. *Medieval Medicine*. [cited 07.04.2017.]. Available from Internet: www.medieval-spell.com/Medieval_Medicine.html.
42. MUCINIEKS, P. *Sociālā likumdošana (I.puse)*. Rīga: Latvijas Universitātes studentu padomes grāmatnīcas izdevums. 1934.
43. OOSTEN, F. van. *The Doctrine of Informed Consent in Medical Law*. Frankfurt am Main; Bern; New York; Paris: Lang, 1991. 500 p.
44. OSIPOVA, S., LAZDIŅŠ, J. *Tiesību sistēmas ģenēzes un evolūcijas(transformācijas) aspekti Eiropas tiesību kontekstā*. Tēzes. Konferences „Tiesību harmonizācija Baltijas jūras reģionā pēc Eiropas Savienības paplašināšanās” materiāli. 2007.gada 24.-27.janvāris, Rīga, Latvijas Universitāte. Npublicēts.
45. OSIPOVA, S. *Musulmaņu tiesību vēsture viduslaikos*. Latvijas Universitāte, Juridiskā fakultāte, Tiesību teorijas un politikas zinātnes katedra. Rīga: Latvijas Universitāte, 2001. 140 lpp.
46. OSIPOVA, S. *Viduslaiku tiesību spogulis*. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2004. 408 lpp.
47. OSLER, W. *The Evolution of Modern Medicine*. Electronic Text Center, University of Virginia Library. [cited 07.04.2017.]. Available from Internet: <http://etext.virginia.edu/etcbin/toccer-new2?id=OsIEvol.sgm&images=images/modeng&data=/texts/english/modeng/parsed&tag=public&part=3&vision=div1>.
48. SINAISKIS, V. *Latvijas civiltiesību apskats. Lietu tiesības. Saistību tiesības*. Rīga: TIC, 1996. 246 lpp.
49. STAUCH, M., WHEAT, K., TINGLE, J. *Sourcebook on medical law*. London: Cavendish Publishing Limited, 2002. 762 p.
50. TORĢĀNS, K. *Saistību tiesības I daļa*. Rīga: TNA, 2006. 315 lpp.
51. TURNER – WARWICK, D.M. Paternalism versus patient autonomy. *Journal of the Royal Society of Medicine*. Supplement. 1994. Nr.22. [cited 07.04.2017.]. Available from Internet: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1294188>.
52. VALTERS, N. Pamattiesības un tiesību pamats. *Latviešu juristu raksti*. 1961. Nr.5.
53. *Viduslaiku Vēsture I*. S.Skazkina zin.red. Rīga: Zvaigzne, 1971. 530 lpp.
54. *Viduslaiku Vēsture II*. S.Skazkina zin.red. Rīga: Zvaigzne, 1972. 354 lpp.
55. VĪKSNA, A. Ķirurģijas saknes Latvijā, I daļa. *Latvijas Ārsts*. 2004. Nr.1, 17. – 19.lpp.
56. ZĀLĪTIS, Fr. *Latvijas vēsture*. Rīga: Zvaigzne, 1991. 357 lpp.
57. YOUSIF, J. *The Progress of Ancient Medicine: Medieval Medicine. Medical Practitioners*. [cited 07.04.2017.]. Available from Internet: http://students.ou.edu/Y/Jason.S.Yousif-1/episode_3_medieval.html.
58. *Антология мировой правовой мысли: в 5-и т. Т.1. Античность. Восточные цивилизации*. Рук. науч. проекта Г.Ю. Семигин; Национальный общественно-научный фонд. Москва: Мысль, 1999. 750 с.
59. *Антология мировой правовой мысли: в 5-и т. Т.2. Европа V-XVII вв.* Рук. науч. проекта Г.Ю. Семигин; Национальный общественно-научный фонд. Москва: Мысль, 1999.
60. *Антология мировой правовой мысли: в 5-и т. Т.3. Европа. Америка. XVII-XX вв.* Отв.ред. Жидков О.А. Национальный общественно-научный фонд. Москва: Мысль, 1999.
61. БАЙКОВ, А. *Общая часть гражданского права*. Рига: Holda, 2006. 391 с.
62. ВАСИЛЬЕВ, К.Г. *Очерки истории медицины и здравоохранения Латвии*. Москва: Медицина, 1964. 218 с.
63. ГАРТМАН, Ф. *Жизнь Парацельса и сущность его учения*. Москва: Алетейа, 2002. 272 с.
64. ГОФФ, Ж. Ле. *Цивилизация средневекового Запада*. Сретенск: МЦИФИ. 2000. [cited 07.04.2017.]. Available from Internet: <http://langedoc.narod.ru/history/medic.htm>.
65. ЕРОФЕЕВ, С.В., ЕРОФЕЕВА, И.О. *Принцип информированного согласия пациента: обзор зарубежной медицинской и юридической практики*. [cited 07.04.2017.]. Available from Internet: www.med-law.ru.
66. ЗУДГОФ, К. *Медицина средних веков и эпохи возрождения*. Москва: Вузовская книга, 1999. 160 с.
67. *История государства и права зарубежных стран II*. Науч.ред. Крашенникова Н.А., Жидкова О.А. Москва: НОРМА-ИНФРА, 1999. 712 с.
68. КУДИНОВ, О.А. *Римское право*. Москва: Экзамен, 2007. 637 с.

69. МАРЧУКОВА, С.М. *Медицина в зеркале истории*. Санкт-Петербург: Европейский дом, 2003. 272 с.
70. *Медицина средневековья*. [cited 07.04.2017.]. Available from Internet: <http://www.medvuz.ru/faces/section103/section14/>.
71. *Медицина XVII-XVIII, XIX веков*. [cited 07.04.2017.]. Available from Internet: www.medvuz.ru/faces/section103/section14/.
72. МЕЙЕР – ШТЕЙНЕР, Т. *Древняя медицина*. Москва: Вузовская книга, 1999. 128 с.
73. МЕЙЕР – ШТЕЙНЕР, Т. (2) *Медицина XVII-XIX веков*. Москва: Вузовская книга, 1999. 128 с.
74. МОТОВ, В.В. *Информированное согласие на психиатрическое лечение в США*. [cited 07.04.2017.]. Available from Internet: <http://www.npar.ru/journal/2004/3/consent.php>.
75. НЕРСЕСЯНЦ, В.С. *Философия права*. Учебник для вузов. Институт государства и права Российской академии наук, Академический правовой университет. 2-е изд. Москва: Норма, 2006. 848 с.
76. ПЛУТАРХ. СОЛОН. *Антология мировой правовой мысли: в 5-и т. Т.1. Античность. Восточные цивилизации*. Рук. науч. проекта Г.Ю. Семигин; Национальный общественно-научный фонд. Москва: Мысль, 1999.
77. *Римское частное право*. Науч.ред. Новицкий И.Б., Тетерский И.С. Москва: Юристъ, 2004. 544 с.
78. САБУРОВА, В.И. *Модели взаимоотношения врач-пациент. Моральные принципы и правила проведения исследований на человеке и животных*. [cited 07.04.2017.]. Available from Internet: <http://bioethos.ru/lect/13.htm>.
79. СИЛУЯНОВА, И.В. *Информированное согласие: от процедуры к доктрине*. [cited 07.04.2017.]. Available from Internet: <http://an.mrezha.ru/zhizn/etika/00/Textbook/sil1/chap54.htm>.
80. СИЛУЯНОВА, И.В., САБУРОВА, В.И., СИЛУЯНОВА, В.А. Информированное согласие в гинекологической практике. *Медицинское право*. 2007. Nr.1. [cited 07.04.2017.]. Available from Internet: www.med-law.ru.
81. СОРОКИНА, Т.С. *История медицины*. Москва: Ун-т дружбы народов, 1988. 72 с.
82. СОРОКИНА, Т.С. *История медицины в двух томах*. [cited 07.04.2017.]. Available from Internet: <http://bibliotekar.ru/423/12.htm>.
83. СТЕЦЕНКО, С.Г., ПИЩИТА, А.Н., ГОНЧАРОВ, Н.Г. *Очерки медицинского права*. Науч.ред. Стеценко С.Г. Москва: ЦКБ РАН, 2004. 171 с.
84. ФЕМИСТИЙ. О человеколюбии. *Антология мировой правовой мысли: в 5-и т. Т.1. Античность. Восточные цивилизации*. Рук. науч. проекта Г.Ю. Семигин; Национальный общественно-научный фонд. Москва: Мысль, 1999. с. 343.
85. *Философия медицины*. Науч.ред. Шевченко Ю.Л. Москва: ГЮТАР-МЕД, 2004. 480 с.
86. *Философия права*. Данильян О.Г., Байрачная Л.Д., Максимов С.И. и др. Москва: Эксмо, 2007. 416 с.
87. ШАПП, ЯН. *Система германского гражданского права: учебник*. Москва: Международные отношения, 2006. 357 с.

Normatīvie akti

1. *Ārstniecības likums*: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 1997. 1.jūlijs, Nr.167/168.
2. *Ārstniecības likums*: LR likums. Ārstniecības likums Rīga: Valsts tipogrāfija, 1937.
3. *Civillikums*. Ceturtā daļa. Saistību tiesības: LR likums. LR Saeimas un Ministru Kabineta Ziņotājs, 1993. 14.janvāris, Nr.1.
4. *Law of Obligations Act of Estonia* (2002). [cited 07.04.2017.]. Available from Internet: <http://www.legaltext.ee/indexen.htm>.
5. *Lex Regia* -, „Demms”, „Furiosus”. Мейер-Штейнер Т. Древняя медицина. Москва: Вузовская книга, 1999. с.85.
6. *Livonijas spogulis*. Latvijas tiesību avoti: teksti un komentāri. Seno paražu un Livonijas tiesību avoti 10. gs.-16. gs.1. sēj. Lazdiņš J., Blūzma V., Osipova S. Zin.red. Meļķis E. LU Juridiskās fakultātes Tiesību teorijas un politikas zinātņu katedra. Rīga: Latvijas Universitātes žurnāla "Latvijas Vēsture" fonds, 1998. 65., 75.lpp.
7. *Pacientu tiesību likums*: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 2009. 30.decembris, Nr.205.
8. *Par prakses ārstiem*: LR likums. Latvijas Vēstnesis, 1997. 8.maijs, Nr.113.
9. *Schraggen (aus der Zeit von 30 Mai, 6 Juni 1494) der Gilden und Amster der Stadt Riga*. Wilhelm Stieda und Const.Mettig. Riga, 1896. S.248.-252. Derums V. Baltijas sencilvēku slimības un tautas dziedniecība: monogrāfija. Latvijas PSR Veselības aizsardzības ministrija, Latvijas Eksperimentālās un klīniskās medicīnas Zinātniskās pētniecības institūts. 2.pārstr. un papild.izd. Rīga: Zinātne, 1988. 170.lpp.
10. *Struteles valsts likumi*. Apsītis R., Blūzma V., Lazdiņš J. Latvijas tiesību avoti: teksti un komentāri. Poļu un zviedru laiku tiesību avoti (1561-1795). 2.sējums. Red. Blūzma V. LU Juridiskās fakultātes Tiesību teorijas un politikas zinātņu katedra. Rīga: Latvijas Universitātes žurnāla "Latvijas Vēsture" fonds, 2006. 287.lpp.

11. *Баварская правда* (b3). И прибавление к Баварской правде. Антология мировой правовой мысли: в 5-и т. Т.2. Европа V-XVII вв. Рук. науч. проекта Г.Ю. Семигин; Национальный общественно-научный фонд. Москва: Мысль, 1999. с. 47.
12. *Вселенский собор* (пято-шестой, Трулльский (691-692гг.)). Антология мировой правовой мысли: в 5-и т. Т.2. Европа V-XVII вв. Рук. науч. проекта Г.Ю. Семигин; Национальный общественно-научный фонд. Москва: Мысль, 1999. с. 148.
13. *Кодекс Хаммурапи*. [cited 07.04.2017.]. Available from Internet: <http://samadhy.ru/content/view/144/322/>.
14. *Номоканон константинопольского патриарха Фотия* (883 г.). Антология мировой правовой мысли: в 5-и т. Т.2. Европа V-XVII вв. Рук. науч. проекта Г.Ю. Семигин; Национальный общественно-научный фонд. Москва: Мысль, 1999. с.157.
15. *Законы двенадцати таблиц*. Кудинов О.А. Римское право. Москва: Экзамен, 2007. с. 382.
16. *Законы Ману*. [cited 07.04.2017.]. Available from Internet: <http://www.tarasei.narod.ru/lib/manu.htm>.
17. *Саксонское зеркало*. Антология мировой правовой мысли: в 5-и т. Т.2. Европа V-XVII вв. Рук. науч. проекта Г.Ю. Семигин; Национальный общественно-научный фонд. Москва: Мысль, 1999. с. 437.
18. *Салическая правда*. Салическая правда. Московский государственный педагогический институт им.Ленина. Ученые записки, т.LXII. Перевод Н.П.Гранианского. Москва: тип.им. Жданова,1950. [cited 07.04.2017.]. Available from Internet: <http://www.hist.msu.ru/ER/Text/salic.htm>, с. 58.
19. *Указ Вильгельма I*, отделяющий церковные суды от светских. Антология мировой правовой мысли: в 5-и т. Т.2. Европа V-XVII вв. Рук. науч. проекта Г.Ю. Семигин; Национальный общественно-научный фонд. Москва: Мысль, 1999. с.85.
20. *Эдикт Теодориха* (Edictum Theodorici regis). Антология мировой правовой мысли: в 5-и т. Т.2. Европа V-XVII вв. Рук. науч. проекта Г.Ю. Семигин; Национальный общественно-научный фонд. Москва: Мысль, 1999. с. 54.
21. *Эклога* (избранные законы). Антология мировой правовой мысли: в 5-и т. Т.2. Европа V-XVII вв. Рук. науч. проекта Г.Ю. Семигин; Национальный общественно-научный фонд. Москва: Мысль, 1999. с. 116.

Summary

In the historical development the priorities of patient will and doctor's guardianship of the patient (paternalism) in the historical development of interaction looms out ahead the development spiral of the legal recognition of the patient's will. Its major finding is important of the two main aspects. Firstly, the historical development of the legal recognition of the patient's will is based on the priorities of patient's will in the legal relations of the medical treatment. Secondly, the development spiral of the legal recognition of the patient's will lets to predictive the future model of patient's and doctor's legal relationship and the role of the patient's will in it. In the result of the research is considered the most appropriate technology or technical patient-doctor relationship's model, which in the certain cases the decision of the patient's treatment is acceptable, based rather on the medical criterious of patient's health than the patient's subjective will.