

TIESĪBAS UZ VESELĪBU UN ĀRSTNICĪBAS PIEEJAMĪBAS PRINCIPA JĒDZIENS UN TĀ VĒSTURISKĀ ATTĪSTĪBA *THE RIGHT TO HEALTH AND THE HISTORICAL DEVELOPMENT OF THE PRINCIPLE OF HEALTH AND ACCESS*

Kristīne Vasīļevska

Rēzeknes Tehnoloģiju akadēmija, vasilevska.kristine@gmail.com, Rēzekne, Latvija
Zinātniskā vadītāja: **Līga Mazure Dr.iur. asoc. profesore**

Abstract. *The availability of medical care is the application of health care and the ability to realize it through the use of technology and qualified healthcare providers. The principle of availability is essentially a matter for the person to be fully involved in all aspects of life as an integral part of the public emergency mechanism. Today, health is not only a value but also a resource that contributes to the economic growth of the state, the city, the region. A healthy person can work more productively, he more easily adapts to changes and can work longer. Good health increases quality of life, strengthens families, promotes safety, reduces poverty and social inclusion.*
Keywords: *access to medical treatment, doctor, health, patient, treatment.*

Ievads

Raksta mērķis ir izpētīt, indivīda esošās tiesības uz veselību un ārstniecības pieejamības principa jēdzienu un tā vēsturisko attīstību, analizējot pastāvošās problēmas un piedāvājot konkrētus risinājumus problēmu novēršanai.

Darba uzdevumos ietilpst izpētīt ārstniecības pieejamības principa jēdzienu un tā struktūru, izanalizēt ārstniecības pieejamības vēsturisko attīstību un sniegt vispārīgu raksturojumu par tiesībām uz veselību –ārstniecību, un izrietošiem pienākumiem.

Pētījums tika veikts divu mēnešu laikā. Tā tapšanas procesā tika pielietotas šādas pētnieciskā darba metodes: vēsturiskā metode, salīdzinošā metode, gramatiskā metode, analītiskā metode, semantiskā metode, sistēmiskā metode, teoloģiskā metode.

Pētījums ir aktuāls, jo ārstniecības pieejamība ir veselības aprūpes pielietošana un spēja to realizēt lietojot tehnoloģijas un veselības aprūpes kvalificēto pakalpojumu sniedzēju palīdzību. Pieejamības princips galvenokārt nozīmē to, lai persona, kā neatliekamā sabiedrības mehānisma sastāvdaļa spētu pilnvērtīgi piedalīties visās dzīves jomās. Mūsdienās veselība ir ne tikai vērtība, bet arī resurss, kas veicina valsts, pilsētas, novada ekonomisko izaugsmi. Vesels cilvēks var strādāt ražīgāk, viņš vieglāk pielāgojas izmaiņām un var strādāt ilgāk. Laba veselība palielina dzīves kvalitāti, stiprina ģimenes, veicina drošību, nabadzības samazināšanos un sociālo iekļaušanu. Proti, valsts ekonomiskā izaugsme ir cieši saistīta ar ārstniecības pieejamību, kas turpretī paaugstina veselības kvalitāti.

Ārstniecības pieejamības vēsturiskā attīstība

Pētot ārstniecības pieejamības vēsturisko attīstību, autore secināja, ka laika posmā no seniem laikiem līdz mūsdienu laikiem izpratne par ārstniecības pieejamību krasi atšķīrās no mūsdienu laika uzskatiem. Ārstniecības pieejamības pirmsākumi ir meklējami tālajā vēsturē, kur maģija un reliģija ieņēma svarīgu lomu aizvēsturiskās vai agrīnās cilvēces sabiedrības medicīnā. Augu izcelsmes zāles lietošanu, zināmu saslimšanas simptomu mazināšanai, pavadīja ar rituāla dejām, burvju trikiem, tāpēc par pirmajiem ārstiem, uzskatīja raganas vai burvjus. Savukārt, tādas slimības, kā saaukstēšanās vai aizcietējums, tika uztverts, kā normāla eksistences sastāvdaļa, kuru novēršanai izmantoja augu aizsardzības līdzekļiem. Tomēr smagās un invaliditātes slimības nošķīra citā slimību kategorijā, ko uzskatīja par pārdabisku izcelsmi, kas izveidojās burvestības rezultātā Ārstējot brūces tika pielietots vissenākais dziedniecības mākslas elements - placebo efekts, jo ķermeņa apstrāde un zāles, kas tika sniegtas pacientam neradīja nekādu fizisku ietekmi uz ķermeni, tomēr pacients jutās labāk, jo ticēja tā efektivitātei (*Rhodes, Thomson, Richardson, Underwood, Guthrie, 2016*).

Visa veida ārstniecības pieejamību ietekmēja arī sabiedrības kārtu, šķiru kritērijs, piemēram, senajā Romā tika iedibināts kopienu ārsta institūts, kas dalījās trīs grupās: 1) galma; 2) provinciālie; 3) pilsētas ārsti. Proti, jo augstāks status sabiedrībā, jo lielāka un kvalitatīvāka medicīna ir pieejama. Apskatot pirmatnējās ārstniecības metodes, var secināt, ka objektīvu apstākļu dēļ trūka medicīnas zināšanu, kur šo nepilnību aizstāja ar reliģijas aizmetņa – magijas kulta palīdzību ārstniecībā (*Sorokina, 1988, c. 22,23*). Vēsturē iezīmējās savdabīga tendence. Ārstniecības personas izvēlē sadūrās vairāki kritēriji, kur divi no tiem bija reliģiskais un ārstniecības kvalitātes kritēriji, tika izdalīti ārsti terapeiti (priesteri), ķirurgi (priesteri) un vārdotāji, bet tieši vārdotāji tika vērtēti visaugstāk sabiedrībā, jo izvēli izšķīra prasme ietērt ārstniecības metodes reliģiskās formās. Līdz ar to kvalitātes kritērijs tika nobīdīts zemāk saskaņā ar reliģijas dominanci. Jāatzīmē, ka reliģija bieži vien kalpoja arī kā aizsargs nekvalitatīvai ārstniecībai. Attīstoties medicīnai, tika nonākts pie atziņas - lai sasniegtu medicīnas, ārstniecības mērķus, ir nepietiekoši aptvert tikai pacientu individuāli, bet nepieciešama plašāka pieeja, ir nepietiekoši aptvert tikai pacientu individuāli, bet nepieciešama plašāka pieeja, tādējādi pakāpeniski tika iesviestas sabiedrības sanitārās prasības (*Mazure, 2011., 8.lpp.*).

Pēc informācijas avotos pieejamās informācijas autore secina, ka ārstniecības pieejamības kritērijs bija saistīts vienīgi ar ārkārtas nepieciešamību, tādus kā profilaktiskos ārstniecības pasākumus nepraktizēja, jo nebija iespēju realizēt ārstniecību, savukārt, medicīnas darbinieku trūkums un šķiru nodalījums ierobežoja ārstniecības pieejamību katram iedzīvotājam.

Viduslaikos bija samērā liela reliģijas ietekme, centrā tika izvirzīts Dievs, un cilvēka dzīvei bija jābūt orientētai uz Dievu, lai arī viduslaikos iezīmējās viens no reliģijas principiem – rūpes pār personām, kam tas ir nepieciešams (piemēram, trūcīgajiem, slimajiem), 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 ideja, kur cilvēks tiek atzīts par vērtību. Šis pārmaiņas veicināja dabaszinātņu (arī medicīnas) attīstību, kas kopumā pozitīvi ietekmēja ārstniecības pieejamību. 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. (*Mazure, 2011., 17.lpp.*).

Pirmās iestādes, kuras mūsdienās var attiecināt medicīnas organizācijām radās IV gadsimtā, tās atradās ceļa malās maršrutā no Jeruzalemes, galvenais mērķis bija sniegt pirmo medicīnas palīdzību svētceļniekiem. 1092 gadā Anglijā tika izveidots Johanniešu ordenis, kuru darbības mērķis bija pirmās medicīnas palīdzības sniegšana. Pirmā ātrās palīdzības stacija tika izveidota 1881. gadā Vīnē, kas nodarbojās ar pirmās medicīnas palīdzības sniegšanu un slimnieku nogādāšanu slimnīcās vai mājās. Patstāvīgu štatu darbinieku nebija, nodarbināti bija medicīnas studenti un volontieri (*Ваганов, 2017, c. 12*).

Pieauga akadēmiski izglītoto ārstu nozīme jau agrajos un attīstītajos viduslaikos. 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), jo sabiedrība viduslaikos bija juridiski neviendabīga, jo sastāvēja no grupām ar atšķirīgu tiesībspēju un rīcībspēju. Viduslaiku Eiropā varēja izdalīt: feodāļus, garīdzniekus, pilsoņus (jeb pilsētniekus) un zemniekus. Lai arī parādījās zināmas objektīvas iezīmes tiesiskajā sistēmā, tomēr sabiedrības šķiru kritērijs nostiprinājās jau kā tiesisks šķērslis daudzās dzīves sfērās, arī ārstniecībā (*Mazure, 2011., 22.lpp.*).

Mūsdienās ir vērojama strauja ārstniecības iespēju attīstība, kas ļauj palielināt izārstēšanas vai dzīves kvalitātes uzlabošanas iespējas. Tomēr vienlaikus ar progresu medicīna kļūst sarežģītāka ne tikai pielietoto tehnoloģiju un nepieciešamo zināšanu dēļ – sarežģītāka ir resursu plānošana, pakalpojumu koordinēšana, intensitātes vadīšana, sadarbība starp dažādām disciplīnām, kā arī komunikācija starp visiem ārstniecības procesā iesaistītajiem, tādējādi pieaugot riskam nodarīt pacientam kaitējumu, kas izpaužas medicīnas palīdzības laicīgai nesniegšanai, proti nepieejamībai (*Palčeja, Ābola, Čupāne u.c., 2017., 8.lpp.*).

Ārstniecības pieejamības principa jēdziens, struktūra

Latvijas Republikas Satversmes 111.pantā ietvertās normas kontekstā ar starptautisko tiesību dokumentiem un to piemērošanas praksi, no Latvijas Republikas Satversmes 111.panta noteiktā, proti, ka „valsts aizsargā cilvēku veselību” izriet ne vien valsts pienākums noteiktos gadījumos garantēt tiesības uz veselības aizsardzību, bet arī atturēties no tādām darbībām, kas ierobežo katrai personai pašai rūpēties par savas veselības aizsardzību (*Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Civillietu departamenta spriedums, 2008., Nr. SKC – 13*).

Savukārt, Latvijas Republikas Satversmes 8.nodaļa „Cilvēka pamattiesības” nosaka, ka „Valsts atzīst un aizsargā cilvēka pamattiesības saskaņā ar Satversmi, likumiem un Latvijai saistošiem starptautiskajiem līgumiem” (89.pants) un to, ka „Visi cilvēki Latvijā ir vienlīdzīgi likuma un tiesas priekšā. Cilvēka tiesības tiek īstenotas bez jebkādas diskriminācijas” (91.pants). Šobrīd, kā liecina Latvijas Centrālās statistikas pārvaldes dati, aptuveni 5% līdz 10% no kopējā iedzīvotāju skaita ir cilvēki ar invaliditāti, t.i. ar redzes, dzirdes, kustību un garīga rakstura traucējumiem. Šie cilvēki gandrīz katru dienu nonāk situācijās, kad nav iespējams pilnvērtīgi īstenot savas tiesības brīvi pārvietoties, saņemt pakalpojumus, informāciju u.c. tādējādi var secināt, ka pieejamības princips nav efektīvi iekļauts sabiedrības dzīvē (*Liepājas Neredzīgo biedrība, 2012., 5.lpp.*).

Pieejamības princips galvenokārt nozīme to, lai persona, kā neatliekamā sabiedrības mehānisma sastāvdaļa spētu pilnvērtīgi piedalīties visās dzīves jomās. Ārstniecības pieejamība ir veselības aprūpes pielietošana un spēja to realizēt lietojot tehnoloģijas un veselības aprūpes kvalificēto pakalpojumu sniedzēju palīdzību. Veselības aprūpe un pieejamība tiek uzskatīta par pilnvērtīgu, kad ir nepārtraukti saistīti sekojošie veselības aprūpes elementi:

- 1) primārais līmenis — pirmais saskarsmes posms starp fizisku personu un veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju, kurā risina galvenās iedzīvotāju veselības problēmas, lietojot vienkāršas un izmaksu ziņā efektīvas medicīnas tehnoloģijas;
- 2) sekundārais līmenis — specializēta ambulatorā un stacionārā veselības aprūpe, kas orientēta uz neatliekamu un plānveida veselības aprūpi — ātru un kvalitatīvu diagnostiku, intensīvu ārstēšanu un rehabilitāciju, lai maksimāli ātri un kvalitatīvi panāktu pacienta izveseļošanos vai samazinātu slimības izpausmes līdz tādai pakāpei, kad turpmākā ārstēšana ir iespējama primārās veselības aprūpes līmenī;
- 3) terciārais līmenis — augsti specializēti veselības aprūpes pakalpojumi, kurus nodrošina viens veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs vai ierobežots to skaits. Terciārajam veselības aprūpes līmenim raksturīgas viena vai vairākas šādas pazīmes: augstas tehnoloģijas, bīstamas slimības, augsta riska terapija, reti sastopamu slimību diagnostika un ārstēšana. Primārā, sekundārā un terciārā līmeņa veselības aprūpes pakalpojumus sniedz koordinēti, ievērojot pēctecību un nepārtrauktību (*Veselības aizsardzības likums, 2002., 9.p.*).

Zināms, ka veselības aprūpes sistēmas kvalitāte ir cieši saistīta ar medicīnas pieejamību, jo tas ir darbības iesākuma kodols, bez kā iztrūkst veselības aprūpes kvalitātes norādošie posmi. Tādējādi rodas nepieciešamība izdalīt ārstniecības pieejamības elementus, lai sīkāk izprastu ārstniecības pieejamības šķēršļu būtību. Pēc autores domām, var izdalīt sekojošus ārstniecības pieejamības elementus, kas ir nepieciešami lai nodrošinātu pilnvērtīgu veselības aprūpi un pieejamību:

- garīgā pieejamība;
- fiziskā pieejamība;
- ārstniecības vides pieejamība;
- kvalitatīvas ārstniecības pieejamība (*Palčeja, Ābola, Čupāne u.c., 2017., 9.lpp.*).

Pie garīgās pieejamības var attiecināt personas pilnīgu uzticēšanos ārstniecības personām un ārstniecības sistēmai, kā tādai, jo bieži vien praksē nācās saskarties, kad indivīdi zaudē savu ticību medicīnā un vēršas pēc nestandartiem risinājumiem, kas bieži vien var nodarīt kaitējumus.

Garīgo pieejamību var uzskatīt par pilnīgu, kad tiek ievēroti visi turpmāk minētie elementi, tas ir kvalitatīva un efektīva medicīnas pieejamība, kuras realizēšanai netraucē nekādi fiziski šķēršļi (*Palčeja, Ābola, Čupāne u.c., 2017., 10.lpp.*).

Fiziskai pieejamībai ir liela nozīme ārstniecības veicināšanai, jo veselības aprūpes pakalpojumu pieejamībai nedrīkst būt atkarīgi no ģeogrāfiskām, ekonomiskām, sociālām, kulturālām vai valodas barjerām, savukārt veselības aprūpes profesionāļiem jābūt pieejamiem resursiem ārstēšanas un aprūpes veikšanai. Lai palielinātu veselīgi nodzīvoto mūža gadu skaitu, kā arī samazinātu potenciāli zaudētos mūža gadus, pacientiem nepieciešams nodrošināt savlaicīgu diagnostiku un ārstēšanu slimību agrīnā stadijā, kas sniedz ne tikai medicīniski, bet arī ekonomiski efektīvāku rezultātu nekā neatliekamās medicīniskās palīdzības vai plānveida stacionārās palīdzības sniegšana, tādējādi pie fizikās pieejamības elementa var attiecināt sekundārās veselības aprūpes pieejamības vienu no aktuālajām problēmām - garas rindas pie speciālistiem. Veselības ministrijai 2017.gadā piešķirts rezervētais finansējums sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības uzlabošanai 16 599 307 eiro apmērā. Līdz ar minēto, Veselības ministrijas ieskatā sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības uzlabojums nepārskatot veselības aprūpes pakalpojuma tarifus būs īslaicīgs risinājums samilzušo veselības aprūpes problēmu novēršanai, katrai ārstniecības iestādei līdztekus nesot papildus slogu, ko ārstniecības iestādei jāspēj kompensēt iekšējo resursu ietvaros, kas praktiski ir izsmelti (*LR Veselības ministrija, 2017.*).

Vides pieejamība - iespēja cilvēkiem ar kustību, redzes vai dzirdes traucējumiem pārvietoties vidē atbilstoši plānotajai būves funkcijai. Būve projektējama un būvējama tā, lai nodrošinātu vides arhitektonisko kvalitāti, vides pieejamību, dabas resursu racionālu izmantošanu. Vides pieejamības prasības var iedalīt – teritorijai un iekštelpām. Prasības invalīdu vajadzību nodrošināšanai obligāti jāpiemēro: ja būvniecība pilnīgi vai daļēji paredzēta par valsts vai pašvaldību līdzekļiem, ja dzīvojamā namā paredzēti dzīvokļi ģimenēm, kurās ir personas ar kustību traucējumiem. Personām ar kustību traucējumiem, riteņkrēslu un ratiņu lietotājiem paredz ērtas iekļūšanas un pārvietošanās iespējas publiskajās ēkās, kā arī piemērotu palīgaprīkojumu atsevišķās telpās piemēram tualetēs (*Avota, 2009., 24.lpp.*).

Kopš 2010.gada 31.marta Latvijā ir spēkā Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām. Sociālo un ekonomisko tiesību aizsardzības kontekstā tas nozīmē, ka valstij ir aizliegts pieņemt kādas konceptuālas nostādnes, programmas vai citus dokumentus, kas ir pretrunā ar starptautiskajā līgumā izvirzītajām prasībām. Atbilstoši konvencijas 1.pantam tās mērķis ir veicināt, aizsargāt un nodrošināt to, lai visas personas ar invaliditāti varētu pilnībā un vienlīdzīgi izmantot visas cilvēktiesības un pamatbrīvības, un veicināt tām piemērotās cieņas ievērošanu. Kā viens no vispārējiem konvencijas principiem ir pieejamība (*Latvijas Republikas Augstākās tiesas Administratīvo lietu departamenta spriedums, 2014., Nr. A420745010*).

Pie kvalitatīvas ārstniecības pieejamības var attiecināt efektivitāti, sanāc ar pieejamiem līdzekļiem un resursiem sasniedzot vēlamu rezultātu. Efektivitāte ir optimālā, nevis maksimālā aprūpe pacientiem un sabiedrībai kopumā, kas var tikt novērtēta, veicot noteikto datu analīzi, tas ir, veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība atbilstoši pacienta stāvoklim īstajā laikā, kad tas ir nepieciešams, ievērojot ārstēšanas un aprūpes pakalpojumu pēctecību (diagnostika, ārstēšana, novērošana, rehabilitācija). Nav iespējams sasniegt kvalitatīvu ārstniecību bez objektivitātes, proti, vienāda ārstēšana vienādām vajadzībām, bez jebkāda veida diskriminācijas, veicot tikai nepieciešamās procedūras vai manipulācijas nodrošinot ārstniecības pakalpojumu pēctecību pacientam visos tās posmos un veselības aprūpes līmeņos, kas var tikt īstenots ar ārstniecības personu un iestāžu savstarpēju sadarbību, informācijas apmaiņu (*Palčeja, Ābola, Čupāne u.c., 2017., 9.lpp.*).

Secinājumi un priekšlikumi

1. Pieejamības princips galvenokārt nozīmē to, lai persona, kā neatliekamā sabiedrības mehānisma sastāvdaļa spētu pilnvērtīgi piedalīties visās dzīves jomās, pieejamības principu pilnā apmērā var piemērot ārstniecības pieejamībai, bet pētīšanas rezultātā tika konstatēti un

izvirzīti sekojošie problēmjautājumi, kas ierobežo ārstniecības piekļuvi sabiedrības dalībniekiem.

2. Izpētot situāciju, rodas nepieciešamība efektīvāk pārvaldīt slimnīcu sistēmu, ieviešot rindas gaidīšanas moduli, proti, aprēķinot minimālo nepieciešamo ārstu skaitu, lai apmierinātu pašreizējos un nākotnes pieprasījumus pēc pakalpojumiem. Analītiskie modeļi ļauj tieši izprast esošās attiecības starp pakalpojuma pieprasījumu, ārstu skaitu un pacienta uzmanības prioritāti, ko var dēvēt par rindu sistēmu.

Ieviešot konkrētu sistēmu, tas ir aprēķinot vidējo laiku, kas ir nepieciešams, lai konstatētu veselības stāvokli, varētu nodrošināt ar konsultāciju lielāko cilvēku daļu, izvērtējot situāciju un konstatējot tās nopietnību. Savukārt, pēc situācijas izvērtēšanas, ārkārtas nepieciešamības gadījumā uzsākt nepieciešamo ārstniecību, proti ieviešot rindas sistēmas kārtību, var ierobežot ielaisto slimību gadījums, kas rodas, ilggadēju rindu gadījumā.

3. Uz doto brīdi ir atrodamas publiskas veselības iestādes, kurās ir izteikta vides pieejamības neatbilstība normatīvajos aktos noteiktiem standartiem, no pētījuma ietvaros gūtās informācijas izriet, ka Latvijā kopš 2010.gada 31.marta spēkā ir konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām, kas paredz pieejamības nodrošināšanu publiskajās telpās, pēc autores domām, ir pagājis pietiekams laika intervāls, lai publiskās telpas izrīkotu atbilstoši standartiem, savukārt rezultāts nav sasniegts, *tādējādi, pēc autores domām ir jāveic atkārtota publiski pieejamo objektu apskate un neatbilstības gadījumā jāpiemēro sankcijas.*
4. Kā vienu no ārstniecības pieejamības ierobežošanas kritērijiem var attiecināt garīgās pieejamības trūkumu, tas ir, pacientu neuzticēšanos jauniem specialistiem, studentiem, kuriem ir nepieciešamas praktisko zināšanu iegūšana turpmāko darba uzdevumu veikšanai, tai skaitā, efektivitātes paaugstināšanai, kas ir neatliekamā sastāvdaļa ārstniecības pieejamības nodrošināšanai.

Autore piedāvā, ārstniecības iestādēm veicināt pacientu ieinteresētību uzticēties studentiem, to var panākt veicot publisko plakātu izvietošanu – par nākotnes vīzijām, bezmaksas konsultāciju sniegšanu kvalificēta speciālista klātbūtnē.

5. Izanalizējot vēsturisko attīstību, autore nonāca pie secinājuma, ka viens no būtiskākajiem ārstniecības ierobežošanas līdzekļiem, kas bija sastopams visos laika posmos, ir cilvēku sadalīšana pēc šķirām, kas būtiski ietekmēja sabiedrības veselības fundamentu.
6. Pētot līdzšinējo situāciju Latvijā, autore nonāca pie secinājuma, ka šobrīd ir izteikta diskriminācija - vecuma kritērijs ir kā ārstniecības pieejamības ierobežošanas elements. Proti, jo vecāks cilvēks, jo mazāki resursi un uzmanība tiek veltīta personas ārstēšanai un dzīves ilguma pagarināšanai, kas, savukārt, ir viens no valsts galvenajiem pamatuzdevumiem – uzturēt sabiedrību veselu, nodrošinot nepieciešamo ārstniecību.

Izmantotā literatūra un avoti

1. *Būvniecības likums* (09.07.2013.). LR likums. <https://likumi.lv/doc.php?id=258572>, sk.14.04.2018.
2. *Pacientu tiesību likums* (17.12.2009.). LR likums. <https://likumi.lv/doc.php?id=203008>, sk. 06.03.2018.
3. *Veselības aizsardzības likums* (01.10.2002.). LR likumprojekts. <https://www.vestnesis.lv/ta/id/67203>, sk. 23.03.2018.
4. Avota, E. (2009). *Vides pieejamība normatīvajos aktos būvniecības jomā*. www.redzigaismu.lv/files/pieejamiba_2009.ppt, 13.03.2018.
5. Liepājas Neredzīgo biedrība (2012). *Vides pieejamības vadlīnijas personām ar funkcionāliem traucējumiem*. <http://www.redzigaismu.lv/files/VIDES-PIEEJAMIBAS-VADLINIJAS-Liepaja-2017-02-08.pdf>, sk. 13.03.2018.
6. LR Veselības ministrija (2017). *Informatīvais ziņojums "Par tālāku rindu samazināšanu sekundārā ambulatorā veselības aprūpē"* http://www.vm.gov.lv/lv/aktualitates/preses_relizes/5524_izskata_informativo_zinojumu_par_rindu_mazinas2anu_sekundaraj/, sk.06.04.2018.
7. Mazure, L. (2011). *Pacienta griba un tās civiltiesiskā aizsardzība*. [Promocijas darbs]. <https://dspace.lu.lv/handle/7/5100>, sk. 18.04.2018.
8. Nacionālais veselības dienests (2017). *Pacientu drošības un veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšana* <http://www.vmnvd.gov.lv/uploads/files/5a1e83ec88da1.pdf>, sk. 12.04.2018.

9. Palčeja, E., Ābola, Z., Čupāne L. u.c. (2017). *Pacientu drošības un veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšana*. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte. 173 lpp. https://www.spkc.gov.lv/upload/Pacientu_drosiba/Publikacija/pacientu_drobas_un_veselbas_aprpes_kvalitates_nodroinana_mcbu_materils_2017.pdf, sk. 12.04.2018.
10. Rhodes, P., Thomson, W.A.R., Richardson, R.G., Underwood, E.A., Guthrie, D.J. (2018). *History of medicine*. Retrieved 18.04.2018 from <https://www.britannica.com/topic/history-of-Europe/The-MiddleAges>
11. Ваганов, И. (2016). *История экстренной медицинской помощи Череповца*, 80 с. Получено 13.03.2018 из <https://books.google.lv/books?id=R9O6CwAAQBAJ&pg=PT13&dq>
12. Сорокина, Т.С. (1988). *История медицины*. Москва: Ун-т дружбы народов. 72 с.
13. Шаталова, Г.С. (1997). *Философия здоровья*. Москва: Елен и Ко. 256 с.
14. *Latvijas Republikas Augstākās tiesas Administratīvo lietu departamenta 2014.gada 11.jūlija spriedums* lietā Nr. A420745010. file:///C:/Users/User12/Downloads/Anonimizets_nolemums_179764.pdf, sk. 01.05.2018.
15. *Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Civillietu departamenta 2008. gada 9.janvāra spriedums* lietā Nr. SKC – 13. www.at.gov.lv/downloadlawfile/, sk. 01.05.2018.

Summary

The principle of accessibility is essentially the key to making a person able to participate fully in all aspects of life as an integral part of an emergency society, access to treatment can be fully integrated into the accessibility principle, but the research has identified and raised the following issues that restrict access to treatment for members of the community.

When investigating the situation, there is a need for more efficient management of the hospital system by introducing a waiting line module, which is to calculate the minimum number of doctors needed to meet current and future demand for services. Analytical models allow straightforward understanding of the existing relationship between service demand, the number of doctors and the patient's focus, which can be called queuing systems.

By introducing a specific system, this is the calculation of the average time needed to establish a state of health, could provide the majority of people with counseling, assessing the situation and determining its severity. In turn, after assessing the situation, in case of emergency, the necessary medical treatment, in the introduction of a queuing system, can be limited by the case of emerging diseases that occurs in the case of long lines.

One of the criteria for limiting access to medical care can be attributed to the lack of mental availability, that is, the lack of confidence of patients in young specialist students, students who need to acquire practical knowledge for further work tasks, including efficiency improvement, which is an urgent part in ensuring access to treatment.

The author suggests that medical institutions encourage patients to be entrusted with trust in students; this can be achieved through placement of public posters - about future visions, free consultations in the presence of a qualified specialist.

After analyzing the historical development, the author came to the conclusion that one of the most important means of limitation of treatment that was encountered at all times was the division of people into classes, which had a significant impact on the basis of public health.

When investigating the current situation in Latvia, the author came to the conclusion that there is currently a marked discrimination - the age criterion is an element of limiting the availability of attendance. Namely, the older the person, the less resources and attention is devoted to the organization of the person and the extension of his life, which, in turn, is one of the main tasks of the state - to keep society healthy, providing the necessary treatment.