

PĀRROBEŽU ĀRSTNIECĪBAS JĒDZIENS UN TĀS VĒSTURISKĀ ATTĪSTĪBA

CROSS-BORDER TREATMENTS CONCEPT AND ITS HISTORICAL DEVELOPMENT

Diāna Mežajeva

Rēzeknes Tehnoloģiju akadēmija, mezajeva.diana@inbox.lv, Rēzekne, Latvija

Zinātniskā vadītāja: **Līga Mazure** Dr.iur. asociētā profesore

Abstract. *Mobility of individuals, in certain cases also of patients, has reached the highest level in history and it is permissible for this mobility to continue to grow. The author believes that there are several important reasons for cross-border healthcare: economic well-being of individuals, free movement of services, consumer freedom. The author considers it important to study the concept of cross-border treatment and its historical development in order to understand why the need for cross-border treatment has historically arisen and patient mobility has developed.*

Keywords: *consumer, cross-border treatment, mobility, patient, rights.*

Ievads

Personu, noteiktos gadījumos arī pacientu, mobilitāte mūsdienas ir sasniegusi vēsturē augstāko līmeni un pieļaujams, ka šī mobilitāte turpinās augt (*Pennings et al., 2008*). Autores ieskatā ir vairāki būtiski iemesli, kas veicina šo mobilitāti. Pirmkārt, jāmin personu ekonomiskā labklājība, kura veicina gan personu ceļošanu, gan piekļuvi ne tikai valsts apmaksātajam veselības aprūpes pakalpojumu minimumam, bet gan arī piekļuvi maksas ārstniecības pakalpojumiem. Otrkārt, brīva pakalpojumu kustība, kura ir noteikta Līgumā par Eiropas Savienības darbību 56. līdz 62.pantā, sevī ietver pamatideju par to, ka brīvas pakalpojumu kustības pamatā ir aizliegums ierobežot pakalpojumu sniegšanas brīvību to dalībvalstu pilsoņiem, kuri veic uzņēmējdarbību kādā dalībvalstī, bet sniedz pakalpojumus citas dalībvalsts personai (*Līguma par Eiropas Savienības darbību konsolidētā versija, 2012., 56.-62.pants*). Respektīvi, komersantam ir tiesības sniegt savus ārstniecības pakalpojumus gan jebkuram Eiropas Savienības dalībvalsts pilsonim, gan arī jebkuras citas valsts pilsonim, kura nav Eiropas Savienības dalībvalsts. Treškārt, persona, saņemot veselības aprūpes pakalpojumus pārrobežu ārstniecības gadījumā, iegūst patērētāja tiesisko statusu. No patērētāja tiesiskā viedokļa var secināt to, ka patērētājam ir tiesības brīvi izvēlēties pakalpojumu un pakalpojuma sniedzēju arī veselības aprūpē (*Patērētāju tiesību aizsardzības likums, 1999.*). Šādā situācijā ir svarīgi noskaidrot pakalpojumu apjomu, kurš patērētājam pienākas no valsts apmaksātās medicīniskās palīdzības minimuma un valsts obligātās veselības apdrošināšanas.

Ar pētījumu ir nepieciešams izpētīt pārrobežu ārstniecības jēdzienu, tās vēsturisko attīstību un tiesisko noregulējumu. Pacientu mobilitāte mūsdienā demokrātiskajā sabiedrībā ir sasniegusi augstāko līmeni, kāds ir bijis līdz šim, līdz ar to ir nepieciešama pilnīga izpratne par pārrobežu ārstniecības jēdzienu, veidiem, tiesiskajām sekām un tiesiskās aizsardzības līdzekļiem.

Pētījuma mērķis: analizēt pārrobežu ārstniecības jēdzienu un tās vēsturisko attīstību, konstatēt problēmas un piedāvāt risinājumus.

Pētījuma objekts: ārstniecības jēdziens.

Pētījuma priekšmets: pārrobežu ārstniecības jēdziens un tās vēsturiskā attīstība.

Pētījuma uzdevumi:

- 1) izpētīt pārrobežu ārstniecības jēdzienu;
- 2) izanalizēt pārrobežu ārstniecības veidus;
- 3) pētīt pārrobežu ārstniecības idejas pirms sākumus senajos laikos;
- 4) analizēt pārrobežu ārstniecības idejas viduslaikos un to attīstības gaitu;

5) izpētīt pārrobežu ārstniecības attīstību jaunajos un jaunākajos laikos.

Pētījuma metodes: pētījumā tika izmantota vēsturiskā, analītiskā, salīdzinošā, gramatiskā, semantiskā, teleoloģiskā un sistēmiskā pētīšanas metode.

1. Pārrobežu ārstniecības jēdziens un tās pazīmes

Pēdējos, īpaši 20.gs. 90.gados daudzpusējo tirdzniecības vienošanos, divpusējo investīciju līgumu, nacionālo likumu liberalizācijas un privatizācijas rezultātā globālie tirgi ir ievērojami paplašinājušies (*Bojārs, 2010., 314.lpp.*). Ar medicīnas tūrisma tiek panākta veselības aprūpes tirgus globalizācija (*Horowitz, 2007*). Daudzu valstu pilsoņi jau sen devušies uz Amerikas Savienotajām Valstīm un Eiropas attīstītākajām valstīm, lai vadošajos medicīnas centros meklētu pozitīvo pieredzi un progresīvākās tehnoloģijas ārstniecībā. Populārākie produkti medicīnas tūristu vidū ir dažāda veida rekonstrukcijas operācijas, kardioloģija, zobārstniecība, atkarību ārstēšana, kā arī plastiskā ķirurģija (*Connell, 2006*). Populārākie medicīnas tūristu galamērķi ir Indija, Bruneja, Kuba, Kolumbija, Honkonga, Ungārija, Izraēla un Jordānija, savukārt iecienītākās kosmētiskās medicīnas valstis ir Argentīna, Bolīvija, Brazīlija, Kolumbija u.c. (*Roķis, 2008.*).

Deviņdesmito gadu sākumā Eiropas Savienība kļuva par telpu bez iekšējām robežām, un vairāk pacientu vēlējas ārstēties pie citā dalībvalstī praktizējošiem ārstiem, pamatjautājums bija, vai viņiem tālab sistemātiski ir vajadzīga iepriekšēja savas slimokases atļauja (*Eiropas Savienības tiesa, 2018., 3.lpp.*). Mūsdienās Eiropas Savienība vairs nav tikai ekonomiska rakstura savienība, kas tiecas uz dziļāku ekonomisko integrāciju. Eiropas Savienībā vērojamas būtiskas sociālās integrācijas iezīmes un ievērojama ietekme uz veselības nozari. Starp ekonomikas mērķiem un veselības nozari ir izveidota acīmredzama saikne, un Eiropas Savienības dalībvalstis nebauda absolūtu autonomiju, regulējot ar veselības nozari saistītos jautājumus (*Ašneviča-Slokenberga u.c., 2015., 70.lpp.*).

Mūsdienu pieeja pacientu drošībai Latvijā ir salīdzinoši jauns virziens veselības aprūpē, kamēr starptautiskā līmenī tā attīstīta kopš 2005.gada, kad tika sasaukta pirmā Eiropas Savienības dalībvalstu Pacientu drošības darba grupa (*Bankava, Palčeja, 2018., 12.lpp.*). Ievērojot tās izteiktos aicinājumus, 2008.gadā Eiropas Parlamentam un Padomei par pacientu drošību, kurā tiku uzsvērts viens no tās pamatprincipiem, ka ir jāizstrādā tāda sistēma, kurā netiek meklēti vainīgie, lai konstatētu nevēlamu notikumu mērogu, veidu un cēloņus ar mērķi efektīvi novadīt resursus risinājumu un aktīvai darbību meklēšanai, kura tad varētu darboties Eiropas Savienības mērogā (*Eiropas Kopienų komisija, 2008., 6.atkāpe*). Šajā gadījumā var secināt to, ka Eiropas mērogā pastiprināti tiek domāts par pacientu drošības jautājumiem ne tikai atsevišķu dalībvalstu administratīvajās teritorijās, bet gan Eiropas Savienībā kopumā, arī pārrobežu veselības aprūpes aspektā. Pacientu drošības jautājuma aktualizācija 2008.gadā ir viens no pamatiem, kādēļ 2011.gada 9.martā tika pieņemta direktīva Nr. 2011/24/ES par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē (*Par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē, 2011.*). Pēc autores domām, šī direktīva tika pieņemta, jo pieaugot ekonomiskajai labklājībai, pieauga arī Eiropas Savienības pilsoņu mobilitāte dalībvalstu teritorijā, kā rezultātā pieauga nepieciešamība pēc ārstniecības pakalpojumiem īslaicīgas uzturēšanās valstī, kā arī nepieciešamība pēc kompensācijas mehānisma pārrobežu ārstniecības gadījumā.

Direktīvas par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē 3.panta e) apakšpunktā ir dots skaidrojums jēdzienam “pārrobežu veselības aprūpe”, ar ko saprot veselības aprūpi, ko sniedz vai kas ir izrakstīta dalībvalstī, kas nav piederības dalībvalsts (*Par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē, 2011.*). Lai labāk izprastu pārrobežu veselības aprūpes jēdzienu, papildus ir nepieciešams analizēt jēdziena skaidrojumā ietvertos terminus. Autores ieskatā, šajā definīcijā vislielākās neskaidrības rada termins “piederības dalībvalsts”. Pacientu tiesību direktīvas izpratnē “piederības dalībvalsts” ir dalībvalsts, kas ir kompetenta

apdrošinātajai personai piešķirt iepriekšēju atļauju saņemt piemērotu ārstēšanu ārpus dzīvesvietas dalībvalsts saskaņā ar Regulu Nr. 883/2004 par sociālās nodrošināšanas sistēmu koordinēšanu un Regulu Nr. 987/2009 par sociālās nodrošināšanas sistēmas koordinēšanas īstenošanas kārtību (*Par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē, 2011., 3.pants, c.apakšpunkts*). Attiecībā uz iepriekš piešķirtu dalībvalsts atļauju, doties uz citu dalībvalsti saņemt ārstniecības pakalpojumus, ir divi svarīgi priekšnoteikumi, lai saņemtu šo atļauju. Pirmkārt, atļauju piešķir, ja attiecīgā ārstēšana ietilpst pabalstos, ko paredz tiesību akti dalībvalstī, kurā dzīvo attiecīgā persona, otrkārt dalībvalsts nevar nodrošināt šādu ārstēšanu termiņā, kas ir medicīniski pamatots, ņemot vērā personas tā brīža veselības stāvokli un slimības iespējamo gaitu (*Par sociālās nodrošināšanas sistēmu koordinēšanu, 2004., 20.pants*). Būtiski ir tas, ka šiem kritērijiem ir jāpastāv vienlaicīgi, lai atļaujas izsniegšana ārstniecībai citā dalībvalstī iegūtu tiesisko pamatu. Piemēram, 2016.gadā Polijā, pieteikumu skaits par plānoto ārstēšanu ārzemēs ir bijis ļoti zems, un lielākajā daļā gadījumu šie pieteikumi ir tikuši noraidīti, jo tie nav atbilduši formālajām prasībām (*Kowalska-Bobko, Mokrzycka., Saganb, Włodarczyka, Zabdyr-Jamróza, 2016*). Savukārt, lai citā dalībvalstī saņemtu maksas ārstniecības pakalpojumus šāda atļauja nav nepieciešama. Līdzīgi arī akūtos gadījumos no pacientiem šāda veida atļauja netiek prasīta, jo tādā veidā pacientam tiktu liegta pieeja veselības aprūpes pakalpojumiem neparedzētās situācijās. Pacients objektīvu iemeslu dēļ nav paredzējis to, ka šāda veida pakalpojumi viņam būtu nepieciešami. Tātad, ja persona ir Latvijas iedzīvotājs, kam ir tiesības uz valsts apmaksātiem veselības aprūpes pakalpojumiem Latvijā, bet medicīnisko palīdzību saņem, piemēram, Vācijā, tad tā ir pārrobežu veselības aprūpe, uz kuru attiecas šī direktīva par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē (*Brikmane, 2013.*).

Analizējot atļaujas tiesisko statusu pārrobežu veselības aprūpes gadījumā, autore saskata personas brīvības ierobežojumu. Pacientu tiesību likuma 8.pants paredz pacientu tiesību izvēlēties ārstu un ārstniecības iestādi (*Pacientu tiesību likums, 2009., 8.pants*). Autores ieskatā šī tiesība ir jātulko plašākā tvērumā, proti, no tās var secināt to, ka likumdevējs šajā tiesībā ir ietvēris arī pacientu mobilitātes iespējas pārrobežu ārstniecības situāciju gadījumos. Normatīvie akti nenosaka kritērijus pārrobežu ārstniecības gadījumiem, kad persona izvēlas saņemt ārstniecības pakalpojumus nevis Eiropas Savienības dalībvalstī, bet gan jebkurā citā valstī, kas nav nedz Eiropas Savienības dalībvalsts, nedz Eiropas Ekonomiskās Zonas dalībvalsts. Pēc autores domām, šādās situācijās ir nepieciešams pielietot tiesību analogiju un proti, ja ārstniecība ietilpst valsts garantētajā medicīniskās palīdzības minimumā un ja valsts pati nevar nodrošināt šāda veida ārstniecību termiņā, kas ir medicīniski pamatots, ņemot vērā visus objektīvos apstākļus, ir piešķirama atļauja pārrobežu ārstniecībai uz jebkuru citu valsti, ne tikai uz kādu no Eiropas Savienības dalībvalsti. Šajā gadījumā pārrobežu ārstniecības jēdziens jātulko plašāk, un jāattiecinā uz jebkuru pasaules valsti. Autore piedāvā Ārstniecības likumā (*Ārstniecības likums, 1997.*) iestrādāt pārrobežu ārstniecības jēdziena skaidrojumu, kurš aptvertu pārrobežu ārstniecību ne tikai Eiropas Savienības dalībvalstu vidū, bet gan jebkuru pasaules valsti.

Pacientu plūsma starp dalībvalstīm ir ierobežota, un sagaidāms, ka tāda arī paliks, jo lielākā daļa pacientu Eiropas Savienībā saņem veselības aprūpi savā valstī un dod tai priekšroku. Tomēr var būt zināmi apstākļi, kad pacienti vēlas saņemt kādu veselības aprūpes veidu, ko sniedz citā dalībvalstī. Piemēram, tā var būt ļoti specializēta aprūpe vai veselības aprūpe, ko sniedz pierobežas zonās, kur tuvākā atbilstošā veselības aprūpes iestāde atrodas otrpus robežai. Turklāt daži pacienti vēlas saņemt ārstēšanu ārzemēs, lai būtu tuvumā saviem ģimenes locekļiem, kas dzīvo citā dalībvalstī, vai lai piekļūtu ārstēšanas metodei, kas ir atšķirīga no tās, kādu nodrošina piederības dalībvalstī, vai arī tāpēc, ka viņi uzskata, ka citā dalībvalstī saņems kvalitatīvāku veselības aprūpi (*Par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē, 2011., Preambula, 39.rindkopa*). Autores ieskatā, pacientu plūsma starp dalībvalstīm un visas pasaules kontekstā ar katru gadu pieaug, un par šī jautājuma aktualizāciju liecina tas,

ka Eiropas Savienības līmenī ir pieņemta direktīva par pacientu tiesībām pārrobežu veselības aprūpes gadījumā. Praksē pastāv dažādi viedokļi attiecībā uz pārrobežu ārstniecību un iemesli, kādēļ pacienti izvēlas plānveida ārstniecību saņemt ārzemēs (*Glinosa, Matthias, Maarsea, 2010*). Vieni uzskata – jo attīstītāka valsts, jo kvalitatīvāki ar veselības aprūpi sniegtie pakalpojumi. Savukārt ir daļa augsti attīstīto valstu iedzīvotāju, kuri izvēlas apiet savas kopienas piedāvātos veselības aprūpes pakalpojumus un ceļot uz mazāk attīstītajām pasaules teritorijām, lai saņemtu plašu ar veselības aprūpes sniegto pakalpojumu klāstu (*Horowitz, 2007*). Autore šādu situāciju saista ar to, ka mazāk attīstītajās pasaules valstīs mēdz būt lētāka un kvalitatīvāka ārstniecība. Piemēram, Taizeme ir kļuvusi par Dienvidāzijas medicīnisko centru un katru gadu piesaista gandrīz 900 000 pacientu. Daudzi ierodas no Āzijas kaimiņvalstīm, bet ir arī tādi, kuri nolūkā saņemt medicīnisko aprūpi uz Taizemi ceļo no ASV, Eiropas, Austrālijas u. c. Veiksmes stāsti nav saistīti tikai ar tālām Āzijas zemēm, jo arī vairākas Austrumeiropas valstis ir piesaistījušas nozīmīgu ārvalstu pacientu plūsmu. Piemēram, Ungārija cenšas iegūt reputāciju zobārstniecībā, kas līdzinātos Šveices reputācijai šokolādes un pulksteņu ražošanā (*Spuriņš, 2018.*).

Latvijā Ministru kabineta 2018.gada 28.augusta noteikumi Nr.555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” nosaka valsts apmaksātās medicīniskās palīdzības minimumā un valsts obligātās veselības apdrošināšanā ietilpstošos veselības aprūpes pakalpojumus, kārtību, kādā tiek organizēta šo pakalpojumu sniegšana un veikta samaksa par tiem, kā arī minēto pakalpojumu samaksas apmēru (*Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība, 2018.*). Šie noteikumi nosaka ne vien valsts apmaksātās medicīniskās palīdzības minimumu un valsts obligātās veselības apdrošināšanā ietilpstošos veselības aprūpes pakalpojumus, bet nosaka arī pakalpojumu kategorijas, kad no valsts budžeta līdzekļiem neapmaksā veselības aprūpes pakalpojumus, kā arī valsts apmaksātās medicīniskās palīdzības minimumā un valsts obligātās veselības apdrošināšanā ietilpstošos veselības aprūpes pakalpojumus (*Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība, 2018.*). Praksē ir gadījums, kad pacientei bija nepieciešama plaušas transplantācija, lai izdzīvotu, un ziedošanas ceļā pacientei tika saziēdota nepieciešamā naudas summa operācijai. Par spīti tam, ka pacientei bija nepieciešamais finansējums, plaušas transplantācijas operācija pacientei tika liegta, sakarā ar to, ka par ziedotāju naudu par operāciju maksāt nedrīkst. Līgumam par plaušu transplantācijas operāciju jābūt noslēgtam valstiskā līmenī. Igaunija pievienojās organizācijai “*Skandi Transplant*”, kas apvieno visas Skandināvijas valstis un arī Igauniju, kā rezultātā Igaunijai jāņem vērā organizācijas “*Skandi Transplant*” noteikumi. Tie paredz, ka orgānu var pārstādīt pacientam no citas valsts tikai tad, ja ir noslēgta oficiāla vienošanās starp organizāciju un valsti. Šajā gadījumā valstij ir jāmaksā par orgānu transplantācijas operāciju (*Kinca, 2018.*). Plaušu transplantācijas operācijas nav iekļautas valsts garantētajā medicīniskās palīdzības minimumā, līdz ar to, šajā situācijā Latvija no saviem budžeta līdzekļiem nevarēja apmaksāt pacientes plaušu transplantācijas operāciju. Eiropas Savienības tiesa spriedumā Nr. C-56/01 “*Caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine*” ir atzinusi, ka ar Eiropas Savienības tiesību aktiem netiek uzlikts par pienākumu dalībvalstīm paplašināt valsts apmaksājamo veselības aprūpes pakalpojumu klāstu (*Judgment of the European Court, 2003, No C-56/01; Ašneviča-Slokenberga u.c., 2015., 118.lpp.*). Līdz ar to var secināt, ka katra Eiropas Savienības dalībvalsts attiecībā uz valsts apmaksājamo veselības aprūpes pakalpojumu apjoma noteikšanu bauda rīcības brīvību.

Pārrobežu veselības aprūpes tiesiskie aspekti nav skatāmi nošķirti no nacionālajām tiesību normām. Latvijas Republikas Satversmes 111.pants nosaka to, ka valsts aizsargā cilvēku veselību un garantē ikvienam medicīniskās palīdzības minimumu (*Latvijas Republikas Satversme, 1922., 111.pants*). Cilvēktiesību īstenošana ir viena no demokrātiskas valsts pamat pazīmēm – jo nedemokrātiskāka valsts, jo vairāk tiek ierobežotas cilvēka dabiskās tiesības. Cilvēktiesību specifika, kas tās nošķir no citām subjektīvām tiesībām, ir tas, ka tās ir pamatotas

tikai ar cilvēka eksistenci kā tādu un ir absolūti subjektīvas tiesības (*Kēnings, 2010., 11.lpp.*). No minētā apgalvojuma var secināt to – ja valsts garantē saviem pilsoņiem šādas tiesības, kontekstā ar starptautiskajām tiesību normām garantēto medicīniskās palīdzības minimumi pilsoņi ir tiesīgi saņemt ne tikai savā mītnes valstī.

2. Pārrobežu ārstniecības jēdziena vēsturiskā attīstība

Cilvēka eksistence senajos laikos bija iespējama tikai kolektīvā jeb kopienā. Dzīve kopienā visa mūža garumā, kā arī pilnīga atkarība no dabas noteica pirmatnējo cilvēku apkārtējās pasaules redzējumu un attieksmi pret to, viņu mentalitāti. Kopienas priekšgalā atradās virsaitis – ietekmīgākais kopienas vīrietis. Līdzās vīrietim kopienā liela vara bija burvim – dziedniekam jeb šamanim. Etnogrāfu novērojumi Āfrikas, Āzijas, Austrālijas un Amerikas pamatiedzīvotāju ciltīs liecina, ka reizēm šamaņa ietekme kopienā bijusi lielāka nekā virsaitim, pret šamaņiem pārējie kopienas locekļi izjuta bijību. Pirmatnējie cilvēki uzskatīja, ka šamanis spēj sarunāties ar gariem, spēj pieburt vai atburt slimības, ārstēt slimos un pareģot nākotni (*Klišāns, 2009., 25.lpp.*). Ilgstošā laika periodā izolējoties no citām pirmatnējās sabiedrības grupām, šāda kopiena nebija spējīga izdzīvot, jo kopienas locekļi dažu paaudžu laikā savstarpēji būtu kļuvuši par asinsradniekiem. Ar laiku kopiena būtu fiziski degradējusies un gājusi bojā. Pirmatnējās sabiedrības kopienas to saprata un apzinājās, tāpēc viņi meklēja sev vīrus un sievas ārpus savas kopienas – kaimiņos dzīvojošās kopienās (*Klišāns, 2009., 26.lpp.*). Šāda pirmatnējās sabiedrības nostāja liecina par to, ka kopienas rūpējās par savu iedzīvotāju reproduktīvo veselību, jo laulības rezultātā starp radniecīgām personām var dzimt slimi un vārgi pēcnācēji, kas ilgtermiņā novestu kopienu pie iznīcības, gan arī par to, ka pastāvēja personu migrācija no kopienas uz kopienu. Galvenais migrācijas mērķis bija laulību noslēgšana starp dažādu kopienu iedzīvotājiem, tomēr saknē kopienas galvenais mērķis bija veselīgu kopienas pēcnācēju radīšana, kam pamatā bija medicīniska rakstura apsvērumi. Pēc autores domām, šāda veida migrācijā saknē ir saskatāms pārrobežu ārstniecības elements, jo persona šajā gadījumā dodas uz citu kopienu, lai noslēgtu laulību, kuras rezultātā dzimtu dzīvotspējīgi pēcnācēji, kas laulībā starp vienas kopienas iedzīvotājiem nebūtu iespējams.

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. Pieauga akadēmiski izglītoto ārstu nozīme jau agrajos un attīstītajos viduslaikos. Ārstniecību viduslaikos veica arī amatnieki – ķirurgi, kuriem, lai arī pirmsākumos trūka akadēmisko zināšanu, tomēr bija liela praktiskā pieredze (*Mazure, 2018*).

Zinātne tika skatīta atrauti no dzīves, jo dzīve tika skatīta kā pārejoša un grēcīga. No minētā apgalvojuma var secināt, ka arī medicīna kā zinātne šajā laika posmā tika vērtēta augstāk par cilvēka dzīvību. Pastāvot sabiedrības dalījumam kārtās, arī tiesību un pienākumu loks atšķīrās. Zinātnieki nevis pētīja pastāvošo, bet gan konstruēja ideālo pasauli. Tāpēc glosatori par savu uzdevumu neizvirzīja viduslaiku pasaulē spēkā esošo tiesību normu studijas, bet gan autoritatīvo ideālo romiešu tiesību studijas. Viņu mērķis bija romiešu tiesības pēc iespējas iekšēji sakārtot un izskaidrot (*Osipova, 2004., 247.lpp.*). Viduslaiku sabiedrība atzina romiešu tiesības, jo bija centieni tās sakārtot un izskaidrot.

Viduslaiku Eiropas pilsētām (vismaz sākotnēji) nebija grieķu pilsētu brīvības, jo tās dibinājās (vai tās dibināja zemes kungs) uz juridiski atkarīgas zemes, un arī ne visi pilsētnieki bija juridiski neatkarīgi. Tās pilsētas, kuras laika gaitā ieguva neatkarību vai vismaz ieguva daļēju brīvību uz privilēģiju pamata, to izcīnīja sūrās un ilgstošās cīņās (*Osipova, 2004., 289.lpp.*). Analizējot pilsētnieku tiesisko statusu viduslaiku sabiedrībā, parādās nevienlīdzība pilsētnieku juridiskajā statusā. Raksturojot pilsēttiesības kā viduslaiku tiesību sistēmu, var teikt, ka tām jebkurā viduslaiku pilsētā bija raksturīgas vairākas iezīmes, un viena no tām bija tā, ka tās bija laicīgas tiesības, jo pilsētas jurisdikcijai nebija pakļauti ticības jautājumi (atšķirībā no

grieķu polisām un Romas). Ticības jautājumus risināja kanoniskās tiesības, un tie bija katoļu baznīcas jurisdikcijā. Pilsētnieki, protams, bija ticīgi kristieši, un tikai ticīgs cilvēks ar labu slavu varēja būt pilntiesīgs liecinieks gan prāvā, gan līgumu slēgšanas laikā. Pilsēttiesības kopā ar karaļa, zemes - paražu, tirdzniecības un lēņu tiesībām piederēja pie laicīgajām tiesībām, jo viduslaiku Eiropā garīgās tiesības bija nošķirtas no laicīgajām (*Osipova, 2004., 308.-309.lpp.*). Tiesību apjoma sadalījums pa kārtām liecina par to, ka arī uz ārstniecības pakalpojumiem pilnā apjomā varēja pretendēt tikai ticīgi kristieši, un tikai ticīgs cilvēks ar labu slavu varēja būt pilntiesīgs tiesību subjekts. Šāds apgalvojums pierāda to, ka šādam pilsētniekam bija visas iespējas saņemt ārstniecību ārpus savas pilsētas robežām, dodoties pie dziedniekiem, kuri praktizē lauku teritorijās, kas saknē ir uzskatāma par pārrobežu ārstniecību, jo pilsētnieks īslaicīgi pamet savu patstāvīgo uzturēšanās vietu, lai saņemtu ārstniecību. Visierobežotākie savā eksistencē bija vergi, kuri netika uzskatīti par cilvēkiem, bet gan par saimnieka īpašumu. Vergi šajā laika posmā nevarēja brīvi pārvietoties, līdz ar to, var secināt, ka tiesības saņemt ārstniecības pakalpojumus ārpus savas dzīves vietas bija ierobežotas.

Sabiedrības dalījums kārtās liecina arī par to, ka tiesības uz ārstniecību, tajā skaitā pārrobežu ārstniecību senajā sabiedrībā bija ierobežots. Pilntiesīgajiem polisū pilsoņiem bija lielākas iespējas saņemt ārstniecību, nekā brīvajiem nepilsoņiem vai vergiem. Tikai turīgie vergturi varēja iegādāties vergu ārstu. Līdz ar to trūcīgiem iedzīvotājiem bija ierobežotas iespējas saņemt ārstniecību. Brīvie grieķu ārsti mēģināja braukt uz Romu un nodarboties ar ārstniecības privātpraksi (tāpat arī brīvlaistie vergi ārsti), bet saskārās ar sekojošām problēmām: 1) romieši samēra noraidoši izturējās pret citām kultūrām; 2) ļoti zems sociālais un tiesiskais statuss iecerotajam Romā (*Mazure, 2014., 10.lpp.*). Neizturējuši ekonomisko spriedzi, arī daudzi zemnieki masveidā pameta savas saimniecības un devās uz Romu (*Klišāns, 2009., 73.lpp.*). Šāda zemnieku migrācija liecina par to, ka labākas dzīves meklējumos zemnieki devās uz dzīvi pilsētā ekonomisko apsvērumu dēļ. Autores ieskatā pieejamāki ārstniecības pakalpojumi motivēja zemniekus doties uz dzīvi pilsētā, lai arī dalījums kārtās neattaisnoja zemnieku cerības uz labāku dzīvi. Grieķu ārstu pārvietošanās uz Romu liecina par to, ka vēsturiski ir notikusi arī ārstniecības personu kustība. Svarīgi saprast to, ka arī ārsts noteiktos gadījumos ir uzskatāms par pacientu, un tas ka šī persona bija ieguvusi brīvību, liecina par to, ka tai bija plašāks tiesību loks, un viņa varēja pārvietoties no pilsētas uz pilsētu.

Viena no senākajām Eiropas universitātēm ir Boloņas universitāte, kura 11.gs. beigās saņēma no Boloņas pilsētas hartu, kas deva iespēju studentu gildei slēgt līgumus ar profesoriem, nomāt telpas, noteikt mācību kursu un apjomu, lekciju ilgumu utt. 1158.gadā universitāte ieguva privilēģijas no imperatora Fridriha I Barbarosas un kļuva par pirmo valsts atzīto universitāti Eiropā. Universitātē bija četras fakultātes - "artistu" (mākslu), juridiskā, medicīnas un teoloģijas (*Zemītis, 2003., 197.lpp.*). Tas, ka Universitātē bija medicīnas fakultāte liecina par to, šajā laika posmā sabiedrībā bija aktualizēts ārstniecības kvalitātes jautājums. Mācību procesa pamatforma bija lekcijas un disputi. Lekciju sistēmu radīja grāmatu trūkums. Lekcijas laikā tika lasīti autoritāšu darbi, piemēram, mediķi lasīja Hipokrāta sacerējumus, kurš izveidoja ārstniecības skolu Senajā Grieķijā (*Zemītis, 2003., 198.lpp.; Roga, 2011.*). Hipokrāta zvērests sevī ietver pamatideju par to, ka ārsts darbojas, lai palīdzētu slimniekam, neatkarīgi no pacienta dzimuma, vecuma, materiālā stāvokļa vai piederības kādai sabiedrības kārtai. Senajā Grieķijā pilntiesīgo iedzīvotāju daļu veidoja polisas pilsoņi, savukārt, diezgan lielu grupu veidoja brīvie nepilsoņi - ienācēji no citas polisas, svešzemnieki, izraidītie, kļaidoņi. Atēnās "imigrantu" vidū bija arī tādi, kuru ģimenes bija apmetušās polisā pirms vairākām paaudzēm, tomēr pēdējiem nebija tiesību pretendēt uz līdzdalību valsts lietās. Savukārt vergus uzskatīja par polisas īpašumu (*Zemītis, 2003., 59.-60.lpp.*). Šāds sabiedrības iedalījums kārtās liecina par to, ka senajā sabiedrībā pastāvēja sabiedrības nevienlīdzība, līdz ar to arī tiesību un pienākumu loks starp polisas pilsoņiem, nepilsoņiem un vergiem bija atšķirīgs.

Par Dieva mieru dēvē katoļu baznīcas izsludinātos Eiropas viduslaiku karu pārtraukumus, galvenokārt 10. - 12.gs. Dieva miera mērķis bija ierobežot karus, kas postīja baznīcas īpašumus, kavēja tirdzniecības attīstību un svētceļnieku kustību. Dieva miers ir uztveramas ne tikai laika ziņā, bet arī telpas ziņā, jo to attiecināja uz baznīcām, klosteriem un kapsētām, kā patvēruma tiesību baudošām vietām (*Lazdiņš, Osipova, 1998.*). Viens no Dieva mērķiem pierāda to, ka kara rezultātā tika kavēta svētceļnieku kustība. Autore ieskatā svētceļnieku kustības pamatā bija vairāki mērķi. Viens no tiem ir reliģiskā piederība un nepieciešamība pēc svētības, cits savukārt norāda uz to, ka kristietības ietekmei paplašinoties, dažādās Eiropas zemēs tika ieviestas arī jaunas, līdz tam nezināmas dziedināšanas metodes un līdzekļi, kas arī veicināja svētceļnieku kustību (*Ančevska, 2018., 41.lpp.*). Autore ieskatā, svētceļnieku kustības gadījumā var konstatēt pārrobežu ārstniecības iezīmes. Viens no motīviem, kas veicināja svētceļnieku kustību no vienas zemes uz citu ir tieši tas, ka dažādās Eiropas zemēs tika ieviestas jaunas un iepriekš nezināmas dziedināšanas metodes un līdzekļi.

Baznīcai viduslaikos par galveno autoritāti bija kļuvuši grieķu filozofa, ideālista Platona darbi, dabaszinātnēs studēja Aristoteļa darbus, ģeogrāfijā - Plīnija sacerējumus, bet tiesību zinātnēs šāda autoritāte bija jau minētajam Justiniāna romiešu civiltiesību krājumam. Sholastikas metode nepieļāva domu, ka antīkos avotus varētu apstrīdēt vai empīriski pārbaudīt. Patiesība, pēc sholastiķu uzskatiem, bija ietverta autoritatīvā darbā, tā bija jāapgūst, darbu studējot, un tai bija jātic, pat ja realitāte izrādījās citāda. Tipiski bija šādi sholastiķu izteicieni: "Ja Aristotelis noteica saviem pacientiem konkrētu ārstēšanas terapiju, kuras rezultātā pacienti tomēr nomira, tad tā bija pacientu vaina, nevis terapijas rezultāts" (*Osipova, 2004., 247.lpp.*). Šāds apgalvojums parāda to, ka pacienti viduslaikos bija neaizsargāti no nekvalitatīvas ārstniecības, neatkarīgi no viņu stāvokļa sabiedrībā.

18. gs. pilsētās darbojās pirmie mācītie ārsti līdzās pirtniekiem un bārdzīņiem, bet laukos vēl joprojām darbojās tautas dziedniecības pārstāvji. Šajā laikā tautas tradīcijā ienāca jaunas metodes un līdzekļi, kas tika pārņemti no klosteru medicīnas un aptieku prakses. 19. gs. paplašinājās mācītu ārstu un aptiekāru darbība, kā rezultātā tautas līdzekļiem pievienojās aptieku piedāvātie ārstniecības preparāti, bet gadsimta otrajā pusē jaunlatviešu kustības ietekmē notika aktīva folkloras materiālu vākšana, tādējādi pievēršot pastiprinātu uzmanību senajiem dziedināšanas līdzekļiem un metodēm (*Ančevska, 2018., 36.lpp.*).

Padomju valsts attiecības ar savu pilsoni izteikti atbilda paternālismam – valsts nodarbināja pilsoni ar darbu, ar subsidētu pārtiku un dzīvojamo platību, bezmaksas medicīnisko aprūpi un izglītību, par ko prefi prasot bezierunu pakļaušanos un ideoloģisku lojalitāti komunistiskajai partijai (*Ozoliņa, Tisenkopfs, 2005., 65.lpp.*).

Secinājumi un priekšlikumi

1. Likumdevējs nav skaidrojis pārrobežu ārstniecības jēdzienu, kas ievērojami apgrūtina izpratni par šo jēdzienu un tā saturu. Ārstniecības likumā ir iekļauta vienīgi informatīva atsauce uz Eiropas Parlamenta un Padomes 2011.gada 9.marta direktīvu 2011/24/ES par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē. Autore ieskatā, Ārstniecības likumā ir nepieciešams iestrādāt pārrobežu ārstniecības jēdzienu. Autore piedāvā iekļaut Ārstniecības likumā pārrobežu ārstniecības jēdzienu šādā redakcijā:

Ārstniecības likuma 1.pants

12¹) **pārrobežu ārstniecība** – veselības aprūpe, ko sniedz vai kas ir nozīmēta valstī, kas nav piederības valsts, gadījumos, kad veselības aprūpes pakalpojums ietilpst valsts garantētajā medicīniskās palīdzības minimumā un valsts nespēj nodrošināt veselības aprūpes pakalpojumu termiņā, kas ir medicīniski pamatots, kā arī gadījumos, kad persona izvēlas saņemt veselības aprūpes pakalpojumus valstī, kas nav piederības valsts un kuru izdevumus pilnā apmērā apmaksā no citiem avotiem, kas nav piederības valsts finansējums un

- gadījumos, kad personai ir nepieciešama neatliekamā medicīniskā palīdzība valstī, kas nav personas piederības valsts.
2. Vēsturiski ir konstatējami pārrobežu ārstniecības elementi – personu kustība no vienas zemes uz citu, kuras pamatā ir medicīniski apsvērumi. Tā kā vēsturiski sabiedrības dzīvē lielu lomu ieņēma baznīca – baznīca, klosteri un baznīcu īpašumi bija arī tās vietas, kur personas no tuvākām un tālākām zemēm varēja saņemt tam laikam atbilstošu medicīnisko palīdzību. Pārrobežu ārstniecības elementi izteiktāk parādījās viduslaikos, savukārt vēsturiski lūzuma punkts notika jaunajos un jaunākajos laikos, kad brīvība iezīmējās kā viena no demokrātisko valstu pamatpazīmēm, kā rezultātā pieauga arī personu mobilitāte.
 3. Vēsturiski pārrobežu ārstniecība nav bijusi tiesiski noregulēta. Normatīvā regulējuma parādīšanās jāsaista ar 20.gs. un brīvu preču un pakalpojumu kustību, ko ienesa Līgums par Eiropas Savienības darbību. Ekonomiskā labklājība ir viens no būtiskākajiem iemesliem, kurš veicina pacientu mobilitāti, kā rezultātā ir radusies nepieciešamība arī pēc normatīvā regulējuma pārrobežu ārstniecības gadījumiem. Nākotnes perspektīvā pārrobežu ārstniecība iegūs vēl lielāku vērienu, jo nepārtraukti palielinās personu mobilitāte. Arī medicīnas nozares nepārtraukta un nevienmērīga attīstība dažādos reģionos veicina to, ka pacienti izvēlas saņemt ārstniecības pakalpojumus ar jaunāko tehnoloģiju palīdzību, kas nav pieejamas visās valstīs vienlaicīgi.

Izmantotā literatūra un avoti

1. *Ārstniecības likums* (12.06.1997.). LR likums. <https://likumi.lv/doc.php?id=44108>, sk. 12.04.2019.
2. Eiropas Kopienu komisija (15.12.2008.). *Komisijas paziņojums Eiropas Parlamentam un Padomei par pacientu drošību, ieskaitot veselības aprūpē iegūtu infekciju profilaksi un kontroli*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/LV/TXT/PDF/?uri=CELEX:52008DC0836&from=en>, sk.10.04.2019.
3. *Latvijas Republikas Satversme* (15.02.1922.). LR likums. <https://likumi.lv/doc.php?id=57980>, sk. 04.04.2019.
4. *Līguma par Eiropas Savienības darbību konsolidētā versija* (26.10.2012.). Eiropas Savienības starptautiskais akts. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/LV/TXT/PDF/?uri=CELEX:12012E/TXT&from=LV>, sk. 05.03.2019.
5. *Pacientu tiesību likums* (17.12.2009.). LR likums. <https://likumi.lv/doc.php?id=203008>, sk. 16.04.2019.
6. *Par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē* (09.03.2011.). Eiropas Parlamenta un padomes Direktīva 2011/24/ES. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/LV/TXT/PDF/?uri=CELEX:32011L0024&from=EN>, sk. 05.03.2019.
7. *Par sociālās nodrošināšanas sistēmu koordinēšanu* (29.04.2004.). Eiropas Parlamenta un padomes Regula 883/2004. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/LV/TXT/PDF/?uri=CELEX:02004R0883-20140101&from=LV>, sk. 15.03.2019.
8. *Patērētāju tiesību aizsardzības likums* (18.03.1999.). LR likums. <https://likumi.lv/doc.php?id=23309>, sk. 15.04.2019.
9. *Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība* (18.08.2018.). LR Ministru kabineta noteikumi Nr. 555. <https://likumi.lv/ta/id/301399-veselibas-aprupes-pakalpojumu-organizesanas-un-samaksas-kartiba>, sk. 30.03.2019.
10. Ančevska, I. (2018). *Latviešu dziedināšanas tradīcija: teorētiskie un praktiskie aspekti. Promocijas darbs*. <https://dspace.lu.lv/dspace/handle/7/38351>, sk. 29.04.2019.
11. Ašņevica-Slokenberga, S. u.c. (2015). *Medicīnas tiesības*. Rīga: Tiesu namu aģentūra. 798 lpp.
12. Bankava, A., Palčeja, E. (21.08.2018.). *Pacientu drošība un ārstniecības personu juridiskās atbildības likoči. Jurista Vārds*, Nr. 34., 12. lpp.
13. Bojārs, J. (2010.). *Starptautiskās privāttiesības I*. Rēzekne: Apgāds Zvaigzne ABC. 424 lpp.
14. Brikmāne, E. (20.11.2013.). *Pārrobežu veselības aprūpe Latvijā un Eiropā*. <https://lvportals.lv/skaidrojumi/259222-parrobezu-veselibas-aprupe-latvija-un-eiropa-2013>, sk. 15.03.2019.
15. Connell, J. (2006.). Medical Tourism: Sea, Sun, Sand and ... Surgery. *Tourism Management*, 27 (6), pp.1093-1100. Retrieved 16.03.2019 from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0261517705001871>
16. Eiropas Savienības tiesa (2018., sept.). *Tiesa un veselības aprūpe*. <https://curia.europa.eu/jcms/upload/docs/application/pdf/2018-11/qd-04-18-747-lv-n.pdf>, sk. 16.03.2019.
17. Glinosa, A., Matthias, R.B., Maarsea, H.H. (2010). A typology of cross-border patient mobility. *Health & Place*, 16 (6), pp. 1145-1155. Retrieved 29.04.2019 from <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1353829210001085>.

18. Horowitz, M.D. (13.11.2007). Medical Tourism: Globalization of the Healthcare. *MedGenMed*, 9(4). Retrieved 29.04.2019 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2234298/>
19. Judgment of the European Court of 23 October 2003 No C-56/01 “Caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine”. Retrieved 22.04.2019 from <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A62001CJ0056>.
20. Kēnings, M. (2010.). *Cilvēktiesības*. Rīga: Tiesu Namu Aģentūra. 133 lpp.
21. Kinca, A. (21.03.2018.). *Pat saziēdotā nauda Laimai pagaidām nelīdz – nākas atgriezties Latvijā un gaidīt donoru*. <https://www.lsm.lv/raksts/zinas/latvija/pat-saziēdota-nauda-laimai-pagaidam-nelidz-nakas-atgriezties-latvija-un-gaidit-donoru.a272205/>, sk. 29.04.2019.
22. Klišāns, V. (2009). *Vēsture vidusskolai. I daļa*. Rīga: Zvaigzne ABC. 160 lpp.
23. Kowalska-Bobko, I., Mokrzycka, A., Saganb, A., Włodarczyka, W.C., Zabdyr-Jamróza, M. (2016). Implementation of the Cross-Border Healthcare Directive in Poland: How not to Encourage Patients to Seek Care Abroad? *Health Policy*, 120 (11), pp. 1233-1239 Retrieved 29.04.2019 from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016885101630183X>.
24. Lazdiņš, J., Osipova, S. (1998). *Latvijas un Eiropas viduslaiku tiesību vēsturē sastopamie jēdzieni un to skaidrojumi*. <http://www.you-books.com/book/J-Lazdins/Latvijas-un-Eiropas-viduslaiku-tiesibu-vesture-sas>, sk. 29.04.2019.
25. Mazure, L. (2014). *Pacienta griba un tās civiltiesiskā aizsardzība*. Rēzekne: Līga Mazure. 350 lpp.
26. Mazure, L. (2018). Pacienta gribas attīstības spirāle. *Indivīds. Sabiedrība. Valsts*, 231.-246.lpp. <http://journals.rta.lv/index.php/ISS/article/view/3010/2898>, sk. 30.04.2019.
27. Osipova, S. (2004.). *Viduslaiku tiesību spoguļi*. Rīga, Tiesu Namu aģentūra. 408 lpp.
28. Ozoliņa, Ž., Tisenkopfs, T. (2005.). *Latvija eiropēizācijas krustceļos*. LU Akadēmiskais apgāds, 136 lpp.
29. Pennings, G., De Wert, G., Shenfield, F., Cohen, J., Tarlatzis, B., Devroey, P. (2008). ESHRE Task Force on Ethics and Law 15: Cross-Border Reproductive Care. *Human Reproduction*, vol. 23 (10), pp. 2182–2184. Retrieved 22.04.2019 from <https://academic.oup.com/humrep/article/23/10/2182/710873>
30. Roga, B. (19.10.2011.). Hipokrāta zvērestu mēdz piesaukt nevietā. *Cilvēks. Valsts. Likums*. <https://lvportals.lv/norises/238053-hipokrata-zverestu-medz-piesaukt-nevieta-2011>, sk. 20.04.2019.
31. Roķis, K. (14.03.2008.). Kārdinošais medicīnas tūrisms. *Cilvēks. Valsts. Likums*. <https://lvportals.lv/norises/172456-kardinosais-medicinas-turisms-2008>, sk. 05.04.2019.
32. Spuriņš, U. (2018). Medicīnas pakalpojumu eksports kā perspektīva attīstības nozare. <http://www.arstubiedriba.lv/medicinas-pakalpojumu-eksports-ka-perspektiva-attistibas-nozare/>, sk. 22.04.2019.
33. Zemītis, U. (2003). *Ārvalstu valsts un tiesību vēsture*. Rīga: Biznesa augstskola Turība. 319 lpp.

Summary

Patient mobility is growing every year. In cross-border treatment a quadruple legal relationships arises where the patient is on the one hand, on the other hand the patient's home Member State or patient is domiciled, the third party is the country where the patient receives treatment services and medical treatment facility where the patient receives treatment services from a quadrant.

The definition of “cross-border treatment” should be incorporated in to the regulatory framework. According to the author, a separate section dedicated to cross-border treatment needs to be incorporated in to the Medical Treatment Law.