

Sveicināti Resursu centra "ZELDA" Apkārtrakstā!

Biedrības "Resursu centrs cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem "ZELDA"" kārtējā Apkārtrakstā informējam par aktualitātēm cilvēku ar garīga rakstura traucējumiem interešu aizstāvībā, sniedzam ieskatu jaunajā Pacientu tiesību likumā, kā arī Eiropas Cilvēktiesību tiesas spriedumā pret Serbiju par rīcības jautājumiem. Apkārtraksts latviešu un angļu valodā pieejams mūsu mājas lapā www.zelda.org.lv un izdots drukātā formātā 500 eksemplāros. Šis Apkārtraksts ir veidots ar Islandes, Lihtenšteinas un Norvēģijas finansiālu atbalstu EEZ finanšu instrumenta un Norvēģijas valdības divpusējā finanšu instrumenta ietvaros un ar Latvijas valsts finansiālu atbalstu no Sabiedrības integrācijas fonda. Apkārtraksta veidošanā izmantots arī Atvērtās Sabiedrības institūta līdzfinansējums. Par Apkārtraksta saturu atbild biedrība "Resursu centrs cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem "ZELDA"" un rakstu autori.

Ieva Leimane-Veldmeijere, RC "ZELDA" direktore



Aktualitātes cilvēku ar garīga rakstura traucējumiem interešu aizstāvībā no 2009. gada otrā pusgada līdz 2010. gada martam

Ieva Leimane-Veldmeijere, Rinalds Muciņš, Anete Erdmane

Šoreiz aktualitāšu rakstā informēsim par, mūsaprāt, nozīmīgākajiem jaunumiem normatīvajos aktos, kas attiecas arī uz personām ar garīga rakstura traucējumiem, turpināsim sekot līdzī jaunumiem institucionālajā aprūpē cilvēktiesību kontekstā, kā arī informēsim par šobrīd pieejamo un plānoto atbalstu ekonomiskās krīzes seku mazināšanai trūcīgām personām.

Pieņemts un stājies spēkā Pacientu tiesību likums

LR Saeima 2009. gada 17. decembrī pēc vairāku gadu diskusijām¹ pieņēma Pacientu tiesību likumu, kas stājās spēkā 2010. gada 1. martā. Pacientu tiesību likuma mērķis ir veicināt labvēlīgas attiecības starp pacientu un veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju, sekmējot pacienta aktīvu līdzdalību savas veselības aprūpē, kā arī nodrošināt viņam iespēju īstenot un aizstāvēt savas tiesības un intereses².

¹ Likumprojekts tika iesniegts Saeimā 2005. gada 8. martā, bet darbs pie tā izstrādes Veselības ministrijā sākās 2003. gadā.

² Likums "Pacientu tiesību likums" 2. pants <http://www.likumi.lv/doc.php?id=203008>, (pēdējo reizi aplūkots 25.02.2010)

Aplūkojot pacientu tiesības, ir jānošķir pacienta sociālās tiesības³ un pacienta individuālās (patērētāja) tiesības.⁴ Pacientu tiesību likums nešķir pacienta fizisko un garīgo veselību. Ikvienam pacientam ir vienlīdzīgas tiesības saņemt ārstniecību neatkarīgi no viņa slimības smaguma un rakstura.

Latvijas Pacientu tiesību likums regulē:

1) atšķirīgas un diskriminējošas attieksmes aizliegumu ārstniecībā. Nodrošinot pacienta tiesības, aizliegta atšķirīga attieksme atkarībā no personas rases, etniskās izcelsmes, ādas krāsas, dzimuma, ve-

³ Pacienta sociālās tiesības veselības aprūpē ir saistītas ar pacienta kā sabiedrības locekļa tiesībām. Tās ir balstītas uz sabiedrības kopīgu vēlni un iespējām regulēt veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību gan teritoriāli, gan finansiāli. Šo tiesību realizācija ir bieži atkarīga no sabiedrības vēlmju un vajadzību līmeņa, kā arī labklājības pakāpes. Vienkāršāk sakot - cik daudz naudas sabiedrība spēj, organizēti izmantojot valsts vai privātas institūcijas, savākt un novirzīt veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai. Sociālās tiesības paredz arī vienlīdzīgu visas sabiedrības locekļu piekļuvi veselības aprūpei, bez kādas grupas diskriminācijas.

⁴ Individuālās pacienta tiesības regulē ārsta un pacienta individuālās attiecības ārstniecības laikā, veicinot pacienta aktīvu līdzdarību ārstniecībā. Tās skar tādu jautājumu kā pacienta cieņa, privātums, ņem vērā tā reliģijas un kultūras īpatnības un tiesības uz informāciju. Pacienta tiesību likums lielāko uzvaru liek uz pacienta individuālo tiesību regulāciju, atstājot sociālās tiesības otrā plānā.

cuma, invaliditātes, veselības stāvokļa, reliģiskās, politiskās vai citas pārliecības, nacionālās vai sociālās izcelsmes, mantiskā vai ģimenes stāvokļa vai citiem apstākļiem. Atšķirīga attieksme ietver personas tiešu vai netiešu diskrimināciju, personas aizskaršanu vai norādījumu to diskriminēt. Aizliegts sodīt pacientu vai citādi tieši vai netieši radīt viņam nelabvēlīgus apstākļus, ja pacients aizstāv savas tiesības.

2) pacienta tiesības uz informāciju:

Pacientam ir tiesības uz informāciju par veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas iespējām un veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas kārtību. Pacientam ir tiesības zināt ārstējošo ārstu un citu veselības aprūpes procesā iesaistīto ārstniecības personu vārdu, uzvārdu, amatu, profesiju, specialitāti un kvalifikāciju. Pacientam ir tiesības saņemt no ārstējošā ārsta informāciju par savu veselības stāvokli. Informācija sniedzama pacientam saprotamā formā. Pacientam informāciju var nesniegt tikai tādā gadījumā, ja ārsta rīcībā ir ziņas vai fakti, ka informācijas saņemšana būtiski apdraud pacienta vai citu personu dzīvību vai veselību.

3) pacienta tiesības uz ārstniecību:

Pacientam ir tiesības uz veselības stāvoklim atbilstošu, savlaicīgu, kvalitatīvu un kvalificētu ārstniecību ar laipnu attieksmi. Pacientam ir tiesības uz ārstniecību mājās, ja viņa veselības stāvoklis un dzīves apstākļi to ļauj.

4) piekrišanu ārstniecībai un atteikšanos no tās:

Ārstniecība ir pieļaujama tikai tad, ja pacients devis tai informēto piekrišanu. Informētā piekrišana ir pacienta piekrišana ārstniecībai, kuru viņš dod mutvārdos, rakstveidā vai ar tādām darbībām, kas nepārprotami apliecina piekrišanu, turklāt dod to brīvi, pamatojoties uz ārstniecības personas savlaicīgi sniegto informāciju par ārstniecības mērķi, risku, sekām un izmantojamām metodēm. Pacientam ir tiesības atteikties no ārstniecības pirms tās uzsākšanas, no ārstniecībā izmantojamās metodes, neatsakoties no ārstniecības kopumā, vai atteikties no ārstniecības tās laikā.

5) gadījumus un kārtību, kad citas personas var pacienta vietā piekrist ārstniecībai vai atteikties no tās:

Ja pacients sava veselības stāvokļa vai vecuma dēļ pats nespēj pieņemt lēmumu par ārstniecību, tiesības pieņemt lēmumu par piekrišanu ārstniecībai kopumā vai ārstniecībā izmantojamai metodei vai atteikšanos no ārstniecības kopumā vai ārstniecībā izmantojamās metodes ir pacienta laulātajam, bet, ja tāda nav, — pilngadīgam un rīcībspējīgam tuvākajam radniekam šādā secībā: pacienta bērniem, pacienta vecākiem, pacienta brāļim vai māsai, pacienta vecvecākiem, pacienta mazbērniem. Ja persona, kas pārstāv pacientu, atsakās pieņemt lēmumu par pacienta ārstēšanu, bet ārsts uzskata, ka ārstēšana ir pacienta interesēs, tad lēmumu par ārstniecību, kura vislabvēlīgāk ietekmētu pacienta veselības stāvokli, pieņem ārstu konsilijš.

6) pacienta tiesības izvēlēties ārstu un ārstniecības iestādi:

Pacientam ir tiesības izvēlēties ārstu un ārstniecības iestādi.

7) pacienta tiesības iepazīties ar medicīniskajiem dokumentiem: Pacientam ir tiesības iepazīties ar saviem medicīniskajiem dokumentiem. Viņam ir tiesības pieprasīt un saņemt izrakstus, norakstus un kopijas atbilstoši ārstniecības iestādē apstiprinātajam cenrādim. Izrakstus, norakstus un kopijas pacients saņem triju darbdienu laikā no attiecīgā pieprasījuma iesniegšanas dienas. Ja pacienta medicīniskajos dokumentos ir informācija par citas personas sensitīvajiem datiem vai informācija, kuru sniegusi trešā persona, bet lūgusi to neizpaust pacientam, pacienta tiesības iepazīties ar medicīniskajiem dokumentiem nodrošina tiktāl, ciktāl tas neskar trešās personas tiesības.

8) pacienta datu aizsardzību:

Personas dati, kas kļuvuši zināmi ārstniecības laikā, tiek aizsargāti. Informāciju par pacientu drīkst izpaust tikai ar viņa rakstveida piekrišanu vai īpašos gadījumos un kārtībā, kas noteikta likumā.

9) pacienta līdzdalību klīniskos pētījumos un ārstniecības personu mācību procesā:

Pacientu iesaista klīniskajā pētījumā, ja ir saņemta viņa rakstveida informētā piekrišana. Ja ārstniecības iestāde vai ārstniecības persona ir iesaistīta klīniskās apmācības procesā, pacientu par to informē. Pacientam ir tiesības atteikties no piedalīšanās klīniskās apmācības procesā, kā arī jebkurā laikā pārtraukt piedalīšanos tajā. Atteikšanās piedalīties vai piedalīšanās pārtraukšana nedrīkst nelabvēlīgi ietekmēt ārstniecības personu attieksmi pret pacienta turpmāko ārstniecību.

10) nepilngadīgo pacientu tiesības:

Nepilngadīga pacienta (līdz 14 gadu vecumam) ārstniecība pieļaujama, ja viņa likumiskais pārstāvis par to ir informēts un devis savu piekrišanu. Nepilngadīgam pacientam ir tiesības tikt uzklaustāms un atbilstoši saviem vecumam un briedumam piedalīties ar ārstniecību saistītā lēmuma pieņemšanā. Nepilngadīga pacienta (no 14 gadu vecuma) ārstniecība ir pieļaujama, ja saņemta viņa piekrišana.

11) pacienta pienākumu:

Pacientam ir pienākums rūpēties par savu veselību, kā arī aktīvi iesaistīties ārstniecībā un savu iespēju un zināšanu robežās sniegt ārstējošam ārstam informāciju, kas attiecas uz ārstniecību.

12) pacienta tiesības uz atlīdzību par viņa dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu:

Pacientam ir tiesības uz atlīdzību par viņa dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu, kā arī par morālo kaitējumu, kuru ar savu darbību vai bezdarbību nodarījušas ārstniecības iestādē strādājošās ārstniecības personas ārstniecības laikā. Likums paredz regulējumu, kādos gadījumos un kādā apjomā šis kaitējums tiek atlīdzināts, bet šīs normas stāsies spēkā ar 2012. gada 1. janvāri.

13) pacienta tiesības uz sūdzību:

Likumā noteikto tiesību vai no tām izrietošo interešu aizstāvēšanai persona var izmantot visus likumos paredzētos tiesību aizsardzības mehānismus, tai skaitā vērsties ar iesniegumu ārstniecības iestādē, informēt Tiesībsargu, vērsties Veselības inspekcijā vai tiesā.

Latvija ratificējusi Eiropas Padomes (EP) Konvenciju par cilvēktiesību un cieņas aizsardzību bioloģijā un medicīnā

LR Saeima 2009. gada 10. decembrī ratificēja Eiropas Padomes Konvenciju par cilvēktiesību un cieņas aizsardzību bioloģijā un medicīnā: *Konvenciju par cilvēktiesībām un biomedicīnu*.

Konvencijas mērķis ir aizsargāt cilvēku cieņu un identitāti un garantēt ikvienam bez jebkādas diskriminācijas viņa integritātes respektēšanu un citas tiesības un pamatbrīvības saistībā ar bioloģijas un medicīnas zināšanu izmantošanu. Konvencijas noteikumi nav tieši piemērojami dalībvalstīs. Pievienojoties Konvencijai, valstis apņemas iestrādāt tās noteikumus savos tiesību aktos.⁵

Konvencijas mērķi ir balstīti trīs prioritātēs — individuā, veselības aprūpes taisnīgā pieejamībā un ētikas standartu esamībā veselības nozarē. Valstīm jānodrošina, lai to jurisdikcijā būtu taisnīga pieejamība atbilstošas kvalitātes veselības aprūpei. Jebkura darbība veselības nozarē jāveic atbilstoši profesionālajiem pienākumiem un ētikas standartiem.

Konvencija regulē arī pacientu tiesību jautājumus: piekrišanu ārstniecībai, nostiprinot informētās piekrišanas principu, privātās dzīves aizsardzību un ziņu neizpaušanu par personas veselību. Tā nosaka to personu aizsardzību, kuras nav spējīgas dot piekrišanu, īpaši akcentējot personu ar garīgās veselības traucējumiem tiesības. Konvencija paredz, ka personu, kam ir nopietni psihiski traucējumi, šo traucējumu ārstēšanai var pakļaut ar veselību saistītām darbībām bez šīs personas piekrišanas tikai tad, ja bez šādas ārstēšanas varētu rasties nopietns kaitējums šīs personas veselībai. Konvencija arī nosaka vispārīgos noteikumus darbībām ar cilvēka genomu, audiem un orgāniem, regulē pacientu iesaistīšanu zinātniskos pētījumos un pacienta tiesības uz kompensāciju, ja medicīniskas iejaukšanās dēļ tai nodarīts pārmērīgs kaitējums.

Ratificēta un spēkā stājusies ANO Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām

2010. gada 28. janvārī LR Saeima ar likumu "Par Konvenciju par personu ar invaliditāti tiesībām" ratificēja minēto konvenciju, kas stājās spēkā 2010. gada 31. martā. Pievienojoties Konvencijai, Latvija apņēmusies nodrošināt, lai cilvēki ar invaliditāti varētu pilnībā un vienlīdzīgi ar citiem cilvēkiem izmantot visas cilvēktiesības un pamatbrīvības. Konvencijas pamatprincipi paredz cilvēka cieņas ievērošanu, diskriminācijas aizliegumu, līdzdalību un integrāciju sabiedrībā, cieņu pret atšķirīgo, iespēju vienlīdzību un pieejamību, vīriešu un sieviešu vienlīdzību un cieņu pret bērnu

⁵ Konvencija regulē jūtīgos tiesību un ētikas jautājumus, kas rada diskusijas, nostiprinoties pacientu tiesībām un attīstoties medicīnas zinātnē. Tajā pašā laikā Konvencijas normas ir vispārējas un dalībvalstīm ir tiesības tās konkretizēt, ieviešot savos likumos. Tas ir darīts apzināti, jo medicīnas zinātne un ētika nav statiskas, tās strauji attīstās un neelastīgs Konvencijas teksts strauji novecotu.

ar invaliditāti spēju attīstību. Pozitīvi arī, ka 2010. gada 22. janvārī ANO asamblejas galvenajā mītnē Ņujorkā Latvija parakstīja Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām Fakultatīvo protokolu un likumprojekts par protokola ratifikāciju šobrīd tiek skatīts Saeimas komisijās. Pievienoties protokolam dos iespēju ikvienam Latvijas iedzīvotājam vērsties ar paziņojumiem ANO Personu ar invaliditāti komitejā par Konvencijas pārkāpumiem. Konvencijas īstenošanas pārraudzību Latvijā nodrošinās LR Tiesībsargs, savukārt Labklājības ministrijas pārziņā būs Konvencijā paredzēto saistību izpildes koordinācija. Lai sekmētu Konvencijas ieviešanu, kopš 2010. gada sākuma LM ir izveidojusi vairākas darba grupas gan nepieciešamo grozījumu identificēšanai rīcībspēju un aizgādības institūta regulējumā, gan lai vērtētu nepieciešamību pēc diskriminācijas jumta likuma. Tāpat LM 2010. gada pavasarī plāno sākt izstrādāt Konvencijas īstenošanas pamatnostādņu projektu 2013.—2019. gadam, iesaistot plāna izstrādē arī organizācijas, kas pārstāv cilvēkus ar invaliditāti.

Cilvēktiesības institucionālajā sociālajā aprūpē

2010. gada 22. janvārī stājās spēkā tiesas spriedums krimināllietā par traģisko ugunsgrēku SAC "Reģi", kurā 2007. gada 23. februāra naktī gāja bojā 26 aprūpes centra iemītnieki. Saskaņā ar Kurzemes apgabaltiesas 2009. gada 30. oktobra spriedumu bijušajai SAC "Reģi" direktorei Irēnai Hartmanei piespriesta nosacīta brīvības atņemšana uz pieciem gadiem ar pārbaudes laiku uz trim gadiem, atņemot tiesības uz pieciem gadiem ieņemt valsts amatpersonas amatus.

Minētais apelācijas tiesas spriedums daļēji atcēla Kuldīgas rajona tiesas spriedumu, ar kuru 2009. gada 27. aprīlī bijušajai SAC direktorei tika piespriests sešu gadu cietumsods nosacīti ar pārbaudes laiku uz trim gadiem. Negrozīts palika spriedums daļā, ar kuru no I. Hartmanes un viņas vietnieka tika nolemts solidāri piedzīt 1500 un 1000 latu morālā kaitējuma atlīdzināšanai trim personām, kuru radnieki gāja bojā ugunsgrēkā. Tāpat netika grozīts I. Hartmanes vietniekam Andim Silim piespriestais sods — 280 stundas piespiedu darba.

Kurzemes apgabaltiesas spriedums stājās spēkā pēc tam, kad 2010. gada 22. janvārī Augstākās tiesas Senāta Kriminālietu departaments atteicās pārbaudīt apelācijas instances nolēmuma tiesiskumu.⁶

2010. gada 8. janvārī Gudenieku pagastā tika atklāta SAC "Reģi" jaunā mītne, kas paredzēta 64 klientiem ar garīga rakstura traucējumiem un izveidota ar LM atbalstu, rekonstruējot un pielāgojot jaunajām vajadzībām pagasta bērnu dārza ēku.

Izvērtējot šo LM īstenoto projektu, kā arī attīstību kopumā trīs gadu garumā pēc Reģu traģēdijas, jāsecina, ka "lielais pagrieziena punkts", uz kuru uzreiz pēc traģēdijas aicināja Latvijas un starptautiskās organizācijas — "koncentrēt uzmanību uz alternatīvo pakalpojumu attīstību, tā vietā, lai turpinātu investēt institucionālajā aprūpē" —, diemžēl nav noticis. No Latvijas valdības puses ir bijušas politikas iniciatīvas un mēģinājumi šai jomai pievērst lielāku vērību, piemēram, 2009. gadā apstiprinot programmu sociālās ap-

⁶ Ziņa publicēta nacionālās ziņu aģentūras LETA mājas lapā 2010. gada 1. februārī.

rūpes un rehabilitācijas pakalpojumu attīstībai personām ar garīga rakstura traucējumiem, taču diemžēl lielākā daļa programmas finansējuma paredzēta institucionālajai aprūpei, nevis alternatīvo pakalpojumu attīstībai.

Lai gan pozitīvi vērtējams LM darbs, veicinot ātrāku ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām ratifikāciju, kā arī Konvencijas Fakultatīvā protokola parakstīšanu un ratificēšanu, tomēr vienlaikus jāatgādina, ka minētās Konvencijas 19. pants paredz cilvēku ar invaliditāti tiesības uz neatkarīgu dzīvi sabiedrībā, būtībā uzliekot dalībvalstīm par pienākumu veicināt dzīvi sabiedrībā, nevis turpināt cilvēku izolēšanu institūcijās. Konvencijas izpratnē atbilstošāka būtu bijusi līdzekļu ieguldīšana sabiedrībā balstītas aprūpes pakalpojumu attīstībā. Tādējādi arī Gudenieku bērnu dārza atjaunošanā ieguldītos līdzekļus būtu bijis vērtīgāk investēt grupu mājokļu un dienas centru attīstībā, domājot ne tikai par klientu sadzīves apstākļu uzlabošanu, bet arī par viņu iekļaušanu sabiedrībā un dzīves kvalitātes uzlabošanu. Jāpiebilst, ka vairākas starptautiskās organizācijas, piemēram, *European Coalition for Community Living*⁷ jau ir izteikušas bažas par to, ka vairākas jaunās dalībvalstis ES struktūrfondu finansējumu izmantojušas institūciju renovēšanai un celtniecībai.

Publiskots Eiropas Padomes (EP) Spīdzināšanas novēršanas komitejas ziņojums par vizīti Latvijā 2007. gada nogalē⁸

2009. gada 15. decembrī pēc Latvijas valdības lūguma EP Spīdzināšanas novēršanas komiteja (SNK) publicēja ziņojumu un Latvijas valdības atbildes par Latvijas vizīti 2007. gada 27.11.—07.12., kuras ietvaros SNK apmeklēja arī Daugavpils psihoneiroloģisko slimnīcu un sociālās aprūpes centru personām ar garīga rakstura traucējumiem "Kraștiņi". Pēc minēto iestāžu apmeklējuma SNK ziņojumā iekļāvusi secinājumus un rekomendācijas, kas attiecas arī uz citām psihiatriskajām slimnīcām un specializētajiem sociālās aprūpes centriem. Piemēram, SNK norādījusi uz nepieciešamību izstrādāt skaidras vadlīnijas elektrokonvulsīvās terapijas pielietošanai.

Būtiskus ieteikumus SNK sniegusi attiecībā uz stacionēšanu un ārstēšanu psihiatriskajā slimnīcā bez pacienta piekrišanas. Piemēram, SNK norādījusi, ka situācijās, kad pacients/e slimnīcā ārstējas brīvprātīgi un izrāda vēlmi atstāt slimnīcu, tomēr viņam/ai vēl nepieciešama stacionārā palīdzība, jāpiemēro Ārstniecības likuma 68. pantā paredzētā procedūra. Komiteja arī ieteikusi, vērtējot nepieciešamību stacionēt un ārstēt pacientu bez viņa piekrišanas, iesaistīt neatkarīgu ekspertu, kas nebūtu saistīts ar konkrēto psihiatrisko slimnīcu, kurā pacients stacionēts.

SNK arī norādījusi uz nepieciešamību visās psihiatriskajās slimnīcās nodrošināt visiem spriestspējīgiem pacientiem iespēju sniegt brīvu un informētu piekrišanu ārstēšanai. SNK vērsusi Latvijas valdības uzmanību arī uz nepieciešamību pacientu fizisko kustību ierobežošanas reģistrācijas žurnālos reģistrēt arī gadījumus, kad pacientam pielietota tā saucamā medikamentozā fiksācija (*chemical restraint*), kas līdz šim Latvijā nav tikusi definēta kā fiksācijas metode.

⁷ <http://www.community-living.info/documents/ECCL-StructuralFundsReport-final-WEB.pdf>

⁸ Pilns SNK ziņojuma teksts un Latvijas valdības atbilde angļu valodā pieejama SNK mājas lapā <http://www.cpt.coe.int/documents/lva/2009-35-inf-eng.pdf> (pēdējo reizi skatīts 15.03.2010.)

Komiteja ziņojumā arī uzsvērusi nepieciešamību, uzņemot pacientus slimnīcā, nodrošināt tos ar informatīvām brošūrām par pacienta tiesībām un iespējām sūdzēties.

Sociālās drošības tīkls

2009. gada 8. septembrī Ministru kabinets apstiprināja "Sociālās drošības tīkla stratēģiju", kuras mērķis ir veikt ārkārtas drošības pasākumus, lai samazinātu negatīvo sociālo ietekmi, kas izveidojusies finanšu un ekonomikas krīzes rezultātā, palielinoties sociāli neaizsargāto cilvēku skaitam, kā arī strukturālo reformu veikšanas rezultātā atsevišķu pakalpojumu sniegšanu attālinot no iedzīvotājiem. Ar stratēģijā paredzētajiem pasākumiem ir plānots nodrošināt garantēto minimālo ienākumu (turpmāk — GMI) trūcīgajām personām, vienlaikus paaugstinot GMI apmēru un izmaksājot dzīvokļa pabalstu, nodrošināt darba prakses vietas pašvaldībās, veicinot nodarbinātību, nodrošināt pirmsskolas izglītības pieejamību, nodrošināt veselības aprūpes pamata pakalpojumu un pamata medikamentu pieejamību trūcīgajām personām, nodrošināt transporta pakalpojumus izglītības sistēmā, kā arī nodrošināt sabiedriskā transporta pakalpojumus pasažieru kategorijām, kurām noteikti braukšanas maksas atvieglojumi.

Veselības jomā sociālās drošības tīkla stratēģija paredz:

- 1) kompensēt pacientu iemaksu trūcīgajām personām, tādējādi nodrošinot veselības aprūpes pieejamību un personas savlaicīgu vērstanos ārstniecības iestādē. Sākotnēji tās bija personas, kuru ienākumi uz katru ģimenes locekli bija 90 lati mēnesī. Kopš 2010. gada 30. janvāra šī summa ir palielināta un no pacientu iemaksām pilnā apmērā ir atbrīvoti iedzīvotāji un viņu ģimenes locekļi, kuru ienākumi uz katru ģimenes locekli pēdējo trīs mēnešu laikā nepārsniedz 120 latus mēnesī. Savukārt iedzīvotājiem, kuru ienākumi ir līdz 150 latiem mēnesī, tiek segtas pacienta iemaksas 50% apmērā un līdzmaksājums par vienā stacionēšanās reizē veiktu ķirurģisku operāciju nepārsniegs 15 latus. Lai izmantotu šīs tiesības, iedzīvotājiem, dodoties pie ārsta vai ārstējoties slimnīcā, jāuzrāda pašvaldības sociālo dienestu izsniegta izziņa, kas apliecina attiecīgās personas ienākumu līmeni.
- 2) nodrošināt pacienta līdzmaksājuma segšanu trūcīgajām personām, iegādājoties zāles kompensācijas sistēmas ietvaros, ja pacienta ienākumu līmenis pēdējo trīs mēnešu laikā nepārsniedz 120 latus mēnesī. Līdz 2010. gada 30. janvārim bija nepieciešams pacienta paša maksājums - 50 lati gadā, lai pēc šīs summas sasniegšanas lētākās kompensējamās zāles saņemtu bez maksas. Pašlaik šī robeža ir atcelta.
- 3) trūcīgajām personām - pacientiem kompensēt slimnīcā izveidoto viesnīcas tipa gultu izmaksas. Viesnīcas tipa gultas slimnīcās ir vieta, kurā, pacientam paliekot pa nakti ārstniecības iestādē, netiek nodrošināta ārstniecības personu uzraudzība. Nepieciešamība pēc tādām vietām var rasties, ja pacients saņem ārstniecību, kuru no valsts budžeta līdzekļiem nodrošina tikai ambulatori, nevis stacionāri un viņam nav iespējams katru dienu atgriezties dzīvesvietā.
- 4) nodrošināt hroniski slimo pacientu mājas aprūpi, tā samazinot nepieciešamību pēc stacionāra pakalpojumiem.

5) stacionāro pakalpojumu koncentrēšanu trūcīgajiem pacientiem ar garīgām slimībām, samazinot gultu skaitu un attīstot aprūpi dienas centros. Šī pasākuma ietvaros paredzēts nodrošināt vienlīdzīgas iespējas visiem Latvijas iedzīvotājiem saņemt nepieciešamo garīgās veselības aprūpi, palielinot ģimenes ārstu lomu un radot iespēju pacientiem ar garīgās veselības problēmām saņemt nepieciešamo aprūpi maksimāli tuvu dzīvesvietai, tādējādi iekļaujot pacientus sabiedrībā.

Lai realizētu pēdējo uzdevumu, atbilstoši 2010. gada 9. februārī Ministru kabineta sēdē skatītajam informatīvam ziņojumam, ir veiktas šādas aktivitātes:

- 1) 2009. gada 8. septembrī MK apstiprināti grozījumi MK 2006. gada 19. decembra noteikumos Nr. 1046 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība", kuros precizēti dienas stacionāru aprūpes tarifi.
- 2) Veselības norēķinu centrs noslēdzis līgumus ar ārstniecības iestādēm, nosakot, ka trūcīgo personu garīgās veselības aprūpe dienas

stacionāros tiek finansēta no Sociālās drošības tīkla stratēģijas ietvaros piešķirtajiem līdzekļiem.

3) 2009. gada decembrī tika organizēta sanāksme, kurā piedalījās psihiatrisko slimnīcu vadītāji un pārstāvji. Veselības ministrijas pārstāvji skaidroja psihiatrisko (trūcīgo) pacientu iespējas saņemt veselības aprūpi Sociālās drošības tīkla ietvaros.

No 2009. gada 1. oktobra līdz 31. decembrim veselības aprūpe dienas centros no Sociālās drošības tīkla stratēģijas tika apmaksāta 21 personai, par ko veiktas valsts budžeta izmaksas Ls 3013 apmērā. Pasākuma finansējums apgūts 0,5% apmērā no kopumā Ls 540 000. 2010. un 2011. gadā ir plānots turpināt šo pasākumu, paredzot tam attiecīgi Ls 2 050 000 un Ls 2 100 000.

Atgādinām, ka psihiski slimas personas, saņemot psihiatrisko ārstēšanu, joprojām ir atbrīvotas no pacientu iemaksas. Saņemot citu nepieciešamo ārstniecību, psihiatrijas pacienti var izmantot Sociālās drošības tīkla stratēģijas atvieglojumus.

RC "ZELDA" notikumi

RC "ZELDA" pievienojusies pētniece Džeordžiana George (Georgiana Gheorghe) (Rumānija)

Resursu centrs "ZELDA" ir viena no reģiona sabiedriskajām cilvēktiesību organizācijām, kurās šogad ar Atvērtās sabiedrības institūta atbalstu stažējas nesenie maģistrantūras sociālo, humanitāro zinātņu, jurisprudences un cilvēktiesību programmu beidzēji. 2010. gada janvārī Džeordžiana George (Georgiana Gheorghe) (Rumānija) uzsāka pētniecisko darbību biedrībā "Resursu centrs cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem "ZELDA"". Georgiana 2006. gadā pabeidza Bukarestes Universitātes Politikas zinātņu fakultāti un līdz 2008. gada augustam strādāja Rumānijas Helsinku komitejā (APADOR-CH), kur nodarbojās galvenokārt ar jautājumiem, kas saistīti ar valsts pārvaldes atklātību, reliģijas brīvību un personu, kam atņemta brīvība, tiesībām. 2009. gada jūnijā Georgiana ieguva Centrāleiropas Universitātes maģistra grādu starptautiskajās cilvēktiesībās. Georgianas galvenās pētnieciskās intereses ir saistītas ar rīcībspēju, līdzinieku interešu aizstāvības jautājumiem, kā arī ar personu ar garīga rakstura traucējumiem tiesībām dzīvot sabiedrībā ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām kontekstā.

Tiks publicēts Anetes Erdmanes maģistra darbs

Vienna Online Journal on International Constitutional Law (Vīnes starptautisko konstitucionālo tiesību interneta žurnāls) — <http://www.internationalconstitutionallaw.net> atlases kārtībā ir izvēlēties publicēt RC "ZELDA" juristes Anetes Erdmanes maģistra darbu Liberty behind closed doors...? Involuntary placement and medical treatment in psychiatric institutions from the human rights perspective (Brīvība aiz slēgtām durvīm...? Ievietošana un ārstēšana psihiatriskajās institūcijās bez pacienta piekrišanas cilvēktiesību kontekstā).



"ZELDA" pārcēlusies uz jaunām telpām

Kopš 2010. gada janvāra sakarā ar organizācijas darbības paplašināšanos, RC "ZELDA" pārcēlies uz lielākām telpām Mārupes ielā 4 — 31, saglabājot līdzšinējo telefona un faksa numuru: 67442828. Atgādinām, ka "ZELDA" sniedz bezmaksas juridiskās konsultācijas iedzīvotājiem pēc iepriekšēja pieraksta.

"ZELDA" uzņemta LM Invalīdu lietu nacionālajā padomē

2009. gada oktobrī ar Ministru kabineta lēmumu tika paplašināts LM Invalīdu lietu nacionālās padomes sastāvs, papildinot to ar RC "ZELDA" pārstāvi. Invalīdu lietu nacionālā padome ir konsultatīva institūcija, kuras uzdevums ir personu ar invaliditāti integrācijas politikas izstrāde un īstenošana.

“ZELDA” uzņemta Eiropas Savienības Pamattiesību aģentūras (Fundamental Rights Agency) NVO platformā

Šī gada sākumā Eiropas Savienības Pamattiesību aģentūra apstiprināja RC “ZELDA” dalību ES Pamattiesību aģentūras Pamattiesību platformā, kurā darbojoties sabiedriskajām organizācijām ir iespēja iesaistīties pamattiesību politikas veidošanā ES līmenī.

Satversmes tiesa ierosinājusi lietu par Civillikuma 365. un 364. panta atbilstību LR Satversmes 96. pantam

Satversmes tiesa 2010. gada 28. aprīlī pieņēmusi RC “ZELDA” pārstāvētās J. pieteikumu par Civillikuma 358. un 364. panta atbilstību LR Satversmes

96. pantam. Pieteikuma iesniedzēja, kas garīgās attīstības traucējumu dēļ vairākus gadus ir rīcībnespējīga, pieteikumā norāda, ka rīcībspējas atņemšana pilnā apmērā uz visu mūžu, neparedzot citas alternatīvas, pārkāpj J. tiesības uz privātās dzīves neaizskaramību, kuru Latvijā aizsargā gan LR Satversmes 96. pants, gan arī EP Eiropas Cilvēktiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencijas 8. pants, ANO Starptautiskā pakta par pilsoniskajām un politiskajām tiesībām 17. panta pirmā daļa un ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām 12. pants. Satversmes tiesa ir uzaicinājusi LR Saeimu līdz 2010. gada 28. jūnijam sniegt atbildes rakstu par J. lietas faktisko apstākļu izklāstu un juridisko pamatojumu. Par lietas sagatavošanas termiņu tiesa noteikusi 2010. gada 28. septembri.

Informētā piekrišana

Rinalds Muciņš, RC “ZELDA” pētnieks

Eiropas Savienības Pamattiesību hartas⁹ 3. pants, kas pasludina tiesības uz personas neaizskaramību, pasakot, ka ikvienai personai ir tiesības uz fiziskās un garīgās neaizskaramības ievērošanu, atzīmē, ka medicīnas un bioloģijas jomā jo īpaši jāievēro attiecīgās personas **apzināta un brīva piekrišana** saskaņā ar tiesību aktos noteiktām procedūrām. Arī Latvijai saistošā Eiropas Padomes Konvencija par cilvēktiesību un cieņas aizsardzību bioloģijā un medicīnā — *Konvencija par cilvēktiesībām un biomedicīnu*¹⁰ 5. pantā nosaka, ka “jebkādu ar veselību saistītu darbību drīkst veikt tikai ar attiecīgās personas brīvprātīgu un apzinātu piekrišanu”. Šī apzinātā un brīvā piekrišana var notikt, ja personai ir zināma visa informācija, kas nepieciešama, lai pieņemtu lēmumu. Tāpēc šo piekrišanu sauc par informēto piekrišanu. Sākotnēji pacients no ārsta saņem informāciju. Tālāk informācija tiek izvērtēta un tikai pēc tam tiek dota vai nedota piekrišana ārstniecībai. Informētā piekrišana nav vienkārši pacienta rakstiska piekrišana ārstniecībai. Informētā piekrišana ietver sevī komunikāciju starp ārstu un pacientu, kā rezultātā ir saņemta pacienta piekrišana noteiktai ārstniecībai. Pacients kā informācijas avotus var izmantot arī citas ārstniecības personas, kas nav viņa ārstējošais ārsts, sniegto informāciju vai citus pieejamos informācijas avotus — grāmatas, internetu utt.

Informētā piekrišana ir process, kurā pilnīgi informēts pacients piedalās lēmuma pieņemšanā par savu veselību. Tas izriet no pacienta likumīgajām un ētiskajām tiesībām noteikt, kas notiek ar viņa ķermeni un ārsta ētisko pienākumu iesaistīt pacientu lēmumu pieņemšanā.¹¹ Informētā piekrišana tiek balstīta uz cilvēka pamattiesībām un brīvī-

9 Pasludināta 2000. gada 7. decembrī. Lisabonas līgumam pielāgotais teksts ir pieejams: <http://eur-lex.europa.eu/lv/treaties/dat/32007X1214/htm/C2007303LV.01000101.htm> (pēdējo reizi aplūkots 02.03.2010.)

10 Apstiprināta ar Saeimas 2009. gada 10. decembra likumu “Par Konvenciju par cilvēktiesību un cieņas aizsardzību bioloģijā un medicīnā: Konvenciju par cilvēktiesībām un biomedicīnu”, <http://www.likumi.lv/doc.php?id=202995&from=off> (pēdējo reizi aplūkots 02.03.2010.)

11 Ethics in Medicine, University of Washington School of Medicine, <http://depts.washington.edu/bioethx/topics/consent.html> (pēdējo reizi aplūkots 02.03.2010.)

bu, kas tam ir kopš dzimšanas. Cilvēkam ir tiesības pašam izlemt visus jautājumus, kas saistīti ar viņa dzīvi. Līdzīgi kā cilvēks var lemt par izglītību, darbu, dzīvesvietu un dzīves veidu — viņam ir tiesības lemt arī par savu veselību.

Kopš 2010. gada 1. martā ir stājies spēkā Pacientu tiesību likums, arī Latvijas likumdošanā ir ienācis termins **informētā piekrišana**. Pacientu tiesību likums definē, ka informētā piekrišana ir pacienta piekrišana ārstniecībai, kuru viņš dod mutvārdos, rakstveidā vai ar tādām darbībām, kas nepārprotami apliecina piekrišanu, turklāt dod to brīvi, pamatojoties uz ārstniecības personas savlaicīgi sniegto informāciju par ārstniecības mērķi, risku, sekām un izmantojamām metodēm.

Tādējādi arī Latvijā ārstniecība ir pieļaujama, ja pacients devis tai informēto piekrišanu. Pacientam ir tiesības pirms informētās piekrišanas došanas uzdot jautājumus un saņemt atbildes. Informēto piekrišanu noformē rakstveidā, ja to pieprasa pacients vai ārstējošais ārsts. Ja informētā piekrišana dota rakstveidā, pacients apstiprina to ar savu parakstu, norādot datumu un laiku. Rakstveida piekrišanu pievieno viņa medicīniskajam dokumentam.

Informētā piekrišana attiecas kā uz fiziski, tā arī garīgi slimām personām. Apstākļi, ka persona ir ar garīgās veselības traucējumiem, nevar kalpot par iemeslu, lai atņemtu tai cilvēka un pacienta tiesības lemt par savu veselību. Katrs gadījums ir jāizvērtē atsevišķi, ņemot vērā tā apstākļus un pacienta spējas saprast sniegto informāciju un apzināties riskus. Šāds vērtējums ir jāveic gan sāpju šoka stāvoklī esošam pacientam ar fizisku saslimšanu, gan apjukušam pacientam ar garīgās veselības traucējumiem. Piemēram, pacientam, kurš tiek stacionēts, nedrīkst sniegt ārstniecību, kurai viņš nepiekrīt, izņemot neatliekamo palīdzību.

Neatliekamās palīdzības gadījumus regulē Ārstniecības likums¹², bet kārtību, kā šādos gadījumos jārikojas — Pacientu tiesību likums. Ja pacients sava veselības stāvokļa vai vecuma dēļ pats nespēj pieņemt lēmumu par ārstniecību, tiesības pieņemt lēmumu par piekrišanu ārstniecībai kopumā vai ārstniecībā izmantojamai metodei vai atteikšanos no ārstniecības kopumā vai ārstniecībā izmantojamās metodes ir pacienta laulātajam, bet, ja tāda nav, — pilngadīgam un rīcībspējīgam tuvākajam radniekam šādā secībā: pacienta bērniem, pacienta vecākiem, pacienta brālim vai māsai, pacienta vecvecākiem, pacienta mazbērniem. Ja pacienta tuvākie radnieki, kuriem ir vienādas tiesības pieņemt lēmumu pacienta vietā, nevar vienoties par piekrišanu ārstniecībai vai atsakās pieņemt lēmumu, tad lēmumu par ārstniecību, kura vislabvēlīgāk ietekmētu pacienta veselības stāvokli, pieņem ārsts konsilijs. Gadījumos, kad vilcināšanās apdraud pacienta dzīvību un nav iespējams saņemt paša pacienta vai viņu pārstāvošas personas piekrišanu, ārstniecības persona savas kompetences ietvaros veic neatliekamus pasākumus — izmeklēšanu, ārstēšanu, tajā skaitā ķirurģisku vai cita veida invazīvu iejaukšanos. Šādos gadījumos izmeklēšanas un ārstēšanas plānu apstiprina un lēmumu pieņem ārsts konsilijs, izņemot gadījumu, kad sniedzama pirmā vai neatliekamā medicīniskā palīdzība.¹³

Tādējādi ārstniecība bez pacienta piekrišanas ir sniedzama tikai ārkārtas gadījumos un maksimāli ievērojot pacienta intereses. Visās pārējās situācijās ir jānotiek pacienta un ārsta komunikācijai, un, lai nokļūtu līdz informētajai piekrišanai, ir jāapsprīdž sekojoša informācija:

- 1) pacienta diagnoze (ja tā ir zināma);
- 2) piedāvātās ārstniecības būtība un sasniedzamie mērķi;
- 3) piedāvātās ārstniecības riski un ieguvumi;
- 4) ārstniecības alternatīvas (neatkarīgi no to izmaksām un tā vai to sedz no valsts līdzekļiem vai privātās apdrošināšanas);
- 5) alternatīvās ārstniecības riski un ieguvumi;
- 6) riski un ieguvumi, ja ārstniecība netiks veikta.¹⁴

Latvijā pacienta tiesības uz šo komunikāciju ir nostiprinātas Pacientu tiesību likuma 4. panta otrajā daļā, kas nosaka, ka pacientam ir tiesības saņemt no ārstējošā ārsta informāciju par savu veselības stāvokli, tajā skaitā par slimības diagnozi, ārstēšanas, izmeklēšanas un rehabilitācijas plānu, prognozi un sekām, arī slimības radītajiem funkcionēšanas ierobežojumiem, profilakses iespējām, kā arī tiesības pēc ārstniecības ietvaros veiktas izmeklēšanas un ķirurģiskās vai cita veida invazīvās iejaukšanās saņemt informāciju par ārstniecības rezultātiem, par iepriekš neparedzētu iznākumu un tā iemesliem. Pacientam jābūt iespējām uzdot jautājumus, ja viņš ko nesaprot vai vēlas ko precizēt.

¹² Ārstniecības likums definē, ka neatliekamā medicīniskā palīdzība ir palīdzība, ko cietušajiem (sasilušajiem) dzīvībai vai veselībai bīstamā kritiskā stāvoklī sniedz šādiem gadījumiem īpaši sagatavotas (apmācītas, ekipētas) personas ar atbilstošu kvalifikāciju medicīnā, kurām saskaņā ar šo kvalifikāciju ir juridiska atbildība par savu darbību vai bezdarbību un tās sekām (1. panta 10. apakšpunkts).

¹³ Pacientu tiesību likuma 7. panta pirmā, trešā, piektā un astotā daļa

¹⁴ Pēc Amerikas Medicīnas asociācijas (American Medical Association) ieteikumiem <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/legal-topics/patient-physician-relationship-topics/informed-consent.shtml> (pēdējo reizi aplūkots 02.03.2010.)

Jāievēro, ka atteikšanās no ārstniecības ne vienmēr kaitē pacientam un lēmums sniegt ārstniecisko palīdzību ne vienmēr ir pacienta interesēs. Pacienta izvēlē atteikties no ārstniecības stacionārā, par labu ambulatorajai ārstniecībai var būt pacienta interesēm atbilstošāks. Tajā pašā laikā ir gadījumi, kad lēmums sniegt palīdzību var tikt saistīts ar ārsta vai ārstniecības iestādes saimnieciskajām interesēm — nodrošināt pacientu skaitu, saņemt samaksu u. c.

Informētā piekrišana rīcībnespējīgām personām

Psihiatrijas īpatnība ir tā, ka daļai pacientu vērtējama ne tikai viņu faktiskā spēja pieņemt lēmumu par savu ārstniecību (pēc tiem pašiem principiem kā jebkuram pacientam), bet jāņem vērā arī pacienta juridiskais stāvoklis — viņa rīcības spēja pašlaik var būt ierobežota ar tiesas lēmumu. Latvijas likumdošana attiecībā uz šādām personām ir novecojusi un neatzīst, ka cilvēks var būt spējīgs pieņemt kaut daļu no lēmumiem attiecībā uz viņa privāto dzīvi. Civillikuma 358. pants nosaka, ka garā slimie, kam trūkst visu vai lielākās daļas garīgo spēju, atzīstami par rīcības nespējīgiem un tiesiski nespējīgiem pārstāvēt sevi un pārvaldīt savu mantu un ar to rīkoties, kādēļ pār viņiem iecelama aizgādība. Tādējādi Civillikums nevērtē pašas personas reālo rīcībspēju attiecībā uz ārstniecību vai kādu citu dzīves situāciju un liedz tiesiski pārstāvēt pašam sevi visās dzīves jomās.

Ārstniecības likuma 70. pants paredz, ka personām, kuras likumā noteiktajā kārtībā atzītas par rīcībnespējīgām, psihiatrisko palīdzību sniedz pēc to aizgādņu rakstveida lūguma vai ar aizgādņu piekrišanu, izņemot gadījumus, kad psihiatrisko palīdzību sniedz bez pacienta piekrišanas. Pēdējā gadījumā nav nepieciešama arī aizgādņa piekrišana, lai gan pacienta un aizgādņa viedoklis pēc iespējas jāņem vērā. To prasa arī Pacientu tiesību likuma 7. panta otrā daļa: pacienta aizgādnis, pieņemot lēmumu par ārstniecību vai atteikšanos no tās, ievēro pacienta iepriekš izteikto gribu attiecībā uz ārstniecību. Vienīgi var rasties jautājums, vai tas attiecas uz pacienta stāvokli pirms atzīšanas par rīcībnespējīgu, kas varēja notikt arī pirms vairākiem gadiem, vai stāvokli pirms slimības saasināšanās, kad pacients vēl bija spējīgs apzināties savu stāvokli un spriest par ārstēšanu, t. i., pacientam bija faktiskā rīcībspēja.

Eiropas Padomes rekomendācija par cilvēktiesību un cieņas aizsardzību personām ar garīgiem traucējumiem¹⁵ iesaka valstīm veidot savus likumus, kuros būtu paredzēts, ka personām, kas tiek ārstētas, ārstēšanas plāns ir jāveido, cik vien iespējams, konsultējoties ar pašu personu un ņemot vērā tās viedokli. Ārstēšana var notikt vienīgi ar pašas personas piekrišanu, ja tā ir spējīga tādu sniegt, vai, ja persona šo piekrišanu nav spējīga sniegt, tad tikai ar likumā paredzētas personas atļauju (12. punkta otrā daļa).

Arī Latvijas Saeimas ratificētā Konvencija par cilvēktiesību un cieņas aizsardzību bioloģijā un medicīnā — *Konvencija par cilvēktiesībām*

¹⁵ Council of Europe, Recommendation Rec(2004)10 of the Committee of Ministers to member states concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder, <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=775685&BackColorInternet=DBDCF2&BackColorIntranet=FDC864&BackColorLogged=FDC864> (pēdējo reizi aplūkots 02.03.2010.)

un biomedicīnu jautājumu regulē līdzīgi: "Ja saskaņā ar tiesību aktiem pieaugušais nevar dot piekrišanu ar veselību saistītai darbībai savas garīgās atpalcības, slimības vai citu līdzīgu iemeslu dēļ, šo darbību var izdarīt tikai ar viņa pārstāvja vai likumā noteiktas iestādes, personas vai instances atļauju. Iesaistītajai personai, cik vien iespējams, pašai jāpie-dalās atļaujas došanas procedūrā".

Jaunais Pacientu tiesību likums diemžēl tiešā veidā neuzlabo rīcīb-nespējīgas personas tiesības ārstniecībā. Tomēr tajā ir regulēta cita personu grupa, kurai pēc likuma ir ierobežota rīcības spēja — bērni. Pēc analogijas Latvijā pieaugusi rīcībnespējīga persona savā tiesiskajā statusā — rīcībspējā - var tikt pielīdzināta Pacientu tiesību likuma 13. panta pirmajā daļā minētajam nepilngadīga pacienta (līdz 14 gadu vecumam) statusam: ārstniecība pieļaujama, ja viņa likumiskais pārstāvis par to ir informēts un devis savu piekrišanu. Nepilngadīgajam pacientam ir tiesības tikt uzklautam un atbilstoši savam vecumam un briedumam piedalīties ar ārstniecību saistītā lēmuma pieņemšanā. Tomēr pēc 14 gadu vecuma sasniegšanas nepilngadīgās personas tiesības mainās. Lai arī šī persona joprojām ir bērns un tās rīcībspēja ir ierobežota, tomēr tās ārstniecība ir pieļau-jama tikai gadījumos, ja saņemta viņa piekrišana.

Kā rīkoties ar pieaugušajiem rīcībnespējīgiem pacientiem? Vai ārstniecībā viņi vienmēr būtu pielīdzināmi bērniem līdz 14 gadu vecumam vai bērniem pēc 14 gadu vecuma sasniegšanas? Tiešu atbildi likums nesniedz, tomēr, izmantojot analogiju¹⁶ ar bērna iesaistīšanu lēmuma pieņemšanā un vērtējot arī Eiropas Padomes rekomendācijas, var uzskatīt, ka rīcībnespējīgai garīgi slimai personai arī ir tiesības uz in-formēto piekrišanu attiecībā gan uz savu fizisko, gan garīgo veselību, tomēr, tās īstenojot, ir jāvērtē personas attiecīgā brīža spēja pieņemt lēmumus, t. i., faktiskā rīcībspēja. Jebkurā gadījumā persona ir maksimāli jāiesaista lēmuma pieņemšanā, jāinformē par visām darbībām, jāuzklausā viņas viedoklis un, ja pati persona nav spējīga pieņemt lē-mumu, tad to dara aizgādnis, ārstu konsilijs vai bāriņtiesa — tāpat, kā to regulē Pacientu tiesību likums attiecībā uz nepilngadīgajiem.

Hospitalizācija un ārstēšana bez pacienta piekrišanas

Ārstniecības likuma 67. panta otrā daļa paredz, ka pacientu var stacionēt psihiatriskajā ārstniecības iestādē ar viņa rakstveida piekriša-nu, pamatojoties uz konstatētajiem psihiskajiem traucējumiem un psihiatra motivētu lēmumu par psihiskās veselības izmeklēšanas, ārstēšanas un rehabilitācijas nepieciešamību psihiatriskajā ārstniecības iestādē. Pacienta piekrišanu stacionēšanai pievieno medicīnis-kajai dokumentācijai. Ņemot vērā Pacientu tiesību likuma prasības, piekrišana stacionēšanai ir iespējama vienīgi kā informētā piekriša-na. Pacientam ir jāizskaidro viņa stāvoklis un šādas ārstēšanas nepieciešamība. Piekrišana stacionēšanai nav tas pats, kas piekrišana ārstniecībai. Stacionēšanas brīdī var nebūt zināma visa informācija

par slimību, turklāt pacientam ir tiesības atteikties no ārstniecības pirms tās uzsākšanas, no ārstniecībā izmantojamās metodes, neatsa-koeties no ārstniecības kopumā, vai atteikties no ārstniecības tās laikā (Pacientu tiesību likuma 6. panta ceturtnā daļa). Ja pacientam šādas tiesības ir liegtas, tad to nevar uzskatīt par brīvprātīgu ārstniecību.

Kā rīkoties gadījumā, ja pacientam nepieciešama ārstēšana psihiat-riskajā ārstniecības iestādē bez viņa piekrišanas Ārstniecības likuma 68. pantā noteiktā kārtībā? Šāda stacionēšana visbiežāk tiek veikta, sniedzot neatliekamo palīdzību, un informētā piekrišana no pacien-ta netiek saņemta. Pacients var nevēlēties vai nav spējīgs piekrist stacionēšanai un ārstēšanai, un arī likums ļauj ārstniecības personai veikt neatliekamus pasākumus, kad vilcināšanās apdraud pacienta dzīvību un nav iespējams saņemt paša pacienta vai personas, kas pārstāv pacientu, piekrišanu (Pacientu tiesību likuma 7. panta astotā daļa). Tomēr neatliekamie pasākumi nav visa ārstēšana kopumā, pēc kāda laika neatliekamā palīdzības stāvoklis beidzas un pacients var sākt atgūt spējas pieņemt lēmumus.

Ārstniecības likuma 68. panta septītā daļa paredz, ka konsilijam, lemjot par personu, kurai paziņojams lēmums par psihiatriskās palī-dzības sniegšanu bez piekrišanas, pēc iespējas jāņem vērā pacienta viedoklis. Pacienta viedoklis var veidoties, ja viņam ir informācija par ārstniecību un ja viņš ir spējīgs paust viedokli sava veselības stāvokļa dēļ. Ja ne, tad šāds viedoklis ir jāprasa viņa radniekiem vai likumiska-jiem pārstāvjiem. Tomēr piespiedu ārstēšanas gadījumā šī viedokļa tiesiskās sekas ir ierobežotas — gala lēmumu pieņem ārstu konsilijs un tiesa, bet ne pats pacients vai tā aizbildnis.

Tomēr Ārstniecības likuma 68. panta divdesmitā daļa saka, ka pa-cientam, kurš ievietots ārstēšanai psihiatriskajā ārstniecības iestādē, ir visas normatīvajos aktos personai noteiktās tiesības, izņemot tiesības, kuru ierobežošana izriet no psihiatriskās palīdzības sniegšanas psihiatriskajā ārstniecības iestādē bez pacienta piekrišanas. Vienīgais, ko pacients nevar - pārtraukt ārstēšanu, jo tas ir tas, kādēļ viņš tiek ārstēts pret savu gribu. Tomēr pacienta tiesības ir jāiero-bežo tikai tik šauri, cik tas ir nepieciešams pacienta labumam, t. i., cilvēka tiesības ir ierobežojamas tikai tik daudz, cik nepieciešams mērķa sasniegšanai. "Starptautiskajā cilvēktiesību praksē ir atzīts, ka ja nepieciešams ierobežot cilvēktiesības, tad tas jādara iespē-jami mazākā apjomā un paredzot arī iespēju ņemt vērā individu-ālus apstākļus."¹⁷ Tas nozīmē, ka personai saglabājas citas pacienta tiesības, piemēram, tiesības saņemt veselības stāvoklim atbilstošu ārstniecību, tiesības uz laipnu attieksmi, kvalitatīvu un kvalificētu ārstniecību, tiesības izvēlēties ārstēšanas metodi, ja šīs tiesības nav pretrunā ar ārstēšanu pret pacienta gribu un pacients tiek ārstēts, bet viņam ir izvēles iespēja kā ārstēšana tiek veikta. Protams, tas ir iespējams tikai tad, ja pacients ir spējīgs pieņemt lēmumu. Pa-

¹⁶ Analogijas izmantošana tiesībās ir nepieciešama, ja likums neregulē kādu dzīves situāciju. Tad tiek piemērota kāda tiesību norma, kas tieši neattiecas uz situāciju, bet pēc sava regulējuma ir līdzīga un piemērota situācijas atrisināšanai.

¹⁷ Cilvēktiesību garantēšana un sabiedrības drošība — aktualitātes Tiesībsarga biroja skatījumā. Tiesībsarga biroja Pilsnisko un politisko tiesību daļas vadītājas Gundegas Bruņevieces uzstāšanās ikgadējā Tiesībsarga konferencē Rīgā 2008. gada 10. decembrī; <http://www.tiesibsargs.lv/lat/publi-kācijas/runas/?doc=423> (pēdējo reizi aplūkots 02.03.2010.).

cients arī regulāri jāinformē, un tam jāizskaidro psihiatriskās palīdzības sniegšanas nepieciešamība. Pacientam ir arī tiesības saņemt informāciju par savām tiesībām un pienākumiem, tajā skaitā par pacienta tiesībām uz informēto piekrišanu.

Ikvienam cilvēkam ir tiesības uz savu privāto dzīvi, kas ietver arī lēmumus par savu veselību. Sabiedrībai jāveicina šo tiesību realizācija dzīvē. Informētās piekrišanas uzdevums ir maksimāli iesaistīt pacientu lēmuma pieņemšanā par savu veselību. Viens no šī procesa pozitīvajiem aspektiem ir tas, ka pacients kļūst līdzatbildīgs

par rezultātu, līdz ar to piedalās savas veselības atgūšanā, panākot arī ātrāku izveseļošanos. Pašreizējā likumdošana diemžēl bieži vien nedod skaidras atbildes uz visiem jautājumiem, turklāt visas situācijas arī nav iespējams paredzēt un regulēt likumā. Tāpēc jo īpaši svarīgi, pieņemot lēmumu konkrētā situācijā, saglabāt cilvēcīgumu un neaizmirst fundamentālus tiesību principus. Cilvēks ir dzimis brīvs un ir tiesīgs izmantot savu brīvību visās tās izpausmēs. Cilvēka brīvība ir ierobežojama tikai viņa paša interesēs un rīcībā šajā situācijā ir jābūt tādai, kā mēs gribētu, lai šādā situācijā rīkotos ar mums.

Ārstniecības likuma 68. panta piemērošanas problēmas Eiropas Cilvēktiesību tiesas prakses kontekstā¹⁸

Anete Erdmane, RC "ZELDA" juriste

2007. gada 1. martā tika pieņemti Ārstniecības likuma grozījumi, kas būtiski izmainīja kārtību, kādā persona ievietojama psihiatriskajā slimnīcā pret tās gribu. Sākot ar 2007. gada 29. martu (brīdi, kad stājās spēkā likuma grozījumi), lēmumu par personas stacionēšanu pret tās gribu uz laiku līdz diviem mēnešiem pieņem tiesnesis slēgtā sēdē psihiatriskajā ārstniecības iestādē 72 stundu laikā pēc psihiatru konsilija lēmuma saņemšanas, nevis tikai ārstu konsilijš, kā tas bija līdz šim.¹⁹

Lai izvērtētu, cik efektīvi pieņemtie Ārstniecības likuma grozījumi darbojas praksē, RC "Zelda" no 2009. gada maija līdz oktobrim veica monitoringu, lūdzot sniegt viedokli par minēto jautājumu psihiatriskajām slimnīcām, tiesām, kas pieņem lēmumus par personu stacionēšanu pret to gribu, LR Tiesībsarga birojam, kā arī LR Veselības inspekcijai. Minētajām institūcijām tika uzdoti vairāki jautājumi gan par to viedokli attiecībā uz veiktajiem grozījumiem, problēmām, ar kurām tās saskaras procesa laikā, grozījumiem, kurus vēl būtu nepieciešams veikt, gan arī par stacionēto personu skaitu laika posmā, kopš likuma grozījumi stājās spēkā.

Ņemot vērā, ka ar minētā pētījuma rezultātiem var iepazīties RC "ZELDA" izdotajā "Ziņojumā par pasaules garīgās veselības organizācijas garīgās veselības deklarācijas un rīcības plāna ieviešanu Latvijā," šajā rakstā netiks vēlreiz plaši analizēti pētījumā iegūtie dati, bet gan atspoguļotas galvenās konstatētās problēmas Eiropas Cilvēktiesību tiesas prakses gaismā.

¹⁸ Raksts ir balstīts uz RC "ZELDA" pētījumā Ziņojums par pasaules garīgās veselības organizācijas garīgās veselības deklarācijas un rīcības plāna ieviešanu Latvijā iekļauto sadaļu par Ārstniecības likuma 68. panta grozījumu ieviešanas problēmām (49-52.lpp). Pētījums pieejams RC "ZELDA" mājas lapā: http://www.zelda.org.lv/?cat=75&lang=lv&fulltext_id=301.

¹⁹ 08.11.2009. Grozījumi Ārstniecības likumā, pieejami: <http://www.likumi.lv/doc.php?mode=DOC&id=166885> (pēdējo reizi skatīts 09.11.2009.)

Kādēļ nepieciešama ārstu konsilija lēmuma pārskatīšana tiesā?

Izvērtējot tiesu un psihiatrisko slimnīcu sniegtos viedokļus, var konstatēt, ka bieži tiek apšaubīta nepieciešamība vērsties tiesā katru reizi, kad personai tiek sniegta psihiatriskā palīdzība bez tās piekrišanas. Šajā sakarā dažādas domas ir pauduši gan tiesneši, gan psihiatrisko slimnīcu pārstāvji. Piemēram, atsevišķas slimnīcas informē, ka to "darba prakse rāda, ka saskaņā ar Ārstniecības likumu ne visiem neatliekamās hospitalizācijas gadījumiem ir nepieciešama juridiska noformēšana." Pacienta piekrišana tiek prasīta tikai tad, kad viņš/viņa jau ir spējīgs to sniegt (parasti tas notiekot vienas vai divu nedēļu laikā). Ja nav iespējas panākt adekvātu kontaktu ar pacientu un konstatēt racionālas gribas izpausmes, hospitalizācijai neesot nepieciešama juridiska noformēšana. Tāpat arī atsevišķas tiesas uzskata, ka "lēmums par pacienta ievietošanu ārstniecības iestādē būtu jāpieņem ārstu konsilijam, savukārt, lai ievērotu pacienta tiesības, likumā var paredzēt psihiatru konsilija lēmuma pārsūdzēšanas tiesības tiesā, ja persona to vēlas". Atsevišķas tiesas tāpat neuzskata, ka būtu nepieciešama vairākkārtēja, atkārtota konsilija lēmuma apstiprināšana ar tiesas lēmumu smagi slimiem pacientiem, kuri ar psihiskiem traucējumiem slimo ilgstoši, no bērnības, vai pat neārstējami.

Pievērsoties jautājumam, kādēļ ar Ārstniecības likuma 68. panta grozījumiem lēmuma pieņemšanā par personas stacionēšanu psihiatriskajā slimnīcā bez tās piekrišanas bija nepieciešams iesaistīt tiesas, pirmām kārtām ir jākonstatē, kādas tiesības tiek ierobežotas, nosakot personai šādu ārstēšanos. Eiropas Cilvēktiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencijas (kas ir saistoša arī Latvijai) 5. pants garantē ikvienai personai tiesības uz brīvību. Minētais pants nosaka: "Ikvienam ir tiesības uz brīvību un drošību. Nevienam nedrīkst atņemt brīvību, izņemot sekojošos gadījumos un likumā noteiktā kārtībā."

No Konvencijas 5. panta izriet, ka, lai gan tiesības uz brīvību ir garantētas ikvienai personai, tās nav absolūtas un atsevišķos gadījumos var tikt ierobežotas. Lai indivīda tiesības uz brīvību tiktu ierobežotas, nepārkāpjot tā cilvēktiesības, ir jāievēro vairāki kritēriji. Pirmkārt, ierobežojumam ir jābūt norādītam Konvencijas 5. pantā, otrkārt, tam ir jābūt noteiktam nacionālā likumā. Attiecībā uz personu, kura tiek stacionēta psihiatriskajā slimnīcā bez tās piekrišanas, ir piemērojams Konvencijas 5. panta pirmās daļas (e) punkts, kurš nosaka: personas brīvību var ierobežot, *“ja likumīgi tiek aizturētas personas ar nolūku aizkavēt infekcijas slimību izplatīšanos, vai garīgi slimas personas, alkoholiķi vai narkomāni, vai klaidoņi”*.

No iepriekšminētā var secināt, ka personas ievietošana psihoneiroloģiskajā slimnīcā bez tās piekrišanas ir minētās personas tiesību uz brīvību ierobežojums. Uz jebkuru 5. panta pirmajā daļā noteikto tiesību uz brīvību ierobežošanas gadījumu attiecas Konvencijas 5. panta otrajā, ceturtajā un piektajā daļā paredzētās garantijas:

2) “Ikvienu aizturētu personu nekavējoties jāinformē viņam saprotamā valodā par aizturēšanas iemesliem un par jebkuru viņam izvirzīto apsūdzību.

4) Jebkura persona, kurai aizturot vai apcietinot atņemta brīvība, var griezties tiesā, kas nekavējoties lemj par viņas aizturēšanas likumību, un nolemj viņu atbrīvot, ja aizturēšana nav bijusi likumīga.

5) Ikvienai personai, kas aizturēta vai apcietināta pretēji šī panta nosacījumiem, ir jābūt nodrošinātām tiesībām uz kompensāciju.

Kā redzams no 5. panta ceturtais daļas, ikvienai personai, kurai ir ierobežotas tiesības uz brīvību, ir jānodrošina tiesības vērsties tiesā, kas lemtu par viņas aizturēšanas likumību. Eiropas Cilvēktiesību tiesa vairākās lietās ir norādījusi, ka 5. panta ceturtais daļas pamatgarantija ir, *“ka aizturētajai personai ir nodrošinātas tiesības aktīvi meklēt savas aizturēšanas likumības pārskatīšanu”*.²⁰ Pieejai tiesai nevajadzētu būt atkarīgai no aizturošās autoritātes *“labās gribas”*; pacientam ir jābūt tiesībām meklēt aizturēšanas likumības pārskatīšanu pēc paša ierosmes.²¹ *“Šāda aizturēšanas pārskatīšanas garantija nav apelācijas sūdzība, bet procesuālo un pamata apstākļu izvērtēšana, kam ir būtiska nozīme, lai nodrošinātu likumīgu brīvības ierobežošanu, un tas satur nozīmīgu aizsargmehānismu pret patvaļīgu brīvības ierobežošanu”*.²² Šādas garantijas attiecas ne tikai uz tiem pacientiem, kuri aktīvi pretojas ievietošanai psihiatriskajā slimnīcā, bet arī uz tiem, kas nav spējīgi paust savu viedokli un pat nepretojas stacionēšanai. Visi tie pacienti, kas nav snieguši skaidru piekrišanu ievietošanai psihiatriskajā slimnīcā, ir jāuzskata par stacionētiem pret to gribu, un uz tiem ir jāattiecināta Konvencijas 5. panta nosacījumi, kas paredz ārstu konsilija lēmuma pārskatīšanu tiesā.²³

20 ECT 2004. gada 24. marta spriedums lietā Rakevich v. Russia, Nr. 58973/00, para. 43.

21 Skatīt, piemēram, Eiropas Cilvēktiesību tiesas spriedumus lietās Gorshkov v. Ukraine, ECtHR, Nr. 67531/01, 08.02.2006 vai Rakevich v. Russia, Nr. 58973/00, 24.03.2004, para. 44.

22 ECT 1996. gada 15. novembra spriedums lietā Chahal v. UK, Nr. 22414/93, para. 127.

23 Skatīt ECT 2005. gada 5. janvāra spriedumu lieta H.L. v. UK, Nr. 45508/99.

Līdzās tiesībām uz pieeju tiesai 5. panta ceturtais daļa tāpat pieprasa, lai tiktu nodrošināta regulāra lietas apstākļu pārskatīšana, jo *“aizturēšana, kas ir likumīga un nav patvaļīga īstenota, var kļūt patvaļīga pēc noteikta laika bez atbilstoša attaisnojuma”*.²⁴ Tas ir jo īpaši svarīgi attiecībā uz personām ar garīgiem traucējumiem, ņemot vērā pastāvošo izpratni, ka garīga rakstura traucējumi ir mainīgs stāvoklis.²⁵ Eiropas Cilvēktiesību tiesa nav noteikusi, cik bieži ir jānodrošina periodiska personas statusa pārskatīšana. No Tiesas prakses izriet, ka lietās, kurās ir līdzīgi pārskatīšanas laika intervāli, Tiesa var pieņemt dažādus lēmumus. Tas izskaidrojams ar to, ka nozīme ir ne tikai laika apjomam, bet arī citiem lietas apstākļiem, piemēram, tādiem kā *“nacionālo autoritāšu rūpība, kā arī jebkādi kavējumi, kurus ir veicinājuši aizturētās personas uzvedība”*.²⁶ Jāatzīmē gan, ka ar šādiem kavējumiem ir jāsaprot aizturētās personas īstenotas dažādas juridiskas vai kādas citādas darbības, kas veicinātu lietas novilcināšanu, bet ne aizturētās personas uzvedība, kas ir saistīta ar garīga rakstura traucējumiem. ECT vairākkārt ir skatījusi lietas, kuras ir saistītas ar periodiskiem personas statusa pārskatīšanas termiņiem. Kā vienu no piemēriem var minēt lietu *Herzegfalvy* pret Austriju, kurā pirmie divi pārskatīšanas lēmumi tika pieņemti ar 15 mēnešu un 2 gadu starpību. ECT neuzskatīja, ka šāda laika intervāli atbilstu saprātīgam termiņa nodrošinājumam.²⁷

Kopumā, izvērtējot visu iepriekšminēto, var secināt, ka Ārstniecības likuma 68. panta grozījumu galvenais mērķis bija nodrošināt Latvijas normatīvā regulējuma atbilstību starptautiskajiem cilvēktiesību standartiem. Paredzot likumā ārstu konsiliju lēmumu regulāru pārskatīšanu tiesā, ir nodrošinātas personas tiesības uz aizturēšanas likumības pārskatīšanu tiesā, kas ir garantētas ar Konvencijas 5. pantu, kā arī citiem starptautiskajiem cilvēktiesību dokumentiem. Konvencijas 5. pants neparedz izņēmumus attiecībā uz ilgstoši slimām personām vai personām, kuru veselības stāvoklis liedz pieņemt adekvātus lēmumus, saistībā ar to ārstēšanu. Šādos gadījumos tiesai ir jo īpaši liela nozīme personas tiesību aizsardzībā, ņemot vērā pacienta nespēju pašam definēt un aizsargāt savas intereses. Šāda aizsardzība ir nepieciešama arī ilgstošas ārstēšanās gadījumos, jo, kā jau minēts, personas tiesību uz brīvību ierobežojums var kļūt prettiesisks, ja netiek nodrošināta periodiska šī statusa pārskatīšana. Ja minētās garantijas personai netiek nodrošinātas, tiek pārkāptas personas tiesības uz brīvību, un saskaņā ar Konvencijas 5. panta piekto daļu, personai, kas ir aizturēta pretēji 5. panta nosacījumiem, ir jābūt nodrošinātām tiesībām uz kompensāciju. Ņemot vērā valstī pašreizējo sarežģīto finanslielo situāciju, Ārstniecības likuma 68. panta piemērotājiem būtu rūpīgi jāapsver, vai psihiatriskās palīdzības sniegšana bez personas piekrišanas šobrīd tiek īstenota saskaņā ar Konvencijas 5. pantu.

24 Nowak, M., U.N. Covenant on Civil and Political Rights. CCPR Commentary (2nd revised edn N.P. Engel Publisher, Kehl, Germany 2005) p. 226.

25 Winterwerp v Netherlands (App no 6301/73) (1979) A/33, 2 EHRR 387 para. 55.

26 ECT 1990. gada 29. augusta spriedums lietā E. v. Norway, ECtHR, No. 11701/85, para. 84.

27 ECT 1992. gada 24. septembra spriedums lietā Herczegfalvy v. Austria, ECtHR, No. 10533/83, paras. 75—78.

Cilvēktiesībām atbilstoša tiesas procesa nodrošināšana

Iestāžu sniegtās atbildes atspoguļoja ne tikai jautājumus par tiesas procesa nepieciešamību. Vairākas problēmas, kā arī neskaidrības tika saistītas ar pašu procesa norisi. Šajā rakstā uzmanība tiks vērsta uz diviem identificētiem problēmjautājumiem: pacienta piedalīšanās (loma) procesā un valsts nozīmētā pārstāvja advokāta pasivitāte tiesas procesa laikā.

Tiesneši atbildes vēstulēs vairākkārt pieminēja grūtības, kuras sagādā komunikācija ar pacientu tiesas sēdes zālē. Atsevišķi tiesneši informēja, ka tiem trūkst speciālu zināšanu pacienta iztaujāšanai un uzklaušīšanai, kā arī izpratnes par jautājumiem, kas var veicināt pacientu agresivitāti.²⁸ Minēto problēmu atzina arī ārsti, norādot, ka "tiesa parasti uzdod jautājumus pacientiem par viņu domām par ārstēšanās nepieciešamību, taču jautājumi satrauc pacientu un var saasināt viņa slimību".²⁹ Arī Tiesībsargs savā viedoklī norādīja uz pacientu saņemtajām sūdzībām, ka tiesas laikā tiesneši nelabprāt iztaujā pacientu un pārsvarā procesa laikā tiek uzrunāti ārsti — eksperti, kā arī pieaicinātie pārstāvji vai aizstāvji.³⁰ Kopumā ārsti pauda viedokli, ka "tiesas nepietiekoši izprot pacienta psihiskās veselības stāvokli".³¹

Savukārt attiecībā uz valsts nozīmētā pārstāvja advokāta pasivitāti tiesas procesa laikā Tiesībsarga birojs norādīja, ka personas bieži vēršas birojā ar sūdzībām par advokātu attieksmi. Izvērtējot attiecīgos individuālos iesniegumus, Tiesībsargs ir konstatējis, ka "pacienta aizstāvis bieži vien savus pienākumus pilda formāli, atstājot lēmuma pieņemšanu tikai tiesneša kompetencē".³²

Iepriekš analizējot, kādēļ ir nepieciešams pārskatīt ārstu konsiliju lēmumus tiesā, tika konstatēts, ka šādas garantijas izriet no Konvencijas 5. panta, kas aizsargā personas tiesības uz brīvību. Kā jau minēts, pieejas garantēšana tiesai ir vitāli svarīgs solis, lai nodrošinātu aizsargmehānismu likumīgai aizturēšanai, taču ar to vien nav pietiekami, lai personas tiesību uz brīvību ierobežojums nepārkāptu Konvencijas 5. panta ceturto daļu. Minētais pants paredz arī vairākas procesuālas garantijas, kuras ir jāievēro tiesas procesa laikā.

Kādas tad ir šīs procesuālās garantijas, kuras izriet no Konvencijas 5. panta? Eiropas Cilvēktiesību tiesa ir noteikusi, ka "tiesas process, kurš ir iekļauts 5.panta ceturtajā daļā, nepieprasa vienmēr ievērot

tādas pašas garantijas, kuras izriet no Konvencijas 6. panta attiecībā uz civil un kriminālprocesiem".³³ Tai pašā laikā, tiesības uz pieeju tiesai piešķir individam "garantijas, kas ir atbilstošas konkrētajam brīvības atņemšanas veidam".³⁴ Lietā Winterwerps pret Nīderlandi ECT īpaši uzsver, ka "garīga slimība var būt par iemeslu šādu tiesību ierobežojumam vai īstenošanas veida pielāgošanai, bet tas nevar būt par attaisnojumu, lai ierobežotu šīs tiesības pašā to būtībā".³⁵ Tādējādi tiesas procesā ir jābūt nodrošinātām vismaz pašām minimālākajām garantijām, kuras ECT Winterwerpa lietā tika definētas kā indivīda tiesības pašam piedalīties savā lietā, būt tiesneša uzklaušītam, kā arī tiesības apstrīdēt medicīniskos un sociālos pierādījumus.³⁶

Īpašas prasības no 5. panta ceturtais daļas izriet arī attiecībā uz personai valsts nodrošinātā advokāta darba kvalitāti. Pirmkārt, šādam advokātam noteikti ir jāpiedalās tiesas procesā un jāpārstāv personas intereses. Otrkārt, šādi aizstāvībai ir jābūt efektīvai, nevis tikai formālai. ECT spriedumā M. Pereira pret Portugāli Tiesa konstatēja Konvencijas 5. panta ceturtais daļas pārkāpumu, pamatojoties uz personai nozīmētā advokāta pasivitāti. Tiesa konstatēja, ka, lai gan advokāts minētajā lietā bija nozīmēts no pašas lietas sākuma, viņam faktiski lietā nebija nekādas nozīmes.³⁷ Tiesa uzskatīja, ka valstij bija jānodrošina efektīva aizstāvība, kaut arī pats M. Pereira iepriekš bija apguvis jurista profesiju un darbojies tajā.

Tātad var secināt, ka Konvencijas 5. pants pieprasa personas aktīvu un efektīvu iesaistīšanos tiesas procesā, kas skar viņas brīvības ierobežojumu. Nav noliedzams, ka izteikti garīga rakstura traucējumi apgrūtina tiesas sēdes procesa norisi atbilstoši vispārpieņemtiem cilvēktiesību principiem. Šādu apstākli, kā jau iepriekš minēts, ir atzinusi arī Eiropas Cilvēktiesību tiesa. Taču svarīgi ir ņemt vērā Tiesas norādīto, ka jātiek nodrošinātām vismaz pašām minimālākajām garantijām. Tādējādi var diskutēt par jautājumiem, kā nodrošināt efektīvāku šādu tiesību realizāciju, taču nav pieļaujams, ka pacientam būtu liegtas tiesības piedalīties tiesas sēdē, tikt tiesneša uzklaušītam, kā arī iesaistīties diskusijās attiecībā uz tiesas sēdē izskatāmajiem pierādījumiem (jo īpaši medicīniskiem). Jebkādi argumenti par ārstu un tiesnešu nespēju savstarpēji sadarboties, lai šādas iespējas personai nodrošinātu, nebūs pietiekami iemesli, lai attaisnotu personas procesuālo tiesību ierobežojumus un būtu uzskatāmi par personas tiesību uz brīvību pārkāpumu.

28 Jelgavas tiesas viedoklis, 14.08.2009, Nr. 1 — 18/188. Pieejams RC "Zelda".

29 Slimnīcas "Gintermuiža" sniegtais viedoklis, 03.06.2009, Nr. 1 — 10/818. Pieejams RC "Zelda".

30 LR Tiesībsarga sniegtais viedoklis 05.06.2009, Nr. 1 — 5/153. Pieejams RC "Zelda".

31 "Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centra" sniegtais viedoklis 22.10.2009, Nr. 01 — 09/10054. Pieejams RC "Zelda".

32 LR Tiesībsarga sniegtais viedoklis 05.06.2009, Nr. 1 — 5/153. Pieejams RC "Zelda".

33 ECT 2009. gada 19. februāra spriedums lietā A. and Others v. UK, Nr. 3455/05, para. 203.

34 Turpat.

35 Winterwerp v. the Netherlands, op. cit., para. 60.

36 Turpat.

37 ECT 2002. gada 26. maija spriedums lietā M. Pereira v. Portugal, Nr. 44872/98, para. 54—63.

Eiropas Cilvēktiesību tiesas spriedums lietā Salontaji-Drobnjak pret Serbiju³⁸

Anete Erdmane, RC "ZELDA" juriste

2009. gada 13. oktobrī Eiropas Cilvēktiesību tiesa (ECT) pieņēma lēmumu lietā Salontaji-Drobnjak pret Serbiju. Kaut arī minēto spriedumu ECT nav klasificējusi kā vienu no primārajiem Tiesas prakses gadījumiem, kas nozīmīgi mainītu vai papildinātu ECT judikatūru, tam ir vērts pievērst uzmanību, jo tajā atspoguļotās problēmas bieži ir konstatējamas arī Latvijā, piemēram, valsts norīkotā advokāta pasivitāte rīcībnespējas tiesas procesa laikā, attiecīgās personas neaicināšana uz tiesas sēdi, norādot, ka šāda piedalīšanās nebūtu "mērķtiecīga", kā arī personas rīcībnespējas nepamatota ierobežošana, nenodrošinot periodisku šī ierobežojuma pārskatīšanu.

Lietas apstākļu apkopojums

Rīcībnespējas ierobežošana

Kopš 1973. gada iesniedzējs bija vērsies pilsētas tiesā ar aptuveni 200 prasības pieteikumiem pret savu darba devēju, tā vadību, kā arī pret vairākām privātpersonām un valdības amatpersonām, apsūdzot tos dažādos pārkāpumos, aizvainojumos, kā arī nelikumīgās rīcībās. Viņš iesniedza arī vairākas sūdzības krimināltiesā ar tādiem pašiem pamatojumiem.

1996. gada augustā pēc uzbrukuma darba devējam medicīnas eksperti iesniedzējam konstatēja garīgu saslimstību (paranoīdu šizofrēniju) un, izsakot bažas, ka iesniedzējs varētu atkārtot uzbrukumu, eksperti ieteica nozīmēt iesniedzējam piespiedu ārstēšanu psihiatriskajā slimnīcā. 1996. gada novembrī otra medicīnas ekspertu komisija konstatēja, ka iesniedzējs ir emocionāli nestabila personība, robežstāvokļa tips, taču nerada agresijas draudus un norādīja, ka viņam nav nepieciešama ārstēšanās psihiatriskajā iestādē.

2002. gada martā pēc Novi Sad apgabaltiesas un Serbijas Augstākās tiesas lūgumiem, kuras vairākkārt bija saskārušās ar iesniedzēja prasības pieteikumiem, Vrbas rajona tiesa ieteica vietējam Sociālās aprūpes centram³⁹ oficiāli pieprasīt ierosināt procesu par rīcībnespējas ierobežošanu iesniedzējam. 2002. gada 18. martā Sociālās aprūpes centrs piekrita Vrbas rajona tiesas ieteikumam. Rajona tiesa ierosināja lietu un nozīmēja iesniedzējam tiesu psihiatrisko ekspertīzi, norādot: "ņemot vērā, ka iesniedzējs ir iesaistījies tik daudzās tiesvedības lietās un ka šo lietu skaits strauji pieaug, tiesas interesēs ir izvērtēt iesniedzēja spējas pieņemt lēmumus".⁴⁰

³⁸ Pilns sprieduma teksts angļu valodā ir pieejams RC "ZELDA" mājas lapas www.zelda.org.lv/Resursu_sadaja.

³⁹ Minētās lietas ietvaros "Sociālās aprūpes centrs" ir pielīdzināms bāriņtiesas institūtam Latvijas kontekstā.

⁴⁰ ECT 2009. gada 13. oktobra spriedums lietā Salontaji-Drobnjak v. Serbia, Nr.36500/05, 21. paragrāfs.

2003. gadā tika ierosināts iesniedzēja darba devēja maksātspējas process un ar iesniedzēju tika pārtrauktas darba attiecības.

Vairākkārt atsakoties piedalīties un pārsūdzot tiesas lēmumus par ekspertīzes noteikšanu, 2004. gada 7. decembrī iesniedzējs beidzot piekrita piedalīties tiesu psihiatriskajā ekspertīzē, panākot, ka ekspertīzē piedalās arī tiesnesis. 2004. gada 24. decembrī Novi Sad Psihiatriskais institūts secināja, ka iesniedzējs cieš no tiesāšanās paranojas un ieteica ierobežot viņa rīcībnespēju. Eksperti norādīja uz neskaitāmajiem tiesas procesiem, kurus iesniedzējs ir lūdzis ierosināt, uz viņa iesniegtajām sūdzībām, krimināllietu, kas pret viņu tika ierosināta 1996. gadā, draudiem, kurus viņš izteica tiesas personālam 2004. gadā, kā arī parādiem, kuri iesniedzējam radušies sakarā ar tiesāšanās izdevumiem.

2005. gada 22. februārī notika tiesas sēde, kurā iesniedzējs nepiedalījās, jo bija jau aizturēts pret viņu bija ierosinātas citas krimināllietas ietvaros. Iesniedzēja ieceltais pārstāvis S.N. ieradās uz tiesas sēdi, bet viņam tika liegta ieeja tiesas sēdes zālē. Tā vietā iesniedzēju pārstāvēja M.G., Sociālās aprūpes centra jurists, kurš bija nozīmēts pārstāvēt iesniedzēja intereses. No lietas apstākļiem izriet, ka iesniedzējs nekad nebija saticis M.G., kā arī nebija informēts par viņas darbošanos kā iesniedzēja pārstāvi. Šajā pašā dienā tiesa nolēma, ka iesniedzējam ir daļēji jāierobežo rīcībnespēja. Tiesa precizēja, ka iesniedzēja rīcībnespēja iesaistīties tiesvedības procesos, lemt par savu ārstēšanu, kā arī apieties ar lielām naudas summām ir jāierobežo. Tiesa paļāvās uz Novi Sad Psihiatriskā institūta atzinumu, kā arī atsaucās uz 1996. gada ekspertu atzinumiem. Visbeidzot tiesa norādīja, ka nav nepieciešams uzklaut iesniedzēju pašu, jo, ņemot vērā psihiatriskos pierādījumus, tas nebūtu lietderīgi, kā to nosaka Bezstrīdus tiesvedības likuma (*Non-contentious Proceedings Act*) 36. panta otrā daļa. Lietas materiālos nav pierādījumu, ka M.G. būtu apstrīdējis šo spriedumu vai Novi Sad Psihiatriskā Institūta atzinumu.

2005. gada 24. martā iesniedzējs iesniedza apelācijas sūdzību, norādot, ka tiesas process ir bijis prettiesisks. Iesniedzējam nelabvēlīgus spriedumus pieņēma gan apgabaltiesa, gan augstākā tiesa (2006. gada 28. februārī).

Mēģinājumi atjaunot rīcībnespēju

2005. gada 7. jūnijā iesniedzējs vērsās ar pieteikumu Vrbas rajona tiesā, lūdzot pilnā apmērā atjaunot viņa rīcībnespēju. Tiesas darbinieks tomēr atteicās to pieņemt, atsaucoties uz iekšēju normatīvo aktu, kuru bija izdevis tiesas priekšsēdētāja vietnieks, kas liedza pieņemt jebkādas pieteikumus no iesniedzēja līdz brīdim, kamēr viņam tiks iecelts aizgādnis.

2005. gada 13. jūnijā Sociālās aprūpes centrs iecēla iesniedzējam aizgādni — viņa dēlu I.S. Sociālās aprūpes centrs precizēja, ka, lai aizgādnis varētu veikt sava aizbilstamā labā kādu no “ierobežotajām darbībām”, viņam ir nepieciešams saņemt Sociālā aprūpes centra piekrišanu.

2005. gada 23. jūnijā I.S. vērsās rajona tiesā, lūdzot atjaunot iesniedzējam rīcībspēju pilnā apmērā. 2005. gada 12. decembrī Sociālās aprūpes centrs norādīja, ka neatbalsta minētā pieteikuma iesniegšanu tiesā. 2005. gada 23. septembrī tiesa noraidīja prasību, norādot, ka I.S. nevar iesniegt prasību bez Sociālās aprūpes centra piekrišanas.

2006. gada 30. martā iesniedzējs vērsās Sociālās aprūpes centrā, lūdzot ierosināt lietu par viņa rīcībspējas pilnu atjaunošanu. 2006. gada 20. aprīlī Sociālās aprūpes centrs noraidīja iesniedzēja lūgumu, norādot, ka iesniedzēja rīcībspēja ir ierobežota un tādējādi viņam nav tiesību personīgi iesniegt jebkādas lūgumus.

Gan iesniedzējs, gan viņa pārstāvis vairākas reizes turpināja vērsties tiesā un Sociālās aprūpes centrā, taču visi viņu iesniegumi tika noraidīti.

Juridiskais pamatojums

Iespējamais Konvencijas 6. panta pirmās daļas pārkāpums

Tiesību uz taisnīga tiesas procesa pārkāpums

Iesniedzējs norādīja, ka tiesas procesi, saistīti ar viņa rīcībspēju, pārkāpa viņa tiesības uz taisnīgu tiesu, kas izriet no Konvencijas 6. panta pirmās daļas. Iesniedzējs tāpat apgalvoja, ka tika pārkāptas viņa tiesības uz pieeju tiesai attiecībā uz iespēju vērsties tiesā par pilnu viņa rīcībspējas atjaunošanu.

Konvencijas 6. panta pirmā daļa nosaka: *“Ikvienam ir tiesības, nosakot civilo tiesību un pienākumu vai viņam izvirzītās apsūdzības krimināllietā pamatotību, uz taisnīgu un atklātu lietas savlaicīgu izskatīšanu neatkarīgā un objektīvā ar likumu noteiktā tiesā.”*

Attiecībā uz minēto iesniedzēja sūdzību Eiropas Cilvēktiesību tiesa norādīja: “Lielākajā daļā iepriekšējo lietu, kas skar “garīgi slimas personas”, tiesas procesi lielākoties bija saistīti ar personu aizturēšanu un attiecīgi tika izvērtēti Konvencijas 5. panta kontekstā. Taču Tiesa ir vairākkārt uzsvērusi, ka “procesuālās” garantijas, kas ir aizsargātas ar Konvencijas 5. panta pirmo un ceturto daļu ir ļoti līdzīgas tām, kuras aizsargā Konvencijas 6. panta pirmā daļa. Tādējādi, izvērtējot, vai tiesas process bija taisnīgs, Tiesa izvērtēs tās praksi gan Konvencijas 5. panta ceturtās daļas, gan 6. panta pirmās daļas ietvaros”. Tiesa tāpat puda viedokli, ka Konvencijas 6. panta pirmās daļas kontekstā nacionālajām tiesām lietās, kas skar personas ar garīga rakstura traucējumiem, ir samērā plaša rīcības brīvība noteikt zināmus ierobežojumus. Taču šādi pasākumi nedrīkst ierobežot pašu tiesību uz taisnīgu tiesu būtību.⁴¹

41 Skatīt 124.—126.paragrāfu.

Konkrētās lietas ietvaros ECT, pirmkārt, atzīmēja, ka iesniedzējam bija liegta iespēja piedalīties tiesas sēdē un personīgi apstrīdēt ekspertu atzinumu, kas ieteica daļēji ierobežot viņa rīcībspēju. Otrkārt, rajona tiesa, pamatojot savu lēmumu, bija norādījusi tikai to, ka iesniedzēja piedalīšanās nebūtu “mērķtiecīga”, nenorādot nekādus papildu iemeslus, un atsaucās uz nacionālo likumu, kas regulē minēto jautājumu tikai ļoti plašos vilcienos. Treškārt, iesniedzēja piedalīšanās tiesas sēdē nevarēja liegt, balstoties uz patvaļīgu “nelietderīguma” pieņēmumu. Visbeidzot, lai gan iesniedzējam bija nozīmēts valsts apmaksāts jurists, kas pārstāvēja viņu tiesas sēdē, viņam nebija iespēju to satikt vai sniegt norādījumus par to, kā būtu jāvada viņa aizstāvība.

Ņemot vērā visu iepriekšminēto, ECT, izvērtējot visu tiesas procesu kopumā, secināja, ka tas neatbilda taisnīga tiesas procesa kritērijiem. Attiecīgi ECT konstatēja Konvencijas 6. panta pirmās daļas pārkāpumu.⁴²

Tiesību uz pieeju tiesai pārkāpums (procesā par rīcībspējas atjaunošanu)

“1975. gada 21. februāra lietā *Golder pret Lielbritāniju* ECT noteica, ka Konvencijas 6. panta pirmā daļa nodrošina ikviena tiesības vērsties tiesā ar sūdzību par jebkuru jautājumu, kas skar personas civiltiesības un pienākumus. Uz šīm tiesībām uz pieeju tiesai var atsaukties ikviens, kurš uzskata, ka iesaistīšanās viņa civiltiesību īstenošanā ir bijusi prettiesiska un, ka attiecīgajai personai par pārkāpumu nav bijusi iespēja vērsties tiesā, atbilstoši 6. panta pirmās daļas nosacījumiem.

Neapšaubāmi, tiesības uz pieeju tiesai nav absolūtas un tās var tikt pakļautas zināmiem ierobežojumiem, kurus nosakot dalībvalstis būda samērā plašu rīcības brīvību. Neraugoties uz to, noteiktie ierobežojumi nedrīkst būtu tāda apmēra un veida, kas liegtu īstenot tiesības uz taisnīgu tiesu pašā to būtībā. Tāpat ierobežojums būs neatbilstošs Konvencijas 6. panta pirmajai daļai, ja tam nebūs leģitīma mērķa un ja izvēlētie līdzekļi nebūs samērīgi ar sasniedzamo rezultātu.”

Attiecībā uz konkrēto lietu ECT konstatēja, ka, “pat pieņemot, ka iesniedzēja tiesības uz pieeju tiesai tika ierobežotas pilnībā saskaņā ar atbilstošu nacionālo likumu un paredzēja leģitīmu mērķi, Tiesa tomēr uzskata, ka ierobežojums ir bijis nesamērīgs. Pirmkārt, lai gan iesniedzējs un viņa aizgādnis bija iesnieguši vairākus atbilstošus pieprasījumus, pēc četriem gadiem nacionālā tiesa vēl nebija sākusi pēc būtības izvērtēt rīcībspējas atjaunošanu iespēju iesniedzējam. Otrkārt, šo četru gadu laikā, neņemot vērā tikai samērā pavisai Sociālās aprūpes centra īstenoto iesniedzēja veselības pārbaudi divos atsevišķos gadījumos, iesniedzējam netika veikta neviena visaptveroša psihiatriskā ekspertīze”. Visbeidzot, ECT konstatēja, ka nacionālie likumi neparedz iesniedzēja veselības stāvokļa periodisku pārskatīšanu.

Iepriekšminētie apsvērumi bija pietiekami, lai Tiesa varētu konstatēt, ka iesniedzēja tiesības uz pieeju tiesai pašā būtībā ir bijusi ierobežota.

42 Skatīt 127.—128.paragrāfu.

Attiecīgi Tiesa nosprieda, ka ir noticis Konvencijas 6. panta pirmās daļas pārkāpums.⁴³

Iespējamais Konvencijas 8. panta pārkāpums

Iesniedzējs pieteikumā tāpat apgalvoja, ka saskaņā ar Konvencijas 8. pantu viņa rīcībspējas ierobežošana bija nesamērīga un attiecīgi pārkāptas viņa tiesības uz privātās dzīves neaizskaramību. Viņš uzsvera, ka neskaitāmie tiesas pieteikumi, kurus viņš iesniedza, nebija pietiekams iemesls, lai ierobežotu viņa rīcībspēju. Pat, ja attiecīgajā situācijā bija nepieciešams aizsargāt sabiedriskās intereses, to varēja izdarīt ar mazāk ierobežojošiem līdzekļiem.

Konvencijas 8. pants nosaka:

1. *Ikvienam ir tiesības uz savas privātās un ģimenes dzīves, dzīvokļa un sarakstes neaizskaramību.*
2. *Publiskās institūcijas nedrīkst traucēt nevienam baudīt šīs tiesības, izņemot gadījumus, kas ir paredzēti likumā un ir nepieciešami demokrātiskā sabiedrībā, lai aizsargātu valsts vai sabiedrisko drošību vai valsts ekonomiskās labklājības intereses, lai nepieļautu nekārtības vai noziegumus, lai aizsargātu veselību vai tikumību, vai lai aizstāvētu citu tiesības un brīvības.*

Izvērtējot iesniedzēja sūdzības pamatotību, ECT atgādināja pamatprincipus, kas ir saistīti ar Konvencijas 8. panta piemērošanu. Tiesa norādīja, ka "jebkāda ierobežošana personas tiesībās uz privātās dzīves neaizskaramību ir 8. panta pārkāpums, ja vien tā nav "saskaņā ar likumu", nesasniedz vienu vai vairākus leģitīmus mērķus saskaņā ar 2. punktu un nav "nepieciešama demokrātiskā sabiedrībā" tādējādi, ka šāda ierobežošana ir samērīga ar sasniedzamajiem mērķiem. Jo īpaši svarīgi ir nacionālajām autoritātēm atrast taisnīgu robežu starp garīgi slimu personu interesēm un citām iesaistītajām likumīgajām interesēm. Tomēr pamatprincips ir, ka tādos sarežģītos jautājumos kā rīcībspējas novērtēšana valstīm būtu jābauda plaša rīcības brīvība. Lielākoties tas ir izskaidrojams ar to, ka nacionālajām varas iestādēm ir priekšrocības izveidot tiešu kontaktu ar attiecīgajām personām, un tādējādi tās atrodas labvēlīgākā stāvoklī, lai izvērtētu konkrēto situāciju. ECT loma drīzāk ir izvērtēt nacionālo autoritāšu pieņemtus lēmumus, īstenojot tām piešķirto varu (pilnvaras).

Nacionālo iestāžu rīcības brīvības apjoms ir atkarīgs no iesaistīto interešu svarīguma. Striktāka pārbaude būs vērsta attiecībā uz nopietnākiem privātās dzīves ierobežojumiem. Tiesa atkārtoti norāda, ka, lai gan Konvencijas 8. pants neparedz skaidri formulētus procesuālus noteikumus, "lēmuma pieņemšanas procesam, kas ir saistīts ar ierobežošanu privātajā dzīvē, ir jābūt taisnīgam un jānodrošina ar 8. pantu aizsargāto interešu ievērošana". Valsts rīcības brīvības apjoms tādējādi ir atkarīgs no lēmuma pieņemšanas procesa kvalitātes. Ja

⁴³ Skatīt 132.—135. paragrāfu.

process attiecībā uz kādu jautājumu ir bijis nozīmīgi nepilnīgs, nacionālo autoritāšu secinājumi ir lielākā apmērā pakļauti kritikai.⁴⁴

Atgriežoties pie izskatāmās lietas, Tiesa atzīmēja, ka "iesniedzēja rīcībspējas ierobežošana neapšaubāmi ir ierobežojums viņa privātajā dzīvē. Pat pieņemot, ka šāda ierobežošana bija pamatota ar likumu un ka nacionālās autoritātes ir rīkojušās saskaņā ar leģitīmu mērķi, Tiesa uzskata, ka autoritāšu piemērotie līdzekļi nebija samērīgi ar sasniedzamo mērķi. Jo īpaši ņemot vērā, ka, lai gan iesniedzēja rīcībspējas ierobežošana ir bijusi ļoti nopietna (liedzot viņam neatkarīgi piedalīties tiesvedības procesos, pieteikties invaliditātes pensijai, izlemt par savu ārstēšanu vai pat saņemt aizdevumu), procesam, kura rezultātā nacionālās tiesas pieņēma šādu lēmumu, pamatos bija būtiski trūkumi. Turklāt četrus gadus vēlāk, neskatoties uz atkārtotiem lūgumiem, iesniedzēja rīcībspējas atjaunošanas izvērtēšana vēl nebija uzsākta. Visbeidzot, Tiesa atzīmē, ka tiesu sistēmai ir jāatļauj aizsargāt sevi no uzmācīgiem prasību iesniedzējiem un uzturētājiem, taču uzskata, ka tas ir nacionālo autoritāšu uzdevums radīt efektīvus tiesiskus mehānismus, kas nodarbotos ar šādām iesniedzēju sūdzībām, neiesaistot tādas papildu metodes, kas iespaidotu iesniedzēju rīcībspēju".

Attiecīgi ECT konstatēja, ka ir noticis iesniedzēja tiesību uz privātās dzīves neaizskaramību pārkāpums.⁴⁵ Pamatojoties uz konstatētajiem Konvencijas 6. un 8. panta pārkāpumiem, ECT nosprieda, ka Serbijai ir pienākums izmaksāt iesniedzējam 12 000 eiro lielu morālo kompensāciju, kā arī segt tiesāšanās izdevumus 3000 eiro apmērā.

Secinājumi

1. Analizētā ECT lieta ir atspoguļojusi vairākus aspektus, kas saistīti ar rīcībspējas ierobežošanas procesu. Viens no nozīmīgākajiem jautājumiem, kuru ir vērts nopietni izvērtēt arī Latvijas kontekstā, skar personas, pret kurām ir ierosināts tiesas process par rīcībspējas ierobežošanu, neļaujot personīgi piedalīties tiesas sēdēs. Salontaji-Drobnjak pret Serbiju lietā ECT ir skaidri paudusi viedokli, ka, liedzot personai iespēju piedalīties tiesas sēdē, pamatojoties uz argumentu, ka tas nebūtu mērķtiecīgi vai lietderīgi, neminot nekādus papildus iemeslus, valsts pārkāpj personas tiesības uz taisnīgu tiesu.
2. Taisnīgs tiesas process netiek nodrošināts arī tad, ja personai ir liegta iespēja satikties ar valsts nodrošināto advokātu un sniegt viņam norādījumus par to, kā būtu iztiesājama attiecīgā lieta.
3. ECT spriedumā arī norādījusi, ka nav pieļaujama situācija, ka nacionālie likumi neparedzētu rīcībspējas ierobežojuma periodisku pārskatīšanu. Šāds normatīvais regulējums, summējoties ar sarežģītu un personai nepieejamu rīcībspējas atjaunošanas procedūru, pārkāpj Konvencijas 6. panta pirmajā daļā noteiktās garantijas.

⁴⁴ Skatīt 140.—143. paragrāfu.

⁴⁵ Skatīt 144.—145. paragrāfu.

4. Visbeidzot, ECT ir uzsvērusi, ka rīcības ierobežošana ir ļoti nopietns privātās dzīves ierobežojums. Lai tas būtu samērīgs, valstij ir jāspēj rast pietiekami pamatotus argumentus, kādēļ šāds ierobežojums būtu nepieciešams. Salontaji-Drobnjak pret Serbiju lietā iesniedzējs bija vērsies ar aptuveni 200 prasības pieteikumiem pilsētas tiesā par dažādiem iespējamiem pārkāpumiem un regulāri apvainojis tiesas darbiniekus. ECT uzskatīja, ka problēmu, saistītu ar iesniedzēja ne-

beidzamajiem pieteikumiem, bija iespējams risināt citādā veidā, kas neskartu personas rīcības spēju. Minētā Tiesas norāde ir vērā ņemams kritērijs par augstajām prasībām, kādas ECT ir noteikusi attiecībā uz rīcības spējas ierobežošana. Lai līdzīga rakstura pārkāpumus ECT nekonstatētu arī lietās pret Latviju, rīcības spējas ierobežošanas un atjaunošanas procesos iesaistītajām iestādēm būtu vērts rūpīgi izvērtēt un ņemt vērā ECT ieteikumus Salontaji-Drobnjak pret Serbiju lietā.

Invaliditātes termins Apvienoto Nāciju Organizācijas Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām (ANO KPIT) skatījumā

Džeordžiana George (*Georgiana Gheorghe*) RC "ZELDA" pētniece⁴⁶

Šī raksta mērķis ir izskaidrot invaliditātes termina nozīmi Apvienoto Nāciju Organizācijas Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām (turpmāk — Konvencija/ANO KPIT) kontekstā.⁴⁷ Rakstā īsumā aplūkots, cik lielā mērā Eiropas valstu tiesību akti šajā ziņā ir saskaņā ar Konvencijas pamatā esošajām vērtībām. Valstis izvēlētas pēc kritērija sliktā prakse/labā prakse. Jāņem vērā, ka invaliditātes termina tiesiskā definīcija šajās valstīs atšķiras atkarībā no to atšķirīgiem tiesiskajiem nolūkiem.⁴⁸ Turpmāk iztirzātie likumi nav izvēlēti atbilstoši vispārīgi pieņemtiem nolūkiem. Drīzāk nejausās atlases mērķis ir uzsvērt invaliditātes modeli, kas tiek attīstīts. Raksta beigās sniegti ieteikumi par pasākumiem, kas valstīm būtu jāveic, lai sakārtotu tiesību aktus atbilstoši Konvencijas pieejai attiecībā uz invaliditāti.

Par invaliditāti tradicionāli uzskata konkrēta indivīda medicīnisku stāvokli, kaut ko tādu, kas ir jāuzlabo ar ārstēšanu vai rehabilitāciju. Atbilstoši šai pieejai jāmaina vai jāpārveido persona ar invaliditāti. Jautājums par to, kā sabiedrība veido šķēršļus personām ar invaliditāti, gandrīz nekad nav izvirzīts.

Šī uzskata alternatīva ir invaliditātes sociālais modelis, kas ir ANO KPIT pamatā. Šī pieeja atzīst, ka invaliditāte ir cilvēktiesību jautājums, un saprot to vairāk kā sociālu veidojumu, nevis kā indivīdam raksturīgu īpašību.⁴⁹ Tā uzsver esošo sabiedrisko šķēršļu — arhitektūras, tiesisku, organizatorisku vai vienkāršu aizspriedumu un naidīguma — novēršanu.

Lai gan Konvencija rosina izprast invaliditāti kā sociālu modeli, tomēr tā nepiedāvā universāli izmantojamu tiesisku invaliditātes definīciju. Taču tā nodrošina visaptverošu un mūsdienīgu pieeju attie-

cībā uz invaliditāti. Jautājums jebkurā gadījumā nav par to, vai ANO KPIT ir jāsniedz precīza invaliditātes definīcija. Acīmredzamu iemeslu dēļ atbilde ir noliedzīga. Cilvēki ar invaliditāti ir viendabīga grupa, jo "invaliditāte" ir jēdziens, kas attiecināms uz dažādiem prāta un ķermeņa stāvokļiem. Robeža starp fizisku/garīgu veselību un invaliditāti bieži vien nav skaidra un, attīstoties medicīnas zinātnei, var mainīties katru dienu.⁵⁰

Kaut gan Konvencija nesniedz precīzu "invaliditātes" vai "invalida" definīciju, tās preambulas 1. punktā ir iekļauti principi, kas paredzēti Konvencijas lietojuma izskaidrošanai. Lai arī preambula nosaka invaliditātes jēdzienisku definīciju, 1. panta mērķis ir noteikt cilvēku ar invaliditāti grupu, kas ir jāietver Konvencijā. Preambulas e) punktā norādīts, ka "invaliditātes jēdziens pastāvīgi attīstās un ka invaliditāte rodas, cilvēkiem ar nespēju saskaroties ar attieksmes un apkārtējās vides šķēršļiem, kas ierobežo vienlīdzīgas iespējas pilnvērtīgi un efektīvi līdzdarboties sabiedrības dzīvē". Tādēļ invaliditāte rodas negatīvas attieksmes un nepatīkamas vides mijiedarbībā ar noteiktas personas apstākļiem. Ir atzīts, ka invaliditāte nav nemainīga, tā var mainīties atkarībā no katras sabiedrības vides. Tāpēc tas ļauj valstīm interpretēt un ieviest Konvenciju, lai lietotu dažādus invaliditātes formulējumus, jo tie laika gaitā attīstās.

Turklāt šī pati preambula i) punktā "atzīst arī personu ar invaliditāti daudzveidību", pievēršot uzmanību faktam, ka cilvēki ar invaliditāti ir neviendabīga grupa, kurā ir cilvēki ar dažādiem traucējumu veidiem, kuru cēloņi ir atšķirīgi. 1. pantā paredzēts, ka "pie personām ar invaliditāti pieder personas, kurām ir ilgstoši fiziski, garīgi, intelektuāli vai maņu traucējumi, kas mijiedarbībā ar dažādiem šķēršļiem var apgrūtināt to pilnvērtīgu un efektīvu līdzdalību sabiedrības dzīvē vienlīdzīgi ar citiem."

Rezultātā Konvencija neattiecas uz īpašu personu ar invaliditāti grupu, bet attiecas uz personām ar ilgstošiem fiziskiem, garīgiem, intelektuāliem vai maņu traucējumiem kā labuma guvējiem no šīs Konvencijas. Ir pierādīts, ka "ilgstošas invaliditātes" minēšana ir neveiksmīga, jo valstis to

46 Šo pētījumu daļēji atbalstīja Centrāleiropas Universitātes fonds, Budapešta (CEUF). Šeit izklāstītās tēzes atspoguļo raksta autore idejas, bet tās var nesakrist ar CEUF viedokli.

47 Apvienoto Nāciju Organizācijas Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām un tās Fakultatīvais protokols tika pieņemti 2006. gada 13. decembrī.

48 Sociālās labklājības likumam ir atšķirīgs mērķis nekā diskriminācijas likumam.

49 Anna Lavsona, Apvienoto Nāciju Organizācijas Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām: jauns laikmets vai kļūdaini sākums? *Syracuse Journal of International Law & Comp.* nr. 34:563, 571. lpp.

50 Terēzija Degnere, Invaliditātes definīcija, ziņojums, kas sagatavots ES invaliditātes ekspertu tiklam

var interpretēt šaurākā nozīmē un ar ANO KPIT saistītajā politikā un dokumentos neiekļaut cilvēkus ar pagaidu vai periodisku invaliditāti.⁵¹ Tomēr formulējums “pieder” vedina uz domām, ka Konvencijas lietojums valstīs nevar tikt ierobežots tikai attiecībā jau uz minētajām kategorijām, bet var ietvert arī citas kategorijas, piemēram, personas ar īslaicīgu invaliditāti. Lai gan Personu ar invaliditāti tiesību komiteja sniegs turpmākos ieteikumus attiecībā uz interpretāciju, tomēr ir skaidri jāsaprot, ka 1. pants neietver pilnīgu sarakstu, bet sniedz iespēju plašākai definīcijai. Tas mudina valstis pārskatīt savas invaliditātes un “personu ar invaliditāti” definīcijas, ja pašlaik tiek lietotas šaurākas un daudz ierobežotākas definīcijas.

Daži autori pareizi argumentē, ka invaliditātes definīcija nevar un nedrīkst kļūt par pamatu interpretācijai.⁵² Tas ir tāpēc, ka Konvencijas pamatā ir spēcīga nediskriminējoša pieeja. Piemēram, 5. pants, kas nodrošina vienlīdzīgas tiesības un nediskriminēšanu, aizliedz “jebkādu diskrimināciju invaliditātes dēļ.”⁵³ Šis ir daudz plašāks jēdziens nekā invaliditātes definīcija, kas koncentrējas uz īpašiem indivīda traucējumiem. Tādēļ diskriminācija invaliditātes dēļ var attiekties arī uz tiem, kam nav traucējumu, bet kas ir nonākuši nelabvēlīgos apstākļos, kuru rašanos ietekmē kāds, kam ir invaliditāte (piemēram, māte ar bērnu, kam ir invaliditāte, mēģinot atgriezties darba tirgū).⁵⁴

Invaliditātes definīcijas Eiropā

Eiropas valstīs invaliditātes definīcija mainās atkarībā no izmantotā invaliditātes modeļa.⁵⁵ **Bulgārija** ir negatīvais piemērs, jo šīs valsts tiesību akti neatbilst ANO KPIT principiem. Invaliditāte tiek definēta kā “psiholoģisks vai ķermeņa daļu zudums vai bojājums, kā rezultātā tiek zaudētas fiziskās un garīgās funkcijas.”⁵⁶ Par personu ar invaliditāti tiek uzskatīta “jebkura vecuma persona ar fiziskiem vai maņu, vai garīgiem traucējumiem, kas kavē tās integrēšanos sabiedrībā un dalību sabiedriskajā dzīvē, kā arī saziņas, mācību un darba iespējas.”⁵⁷

Likums tāpat nosaka, ka tikai personas ar pastāvīgu invaliditāti ir tiesīgas saņemt valsts atbalstu.⁵⁸ Visas minētās likuma definīcijas parāda, ka invaliditātes medicīniskajam modelim tiek dota priekšroka salīdzinājumā ar sociālo modeli un uzsvars tiek likts vairāk uz indivīda spēju trūkumu, nevis uz vides ierobežojumiem. Atbildība par invaliditātes

51 Ibid. 594. lpp.

52 Džerārdš Kvinns, Īss ceļvedis Apvienoto Nāciju Organizācijas Konvencijai par personu ar invaliditāti tiesībām, Eiropas invaliditātes likuma gadagrāmata, 1. sējums, rediģējis Džerārdš Kvinns, Lisa Vadingtone, Intersentia, 2009, 102. lpp.

53 ANO KPIT 5. panta 2. punkts.

54 Lieta C—303/06, S. Coleman pret Attridge Law un Steve Law, ģenerālvokāta viedoklis, kas iesniegts 2008. gada janvārī.

55 Eiropas reģionālā atskaite par 2007. gadu, Starptautisko invalīdu tiesību pārskats par 2007. gadu, http://www.ideanet.org/cir/uploads/File/IDRM_Europe_2007.pdf.

56 Likums par cilvēku ar invaliditāti integrāciju, kas stājās spēkā 2005. gada 1. janvārī, publicēts laikraksta State Gazette 81. numurā, 2004. gada 17. septembrī, papildu noteikumu 1. punkts.

57 Ibid.

58 Ibid, Papildu noteikumu 2. punktā persona ar pastāvīgu invaliditāti ir definēta kā persona, kam “anatomisku, psiholoģisku vai psiholoģisku apstākļu rezultātā pastāvīgi ir samazinātas spējas veikt darbības veidā un līmenī, kādā tas iespējams veselam indivīdam, un kam medicīnas iestādes ir novērtējušas vairāk nekā par 50% samazinātu darbību vai samazinātu sabiedriskošanās spēju”.

piešķiršanu tiek nodota tikai medicīnas iestādēm, nevis starpdisciplinārām komisijām.

Bulgārija nav vienīgā Eiropas valsts, kuras tiesību akti attiecībā uz invaliditāti koncentrējas tikai uz “darbspēju zudumu” un invaliditātes funkcionālo novērtējumu. Tas pats sakāms arī par Armēniju, Igauniju, Krieviju un Ungāriju.⁵⁹ Arī Īrijā⁶⁰ darbojas ar traucējumiem saistīta invaliditātes definīcija — tikai vienīgā svarīgā atšķirība ir, ka tā neparedz noteiktu traucējumu smagumu. Definīcijā ir ietverta pagātne, tagadne, nākotne un piedēvētā invaliditāte.

Serbija vienlaikus pārstāv laba un slikta modeļa piemēru. Pozitīvi vērtējams tas, ka invaliditātes definīcija ir lielākā pakāpē vērsta uz sociālo modeli. Valsts stratēģijā *Par personu ar invaliditāti stāvokļa uzlabošanu*, kas tika pieņemta 2006. gada 28. decembrī, lietota Likuma par diskriminācijas novēršanu pret personām ar invaliditāti definīcija.⁶¹ Likums nosaka, ka “personas ar invaliditāti ir personas ar fiziskiem, maņas, intelektuāliem vai garīgiem traucējumiem, kas radušies no dzimšanas vai iegūti vēlāk dzīves laikā, kas sociālu vai citu šķēršļu dēļ nevar pilnībā piedalīties (vai arī to daļība ir ierobežota) sabiedriskajās darbībās vienādā līmenī ar citiem.”⁶² Tomēr, kaut gan pamatā ir invaliditātes sociālais modelis, definīcijā nav iekļauti cilvēki ar psihosociāliem un psihiatriskiem traucējumiem. Tas ir tāpēc, ka Serbijai ir sena tradīcija neuzskatīt cilvēkus ar psihosociālām vai psihiatriskām problēmām par invalīdiem.⁶³

Līdzīgi arī **Nīderlandes** Veselības ministrija invaliditāti definē ierobežoti kā “psihiskus, maņu un mācīšanās traucējumus.”⁶⁴ Psihosociālie traucējumi netiek ietverti, jo tie paliek ārpus invaliditātes robežām.⁶⁵ Tāpat ir arī **Ungārijā**, kuras likums *Par personu ar invaliditāti tiesībām un vienlīdzīgām* invaliditātes definīcijā neietver personas ar garīgās veselības vai psihosociāliem traucējumiem.⁶⁶

59 Eiropas reģionālā atskaite par 2007. gadu, Starptautisko invalīdu tiesību pārskats par 2007. gadu, http://www.ideanet.org/cir/uploads/File/IDRM_Europe_2007.pdf.

60 1998. gada likums Par vienlīdzību darbā, 2. nodaļas 1. apakšnodaļa; tā noteikumi ir apkopoti 2004. gada likumā Par vienlīdzību.

61 Likums par diskriminācijas novēršanu pret personām ar invaliditāti. Serbijas laikraksts Official Gazette, nr. 33/2006.

62 Ibid, 3. pants.

63 Eiropas reģionālā atskaite par 2007. gadu, Starptautisko invalīdu tiesību pārskats par 2007. gadu, http://www.ideanet.org/cir/uploads/File/IDRM_Europe_2007.pdf, 401. lpp.

64 Ibid, 29. lappuse.

65 “Vārds psiholoģisks attiecas uz mijiedarbību starp invaliditātes psiholoģiskajiem un sociālkulturālajiem komponentiem. Psiholoģiskais komponents attiecas uz domāšanas veidiem un pieredzes apstrādi, un pasaules uztveri ap cilvēkiem ar invaliditāti. Sociālais/kulturālais komponents attiecas uz uzvedības sabiedriskajiem un kulturālajiem ierobežojumiem, kas mijiedarbojas ar to psiholoģiskajām atšķirībām, kā arī kā stigma, kādu sabiedrība attiecina uz invalīdiem. Terminu psihosociāla invaliditāte pašlaik nesaprot lielākajā daļā pasaules valstu, tādēļ ANO KPIT sarunu beigās tika panākta vienošanās Konvencijas tekstā lietot plaši saprotamu garīgo traucējumu terminoloģiju. Personas ar garīgiem traucējumiem ietver psihiatrijas pacientus un ārstējušos, kas piedzīvojuši vai piedzīvo ārpātu un/vai garīgās veselības problēmas un/vai lieto vai ir izmantojuši psihiatra/garīgās veselības pakalpojumus, kā arī tos, kas uztver citus par personām ar garīgu invaliditāti/traucējumiem.” Apvienoto Nāciju Organizācijas Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām ieviešanas rokasgrāmata, 9. lpp, http://209.85.135.132/search?q=cache:Tr-zXST3U0UJ:www2.ohchr.org/SPdocs/CRPD/DGD21102009/WNUSP_CRPD_Manual.doc+Implementation+Manual+for+the+United+Nation+Convention+on+the+Rights+of+Persons+with+Disabilities+and+3=hl=ro&ct=clnk&gl=lv.

66 <http://www.mdac.info/en/overcoming-obstacles-implementation>.

Somijas invaliditātes definīcija ir labas prakses piemērs. Tajā ietverts šķēršļu līdzdalībai sabiedrībā apsvērumi un netieši norādīts uz vajadzību tos novērst, lai atvieglotu traucējumu un invaliditātes sekas.⁶⁷ To apliecina normatīvā uzdevuma apraksts. Invalidiem paredzēto pakalpojumu un atbalsta akta (1986/380) mērķis ir izteikts ar termiņiem, kas saskan ar sociālo modeli: "(...) lai personām ar invaliditāti uzlabotu spēju dzīvot un darboties kā vienlīdzīgiem ar citiem sabiedrības locekļiem un novērstu un likvidētu traucējumus un šķēršļus, kuru cēlonis ir invaliditāte"⁶⁸. Piemēram, sabiedrisko pārvadājumu tiesības šī akta 5. nodaļā definētas sekojoši: "pārvadājumu pakalpojumu un saistīto pavadīšanas pakalpojumu kārtībā persona ir jāuzskata par smagu invalīdu, ja tai ir īpašas pārvietošanās un maksāšanas grūtības, kas saistītas ar tās invaliditāti vai slimību; tā nav spējīga izmantot sabiedrisko transportu bez īpašām grūtībām"⁶⁹.

Turklāt likums Par personu ar garīgiem traucējumiem īpašu aprūpi (519/1977) definē personu ar invaliditāti kā "tādu, kura attīstības vai garīgās funkcijas ir aizkavējusi vai radījusi slimība, defekts vai trauma, kas ir iedzimta vai radusies attīstības vecumā, un kurai nav pieejami pakalpojumi, kas tai nepieciešami saskaņā ar citiem spēkā esošiem likumiem"⁷⁰.

Secinājumi

ANO KPIT skatījumā jautājumi, uz kuriem jāatbild katrai valstij (arī Latvijai⁷¹), ir šādi: vai invaliditātes tiesiskās definīcijas joprojām iedzīvina invaliditātes medicīnisko modeli? Kas jāizdara, lai pārietu uz invaliditātes sociālo modeli?

No iepriekš minētajiem piemēriem ir skaidrs, ka tādas valstis kā Bulgārija (un ne tikai) iedzīvina invaliditātes medicīnisko modeli, jo to definīcijas ir veidotas šauri, lai iekļautu tikai personas ar pastāvīgu vai "īstu invaliditāti". Savukārt Īrija ir labs piemērs valstij, kas apstiprina invaliditātes sociālo modeli, jo tās definīcijas pamatā nav "persona ar īstu invaliditāti" un tā ietver pagātņi, tagadni, nākotni un piedēvēto invaliditāti. Valstīm jāatzīst, ka invaliditātes jēdziens ir un turpina attīstīties.

Tādēļ, lai izvairītos no invaliditātes medicīniskā modeļa, definīciju pamatā nevar būt noteikts invaliditātes smagums, tai jāietver pagātne, tagadne, nākotne un piedēvētie trūkumi un saistības un jāliek uzsvars uz apkārtējās vides šķēršļiem, kas ierobežo indivīdus.⁷²

67 Eiropas reģionālā atskaite par 2007. gadu, Starptautisko invalīdu tiesību pārskats par 2007. gadu, http://www.ideanet.org/cir/uploads/File/IDRM_Europe_2007.pdf, 129. lpp.

68 Likums par pakalpojumiem un atbalstu invalīdiem (1987/380), 1. nodaļa.

69 Ibid, 5. nodaļa.

70 Eiropas reģionālā atskaite par 2007. gadu, Starptautisko invalīdu tiesību pārskats par 2007. gadu, http://www.ideanet.org/cir/uploads/File/IDRM_Europe_2007.pdf, 130. lpp.

71 Latvija ANO KPIT ratificēja 2010. gada 28. janvārī un Papildu protokolu parakstīja 2010. gada 22. janvārī.

72 Terēzija Degner, Invaliditātes definīcija, ziņojums, kas sagatavots ES invaliditātes diskriminācijas ekspertu tiklī, 2004. gada augusts, 10. lpp.

Diemžēl, tādās valstīs kā Serbija, Ungārija un Nīderlande cilvēki ar psihosociālu invaliditāti netiek uzskatīti par invalīdiem. Šī ir pretruna ar Konvencijas 1. pantu, kas nosaka, ka "pie personām ar invaliditāti pieder personas, kurām ir ilgstoši fiziski, garīgi, intelektuāli vai maņu traucējumi (...)". Tas nozīmē, ka cilvēku ar invaliditāti definīcijās atsevišķās valstīs jāiekļauj vismaz šīs grupas, kā arī cilvēki ar garīgu invaliditāti. Iekļaujot savā tekstā personas ar garīgiem traucējumiem, ANO KPIT ietver arī tos cilvēkus, kuru invaliditāte nav redzama, un pieprasa, lai tie tiktu tiesiski atzīti kā invalīdi un būtu tiesīgi saņemt dotācijas, programmas un pakalpojumus.

Vissvarīgākais — ANO KPIT pamatā ir nediskriminējoša pieeja. **Tāpēc valstīm ir jāpieņem pretdiskriminācijas tiesību akti, kas ietvertu visus Konvencijā minētos pretdiskriminācijas noteikumus. Piemēram, 2. panta noteikums par saprātīgu mājvietu ir saskaņā ar EK Direktīvu 2000/78⁷³, tomēr tas paplašina jēdzienu uz visām dzīves jomām, ne tikai saistībā ar nodarbinātību un profesionālajām mācībām.**

73 Padomes 2000. gada 27. novembra Direktīva 2000/78/EK nosaka vispārīgu vienlīdzīgas nodarbinātības un arodu traktēšanas ietvaru.

RC "ZELDA" 2009. gada finansiālās darbības pārskats

Bilance

	Skaidrojums	31.12.2009.	31.12.2008.
AKTĪVS			
ILGTERMIŅA IEGULDĪJUMI			
I. Pamatlīdzekļi			
Pārējie pamatlīdzekļi	2.1.	3 683	3 860
APGROZĀMIE LĪDZEKĻI			
II. Debitori			
Citi debitori		110	37
IV. Nauda (KOPĀ)	2.2.	30 576	31 320
KOPĀ AKTĪVS PASĪVS		<u>34 369</u>	<u>35 217</u>
I. FONDI			
3. Rezerves fonds	2.3.	33 169	33 560
I. FONDI KOPĀ		<u>33 169</u>	<u>33 560</u>
III. Īstermiņa kreditori			
2. Pārējie kreditori		1 200	1 657
III. Īstermiņa kreditori kopā		<u>1 200</u>	<u>1 657</u>
KOPĀ PASĪVS		<u>34 369</u>	<u>35 217</u>

Ieņēmumu un izdevumu pārskats

	Skaidrojums	2009	2008
IEŅĒMUMI			
Biedru nauda, iestāšanās nauda un citas gadskārtējās iemaksas		24	21
Saņemtie ziedojumi un dāvinājumi		—	13
Saņemtās dotācijas		64 062	75 145
Citi ieņēmumi		11	7
IEŅĒMUMI KOPĀ		<u>64 097</u>	<u>75 186</u>
IZDEVUMI			
Atlīdzība par darbu	2.7.	29 555	21 403
Sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas	2.7.	7 128	5 156
Citi izdevumi	2.8.	27 805	26 094
IZDEVUMI KOPĀ		<u>64 488</u>	<u>52 653</u>
Ieņēmumu un izdevumu starpība		<u>(391)</u>	<u>22 533</u>

RC "ZELDA" 2009. gada grāmatvedības revīziju veica zvērināts revidents Ivars Blumbergs (auditorsabiedrība SIA "BK Partneris"). Interesenti var iepazīties ar auditora slēdzienu RC "ZELDA" birojā.

Apkārtraksta noformējumā izmantots Initas Sabanskas zīmējums.

Apkārtraksta sagatavošanas un izdošanas finansētāji:

Atvērtās sabiedrības institūts (Budapešta)



Resursu centrs cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem "ZELDA" (www.zelda.org.lv) darbojas, lai veicinātu deinstitucionalizāciju un sabiedrībā balstītu garīgās aprūpes pakalpojumu attīstību cilvēkiem ar psihiskās veselības traucējumiem un cilvēkiem ar intelektuālās attīstības traucējumiem, veicot aktivitātes pētījumu, cilvēktiesību monitoringa, juridiskās interešu aizstāvības un sabiedrības informēšanas un izglītošanas jomā.

RC "ZELDA" birojs atrodas Mārupes ielā 4—31, Rīgā, LV-1002; tālr.: 67442828; e-pasts: zelda@zelda.org.lv