Lietas Nr. A420273317
AA43-0990-25/20
ECLI:LV:ADAT:2025:1029.A420273317.45.S

Administratīvā apgabaltiesa

SPRIEDUMS

Latvijas tautas vārdā

Rīgā 2025.gada 29.oktobrī

Administratīvā apgabaltiesa šādā sastāvā: tiesnese referente Ilze Freimane, tiesneši Agris Dreimanis un Una Mihailova,

piedaloties pieteicējam /Persona A/, atbildētājas Latvijas Republikas pusē pieaicinātās iestādes Veselības ministrijas pārstāvei /Persona R/ un Veselības inspekcijas pārstāvjiem /Persona Q/ un /Persona P/,

atklātā tiesas sēdē izskatīja administratīvo lietu, kas ierosināta, pamatojoties uz /Persona A/ pieteikumu par labvēlīgāka administratīvā akta izdošanu par lielāka apmēra atlīdzības noteikšanu par veselībai un dzīvībai nodarīto kaitējumu, sakarā ar /Persona A/ apelācijas sūdzību par Administratīvās rajona tiesas 2018.gada 2.marta spriedumu.

Aprakstošā daļa

[1]Pieteicējam /Persona A/ Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta izsaukuma laikā 2015.gada 12.novembrī no pulksten 20.29 līdz pulksten 21.20 ārstes nepareizi izvērtētas elektrokardiogrammas (turpmāk arī – EKG) dēļ uzreiz netika diagnosticēta akūta koronāra patoloģija. Līdz ar to pieteicējs netika uzreiz nogādāts ārstniecības iestādē ar Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigādes transportu. Pieteicējs VSIA "Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca" (turpmāk – slimnīca) tika nogādāts privātā kārtā un slimnīcā uzņemts 2015.gada 13.novembrī pulksten 1.25. Pulksten 3.10 pieteicējam slimnīcā veikta akūta koronarogrāfija ar AK PCI stentu.

Pieteicējs vērsās Nacionālajā veselības dienestā, lūdzot izmaksāt atlīdzinājumu no Ārstniecības riska fonda.

Administratīvais process iestādē noslēdzās ar Veselības ministrijas 2017.gada 17.jūlija lēmumu, ar kuru atstāts negrozīts Nacionālā veselības dienesta lēmums, ar kuru pieteicējam nolemts izmaksāt 2845,80*euro* atlīdzību no Ārstniecības riska fonda par viņa veselībai vai dzīvībai nodarīto kaitējumu (kaitējums noteikts 2 % apmērā). Atteikts izmaksāt atlīdzību par ārstniecības izdevumiem.

Ministrija secināja, ka miokarda infarkta izveidošanās un tālākā slimības gaita, ārstēšana un sekas (ar sekojošu stenta implantāciju un turpmāku ambulatoru medikamentozu terapiju, rehabilitāciju) ir saistāmas ar pieteicējam esošo hronisko saslimšanu aterosklerozi, kas ir objektīvi konstatēta 2015.gada 13.novembra veiktajā koronarogrāfijā.

[2] Pieteicējs, nepiekrītot piešķirtā atlīdzinājuma apmēram, vērsās tiesā ar pieteikumu par labvēlīgāka administratīvā akta izdošanu, ar kuru viņam no Ārstniecības riska fonda tiktu izmaksāta 71 450 *euro* atlīdzība par veselībai un dzīvībai nodarīto kaitējumu un 164,22 *euro* ārstniecības izdevumu atlīdzība.

Pieteicējs norādīja, ka operācija veikta 6 stundas un 41 minūti pēc tam, kad pie pieteicēja bija ieradusies Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigāde. Novēloti sniegtā medicīniskā palīdzība radīja neatgriezenisku kaitējumu pieteicēja veselībai. Pieteicēja sirds pēc miokarda infarkta ir neatgriezeniski bojāta, pieteicējam iestājusies hroniska sirds mazspēja un noteikta trešā invaliditātes grupa. Tā ir nopietna veselības problēma, kas pazemina pieteicēja dzīves kvalitāti un samazina dzīvildzi.

[3] Ar Administratīvās rajona tiesas 2018.gada 2.marta spriedumu pieteikums noraidīts. Spriedums pamatots ar turpmāk norādītajiem argumentiem.

Pieteicējam miokarda infarkts ir noticis 2015.gada 12.novembrī, un Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigādes ārste to nekonstatēja, kaut viņai vajadzēja to konstatēt.

Lietā nepastāv strīds, ka pieteicējam nodarītā kaitējuma veids atbilst Ministru kabineta 2013.gada 5.novembra noteikumu Nr. 1268 "Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi" (turpmāk – Riska fonda noteikumi) 3.1.apakšpunktam – ārstniecības procesā laikus nediagnosticētas un/vai neārstētas pamatslimības komplikācijas –, saskaņā ar kuru nodarītā kaitējuma smaguma apmērs procentos var tikt novērtēts maksimāli līdz 50 %.

Ņemot vērā vadlīnijās un konkrētas ārstniecības metodes aprakstā norādīto, pieteicēja ārstēšanā izmantota tāda ārstniecības metode, kas ir atzīta par efektīvāko un drošāko konkrētas saslimšanas ārstēšanai. Kaut arī ārstniecības metodes aprakstā un vadlīnijās norādīts, ka ir īpaši svarīgi uzsākt ārstēšanu pirmo divu stundu laikā no simptomu sākuma, tomēr minētais apstāklis pats par sevi neapliecina, ka konkrētajā gadījumā ārstniecības neuzsākšana pirmo divu stundu laikā būtu ietekmējusi slimības attīstības gaitu un izvēlēto ārstēšanas taktiku.

Akūts koronārais sindroms rodas, akūti vai subakūti samazinoties primārai skābekļa piegādei miokardam pēc aterosklerotiskās pangas erozijas, fissūras vai plīsuma, ko pavada iekaisums, tromboze, vazokonstrikcija un mikroembolizācija. Miokarda infarkts ar ST segmenta elevāciju pamatā ir pilna koronāro asinsvadu oklūzija (slēgšanās) ar sekojošu nozīmīgu miokarda bojājumu (nekrozi) un vairumā gadījumu ar Q-miokarda infarkta attīstību. Pie biežākām akūta koronāra sindroma komplikācijām pieskaitāma sirds mazspēja, kuras iemesli ir: miokarda bojājums (visbiežākais cēlonis), kā sekas sirds ritma traucējumiem, kā sekas akūtām mehāniskām komplikācijām.

No lietas materiāliem neizriet, ka saslimšana notikusi ārsta nepareizi noteiktās diagnozes dēļ. Proti, miokarda infarkts nav noticis laika posmā no brīža, kad neatliekamās medicīniskās palīdzības brigāde devusies prom no pieteicēja līdz brīdim, kad pieteicējs iestājās stacionārā. Tāpat no lietas materiāliem nav konstatējams, ka minētajā laika posmā pieteicēja veselības stāvoklis būtu pasliktinājies.

Tiesa atzina par pamatotu atbildētājas secinājumu, ka pieteicēja norādītās negatīvās sekas (sirds mazspēja, trešās invaliditātes grupas noteikšana) izraisīja saslimšana, kas saistīta ar pieteicējam esošo hronisko saslimšanu aterosklerozi, nevis ārsta kļūdas dēļ novēloti uzsāktā ārstēšana. Līdz ar to nav konstatējama cēloņsakarība starp ārsta kļūdu, kurai sekoja novēlota ārstēšanas uzsākšana, un pieteicēja veselībai nodarīto kaitējumu saslimšanas rezultātā. Tāpat nav konstatējama cēloņsakarība starp minēto ārsta kļūdu un pieteicēja mantisko zaudējumu – izdevumiem par medikamentiem 164,22 *euro*apmērā. No lietas materiāliem nav konstatējams, ka minētie izdevumi ir saistīti nevis ar slimības ārstēšanu, bet tieši saistīti ar ārsta kļūdas dēļ novēloti uzsāktu ārstēšanu. Tiesa atzina par pamatotu atbildētājas secinājumu, ja Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigāde nogādātu pieteicēju stacionārā 2015.gada 12.novembrī, pieteicējam būtu radušies tādi paši ārstēšanās izdevumi.

[4] Par Administratīvās rajona tiesas spriedumu pieteicējs iesniedza apelācijas sūdzību, atkārtoti norādot, ka novēlota ārstēšanās ir radījusi viņa veselībai neatgriezeniskas sekas. Ārstēšana bija jāuzsāk divu stundu laikā no simptomu sākuma. Kompensācijas apmēru ir pamats pārskatīt, jo gan Veselības ministrija, gan tiesa ir atzinusi, ka pieteicējs nav vainojams nepietiekamā līdzestībā savā veselības aprūpē.

[5] Ministrija rakstveida paskaidrojumā par pieteicēja apelācijas sūdzību norāda, ka to neatzīst un lūdz noraidīt.

[6] Atkārtoti izskatot lietu apelācijas instances tiesā, Administratīvā apgabaltiesa ar 2025.gada 4.marta spriedumu pieteikumu noraidīja.

Ar Senāta 2025.gada 4.jūlija spriedumu apgabaltiesas spriedums atcelts un lieta nodota jaunai izskatīšanai Administratīvajā apgabaltiesā. Senāta spriedumā norādīts turpmāk minētais.

Apgabaltiesai šajā lietā bija jānoskaidro, vai tā iemesla dēļ, ka pacients tika nogādāts stacionārā nevis pēc neatliekamās medicīniskās palīdzības izsaukuma, bet privātā kārtā aizvests uz stacionāru pēc atkārtotas sāpju lēkmes, tika pieļauta tāda ārstēšanās kavēšana, kas ar lielāku iespējamības pārsvaru varēja radīt kaitējumu pacienta veselībai.

Lietās, kas saistītas ar medicīniska rakstura jautājumiem, ir jārēķinās ar empīrisku neiespējamību, piemēram, konkrēti definēt noteiktu saslimšanas brīdi, lai arī juridisku jautājumu risināšanai tas būtu nepieciešams. Izskatāmajā lietā tas novērojams jautājumā par miokarda infarkta rašanās brīdi, par kuru lietas materiālos nav konsekventa slēdziena un eksperts kardiologs paskaidrojumos nespēj sniegt skaidru un noteiktu secinājumu (*tiesas sēdes audioieraksts, 01:13:37–01:14:18*). Šī iemesla dēļ šādu kategoriju lietās atzīts iespējamības pārsvara pierādīšanas standarts, kas nozīmē, ka tiesai nav jāizslēdz visas saprātīgās šaubas par cēloņsakarības esamību, bet tikai jākonstatē, ka iespēja, ka cēloņsakarība pastāv, ir lielāka nekā iespēja, ka tā nepastāv. Proti, šis pierādīšanas standarts pats par sevi paredz to, ka tiesai jānovērtē tikai iespējamības līmenis, nevis jāizdara kādi pārliecinoši, jebkādas iespējamās šaubas izslēdzoši secinājumi (*Senāta 2023.gada 19.decembra rīcības sēdes lēmuma lietā Nr. SKA-723/2023,ECLI:LV:AT:2023:1219.A420143220.18.L, 6.punkts*).

Atbilstoši Administratīvā procesa likuma 154.panta otrajai daļai nekādiem pierādījumiem nav iepriekš noteikta spēka. Ievērojot ārstniecības lietu kategorijas īpatnības, iespējami gadījumi, kad arī atsevišķu ekspertu viedokļi norāda uz alternatīviem secinājumiem, kas nesakrīt ar eksperta atzinumā ietvertajiem. Eksperta atzinuma pārbaudes mērķis ir dot iespēju tiesai patstāvīgi novērtēt ekspertu sniegtā atzinuma saturu, precizitāti un ticamību.

Turklāt jāņem vērā, ka privātpersonas tiesību ievērošanas princips, kas šādās lietās ir cieši saistīts ar izpratni par taisnīgumu un cieņu pret cilvēku, prasa, lai šaubas tiktu tulkotas par labu cilvēkam (*Senāta 2020.gada 23.marta sprieduma lietā Nr. SKA-421/2020,ECLI:LV:AT:2020:0323.A420273317.8.S, 10.punkts*).

Tiesai, izvērtējot cēloņsakarību, būtu bijis jāapsver, vai notikumu gaitu varēja ietekmēt tūlītēja stacionēšana jau tā iemesla dēļ, ka tā būtu devusi iespēju uzreiz pēc nogādāšanas slimnīcā precizēt stāvokli, un vai pastāvēja iespējamība, ka jau pie nogādāšanas slimnīcā varētu tikt konstatēts miokarda infarkts ar nepieciešamu invazīvu iejaukšanos.

[7] Tiesas sēdē tika pārbaudīts 2024.gada 1.jūlija eksperta atzinums Nr. 515-2024 (atzinums atrodas*lietas 3.sējuma 90.-95.lapā*), tika uzklausīti eksperti – kardiologs /Persona C/ un neatliekamās medicīnas ārsts /Persona B/.

Pieteicējs tiesas sēdē pieteikumu uzturēja, savukārt Veselības ministrija un Veselības inspekcija pieteikumu neatzina.

Motīvu daļa

[8] Lietā ir strīds, vai pieteicējam no Ārstniecības riska fonda ir piešķirama lielāka atlīdzība. Senāts jau iepriekš ir norādījis, ka tiesai šajā lietā jāatbild uz jautājumu, vai rēta sirdī būtu attīstījusies tādā pašā mērā, ja pacientam tā paša apjoma medicīniskā palīdzība tiktu sniegta ātrāk, proti, kad bija parādījušies pirmie simptomi un pacients izsauca neatliekamo medicīnisko palīdzību (*Senāta 2023.gada 5.aprīļa sprieduma lietā Nr. SKA-446/2023,ECLI:LV:AT:2023:0405.A420273317.24.S, 6.punkts*).

[9] Senāta judikatūrā ir atzīts, ka no Pacientu tiesību likuma 16.panta pirmās daļas un Ministru kabineta 2013.gada 5.novembra noteikumu Nr. 1268 "Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi" (turpmāk – Riska fonda noteikumi) 12.punkta izriet, ka lēmuma pieņemšanai par atlīdzības izmaksu no Ārstniecības riska fonda, pirmkārt, ir nepieciešams identificēt pašu kaitējumu (piemēram, funkciju traucējumu, spēju zudumu, radītās ciešanas,

diskomfortu, bailes). Otrkārt, ja kaitējums ir identificējams, tad tālāk ir jākonstatē, vai pastāv cēloniskais sakars starp kaitējumu un ārstniecības personas darbību vai bezdarbību ārstniecības procesā. Treškārt, konstatējot cēloņsakarību starp kaitējumu un ārstniecības personas darbību vai bezdarbību ārstniecības procesā, tālāk ir jāizvērtē, vai kaitējums ir radies ārstniecības personas neprofesionālas rīcības dēļ. Pacientam ir tiesības uz atlīdzību par tādu kaitējumu, kuru pieredzējis speciālists būtu varējis novērst (*11.Saeimas likumprojekta Nr. 896/Lp11 "Grozījumi Pacientu tiesību likumā"* *anotācija*). Tas nozīmē, ka ir jāizvērtē tas, vai pieredzējis speciālists varētu būt izvēlējies konkrētajam pacientam pielietot tādu pašu ārstēšanas stratēģiju, kā arī tas, vai pieredzējis speciālists izvēlētās manipulācijas būtu veicis tādā pašā kvalitātē. Ceturtkārt, jāizvērtē, vai pastāv Riska fonda noteikumu 12.punktā minētie apstākļi, kas izslēdz personas tiesības uz atlīdzību, kas nav konstatēti iepriekšējos pārbaudes posmos. Piektkārt, identificējot kaitējumu un konstatējot, ka nepastāv apstākļi, kas izslēdz personas tiesības uz atlīdzību, ir jāpievēršas kaitējuma apmēra izvērtējumam (*Senāta 2022.gada 30.augusta sprieduma lietā Nr. SKA-359/2022,ECLI:LV:AT:2022:0830.A420242418.12.S, 7.punkts*).

Par kaitējumu

[10] Senāts jau iepriekš šajā lietā ir norādījis, ka pieteicēja veselības aprūpē ir konstatēta kaitējuma esība, jo ārstniecības procesā laikus nediagnosticēta un neārstēta pamatslimības komplikācija radīja pieteicējam fiziskas un garīgas ciešanas. Šāda kaitējuma veids atbilst Riska fonda noteikumu 2.pielikuma 3.1.apakšpunktam (ārstniecības procesā laikus nediagnosticētas un/vai neārstētas pamatslimības komplikācijas), un tā smaguma apmērs procentos var tikt novērtēts maksimāli līdz 50 % (*Senāta 2020.gada 23.marta sprieduma lietā Nr. SKA-421-2020,ECLI:LV:AT:2020:0323.A420273317.8.S, 6.punkts*). Šobrīd spēkā esošajā Riska fonda noteikumu redakcijā pieteicēja veselībai nodarītais kaitējums ir norādīts 2.pielikuma 3.3.1.apakšpunktā (ārstniecības procesā nediagnosticētas un/vai neārstētas pamatslimības komplikācijas). Par šo aspektu starp lietas dalībniekiem strīda nav.

Par ārstniecības personu neprofesionālu rīcību

[11] Lietā nav strīda par faktu, ka 2015.gada 12.novembra neatliekamās palīdzības izsaukuma laikā pieteicējam nepamatoti netika diagnosticēta akūta koronāra patoloģija un ka viņš bija jānogādā ārstniecības iestādē ar neatliekamās palīdzības transportu.

Veselības inspekcijas 2017.gada 1.marta atzinumā konstatēts, ka 2015.gada 12.novembrī neatliekamās medicīniskās palīdzības ārstes /Persona O/ sniegtais EKG izvērtējums "nespecifiskas ST-T pārmaiņas" nebija atbilstošs EKG pierakstiem, kurā esošā izteiktā ST segmenta elevācija V2 un tendence uz ST segmenta elevāciju V3-V4 norāda par akūtu koronāru sindromu ar ST segmenta elevāciju kreisā kambara priekšējā – septālā, priekšējā sienā. Līdz ar to 2015.gada 12.novembra neatliekamās medicīniskās palīdzības izsaukuma laikā pieteicējam netika diagnosticēta akūta koronāra patoloģija, tādēļ viņš netika savlaicīgi nogādāts ārstniecības iestādē ar neatliekamās palīdzības transportu (*lietas 1.sējuma 63.lapa*).

Eksperta atzinuma slēdziena 1.punktā ir norādīts, ka 2015.gada 12.novembrī, sniedzot medicīnisko palīdzību pieteicējam, Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta darbinieki pieļāva diagnostikas kļūdu. Tiesas sēdē eksperti norādīja, ka Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta izsaukuma laikā pieteicējam elektrokardiogrammā nebija miokarda infarktam raksturīgo izmaiņu (*2025.gada 8.oktobra tiesas sēdes ieraksta 00:13:23-00:14:56*). Vienlaikus jau iepriekšējā lietas izskatīšanas reizē apgabaltiesā eksperts norādīja uz to, ka sākotnējā elektrokardiogramma nebija arī pilnīgi normāla, jo īpaši kombinācijā ar klīnisko ainu (*2024.gada 27.novembra tiesas sēdes ieraksta 00:58:40-01:00:25, 01:11:33-01:11:53*). Eksperti arī vairākkārt uzsvēra, ka pieteicējs bija nogādājams stacionārā (piemēram, *2025.gada 8.oktobra tiesas sēdes ieraksta 00:07:01-00:09:02, 00:12:06-00:12:39, 00:13:23-00:14:56*).

Līdz ar to, lai arī niansēs atšķiras Veselības inspekcijas atzinumā norādītais un ekspertu paskaidrotais par to, kā vērtējams Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta veiktais elektrokardiogrammas pieraksts, tomēr nepastāv pretrunas vērtējumā, ka minētā elektrokardiogramma nav bijusi pilnīgi normāla un pieteicējs bija nogādājams ārstniecības iestādē. Tāpat eksperts /Persona B/ norādīja, ka Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta ārstes darbība bija neloģiska. Medicīniski nav izskaidrojama ne taktika, ne diagnoze, arī sūdzības nav sasaistītas ar objektīvo atradi un noteikto diagnozi (*2025.gada 8.oktobra tiesas sēdes ieraksta 01:02:14-01:03:27*).

Ņemot vērā minēto, ir pamats konstatēt, ka Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta ārstes darbība 2015.gada 12.novembra izsaukuma laikā ir bijusi neprofesionāla.

Par cēlonisko sakaru

[12] Jau šī sprieduma 6.punktā ir norādīts uz Senāta atzīto, ka lietās, kas saistītas ar medicīniska rakstura jautājumiem, ir atzīts iespējamības pārsvara pierādīšanas standarts, kas nozīmē, ka tiesai nav jāizslēdz visas saprātīgās šaubas par cēloņsakarības esamību, bet tikai jākonstatē, ka iespēja, ka cēloņsakarība pastāv, ir lielāka nekā iespēja, ka tā nepastāv.

Tāpat Senāts jau iepriekš šajā lietā ir norādījis: ja pat pēc visu pierādījumu iegūšanas nav iespējams skaidri secināt, ka iespēja, ka cēloņsakarība pastāv, ir lielāka nekā iespēja, ka tā nepastāv (tā ir iespējama tikpat lielā mērā kā iespēja, ka cēloņsakarības nav), secinājums par cēloņsakarību izdarāms par labu cilvēkam (*Senāta 2020.gada 23.marta sprieduma lietā Nr. SKA-421-2020,ECLI:LV:AT:2020:0323.A420273317.8.S, 10.punkts*).

Vispirms norādāms, ka apgabaltiesa atzīst, ka šajā lietā nav iespējams ar augstu precizitāti un ticamības pakāpi novērtēt to, vai rēta sirdī būtu attīstījusies tādā pašā mērā, ja pacientam medicīniskā palīdzība, kas tika sniegta slimnīcā 2015.gada 13.novembrī, tiktu nodrošināta ātrāk. Tomēr apgabaltiesai ir jāņem vērā šādu lietu izskatīšanas specifika. Tādēļ, ievērojot šajā sprieduma punktā minētās judikatūras atziņas, turpmāk tiks izvērtēta notikumu iespējamā attīstības gaita un tas, cik liela iespējamība pastāv, ka, pieteicēju ārstniecības iestādē nogādājot agrāk, rēta sirdī būtu mazāka.

[13] Tiesas sēdē eksperts /Persona B/ norādīja, ka akūta koronāra sindroma, tostarp miokarda infarkta, ticama diagnoze ir tad, ja pastāv divi no trim šādiem kritērijiem: 1) sāpes; 2) izmaiņas elektrokardiogrammā, 3) paaugstināts troponīna līmenis (*2025.gada 8.oktobra sēdes audioieraksta 00:13:23-00:14:*56). Eksperts /Persona C/ norādīja, ka izšķiroša nozīme ir tieši klīniskajai ainai (*2025.gada 8.oktobra sēdes ieraksta 01:08:02-01:08:18*). Tāpat eksperts /Persona C/ norādīja, ka gadījumos, kad pacientam tiek konstatēts akūts koronārs sindroms ar ST segmenta elevāciju, viņš uzreiz tiek sūtīts uz revaskularizāciju, jo ST segmenta elevācija liecina par to, ka miokarda bojājums ir transmurāls (*2025.gada 8.oktobra sēdes ieraksta 00:28:50-00:30:50*). Uz to, ka ST segmenta elevācija norāda uz transmurālu išēmiju, ir norādīts arī Akūta koronāra sindroma diagnostikas, loģistikas un ārstēšanas vadlīnijās (turpmāk – vadlīnijas; sk. *vadlīniju 18.lapu*). Minētajās vadlīnijās arī norādīts, ka akūta koronāra sindroma ar ST segmenta elevāciju gadījumā, īpaši pirmajās 12 stundās no klīnikas sākuma, galvenais uzdevums ir nodrošināt pēc iespējas ātrāku reperfūziju. Galvenās reperfūzijas nodrošināšanas metodes ir primāra perkutānā koronārā intervence (PCI) un fibrinolītiskā terapija, kā arī šo metožu kombinācija. Primāra PCI ir drošākā un efektīvākā akūta koronāra sindroma ar ST segmenta elevāciju ārstēšanas metode (sk. *vadlīniju 33.lapu*).

Ņemot vērā minēto, ir pamats secināt, ka gadījumā, ja pieteicējam veiktajā elektrokardiogrammā ST segmenta elevācija tiktu konstatēta agrāk, tad arī uz reperfūzijas operāciju viņš būtu ticis virzīts agrāk. Uz to norāda gan eksperta /Persona C/ teiktais, ka ST segmenta elevācijas gadījumā pacients uzreiz tiek sūtīts uz revaskularizāciju (reperfūziju), gan vadlīnijās minētais, ka galvenais uzdevums ir nodrošināt pēc iespējas ātrāku reperfūziju, gan vadlīnijās ietvertā rekomendācija reperfūzijas terapijai – akūta koronāra sindroma ar ST segmenta elevāciju gadījumā izvēles metode ir primāra perkutānā koronārā intervence, ko veic pieredzējusi komanda divu stundu laikā pēc pirmā medicīniskā kontakta (plaša miokarda infarkta gadījumā 90 minūšu laikā) (sk.*vadlīniju 38.lapu*).

Līdz ar to apgabaltiesa tālāk pievērsīsies jautājumam par to, kurā brīdī pieteicējam varētu būt iestājies miokarda infarkts ar ST segmenta elevāciju un kad tas varētu būt ticis konstatēts.

[14] Vadlīnijās ir norādīts, ka išēmijas gadījumā miokarda bojājumu vislabāk var novērtēt, nosakot asinīs miokarda proteīnus. Galvenie proteīni, kas nokļūst asinīs miocītu bojājuma gadījumā, ir troponīns T un I, kreatinīnkināze, mioglobīns, laktātdehidrogenāze u.c. Sirds troponīnam (I vai T) ir faktiski absolūts miokarda audu specifiskums un ļoti augsta (visaugstākā) jutība. Pieņemts, ka jebkura sirds troponīna T vai I palielināšanās norāda uz neatgriezenisku miokarda šūnu nekrozi. Troponīna līmenis sāk paaugstināties pēc 3-4 stundām, sasniedzot maksimumu pēc 24 stundām. (sk. *vadlīniju 19.lapu*). Vadlīniju 3.tabulā ir norādīts, ka troponīnam I laiks līdz sākuma palielināšanai ir

3-12 stundas (sk. *vadlīniju 20.lapa*). Eksperts /Persona C/ tiesas sēdē norādīja, ka troponīns I paaugstinās apmēram pēc četrām stundām, kā arī apstiprināja, ka tas, ka pieteicējam troponīna I līmenis 2015.gada 13.novembrī pulksten 01.57 bija paaugstinājies (*lietas 1.sējuma 45.lapa*), var liecināt par to, ka pieteicējam pirms četrām stundām ir bijis miokarda infarkts (*2025.gada 8.oktobra sēdes ieraksta 00:10:27-00:12:01*).

Vadlīniju 4.tabulā ir norādīts uz gadījumiem, kad troponīns var būt paaugstināts nekoronāru iemeslu dēļ (sk. *vadlīniju 21.lapa*). Uz to, ka troponīna paaugstināšanās var būt saistīta arī ar citiem faktoriem, ne tikai miokarda infarktu, tiesa sēdē norādīja arī eksperts /Persona C/, tomēr vienlaikus eksperts atzina, ka nav pamata konstatēt, ka šādi, citi – ar miokarda infarktu nesaistīti – iemesli pieteicējam pastāvēja (*2025.gada 8.oktobra tiesas sēdes ieraksta 00:10:56-00:11:49*).

Ņemot vērā minēto, ir pamats secināt, ka pieteicējam miokarda infarkts varētu būt iestājies 2015.gada 12.novembrī ap pulksten 22.00, kas ir apmēram četras stundas pirms paaugstinātā troponīna I līmeņa konstatēšanas slimnīcā.

[15] Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests pieteicēja dzīvesvietu pameta 2015.gada 12.novembrī pulksten 21.20 (*lietas 1.sējuma 44.lapa*). Pieteicējs tiesas sēdē norādīja, ka no viņa mājām līdz slimnīcai var aizbraukt apmēram 10 minūšu laikā. Tas sakrīt ar laiku, kādā šo attālumu var veikt arī atbilstoši interneta vietnē *google maps* norādītajiem datiem.

Ja pieņem, ka pieteicēja saudzīgas transportēšanas nodrošināšanai būtu nepieciešamas vēl apmēram desmit minūtes, tad pieteicējs stacionārā varētu nonākt apmēram pulksten 21.40.

Pieteicējs pats saviem spēkiem stacionārā nonāca 2015.gada 13.novembrī pulksten 01.25 (*lietas 1.sējuma 44.lapa*). Elektrokardiogramma viņam tika nozīmēta pulksten 01.40, bet ārste to ir izvērtējusi pulksten 02.10 (*lietas 1.sējuma 45.lapai*). Tas nozīmē, ka pieteicējam elektrokardiogramma tika veikta apmēram 20 līdz 40 minūtes pēc ierašanās stacionārā.

Attiecinot minēto darbību dinamiku uz pieteicēja iespējamo ierašanās laiku slimnīcā agrākas hospitalizācijas gadījumā, pieteicējam elektrokardiogramma varētu tikt veikta laikā no pulksten 22.00 līdz 22.20. Tas sakrīt ar iepriekš konstatēto laiku, kad, iespējams, pieteicējam iestājās miokarda infarkts.

[16] Tiesas sēdē vairākkārt tika skarts jautājums, vai pieteicējam pēc iestāšanās slimnīcā elektrokardiogramma tiktu veikta agrāk nekā trīs stundas pēc iepriekšējās elektrokardiogrammas (atbilstoši ārstes /Persona O/ paskaidrotajam tā tika veikta pulksten 20.45 (*lietas 1.sējuma 57.lapa*)). Eksperti norādīja, ka nevar uz šo jautājumu atbildēt, un, ja arī tas tiktu izdarīts tikai pēc trīs stundām, to nevarētu uzskatīt par kļūdu (piemēram, *tiesas sēdes ieraksta 00:15:13-00:16:53*). Vienlaikus eksperts /Persona C/ arī norādīja, ka parasti darbs slimnīcā tiek organizēts tā, ka atkārtota elektrokardiogramma tomēr tiek veikta, lai būtu ērtāk ar to strādāt. Eksperts arī norādīja, ka atkārtotu sāpju gadījumā elektrokardiogramma tiek veikta nekavējoties, jo pārejoša ST segmenta elevācijas gadījumā ST segmenta pacēlums ir novērojams tieši sāpju laikā (*2025.gada 8.oktobra tiesas sēdes ieraksta 01:24:17-01:25:32*). Pieteicējs tiesas sēdē paskaidroja, ka viņam sāpes vairākkārt parādījās un pārgāja arī līdz brīdim, kad viņš pats devās uz stacionāru. Uz slimnīcu viņš devās pēc nākamās stipro sāpju lēkmes (*2025.gada 8.oktobra tiesas sēdes ieraksta 01:26:53-01:27:21*).

Ņemot vērā eksperta norādīto par ierasto praksi, kādā tiek organizēts darbs, proti, pēc iestāšanās slimnīcā elektrokardiogrammas parasti tiek veiktas, nav pamata uzskatīt, ka šajā gadījumā ārstniecības personas būtu rīkojušās atšķirīgi. Turklāt pieteicējs norādīja uz atkārtotām sāpēm arī laikā līdz nākamajai stiprajai sāpju lēkmei, tādēļ vēl jo vairāk ir pamats uzskatīt, ka pieteicējam elektrokardiogramma būtu veikta ātrāk nekā trīs stundas pēc iepriekšējās elektrokardiogrammas veikšanas. Tādējādi ir pamats secināt, ka pieteicējam elektrokardiogramma būtu veikta jau iepriekš secinātajā laikā – no pulksten 22.00 līdz 22.20, un elektrokardiogrammas veikšana netiktu atlikta uz trīs stundām pēc pirmās elektrokardiogrammas.

[17] Tiesas sēdē tika pārrunāts arī jautājums, vai ir pamats uzskatīt, ka agrāk veiktajā elektrokardiogrammā parādītos ST segmenta pacēlums vairākos novadījumos, kas norāda uz miokarda infarkta esību. Kopumā eksperti nebija gatavi pārliecinoši atbildēt uz šo jautājumu, jo var būt gadījumi, kad izmaiņas elektrokardiogrammā

neparādās (*2025.gada 8.oktobra tiesas sēdes ieraksta 00:12:40-00-16:30*). Vienlaikus eksperts /Persona B/ norādīja, ka nevar izslēgt, ka agrāk veiktajā elektrokardiogrammā ST segmenta pacēlums būtu bijis (*2025.gada 8.oktobra tiesas sēdes ieraksta 00:34:30-00:35:57*).

Ņemot vērā jau iepriekš norādīto cēloņsakarības pierādīšanas standartu šīs kategorijas lietās, apgabaltiesa atzīst, ka ir pamats uzskatīt, ka agrāk veiktā elektrokardiogrammā būtu novērojama ST segmenta elevācija. Tas, savukārt, ir pamats secināt, ka arī indikācijas reperfūzijas veikšanai pieteicējam tiktu konstatētas agrāk – 2015.gada 12.novembrī no pulksten 22.00 līdz 22.20.

Pieteicējam reperfūzijas operācija veikta vienas stundas un 45 minūšu laikā pēc ierašanās stacionārā (*lietas 1.sējuma 44.lapa*). Nav pamata uzskatīt, ka agrākas stacionēšanas gadījumā situāciju būtu bijusi atšķirīga. Līdz ar to iespējamais reperfūzijas operācijas laiks varētu būt ap pulksten 23.25. Tas nozīmē, ka šī operācija varētu tikt veikta nepilnas četras stundas (trīs stundas un 45 minūtes) agrāk.

Eksperts /Persona B/ norādīja, ka nav izslēgts, ka reperfūzijas operāciju agrāk nebūtu iespējams veikt, jo attiecīgie speciālisti un aparatūra varētu būt aizņemti. Apgabaltiesa piekrīt, ka šāda varbūtība nav izslēgta. Tomēr tikpat liela ir iespējamība, ka nepieciešamais ārstniecības pakalpojums būtu bijis pieejams. Arī šajā jautājumā ņemot vērā principu, ka šaubas ir tulkojamas par labu cilvēkam, apgabaltiesa atzīst, ka konkrētā strīda izskatīšanai ir dodama priekšroka iespējamībai, ka nepieciešamie resursi būtu pieejami.

[18] Tālāk apgabaltiesai ir jāizvērtē, vai rēta sirdī būtu attīstījusies tādā pašā mērā, ja pieteicējam reperfūzijas operācija būtu veikta nepilnas četras stundas agrāk.

Uz tiesas jautājumu par korelāciju starp to, cik ātri tiek ievietots stents asinsvadā, un miokarda rētas lielumu, eksperts /Persona C/ norādīja, ka jo ātrāk, jo labāk. Tiek uzskatīts, ka nopietna starpība ir, vai tas tiek veikts sešu stundu laikā. Ir statistikas dati par pacientiem, kam revaskularizācija veikta līdz sešām stundām, un par tiem, kam tas veikts pēc sešām stundām. Pēc sešām stundām ir sliktāk, pēc 24 stundām rezultāts jau ir stipri apšaubāms. Eksperts norādīja, ka nav datu par situācijām, kad revaskularizācija tiek veikta pēc stundas vai pēc sešām stundām, taču, domājams, ka, jo ātrāk rīkojas, jo labāk. Tāpat, atbildot uz tiesas jautājumu, eksperts norādīja, ka vajadzētu būt tā, ka miokarda bojājums un turpmākie veselības traucējumi būs mazāki, ja palīdzība tiks sniegta pēc stundas, nevis pēc sešām stundām (*2025.gada 8.oktobra tiesas sēdes ieraksta 00:26:47-00:30:50*). Eksperta norādītais ir saskanīgs ar medicīniskajā literatūrā norādīto, ka pacientiem ar miokarda infarktu ar ST segmenta elevāciju laiks līdz primārai perkutānai kororārai intervencei ir lineāri saistīts ar miokarda infarkta lielumu *(De Luca G, Parodi G, Sciagrà R, Venditti F, Bellandi B, Vergara R, /Persona F/, Valenti R, Antoniucci D. Time-to-treatment and infarct size in STEMI patients undergoing primary angioplasty. Int J Cardiol. 2013 Aug 20;167(4):1508-13. doi: 10.1016/j.ijcard.2012.04.078. Epub 2012 May 19. PMID: 22608898,*pieejams *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22608898/,* kā arī *https://flore.unifi.it/bitstream/2158/772152/1/De_Luca_IntJCardiol.pdf*). Tāpat tas atbilst jau norādītajai vadlīnijās ietvertajai nostādnei, ka reperfūzija ir jānodrošina iespējami ātri.

Ņemot vērā minēto, ir pamats secināt, ka gadījumā, ja pieteicējam reperfūzijas operācija būtu veikta agrāk, tad miokarda infarkta rēta varētu būt mazāka. Līdz ar to ir pamats arī secināt, ka ārstniecības personu neprofesionālā rīcība, savlaicīgi nenogādājot pieteicēju slimnīcā, ir cēloniskā sakarā ar miokarda infarkta lielāku rētu.

Par apstākļiem, kas izslēdz personas tiesības uz atlīdzību

[19] No lietas materiāliem neizriet, ka pastāvētu apstākļi, kas izslēdz pieteicēja tiesības uz atlīdzību un nebūtu pārbaudīti šajā spriedumā jau iepriekš. Uz šādu apstākļu esību nav norādījusi arī Veselības inspekcija un Veselības ministrija.

Tādējādi ir pamats pievērsties arī jautājumam par no Ārstniecības riska fonda atlīdzināmā kaitējuma apmēru.

Par kaitējuma apmēru

[20] 2021.gada 1.jūnijā stājās spēkā grozījumi Riska fonda noteikumos un tika precizēta kārtība, kādā tiek izvērtēts personas iesniegums par atlīdzības pieprasījumu attiecībā uz pacienta dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu, kā arī atlīdzību par ārstniecības izdevumiem.

Izvērtējot minētā normatīvā akta projekta anotāciju, Senāts ir norādījis, ka atbilstoši anotācijā norādītajam attiecībā uz atlīdzības pieprasījuma iesniegumiem, kuri Veselības inspekcijā iesniegti līdz 2021.gada 1.aprīlim un kuriem nav noslēdzies administratīvais process, ir jāņem vērā nosacījumi, kas ir labvēlīgāki iesniedzējam, proti, jāvērtē, vai personai ir iespējams nodrošināt labvēlīgāku situāciju ar iepriekš spēkā esošajiem nosacījumiem vai ar nosacījumiem, kas stājas spēkā 2021.gada 1.jūnijā (*Senāta 2022.gada 31.oktobra sprieduma lietā Nr. SKA-779/2022, ECLI:LV:AT:2022:1031.A420130321.10.S, 7.punkts*). Konkrētajā lietā atlīdzības pieprasījums ir iesniegts pirms 2021.gada 1.aprīļa, un administratīvais process vēl nav noslēdzies.

Pieteicējs 2025.gada 1.septembra paskaidrojumos tiesai ir norādījis, ka, viņa ieskatā, Riska fonda noteikumu vēsturiskā redakcija varētu būt labvēlīgāka, jo pašreiz spēkā esošā ir detalizētāka, nosakot kaitējuma smaguma pakāpju klasifikāciju, kā arī koeficientus, kuru izmantošana samazina izmaksājamās atlīdzības apmēru, salīdzinot ar maksimālo apmēru. Šādu koeficientu piemērošana var potenciāli samazināt pieteicējam piešķiramās atlīdzības apmēru.

Savukārt Veselības inspekcijas pārstāvis tiesas sēdē norādīja, ka pieteicējam labvēlīgāka ir spēkā esošā redakcija, jo atbilstoši vēsturiskajai redakcijai pieteicējam nodarītā kaitējuma smagums ir noteikts 2 %apmērā. Savukārt atbilstoši spēkā esošajai Riska fonda noteikumu redakciju pieteicēja veselībai nodarītā kaitējuma smagums būtu nosakāms 2,25 % apmērā. Pieteicēja veselībai nodarītais kaitējums esot vērtējams kā viegls.

Apgabaltiesa piekrīt pieteicēja viedoklim, ka viņam labvēlīgāki ir nosacījumi, kas ietverti Riska fonda noteikumu redakcijā, kas bija spēkā līdz 2021.gada 31.maijam. Vienlaikus apgabaltiesa nepiekrīt pieteicēja norādītajam, ka viņa veselībai nodarītais kaitējums ir vērtējams kā smags.

[21] Atbildot uz tiesas jautājumu, vai ir pamats uzskatīt, ka negatīvas sekas pieteicēja veselībai ir radušās citu, ar ārstniecības personu rīcību (bezdarbību) nesaistītu, apstākļu dēļ, piemēram, viņa organisma īpatnību, veselības stāvokļa dēļ, eksperta atzinuma slēdziena 6.punktā ir norādīts, ka visas esošās negatīvās sekas pieteicējam ir radušās saslimšanas – miokarda infarkta – rezultātā. Atbilstoši ierakstiem medicīniskajos dokumentos, piemēram, VSIA "Nacionālais rehabilitācijas centrs "Vaivari"" (turpmāk – Vaivari) izrakstā no stacionāra pacienta medicīniskās kartes saistībā ar ārstēšanos laikā no 2017.gada 4.decembra līdz 13.decembrim ir norādīta hroniska sirds mazspēja I - II funkcionālā klase (*lietas 2.sējuma 75.lapas otra puse*). Savukārt 2018.gada 4.oktobra nosūtījumā uz Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisiju ir norādīta hroniska sirds mazspēja II-III (*lietas 2.sējuma 76.lapas otra puse*).

2016.gada 22.februāra ehokardiogrāfijas izmeklējumā ir konstatēts, ka kreisā kambara izsviedes frakcija ir apmēram 46 % (norma virs 55 %), savukārt tā paša datuma veloergometrijas izmeklējumā konstatēts, ka slodzes tolerance ir apmierinoša, to limitē sasniegts submaksimāls pulss, minētā slodze išēmiskas izmaiņas elektrokardiogrammā neprovocē. 2016.gada 23.augusta veloergometrijas izmeklējumā citstarp konstatēts, ka fiziskās slodzes tolerance augsta, to limitē submaksimālais pulss, nespēks, minētā slodze provocē mēmo išēmiju. Eksperts /Persona C/, skaidrojot šos izmeklējumu rezultātus, norādīja, ka slodzes tolerance it kā ir laba, sirds kreisā kambara izsviedes funkcija ir minimāli samazināta. Pēc veloergometrijas datiem sirds mazspējas pacientam it kā nav, bet pēc ehokardiogrammas tā varētu būt (*2025.gada 8.oktobra tiesas sēdes ieraksta 00:46:59-00:49:57*). Eksperta skaidrotais liecina par to, ka sirds mazspēja, kas pieteicējam ir iestājusies pēc miokarda infarkta, nav vērtējama kā tāda, kas ir izraisījusi smagus veselības traucējumus.

Vaivaru izrakstā no stacionāra pacienta medicīniskās kartes saistībā ar ārstēšanos laikā no 2017.gada 4.decembra līdz 13.decembrim citstarp ir norādīts, ka pieteicējam ir rekomendētas regulāras zemas/vidējas intensitāte fiziskās aktivitātes vismaz trīs reizes nedēļā pa 40-45 minūtēm (staigāt, nūjot, peldēt u.tml.), pulsa frekvences 95-100 reizes minūtē, sekojot līdzi pašsajūtai. Minētais norāda, ka vispār pieteicējam ir fizisko aktivitāšu ierobežojumi, jo viņam netiek rekomendētas tādas fiziskas aktivitātes, kas prasa lielu piepūli, tomēr nav arī atzīstams, ka šie ierobežojumi būtu tik lieli, lai radītu būtisku pašaprūpes, funkcionalitātes, darbspēju un dzīves kvalitātes zudumu. Savukārt ģimenes ārste /Persona M/ 2016.gada 31.augusta paskaidrojumā ir norādījusi, ka

pieteicējs jūtas salīdzinoši apmierinoši. Pie slodzes sāpju krūtīs nav, elpas trūkums un aizdusa netiek novērota. Ģimenes ārstei nav izteicis sūdzības par diskomforta sajūtu krūtīs, elpas trūkumu un aizdusu (*lietas 1.sējuma 55.lapa*). Arī Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisija, vairākkārt nosakot pieteicējam trešo invaliditātes grupu (sk., piemēram, 2018.gada 25.oktobra lēmumu,*lietas 2.sējuma 79.lapa*), pieteicēja funkcionēšanas ierobežojumus ir vērtējusi nevis kā smagus, bet gan kā mērenus. Vienlaikus nav arī pamata uzskatīt, ka miokarda infarkta rezultātā radušies veselības traucējumi varētu būt atgriezeniski. Ņemot vērā minēto, pieteicēja veselībai radušais kaitējums ir vērtējams kā vidēji smags.

[22] Tomēr ir jāņem vērā, ka pieteicēja veselības traucējumus primāri izraisīja viņam konstatētā difūzā ateroskleroze koronārajās artērijās, kur tika konstatēta stenoze, kas bija lielāka vai vienāda ar 95 % (*lietas 1.sējuma 98.lapa*). Arī tad, ja būtu tikusi nodrošināta atbilstoša ārstēšana un reperfūzija būtu nodrošināta agrāk, rēta miokardā tomēr būtu attīstījusies. Atbilstoši medicīniskajā literatūrā norādītajam infarkts attīstās arī tad, ja išēmijas laiks ir bijis mazāks par divām stundām (*De Luca G, Parodi G, Sciagrà R, Venditti F, Bellandi B, Vergara R, /Persona F/, Valenti R, Antoniucci D. Time-to-treatment and infarct size in STEMI patients undergoing primary angioplasty. International Jpurnal of Cardiology. 2013 Aug 20;167(4):1508-13. doi: 10/Tīmekļvietne C/1016/Tīmekļvietne E//Tīmekļvietne D/ijcard/Tīmekļvietne C/2012.04.078. Epub 2012 May 19. PMID: 22608898, pieejamshttps://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22608898/*, kā arī *https://flore.unifi.it/bitstream/2158/772152/1/De_Luca_IntJCardiol.pdf*). Arī eksperts /Persona C/ tiesas sēdē norādīja, ka bojājums sākas jau dažu minūšu laikā, tas ar laiku kļūst arvien lielāks (*2025.gada 8.oktobra sēdes ieraksta 00:22:52-00:26:46*).

Tādējādi ir pamats secināt, ka daļa no miokarda rētas ir radusies neatkarīgi no ārstniecības personu kļūdainās darbības. Tas, savukārt, nozīmē, ka veselības traucējumu vidējo smaguma pakāpi tikai daļēji ir ietekmējusi ārstniecības personu darbība, tādēļ nav pamata atzīt, ka no Ārstniecības riska fonda atlīdzināmais kaitējums ir vidēji smags. Ņemot vērā jau iepriekš konstatēto veselības traucējumu, kas kopumā radušies miokarda infarkta dēļ, izteiktības pakāpi, reperfūzijas operācijas aizkavēšanās dēļ radušies veselības traucējumi ir tuvāk vieglai kaitējuma smaguma pakāpei, nevis vidējai kaitējuma smaguma pakāpei.

Riska fonda noteikumu šobrīd spēkā esošā redakcija neparedz tik niansētu kaitējuma smaguma izvērtējumu. Ja personas veselībai nodarītais kaitējums smagums ir tuvāks viegla kaitējuma smaguma pakāpei, tad šāda pakāpe arī būtu jāņem vērā aprēķinos par atlīdzības apmēru.

Savukārt attiecībā uz Riska fonda noteikumu vēsturiskās redakcijas piemērošanu Senāts ir norādījis, ka no Riska fonda noteikumu 9.punktā norādītajiem apstākļiem, kuri jānovērtē, novērtējot kaitējuma smaguma pakāpi procentos, un noteikumu 2.pielikuma satura, redzams, ka noteikumi neietver, un tie pēc būtības arī nevar ietvert, pilnīgi paredzamu un skaitliski precīzu katra ietekmējošā kritērija īpatsvaru. Ikviens gadījums ir individuāls, un noteikumu mērķis ir atlīdzinājumu noteikt atbilstoši visu šo apstākļu (kritēriju) kompleksam novērtējumam. Atlīdzinājuma noteikšana notiek, visus apstākļus, kas minēti Riska fonda noteikumu 9.punktā un 2.pielikumā, novērtējot vienlaikus un kopsakarā, novērtējot katra ietekmējošā apstākļa esību, būtiskumu citu apstākļu vidū un cēlonisko sakaru ar kaitējumu, un to nevar pilnībā atspoguļot matemātiskā aprēķinā. Tas ir apstākļu novērtēšanas un svēršanas jautājums, kam jāatspoguļojas juridiskā secinājumā. Kaitējuma smagums ir jānosaka tā, lai lēmuma adresātam būtu saprotams, tieši kādi apstākļi ir ņemti vērā kaitējuma smaguma noteikšanā, vai un cik būtiski tie ietekmējuši kaitējuma smaguma noteikšanu, to palielinot vai samazinot, bet nevar sagaidīt, ka šie kompleksie apsvērumi būs atspoguļoti precīzā matemātiskā aprēķinā (*Senāta 2020.gada 24.marta sprieduma lietā Nr. SKA-790/2020,ECLI:LV:AT:2020:0324.A420172018.13.S, 18.punkts*).

Tas nozīmē, ka Riska fonda noteikumu vēsturiskā redakcija paredz individuālāku visu konkrētā gadījuma apstākļu izvērtējumu. Šāda pieeja pieteicēja gadījumā ir atzīstama par labvēlīgāku, tādēļ apgabaltiesa atlīdzību no Ārstniecības riska fonda šajā gadījumā noteiks, ņemot vērā Riska fonda noteikumu redakciju, kas bija spēkā līdz 2021.gada 31.maijam.

[23] Atbilstoši Riska fonda noteikumu 9.punktam pacienta veselībai un dzīvībai nodarītā kaitējuma smaguma noteikšanai ņem vērā šādus kritērijus:

1) veselības stāvokli, slimības rakstu un smagumu ārstniecības procesa sākumā;

2) slimības paredzamo norises gaitu, veicot atbilstošu ārstēšanu, un cēloņsakarību starp ārstniecības personas darbību vai bezdarbību un ārstniecības rezultātā radušos kaitējumu;

3) pacienta līdzdalību (līdzestību) savas veselības aprūpē, tās nozīmi un ietekmi uz ārstniecības procesa norisi;

4) kaitējuma smagumu kopsakarā ar nepieciešamās ārstēšanās ilgumu un ārstēšanās izdevumiem;

5) ārstniecības procesā radušos neparedzamos veselības traucējumus, kas ir vai nav saistāmi ar konkrētās saslimšanas ārstēšanu, ārstniecības personas darbību vai bezdarbību;

6) ārstniecības personas ieguldījumu pacienta veselības stāvokļa uzlabošanā, atjaunošanā;

7) apstākļus un vidi ārstniecības iestādē;

8) cik pilnīgi un pienācīgi ārstniecības persona veica savus pienākumus pacienta ārstēšanas laikā;

9) vai ārstniecības iestādei ir bijuši pieejami visi nepieciešamie resursi, lai novērstu kaitējuma rašanās cēloni;

10) ārstniecības personas darbības atbilstību Ārstniecības likuma $9.^{1}$panta pirmajai daļai.

Riska fonda noteikumu 2.pielikuma piezīmē norādīts, ka, vērtējot un izsakot procentos (veselos skaitļos) personas dzīvībai vai veselībai nodarītā kaitējuma (arī morālā kaitējuma) smaguma apmēru, ņem vērā: 1) personas pašaprūpes spējas, kas var būt ierobežotas, daļēji ierobežotas un iztrūkt vispār; 2) funkcionālos traucējumus: funkcijas samazinājumu, funkcijas zudumu saistībā ar bojātās orgānu sistēmas funkcionalitātes nozīmīgumu, individuāli vērtējot kopsakarībā ar personas profesiju; 3) dzīves kvalitāti un prognozējamo dzīvildzi.

[24] Vērtējot veselības stāvokli, slimības raksturu un smagumu ārstniecības procesa sākumā, kā arī slimības paredzamo norises gaitu, veicot atbilstošu ārstēšanu, secināms, ka pieteicējam jau pirms miokarda infarkta attīstības bija difūza ateroskleroze koronārajās artērijās, kas izraisīja asinsvadu sašaurinājumu, kas tika konstatēts 2025.gada 13.novembra koronogrāfijas izmeklējumā (*lietas 1.sējuma 98.lapa*). Tādējādi pieteicējam bija saslimšana, kas bija nepārprotamā cēloniskā sakarā ar miokarda infarkta attīstību.

Jautājumu par slimības paredzamo norises gaitu, veicot atbilstošu ārstēšanu, apgabaltiesa izvērtēja jau iepriekš un secināja, ka atbilstošas ārstēšanās gadījumā pieteicējam reperfūzija būtu veikta agrāk, tas samazinātu miokarda rētas apmēru, taču neļautu pilnībā izvairīties no miokarda bojājuma.

[25] Veselības inspekcijas pārstāvis tiesas sēdē norādīja, ka pieteicējs ir bijis tikai daļēji līdzestīgs, jo atkārtotas sāpju lēkmes brīdī uz slimnīcu ir devies saviem spēkiem, nevis atkārtoti saucis Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestu.

Apgabaltiesa šādam līdzestības aspekta vērtējumam nepiekrīt.

Eksperta atzinuma sadaļā par iesniegto materiālu izpēti ir norādīta Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta noteiktā diagnoze: gastroezofageāla refluksslimība, somatoformi traucējumi (somatoforma veģetatīva disfunkcija, hipohondriski traucējumi). Ieteikts atsākt lietot omeprazolu un veikt fibrogastroskopiju. Pieteicējs ir atstāts mājās. Apgabaltiesa secina, ka nekas no iepriekš norādītā nevarēja pieteicējam radīt priekšstatu, ka viņam ir akūts koronārs sindroms un var attīstīties miokarda infarkts. Tāpat no lietas materiāliem neizriet, ka pieteicējam būtu izskaidrots, ka atkārtotu sāpju gadījumā atkārtoti ir jāsauc Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests, jo jebkāda fiziska slodze var pasliktināt viņa veselības stāvokli. Par trūkumiem pacienta līdzestībā ir pamats runāt tikai tad, ja pacientam ir doti kādi skaidri norādījumi attiecībā uz viņa veselības stāvokli vai arī pacients nav ievērojis kādus vispārzināmus sagaidāmās uzvedības noteikumus. Tas nav attiecināms uz šo situāciju.

Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta ārste nebija pratusi pareizi novērtēt pieteicēja veselības stāvokli. Kā jau tika minēts iepriekš, eksperts tiesas sēdē norādīja, ka Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta ārstes darbība bija neloģiska, medicīniski nav izskaidrojama ne taktika, ne diagnoze, arī sūdzības nav sasaistītas ar objektīvo atradi un noteikto diagnozi. Ja jau medicīnas jomas speciālists ir kļūdījies pieteicēja veselības stāvokļa izvērtējumā, tad vēl jo mazāk bija sagaidāms, ka pieteicējs spēs pareizi novērtēt savu veselības stāvokli un rīkoties atbilstoši vadlīnijās noteiktajam.

Brīdī, kad sāpes kļuva neciešamas, pieteicējs pats saviem spēkiem iespējami ātri nokļuva slimnīcā. No lietas materiāliem neizriet, ka pieteicējs būtu ignorējis kādus ārstniecības personu norādījumus. Tādējādi atzīstams, ka pieteicējs ir bijis līdzestīgs savā veselības aprūpē.

[26] Secinājumus par kaitējuma smagumu apgabaltiesa norādīja jau iepriekš – vērtējot piemērojamo Riska fonda noteikumu redakciju.

[27] Vērtējot ārstniecības personu ieguldījumu pieteicēja veselības stāvokļa uzlabošanā un atjaunošanā, to, cik pilnīgi un pienācīgi ārstniecības personas veica savus pienākumus pieteicēja ārstēšanas laikā, kā arī ārstniecības personu darbības atbilstību Ārstniecības likuma $9.^1$ panta pirmajai daļai (minētā tiesību norma strīdus laikposmā noteica, ka ārstniecību veic atbilstoši klīniskajām vadlīnijām vai ārstniecībā izmantojamo metožu un zāļu lietošanas drošības un ārstēšanas efektivitātes novērtējumam, kas veikts, ievērojot uz pierādījumiem balstītas medicīnas principus) norādāms turpmāk minētais.

Veselības inspekcijas pārstāvis tiesas sēdē norādīja, ka ārstniecības personu darbība bija daļēji atbilstoša pierādījumos balstītas medicīnas principiem. Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests bija ieradies pie pieteicēja, izvērtējis pieteicēja veselības stāvokli un veicis elektrokardiogrammu. Tomēr elektrokardiogrammas rezultāti netika korekti interpretēti, kororānā patoloģija tika atpazīta novēloti un pacients netika stacionēts. Līdz ar to ārstniecības personu darbība nebija vērsta uz kaitējuma seku novēršanu.

Apgabaltiesa Veselības inspekcijas viedoklim nepiekrīt un atzīst, ka ārstniecības personas darbība nebija atbilstoša Ārstniecības likuma $9.^1$panta pirmajai daļai, veselības traucējumi tika atpazīti novēloti un darbība nebija vērsta uz kaitējuma seku novēršanu. Par to liecina eksperta /Persona B/ norādītais, ka Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta ārstes darbība bija neloģiska. Medicīniski nav izskaidrojama ne taktika, ne diagnoze, arī sūdzības nav sasaistītas ar objektīvo atradi un noteikto diagnozi. Eksperts norādīja, ka arī tad, ja miokarda infarkta vēl nebija, tad paaugstināts asinsspiediens kombinācijā ar sāpēm krūtīs bija traktējams kā neatliekama krīze, un pieteicējs bija nogādājams stacionārā. Eksperts arī norādīja, ka par ārstes noteikto diagnozi – refluksa slimību – nekādi nevar liecināt tas, ka pēc magnēzija lietošanas samazinājās asinsspiediens un samazinājās vai izzuda sāpes (*2025.gada 8.oktobra tiesas sēdes ieraksta 01:02:14-01:03:27*). Tas vien, ka ir veikta elektrokardiogramma, ja tās rādījumi netiek loģiski sasaistīti ar pacienta kopējo klīnisko ainu, neliecina par atbilstošu ārstēšanu. Tā kā pieteicēja veselības stāvoklis netika medicīniski adekvāti izvērtēts, tad arī viņam esošie veselības traucējumi tika atpazīti novēloti un Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta ārstes darbības nebija vērstas uz kaitējuma seku novēršanu.

Turklāt eksperti tiesas sēdē norādīja, ka, lai arī Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta izsaukuma laikā pieteicējam nebija tipisku miokarda infarkta pazīmju, tomēr viņam bija tipiska akūta koronāra sindroma klīniskā aina, ko mēdz apzīmēt arī kā pirmsinfarkta stāvokli (*2025.gada 8.oktobra tiesas sēdes ieraksta 01:08:41-01:12:21*). Minētais norāda uz to, ka nav arī pamata secināt, ka pastāvēja kādas pieteicēja organisma īpatnības, kas radīja objektīvas grūtības korekti atpazīt un novērtēt pieteicēja veselības traucējumus. Līdz ar to šajā sprieduma punktā norādītie aspekti nav vērtējami kā apstākļi, kas varētu samazināt nosakāmā kaitējuma apmēru.

[28] Savukārt, vērtējot apstākļus un vidi ārstniecības iestādēs un to, vai ārstniecības iestādei ir bijuši pieejami visi nepieciešamie resursi, lai novērstu kaitējuma rašanās cēloni, norādāms turpmāk minētais.

Veselības inspekcijas pārstāvis tiesas sēdē norādīja, ka bija daļēji nodrošināti nepieciešamie apstākļi un vide, kā arī bija pieejami visi nepieciešamie resursi. Inspekcijas ieskatā, nodrošinājuma pilnīgums ir vērtējams kontekstā ar to, kā pieejamie resursi tika izmantoti. Tā kā ārstniecības personas (cilvēkresursa) darbība nav bijusi

atbilstoša, tad apstākļu un vides nodrošinājums ir bijis daļējs. Apgabaltiesa nepiekrīt Veselības inspekcijas viedoklim.

Skaidrojums par to, kas ir saprotams ir jēdzieniem "apstākļi", "vide" un "resursi", ir rodams normatīvā akta Ministru kabineta 2021.gada 18.maija noteikumi Nr. 311 "Grozījumi Ministru kabineta 2013.gada 5.novembra noteikumos Nr. 1268 "Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi"anotācijā. Šajā dokumentā citstarp ir norādīts, ka Veselības inspekcijā vairākās Ārstniecības riska fonda ekspertīzēs kaitējums ticis konstatēts arī saistībā ar apstākļiem ārstniecības iestādē (piemēram, ārstniecības iestādē gūta intrahospitāla infekcija, C hepatīts u.tml.), kas neatrodas tiešā cēloniskā sakarībā ar ārstniecības personas rīcību veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas laikā. Tādējādi ir būtiski individuālā gadījumā izvērtēt arī apstākļus un vidi, ārstniecības iestādes resursus, lai novērstu kaitējuma rašanās cēloni.

No minētā ir secināms, ka apstākļu, vides un resursu nodrošinājuma un pieejamības izvērtējums nav saistīts ar ārstniecības personu darbības izvērtējumu. Tādēļ šī aspekta novērtējumā nav nozīmes jau iepriekš secinātajam, ka Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta ārstes darbība nav bijusi atbilstoša. Savukārt no lietas materiāliem neizriet, ka būtu pamats apšaubīt to, ka bija nodrošināti nepieciešamie apstākļi un vide, kā arī bija pieejami visi nepieciešamie resursi, tomēr kaitējums netika novērsts. Līdz ar to šajā sprieduma punktā norādītie aspekti nav vērtējami kā apstākļi, kam būtu pamats būtiski ietekmēt nosakāmā kaitējuma apmēru.

[29] Ņemot vērā minēto un novērtējot visus Riska fonda noteikumu 9.punktā norādītos aspektus kopsakarā ar noteikumu 2.pielikuma 3.1.apakšpunktā norādītā nodarītā kaitējuma smagumu, kā arī 2.pielikuma piezīmē norādīto, pieteicēja veselībai nodarītais kaitējums ir novērtējams 12 % apmērā no Pacientu tiesību likuma 16.panta otrās daļas 1.punktā noteiktās maksimālās summas (142 290 *euro*), ko no Ārstniecības riska fonda pacientam ir tiesības saņemt kā atlīdzību par viņa dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu (arī morālo kaitējumu).

Tā kā ar Veselības ministrijas 2017.gada 17.jūlija lēmumu jau ir atzītas pieteicēja tiesības saņemt no Ārstniecības riska fonda atlīdzību par viņa veselībai nodarīto kaitējumu 2845,80*euro* (kaitējums noteikts 2 % apmērā), tad papildus ir nosakāma atlīdzība par pieteicēja veselībai nodarīto kaitējumu 10 %apmērā.

Atbilstoši Riska fonda noteikumu 13.punktam izmaksājamās atlīdzības apmēru par kaitējumu izmaksā, izmantojot šādu formulu: KA=K x a/100, kur "KA" ir izmaksājamās atlīdzības apmēra par kaitējumu (arī morālo kaitējumu), izteikts *euro*, "K" ir kaitējuma apmērs, izteikts procentos saskaņā ar šo noteikumu 2.pielikumu, ņemot vērā šo noteikumu 9.punktā noteiktos kritērijus, bet "a" ir maksimālā atlīdzības summa par kaitējumu, izteikta *euro* atbilstoši Pacienta tiesību likuma 16.panta otrās daļas 1.punktam. Atbilstoši minētajai formulai pieteicējam papildus izmaksājama atlīdzība 14 229 *euro* apmērā.

[30] Ņemot vērā minēto, pieteicēja apelācijas sūdzība ir pamatota un pieteicēja pieteikums ir apmierināms daļā.

Apgabaltiesa secina, ka pirmās instances tiesa ir nonākusi pie kļūdaina lietas izskatīšanas rezultāta.

[31] Atbilstoši Administratīvā procesa likuma 126.panta pirmajai daļai, ja pieteikums pilnībā vai daļēji apmierināts, tiesa piespriež no atbildētāja par labu pieteicējam viņa samaksāto valsts nodevu.

Ņemot vērā, ka pieteicēja pieteikums ir daļā apmierināms, tad no Latvijas Republikas par labu pieteicējam piespriežama viņa samaksātā (*maksājuma uzdevumi, lietas 1.sējuma 9.lapa, 3.sējuma 27.lapa*) valsts nodeva 90 *euro*.

Rezolutīvā daļa

Pamatojoties uz Administratīvā procesa likuma 126.panta pirmo daļu, 307. un 309.pantu, Administratīvā apgabaltiesa

nosprieda

apmierināt /Persona A/ pieteikumu daļā;

uzlikt pienākumu Veselības inspekcijai viena mēneša laikā no sprieduma spēkā stāšanās dienas izdot administratīvo aktu, ar kuru /Persona A/ no Ārstniecības riska fonda tiktu izmaksāta atlīdzība14 229 *euro* apmērā par viņa veselībai un dzīvībai nodarīto kaitējumu (arī morālo kaitējumu);

pārējā daļā pieteikumu noraidīt;

piespriest no Latvijas Republikas par labu /Persona A/, personas kods /Personas kods A/, viņa samaksāto valsts nodevu 90*euro*.

Spriedumu var pārsūdzēt Senāta Administratīvo lietu departamentā viena mēneša laikā no sprieduma sastādīšanas dienas, kasācijas sūdzību iesniedzot Administratīvajā apgabaltiesā.

Tiesnese Tiesnesis Tiesnese

I. Freimane A. Dreimanis U. Mihailova