



Cilvēkresursi veselības aprūpē

Rīga 2019



Latvijas Republikas
Valsts kontrole

Revīzijas ziņojums

Cilvēkresursi veselības aprūpē

2019.gada 14.jūnijs

Lietderības revīzija “Cilvēkresursi veselības aprūpē”

Revīzija veikta, pamatojoties uz Valsts kontroles Trešā revīzijas departamenta 2017.gada 20.marta revīzijas uzdevumu Nr.2.4.1.-6/2017.

Vāka noformējumā izmantota fotogrāfija no www.depositphotos.com

Cienījamais lasītāj!

Lai sasniegtu labus sabiedrības veselības rādītājus, svarīgas ir modernas tehnoloģijas, jauni, efektīvi medikamenti un progresīvas diagnostikas un ārstniecības metodes. Tomēr neskatoties uz straujo medicīnas tehnoloģiju un veselības aprūpes pakalpojumu attīstību, veselības aprūpes darbinieki ir veselības aprūpes sistēmas stūrakmens, kam ir būtiska nozīme veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā iedzīvotājiem un veselības rezultātu uzlabošanā.

Analizējot situāciju veselības aprūpē, ir identificējamas četras galvenās problēmas – cilvēkresursu trūkums, ārstu izvietojuma nevienmērība un novecošana, kā arī medicīnas personāla nepietiekamais atalgojums. Šīs problēmas ir nepieciešams risināt, lai uzlabotu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un kvalitāti.

Ņemot vērā ārstniecības personu būtisko un izšķirošo lomu cilvēka veselības un dzīvības saglabāšanā un lai aizsargātu veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju intereses, ārstniecības personām ir jāievēro tām noteiktās prasības – gan izglītības ieguvē, gan sertifikācijā, gan kvalifikācijas uzturēšanā, lai tās varētu īstenot profesionālo darbību izvēlētajā jomā.

Lai sabalansētu nepieciešamību ilgtermiņā nodrošināt veselības nozari ar cilvēkresursiem nepieciešamā skaitā, izvietojumā un pieprasījumam atbilstošā kvalifikācijā, vienlaikus nodrošinot, ka ārstniecības personām noteiktās prasības profesionālajā darbībā ir atbilstošas, ir nepieciešams īstenot sabiedrības vajadzībām atbilstošu veselības nozares cilvēkresursu attīstības politiku.

Veicot revīziju, vēlējamies noskaidrot, vai Veselības ministrijas īstenotā cilvēkresursu politika veicina uz iedzīvotājiem orientētas, racionālas, efektīvas un kvalitatīvas veselības nozares attīstību, nodrošinot šī mērķa īstenošanai nepieciešamos cilvēkresursus ilgtermiņā.

Valsts kontrole ir pārliecināta, ka revīzijas ziņojumā konstatētais būs papildu stimuls Veselības ministrijai pieņemt lēmumus, lai uzlabotu ārstniecības personu pietiekamību, nodrošinot paaudžu nomaiņu, lai rūpētos par reģionālo pieejamību un atbilstošu atalgojumu, turpinot iesāktās reformas veselības aprūpē.

Pateicamies par sadarbību mūsu galvenajai revidējamai vienībai – Veselības ministrijai –, kā arī Veselības inspekcijai, izglītības iestādēm, ārstniecības personu profesionālajām organizācijām un pārējām institūcijām, kas revidentiem sniedza revīzijai nepieciešamo informāciju un viedokli.

Ar cieņu
departamenta direktore

Inga Vārava



Saturs

Kopsavilkums	7
Galvenie secinājumi	7
Būtiskākie ieteikumi.....	14
Ziņojuma struktūra	16
Izpratne par cilvēkresursu attīstību veselības nozarē	17
Cilvēkresursu attīstības politikas izvirzītie mērķi un sasniedzamie rezultāti	18
Cilvēkresursu attīstības politikas uzdevumu izpilde un jaunākajos attīstības plānošanas dokumentos ietvertie mērķi cilvēkresursu attīstībai.	19
Revīzijas konstatējumi	21
Vai Veselības ministrijas darbības ir bijušas pietiekamas, lai nodrošinātu pieprasījumam atbilstošu nozares cilvēkresursu skaitu, kvalifikāciju un izvietojumu?	21
Ārstniecības personu nodrošinājums	24
Ārstniecības personu izvietojums	30
Darbs nozarē pēc studijām.....	32
Paaudžu nomaiņa	33
Darba samaksas izmaiņas	36
Ieteikums	40
Vai Veselības ministrija ir veicinājusi veselības aprūpes nozares ilgtermiņa vajadzībām atbilstošas medicīniskās izglītības sistēmas attīstību valstī?.....	41
Vai profesiju un specialitāšu sadalījums ir noteikts atbilstoši nozares vajadzībām?.....	41
Ieteikumi	45
Vai medicīnas izglītības studiju vietu skaita, studiju ilguma un ārstu specializācijas noteikšana ir pietiekami pārdomāta un veicina cilvēkresursu nonākšanu darba tirgū?	45
Ieteikumi	51
Vai medicīnas māsu izglītības organizācija ir vērsta uz profesijas attīstību?.....	51
Ieteikumi	56
Vai esošā ārstniecības personu sertifikācijas un resertifikācijas jeb kvalifikācijas uzturēšanas procesa organizācija ir vērsta uz veselības aprūpes kvalitātes uzlabošanu un nerada nepamatotu slogu ārstniecības personām?.....	58

Vai sertifikācijas uzdevuma deleģējuma regulējums veicina efektīvu uzraudzību pār tā izpildi? ...	60
Ieteikums	62
Vai ir noteikti sertifikācijas un resertifikācijas mērķi?	63
Ieteikums	65
Vai tiek novērsta interešu konfliktu iespējamība sertifikācijas institūcijās?	65
Ieteikums	67
Vai ārstniecības personu sertifikācija nerada nevajadzīgu administratīvo slogu un vai ārstniecības personu dalījums reģistrētās un sertificētās ārstniecības personās ir jēgpilns?	67
Ieteikums	74
Vai profesionālās kvalifikācijas uzturēšanas prasības ir pilnveidojamas?	75
Vai ārstniecības personu kvalifikācijas uzturēšanas prasības ir vienlīdzīgas?	85
Ieteikumi	86
Vai sertifikācijas procesā tiek izvērtēti ārstniecības personu profesionālās darbības pārkāpumi?... ..	87
Ieteikums	89
Vai tālākizglītība tiek īstenota kā nepārtraukts process, kas ļauj ārstniecības personām uzturēt un pilnveidot ārstniecības prakses standartus atbilstoši veselības aprūpes sistēmas vajadzībām?	89
Ieteikums	99
Vai piemērotā resertifikācijas maksa ir pamatota?	100
Ieteikums	103
Vai Veselības ministrija Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistru izmanto kā instrumentu nozares plānošanai un uzraudzībai?	104
Ieteikumi	108
Veselības ministrijas viedoklis	110
Par veikto revīziju	110
Par revīzijas secinājumiem	110
Par revīzijas ieteikumiem	111
Par revīzijas ieteikumu ieviešanu	111
Revīzijas raksturojums, kritēriji un metodes	112
Revīzijas mērķis	112
Juridiskais pamatojums	112

Revidentu un revidējamās vienības atbildība.....	112
Revīzijas apjoms	112
Vērtēšanas kritēriji	114
Revīzijas metodes.....	122
PIELIKUMI.....	123
1.pielikums. Veselības aprūpes cilvēkresursu statistika.....	124
2.pielikums. Izglītība veselības aprūpes jomā.....	127
3.pielikums. Reglamentēto profesiju skaits veselības aprūpes jomā.....	130
Atsauces.....	131

Kopsavilkums

Galvenie secinājumi

Aizvien pieaugošā plaisa starp veselības aprūpes speciālistu piedāvājumu un pieprasījumu pēc to pakalpojumiem tiek atzīta par galveno aktualitāti veselības attīstības jomā visā pasaulē. Pasaules Veselības organizācija uzskata, ka veselības aprūpes darbinieku pietiekamībai un kvalifikācijai ir izšķiroša nozīme veselības aprūpes uzlabošanā. Lai ikvienā valstī izveidotu efektīvu, iedarbīgu, stabilu un ilgtspējīgu veselības aprūpes sistēmu, ir nepieciešams ne tikai apzināt sabiedrības vajadzības, bet arī iegūt padziļinātu izpratni par cilvēkresursiem veselības aprūpē un nepieciešamajiem ieguldījumiem tajā.

Tomēr revīzijā konstatētais liek secināt, ka Veselības ministrijas īstenotā nozares cilvēkresursu attīstības politika nepietiekamās politiskās gribas, finansējuma un kapacitātes nepietiekamības dēļ nav sasniegusi cerētos rezultātus. Šajā jomā identificētās problēmas – nepietiekams māsu skaits, ārstu un māsu disproporcija, nepietiekams atalgojuma līmenis, personāla novecošanās un neefektīva paaudžu nomaiņa – nav mainījušās kopš 2006.gada, kad tika izstrādāts politikas dokuments¹.

Latvijā cilvēkresursu skaits, kvalifikācija un izvietojums nav atbilstošs

Lai gan Veselības ministrija jau 2005.gadā izvirzīja mērķi veselības aprūpes sistēmu nodrošināt ar cilvēkresursiem pieprasījumam atbilstošā skaitā un kvalifikācijā, tai skaitā izveidot efektīvu veselības nozares cilvēkresursu plānošanu, pilnveidot darba samaksas un sociālo garantiju sistēmu, attīstīt izglītības sistēmas atbilstoši pieprasījumam veselības nozares darba tirgū, – revīzijā secināts, ka veselības aprūpes nozarē nodarbināto ārstniecības personu skaits arvien turpina samazināties, vērojama būtiska personāla novecošanās un pastāv liela nevienlīdzība ārstniecības personu izvietojumā reģionos un Rīgā.

Pirms vairāk nekā desmit gadiem Veselības ministrija uzskatīja par nepieciešamu izstrādāt vienotu ārstniecības personu skaita plānošanas metodiku un noteikt nepieciešamo ārstniecības personu skaitu. Konceptuālajā ziņojumā “Par veselības aprūpes sistēmas reformu” ir aprakstīti pamatprincipi un kritēriji veselības nozares cilvēkresursu plānošanai un prognozēšanai, kas balstīti uz Pasaules Bankas ekspertu ieteikumiem. Lai gan minētie pamatprincipi un kritēriji ir uzskatāmi par pamatu turpmākajiem plānošanas soļiem, lai nodrošinātu optimālu veselības nozares profesionāļu piesaisti aprūpes līmeņos neatkarīgi no teritoriālā izvietojuma, tomēr visaptveroša, veselības aprūpes pakalpojumam atbilstoša metodika izstrādāta netika.

Lai gan ārstu skaits pret iedzīvotāju skaitu Latvijā iekļaujas vidējā līmenī starpvalstu salīdzinājumā, tomēr ir vērojams atsevišķu specialitāšu ārstu trūkums, savukārt reģionos ir vērojams ārstu-speciālistu trūkums gandrīz visās specialitātēs. Kritiski nozarē trūkst



Cilvēkresursu plānošanas metodika ir balstīta starptautiskajā praksē, bet tā neaptver Latvijas veselības aprūpes sistēmu kopumā



Nozarē trūkst vismaz 3598 medicīnas māsu un 295 vecmāšu.

medicīnas māsu un vecmāšu – pēc revidentu aplēsēm nozarē papildus nepieciešamas vismaz 3598 medicīnas māsas un 295 vecmātes.

Veselības aprūpes nozarē ir svarīgi, lai noteiktas kvalifikācijas ārsts būtu pieejams vietā, kur tas ir nepieciešams pacientam, tomēr revīzijā secināts, ka Veselības ministrijas faktiskās darbības cilvēkresursu attīstības politikas ieviešanā nav būtiski uzlabojušas veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību reģionos, jo Rīgā un Pierīgā reģistrēto ārstniecības personu īpatsvars attiecībā pret visām ārstniecības personām ir palielinājies no 60% 2005.gadā līdz 63% 2015.gadā. Ārstu pieejamību reģionos nav būtiski mainījušas arī Veselības ministrijas 2016. un 2017.gadā veiktās darbības rezidentu piesaistē darbam ārpus Rīgas.

Arī Veselības ministrijas darbības jauno speciālistu piesaistē veselības nozarei revidentu vērtējumā nav uzskatāmas par pietiekamām. Veselības ministrija uzskata, ka ir sasniegts cilvēkresursu attīstības politikā izvirzītais kritērijs – 70% no veselības aprūpes izglītību ieguvušajām personām strādā veselības aprūpes nozarē. Tomēr revidenti vērs uzmanību, ka rādītāja izpildi nodrošina tas, ka 92% rezidentūru beidzot ārstu uzsāk strādāt veselības nozarē, kamēr citu profesiju gadījumā kritērijs nav sasniegts – tikai 52% māsu un 54% vecmāšu pēc studiju pabeigšanas uzsāk darba gaitas Latvijā. Un kopumā tikai 65% no jauniem speciālistiem, kuri ieguvuši kvalifikāciju, pēc diploma saņemšanas paliek Latvijas darba tirgū.

Lai gan būtiska problēma veselības aprūpē ir ārstniecības personu straujā novecošanās, Veselības ministrijas izvirzītie kritēriji ārstniecības personu paaudžu nomaiņai nav sasniegti pilnībā un ministrijai nav arī efektīvu risinājumu šīs problēmas novēršanai. Revīzijā veiktā datu analīze liecina, ka 55% ārstniecības un atbalsta personu ir vecumā virs 50 gadiem. Vairākās ārstu specialitātēs situāciju var saukt par kritisku, jo, piemēram, 65% no valstī praktizējošiem ārstiem ar ķirurga specialitāti ir vecāki par 50 gadiem, tai skaitā 21% speciālistu ir sasnieguši 65 gadus. Lai situāciju uzlabotu, ir jā sagatavo jaunie speciālisti un jāveic pasākumi, lai tie paliktu strādāt veselības aprūpes nozarē.

Valsts kontroles ieskatā Veselības ministrijai ir jāuzlabo esošā cilvēkresursu plānošanas un prognozēšanas metodika, papildinot to ar risinājumiem, kas mērķtiecīgi un racionāli palīdzētu noteikt nepieciešamo ārstniecības personu skaitu (tai skaitā noteiktas kvalifikācijas speciālistu skaitu), racionālu reģionālo izvietojumu ārstniecības iestādēs, kā arī apzināt papildus nepieciešamos cilvēkresursus, lai nodrošinātu kvalitatīvus veselības aprūpes pakalpojumus.



Revidējamā periodā tikai 40% ārstu-absolventu turpina studijas rezidentūrā, 13% uzsāk darba gaitas veselības aprūpes nozarē, bet par 47% ārstu nav informācijas.



Nozarē 55% ārstniecības un atbalsta personu ir vecumā virs 50 gadiem.



Medicīnas māsas valstī tiek sagatavotas vismaz par 30% mazāk.

Atalgojuma līmenis ir izšķirošs aspekts, lai mudinātu jauniešus veidot karjeru veselības aprūpes nozarē. Viens no galvenajiem iemesliem, kāpēc Veselības ministrijai nav izdevies sasniegt izvirzīto cilvēkresursu attīstības politikas mērķi, ir fakts, ka atlīdzībai nepietiekamā finansējuma dēļ ministrijai nav izdevies panākt jau 2009.gadā iecerēto vidējās darba samaksas palielinājumu ārstniecības personām līdz 2,5 reizēm no tautsaimniecībā vidējās darba samaksas. Tikai no 2018.gada Veselības ministrija ir uzsākusi ārstniecības personu darba samaksas ievērojamu palielināšanu, solot līdz 2021.gadam nodrošināt, ka ārstu un funkcionālo speciālistu vidējā darba samaksa būs divkārtšā apmērā no tautsaimniecībā nodarbināto vidējās darba samaksas. Tomēr revidentu vērtējumā ilgstoša vēsturiskā nevērība pret veselības aprūpē nodarbināto nepietiekamo darba samaksu ir radījusi ārstniecības personu trūkumu un negatīvi ietekmējusi arī profesijas prestižu, tāpēc veselības nozares cilvēkresursu problēmu risināšanai Veselības ministrijai ir jābūt ilgtermiņa prioritātei, lai nodrošinātu sabiedrībai pieejamu veselības aprūpi.

Veselības ministrija nav veicinājusi veselības aprūpes nozares ilgtermiņa vajadzībām atbilstošas medicīniskās izglītības sistēmas attīstību valstī

Latvijā ārstniecības personas studē ilgāk, tām ir vairāk jāpildinveidojas tālākizglītībā, līdz ar to netiek veicināta jaunu ārstniecības personu ātrāka nokļūšana darba tirgū. Turklāt Latvijā veselības nozarē ir divreiz vairāk reglamentēto profesiju nekā Lietuvā vai Igaunijā, savukārt specialitāšu, apakšspecialitāšu un papildspecialitāšu ir apmēram 1,5 reizes vairāk.

Veselības ministrija, kurai jā rūpējas par nozares vajadzībām atbilstošu ārstniecības personu profesiju un specialitāšu nodrošināšanu, neveic reglamentēto profesiju saraksta regulāru pārskatīšanu un pietiekami neizvērtē saraksta papildināšanas nepieciešamību, līdz ar to sarakstā ir iekļautas profesijas ar salīdzinoši mazu kvalifikāciju ieguvušo ārstniecības personu skaitu. Piemēram, sarakstā iekļautas ārsta profesijas papildspecialitātes – andrologs, kombustiologs un trihologs –, tomēr trīs gadu laikā šajās papildspecialitātes nav sertificēta neviena ārstniecības persona.

Revidentu ieskatā pārāk liela reglamentēto profesiju sadrumstalotība un šaura profila specializācija var negatīvi ietekmēt cilvēkresursu pietiekamību nozarē konkrētā specialitātē, savukārt mazs sertificēto ārstniecības personu skaits atsevišķās specialitātēs rada bažas par nepamatotu konkurences un pakalpojumu pieejamības ierobežošanu. Par konkurences ierobežojumiem mikroķirurģijas nozarē Valsts kontrole ir norādījusi lietderības revīzijā “Vai Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas vadība ir rīkojusies lietderīgi ar valsts resursiem?”

Veselības ministrija plānoja līdz 2015.gadam veikt cilvēkresursu situācijas analīzi veselības aprūpes nozarē un sagatavot izmaiņu prognozi, kas būtu par pamatu medicīnas izglītības attīstības programmas izveidei. Šāds stratēģisks izvērtējums netika veikts, un medicīnas izglītības attīstības uzdevumi netika definēti. Līdz ar to Veselības ministrijas rīcībā nav instrumenta, lai panāktu, ka valstī tiek īstenota koordinēta un nozares vajadzībām atbilstoša pamatstudiju vietu plānošana, novēršot arī situāciju, ka valsts budžeta finansēto veselības aprūpes pamatstudiju absolventu skaits ir lielāks nekā rezidentūras



Veselības ministrija
pietiekami neizvērtē jaunu
reglamentēto profesiju
iekļaušanu sarakstā, Latvijā
veselības aprūpes nozarē ir
divas reizes vairāk
reglamentēto profesiju nekā
Lietuvā vai Igaunijā.

studiju vietu skaits. Šāda situācija revidentu ieskatā neveicina izglītībai pieejamo ierobežoto valsts budžeta līdzekļu mērķtiecīgu izmantošanu.

Revīzijā secināts, ka Latvijā daudzu ārstu specialitāšu rezidentūras studiju ilgums pārsniedz Direktīvā par profesionālo kvalifikāciju atzīšanu² (turpmāk – Direktīva) noteikto minimālo ilgumu, kamēr Lietuvā un Igaunijā tas vairākumā gadījumu atbilst minimālajam studiju ilgumam, turklāt studiju saturs visās valstīs būtiski neatšķiras. Lai gan Direktīva³ ļauj nacionālajā regulējumā noteikt ilgāku rezidentūras apmācības ilgumu, revīzijā nav gūts izskaidrojums ilgākām rezidentūras apmācībām Latvijā.

Arī Latvijā izveidotā ārstu šaurā specializācija (piemēram, papildus ārstu pamatspecialitātēm un apakšspecialitātēm ir izveidotas 22 papildspecialitātes) ietekmē to, ka uz valsts budžeta finansētajām rezidentūras studiju vietām pretendē ne tikai jaunie ārsti absolventi, kas vēlas apgūt savu pirmo pamatspecialitāti, bet arī tie ārsti, kas vēlas iegūt papildspecialitāti. Turklāt šaurā specializācija paildzina kopējo studiju ilgumu un laiku līdz jaunais ārsts uzsāk darbu izvēlētajā specializācijas jomā.

Revidentu vērtējumā jau tā kritisko situāciju ar medicīnas māsu nodrošinājumu neatvieglo esošais medicīnas māsu profesionālās kvalifikācijas iegūšanas process, kas ir sarežģīts un nesamērīgs pret iegūstamajām kompetencēm. Lai gan māsu profesionālās kvalifikācijas prasības ir vienādas, tomēr māsziņu izglītības sistēma sagatavo dažādu izglītības līmeņu medicīnas māsu – no profesionālās vidējās izglītības (vēsturiskā) līdz akadēmiskajam maģistra grādam. Turklāt sertifikācijas procesu sarežģī atšķirīgie izglītības līmeņi un sadrumstalotā māsu specializācija – septiņas pamatspecialitātes, sešas papildspecialitātes un trīs metodes. Līdz ar to tiek apgrūtināta māsu ienākšana un mobilitāte darba tirgū, turklāt daļa māsu izvēlas strādāt profesijā bez sertifikāta, bet šādā gadījumā tās nedrīkst patstāvīgi strādāt specialitātē un par līdzvērtīgu darbu saņemt zemāku atlīdzību nekā sertificētas māsas.

Māsu izglītības sarežģīto organizācijas kārtību Veselības ministrija plāno novērst, izveidojot māsu profesijas pamatspecialitāti – vispārējas aprūpes māsa –, tā samazinot māsu profesijas pamatspecialitāšu skaitu no septiņām uz vienu. Šāda iecere ir pozitīvi vērtējama, jo to savlaicīgi un mērķtiecīgi ieviešot, tiktu sakārtota māsu izglītības sistēma.

Esošā ārstniecības personu sertifikācijas un resertifikācijas procesa organizācija nav vērsta uz veselības aprūpes kvalitātes uzlabošanu un rada nepamatotu slogu ārstniecības personām

Latvijā jau vēsturiski ir noteikta kārtība, ka, lai patstāvīgi nodarbotos ar ārstniecību konkrētā specialitātē, ārstniecības personai ir jābūt ne tikai reģistrētai ārstniecības personu reģistrā, bet tai jābūt arī sertificētai. Saskaņā ar Ārstniecības likumu sertifikāts apliecina personas profesionālo sagatavotību un to, ka ārstniecības persona kā speciālists ir kompetenta patstāvīgi nodarboties ar ārstniecību.



Latvijā ārsti rezidentūrā studē ilgāk nekā Lietuvā un Igaunijā.



Latvijā māsu profesijai ir viens profesijas standarts un viena kvalifikācija, bet profesija tiek iegūta dažāda līmeņa izglītības programmās.

Tomēr revidentu vērtējumā trūkst pamatojuma Ārstniecības likumā noteiktajam ārstniecību personu dalījumam reģistrētās un sertificētās ārstniecības personās, jo reģistrētām un sertificētām ārstniecības personām, kuras ir ieguvušas specialitātei nepieciešamo profesionālo kvalifikāciju, kompetence ir vienāda. Turklāt apstākļos, kad cilvēkresursu nodrošinājums veselības aprūpē nav pietiekams, normatīvajos aktos tiek noteikta nepieciešamība sertificētām ārstniecības personām uzraudzīt nesertificētas ārstniecības personas, lai gan to kompetencei nav pamata atšķirties.

Turklāt normatīvajos aktos un attīstības plānošanas dokumentos nav noteikts ārstniecības personu sertifikācijas un resertifikācijas mērķis un sertifikācijas institūciju sasniedzami rezultāti, arī Veselības ministrijai un sertifikācijas institūcijām nav vienota viedokļa par to, kāds ir sertifikācijas un resertifikācijas mērķis un kā izmērīt, vai un kādā pakāpē tas tiek sasniegts. Līdz ar to nav radīts mehānisms, lai novērtētu sertifikācijas un resertifikācijas lietderību un efektivitāti, un to, vai visu sertifikācijas institūciju darbība ir orientēta uz rezultātu, nevis procesu.

Revīzijā secināts, ka sertifikācijas procedūra ārstniecības personām, kuras vēlas iegūt sertifikātu noteiktā specialitātē uzreiz pēc profesionālās kvalifikācijas iegūšanas, ir formāla un rada nevajadzīgu administratīvu un finansiālu slogu, jo ārstniecības personas iegūtā teorētiskā un praktiskā izglītība un pieredze gan uz izglītības studiju noslēguma pārbaudījuma brīdi, gan uz sertifikācijas eksāmena brīdi neatšķiras, tomēr jaunajiem speciālistiem ir jākārtoti divi eksāmeni. Turklāt laikā no 2015.gada līdz 2017.gadam ir sertificēti 99% no rezidentūras absolventiem, kas revidentu ieskatā apliecina, ka jau rezidentūrā iegūtās zināšanas un pieredze ir pietiekama, lai ārstniecības persona patstāvīgi nodarbotos ar ārstniecību savā specialitātē bez papildu sertifikācijas. Revidenti uzsver, ka Latvijā tiesību iegūšana patstāvīgi nodarboties ar ārstniecību specialitātē ir sarežģītāka nekā Lietuvā un Igaunijā, un prakses tiesību iegūšana Latvijā izmaksā trīs līdz četras reizes vairāk nekā Lietuvā un Igaunijā.

Ārstniecības personai ik pēc pieciem gadiem ir jāatjauno sertifikāts. Izpildot resertifikācijas prasības, tiek uzskatīts, ka ārstniecības persona savu profesionālo kvalifikāciju uztur un pilnveido pietiekamā apjomā un ārstniecības personu var resertificēt. Tomēr revīzijā konstatēts, ka noteiktās resertifikācijas prasības revidentu ieskatā ir formālas, tās daļēji vai pat sistemātiski netiek ievērotas. Tas liecina par risku, ka resertifikācija netiek īstenota jēgpilni un rada nevajadzīgu administratīvo slogu, jo tā ne vienmēr apliecina atbilstošu ārstniecības personas profesionālās kvalifikācijas uzturēšanu un pilnveidošanu.

Piemēram, kā viena no resertifikācijas prasībām ir noteikta vismaz trīs gadus ilga pieredze sertifikātā norādītajā specialitātē, tomēr vairākos gadījumos konstatēts, ka tā netiek ievērota, jo ne visas sertifikācijas institūcijas pārbauda ārstniecības personas uzrādīto informāciju resertifikācijas lapā. Profesionālās darbības pārskata iesniegšana būtiski neietekmē lēmumu par resertifikāciju, jo ne visām ārstniecības personu specialitātēm ir izstrādāti profesionālās darbības vērtēšanas kritēriji; daļa izstrādāto kritēriju ir vispārīgi un nav definēti kritēriju izpildes vai neizpildes robežlielumi.



Nav radīts mehānisms, lai novērtētu sertifikācijas un resertifikācijas lietderību un efektivitāti.



Ārstniecības personu prakses tiesību iegūšanā Latvijā ir 3-4 reizes dārgāka nekā Igaunijā un Lietuvā.

Tāpēc revidentu ieskatā resertifikācijas procesā netiek nodrošināts, ka ārstniecības personu profesionālās darbības apjoms, intensitāte un kvalitāte tiek vērtēta pēc noteikta standarta, gūstot pārliecību, ka resertificētas tiek tās ārstniecības personas, kuru profesionālā darbība atbilst definētam un augstam kvalitātes līmenim.

Revidenti vērs uzmanību, ka esošā normatīvā regulējuma dēļ nav iespējams anulēt sertifikātu gadījumā, ja ārstniecības persona ir būtiski pārkāpusi profesionālo darbību reglamentējošos normatīvos aktus un ētikas normas, jo nav izveidota sadarbība un informācijas apmaiņa starp Veselības inspekciju, kas konstatē pārkāpumus, un sertifikācijas institūcijām, kuras ir tiesīgas anulēt piešķirtos sertifikātus.

Ārstniecības personu sertifikācijas uzdevums jau vēsturiski Ārstniecības likumā ir deleģēts mediķu profesionālajām organizācijām, un Valsts kontrole neapšaubā šāda lēmuma pareizību, tomēr revidentu vērtējumā šāds regulējums neveicina Veselības ministrijas iespējas novērtēt un uzraudzīt deleģējumu atbilstoši Valsts pārvaldes iekārtas likuma prasībām⁴. Piemēram, Veselības ministrija nevar nodrošināt, ka visu trīs profesionālo organizāciju sertifikācijas padomes locekļiem ir noteikts valsts amatpersonas statuss, tādējādi neievērojot normatīvā akta prasības⁵ un neveicinot sertifikācijas padomes darbības atklātību. Revīzijā konstatēti arī gadījumi, kad viena un tā pati persona ir gan sertifikācijas komisijas loceklis, gan pati resertificējamā persona vai resertificējamās personas darba devējs. Revidentu ieskatā šāda rīcība nav ētiska un neveicina objektīvu sertifikācijas organizācijas kārtību.

Saskaņā ar Ministru kabineta apstiprināto cenrādi ārstniecības personām par sertifikāciju tiek prasīta maksa 59,76 euro, savukārt par resertifikāciju – 48,38 euro. Revidentu ieskatā sertifikācijas cenrādis ir maldinošs, jo nesniedz skaidru priekšstatu par to, kāda ir sertifikācijas vai resertifikācijas cena, jo cenrādī cenas atsevišķi norādītas tādiem pakalpojumiem, kurus persona atsevišķi no citiem pakalpojumiem nevar saņemt. Revīzijā secināts, ka sertifikācijas institūcijas no ārstniecības personām iekasē maksu divas reizes par vienu un to pašu resertifikācijas pakalpojumu sniegšanu, kā rezultātā ārstniecības personām laikā no 2015. līdz 2017.gadam ir radīti nepamatoti izdevumi 312 244 euro.

Tālākizglītība netiek īstenota kā nepārtraukts process atbilstoši veselības aprūpes sistēmas vajadzībām

Tālākizglītība palīdz uzturēt, attīstīt un uzlabot ārstniecības personu zināšanas, prasmes un profesionālo sniegumu, lai nodrošinātu drošu, efektīvu, uz labāko praksi un pierādījumiem balstītu veselības aprūpi atbilstoši nozares vajadzībām.



Resertifikācijas prasības ir formālas, tās daļēji vai pat sistemātiski netiek ievērotas, ne vienmēr sertifikācijas institūcijas pārbauda tām iesniegtos datus.



Revīzijā konstatēti gadījumi, kas liecina par interešu konflikta riskiem sertifikācijas komisiju darbībā

Revīzijā secināts, ka Veselības ministrija neveic regulāras un sistemātiskas darbības tālākizglītības plānošanā, organizēšanā un novērtēšanā, jo valsts budžeta līdzekļi tālākizglītībai netiek piešķirti, bet ministrija tālākizglītību nodrošina periodiski – atbilstoši ES fondu finansējuma piesaistes iespējām. Tālākizglītības pasākumu īstenošanu nodrošina profesionālās organizācijas un citas iesaistītās puses.

Revīzijā secināts, ka tālākizglītības plānošanas un organizācijas kārtība neatbilst labas tālākizglītības organizācijas praksei, jo tā tiek plānota fragmentāri, bez kopēja veselības nozares un ārstniecības personu vajadzību novērtējuma. Piemēram, tālākizglītības plānošanā netiek izmantota nozarē kopumā uzkrātā informācija par sūdzībām, pieļautajām kļūdām un konstatētajiem pārkāpumiem veselības aprūpes kvalitātes jomā, tāpēc pastāv risks, ka tālākizglītība nav pilnībā orientēta uz nozarē konstatēto aktuālo trūkumu novēršanu. Tāpat nav noteikta nepieciešamība pamatot tālākizglītības pasākuma mērķi, konkretizējot, kādas ārstniecības personu prasmes tiks pilnveidotas. Arī esošā ārstniecības personu profesionālās kvalifikācijas uzturēšanas un novērtēšanas kārtība – iegūto tālākizglītības punktu saskaitīšana – nesniedz priekšstatu par to, vai un kādā apmērā apgūtā tālākizglītība ir ļāvusi uzlabot profesionālo kvalifikāciju un kompetenci un veicinājusi labākas veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšanu.

Lai gan tālākizglītības pasākumu organizēšanai ir izstrādāta kārtība, tās faktiskajā izpildē revīzijā saskatāmi vairāki trūkumi. Ne vienmēr tiek ievērota prasība tālākizglītības pasākumu apstiprināt tikai tad, ja ir saņemts attiecīgās profesionālās asociācijas saskaņojums vai lektors ir apmācītājs persona vai mācītājs, turklāt tālākizglītības pasākumu apstiprināšanu veic trīs organizācijas un tiek uzturēti trīs atsevišķi tālākizglītības pasākumu reģistri. Tādējādi tiek radīts gan nevajadzīgs administratīvais slogs un resursu patēriņš, gan aprūtinātas ārstniecības personu iespējas visus apstiprinātos tālākizglītības pasākumus ērti apskatīt un izvēlēties vienuviet.

Ņemot vērā, ka gan Lietuvā, gan Igaunijā ārstniecības personu tālākizglītības finansējumu veido arī valsts budžeta līdzekļi, Latvijā ārstniecības personu finansiālais slogs tālākizglītības pasākumu apmeklēšanai, iespējams, ir lielāks. Revidentu vērtējumā nepieciešamība pilnībā segt tālākizglītības izmaksas var negatīvi ietekmēt ārstniecības personu motivāciju nepārtraukti attīstīt zināšanas un profesionālās prasmes.

Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistru nevar pilnvērtīgi izmantot kā instrumentu nozares plānošanai un uzraudzībai

Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra izveidi un uzturēšanu revidenti vērtē kā nozīmīgu instrumentu cilvēkresursu attīstības plānošanā veselības aprūpē, tomēr reģistra izveides un uzturēšanas mērķi – uzkrāt un izmantot datus veselības aprūpes politikas veidošanai un īstenošanai, kā arī uzraudzībai – nav sasniegti, jo reģistrā uzkrātie dati nesniedz pilnīgu, precīzu un aktuālu informāciju par nozarē praktizējošajiem speciālistiem un to faktisko noslodzi. Veselības ministrija, realizējot



Veselības ministrija nav izstrādājusi vienotu tālākizglītības pārraudzības modeli.



Ārstniecības personu tālākizglītība nav vērsta uz problēmu novēršanu un nav efektīva.

cilvēkresursu attīstības politiku, ne vienmēr var paļauties uz reģistra datiem. Reģistrā uzkrātos datus nevar izmantot pēc kritērija “ārstniecības persona pamatdarbā”, jo 12% no ārstniecības personām praktizē tikai blakusdarbā, turklāt nav zināma personai noteiktā slodze, līdz ar to netiek atainota pilnīga informācija par nozarē nodarbinātājiem.

Būtiskākie ieteikumi

Pamatojoties uz revīzijā izdarītajiem secinājumiem, Veselības ministrijai kā vadošajai valsts pārvaldes iestādei veselības nozarē ir sniegti 19 ieteikumi, kurus ieviešot tiks veicināta veselības nozares cilvēkresursu attīstība un nodrošinājums atbilstoši nozares vajadzībām, tādējādi sabiedrībai ilgtermiņā nodrošinot pieejamus un kvalitatīvus veselības aprūpes pakalpojumus.

Cilvēkresursu attīstības jomas pilnveidošanai Valsts kontrole aicina Veselības ministriju veikt šādas darbības:

- ❖ lai nodrošinātu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un rastu risinājumu ilgtermiņa problēmām, kas ir saistītas ar ārstu koncentrēšanos Rīgā, nepietiekamo māsu un vecmāšu skaitu, kā arī paaudžu nomaiņu, īstenojot cilvēkresursu attīstības plānošanas politiku, aicinām veikt pasākumus, lai veicinātu veselības aprūpes pakalpojumu pieprasījumam atbilstošu ārstniecības personu skaitu, tai skaitā Latvijas reģionos, tā rodot risinājumu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības uzlabošanai;
- ❖ lai veselības aprūpes nozares reglamentēto profesiju un specialitāšu saraksts būtu atbilstošs valsts ekonomiskās un sociālās attīstības vajadzībām, mazinot sadrumstalotību reglamentēto profesiju un specialitāšu sarakstā, izskatot priekšlikumus saraksta papildināšanai, veikt izvērtējumu par potenciālo pieprasījumu pēc attiecīgajiem pakalpojumiem, sertificējamo ārstniecības personu skaitu, izglītības iestāžu spēju piedāvāt atbilstošu apmācību programmu;
- ❖ lai ilgtermiņā nodrošinātu jauno speciālistu sagatavošanu atbilstoši nozares vajadzībām, uzņemties koordinācijas lomu starp ministrijām un to padotībā esošām izglītības iestādēm, kuras iesaistītas veselības aprūpes studiju vietu plānošanā, nodrošinot atbilstoša skaita pamatstudiju vietas, lai absolvētu nepieciešamais ārstu skaits, kas ir sabalansēts ar rezidentūras studiju vietu skaitu;
- ❖ lai medicīnas māsu kvalifikācijas iegūšana būtu vienlīdzīga un vērsta uz māsu profesijas attīstību, ņemot vērā kritisko situāciju ar māsu nodrošinājumu Latvijas veselības aprūpes sistēmā, nodrošināt, lai līdz 2021.gada beigām tiktu ieviests Veselības ministrijas un Latvijas Māsu asociācijas ierosinātais māsu profesionālās attīstības konceptuālais risinājums un vispārējās aprūpes māsu minimālais studiju ilgums Latvijā būtu līdzvērtīgs Igaunijas un Lietuvas māszinības studiju ilgumam;
- ❖ lai vienkāršotu ārstniecības personu nokļūšanu darba tirgū, mazinot administratīvo un finansiālo slogu un ārstniecības personu sadrumstalotību, izvērtēt iespēju apvienot kvalifikācijas un pirmreizējās sertifikācijas eksāmenu, vienlaicīgi stiprinot profesionālo organizāciju iesaisti kvalifikācijas studiju noslēguma eksāmenos un ārstniecības personu tālākizglītību;
- ❖ lai nodrošinātu, ka resertificētas tiek tās ārstniecības personas, kuru profesionālā darbība un pilnveide atbilst definētam un augstam kvalitātes līmenim, izvērtēt esošo resertifikācijas prasību

lietderību un pietiekamību, izstrādāt tādas resertifikācijas prasības, kuras objektīvi un pēc būtības raksturo ārstniecības personas profesionālo darbību un pilnveidi, vienlaicīgi neradot administratīvo slogu ārstniecības personām, kā arī nodrošināt noteikto prasību izpildes uzraudzību;

- ❖ lai ārstniecības personu tālākizglītība būtu vērsta uz problēmu novēršanu un efektīva, Veselības ministrijai regulāri un sistemātiski īstenot tās nolikumā noteiktos tālākizglītības nodrošināšanas uzdevumus, tai skaitā nodrošinot, ka tālākizglītības vajadzības tiek noteiktas mērķtiecīgi, tiek izvērtētas prasību⁶ tālākizglītības pasākumu īstenošanai pietiekamība, tiek veicināta tālākizglītības radītās ietekmes kvalitatīva novērtēšana, tālākizglītības pasākumu apstiprināšana tiek veikta centralizēti, vienlaicīgi saglabājot profesionālo asociāciju iesaisti;
- ❖ lai Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistru varētu izmantot kā nozīmīgu instrumentu cilvēkresursu attīstības plānošanā veselības aprūpē, sadarbībā ar Veselības inspekciju nodrošināt ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra aktualizēšanu un uzturēšanu atbilstoši veselības aprūpes cilvēkresursu faktiskajai situācijai un izvērtēt ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu darba vietu dalījuma “pamatdarbs” un “blakusdarbs” lietderību un izvērtēt iespēju reģistrā norādīt personas darba slodzi, pamatojoties uz darba tiesiskā līguma noslēgšanu.

Ziņojuma struktūra

Informācija ziņojumā izklāstīta šādā secībā:

- ❖ cilvēkresursu attīstības politikas īss raksturojums;
- ❖ revīzijas secinājumi, konstatējumi un ieteikumi, sadalot tos četrās nodaļās. Katras nodaļas ievadā ir sniegts Valsts kontroles viedoklis, izsecinot būtiskāko un to tālāk nodaļā pamatojot ar revīzijas konstatējumiem;
- ❖ revidējamās vienības iesniegtais viedoklis par veikto revīziju;
- ❖ revīzijas raksturojums, kritēriji un metodes (mērķis, juridiskais pamatojums, atbildība, apjoms, ierobežojumi).

Ziņojuma pirmajā nodaļā ir vērtētas Veselības ministrijas darbības, lai nodrošinātu pieprasījumam atbilstošu veselības nozares cilvēkresursu skaitu, kvalifikāciju un izvietojumu.

Otrajā nodaļā ir vērtēta Veselības ministrijas darbība, veicinot veselības aprūpes nozares ilgtermiņa vajadzībām atbilstošas medicīniskās izglītības sistēmas attīstību valstī.

Trešajā nodaļā ir vērtēts, vai esošā ārstniecības personu sertifikācijas un resertifikācijas jeb kvalifikācijas uzturēšanas procesa organizācija ir vērsta uz veselības aprūpes kvalitātes uzlabošanu un nerada nepamatotu slogu ārstniecības personām.

Ceturtajā nodaļā ir vērtēta Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra kā instrumenta nozares plānošanai un uzraudzībai izmantošanas atbilstība.

Revīzijas ziņojumā ietverts revidējamās vienības iesniegtais viedoklis par veikto revīziju.

Sadaļā “Revīzijas raksturojums, kritēriji un metodes” ir sniegta informācija par revīzijas veikšanas mērķi, juridisko pamatojumu, atbildību, apjomu, kā arī norādīti vērtēšanas kritēriji.

Izpratne par cilvēkresursu attīstību veselības nozarē

Pasaules Veselības organizācija 2006.gada ziņojumā “Strādāsim kopā veselībai” ir norādījusi, ka cilvēki ir veselības aprūpes sistēmas pamats, uzsverot, ka cilvēkresursu krīze veselības aprūpes nozarē ir globāla un vērojama visā pasaulē. “Tas ir rezultāts gadiem ilgām nepietiekamām investīcijām medicīnas izglītībā, apmācībā, algu politikā, darba vides uzlabošanā un darba organizēšanā”⁷, teikts minētajā ziņojumā.

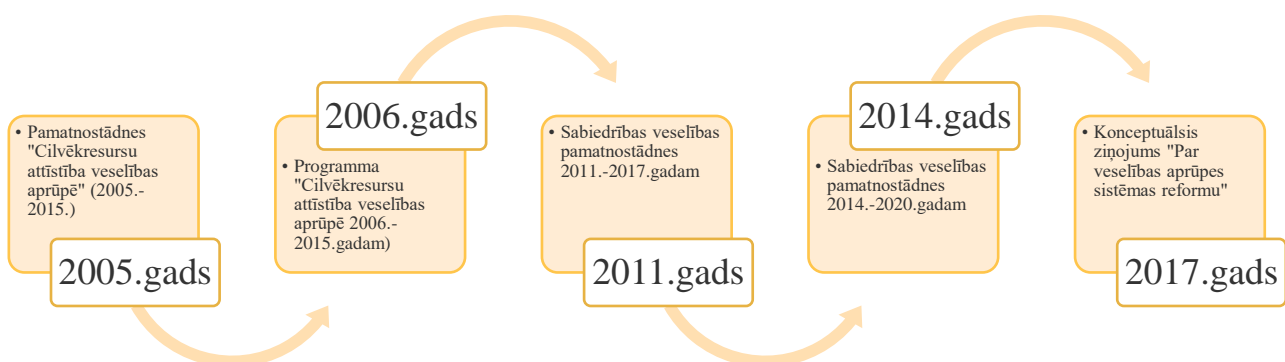
Lai panāktu labus sabiedrības veselības rādītājus, svarīgas ir modernas tehnoloģijas, jauni, efektīvi medikamenti un progresīvas diagnostikas, ārstniecības metodes. Tomēr, neskatoties uz straujo medicīnas tehnoloģiju un veselības aprūpes pakalpojumu attīstību pasaulē, tai skaitā Latvijā, cilvēkresursi šobrīd un arī nākotnē būs nozīmīga un neaizstājama veselības aprūpes nozares sastāvdaļa.

Vienlaicīgi jāatzīst, ka gandrīz visās Eiropas valstīs vērojams veselības aprūpes speciālistu trūkums un aizvien palielinās veselības nozarē strādājošo vidējais vecums. Nopietna problēma ir arī darbaspēka migrācija, jo no Eiropas reģiona austrumu daļas daudzi veselības nozares darbinieki emigrē lielāka atalgojuma meklējumos uz valstīm, kurās ir salīdzinoši labāka sociālekonomiskā situācija.

Savukārt Ekonomiskās sadarbības un attīstības organizācijas (OECD) 2016.gada pētījumā⁸ secināts, ka nekad iepriekš pasaulē nav bijis tik liels daudzums ārstniecības personu uz iedzīvotāju skaitu, tāpēc valstīm papildus pietiekamības nodrošināšanai prioritāri ir jādoma par ārstniecības personu izglītību un specializāciju, lai “pareizas kvalifikācijas ārsts vai māsa ārstētu un aprūpētu pacientu pareizajā vietā un laikā”⁹.

Latvija saskaras ar darbaspēka trūkumu veselības aprūpes nozarē, ko atspoguļo viens no zemākajiem medmāsu skaita rādītājiem ES valstīs (46 uz 10 000 iedzīvotāju, salīdzinot ar 84 ES vidēji) un par ES vidējo rādītāju nedaudz zemāks ārstu skaits (32 uz 10 000 iedzīvotāju, salīdzinot ar 36 ES vidēji). Ārstniecības iestādes norāda, ka ir grūti pieņemt darbā un saglabāt pietiekamu skaitu kvalificētu darbinieku, galvenokārt, zemā atalgojuma dēļ.

Lai risinātu veselības aprūpes cilvēkresursu attīstības trūkumus, Veselības ministrija ir sagatavojusi vairākus plānošanas dokumentus:



Cilvēkresursu attīstības politikas izvirzītie mērķi un sasniedzamie rezultāti

Cilvēkresursu attīstības veselības aprūpē politikas īstenošanai laikā no 2005.gada līdz 2015.gadam Veselības ministrija sagatavoja pamatnostādnes “Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē” un izstrādāja programmu “Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē 2006.–2015.gadam”. Kā galvenais politikas mērķis minētajos dokumentos ir noteikts “cilvēkresursu un to attīstības nodrošināšana veselības aprūpes nozarē ilgtermiņā”, paredzot četrus apakšmērķus un to sasniegšanai nepieciešamās aktivitātes:

- izveidot efektīvu veselības nozares cilvēkresursu plānošanu – izstrādāt cilvēkresursu plānošanas metodiku un metodiku pacientu aprūpes līmeņiem;
- nodrošināt veselības nozari ar cilvēkresursiem nepieciešamā skaitā, izvietojumā un pieprasījumam atbilstošā kvalifikācijā – veicināt darba devēju iesaistīšanos cilvēkresursu plānošanā un pašvaldību piedalīšanos jauno speciālistu piesaistē;
- pilnveidot darba samaksas un sociālo garantiju sistēmu – izstrādāt algu paaugstinājuma grafiku atbilstoši tautsaimniecības izaugsmei un sociālo garantiju (piemaksu) sistēmu ārstniecības personām, kuras strādā veselībai kaitīgos apstākļos vai darba laikā ir pakļautas īpašiem riskiem;
- attīstīt izglītības sistēmas (augstākā, profesionālā, tālākizglītība) atbilstoši pieprasījumam veselības nozares darba tirgū – uzlabot studējošo sadzīves un studiju apstākļus, izveidot mācību spēku konkurētspējīgu atalgojuma sistēmu un attīstīt klīniskās un mācību bāzes atbilstoši studiju prasībām, pilnveidot studiju programmas un nodrošināt pētniecības iespējas un infrastruktūru.



Veselības aprūpes sistēmas
nodrošinājums ar
cilvēkresursiem
pieprasījumam atbilstošā
skaitā un kvalifikācijā.

Cilvēkresursu attīstības politikas īstenošanas galvenais rezultāts ir noteikts “veselības aprūpes sistēmas nodrošinājums ar cilvēkresursiem pieprasījumam atbilstošā skaitā un kvalifikācijā”, tai skaitā detalizēti noteikti vairāki sasniedzamie rezultāti (skatīt 1.attēlu).

Plānotie darbības un politikas rezultāti

- veikta analīze par esošajiem un nepieciešamajiem cilvēkresursiem veselības aprūpes sistēmā
- izstrādāti un apstiprināti gultu un pacientu skaita normatīvi uz vienu ārstu/māsu
- izstrādāti un apstiprināti amatu skaita minimālie normatīvi stacionārās ārstniecības iestādēs
- izstrādāts vienots tālākizglītības pārraudzības un koordinācijas modelis
- nodrošināts ārstniecības personu skaita pieaugums atbilstoši pieprasījumam valstī
- nodrošināta atbilstoša veselības nozarē nodarbināto ārstu un māsu attiecība
- nodrošināts ārstniecības personu vienmērīgs izvietojums, nodrošinot pieejamību reģionos
- uzlaboti studentu sadzīves apstākļi un izveidota sociālo garantiju sistēma
- pietiekamā skaitā un kvalifikācijā nodrošināts akadēmiskais personāls
- nodrošinātas mūsdienīgas un studiju programmu prasībām atbilstošas klīniskās un mācību bāzes
- izveidotas pieprasījumam darba tirgū atbilstošas studiju programmas
- izveidota tautsaimniecībā konkurētspējīga darba samaksas un sociālo garantiju sistēma u.c.

1.attēls. Pamatnostādnēs “Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē” un programmā “Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē 2006.–2015.gadam” iekļautie darbības un politikas rezultāti.

Lai varētu novērtēt Veselības ministrijas paveikto cilvēkresursu attīstības veselības aprūpē politikas īstenošanā, tika noteikti 10 rezultatīvie rādītāji (skatīt 2.attēlu).

Rezultatīvie rādītāji

- par 5% palielinās nozarē strādājošo ārstniecības personu skaits vecuma grupā no 25-40 gadiem
- samazinās vienas ārstniecības personas aprūpē esošo pacientu skaits stacionāros
- 70% no veselības nozares izglītību ieguvušajām personām strādā veselības nozarē
- ārstu darba samaksa 2009.gadā nodrošināta tautsaimniecībā vidējās algas apmērā ar koeficientu 2,5
- izbūvētas un rekonstruētas 11 dienesta viesnīcas
- katru gadu aizstāvētas 50 doktora disertācijas
- izveidotas 6 reģionālās mācību bāzes
- izveidota programma, nodrošinot 10 repatriācijas jeb “atgriešanās grantus”, lai veicinātu pētnieku (zinātnieku) atgriešanos Latvijā
- izstrādāta ārstniecības personu tālākizglītības programma
- ieviesta ārstniecības personu profesionālās darbības civiltiesiskā apdrošināšana

2.attēls. Cilvēkresursu attīstības veselības aprūpē politikas rezultatīvie rādītāji.

Cilvēkresursu attīstības politikas uzdevumu izpilde un jaunākajos attīstības plānošanas dokumentos ietvertie mērķi cilvēkresursu attīstībai.

Par cilvēkresursu attīstības politikas gala izpildi Veselības ministrija 2016.gadā sagatavoja informatīvo ziņojumu¹⁰, kurā secināja, ka pamatnostādņu un programmas izvirzītais mērķis – nodrošināt cilvēkresursus un to attīstību veselības aprūpes nozarē ilgtermiņā – nav sasniegts. Kopumā no izvirzītajiem rezultatīvajiem rādītājiem kā sasniegtus ministrija min 36%, kā daļēji sasniegtus 36% un kā nesasniegtus 28%.

Revīzijā tika noskaidrots, ka Veselības ministrija neturpina jauna politikas dokumenta izstrādi par cilvēkresursiem veselības aprūpē, politika attiecībā uz cilvēkresursu attīstību ir iekļauta vairākos spēkā esošajos politikas dokumentos:

- Sabiedrības veselības pamatnostādņēs 2014.–2020.gadam¹¹ aktualizēts veselības aprūpes sistēmas cilvēkresursu attīstības plāns un rezultatīvie rādītāji. Veselības ministrija līdz 2020.gadam ir apņēmusies¹² sasniegt:
 - ārstu un māsu skaita attiecību – 1:2,5 (2017.gadā – 1:2,3);
 - reģionos strādājošo ārstniecības personu īpatsvaru – 48% (2017.gadā – 47%);
 - ārstniecības personu vecuma grupā līdz 40 gadiem īpatsvars no kopējā ārstniecības personu skaita – 30% (2017.gadā – 24%).



Mērķis – nodrošināt cilvēkresursus un to attīstību veselības aprūpes nozarē ilgtermiņā – nav sasniegts.

- konceptuālajā ziņojumā¹³ “Par veselības aprūpes sistēmas reformu” ir apkopota esošā situācija cilvēkresursu nodrošinājumā, izvietojumā, proporcijā un veikta ārstniecības personu analīze pa vecuma grupām, problēmu risināšanai paredzot pasākumus trīs galvenajos virzienos (skatīt 3.attēlu).

Izglītība	Atalgojums	Metodika
<ul style="list-style-type: none"> • plānojot izglītojamo skaitu, tiks izmantoti papildu kritēriji (rekomendējošās ārstniecības personu prognozes) • tiks izveidota māsu izglītības pamatspecializācijas studiju programma (samazinot pamatspecialiāšu skaitu no septiņām uz vienu) 	<ul style="list-style-type: none"> • nodrošināts konkurētspējīgs atalgojums (virzoties uz koeficientu 2 no vidējās taustsaimniecības darba samaksas, un atalgojuma principu 100%/60%/40%) • paaugstinātas sociālās garantijas (piemēram, vienreizēja kompensācija par darbu reģionos) 	<ul style="list-style-type: none"> • izstrādāts rekomendējošs ārstu (speciālistu) skaits stacionāros • izstrādāta metodika, kā noteikt nepieciešamo medicīnas māsu skaitu stacionāros

3.attēls. Veselības ministrijas cilvēkresursu problēmu risinājumu virzieni.

Reformas progressa un rezultātu novērtēšanai ir izvirzīti veselības aprūpes sistēmas reformas sasnieguma rādītāji līdz 2023.gadam ar nosacījumu, ka būs pieejami reformai plānotie finanšu resursi.

Revīzijas konstatējumi

Vai Veselības ministrijas darbības ir bijušas pietiekamas, lai nodrošinātu pieprasījumam atbilstošu nozares cilvēkresursu skaitu, kvalifikāciju un izvietojumu?

Veselības ministrija jau 2005.gadā izvirzīja mērķi veselības aprūpes sistēmu nodrošināt ar cilvēkresursiem pieprasījumam atbilstošā skaitā un kvalifikācijā, jo Latvijā bija vērojams nepietiekams ārstniecības personu skaits un nevienmērīgs izvietojums valstī, kas mazina veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, īpaši reģionos. Tomēr revīzijā secināts, ka veselības aprūpes nozarē nodarbināto ārstniecības personu skaits arvien turpina samazināties, vērojama būtiska personāla novecošanās un pastāv liela nevienlīdzība ārstniecības personu izvietojumā reģionos un Rīgā.

Vērtējot ārstu pietiekamību, secināts, ka, lai gan ārstu skaits pret iedzīvotāju skaitu Latvijā iekļaujas vidējā līmenī starpvalstu salīdzinājumā, tomēr ir vērojams atsevišķu specialitāšu ārstu trūkums. Savukārt reģionos, tai skaitā ārstniecības iestādēs, ir vērojams ārstu-speciālistu trūkums gandrīz visās specialitātēs vērtējot pret pētāmā reģiona iedzīvotāju skaitu, kas liecina par ārstu-speciālistu neviendabīgu izvietojumu valstī un koncentrēšanos Rīgā.

Revīzijā, vērtējot vairāku kategoriju ārstniecības personu pietiekamību, secināts, ka nozarē visvairāk trūkst medicīnas māsu un vecmāšu – pēc revidentu aplēsēm nozarē papildus nepieciešamas apmēram 3598 medicīnas māsas un 295 vecmātes.

Revīzijā secināts, ka cilvēkresursu attīstības politikas ieviešanas laikā (2006.–2015.) Veselības ministrija nav veicinājusi procesus, kas uzlabotu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību reģionālajā līmenī, jo Rīgā un Pierīgā reģistrēto ārstniecības personu īpatsvars attiecībā pret visām ārstniecības personām ir palielinājies no 60% 2005.gadā līdz 63% 2015.gadā. Veselības ministrija ir veikusi darbības, lai piesaistītu rezidentus reģioniem ārpus Rīgas ar mērķi uzlabot cilvēkresursu vienmērīgu nodrošinājumu visā valsts teritorijā, piemēram, 2015.gadā, uzņemot rezidentūrā, pie līdzvērtīgiem rezultātiem priekšroka tika dota pretendentiem, kuriem bija vienošanās ar reģionālajām ārstniecības iestādēm. Tomēr ārstu skaita īpatsvars reģionos 2016. un 2017.gadā nav būtiski mainījies.

Veselības ministrija uzskata, ka izvirzītais kritērijs – 70% no veselības aprūpes izglītību ieguvušajām personām strādā veselības aprūpes nozarē – ir sasniegts, jo pēc rezidentūras

veselības nozarē strādā 92% jauno ārstu. Tomēr Valsts kontrole vērš uzmanību, ka tikai 65% no jauniem speciālistiem, kuri ieguvuši kvalifikāciju, pēc diploma saņemšanas paliek Latvijas darba tirgū. Tomēr citu profesiju gadījumā kritērijs nav sasniegts, jo pēc studiju pabeigšanas darba gaitas Latvijā uzsāk tikai 52% medicīnas māsu, 54% vecmāšu, savukārt 53% ārsta grādu ieguvušie turpina studijas rezidentūrā vai uzsāk darba gaitas veselības aprūpes nozarē. Tāpēc Veselības ministrijas darbības jauno speciālistu piesaistē veselības nozarei nav uzskatāmas par pietiekamām.

Veselības ministrija nav spējusi panākt jauno speciālistu sagatavošanu atbilstošā skaitā, lai nodrošinātu ārstniecības personu pietiekamību un efektīvu paaudžu nomaiņu:

- vecuma grupā virs 50 gadiem nozarē strādā 55% ārstniecības un atbalsta personu, ārstu un māsas palīgu profesijās jauno speciālistu skaits, kas uzsāk darbu nozarē, ir mazāks par speciālistu skaitu, kuri sasnieguši 65 gadus, turklāt uz 01.01.2017. 65% no valstī praktizējošiem ārstiem ar ķirurga specialitāti ir virs 50 gadiem, tai skaitā 21% speciālistu ir sasnieguši 65 gadus, kas norāda uz izteiktu speciālistu novecošanos;
- veselības aprūpes nozarē nenonāk visas izglītību ieguvušās māsas, turklāt izglītību ieguvušo māsu skaits ir būtiski mazāks par nozarei nepieciešamo. Revidentu aplēses liecina, ka medicīnas māsas tiek sagatavotas vismaz par 30% mazāk nekā ministrijas noteiktais sasniedzamais rezultāts, paredzot, ka ārstu un medicīnas māsu skaita attiecībai jābūt 1:2,5, ar nosacījumu, ka visas medicīnas māsas pēc studijām uzsāk darbu veselības aprūpē;
- revīzijā secināts, ka Veselības ministrijas izvirzītie kritēriji ārstniecības personu paaudžu nomaiņai nav sasniegti pilnībā, jo, lai gan viens no sasniedzamajiem rezultātīvajiem rādītājiem ir par 5% palielināt veselības aprūpes nozarē strādājošo ārstniecības personu skaitu vecuma grupā līdz 40 gadiem, tomēr revīzijā secināts, ka kritērija izpilde visās profesijās netiek sasniegta, piemēram, māsu un māsu palīgu profesijās nav vērojama pietiekama paaudžu nomaiņa.

Revidentu ieskatā viens no iemesliem, kāpēc Veselības ministrijai nav izdevies sasniegt izvirzīto politikas apakšmērķi un darbības rezultātus, ir fakts, ka atlīdzībai nepietiekamā finansējuma dēļ ministrijai nav izdevies panākt jau 2009.gadā iecerēto vidējās darba samaksas palielinājumu ārstniecības personām līdz 2,5 reizēm no tautsaimniecības vidējās darba samaksas.

Veselības ministrija tikai no 2018.gada ir uzsākusi ārstniecības personu darba samaksas ievērojamu palielināšanu, solot līdz 2021.gadam nodrošināt, ka ārstu un funkcionālo speciālistu vidējā darba samaksa sasniegs divkārtu tautsaimniecībā nodarbināto vidējo darba samaksu. Tomēr revidentu vērtējumā ilgstoša vēsturiskā nevērība pret veselības aprūpē nodarbināto nepietiekamo darba samaksu ir radījusi ārstniecības personu trūkumu un negatīvi ietekmējusi to prestižu, tāpēc šo problēmu risināšanai Veselības ministrijai ir jābūt ilgtermiņa prioritātei, lai nodrošinātu Latvijas sabiedrībai pieejamu veselības aprūpi.

Lai nodrošinātu veselības nozares cilvēkresursu attīstību ilgtermiņā un lai mērķtiecīgi plānotu un nodrošinātu racionālu cilvēkresursu izvietojumu reģionos, Veselības ministrija uzskatīja par nepieciešamu izstrādāt vienotu ārstniecības personu skaita plānošanas metodiku un noteikt nepieciešamo ārstniecības personu skaitu attiecīgajos Latvijas reģionos. Piemēram, Veselības ministrija plānoja veicināt darba devēju un pašvaldību iesaistīšanos veselības nozares cilvēkresursu plānošanā un jauno speciālistu piesaistīšanā reģionos, katru gadu apkopot un analizēt ārstniecības iestāžu cilvēkresursus un to attīstību, veicināt pozitīva profesiju prestiža veidošanu sabiedrībā, nodrošinot, ka par 5% palielinās veselības aprūpes nozarē strādājošo ārstniecības personu skaits vecuma grupā līdz 40 gadiem.

Saskaņā ar Veselības ministrijas sniegto informāciju¹⁴ konceptuālajā ziņojumā “Par veselības aprūpes sistēmas reformu”¹⁵ ir aprakstīti pamatprincipi un kritēriji veselības nozares cilvēkresursu plānošanai un prognozēšanai (metodoloģija), kā arī ietverts indikatīvs ārstniecības personu nodrošinājuma plānojums līdz 2025.gadam. Plānošanas metodoloģija un izstrādātie kritēriji balstīti uz Pasaules Bankas ekspertu ieteikumiem un OECD rekomendācijām cilvēkresursu plānošanai slimnīcu posteņos, pamatojoties uz darba slodzi un sniegto pakalpojumu apjomu. Minētā plānošanas metodoloģija ir uzskatāma par pamatu turpmākajiem plānošanas soļiem, lai nodrošinātu optimālu veselības nozares profesionāļu piesaisti veselības aprūpes pakalpojumam visos aprūpes līmeņos, neatkarīgi no teritoriālā izvietojuma.

Lai gan minētie pamatprincipi un kritēriji ir uzskatāmi par pamatu turpmākajiem plānošanas soļiem, tomēr visaptveroša, veselības aprūpes pakalpojumam atbilstoša metodika izstrādāta netika

Revidentu vērtējumā Veselības ministrijai ir jāuzlabo esošā cilvēkresursu plānošanas un prognozēšanas metodika, papildinot to ar risinājumiem, kas palīdzētu mērķtiecīgi un racionāli plānot nepieciešamos cilvēkresursus, noteikt nepieciešamo ārstniecības personu, tai skaitā noteiktas kvalifikācijas speciālistu skaitu, racionālu reģionālo izvietojumu ārstniecības iestādēs, kā arī apzināt papildus nepieciešamos cilvēkresursus, lai nodrošinātu kvalitatīvus veselības aprūpes pakalpojumus.

Revidentu ieskatā metodika būtu būtisks instruments mērķtiecīgai un racionālai cilvēkresursu plānošanai, kas palīdzētu noteikt nepieciešamo ārstniecības personu, tai skaitā noteiktas kvalifikācijas speciālistu skaitu, racionālu reģionālo izvietojumu ārstniecības iestādēs, kā arī apzināt papildus nepieciešamos cilvēkresursus, lai nodrošinātu kvalitatīvus veselības aprūpes pakalpojumus.

Ārstniecības personu nodrošinājums

Ārstu nodrošinājums

Saskaņā ar Pasaules Veselības organizācijas statistiku par ārstu blīvumu uz 1000 iedzīvotājiem Eiropā, secināms, ka Latvija iekļaujas vidējā līmenī, kur sagrupētas valstis ar ārstu blīvumu uz 1000 iedzīvotājiem robežās no 3,0 līdz 4,999, nākamajā ārstu blīvuma līmenī ir tikai dažas valstis, piemēram Austrija, Grieķija (skatīt 4.attēlu).



4.attēls. Ārstu blīvums uz 1000 iedzīvotājiem¹⁶.

Veselības ministrijas informatīvajā ziņojumā par cilvēkresursu attīstības politikas īstenošanu laika posmā no 2005. līdz 2015.gadam ieviešanas progresu secināts, ka ārstu skaits samazinās proporcionāli iedzīvotāju skaita samazinājumam. Laikā no 2015. līdz 2017.gadam ārstu skaits ir nemainīgs – 3,2 ārsti uz 1000 iedzīvotājiem.

Tomēr veselības aprūpes nozarē ir svarīgi, lai noteiktas kvalifikācijas ārsts būtu pieejams vietā, kur tas ir nepieciešams pacientam. Tāpēc, izmantojot ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra datus, revidenti veica aprēķinus par ārstu-speciālistu pietiekamību 2017.gadā, kā arī to praktizēšanu noteiktos reģionos.

Revidenti aprēķinu veikšanai izvēlējās deviņas no 49 ārstu pamatspecialitātēm un reģionāli aptvēra visu Latviju – izvēloties katrā reģionā vienu reģionālo un vienu sadarbības ārstniecības iestādi, kopā deviņas ārstniecības iestādes.

Aprēķins veikts, izmantojot Pasaules Bankas ekspertu ieteikto metodiku¹⁷ ārstu-speciālistu skaita pietiekamības noteikšanai uz 100 000 iedzīvotājiem. Lai pēc iespējas precīzāk aprēķinātu ārsta ar

pamatspecialitāti pietiekamību, datu analīzei tika izmantoti ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra dati par ārstniecības personām ar pamatspecialitāti un norādīto pamatdarbu specialitātē (skatīt 1.tabulu).

1.tabula

Izlasses ārstu pietiekamības novērtējums valstī uz 01.01.2017.

	Neiroķirurgs	Internists	Ķirurgs	Traumatologs, ortopēds	Ginekologs, dzemdību speciālists	Anesteziologs, reanimatologs	Neirologs	Otolaringologs	Radiologs
Sertificētu speciālistu skaits *	41	461	267	159	397	343	233	149	252
Standarts **	36	488	277	143	336	306	107	48	179
Speciālistu trūkst (-) vai par daudz (+)	5	-27	-10	16	61	37	126	101	73

* reģistra dati

** aprēķins veikts, ņemot vērā PB ekspertu ieteikto ārstu-speciālistu pietiekamības standartu - "skaits uz 100 tūkst. iedzīvotāju", veicot aprēķinu atbilstoši iedzīvotāju skaitam Latvijā uz 01.01.2017. - 1 950 116 cilvēki (Centrālās statistikas pārvaldes dati)

Veicot aprēķinu, revidenti secinājuši, ka no izlasē iekļautajām deviņām pamatspecialitātēm ārstu skaits 2017.gadā valstī ir pietiekams, izņemot divas ārstu specialitātes – internistu specialitātē trūkst 27 speciālistu un ķirurģu specialitātē – desmit.

Savukārt, vērtējot ārstu nodrošinājumu reģionos pamatojoties tikai uz iedzīvotāju skaitu (uz 100 000 iedzīvotājiem) un nevērtējot slimnīcās sniegto pakalpojumu un tā apjomu, var pieņemt, ka reģionos ārstu-speciālistu trūkums ir izteikti lielāks nekā vidēji valstī, kas liecina par speciālistu neviendabīgo izvietojumu valstī un speciālistu koncentrēšanos Rīgā (skatīt 2.tabulu).

Izslāses ārstu pietiekamības novērtējums reģionālajās slimnīcās uz 01.01.2017.
(skaits uz 100 000 iedzīvotājiem)

Specialitāte*	Standarts, skaits**	Rēzeknes slimnīca	Gulbenes slimnīcu apvienība	Jēkabpils reģionālā slimnīca	Madonas slimnīca	Vidzemes slimnīca	Cēsu klīnika	Jūrmalas slimnīca	Kuldīgas slimnīca	Ziemeļkurzemes slimnīca
Speciālistu trūkst (-) vai ir par daudz (+)**										
Neirologs	5,48	1,01	-1,45	-3,00	-1,01	2,16	-1,76	3,90	-1,94	0,70
Neiroķirurgs	1,85	0,31	-0,83	-1,69	-0,68	-0,97	-0,93	-1,05	-0,65	-1,79
Ginekologs	17,23	-5,70	-4,70	-9,72	-3,33	-2,37	-4,67	-2,76	-3,09	-9,65
Internists	25,01	-20,79	-7,18	-18,81	-5,18	-20,66	-5,58	1,83	-8,84	-15,17
Otolaringologs	2,46	1,76	0,90	-0,24	1,10	3,38	-1,24	1,61	1,13	-0,38
Ķirurgs	14,23	-3,97	-4,36	-4,98	-1,22	-7,17	-3,16	-2,06	-4,03	-5,75
Anesteziologs un reanimatologs	15,68	-8,29	-6,01	-10,30	-3,76	-6,71	-3,89	-6,88	-2,54	-6,15
Traumatologs ortopēds	7,33	-2,68	-3,28	-4,69	1,31	-2,81	-0,69	-1,15	-0,59	-2,08
Radiologs	9,18	0,64	-1,10	-6,37	-1,37	-3,79	-1,62	-1,20	-1,24	-4,87

* Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsts personu reģistra dati.

** Pasaules Bankas ekspertu ieteiktais ārstu-speciālistu pietiekamības standarts - "skaits uz 100 tūkst. iedzīvotājiem".

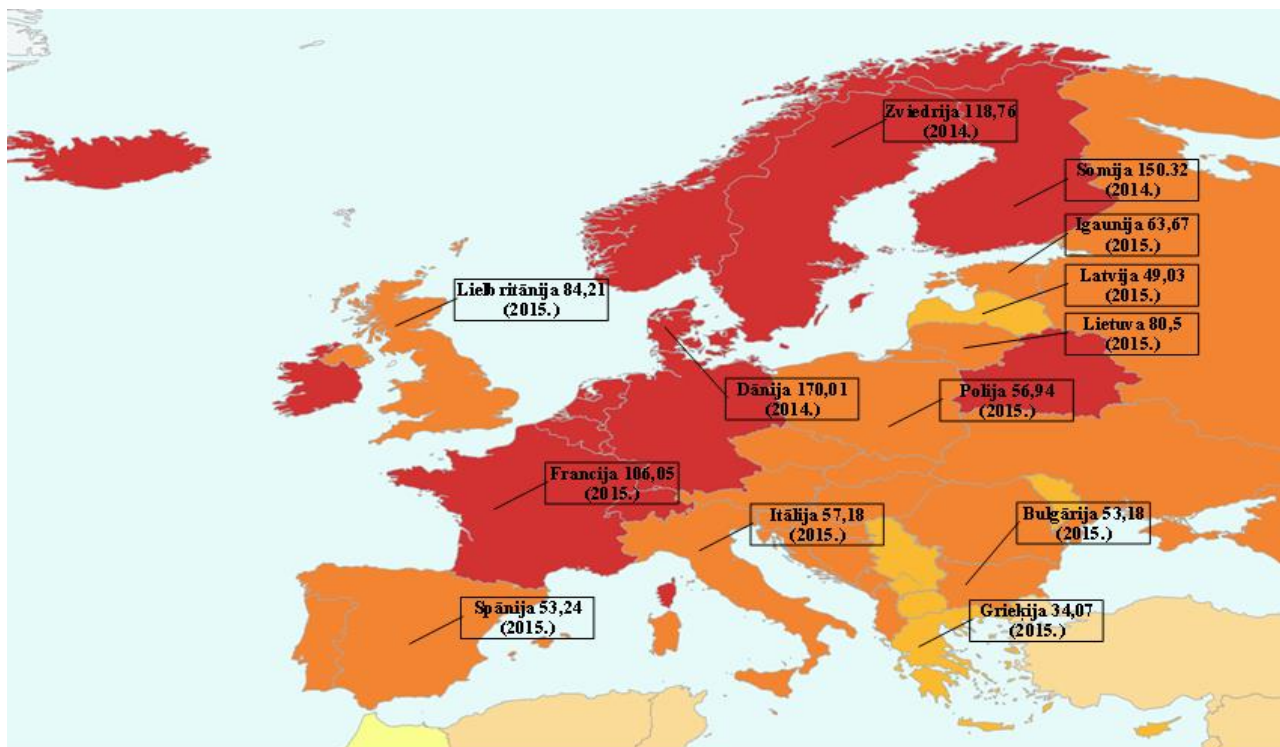
*** Aprēķināts, cik speciālistu trūkst (-) vai ir par daudz (+), aprēķinot standartu atbilstoši iedzīvotāju skaitam slimnīcas apkalpojošos novados, ņemot vērā Pilsonības un migrācijas lietu pārvaldes statistiku par iedzīvotāju skaitu pašvaldībās uz 01.01.2017. un Reģistra datus par pamatdarbā nodarbinātiem sertificētiem speciālistiem.

Lai arī saskaņā ar revidentu aprēķinu neirologu, otolaringologu, radiologu, ginekologu, anesteziologu un reanimatologu speciālistu skaits valstī ir pietiekams, tomēr reģionos (reģionālajās slimnīcās) vērojams izteikts speciālistu trūkums, piemēram, ginekologu, anesteziologu un reanimatologu trūkst visās izslāse iekļautajās reģionālajās ārstniecības iestādēs. Revidentu ieskatā tas liecina par neatbilstošu veselības aprūpes nozares cilvēkresursu plānošanu reģionos.

Medicīnas māsu nodrošinājums

Revidenti vērs uzmanību, ka medicīnas māsu skaits veselības aprūpē ir nepietiekams un turpina sarukt, turklāt nozarē nodarbināto māsu vecuma struktūra ir izteikti novecojoša. Uz nepietiekamo māsu skaitu kvalitatīvu veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai norādījusi arī Latvijas Māsu asociācija, uzsverot, ka māsu darbs un kompetence valsts apmaksātajā veselības aprūpes sistēmā netiek pienācīgi novērtēta, tāpēc māsas dodas strādāt uz privāto veselības aprūpes sektoru un ārvalstīm.

Aplūkojot Pasaules Veselības organizācijas statistiku par māsu un vecmāšu blīvumu uz 10 000 iedzīvotāju Eiropā, secināms, ka Latvijā ir viszemākais rādītājs, salīdzinot ar pārējām Baltijas valstīm (skatīt 5.attēlu).

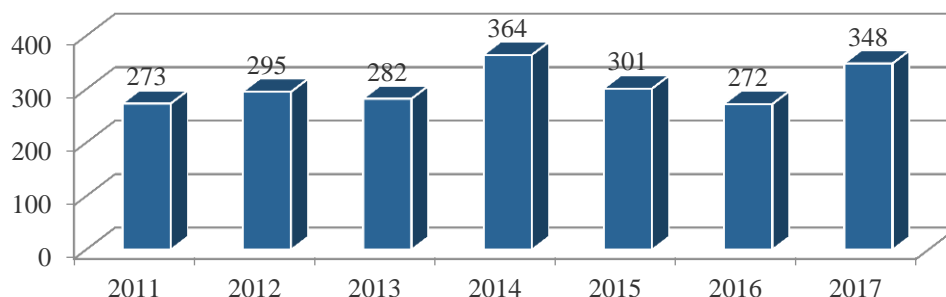


5.attēls. Māsu un vecmāšu blīvums uz 10 000 iedzīvotāju¹⁸

Vidēji ES valstīs 2016.gadā bija 84 medmāsu uz 10 000 iedzīvotāju, kamēr 2000.gadā šis rādītājs bija 67 medmāsu uz 10 000 iedzīvotāju. Visaugstākais medmāsu skaits uz vienu iedzīvotāju ir Dānijā un Somijā, lai gan šajās valstīs aptuveni viena trešdaļa medmāsu ir apmācītas zemākā līmenī nekā vispārējās medicīnas māsu un veic zemāka līmeņa uzdevumus. Līdzīga situācija ir arī Šveicē un Islandē. Citās valstīs, piemēram, Itālijā un Spānijā, ir liels skaits veselības aprūpes palīgu (māsu palīgu), kuri sniedz palīdzību māsām. Grieķijā ir viszemākais medmāsu skaits uz vienu iedzīvotāju ES valstīs, bet dati ietver tikai slimnīcās strādājošās māsu. Arī Bulgārijai, Latvijai, Polijai un Kiprai ir relatīvi mazs medmāsu skaits¹⁹. Katrā atsevišķā valstī uzskaitītais medmāsu skaits var atšķirties arī objektīvu iemeslu dēļ.

Revīzijā, piemērojot Pasaules Bankas ekspertu metodiku, revidenti aprēķināja, ka uz 01.01.2017. Latvijā būtu nepieciešamas 12 646 medicīnas māsu. Tā kā ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā ir reģistrētas 9048 medicīnas māsu, Latvijā ir par 3598 medicīnas māsām mazāk nekā vidēji ES.

Revīzijā, apkopojot saņemto informāciju no universitātēm un koledžām par medicīnas māsu studiju beidzēju skaitu laikā no 2011. līdz 2017.gadam, konstatēts, ka absolventu skaits māsu specialitātē (visos līmeņos) palielinās, studijas pabeidz vidēji 305 jaunas māsu gadā (skatīt 6.attēlu).



Avots: Universitāšu un koledžu informācija

6.attēls. Medicīnas māsu studiju beidzēju skaits 2011.–2017.gadā.

Laikā no 2013. līdz 2017.gadam tika sagatavotas vidēji 313 medicīnas māsas gadā, tomēr revidentu vērtējumā tas ir par 30% mazāk, nekā nozarei nepieciešams. Saskaņā ar Veselības ministrijas noteikto ārstu un māsu skaita attiecībai jābūt 1:2,5. Tā kā laikā no 2013.līdz 2017.gadam vidēji gadā rezidentūras studijas pabeidza 163 ārsti, tad māszinību studijas būtu jāpabeidz vidēji vismaz 408 medicīnas māsām, ar nosacījumu, ka māsu skaits vēsturiski ir bijis atbilstošs kritērijam un visas studijas pabeigušās medicīnas māsas ir uzsākušas darbu veselības aprūpes nozarē. Tomēr Latvijas Māsu asociācija kā būtisku aspektu norāda tieši māsu zemo atalgojumu un profesijas prestižu, kas ir iemesls tam, ka apmēram tikai 50% jauno māsu uzsāk darbu nozarē, pārējās dodas strādāt citur (darbu turpina ārzemēs, tai skaitā savā profesijā, vai Latvijā strādā citā nozarē). Arī saskaņā ar revidentu aplēsēm par 2014.–2016.gadu veselības nozarē paliek strādāt 52% no izglītību ieguvušajām medicīnas māsām (skatīt 7.tabulu).

Lai risinātu ārstniecības personu, īpaši medicīnas māsu, pietiekamību, svarīgi ir palielināt māsu skaitu, nodrošinot atbilstošu studiju vietu skaitu, kā arī noturēt nozarē sagatavotos speciālistus, motivējot tos. Pēc revidentu domām nepieciešama Veselības ministrijas aktīva rīcība, attīstot māsu profesionālās darbības iespējas primārajā un ambulatorajā sektorā, vienlaikus turpinot uzsākto atalgojuma palielināšanas politiku valsts sektorā nodarbinātajām ārstniecības personām, panākot pozitīvu māsu skaita izmaiņu dinamiku.

Vecmāšu nodrošinājums

Lai gan vecmāšu skaits ievērojami atpaliek no vidējiem ES valstu rādītājiem, tomēr Veselības ministrija ir secinājusi, ka 2014.gadā tas ir atbilstošs demogrāfiskai situācijai Latvijā, jo viena vecmāte vidēji gadā var tikt iesaistīta apmēram 25 dzemdību palīdzības sasniegšanā²⁰.

Statistikas datus par vecmāšu skaitu Latvijā skatīt 3.tabulā.

Statistikas dati par vecmāšu skaitu

Gads	Skaitis			
	2014	2015	2016	2017
Vecmātes ¹	391	398	403	399
Dzemdību skaits ²	21 244	21 496	21 442	20 406
Dzemdību skaits uz vienu vecmāti	54	54	53	51

Avots: ¹ Statistikas dati par ārstniecības personu skaitu SPKC 07.06.2018.

² Statistikas dati par dzemdībām un jaundzimušajiem Latvijā SPKC 22.06.2018.

Latvijā uz katru vecmāti 2017.gadā vidēji bija 51 dzemdības. Vecmāšu pieejamība ir galvenais faktors grūtnieces drošības un nepārtrauktas aprūpes nodrošināšanā.

Revidenti, izmantojot divas dažādas metodes, aprēķināja trūkstošo vecmāšu skaitu Latvijā, abos gadījumos nonākot pie līdzīga rezultāta:

- ņemot vērā Pasaules Bankas rekomendācijas²¹, Latvijā ir par 295 vecmātēm mazāk nekā vidēji ES (skatīt 4.tabulu). Vecmāšu nodrošinājums uz 100 000 iedzīvotājiem Latvijā 2017.gadā ir 22,8 vecmātes, savukārt ES – 37,9.

Vecmāšu pietiekamības novērtējums valstī uz 01.01.2017.

	Vecmāšu skaits
Vecmāšu skaits pēc metodikas¹	740
Unikālie specialitātē strādājošie ²	445
tai skaitā sertificētas ²	359
mazāk (-) / vairāk (+)	-295

Avoti:

¹ Metodika - Pasaules Bankas ziņojuma "Latvijas veselības aprūpes infrastruktūras ģenerālplāna 2016.-2025." 19.pielikums (ES vidējā vērtība uz 100 tūkst. iedzīvotājiem), veicot aprēķinu atbilstoši iedzīvotāju skaitam Latvijā uz 01.01.2017. – 1 950 116 (Centrālās statistikas pārvaldes dati).

² Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra dati.

- saskaņā ar Lielbritānijas Vecmāšu Karaliskās koledžas izveidoto un apstiprināto vecmāšu personāla plānošanas instrumentu *Birthrate Plus*®, ko Lielbritānija ir atzinusi par atbilstošu darbaspēka plānošanas instrumentu, tiek pieņemts, ka vidēji vecmāte piedalās 29,5 dzemdībās gadā, tomēr diapazons var būt no 27,3 līdz 31,52 dzemdībām uz vienu vecmāti, kas ir saistīts ar dzimstības izmaiņām vai sarežģītām dzemdībām, kas var ietekmēt personāla daudzumu. Revidenti, veicot aplēsi, piemēroja Lielbritānijas *Birthrate Plus*® instrumentu Latvijas situācijai un konstatēja, ka, lai nodrošinātu grūtnieces drošību un nepārtrauktu aprūpi pie dzemdību skaita 21 422, Latvijā ir nepieciešamas 727 vecmātes, tātad trūkst ap 282 vecmāšu.

Ārstu palīgu nodrošinājums

Pozitīvi vērtējams ārstu palīgu skaita pieaugums, kas daļēji ļauj kompensēt māsu un ārstu nepietiekamo nodrošinājumu veselības aprūpes sistēmā (skatīt 5.tabulu).

5.tabula

Statistikas dati par ārsta palīgu skaitu

Gads	Skaitis				Skaitis uz 100 000 iedzīvotājiem			
	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
Ārsta palīgs ²²	1 971	2 203	2 214	2218	99	112	114	115

Avots: Statistikas dati par ārstniecības personu skaitu SPKC 07.06.2018.

Revīzijā, apkopojot ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra datus, konstatēts, ka uz 01.01.2017. valstī ir 2621 ārsta palīgs, tai skaitā 1700 sertificēti ārsta palīgi jeb 134,4 ārsta palīgi uz 100 000 iedzīvotāju. Ārsta palīgi pārsvarā ir nodarbināti NMPD, stacionāru uzņemšanas nodaļās un primārajā veselības aprūpē. Ārsta palīgu nodrošinājuma skaitu nevar salīdzināt ar ES vidējo rādītāju atšķirīgā ārstniecības personu sadalījuma un kvalifikācijas dēļ.

Ārstniecības personu izvietojums

Veselības ministrija 2016.gadā informatīvajā ziņojumā²³ par cilvēkresursu attīstības politikas ieviešanas gaitu secināja, ka ārstniecības personu koncentrēšanās galvaspilsētā turpinās. Piemēram, Rīgā un Pierīgā reģistrēto ārstniecības personu īpatsvars attiecībā pret visām ārstniecības personām ir palielinājies no 60% 2005.gadā līdz 63% 2015.gadā.

Lai uzlabotu veselības aprūpes cilvēkresursu nodrošinājumu nepieciešamajā skaitā un izvietojumā, Veselības ministrija plānoja²⁴ veikt pasākumus ārstniecības iestāžu un pašvaldību iesaistei cilvēkresursu plānošanā un piesaistē reģionos, kā arī mediķa profesijas pozitīva prestiža veidošanai sabiedrībā.

Kā svarīgāko mērķa sasniegšanas darbību Veselības ministrija norāda rezidentūras vietu skaita plānošanu, apkopojot ārstniecības iestāžu sniegto informāciju par nodrošinājumu ar cilvēkresursiem un vakancēm. Savukārt, lai uzlabotu veselības aprūpes cilvēkresursu vienmērīgu nodrošinājumu visā valsts teritorijā, ministrija no 2015.gada uzsāka jaunu rezidentu uzņemšanas kārtību, kas paredz, ka pie līdzvērtīgiem rezultātiem priekšroku dod tiem rezidentūras pretendentiem, kuri ir noslēguši vienošanos ar pašvaldību, valsts vai pašvaldības ārstniecības iestādi ārpus Rīgas. Attiecīgi 2015./2016.studiju gadā ar reģionālo vienošanos uzņemti 34 rezidenti. Kā arī no 2011.gada ir noteikta rezidentu uzņemšanas, sadales un rezidentūras finansēšanas kārtība²⁵, kas nosaka, ka rezidenta mēnešalga ārstniecības iestādēs, kuras ir ārpus Rīgas, vismaz par 30% pārsniedz ārstniecības personu zemāko mēnešalgu.

Tomēr reidentu ieskatā Veselības ministrijas faktiskās darbības cilvēkresursu attīstības politikas ieviešanā nav būtiski uzlabojušas veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību reģionos. Vēršam uzmanību ka šajā revīzijā netika vērtētas pašvaldību darbības veselības aprūpes pakalpojuma pieejamības nodrošināšanā, piemēram, piesaistot noteiktas specialitātes ārstniecības personas, jo pašvaldību darbības, iespējams, nav koordinētas un ir decentralizētas.

Pašvaldību lomu veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanā iedzīvotājiem Valsts kontrole vērtēja revīzijā par ambulatoro veselības aprūpi²⁶.

Revīzijā Valsts kontrole secināja, ka pašvaldībām nav vienotas izpratnes par veicamajām darbībām, risinot ģeogrāfiskās pieejamības jautājumus, nav noteikti skaidri, starp visām iesaistītajām pusēm saskaņoti un izpildāmi kritēriji jēdzienam “veselības aprūpes pieejamība”. Tāpēc Veselības ministrijai tika sniegti vairāki ieteikumi, lai uzlabotu pašvaldību izpratni par to lomu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā savas teritorijas iedzīvotājiem, ieteikumu ieviešanas termiņu nosakot 2019.gada 1.oktobri.

Revidenti norāda, ka laikā no 2013. līdz 2017.gadam ārstu skaita īpatsvars uz 10 000 iedzīvotāju Rīgā un reģionos nav būtiski mainījies, līdz ar to nav vērojama ārstu pārvietošanās uz reģioniem.

Veselības ministrija – revīzijas ziņojuma saskaņošanas laikā norādīja, ka 2019.gadā būs pirmie rezidentūras absolventi, kuriem ir noslēgta vienošanās ar ārstniecības iestādi (vai pašvaldību) par darba tiesisko attiecību uzsākšanu pēc rezidentūras pabeigšanas ārpus Rīgas, līdz ar to izmaiņas ir vērtējamās tikai sākot no 2019. gada 2.pusgada.

6.tabula

Statistikas dati par veselības aprūpes cilvēkresursiem

Administratīvā teritorija		2013	2014	2015	2016	2017
Latvija	Ārstu skaits*	6967	6900	6840	6785	6700
	uz 10 000 iedzīvotāju	34,8	34,7	34,7	34,8	34,6
Rīgas	Ārstu skaits*	4342	4335	4297	4246	4202
	uz 10 000 iedzīvotāju	67,5	67,6	67,2	66,2	65,9
Pierīgas	Ārstu skaits*	587	586	585	586	577
	uz 10 000 iedzīvotāju	16,0	15,9	16,0	16,1	15,7
Vidzemes	Ārstu skaits*	446	426	415	414	423
	uz 10 000 iedzīvotāju	22,1	21,4	21,2	21,6	22,4
Kurzemes	Ārstu skaits*	535	516	506	503	476
	uz 10 000 iedzīvotāju	20,7	20,3	20,2	20,4	19,6
Zemgales	Ārstu skaits*	447	442	440	436	434
	uz 10 000 iedzīvotāju	18,3	18,3	18,4	18,5	18,6
Latgales	Ārstu skaits*	610	595	597	600	588
	uz 10 000 iedzīvotāju	21,3	21,1	21,6	22,2	22,2

* ārstu skaits norādīts bez zobārstiem, ar stažieriem un rezidenti

Avots: Statistikas dati par veselības aprūpes cilvēkresursiem²⁷

Cilvēkresursu attīstības politikas gala vērtējumā 2016.gadā Veselības ministrija norādīja²⁸, ka ārstniecības personu reģionālais izvietojums joprojām nav vienmērīgs un veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība reģionos ir apgrūtināta, tomēr vienlaikus ministrija atzīst, ka situācijas uzlabošanai nepieciešams rast jaunus, inovatīvus risinājumus veselības aprūpes personāla piesaistei

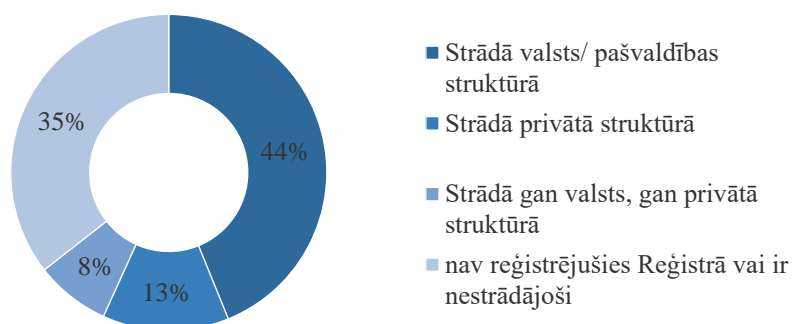
reģioniem. Kā vienu no risinājumiem Veselības ministrija norāda pacientu plūsmas vadlīniju izstrādi, veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes sistēmas izveidi un ieviešanu ārstniecības iestādēs. Revīzijas laikā noskaidrots, ka Veselības ministrija, 2017.gadā sagatavojot veselības aprūpes reformu plānu²⁹, definēja ārstniecības personu plānošanas pamatprincipus un kritērijus. Nosakot nepieciešamo ārstu skaitu, paredzēts ņemt vērā, piemēram, stacionāra gultu/pacientu skaitu, bet ambulatorajā sektorā – viena apmeklējuma ilgumu minūtēs. Pamatojoties uz Veselības ministrijas sniegto informāciju³⁰, ministrija, balstoties uz noteiktajiem kritērijiem, plāno līdz 2022.gadam izstrādāt konceptuālo risinājumu optimāla ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu skaita nodrošināšanai, kā arī teritoriālās pieejamības uzlabošanai. Paralēli turpināsies darbs pie ārstniecības personu plānošanas metodoloģijas pilnveides un vadlīniju izstrādes.

Darbs nozarē pēc studijām

Veselības ministrija, 2005.–2006.gadā sagatavojot cilvēkresursu attīstības politiku³¹, ir izvirzījusi vienu no sasniedzamajiem rezultātiem – 70% no veselības aprūpes izglītību ieguvušajām personām strādā veselības aprūpes nozarē. Savukārt 2016.gada ziņojumā par cilvēkresursu attīstības politikas ieviešanu Veselības ministrija informēja, ka rezultāts ir sasniegts, jo no visām ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā reģistrētajām personām veselības aprūpes sistēmā 2015.gadā strādāja 79% ārstniecības personu.

Revīzijā veikta vairāku avotu datu analīze, lai noskaidrotu patieso situāciju par veselības aprūpes izglītību ieguvušo personu palikšanu nozarē.

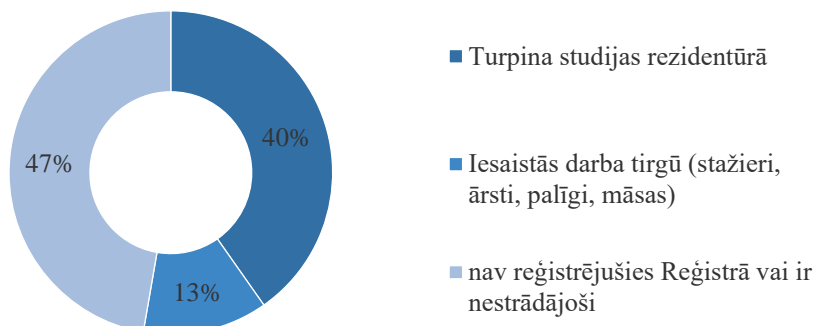
Izvērtējot koledžu un augstskolu absolventu statistiku periodā no 2014. līdz 2016.gadam, revidenti konstatēja, ka veselības aprūpes darba tirgū potenciāli būtu jānonāk aptuveni 3286 jauniem kvalificētiem speciālistiem. Iegūtos datus salīdzinot ar ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā uzrādīto informāciju par ārstniecības personu darba vietām, konstatēts, ka 65% no jauniem speciālistiem, kuri ieguvuši kvalifikāciju, pēc diploma saņemšanas paliek Latvijas darba tirgū (skatīt 7.attēlu).



7.attēls. Absolventu, kuri ieguvuši kvalifikāciju 2014.–2016.gadā, darba vietas izvēle (dati uz 30.06.2017.).

Savukārt, veicot datu analīzi par absolventiem, kuri ieguvuši ārsta grādu, konstatēts, ka 40% ārstu turpina studijas rezidentūrā (skatīt 8.attēlu), 13% uzsāk darba gaitas veselības nozarē, bet par 47% ārstu nav informācijas.

Saskaņā ar Veselības ministrijas sniegto informāciju 2018.gadā 67% ārstu-absolventu turpina studijas rezidentūrā.



8.attēls. Absolventu, kuri ieguvuši ārsta grādu 2014.–2016.gadā, darba vietas izvēle (dati uz 30.06.2017.).

Revīzijā apkopoti arī dati sadalījumā pa veselības aprūpes nozares profesijām, lai noskaidrotu, vai ir sasniegts Veselības ministrijas noteiktais kritērijs – 70% no veselības aprūpes izglītību ieguvušajām personām strādā veselības aprūpes nozarē. Datu analīzes rezultātus skatīt 7.tabulā.

7.tabula

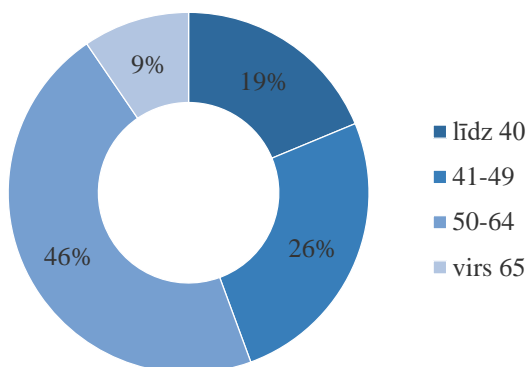
Veselības ministrijas noteiktā kritērija izpilde

Nozares speciālists	Kritērijs	Kritērija izpilde
Kopā ārsti un ārstniecības personas ³² , atsevišķi izdalot:	65%	Neizpildās
<i>Ārsti pēc rezidentūras</i>	92%	Izpildās
<i>Ārsta palīgi</i>	69%	Neizpildās
<i>Māsas</i>	52%	Neizpildās
<i>Vecmāte</i>	54%	Neizpildās
<i>Citas ārstniecības personas</i>	58%	Neizpildās

Datu analīzē konstatēts, ka izvirzītais kritērijs ir sasniegts tikai kategorijā “ārsti pēc rezidentūras”, jo veselības nozarē strādā 92% jauno ārstu, tomēr citu ārstniecības personu (māsu, ārstu palīgu un vecmāšu) gadījumā kritērijs nav sasniegts.

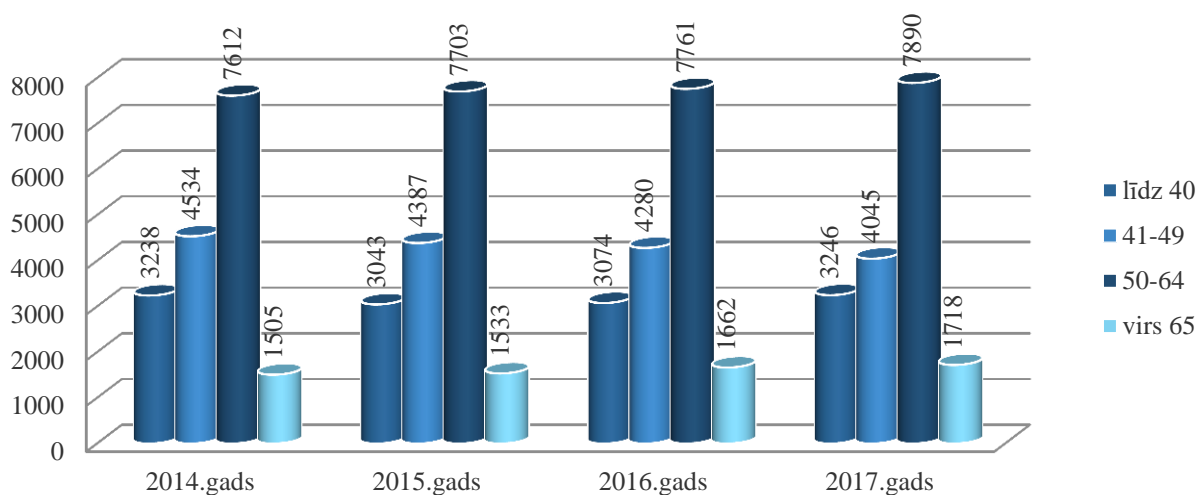
Paaudžu nomaiņa

Lai gan būtiska problēma veselības aprūpē ir ārstniecības personu straujā novecošanās, Veselības ministrijai nav efektīvu risinājumu, lai veicinātu ārstniecības personu paaudžu nomaiņu. Analizējot datus par visiem veselības nozarē strādājošajiem (pamatdarbā), vērojams, ka vecuma grupā virs 50 gadiem nozarē strādā 55% ārstniecības un atbalsta personu (skatīt 9.attēlu).



9.attēls. Ārstniecības un atbalsta personu vecuma struktūra (2014.–2017.gads).

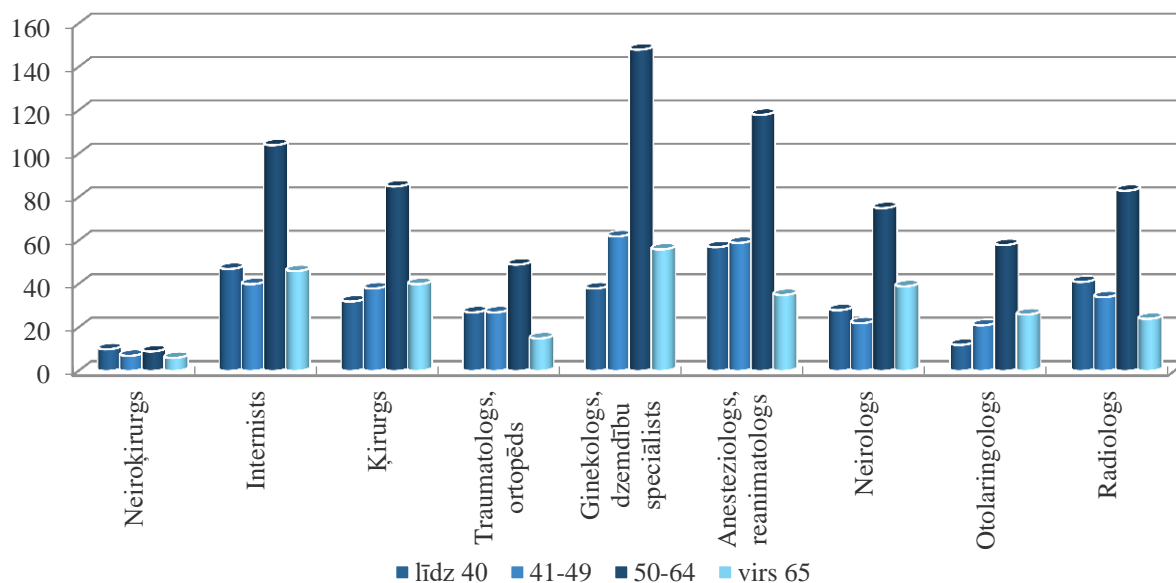
Ārstniecības personu vecuma struktūra liecina par intensīvu ārstniecības personāla novecošanos, katru gadu palielinās ārstniecības un atbalsta personu skaits vecuma grupā virs 50 gadiem un samazinās vidējā vecuma grupā nodarbināto skaits veselības aprūpē. Savukārt jaunākā vecuma grupā līdz 40 gadiem novērojama stabilitāte, lai gan tieši šajā vecuma grupā nepieciešama strauja izaugsme (skatīt 10.attēlu).



10.attēls. Ārstniecības un atbalsta personu novecošanās tendence, 2014.–2017.gads.

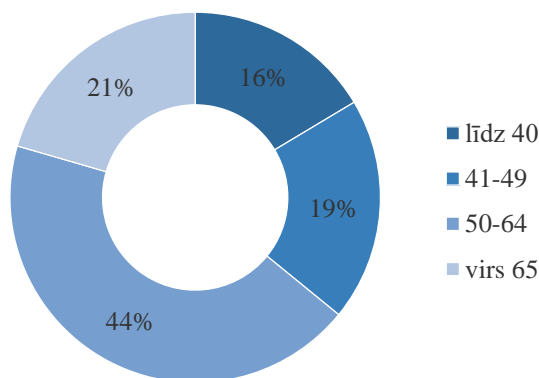
Veselības ministrija ir secinājusi, ka vairumā gadījumu ārsti pēc pensijas vecuma sasniegšanas turpina aktīvu darbību ārstniecībā publiskajā sektorā. Atsevišķās specialitātēs veselības aprūpes pakalpojumu sniegšana tiek nodrošināta tikai tāpēc, ka ārsti turpina praktizēt pēc pensijas vecuma sasniegšanas.

Revīzijā, analizējot datus par ārstu-speciālistu vecuma struktūru, revidenti konstatēja, ka deviņām izlasē iekļautajām specialitātēm ārstniecības personu īpatsvars vecuma grupā no 50 līdz 64 gadiem ir vislielākais, kas norāda uz ārstniecības personāla strauju novecošanos (skatīt 11.attēlu).



11.attēls. Ārstu-speciālistu skaits sadalījumā pa vecuma grupām.

Uz problēmām norāda arī ārstu profesionālās asociācijas, piemēram, Latvijas Ķirurgu asociācija norāda, ka ir paredzamas milzīgas problēmas neatliekamās palīdzības un sarežģītu kompleksu ķirurģisku manipulāciju nodrošināšanā³³, jo ķirurgi noveco. To apliecina arī revidentu apkopotie dati – uz 01.01.2017. valstī 65% ārstu ar ķirurga specialitāti bija vecumā virs 50 gadiem, tai skaitā 21% speciālistu bija sasnieguši jau pensijas vecumu, kas norāda uz izteiktu speciālistu novecošanos (skatīt 12.attēlu).



12.attēls. Ķirurgu sadalījums pa vecuma grupām.

Veselības ministrija norāda³⁴, ka kopējais ārstniecības personu skaits vecuma grupā līdz 40 gadiem no 2005.gada ir palielinājies par 32%, savukārt laika posmā no 2014. līdz 2015.gadam nav būtiski mainījies salīdzinājumā ar 2013.gadu. Lai gan no 2005.gada visās ārstniecības specialitāšu grupās, izņemot māsas, ir vērojams jauno speciālistu vecumā līdz 40 gadiem neliels pieaugums, tomēr revidenti norāda, ka arvien vismaz 55% ārstniecības personu ir vecuma grupā virs 50 gadiem.

Veselības ministrija cilvēkresursu plānošanas dokumentos norādījusi sasniedzamos kritērijus, lai nodrošinātu ārstu pietiekamību un paaudžu nomainītu:

- jauno speciālistu skaits, kas uzsāk darbu nozarē, ir vienāds ar speciālistu skaitu, kuri sasnieguši pensijas vecumu (kritērijs Nr.1);
- ārstniecības personu skaits vecuma grupā līdz 40 gadiem ir vienāds ar darbinieku skaitu vecuma grupā virs 65 gadiem (kritērijs Nr.2);
- veselības aprūpes nozarē strādājošo ārstniecības personu skaits vecuma grupā līdz 40 gadiem palielinās par 5% ik gadu (kritērijs Nr.3).

Revīzijā veikto kritēriju izpildes vērtējumu skatīt 8.tabulā.

8.tabula

Paaudžu nomainīšanas kritēriju izpildes vērtējums

Kritēriji	Ārsts	Vecmāte	Māsa	Ārsta palīgs	Māsas palīgs	Radiogrāfers, radiologa asistents	Kopā par visām grupām
Nr.1	(-11) neizpildās	4 izpildās	43 izpildās	121 izpildās	(-44) neizpildās	6 izpildās	119 izpildās
Nr.2	(-114) neizpildās	(-70) neizpildās	430 izpildās	438 izpildās	168 izpildās	(-34) neizpildās	818 izpildās
Nr.3	7% izpildās	33% izpildās	(-2%) neizpildās	20% izpildās	1% neizpildās	13% izpildās	7% izpildās

Nr.1 jauno speciālistu skaits, kas uzsāk darbu nozarē, ir vienāds ar speciālistu skaitu, kuri sasnieguši pensijas vecumu (dati par 2016.gadu);

Nr.2 ārstniecības personu skaits vecuma grupā līdz 40 gadiem ir vienāds ar darbinieku skaitu vecuma grupā virs 65 gadiem (dati par 2017.gadu);

Nr.3 veselības aprūpes nozarē strādājošo ārstniecības personu skaits vecuma grupā līdz 40 gadiem palielinās par 5% ik gadu (dati par 2017.gadu).

Revidentu vērtējumā visi izvirzītie kritēriji ir sasniegti tikai ārsta palīgu specialitātē (skatīt 8.tabulu). Kritērijs Nr.1 par jauno speciālistu skaitu, kas uzsāk darbu nozarē, nav sasniegts ārstu un māsas palīgu kategorijā. Kritērijs Nr.3 nav sasniegts māsu un māsu palīgu kategorijā, jo strādājošo ārstniecības personu skaits vecuma grupā līdz 40 gadiem pietiekami nepalielinās. Kritērija Nr.2 neizpilde liecina, ka speciālisti netiek sagatavoti pietiekamā daudzumā, lai nodrošinātu pietiekamību un paaudžu nomainītu, jo ārstu un vecmāšu skaits vecuma grupā virs 65 gadiem ir ievērojami lielāks nekā vecuma grupā no 25 līdz 40 gadiem. Tāpēc Valsts kontrole uzskata, ka, nesekojoš proaktīvai Veselības ministrijas rīcībai efektīvas paaudžu nomainīšanas nodrošināšanā, situācija ar katru gadu pasliktināsies, jo samazināsies jauno ārstniecības personu īpatsvars un būs izteiktāka personāla novecošanās.

Darba samaksas izmaiņas

Lai nodrošinātu veselības nozares cilvēkresursu attīstību ilgtermiņā, Veselības ministrija programmā "Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē 2006.–2015.gadam" kā plānotās aktivitātes norādīja nepieciešamību pilnveidot darba samaksas sistēmu, izveidot sociālo garantiju un ārstniecības personu

profesionālo riska apdrošināšanas sistēmu, un plānoja sasniegt rezultatīvo rādītāju – 2009.gadā ārstu darba samaksa sasniegs 2,5 tautsaimniecībā vidējās darba algas apmēru.³⁵

Veselības ministrija informatīvajā ziņojumā³⁶ norādīja, ka ārstniecības personu darba samaksas un sociālo garantiju sistēmas attīstība ir cieši saistīta ar veselības aprūpes budžeta iespējām. Līdz 2008.gadam veselības aprūpes budžets tika palielināts, nodrošinot mediķu algu pieaugumu minimālā līmenī. Savukārt no 2009.gada līdzekļu taupīšanas nolūkos tika ierobežoti valsts budžeta izdevumi, tai skaitā veselības aprūpes budžets.

Veselības ministrija norāda, ka ārstniecības iestādes, lai mazinātu ārstniecības personu aizplūšanas risku, ir nodrošinājušas ārstniecības personām lielāku atalgojumu nekā veselības aprūpes pakalpojumu tarīfos iekļautā darba samaksa (skatīt 9.tabulu).

9.tabula

Ārstniecības personu darba samaksa 2015.gadā

	Tarīfā iekļautā darba samaksa ³⁷	Faktiskā amatalgā	Faktiskā darba samaksa	Vidējā darba samaksa tautsaimniecībā	Koeficients
Ārstiem un funkcionālajiem speciālistiem	846,61	964,00	1175,00	765,00	1,5
Ārstniecības un pacientu aprūpes personām un funkcionālo speciālistu asistentiem ³⁸	522,72	579,00	706,00	765,00	0,9
Ārstniecības un pacientu aprūpes atbalsta personām ³⁹	388,80	404,00	495,00	765,00	0,6

Avots: Veselības ministrijas informatīvais ziņojums⁴⁰

Ārstniecības personu darba samaksa 2018.gadā

	Tarīfā iekļautā darba samaksa ⁴¹	Faktiskā amatalgā*	Faktiskā darba samaksa*	Vidējā darba samaksa tautsaimniecībā	Koeficients
Ārstiem un funkcionālajiem speciālistiem	1125,00	1453,00	1678,00	1004,00	1,7
Ārstniecības un pacientu aprūpes personām un funkcionālo speciālistu asistentiem	675,00	823,00	974,00	1004,00	1,0
Ārstniecības un pacientu aprūpes atbalsta personām	450,00	518,00	647,00	1004,00	0,6

* Nacionālā veselības dienesta dati

Avots: Veselības ministrijas, revīzijas ziņojuma saskaņošanas laikā sniegtā informācija

Lai nodrošinātu neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanu nepieciešamajā tempā un kvalitātē, dienesta darbiniekiem ir panākta izdienas pensijas nodrošināšana no 2016.gada 1.janvāra. Revīzijā netika vērtēts, vai minētais mērķis ir sasniegts. Tomēr revidenti vērs uzmanību, ka minētie normatīvā akta grozījumi ir radījuši arī negatīvas sekas Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta

cilvēkresursu nodrošinājumā, jo daudzi dienesta speciālisti izvēlējās atstāt darbu dienestā un doties izdienas pensijā.

Veselības ministrija, 2017.gadā vērtējot ārstniecības personu atalgojuma līmeņa paaugstināšanā veiktās darbības kopš 2014.gada, secināja⁴², ka, lai gan vērojams ārstniecības personu darba algas pieaugums, tomēr algas joprojām nav sasniegušas pirmskrīzes līmeni.

Lai novērstu ārstniecības personu kopējā skaita samazināšanos, kā arī lai mazinātu ārstniecības personu aizplūšanu uz privāto sektoru, Veselības ministrija no 2018.gada ir uzsākusi veikt darbības, lai būtiski palielinātu ārstniecības personu vidējo atalgojumu, ņemot vērā, ka konkurētspējīgs atalgojums ir viens no galvenajiem aspektiem, kas ietekmē veselības nozares cilvēkresursu nodrošinājumu veselības aprūpes sistēmā.

Jāuzsver, ka Veselības ministrija ārstniecības personām algu nemaksā. Ārstniecības personu atalgojums, attiecīgi tā pieaugums tiek iekļauts kopējā tarifā, ar kuru Nacionālais veselības dienests norēķinās ar ārstniecības iestādēm par pacientiem sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem. Savukārt Ministru kabineta noteikumos⁴³ ir noteiktas zemākās pieļaujamās mēnešalgu likmes ārstniecības iestādēs nodarbinātajām ārstniecības personām, kuras sniedz no valsts budžeta apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus, un ārstniecības iestādes vadītājs, ņemot vērā attiecīgās iestādes darba samaksas fondu un iepriekš minēto noteikumu prasības, apstiprina attiecīgās iestādes ārstniecības personu mēnešalgu skalu.

2018.gadā ārstniecības personu darba samaksas palielināšanai tika piešķirti⁴⁴ papildu 85 miljoni *euro*, kas tika iestrādāti veselības aprūpes pakalpojumu tarifos. Vienlaikus tika palielinātas arī noteiktās zemākās mēnešalgu likmes ārstniecības personām atbilstoši kvalifikācijas kategorijām (skatīt 10.tabulu). Ministru kabineta noteikumos⁴⁵, kas nosaka veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību, vidējā darba samaksa ārstiem un funkcionālajiem speciālistiem tarifā tika palielināta no 859 *euro* līdz 1125 *euro* mēnesī (31%), ārstniecības un pacientu aprūpes personām un funkcionālo speciālistu asistentiem no 537 *euro* līdz 675 *euro* mēnesī (26%), bet ārstniecības un pacientu aprūpes atbalsta personām – no 400 *euro* līdz 450 *euro* mēnesī (13%).⁴⁶

2018.gadā sagatavotajā informatīvajā ziņojumā “Par ārstniecības personu un ārstniecības iestāžu pārējā personāla atlīdzības palielināšanu 2019.–2021.gadam” (turpmāk – informatīvais ziņojums), Veselības ministrija norāda, ka ir nepieciešams valdības konceptuāls atbalsts turpināt ārstniecības personu un ārstniecības iestāžu pārējā personāla atlīdzības palielināšanu 2019.–2021.gadam, tam piešķirot nepieciešamo papildu finansējumu. Saskaņā ar ziņojumā norādīto līdz 2021.gadam ir jāpanāk, ka ārstu un funkcionālo speciālistu vidējā darba samaksa sasniedz divkārtšu tautsaimniecībā nodarbināto vidējo darba samaksu, ārstniecības un pacientu aprūpes personu darba samaksa sasniedz 60%, bet ārstniecības un pacientu aprūpes atbalsta personu vidējā darba samaksa sasniedz 40% no ārstu un funkcionālo speciālistu vidējās darba samaksas. Lai šo mērķi sasniegtu, Veselības ministrija ierosināja ārstniecības personu un ārstniecības iestāžu pārējā personāla atlīdzību laikā no 2019.–2021. gadam palielināt vidēji par 20% katru gadu.

Ņemot vērā iepriekš norādīto, 2018.gada nogalē tika veiktas izmaiņas normatīvajos aktos⁴⁷, kas no 2019.gada 1.janvāra paredz ārstniecības personu zemākās mēnešalgas likmes pieaugumu visām medicīnu grupām (skat. 10.tabulu), kā arī ārstniecības personu vidējās darba samaksas pieaugumu par 20% salīdzinājumā ar 2018.gadu⁴⁸:

- stacionārajā sektorā ārsti un funkcionālie speciālisti saņems vidēji 1856 *euro* līdzšinējo 1547 *euro* vietā, ārstniecības un pacientu aprūpes personām atalgojums pieaugs no esošajiem vidēji 928 *euro*

līdz 1114 *euro*, savukārt ārstniecības un pacientu aprūpes atbalsta personām darba samaksa mainīsies no vidēji 620 *euro* līdz 742 *euro*;

- ambulatorajā sektorā ārsti un funkcionālie speciālisti saņems vidēji 1350 *euro* līdzšinējo 1125 *euro* vietā, ārstniecības un pacientu aprūpes personām atalgojums pieaugs no esošajiem 675 *euro* līdz vidēji 810 *euro*, savukārt ārstniecības un pacientu aprūpes atbalsta personām darba samaksa mainīsies no 450 *euro* uz vidēji 540 *euro*;
- tāpat atalgojums vidēji par 20% palielināsies Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestā strādājošām ārstniecības personām un neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādes operatīvā medicīniskā transportlīdzekļa vadītājiem. Darba samaksas pieaugums paredzēts arī citos resoros nodarbinātajām ārstniecības personām, piemēram, Labklājības ministrijā, Iekšlietu ministrijā, Izglītības un zinātnes ministrijā un Tieslietu ministrijā, kā arī pašvaldībās.

10.tabula

Ārstniecības personu zemākās mēnešalgas likmes 2017.–2019.gadā⁴⁹

Ārstniecības personas amata kvalifikācijas kategorija	Zemākā mēnešalgas likme, <i>euro</i>		
	2017.gadā*	2018.gadā	2019.gadā
Sertificēts ārsts, zobārsts	567-770	899	1079
Reģistrēts ārsts, zobārsts, rezidents, sertificēts fizioterapeits, audiologopēds, uztura speciālists, ergoterapeits, tehniskais ortopēds, mākslas terapeits	471-646	792	950
Sertificēta māsa, ārsta palīgs (feldšeris), vecmāte, biomedicīnas laborants, radiologa asistents, radiogrāfers. Reģistrēts fizioterapeits, audiologopēds, uztura speciālists, ergoterapeits, tehniskais ortopēds, mākslas terapeits	418-569	595	714
Sertificēts masieris, ergoterapeita asistents, fizioterapeita asistents, zobu higiēnists, zobārstniecības māsa, kosmētiķis, podologs, zobu tehniķis. Reģistrēta māsa, ārsta palīgs (feldšeris), vecmāte, biomedicīnas laborants, radiologa asistents, radiogrāfers	393-471	524	629
Reģistrēts masieris, ergoterapeita asistents, fizioterapeita asistents, zobu higiēnists, zobārstniecības māsa, kosmētiķis, podologs, zobu tehniķis	393-418	466	559
Reģistrēts zobārsta asistents, māsas palīgs, operatīvā medicīniskā transportlīdzekļa vadītājs	385-393	437	524

*2017.gadā bija 13 ārstniecības personu amata kvalifikācijas kategorijas.

2018.gada 13.decembrī pieņemtajos grozījumos⁵⁰ Veselības aprūpes finansēšanas likumā noteikts, ka veselības aprūpes darbinieku darba samaksas paaugstināšanai par vidēji gadā 20 procentiem Ministru kabinetam ir jāparedz šāds finansējuma apmērs: 2019. gadā — 87 483 708 *euro*, 2020. gadā — 191 227 820 *euro* un 2021. gadā — 314 599 953 *euro*.

Veselības ministrija, informējot sabiedrību par veselības aprūpes pakalpojumu tarifiem iekļautā darba samaksas elementa palielinājumu par 20%, norādīja, ka ārstniecības personu vidējā darba samaksa 2019.gadā pieaugs par 20% salīdzinājumā ar 2018.gadu. Tomēr, tā kā katra ārstniecības iestāde veido

personāla atalgojuma politiku atbilstoši gan normatīvo aktu prasībām (piemēram, par zemākajām ārstniecības personu mēnešalgu likmēm), gan tās finansiālajām iespējām un ārstniecības iestādes jau pirms ministrijas uzsāktās vidējas darba samaksas paaugstināšanas ir nodrošinājušas ārstniecības personām lielāku atalgojumu nekā veselības aprūpes pakalpojumu tarifi iekļautā darba samaksa, faktiskais ārstu un māsu mēnešalgas pieaugums 2019.gada sākumā ir robežās no 9% līdz 20%⁵¹. Tādējādi radot ārstniecības personu, kuru darbs ilgstoši nav ticis novērtēts ar atbilstošu un konkurētspējīgu darba samaksu, diskusijas par Veselības ministrijas plānotā un faktiskā vidējās darba samaksas pieauguma atšķirībām.

Revidenti pozitīvi vērtē Veselības ministrijas aktivitātes ārstniecības personu atalgojuma līmeņa paaugstināšanā, tomēr vērš uzmanību uz nepieciešamību uzsāktās aktivitātes īstenot mērķtiecīgi un ilgtermiņā, lai līdz 2021.gadam tiktu sasniegti Veselības ministrijas noteiktie mērķi ārstniecības personu atalgojuma palielināšanā plānotajā apmērā.

Ieteikums

Lai nodrošinātu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un rastu risinājumu ilgtermiņa problēmām, kas ir saistītas ar ārstu trūkumu reģionos, nepietiekamo māsu un vecmāšu skaitu, kā arī paaudžu nomaiņu, īstenojot cilvēkresursu attīstības plānošanas politiku, Veselības ministrijai veikt pasākumus, lai veicinātu:

- veselības aprūpes pakalpojumu pieprasījumam atbilstošu ārstniecības personu skaitu, tai skaitā Latvijas reģionos, tā radot risinājumu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības uzlabošanai;
- optimālo medicīnas māsu skaitu attiecībā pret ārstu-speciālistu skaitu, tā uzlabojot veselības aprūpes sistēmas efektivitāti un pacientu aprūpes kvalitāti;
- nepieciešamo vecmāšu skaitu attiecībā uz dzemdību skaitu valstī kopumā un reģionālajā izvietojumā, tā nodrošinot grūtnieču drošību un nepārtrauktu aprūpi;
- nepieciešamo sagatavojamo ārstniecības personu skaitu, tā veicinot efektīvu paaudžu nomaiņu visās ārstniecības personu grupās.

Vai Veselības ministrija ir veicinājusi veselības aprūpes nozares ilgtermiņa vajadzībām atbilstošas medicīniskās izglītības sistēmas attīstību valstī?

Vai profesiju un specialitāšu sadalījums ir noteikts atbilstoši nozares vajadzībām?

Profesionālās darbības reglamentācijas būtība ir aizsargāt, galvenokārt, ar cilvēku veselību un drošību saistītu pakalpojumu saņēmēju intereses un nodrošināt, lai saņemtais pakalpojums būtu kvalitatīvs, nosakot tiesiskus ierobežojumus piekļuvei profesionālajai darbībai noteiktajā jomā un minimālās prasības reglamentēto profesiju izglītības programmām⁵². Profesiju reglamentācijas mērķis ir arī veicināt personu brīvu pārvietošanos Eiropas Savienības dalībvalstīs un Eiropas Brīvās tirdzniecības asociācijas dalībvalstīs.

Veselības ministrija, kas ir atbildīga par sabiedrības veselības aizsardzību un atbilstošu ārstniecības personu profesiju un specialitāšu aktualizēšanu veselības aprūpes nozares vajadzībām, neveic reglamentēto profesiju saraksta regulāru pārskatīšanu, vērtējot tā aktualitāti un atbilstību nozares attīstības vajadzībām. Savukārt atbalstot ārstu profesionālo asociāciju priekšlikumus un lemjot par jaunu profesiju vai specialitāšu iekļaušanu reglamentēto profesiju sarakstā, ministrija revidentu ieskatā nav pietiekami izvērtējusi to ieviešanas nepieciešamību, tāpēc sarakstā ir iekļautas profesijas ar salīdzinoši mazu kvalifikāciju ieguvušo ārstniecības personu skaitu. Piemēram, lai gan 2009.gadā tika izveidotas ārsta profesijas papildspecialitātes – andrologs, kombustiologs un trihologs –, līdz 2018.gadam šajās papildspecialitātēs nav sertificēta neviena ārstniecības persona.

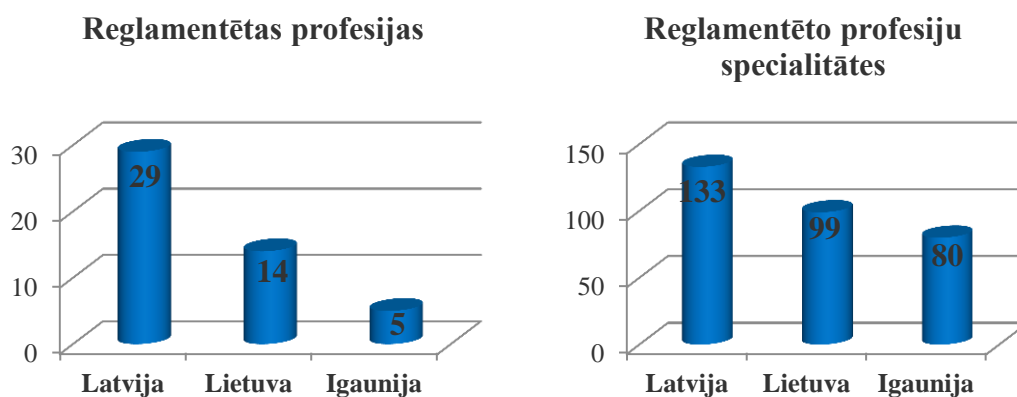
Latvijā ir divreiz vairāk reglamentēto profesiju nekā Lietuvā vai Igaunijā, savukārt specialitāšu, apakšspecialitāšu un papildspecialitāšu ir apmēram 1,5 reizes vairāk. Revidentu ieskatā pārāk liela veselības aprūpes nozares reglamentēto profesiju sadrumstalotība un šaura profila specializācija var negatīvi ietekmēt cilvēkresursu pietiekamību nozarē konkrētā specialitātē, savukārt mazs sertificēto ārstniecības personu skaits atsevišķās specialitātēs rada bažas par nepamatotu konkurences un pakalpojumu pieejamības ierobežošanu.

Reglamentētajā profesijā ir tiesības darboties personai, kura apguvusi šai profesijai atbilstošu akreditētu izglītības programmu vai ieguvusi profesionālo kvalifikāciju, ko apliecina izglītību vai profesionālo kvalifikāciju apliecinoši dokumenti, persona ir reģistrēta reģistrā un saņemta īpaša atļauja.

Koordinējošā institūcija reglamentēto profesiju jomā Latvijā ir Izglītības un zinātnes ministrija, tomēr par reglamentētajām ir atzītas tās profesijas, kuras par tādām ir noteiktas nozaru normatīvajos aktos, un ikviena no tām nosaka gan specialitātes un apakšspecialitātes, gan specifiskās prasības kvalifikācijai profesionālās darbības veikšanai attiecīgajā profesijā⁵³.

Revīzijā konstatēts, ka Latvijā ir 69 reglamentētās profesijas, no tām 29 jeb 42% ir veselības aprūpes nozarē, un 284 reglamentēto profesiju specialitātes, apakšspecialitātes un papildspecialitātes, no kurām 133 jeb 47% ir veselības aprūpes nozarē⁵⁴.

Revidenti, salīdzinot reglamentēto profesiju, tai skaitā specialitāšu, apakšspecialitāšu un papildspecialitāšu, skaitu veselības aprūpes nozarē starp Baltijas valstīm, secināja, ka Latvijā ir divreiz vairāk reglamentēto profesiju, savukārt specialitāšu, apakšspecialitāšu un papildspecialitāšu ir apmēram 1,5 reizes vairāk nekā citās Baltijas valstīs (skatīt 13.attēlu).



Avots: Latvija⁵⁵, Lietuva⁵⁶, Igaunija⁵⁷

13.attēls. Reglamentēto profesiju un specialitāšu skaits Baltijas valstīs uz 01.01.2018.

Atbilstoši Ārstniecības likumam patstāvīgi nodarboties ar ārstniecību konkrētā profesijā atļauts ārstniecības personām, kuras ir reģistrētas ārstniecības personu reģistrā. Turklāt patstāvīgi nodarboties ar ārstniecību konkrētā pamatspecialitātē, apakšspecialitātē vai papildspecialitātē atļauts ārstniecības personām, kuras ir sertificētas un reģistrētas ārstniecības personu reģistrā⁵⁸. Attiecīgi reglamentēto profesiju un to specialitāšu, apakšspecialitāšu vai papildspecialitāšu nosaukumu izmantošana ir atļauta tikai gadījumos, kad attiecīgajai personai ir atbilstošs likumā "Par reglamentētajām profesijām un profesionālās kvalifikācijas atzīšanu" noteikts izglītību un profesionālo kvalifikāciju apliecinošs dokuments⁵⁹.

Specialitāte ir profesijai atbilstošās darbības joma, kurā attiecīgā persona ieguvusi profesionālo kvalifikāciju. Attiecīgās specialitātes šaurāka joma veido apakšspecialitāti vai profesionālo specializāciju, bet joma, kas kopīga divām vai vairākām specialitātēm — papildspecialitāti⁶⁰.

Revidenti, veicot reglamentēto profesiju skaita dinamikas analīzi laikā no likuma⁶¹ stāšanās spēkā līdz 01.01.2018., konstatēja, ka reglamentēto profesiju skaits veselības aprūpes nozarē ir pakāpeniski palielinājies: 2001.gadā bija 18 profesijas, 2004. un 2011.gadā saraksts papildināts ar četrām profesijām katru gadu, 2006.gadā – ar trīs, savukārt 2015.gadā – ar divām, uz 2018.gadu sasniedzot 29 reglamentētās profesijas veselības aprūpē (skatīt 3.pielikumu). Savukārt 2018.gadā ministrija reglamentēto profesiju skaitu samazināja par divām profesijām.

Līdzīga dinamika ir reglamentēto profesiju specialitāšu, apakšspecialitāšu un papildspecialitāšu sarakstos – ja 2002.gadā bija kopā 135 specialitātes, apakšspecialitātes un papildspecialitātes, tad 2006.gadā tās bija jau 149, bet 2018.gadā – 134. Lielākās izmaiņas bijušas tieši reglamentētās ārsta profesijas papildspecialitātēs – 2002.gadā bija 14 ārsta profesijas papildspecialitātes, 2006.gadā – 17,

2009.gadā – 29 un 2018.gadā – 22. Reglamentētās māsas profesijas papildspecialitātes tika izveidotas 2009.gadā, sākotnēji bija piecas papildspecialitātes, 2016.gadā saraksts papildināts ar vēl vienu papildspecialitāti.

Revidenti uzsver, ka profesiju reglamentācijai ir jābūt dinamiskai jomai un tai jāatbilst valsts ekonomiskās un sociālās attīstības vajadzībām, tāpēc ir svarīgi periodiski pārskatīt reglamentēto profesiju sarakstu, vērtējot tā aktualitāti un nepieciešamību. Tomēr revīzijas laikā revidenti nav guvuši pārlicību, ka Veselības ministrija ir nodrošinājusi nozares reglamentēto profesiju saraksta regulāru un efektīvu pārskatīšanu, jo ministrija 17 gadu laikā nozares reglamentēto profesiju sarakstu būtiski ir pārskatījusi tikai vienu reizi (2009.gadā), samazinot māsu specialitāšu skaitu. Pārsvārā gadījumu saraksts galvenokārt tika papildināts ar jaunām profesijām vai specialitātēm, nevērtējot nepieciešamību, piemēram:

- specialitāte bērnu neirologs sākotnēji tika noteikta kā pamatspecialitāte, 2009.gadā bērnu neirologs tika noteikta kā papildspecialitāte, bet 2016.gadā bērnu neirologs atkal tika noteikta kā pamatspecialitāte;
- 2009.gadā tika izveidotas ārsta profesijas papildspecialitātes – andrologs, kombustiologs, un trihologs –, bet laikā no 2014. līdz 2018.gadam šajās papildspecialitātes nav sertificēta neviena ārstniecības persona;
- 2009.gadā tika izveidotas divas jaunas profesijas ar pamatspecialitātēm – radiologa asistents un radiogrāfers. Abu minēto profesiju pienākumi un veicamie uzdevumi ir identiski, atšķirība ir tikai kvalifikācijas līmenī un apmācības ilgumā – radiologa asistenta izglītību iegūst koledžas tipa izglītības iestādēs, savukārt radiogrāfera profesiju iegūst augstskolā, turpinot radiologa asistenta studijas (iepriekš radiologa asistents bija māsas profesijas pamatspecialitāte);
- reglamentēto profesiju sarakstā ir vairākas profesijas ar salīdzinoši mazu kvalifikāciju ieguvušo ārstniecības personu skaitu 2018.gadā – 22 uztura speciālisti, 13 skaistumkopšanas speciālisti kosmetoloģijā, neviens militārais paramediķis;
- 2018.gadā, pamatojoties uz Veselības ministrijas priekšlikumu, no reglamentēto profesiju saraksta tika izslēgtas divas profesijas – reitterterapeits un reitterterapeita asistents, izveidojot reitterapijas metodi un reitterterapeita asistenta profesiju pārveidojot par ārstniecības atbalsta personu. Veselības ministrija veiktās izmaiņas pamatoja ar nelielu speciālistu skaitu profesijā (trīs reitterapeiti un viens reitterapeita asistents) un to, ka neviena izglītības iestāde Latvijā neīsteno pirmā līmeņa profesionālo augstāko medicīnisko izglītības programmu ar kvalifikāciju reitterapeits un reitterapeita asistents⁶². Lai gan līdzīga situācija ir arī ergoterapeita asistenta un fizioterapeita asistenta gadījumā, jo ārstniecības personu reģistrā ir reģistrēts viens ergoterapeita asistents un 11 fizioterapeita asistenti, ministrija nav vērtējusi izmaiņu nepieciešamību šajos gadījumos.

Tā kā cilvēkresursu trūkums veselības aprūpē noteica nepieciešamību sagatavot pēc iespējas plašāka profila speciālistus, lai mazinātu medicīnas nozares sadrumstalotību un pārlicību šauro specializāciju, 2009.gadā tika pārskatīts ārstniecības personu specialitāšu skaits un sadalījums pamatspecialitātēs, apakšspecialitātēs un papildspecialitātēs un noteikta ārstniecības personu kompetence ārstniecībā⁶³. Pārskatīšanas rezultātā reglamentēto profesiju specialitāšu (pamatspecialitāšu, apakšspecialitāšu un papildspecialitāšu) skaits tika samazināts no 191 uz 128. Lielākās izmaiņas skāra

medicīnas māsas, jo no 31 māsu specialitātes tika izveidotas 7 pamatspecialitātes un 5 papildspecialitātes.

Atbilstoši Veselības ministrijas sniegtajai informācijai⁶⁴ jaunu ārsta profesijas specialitāšu izveidi pārsvarā rosina profesionālās organizācijas, par ko vēlāk notiek diskusijas Latvijas Ārstu biedrības Sertifikācijas komisijā un pozitīva lēmuma gadījumā pirms specialitātes apstiprināšanas Veselības ministrija izvērtē pieprasījumu pēc noteiktiem pakalpojumiem.

Lai gan Veselības ministrija informēja, ka ļoti piesardzīgi vērtē jaunu specialitāšu un apakšspecialitāšu izveidi, jo profesionālo specializāciju būtiski ietekmē nelielais iedzīvotāju skaits un nelielais pieprasījums pēc konkrētā veselības aprūpes pakalpojuma veida⁶⁵, tomēr revidentu vērtējumā Veselības ministrijas darbības profesionālo organizāciju priekšlikumu izvērtēšanā nav pietiekamas, jo nav gūta pārlicība par jaunu specialitāšu ieviešanas lietderību esošajos cilvēkresursu nepietiekamības apstākļos, piemēram:

- atbilstoši Latvijas Māsu asociācijas ierosinājumam 2016.gada maijā tika ieviesta jauna māsas profesijas papildspecialitāte – neonatoloģijas māsa, tomēr līdz šim ārstniecības personu reģistrā nav reģistrēta neviena māsa ar iegūto sertifikātu papildspecialitātē, kā arī nav pieejama informācija par tālākizglītības iegūšanas iespējām papildspecialitātē. Sniedzot informāciju par papildspecialitātes izveidošanas pamatotību un nepieciešamību, Veselības ministrija norādīja, ka papildspecialitātes ieviešana ir pamatojama ar sabiedrības interesēm kvalitatīvu veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai specifiskā un šaurā jomā. Ņemot vērā šīs jomas specifiku, ir nepieciešama speciāla medicīnas māsas sagatavošana neonatoloģijā. Informāciju par plānoto neonatoloģijas māsu skaitu Veselības ministrija nav iesniegusi, bet norādīja, ka, ņemot vērā plānotās izmaiņas māsu profesijā un specializācijā, tiek plānots, ka specifiskās zināšanas neonatoloģijā māsas, kuras strādās šajā jomā, varēs apgūt un pilnveidot, apgūstot moduļus profesionālās pilnveides ietvaros, kas nepieciešama māsas pārreģistrācijai Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā;
- atbilstoši Latvijas Ārstu biedrības ierosinājumam 2018.gadā ir noteiktas jaunas ārsta profesijas apakšspecialitātes – neirofiziologs, invazīvais radiologs un mugurkaulāja ķirurgs. Sniedzot informāciju par apakšspecialitāšu izveidošanas pamatotību un nepieciešamību, Veselības ministrija norādīja, ka jaunu apakšspecialitāšu izveidi 2014.gadā ierosināja Latvijas Ārstu biedrība un vairākkārtējo Veselības ministrijas un nozares ekspertu diskusiju rezultātā par priekšlikumiem jaunu apakšspecialitāšu izveidei un attiecīgā veselības aprūpes pakalpojuma pieejamību pacientiem tika atbalstīta apakšspecialitāšu izveide. Tomēr informāciju par pakalpojumu pieprasījumu un plānoto speciālistu skaitu apakšspecialitātēs Veselības ministrija nav iesniegusi. Noteikumi⁶⁶ paredz, ka mugurkaulāja ķirurgs ir traumatologa, ortopēda apakšspecialitāte, kuru varēs apgūt pēc pamatspecialitātes apguves, tātad kopējais apmācības ilgums ir septiņi gadi iepriekšējo piecu gadu vietā – piecu gadu rezidentūras studijas traumatologa, ortopēda pamatspecialitātē un divu gadu rezidentūras studijas mugurkaulāja ķirurga apakšspecialitātē.

Revidentu ieskatā šaura profila specializāciju izveide ierobežo pakalpojuma pieejamību, apgrūtina jaunu speciālistu iekļūšanu darba tirgū, kā rezultātā var pasliktināt darba kvalitāti un veicināt pakalpojumu maksas paaugstināšanos.

Valsts kontrole jau 2017.gadā revīzijā⁶⁷ par Austrumu slimnīcas darbības efektivitāti norādīja uz būtiskiem konkurences ierobežojumiem konkrētas specialitātes jomā ar nelielu speciālistu skaitu, jo

tiesības veikt speciālistu apmācību un sertificēšanu ir tikai ārstniecības personu profesionālajām organizācijām, ko veic ārstniecības personu konkrētu specialitāšu asociācijas biedri. Tāpēc pastāv risks, ka asociācijas biedri nav ieinteresēti palielināt konkurenci savā specialitātes jomā. Arī šajā revīzijā ir identificētas vairākas reglamentētās profesijas un specialitātes, kurās ir neliels ārstniecības personu skaits, tāpēc pastāv risks, ka šo specialitāšu asociācijas nav ieinteresētas palielināt konkurenci savā nozarē, nepiekrītot, ka rezidentūrā tiek apmācīti jauni speciālisti.

Ieteikumi

Lai risinātu cilvēkresursu trūkumu veselības aprūpes nozarē, mazinot sadrumstalotību reglamentēto profesiju un specialitāšu sarakstā, Veselības ministrijai, izskatot priekšlikumus par profesiju vai specialitātes iekļaušanu reglamentēto profesiju sarakstā, veikt izvērtējumu par potenciālo pieprasījumu pēc attiecīgajiem pakalpojumiem, sertificējamo ārstniecības personu skaitu, izglītības iestāžu spēju piedāvāt atbilstošu apmācību programmu.

Lai veselības aprūpes nozares reglamentēto profesiju un specialitāšu saraksts būtu atbilstošs valsts ekonomiskās un sociālās attīstības vajadzībām, Veselības ministrijai apsvērt iespēju veikt visaptverošu veselības aprūpes nozares reglamentēto profesiju un specialitāšu izvērtējumu.

Vai medicīnas izglītības studiju vietu skaita, studiju ilguma un ārstu specializācijas noteikšana ir pietiekami pārdomāta un veicina cilvēkresursu nonākšanu darba tirgū?

Lai gan Veselības ministrija plānoja līdz 2015.gadam veikt cilvēkresursu situācijas analīzi veselības aprūpes nozarē un sagatavot izmaiņu prognozi, kas būtu par pamatu medicīnas izglītības attīstības programmas izveidei un cilvēkresursu piedāvājuma un pieprasījuma noteikšanai, šāds stratēģisks izvērtējums netika veikts un medicīnas izglītības attīstības uzdevumi nav definēti.

Revidentu vērtējumā stratēģiska redzējuma neesamība par veselības nozarei ilgtermiņā nepieciešamajiem cilvēkresursiem ir būtisks šķērslis, lai Veselības ministrija varētu sekmēt pārdomātu un uz veselības nozares kopējo vajadzību risināšanu orientētu valsts budžeta finansēto veselības aprūpes pamatstudiju un rezidentūras studiju vietu skaita plānošanu, kā arī uzlabot sadarbību ar universitātēm, kuras sagatavo speciālistus. Tāpēc arvien augstskolu pamatstudiju absolventu skaits ir lielāks nekā rezidentūras studiju vietu skaits, tādējādi netiek veicināta izglītībai pieejamo valsts budžeta līdzekļu mērķtiecīga izmantošana veselības nozarei nepieciešamo cilvēkresursu sagatavošanā.

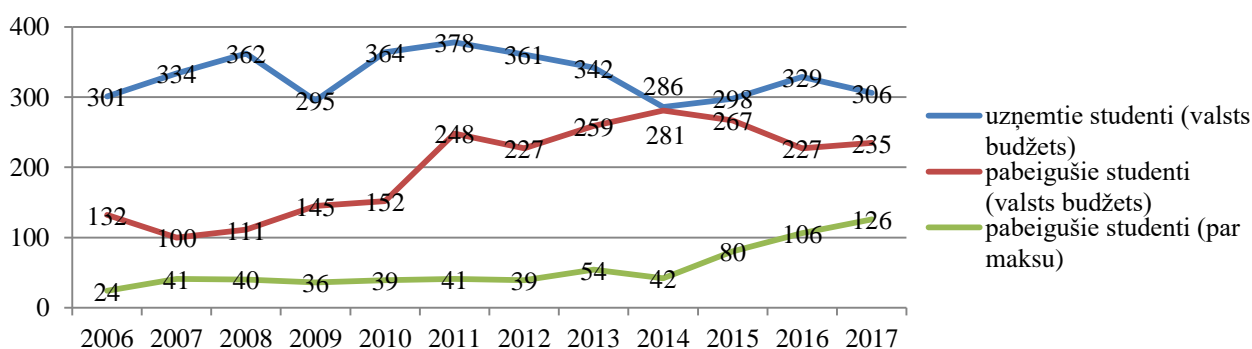
Direktīva par profesionālo kvalifikāciju atzīšanu⁶⁸ ļauj nacionālajā regulējumā noteikt ilgāku rezidentūras apmācības ilgumu. Lietuvā un Igaunijā rezidentūras studiju ilgums

vairākumā gadījumu atbilst Direktīvā noteiktajam minimālajam studiju ilgumam, bet Latvijā daudzu ārstu specialitāšu rezidentūras studiju ilgums to pārsniedz. Turklāt studiju saturs un teorētisko un praktisko apmācību sadalījums visās valstīs būtiski neatšķiras, tāpēc revidentu ieskatā nav pamatojuma, kāpēc Latvijā topošo ārstu-speciālistu apmācības process ir ilgāks nekā kaimiņvalstīs, līdz ar to Latvijā ārsti-speciālisti veselības aprūpes nozares darba tirgū nonāk vēlāk nekā citās valstīs.

Latvijā izveidotā ārstu šaurā specializācija, piemēram, papildus ārstu pamatspecialitātēm un apakšspecialitātēm ir izveidotas 22 papildspecialitātes, kuru apgūšanai papildus nepieciešams laiks (studijas rezidentūrā), nav konkurētspējīga, salīdzinot ar citu valstu ārstiem, piemēram, Latvijā dietologs apgūst specialitāti trīs līdz septiņu gadu laikā, savukārt Lietuvā – trīs gadu laikā.

Lai iegūtu ārsta grādu, studentam sekmīgi ir jāapgūst ārstniecības pamatstudijas, kuru minimālais ilgums Latvijā ir seši gadi⁶⁹. Tas atbilst Eiropas Parlamenta un Padomes Direktīvā par profesionālo kvalifikāciju atzīšanu⁷⁰ noteiktajam, kas paredz, ka ārsta pamatapmācība ir vismaz sešus gadus ilgu pamatstudiju teorētiskās un praktiskās apmācības, ko nodrošina vai pārrauga universitāte (skatīt 2.pielikumu).

Jaunos speciālistus (ārstus) sagatavo divas universitātes – Rīgas Stradiņa universitāte un Latvijas Universitāte. Pamatstudiju programmā “Medicīna” (Ārstniecība) uzņemto studentu skaitam, ko finansē no valsts budžeta līdzekļiem, pēdējos gados ir tendence samazināties, piemēram 2008.gadā uzņēma 362 studentus, savukārt 2017.gadā – tikai 306 studentus. Apkopotos datus par pamatstudiju programmā “Medicīna” (Ārstniecība) uzņemto un absolvējušo⁷¹ jauno speciālistu (ārstu) skaitu laikā no 2006. līdz 2017.gadam skatīt 14.attēlā.

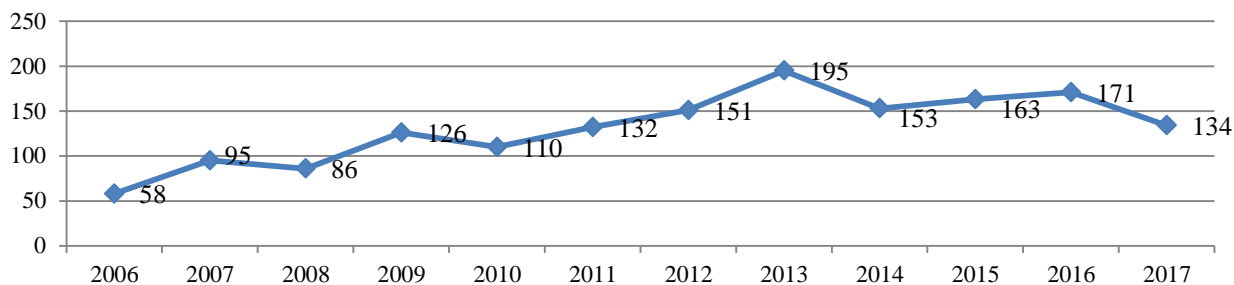


14.attēls. Uzņemto un pabeigušo studentu skaits pamatstudijās “Medicīna” (Ārstniecība) par valsts budžeta līdzekļiem, pabeigušo studentu skaits par maksu.

Lai iegūtu ārsta specialitāti, jaunajam ārstam pēc pamatstudiju absolvēšanas ir jāturpina studijas rezidentūrā. Rezidentūra ir darba tiesiskajās attiecībās ar izglītības programmu īstenojošu ārstniecības iestādi esoša ārsta izglītošana specialitātes iegūšanai saskaņā ar akreditētu profesionālo rezidentūras izglītības programmu medicīnā⁷². Latvijā rezidentūras programmas realizē Rīgas Stradiņa universitāte un Latvijas Universitāte. Rezidentūrā ir iespējams studēt gan valsts budžeta finansētajās, gan maksas

studiju vietās. Studiju ilgums rezidentūrā medicīnā atkarībā no izvēlētās specialitātes ir no viena līdz sešiem gadiem. Mācības notiek Latvijas vadošajās klīnikās, moderni aprīkotās mācību, klīniskajās un zinātniskajās bāzēs, dodot iespēju studentiem patstāvīgi veikt pacientu izmeklēšanu, terapiju, strādāt ar modernām tehnoloģijām. Pēc sekmīga rezidentūras beigu pārbaudījuma nokārtošanas tiek piešķirts grāds – speciālista kvalifikācija⁷³.

Pabeidzot studijas rezidentūrā, veselības aprūpes nozari pēdējo desmit gadu laikā papildināja 1574 ārsti-speciālisti, un katru gadu absolventu skaitam ir tendence pieaugt (skatīt 15.attēlu).



15.attēls. Rezidentūru pabeigušo speciālistu skaits 2006.–2017.gadā.

Pamatstudiju un rezidentūras studiju vietu plānošana

Medicīnas izglītības pamatstudiju vietu plānošanā ir iesaistītas vairākas institūcijas – Augstākās izglītības padome, Izglītības un zinātnes ministrija, Veselības ministrija un izglītības iestādes.

Izglītības un zinātnes ministrija, sadarbojoties ar augstākās izglītības iestādēm, nozaru ministrijām un Augstākās izglītības padomi, ņemot vērā ilgtermiņa un vidēja termiņa prioritātes un mērķus, kā arī augstākās izglītības attīstības tendences, ik gadu sagatavo no valsts budžeta līdzekļiem finansējamo valsts attīstībai atbilstošu augstākās izglītības studiju vietu sadalījumu pa izglītības tematiskajām grupām un augstākās izglītības iestādēm.

Augstākās izglītības padome prognozē valsts attīstībai nepieciešamo studentu skaitu valstī kopumā un izstrādā priekšlikumus par valsts budžeta finansēto studentu skaitu katrā nozarē. No valsts budžeta līdzekļiem finansējamo studiju vietu skaitu augstskolā nosaka izglītības un zinātnes ministrs pēc padomes priekšlikuma. Augstākās izglītības padome sniedz atzinumu par sagatavoto valsts budžeta projektu augstskolu finansēšanai⁷⁴, tomēr padome kā institūcija neizstrādā priekšlikumus par valsts budžeta finansēto studentu skaitu katrā nozarē, bet gan veic korekcijas Izglītības un zinātnes ministrijas izstrādātajā budžeta vietu sadalījumā⁷⁵.

Veselības ministrija plāno veselības aprūpes nozares attīstībai nepieciešamo speciālistu sagatavošanai atbilstošu studiju vietu skaitu un sadarbībā ar Augstākās izglītības padomi, Izglītības un zinātnes ministriju sniedz savus priekšlikumus.

Rīgas Stradiņa universitāte sagatavo un iesniedz Veselības ministrijai priekšlikumu par studiju vietu skaitu, kas finansējamas no valsts budžeta līdzekļiem, nākamajam saimnieciskajam gadam un informē par kapacitāti un gatavību nodrošināt studiju vietas attiecīgu speciālistu sagatavošanai.

Lai gan saskaņā ar pamatnostādnes⁷⁶ izvirzīto mērķi – nodrošināt ilglaicīgu cilvēkresursu attīstību veselības aprūpes nozarē – Veselības ministrija plānoja veikt esošo un nepieciešamo cilvēkresursu situācijas analīzi veselības aprūpes nozarē un līdz 2015.gadam sagatavot izmaiņu prognozi, kas ir pamatā medicīnas izglītības attīstības programmas izveidei un cilvēkresursu piedāvājuma un

pieprasījuma noteikšanai veselības aprūpes nozarē, ministrija plānotajā termiņā minēto metodiku nav izstrādājusi. Revīzijā Veselības ministrija sniedza skaidrojumu, ka ārstniecības pamatprincipi un kritēriji iekļauti veselības aprūpes sistēmas reformu plānā un līdz 2022.gadam plāno izstrādāt konceptuālo risinājumu optimālai ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu skaita nodrošināšanai, kā arī teritoriālās pieejamības uzlabošanai.

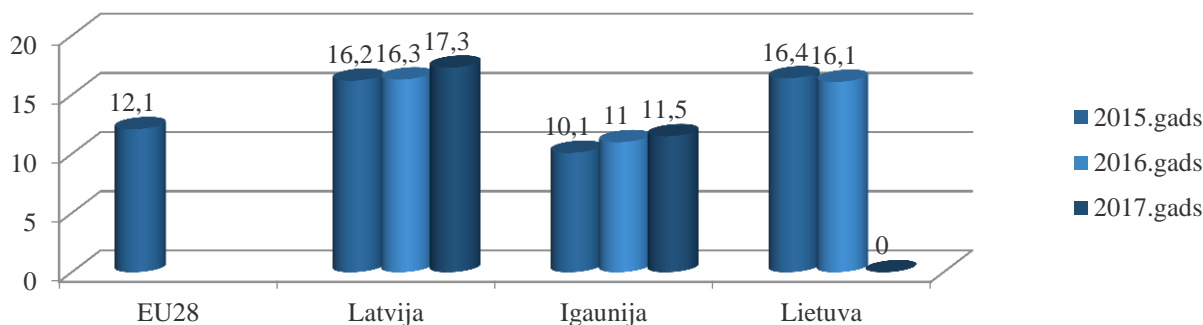
Tā kā ministrija nav izstrādājusi minēto metodiku, tās rīcībā nav instrumentu vienotai un mērķtiecīgai no valsts budžeta finansētu veselības aprūpes pamatstudiju vietu plānošanai. Tādējādi netiek veicināta plānveidīga un pārdomāta veselības nozarei nepieciešamo speciālistu sagatavošana.

Pretēji valsts budžeta finansēto ārstniecības pamatstudiju vietu plānošanai, kurā iesaistītas vairākas institūcijas, valsts budžeta finansēto rezidentu apmācības koordinēšana, rezidentu sadale un rezidentu apmācību finansēšana ir vienas institūcijas – Veselības ministrijas – kompetencē⁷⁷. Rezidentūrā uzņemamo ārstu budžeta studiju vietu skaitu pa specialitātēm Veselības ministrija nosaka, ņemot vērā piešķirtā budžeta apjomu un plānoto valstij nepieciešamo ārstu skaitu, izmantojot:

- ārstniecības iestāžu sniegto informāciju par nepieciešamo ārstu (speciālistu) skaitu;
- pamatdarbā nestrādājošo ārstu skaitu;
- ārstu bezdarbnieku skaitu;
- prognozējamo ārstu skaitu, kuri sasniegs pensijas vecumu turpmāko piecu gadu laikā, u.c.

Rezidentūras maksas studiju vietas koordinē tikai izglītības iestādes. Izglītības iestādes rezidentūras maksas studiju vietas nosaka tikai pēc tam, kad Veselības ministrija ir apstiprinājusi rezidentūras budžeta vietu skaitu mācību gadam, saskaņojot tās ar profesionālajām asociācijām, apzinot ārstniecības iestāžu kapacitāti un iespēju kvalitatīvi realizēt studiju programmu. Revīzijā noskaidrots, ka profesionālās organizācijas neuzskaita ārstniecības personas savā specialitātē un neapzina ārstniecības personu pietiekamību savā specialitātē, tāpēc rezidentu ieskatā Veselības ministrija, plānojot nozarei nepieciešamo cilvēkresursu sagatavošanu, nevar paļauties tikai uz profesionālo organizāciju sniegto viedokli.

Revīzijā, salīdzinot Latvijas ārstu absolventu skaitu uz 100 000 iedzīvotāju ar rādītājiem Igaunijā, Lietuvā un vidēji ES, konstatēts, ka Latvijā jauno ārstu sagatavošana pārsniedz vidējo ES rādītāju. Piemēram, ES valstīs 2015.gadā vidēji bija 12,1 jauni ārsti absolventi uz 100 000 iedzīvotāju, Latvijā – 16,2, turklāt 2017.gadā rādītājs pieauga, sasniedzot 17,3 (skatīt 16.attēlu).



Par 2017.gadu Lietuvai nav datu

16.attēls. Ārsti absolventi uz 100 000 iedzīvotāju⁷⁸.

Revīzijā, salīdzinot pamatstudiju un rezidentūras studiju vietu skaitu, konstatēts, ka rezidentūras studiju vietu skaits ir būtiski mazāks nekā ārstu pamatstudiju absolventu skaits (skatīt 11.tabulu). Četrus gadus laikā par budžeta līdzekļiem ir apmācīti 942 jaunie ārsti jeb vidēji 236 ārsti gadā (315 ārsti kopā ar maksas studentiem), kuri, neiegūstot specializāciju, nevar pilnvērtīgi strādāt veselības aprūpes nozarē.

11.tabula.

Ārstu absolventu attiecība pret rezidentūras studiju vietu skaitu

	2014		2015		2016		2017	
	Budžeta	Maksas	Budžeta	Maksas	Budžeta	Maksas	Budžeta	Maksas
Absolventi ar ārsta grādu	245	35	251	68	233	87	213	126
Kopā absolvē	280		319		320		339	
Uzņemti rezidentūrā	197	43	191	29	221	64	214	39
Kopā uzņemti	240		220		285		253	
Starpība	40		99		35		86	

Turklāt, lai gan vidēji gadā budžeta apmaksātās rezidentūras vietās tiek uzņemti 206 studenti, apmēram 25% vietu ir atvēlētas papildspecialitāšu rezidentiem, kuri jau ir ieguvuši pamatspecialitāti rezidentūrā. Līdz ar to uz vidēji 236 kārtējā gada ārsta studiju absolventiem un vidēji 65 absolventiem, kuri rezidentūras vietas nav ieguvuši iepriekšējos gados, bet vēlas strādāt specialitātē, būs pieejamas aptuveni 154 rezidentūras vietas.

Rezidentūras ilgums un specialitāšu sadrumstalotība

Direktīvā⁷⁹ ir noteikts minimālais studiju ilgums atsevišķu ārsta profesijas specialitāšu iegūšanai, tomēr šīs prasības neierobežo katras dalībvalsts tiesības, izvērtējot attiecīgās ārsta profesijas specialitātes kompetenci ārstniecībā, rezidentūras laikā apgūstamo teorētisko zināšanu un praktisko iemaņu apjomu un citus būtiskus faktorus, nacionālajā regulējumā noteikt citu apmācības ilgumu, kas nedrīkst būt mazāks par Direktīvā noteikto minimālo studiju ilgumu⁸⁰.

Revīzijā, izlases veidā salīdzinot 15 specialitāšu rezidentūras studiju programmu ilgumu Latvijā, Lietuvā un Igaunijā, kā arī ar Direktīvā⁸¹ noteikto minimālo studiju ilgumu, konstatēts, ka Lietuvā un Igaunijā rezidentūras studiju ilgums vairākumā gadījumu atbilst Direktīvā⁸² noteiktajam minimālajam studiju ilgumam, bet Latvijā daudzu ārsta specialitāšu rezidentūras studiju ilgums to pārsniedz. Salīdzinot rezidentūras studiju programmas, būtiskas atšķirības nav konstatētas, mācību saturs ir līdzīgs, arī teorētisko un praktisko apmācību sadalījums visās valstīs ir aptuveni vienāds, tomēr kaimiņvalstīs speciālisti visās programmās tiek apmācīti par gadu īsākā periodā (skatīt 12.tabulu), līdz ar to arī speciālistu iekļaušanās darba tirgū notiek ātrāk.

Rezidentūras studiju ilgums Baltijas valstīs

Specialitāte	Valsts			Direktīva
	Latvija	Lietuva	Igaunija	
	Studiju ilgums (gadi)			
1 Neiroķirurgs	6	5	5	5
2 Ginekologs, dzemdību speciālists	5	4	4	4
3 Anesteziologs un reanimatologs	5	4	4	3
4 Arodveselības un arodslimību ārsts	5	4	4	4
5 Endokrinologs	5	4	4	3
6 Gastroenterologs	5	4	4	4
7 Medicīnas ģenētiķis	5	4	4	-
8 Hematologs	5	4	4	3
9 Infektologs	5	4	4	4
10 Nefrologs	5	4	4	4
11 Pneimonologs	5	4	4	4
12 Reimatologs	5	4	4	4
13 Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts	4	3	3	3
14 Oftalmologs	4	3	3	3
15 Otorinolaringologs	4	3	3	3

Revīzijā konstatēts, ka Latvijā ārsta profesijai ir noteiktas pamatspecialitātes, apakšspecialitātes un papildspecialitātes, savukārt Lietuvā un Igaunijā ārsta profesijai papildspecialitātes nav noteiktas. Latvijā papildspecialitāti var iegūt ārsts, kurš ieguvis kādu no pamatspecialitātēm, tādējādi nepieciešams iegūt papildu izglītību rezidentūrā no viena līdz četriem gadiem. Piemēram, lai Latvijā praktizētu dietologa papildspecialitātē, ārstam ir jāapgūst 6 gadu pamatstudijas, kāda no ārsta pamatspecialitāšu studijām 2 līdz 6 gadus un papildspecialitātes studijas 1 gadu, tātad kopējais izglītības ilgums ir no 9 līdz 13 gadiem. Savukārt Lietuvā dietologs ir ārsta pamatspecialitāte un to var apgūt 9 gadu laikā – 6 gadu ārsta pamatstudijas un 3 gadu studijas specialitātē. Tādējādi revidenti secina, ka Latvijā topošo ārstu-speciālistu apmācības process ir ilgāks nekā kaimiņvalstīs.

Revīzijā, analizējot, vai studiju programmas licencēšanas un akreditācijas procesos, kurus organizē Akadēmiskās informācijas centra akreditācijas departaments “Augstākās izglītības kvalitātes aģentūra”, tiek vērtēts studiju programmas ilgums, konstatēts, ka akreditācijas laikā ekspertu grupa vērtē, vai studiju programmas ilgums nav mazāks par Direktīvā⁸³ noteikto minimālo apmācības ilgumu, bet nevērtē studiju programmas ilgumu salīdzinājumā ar praksi citās valstīs, tāpēc revidenti nav guvuši pamatojumu, kāpēc saturiski līdzīgām apmācības programmām apmācību ilgums Latvijā un kaimiņvalstīs ir atšķirīgs.

Ieteikumi

Lai ilgtermiņā nodrošinātu jauno speciālistu sagatavošanu atbilstoši nozares vajadzībām, aicinām Veselības ministrijai:

- uzņemties koordinācijas lomu starp ministrijām un to padotībā esošām izglītības iestādēm, kuras iesaistītas veselības aprūpes studiju vietu plānošanā, nodrošinot atbilstoša skaita pamatstudiju vietas, lai absolvētu nepieciešamais ārstu skaits, kas ir sabalansēts ar rezidentūras studiju vietu skaitu;
- plānot rezidentūras studiju vietu skaitu pa specialitātēm atbilstoši pieprasījumam.

Lai veicinātu ātrāku jauno speciālistu nonākšanu darba tirgū, kā arī veselības nozares vajadzībām un pakalpojumu pieprasījumam atbilstošas izglītības sistēmas attīstību, aicinām Veselības ministriju izvērtēt, vai Latvijā paredzētais ārstniecības studiju ilgums ir pamatots, ņemot vērā studiju saturu un teorētisko un praktisko apmācību sadalījumu.

Vai medicīnas māsu izglītības organizācija ir vērsta uz profesijas attīstību?

Medicīnas māsu profesionālās kvalifikācijas iegūšanas process ir nesamērīgs un sarežģīts, jo, lai gan māsu profesionālās kvalifikācijas prasības ir vienādas, tomēr māszinību izglītības sistēma sagatavo dažādu izglītības līmeņu medicīnas māsas – no profesionālās vidējās izglītības (vēsturiskā) līdz akadēmiskajam maģistra grādam. Savukārt sertifikācijas procesu sarežģī atšķirīgie izglītības līmeņi un sadrumstalotā māsu specializācija – septiņas pamatspecialitātes, sešas papildspecialitātes un trīs metodes.

Sarežģītā medicīnas māsu profesijas iegūšanas un sertifikācijas sistēma apgrūtina māsu ienākšanu un mobilitāti darba tirgū, turklāt daļa māsu izvēlas strādāt profesijā bez sertifikāta. Tomēr darba tirgus nosacījumi nesertificētām māsām ir atšķirīgi, tās nedrīkst patstāvīgi strādāt specialitātē un atlīdzība par līdzvērtīgu darbu ir zemāka nekā sertificētām māsām. Pozitīvi vērtējama Veselības ministrijas un Latvijas Māsu asociācijas iecere izveidot māsas profesijas pamatspecialitāti – vispārējas aprūpes māsa –, jo tā plānots samazināt māsas profesijas pamatspecialitāšu skaitu no septiņām uz vienu, kas uzlabos māsu nodrošinājumu.

Direktīva par profesionālo kvalifikāciju atzīšanu⁸⁴ nosaka, ka māszinību studiju klīnisko apmācību ilgumam jābūt vismaz pusei no minimālā apmācību ilguma. Tomēr revīzijā secināts, ka Latvijā neviena no māszinību akreditētajām izglītības programmām neatbilst Direktīvas prasībām, jo klīnisko apmācību ilgums veido vienu trešdaļu vai pat mazāk no kopējā apmācību ilguma (trīs gadiem). Tāpēc pastāv risks, ka māsām, kuras ieguvušas izglītību Latvijā, var rasties grūtības profesionālajā atzīšanā citās ES un EEZ valstīs.

Saskaņā ar Ārstniecības likumu⁸⁵:

- māsa ir ārstniecības persona, kura ir ieguvusi izglītību atbilstoši likumā par reglamentētajām profesijām un profesionālās kvalifikācijas atzīšanu noteiktajām prasībām;
- personas tiesības veikt profesionālo darbību māsas profesijā apliecina diploms un personas iekļaušana ārstniecības personu reģistrā;
- personas tiesības veikt patstāvīgu profesionālo darbību māsas profesijas specialitātē apliecina diploms, sertifikāts specialitātē un personas iekļaušana ārstniecības personu reģistrā.

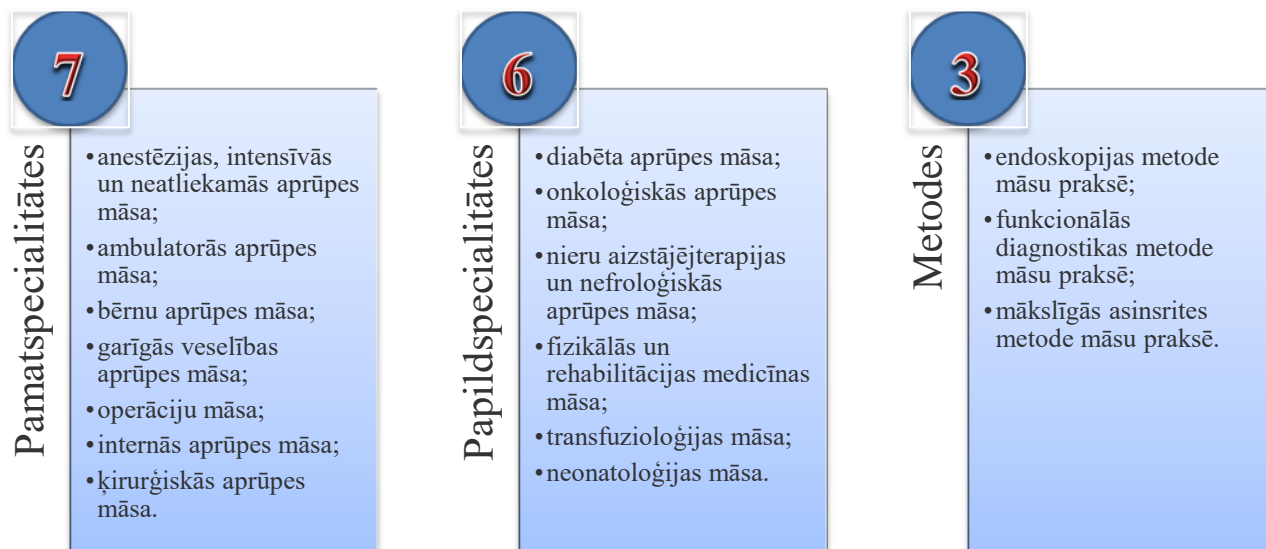
Latvijā ārstniecības un pacientu aprūpes personas un funkcionālo speciālistu asistentus, tai skaitā medicīnas māsas, sagatavo divās augstskolās un piecās koledžās (skatīt 2.pielikumu).

Revīzijā konstatēts, ka, lai gan Latvijā māsas profesijai ir viens profesijas standarts un viena kvalifikācija, profesija tiek iegūta vairāku līmeņu izglītības programmās ar atšķirīgu zināšanu, prasmju, kompetenču līmeni. Šāda māsu izglītības organizācija rada neskaidrību veselības aprūpes darba tirgū, kā arī studiju ilgums ir atšķirīgs:

- profesionālā vidējā izglītība (vēsturiska) – četri gadi;
- pirmā līmeņa profesionālā izglītība (koledža) – trīs gadi;
- otrā līmeņa profesionālā augstākā izglītība (universitāte), iegūstot profesionālo bakalaura grādu un specializāciju (vienu no septiņām pamatspecialitātēm) – četri gadi vai viens gads ar pirmā līmeņa profesionālo izglītību (koledža);
- maģistra izglītība, iegūstot akadēmisko veselības zinātņu maģistra grādu – divi gadi;
- pamatspecialitātes iegūšana ar profesionālo vidējo izglītību – divi gadi;
- pamatspecialitātes iegūšana ar pirmā līmeņa profesionālo izglītību – viens gads.

Vērtējot medicīnas māsas profesijas un māsas specialitātes kompetences un prasmes, konstatēts, ka šīs kompetences ir vienādas un ir ietveras medicīnas māsas profesijas standartā⁸⁶ – māsa strādā veselības aprūpes iestādēs un sabiedrības veselības jomā vai arī kā pašnodarbināta persona, patstāvīgi veicot pacientu aprūpi, piedaloties ārstniecībā, vadot pacientu aprūpes darbu, izglītojot pacientus, viņu ģimenes locekļus, aprūpes komandas locekļus un sabiedrību. Māsa veicina savas profesijas un aprūpes darba attīstību, nepārtraukti pilnveido savas zināšanas un prasmes.

Atbilstoši Ārstniecības personu klasifikatoram⁸⁷ māsas profesijā ir septiņas pamatspecialitātes, sešas papildspecialitātes un trīs ārstnieciskās un diagnostiskās metodes⁸⁸ (skatīt 17.attēlu).



17.attēls. Māsu profesijas pamatspecialitātes, papildspecialitātes un metodes.

Revidenti norāda uz trūkumiem medicīnas māsu profesijas iegūšanas un specializācijas jomās, jo darba tirgus nosacījumi nesertificētām māsām, kuras pabeigušas trīs gadu studijas un ieguvušas kvalifikāciju (profesiju) – māsa, ir atšķirīgi nekā sertificētai – specializāciju ieguvušai – māsai. Sarežģītā, laika un finansiāli ietilpīgā sertifikācijas procesa dēļ liela daļa māsu neturpina studijas un strādā profesijā (bez sertifikāta), bet profesionālajā darbībā saskaras ar grūtībām, kas ir iemesls neturpināt darbu veselības aprūpes nozarē, jo:

- māsa nav tiesīga patstāvīgi strādāt pamatspecialitātē, papildspecialitātē vai metodē, ārstniecības iestādei ir jānodrošina uzraudzība, līdz ar to veidojot ierobežojumus darba tirgū;
- tiek liegta iespēja konkurēt darba tirgū, jo sertificētai māsai ir priekšrocības;
- māsas atalgojums ir zemāks nekā sertificētai māsai;
- māsai nav tiesību apgūt papildspecialitāti un metodi, to var apgūt tikai sertificēta māsa;
- pamatspecialitāti ne vienmēr var apgūt par valsts budžeta līdzekļiem (tikai universitātē, ierobežotā skaitā, iegūstot bakalaura grādu – apmēram 36 studiju vietas gadā).

Saskaņā ar Veselības ministrijas sniegto informāciju 2019.gadā Rīgas Stradiņa universitātei ir nodrošināts valsts budžeta finansējums 148 māsu sagatavošanai, tajā skaitā tiek nodrošinātas valsts budžeta vietas māsu pamatspecialitātes (ambulatorās aprūpes māsa vai garīgās veselības aprūpes māsa, vai ķirurģiskās aprūpes māsa, vai operāciju māsa, vai bērnu aprūpes māsa, vai internās aprūpes māsa, vai anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes māsa) iegūšanai.

Arī šaurā specializācija sertificētām māsām ierobežo iespēju mainīt darba vietu, jo patstāvīgi māsa var strādāt tikai sertifikāta darbības jomā, lai gan māsu pamatkompetences pacientu aprūpē ir vienādas – patstāvīgi veikt pacientu aprūpi, piedalīties ārstniecībā, vadīt pacientu aprūpes darbu, izglītēt pacientus, viņu ģimenes locekļus, aprūpes komandas locekļus un sabiedrību. Piemēram, ķirurģiskās aprūpes māsa patstāvīgi nevar strādāt par ambulatorās aprūpes māsu.

Revīzijā, salīdzinot māsu kvalifikācijas iegūšanas iespējas un ilgumu Latvijā, Lietuvā un Igaunijā, konstatēts, ka:

- kopējais apmācības ilgums, lai praktizētu kādā no medicīnas māsu pamatspecialitātēm, Latvijā ir četri gadi: pirmā līmeņa profesionālā augstākā izglītība tiek iegūta trīs gadu laikā kādā no medicīnas koledžām, bet otrais līmenis nodrošina profesionālā bakalaura izglītības iegūvi māsas profesijā bez specializācijas vai ar specializāciju vienā no septiņām pamatspecializācijām – studiju ilgums bez specializācijas ir viens gads, ar specializāciju – četri gadi. Mācību ilgums pamatspecialitātē pēc pirmā līmeņa profesionālās augstākās izglītības dokumenta iegūšanas ir viens gads vai divi gadi pēc profesionālās vidējās izglītības dokumenta iegūšanas. Savukārt mācību ilgums papildspecialitātē ir trīs mēneši pēc pamatspecialitātes apguves. Pamatspecialitātes un papildspecialitātes studijas netiek apmaksātas no valsts budžeta līdzekļiem;
- Lietuvā vispārējās aprūpes māsas profesija ar specializāciju tiek apgūta trīs gadu un deviņu mēnešu līdz četru gadu laikā: vispārējās aprūpes māsas kvalifikācija tiek iegūta koledžā trīsarpus gadu laikā un, sākot ar 2007.gadu, pēc koledžas pabeigšanas tiek piešķirts arī profesionālā bakalaura grāds. Pēc pamatizglītības apguves māsas var specializēties kādā no piecām specialitātēm – anestēzijas un intensīvās aprūpes māsa, sabiedrības veselības aprūpes māsa, ķirurģiskās aprūpes māsa, garīgās veselības aprūpes māsa vai neatliekamās aprūpes māsa. Apmācības ilgums specialitātē ir trīs līdz seši mēneši.
- Igaunijā vispārējās aprūpes māsas profesiju ar specializāciju var iegūt četrarpus gadu laikā: vispārējās aprūpes māsas kvalifikācija un profesionālā bakalaura grāds tiek iegūts koledžā trīsarpus gadu laikā. Pēc pamatizglītības apguves māsas var turpināt apmācību kādā no četrām specialitātēm – intensīvās aprūpes māsa, klīniskās aprūpes māsa, veselības aprūpes māsa, garīgās veselības aprūpes māsa. Mācību ilgums specialitātē ir viens gads. Igaunijā ir noteiktas 14 māsu apakšspecialitātes, kuru apguvei ir nepieciešams iziet tālākizglītības kursus.

Veselības ministrija, risinot māsu profesijas attīstības jautājumus konceptuālajā ziņojumā “Par veselības aprūpes sistēmas reformu”⁸⁹ ir iekļāvusi risinājumus, akcentējot māsu profesijas un specialitātes izglītību, kuras mērķis ir izveidot pēctecīgu, uz studiju rezultātu orientētu māsu pamatspecializācijas studiju programmas attīstību, definējot amata kompetences un pārraudzības sfēras.

Saskaņā ar Veselības ministrijas ieceru⁹⁰ vispārējās aprūpes māsas kompetencē tiks apvienotas internās aprūpes, ķirurģiskās aprūpes un ambulatorās aprūpes māsu kompetences, savukārt bērnu aprūpes māsa, operāciju māsa, garīgās aprūpes māsa un anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes māsas specialitātes tiks noteiktas kā specializācijas jomas. 18.attēlā norādīta māsu profesijas plānotās specializācijas jomas un metodes.



18.attēls. Māsas profesijas plānotās specializācijas jomas un metodes.

Lai risinātu identificētās problēmas attiecībā uz māsu kvalifikācijas iegūšanas nesamērīgumu un nepamatotību, kas ir slogs māsām, kā arī māsu specialitāšu sadrumstalotību, Veselības ministrija sadarbībā ar Latvijas Māsu asociāciju izveidoja darba grupu⁹¹. Pamatojoties uz darba grupas secinājumiem un ņemot vērā kritisko situāciju ar māsu nodrošinājumu Latvijas veselības aprūpes sistēmā, Veselības ministrijas konceptuālā ziņojuma projektā⁹² tiek piedāvāta rīcība trīs galvenajos virzienos, kurus nepieciešams uzsākt nekavējoties jau 2019.gada otrajā pusē:

- izstrādāt jaunu māsas (vispārējās aprūpes māsa) profesijas standartu, tajā ietverot jaunas kompetences un pilnveidojot esošās, līdz ar to īstenojot attiecīgas izmaiņas izglītības sistēmā (plānots, ka vispārējās aprūpes māsas kvalifikācija tiek īstenota tikai otrā līmeņa augstākās izglītības četru gadu pilna laika studiju programmā, līdz ar to nodrošinot profesijas pilnvērtību, viengabalainību un mobilitāti darba tirgū).
- ieviest jaunu pieeju māsas specializācijai, kuru var iegūt profesionālās pilnveides programmas ietvaros (atbilstoši līdzšinējam regulējumam, lai iegūtu pamatspecialitāti, pēc koledžas beigšanas jāturpina studijas augstskolā), vienlaikus dodot studējošiem izvēles iespēju paralēli pēdējā gada studijām apgūt profesionālās pilnveides programmu un iegūt specializāciju ātrāk;
- atteikšanās no sertifikācijas procesa, tā ietvaros māsu specialitātes un papildspecialitātes aizstāt ar specializāciju noteiktās aprūpes jomās.

Pēc Veselības ministrijas plāna⁹³ līdz 2020.gada 31.decembrim tiks veikti grozījumi attiecīgajā normatīvajā regulējumā (reģistrs, kompetences), izstrādātas attiecīgas izglītības programmas un

aktualizētas augstākās izglītības otrā līmeņa studiju programmas. Jauno māsu profesionālās attīstības konceptuālo risinājumu plānots ieviests ne vēlāk kā līdz 2021.gada 31.decembrim.

Pēc darba grupas un Veselības ministrijas ierosinājuma vispārējās aprūpes māsu kvalifikāciju varēs iegūt otrā līmeņa profesionālās augstākās izglītības programmā četru gadu laikā, iegūstot specializāciju vispārējās aprūpes māsa (sertifikātu), savukārt vispārējās aprūpes māsa varēs izvēlēties apgūt profesionālās pilnveides izglītības (moduļu) programmas četrās specializācijas jomās (katra programma vismaz 160 akadēmisko stundu apjomā), iegūstot profesionālās pilnveides izglītības apliecību, un deviņās profesionālās pilnveides izglītības (moduļu) programmās ārstniecības un diagnostikas metodēs.

Lai veiktu pārreģistrāciju ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā, māsa pastāvīgi uztur savu profesionālo kvalifikāciju, pilnveidojot savu profesionālo kompetenci neformālās izglītības (moduļu) programmās, piecu gadu laikā iegūstot vismaz 100 tālākizglītības punktus (TIP).

Jaunos darba grupas priekšlikumus un Veselības ministrijas iecerī revidenti vērtē pozitīvi – norādot, ka tiks sakārtota māsu izglītības sistēma, pārejot uz vienu izglītības līmeni, un, pabeidzot studijas, māsa automātiski iegūs vispārējās aprūpes māsu kvalifikāciju (sertifikātu), tātad vispārējās aprūpes māsu varēs patstāvīgi uzsākt profesionālo darbību.

Direktīvā⁹⁴ noteikts, ka vispārējās aprūpes māsu apmācība kopumā ir vismaz trīs gadus ilgas studijas teorētiskajā un klīniskajā apmācībā, kurā teorētiskās apmācības ilgums ir vismaz viena trešdaļa (40 kredītpunkti) un klīniskās apmācības ilgums – vismaz puse (60 kredītpunkti) no apmācības minimālā ilguma.

Klīniskā apmācība ir apmācības daļa, kurā topošās māsu, strādājot komandā un tiešā saskarē ar veselu vai slimu personu un/vai sabiedrību, izmantojot iegūtās zināšanas, prasmes un kompetences, apgūst pacientam vajadzīgās aprūpes organizēšanu, īstenošanu un izvērtēšanu. Šī apmācība notiek slimnīcās un citās veselības aprūpes iestādēs, un sabiedrībā pacientu aprūpes skolotāju pārraudzībā un sadarbībā ar citām kvalificētām māsām, kuras nodrošina palīdzību. Apmācāmās māsu piedalās attiecīgās nodaļas darbā tiktāl, ciktāl šī darbība atbilst viņu apmācībai, dodot viņām iespēju apgūt ar pacientu aprūpi saistītos pienākumus.

Revīzijā, vērtējot Izglītības un zinātnes ministrijas sniegto informāciju un divu medicīnas koledžu māsu zinību akreditēto studiju programmu saturu, revidenti konstatēja, ka studiju programmas klīnisko (praktisko) apmācību apjoms neatbilst Direktīvas prasībām, jo Latvijā klīniskās (praktiskās) apmācības māsu zinību studentiem tiek veiktas mazākā apjomā – vienu trešdaļu vai pat mazāk no nepieciešamā apmācību minimālā ilguma (trīs gadi), tas nozīmē, ka māsām, kuras ieguvušas izglītību Latvijā, varētu rasties grūtības profesionālajā atzīšanā citās ES un EEZ valstīs.

Revidenti, izvērtējot Igaunijas un Lietuvas koledžu vispārējās aprūpes māsu studiju programmas saturu, secina, ka Igaunijā klīnisko (praktisko) apmācību apjoms atbilst Direktīvas prasībām (90 ECTS), bet Lietuvā ir tuvs minimālajām Direktīvas prasībām (86 ECTS).

Ieteikumi

Lai medicīnas māsu kvalifikācijas iegūšana būtu vienlīdzīga un vērsta uz māsu profesijas attīstību, aicinām Veselības ministriju, ņemot vērā kritisko situāciju ar māsu nodrošinājumu Latvijas veselības aprūpes sistēmā, veikt pasākumus, lai līdz 2021.gada beigām tiktu ieviests Veselības ministrijas un

Latvijas Māsu asociācijas ierosinātais māsu profesionālās attīstības konceptuālais risinājums un vispārējās aprūpes māsas minimālais studiju ilgums Latvijā būtu līdzvērtīgs Igaunijas un Lietuvas māszinības studiju ilgumam.

Lai uzlabotu medicīnas māsu izglītības kvalitāti, Veselības ministrijai iesakām, izstrādājot jaunās māszinības izglītības programmas, nodrošināt klīnisko (prakses) apmācību proporciju studiju laikā ne mazāku par 1/2 no studiju ilguma atbilstoši Direktīvas prasībām⁹⁵.

Vai esošā ārstniecības personu sertifikācijas un resertifikācijas jeb kvalifikācijas uzturēšanas procesa organizācija ir vērsta uz veselības aprūpes kvalitātes uzlabošanu un nerada nepamatotu slogu ārstniecības personām?

Latvijas veselības aprūpes nozarē vēsturiski ir izveidota sistēma, ka ārstniecības personai pēc izglītības un profesionālās kvalifikācijas iegūšanas ir nepieciešams iziet sertifikācijas procesu, lai uzsāktu patstāvīgu darbību reglamentētā profesijā. Ārstniecības personai sertifikātu piešķir pēc sertifikācijas eksāmena sekmīgas nokārtošanas, novērtējot un apliecinot ārstniecības personas teorētiskās zināšanas un praktiskās iemaņas noteiktā pamatspecialitātē, apakšspecialitātē, papildspecialitātē vai ārstnieciskās vai diagnostiskās metodes lietošanā.

Kopš 1995.gada ārstu sertifikāciju un resertifikāciju veic Latvijas Ārstu biedrība⁹⁶, bet māsu, vecmāšu, feldšeru un laborantu sertifikāciju veica Labklājības ministrijas Veselības departaments⁹⁷, savukārt no 1998.gada līdz šim brīdim visu ārstniecības personu sertifikāciju un resertifikāciju nodrošina trīs ārstniecības personu profesionālās organizācijas (sertifikācijas institūcijas) atbilstoši to kompetencei⁹⁸:

- Latvijas Ārstu biedrība – ārstu un zobārstu sertifikāciju;
- Latvijas Māsu asociācija – māsu, zobārstniecības māsu, vecmāšu un zobu higiēnistu sertifikāciju;
- Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienība – funkcionālo speciālistu, funkcionālo speciālistu asistentu, ārsta palīgu, radiologa asistentu, radiogrāferu, masieru, kosmētiķu, laborantu, podologu, skaistumkopšanas speciālistu (kosmetologijā) un zobu tehniķu sertifikāciju.

15.tabula

Sertifikācijas institūciju izsniegto sertifikātu ārstniecības personām (neskaitot ārstnieciskās vai diagnostiskās metodes) skaits laika posmā no 2015.gada līdz 2017.gadam.

Sertifikācijas institūcija	Sertifikācijas veids	2015.gads	2016.gads	2017.gads
Latvijas Ārstu biedrība	sertifikācija	247	263	325
	resertifikācija	2191	1492	1278
Latvijas Māsu asociācija	sertifikācija	180	222	282
	resertifikācija	1055	1893	1960
Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienība	sertifikācija	569	588	659
	resertifikācija	790	797	965

Avots: Latvijas Ārstu biedrības, Latvijas Māsu asociācijas, Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienības iesniegtie sertifikātu reģistri par 2015.–2017.gadu.

Sertifikāts, ko izsniedz uz pieciem gadiem, apliecina attiecīgās personas profesionālo sagatavotību un norāda, ka ārstniecības persona kā speciālists ir kompetenta patstāvīgi nodarboties ar ārstniecību (speciālista praksi) konkrētajā nozarē.

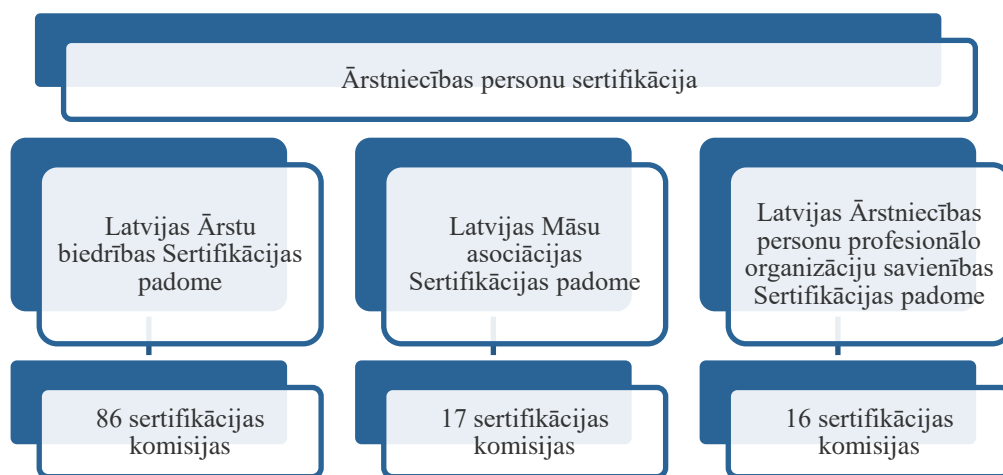
Ņemot vērā, ka saskaņā ar Ārstniecības likumā noteikto⁹⁹ ārstniecības personai ir pienākums regulāri pilnveidot savu profesionālo kvalifikāciju un izglītoties neatliekamās palīdzības sniegšanā, un lai

saglabātu ar sertifikātu piešķirtās tiesības patstāvīgi nodarboties ar ārstniecību, ārstniecības personai ik pēc pieciem gadiem ir jāveic resertifikācija jeb sertifikāta atjaunošana.

Lai varētu resertificēties, ārstniecības personai ir jāizpilda vairāki nosacījumi, tai skaitā jāveic profesionālā darbība sertifikātā norādītajā specializācijas jomā vismaz trīs gadus, jāiesniedz profesionālās darbības pārskats, kas atbilst noteiktiem kritērijiem, un jāiegūst noteikts skaits tālākizglītības punktu. Ārstniecības personu sertifikācijas un resertifikācijas kārtība ir noteikta Ministru kabineta 2012.gada 18.decembra noteikumos Nr.943 “Ārstniecības personu sertifikācijas kārtība” (turpmāk – sertifikācijas noteikumi).

Atbilstoši sertifikācijas noteikumiem¹⁰⁰ sertifikācijas institūcijas jeb trīs profesionālās organizācijas – Latvijas Ārstu biedrība, Latvijas Medicīnas māsu asociācija un Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienība – katra izveido savu sertifikācijas padomi, kuras pienākumi ir apstiprināt sertifikācijas komisijas, sertifikācijas eksāmenu programmu saturu, profesionālās darbības pārskatu vērtēšanas kritērijus; pamatojoties uz sertifikācijas komisijas priekšlikumu, pieņemt lēmumu par sertifikāta piešķiršanu vai atteikumu piešķirt sertifikātu, pieņemt lēmumu apstiprināt vai atteikt profesionālās kvalifikācijas neformālu tālākizglītības pasākumu; koordinēt, kontrolēt un uzraudzīt sertifikācijas komisiju darbu u.c.

Sertifikācijas institūcijas katrā ārstniecības personas pamatspecialitātē, apakšspecialitātē un papildspecialitātē izveido sertifikācijas komisiju, kuru ievēl attiecīgās pamatspecialitātes, apakšspecialitātes vai papildspecialitātes profesionālās organizācijas biedru sapulce un apstiprina attiecīgās jomas sertifikācijas padome. Komisiju pienākums ir izstrādāt sertifikācijas eksāmena programmas saturu, profesionālās darbības pārskatu vērtēšanas kritērijus, organizēt sertifikācijas eksāmenu un resertifikāciju, sniegt sertifikācijas padomei priekšlikumu piešķirt vai atteikt sertifikātu, resertificēt vai atteikt resertifikāciju u.c. Ārstniecības personu sertifikācijā iesaistīto struktūrvienību shēmu skatīt 19.attēlā.



19.attēls. Ārstniecības personu sertifikācijā iesaistīto struktūrvienību shēma.

Vai sertifikācijas uzdevuma deleģējuma regulējums veicina efektīvu uzraudzību pār tā izpildi?

Pētījumā¹⁰¹ par Valsts pārvaldes uzdevumu nodošanu secināts, ka konkrētu privātpersonu nosaukšana normatīvajā aktā ir saistīta ar pietiekamas efektivitātes, elastīguma un kontroles trūkuma risku. Ņemot vērā, ka ārstniecības personu sertifikācijas uzdevums jau vēsturiski Ārstniecības likumā ir deleģēts konkrētām profesionālajām organizācijām, revidentu vērtējumā šāds regulējums neveicina Veselības ministrijas iespējas novērtēt un uzraudzīt deleģējumu atbilstoši Valsts pārvaldes iekārtas likuma prasībām¹⁰² un nepieciešamības gadījumā veikt atbilstošas izmaiņas tajā.

Valsts kontrole neapšaubā sertifikācijas uzdevuma nodošanas profesionālajām organizācijām nepieciešamību, bet norāda uz vairākiem sistēmas trūkumiem, kā rezultātā Veselības ministrijai ir ierobežotas iespējas īstenot pilnīgu un efektīvu deleģētā uzdevuma – ārstniecības personu sertifikācijas un resertifikācijas – uzraudzību, jo:

- normatīvajos aktos nav skaidri definēts, ka ārstniecības personu sertifikācija ir Veselības ministrijas kā publiskas personas kompetencē;
- normatīvajos aktos nav skaidri definēts, kuras iestādes padotībā atrodas profesionālās organizācijas attiecībā uz sertifikācijas uzdevuma izpildi.

Līdz ar to deleģētā uzdevuma īstenošanas laikā Veselības ministrijas iespējas pārbaudīt uzdevuma izpildes kvalitāti un pārliecināties, ka uzdevuma izpilde ar profesionālo organizāciju starpniecību joprojām ir lietderīga, ir ierobežotas.

Ārstniecības personu sertifikācijas uzdevuma deleģējums konkrētām profesionālajām organizācijām – Latvijas Ārstu biedrībai, Latvijas Māsu asociācijai un Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienībai – jau vēsturiski kopš 1995.gada ir bijis ietverts ārējos normatīvajos aktos – gan Ārstniecības likumā¹⁰³, gan Ministru kabineta noteikumos¹⁰⁴.

Kā norāda Latvijas Ārstu biedrība, ārstniecības personu sertifikāciju vēsturiski ir nodrošinājusi Latvijas Ārstu biedrība, vēlāk arī Latvijas Māsu asociācija un Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienība. Šāds uzdevums nav tiešā veidā ietverts Veselības ministrijas nolikumā vai kādā citā normatīvajā aktā kā ministrijas uzdevums, bet likumdevējs to jau sākotnēji ir paredzējis kā deleģētu uzdevumu nevalstiskām organizācijām. Jāatzīmē, ka Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienība ir dibināta 1997.gada 19.novembrī un kā viena no sertifikācijas institūcijām Ārstniecības likumā norādīta no 1998.gada 12.marta, t.i., pēc četriem mēnešiem.

Revīzijas laikā Veselības ministrija nevarēja sniegt pamatojumu vai izvērtējumu tam, kāpēc sertifikācijas un resertifikācijas uzdevumu īsteno trīs minētās profesionālās organizācijas.

Jau laikā pēc sertifikācijas uzdevuma noteikšanas un minēto profesionālo organizāciju kā sertifikācijas institūciju iekļaušanas ārējos normatīvajos aktos¹⁰⁵ spēkā stājās vairāki normatīvie akti¹⁰⁶, kas noteica valsts pārvaldes uzdevumu deleģēšanas kārtību.

Valsts pārvaldes iekārtas likums, kas stājās spēkā 2003.gada 1.janvārī, nosaka¹⁰⁷, ka:

- pārvaldes uzdevumu var deleģēt, ja pilnvarotā persona attiecīgo uzdevumu var veikt efektīvāk;
- publiska persona var deleģēt pārvaldes uzdevumus, kuru izpilde ietilpst šīs publiskās personas vai tās iestādes kompetencē. Deleģējot pārvaldes uzdevumus, par funkcijas izpildi kopumā atbild attiecīgā publiskā persona;
- lemjot par pārvaldes uzdevuma deleģēšanu privātpersonai, ņem vērā tās pieredzi, reputāciju, resursus, personāla kvalifikāciju, kā arī citus kritērijus;
- deleģējot pārvaldes uzdevumu, nosaka iestādi, kuras padotībā atrodas pilnvarotā persona attiecībā uz konkrētā uzdevuma izpildi;
- uzraudzībai pār pārvaldes uzdevuma izpildi jābūt pilnīgai un efektīvai;
- pilnvarotā persona un iestāde, kuras padotībā ir pilnvarotā persona, ir atbildīga par deleģētā uzdevuma tiesisku un lietderīgu izpildi;
- pilnvarotā persona sniedz iestādei, kuras padotībā tā atrodas, informāciju, ko iestāde prasa sakarā ar deleģētā uzdevuma izpildi.

2011.gada pētījumā¹⁰⁸ par Valsts pārvaldes uzdevumu nodošanu ir norādīti vairāki riski gadījumā, ja valsts pārvaldes uzdevuma deleģējumā ārējā normatīvajā aktā ir nosauktas konkrētas privātpersonas:

- efektivitātes kontroles trūkums – šāda deleģēšana nereti ir lobēšanas rezultāts, kas tādējādi valsts pārvaldes uzdevumu nodošanas subjekta izvēli padara neobjektīvu;
- pastāv liela iespēja, ka netiek sasniegta deleģēšanas efektivitāte, jo nereti netiek vērtēti nedz efektivitātes kritēriji, nedz arī konkrētā subjekta pieredze, kvalifikācija, priekšrocības vai citi objektīvi faktori;
- elastīguma trūkums – šāda deleģēšanas metode nenodrošina elastību un operatīvu grozīšanu faktiskā attiecību izmaiņu gadījumā;
- kontroles trūkums – nereti ārējā normatīvajā aktā ietverta konkrēta deleģējuma gadījumā ar deleģēšanas subjektu netiek papildus slēgts deleģējuma līgums, atsevišķos gadījumos vispār netiek identificēta iestāde, kuras padotībā atrodas privātpersona konkrētā deleģētā uzdevuma izpildē, līdz ar to kas varētu uzraudzīt deleģētā uzdevuma izpildes tiesiskumu un kvalitāti.

Minētajā pētījumā arī norādīts, ka viens no obligātiem priekšnoteikumiem pārvaldes uzdevuma deleģēšanas pieļaujamībai ir deleģējošās iestādes aptverošas un efektīvas kontroles iespējas. Uzdevumu izpildes uzraudzība jeb monitorings ir ļoti būtisks veiksmīga uzdevumu nodošanas rezultāta sasniegšanai. Regulāra un strukturēta uzdevumu izpildes uzraudzība jau laikus brīdinātu par iespējamām problēmām.

Gadījumā, ja ārējā normatīvajā aktā ir noteikts gan deleģējums, gan, vēl jo vairāk, konkrēta privātpersona, kura deleģēto uzdevumu veic, iestādei ne tikai nav bijusi iespēja, bet nav arī praktiskas nepieciešamības šādu uzraudzību īstenot. Iestādei ir daudz mazāka interese veikt atkārtotas efektivitātes

pārbaudes, ievērojot, ka to rezultātā, pat konstatējot, ka privātpersona deleģēto uzdevumu neveic pietiekamā kvalitātē vai arī veic neefektīvāk, nekā to varētu iestāde pati, iestādei tomēr ir ierobežotas tiesības deleģējumu atsaukt vai mainīt deleģētā uzdevuma veicēju.

Saskaņā ar Valsts pārvaldes iekārtas likuma koncepciju iestādei, kas deleģējusi uzdevumu, ir regulāri jāpārbauda uzdevumu izpildes kvalitāte un jāpārlicinās, ka funkcijas izpilde ar pilnvarotā privāto tiesību subjekta starpniecību joprojām ir lietderīga.¹⁰⁹

Revīzijā, vērtējot deleģētā valsts pārvaldes uzdevuma normatīvo regulējumu, konstatēti vairāki trūkumi, kas ierobežo Veselības ministrijas uzraudzības iespējas, tādējādi neveicinot labu un efektīvu pārvaldību:

- normatīvajā regulējumā nav skaidri definēts, ka ārstniecības personu sertifikācija ir Veselības ministrijas kā publiskas personas kompetencē, jo saskaņā ar ministrijas sniegto skaidrojumu¹¹⁰ ārstniecības personu sertifikācija ir daļa no ārstniecības uzraudzības, jo sertifikācija apliecina ārstniecības personas profesionālo sagatavotību un kompetenci, un saskaņā ar Ārstniecības likumu¹¹¹ ārstniecības uzraudzību valstī veic Veselības ministrija un citas normatīvajos aktos noteiktās institūcijas;
- ņemot vērā, ka normatīvajā regulējumā nav pietiekami skaidri definēts, ka ārstniecības personu sertifikācija ir Veselības ministrijas kompetencē un to, ka ārstniecības personu sertifikācijas tiesības profesionālajām organizācijām ir piešķirtas ar likumu, nav skaidri definēts, kura publiska persona būtu atbildīga par šī uzdevuma izpildi atbilstoši Valsts pārvaldes iekārtas likuma prasībām¹¹², kas nosaka, ka par funkcijas izpildi kopumā atbild attiecīgā publiskā persona, kuras kompetencē ietilpst šis deleģētais uzdevums;
- ņemot vērā iepriekš norādīto, normatīvajos aktos nav arī noteikts, ka profesionālās organizācijas attiecībā uz deleģētā uzdevuma izpildi atrodas Veselības ministrijas padotībā. Lai gan padotību Veselības ministrijai ir iespējams izsecināt no privātpersonas pieņemto lēmumu apstrīdēšanas iestādes, tomēr konkrētas iestādes noteikšanas prasība ārējā normatīvajā aktā varētu būtiski uzlabot nodoto valsts pārvaldes uzdevumu izpildes uzraudzību un – attiecīgi – efektivitāti¹¹³;

Lai gan Veselības ministrija norāda, ka uzraudzību pār deleģēto sertifikācijas uzdevumu tā īsteno, izstrādājot normatīvos aktus, nodrošinot sertifikācijas padomes pieņemto lēmumu pārsūdzību izskatīšanu ministrijā un uzkrājot informāciju par izsniegtajiem sertifikātiem ārstniecības un ārstniecības atbalsta personu reģistrā, tomēr revidentu ieskatā normatīvo aktu izstrāde un datu uzkrāšana reģistrā nenodrošina uzraudzības mērķu sasniegšanu, savukārt tikai ar sertifikācijas padomes lēmumu pārsūdzēšanas mehānismu revidentu ieskatā nav iespējams nodrošināt pilnīgu un efektīvu uzraudzību pār deleģētā uzdevuma izpildi.

Ieteikums

Lai nodrošinātu efektīvu uzraudzību pār ārstniecības personu sertifikācijas un resertifikācijas procesiem, tai skaitā pār deleģēto pārvaldes uzdevumu īstenošanu atbilstoši Valsts pārvaldes iekārtas likuma prasībām¹¹⁴, aicinām Veselības ministriju izvērtēt sertifikācijas un re-sertifikācijas organizācijas kārtību, tai skaitā profesionālajām organizācijām deleģēto uzdevumu apjomu, pamatojoties uz veikto izvērtējumu veikt nepieciešamās izmaiņas un izveidot atbilstošu uzraudzības mehānismu.

Vai ir noteikti sertifikācijas un resertifikācijas mērķi?

Lai gan ārstniecības personu sertifikācija un resertifikācija ir valsts pārvaldes uzdevums, kura īstenošanu veic sertifikācijas institūcijas – profesionālās organizācijas, un finansējumu tā īstenošanai nodrošina ārstniecības personas, kas par sertifikāciju veic tiešus maksājumus sertifikācijas institūcijām atbilstoši Ministru kabineta apstiprinātajam cenrādim, normatīvajos aktos un plānošanas dokumentos nav definēti sertifikācijas un resertifikācijas mērķi, sertifikācijas institūciju sasniedzamie rezultāti un rezultatīvie rādītāji. Līdz ar to nav radīts mehānisms, lai novērtētu sertifikācijas un resertifikācijas efektivitāti un lietderību, un nav nodrošināts valsts pārvaldes uzdevumu deleģēšanas princips – pilnīga un efektīva kontrole pār pārvaldes uzdevuma izpildi.

Normatīvajos aktos un attīstības plānošanas dokumentos nav noteikts ārstniecības personu sertifikācijas un resertifikācijas mērķis, arī Veselības ministrijai un sertifikācijas institūcijām nav vienota viedokļa par to, kāds ir sertifikācijas un resertifikācijas mērķis un kā izmērīt, vai un kādā pakāpē tas tiek sasniegts. Tāpēc rodas šaubas, vai visu sertifikācijas institūciju darbība ir pietiekami mērķtiecīga un primāri orientēta uz rezultātu – veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes nodrošināšanu. Tāpēc revidentu ieskatā Veselības ministrijai un iesaistītajām sertifikācijas institūcijām būtu nepieciešama diskusija, lai vienotos par mehānismiem sertifikācijas procesa lietderības un efektivitātes novērtēšanai.

Saskaņā ar Valsts pārvaldes iekārtas likumu¹¹⁵ valsts pārvaldi, tai skaitā arī deleģētos valsts pārvaldes uzdevumus, organizē pēc iespējas efektīvi. Savukārt, lai novērtētu, vai tā ir efektīva, ir jāsalīdzina plānotie mērķi ar sasniegtajiem rezultātiem, t.i., ir jādefinē mērķi un regulāri jāvērtē, cik lielā mērā izvirzītie mērķi ir sasniegti.

Profesionālajām organizācijām deleģētā valsts pārvaldes uzdevuma īstenošanai valsts budžeta līdzekļi netiek piešķirti, bet Ministru kabinets ir apstiprinājis ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu profesionālo zināšanu pārbaudes, sertifikāta noformēšanas, reģistrēšanas un tā dublikāta izgatavošanas maksas pakalpojumu cenrādi¹¹⁶ (ar šiem pakalpojumiem saņemtie ieņēmumi un ar pakalpojumu sniegšanu saistītie izdevumi ir uzskatāmi par ārpus valsts budžeta ieņēmumiem un tiem atbilstošiem izdevumiem¹¹⁷). Tātad Ministru kabinets ar cenrādi ir noteicis, ka profesionālās organizācijas par ārstniecības personu sertifikāciju saņem maksājumus no attiecīgajām ārstniecības personām, tādējādi finansējot šī pārvaldes uzdevuma īstenošanu.

Neatkarīgi no tā, kāds ir valsts pārvaldes funkciju un uzdevumu finansēšanas avots – valsts budžeta līdzekļi vai ieņēmumi no maksas pakalpojumiem –, abos gadījumos šo finansējumu tieši vai netieši nodrošina nodokļu maksātāji – sabiedrība.

Lai gan ārstniecības personu sertifikācija ir uzdots trīs profesionālajām organizācijām, revīzijas laikā konstatēts, ka normatīvajos aktos un attīstības plānošanas dokumentos nav noteikts ārstniecības personu sertifikācijas un resertifikācijas mērķis, sertifikācijas institūciju sasniedzamais rezultāts un tas, kā

izmērīt, vai un kādā pakāpē šis mērķis tiek sasniegts, īstenojot šo uzdevumu. Tāpēc nav iespējams novērtēt sertifikācijas institūciju darbības efektivitāti un to, vai sertifikācija ir lietderīga un līdz ar to nepieciešama.

Revīzijas laikā ir apkopoti iesaistīto pušu viedokļi par ārstniecības personu sertifikācijas un resertifikācijas mērķiem, sertifikācijas institūciju sasniedzamajiem rezultātiem, vai un kā šos sasniedzamos rezultātus un ieguvumus var izmērīt, un to, kādi ir faktiski sasniegtie rezultāti:

- Latvijas Ārstu biedrības viedoklis¹¹⁸:
 - sertifikācijas un resertifikācijas procesu galvenais kopējais mērķis ir nodrošināt, lai iedzīvotājiem piedāvātie veselības aprūpes pakalpojumi būtu kvalitatīvi un kvalificēti. Šā mērķa sasniegšanā sertifikācijas process ir tikai viena no vairākām daļām mehānismā, kas nodrošina mērķa sasniegšanu;
 - sertifikācijas institūcijas sasniedzamie rezultāti ir taisnīga, objektīva un profesionāla sertifikācijas jautājumu izskatīšana saskaņā ar normatīvajiem aktiem un tālākizglītības sistēmas un tālākizglītības punktu uzskaites sistēmas pilnveidošana;
 - valsts deleģētās funkcijas izpilde kvalitatīvai izmērīšanai nepakļaujas, savukārt tikai kvantitatīvi mērījumi nedod ieskatu funkcijas veikšanas būtībā;
- Latvijas Māsu asociācijas viedoklis¹¹⁹:
 - grūti paust viedokli par sasniedzamajiem mērķiem un rezultātiem, jo asociācija nav bijusi iesaistīta procesa veidošanā un sertifikācijas un resertifikācijas procesu mērķu izvirzīšanā, kā arī normatīvajos dokumentos mērķi, sasniedzamie rezultāti un ieguvumi nav pausti;
 - sertifikācijas institūcijas mērķis ir nodrošināt sertifikācijas un resertifikācijas procesu atbilstoši sertifikācijas noteikumu un citu normatīvo aktu prasībām;
 - kā sasniegtos rezultātus norāda sertificējamo un resertificējamo personu skaitu un sertifikācijas un resertifikācijas atteikumus;
- Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienības viedoklis¹²⁰:
 - sertifikācijas un resertifikācijas galvenais mērķis ir novērtēt ārstniecības personu teorētiskās zināšanas un praktiskās iemaņas, kas ir nozīmīga ārstniecības personas pēcdiploma izglītības sastāvdaļa;
 - sertifikācijas institūcijas sasniedzamie rezultāti ir sertificēto un resertificēto ārstniecības un ārstniecības atbalsta personu un apmācītiesīgu personu skaita palielināšana, sertifikācijas un resertifikācijas procesa, apmācītiesīgu personu statusa iegūšanas procesu pilnveidošana, tālākizglītības pasākumu izvērtēšana, sertifikācijas eksāmena un resertifikācijas procesa hospitācijas;
 - kā sasniegtos rezultātus norāda sertificējamo un resertificējamo personu skaitu.

Savukārt Veselības ministrija norāda, ka:

- sertifikācijas mērķis ir novērtēt un apliecināt ārstniecības personas profesionālo sagatavotību un kompetenci patstāvīgi nodarboties ar ārstniecību (speciālista praksi) konkrētajā nozarē;

- resertifikācijas procesa mērķis ir ārstniecības personas profesionālās kvalifikācijas uzturēšanas un pilnveidošanas novērtēšana¹²¹;
- minētos sasniedzamos galvenos mērķus attiecībā uz veselības aprūpes kvalitāti ietekmē vairāki faktori, ne tikai ārstniecības personu sertifikācijas un resertifikācijas process, bet arī, piemēram, veselības aprūpes procesa organizācija (pakalpojumu pieejamība, savlaicīgums) un efektivitāte (iespēja ar pieejamiem līdzekļiem/resursiem sasniegt rezultātu), objektivitāte (klīnisko vadlīniju un klīnisko algoritmu izmantošana), nepārtrauktība (pacients saņem nepārtrauktu un pilnu nepieciešamo medicīnisko aprūpi) u.c.;
- sertifikācijas institūciju sasniedzamie rezultāti ir nodrošināt sertifikācijas un resertifikācijas procesu atbilstoši sertifikācijas noteikumiem.

Apkopojot gan sertifikācijas institūciju, gan Veselības ministrijas viedokļus, secināms, ka vairumu iesaistīto pušu vieno viedoklis, ka sertifikācijas institūciju mērķis ir sertifikācijas jautājumu risināšana atbilstoši sertifikācijas noteikumiem, tomēr tām nav vienota viedokļa par to, kāds ir sertifikācijas un resertifikācijas mērķis un kā izmērīt, vai un kādā pakāpē tas tiek sasniegts. Tāpēc rodas šaubas, vai visu sertifikācijas institūciju darbība ir pietiekami mērķtiecīga un fokusēta uz rezultātu – kvalitatīvu un kvalificētu veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu –, nevis uz procesu – sertifikācijas un resertifikācijas nodrošināšanu. Revidentu vērtējumā Veselības ministrijai būtu nepieciešama diskusija ar sertifikācijā iesaistītajām organizācijām, lai vienotos par mehānismiem sertifikācijas procesa efektivitātes un lietderības novērtēšanai.

Ieteikums

Lai sertifikācija un resertifikācija būtu mērķtiecīga un primāri orientēta uz veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes nodrošināšanu, Veselības ministrijai radīt mehānismu sertifikācijas un resertifikācijas lietderības un efektivitātes novērtēšanai.

Vai tiek novērsta interešu konfliktu iespējamība sertifikācijas institūcijās?

Lai gan profesionālo organizāciju sertifikācijas padomes locekļi atbilst valsts amatpersonas statusam, revīzijā konstatēts, ka amatpersonas statuss nav noteikts visu profesionālo organizāciju sertifikācijas padomju locekļiem, tādējādi netiek ievērotas normatīvā akta prasības¹²² un netiek veicināta sertifikācijas padomju darbības atklātība un sabiedrības uzticēšanās.

Revīzijā konstatēti vairāki gadījumi, kas liecina par interešu konflikta riskiem sertifikācijas komisijas locekļu darbībā, piemēram, vairākos gadījumos konstatēts, ka viena un tā pati persona ir gan sertifikācijas komisijas loceklis, gan pati resertificējamā persona vai

resertificējamās personas darba devējs, kurš sniedz resertificējamās personas novērtējumu. Sertifikācijas komisiju locekļi neatbilst valsts amatpersonas statusam un uz tiem neattiecas likumā noteiktais aizliegums piedalīties tādu lēmuma pieņemšanā, kas ietekmē to personiskās vai mantiskās intereses. Tomēr revidentu ieskatā šāda rīcība nav ētiska un neveicina atklātu un objektīvu sertifikācijas organizācijas kārtību, tāpēc sertifikācijas komisiju uzraugošajai sertifikācijas padomei vai par ārstniecības uzraudzību atbildīgajai Veselības ministrijai jāveic pasākumi, lai nepieļautu interešu konflikta riskus sertifikācijas komisiju darbā.

Saskaņā ar sertifikācijas noteikumiem¹²³ sertifikācijas institūcija izveido sertifikācijas padomi, savukārt sertifikācijas padome uz četriem gadiem apstiprina sertifikācijas komisiju (5–11 locekļi) katrā pamatspecialitātē, apakšspecialitātē un papildspecialitātē, un kandidātus darbībai sertifikācijas komisijā ar vienkāršu balsu vairākumu ievēlē attiecīgās pamatspecialitātes, apakšspecialitātes vai papildspecialitātes profesionālās organizācijas biedru sapulce. Ar pamatotu lēmumu sertifikācijas padomei ir tiesības apstiprināt komisiju ar atšķirīgu locekļu skaitu (nevis 5–11 locekļu sastāvā).

Likuma “Par interešu konflikta novēršanu valsts amatpersonu darbībā” mērķis ir nodrošināt valsts amatpersonu darbību sabiedrības interesēs, veicināt valsts amatpersonu darbības atklātumu, atbildību, kā arī sabiedrības uzticēšanos valsts amatpersonu darbībai. Minētā likuma prasības¹²⁴ nosaka, ka par valsts amatpersonām uzskatāmas arī personas, kuras pilda amata pienākumus ārpus publiskas personas institūcijām, ja tām saskaņā ar normatīvajiem aktiem pastāvīgi vai uz laiku valsts vai pašvaldība ir deleģējusi tiesības izdot administratīvos aktus.

Lai gan ārstniecības personas sertifikāts ir administratīvais akts Administratīvā procesa likuma¹²⁵ izpratnē, saskaņā ar Veselības ministrijas sniegto informāciju¹²⁶ amatpersonas statuss ir noteikts tikai vienas profesionālās organizācijas – Latvijas Māsu asociācijas – sertifikācijas padomes locekļiem. Latvijas Ārstu biedrība un Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienība nesniedz Veselības ministrijai informāciju par sertifikācijas padomes locekļiem, jo apstrīd interpretāciju par to atbilstību amatpersonu statusam. Saskaņā ar Veselības ministrijas skaidrojumu ministrijai neesot iespēju veikt darbības, lai nodrošinātu amatpersonas statusa piešķiršanu, ņemot vērā, ka Latvijas Ārstu biedrībai, Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienībai un Latvijas Māsu asociācijai ārstniecības personu sertifikācijas funkcija ir deleģēta ar likumu¹²⁷, savukārt Veselības ministrijai piešķirta¹²⁸ kompetence izvērtēt tikai sertifikācijas institūciju lēmumus, nevis pieņemt pārvaldes lēmumus attiecībā uz sertifikācijas institūciju darbību.

Revīzijas ziņojuma projekta saskaņošanas laikā Veselības ministrija sniedza informāciju¹²⁹, ka valsts amatpersonu saraksti par Latvijas Māsu asociācijas un Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienības sertifikācijas padomes locekļiem ir iesniegti Valsts ieņēmumu dienestā, tomēr ar Latvijas Ārstu biedrību vēl joprojām pastāv tiesisks strīds par amatpersonu statusu, un ministrijas rīcībā nav nepieciešamo datu valsts amatpersonu sarakstu iesniegšanai.

Revidentu ieskatā iepriekš minētais apliecina, ka ārstniecības personu sertifikācijas normatīvais regulējums neveicina labu un atklātu pārvaldību un ierobežo Veselības ministrijas iespējas īstenot uzraudzību.

Saskaņā ar Korupcijas novēršanas un apkarošanas biroja sniegto viedokli¹³⁰ ārstniecības personu sertifikācijas institūciju padomes locekļi ir uzskatāmi par valsts amatpersonām un Veselības ministrijai ir jānodrošina valsts amatpersonu saraksta iesniegšana Valsts ieņēmumu dienestam par ārstniecības personu sertifikācijas institūciju sertifikācijas padomes locekļiem.

Revīzijā konstatēti septiņi gadījumi, kad resertifikācijas lietas ietvaros viena persona vienlaicīgi ir gan sertifikācijas komisijas loceklis, gan pati resertificējamā persona vai darba devēja pārstāvis, kurš sniedz resertificējamās personas kompetences raksturojumu, tai skaitā divos gadījumos sertifikācijas komisija sastāvēja tikai no divām personām (un viena no šīm personām bija pati resertificējamā persona), savukārt vienā gadījumā viena un tā pati persona bija gan pati resertificējamā persona, gan sertifikācijas komisijas loceklis, gan pati resertificējamā persona bija apstiprinājusi savu profesionālās darbības pārskatu, lai gan tā savā specialitātē strādāja ne tikai savā praksē, bet arī citā ārstniecības iestādē.

Revidentu ieskatā gadījumos, kad viena un tā pati persona ieņem dažādas lomas sertifikācijas procesā, sertifikācijas institūcijai būtu jānodrošina, ka šī persona atturas no priekšlikuma sniegšanas par savu vai sava darbinieka sertifikāciju, tādējādi izslēdzot interešu konflikta risku un veicinot atklātu un objektīvu sertifikācijas organizācijas kārtību.

Ieteikums

Lai veicinātu sertifikācijas institūciju darbības atklātību, sabiedrības uzticēšanos un objektīvu sertifikācijas organizāciju, Veselības ministrijai veikt pasākumus, lai sertifikācijas padomes locekļiem tiktu noteikts valsts amatpersonu statuss, tādējādi ievērojot normatīvā akta prasības¹³¹, un veikt darbības, lai sertifikācijas institūcijās novērstu un nepieļautu interešu konfliktu iespējamību.

Vai ārstniecības personu sertifikācija nerada nevajadzīgu administratīvo slogu un vai ārstniecības personu dalījums reģistrētās un sertificētās ārstniecības personās ir jēgpilns?

Ārstniecības likumā¹³² ārstniecības personām ir noteiktas divu veidu tiesības patstāvīgi nodarboties ar ārstniecību:

- patstāvīgi nodarboties ar ārstniecību attiecīgajā profesijā atbilstoši Ministru kabineta noteiktajai kompetencei atļauts ārstniecības personām, kuras ir reģistrētas ārstniecības personu reģistrā;
- savukārt patstāvīgi nodarboties ar ārstniecību konkrētā pamatspecialitātē, apakšspecialitātē vai papildspecialitātē atbilstoši Ministru kabineta noteiktajai kompetencei atļauts ārstniecības personām, kuras ir sertificētas un reģistrētas ārstniecības personu reģistrā.

Ārstniecības persona ārstniecības personu reģistrā tiek reģistrēta pēc tam, kad tā ir ieguvusi profesionālo kvalifikāciju un saņēmusi izglītību apliecināšu dokumentu¹³³. Pēc reģistrācijas ārstniecības personu reģistrā ārstniecības persona iegūst tiesības patstāvīgi nodarboties ar ārstniecību savā profesijā.

Savukārt, lai ārstniecības persona varētu patstāvīgi nodarboties ar ārstniecību konkrētā pamatspecialitātē, apakšspecialitātē vai papildspecialitātē, ārstniecības personai ir nepieciešams sertifikāts. Lai ārstniecības persona varētu pretendēt uz sertifikātu, tai ir jābūt reģistrētai ārstniecības

personu reģistrā un jābūt apgūtai izglītības programmai, kas atbilst normatīvajos aktos noteiktajām prasībām attiecībā uz izglītību, kāda nepieciešama konkrētās specialitātes iegūšanai.¹³⁴

Valsts kontroles vērtējumā trūkst pamatojuma Ārstniecības likumā noteiktajam ārstniecību personu dalījumam reģistrētās un sertificētās ārstniecības personās, jo:

- reģistrētām ārstniecības personām, kuras ir ieguvušas kvalifikāciju specialitātē, un attiecīgajā specialitātē sertificētām ārstniecības personām apgūtā kompetence ir vienāda;
- tā kā sertificētu un nesertificētu ārstniecības personu ar nepieciešamo profesionālo kvalifikāciju kompetence neatšķiras, revidentu vērtējumā tas rada šaubas, vai ir pietiekami izvērtēta nepieciešamība pēc nesertificētas, bet kvalifikāciju ieguvušas ārstniecības personas profesionālā darba uzraudzības attiecīgajā specialitātē sertificēta speciālista vadībā un Veselības inspekcijas dokumentālām pārbaudēm gadījumā, kad veselības aprūpes pakalpojumus sniedz nesertificēta, bet nepieciešamo kvalifikāciju ieguvusi ārstniecības persona, un vai tas nerada administratīvo slogu.

Savukārt sertifikācijas procedūra ārstniecības personām, kuras vēlas iegūt sertifikātu noteiktā specialitātē uzreiz pēc profesionālās kvalifikācijas iegūšanas, ir formāla un rada nevajadzīgu administratīvu un finansiālu slogu ārstniecības personām, to sadrumstalotību un nevienlīdzību, jo:

- lai gan sertifikācijas noteikumi paredz iespēju sertifikācijas eksāmenu kārtot vienlaicīgi ar studiju noslēguma pārbaudījumu, tādējādi vismaz daļēji mazinot slogu ārstniecības personām, tomēr faktiski ārstniecības personas kārto divus eksāmenus vienā dienā vai dažādās dienās;
- laikā no 2015.gada līdz 2017.gadam sertificēti ir 99% no rezidentūras absolventiem, kas revidentu ieskatā apliecina, ka jau rezidentūrā iegūtās zināšanas un pieredze ir pietiekama, lai ārstniecības persona patstāvīgi nodarbotos ar ārstniecību savā specialitātē bez papildu sertifikācijas;
- sertifikācijas noteikumos noteiktajā profesionālās darbības pārskatā sniegtā informācija par sertifikāta pretendenta iepriekš veiktā darba apjomu, intensitāti un kvalitāti neietekmē lēmumu par sertifikāta izsniegšanu, jo sertifikāta pretendents netiek izvirzīts un vērtētas prasības, kas profesionālajā darbībā apmācību posmā būtu jāsasniedz, tādējādi vēlreiz apliecinot, ka sertifikāta pretendenta iegūtā teorētiskā un

praktiskā izglītība un pieredze gan uz izglītības studiju (tai skaitā rezidentūras) noslēguma pārbaudījuma brīdi, gan uz sertifikācijas eksāmena brīdi neatšķiras.

Salīdzinot ar kaimiņvalstīm, Latvijā tiesību iegūšana patstāvīgi nodarboties ar ārstniecību specialitātē ir sarežģītāka nekā Lietuvā un Igaunijā, jo kaimiņvalstīs ārstniecības personas tiesības patstāvīgi nodarboties ar ārstniecību iegūst, pamatojoties uz iegūto kvalifikāciju. Arī sertifikācijas process Lietuvā un Igaunijā ir trīs līdz četras reizes lētāks nekā Latvijā.

Kompetences prasības reģistrētai un sertificētai ārstniecības personai neatšķiras

Atbildot uz Valsts kontroles jautājumu, kāpēc Ārstniecības likumā ir noteikts dalījums, ka patstāvīgi nodarboties ar ārstniecību attiecīgajā profesijā ir atļauts ārstniecības personu reģistrā reģistrētām ārstniecības personām, bet patstāvīgi nodarboties ar ārstniecību konkrētā pamatspecialitātē, apakšspecialitātē vai papildspecialitātē ir atļauts ārstniecības personām, kuras ir gan sertificētas, gan reģistrētas ārstniecības personu reģistrā, ministrija norādīja¹³⁵, ka ārstniecības personu profesionālā darbība ir saistīta ar sabiedrības interešu aizsardzību, tās drošību un veselības aizsardzību, līdz ar to ārstniecības personām, kuras ir ieguvušas profesijas diplomu, ar sertifikācijas eksāmenu tiek pārbaudīta ārstniecības personas spēja patstāvīgi veikt profesionālo darbību. Uz ārstniecības personas spēju veikt patstāvīgu ārstniecības darbību norāda sertifikāts, kas iegūts nokārtojot sertifikācijas eksāmenu. Tādēļ tām profesijām, kurām specialitāte nav apgūstama atsevišķā izglītības programmā, kompetence ir vienāda.

Revīzijā konstatēts, ka arī to ārstniecības personu, kuras ieguvušas specialitātei nepieciešamo kvalifikāciju un reģistrējušās Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā, apgūta kompetence neatšķiras no attiecīgajā specialitātē sertificētās ārstniecības personas kompetences, jo, pretendējot uz sertifikātu, ārstniecības personai netiek izvirzītas papildu prasības.

Revīzijas ziņojuma projekta saskaņošanas laikā Veselības ministrija sniedza informāciju¹³⁶, ka izglītības programmas, kurās ārstniecības personas apgūst pamatspecialitāti, apakšspecialitāti un papildspecialitāti mērķis ir iemācīt kompetenci specialitātē. Sertifikācijas būtība nav noteikt papildus kompetences, bet gan atkārtoti pārliecināties, ka ārstniecības persona izglītības procesā teorētiskās zināšanas un praktiskās iemaņas (kompetenci) ir apguvis tādā līmenī, ka patstāvīgi strādājot netiks nodarīts kaitējums pacientam.

Veselības ministrija norāda, ka tā ir saņēmusi vairāku profesionālo organizāciju priekšlikumus, ka pēc izglītības dokumenta iegūšanas ārstniecības personai noteikts laika periods ir jāstrādā sertificētas ārstniecības personas uzraudzībā (tādējādi papildinot izglītības iestādē gūtās praktiskās iemaņas) un tikai pēc tam var pieteikties kārtot sertifikācijas eksāmenu. Šāda laika perioda noteikšana Veselības ministrijas ieskatā ir administratīvā sloga palielināšana ārstniecības personām.

Konstatējumi par to, ka reģistrētām un sertificētām ārstniecības personām ar iegūto nepieciešamo profesionālo kvalifikāciju kompetences neatšķiras, rada jautājumu, kāpēc ārstniecības personu viena un tā pati kompetence tiek pārbaudīta divas reizes – gan studiju noslēgumā, gan sertifikācijas eksāmenā, tādējādi tās dubulti noslogojot.

Uzraudzība pār nesertificētām ārstniecības personām

Tā kā Ārstniecības likums¹³⁷ paredz dalījumu, ka patstāvīgi nodarboties ar ārstniecību attiecīgajā profesijā ir atļauts ārstniecības personu reģistrā reģistrētām ārstniecības personām, bet patstāvīgi nodarboties ar ārstniecību konkrētā pamatspecialitātē, apakšspecialitātē vai papildspecialitātē ir atļauts ārstniecības personām, kuras ir arī sertificētas, revīzijā analizēts, kā notiek uzraudzība pār šo iepriekš minēto prasību izpildi. Piemēram, kā Veselības inspekcija pārbauda, ka nesertificētas vecmātes veiktā ārstniecība atbilst ārstniecībai profesijā, nevis specialitātē. Revīzijas laikā Veselības inspekcija norādīja¹³⁸, ka, veicot pārbaudes ārstniecības iestādēs, tā pārliecinās par sertifikāta esamību ārstniecības personai. Ja veselības aprūpes pakalpojumu sniedz nesertificēta ārstniecības persona, inspekcija pārbauda, vai ir ārstniecības iestādes vadītāja noteikta nesertificētās ārstniecības personas profesionālā darba uzraudzība attiecīgajā specialitātē sertificēta speciālista vadībā, un lūdz uzrādīt ārstniecības iestādes vadītāja rīkojumu par nesertificētas ārstniecības personas darba uzraudzību un nesertificētas ārstniecības personas amata aprakstu, kurā ir noteikti darba pienākumi sertificēta speciālista uzraudzībā vai vadībā.

Atbildot uz Valsts kontroles jautājumu, kādas konkrētas darbības un procedūras Veselības ministrija un Veselības inspekcija sagaida no sertificēta speciālista, kurš uzrauga nesertificēto speciālistu, Veselības ministrija norādīja¹³⁹, ka ārstniecības personu, kuras apgūst pamatspecialitāti, apakšspecialitāti, papildspecialitāti, patstāvīgā profesionālā darba apjomu nosaka ārstniecības iestādes vadītājs, pamatojoties uz attiecīgajā specialitātē sertificēta un apmācītā speciālista vērtējumu par ārstniecības personas iegūtajām teorētiskajām zināšanām un profesionālajām prasmēm, tomēr ministrija nesniedza informāciju par konkrētām darbībām vai procedūrām, ko īsteno uzraugošā ārstniecības persona.

Revīzijā gūtais apstiprinājums, ka reģistrētām un sertificētām ārstniecības personām, kuras ir ieguvušas kvalifikāciju specialitātē, kompetence neatšķiras, liecina, ka ārstniecības personu dalījums reģistrētās un sertificētās ārstniecības personās, kuras abas ir ieguvušas kvalifikācijai nepieciešamo izglītību un praksi, nav pietiekami pamatots. Arī Latvijas Māsu asociācija revīzijas laikā norādīja: lai gan reģistrēta māsa drīkst veikt ārstniecību profesijā un sertificēta māsa – specialitātē, praksē nav nosakāma robeža, kur attiecīgā kompetence pieder vienai vai otrai mātai.

Revidentu vērtējumā uzraudzība var būt obligāti nepieciešama, ja ir objektīvi iemesli, kāpēc ir nepieciešams pieskatīt vai novērot konkrēto ārstniecības personu, piemēram, atšķirīgas kompetences dēļ. Sertificētām un nesertificētām ārstniecības personām ar iegūto nepieciešamo profesionālo kvalifikāciju specialitātē kompetence neatšķiras. Tas revidentu vērtējumā rada šaubas, vai ir pietiekami izvērtēta nepieciešamība pēc nesertificētās ārstniecības personas profesionālā darba uzraudzības attiecīgajā specialitātē sertificēta speciālista vadībā, turklāt ministrija nenorādīja konkrētas uzraugošās ārstniecības personas veicamās darbības, un Veselības inspekcijas pārbaudēm, caurskatot rīkojumus un amata aprakstus gadījumā, kad veselības aprūpes pakalpojumus sniedz nesertificēta, bet nepieciešamo kvalifikāciju ieguvusi ārstniecības persona.

Turklāt, analizējot Veselības inspekcijas reģistra datus uz 2018.gada 1.janvāri, konstatēts, ka tādās specialitātēs (darba vietā) kā vecmāte vai fizioterapeits strādā diezgan liels skaits nesertificēto personu. No 443 reģistrā reģistrētajām un praktizējošām vecmātēm (specialitāte darbavietā) sertifikāta pamatspecialitātē nav 80 vecmātēm jeb 18%, savukārt no 908 reģistrētiem un praktizējošiem fizioterapeitiem sertifikātu nav 242 fizioterapeitiem jeb 27%. Līdz ar to daļa ārstniecības personu, kuras

ir ieguvušas nepieciešamo profesionālo kvalifikāciju studijās, sniedz veselības aprūpes pakalpojumus bez sertifikāta.

Latvijas Māsu asociācija revīzijā norādīja, ka var būt gadījumi, ka reģistrētai māasai ir uzkrāta pieredze, labākas prasmes un iemaņas, salīdzinot ar sertificētu māsu, līdz ar to asociācijas ieskatā pastāvošais sertifikācijas process negarantē veselības aprūpes kvalitāti. Māsu darba tirgū specializācija ir radījusi nepamatotu reģistrēto un sertificēto māsu dalījumu, jo asociācijas ieskatā veselības aprūpes kvalitāti ietekmē profesionālā izglītība, bet specializācijas sistēma samazina pārvietošanos darba tirgū.¹⁴⁰

Jauno ārstu-speciālistu dubulta eksaminēšana ir slogs ārstniecības personām

2011.gadā Veselības ministrijā tika izveidota darba grupa¹⁴¹ ārstniecības personu sertifikācijas kārtības izvērtēšanai. Valsts kontrolē iesniegtajā¹⁴² ziņojumā par darba grupas rezultātu (Veselības ministrijas darba dokuments) norādīts, ka dažādās ārstu specialitātēs pastāv atšķirīgas prasības par praktisko pieredzi profesionālajā darbībā, kas nepieciešama, lai saņemtu sertifikātu. Ziņojumā norādīts arī, ka saskaņā ar Latvijas Ārstu biedrības nolikumu par ārstu speciālistu sertifikāciju ārstiem, kas noteiktā specialitātē beiguši universitāšu rezidentūras studiju programmas, rezidentūras beigu eksāmens tiek pielīdzināts sertifikācijas eksāmenam. Šajos gadījumos universitāšu rezidentūras beigu eksāmenu komisijas sastāvā iekļaujami pārstāvji no specialitātes sertifikācijas eksāmenu komisijas. Pēc sekmīgi nokārtota rezidentūras beigu eksāmena ārsts ir tiesīgs saņemt specialitātes sertifikātu un papildus sertifikācijas eksāmens nav jākārt. Tāpēc ziņojumā sniegts priekšlikums vienkāršot esošo kārtību un ieviest vienotu sertifikācijas sistēmu, lai ārstniecības personas pēc iespējas ātrāk iekļautos darba tirgū.

Lai gan izstrādātajos sertifikācijas noteikumos¹⁴³, kas stājās spēkā 2013.gadā, ir noteikts, ka sertifikācijas eksāmenu izglītības iestādes un sertifikācijas komisijas sadarbības ietvaros sertificējamai ārstniecības personai ir iespējams kārtot vienlaikus ar izglītības programmas beigu pārbaudījumu attiecīgajā pamatspecialitātē, apakšspecialitātē vai papildspecialitātē, šāda kārtība faktiski ir iespējama tikai ārstu un zobārstu specialitāšu sertificēšanā.

Saskaņā ar sertifikācijas noteikumiem¹⁴⁴ sertifikācijas eksāmenu var kārtot ārstniecības persona, kura ir reģistrēta valsts informācijas sistēmā – ārstniecības personu reģistrā. Ārsts-rezidents ārstniecības personu reģistrā tiek reģistrēts pēc ārsta pamatstudiju beigšanas un ārsta grāda iegūšanas, pēc kā viņš turpina studijas rezidentūrā, tomēr pārējās ārstniecības personu specialitātēs ārstniecības personas ārstniecības personu reģistrā tiek reģistrētas pēc izglītības iestādes beigšanas jeb kvalifikācijas iegūšanas. Līdz ar to brīdī, kad tiek kārtots izglītības programmas beigu pārbaudījums, persona vēl nav reģistrēta ārstniecības personu reģistrā un tāpēc neatbilst vienam no sertifikācijas noteikumos noteiktajiem sertifikāta pretendenta kritērijiem. Veselības ministrija, izstrādājot šo normu un vienlaicīgi saglabājot un nemainot kritērijus, kādiem ir jāatbilst sertifikāta pretendentam, revidentu ieskatā nav sasniegusi izvirzīto mērķi – nodrošināt ārstniecības personu ātrāku nokļūšanu darba tirgū, jo šo iespēju var izmantot tikai ierobežots ārstniecības personu loks. Saskaņā ar sertifikācijas institūciju sniegto informāciju šādu vienlaicīgu izglītības programmas beigu pārbaudījuma un sertifikācijas eksāmena kārtšanas praksi iepriekš norādīto argumentu dēļ īsteno tikai Latvijas Ārstu biedrība.

Sertifikācijas noteikumos norādīts, ka sertifikācijas eksāmenu ir iespējams kārtot vienlaikus ar izglītības programmas beigu pārbaudījumu, kas revidentu ieskatā nozīmē, ka tiek kārtots vienots eksāmens. Tomēr revīzijā Veselības ministrija skaidroja¹⁴⁵, ka tie ir divi atsevišķi pārbaudījumi, kas tiek organizēti vienlaicīgi, t.i., vienā dienā. Ārstniecības personas sertifikāts sekmīgi nokārtota sertifikācijas eksāmena gadījumā tiek piešķirts tikai tad, kad persona sertifikācijas komisijā iesniedz izglītības dokumenta kopiju, kas apliecina izglītības programmas apguvi. Ja Latvijas Māsu asociācijā un Latvijas Ārstniecības

personu profesionālo organizāciju savienībā eksāmeni netiek organizēti vienā dienā, tad Latvijas Ārstu biedrībā eksāmeni tiek organizēti vienlaicīgi, tas ir, vienā dienā, tomēr tie ir divi dažādi eksāmeni.

Saskaņā ar Rīgas Stradiņa universitātes studiju programmas “Rezidentūra medicīnā” raksturojumu 2015./2016. akadēmiskajam gadam¹⁴⁶:

- studiju programmas absolvents iegūst ārsta profesionālo kvalifikāciju, norādot specialitāti;
- studiju programmas mērķis ir, nodrošinot ārstu padziļinātu teorētisko zināšanu un praktisko iemaņu apguvi un pilnveidošanu, nepieciešamu kvalificēta speciālista patstāvīgam darbam, kā arī sertifikācijai konkrētajā specialitātē, sniegtās zināšanas, prasmes un kompetences, sagatavot augstas kvalitātes veselības aprūpes speciālistus Latvijas tautsaimniecības vajadzībām, tostarp eksportējot izglītību, atbilstīgi Latvijas Republikas un ES normatīvajiem aktiem;
- studiju programma ir saskaņota ar konkrētās profesionālās asociācijas prasībām ārstu sertifikācijai;
- studiju rezultātus rezidentūras valsts pārbaudījumā vērtē komisija, kuras sastāvā ir universitātes mācībspēki, profesionālo asociāciju un darba devēju (ārstniecības iestāžu) pārstāvji;
- 2013./2014. akadēmiskajā gadā vērtējums “teicami” konstatēts 87,1 % valsts pārbaudījumu kārtājošo rezidentu, 2014./2015. – 89,2 %, 2015./2016. – 89,7 %, iezīmējot ievērojamu izaugsmi rezidentu zināšanu novērtējumā;
- valsts pārbaudījumā nav konstatēta viduvējība vai nesekmība.

No iepriekš norādītā studiju programmas raksturojuma secināms, ka, jau pabeidzot rezidentūras studijas, persona iegūst attiecīgās specialitātes profesionālo kvalifikāciju, kas nepieciešama patstāvīgam darbam, turklāt studiju programma ir saskaņota ar profesionālajām asociācijām, kuru pārstāvji arī piedalās rezidentūras eksāmenā, un studiju programmas absolventi uzrāda labus rezultātus. Tāpēc rezidentu vērtējumā tām personām, kas tikko ir absolvējušas minēto studiju programmu, pirmreizēja sertifikācijas eksāmena kārtošana, iespējams, pie tiem pašiem profesionālo asociāciju pārstāvjiem, kuri piedalījās rezidentūras eksāmenā, ir nelietderīga.

Revīzijas laikā, salīdzinot, cik no Rīgas Stradiņa universitātes un Latvijas Universitātes rezidentūras absolventiem tiek sertificēti attiecīgajā specialitātē, konstatēts, ka no 2015.gada līdz 2017.gadam kopā rezidentūru absolvējuši 545 rezidenti, un no tiem 7 jeb 1% sertifikācija ir atteikta nenokārtota sertifikācijas eksāmena dēļ vai nepieciešamo dokumentu noteiktā termiņā neiesniegšanas dēļ. Piemēram, 2016.gadā visi 97 Rīgas Stradiņa universitātes rezidentūras studiju programmas absolventi ir sekmīgi nokārtojuši arī sertifikācijas eksāmenu un ieguvuši sertifikātu savā specialitātē.

Ņemot vērā sertificēto speciālistu augsto īpatsvaru no kopējā rezidentūras absolventu skaita, kā arī to, ka personai, beidzot medicīnas studijas vai rezidentūru tiek piešķirta profesionālā kvalifikācija, kas apliecina iegūtās zināšanas un prasmes, rezidentu ieskatā pirmreizēja sertifikācijas eksāmena kārtošana nepieciešamībai trūkst pamatojuma, turklāt šāda papildus sertifikācijas kārtošana rada administratīvu un finansiālu slogu ārstniecības personām.

Profesionālās darbības pārskata saturam nav izšķirošas nozīmes pirmreizējā sertifikācijā

Atbilstoši sertifikācijas noteikumiem gan sertificējoties pirmo reizi, gan resertificējoties, ārstniecības personai sertifikācijas institūcijā ir jāiesniedz profesionālās darbības pārskats attiecīgajā pamatspecialitātē, apakšspecialitātē, papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē (turpmāk specialitātē), kurā atspoguļots veiktā darba apjoms, intensitāte un kvalitāte. Ja resertifikācijas

procesā sertifikācijas komisijas pienākums ir vērtēt, vai profesionālās darbības pārskats atbilst sertifikācijas padomes apstiprinātajiem kritērijiem un neatbilstības gadījumā resertifikāciju var atteikt, tad sertifikācijas procesā sertifikācijas noteikumos nav noteikts, ka sertifikāciju var atteikt, ja profesionālās darbības pārskats neatbilst kritērijiem.

Latvijas Ārstu biedrība norāda¹⁴⁷, ka, lai gan sertifikācijas noteikumos nav atsevišķi noteiktas tiesības atteikt sertifikāciju, ja profesionālās darbības pārskatā iekļautā informācija neatbilst kritērijiem, šādas tiesības un pienākums izriet no sertifikācijas noteikumu prasību¹⁴⁸ sistēmiskas interpretācijas, proti, personai var atteikt sertifikāciju, ja profesionālās darbības pārskats ir aizpildīts nepilnīgi un persona noteiktajā termiņā trūkumus nav novērsusi. Iesniegtā dokumenta saturam ir jāatbilst noteiktajām prasībām, un iestādei ir jāvērtē dokumenta saturs, nevis tikai nosaukums.

Revidentu ieskatā pārskata nepilnīga aizpildīšana un atbilstības vērtēšana noteiktiem profesionālā darba apjoma, intensitātes un kvalitātes kritērijiem ir nošķirami jēdzieni, turklāt revīzijā nav konstatēts neviens gadījums laika posmā no 2015.gada līdz 2017.gadam, kad sertifikācijas atteikuma iemesls būtu profesionālā pārskata nepilnīga aizpildīšana.

No iepriekš norādītā izriet, ka ārstniecības personas, kura pretendē uz sertifikātu, iegūtā teorētiskā un praktiskā izglītība un pieredze gan uz izglītības studiju (tai skaitā rezidentūras) noslēguma pārbaudījuma brīdi, gan uz pirmreizējās sertifikācijas eksāmena brīdi neatšķiras, jo sertifikācijas noteikumi sertifikācijas procesā neparedz, ka sertifikāta pretendētājam tiek izvirzītas prasības, kas savā profesionālajā darbībā apmācību posmā būtu jāsasniedz attiecībā uz profesionālās darbības apjomu, intensitāti un kvalitāti (piemēram, noteikts prakses ilgums, manipulāciju daudzums u.c. kritēriji), un šo prasību izpilde saskaņā ar noteikumiem nevar ietekmēt lēmumu par sertifikāta piešķiršanu.

Igaunijā un Lietuvā prakses tiesību saņemšana ir vienkāršāka un lētāka

Revīzijas ietvaros apkopota informācija par ārstniecības personu prakses tiesību iegūšanu Lietuvā un Igaunijā.

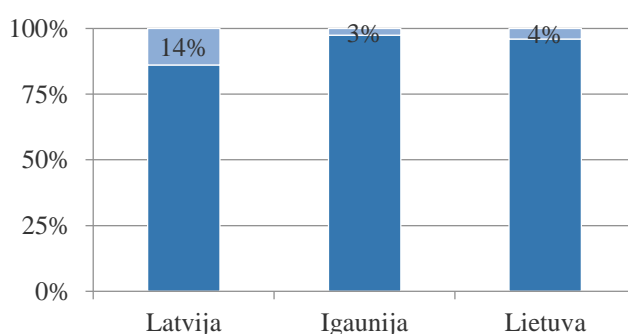
Igaunijā ārstniecības persona iegūst tiesības sniegt veselības aprūpes pakalpojumus atbilstoši iegūtajai profesijai vai specialitātei, kurā Veselības pārvalde ir izsniegusi ārstniecības personas reģistrācijas sertifikātu.¹⁴⁹ Igaunijā visām ārstniecības personām ir jābūt reģistrētām Veselības pārvaldes ārstniecības personu reģistrā. Ja, piemēram, ārsts vēlas reģistrēties ārstniecības personu reģistrā, Veselības pārvaldē ir nepieciešams iesniegt ārsta diplomu, savukārt, ja reģistrēties vēlas kādā ārsta specialitātē, ir jāiesniedz rezidentūras beigšanas sertifikāts¹⁵⁰. Rezidentūras beigšanas sertifikātu izdod universitāte¹⁵¹. Pabeidzot rezidentūras studijas, rezidentūras eksāmenu pieņem komisija, kuras pārstāvji ir attiecīgās specialitātes profesionāļi. Ja eksāmens ir nokārtots sekmīgi, rezidents iegūst speciālista nosaukumu attiecīgajā specialitātē¹⁵². Maksa par pieteikuma par ārstniecības personas reģistrāciju izskatīšanu Veselības pārvaldē ir 13 *euro*, ja kvalifikācija ir iegūta Igaunijā.¹⁵³

Tiesības praktizēt medicīnā Lietuvā ir personām, kurām ir izsniegta un spēkā esoša licence.¹⁵⁴ Licence ir nepieciešama ārstiem, zobārstiem, farmaceitiem, māsām un vecmātēm. Licences ārstiem, māsām un vecmātēm izsniedz Veselības ministrijas Veselības akreditācijas valsts aģentūra¹⁵⁵. Lai ārsts pieteiktos licencei, Veselības akreditācijas valsts aģentūrā ir jāiesniedz dokumenti, kas apliecina personas iegūto ārsta vai ārsta-speciālista profesionālo kvalifikāciju¹⁵⁶. Saskaņā ar Viļņas Universitātes rezidentūras studiju reglamentu¹⁵⁷ rezidentūras beigu eksāmenu pieņem vismaz piecu locekļu komisija, kurā vienu locekli var deleģēt Veselības ministrija un Izglītības un zinātnes ministrija, un kurā ir pārstāvēti arī attiecīgo ārstu specialitāšu asociāciju pārstāvji. Personai, kura ir nokārtojusi eksāmenu, izsniedz

sertifikātu, norādot ģimenes ārsta, ārsta-speciālista vai zobārsta profesionālo kvalifikāciju. Valsts nodeva par licences izdošanu ir 16 *euro*.¹⁵⁸

Kā norādīts iepriekš, gan Igaunijā, gan Lietuvā veselības aprūpes profesionāļi no profesionālajām asociācijām tiek iesaistīti ārstu rezidentūras eksāmenos un papildus profesionālās kvalifikācijas sertifikātam, ko persona saņem, nokārtojot rezidentūras eksāmenu, nav nepieciešams iegūt sertifikātu no profesionālās asociācijas vai cita veida profesionālās organizācijas.

Saskaņā ar ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu profesionālo zināšanu pārbaudes un sertifikācijas maksas pakalpojumu cenrādi¹⁵⁹ sertifikācija jeb prakses tiesību iegūšana Latvijā izmaksā 59,76 *euro*. Salīdzinot ārstniecības personu izdevumus par tiesību praktizēt savā specialitātē iegūšanu attiecībā pret valstī noteikto minimālo algu¹⁶⁰, secināms, ka Latvijā prakses tiesību iegūšanas izdevumi 2018.gadā ir 14% no minimālās algas, kas ir trīs līdz četras reizes augstāki nekā Igaunijā vai Lietuvā (skatīt 20.attēlu).



20.attēls. Izdevumu par ārstu prakses tiesību iegūšanu salīdzinājums Latvijā, Igaunijā un Lietuvā proporcionāli minimālajai algai 2018.gadā.

Apkopojot iepriekš norādīto, secināms, ka gan Lietuvā, gan Igaunijā ārstniecības personas prakses tiesību iegūšana ir vienkāršāka un lētāka, tādējādi ārstniecības personas, iespējams, ātrāk nokļūst darba tirgū.

Ieteikums

Lai vienkāršotu ārstniecības personu nokļūšanu darba tirgū, mazinot administratīvo un finansiālo slogu un ārstniecības personu sadrumstalotību, Veselības ministrijai izvērtēt iespēju apvienot kvalifikācijas un pirmreizējās sertifikācijas eksāmenu, vienlaicīgi stiprinot profesionālo organizāciju iesaisti kvalifikācijas studiju noslēguma eksāmenos un ārstniecības personu tālākizglītību.

Vai profesionālās kvalifikācijas uzturēšanas prasības ir pilnveidojamas?

Lai gan Veselības ministrija ir noteikusi detalizētu resertifikācijas kārtību, paredzot vairākus nosacījumus, kurus izpildot tiek uzskatīts, ka ārstniecības persona savu profesionālo kvalifikāciju uztur un pilnveido pietiekamā apjomā un ārstniecības personu var resertificēt, tomēr revīzijā vairākos gadījumos konstatēts, ka noteiktās resertifikācijas prasības ir formālas, tās daļēji vai pat sistemātiski netiek ievērotas, jo:

- tiek resertificētas personas, kuras specialitātē nav nostrādājušas 3 gadus, jo ne visas sertifikācijas institūcijas pārbauda ārstniecības personas uzrādīto informāciju resertifikācijas lapā;
- resertifikācijas procesā netiek nodrošināts un pārbaudīts, vai ārstniecības persona sniedz informāciju par visiem darba devējiem un vai no visiem darba devējiem tiek saņemts resertificējamās ārstniecības personas novērtējums;
- ne visām ārstniecības personu specialitātēm ir izstrādāti profesionālās darbības vērtēšanas kritēriji, daļa izstrādāto kritēriju ir vispārīgi un nav definēti kritēriju izpildes vai neizpildes robežlielumi. Līdz ar to revidentu ieskatā resertifikācijas procesā netiek nodrošināts, ka ārstniecības personu profesionālās darbības apjoms, intensitāte un kvalitāte tiek vērtēta pēc noteikta standarta, gūstot pārliecību, ka resertificētas tiek tās ārstniecības personas, kuru profesionālā darbība atbilst definētam un augstam kvalitātes līmenim;
- profesionālās darbības pārskata iesniegšana būtiski neietekmē resertifikācijas lēmumu, tādējādi arī neveicina veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes saglabāšanu un paaugstināšanos, un revidentu ieskatā būtu izvērtējama tā sagatavošanas nepieciešamība;
- ne vienmēr Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienības un Latvijas Māsu asociācijas resertifikācijas procesos tiek izvērtēts, vai resertifikācijas pretendents 60% no tālākizglītības punktiem ir ieguvis savā specialitātē.

Revidentu ieskatā iepriekš minētais liecina par risku, ka resertifikācijas kārtība ir formāla un rada nevajadzīgu administratīvo slogu ārstniecības personām, tā ne vienmēr apliecina atbilstošu ārstniecības personas profesionālās kvalifikācijas uzturēšanu un pilnveidošanu, jo ārstniecības personas tiek resertificētas arī gadījumos, kad tās neatbilst resertificējamās ārstniecības personas izvirzītajiem kritērijiem vai personu atbilstība resertifikācijai netiek izvērtēta pēc būtības.

Lai gan iespēju apstrīdēt sertifikācijas padomes lēmumu Veselības ministrija akcentē kā vienu no deleģētā sertifikācijas uzdevuma uzraudzības mehānismiem, revīzijā konstatēts viens gadījums, kad Veselības ministrija atceļ sertifikācijas padomes lēmumu par atteikumu resertificēt ārstniecības personu un uzdod veikt atkārtotu personas resertifikāciju, lai gan personas ikdienas profesionālā darbība neiekļauj lielāko daļu attiecīgās specialitātes kompetences. Šādi rīkojoties, tā vietā, lai apstrīdēšanas procedūru izmantotu kā instrumentu sertifikātu nepamatotas piešķiršanas riska mazināšanai un panāktu, ka sertifikāti visos gadījumos tiek piešķirti tikai kompetentām personām, Veselības ministrija veicina pretējo – formālu un nepamatotu resertifikāciju, pēc būtības neizvērtējot personas kompetenci un resertificējot personu bez atbilstošas kompetences pretēji sertifikācijas noteikumu prasībām¹⁶¹.

Vai resertifikācija apliecina, ka ārstniecības persona uztur atbilstošu profesionālo kvalifikāciju un pilnveido to?

Saskaņā ar sertifikācijas noteikumiem¹⁶² ārstniecības personas sertifikātu izsniedz uz pieciem gadiem, un, ja persona vēlas atjaunot jeb pagarināt sertifikāta derīguma termiņu, tai ir jāveic resertifikācija un sertifikācijas institūcijā jāiesniedz šādi dokumenti:

- Resertifikācijas lapa, kurā tai skaitā jānorāda:
 - informācija par visām ārstniecības iestādēm, kurās sertifikāta derīguma termiņa laikā resertificējamā ārstniecības persona strādā vai ir strādājusi;
 - darba devēja sertificējamās ārstniecības personas kompetences raksturojums, ko aizpilda ārstniecības iestādes, kurā strādā ārstniecības persona, vadītājs vai īpašnieks. Ja ārstniecības persona strādā vairākās ārstniecības iestādēs (pamatspecialitātē, apakšspecialitātē, papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē), informācija nepieciešama no visām ārstniecības iestādēm. Darba devējs ar vērtējumu labi, apmierinoši vai neapmierinoši novērtē piecas kompetences jomas – profesionālās zināšanas, prasmes un pieredze, komunikācijas prasmes un sadarbība, profesionālās ētikas un deontoloģijas principu ievērošana, plānošanas un darba organizācijas prasmes, lēmumu pieņemšanas prasmes;
 - informācija par profesionālo un zinātnisko darbību un tālākizglītības pasākumiem ārstniecības personas sertifikāta derīguma termiņa laikā. Ārstiem, zobārstiem un fizioterapeitiem jāiegūst 250 tālākizglītības punkti, māsām un vecmātēm – 100 punkti, pārējām ārstniecības personām – 150 tālākizglītības punkti, ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē – 100 tālākizglītības punkti, no kuriem vismaz 60 % ir iegūti par profesionālās un zinātniskās darbības un tālākizglītības pasākumiem, kas attiecināmi uz resertificējamās ārstniecības personas profesionālo darbību sertifikātā norādītajā pamatspecialitātē, apakšspecialitātē, papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē;

- ārstniecības iestādes vadītāja apstiprināts profesionālās darbības pārskats attiecīgajā pamatspecialitātē, apakšspecialitātē, papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē, kurā uzrādīts sertifikāta derīguma termiņa laikā veiktā darba apjoms, intensitāte un kvalitāte (informāciju sniedz par visām ārstniecības iestādēm, kurās sertifikāta derīguma termiņa laikā resertificējamā ārstniecības persona strādā vai ir strādājusi);
- maksājumu apliecināšana dokumenta kopija par resertifikācijas procesa apmaksu.

Resertifikācija netiek piemērota, ja ir beidzies derīguma termiņš esošajam ārstniecības personas sertifikātam vai ja ārstniecības persona profesionālo darbību sertifikāta derīguma termiņa laikā sertifikātā norādītajā pamatspecialitātē, apakšspecialitātē, papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē Latvijā vai kādā no Eiropas Savienības dalībvalstīm ir veikusi mazāk nekā trīs gadus.

Saskaņā ar sertifikācijas noteikumiem sertifikācijas komisija atsaka resertifikāciju, ja:

- resertificējamā ārstniecības persona nav iesniegusi visus nepieciešamos dokumentus, nav ievērojusi šo dokumentu iesniegšanas termiņu vai iesniegtie dokumenti satur nepatiesu informāciju;
- profesionālās darbības pārskats neatbilst sertifikācijas padomes apstiprinātajiem kritērijiem;
- resertificējamā ārstniecības persona nav ieguvusi nepieciešamo tālākizglītības punktu skaitu.

Sertifikācijas padome koordinē, kontrolē un uzrauga sertifikācijas komisijas darbu.

Revīzijā veiktas pārbaudes visās sertifikācijas institūcijās, izlases veidā pārbaudot kopā 59 ārstniecības personu resertifikācijas gadījumus. Pārbaudē tika salīdzināta resertifikācijas dokumentos norādītā informācija ar Veselības inspekcijas datiem un sertifikācijas noteikumu prasībām un vērtēts, vai ārstniecības personu resertifikācija tiek īstenota atbilstoši sertifikācijas noteikumu prasībām.

Vismaz trīs gadu pieredze attiecīgajā specialitātē

Lai gan kā viens no būtiskākajiem resertifikācijas kritērijiem¹⁶³ ir noteikta prasība, ka ārstniecības personai sertifikāta derīguma termiņa laikā ir jābūt vismaz trīs gadus ilgai pieredzei sertifikātā norādītajā specialitātē Latvijā vai kādā no Eiropas Savienības dalībvalstīm, revīzijā konstatēti vairāki gadījumi, kad ārstniecības personas nodarbinātība attiecīgajā specialitātē saskaņā ar Veselības inspekcijas datiem neatbilst nepieciešamajam ilgumam, tomēr persona ir resertificēta, piemēram:

- ārstniecības persona strādā divās darba vietās – slimnīcā par medicīnas māsu no 2010.gada janvāra, savukārt ģimenes ārsta praksē par anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes māsu no 2013.gada jūlija, tādējādi anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes māsas sertifikāta derīguma termiņa laikā (2010.gada jūnijs – 2015.gada jūnijs) ārstniecības persona specialitātē ir nostrādājusi apmēram divus gadus;
- ārstniecības persona strādā divās darba vietās – Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestā par ārsta palīgu no 2011.gada jūlija, savukārt slimnīcā par anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes māsu no 2016.gada februāra, tomēr pretendents resertifikācijas lapā norāda, ka darba attiecības anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes māsas specialitātē ir no 2012.gada, tādējādi anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes māsas sertifikāta derīguma termiņa laikā (2012.gada maijs–2017.gada maijs) ārstniecības persona specialitātē ir nostrādājusi apmēram pusotru gadu;

- tehniskais ortopēds uz 2014.gada 1.janvāri reģistrēts kā nestrādājoša ārstniecības persona un specialitātē uzsācis darbu 2016.gada februārī, tomēr pretendents profesionālās darbības pārskatā norāda, ka tehniskā ortopēda specialitātē strādājis visu sertifikāta derīguma termiņu – no 2012.gada decembrim līdz 2017.gada decembrim–, lai gan saskaņā ar Veselības inspekcijas datiem tehniskā ortopēda sertifikāta derīguma termiņa laikā ārstniecības persona specialitātē ir nostrādājusi apmēram divus gadus;
- ārstniecības persona strādā vienā darba vietā gan par medicīnas māsu (no 1973.gada), gan par masieri (no 1999.gada), abos amatos darba attiecības tiek izbeigtas 2015.gada 2.aprīlī, un, sākot ar 2016.gadu, ārstniecības persona reģistrēta kā nestrādājoša. Tomēr profesionālās darbības pārskatā ārstniecības persona norāda un darba devējs apstiprina, ka ārstniecības persona ambulatorā dienesta ārsta palīga specialitātē sertifikāta derīguma termiņa laikā (2012.gada jūnijs–2017.gada jūnijs) ir strādājusi no 2012.gada jūnija līdz 2015.gada augustam, tātad trīs gadus;
- ārstniecības persona strādā divās darba vietās – slimnīcā par neatliekamās medicīnas ārsta palīgu no 2007.gada un veselības centrā par ambulatorā dienesta ārsta palīgu no 2016.gada janvāra, tādējādi ambulatorā dienesta ārsta palīga sertifikāta derīguma termiņa laikā (2012.gada jūnijs–2017.gada jūnijs) ārstniecības persona specialitātē ir nostrādājusi apmēram pusotru gadu;
- vairākos gadījumos ārstniecības personas strādā ārsta palīga (feldšera) profesijā, bet tiek resertificētas ambulatorā aprūpes dienesta ārsta palīga pamatspecialitātē.

Ņemot vērā iepriekš norādītos gadījumus, secināms, ka sertifikācijas institūcijas visos gadījumos nepārbauda resertificējamo ārstniecības personu norādītās informācijas patiesumu. Līdz ar to tiek resertificētas personas, lai gan tās neatbilst resertifikācijas prasībām, kuras izstrādātas, lai apliecinātu ārstniecības personas kompetenci nodarboties ar ārstniecību, turklāt sertifikācijas institūcijas nav nodrošinājušas kontroles mehānismu, lai šādus gadījumus novērstu.

Informācija par ārstniecības iestādēm un resertifikācijas pretendenta kompetences novērtējums

Lai gan saskaņā ar sertifikācijas noteikumu prasībām¹⁶⁴ resertifikācijas pretendenta resertifikācijas lapā ir jānorāda informācija par visām ārstniecības iestādēm, kurās sertifikāta derīguma termiņa laikā resertificējamā ārstniecības persona strādā vai ir strādājusi savā specialitātē, revīzijā, izlases veidā salīdzinot resertifikācijas lapā uzrādītās darba vietas attiecīgajā specialitātē un Veselības inspekcijas iesniegtos datus¹⁶⁵ par ārstniecības personu nodarbinātību, konstatēts, ka:

- vērtējot gadījumus, kad ārstniecības persona savā specialitātē strādā vairākās darba vietās atbilstoši Veselības inspekcijas datiem, tā resertifikācijas lapā vairākos gadījumos neuzrāda visas darba vietas:
 - 11 no 18 gadījumiem Latvijas Ārstu biedrībā;
 - piecos no astoņiem gadījumiem Latvijas Māsu asociācijā;
 - četros no četriem gadījumiem Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienībā;
- divos gadījumos ārstniecības persona uzrādījusi darba vietu, kurā tā saskaņā ar Veselības inspekcijas datiem nekad nav strādājusi.

Lai gan saskaņā ar sertifikācijas noteikumu prasībām¹⁶⁶ resertifikācijas lapā visiem resertifikācijas pretendenta darba devējiem ir jānovērtē resertifikācijas pretendenta kompetence, revīzijā konstatēts, ka

resertifikācijas lapā šo novērtējumu nav snieguši visi darba devēji atbilstoši Veselības inspekcijas datiem:

- 13 no 18 gadījumiem Latvijas Ārstu biedrībā;
- sešos no astoņiem gadījumiem Latvijas Māsu asociācijā;
- četros no četriem gadījumiem Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienībā.

Skaidrojot konstatētās neatbilstības, attiecīgās sertifikācijas institūcijas norāda, ka:

- darba vietu uzrādīšanas mērķis ir konstatēt kādu laika periodu ārsts vai zobārsts ir strādājis un vai tiek izpildīta prasība vismaz trīs gadus strādāt specialitātē sertifikāta derīguma termiņa laikā. Ja sertifikācijas noteikumos tiktu ietverta norma, kas kā vienu no sertifikācijas atteikuma pamatiem noteiktu, piemēram, negatīva ieteikuma saņemšanu no lielākās daļas norādīto ārstniecības iestāžu, tad tā varētu būt saprātīga prasība uzrādīt pilnīgi visas darba vietas attiecīgajā specialitātē. Turklāt sertifikācijas komisijai un sertifikācijas padomei nav iespēju noskaidrot pilnīgi visas pretendenta darba vietas, jo Veselības inspekcijas reģistrs mēdz būt nepilnīgs¹⁶⁷;
- sertifikācijas komisijai nav pamata neticēt resertificējamo personu uzrādītajiem datiem. Izskatot resertifikācijas lietas, sertifikācijas komisija gūst pārliecību, ka pretendenti praktizē un ir nostrādājuši nepieciešamo laiku attiecīgajā specialitātē, par ko liecina resertifikācijas pretendenta paraksts un darba devēja apstiprināts profesionālās darbības pārskats¹⁶⁸;
- sertifikācijas komisijām nav pamata apšaubīt informāciju, ja darba devējs apliecina, ka pretendents ir bijis darba tiesiskajās attiecībās ārstniecības iestādē, kā arī nav tiesības pieprasīt papildu pierādījumus, piemēram, darba līgumu. Informāciju par pretendenta pamata darba vietu publiski pieejama Veselības inspekcijas Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā, bet informācija par pretendenta papildu darba vietām nav publiski pieejama¹⁶⁹, sertifikācijas noteikumi neuzliek par pienākumu datus pārbaudīt, kā arī publiskajā sadaļā pieejamā informācija par ārstniecības personu nodarbinātību ārstniecības iestādēs ne vienmēr ir precīza un aktuāla.¹⁷⁰

Ņemot vērā iepriekš norādīto, secināms, ka sertifikācijas noteikumos paredzētā prasība resertifikācijas lapā sniegt informāciju par visām darba vietām specialitātē, kā arī saņemt un resertifikācijas lapā norādīt visu darba devēju novērtējumu netiek izpildīta un sertifikācijas komisija nepārbauda norādītās informācijas patiesumu, jo uzskata to par formālu prasību. Līdz ar to netiek iegūta pilnīga informācija par resertificējamās ārstniecības personas profesionālo darbību specialitātē, kas savukārt liecina, ka šādas sertifikācijas noteikumu prasības bez uzraudzības ir formāla un nesasniedz mērķi. Revidentu ieskatā visu darba devēju sniegtajam resertificējamās ārstniecības personas kompetences raksturojumam vajadzētu būt vienam no svarīgajiem novērtējumiem, ko sertifikācijas komisijai būtu jāņem vērā ārstniecības personas resertifikācijas procesā, jo darba devējs ikdienas novērtē un uzrauga darbinieka veikto profesionālo darbu un var sniegt kompetentu viedokli par to.

Profesionālās darbības pārskats un tā vērtēšanas kritēriji

Lai novērtētu ārstniecības personas profesionālās darbības apjomu, intensitāti un kvalitāti attiecīgajā specialitātē, saskaņā ar sertifikācijas noteikumiem¹⁷¹ sertifikācijas komisijas pienākums ir izstrādāt ārstniecības personas profesionālās darbības pārskata vērtēšanas kritērijus, kurus pēc to izstrādes apstiprina sertifikācijas padome. Ja resertifikācijas procesā tiek konstatēts, ka profesionālās darbības

pārskats neatbilst sertifikācijas padomes apstiprinātajiem kritērijiem, sertifikācijas komisija sagatavo priekšlikumu par atteikumu veikt resertifikāciju.

Revīzijā konstatēts, ka māsu pamatspecialitātēm un papildspecialitātēm, vecmātes, zobārstniecības māšas un zobu higiēnista pamatspecialitātēm profesionālās darbības pārskatu vērtēšanas kritēriji nav apstiprināti¹⁷².

Lai gan Latvijas Māsu asociācija norāda, ka, vērtējot profesionālās darbības pārskatus, tas ir, vērtējot, vai persona veic profesionālo darbību atbilstoši sertifikātā norādītās specialitātes kompetencei, tā izmanto ārējā normatīvajā aktā¹⁷³ noteiktos kompetenču aprakstus, revīzijā konstatēts gadījums, kad ārstniecības persona ir resertificēta specialitātē, kurā tā nestrādā:

- ārstniecības persona, kurai ir sertifikāts bērnu aprūpes māšas specialitātē, strādā laboratorijā par medicīnas māsu kopš 2007.gada;
- lai gan sertifikācijas komisija sniedza priekšlikumu atteikt personai resertifikāciju bērnu aprūpes māšas specialitātē, jo persona nestrādā attiecīgajā specialitātē, sertifikācijas padome tomēr personu resertificēja bērnu aprūpes māšas specialitātē;
- Latvijas Māsu asociācija, revīzijā skaidrojot šādu lēmumu, norādīja¹⁷⁴, ka ārstniecības personas pārskatā detalizēti ir sniegta informācija par darbu ar bērniem, kā arī laboratorijā strādājošai māšai ir ierobežotāka kompetenču darbība, kas ir attiecināma uz jebkuru māsu, kura strādā procedūru kabinetos;
- revīzijā, vērtējot profesionālās darbības pārskatā norādīto informāciju, ārstniecības persona attiecībā uz bērnu aprūpi ir norādījusi analīžu ņemšanu bērniem, bērnu un bērnu vecāku sagatavošanu manipulāciju veikšanai, bērnu vecāku izglītošanu par nepieciešamajiem pasākumiem, lai tiktu nodrošināta veiksmīga asins un citu materiālu parauga ņemšana un nogādāšana laboratoriskiem izmeklējumiem;
- salīdzinot šīs darbības ar bērnu aprūpes māšai noteiktajām kompetencēm¹⁷⁵, revidentu ieskatā māšas darbs laboratorijā daļēji atbilst tikai vienai no četrām bērnu aprūpes māšas kompetencēm – bērnu un viņu ģimenes locekļu izglītošana par veselības veicināšanu un uzturēšanu.

Ņemot vērā, ka iepriekš norādītajā gadījumā attiecīgajai specialitātei nav izstrādāti un apstiprināti profesionālās darbības pārskata vērtēšanas kritēriji, kā arī to, ka māšas darbs laboratorijā daļēji atbilst tikai vienai no četrām bērnu aprūpes māšas kompetencēm, ārstniecības personas resertifikācija konkrētajā gadījumā bērnu aprūpes māšas specialitātē revidentu ieskatā nav pamatota, turklāt tas liecina, ka šajā gadījumā resertifikācija ir veikta formāli, nevērtējot ārstniecības personas faktiskās kompetences atbilstību sertifikātā norādītās specialitātes kompetencei.

Revīzijā, izlases veidā vērtējot Latvijas Ārstu biedrības un Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienības sertifikācijas padomju apstiprinātos profesionālās darbības pārskatu vērtēšanas kritērijus kopā 10 nejauši izvēlētām specialitātēm, konstatēts, ka:

- daļai izlases specialitāšu kritēriji ir vispārīgi vai ir attiecināmi uz ikvienu specialitāti, piemēram, fizioterapeita specialitātei norādīti šādi kritēriji – ārstēšanas procesa nodrošināšanai pielieto Latvijā apstiprinātas fizioterapijas medicīniskās tehnoloģijas atbilstoši kompetencei, veic pašnovērtējumu un refleksiju par paša profesionālo darbību, izvērtē savas profesionālās darbības kvalitāti un spēj saskatīt tās uzlabošanai nepieciešamos pasākumus, ievēro profesionālo ētiku un saskarsmes kultūru;

- daļai izlases specialitāšu kā kritēriji norādītas sertifikācijas noteikumos noteiktās prasības¹⁷⁶, ka profesionālās darbības pārskatā jāatspoguļo sertifikāta derīguma termiņa laikā veiktā darba apjoms, intensitāte un kvalitāte;
- daļai izlases specialitāšu ir norādīti detalizēti kritēriji, kas raksturo attiecīgo specialitāti, piemēram, podologa specialitātei uzskaitītas piecas dažādas pacientu grupas, un sertifikācijas komisija vērtē, cik dažādām pacientu grupām pretendents ir sniedzis veselības aprūpes pakalpojumus sertifikāta derīguma termiņa laikā (sniedzot savu vērtējumu – profesionālā darbība atbilst, daļēji atbilst vai neatbilst katram no kritērijiem), tomēr nav definēts, kā novērtēt, vai profesionālā darbība atbilst, daļēji atbilst vai neatbilst attiecīgās specialitātes kompetencei, lai varētu uzskatīt, ka ārstniecības persona uztur savu kvalifikāciju.

Izlases veidā pārbaudot ārstniecības personu iesniegtos profesionālās darbības pārskatus, to iesniegšanas un satura atbilstību sertifikācijas noteikumu prasībām un sertifikācijas padomju apstiprinātajiem kritērijiem, konstatēts, ka:

- ārstniecības personas neiesniedz sertifikācijas institūcijā darba devēja apstiprinātu profesionālās darbības pārskatus par visām ārstniecības iestādēm, kurās sertifikāta derīguma termiņa laikā resertificējamā ārstniecības persona strādā vai ir strādājusi:
 - 18 no 18 gadījumiem Latvijas Ārstu biedrībā;
 - sešos no astoņiem gadījumiem Latvijas Māsu asociācijā;
 - četros no četriem gadījumiem Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienībā;
- sešos no 20 gadījumiem Latvijas Ārstu biedrībā ārstniecības personas iesniedz profesionālās darbības pārskatu, kuru nav apstiprinājis darba devējs vai to ir apstiprinājusi pati ārstniecības persona, lai gan attiecīgajos gadījumos tā nav sev darba devējs;
- profesionālās darbības pārskatos netiek sniegta informācija, kas raksturo resertificējamās ārstniecības personas profesionālās darbības kvalitāti, kā to nosaka sertifikācijas noteikumi¹⁷⁷;
- tajos gadījumos, kad attiecīgajai specialitātei ir izstrādāti profesionālās darbības pārskatu vērtēšanas kritēriji, sertifikācijas komisija par atbilstošu uzskata ļoti dažādu resertificējamās ārstniecības personas profesionālās darbības aprakstu, piemēram, tehniskā ortopēda profesionālās darbības pārskatu sertifikācijas komisija uzskata par atbilstošu gan gadījumā, kad persona 78% no kopējā profesionālās darbības apjoma konsultē pacientus un 5% – nodarbojas ar ortozēšanu, gan kad 5% no kopējā profesionālās darbības apjoma konsultē pacientus un 65% – nodarbojas ar ortozēšanu;
- lai gan kardiologa pamatspecialitātē saskaņā ar profesionālās darbības pārskata kritērijiem jānorāda pēdējo piecu gadu laikā veiktās manipulācijas un apgūtās metodes, vienā gadījumā konstatēts, ka resertifikācijas pretendents šādu informāciju nav sniedzis, tomēr ir resertificēts. Saskaņā ar Latvijas Ārstu biedrības sniegto skaidrojumu¹⁷⁸ kardiologa specialitātē ārsts var strādāt arī tikai konsultatīvajā un dežūru darbā un, ja šis darbs veikts vismaz trīs gadu periodā, kritēriji neierobežo sertifikāta piešķiršanu resertifikācijas kārtībā.

Revīzijā, apkopojot informāciju par gadījumiem, kad laika posmā no 2015.gada līdz 2017.gadam ārstniecības personai resertifikācija atteikta, jo profesionālās darbības pārskats neatbilst kritērijiem vai attiecīgās specialitātes kompetencei, konstatēts, ka resertifikācija iepriekš minētā iemesla dēļ ir atteikta:

- nevienā no 18 resertifikācijas atteikumiem Latvijas Ārstu biedrībā¹⁷⁹;
- 14 no 142 resertifikācijas atteikumiem Latvijas Māsu asociācijā¹⁸⁰;
- lai gan Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienība nav iesniegusi kopējo resertifikācijas atteikumu skaitu, kā visbiežākos iemeslus resertifikācijas atteikumam norāda nokavētu resertifikācijas dokumentu iesniegšanas termiņu un nepietiekamu tālākizglītības punktu skaitu resertifikācijas periodā.¹⁸¹

Apkopojot iepriekš norādīto, secināms, ka sertifikācijas noteikumos noteiktā prasība izstrādāt un apstiprināt profesionālās darbības pārskatu vērtēšanas kritērijus netiek ievērota attiecībā uz visām ārstniecības personu specialitātēm, daļa izstrādāto kritēriju ir vispārīgi, kā arī nav definēti kritēriju izpildes vai neizpildes robežlielumi. Tāpēc revidentu ieskatā resertifikācijas procesā netiek nodrošināts, ka ārstniecības personu profesionālās darbības apjoms, intensitāte un kvalitāte tiek vērtēta pēc noteikta standarta, gūstot pārliecību, ka resertificētas tiek tās ārstniecības personas, kuru profesionālā darbība atbilst definētam un augstam kvalitātes līmenim.

Arī iepriekš uzskaitītās nepilnības – profesionālās darbības pārskatu neiesniegšana par visām darba vietām specialitātē, pārskatu iesniegšana bez darba devēja apstiprinājuma un sertifikācijas institūciju nepietiekama uzraudzība un reaģēšana gan uz sertifikācijas noteikumiem neatbilstošu pārskatu iesniegšanu, gan uz pārskata saturisko neatbilstību noteiktajiem kritērijiem un būtiski atšķirīgas profesionālās darbības vienā specialitātē akceptēšana, kā arī tas, ka Latvijas Ārstu biedrībā nevienam resertifikācija nav atteikta profesionālās darbības pārskata neatbilstības kritērijiem dēļ, kā arī Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienībā šo iemeslu nenorāda kā visbiežāko iemeslu resertifikācijas atteikšanai – liecina, ka profesionālās darbības pārskata iesniegšana ir formāla un būtiski neietekmē resertifikācijas lēmumu. Tā kā pārskata iesniegšana būtiski neietekmē lēmumu, vai personu kvalifikācijas uzturēšana ir atbilstoša, revidentu vērtējumā būtu izvērtējama tā sagatavošanas nepieciešamība un lietderība.

Iegūto tālākizglītības punktu vērtēšana

Saskaņā ar sertifikācijas noteikumiem¹⁸² resertificējamai ārstniecības personai resertifikācijas lapā jānorāda informācija gan par profesionālās kvalifikācijas formālās un neformālās tālākizglītības pasākumiem (profesionālās pilnveides programmas, konferences, semināri u.c.), gan par profesionālo un zinātnisko darbību tālākizglītības jomā (apmācītātiesīgas personas darbs ar studentiem, darbs sertifikācijas komisijās, lekciju vadīšana ārstniecības personu tālākizglītības pasākumos u.c.). Savukārt sertifikācijas komisijai ir jāizvērtē¹⁸³, cik no kopējiem iegūtajiem tālākizglītības punktiem ir attiecināmi uz attiecīgās resertificējamās ārstniecības personas specialitāti (pamatspecialitātē, apakšspecialitātē, papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē) un cik – uz citām jomām, lai atbilstoši sertifikācijas noteikumu prasībām¹⁸⁴ novērtētu, vai 60% no tālākizglītības punktiem ir iegūti tieši attiecīgās resertificējamās ārstniecības personas specializācijas jomā.

Revīzijā konstatēts, ka vairākos gadījumos sertifikācijas komisijas neizvērtē, cik no resertifikācijas pretendenta iegūtajiem tālākizglītības punktiem ir iegūti savā specialitātē un citās jomās, līdz ar to pastāv risks, ka resertificējamā ārstniecības persona nav ieguvusi nepieciešamo tālākizglītības punktu skaitu un nodrošinājusi kvalifikācijas uzturēšanu un pilnveidi, jo:

- nevienā no 19 izlasē iekļautajām Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienības resertifikācijas lietām sertifikācijas komisija resertifikācijas lapā nav norādījusi, cik tālākizglītības punkti ir iegūti specialitātē un cik – citās jomās, bet resertifikācijas lapā vietā, kur būtu jānorāda specialitātē iegūtie punkti, tiek norādīti profesionālās kvalifikācijas formālās un neformālās tālākizglītības pasākumos iegūtie punkti, bet vietā, kur jānorāda citās jomās iegūtie punkti, norāda punktus, kas iegūti par profesionālo un zinātnisko darbību tālākizglītības jomā, vai arī visi iegūtie punkti tiek saskaitīti kopā un norādīti kā punkti, kas iegūti attiecīgās resertificējamās ārstniecības personas specialitātē;
- saskaņā ar Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienības sniegto skaidrojumu¹⁸⁵ sertifikācijas komisijas, vērtējot resertifikācijas pretendentes, izvērtēto informāciju atspoguļo sertifikācijas komisijas sēdes protokolos, kuros tiek veikti ieraksti par tālākizglītības punktu skaitu un specialitātē iegūto 60% tālākizglītības punktu skaitu. Lai gan revidenti piekrīt Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienība norādītajam, ka resertifikācijas lapā nav paredzēta speciāla sadaļa, kurā būtu jāieraksta faktiskais iegūto punktu procentuālais sadalījums (%), tomēr resertifikācijas lapā ir paredzēta vieta, kur jānorāda, cik no resertifikācijas pretendenta iegūtajiem tālākizglītības punktiem ir iegūti savā specialitātē un cik – citās jomās, neapreķinot to procentuālo sadalījumu, un Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienības sertifikācijas komisijas šādu punktu sadalījumu nenorāda;
- trīs fizikālās un rehabilitācijas medicīnas māsu resertifikācijas lapās sertifikācijas komisija nav norādījusi, cik tālākizglītības punkti ir iegūti specialitātē un cik – citās jomās, bet visi iegūtie punkti norādīti kā iegūti specialitātē, piemēram, saskaņā ar sertifikācijas komisijas norādīto informāciju resertifikācijas lapā fizikālās un rehabilitācijas medicīnas māsa ir ieguvusi 151 tālākizglītības punktu savā specialitātē. Revīzijā, vērtējot uz specialitāti attiecināto tālākizglītības punktu atbilstību, konstatēts, ka, iespējams, 60% no iegūtajiem tālākizglītības punktiem nav iegūti specialitātē (apmeklēti pasākumi par tēmām – neatliekamā palīdzība, pilates, profesionālā saskarsme, konfliktu cēloņi u.c.);
- saskaņā ar Latvijas Māsu asociācijas skaidrojumu¹⁸⁶ iegūtajos tālākizglītības punktos ir iekļauta mācību programma – Fizikālās medicīnas un rehabilitācijas māsa (480 tālākizglītības punkti), tomēr šādi punkti nav norādīti resertifikācijas lapas sadaļā par sertifikācijas komisijas priekšlikumu attiecībā uz resertifikāciju. Tā kā minēto mācību programmu ārstniecības persona apguva no 2010.gada decembra līdz 2011.gada jūnijam, savukārt iepriekšējā sertifikāta termiņš atjaunots 2011.gada maijā, iespējams, ka iegūtie 480 punkti ir ieskaitīti jau iepriekšējā ārstniecības personas sertifikācijas vai resertifikācijas procesā 2011.gada maijā un nebūtu atkāroti iekļaujami 2016.gada resertifikācijā. Revidentiem nebija iespēju pārbaudīt iepriekšējā sertifikācijas vai resertifikācijas lietā akceptēto tālākizglītības punktu skaitu, jo Latvijas Māsu asociācijas glabāšanā ir lietas tikai no 2012.gada¹⁸⁷, lai gan saskaņā ar sertifikācijas noteikumiem¹⁸⁸ sertifikācijas institūcijai ir pienākums ārstniecības personas iesniegtos dokumentus, kā arī sertifikācijas un resertifikācijas materiālus glabāt 10 gadus.

Revidentu ieskatā sertifikācijas noteikumu prasība 60% no tālākizglītības punktiem iegūt savā specializācijas jomā ir nozīmīga un nepieciešama, jo ārstniecības personas kvalifikācijas uzturēšanai un pilnveidošanai ir jābūt mērķtiecīgai un fokusētai tieši savā specialitātē, kurā tiek veikts resertifikācijas process. Tomēr iepriekš uzskaitītajos gadījumos netiek nodrošināts, ka sertifikācijas komisija pilnībā izpilda tai doto uzdevumu – izvērtē resertifikācijai iesniegtos dokumentus, kā arī sertifikācijas padome

nenodrošina pietiekamu sertifikācijas komisijas darba uzraudzību. Tādējādi, iespējams, sertifikāts ne vienmēr apliecina, ka ārstniecības persona savu kvalifikāciju ir pilnveidojusi nepieciešamajā apjomā.

Tā kā tālākizglītības punkti lielākoties apliecina, ka ārstniecības persona attiecīgo tālākizglītības pasākumu ir apmeklējusi un tajā piedalījusies, nevis apliecina ārstniecības personas iegūto kompetenci, revidentu ieskatā iegūto tālākizglītības punktu saturiskai izvērtēšanai resertifikācijas procesā ir būtiska nozīme.

Veselības ministrijas lēmumu pamatojība sertifikācijas institūciju lēmumu apstrīdēšanas procedūrā

Saskaņā ar sertifikācijas noteikumiem¹⁸⁹ sertifikācijas padomes lēmumu par sertifikāta piešķiršanu, par atteikumu piešķirt sertifikātu, par ārstniecības personas resertifikāciju vai par atteikumu veikt resertifikāciju, par izsniegtā sertifikāta darbības apturēšanu vai tā anulēšanu, kā arī sertifikācijas padomes lēmumu par profesionālās kvalifikācijas neformālā tālākizglītības pasākuma apstiprinājumu vai par atteikumu apstiprināt profesionālās kvalifikācijas neformālo tālākizglītības pasākumu var apstrīdēt Veselības ministrijā Administratīvā procesa likumā noteiktajā kārtībā.

Veselības ministrija uzskata, ka sertifikācijas noteikumos noteiktais sertifikācijas padomes lēmumu apstrīdēšanas mehānisms ir viens no ministrijas rīcībā esošajiem sertifikācijas uzraudzības mehānismiem.

Revīzijas ietvaros, apkopojot informāciju par Veselības ministrijā apstrīdētajiem sertifikācijas padomju lēmumiem¹⁹⁰, konstatēts, ka laika posmā no 2015.gada līdz 2017.gadam ministrijā ir apstrīdēti seši lēmumi – piecos gadījumos ministrija atstāja spēkā sertifikācijas padomju lēmumus (no tiem divos gadījumos tiesvedība turpinās) un vienā gadījumā – atcēla sertifikācijas padomes lēmumu:

- sertifikācijas padome, kuru pārstāv sertificēti attiecīgās jomas speciālisti, secināja, ka resertificējamā persona neatbilst ambulatorās aprūpes māsai izvirzītajām kompetencēm, jo persona ikdienā neveic ambulatorās aprūpes māsas pamatpienākumus – pacientu aprūpi–, bet gan veic medicīniskās dokumentācijas noformēšanu, tāpēc sertifikācijas padomes ieskatā personai nevar piešķirt tiesības patstāvīgi nodarboties ar ārstniecību attiecīgajā jomā;
- tomēr Veselības ministrija atcēla sertifikācijas padomes lēmumu par resertifikācijas atteikšanu, jo ministrijai nav pamata apšaubīt personas kompetenci veikt ambulatorās aprūpes māsas pienākumus.

Lai gan sertifikātam būtu jāapliecina ārstniecības personas kompetence sniegt kvalitatīvus veselības aprūpes pakalpojumus, revidentu vērtējumā konkrētajā gadījumā ārstniecības personas resertifikācija bija formāla procedūra:

- sertifikāts tika piešķirts personai, kura sertifikāta derīguma termiņa laikā nav veikusi profesionālo darbību attiecīgajā specialitātē vismaz trīs gadus, tādējādi rīkojoties pretēji sertifikācijas noteikumu prasībām¹⁹¹;
- netika pēc būtības ņemts vērā profesionāļu viedoklis par to, vai personas kompetence ir atbilstoša;
- ministrija tā vietā, lai apstrīdēšanas procesā nodrošinātu sertifikācijas procesa uzraudzību un atbilstību normatīvajiem aktiem, uzdeva atkārtoti resertificēt personu, kuras uzrādītās kompetences neatbilst attiecīgajai specialitātei nepieciešamajām kompetencēm.

Vai ārstniecības personu kvalifikācijas uzturēšanas prasības ir vienlīdzīgas?

Lai gan profesionālās kompetences vairākās profesijās un specialitātēs ir vienādas, valstī nav izveidota vienota un ar vienotiem noteikumiem nodrošināta profesionālās kvalifikācijas uzturēšanas kārtība, kas veicinātu vienlīdz augstu veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti. Ja persona veic profesionālo darbību profesijā, kvalifikācijas uzturēšanai ir noteiktas zemākas prasības un pārreģistrācijas iesnieguma izskatīšana Veselības inspekcijā ir bez maksas. Savukārt, ja persona profesionālo darbību veic specialitātē, kvalifikācijas uzturēšanai ir noteiktas augstākas prasības – noteiktu laiku veikt profesionālo darbību specialitātē, iesniegt profesionālās darbības pārskatu, iesniegt apgūto profesionālās un zinātniskās darbības un tālākizglītības pasākumu attaisnojuma dokumentus noteiktā apjomā, kā arī par iesnieguma izskatīšanu sertifikācijas padomē jāmaksā 48,38 *euro*.

Pamatojoties uz normatīvo aktu¹⁹², ārstniecības personas un ārstniecības atbalsta personas, kuras reģistrētas Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā un nav ieguvušas specialitāti (sertifikātu), profesionālo darbu veic attiecīgajā profesijā. Pamatojoties uz noteikumiem, ik pēc pieciem gadiem personai jāveic pārreģistrācija, iesniedzot Veselības inspekcijai informāciju par profesionālo zināšanu un prasmju apguvi vai pilnveidi attiecīgajā profesijā vismaz 150 akadēmisko stundu apjomā reģistrācijas termiņa laikā. Personām, kuras ieguvušas specialitāti (sertifikātu), sertifikāta derīguma termiņā jāveic profesionālās un zinātniskās darbības un tālākizglītības pasākumu apguve no 100 līdz 250 tālākizglītības punktu apjomā (viens tālākizglītības punkts ir vienāds ar vienu akadēmisko stundu), no kuriem vismaz 60% ir iegūti par profesionālo darbību iegūtajā specialitātē.

Šāda situācija ar ārstniecības personu kvalifikācijas uzturēšanu ir radusies vēsturiski, 1994.gadā ārstniecības personu sertifikācijas un kvalifikācijas uzturēšanas (resertifikācijas) funkciju nododot ārstniecības personu profesionālajām organizācijām. Tā ārstniecības personas tika sadalītas divās grupās – reģistrētās ārstniecības personās un sertificētās ārstniecības personās – ar dažādām prasībām kvalifikācijas uzturēšanai un uzraugošajām institūcijām. Veselības ministrijā situācijas risināšanai 2011.gadā tika izveidota darba grupu¹⁹³ par ārstniecības personu sertifikācijas kārtību. Viens no darba grupas priekšlikumiem bija veidot vienotu ārstniecības personu kvalifikācijas uzraudzības institūciju (sekretariātu), iespējams, Veselības inspekcijas, kura uztur ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistru, pārraudzībā. Rezultātā tika pieņemts normatīvais akts¹⁹⁴ par ārstniecības personu sertifikācijas kārtību, kurā pilnveidoja sertifikācijas, resertifikācijas procesu, bet pēc būtības nemainīja izveidojušos nevienlīdzīgo situāciju starp reģistrētajām ārstniecības personām un sertificētām ārstniecības personām.

Revīzijā noskaidrots, ka Veselības inspekcija kā reģistra pārzinis un turētājs veic kvalifikācijas uzturēšanu daļai ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu, tas ir, vidēji 7548 jeb 28% no reģistrā reģistrētajām personām. Personu, kuras ir ieguvušas specialitāti (sertifikātu), kvalifikācijas uzturēšanu veic profesionālās organizācijas. Tā kā pārreģistrācija un kvalitātes uzturēšana jāveic reizi piecos gados, Veselības inspekcija vidēji 1510 personām gadā izvērtē profesionālo zināšanu vai prasmju apguvi vai pilnveidi attiecīgajā profesijā noteikto apjomu un atbilstību profesijai.

Lai gan saskaņā ar Veselības ministrijas sniegto skaidrojumu¹⁹⁵ reģistrētām un sertificētām ārstniecības personām, kuras ir ieguvušas nepieciešamo profesionālo kvalifikāciju, kompetence ir vienāda, piemēram, fizioterapeitam, kurš var strādāt vai nu savā profesijā vai specialitātē, tomēr revīzijā konstatēts, ka profesionālās kvalifikācijas uzturēšanas prasības profesijā un specialitātē strādājošai personai ir atšķirīgas (skatīt 12.tabulā).

12.tabula

Profesijas un specialitātes salīdzinājums

	Profesija – fizioterapeits	Specialitāte – fizioterapeits
Pirmreizējā reģistrācija (bezmaksas)	Reģistrāciju veic pēc iegūtas atbilstošas augtākas izglītības	Reģistrāciju veic pēc iegūtas atbilstošas augtākas izglītības
Sertifikācija	Nekārto	Nokārto sertifikācijas eksāmenu, maksas pakalpojums 59,76 euro
Pārreģistrācija vai resertifikācija	Pārreģistrācija ik pēc pieciem gadiem	Resertifikācija pēc pieciem gadiem
Tālākizglītība	Profesionālo zināšanu vai prasmju apguve vai pilnveide 150 akadēmisko stundu apjomā	Profesionālās un zinātniskās darbības un tālākizglītības pasākumu apjoms 250 tālākizglītības punkti, no kuriem vismaz 60% ir iegūti specialitātē – vecmāte
Profesionālās darbības pārskats	Nav jāiesniedz	Ir jāpagatavo par katru darba vietu
Maksa par iesnieguma izskatīšanu	Bezmaksas	48,38 euro

Lai gan reģistrētu un sertificētu ārstniecības personu vai ārstniecības atbalsta personu kompetences prasības neatšķiras, kas apliecina, ka pacienti pakalpojums saņem vienlīdz augstā kvalitātē, revīzijā konstatētas būtiskas atšķirības profesionālās kvalifikācijas uzturēšanas prasībās reģistrētām un sertificētām ārstniecības personām. Piemēram, nesertificētajām ārstniecības personām nav jākārt sertifikācijas eksāmens un nav jāmaksā par to, veicot pārreģistrāciju reģistrā nav jāiesniedz profesionālās darbības pārskats un pārreģistrācija ir bez maksas, savukārt resertifikācijas procesā jāpagatavo profesionālās darbības pārskats par katru darba vietu un jāmaksā par iesnieguma izskatīšanu. Arī nepieciešamo tālākizglītības punktu apjoms ir dažāds ārstniecības personām ar vienādu kompetenci.

Ieteikumi

Lai nodrošinātu, ka resertificētas tiek tās ārstniecības personas, kuru profesionālā darbība un pilnveide atbilst definētam un augstam kvalitātes līmenim, Veselības ministrijai izvērtēt esošo resertifikācijas

prasību lietderību un pietiekamību, izstrādāt tādas resertifikācijas prasības, kuras objektīvi un pēc būtības raksturo ārstniecības personas profesionālo darbību un pilnveidi, vienlaicīgi neradot administratīvo slogu ārstniecības personām, kā arī nodrošināt noteikto prasību izpildes uzraudzību.

Lai ārstniecības personu kvalifikācijas uzturēšana būtu līdzvērtīga un vienlīdzīga visiem, iesakām Veselības ministrijai izvērtēt iespēju visām ārstniecības personām ar vienādu kvalifikāciju noteikt vienādas prasības kvalifikācijas uzturēšanai un izvērtēšanu veikt vienā iestādē (komisijā).

Vai sertifikācijas procesā tiek izvērtēti ārstniecības personu profesionālās darbības pārkāpumi?

Lai gan saskaņā ar sertifikācijas noteikumiem ārstniecības personas sertifikātu anulē, ja sertifikācijas institūcijai ir kļuvis zināms, ka ārstniecības persona profesionālajā darbībā ir būtiski pārkāpusi profesionālo darbību reglamentējošos normatīvos aktus un ētikas normas, tomēr esošā normatīvā regulējuma dēļ sertifikātu anulēt vai daļēji ierobežot tā darbību nav iespējams, jo nav izveidota nepieciešamā sadarbība un informācijas apmaiņa starp Veselības inspekciju, kas konstatē veselības aprūpes kvalitātes, tai skaitā ārstniecības personas profesionālās darbības pārkāpumus, un sertifikācijas institūcijām, kuras ir tiesīgas anulēt piešķirtos sertifikātus.

Izvērtējot ārstniecības personas atbilstību sertificēta speciālista statusam, netiek ņemta vērā informācija par Veselības inspekcijas konstatētajiem veselības aprūpes kvalitātes, tai skaitā ārstniecības personas profesionālās darbības pārkāpumiem. Tāpēc pastāv šaubas, cik lielā mērā sertifikāts apliecina ārstniecības personas kompetenci nodrošināt kvalitatīvus veselības aprūpes pakalpojumus.

Atbilstoši Ārstniecības likumam¹⁹⁶ ārstniecības personas sertifikāts apliecina attiecīgās personas profesionālo sagatavotību un norāda, ka ārstniecības persona kā speciālists ir kompetenta patstāvīgi nodarboties ar ārstniecību konkrētajā nozarē.

Saskaņā ar sertifikācijas noteikumiem¹⁹⁷:

- ārstniecības sertifikātu drīkst anulēt sertifikācijas padome, kura attiecīgo sertifikātu ir piešķīrusi;
- priekšlikumu sertifikāta anulēšanai var iesniegt plašs iesniedzēju loks – Veselības ministrija, Veselības inspekcija, Nacionālais veselības dienests, Centrālā medicīnas ētikas komisija, ārstniecības personu profesionālā organizācija, ārstniecības persona, kurai attiecīgais sertifikāts ir izsniegts, ārstniecības iestāde, kurā strādā attiecīgā ārstniecības persona, ārstniecības iestādes vai ārstniecības personu profesionālās organizācijas medicīnas ētikas komiteja, Tiesu ekspertu padome un Valsts valodas centrs;

- ir noteikts, kādos gadījumos ārstniecības personas sertifikātu anulē, tai skaitā sertifikātu anulē, ja sertifikācijas institūcijai ir kļuvis zināms, ka ārstniecības persona profesionālajā darbībā ir būtiski pārkāpusi profesionālo darbību reglamentējošos normatīvos aktus un ētikas normas;
- ja persona profesionālajā darbībā ir būtiski pārkāpusi profesionālo darbību reglamentējošos normatīvos aktus un ētikas normas, tad lēmumu par sertifikāta anulēšanu pieņem sertifikācijas padome pēc attiecīgās sertifikācijas institūcijas ētikas komisijas vai aroda tiesas priekšlikuma.

Tāpat sertifikācijas noteikumos ir paredzēts, ka priekšlikumu par sertifikāta anulēšanu sākotnēji izvērtē sertifikācijas institūcijas ētikas komisija vai aroda tiesa, un, pamatojoties uz šo izvērtējumu, sertifikācijas padome pieņem lēmumu. Lai gan sertifikācijas noteikumos ir paredzēts iepriekš norādītais priekšlikumu izvērtēšanas mehānisms – tas nedarbojas, jo sertifikācijas institūcijas un to struktūrvienības nav to institūciju skaitā, kurām ir tiesības saņemt un apstrādāt informāciju par pacientu¹⁹⁸, lai izvērtētu, vai priekšlikums par sertifikāta anulēšanu ir pamatots.

Saskaņā ar sertifikācijas noteikumiem arī gadījumā, ja priekšlikumu par sertifikāta anulēšanu sniedz Veselības inspekcija, kas ir atbildīga par veselības aprūpes profesionālās kvalitātes ārstniecības iestādēs kontroli¹⁹⁹, saņemto inspekcijas priekšlikumu atkārtoti ir jāizvērtē attiecīgās sertifikācijas institūcijas aroda tiesai, nevis jāpieņem izpildei.

Laika posmā no 2015.gada līdz 2017.gadam visās trīs sertifikācijas institūcijās kopā ir saņemti divi priekšlikumi par sertifikāta anulēšanu, no tiem, pamatojoties uz Veselības inspekcijas priekšlikumu, anulēts ir viens sertifikāts viltotu izglītības dokumentu dēļ (skatīt 13.tabulā).

13.tabula

Sertifikācijas institūcijās saņemto priekšlikumu par sertifikātu anulēšanu un anulēto sertifikātu skaits laika posmā no 2015.gada līdz 2017.gadam²⁰⁰

Sertifikācijas institūcija	Priekšlikumu par sertifikātu anulēšanu skaits	Anulēto sertifikātu skaits
Latvijas Ārstu biedrība	1	0
Latvijas Māsu asociācija	0	0
Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienība	1	1

Revīzijas ietvaros apkopota Veselības inspekcijas informācija par inspekcijā izskatītajām un pamatotajām sūdzībām par veselības aprūpes kvalitāti (skatīt 14.tabulā).

14.tabula

Veselības inspekcijā izskatīto un pamatoto sūdzību par veselības aprūpes kvalitāti skaits laika posmā no 2015.gada līdz 2017.gadam²⁰¹

Nosaukums	2015	2016	2017
Pamatoto un izskatīto sūdzību skaits kopā, tai skaitā sūdzības, kurās:	71	40	38
<i>piemēroti naudas sodi</i>	23	21	7
<i>izteikti brīdinājumi</i>	12	5	2

<i>ziņots tiesībsardzības iestādēm</i>	8	4	1
<i>iestājies noilgums</i>	27	12	26

Lai gan ārstniecības persona ir pieļāvusi būtisku profesionālās darbības pārkāpumu, kas liecina par to, ka ārstniecības personas profesionālajā sagatavotībā un kompetencē ir būtiski trūkumi, ārstniecības personas pieļautie profesionālās darbības pārkāpumi netiek ņemti vērā, kad tiek izvērtēta attiecīgās ārstniecības personas atbilstība sertificēta speciālista statusam. Tāpēc revidentu ieskatā būtiskam ārstniecības personas profesionālās darbības raksturojošam kritērijam – ir vai nav pieļauti pārkāpumi – netiek piešķirta nozīme, kas negatīvi ietekmē sertifikāta vērtību jeb kvalitātes zīmi.

Ieteikums

Lai veicinātu veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti, Veselības ministrijai veikt darbības, lai nodrošinātu, ka informācija par konstatētajiem veselības aprūpes kvalitātes, tai skaitā ārstniecības personas profesionālās darbības pārkāpumiem tiek ņemta vērā, izvērtējot personas atbilstību resertificētas ārstniecības personas statusam un nosakot profesionālo darbību uzlabojošus pasākumus.

Vai tālākizglītība tiek īstenota kā nepārtraukts process, kas ļauj ārstniecības personām uzturēt un pilnveidot ārstniecības prakses standartus atbilstoši veselības aprūpes sistēmas vajadzībām?

Ārstniecības personu profesionalitāte un to darbības kvalitāte ir viens no būtiskākajiem veselības aprūpes kvalitāti ietekmējošiem faktoriem, un tālākizglītība ir instruments, kas var tieši ietekmēt ārstniecības personu profesionālo darbības atbilstību noteiktiem standartiem.

Lai gan Veselības ministrijas uzdevums ir plānot un organizēt ārstniecības personu tālākizglītību, veicināt tālākizglītības procesa attīstību un kvalitātes nodrošināšanu un novērtēšanu, Veselības ministrijas iesaiste šī uzdevuma izpildē nav regulāra un sistemātiska, bet atkarīga no pieejamā ārējā finansējuma, jo ārstniecības personu tālākizglītībai netiek piešķirti valsts budžeta līdzekļi. Lai uzlabotu tālākizglītības pieejamību un mazinātu finansiālo slogu ārstniecības personām, Veselības ministrija tālākizglītības iespējas periodiski nodrošina ES fondu ietvaros, piemēram, no 2017.gada Veselības ministrija nodrošina tālākizglītības iespējas ministrijas noteiktajās prioritārajās veselības aprūpes jomās.

Starptautiski atzīta medicīnas tālākizglītības pasākumu plānošanas, izstrādes un īstenošanas labā prakse paredz, ka tālākizglītības organizācijas cikls sastāv no četriem posmiem – vajadzību apzināšanas, mērķu definēšanas, pasākuma izveides un rezultātu novērtējuma.

Revīzijā, vērtējot Latvijā izveidoto ārstniecības personu tālākizglītības plānošanas un organizācijas kārtību, secināts, ka tā neatbilst labas tālākizglītības organizācijas praksei, jo:

- tālākizglītība tiek plānota, pamatojoties uz nepilnīgu informāciju par veselības nozares kopējām vajadzībām un trūkumiem. Tā kā Veselības ministrija kā vadošā valsts pārvaldes iestāde veselības nozarē sistemātiski neiesaistās tālākizglītības satura veidošanā, tālākizglītības plānošanā netiek izmantota informācija par ārstniecības personu uzlabojamo prasmju izvērtējumu nozarē kopumā. Piemēram, netiek izmantota nozarē uzkrātā informācija par sūdzībām, pieļautajām kļūdām, konstatētajiem pārkāpumiem veselības aprūpes kvalitātes jomā, kas liecina par nepieciešamību uzlabot ārstniecības personu prasmes kādā konkrētā jomā, tāpēc pastāv risks, ka tālākizglītība nav pilnībā orientēta uz nozarē konstatēto aktuālo trūkumu novēršanu;
- plānojot un iesniedzot tālākizglītības pasākumus apstiprināšanai, nav noteikta prasība pasākuma organizatoram norādīt un pamatot tālākizglītības pasākuma mērķi, tādējādi akcentējot, kādas ārstniecības personu prasmes tiks pilnveidotas un kā tiks uzlabota veselības aprūpes kvalitāte;
- ārstniecības personu tālākizglītības rezultātu novērtēšana tiek veikta, saskaitot iegūtos tālākizglītības punktus pašā vienkāršākajā – līdzdalības – līmenī. Tā kā, organizējot tālākizglītības pasākumus, netiek noteikts to mērķis, esošā ārstniecības personu profesionālās kvalifikācijas uzturēšanas un novērtēšanas kārtība nesniedz priekšstatu par to, vai un kādā apmērā apgūtā tālākizglītība ir ļāvusi uzlabot profesionālo kvalifikāciju un kompetenci un veicinājusi labākas veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšanu.

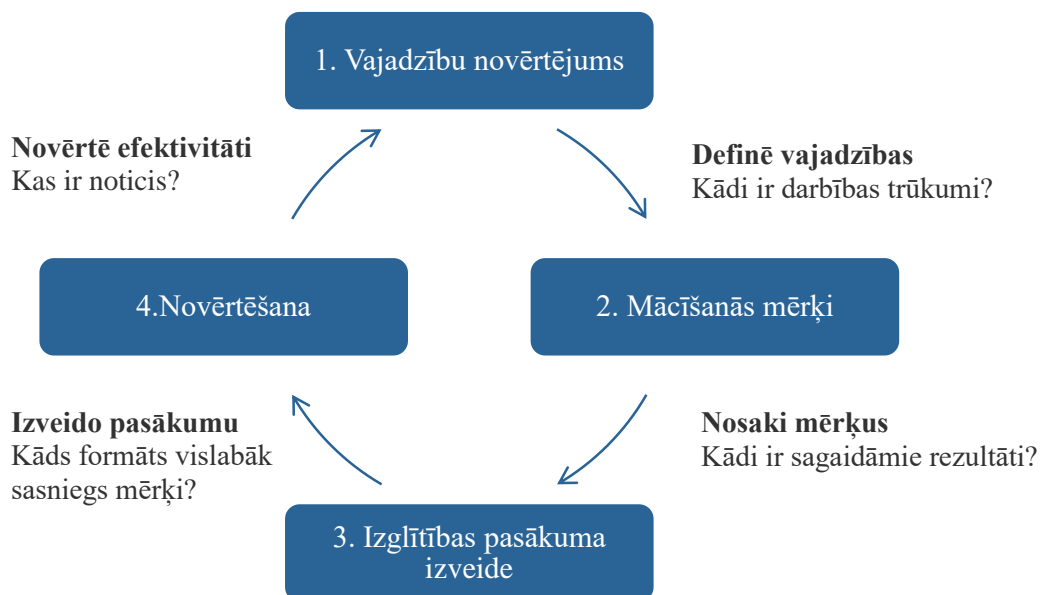
Lai gan Veselības ministrija ir izstrādājusi tālākizglītības pasākumu apstiprināšanas kārtību, tālākizglītības organizācijā ir saskatāmi trūkumi, kas neveicina efektīvu un pieejamu tālākizglītību:

- ne vienmēr tiek ievērota prasība tālākizglītības pasākumu apstiprināt tikai tad, ja ir saņemts attiecīgās profesionālās asociācijas saskaņojums vai lektors ir apmācīttiesīga persona vai mācībspēks, līdz ar to pastāv risks, ka tiek apstiprināti tādi tālākizglītības pasākumi, par kuriem nav gūta pārlicība, vai tie ir kvalitatīvi un nepieciešami ārstniecības personām;
- tālākizglītības pasākumu apstiprināšanu veic trīs organizācijās, tāpēc tiek uzturēti trīs atsevišķi tālākizglītības pasākumu reģistri, tādējādi radot gan nevajadzīgu administratīvo slogu un resursu patēriņu, gan apgrūtinot ārstniecības personu iespējas visus apstiprinātos tālākizglītības pasākumus ērti apskatīt un izvēlēties vienuviet.

Gan Lietuvā, gan Igaunijā ārstniecības personu tālākizglītības finansējumu veido arī valsts budžeta līdzekļi, turpretī Latvijā šim mērķim valsts budžeta līdzekļi netiek piešķirti. Latvijā apmaksāta tālākizglītība periodiski tiek nodrošināta, ja ir pieejams ES fondu finansējums, tāpēc ārstniecības personu finansiālais slogs, ko rada tālākizglītības pasākumu apmeklēšanas izmaksas, iespējams, ir lielāks, salīdzinot ar kaimiņvalstīm. Revidentu vērtējumā nepieciešamība pilnībā segt tālākizglītības izmaksas var negatīvi ietekmēt ārstniecības personu motivāciju nepārtraukti attīstīt zināšanas un profesionālās prasmes.

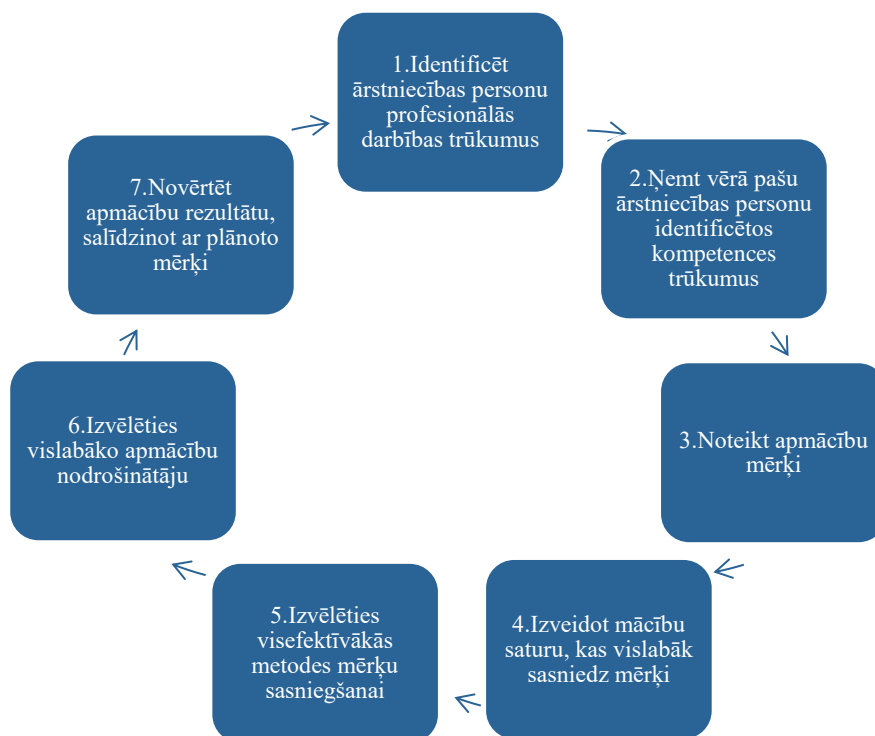
Saskaņā ar Pārvaldītas tālākizglītības medicīnā vadlīnijām²⁰² tālākizglītība (*continuing professional development*) tiek definēta kā nepārtraukts mācīšanās process ārpus pamatstudiju un pēcdiploma apmācībām, kas ļauj ārstniecības personām uzturēt un uzlabot ārstniecības prakses standartus, attīstot zināšanas, prasmes, attieksmi un uzvedību. Tālākizglītībai būtu jānodrošina arī ārstniecībā nepieciešamo izmaiņu ieviešanu.

Eiropas medicīnas tālākizglītības forumā (*European CME Forum*), kas 2015.gadā norisinājās Mančesterā, identificēta medicīnas tālākizglītības pasākumu plānošanas, izstrādes un īstenošanas labā prakse jeb izglītības plānošanas cikls²⁰³, kas sastāv no četriem pamatposmiem (skatīt 21.attēlu).



21.attēls. Izglītības plānošanas cikls.

Cits revīzijā identificētais tālākizglītības plānošanas modelis²⁰⁴ sastāv no vairākiem posmiem, tomēr modelī ir saglabāta pamatideja – tālākizglītības plānošanu sākt ar trūkumu identificēšanu un mērķu definēšanu (skatīt 22.attēlu).



22.attēls. Izglītības plānošanas modelis.

Revīzijā vērtēts, vai tālākizglītības plānošanas un organizācijas procesā Latvijā ir saskatāmas iepriekš norādīto labas tālākizglītības plānošanas modeļu pazīmes un vai tālākizglītības plānošanā un īstenošanā ir saskatāmi trūkumi un uzlabojumi.

Veselības ministrija politikas plānošanas dokumentos²⁰⁵ paredzēja izstrādāt vienotu tālākizglītības un pārraudzības modeli, nodrošināt pietiekamā skaitā un kvalifikācijā akadēmisko personālu, pilnveidot studiju programmas un attīstīt pētniecisko infrastruktūru, kā arī uzlabot studējošo sadzīves apstākļus un izveidot sociālo garantiju sistēmu, lai tādējādi nodrošinātu veselības nozares cilvēkresursu attīstību ilgtermiņā, attīstot izglītības sistēmu veselības aprūpes nozarē atbilstoši pieprasījumam darba tirgū.

Laikā līdz 2009.gada 1.oktobrim par ārstniecības personu tālākizglītību – specializāciju un profesionālās kvalifikācijas pilnveidošanu – bija atbildīgs Medicīnas profesionālās izglītības centrs²⁰⁶, pēc kura reorganizācijas²⁰⁷ uzdevumi, kas saistīti ar ārstniecības personu tālākizglītību, tika nodoti Veselības ministrijai.

Saskaņā ar Veselības ministrijas nolikumu²⁰⁸ no 2009.gada ministrija ir atbildīga par ārstniecības personu tālākizglītības plānošanu un organizēšanu, ārstniecības personu tālākizglītības procesa attīstības veicināšanu, kvalitātes nodrošināšanu un novērtēšanu un ārstniecības personu tālākizglītībai piešķirto valsts budžeta līdzekļu administrēšanu.

Ārstniecības personu tālākizglītībai nav paredzēts valsts budžeta finansējums, un Veselības ministrija tai noteiktos uzdevumus tālākizglītības jomā pamatā īsteno tikai Eiropas Savienības struktūrfondu finansējuma ietvaros. Tas nozīmē, ka, lai gan ministrijas nolikumā iekļautie ministrijas uzdevumi tālākizglītības jomā kopumā atbilst labas tālākizglītības pārvaldībai, tie netiek īstenoti regulāri un sistemātiski, jo ir atkarīgi no ārēja finansējuma pieejamības.

Revīzijā, vērtējot Veselības ministrijas paveikto ārstniecības personu izglītības jomā, konstatēts, ka tālākizglītības programmu ministrija nav izstrādājusi, tomēr tālākizglītība tika nodrošināta un attīstīta periodiski, izmantojot ES fondu finansiālo atbalstu:

- laika posmā no 2008.gada līdz 2014.gadam Veselības ministrija īstenoja ES fonda projektu “Veselības aprūpes un veselības veicināšanas procesā iesaistīto institūciju personāla tālākizglītība nozares ilgtspējīgai attīstībai” par kopējo finansējumu 15,8 milj. *euro*. Projekta ietvaros tika nodrošinātas bezmaksas tālākizglītības iespējas Latvijas ārstniecības nozares darbiniekiem visā Latvijā, tika izstrādātas 126 dažādas apmācību programmas, kurās tika apmācītas vairāk nekā 50 000 personas – ārsti, ārstu palīgi, medicīnas māsas, māsu palīgi, vecmātes, kā arī citi aprūpes un veselības veicināšanas procesā iesaistītie speciālisti²⁰⁹;
- savukārt 2017.gadā Veselības ministrija ir uzsākusi projekta “Ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla kvalifikācijas uzlabošana” īstenošanu 22,7 milj. *euro* apmērā. Šo projektu plānots īstenot līdz 2022.gadam. Projekta mērķis ir nodrošināt ārstniecības procesā iesaistītā personāla – ārstniecības personu, ārstniecības atbalsta personāla, farmaceitiskās aprūpes speciālistu un sociālā darba speciālistu – kvalifikācijas uzlabošanu prioritārajās veselības jomās – sirds un asinsvadu, onkoloģijas, bērnu, sākot no perinatālā un neonatālā perioda, un garīgās veselības jomā²¹⁰.

Atbildot uz Valsts kontroles jautājumu par to, kādas darbības ārstniecības personu tālākizglītības jomā Veselības ministrija īsteno ārpus Eiropas Savienības struktūrfondu finansētajiem projektiem, ministrija norādīja²¹¹, ka tā izstrādā tiesību aktus un attīstības plānošanas dokumentus. Kā vienu no izstrādātajiem normatīvajiem aktiem ministrija norāda sertifikācijas noteikumus, kuros ārstniecības personu tālākizglītības pasākumu apstiprināšana ir deleģēta profesionālo organizāciju sertifikācijas padomēm. Saskaņā ar sertifikācijas noteikumiem²¹²:

- tālākizglītības punkti ārstniecības personām piešķirami tikai par tādiem profesionālās kvalifikācijas neformāliem tālākizglītības pasākumiem (turpmāk – tālākizglītības pasākumiem), kurus ir apstiprinājusi sertifikācijas padome vai kuriem apstiprinājums nav nepieciešams atbilstoši sertifikācijas noteikumiem;
- tālākizglītības pasākuma organizators sertifikācijas padomei iesniedz:
 - informāciju par pasākuma saturu un formu, tai skaitā norāda pasākuma un tēmu nosaukumus, informāciju par lektoriem (ir apmācītājam ārstniecības persona vai mācītājs), piešķiramo tālākizglītības punktu skaitu un to, kādām ārstniecības personu specialitātēm punktus lūdz piešķirt;
 - pasākuma saturam atbilstošās profesionālās organizācijas saskaņojumu tālākizglītības punktu piešķiršanai, tādējādi apstiprinot pasākuma saturisko atbilstību attiecīgās specialitātes noteiktajām kompetencēm un teorētisko un praktisko zināšanu apjomam;
- lēmumu par tālākizglītības pasākuma apstiprināšanu vai atteikumu apstiprināt tālākizglītības pasākumu sertifikācijas padome pieņem, vērtējot, vai:
 - medicīniskie priekšlasījumi atbilst uz pierādījumiem balstītas medicīnas principiem;
 - medicīnisko priekšlasījumu lektori ir apmācītājam ārstniecības personas;

- katrai ārstniecības personu specialitātei ir noteikts resertifikācijai nepieciešamais tālākizglītības punktu skaits;
- 60% tālākizglītības punktu jāiegūst jomā, kurā persona vēlas resertificēties.

Vajadzību identificēšana un mērķu noteikšana

Saskaņā ar vadlīnijām²¹³ par pārvaldītu medicīnas tālākizglītību vajadzību novērtēšanai ir jābūt objektīvai un ārstniecības personu vajadzības ir jānovērtē “no ārpusēs”.

Pasaules Veselības organizācijas ziņojumā par ārstu mūžizglītību un resertifikāciju²¹⁴ norādīts, ka tālākizglītības pasākumu nodrošināšanai ir jābūt nodalītai no tālākizglītības pasākumu noteikumu izstrādes. Tālākizglītības noteikumu veidošanu finansē vai nu valsts sektors, vai profesionāļi no profesionālajām organizācijām. Savukārt tālākizglītība var tikt finansēta no citiem avotiem, arī no farmācijas nozares. Tā kā šāda tālākizglītības organizācija rada iespēju, ka pati nozare rada tālākizglītības saturu, valdībai ir jānodrošina neatkarīgas regulējošas institūcijas izveide, lai tā noteiktu tālākizglītības dienas kārtību saskaņā ar veselības aprūpes sistēmas vajadzībām.

Baltijas jūras reģiona programmas ietvaros sagatavotajā ziņojumā²¹⁵ par nepārtrauktas profesionālās attīstības stratēģiju ārstniecības personām primārajā veselības aprūpē, kurā vērtēti galvenie izaicinājumi primārajā veselības aprūpē, tai skaitā izaicinājumi un jaunu pieeju nepieciešamība primārās veselības aprūpes profesionāļu tālākizglītībai, sniegts ieteikums tālākizglītības stratēģiju veidot, pamatojoties ne tikai uz pašu ārstniecības personu vajadzību pašnovērtējumu, bet visu iesaistīto pušu vajadzību novērtējumu – arī pacientu, sabiedrības, finansētāju, darba devēju vajadzību novērtējumu. Ziņojumā norādīts, ka ārstniecības personām visgarākais periods bez strukturētas izglītības un apmācībām sākas pēc kvalifikācijas iegūšanas, tāpēc ir svarīgi, kā šis karjeras posms tiek organizēts, un, tā kā ārstniecības personas bieži mēdz izvēlēties tālākizglītības kursus par tēmām, kuras viņi labi pārzina un kuras viņus interesē, šādā gadījumā kursu izvēlē netiek ņemts vērā tas, kādas ir apmācību vajadzības. Lai identificētu apmācību vajadzības, ārstniecības personām ir vajadzīga informācija par viņu darbu, un tāpēc ir nepieciešama datu apkopošana, lai identificētu patiesās vajadzības.

Revīzijā konstatēts, ka saskaņā ar sertifikācijas noteikumiem tālākizglītības satura veidošanas iniciatīva ir nodota tālākizglītības pasākumu organizētāju rokās. Ārstniecības likumā²¹⁶ kā vienīgā obligātā apmācību tēma ir noteikta neatliekamā medicīniskā palīdzība.

Revīzijā konstatēts, ka tālākizglītības pasākumus īsteno plašs organizētāju loks – gan izglītības iestādes, gan ārstniecības personu profesionālās organizācijas, gan ārstniecības iestādes, gan citi uzņēmumi (tālākizglītības pasākumos specializējušies uzņēmumi, medicīnas un skaistumkopšanas tirdzniecības uzņēmumi u.c.), kas pieteikumus tālākizglītības pasākumu organizēšanai iesniedz attiecīgās profesionālās organizācijas sertifikācijas padomei apstiprināšanai.

Revīzijā apkopota vairāku profesionālo asociāciju, kas vienlaikus ir arī tālākizglītības pasākumu organizētāji, sniegtā informācija par to, kāda informācija tiek izmantota, lai identificētu ārstniecības personu vajadzības, plānojot un organizējot tālākizglītības pasākumus:

- aktualitātes, jaunākās tendences, problēmas attiecīgajā specialitātē Latvijā un ārvalstīs;
- profesionālās organizācijas biedru aptaujas un priekšlikumi par viņu vēlmēm un vajadzībām tālākizglītības jomā;
- attiecīgās specialitātes kompetences prasības atbilstoši Ministru kabineta noteikumiem.

Veselības ministrijas un tās padotības iestāžu rīcībā noteiktā apjomā ir informācija par veselības aprūpi un tās kvalitāti nozarē kopumā, piemēram, par Veselības inspekcijas konstatētajiem pārkāpumiem, problēmām, gadījumiem, kad pacientiem ir nodarīts kaitējums. Tomēr, tā kā ministrija sistemātiski neiesaistās tālākizglītības nodrošināšanā, šī informācija netiek mērķtiecīgi izmantota, lai identificētu tās ārstniecības personu prasmes, kuras ir nepieciešams uzlabot, plānojot un organizējot tādas tālākizglītības pasākumus, kas turpmāk novērstu iepriekš konstatētās problēmas.

Revidentu vērtējumā nozīmīgs informācijas avots par ārstniecības personu profesionālās kvalifikācijas un kompetences nepieciešamajiem uzlabojumiem ir arī informācija, kas tiek uzkrāta ārstniecības iestāžu iekšējās pacientu drošības ziņošanas–mācīšanās sistēmās²¹⁷, kas nodrošina informācijas vākšanu un analīzi par gadījumiem, kuru dēļ radies vai varēja rasties ar veselības aprūpi saistīts kaitējums pacientam.

Saskaņā ar Eiropas Padomes ieteikumu²¹⁸ dalībvalstīs ir jāveido nenosodoša ziņošanas un mācīšanās sistēma par nevēlamiem notikumiem, kas sniegtu informāciju par kļūdu, nevēlamo notikumu un starpgadījumu izplatības pakāpi, veidiem, cēloņiem un risinājumiem, lai šādi gadījumi neatkārtotos. Šādi sistēmai jānodrošina veselības aprūpes darbinieki aktīvi ziņot, izmantojot izstrādātos ziņošanas instrumentus, kas ir pārredzami, taisnīgi un neparedz sodus. Minētajiem ziņošanas instrumentiem būtu jāatšķiras no dalībvalstu disciplinārajām sistēmām un procedūrām attiecībā uz veselības aprūpes darbiniekiem, turklāt vajadzības gadījumā būtu jāprecizē tiesiskie jautājumi saistībā ar veselības aprūpes darbinieku atbildību. Kā norāda Veselības inspekcija, Latvijā būtisks šķērslis pilnīgas informācijas par ārstniecības personu pieļautajām kļūdām iegūšanai un tās tālāk izmantošanai mērķtiecīgas tālākizglītības plānošanā un kļūdu novēršanā ir ārstniecības personām noteiktās administratīvās un kriminālatbildības saglabāšana pārkāpumu gadījumā. Saskaņā ar Pasaules Veselības organizācijas aplēsēm vienam no 10 pacientiem attīstītajās valstīs tiek nodarīts kaitējums laikā, kad pacients atrodas slimnīcā, un aptuveni 50% no šiem gadījumiem būtu iespējams novērst²¹⁹.

Revīzijā konstatēts, ka, iesniedzot sertifikācijas padomē pieteikumu par tālākizglītības pasākuma apstiprināšanu, tālākizglītības pasākumu organizētājam nav noteikta prasība norādīt tālākizglītības pasākuma mērķi un pamatojumu, kāpēc šāds pasākums ir nepieciešams un kāds būs ieguvums no tā. Revidenti vērs uzmanību, ka pasākuma mērķa norādīšana ir nepieciešama un var uzlabot tālākizglītības pasākumu efektivitāti, ja vienlaikus tiek īstenota atbilstoša uzraudzība pār tālākizglītības pasākumu mērķu sasniegšanu, pretējā gadījumā mērķu norādīšana būtu formāla prasība bez pievienotās vērtības. Piemēram, Lietuvā tālākizglītības pasākumu organizatoram ir jāsniedz informācija par tā nepieciešamību, mērķi, sasniedzamajiem rezultātiem (prasmes un zināšanas), esošo materiālo bāzi u.c. Izskatot šo pieteikumu, tiek vērtēts, vai tālākizglītības pasākuma mērķi un sagaidāmie uzlabojumi atbilst profesionāļu prasībām, kvalifikācijai un sabiedrības vajadzībām²²⁰.

Ņemot vērā, ka iegūtie tālākizglītības punkti apliecina attiecīgo pasākumu apmeklēšanu, nevis ārstniecības personas iegūto kompetenci tālākizglītības pasākumā, revidentu ieskatā ir svarīgi definēt ietvaru, kāda satura tālākizglītības pasākumus katrai specialitātei būtu jāapmeklē, pamatojoties uz konstatētajām nozares vajadzībām. Lai tālākizglītības pasākums būtu noderīgs, ir jādefinē tālākizglītības pasākuma mērķis – ko tālākizglītības organizētājs vēlas panākt, kādas specialitātes ārstniecības personu kompetences tas vēlas uzlabot, kādas ārstniecības kļūdas novērst.

Revīzijā kā labā prakse konstatēts, ka vairākos gadījumos attiecīgās specialitātes profesionālās organizācijas savas jomas speciālistiem nosaka tālākizglītības tēmas, kuras resertifikācijas procesā tiks

attiecinātas uz obligāti iegūstamo tālākizglītību specialitātē (60%) un kuras tiks attiecinātas uz tālākizglītību citās jomās (40%), piemēram, vairāku māsu pamatspecialitātēm.

Latvijas Māsu asociācijas ieskatā būtu centralizēti jādefinē tālākizglītības moduļi, kas attiecīgajai specialitātei ir jāapgūst, jo tā būtu vieglāk pārraudzīt, organizēt un attīstīt šādu tālākizglītību. Piemēram, Lietuvā tālākizglītības pasākumiem ir nepieciešams Veselības ministrijas apstiprinājums, izņemot gadījumus, ja pasākumus organizē izglītības iestādes, kuras īsteno attiecīgo speciālistu studiju programmas, vai ja pasākumu organizē noteiktas Lietuvas universitātes slimnīcas u.c. noteiktos gadījumos²²¹.

Tālākizglītības pasākumu izveide un organizēšana

Lai profesionālās organizācijas sertifikācijas padome apstiprinātu tālākizglītības pasākumu un attiecīgi par tā apmeklēšanu ārstniecības personām piešķirtu noteiktu tālākizglītības punktu skaitu, sertifikācijas noteikumos noteiktas divas pamatprasības, kuras izpildot būtu jānodrošina profesionāļu ieskatā vajadzīgs un kvalitatīvs tālākizglītības pasākums:

- pasākuma saturam atbilstošās profesionālās organizācijas saskaņojums tālākizglītības punktu piešķiršanai;
- medicīnisko priekšlasījumu lektora atbilstība apmācītītiesīgas ārstniecības personas statusam vai izglītības iestādes mācībspēka statusam.

Revīzijā konstatēts, ka ne vienmēr sertifikācijas institūcijās ir izveidots izsekojams pasākumu saskaņošanas process, jo par vairākiem tālākizglītības pasākumiem sertifikācijas institūcijas nevarēja revidentiem uzrādīt attiecīgās profesionālās organizācijas saskaņojumu, kuriem tāds bija nepieciešams saskaņā ar sertifikācijas noteikumiem:

- trīs no 15 izlases tālākizglītības pasākumiem Latvijas Māsu asociācijā;
- četros no 15 izlases tālākizglītības pasākumiem Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienībā.

Deleģējums Latvijas Ārstu biedrībai, Latvijas Māsu asociācijai un Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienībai apstiprināt to ārstniecības personu sarakstus, kurām ir tiesības ārstniecības iestādēs veikt izglītojamo un ārstniecības personu apmācību, ir noteikts Ārstniecības likumā²²², un, pamatojoties uz šo deleģējumu, sertifikācijas institūcijas ir izstrādājušas iekšējos noteikumus²²³ ar prasībām, kuras nepieciešamas apmācītītiesīgas ārstniecības personu statusa iegūšanai, un galvenās no tām ir – sertifikāts vai vismaz viena resertifikācija un prakses pieredze attiecīgajā specialitātē, rekomendācija no savas profesionālās organizācijas, vēlama pedagoģiska pieredze u.c.

Veselības ministrija norāda, ka apmācītītiesīgas ārstniecības personas statusa iegūšana ir nepieciešama, lai apliecinātu, ka attiecīgajai ārstniecības personai ir atbilstoša profesionālā pieredze un zināšanas. Tomēr revīzijā vairākos no izlasē iekļautajiem gadījumiem konstatēts, ka Latvijas Māsu asociācijas un Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju apvienības apstiprināto tālākizglītības pasākumu lektori (gadījumos, kad pasākumu vada viens lektors) vai daļa no tālākizglītības pasākumā iekļautajiem lektoriem (ja pasākumu vada vairāki lektori) nav apmācītītiesīgas personas vai mācībspēki, tādējādi ne vienmēr tiek ievērotas sertifikācijas noteikumu prasības, radot šaubas, vai šāda prasības daļēja ievērošana sasniedz tās mērķi:

- Latvijas Māsu asociācijas skaidro²²⁴, ka, lai gan vairākos gadījumos lektori nav apmācītiesīgas ārstniecības personas, tālākizglītības programmas turētāji ir sertificētas un apmācītiesīgas ārstniecības personas un atbild par programmas kvalitāti un saturu. Ja tiek prezentēta šaura joma, nav lietderīgi piešķirt apmācītiesīgas ārstniecības personas statusu;
- lektors nav apmācītiesīga ārstniecības persona, bet ir neonatoloģijas apvienības valdes loceklis;
- lektors ir 2017.gadā resertificēts kosmētiķis, bet nav apmācītiesīga ārstniecības persona;
- lektors nav apmācītiesīga ārstniecības persona, bet ir jomas eksperts, kas piesaistīts tālākizglītības programmas realizācijai par šauru tēmu;
- semināra tēma ir ar šauru specializāciju, un Latvijā ir ierobežots ārstniecības personu loks, kas ir specializējušās šajā jomā, tādēļ semināram tika izvēlēti lektori, kas ieguvuši padziļinātas zināšanas, praksi un pieredzi gan Latvijā, gan ārvalstīs.

Iepriekš norādītie gadījumi, kad sertifikācijas noteikumos noteiktās prasības par saskaņojuma nepieciešamību un lektora atbilstību apmācītiesīgas personas vai mācībspēka statusam ne vienmēr tiek izpildītas, tomēr tālākizglītības pasākums tiek apstiprināts, liecina, ka ne vienmēr pieteiktais tālākizglītības pasākums tiek izvērtēts atbilstoši sertifikācijas noteikumos noteiktajai procedūrai, kuras izstrādes mērķis ir nodrošināt kvalitatīvu un ārstniecības profesionāļiem nepieciešamu un noderīgu tālākizglītību.

Saskaņā ar sertifikācijas noteikumiem katra profesionālās organizācijas sertifikācijas padome apstiprina savai kompetencei atbilstošos tālākizglītības pasākumus pēc tam, kad ir saņemts saskaņojums no profesionālās organizācijas (asociācijas), kuras speciālistiem konkrētais tālākizglītības pasākums tiek organizēts. Revīzijā konstatēts, ka profesionālās organizācijas savstarpēji daļēji atzīst citas profesionālās organizācijas apstiprinātos tālākizglītības pasākumus, ja tie atbilst attiecīgās specializācijas ārstniecības personu kompetencei, piemēram, Latvijas Māsu asociācija un Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienība ir noslēgušas vienošanās ar Latvijas Ārstu biedrību, ka ārstniecības personu resertifikācijas procesā tiek atzīti arī tie pasākumi, kurus ir apstiprinājusi Latvijas Ārstu biedrība, ja tie atbilst attiecīgās specializācijas ārstniecības personu kompetencei.²²⁵ Gan Latvijas Ārstu biedrības, gan Latvijas Māsu asociācijas mājaslapā publiski ir pieejams apstiprināto tālākizglītības pasākumu saraksts, turpretī Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienībai mājaslapa nav pieejama, līdz ar to tās apstiprinātie tālākizglītības pasākumi ir pieejami attiecīgo specialitāšu asociācijas mājaslapās.

Lai gan profesionālās organizācijas daļēji atzīst citas profesionālās organizācijas apstiprinātos tālākizglītības pasākumus, revidentu ieskatā esošais tālākizglītības pasākumu apstiprināšanas process rada nevajadzīgu administratīvo slogu un resursu patēriņu, jo katra organizācija izstrādā iekšējās pasākumu apstiprināšanas procedūras, velta personāla un finanšu resursus apstiprināto kursu saraksta publiskai uzturēšanai. Turklāt, tā kā viens tālākizglītības pasākums var būt noderīgs vairākām specialitātēm (piemēram, gan ārstiem, gan māsām, gan funkcionālajiem speciālistiem), nodrošinot centralizētu tālākizglītības pasākumu apstiprināšanas procesu un izveidojot vienotu tālākizglītības kursu reģistru, vienlaicīgi saglabājot profesionālo asociāciju iesaisti, visām ārstniecības personām vienkopus būtu pieejams pilnīgs saraksts ar pieejamajiem tālākizglītības pasākumiem.

Tālākizglītības novērtējums

Tālākizglītības pasākumi ir jāīsteno ar mērķi novērst vai samazināt atšķirību starp ārstniecības personu esošo un vēlamo profesionālo darbību. Ja plānošanas posmā ir identificēti esošie trūkumi, apmācību vajadzības un sasniedzamie mērķi, tie ir izmantojami arī tālākizglītības rezultātu novērtēšanai.

Tālākizglītības rezultāti demonstrē, vai tālākizglītības pasākumi tiešām uzlabo veselības aprūpi. Tālākizglītības pasākumu rezultātus var novērtēt septiņos līmeņos jeb pakāpēs²²⁶:

- līdzdalības līmenis – vai piedalījās apmācībās;
- apmierinātības līmenis – vai apmācības patika;
- zināšanu līmenis – vai papildināja zināšanas;
- kompetences līmenis – vai spēj nodemonstrēt apgūto;
- izpildīšanas līmenis – vai praksē izmanto apgūto;
- pacienta veselības līmenis – vai uzlabojās;
- sabiedrības veselības līmenis – vai uzlabojās.

Šie līmeņi darbojas kā kāpnes – kad ārstniecības personas nodemonstrē vienā līmenī sasniegto, tās var nokļūt nākamajā, piemēram, kompetences uzlabošana (4.līmenis) nodrošina iespēju uzlabot savu profesionālo darbību praksē (5.līmenis), piemēram, ārstniecības persona piedalās tālākizglītības pasākumā par ādas vēža atklāšanu un, ja ārstniecības personas veikto biopsiju skaits palielinās pēc dalības attiecīgajā tālākizglītības pasākumā, tātad tālākizglītības pasākumā iegūtā kompetence ļauj uzlabot ārstniecības personas profesionālo darbību, tādējādi sasniedzot tālākizglītības rezultātu ar lielāku pievienoto vērtību. Šāds tālākizglītības novērtēšanas modelis var būt kritērijs, lai novērtētu tālākizglītības pasākumu rezultātus.

Lai gan tālākizglītības punktu vākšana par apmeklētajiem tālākizglītības pasākumiem netiek vērtēts kā vispiemērotākais efektīvas tālākizglītības dokumentēšanas un motivācijas rīks, lielākajā daļā valstu, kurās ir noteikts tālākizglītības regulējums, arī Latvijā, šāda sistēma tiek izmantota²²⁷.

Arī saskaņā ar sertifikācijas noteikumiem tas, vai ārstniecības persona ir pilnveidojusi savu profesionālo kvalifikāciju, tiek noteikts, resertifikācijas procesā saskaitot iegūtos tālākizglītības punktus par ārstniecības personas apmeklētajiem tālākizglītības pasākumiem un vērtējot, vai tie atbilst attiecīgajai specialitātei un obligāti noteiktajam punktu skaitam. Līdz ar to revīzijā konstatēts, ka Latvijā ārstniecības personu tālākizglītība galvenokārt tiek novērtēta pirmajā – līdzdalības – līmenī, jo resertifikācijas procesā ārstniecības persona iesniedz apmeklēto tālākizglītības pasākumu sarakstu, tādējādi apliecinot savu līdzdalību šajos pasākumos. Iespējams, daļa tālākizglītības pasākumu organizētāju lūdz ārstniecības personām tālākizglītības pasākuma noslēgumā aizpildīt novērtējuma anketas vai aizpildīt testu, tādējādi apliecinot iegūtās zināšanas, kas atbilstoši iepriekš norādītajam modelim atbilstu nākamajiem tālākizglītības rezultātu novērtēšanas līmeņiem – apmierinātības un zināšanu līmenim –, tomēr šāda tālākizglītības rezultātu novērtēšana ir brīvprātīga.

Atbildot uz Valsts kontroles jautājumu, kāds ir ārstniecības personu sertifikācijas un resertifikācijas, tai skaitā tālākizglītības mērķis, vai un kā var izmērīt sertifikācijas institūciju sasniegtos rezultātus, Veselības ministrija norādīja, ka sasniedzamos galvenos mērķus attiecībā uz veselības aprūpes kvalitāti ietekmē vairāki faktori, ne tikai ārstniecības personu sertifikācijas un resertifikācijas process, bet arī, piemēram, veselības aprūpes procesa organizācija (pakalpojumu pieejamība, savlaicīgums) un

efektivitāte (iespēja ar pieejamiem līdzekļiem/resursiem sasniegt rezultātu), objektivitāte (klīnisko vadlīniju un klīnisko algoritmu izmantošana), nepārtrauktība (pacients saņem nepārtrauktu un pilnu nepieciešamo medicīnisko aprūpi) u.c.

Ņemot vērā, ka ārstniecības personu tālākizglītība ir instruments, kas var tieši ietekmēt ārstniecības personu profesionālās darbības atbilstību noteiktiem standartiem, revidentu ieskatā tālākizglītības rezultātu novērtēšana, saskaitot iegūtos tālākizglītības punktus pašā vienkāršākajā – līdzdalības – līmenī, nesniedz priekšstatu par to, vai ir sasniegts tālākizglītības mērķis, tāpēc ir nepieciešams pakāpeniski virzīties uz tālākizglītības novērtējumu augstākā līmenī, lai sniegtu pamatotu novērtējumu tam, vai ārstniecības personu tālākizglītība ir veicinājusi identificēto trūkumu novēršanu un labākas veselības aprūpes nodrošināšanu vai arī ir nepieciešami uzlabojumi.

Tālākizglītības finansēšanas salīdzinājums

Salīdzinot Baltijas valstīs pastāvošo praksi tālākizglītības finansēšanā, revīzijā konstatēts, ka gan Lietuvā, gan Igaunijā tālākizglītības finansēšanā iesaistās valsts:

- Igaunijā ārstniecības personām tiesības praktizēt savā specialitātē tiek piešķirtas bez laika ierobežojumā, resertifikācija ir brīvprātīga – tā nav noteikta Igaunijas normatīvajos aktos, tomēr vairākas profesionālās organizācijas ir ieviesušas regulāras resertifikācijas sistēmas, tai skaitā nosakot resertifikācijai nepieciešamās tālākizglītības prasības²²⁸. Obligāta prasība veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem (iestādēm) ir katru gadu nodrošināt vismaz 60 stundu profesionālu apmācību katrai ārstniecības personai²²⁹. Igaunijas Veselības apdrošināšanas fonds maksā ārstniecības iestādēm par to sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, sedzot visas izmaksas, kas saistītas ar pakalpojuma sniegšanu, tai skaitā, iekļaujot lielāko daļu obligāto apmācību izmaksu,²³⁰
- Lietuvā ārstniecības personām, kuras ir saņēmušas licenci praktizēt savā specialitātē, ir pienākums uzlabot savu profesionālo kvalifikāciju: ārstiem – 120 stundas piecu gadu laikā (no tiem 60% apmācību atbilstoši licencē norādītajai kvalifikācijai), māsām – 60 stundas piecu gadu laikā.²³¹ Lietuvas Veselības ministrija, lai izpildītu ārstniecības personu mācību vajadzības un, ņemot vērā pieejamos valsts budžeta resursus, ārstniecības personām ik pēc pieciem gadiem apmaksā līdz 60% no pamata cenas par obligāti noteikto tālākizglītības stundu apmeklējumu. Pārējās izmaksas sedz cita juridiska vai fiziska persona vai pati ārstniecības persona.²³²

Kā jau norādīts iepriekš, ārstniecības personu tālākizglītībai Latvijā netiek piešķirts valsts budžeta finansējums, bet ārstniecības persona kā ikviens Latvijas iedzīvotājs katru gadu var iesniegt Valsts ieņēmumu dienestā ienākumu deklarāciju, lai saņemtu no valsts iepriekšējā gada laikā pārmaksāto iedzīvotāju ienākumu nodokli par izglītības, tai skaitā kvalifikācijas paaugstināšanas, izdevumiem²³³.

Ieteikums

Lai ārstniecības personu tālākizglītība būtu vērsta uz problēmu novēršanu un efektīva, tādējādi uzturot un uzlabojot ārstniecības personu kvalifikāciju un prasmes sniegt kvalitatīvus veselības aprūpes pakalpojumus, Veselības ministrijai regulāri un sistemātiski īstenot tās nolikumā noteiktos tālākizglītības nodrošināšanas uzdevumus, tai skaitā nodrošināt, ka:

- tālākizglītības vajadzības tiek noteiktas mērķtiecīgi, pamatojoties uz ārstniecības personu pilnveidojamo prasmju, tai skaitā konstatēto trūkumu, pārkāpumu regulāru izvērtējumu nozarē kopumā, nodrošinot atbilstošu tālākizglītības pasākumu īstenošanu;
- tiek izvērtēta sertifikācijas noteikumos noteikto tālākizglītības pasākumu prasību²³⁴ pietiekamība, lai pasākumu atzītu kā kvalitatīvu un noderīgu, kā arī nodrošināt minēto prasību ievērošanu;
- tiek veicināta tālākizglītības radītās ietekmes kvalitatīva novērtēšana, iegūto novērtējumu izmantojot tālākizglītības turpmākai pilnveidošanai;
- tālākizglītības pasākumu apstiprināšana tiek veikta centralizēti, vienlaicīgi saglabājot profesionālo asociāciju iesaisti, pēc vienotiem standartiem, nodrošinot vienu apstiprināto tālākizglītības pasākumu reģistru;
- ārstniecības personām sistēmiski tiek mazināts finansiālais slogs, ko rada obligāto tālākizglītības prasību izpilde.

Vai piemērotā resertifikācijas maksa ir pamatota?

Sertifikācijas institūcijas no ārstniecības personām divas reizes iekasē maksu par vienu un to pašu resertifikācijas pakalpojumu sniegšanu, kā rezultātā ārstniecības personām laikā no 2015. līdz 2017.gadam ir radīti nepamatoti izdevumi 312 244 *euro*.

Sertifikācijas institūcijām deleģētā valsts pārvaldes uzdevuma – ārstniecības personu sertifikācijas un resertifikācijas – īstenošanai valsts budžeta līdzekļi netiek piešķirti. Saskaņā ar Veselības ministrijas sniegto informāciju²³⁵ laikā līdz 2013.gada 18.janvārim ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu profesionālo zināšanu pārbaudes, sertifikāta noformēšanas, reģistrēšanas un tā dublikāta izgatavošanas maksas pakalpojumu cenrādi noteica Labklājības ministrijas 1998.gada 11.marta rīkojums Nr.58 “Par ārstniecības personu sertifikācijas pakalpojumu cenrāža apstiprināšanu” (skatīt 15.tabulu).

15.tabula

Ārstniecības personu sertifikācijas pakalpojumu cenrādis²³⁶

Nr.p.k.	Pakalpojums	Cena, Ls	Cena, euro
1.	Ārstniecības personas sertifikācija, ja sertifikācijas eksāmens tiek kārtots ar datora palīdzību	27,00	38,42
2.	Ārstniecības personas sertifikācija, ja sertifikācijas eksāmenu pieņem Sertifikācijas eksāmenu komisija	32,00	45,53
3.	Ārstniecības personas sertifikācija, ja divus un vairākus teorētiskos sertifikācijas eksāmenus un praktisko sertifikācijas eksāmenu pieņem Sertifikācijas eksāmenu komisija	42,00	59,76
4.	Ārstniecības personas resertifikācija	17,00	24,19

Veselības ministrija izstrādāja un Ministru kabinets 2013.gada 15.janvārī apstiprināja jaunu sertifikācijas pakalpojumu cenrādi²³⁷, iekļaujot piecus dažādus pakalpojumus (skatīt 16.tabulu). Saskaņā ar Veselības ministrijas sniegto informāciju²³⁸ maksas pakalpojumu izcenojumi noteikti atbilstoši Ministru kabineta 2011.gada 3.maija noteikumiem Nr.333 “Kārtība, kādā plānojami un uzskaitāmi ieņēmumi no maksas pakalpojumiem un ar šo pakalpojumu sniegšanu saistītie izdevumi, kā arī maksas pakalpojumu izcenojumu noteikšanas metodika un izcenojumu apstiprināšanas kārtība”, maksas pakalpojumu cenas aprēķinot pakalpojuma izmaksas dalot ar prognozēto pakalpojumu skaitu. Cenrāža anotācijā²³⁹ norādīts, ka, tā kā noteikumu projekts neparedz maksas pakalpojumiem cenu palielinājumu un maksa tiks iekasēta tādā pašā apmērā kā līdz šim, sabiedrības līdzdalība noteikumu projekta izstrādē netika nodrošināta.

16.tabula

Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu profesionālo zināšanu pārbaudes un sertifikācijas maksas pakalpojumu cenrādis

Nr.p.k.	Pakalpojuma veids	Mērvienība	Cena, Ls	Cena, euro
1.	Profesionālās darbības pārskata izvērtēšana	aptaujas anketa	10,00	14,23
2.	Sertifikācijas eksāmena praktiskās daļas kārtošana	sertifikācijas eksāmens	10,00	14,23
3.	Sertifikācijas eksāmena teorētiskās daļas kārtošana	sertifikācijas eksāmens	15,00	21,34
4.	Resertifikācija	resertifikācijas lapa	17,00	24,19
5.	Sertifikāta vai tā dublikāta noformēšana, reģistrēšana un izsniegšana	sertifikāts/dublikāts	7,00	9,96

Revīzijas laikā arvien bija spēkā 2013.gada 27.augustā apstiprinātais sertifikācijas pakalpojumu cenrādis²⁴⁰, kurā maksas pakalpojumu cenas konvertētas no latiem uz *euro*, citas izmaiņas tajā neveicot.

Lai gan resertifikācijas cena gan Labklājības ministrijas 1998.gada 11.marta rīkojumā Nr.58 “Par ārstniecības personu sertifikācijas pakalpojumu cenrāža apstiprināšanu”, gan šobrīd spēkā esošajā cenrādī²⁴¹ ir 24,19 *euro*, saskaņā ar sertifikācijas institūciju (Latvijas Ārstu biedrības, Latvijas Māsu asociācijas) mājaslapās norādīto informāciju par resertifikāciju faktiski tiek piemērota cena 48,38 *euro*, kura veidota, resertifikācijas maksai 24,19 *euro* apmērā pieskaitot maksu par profesionālās darbības pārskata izvērtēšanu 14,23 *euro* apmērā un maksu par sertifikāta noformēšanu, reģistrēšanu un izsniegšanu 9,96 *euro* apmērā. Piemēram, Latvijas Laboratorās medicīnas biedrības mājaslapā ir norādīts, ka sakarā ar Latvijas Ārstu biedrības iniciētajām izmaiņām sertifikācijas un resertifikācijas maksas ir ievērojami paaugstinātas – attiecīgi 59,76 *euro* un 48,38 *euro*,²⁴² lai gan cenrādī izmaiņas nav veiktas.

Revidentu ieskatā sertifikācijas institūciju iekasētā maksa 48,38 *euro* apmērā par resertifikāciju nav pamatota, jo tajā divas reizes ir iekļauta maksa par vienu un to pašu resertifikācijas pakalpojumu:

- Labklājības ministrijas 1998.gada 11.marta rīkojumā Nr.58 “Par ārstniecības personu sertifikācijas pakalpojumu cenrāža apstiprināšanu” resertifikācijas cena ir 24,19 *euro* un Veselības ministrija,

izstrādājot 2013.gada 15.janvārī apstiprināto cenrādi²⁴³, anotācijā norāda, ka maksas pakalpojumu cenas netiek palielinātas. Tādējādi secināms, ka resertifikācijas cena tiek saglabāta tādā apmērā kā iepriekš, proti, 24,19 *euro* apmērā – kā noteikts Labklājības ministrijas 1998.gada 11.marta rīkojumā Nr.58 “Par ārstniecības personu sertifikācijas pakalpojumu cenrāža apstiprināšanu”;

- sertifikācijas institūcijas faktiski piemērotajā maksā 48,38 *euro* apmērā par resertifikāciju dubultā apmērā ir iekļauta maksa par profesionālās darbības pārskata izvērtēšanu 14,23 *euro* apmērā un maksa par sertifikātu 9,96 *euro* apmērā, jo:
 - laikā, kad saskaņā ar Labklājības ministrijas 1998.gada 11.marta rīkojumu Nr.58 “Par ārstniecības personu sertifikācijas pakalpojumu cenrāža apstiprināšanu” resertifikācijas maksa bija noteikta 24,19 *euro* apmērā, resertifikācijas procesā ārstniecības personai sertifikācijas institūcijā bija jāiesniedz iesniegums, pārskats par profesionālo darbību un kvalifikācijas celšanu atbilstoši attiecīgās specialitātes nolikuma prasībām²⁴⁴. Arī revīzijas laikā spēkā esošajos sertifikācijas noteikumos²⁴⁵ resertifikācijas pretendents sertifikācijas institūcijā ir jāiesniedz saturiski tā pati informācija – resertifikācijas lapa jeb iesniegums, kurā norādīti iegūtie tālākizglītības punkti, un profesionālās darbības pārskats, tāpēc revidentu ieskatā sertifikācijas institūciju papildus piemērotajai maksai par profesionālās darbības pārskata izvērtēšanu un sertifikāta izsniegšanu, kas pēc būtības jau ir iekļauts resertifikācijas pakalpojumā 24,19 *euro* apmērā, nav pamatojuma;
 - atbildot uz Valsts kontroles jautājumu, kas ir iekļauts resertifikācijas pakalpojumā par cenu 24,19 *euro*, Veselības ministrijas norādīja²⁴⁶, ka, ja sertifikācijas institūcija akceptē resertificējamās ārstniecības personas pārskatu par tās profesionālo darbību un kvalifikācijas celšanu, resertificējamā ārstniecības persona saņem sertifikātu atkārtoti bez sertifikācijas eksāmena kārtošana. Tātad no ministrijas sniegtās atbildes secināms, ka resertifikācijas pakalpojumā par cenu 24,19 *euro* ir iekļauti visi resertifikācijai nepieciešamie pakalpojumi – profesionālās darbības pārskata un kvalifikācijas celšanas izvērtēšana, kā arī sertifikāta izsniegšana–, tāpēc papildu maksas iekasēšanai par profesionālās darbības pārskata izvērtēšanu un sertifikāta izsniegšanu, nav pamatojuma;
- saskaņā ar Valsts kontrolē iesniegto²⁴⁷ sertifikācijas maksas pakalpojumu izcenojumu aprēķinu pakalpojumu skaits tādiem pakalpojumiem kā profesionālās darbības pārskata izvērtēšana, eksāmena praktiskās daļas kārtošana, teorētiskās daļas kārtošana ir prognozēts 250, savukārt resertifikācijas pakalpojumiem – 5016, līdz ar to vienīgais pakalpojums, kur prognozētais pakalpojumu skaits tiek noteikts, pamatojoties uz resertificējamo personu skaitu, ir resertifikācijas pakalpojums par cenu 24,19 *euro*;
- saskaņā ar maksas pakalpojumu izcenojumu aprēķinu sertifikācijas institūciju kopējās izmaksas, kas rodas no resertifikācijas pakalpojuma nodrošināšanas, ir 121 331 *euro* (85 272 lati), prognozējamais resertificējamo skaits 5016, kā rezultātā aprēķināts resertifikācijas pakalpojuma izcenojums 24,19 *euro*.

Revidentu ieskatā sertifikācijas maksas pakalpojumu cenrādis²⁴⁸, kurā noteiktas piecu dažādu pakalpojumu cenas, nesniedz skaidru priekšstatu par to, kāda ir sertifikācijas vai resertifikācijas cena, jo cenrādī cenas atsevišķi norādītas tādiem pakalpojumiem kā, piemēram, profesionālā darbības pārskata izvērtēšana vai sertifikācijas eksāmena teorētiskās daļas kārtošana, kurus persona atsevišķi no citiem

pakalpojumiem nevar saņemt. Lai gan cenrādī norādītas cenas pieciem dažādiem pakalpojumiem, sertifikācijas institūcijas savās mājaslapās norāda cenas diviem pamatpakalpojumiem – sertifikācijai un resertifikācijai –, tāpēc revidentu ieskatā nav saprotama tik detalizēta pakalpojumu un to cenu sadalīšana, ja praktiski tiek piemērotas divas pamatpakalpojumu cenas – sertifikācijas un resertifikācijas cena.

Ņemot vērā, ka sertifikācijas institūcijas par resertifikācijas pakalpojumu pieprasa ne tikai maksu par resertifikāciju 24,19 *euro* apmērā, bet arī maksu par profesionālās darbības pārskata izvērtēšanu 14,23 *euro* apmērā un maksu par sertifikātu 9,96 *euro* apmērā, kas pēc būtības jau vēsturiski ir iekļauts resertifikācijas maksā, revīzijā aprēķināts, ka laika posmā no 2015.gada līdz 2017.gada ārstniecības personām ir radīti nepamatoti izdevumi 312 244 *euro* apmērā (skatīt 17.tabulu).

17.tabula

Ārstniecības personu resertifikācijas izdevumu salīdzinājums

Nosaukums	Rādītājs
Resertifikāciju skaits Latvijas Ārstu biedrībā, Latvijas Māsu asociācijā, Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienībā kopā laika posmā no 2015. līdz 2017.gadam	12 908 resertifikācijas
Ārstniecības personu faktiskie izdevumi kopā, maksājot 48,38 <i>euro</i> par resertifikāciju	624 489 <i>euro</i>
Ārstniecības personu izdevumi kopā, maksājot 24,19 <i>euro</i> par resertifikāciju	312 245 <i>euro</i>
Pārmaksa	312 244 <i>euro</i>

Datu avots: Latvijas Ārstu biedrības, Latvijas Māsu asociācijas, Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienības iesniegtie sertifikātu reģistri par 2015. –2017.gadu.

Papildus revidenti uzver, ka saskaņā ar Ministru kabineta noteikumiem par ārstniecības personu reģistru²⁴⁹ Veselības inspekcija savā tīmekļvietnē publisko un uztur aktuālo informāciju par reģistrētās ārstniecības personas vai ārstniecības atbalsta personas vārdu, uzvārdu, identifikatoru, profesiju, kurā personai ir tiesības nodarboties ar ārstniecību, reģistrācijas termiņu, darbavietu ārstniecības iestādē, specialitāti darbavietā, iegūtajiem ārstniecības personas sertifikātiem un to derīguma termiņiem. Tā kā reģistrā tiek iekļauta un publiski ir pieejama informācija par to, vai ārstniecības personai ir sertifikāts un kāds ir tā derīguma termiņš, revidentu ieskatā sertifikāta nepieciešamība papīra formā ir izvērtējama, tā samazinot ārstniecības personām izdevumus par sertifikāciju un resertifikāciju.

Ieteikums

Lai mazinātu ārstniecības personu finansiālo slogu, Veselības ministrijai izvērtēt ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu profesionālo zināšanu pārbaudes un sertifikācijas pakalpojumu cenrādī²⁵⁰ noteikto visu pakalpojumu nepieciešamību un faktiski piemēroto pakalpojumu cenu lielumu atbilstību un pamatotību.

Vai Veselības ministrija Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistru izmanto kā instrumentu nozares plānošanai un uzraudzībai?

Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra izveidi un uzturēšanu revidenti vērtē kā nozīmīgu instrumentu cilvēkresursu attīstības plānošanā veselības aprūpē, tomēr divi no četriem reģistra izveides un uzturēšanas mērķiem – uzkrāt un izmantot datus veselības aprūpes politikas veidošanai un īstenošanai, kā arī uzraudzībai – nav sasniegts, jo reģistra dati nav pilnīgi un atbilstoši, tāpēc tie pilnvērtīgi nav izmantojami paredzētajam mērķim.

Reģistrā uzkrātie dati nesniedz precīzu informāciju par nozarē praktizējošo speciālistu skaitu un to faktisko noslodzi, tāpēc cilvēkresursu datu analīzei netiek aptvertas visas ārstniecības personas un visas specialitātes. Revīzijā secināts, ka reģistrā uzkrātos datus nevar pilnvērtīgi analizēt pēc kritērija “ārstniecības persona pamatdarbā”, jo 12% no ārstniecības personām praktizē tikai blakusdarbā, kā arī, ja ārstniecības persona praktizē divās darba vietās un katrā vismaz divās specialitātēs, tad tikai vienā darba vietā viena specialitāte ir norādīta kā pamatdarbs, kas ne visos gadījumos ir pilnas slodzes darbs.

Reģistrā uzkrātie dati nesniedz pilnu un aktuālu informāciju par ārstniecības personu amatiem un specialitātēm darba vietā, jo par reģistra uzturēšanu atbildīgā Veselības inspekcija nav izveidojusi mehānismu, lai panāktu, ka ārstniecības iestādes savlaicīgi un precīzi informētu inspekciju par izmaiņām ārstniecības personu nodarbinātībā. Inspekcija nav ieviesusi arī automatizētas loģiskās kontroles, kas samazinātu datu neatbilstību risku atbilstoši klasifikatoru (specialitātes, kodu, amatu) izmaiņām, jo revīzijā secināts, ka reģistrā ir norādīta informācija par ārstniecības personas specialitāti darba vietā, lai gan sertifikāta termiņš ir beidzies, reģistrā ārstniecības personai norādīta specialitāte, kura neatbilst izsniegtajam sertifikātam, ārstniecības personas amats neatbilst specialitātei.

Veselības inspekcija neizmanto savā rīcībā esošo ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā uzkrātos datus par ārstniecības personu nodarbinātību ārstniecības iestādēs kā riska analīzes instrumentu, lai optimālāk plānoto pārbaužu apjomā tiktu iekļautas ārstniecības iestādes ar identificēto augtāku neatbilstības riska pakāpi.

Pasaules Veselības organizācija ir atzinusi, ka valsts veselības aprūpes darbinieku reģistra izveide ir būtiska veselības aprūpes sistēmas stiprināšanai valstī. Precīzu un savlaicīgu veselības aprūpes darbinieku datu uzskaiti ir būtiska veselības aprūpes darbaspēka plānošanai, profesiju prioritāšu izvirzīšanai valsts līmenī, apmācībai, neprecīzas informācijas samazināšanai un dubultu ierakstu par

veselības aprūpes darbiniekiem likvidēšanai, ārstu prakšu regulējuma uzlabošanai un atbilstošu veselības aprūpes speciālistu sertifikātu derīguma termiņu uzraudzīšanai. Turklāt veselības aprūpes darbinieku reģistrs var nodrošināt efektīvu kvalitātes kontroli, jo var viegli piekļūt informācijai par veselības aprūpes personāla izglītību, kvalifikāciju un nodarbinātību, kā arī palīdzēt budžeta veidošanā, pētniecības attīstībā un atbalstīšanā.²⁵¹

Veselības ministrija, uzsākot sagatavot cilvēkresursu attīstības politiku, uzskatīja, ka ir nepieciešams uzkrāt kvalitatīvus datus par ārstniecības un atbalsta personu iegūto izglītību un kvalifikāciju, par to prakses vietām un profesionālo darbību, tāpēc 2005.gadā ministrija nolēma veidot vienotu ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistru, par atbildīgo iestādi reģistra uzturēšanā un papildināšanā nosakot Veselības inspekciju.

Veselības inspekcija, pamatojoties uz deleģējumu²⁵², veic ārstniecības un ārstniecības atbalsta personu:

- pirmreizēju reģistrāciju;
- pārreģistrāciju;
- reģistrācijas termiņa atjaunošanu;
- reģistrācijas termiņa apturēšanu un reģistrācijas anulēšanu;
- uztur un aktualizē reģistru.

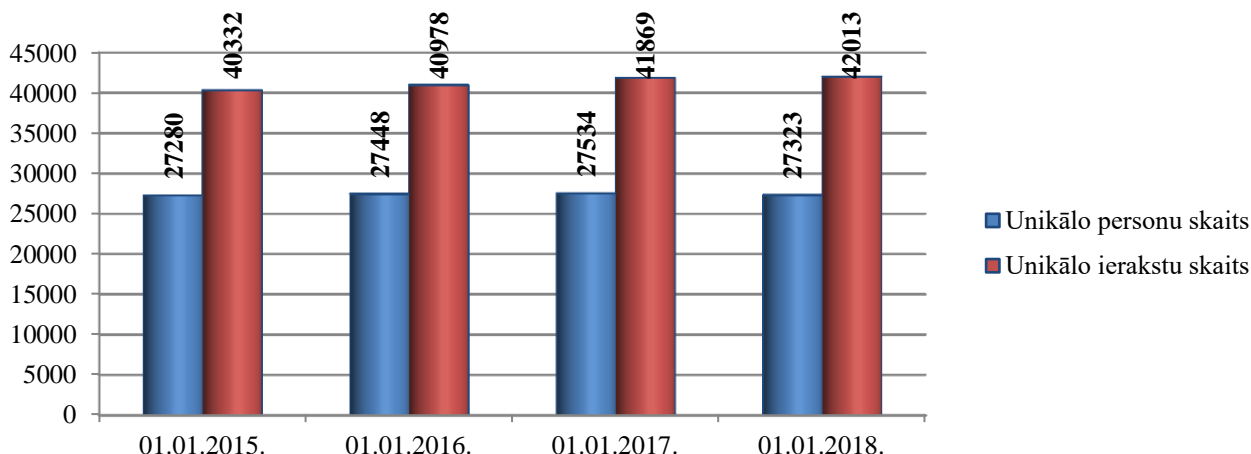
Līdz 2016.gadam ārstniecības personu reģistra uzturēšanu mērķis bija plašs un nekonkrēts – nodrošināt ar informācijas apriti²⁵³, bet, stājoties spēkā jaunajam reģistra uzturēšanas regulējumam²⁵⁴, reģistra mērķis tika konkretizēts, proti:

- nodrošināt veselības aprūpes politikas veidošanai un īstenošanai nepieciešamās informācijas iegūšanu, uzkrāšanu un izmantošanu;
- nodrošināt ārstniecības uzraudzībai nepieciešamo informāciju;
- uzraudzīt ārstniecības personu profesionālās kvalifikācijas uzturēšanu;
- nodrošināt sabiedrībai informāciju par reģistrētajām ārstniecības personām un ārstniecības atbalsta personām.

Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā iekļauj ārstniecības personu 31 profesiju un 133 specialitātes, kā arī 10 ārstniecības atbalsta personu specialitātes un 45 metodes (ārstnieciskās un diagnostiskās).

Revīzijā konstatēts, ka uz 2018.gada sākumu reģistrā reģistrētas 27 323 personas, kas ir par 211 jeb 0,8% mazāk nekā gadu iepriekš, savukārt ierakstu skaits katru gadu palielinās – 2018.gada sākumā sasniedzot 42 013, vidēji katrai personai ir apmēram 1,5 ieraksti (skatīt 23.attēlu). Tas nozīmē, ka lielākā daļa ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu strādā vairākās darba vietās (vai vienas iestādes vairākās filiālēs) vai vienā iestādē vairākās specialitātēs un kādā no metodēm.

Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu skaita (ierakstu) dinamiku par četriem gadiem var aplūkot 23.attēlā.



23.attēls. Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu skaita (ierakstu) dinamika.

Līdz 2016.gadam visu nepieciešamo informāciju reģistram iesniedza ārstniecības persona, kuras pienākums bija informēt Veselības inspekciju datu izmaiņu gadījumā, savukārt no 2016.gada, mazinot administratīvo slogu un izmantojot jau esošos reģistrus, tika nolemts, ka reģistrs:

- pamatinformāciju par personu iegūst no Iedzīvotāju reģistra;
- no izglītības iestādēm saņem informāciju par iegūto izglītību;
- no sertifikācijas iestādēm saņem informāciju par sertifikātiem un darbības termiņiem;
- no ārstniecības personu darba vietas saņem informāciju par darba attiecību uzsākšanu, izbeigšanu, amatu un to izmaiņām;
- no reģistrējamās personas saņem aktuālo personas kontaktinformāciju un dokumentus par iegūto izglītību ārzemes.

Tā kā reģistrs datus iegūst no pieciem informācijas avotiem, reģistra datu kvalitāte un pilnīgums ir atkarīgs arī no informācijas iesniedzēja datu iesniegšanas kvalitātes un savlaicīguma. Pēc Veselības inspekcijas sniegtās informācijas²⁵⁵ – izglītības un sertifikācijas iestādes iepriekš minēto informāciju kopumā sniedz regulāri, savukārt ārstniecības iestādes par personas nodarbinātību vai izmaiņām neziņo pietiekami aktīvi (ir iestādes, kas sniedz datus regulāri, bet ir arī iestādes, kuras datus nesniedz).

Revīzijā konstatēts, ka Veselības inspekcijai nav izstrādāti mehānismi, lai panāktu, ka ārstniecības iestādes par personas nodarbinātību vai tā izmaiņām sniegtu datus normatīvajā aktā²⁵⁶ noteiktā termiņā un apjomā.

Tā kā Veselības inspekcija ir reģistra pārzinis un turētājs, inspekcijai ir jāveic uzkrāto datu kvalitātes pārbaudes. Veselības inspekcija savas kompetences ietvaros veic plānotās pārbaudes ārstniecības iestādēs par saistošo normatīvo aktu izpildi veselības aprūpes jomā, tai skaitā par normatīvajā aktā²⁵⁷ noteikto prasību ievērošanu – vai reģistram ziņas sniegtas savlaicīgi un pilnīgi, kā arī vai ārstniecības personas praktizē atbilstoši iegūtajai izglītībai vai iegūtajam sertifikātam.

Veselības inspekcija 2016.gadā veikusi 868 plānveida pārbaudes ārstniecības iestādēs, 11% gadījumu konstatējot neatbilstības Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistram iesniegtajos

datos. Arī 2015.gadā inspekcijas veikto plānoto pārbaužu skaits un neatbilstību īpatsvars ir līdzīgs – 812 pārbaudēs neatbilstības konstatētas 11% gadījumū.

Bez plānveida pārbaudēm ārstniecības iestādēs Veselības inspekcija veic reģistra datu pilnīguma, atbilstības un datu aktualizēšanas kontroles, piemēram, veic datu pārbaudi ārstniecības personas reģistrācijas, pārreģistrācijas procesā, kā arī veic datu salīdzināšanu un pārbaudi ikgadējās informācijas sagatavošanas laikā, kas nepieciešama Ārstniecības riska fondam.

Revīzijā, veicot reģistra datu analīzi, konstatēts, ka reģistrā nav izveidotas loģiskās kontroles, lai nodrošinātu datu atbilstību normatīvo aktu klasifikatoriem, jo tika atklātas datu neatbilstības un neprecizitātes, piemēram:

- reģistrā informācijā par ārstniecības personas darba vietā ieņemamo amatu norādīts, ka persona tiek nodarbināta specialitātē, kura vairs neeksistē vai kuras praktizēšanai personai nav izsniegts sertifikāts vai tā darbība ir beigusies;
- ārstniecības personai ir izsniegti vairāki sertifikāti, bet ne visos gadījumos darba vietā norādītais amats atbilst specialitātei pēc klasifikatora, reizēm norādīta tikai profesija;
- reģistrā vēl joprojām ir uzrādīti vēsturiski specialitāšu kodi, kuri vairs neeksistē, piemēram:
 - norādīti specialitāšu kodi, kuri tika mainīti specialitāšu griezumā – apakšspecialitātes kods A012 “reimatologs” (spēkā līdz 31.05.2016.) mainīts uz pamatspecialitātes kodu P56 (spēkā no 01.06.2016.), papildspecialitātes kods PP07 “akupunktūras ārsts” (spēkā līdz 31.05.2016.) mainīts uz pamatspecialitātes kodu P61 (spēkā no 01.06.2016.), turklāt ārstniecības personas specialitāšu sertifikātus ir saņēmušas pēc izmaiņu stāšanās spēkā;
 - vēsturiskie specialitātes kodi, kuri tika izslēgti 06.03.2009. atbilstoši ārējam normatīvam aktam²⁵⁸. Tā kā specialitātes sertifikāta darbības termiņš ir pieci gadi, izslēgto specialitāšu kodi reģistrā varētu tikt uzrādīti ilgākais līdz 31.12.2016., tomēr apakšspecialitātes kods A293 “citologs” un pamatspecialitātes kods P11 “ambulatorais ķirurgs” reģistrā joprojām tiek uzrādīti, lai gan ārstniecības persona sertifikātu ir saņēmusi ar citu – aktuālu – specialitātes kodu.

Revidentu ieskatā Veselības inspekcijai ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra informācija jāizmanto arī kā riska instruments datu analīzei, lai optimālāk noteiktu plānoto pārbaužu vietas un apjomu, piemēram, identificējot riskus par neatbilstošu ārstniecības personu nodarbinātību (ja ārsts praktizē specialitātē bez sertifikāta vai bez noteiktas izglītības), par ārstniecības iestāžu laicīgu neziņošanu reģistram par ārstniecības personu nodarbinātības izmaiņām. Tomēr revīzijā konstatēts, ka, plānojot pārbaužu veikšanu ārstniecības iestādēs, Veselības inspekcija neizmanto reģistra datus un neveic darbības, kas vērstas uz risku identificēšanu par ārstniecības personu nodarbinātības atbilstību reģistra datiem.

Veselības ministrija cilvēkresursu plānošanā izmanto reģistra datus par pamatdarbā nodarbināto personu skaitu specialitātē vai profesijā, tomēr revidentu ieskatā reģistra datus nevar pilnīgi izmantot veselības aprūpes, tai skaitā cilvēkresursu attīstības politikas plānošanā un ieviešanā turpmāk norādīto neprecizitāšu dēļ:

- reģistrā norādītais pamatdarbs ne vienmēr nozīmē darbu uz pilnu slodzi, jo revīzijas laikā netika saņemts pamatojums, kādiem kritērijiem jāatbilst darbam, lai to klasificētu kā pamatdarbu. Lai gan revīzijas laikā tika sniegts skaidrojums, ka pamatdarbs vēsturiski ir tā darba vieta, kur ir iesniegta

algas nodokļa grāmatiņa, revīzijā konstatēts, ka ne visos gadījumos algas nodokļu grāmatiņa iesniegta tajā darba vietā, kur persona tiek nodarbināta pilnu slodzi;

- no visām reģistrā uzraudzītajām darba vietām 88% ir klasificētas kā pamatdarbs, pārējās 12% – kā blakus darbs, līdz ar to 12% personu netiek ņemti vērā plānošanas procesā;
- ārstniecības persona var iegūt vairākas profesijas, specialitātes un metodes, tā var tikt nodarbināta vairākās ārstniecības iestādes kā pamatdarbā, tā blakusdarbā, līdz ar to nevar precīzi konstatēt, cik valstī ir noteiktu speciālistu, kuri veic noteiktas slodzes profesionālo darbību konkrētā specialitātē. Piemēram, ārstniecības persona ir ieguvusi vienu profesiju – ārsts, trīs pamatspecialitātes (ķirurgs, veselības aprūpes vadības ārsts, traumatologs, ortopēds) un vienu metodi (alkohola, narkotisko un psihotropo vielu ietekmes pārbaudes), strādā divās darba vietās, katrā divos amatos. Ministrija plānošanā ņem vērā ārstniecības personas pamatdarbu (traumatologs, ortopēds), lai gan nav informācijas par slodzi, savukārt izpaliek informācija par pamatspecialitāšu – ķirurgs un veselības aprūpes ārsts un metodes (alkohola, narkotisko un psihotropo vielu ietekmes pārbaudes) praktizēšanu.

Revidentu ieskatā ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra informāciju var izmantot tikai vispārējai statistikai, piemēram, lai iegūtu datus, cik ir praktizējošu ārstu valstī, bet ne praktizējošu ārstu konkrētā specialitātē. Arī Veselības ministrija reģistru izmantoja tikai, lai noteiktu valstī profesijā praktizējošo ārstniecības personu skaitu un cik ārstniecības personas ir saņēmušas sertifikātus specialitātē, bet pēc reģistra datiem nav iespējams vērtēt faktisko noslodzi pa specialitātēm, kā arī speciālistu pieejamību reģionālajā līmenī. Tā kā reģistrā uzkrātie dati nesniedz pilnīgu priekšstatu par praktizējošiem ārstiem konkrētā specialitātē un revīzijā tika konstatētās datu nepilnības un neprecizitātes, revidenti vērš uzmanību uz reģistra datu esošajā apjomā vākšanas un uzturēšanas lietderību tieši veselības aprūpes politikas veidošanas, īstenošanas un uzraudzības kontekstā.

Arī Veselības ministrija apliecināja, ka, 2017.gadā sagatavojot reformu plānu²⁵⁹, tā nevarēja pilnībā paļauties uz ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra datiem, tāpēc no ārstniecības iestādēm pieprasīja faktiskos datus par praktizējošajiem speciālistiem un to darba slodzēm specialitātē.

Ieteikumi

Lai Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistru varētu izmantot kā nozīmīgu instrumentu cilvēkresursu attīstības plānošanā veselības aprūpē un lai sasniegtu noteiktos reģistra izveidošanas mērķus, aicinām Veselības ministriju sadarbībā ar Veselības inspekciju:

- nodrošināt ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra aktualizēšanu un uzturēšanu atbilstoši veselības aprūpes cilvēkresursu faktiskajai situācijai, iestrādājot datu loģiskās kontroles, uzturot reģistrā tikai aktuālas specialitātes, kodus, amatus un nodrošinot to savstarpējo atbilstību;
- izstrādāt efektīvu mehānismu, lai panāktu, ka ārstniecības iestādes ziņo par ārstniecības personas nodarbinātību, amata atbilstību specialitātei un to izmaiņām normatīvā akta noteiktajā termiņā un apjomā;
- izvērtēt ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu darba vietu dalījuma “pamatdarbs” un “blakusdarbs” lietderību un izvērtēt iespēju reģistrā norādīt personas darba slodzi, pamatojoties uz darba tiesiskā līguma noslēgšanu.

Lai Veselības inspekcija efektīvāk nodrošinātu uzraudzības procesu, sagatavojot plānoto pārbaūžu apjomu ārstniecības iestādēs, aicinām pilnvērtīgāk izmantot ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra datus kā riska analīzes instrumentu, identificējot ārstniecības iestādes ar augstāku riska novērtējumu.

Pamatojoties uz Pasaules Veselības organizācijas pausto par ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra nozīmīgumu veselības aprūpes procesu vadībā, aicinām Veselības ministriju izvērtēt iespēju reģistrā iekļaut papildu informāciju, kas nodrošinātu efektīvāku ārstniecības personu kvalifikācijas uzturēšanas uzraudzību, piemēram, uzkrājot datus par ārstniecības personu tālākizglītību, darba pieredzi specialitātē un personas profesionālajiem vai ētikas pārkāpumiem, kā arī šos datus izmantot ārstniecības personas resertifikācijas vai reģistrācijas termiņa pagarinājuma izvērtēšanā.

Veselības ministrijas viedoklis

Par veikto revīziju

Lai apmierinātu iedzīvotāju un veselības aprūpes sistēmu mainīgās vajadzības, Eiropas savienības valstīm ir liels izaicinājums piesaistīt un saglabāt darbā veselības aprūpes darbiniekus nepieciešamajā skaitā, ģeogrāfiskajā izvietojumā un ar atbilstošām prasmēm.

Šīs problēmas kļūst arvien neatliekamākas, jo pieprasījums pēc veselības aprūpes pakalpojumiem palielinās, turpretī veselības aprūpes darbaspēks samazinās, daudzi darba ņēmēji sasniedz pensionēšanās vecumu, tādējādi Eiropas veselības aprūpes sistēmu ilgtspēja un piekļuve veselības aprūpes pakalpojumiem ir apdraudēta.

Uz kopējā ES valstu fona, Latvijā veselības nozares cilvēkresursu nodrošinājuma problēmas ir daudz izteiktākas, jo Latvijā veselības un sociālās aprūpes nozare ir to nozaru vidū, kur lielākais nodarbināto īpatsvars ir vecumā virs 50 gadiem, joprojām vairāk kā pusei no kopējā ārstu skaita pamata darba vieta ir Rīgā. Latvijā mūsu nodrošinājums ir kritiski zemā līmenī un būtiski, ka slimnīcās, kur tiek nodrošināta neatliekamā medicīniskā palīdzība, sekundārā un terciārā līmeņa veselības aprūpe, nodarbināto ārstu skaits Latvijā ir uz pusi mazāks kā vidēji OECD valstīs.

Tieši šo iemeslu dēļ, veselības nozares cilvēkresursi ir bijusi ne vien Veselības ministrijas, bet valdības pēdējo trīs gadu prioritāte, ko apliecina kopš 2017.gada un turpmāk īstenotā atalgojuma palielināšana, vienlaicīgi no ES fondu finansējuma tiek īstenoti pasākumi ārstniecības personu piesaistei reģioniem un nodrošināts atbalsts ārstniecības personu profesionālajai pilnveidei.

Ievērojot minēto, Valsts kontroles veiktā lietderības revīzija „Cilvēkresursi veselības aprūpē” tika veikta par šobrīd ļoti aktuālu un svarīgu jautājumu, kas raksturo veselības aprūpes sistēmu spēju nodrošināt pacientiem veselības aprūpes pakalpojumus, un Veselības ministrija augstu vērtē Valsts kontroles revidentu ieguldīto darbu situācijas izpētē, secinājumu un ieteikumu izstrādē.

Par revīzijas secinājumiem

Valsts kontroles revīzijas secinājumi un ieteikumi ir atbalsts Veselības ministrijas uzsāktajiem un ieplānotajiem pasākumiem veselības aprūpes cilvēkresursu plānošanas, nodrošināšanas un izglītības jomā.

Vienlaikus Valsts kontroles secinājumi un ieteikumi ir attiecināmi uz Veselības ministriju, kā vadošo valsts pārvaldes iestādi veselības politikas organizēšanā un koordinēšanā, tomēr mūsu ieskatā tik pat svarīgi ir sniegt skaidru ziņu pārējām iesaistītajām pusēm, ka ārstniecības personu nodrošināšanā nepieciešamajā skaitā, ar atbilstošu kvalifikāciju un atbilstoši pieprasījumam, būtiska nozīme ir ne tikai spējai pareizi saplānot nepieciešamo ārstniecības personu skaitu un noteikt studiju vietas augstskolās. Kā piemēram, ārstniecības personu nodrošinājums ir milzīgs izaicinājums ārstniecības iestādēm gan kā veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, gan kā darba devējiem. Slimnīcām būtu prioritāri jāstrādā pie dažādu risinājumu ieviešanas, lai uzlabotu vidi un dara organizāciju savā iestādē, tādējādi radot

maksimāli labvēlīgus apstākļus, lai mediķi izvēlētos strādāt, varētu īstenot savu profesionālo izaugsmi un veidot profesionālo karjeru attiecīgajā ārstniecības iestādē. Vienlaicīgi arī ārstniecības personu profesionālajām organizācijām būtu jāvelta daudz lielākas pūles, lai nodrošinātu attiecīgas profesijas vai specialitātes attīstību un ieinteresētu jaunos profesionāļus izvēlēties apgūt ārstniecības personu profesijas un specialitātes, un strādāt Latvijas medicīnā.

Par revīzijas ieteikumiem

Revīzijas ziņojuma projektā ir atklāta faktiskā situācija, pamatā atspoguļotie ieteikumi ir saprotami, Veselības ministrijas ieskatā to ieviešana ir iespējama un tā sekmētu nepilnību novēršanu, vēl jo vārāk tāpēc, ka atsevišķas aktivitātes Veselības ministrija jau ir uzsākusi īstenot.

Par revīzijas ieteikumu ieviešanu

Pamatā vairāki pasākumi, kas attiecināmi uz revīzijas ieteikumiem, jau tiek veikti un ir veicami pastāvīgi, lai spētu pielāgoties mainīgajām vajadzībām veselības aprūpē. Kā arī svarīgs faktors, kas būtu jāņem vērā, ir ieteikumu savstarpējā sasaiste. Piemēram, Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra aktualizēšanas un uzturēšanas mērķis ir nodrošināt aktuālus datus tādā detalizācijas pakāpē, kas dotu iespēju izstrādāt un pielietot atbilstošu ārstniecības personu plānošanas metodoloģiju, secīgi pamatstudiju nu rezidentūras studiju vietu plānošanu, kā arī izvērtēt profesiju un specialitāšu nepieciešamību.

Revīzijas ieteikumu ieviešana prasīs rūpīgu situācijas izvērtējamu gan atbilstoši veselības aprūpes pakalpojumu organizācijai (pieprasījums, reģionālais izvietojums), gan medicīnas attīstības tendencēm Latvijas un starptautiskajā kontekstā, kas ir sarežģīts un laikietilpīgs process, kuru īstenošanai nepieciešama atbilstoša kapacitāte.

Visbeidzot liela daļa plānotie pasākumi ārstniecības personu nodrošināšanā ir vērtējami ilgtermiņā, jo, piemēram, ārstu sagatavošana ir vismaz 9 gadu ilgs laiks. Tāpēc ir ļoti svarīgi nosakot ārstniecības personu kompetenču apjomu, nodrošināt šiem profesionāļiem iespējami lielāku mobilitāti darba tirgū, arī elastīgu kvalifikācijas iegūšanu un uzturēšanu, lai profesionālās darbības uzsākšana vai atgriešanās nozarē būtu samērīga.

Revīzijas raksturojums, kritēriji un metodes

Revīzijas mērķis

Revīzijas mērķis ir pārliecināties, vai Veselības ministrijas īstenotā cilvēkresursu attīstības politika veicina uz iedzīvotājiem orientētas, racionālas, efektīvas un kvalitatīvas veselības nozares attīstību, nodrošinot šī mērķa īstenošanai nepieciešamos cilvēkresursus ilgtermiņā.

Juridiskais pamatojums

Lietderības revīzija “Cilvēkresursi veselības aprūpē” ir veikta, pamatojoties uz Valsts kontroles 2017.gada darba plānu un Trešā revīzijas departamenta 2017.gada 20.marta revīzijas uzdevumu Nr.2.4.1.-6/2017.

Revīziju veica revīzijas grupas vadītājs vecākais valsts revidents Mareks Zvirgzdiņš un revīzijas grupa – sektora vadītāja p.i. (līdz 02.01.2019. vecākā valsts revidente) Līga Pūre, valsts revidentes Kristīne Jermakoviča un Kristīne Fiļimonova (līdz 26.10.2018.).

Revidentu un revidējamās vienības atbildība

Valsts kontroles revidenti ir atbildīgi par revīzijas ziņojuma sniegšanu, kas pamatojas uz revīzijas laikā gūtiem atbilstošiem, pietiekamiem un ticamiem revīzijas pierādījumiem.

Veselības ministrija ir atbildīga par normatīvo aktu ievērošanu un revidentiem sniegtās informācijas patiesumu.

Revīzijas apjoms

Revīzija tiks veikta saskaņā ar Latvijas Republikā atzītiem starptautiskajiem revīzijas standartiem.

Revīzija plānota un veikta tā, lai iegūtu pietiekamu pārliecību, vai Veselības ministrijas īstenotā cilvēkresursu attīstības politika veicina uz iedzīvotājiem orientētas, racionālas, efektīvas un kvalitatīvas veselības nozares attīstību, nodrošinot šī mērķa īstenošanai nepieciešamos cilvēkresursus ilgtermiņā.

Revīzija veikta par laika posmu no 2015.gada 1.janvāra līdz 2017.gada 31.decembrim, ja nepieciešams, apkopojot informāciju arī ārpus minētā laika posma.

Revīzijas apjomā iekļauta:

- Veselības ministrija kā vadošā iestāde veselības nozarē, kura izstrādā un koordinē cilvēkresursu attīstības politiku veselības aprūpē;

- Veselības inspekcija, kura izveido un uztur Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistru;
- izglītības iestādes, kuras sagatavo ārstniecības un veselības aprūpes jaunus speciālistus;
- profesionālās biedrības, kuras sertificē ārstniecības personas.

Vērtēšanas kritēriji

Revīzijas jautājums	Noteiktais kritērijs	Kritērijs ir sasniegts/nav sasniegts?
1. Vai Veselības ministrijas īstenotā cilvēkresursu attīstības politika veicina uz iedzīvotājiem orientētas, racionālas, efektīvas un kvalitatīvas veselības nozares attīstību, nodrošinot šī mērķa īstenošanai nepieciešamos cilvēkresursus ilgtermiņā?		
1.1. Vai Veselības ministrijas īstenotā cilvēkresursu attīstības politika ir mērķtiecīga – uz iedzīvotājiem orientēta, racionāla un efektīva?		
Vai cilvēkresursu attīstības politika risina identificētās problēmas veselības aprūpē un vai veicina tās attīstību?	Politika ir izstrādāta, pamatojoties uz veiktajiem pētījumiem vai eksperta darbu, ir veikta situācijas analīze.	☉ Kritērijs ir sasniegts – revidentu ieskatā Veselības ministrijas sagatavotā politika ir aptvērusi galvenās problēmas cilvēkresursu nodrošināšanā veselības aprūpē, kas nodrošina elastīgu un ciklisku cilvēkresursu plānošanu, izveidojot cilvēkresursu plānošanu tādu, lai spētu nodrošināt nozari ar vajadzīgo skaitu un kvalifikāciju speciālistiem, ar tādiem instrumentiem kā izglītība (arī tālākizglītība) un motivācija – darba samaksa, labi darba apstākļi.
Vai sasniegts plānošanas dokumentā noteiktais mērķis un sasniegti rezultatīvie rādītāji?	Veselības ministrija, ieviešot politiku, ir sasniegusi mērķi, izpildīti uzdevumi un sasniegti rezultatīvie rādītāji noteiktajos termiņos.	☉ Kritērijs sasniegts daļēji – pamatnostādņu un programmas izvirzītais mērķis – nodrošināt cilvēkresursus un to attīstību veselības aprūpes nozarē ilgtermiņā – nav sasniegts. Kopumā no izvirzītajiem rezultatīvajiem rādītājiem kā sasniegtus ministrija min 36%, kā daļēji sasniegtus 36% un kā nesasniegtus 28%
Vai veselības aprūpes sistēmas reforma ir pareizais virziens cilvēkresursu attīstībā?	Veselības aprūpes sistēmas reformu plānā ir definēti mērķi, uzdevumi un rezultāti, kuri risinās cilvēkresursu attīstību veselības parūpē.	☉ Kritērijs sasniegts daļēji – veselības reformas mērķis ir ilgtspējīga veselības aprūpes sistēma, kuras ietvaros kā vienu no uzdevumiem iecerēts risināt atalgojuma palielināšanu, ārstniecības personu piesaisti reģioniem un kapacitātes uzlabošanu ārstniecības personu plānošanai.
1.2. Vai Veselības ministrijas darbības ir bijušas pietiekamas, lai nodrošinātu pieprasījumam atbilstošu nozares cilvēkresursu skaitu, kvalifikāciju un izvietojumu?		
Vai veselības aprūpes nozare ir nodrošināta ar ārstniecības personām pietiekamā skaitā?	Ārstu-speciālistu skaits ir atbilstošs attiecībā uz iedzīvotāju skaitu (36 ārsti uz 10 000 iedzīvotāju).	☉ Kritērijs sasniegts daļēji – lai gan ārstu skaits āju skaitu iekļaujas vidējā līmenī starpvalstu salīdzinājumā, tas ir, 32 ārsti uz 10 000 iedzīvotāju, tomēr ir vērojams atsevišķu specialitāšu ārstu trūkums.
	Medicīnas māsu skaits ir atbilstošs attiecībā pret iedzīvotāju skaitu (84 māsas uz 10 000 iedzīvotāju) māsu skaits ir atbilstošs ārstu skaitam 2,5:1.	☉ Kritērijs nav sasniegts – veselības aprūpes nozarē visvairāk trūkst medicīnas māsu, Latvijā uz 100 000 iedzīvotāju ir 4,6 medicīnas māsas, pēc revidentu aplēsēm papildus nepieciešamas apmēram 3598 medicīnas māsas. Savukārt māsu

Revīzijas jautājums	Noteiktais kritērijs	Kritērijs ir sasniegts/nav sasniegts?
		atbilstība pret ārstu skaitu ir apmēram 1,3:1.
	Vecmāšu skaits ir atbilstošs attiecībā pret iedzīvotāju skaitu (3,8 vecmātes uz 10 000 iedzīvotāju).	⊗ Kritērijs nav sasniegts – 2017.gadā Latvijā ir 2,3 vecmātes uz 10 000 iedzīvotāju un pēc revidentu aplēsēm, lai nodrošinātu grūtnieču drošību un nepārtrauktu aprūpi, Latvijā trūkst apmēram 295 vecmāšu.
Vai ir nodrošināta ārstniecības personas pieejamība reģionos?	Ārstniecības personu pieejamība reģionos ir vienmērīga, bez būtiskām novirzēm.	⊗ Kritērijs nav sasniegts – ārstniecības personas pakalpojumu sniegšanā koncentrējas Rīgā, protams, Rīgā tiek sniegti tādi veselības aprūpes pakalpojumi, kurus nevar sniegt reģionos, bet atšķirība starp Rīgu un reģioniem ir būtiska, piemēram, 2017.gadā Rīgā ir 66 ārsti uz 10 000 iedzīvotāju, savukārt reģionos vidēji 20 ārsti. Rīgā medicīnas māsas ir 110 uz 10 000 iedzīvotāju, bet reģionos vidēji 49 māsas.
Vai ārstniecības personas pēc studijām paliek praktizēt veselības aprūpes nozarē?	70% no veselības aprūpes izglītību ieguvušajām personām strādā veselības aprūpes nozarē.	⊗ Kritērijs nav sasniegts – revīzijā konstatēts, ka tikai 65% ārstniecības personu, kuras ieguvušas medicīnas izglītību, paliek strādāt veselības aprūpes nozarē. No visām ārstniecības personām 92% ārstu-speciālistu, kuri pabeiguši rezidentūru, paliek nozarē, savukārt tikai nedaudz virs 50% māsu un vecmāšu paliek veselības aprūpes nozarē.
Vai veselības aprūpes nozarē ir nodrošināta cilvēkresursu efektīva paaudžu nomainīšana?	Jauno speciālistu skaits, kas uzsāk darbu nozarē, ir vienāds ar speciālistu skaitu, kuri sasnieguši pensijas vecumu.	⊗ Kritērijs sasniegts daļēji – lai gan kopā pa galvenajām ārstniecības personu grupām jauno speciālistu skaits, kuri uzsāk darbu veselības aprūpes nozarē, ir lielāks nekā ārstniecības personu skaits, kuri sasnieguši pensijas vecumu, tomēr divās grupās to ir par maz, piemēram, jauno ārstu skaits ir par 11 mazāks nekā ārstu skaits, kuri sasnieguši pensijas vecumu.
	Ārstniecības personu skaits vecuma grupā līdz 40 gadiem ir vienāds ar darbinieku skaitu vecuma grupā virs 65 gadiem.	⊗ Kritērijs sasniegts daļēji – lai gan kopumā ārstniecības personas vecuma grupā līdz 40 ir vairāk nekā vecuma grupā virs 65 gadiem, tomēr galvenajās ārstniecības personu grupās – ārsti un vecmātes – vērojamas pretējas tendences, piemēram, jauno ārstu ir par 114 mazāk un vecmāšu ir par 70 mazāk nekā šajās grupās ārstniecības personu vecumā virs 65 gadiem.
	Veselības aprūpes nozarē strādājošo ārstniecības personu skaits vecuma grupā līdz 40 gadiem palielinās par 5% ik gadu.	⊗ Kritērijs sasniegts daļēji – kopumā kritērijs izpildās, jo ārstniecības personu skaits vecuma grupā līdz 40 gadiem palielinās par 7%, tomēr medicīnas māsu skaits šajā vecuma grupā samazinās par 2%.

Revīzijas jautājums	Noteiktais kritērijs	Kritērijs ir sasniegts/nav sasniegts?
Vai ārstniecības personām ir nodrošināta konkurētspējīga darba samaksa?	Ārstu darba samaksa sasniedz 2,5 tautsaimniecībā vidējo darba algas apmēru un pacientu aprūpes personu darba samaksa sasniedz 60%, bet ārstniecības un pacientu aprūpes atbalsta personu darba samaksa sasniedz 40% no ārstu vidējās darba samaksas.	⊗ Kritērijs nav sasniegts – ārstu darba samaksa nav sasniegusi 2,5 tautsaimniecībā vidējo darba algas apmēru. Veselības ministrija iecerējusi līdz 2021.gadam panākt, ka ārstu un funkcionālo speciālistu vidējā darba samaksa sasniedz divkārtu tautsaimniecībā nodarbināto vidējo darba samaksu, ārstniecības un pacientu aprūpes personu darba samaksa sasniedz 60%, bet ārstniecības un pacientu aprūpes atbalsta personu vidējā darba samaksa sasniedz 40% no ārstu un funkcionālo speciālistu vidējās darba samaksas. Virzoties uz mērķa sasniegšanu, Veselības ministrija, sākot ar 2018.gadu, palielina vidējo darba samaksu tarifā par 20%.
1.3. Vai Veselības ministrija ir veicinājusi veselības aprūpes nozares ilgtermiņa vajadzībām atbilstošas medicīniskās izglītības sistēmas attīstību valstī?		
Vai profesiju un specialitāšu sadalījums ir izvērtēts atbilstoši nozares vajadzībām?	Reglamentēto profesiju un specialitāšu skaits ir līdzvērtīgs starp Baltijas valstīm.	⊗ Kritērijs nav sasniegts – Latvijā ir divreiz vairāk reglamentēto profesiju nekā Lietuvā un Igaunijā, savukārt pamatspecialitāšu, apakšspecialitāšu un papildspecialitāšu ir apmēram 1,5 reizes vairāk.
	Reglamentēto profesiju un specialitāšu saraksts ir aktuāls un atbilstošs nozares vajadzībām.	⊙ Kritērijs sasniegts daļēji – Veselības ministrija pēdējo desmit gadu laikā tikai vienreiz (2009.gadā) visaptveroši aktualizēja reglamentēto profesiju un specialitāšu sarakstu. Revīzijā konstatētas profesijas un specialitātes, kurās nav reģistrēta neviena vai reģistrēts ļoti mazs skaits ārstniecības personu.
	Iekļaujot jaunu reglamentēto profesiju vai specialitāti sarakstā, ministrija vērtē tās nepieciešamību un lietderību.	⊗ Kritērijs nav sasniegts – ministrija pienācīgi neizvērtē jaunas profesijas vai specialitātes iekļaušanu sarakstā, piemēram, 2016.gadā sarakstā iekļauta papildspecialitāte neonatoloģijas māsa, tomēr līdz šim nav reģistrēta neviena ārstniecības persona šajā papildspecialitātē, un revidentiem nebija informācijas par specialitātes apgūšanu un sertificēšanas iespējām.
Vai studiju vietu skaita, studiju ilguma un ārstu specializācijas noteikšana ir pietiekami pārdomāta un veicina cilvēkresursu nonākšanu darba tirgū?	Studiju vietu plānošana ir atbilstoša nozares vajadzībām.	⊗ Kritērijs nav sasniegts – Veselības ministrija nevar proaktīvi piedalīties studiju vietu plānošanā, jo ministrija nav izstrādājusi metodiku nozarē nepieciešamo cilvēkresursu noteikšanai, tāpēc tai nav stratēģiska redzējuma ilgtermiņā par nozarei nepieciešamajiem cilvēkresursiem. Šobrīd augstskolu absolventu skaits ir lielāks nekā rezidentūras studiju vietu skaits, tāpēc netiek veicināta izglītībai pieejamo valsts budžeta līdzekļu mērķtiecīga izmantošana.

Revīzijas jautājums	Noteiktais kritērijs	Kritērijs ir sasniegts/nav sasniegts?
	Rezidentūras studiju ilgums ir līdzvērtīgs starp Baltijas valstīm.	⊙ Kritērijs sasniegts daļēji – vismaz vienai trešdaļai no rezidentūras studijām (pamatspecialitātes) Latvijā studiju ilgums ir garāks nekā Lietuvā un Igaunijā. Kā arī Latvijā izveidotās ārstu šaurās specializācijas dēļ (papildus izveidotas 22 papildspecialitātes, kuru apgūšanai papildus nepieciešams laiks) Latvijā ārsti-speciālisti veselības aprūpes nozares darba tirgū nonāk vēlāk, nekā citās valstīs.
Vai māszinību izglītība vērsta uz attīstību?	Valstī māszinību izglītības līmenis ir vienāds.	⊗ Kritērijs nav sasniegts – lai gan nepieciešamās māsu kvalifikācijas prasmes visiem ir vienādas, tomēr māszinību izglītības sistēma sagatavo dažādu izglītības līmeņu māsas.
	Māszinību studiju saturs atbilst Direktīvai ²⁶⁰ .	⊗ Kritērijs nav sasniegts – Latvijā neviena no māszinību akreditētajām izglītības programmām neatbilst Direktīvas prasībām, jo studiju klīnisko apmācību apjoms (ilgums) ir būtiski mazāks par nepieciešamo (vismaz puse no kopējā apmācību ilguma).
	Māszinību studiju ilgums ir līdzvērtīgs starp Baltijas valstīm.	⊙ Kritērijs ir sasniegts – šobrīd māszinību studiju ilgums ir līdzvērtīgs vai nedaudz mazāks salīdzinājumā ar Baltijas valstu māszinību studiju ilgumu (iegūstot māsas kvalifikāciju ar specializāciju).
	Veselības aprūpē nodrošināta māsu profesijas mobilitāte.	⊗ Kritērijs nav sasniegts – iegūstot māsas profesiju, tā nedrīkst patstāvīgi strādāt specialitātē, savukārt Veselības ministrijas izveidotā māsu specializācija ir sadrumstalota (septiņas pamatspecialitātes, sešas papildspecialitātes un trīs metodes ierobežo māsas ar specialitāti darba tirgū).

1.4. | Vai esošā ārstniecības personu sertifikācijas un resertifikācijas jeb kvalifikācijas uzturēšanas procesa organizācija ir vērsta uz veselības aprūpes kvalitātes uzlabošanu un nerada nepamatotu slogu ārstniecības personām?

Vai sertifikācijas uzdevuma deleģējuma regulējums veicina efektīvu uzraudzību pār tā izpildi?	Deleģējuma normatīvais regulējums neierobežo Veselības ministrijas iespējas īstenot pilnīgu un efektīvu deleģētā uzdevuma uzraudzību.	▪ Kritērijs nav sasniegts – deleģējuma regulējums neveicina Veselības ministrijas iespējas novērtēt un uzraudzīt deleģējumu atbilstoši Valsts pārvaldes iekārtas likuma prasībām ²⁶¹ , jo, piemēram, normatīvajos aktos nav skaidri definēts, kuras iestādes padotībā atrodas profesionālās organizācijas attiecībā uz sertifikācijas uzdevuma izpildi.
---	---	---

Revīzijas jautājums	Noteiktais kritērijs	Kritērijs ir sasniegts/nav sasniegts?
Vai ir noteikti sertifikācijas un resertifikācijas mērķi?	Ir noteikti sertifikācijas un resertifikācijas mērķi, sertifikācijas institūciju sasniedzamie rezultāti un rezultatīvie rādītāji.	⊗ Kritērijs nav sasniegts – nav noteikti sertifikācijas un resertifikācijas mērķi, sertifikācijas institūciju sasniedzamie rezultāti un rezultatīvie rādītāji, tāpēc nav iespējams novērtēt efektivitāti un lietderību. Veselības ministrijai un sertifikācijas institūcijām nav vienāds viedoklis, kādiem jābūt ārstniecības personu sertificēšanas un resertificēšanas mērķiem un sasniedzamajiem rādītājiem.
Vai tiek novērsta interešu konfliktu iespējamība sertifikācijas institūcijās?	Sertifikācijas padomes locekļiem ir noteikts valsts amatpersonas statuss.	⊙ Kritērijs sasniegts daļēji – valsts amatpersonas statuss nav noteikts visu profesionālo organizāciju sertifikācijas padomju locekļiem.
	Sertifikācijas komisijas locekļi neatrodas interešu konfliktā.	⊗ Kritērijs nav sasniegts – revīzijā konstatēti vairāki gadījumi, kas liecina par interešu konflikta riskiem sertifikācijas komisijas locekļu darbībā, piemēram, vairākos gadījumos konstatēts, ka viena un tā pati persona ir gan sertifikācijas komisijas loceklis, gan pati resertificējamā persona vai resertificējamās personas darba devējs, kurš sniedz resertificējamās personas novērtējumu.
Vai ārstniecības personu sertifikācija nerada nevajadzīgu administratīvo slogu un vai ārstniecības personu dalījums reģistrētās un sertificētās ārstniecības personās ir jēgpilns?	Tiesību patstāvīgi praktizēt specialitātē iegūšanas izmaksas Latvijā līdzinās vidējām izmaksām Lietuvā un Igaunijā.	⊗ Kritērijs nav sasniegts – jo pirmreizējās sertifikācijas procedūra ārstniecības personām, kuras vēlas iegūt sertifikātu noteiktā specialitātē uzreiz pēc profesionālās kvalifikācijas iegūšanas, ir formāla un rada nevajadzīgu administratīvu un finansiālu slogu ārstniecības personām. Latvijā tiesību iegūšana patstāvīgi nodarboties ar ārstniecību specialitātē ir sarežģītāka un dārgāka nekā Lietuvā un Igaunijā, jo kaimiņvalstīs ārstniecības personas tiesības patstāvīgi nodarboties ar ārstniecību iegūst, pamatojoties uz iegūto kvalifikāciju, par trīs līdz četras reizes mazāku maksājumu nekā Latvijā.
	Ārstniecības personas ar vienādu kompetenci netiek dalītas reģistrētās un sertificētās personās.	⊗ Kritērijs nav sasniegts – trūkst pamatojuma Ārstniecības likumā noteiktajam ārstniecību personu dalījumam reģistrētās un sertificētās ārstniecības personās, jo kompetences ir vienādas.
Vai kvalifikācijas uzturēšanas prasības ir pilnveidojamas?	Veselības ministrija ir noteikusi detalizētu resertifikācijas kārtību ar mērķi, lai ārstniecības personas savu profesionālo kvalifikāciju uzturētu un pilnveidotu pietiekamā apjomā un kārtība tiek ievērota.	⊙ Kritērijs sasniegts daļēji – vairākos gadījumos konstatēts, ka noteiktās resertifikācijas prasības ir formālas, tās daļēji vai pat sistemātiski netiek ievērotas, piemēram, tiek resertificētas personas, kuras specialitātē nav nostrādājušas trīs gadus, sertifikācijas padome nepārbauda, vai ārstniecības persona iesniedz pilnu informāciju par darba vietām, darba devēju novērtējumu.

Revīzijas jautājums	Noteiktais kritērijs	Kritērijs ir sasniegts/nav sasniegts?
	Visām specialitātēm ir izstrādāti profesionālās darbības kritēriji un robežlielumi.	⊙ Kritērijs sasniegts daļēji – visām ārstniecības personu specialitātēm nav izstrādāti profesionālās darbības vērtēšanas kritēriji, daļa izstrādāto kritēriju ir vispārīgi un nav definēti kritēriju izpildes vai neizpildes robežlielumi.
	Profesionālās darbības pārskats sagatavots par visām darba vietām un to ir apstiprinājuši darba devēji.	⊙ Kritērijs sasniegts daļēji – ne visos gadījumos ārstniecības persona sniedz informāciju par visām darba vietām, kur ārstniecības persona ir strādājusi vērtēšanas posmā, kā arī ne visus iesniegtos profesionālās darbības pārskatus ir apstiprinājuši darba devēji.
	Ārstniecības personu resertifikācija nodrošina atbilstošu profesionālās kvalifikācijas uzturēšanu un pilnveidošanu.	⊙ Kritērijs sasniegts daļēji – resertifikācija ne vienmēr apliecina atbilstošu ārstniecības personas profesionālās kvalifikācijas uzturēšanu un pilnveidošanu, jo ārstniecības personas tiek resertificētas arī gadījumos, kad tās neatbilst resertificējamās ārstniecības personas izvirzītajiem kritērijiem vai personu atbilstība resertifikācijai netiek izvērtēta pēc būtības.
	Veselības ministrija veic deleģētā ārstniecības personu sertifikācijas uzdevuma uzraudzību – iespēja apstrīdēt sertifikācijas padomes lēmumus.	⊙ Kritērijs ir sasniegts – ārstniecības personām ir iespēja apstrīdēt sertifikācijas padomes lēmumus Veselības ministrijā.
	Visos gadījumos, kad ārstniecības persona apstrīd sertifikācijas padomes lēmumu, Veselības ministrija, izskatot to, pieņem pamatotu lēmumu.	⊗ Kritērijs nav sasniegts – vienā gadījumā Veselības ministrija, atceļot sertifikācijas padomes lēmumu par atteikumu resertificēt ārstniecības personu, uzdod veikt atkārtotu personas resertifikāciju, lai gan personas profesionālā darbība neatbilst attiecīgās specialitātes kompetencei.
Vai ārstniecības personu kvalifikācijas uzturēšanas prasības ir vienlīdzīgas?	Visām ārstniecības personām ar vienu un to pašu profesiju vai specialitāti profesionālās kvalifikācijas uzturēšanas prasības ir vienlīdzīgas.	⊗ Kritērijs nav sasniegts – valstī nav izveidota vienota un ar vienotiem noteikumiem nodrošināta profesionālās kvalifikācijas uzturēšanas kārtība, kas veicinātu vienlīdz augstu veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti, piemēram, profesijai fizioterapeits un specialitātei fizioterapeits, kompetences ir vienādas, bet profesionālās kvalifikācijas uzturēšanas prasības ir dažādas.
Vai sertifikācijas procesā tiek izvērtēti ārstniecības personu profesionālās darbības pārkāpumi?	Ārstniecības personas resertifikācijas procesā tiek vērtēta visa informācija par personas profesionālo darbību.	⊗ Kritērijs nav sasniegts – netiek izvērtēta visa nozīmīgākā par personu pieejamā informācija, piemēram, par ārstniecības personas profesionālās darbības pārkāpumiem, līdz ar to pastāv risks, ka sertifikāts tikai daļēji apliecina ārstniecības

Revīzijas jautājums	Noteiktais kritērijs	Kritērijs ir sasniegts/nav sasniegts?
Vai tālākizglītība tiek īstenota kā nepārtraukts process, kas ļauj ārstniecības personām uzturēt un pilnveidot ārstniecības prakses standartus atbilstoši veselības aprūpes sistēmas vajadzībām?	Izstrādāta vienota tālākizglītības koordinācijas kārtība. Izveidotā ārstniecības personu tālākizglītības plānošanas un organizācijas kārtība atbilst labas tālākizglītības organizācijas praksei.	personas kompetenci nodrošināt kvalitatīvus veselības aprūpes pakalpojumus. ⊗ Kritērijs nav sasniegts – Veselības ministrija nav izstrādājusi vienotu tālākizglītības koordinācijas kārtību un darbības tālākizglītības organizēšanas procesā nav regulāras un sistemātiskas, jo ārstniecības personu tālākizglītībai netiek piešķirti valsts budžeta līdzekļi. ⊗ Kritērijs nav sasniegts – Latvijā izveidotā ārstniecības personu tālākizglītības plānošanas un organizācijas kārtība neatbilst labas tālākizglītības organizācijas praksei, jo tālākizglītība tiek plānota, pamatojoties uz nepilnīgu informāciju par veselības nozares kopējām vajadzībām un trūkumiem, nav noteikta prasība pasākuma organizatoram norādīt un pamatot tālākizglītības pasākuma mērķi.
	Veselības ministrija ir izstrādājusi tālākizglītības pasākumu apstiprināšanas un organizācijas kārtību, lai veicinātu efektīvu un pieejamu tālākizglītību.	⊗ Kritērijs nav sasniegts – Veselības ministrijas izstrādātajai tālākizglītības pasākumu apstiprināšanas kārtībai, tālākizglītības organizācijai ir saskatāmi trūkumi, kas neveicina efektīvu un pieejamu tālākizglītību. Piemēram, tālākizglītības pasākumu apstiprināšana tiek organizēta trīs organizācijās, tai skaitā tiek uzturēti atsevišķi tālākizglītības pasākumu reģistri, tādējādi radot nevajadzīgu administratīvo slogu un resursu patēriņu.
	Ārstniecības personu finansiālais slogs, ko rada tālākizglītības pasākumu apmeklēšanas izmaksas, ir līdzvērtīgas, salīdzinot ar kaimiņvalstīm.	⊗ Kritērijs nav sasniegts – Latvijā ārstniecības personu finansiālais slogs, ko rada tālākizglītības pasākumu apmeklēšanas izmaksas, ir lielāks, salīdzinot ar kaimiņvalstīm.
Vai piemērotā resertifikācijas maksa ir pamatota?	Faktiski no ārstniecības personām iekasētā resertifikācijas maksa ir pamatota un atbilst cenrādīm.	⊗ Kritērijs nav sasniegts – sertifikācijas institūcijas no ārstniecības personām divas reizes iekasē maksu par vienu un to pašu resertifikācijas pakalpojumu.

1.5. | Vai Veselības ministrija Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistru izmanto kā instrumentu nozares plānošanai un uzraudzībai?

Vai reģistrā ir iekļautas visas ārstniecības personas?	Reģistrā ir reģistrētas visas ārstniecības un ārstniecības atbalsta personas.	⊙ Kritērijs ir sasniegts – reģistrā ir reģistrētas visas ārstniecības personas, jo bez reģistrēšanās Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā nedrīkst praktizēt veselības aprūpes nozarē Latvijā.
--	---	---

Revīzijas jautājums	Noteiktais kritērijs	Kritērijs ir sasniegts/nav sasniegts?
Vai reģistrā ir visa informācija par ārstniecības personām?	Reģistrā ir patiesa un pilnīga informācija par ārstniecības un ārstniecības atbalsta personām.	<p>⊗ Kritērijs nav sasniegts – Veselības inspekcija nav nodrošinājusi mehānismu, lai visas ārstniecības iestādes sniegtu aktuālo informāciju par ārstniecības personām, kā arī nav ieviestas loģiskās kontroles, novēršot nepareizu klasifikatoru identificēšanu un ievadišanu.</p> <p>⊗ Papildus revidenti vērš uzmanību uz reģistrā norādīto kritēriju “ārstniecības persona pamatdarbā”, kurš nesniedz patieso informāciju par ārstniecības personas noslodzi, kā arī 12% ārstniecības personām nav norādīts pamatdarbs veselības aprūpes nozarē.</p>
Vai reģistra datus izmanto politikas plānošanā un kvalitātes kontrolē?	Reģistra dati ir izmantoti politikas plānošanā un uzraudzībā.	<p>⊗ Kritērijs sasniegts daļēji – tā kā reģistra dati nav atjaunoti ar aktuāliem datiem un klasifikatoriem, tos nevar pilnvērtīgi izmantot cilvēkresursu attīstības politikas plānošanai un uzraudzībai. Reģistra datus var izmantot tikai, lai noteiktu ārstu, māsu u.c. profesijā strādājošo skaitu, bet nevar noteikt, cik konkrētu speciālistu stādā specialitāte un reģionālo izvietojumu. Arī Veselības ministrija norāda, ka tā nevarēja izmantot reģistra datus, sagatavojot veselības aprūpes reformas konceptuālo ziņojumu.</p>
Vai Veselības inspekcija reģistra datus izmanto savu funkciju izpildei?	Reģistru izmanto kā riska analīzes instrumentu, plānojot pārbaudes ārstniecības iestādēs.	<p>⊗ Kritērijs nav sasniegts – plānojot ikgadējo pārbaudu apjomu Veselības inspekcija nav izmantojusi reģistru kā riska analīzes instrumentu, identificējot ārstniecības iestādes, kurās ir augsts risks ārstniecības personu nodarbinātības pārkāpumiem.</p>

Revīzijas metodes

Cilvēkresursu attīstības plānošanas dokumentu un projektu, politikas ieviešanas informatīvo ziņojumu un reformas konceptuālā ziņojuma analīze.

Normatīvo aktu un to izmaiņu analīze.

Intervijas ar:

- iestāžu, kas ir iesaistītas cilvēkresursu plānošanas un ieviešanas procesos, pārstāvjiem;
- ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu profesionālo organizāciju pārstāvjiem par cilvēkresursu attīstību veselības aprūpes nozarē.

Apkopota un analizēta saņemtā informācija no ministrijas un tās padotības iestādēm, izglītības iestādēm un ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu profesionālajām organizācijām.

Slimību profilakses un kontroles centra veselības aprūpes statistikas datu un starptautiskā (Pasaules Bankas, WHO, OECD) statistikas datu analīze.

Baltijas valstu publiski pieejamās informācijas analīze.

Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra datu analīze dažādos griezumos un salīdzināšana ar citu institūciju saņemto informāciju.

Vērtētas atbildīgo institūciju uzraudzības un kontroles darbības un efektivitāte.

Sektora vadītāja p.i.

L.Pūre

Departamenta direktore

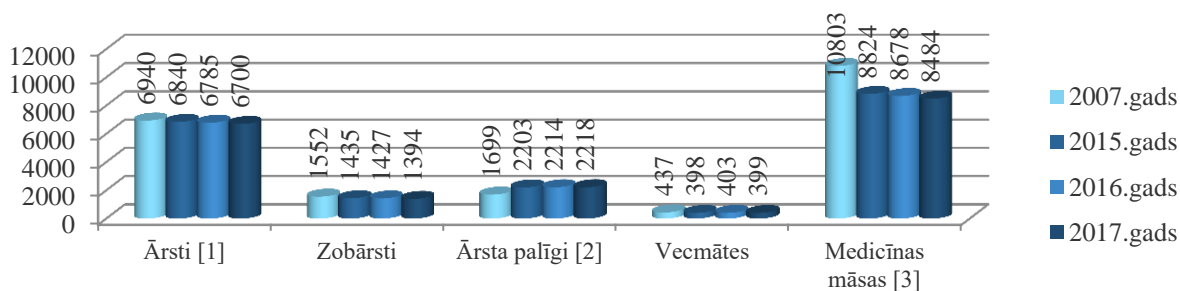
I.Vārava

ŠIS DOKUMENTS IR ELEKTRONISKI
PARAKSTĪTS AR DROŠU ELEKTRONISKO
PARAKSTU UN SATUR LAIKA ZĪMOGU

PIELIKUMI

1.pielikums. Veselības aprūpes cilvēkresursu statistika

Pēc Veselības aprūpes statistikas datiem 2017.gadā ārstniecības personu reģistrā Latvijā ir reģistrētas 19 195 ārstniecības personas (neiekļaujot jaunāko medicīnas personālu), kas ir par 2236 jeb 10% ārstniecības personu mazāk nekā 2007.gadā (skatīt 1.attēlā).



[1] ārsti bez zobārstiem, ar stažieriem un rezidentiem

[2] ieskaitot neatliekamās medicīniskās palīdzības feldšerus

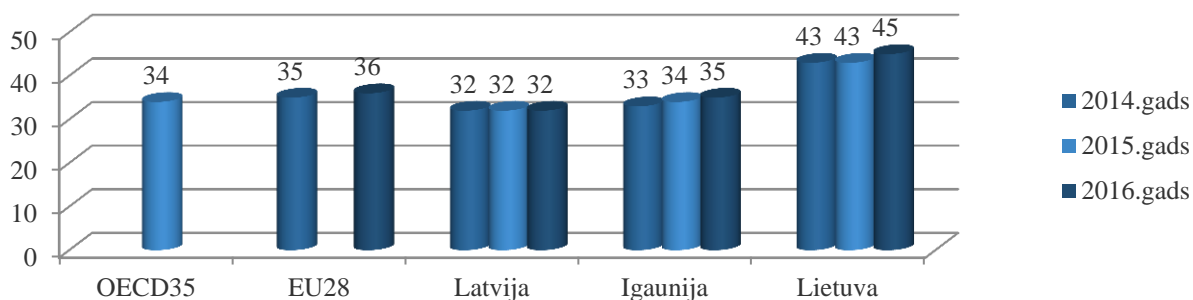
[3] medicīnas māsas ar vidējo profesionālo, pirmā līmeņa profesionālo augstāko un augstāko izglītību.

1.attēls. Ārstniecības personu skaits Latvijā²⁶²

Lai nodrošinātu veselības aprūpes pieejamību, ir nepieciešams pietiekams ārstu un māsu skaits, kas ir vienlīdzīgs starp dažādu specialitāšu ārstiem, un vienlīdzīgs to sadalījums pa visu valsti.

Pasaules Veselības organizācija ir norādījusi, ka metodoloģiski nav viena zelta standarta ārstu pietiekamības novērtēšanai, jo tā jāvērtē pēc būtiskajām iedzīvotāju veselības vajadzībām²⁶³.

Atbilstoši statistikas datiem Latvijā ir 32 ārsti uz 10 000 iedzīvotāju, un šis rādītājs atpaliek gan no vidējiem rādītājiem OECD un ES valstīs, gan no rādītājiem Igaunijā un Lietuvā (skatīt 2.attēlu). Lai gan ārstu skaits katru gadu samazinās, tomēr ārstu skaits uz 10 000 iedzīvotāju saglabājas nemainīgs kopējā Latvijas iedzīvotāju skaita samazināšanās dēļ.



Avoti: 2014.gads Health at a Glance: Europe 2016

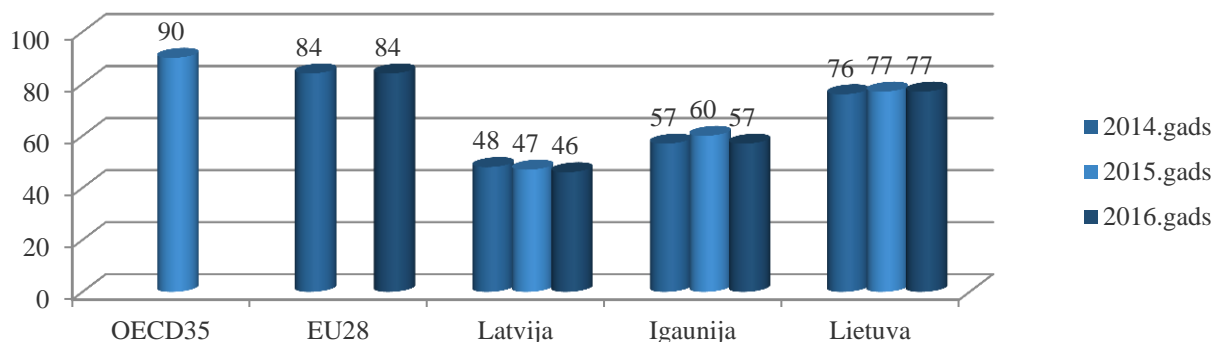
2015.gads Health at a Glance 2017: OECD indicators

2016.gads Health at a Glance: Europe 2016

2.attēls. Ārstu skaits uz 10 000 iedzīvotāju 2014.–2016.gadā.

Salīdzinot medicīnas māsu (ārstniecības un pacientu aprūpes personas un funkcionālo speciālistu asistenti) nodrošinājumu Latvijā un citās valstīs, secināms, ka Latvijā māsu skaits uz 10 000 iedzīvotāju ir viszemākais starp Baltijas valstīm un gandrīz uz pusi mazāks nekā ES un OECD valstīs (skatīt 3.attēlu). Lai gan iedzīvotāju skaits ik gadu samazinās, māsu skaits samazinās daudz straujāk, tādējādi

signalizējot par nopietnām problēmām veselības aprūpes pakalpojumu nodrošinājumā. Arī ārstu un māsu skaita attiecība Latvijā ir vismazākā – tikai 1:1,3, kamēr ES šī attiecība ir 1:2,5.



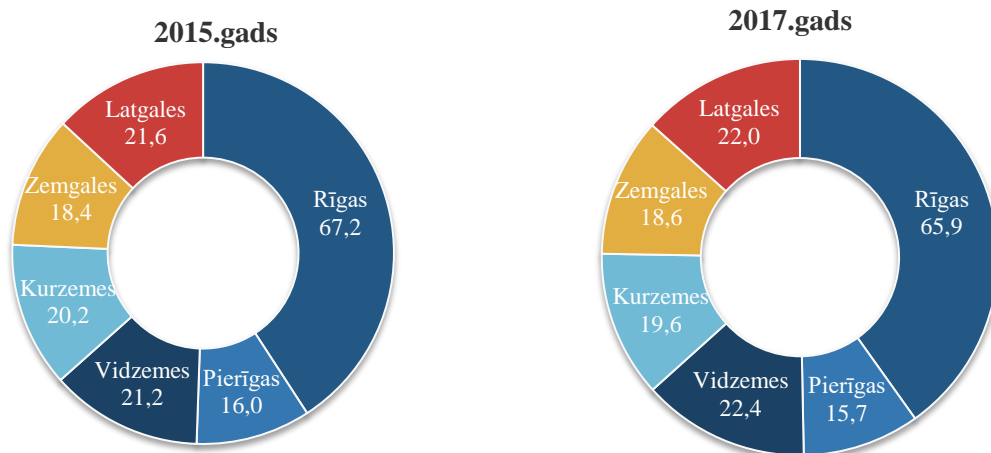
Avoti: 2014.gads *Health at a Glance: Europe 2016*
 2015.gads *Health at a Glance 2017: OECD indicators*
 2016.gads *Health at a Glance: Europe 2016*

3.attēls. Medicīnas māsu skaits uz 10 000 iedzīvotāju.

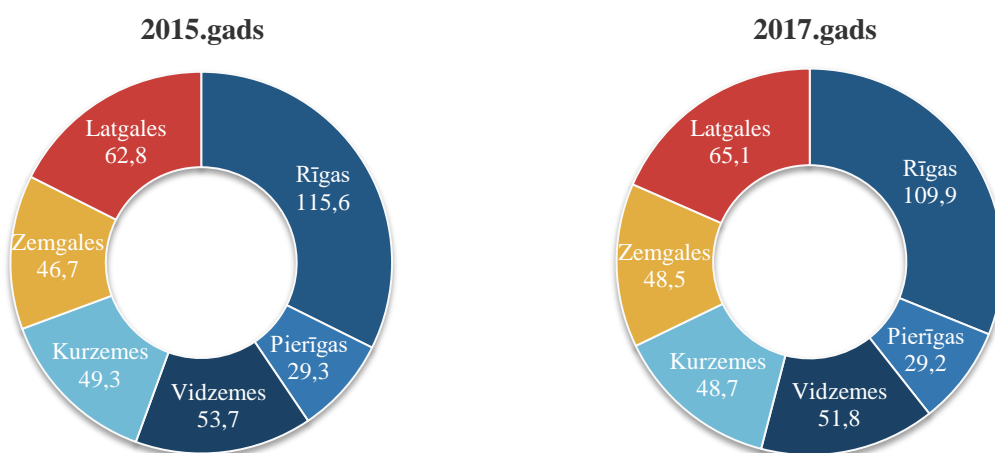
Tomēr ir jāuzsver Latvijas atšķirība salīdzinājumā ar kaimiņvalstīm, jo Latvijā papildus medicīnas māsu profesijai ir arī profesija – ārsta palīgs, kas noteiktos gadījumos var aizstāt gan medicīnas māsu (piemēram, ģimenes ārstu praksē, stacionāra uzņemšanas nodaļā), gan ārstu (piemēram, neatliekamajā medicīniskajā palīdzībā). Ārstu palīgu skaits uz 10 000 iedzīvotāju ir vidēji 11, un tas ir strauji palielinājies par 47%, salīdzinot ar 2007.gadu. Pēc revidentu domām ārsta palīgu skaitu var pieskaitīt medicīnas māsu skaitam, līdz ar to ārstniecības un pacientu aprūpes personāla (māsa, ārsta palīgs) skaits nav tik kritiski zems, tas faktiski līdzinātos Igaunijas rādītājam, bet tomēr būtiski atpaliktu no vidējā ES rādītāja.

Veselības ministrija cilvēkresursu attīstības politikas ieviešanas gala ziņojumā norāda, ka Latvijā vēl joprojām vērojams nevienmērīgs ārstu reģionālais izvietojums pa prakses vietām, piemēram, apmēram 63% no ārstniecības personām praktizē Rīgā un Pierīgā, nepietiekams ir ārstniecības un pacientu aprūpes personāla (ārsta palīgi, medicīnas māsas, vecmātes) skaits, līdz ar to ir neliela ārstu un māsu skaita attiecība (1:1,5), kas apgrūtina veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, tai skaitā reģionos²⁶⁴.

Revīzijā, apkopojot aktuālos datus, vērojama līdzīga situācija – Rīgas reģionā tiek nodarbinātas vairāk ārstniecības personas nekā vidēji valstī uz 10 000 iedzīvotāju, piemēram, visā valstī 2017.gadā uz 10 000 iedzīvotāju bija 34,6 ārsti, bet Rīgā tika nodarbināti 65,9 ārsti, kas ir gandrīz uz pusi vairāk (skatīt 4.attēlu). Līdzīga situācija ir arī ar ārstniecības un pacientu aprūpes personām (māsas, vecmātes, ārsta palīgi) – valstī 2017.gadā uz 10 000 iedzīvotāju bija 57,5 māsas, vecmātes, ārsta palīgi, bet Rīgā tika nodarbinātas 109,5 māsas, vecmātes un ārsta palīgi (skatīt 5.attēlu).



4.attēls. Ārstu skaita uz 10 000 iedzīvotāju reģionālais izvietojums²⁶⁵.



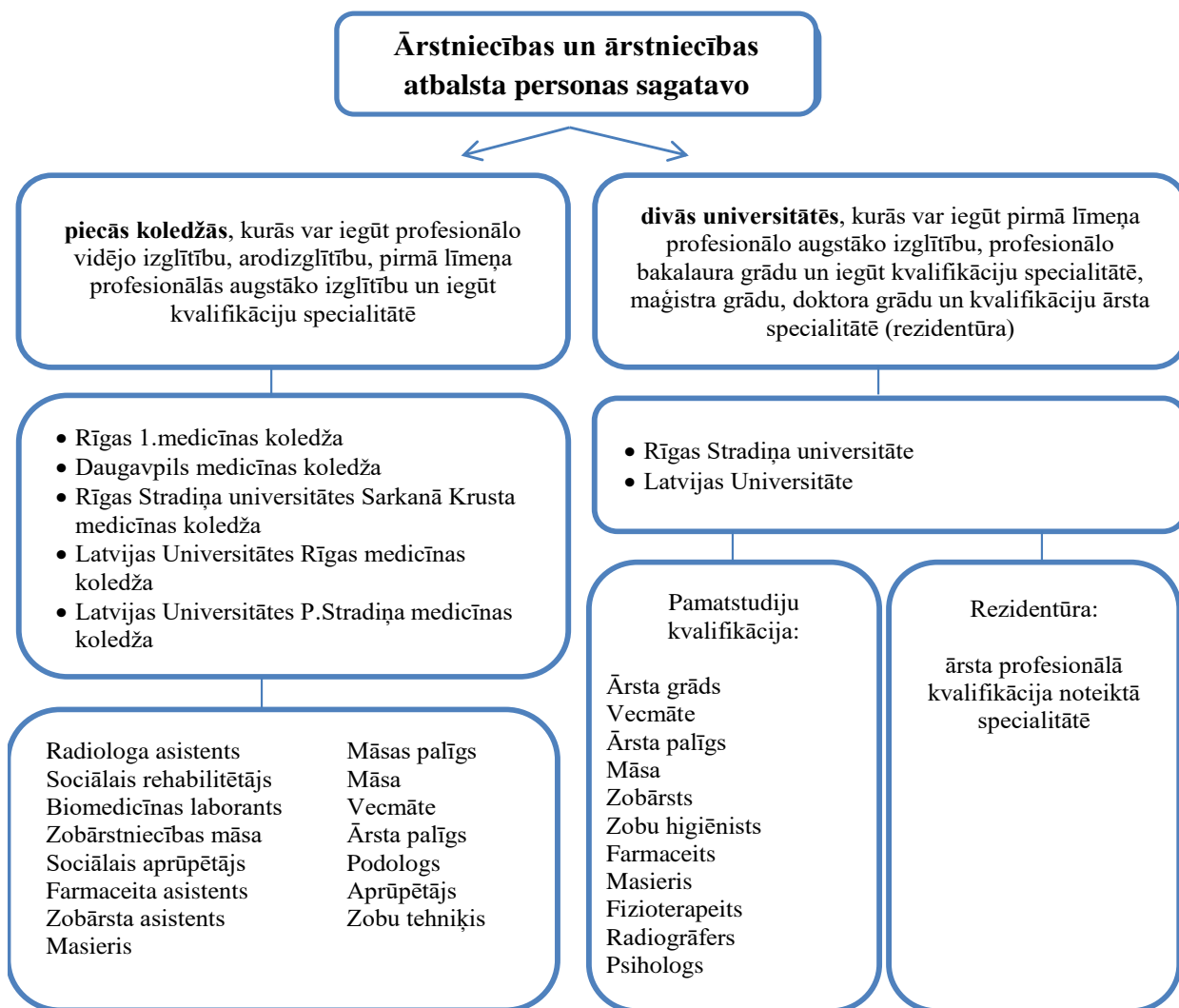
5.attēls. Ārstniecības un pacientu aprūpes personāls uz 10 000 iedzīvotāju reģionālais izvietojums²⁶⁶.

Darbinieku trūkums negatīvi ietekmē un padara vājus atsevišķus posmus veselības aprūpes sistēmā un rada risku pacientu aprūpei. Darbinieku trūkuma iemesli var būt darba sarežģītība un augstais atbildības līmenis, atbalsta trūkums, nekompetenta ārstniecības iestādes vadība, pastāvīgās profesionālās pilnveides vai profesionālās izaugsmes iespēju trūkums, zems atalgojums, kā rezultātā darbinieki nespēj nodrošināt kvalitatīvu veselības aprūpes līmeni. Tāpēc ir nepieciešama elastīga politikas sistēma, kam ir politisks atbalsts.

Veselības nozares darbinieku piesaiste un saglabāšana ir izaicinājums, kura risināšanā jāiesaistās politikas veidotājiem, veselības jomas vadītājiem un darbiniekiem, lai nodrošinātu veselības aprūpes pieejamību un tās augstu kvalitāti.

2.pielikums. Izglītība veselības aprūpes jomā

Latvijā medicīnisko izglītību iegūst piecās koledžās un divās augstskolās, skatīt izglītības iestāžu sadalījumu.



Veselības ministrijas padotībā ir Rīgas Stradiņa universitāte un pastarpināti universitātes izveidotā aģentūra Rīgas Stradiņa universitātes Sarkanā Krusta medicīnas koledža.

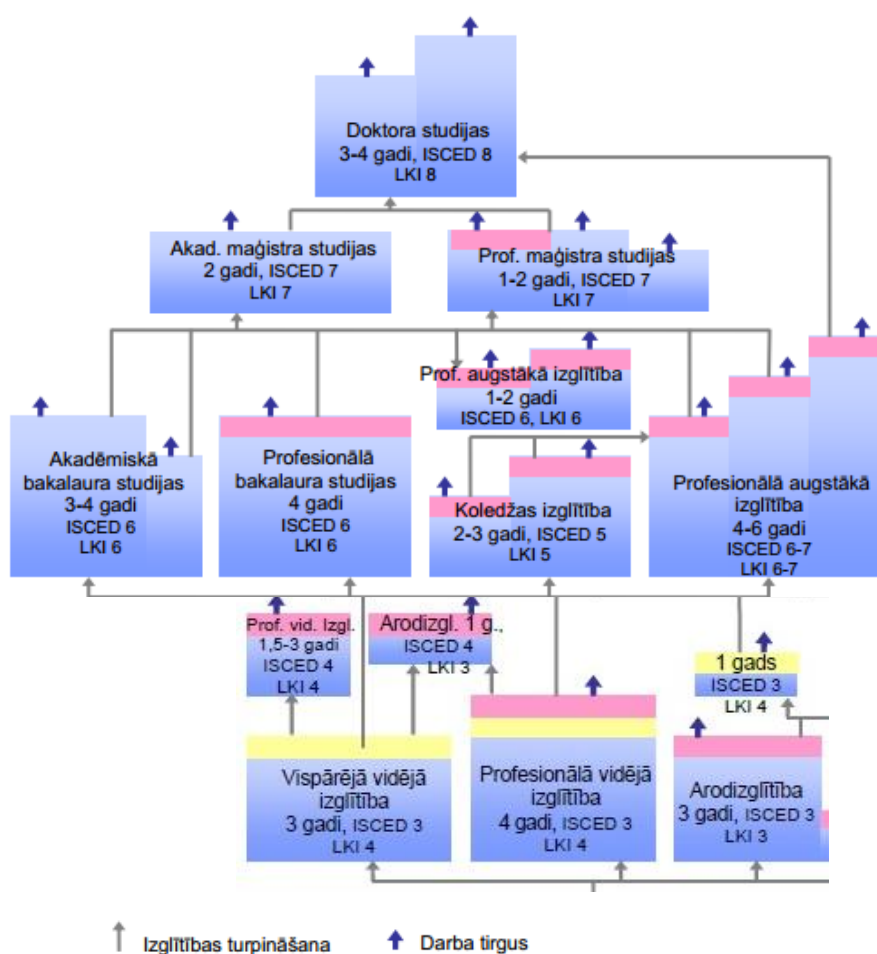
Izglītības un zinātnes ministrijas padotībā ir:

- Latvijas Universitāte un pastarpināti Universitātes izveidotās aģentūras Latvijas Universitātes Rīgas medicīnas koledža un Latvijas Universitātes P.Stradiņa medicīnas koledža;
- Daugavpils Universitāte un pastarpināti universitātes izveidotā aģentūra²⁶⁷ “Daugavpils Universitātes Daugavpils medicīnas koledža”;
- Rīgas 1. medicīnas koledža.

Izglītības attīstības politikas virsmērķis ir kvalitatīva un iekļaujoša izglītība personības attīstībai, cilvēku labklājībai un ilgtspējīgai valsts izaugsmei.

Ārstniecības personu izglītošana tiek realizēta izglītības tematiskās grupas “Veselības aprūpe un sociālā labklājība” veselības aprūpes tematiskajā jomā sešās izglītības programmu grupās²⁶⁸:

- ārstniecība (izglītības programmu kopas medicīna, pediatrija);
- medicīniskie pakalpojumi (audiologopēdija, ergoterapija, fizioterapija, medicīnas inženierija un fizika, ortozēšana, protezēšana, uzturzinātne, kosmetoloģija, mūzikas terapija, mākslas terapija);
- māsziņības;
- zobārstniecība (zobārstniecība, zobu higiēna);
- sabiedrības veselība.



Profesionālā augstākā izglītība ir augstākās pakāpes profesionālā izglītība, kas dod iespēju iegūt ceturto vai piektā līmeņa profesionālo kvalifikāciju²⁶⁹.

Pirmā līmeņa profesionālā augstākā izglītība (koledžas izglītība) ir augstākās pakāpes profesionālā izglītība, kas dod iespēju iegūt ceturto profesionālās kvalifikācijas līmeni. Pirmā līmeņa profesionālās augstākās izglītības programmas mērķi ir sagatavot izglītojamo darbībai noteiktā profesijā, veicināt zināšanu un prasmju (arī patstāvīgās mācīšanās prasmju) apguvi, kas nodrošina ceturto līmeņa profesionālās kvalifikācijas iegūvi un sekmē konkurētspēju mainīgos sociālekonomiskajos apstākļos, un

radīt motivāciju tālākizglītībai un sniegt iespēju sagatavoties, lai iegūtu otrā līmeņa profesionālo augstāko izglītību²⁷⁰. Pirmā līmeņa profesionālās augstākās izglītības programmas tiek īstenotas augstskolā vai koledžā.

Pirmā līmeņa profesionālās augstākās izglītības programmas, kas tiek realizētas izglītības tematiskajā grupā “Veselības aprūpe un sociālā labklājība”, ir māsa, vecmāte, ārsta palīgs, farmaceita asistents, zobu higiēnists, podologs, radiologa asistents, biomedicīnas laborants, masieris, skaistumkopšanas speciālists kosmetoloģijā, militārais paramediķis.

Otrā līmeņa profesionālā augstākā izglītība ir augstākās pakāpes profesionālā izglītība, kas dod iespēju iegūt piekto profesionālo kvalifikāciju²⁷¹. Otrā līmeņa profesionālās augstākās izglītības programmu mērķi ir nodrošināt tautsaimniecības, kultūras, valsts aizsardzības un drošības, kā arī sociālajām vajadzībām atbilstošas, nozares zinātņu teorētiskajos pamatos balstītas, profesiju standartiem atbilstošas un praksē piemērojamas profesionālās studijas²⁷². Otrā līmeņa profesionālās augstākās izglītības programmas īsteno augstskola.

Otrā līmeņa profesionālās augstākās izglītības programmas, kas tiek realizētas izglītības tematiskajā grupā “Veselības aprūpe un sociālā labklājība”, ir ārsts, zobārsts, farmaceits, funkcionālie speciālisti (tai skaitā uztura speciālists, mākslas terapeits), māsa, vecmāte, radiogrāfers, un rezidentūra medicīnā jeb ārstu, zobārstu pēcdiploma specializācija.

3.pielikums. Reglamentēto profesiju skaits veselības aprūpes jomā

Datums, kad profesija atzīta par reglamentēto	Profesijas nosaukums			
	Latvija	Latvija	Lietuva	Igaunija
20.07.2001.	ārsts		ārsts	ārsts
	zobārsts		zobārsts	zobārsts
	māsa (medicīnas māsa)		vispārējās aprūpes māsa	vispārējās aprūpes māsa
			uzlabotās aprūpes māsa	
	vecmāte		vecmāte	vecmāte
	ārsta palīgs (feldšeris)			
	biomedicīnas laborants		biomedicīnas tehnologs	
	zobu tehniķis		zobu tehniķis	
	zobu higiēnists		zobu higiēnists	
	fizioterapeits		fizioterapeits	
	ergoterapeits		ergoterapeits	
	optometrists			
	fizioterapeita asistents			
	ergoterapeita asistents			
	reitterapeits			
reitterapeita asistents				
tehniskais ortopēds				
17.04.2004.	kosmētiķis			
	zobārsta asistents			
	māsas palīgs			
	zobārstniecības māsa		zobārsta palīgs	
29.11.2006.	audiologopēds		logopēds	
	radiologa asistents			
	uztura speciālists		dietologs	
04.05.2011.	militārais paramediķis			
	podologs			
	radiogrāfers			
	skaistumkopšanas speciālists kosmetoloģijā			
15.12.2015.	masieris		masieris	
	mākslas terapeits			
				epidemioloģiskās drošības speciālists
Kopā uz 01.01.2018.:	29		14	5

Atsauces

- ¹ Veselības ministrijas programma “Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē 2006.–2015.gadam”, atbalstīta ar Ministru kabineta 06.11.2006. rīkojumu Nr.870.
- ² Eiropas Parlamenta un Padomes 07.09.2005. Direktīvas 2005/36/EK par profesionālo kvalifikāciju atzīšanu V pielikuma “Atzīšana, pamatojoties uz minimālo apmācības nosacījumu saskaņošanu” 5.1.3.apakšpunkts “Apmācību kursu nosaukumi specializētajā medicīnā”.
- ³ Eiropas Parlamenta un Padomes 07.09.2005. Direktīvas 2005/36/EK par profesionālo kvalifikāciju atzīšanu V pielikuma “Atzīšana, pamatojoties uz minimālo apmācības nosacījumu saskaņošanu” 5.1.3.apakšpunkts “Apmācību kursu nosaukumi specializētajā medicīnā”.
- ⁴ Valsts pārvaldes iekārtas likuma V nodaļa “Atsevišķu pārvaldes uzdevumu deleģēšana”.
- ⁵ Likuma “Par interešu konflikta novēršanu valsts amatpersonu darbībā” 4.panta trešā daļa.
- ⁶ Ministru kabineta 18.12.2012. noteikumu Nr.943 “Ārstniecības personu sertifikācijas kārtība” 53., 55., 56.punkts.
- ⁷ “Working together for health”, The World Health Report 2006.
- ⁸ Health Workforce Policies in OECD Countries: Right jobs, right skills, right places, OECD 2016.
- ⁹ Health at glance 2017, OECD 2017.
- ¹⁰ Veselības ministrijas informatīvais ziņojums par pamatnostādņu “Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē” un programmas “Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē 2006.–2015.gadam” īstenošanu 2014.–2015.gadā.
- ¹¹ Veselības ministrijas Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.–2020.gadam, apstiprinātas ar Ministru kabineta 14.10.2014. rīkojumu Nr.589.
- ¹² Veselības ministrijas Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.–2020.gadam, apstiprinātas ar Ministru kabineta 14.10.2014. rīkojumu Nr.589.
- ¹³ Veselības ministrijas konceptuālais ziņojums “Par veselības aprūpes sistēmas reformu”, atbalstīts ar Ministru kabineta 07.08.2017. rīkojumu Nr.394.
- ¹⁴ Veselības ministrijas 12.06.2019. e-pasta vēstule.
- ¹⁵ Veselības ministrijas konceptuālais ziņojums “Par veselības aprūpes sistēmas reformu”, atbalstīts ar Ministru kabineta 07.08.2017. rīkojumu Nr.394.
- ¹⁶ Pasaules Veselības organizācijas dati, pieejami <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1444>, skatīts 30.01.2019.
- ¹⁷ Pasaules Bankas 2016.gadā sagatavots galvenais ziņojums “Latvijas veselības aprūpes infrastruktūras ģenerālplāns 2016.–2025.gadam”.
- ¹⁸ Pasaules Veselības organizācijas informācija, pieejams <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1444>, skatīts 19.12.2018.
- ¹⁹ Health at a Glance: Europe 2018, pieejams: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2018_healthatglance_rep_en.pdf, skatīts 03.01.2019.
- ²⁰ Veselības ministrijas informatīvais ziņojums par pamatnostādņu “Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē” un programmas “Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē 2006.–2015.gadam” īstenošanu 2014.–2015.gadā.
- ²¹ Pasaules Bankas ziņojums Latvijas veselības aprūpes infrastruktūras ģenerālplāns 2016.–2025.
- ²² Ieskaītot neatliekamās medicīniskās ārsta palīgus (feldšerus).
- ²³ Veselības ministrijas informatīvais ziņojums par pamatnostādņu “Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē” un programmas “Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē 2006.–2015.gadam” īstenošanu 2014.–2015.gadā.
- ²⁴ Veselības ministrijas programma “Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē 2006.–2015.gadam”, atbalstīta ar Ministru kabineta 06.11.2006. rīkojumu Nr.870.
- ²⁵ Ministru kabineta 30.08.2011. noteikumu Nr.685 “Rezidentu uzņemšanas, sadales un rezidentūras finansēšanas kārtība” 20.punkts.
- ²⁶ Valsts kontroles revīzijas ziņojums “Vai ambulatorā veselības aprūpes sistēma Latvijā ir pilnveidojama?”
- ²⁷ SPKC Statistika dati par veselības aprūpes cilvēkresursiem, pieejams: <https://www.spkc.gov.lv/lv/statistika-un-petijumi/statistika/veselibas-aprupes-statistika1>, skatīts 05.11.2018.
- ²⁸ Veselības ministrijas informatīvais ziņojums par pamatnostādņu “Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē” un programmas “Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē 2006.–2015.gadam” īstenošanu 2014.–2015.gadā.
- ²⁹ Veselības ministrijas konceptuālais ziņojums “Par veselības aprūpes sistēmas reformu”, atbalstīts ar Ministru kabineta 07.08.2017. rīkojumu Nr.394.
- ³⁰ Veselības ministrijas 01.04.2019. vēstule Nr.01-15.1/1445.

- ³¹ Veselības ministrijas pamatnostādnes “Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē”, atbalstītas ar Ministru kabineta 18.05.2005. rīkojumu Nr.326. Veselības ministrijas programma “Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē 2006.–2015.gadam”, atbalstīta ar Ministru kabineta 06.11.2006. rīkojumu Nr.870.
- ³² Personas iedalītas pēc Ārstniecības personu klasifikatora: ārsti (kodi – P,A,PP) un ārstniecības personas (kodi –n,T).
- ³³ Latvijas Ķirurģu asociācijas 26.10.2017 vēstule Nr.2.3.1-480
- ³⁴ Veselības ministrijas informatīvais ziņojums par pamatnostādņu “Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē” un programmas “Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē 2006.–2015.gadam” īstenošanu 2014.–2015.gadā.
- ³⁵ Veselības ministrijas programma “Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē 2006.–2015.gadam”, atbalstīta ar Ministru kabineta 06.11.2006. rīkojumu Nr.870.
- ³⁶ Veselības ministrijas informatīvais ziņojums par pamatnostādņu “Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē” un programmas “Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē 2006.–2015.gadam” īstenošanu 2014.–2015.gadā.
- ³⁷ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumi Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”.
- ³⁸ Medicīnas māsa, vecmāte, ārsta palīgs.
- ³⁹ Sanitārs, māsas palīgs.
- ⁴⁰ Veselības ministrijas informatīvais ziņojums par pamatnostādņu “Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē” un programmas “Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē 2006.–2015.gadam” īstenošanu 2014.–2015.gadā.
- ⁴¹ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumi Nr.555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība”.
- ⁴² Ministru kabineta 05.12.2017. rīkojuma “Par apropriācijas pārdali no budžeta resora “74.Gadskārtējā valsts budžeta izpildes procesā pārdalāmais finansējums” 08.00.00 programmas “Veselības aprūpes sistēmas reformas ieviešanas finansējums” uz budžeta resoru “29.Veselības ministrija”” sākotnējās ietekmes novērtējuma ziņojums (anotācija).
- ⁴³ Ministru kabineta 18.12.2018. noteikumi Nr.851 “Noteikumi par zemāko mēnešalgu un speciālo piemaksu veselības aprūpes jomā nodarbinātajiem”.
- ⁴⁴ Ministru kabineta 05.12.2017. rīkojums Nr.719 “Par apropriācijas pārdali no budžeta resora “74. Gadskārtējā valsts budžeta izpildes procesā pārdalāmais finansējums” 08.00.00 programmas “Veselības aprūpes sistēmas reformas ieviešanas finansējums” uz budžeta resoru “29.Veselības ministrija””.
- ⁴⁵ Ministru kabineta 19.12.2017. noteikumi Nr.793 “Grozījumi Ministru kabineta 2013.gada 17.decembra noteikumos Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība””.
- ⁴⁶ Veselības ministrijas 26.01.2018. preses relīze “Ārstniecības personu darba samaksas palielinājumam novirzīti 85 miljoni eiro”. Pieejams: [http://www.vm.gov.lv/lv/aktualitates/preses_relizes/5629_arstniecibas_personu_darba_samaksas_palielinajumam_novirziti/](http://www.vm.gov.lv/lv/aktualitates/preses_relizes/5629_arstniecibas_personu_darba_samaksas_palielinajumam_novirziti), skatīts 01.02.2019.
- ⁴⁷ Ministru kabineta 18.12.2018. noteikumi Nr.836 “Grozījumi Ministru kabineta 2018.gada 28.augusta noteikumos Nr.555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība””, Ministru kabineta 18.12.2018. noteikumi Nr.851 “Noteikumi par zemāko mēnešalgu un speciālo piemaksu veselības aprūpes jomā nodarbinātajiem”.
- ⁴⁸ Veselības ministrijas 18.12.2018. preses relīze “Nākamgad medikāliem vidējā darba samaksa pieaugs par 20%”. Pieejams: http://www.vm.gov.lv/lv/aktualitates/preses_relizes/5884_nakamgad_medikiem_vidēja_darba_samaksa_pieaugs_par_20/, skatīts 01.02.2019.
- ⁴⁹ Veselības ministrijas mājaslapā 18.12.2018. publicētā informācija. Pieejams: http://www.vm.gov.lv/lv/aktualitates/preses_relizes/5884_nakamgad_medikiem_vidēja_darba_samaksa_pieaugs_par_20/, skatīts 01.02.2019.
- ⁵⁰ 13.12.2018. likums “Grozījums Veselības aprūpes finansēšanas likumā”.
- ⁵¹ Veselības ministrijas prezentācija “Par veselības aprūpes finansēšanas likuma ieviešanas gaitu un darba samaksas apmēra paaugstināšanu medikāliem – paveiktais kopš 2019.gada 22.janvāra” Saeimas Sociālo un darba lietu komisijas un Publisko izdevumu un revīzijas komisijas 13.03.2019. kopsēdē. Pieejams: <http://titania.saeima.lv/livs/saeimasnotikumi.nsf/0/DC530495B9D5692AC22583B6004F00FA?OpenDocument&srcv=dt>, skatīts 24.03.2019.
- ⁵² Izglītības un zinātnes ministrijas 2016.gadā sagatavots informatīvais ziņojums “Reglamentēto profesiju nosacījumi un turpmākā rīcība reglamentēto profesiju jomas pilnveidošanai Latvijā”.
- ⁵³ Izglītības un zinātnes ministrijas 2016.gadā sagatavots informatīvais ziņojums “Reglamentēto profesiju nosacījumi un turpmākā rīcība reglamentēto profesiju jomas pilnveidošanai Latvijā”.
- ⁵⁴ Informācija uz 01.01.2018. bez farmaceita un farmaceita asistenta.
- ⁵⁵ Ministru kabineta 06.06.2006. noteikumi Nr.460 “Noteikumi par specialitāšu, apakšspecialitāšu un papildspecialitāšu sarakstu reglamentētajām profesijām”.

- ⁵⁶ Lietuvas Republikas Ekonomikas ministrijas 15.04.2014. rīkojums Nr.4-486 “Par reglamentēto profesiju saraksta apstiprināšanu”;
 pieejams: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/5afbbb200c6311e497f0ec0f2b563356/oyCIksgWmu>, skatīts 15.05.2018.
- ⁵⁷ Igaunijas Republikas akadēmiskās atzīšanas informācijas centrs (ENIC / NARIC centrs); pieejams: <http://archimedes.ee/enic/en/kutsealane/reguleeritud-kutsed/>, skatīts 15.05.2018.
- ⁵⁸ Ārstniecības likuma 26.panta pirmā un otrā daļa.
- ⁵⁹ Likuma “Par reglamentētajām profesijām un profesionālās kvalifikācijas atzīšanu” 5.pants.
- ⁶⁰ Reglamentēto profesiju datu bāze, pieejama: <http://www.aic.lv/regdip/>, skatīts 15.05.2018.
- ⁶¹ Likums “Par reglamentētajām profesijām un profesionālās kvalifikācijas atzīšanu”.
- ⁶² Ministru kabineta 12.04.2018. noteikumu projektu par izmaiņām ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu profesiju sarakstos, ārstniecības personu klasifikatorā, ārstniecisko un diagnostisko metožu klasifikatorā un ārstniecības personu un studējošo kompetencē ārstniecībā sākotnējās ietekmes novērtējuma ziņojums (anotācija).
- ⁶³ Ministru kabineta 26.08.2016. noteikumu projekta “Grozījumi Ministru kabineta 2009.gada 24.marta noteikumos Nr.268 “Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu”” sākotnējās ietekmes novērtējuma ziņojums (anotācija).
- ⁶⁴ 22.08.2018. intervijas protokols.
- ⁶⁵ Veselības ministrijas 18.09.2018. vēstule Nr.01-15.1/4180 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-6/2017”.
- ⁶⁶ Ministru kabineta 06.06.2006. noteikumi Nr.460 “Noteikumi par specialitāšu, apakšspecialitāšu un papildspecialitāšu sarakstu reglamentētajām profesijām”.
- ⁶⁷ Valsts kontroles revīzijas ziņojums “Vai Austrumu slimnīcas darbības efektivitāti ir iespējams uzlabot?”
- ⁶⁸ Eiropas Parlamenta un Padomes 07.09.2005. Direktīvas 2005/36/EK par profesionālo kvalifikāciju atzīšanu V pielikuma “Atzīšana, pamatojoties uz minimālo apmācības nosacījumu saskaņošanu” 5.1.3.apakšpunkts “Apmācību kursu nosaukumi specializētajā medicīnā”.
- ⁶⁹ Likuma “Par reglamentētajām profesijām un profesionālās kvalifikācijas atzīšanu” 10.panta trešā daļa.
- ⁷⁰ Eiropas Parlamenta un Padomes 07.09.2005. Direktīva 2005/36/EK par profesionālo kvalifikāciju atzīšanu.
- ⁷¹ Absolvējošo jauno speciālistu (ārstu) skaits attiecībā pret uzņemto studentu skaitu jāvērtē ar nobīdi seši gadi (pamatstudijas medicīnā (ārstniecībā) ilgums seši gadi).
- ⁷² Ārstniecības likuma 1.panta 19.punkts.
- ⁷³ Rīgas Stradiņa universitātes mājaslapa (<https://www.rsu.lv/talakisglitiba-un-kursi/rezidentura>, skatīta 06.02.2016.
- ⁷⁴ Augstskolu likuma 70.panta 4.punkts.
- ⁷⁵ Valsts kontroles lietderības revīzijas ziņojums “Vai augstākās izglītības finansēšanas sistēma ir efektīva?”.
- ⁷⁶ Veselības ministrijas pamatnostādnes “Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē”, atbalstītas ar Ministru kabineta 18.05.2005. rīkojumu Nr.326.
- ⁷⁷ Ministru kabineta 13.04.2004. noteikumu Nr.286 “Veselības ministrijas nolikums” 5.2. apakšpunkts.
- ⁷⁸ Health at a Glance: Europe 2016, 2017. Ekonomiskās sadarbības un attīstības organizācija (OECD) publikācijas – pieejams: <http://www.oecd.org/health/health-systems/workforce.htm> (skatīts 18.09.2018.)
- ⁷⁹ Eiropas Parlamenta un Padomes 07.09.2005. Direktīvas 2005/36/EK par profesionālo kvalifikāciju atzīšanu V pielikuma “Atzīšana, pamatojoties uz minimālo apmācības nosacījumu saskaņošanu” 5.1.3.apakšpunkts “Apmācību kursu nosaukumi specializētajā medicīnā”.
- ⁸⁰ Ministru kabineta 24.05.2016. noteikumu Nr.315 “Grozījumi Ministru kabineta 24.03.2009. noteikumos Nr.268 “Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu”” projekta sākotnējās ietekmes novērtējuma ziņojums (anotācija); pieejams: <http://tap.mk.gov.lv/lv/mk/tap/?pid=40367267>, skatīts 18.09.2018.
- ⁸¹ Eiropas Parlamenta un Padomes 07.09.2005. Direktīva 2005/36/EK par profesionālo kvalifikāciju atzīšanu.
- ⁸² Eiropas Parlamenta un Padomes 07.09.2005. Direktīva 2005/36/EK par profesionālo kvalifikāciju atzīšanu.
- ⁸³ Eiropas Parlamenta un Padomes 07.09.2005. Direktīvas 2005/36/EK par profesionālo kvalifikāciju atzīšanu V pielikuma “Atzīšana, pamatojoties uz minimālo apmācības nosacījumu saskaņošanu” 5.1.3.apakšpunkts “Apmācību kursu nosaukumi specializētajā medicīnā”.
- ⁸⁴ Eiropas Parlamenta un Padomes Direktīvas 2005/36/EK (07.09.2005.) par profesionālo kvalifikāciju atzīšanu 31.panta 3. un 5.punkts.
- ⁸⁵ Ārstniecības likuma VII nodaļas “Māsas un ārsta palīga profesija” 26.panta pirmā, otrā daļa.

- ⁸⁶ Māsas profesijas standarts, pieejams: <https://visc.gov.lv/profizglitiba/dokumenti/standarti/ps0146.pdf>, skatīts 18.09.2018.
- ⁸⁷ Ministru kabineta 24.05.2016. noteikumi Nr.317 “Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība”.
- ⁸⁸ Ministru kabineta 24.05.2016. noteikumu Nr.317 “Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība” 1.pielikuma 4.punkts.
- ⁸⁹ Ministru kabineta 07.08.2017. rīkojums Nr.394 “Par konceptuālo ziņojumu “Par veselības aprūpes sistēmas reformu””.
- ⁹⁰ Ministru kabineta 07.08.2017. rīkojums Nr.394 “Par konceptuālo ziņojumu “Par veselības aprūpes sistēmas reformu””.
- ⁹¹ Veselības ministrijas 01.12.2017. rīkojums Nr.216 “Par darba grupas Māsas specialitāšu izvērtēšanai izveidi”.
- ⁹² Veselības ministrijas 2019.gada sagatavots konceptuālā ziņojuma projekts “Par māsas profesijas turpmāko attīstību”.
- ⁹³ Veselības ministrijas 2019.gada sagatavots konceptuālā ziņojuma projekts “Par māsas profesijas turpmāko attīstību”.
- ⁹⁴ Eiropas Parlamenta un Padomes Direktīvas 2005/36/EK (2005.gada 7.septembris) par profesionālo kvalifikāciju atzīšanu 31.panta 3. un 5.punkts.
- ⁹⁵ Eiropas Parlamenta un Padomes Direktīvas 2005/36/EK (07.09.2005.) par profesionālo kvalifikāciju atzīšanu 31.panta 3. un 5.punkts.
- ⁹⁶ Ministru kabineta 04.07.1995. noteikumu Nr.187 “Noteikumi par praktizētājiem ārstu sertifikāciju” (spēkā līdz 31.12.1997.) 7.punkts.
- ⁹⁷ Ministru kabineta 04.07.1995. noteikumi Nr.190 “Noteikumi par praktizētājiem māsu, vecmāšu, feldšeru un laborantu sertifikāciju” (spēkā līdz 31.12.1997.).
- ⁹⁸ Ministru kabineta 23.12.1997. noteikumu Nr.431 “Ārstniecības personu sertifikācijas kārtība” (spēkā līdz 28.06.2000.) 12.punkts, Ārstniecības likuma 1.panta ceturtā daļa, 29.panta otrā daļa (spēkā no 11.06.2008.).
- ⁹⁹ Ārstniecības likuma 48.pants.
- ¹⁰⁰ Ministru kabineta 18.12.2012. noteikumi Nr.943 “Ārstniecības personu sertifikācijas kārtība”.
- ¹⁰¹ Zvērinātu advokātu biroja “Eversheds Bitāns” pētījuma “Valsts pārvaldes uzdevumu nodošanas analīze un rekomendācijas” 29.06.2011.. Pieejams: <https://www.mk.gov.lv/content/reformu-novertejumi-un-petijumi>, skatīts 13.09.2018.
- ¹⁰² Valsts pārvaldes iekārtas likuma V nodaļa “Atsevišķu pārvaldes uzdevumu deleģēšana”.
- ¹⁰³ Ārstniecības likuma (pamata redakcijas) 1.panta 4.punkts, Ārstniecības likuma 29.pants (spēkā no 11.06.2008.).
- ¹⁰⁴ Ministru kabineta 04.07.1995. noteikumu Nr.187 “Noteikumi par praktizētājiem ārstu sertifikāciju” (spēkā līdz 30.12.1997.) 7.punkts, Ministru kabineta 23.12.1997. noteikumu Nr.431 “Ārstniecības personu sertifikācijas kārtība” 12.punkts (noteikumi spēkā līdz 27.06.2000), Ministru kabineta 18.12.2012. noteikumi Nr.943 “Ārstniecības personu sertifikācijas kārtība”.
- ¹⁰⁵ Ārstniecības likuma 1.panta 4.punkts (spēkā no 12.03.1998.), Ministru kabineta 23.12.1997. noteikumu Nr.431 “Ārstniecības personu sertifikācijas kārtība” 12.punkts (noteikumi spēkā līdz 27.06.2000).
- ¹⁰⁶ Ministru kabineta 15.09.1998. noteikumi Nr.356 “Noteikumi par valsts pārvaldes kompetences deleģēšanu pilnvarotajām institūcijām” (spēkā no 19.09.1998. līdz 31.12.2002.), Valsts pārvaldes iekārtas likums.
- ¹⁰⁷ Valsts pārvaldes iekārtas likuma 40.panta pirmā daļa, 41.panta pirmā daļa, 42.panta pirmā daļa, 43.panta pirmā, trešā, piektā sestā daļa.
- ¹⁰⁸ Zvērinātu advokātu biroja “Eversheds Bitāns” pētījuma “Valsts pārvaldes uzdevumu nodošanas analīze un rekomendācijas” 29.06.2011. ziņojums. Pieejams: <https://www.mk.gov.lv/content/reformu-novertejumi-un-petijumi>, skatīts 13.09.2018.
- ¹⁰⁹ E.Levits “Valsts pārvaldes iekārtas likuma koncepcija”. Publicēts oficiālajā laikrakstā “Latvijas Vēstnesis”, 26.06.2002., Nr.95 (2670). Pieejams: <https://www.vestnesis.lv/ta/id/63685>, skatīts 14.09.2018.
- ¹¹⁰ Veselības ministrijas 10.08.2018. vēstule Nr.01-15.1/3594 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-6/2017”.
- ¹¹¹ Ārstniecības likuma 7.pants.
- ¹¹² Valsts pārvaldes iekārtas likuma 41.panta pirmā daļa.
- ¹¹³ Zvērinātu advokātu biroja “Eversheds Bitāns” pētījuma “Valsts pārvaldes uzdevumu nodošanas analīze un rekomendācijas” 29.06.2011. ziņojums. Pieejams: <https://www.mk.gov.lv/content/reformu-novertejumi-un-petijumi>, skatīts 13.09.2018.
- ¹¹⁴ Valsts pārvaldes iekārtas likuma V nodaļa “Atsevišķu pārvaldes uzdevumu deleģēšana”.
- ¹¹⁵ Valsts pārvaldes iekārtas likuma 10.panta desmitā daļa.

- ¹¹⁶ Ministru kabineta 27.08.2013. noteikumi Nr.672 “Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu profesionālo zināšanu pārbaudes un sertifikācijas maksas pakalpojumu cenrādis”.
- ¹¹⁷ Ministru kabineta noteikumu “Noteikumi par ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu profesionālo zināšanu pārbaudes, sertifikāta noformēšanas, reģistrēšanas un tā dublikāta izgatavošanas maksas pakalpojumu cenrādi” projekta 04.09.2012. sākotnējās (ex-ante) ietekmes novērtējuma ziņojums (anotācija).
- ¹¹⁸ Latvijas Ārstu biedrības 04.09.2018. vēstule Nr.01-23.2/95 “Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-6/2017”.
- ¹¹⁹ Latvijas Māsu asociācijas 27.08.2018. vēstule.
- ¹²⁰ Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienības 27.07.2018. vēstule Nr.3/2018 “Atbilde uz informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-6/2017”.
- ¹²¹ Veselības ministrijas 10.08.2018. vēstule Nr.01-15.1/3594 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-6/2017”.
- ¹²² Likuma “Par interešu konflikta novēršanu valsts amatpersonu darbībā” 4.panta trešā daļa.
- ¹²³ Ministru kabineta 18.12.2012. noteikumu Nr.943 “Ārstniecības personu sertifikācijas kārtība” 10.1., 11.1., 15.,16.,17.punkts.
- ¹²⁴ Likuma “Par interešu konflikta novēršanu valsts amatpersonu darbībā” 4.panta trešā daļa.
- ¹²⁵ Administratīvā procesa likuma 1.panta trešā daļa.
- ¹²⁶ Veselības ministrijas 10.08.2018. vēstule Nr.01-15.1/3594 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-6/2017”.
- ¹²⁷ Ārstniecības likuma 29.pants.
- ¹²⁸ Ministru kabineta 18.12.2012. noteikumu Nr.943 “Ārstniecības personu sertifikācijas kārtība” 86.punkts.
- ¹²⁹ Veselības ministrijas 05.06.2019. vēstule Nr.01-15.1/2385 “Par revīzijas ziņojuma projektu revīzijā Nr. 2.4.1-6/2017”.
- ¹³⁰ Korupcijas novēršanas un apkarošanas biroja 08.10.2018. vēstule Nr.1/5960 “Par valsts amatpersonas statusu”.
- ¹³¹ Likuma “Par interešu konflikta novēršanu valsts amatpersonu darbībā” 4.panta trešā daļa.
- ¹³² Ārstniecības likuma 26.panta pirmā, otrā, trešā daļa.
- ¹³³ Ministru kabineta 24.05.2016. noteikumu Nr.317 “Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība” 5.punkts.
- ¹³⁴ Ārstniecības likuma 26.panta trešā daļa.
- ¹³⁵ Veselības ministrijas 18.09.2018. vēstule Nr.01-15.1/4180 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-6/2017”.
- ¹³⁶ Veselības ministrijas 13.06.2019. e-pasta vēstule.
- ¹³⁷ Ārstniecības likuma 26.panta pirmā, otrā daļa.
- ¹³⁸ Veselības inspekcijas 08.10.2018. vēstule Nr.2.2.6-7/26232 “Par pieprasīto informāciju”.
- ¹³⁹ Veselības ministrijas 22.01.2019. vēstule Nr.01-15.1/341 “Par informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-6/2017”.
- ¹⁴⁰ Latvijas Māsu asociācijas 27.08.2018. vēstule.
- ¹⁴¹ Veselības ministrijas 31.01.2011. rīkojums Nr.17 “Par darba grupas izveidošanu ārstniecības personu sertifikācijas kārtības izvērtēšanai”.
- ¹⁴² Veselības ministrijas 10.08.2018. vēstule Nr.01-15.1/3594 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-6/2017”.
- ¹⁴³ Ministru kabineta 18.12.2012. noteikumu Nr.943 “Ārstniecības personu sertifikācijas kārtība” 27.5.punkts.
- ¹⁴⁴ Ministru kabineta 18.12.2012. noteikumu Nr.943 “Ārstniecības personu sertifikācijas kārtība” 5.1.punkts.
- ¹⁴⁵ Veselības ministrijas 18.09.2018. vēstule Nr.01-15.1/4180 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-6/2017”.
- ¹⁴⁶ Rīgas Stradiņa universitātes studiju programmas raksturojums Otrā līmeņa profesionālās augstākās izglītības studiju programmai “Rezidentūra medicīnā” 2015./2016. akadēmiskais gads, Pieejams: https://www.rsu.lv/sites/default/files/docs/Rezidentura_medicina_raksturojums_2015-16rev.pdf, skatīts 23.10.2018.
- ¹⁴⁷ Latvijas Ārstu biedrības 01.10.2018. vēstule Nr.01-23/2/102 “Par 2018.gada 11.septembra informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-6/2017”.
- ¹⁴⁸ Ministru kabineta 18.12.2012. noteikumu Nr.943 “Ārstniecības personu sertifikācijas kārtība” 27., 30., 32.punkts.
- ¹⁴⁹ Igaunijas Veselības aprūpes organizēšanas likuma 3.panta otrā daļa.
- ¹⁵⁰ Igaunijas Veselības pārvaldes māja lapa Pieejams: https://www.terviseamet.ee/fileadmin/dok/Kasulikku/27.Tervishoiutootaja_registreerimiseks_vajalikud_dokumentid.pdf, skatīts 05.10.2018.

- ¹⁵¹ Igaunijas Tartu Universitātes likuma 7.panta sestā daļa. Pieejams: <https://www.riigiteataja.ee/en/eli/528122016001/consolide>, skatīts 05.10.2018.
- ¹⁵² Tartu Universitātes Medicīnas fakultātes mājaslapa. Pieejams: <https://meditsiiniteadused.ut.ee/en/residency>, skatīts 05.10.2018.
- ¹⁵³ Igaunijas Valsts nodevu likuma 289.pants. Pieejams: <https://www.riigiteataja.ee/en/eli/ee/Riigikogu/act/506082018002/consolide>, skatīts 05.10.2018.
- ¹⁵⁴ Likuma par Lietuvas medicīnas praksi 4.pants. Pieejams <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.10E8E285740C>, skatīts 05.10.2018.
- ¹⁵⁵ Lietuvas Veselības ministrijas 27.05.2004. rīkojums Nr.V-396 “Par medicīniskās prakses licencēšanas noteikumu apstiprināšanu” Pieejams: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.FCC9EA4B4DE0/gYHYaKiZbG> skatīts 25.10.2018.
- ¹⁵⁶ Veselības ministrijas Veselības akreditācijas valsts aģentūras mājaslapā pieejamā informācija par ārstu licencēšanu Pieejama: <http://www.vaspyt.gov.lt/node/692>, skatīts 25.10.2018.
- ¹⁵⁷ Viļņas universitātes rezidentūras studiju reglaments (apstiprināts 17.02.2015. ar senāta lēmumu Nr.S-2015-2-3. Pieejams: https://www.vu.lt/site_files/DRS/REZIDENTURA/VU-rezidenturos-studiju-reglamentas.pdf, skatīts 25.10.2018.
- ¹⁵⁸ Veselības ministrijas Veselības akreditācijas valsts aģentūras mājaslapā pieejamā informācija par ārstu licencēšanu. Pieejama: <http://www.vaspyt.gov.lt/node/692>, skatīts 25.10.2018.
- ¹⁵⁹ Ministru kabineta 27.08.2013. noteikumi Nr.672 “Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu profesionālo zināšanu pārbaudes un sertifikācijas maksas pakalpojumu cenrādīs”.
- ¹⁶⁰ Eurostat datu bāze. Pieejams: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=earn_mw_cur&lang=en, skatīts 25.10.2018.
- ¹⁶¹ Ministru kabineta 218.12.012. noteikumu Nr.943 “Ārstniecības personu sertifikācijas kārtība” 49.2.punkts.
- ¹⁶² Ministru kabineta 18.12.2012. noteikumu Nr.943 “Ārstniecības personu sertifikācijas kārtība” 6.punkts, 47.punkts, 49.punkts, 52.1.punkts.
- ¹⁶³ Ministru kabineta 18.12.2012. noteikumu Nr.943 “Ārstniecības personu sertifikācijas kārtība” 49.2.apakšpunkts.
- ¹⁶⁴ Ministru kabineta 18.12.2012. noteikumu Nr.943 “Ārstniecības personu sertifikācijas kārtība” 3.pielikuma 11.punkts.
- ¹⁶⁵ Veselības inspekcijas iesniegtie dati no Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra par ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu nodarbinātību.
- ¹⁶⁶ Ministru kabineta 18.12.2012. noteikumu Nr.943 “Ārstniecības personu sertifikācijas kārtība” 3.pielikuma II sadaļa “Informācija par sertificējamu ārstniecības personu”.
- ¹⁶⁷ Latvijas Ārstu biedrības 01.10.2018. vēstule Nr.01-23/2/102 “Par 2018.gada 11.septembra informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-6/2017.”
- ¹⁶⁸ Latvijas Māsu asociācijas 20.09.2018. vēstule Nr.LMA-29/2018.
- ¹⁶⁹ Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienības 210.09.018. vēstule Nr.39/2018 “Atbilde uz informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-6/2017”.
- ¹⁷⁰ Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienības 19.10.2018. vēstule Nr.40/2018 “Atbilde uz informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-6/2017”.
- ¹⁷¹ Ministru kabineta 18.12.2012. noteikumu Nr.943 “Ārstniecības personu sertifikācijas kārtība” 11.3., 14.2, 73.3.apakšpunkts.
- ¹⁷² Latvijas Māsu asociācijas 17.08.2018. e-pasta vēstule.
- ¹⁷³ Ministru kabineta 24.03.2009. noteikumu Nr.268 “Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu”.
- ¹⁷⁴ Latvijas Māsu asociācijas 20.09.2018. vēstule Nr.LMA-29/2018.
- ¹⁷⁵ Ministru kabineta 24.03.2009. noteikumu Nr.268 “Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu” 510.punkts.
- ¹⁷⁶ Ministru kabineta 18.12.2012. noteikumu Nr.943 “Ārstniecības personu sertifikācijas kārtība” 47.2.apakšpunkts.
- ¹⁷⁷ Ministru kabineta 18.12.2012. noteikumu Nr.943 “Ārstniecības personu sertifikācijas kārtība” 47.2.apakšpunkts.
- ¹⁷⁸ Latvijas Ārstu biedrības 01.10.2018. vēstule Nr.01-23/2/102 “Par 2018.gada 11.septembra informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-6/2017.”
- ¹⁷⁹ Latvijas Ārstu biedrības 16.08.2018. vēstule Nr.01-23.2/88 “Par sadarbību lietā Nr.2.4.1-6/2017”.
- ¹⁸⁰ Latvijas Māsu asociācijas 18.07.2018. e-pasta vēstule.

- ¹⁸¹ Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienības 13.07.2018. vēstule Nr.3/2018 “Atbildes uz informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-6/2017”.
- ¹⁸² Ministru kabineta 18.12.2012. noteikumu Nr.943 “Ārstniecības personu sertifikācijas kārtība” 3.pielikuma 12.punkts.
- ¹⁸³ Ministru kabineta 18.12.2012. noteikumu Nr.943 “Ārstniecības personu sertifikācijas kārtība” 3.pielikuma 21.3., 21.4.punkts.
- ¹⁸⁴ Ministru kabineta 18.12.2012. noteikumu Nr.943 “Ārstniecības personu sertifikācijas kārtība” 52.1.apakšpunkts.
- ¹⁸⁵ Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienības 10.09.2018. vēstule Nr.39/2018 “Atbilde uz informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-6/2017”.
- ¹⁸⁶ Latvijas Māsu asociācijas 20.09.2018. vēstule Nr.LMA-29/2018.
- ¹⁸⁷ Latvijas Māsu asociācijas 04.10.2018. e-pasta vēstule.
- ¹⁸⁸ Ministru kabineta 18.12.2012. noteikumu Nr.943 “Ārstniecības personu sertifikācijas kārtība” 9.punkts.
- ¹⁸⁹ Ministru kabineta 18.12.2012. noteikumu Nr.943 “Ārstniecības personu sertifikācijas kārtība” 77.,78., 79., 80., 83.punkts.
- ¹⁹⁰ Veselības ministrijas 11.06.2018. e-pasta vēstule.
- ¹⁹¹ Ministru kabineta 18.12.2012. noteikumu Nr.943 “Ārstniecības personu sertifikācijas kārtība” 49.2..punkts.
- ¹⁹² Ministru kabineta 24.05.2016. noteikumi Nr.317 “Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība”.
- ¹⁹³ Veselības ministrijas 31.01.2011. rīkojums Nr.17 “Par darba grupas izveidošanu ārstniecības personu sertifikācijas kārtības izvērtēšanu”.
- ¹⁹⁴ Ministru kabineta 18.12.2012. noteikumi Nr.943 “Ārstniecības personu sertifikācijas kārtība”.
- ¹⁹⁵ Veselības ministrijas 18.09.2018. vēstule Nr.01-15.1/4180 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-6/2017”.
- ¹⁹⁶ Ārstniecības likuma 1.panta ceturtā daļa.
- ¹⁹⁷ Ministru kabineta 18.12.2012. noteikumu Nr.943 “Ārstniecības personu sertifikācijas kārtība” 77.,78., 79., 80., 83.punkts.
- ¹⁹⁸ Pacientu tiesību likuma 10.panta piektā, piektā prim daļa.
- ¹⁹⁹ Ārstniecības likuma 10.pants.
- ²⁰⁰ Latvijas Ārstu biedrības 18.06.2018. vēstule Nr.01-23.2/77 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-6/2017”, Latvijas Māsu asociācijas 29.06.2018. e-pasta vēstule, Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienības 13.07.2018. vēstule Nr.3/2018 “Atbildes uz informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-6/2017”.
- ²⁰¹ Veselības inspekcijas 20.07.2018. vēstule Nr.2.1-4/18163/6729 “Informācijas pieprasījums revīzijas lietā Nr.2.4.1-6/2017”.
- ²⁰² Grant J., A Practical Guide to Managed Continuing Professional Development In Medicine, p.1-2, UK. 2012.
- ²⁰³ Eugene Pozniak & Anne Jacobson (2016) State of play of CME in Europe in 2015: Proceedings from the Eighth Annual European CME Forum, Journal of European CME. Pieejams: <http://dx.doi.org/10.3402/jecme.v5.32174>, skatīts 19.09.2018.
- ²⁰⁴ Joseph S. Green, Ph.D. Application of Learning Principles to Planning of CE/CPD, May 14, 2015, Massachusetts and Rhode Island Medical Societies. Pieejams: <http://www.massmed.org/Continuing-Education-and-Events/Conference-Proceeding-Archive/Green-Presentation/>, skatīts 06.11.2018.
- ²⁰⁵ Veselības ministrijas pamatnostādnes “Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē”, atbalstītas ar Ministru kabineta 18.05.2005. rīkojumu Nr.326, Veselības ministrijas programma “Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē 2006.–2015.gadam”, atbalstīta ar Ministru kabineta 06.11.2006. rīkojumu Nr.870.
- ²⁰⁶ Ministru kabineta 08.02.2005. noteikumi Nr.109 “Medicīnas profesionālās izglītības centra nolikums” (zaudējis spēku 12.12.2009.).
- ²⁰⁷ Ministru kabineta 29.07.2009. rīkojums Nr.509 “Par Veselības ministrijas padotībā esošo valsts pārvaldes iestāžu reorganizāciju”.
- ²⁰⁸ Ministru kabineta 13.04.2004. noteikumu Nr.286 “Veselības ministrijas nolikums” 5.2.14., 5.2.15., 5.2.16.punkts.
- ²⁰⁹ Veselības ministrijas 2014.gada publiskais pārskats, pieejams: http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/Ministrija/vm_gpp_2014_majaslapai.pdf, skatīts 21.08.2018.
- ²¹⁰ Veselības ministrijas mājaslapā publicētā informācija par ESF projekti “Ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla kvalifikācijas uzlabošana”, pieejams: http://www.vm.gov.lv/lv/aktualitates/fondi_un_investicijas/esf_projekts_arstniecibas_un_arstniecibas_atbalsta_personala/, skatīts 21.09.2018.

- ²¹¹ Veselības ministrijas 10.08.2018. vēstule Nr.01-15.1/3594 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-6/2017”.
- ²¹² Ministru kabineta 18.12.2012. noteikumu Nr.943 “Ārstniecības personu sertifikācijas kārtība” 52., 53., 55., 56.punkts.
- ²¹³ Grant J., A Practical Guide to Managed Continuing Professional Development In Medicine, p.14-15, UK. 2012.
- ²¹⁴ Pasaules Veselības organizācijas 2008.gada politikas ziņojums “Vai mūžizglītība un resertifikācijas nodrošina ārsti uztur savu kvalifikāciju?” Pieejams: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107971/E93412.pdf;jsessionid=6C67E26D8BD2F5C502C19FF73F8CB180?sequence=1>, skatīts 02.11.2018.
- ²¹⁵ Baltijas Jūras reģiona programmas (2007–2013) ImPrim projekta ziņojums “Nepārtrauktas profesionālās attīstības stratēģija ārstniecības personām primārajā veselības aprūpē par labāku reaģēšanu uz sabiedrības veselības aprūpes vajadzību izmaiņām”. Pieejams: https://www.ku.lt/svmf/wp-content/uploads/sites/7/2016/04/STIMC_Report_5-Strategy-for-Continuous-Professional-Development-of-Primary-Health-Care-professionals-in-order-to-better-respond-to-changing-health-needs-of-the-society.pdf, skatīts: 02.11.2018.
- ²¹⁶ Ārstniecības likuma 48.pants.
- ²¹⁷ Ministru kabineta 30.01.2009. noteikumu Nr.60 “Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām” 17.5.apakšpunkts.
- ²¹⁸ Eiropas Padomes 09.06.2009. ieteikums 2009/C151/01 par pacientu drošību, tostarp par veselības aprūpē iegūtu infekciju profilaksi un kontroli. Pieejams: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/LV/TXT/HTML/?uri=OJ:C:2009:151:FULL&from=LV>, skatīts 05.11.2018.
- ²¹⁹ Pasaules Veselības organizācijas mājaslapa “10 fakti par pacientu drošību”. Pieejams: http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/, skatīts 05.11.2018.
- ²²⁰ Lietuvas Veselības ministrijas 28.06.2011. noteikumu Nr.V-645 “Par Veselības aprūpes speciālistu uzlabošanas programmu saskaņošanu un programmas izvērtēšanas komisijas noteikumu apstiprināšanu” 1.pielikums. Pieejams: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.5BA4DD32320E/NFyxfJmuo>, skatīts 07.11.2018.
- ²²¹ Veselības ministrijas Veselības akreditācijas valsts aģentūras mājaslapā pieejamā informācija par tālākizglītības pasākumu apstiprināšanu. Pieejama: <http://www.vaspvt.gov.lt/node/692>, skatīts 07.11.2018.
- ²²² Ārstniecības likuma 33.panta otrā daļa.
- ²²³ Latvijas Ārstu biedrības 13.05.2015. Izglītības komisijas nolikums. Pieejams: <http://www.arstubiedriba.lv/apmacittiesibas/>, skatīts 30.10.2018. Latvijas Māsu asociācijas apmācītājsiģo ārstniecības personu statusa piešķiršanas kārtība. Pieejams: <http://www.masuasociacija.lv/talakizglitiba/apmacittiesigo-arstniecibas-personu-statusa-pieskirsanas-kartiba/>, skatīts 30.10.2018., Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienības 06.03.2018. Ārstniecības personu apmācītājsiģu komisijas nolikums.
- ²²⁴ Latvijas Māsu asociācijas 26.09.2018. e-pasta vēstule.
- ²²⁵ Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienības 10.09.2018. vēstule Nr.39/2018 “Atbilde uz informācijas pieprasījumu revīzijas lietā Nr.2.4.1-6/2017”, Latvijas Māsu asociācijas 26.09.2018. e-pasta vēstule.
- ²²⁶ Joseph S. Green, Ph.D. Application of Learning Principles to Planning of CE/CPD, May 14, 2015, Massachusetts and Rhode Island Medical Societies. Pieejams: <http://www.massmed.org/Continuing-Education-and-Events/Conference-Proceeding-Archive/Green-Presentation/>, Skatīts 06.11.2018.
- ²²⁷ Grant J., A Practical Guide to Managed Continuing Professional Development In Medicine, p.83, UK. 2012.
- ²²⁸ Igaunijas Valsts kontroles 03.09.2018. sniegtā informācija.
- ²²⁹ Sociālo lietu ministra 15.12.2004. noteikumu Nr.128 “Kvalitātes nodrošināšanas prasības veselības pakalpojumiem” 8.paragrāfs. Pieejams: <https://www.riigiteataja.ee/akt/106112013006>, skatīts 30.10.2018.
- ²³⁰ Igaunijas Augstākā revīzijas iestādes 03.09.2018. sniegtā informācija.
- ²³¹ Lietuvas Veselības ministrijas Veselības akreditācijas valsts aģentūras mājaslapā pieejamā informācija par ārstu licencēšanu. Pieejama: <http://www.vaspvt.gov.lt/node/608>, skatīts 31.10.2018.
- ²³² Lietuvas Republikas Veselības ministrijas 18.03.2002. noteikumu “Par veselības aprūpes un farmācijas speciālistu kvalifikācijas īstenošanu un tās finansēšanu” 27.punkts. Pieejams: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.5E0A0662E5CB/GtEMNkirIS>, skatīts 31.10.2018.
- ²³³ Likuma “Par iedzīvotāju ienākuma nodokli” 10.panta 1.punkta otrā daļa.
- ²³⁴ Ministru kabineta 18.12.2012. noteikumu Nr.943 “Ārstniecības personu sertifikācijas kārtība” 53., 55., 56.punkts.
- ²³⁵ Veselības ministrijas 12.10.2018. vēstule Nr.01-15.1/4608 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-6/2017”.
- ²³⁶ Labklājības ministrijas 11.03.1998. rīkojums Nr.58 “Par ārstniecības personu sertifikācijas pakalpojumu cenrāža apstiprināšanu”.

- ²³⁷ Ministru kabineta 15.01.2013. noteikumi Nr.31 “Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu profesionālo zināšanu pārbaudes un sertifikācijas maksas pakalpojumu cenrādis”.
- ²³⁸ Veselības ministrijas 18.09.2018. vēstule Nr.01-15.1/4180 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-6/2017”.
- ²³⁹ Ministru kabineta noteikumu “Noteikumi par ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu profesionālo zināšanu pārbaudes, sertifikāta noformēšanas, reģistrēšanas un tā dublikāta izgatavošanas maksas pakalpojumu cenrādi” projekta 04.09.2012. sākotnējās (ex-ante) ietekmes novērtējuma ziņojums (anotācija).
- ²⁴⁰ Ministru kabineta 27.08.2013. noteikumi Nr.672 “Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu profesionālo zināšanu pārbaudes un sertifikācijas maksas pakalpojumu cenrādis”.
- ²⁴¹ Ministru kabineta 27.08.2013. noteikumi Nr.672 “Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu profesionālo zināšanu pārbaudes un sertifikācijas maksas pakalpojumu cenrādis”.
- ²⁴² Latvijas Laboratorās medicīnas biedrības mājaslapa. Pieejams: <http://www.llsb.lv/html/sertifikacija.php>, skatīts 29.10.2018.
- ²⁴³ Ministru kabineta 15.01.2013. noteikumi Nr.31 “Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu profesionālo zināšanu pārbaudes un sertifikācijas maksas pakalpojumu cenrādis”.
- ²⁴⁴ Ministru kabineta 23.12.1997. noteikumu Nr.431 “Ārstniecības personu sertifikācijas kārtība” 19.punkts.
- ²⁴⁵ Ministru kabineta 18.12.2012. noteikumi Nr.943 “Ārstniecības personu sertifikācijas kārtība”.
- ²⁴⁶ Veselības ministrijas 12.10.2018. vēstule Nr.01-15.1/4608 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-6/2017”.
- ²⁴⁷ Veselības ministrijas 18.09.2018. vēstule Nr.01-15.1/4180 “Par informācijas sniegšanu revīzijas lietā Nr.2.4.1-6/2017”.
- ²⁴⁸ Ministru kabineta 27.08.2013. noteikumi Nr.672 “Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu profesionālo zināšanu pārbaudes un sertifikācijas maksas pakalpojumu cenrādis”.
- ²⁴⁹ Ministru kabineta 24.05.2016. noteikumu Nr. 317 “Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība” 42.punkts.
- ²⁵⁰ Ministru kabineta 27.08.2013. noteikumi Nr.672 “Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu profesionālo zināšanu pārbaudes un sertifikācijas maksas pakalpojumu cenrādis”.
- ²⁵¹ Pasaules Veselības organizācijas 2015.gada maija publikācija “Human resources for health information system: minimum data set for health workforce registry”, pieejama http://www.who.int/hrh/statistics/minimum_data_set/en/, skatīta 04.07.2018.
- ²⁵² Ministru kabineta 24.05.2016. noteikumi Nr.317 “Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība”.
- ²⁵³ Ministru kabineta 24.02.2009. noteikumi Nr.192 “Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība”.
- ²⁵⁴ Ministru kabineta 24.05.2016. noteikumi Nr.317 “Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība”.
- ²⁵⁵ Veselības inspekcijas 15.06.2018. e-pasta vēstule.
- ²⁵⁶ Ministru kabineta 24.05.2016. noteikumu Nr.317 “Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība” 7.punkts.
- ²⁵⁷ Ministru kabineta 24.05.2016. noteikumi Nr.317 “Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība”.
- ²⁵⁸ Ministru kabineta 24.02.2009. noteikumi Nr.192 “Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība”.
- ²⁵⁹ Veselības ministrijas konceptuālais ziņojums “Par veselības aprūpes sistēmas reformu” apstiprināts ar Ministru kabineta 07.08.2017. rīkojumu Nr.394.
- ²⁶⁰ Eiropas Parlamenta un Padomes Direktīvas 2005/36/EK (07.09.2005.) par profesionālo kvalifikāciju atzīšanu 31.panta 3. un 5.punkts.
- ²⁶¹ Valsts pārvaldes iekārtas likuma V nodaļa “Atsevišķu pārvaldes uzdevumu deleģēšana”.
- ²⁶² Statistikas dati par ārstniecības personu skaitu. SPKC dati atjaunoti 07.06.2018.
- ²⁶³ Pasaules Veselības organizācijas publikācija “Working together for health”, 2006. Pieejama: http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf, skatīts 20.09.2018.
- ²⁶⁴ Veselības ministrijas 12.08.2016. informatīvais ziņojums par pamatnostādņu “Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē” un programmas “Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē 2006.–2015.gadam” īstenošanu 2014.–2015.gadā.
- ²⁶⁵ Statistikas dati par ārstniecības personu skaitu. SPKC dati atjaunoti 07.06.2018.
- ²⁶⁶ Statistikas dati par ārstniecības personu skaitu. SPKC dati atjaunoti 07.06.2018.

-
- ²⁶⁷ Ministru kabineta 13.09.2017. rīkojums Nr.495 “Par Daugavpils medicīnas koledžas reorganizāciju” no 01.03.2018.
- ²⁶⁸ Ministru kabineta 13.06.2017. noteikumi Nr. 322 "Noteikumi par Latvijas izglītības klasifikāciju"..
- ²⁶⁹ Profesionālās izglītības likuma 1.panta 10.daļa.
- ²⁷⁰ Ministru kabineta 20.03.2001. noteikumu Nr.141 “Noteikumi par pirmā līmeņa profesionālās augstākās izglītības valsts standartu” 2.punkts.
- ²⁷¹ Profesionālās izglītības likuma 1.panta 11.daļa.
- ²⁷² Ministru kabineta 26.08.2014. noteikumu Nr.512 “Noteikumi par otrā līmeņa profesionālās augstākās izglītības valsts standartu” 4.punkts.