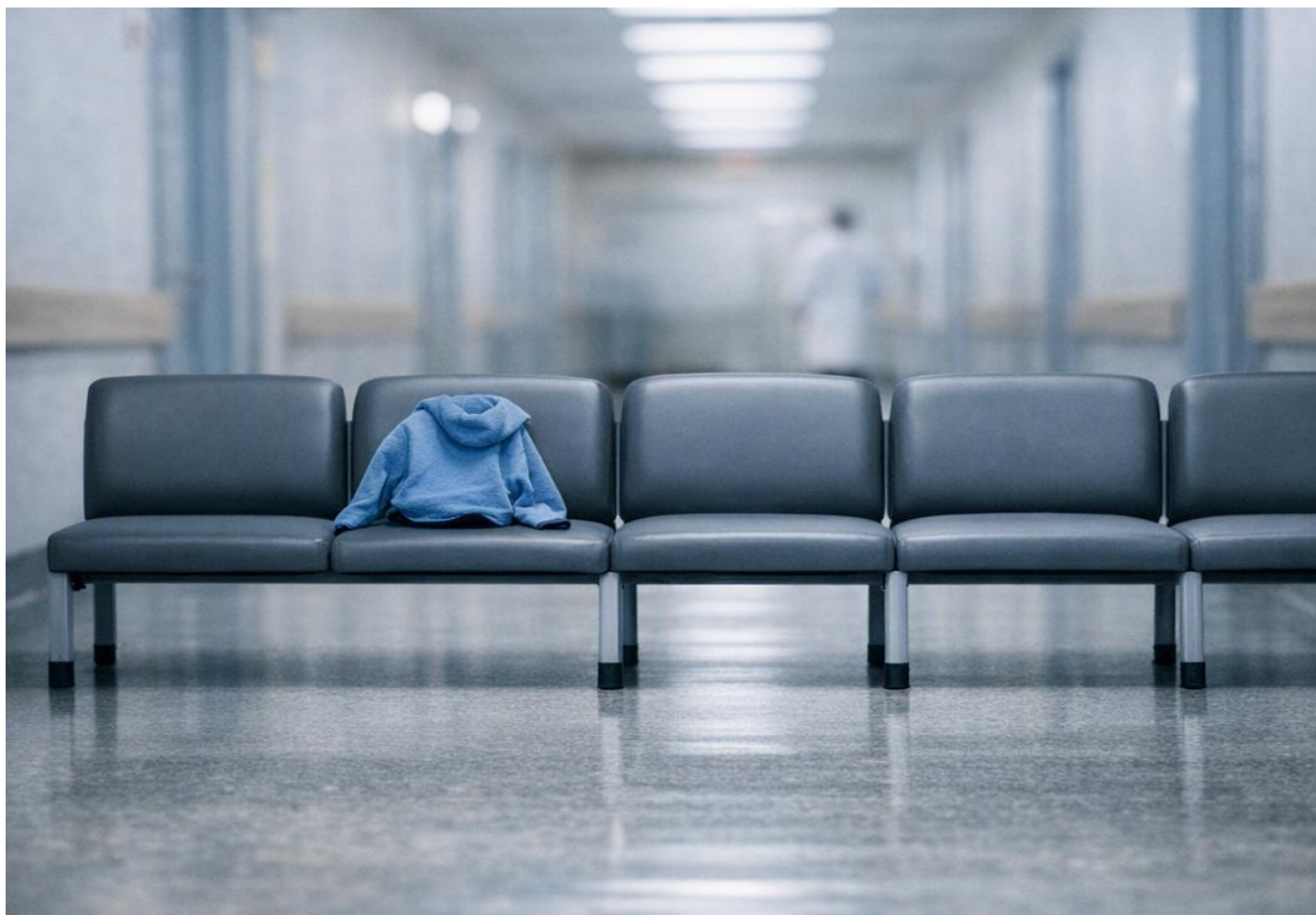




Bērnu veselības aprūpe – loterija pēc dzīvesvietas



Latvijas Republikas
Valsts kontrole

Rīga 2026

Revīzijas ziņojums

“Bērnu veselības aprūpe – loterija pēc dzīvesvietas”

28.08.2026.

Lietderības revīzija “Vai bērniem ir nodrošināta prioritāra un vienlīdzīga piekļuve ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem?”

Revīzija veikta, pamatojoties uz Valsts kontroles Trešā revīzijas departamenta 18.08.2025. revīzijas grafiku Nr. 2.4.1-98/2025.

Revīzijas ziņojums stājas spēkā Valsts kontroles Trešā revīzijas departamenta lēmuma par revīzijas ziņojuma apstiprināšanu spēkā stāšanās brīdī.

Vāka noformējumā izmantots attēls, kas radīts 25.05.2026., izmantojot mākslīgā intelekta rīku *Microsoft Copilot*.

Cienījamie lasītāji!



Redzot nepielūdzamos demogrāfijas rādītājus, publiskajā telpā nerimst diskusijas un solījumi rīkoties, lai nodrošinātu Latvijas kā nacionālas valsts pastāvēšanu. Pat likumā jau kopš 2008. gada ir deklarēts, ka bērnu veselības aprūpe ir prioritāte. Diemžēl ģimeņu ikdienā, rūpējoties par bērniem, ar vārdiem un lozungiem nepietiek.

Revīzijā vērtējam faktisko situāciju bērnu ambulatorajā veselības aprūpē. Dati apliecina, ka katru gadu tai atvēlēti 93 milj. eiro, bet ar pārlicību varam apgalvot, ka pietrūkst ne mazāk kā 14,5 milj. eiro, ko ģimenes jau ir apmaksājušas par saviem līdzekļiem. Diemžēl nauda vien problēmas neatrisinās, jo primāri tās rada ārstu trūkums. Tajā pašā laikā medicīniskais personāls netiek izmantots efektīvi, jo mūsu valstī nekad nav bijusi izveidota sistēma, mērķtiecīgi izplānojot, kādiem pakalpojumiem kurās Latvijas vietās ir jābūt un ar kādiem speciālistiem to nodrošināt. Šoreiz kritiku veltām arī nozarei: pirmkārt, dažādu iemeslu dēļ tajā nav skaidrības, kuru specialitāšu ārsti vispār drīkst ārstēt bērnus un kuriem Latvijas situācijā tas būtu jādara; otrkārt, ārsti nereti izvairās pieņemt bērnus, jo izrādās, ka “bērns ir nerentabls pacients”. Visbeidzot, arī šajā jomā pastāv reģionālā nevienlīdzība: bērnu speciālisti lielākoties strādā Rīgā un pašlaik simtiem bērnu katru dienu mēro ceļu uz galvaspilsētu. Turklāt

Latvija it kā nav liela, tomēr tik dažāda – reizēm bērni vienīgo medicīnisko palīdzību saņem “veselības busiņā”, kuru par ziedotāju līdzekļiem uztur Ronald McDonald Māja Latvijā, nevis valsts.

Līdz šim bērnu ambulatorās veselības aprūpes problēmas daudzi apzinājās sajūtu līmenī. Revīzijas rezultāti sajūtas apstiprina ar datiem un faktiem. Savukārt, kad visiem ir atklāti pieejama informācija, atbildīgie nevar izvairīties no pienākuma rīkoties. Revīzijas noslēgumā Veselības ministrija un citas atbildīgās institūcijas pauda apņemšanos ieviest sniegtos ieteikumus. Tādēļ ceram, ka ieteikumu ieviešanas uzraudzības perioda beigās pozitīvas pārmaiņas sajūtīs visas Latvijas ģimenes, kā arī nozarē strādājošie. Tomēr ieteikumu ieviešanai būs vajadzīgs nesavtīgs atbalsts un izlēmība visos publiskās pārvaldes līmeņos un pašā nozarē.

Pateicamies par sadarbību Veselības ministrijai, Nacionālajam veselības dienestam, Bērnu klīniskajai universitātes slimnīcai, augstskolām un profesionālajām organizācijām.

Cieņā
departamenta direktore

Maija Āboliņa

Saturs

Kopsavilkums.....	6
Galvenie secinājumi	6
Būtiskākie ieteikumi.....	15
Ziņojuma struktūra.....	15
Īsumā par bērnu veselības aprūpi.....	16
1. Bērniem kā prioritārajai pacientu grupai nav nodrošināta pietiekama primārā veselības aprūpe.....	21
Ģimenes ārstu līdzdalība bērnu veselības aprūpē ir pilnveidojama.....	21
Nepietiekams finansējums bērnu zobārstniecībai pagarina rindas un palielina vajadzību pēc maksas pakalpojumiem.....	30
2. Nav izveidots uz bērnu vajadzībām balstīts sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu tīkls, un bērnu veselības aprūpe praksē nav prioritāte.....	39
Nav noteikts, kur un kādi pakalpojumi bērniem ir jānodrošina, to pieejamība reģionos – ierobežota	39
Pakalpojumu sniedzējus un apjomu bērniem plāno sadrumstaloti, bez pietiekamas informācijas par vajadzībām un pieejamajiem cilvēkresursiem	44
Pakalpojumu apmaksas nosacījumi nenodrošina vienlīdzīgu attieksmi pret ārstiem, jo ne vienmēr paredz diferencētu samaksu par bērnu ārstēšanu	48
Bērniem ne vienmēr ir prioritāte pakalpojumu gaidīšanas rindā, publiski pieejamā informācija par pakalpojumu saņemšanas iespējām – maldinoša.....	51
3. Valstī izveidotā pieeja bērnu ārstu nodrošināšanai nav sekmīga, savukārt vispārējās specialitātes ārstu kompetence bērnu veselības aprūpē ir neskaidra	54
Bērnu ārstu specialitātes izveidotas līdzīgi kā citās valstīs	55
Latvijā bērnu ārsti mācās gadu ilgāk par Eiropas apmācības prasībās noteikto minimālo ilgumu ..	58
Rezidentu vietas bērnu ārstu specialitātēs vai nu neieplāno nemaz, vai tās paliek neaizpildītas	60
Vispārējās specialitātes ārstu kompetence bērnu veselības aprūpē ir neskaidra.....	64

4. Reģionos ir nepietiekama sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu bērniem pieejamība	70
Pediatri bērnu ambulatorajā veselības aprūpē iesaistīti par maz, pārsvarā – slimnīcu uzņemšanas nodaļās.....	70
Bērnu ārsti pieejami galvenokārt bērniem Rīgā, ne reģionos, savukārt Rīgā esošie bērnu ārsti pakalpojumus sniedz maz.....	75
Reģionos bērniem pakalpojumus vairāk sniedz vispārējās specialitātes, ne bērnu ārsti.....	78
Arī daļa vispārējās specialitātes ārstu jomās, kurās nav paredzēti bērnu ārsti, pakalpojumus bērniem nesniedz vai sniedz ierobežoti	81
Ceturtdaļa reģionu bērnu pēc valsts apmaksātiem pakalpojumiem dodas uz Rīgu, un tas rada finansiālu slogu ģimenēm.....	87
Pakalpojumus bērniem nodrošina par ziedojumiem un arī par maksu.....	90
Revīzijas raksturojums, metodes un kritēriji.....	93
Pielikums. Medicīnas rezidentūras specialitāšu saraksts.....	103
Atsauces.....	107

Kopsavilkums

Galvenie secinājumi

Valstī nav izveidots ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu tīkls bērniem. Praksē nemaz nav ieviests bērnu prioritārās veselības aprūpes princips – nav redzējuma, kādus minimālos sekundāros ambulatoros pakalpojumus bērniem būtu jānodrošina vismaz reģionālajos centros; finansējumu šiem pakalpojumiem sadala, nezinot ārstniecības iestāžu kapacitāti tos sniegt; turklāt iesaistītajām pusēm nemaz nav vienota viedokļa, kuri ārsti drīkst ārstēt bērnus.

Līdz ar to pakalpojumu bērniem pieejamība nav nodrošināta ne vienlīdzīgi, ne ātrāk kā citām iedzīvotāju grupām, ne arī pietiekamā apjomā. Tas, savukārt, negatīvi ietekmē bērnu iespējas savlaicīgi un tuvāk dzīvesvietai saņemt vislabāko iespējamo veselības aprūpi šajā svarīgajā attīstības un pārmaiņu posmā, lai tā veicinātu visas sabiedrības veselību kopumā.

Apvienoto Nāciju Organizācija par bērna tiesībām uz visaugstvērtīgāko pieejamo veselības standartu norāda, ka katrs bērna attīstības posms ir svarīgs, jo tajā notiek nozīmīgas attīstības pārmaiņas, un katrs iepriekšējais posms ietekmē nākamo, nosakot bērna veselību, spējas un prasmes, riskus un iespējas. Visiem bērniem ir tiesības saņemt kvalitatīvus veselības aprūpes pakalpojumus, ko nodrošina atbilstoši apmācīti speciālisti. Tāpēc ir svarīgi konstatēt un novērst šķēršļus, tostarp finansiālus un institucionālus, kas kavē bērnu piekļuvi veselības aprūpes pakalpojumiem.

Saskaņā ar Ārstniecības likumu bērnu veselības aprūpe Latvijā ir prioritāra.

Ambulatorā veselības aprūpe ietver primārās un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus. Primārajā veselības aprūpes līmenī centrālā loma ir ģimenes ārstam, kurš koordinē pakalpojumu saņemšanu visos veselības aprūpes līmeņos. Tāpat primāros veselības aprūpes pakalpojumus sniedz zobārsts un zobu higiēnists. Savukārt pediatrs ir tieši visu vecumu bērnu veselības aprūpē specializējies ārsts. Pēc nepieciešamības ambulatoro veselības aprūpi nodrošina arī citi ārsti speciālisti.

2024. gadā valsts apmaksāti ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi bērniem sniegti par kopējo finansējumu 93 milj. *euro*. Valstī kopumā 01.01.2025. ir 366 450 bērni.

Ģimenes ārstu līdzdalība bērnu veselības aprūpē ir pilnveidojama

Ģimenes ārsta kompetencē ir arī bērnu veselības aprūpe. Vairums ģimenes ārstu savās praksēs reģistrē arī bērnus, tomēr aptuveni 10 % prakšu nepiedalās bērnu veselības aprūpē vai dara to minimāli, tādēļ šo teritoriju bērni ģimenes ārsta veselības aprūpi nesaņem pēc iespējas tuvāk dzīvesvietai. Viens no iemesliem ir vēsturiskā pāreja uz ģimenes medicīnas modeli, kad par ģimenes ārstiem kļuva ne tikai pediatri, bet arī internisti, kuri savas iepriekšējās pieredzes dēļ praksē saglabāja orientāciju galvenokārt uz pieaugušo pacientu aprūpi. Paaudžu nomaīņa pakāpeniski mazina šo tendenci, jo jauno ģimenes ārstu profesionālā sagatavotība paredz darbu ar visu vecumu pacientiem. Tomēr bažas rada prognozes, ka līdz 2030. gadam 13 % jeb 156 ģimenes ārstu prakses plāno pārtraukt līgumu ar Nacionālo veselības dienestu un uz šīm teritorijām nav pieteicies neviens aizvietotājs. Tas rada neskaidrību par primārās veselības aprūpes nodrošināšanu, tajā skaitā šajās praksēs reģistrētajiem vairāk nekā 32 tūkst. bērnu.

Ģimenes ārsts un tā praksē strādājošas ārstniecības personas bērniem noteiktos vecumos veic profilaktiskās apskates mājās un ārsta prakses vietā, un šīs apskates apmaksā atbilstoši faktiski veiktajam apjomam.

Jaundzimušajam pirmajā dzīves mēnesī veic vairākas tā saucamās patronāžas vizītes mājās. Tās ir būtiskas gan ārstam, gan vecākiem, jo sniedz pārliecību, ka bērns aug drošos apstākļos un to atbilstoši aprūpē. Tomēr patronāžas vizītes mājās veiktas 70 % jaundzimušo, turklāt retāk, nekā paredzēts. Vēl 20 % jaundzimušo profilaktiskās apskates veiktas ģimenes ārstu praksēs, nevis mājās. 2024. gadā 12 % ģimenes ārstu nav bijuši patronāžas vizītēs mājās pie to praksēs reģistrētajiem vairāk nekā 3400 jaundzimušajiem, visbiežāk tās ir prakses Rīgā un Kurzemē.

Profilaktiskā apskate veikta 95 % bērnu līdz gada vecumam, savukārt bērniem no viena līdz 18 gadiem – tikai 56 %, lai gan tā būtu jāveic katru gadu. Pirms 15 gadiem aizsāko bērnu agrīnās attīstības novērtēšanu aizvien neveic pēc vienotas pieejas, tā mazinot iespējas, ka visiem bērniem savlaicīgi identificē attīstības traucējumus un iespējamās speciālās vajadzības. Dati liecina, ka šis izvērtējums veikts vien katram ceturtajam zīdainim un katram piektajam bērnam paredzētajā 18 mēnešu, divu un trīs gadu vecumā.

Ģimenes ārstu profesionālās organizācijas norāda, ka profilaktisko apskašu aptverī negatīvi ietekmē ģimenes ārstu praksi pārslodze un cilvēkresursu trūkums, kas ierobežo iespējas nodrošināt profilaktiskās apskates noteiktajā biežumā. Bērnu profilaktisko apskašu prakse, tajā skaitā nepietiekamā aptvere, liecina par nepieciešamību pārskatīt un uzlabot šo pārbaudi organizācijas un arī uzskaites prasības.

Nepietiekams finansējums bērnu zobārstniecībai pagarina rindas un palielina vajadzību pēc maksas pakalpojumiem

Labā mutes dobuma veselība ir būtiska bērna attīstībai un labklājībai. Lai to veicinātu, jānodrošina visaptveroša pieeja, kas ietver atbilstošu uzturu, efektīvu ikdienas aprūpi, regulāru zobārsta apmeklējumu un aktīvu vecāku iesaisti.

Valsts apmaksātus zobārstniecības pakalpojumus bērniem 2024. gadā nodrošināja 268 zobārstniecības pakalpojumu sniedzēji par kopējo finansējumu 33,5 milj. *euro*.

Tomēr valsts finansējums zobārstniecības pakalpojumiem bērniem nav pietiekams. 2024. gadā valsts apmaksātus zobu higiēnas pakalpojumus saņēma 36 % bērnu, maksas pakalpojumus – 2 %, savukārt pārējie vairāk nekā 60 % tos nav saņēmuši. Vienlaikus Slimību profilakses un kontroles centra 2023. gada pētījums liecina, ka kariesa izplatība Latvijā pusaudžiem 12 un 15 gadu vecumā ir augsta un nav vērojama būtiska situācijas uzlabošanās. Savukārt no kopējā bērnu zobu ārstniecības pakalpojumu apjoma 2024. gadā valsts apmaksāti ir 70 %, bet pārējie – maksas pakalpojumi. Atbilstoši revidentu aplēsei, lai segtu to bērnu vajadzības, kuri 2024. gadā izmantojuši maksas zobārstniecības pakalpojumus, būtu nepieciešami vēl vismaz 12 milj. *euro*, neskaitot to bērnu vajadzības, kuri šos pakalpojumus nesaņēma vispār, pat ja tie bija nepieciešami.

Valsts apmaksātus zobārstniecības pakalpojumus zobu higiēnisti un zobārsti sniedz nepilnu darba laiku – vidēji deviņas dienas mēnesī, pieņemot ne vairāk kā sešus bērnus dienā. Turklāt reģionos vidējās gaidīšanas rindas, piemēram, uz zobu ārstēšanu ir no 35 līdz 100 dienām, bet atsevišķos gadījumos – gads vai pat vairāki. Tas norāda uz nepietiekamu pakalpojumu pieejamību. Vienlaikus, lai gan valsts apmaksāto zobārstniecības pakalpojumu tarifi no 2019. gada pieauguši vidēji par 47 % un papildu 50 pakalpojumu sniedzēji būtu gatavi iesaistīties šo pakalpojumu sniegšanā, tomēr to iesaisti ierobežo nepietiekamais valsts finansējums.

Ierobežota finansējuma apstākļos augstāka prioritāte ir akūtai bērnu zobu ārstniecībai, savukārt zobu higiēna ir prioritāte ilgtermiņā, jo sniedz lielākus sabiedrības veselības ieguvumus. Tomēr daļa pakalpojumu sniedzēju bērniem vairāk sniedz zobu higiēnas pakalpojumus, kas ir izdevīgāki zemāku izmaksu dēļ. Esošais zobārstniecības pakalpojumu organizācijas un apmaksas modelis neparedz finansējuma sadalījumu pa pakalpojuma veidiem. Tas, savukārt, samazina zobu ārstniecības pakalpojumu pieejamību bērniem. Vienlaikus arī zobu higiēnas pakalpojumu aptvere nav pietiekama. Tāpēc šo pakalpojumu organizācijas un apmaksas modelis ir jāpilnveido.

Lai arī no ortodontijas pakalpojumiem valsts apmaksāta vairumam bērnu ir tikai pirmreizēja konsultācija, reģionos tā reti ir pieejama. Kopumā sertificētu ortodontu pieejamība valstī ir ierobežota un koncentrēta vienā ārstniecības iestādē Rīgā. Revidenti vērš uzmanību, ka Latvijā ortodontu skaits uz 100 tūkst. iedzīvotāju ir vairākkārt zemāks nekā pārējās Baltijas valstīs. Tomēr Latvijā, pretēji kaimiņvalstu praksei, nav konstatēti Veselības ministrijas centieni situāciju risināt.

Nav noteikts, kur un kādi pakalpojumi bērniem ir jānodrošina, to pieejamība reģionos – ierobežota

Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus bērniem kā prioritārajai pacientu grupai neplāno mērķtiecīgi. Vispārējā kārtībā paredzēts, ka sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu veidu minimālo nodrošinājumu plāno, ņemot vērā iedzīvotāju skaitu attiecīgajās teritorijās. Tomēr nav noteikts, vai šie minimālie pakalpojumu veidi būtu jānodrošina arī bērniem (izņemot īpaši bērniem paredzētas pakalpojumu programmas). Katras ārstniecības iestādes ziņā ir atstāts, kurus no daudzveidīgajiem pakalpojumiem kurai pacientu grupai – bērniem un/vai pieaugušajiem – nodrošināt. Tas rada nevienlīdzīgu pakalpojumu pieejamību bērniem.

Pirmkārt, tas ir saistīts ar to, ka daļai ārstu, piemēram, oftalmologam vai otolaringologam, kuru kompetencē ir gan pieaugušo, gan bērnu veselības aprūpe, pakalpojumi teorētiski būtu jāsniedz ikvienam neatkarīgi no vecuma. Arī Nacionālā veselības dienesta un ārstniecības iestāžu līgumi par valsts apmaksājamiem pakalpojumiem paredz, ka pakalpojumus sniedz visām personām, kurām ir tiesības tos saņemt, tajā skaitā arī bērniem. Tomēr praksē ārstniecības iestādes pakalpojumus bērniem var arī nenodrošināt, jo ne visus pakalpojumus bērniem un pieaugušajiem plāno nodalīti, un arī ārstu apgūtās kompetences neizvirza pienākumu sniegt pakalpojumus arī bērniem. Šādu pienākumu var noteikt darba devējs vai pakalpojuma apmaksas nosacījumi, tomēr šāda prakse revīzijā nav konstatēta. Ārstniecības iestādes minēja vairākus iemeslus, kāpēc ārsti nesniedz sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus bērniem: nepietiekamas profesionālās prasmes un pieredze bērnu veselības aprūpē un lielāks resursu patēriņš, ko, turklāt, nekompensē diferencēti pakalpojuma apmaksas nosacījumi.

Otrkārt, lai arī teritorijās ar iedzīvotāju skaitu virs 75 tūkst. bērniem jābūt pieejamiem bērnu speciālistiem jeb bērnu ārstiem, tomēr nekur nav noteikts, tieši kurām ārstniecības iestādēm un kādi bērnu speciālisti ir jānodrošina. Faktiski 2024. gadā trijās – Liepājā, Daugavpilī un Jelgavā – no četrām šādām teritorijām bērniem nav pieejama lielākā daļa bērnu ārstu pakalpojumu, kas lielākoties pieejami tikai Rīgā. Piemēram, Liepājā no 12 bērnu ārstiem bija pieejami četri – bērnu ķirurgs, bērnu neirologs, bērnu infektologs un bērnu psihiatrs.

Lai veicinātu vienlīdzīgu un vienlīdz kvalitatīvu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību visā Latvijā, Veselības ministrija uzsāka sekundārās ambulatorās veselības aprūpes reformu, paredzot noteikt prasību ārstiem atbilstoši kompetencei sniegt pakalpojumus visām pacientu grupām. Pirmās izmaiņas plānotas oftalmoloģijas pakalpojumu organizācijā, kuras revidenti vērtē piesardzīgi, jo, pretēji plānotajam, tomēr

nav paredzēts ieviest patstāvīgu valsts apmaksātu optometrista pakalpojumu (lai gan tas atbilst optometrista kompetencei). Tādējādi reforma var neuzlabot šī pakalpojuma pieejamību.

Pakalpojumu sniedzējus un apjomu bērniem plāno sadrumstaloti, bez pietiekamas informācijas par vajadzībām un pieejamajiem cilvēkresursiem

No 01.01.2026. līgumos par pakalpojumu sniegšanu ir nodalīts pakalpojumu apjoms tieši bērniem, izveidojot 14 jaunas pakalpojumu programmas (piemēram, ultrasonogrāfija bērniem, pulmonoloģija bērniem) par kopējo finansējumu 12,67 milj. *euro*. Tomēr tikai 27 % plānoti ārstniecības iestādēm ārpus Rīgas. Lai arī jauno programmu izveides iemesls ir mērķēti piešķirt finansējumu bērnu pakalpojumiem, tomēr revīzijā konstatēti būtiski trūkumi šādā plānošanas pieejā. Proti, tā nevis uzlabo pakalpojumu pieejamību bērniem, bet gan bezmērķīgi un sadrumstaloti sadala esošo finansējumu. Revīzijā, izlases veidā veicot telefonaptauju par piecu jauno pakalpojumu programmu bērniem īstenošanu reģionos ārpus Rīgas, konstatēts, ka 71 % gadījumu pakalpojumus bērniem tomēr nesniedz, lai arī finansējums tajās ir ieplānots. Papildus konstatēti 12 gadījumi, kad pakalpojumus sniedz bērniem tikai no noteikta vecuma (pamatā – pusaudžiem). Līdz ar to reģionos ārpus Rīgas faktiski nav pieejami 20 % (gandrīz 5000) no izlasē iekļautajiem 2026. gadam plānotajiem pakalpojumiem bērniem. Tāpat konstatēts, ka no visām 14 jaunajām pakalpojumu programmām bērniem 28 % gadījumu vienai ārstniecības iestādei vienas pakalpojumu programmas ietvaros plānoti ne vairāk kā 20 izmeklējumi gadā.

Konstatētos trūkumus izskaidro esošā prakse tehniski plānot pakalpojumu apjomu, balstoties uz iepriekšējā perioda faktisko izpildi un nevērtējot ārstniecības iestāžu kapacitāti sniegt pakalpojumus bērniem. Vērtējot jauno pakalpojumu programmu izpildi gada sākumā, Nacionālais veselības dienests secina, ka pakalpojumu izpilde ir nevienmērīga un pieejamība – vietām nepietiekama. Tāpēc dienests turpinās izvērtēt ārstniecības iestāžu līgumsaistību izpildi un nepieciešamības gadījumā lems par risinājumiem.

Lielu daļu ambulatoro diagnostisko izmeklējumu bērniem veic slimnīcu uzņemšanas nodaļās, kur tie, protams, nav kvotēti. Piemēram, tieši uzņemšanas nodaļās bērniem veic 51 % no visiem datortomogrāfijas un 37 % no visiem ultrasonogrāfijas izmeklējumiem. Tā kā šos izmeklējumus plāno un apmaksā vienoti ar plānveida izmeklējumiem, kas, tieši pretēji, ir kvotēti, faktiski uzņemšanas nodaļās sniegtais nekvojēto pakalpojumu apjoms samazina kopējo pakalpojumu apjomu un samaksas apmēru kvotētajās diagnostisko izmeklējumu pakalpojumu programmās. Nacionālais veselības dienests kā iespējamu risinājumu redz uzņemšanas nodaļās veikto diagnostisko izmeklējumu uzskaiti un apmaksu atsevišķā pakalpojumu programmā, tā pilnveidojot kvotēto pakalpojumu pieejamību.

Pakalpojumu apmaksas nosacījumi nenodrošina vienlīdzīgu attieksmi pret ārstiem, jo ne vienmēr paredz diferencētu samaksu par bērnu ārstēšanu

Papildus tam, ka bērnu veselības aprūpes pakalpojumu veidu un apjoma plānošanas pieeja neveicina to prioritāru pieejamību, arī pakalpojumu apmaksas nosacījumi ne vienmēr paredz diferencētu samaksu par bērnu ārstēšanu, tā mazinot ārstu motivāciju sniegt veselības aprūpes pakalpojumus bērniem. Proti,

- ✓ bērnu ārstiem aprūpes epizodes tarifs ir augstāks nekā attiecīgās medicīnas jomas vispārējās specialitātes ārstiem (piemēram, bērnu endokrinologs/endokrinologs), līdz ar to lielāku finansējumu par vienādu plānoto apmeklējumu skaitu saņems tās ārstniecības iestādes, kurās strādā bērnu ārsti, nekā ārstniecības iestādēs, īpaši reģionos, kurās to pieejamība ir ierobežota un pakalpojumus bērniem sniedz vispārējās specialitātes ārsti;

- ✓ vispārējās specialitātes ārstiem (piemēram, otolaringologs), kuru kompetencē ir gan pieaugušo, gan bērnu veselības aprūpe, piemēro vienādu aprūpes epizodes tarifu, kas var ierobežot šo pakalpojumu pieejamību bērniem, jo bērnu veselības aprūpe nereti prasa vairāk laika;
- ✓ atsevišķās medicīnas jomās, piemēram, oftalmoloģijā, vairākām manipulācijām, ir noteikts augstāks tarifs, ja tās veic bērnam, tomēr šāda pieeja nav paredzēta visās medicīnas jomās, līdz ar to nav sistēmiska;
- ✓ viena izmeklējuma vai aprūpes epizodes vidējās izmaksas 2026. gada izveidotajās bērnu pakalpojumu programmās nosaka tādas pašas kā attiecīgajās pieaugušo pakalpojumu programmās, lai gan pakalpojumu sniegšana bērniem var būt laikietilpīgāka.

Bērniem ne vienmēr ir prioritāte pakalpojumu gaidīšanas rindā, publiski pieejamā informācija par pakalpojumu saņemšanas iespējām – maldinoša

Ne vienmēr praksē darbojas nosacījums ārstniecības iestādēm veselības aprūpes pakalpojumus prioritāri sniegt bērniem. Tas nozīmē, ka viena no mazāk aizsargātākajām sabiedrības grupām pakalpojumus var saņemt tāpat kā pieaugušie. Turklāt, tā kā ne visi ārsti izvēlas vai ir kompetenti ārstēt bērnus, bērniem pakalpojumu pieejamība ir krietni ierobežotāka.

Tīmekļvietnē www.rindapiearsta.lv publiski pieejamā informācija par ārstniecības iestādēm, kurās bērniem sniedz sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus, neatbilst faktiskajai pakalpojumu pieejamībai, tāpēc iedzīvotāji nevar paļauties uz šo informāciju. Tas saistīts gan ar pakalpojumu plānošanas pieeju, gan ārstu izvēli sniegt vai nesniegt pakalpojumus bērniem. Izlases pārbaudēs vairumā gadījumu tīmekļvietnes sadaļā “Pakalpojumi bērniem” norādītajās ārstniecības iestādēs pakalpojumus bērniem tomēr nesniedz. Piemēram, kardiologa pakalpojumi bērniem saskaņā ar tīmekļvietnē norādīto informāciju pieejami 12 ārstniecības iestādēs, bet faktiski – tikai vienā.

Valstī izveidotā pieeja bērnu ārstu nodrošināšanai nav sekmīga

Atbilstoši starptautiskajai praksei bērnu ārsti ir īpaši apmācīti, lai aprūpētu bērnus ar akūtām un hroniskām veselības aprūpes vajadzībām, tāpēc piekļuve bērnu ārstiem ir svarīga bērnu veselībai un labklājībai.

Plašākā kompetence bērnu veselības aprūpē ir pediatram, kuram ir zināšanas un prasmes visu slimību un traumu profilaksei, diagnostikai un ārstēšanai bērniem no dzimšanas līdz vismaz 18 gadu vecumam. Eiropas Medicīnas speciālistu apvienība, kas nosaka un uztur kopīgas Eiropas apmācības prasības, atbalsta pediatru šaurāku specializāciju, vienlaikus uzsverot arī plaša profila apmācības nepieciešamību, lai ārstniecības iestādes ar ierobežotām iespējām nodrošināt veselības aprūpi šauri specializētās pediatrijas jomās spētu apmierināt visu pacientu vajadzības.

Eiropas līmenī bērnu ārstu specialitātes nav stingri noteiktas un valstīs tās var atšķirties. Latvijā kopumā bērnu ārstu specialitātes izveidotas līdzīgi kā citās valstīs. Tomēr Latvijā bērnu ārsti mācās gadu ilgāk par Eiropas apmācības prasībās noteikto minimālo ilgumu, un arī ilgāk nekā, piemēram, Igaunijā. Tas ir viens no iemesliem, kas nemotivē izvēlēties šīs specialitātes, un kavē jauno speciālistu ienākšanu darba tirgū. Izstrādājot 2024. gada regulējumu par ārstniecības personu kompetenci, Veselības ministrija sadarbībā ar ārstu profesionālajām organizācijām un Rīgas Stradiņa universitāti salīdzināja pediatrijas apakšspecialitāšu rezidentūras studiju ilgumu Latvijā ar Eiropas apmācību prasībām. Secināts, ka lielākajā daļā pediatrijas apakšspecialitāšu studiju ilgums Latvijā nav jāpārskata. Vienlaikus daļēji pārskatīta satura un apguves organizācija ar mērķi uzlabot rezidentu piesaisti. Tomēr revīzijā nav konstatēti praktiski novērtējami uzlabojumi rezidentu piesaistē bērnu ārstu apakšspecialitātēs.

Rezidentu vietas plāno, balstoties uz daudzveidīgiem datiem un iesaistot plašu ieinteresēto pušu loku, tomēr tas nenoved pie vajadzīgā rezultāta. Plānotās rezidentu vietas bērnu ārstu specialitātēs sistemātiski netiek aizpildītas, un atsevišķās specialitātēs tās nemaz neieplāno, lai gan prognozēts speciālistu trūkums nākotnē. Ilga studiju laiks, rezidentu personīgās karjeras izvēles un demogrāfiskās tendences ir galvenie faktori, kas ietekmē zemo interesi par bērnu ārstu apakšspecialitātēm. Atbilstoši Veselības ministrijas prognozei 2033. gadā negatīva starpība starp prognozēto pieejamo un prognozēto nepieciešamo speciālistu skaitu būs desmit no 15 bērnu ārstu specialitātēm, visvairāk – pediatra specialitātē. Tikmēr 2025./2026. studiju gadā nav plānotas rezidentu vietas sešās bērnu ārstu specialitātēs, 2026./2027. studiju gadā – piecās. 2025./2026. studiju gadā kopā ir 24 rezidentu vietas bērnu ārstu specialitātēs, no kurām 15 – VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”, savukārt reģionos piecas no kopā deviņām rezidentu vietām paredzētas pediatriem.

Papildus norādāms, ka Eiropas Komisijas Strukturālo reformu atbalsta ģenerāldirektorāta 2023. gada projektā par veselības darbaspēka stratēģiju Latvijā kā viens no priekšlikumiem norādīts šauru apakšspecialitāšu (piemēram, pediatrijā) ārstu pienākumu pārdale ārsta specialitātes līmenī. Tomēr tas neguva atbalstu, lai gan Veselības ministrija ir gatava šo priekšlikumu pārskatīt sadarbībā ar ārstu profesionālo organizāciju pārstāvjiem. Vienlaikus Eiropas Medicīnas speciālistu apvienības Eiropas apmācību prasības pediatrijā paredz, ka piecu gadu rezidentūrā iespējams apgūt ne tikai pediatra pamata kompetences dažādās medicīnas jomās, bet arī specializēties kādā no tām (piemēram, alergoloģijā vai gastroenteroloģijā), kamēr Latvijā šādu kompetenci var iegūt sešos vai pat septiņos gados.

Vispārējās specialitātes ārstu kompetence bērnu veselības aprūpē ir neskaidra

Efektīva veselības aprūpes darbaspēka priekšnosacījums ir ārstniecības personu piedāvājuma un prasmju atbilstība sabiedrības veselības aprūpes vajadzībām gan tagad, gan nākotnē. Savukārt ārsta pienākums ir nodrošināt standartiem atbilstošu veselības aprūpi savas kompetences robežās, tāpēc ir būtiski noteikt skaidru ietvaru, kurā ārsti iegūst un uztur kompetenci, lai varētu sniegt kvalitatīvus pakalpojumus.

Latvijā ārstniecības personu kompetenci, kā arī teorētisko un praktisko zināšanu apjomu nosaka Ministru kabinets, izvērtējot profesionālo organizāciju pausto viedokli. Tomēr valstī nav vienotas izpratnes, kādi vispārējās specialitātes ārsti drīkst ārstēt bērnus. Normatīvajā regulējumā ārstu kompetenču formulējumi ir nekonsekventi, tie neļauj nepārprotami noteikt, kuri ārsti konkrētās medicīnas jomās ir kompetenti ārstēt bērnus. Proti, kādai no specialitātēm ir norādīta konkrēta to kompetencē esoša pacientu grupa, bet citiem šādas norādes nav. Vienlaikus gandrīz visi vispārējās specialitātes ārsti savas jomas rezidentūrā iegūst teorētiskās zināšanas un praktiskās iemaņas arī bērnu veselības aprūpē.

To apliecina arī revīzijā saņemtie iesaistīto pušu dažādie viedokļi.

- ✓ Ārstu profesionālās organizācijas norāda, ka, lai gan normatīvais regulējums dažās medicīnas jomās formāli neierobežo vispārējās specialitātes ārstu sniegt veselības aprūpes pakalpojumus bērniem, praksē viņu apmācība pediatrijā nav pietiekama pilna apjoma visu vecumu bērnu veselības aprūpei. Tas pieļaujams tikai neatliekamajos vai klīniski vienkāršos gadījumos, ja ir skaidri noteikta kompetenču robeža, nosūtīšanas kritēriji un notiek sadarbība ar bērnu ārstiem.
- ✓ Veselības ministrijas ieskatā bērnu veselības aprūpe ir nodrošināma ārsta profesijas un konkrētās pamatspecialitātes, apakšspecialitātes, papildspecialitātes kompetences ietvaros, ņemot vērā studiju programmā un rezidentūrā iegūtās teorētiskās zināšanas un praktiskās iemaņas bērnu veselības aprūpē. Piemēram, ķirurga kompetencē ir visu vecumu cilvēku veselības aprūpe, arī neirologs rezidentūrā iegūst teorētiskās zināšanas un praktiskās iemaņas bērnu neiroloģijā,

tādējādi ķirurgs un neirologs savas kompetences ietvaros un standarta situācijās var nodrošināt bērnu veselības aprūpi. Vienlaikus apgūtās kompetences neuzliek pienākumu nodrošināt bērnu veselības aprūpi.

- ✓ Arī Nacionālais veselības dienests norāda, ka normatīvais regulējums neierobežo vispārējās specialitātes ārstus sniegt veselības aprūpes pakalpojumus bērniem medicīnas jomās, kurās izveidotas bērnu ārstu specialitātes, ja sniegtie pakalpojumi atbilst attiecīgās specialitātes profesionālajai kompetencei un sertifikācijai.
- ✓ Rīgas Stradiņa universitātei un VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” ir cits viedoklis – medicīnas jomās, kurās izveidotas bērnu ārstu specialitātes, veselības aprūpes pakalpojumus bērniem jāsniedz attiecīgajiem speciālistiem vai šo jomu vispārējās specialitātes ārstiem ar vismaz pediatra sertifikātu. Pretējā gadījumā bērniem var tikt sniegts nekvalitatīvs pakalpojums.
- ✓ Veselības inspekcija nesniedza skaidru viedokli par vispārējās specialitātes ārstu un bērnu ārstu kompetenču nodalījumu bērnu veselības aprūpē, jo veselības aprūpes organizatoriskā kārtība nav inspekcijas kompetencē. Revidenti to vērtē kritiski, jo inspekcija, kuras kompetencē ir uzraudzīt un kontrolēt, lai tiktu nodrošināta kvalitatīva un kvalificēta veselības aprūpe, faktiski izvairījās no profesionāla skaidrojuma sniegšanas.

Ņemot vērā iepriekš minēto, vispārējās specialitātes ārstu kompetenci bērnu veselības aprūpē var interpretēt atšķirīgi atkarībā no ārstniecības iestādes vai ārsta profesionālās prakses, tāpēc vispārējās specialitātes ārsti veselības aprūpes pakalpojumus bērniem var arī nesniegt.

Turklāt revīzijā nav identificēta pamatota saikne starp rezidentūrā paredzēto teorētisko zināšanu un praktisko iemaņu apjomu bērnu veselības aprūpē un attiecīgajiem ārstiem noteikto kompetenci, jo specialitātēs ar līdzīgu mācību apjomu tiesības sniegt pakalpojumus bērniem ir atšķirīgas.

Pediatru bērnu ambulatorajā veselības aprūpē iesaistīti par maz, pārsvarā – slimnīcu uzņemšanas nodaļās

Starptautiskajā praksē uzsver pediatra kompetences nozīmi – pediatrs izvērtē bērna veselības stāvokli un koordinē aprūpes ceļu, tostarp nosūta uz sekundāro veselības aprūpi, tajā skaitā pie pediatra apakšspeciālistu ārstiem.

Tomēr ambulatorajā veselības aprūpē vāji izmanto pediatru iegūtās teorētiskās zināšanas un praktiskās iemaņas par bērnu veselības aprūpi, lai gan tieši pediatri visplašāk pārzina bērnu veselības aspektus, savukārt citu bērnu ārstu pieejamība ārpus Rīgas ir ierobežota.

Pediatru pakalpojumi bērniem ir pieejami gan primārajā veselības aprūpē – dežūrpediatru (gadījumos, kad nav pieejams ģimenes ārsts), gan sekundārajā – pediatra konsultācijas un pakalpojumi pediatra kabinetā. Tomēr bērnu veselības problēmu gadījumos vecāki palīdzību meklē tieši slimnīcu uzņemšanas nodaļās, kur būtu jāvērsas tikai neatliekamās un dzīvībai bīstamos gadījumos. Tādējādi 43 % no pediatru pakalpojumiem sniegti tieši uzņemšanas nodaļās, tajā skaitā – arī tad, ja ārstniecības iestādēs pieejami citi pediatra pakalpojumi. Turklāt 2024. gadā pediatra pakalpojumus (neskaitot pakalpojumus pie dežūrpediatra) saņēma tikai 17 % bērnu no kopējā unikālo bērnu skaita, kuri saņēma bērnu ārstu, tajā skaitā pediatru, vai vispārējās specialitātes ārstu (ar pediatra sertifikātu) pakalpojumus, lai gan pediatri ārpus Rīgas ir visvairāk pieejamie bērnu ārsti, turklāt ar plašu kompetenci bērnu veselības aprūpē. Papildus minētajam revīzijā konstatēti sadrumstalotās pediatru pakalpojumu organizācijas trūkumi, kas liecina, ka šie pakalpojumi ir jāpārskata.

Bērnu ārsti pieejami galvenokārt bērniem Rīgā, ne reģionos, savukārt Rīgā esošie bērnu ārsti pakalpojumus sniedz maz

Valsts apmaksāti sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi bērniem nav pieejami vienlīdzīgi un savlaicīgi, tādējādi paaugstinot risku nesaņemt agrīnu diagnostiku un ārstēšanu, kas, savukārt, var ietekmēt visu turpmāko dzīvi, attīstību un sabiedrības veselību kopumā. 69 % jeb 155 Latvijas bērnu ārsti koncentrējas Rīgā, kur nodrošina 79 % no valsts apmaksātajiem sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumiem bērniem. Pārējos reģionos bērnu ārstu pieejamība ir ierobežota vai to nav vispār. Piemēram, Latgalē no 12 bērnu ārstu specialitātēm pieejamas vien piecas, bet Kurzemē – septiņas. Tāpēc arī sniegto pakalpojumu īpatsvars reģionos ir zems, piemēram, bērnu pneimonologa pakalpojumi Kurzemē ir 1 % no kopējā šo speciālistu pakalpojuma apjoma valstī.

Revidenti piekrīt, ka reģionos ārstu kvalifikācijas uzturēšanu apgrūtina nepietiekama pacientu plūsma, kas ierobežo klīniskās pieredzes uzkrāšanu un kompetenču uzturēšanu atbilstošā kvalitātē, tāpēc ne vienmēr ir iespējams nodrošināt pastāvīgu speciālistu klātbūtni. Tāpēc būtisks uzdevums ir identificēt tos speciālistus, kuru pieejamība reģionos ir stratēģiski prioritāra, vienlaikus saglabājot centralizētu pieeju tiem pakalpojumiem, kuru kvalitāti un efektivitāti iespējams nodrošināt, tikai koncentrējot resursus un kompetences.

Vienlaikus ārstu nodrošinājumu ietekmē ne tikai ārstu, bet arī darba stundu skaits, ko tie velta valsts apmaksāto sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai: Rīgā – vidēji desmit stundas nedēļā, savukārt reģionos ārpus Rīgas – piecas. Vairumā gadījumu šie bērnu ārsti sniedz arī valsts apmaksātus stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” un arī maksas pakalpojumus dažādās ārstniecības iestādēs. Piemēram, bērnu gastroenterologa vai bērnu endokrinologa darba slodze valsts apmaksāto sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai ir neliela, bet pakalpojumu gaidīšanas laiks ir ilgs – vairāki mēneši. Minētais liecina, ka, lai arī Rīgā ir būtiski labāka bērnu ārstu pieejamība, tik un tā gaidīšanas laiks nereti pārsniedz vairākus mēnešus. Vidējais pakalpojumu gaidīšanas laiks VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” pie revīzijas izlasē iekļautajiem ārstiem ir pieaudzis no 83 dienām 2024. gadā līdz 90 dienām 2026. gadā.

Reģionos bērniem pakalpojumus vairāk sniedz vispārējās specialitātes, ne bērnu ārsti

Bērnu ārstu trūkuma dēļ reģionos pakalpojumus medicīnas jomās, kurās izveidotas bērnu ārstu specialitātes, bērniem, arī zīdaiņiem un maziem bērniem, sniedz arī vispārējās specialitātes ārsti, tostarp bez pediatra sertifikāta, kamēr nozarē pastāv arī viedoklis, ka vispārējās specialitātes ārsti bez vismaz pediatra sertifikāta nav kompetenti pienācīgā kvalitātē ārstēt bērnus. Piemēram, 38 % gadījumu kardioloģijas pakalpojumus bērnam sniedzis kardiologs, 33 % – pneimonologs, 18 % – alergologs un 8 % – ķirurgs (neieskaitot gadījumus, kad ārstam ir arī pediatra sertifikāts). Šī tendence izteiktāka ir reģionos ārpus Rīgas, kur vairāk nekā pusi no kopējā pakalpojumu īpatsvara attiecīgajā medicīnas jomā sniedza vispārējās specialitātes ārsti septiņās specialitātēs, piemēram, pneimonologs – 89 % gadījumu, kamēr Rīgā – piecās specialitātēs, piemēram, gastroenterologs – 85 % gadījumu. Pakalpojumi sniegti dažādu vecumu bērniem, tāpēc nevar apgalvot, ka vispārējās specialitātes ārsti sniegtu pakalpojumus tikai vecākiem bērniem, lai tādējādi mazu bērnu veselības aprūpi atstātu bērnu ārstu kompetencē. Ja, piemēram, Rīgā bērniem 95 % gadījumu pakalpojumu sniedza bērnu kardiologs, tad gandrīz visos reģionos – 100 % gadījumos tos sniedza kardiologs.

Vienlaikus pie daļas revīzijas izlasē iekļauto vispārējās specialitātes ārstu (bez pediatra sertifikāta) 2024. gadā ir bijuši mazāk nekā 20 bērnu apmeklējumi gadā, proti, robežās no 36 % (piemēram, pie

alergologa) līdz pat 100 % (pie gastroenterologa, reimatologa). Revidentu ieskatā, mazs apmeklējumu skaits gadā var radīt risku pietiekamai ārsta kompetences uzturēšanai un pakalpojuma kvalitātei.

Bērni ārpus Rīgas nesaņem līdzvērtīgus pakalpojumus. Revidenti piekrīt, ka VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” ir vienīgā specializētā daudzprofilu slimnīca bērniem, kurā ir jābūt pieejamiem plaša spektra terciārā līmeņa, neatliekamās un plānveida veselības aprūpes pakalpojumiem un tāpēc tajā koncentrējas vairums bērnu ārstu. Vienlaikus, revidentu ieskatā, jānodrošina, ka arī bērni ārpus Rīgas saņem tādu speciālistu pakalpojumus, par kuru kompetences bērnu veselības aprūpē pietiekamību nozarē ir vienota pārlicība.

Arī daļa ārstu, kuru kompetencē ir gan pieaugušo, gan bērnu veselības aprūpe, nesniedz sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus bērniem vai arī sniedz tos bērniem no noteikta vecuma. Tas neļauj plānot un arī novērtēt speciālistu nodrošinājumu tieši bērnu veselības aprūpē. Piemēram, daļa oftalmologu pieņem tikai pieaugušos vai pieaugušos un bērnus no noteikta vecuma (piemēram, no sešu vai 15 gadu vecuma), 51 % fizioterapeitu pieņem bērnus līdz gada vecumam, Rīgā pie 46 % oftalmologu ir bijis mazāk par 20 bērnu apmeklējumiem gadā.

Ceturtā daļa reģionu bērnu pēc valsts apmaksātiem pakalpojumiem dodas uz Rīgu, un tas rada finansiālu slogu ģimenēm, citi meklē maksas pakalpojumus vai ziedotāju palīdzību

Vidēji 25 % bērnu no reģioniem ārpus Rīgas veselības aprūpes pakalpojumus saņem Rīgā, nevis savā reģionā. Tas norāda uz nepietiekamu pakalpojumu pieejamību un pastiprina reģionālo nevienlīdzību, kā arī rada finansiālu slogu ģimenēm. Revidenti aplēsa, ka vidēji 88 bērni katru darba dienu dodas uz Rīgu veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai: visvairāk no Zemgales – vidēji 157 bērni dienā, ko daļēji izskaidro šī reģiona ģeogrāfiskais tuvums Rīgai, bet vismazāk no Latgales – vidēji 38 bērni dienā. Būtisku īpatsvaru veido diagnostiskie izmeklējumi, pediatrijas un sporta medicīnas pakalpojumi, vienlaikus liels apmeklējumu skaits ir arī pie bērnu ārstiem (pediatrs, bērnu ķirurgs, bērnu neirologs) un vispārējās specialitātes ārstiem (oftalmologs, otolaringologs).

Prioritārās pacientu grupas – bērnu – ierobežoto valsts apmaksāto pakalpojumu pieejamību daļēji kompensē labdarības organizācija ar izbraukuma pakalpojumiem, ko sniedz par saziedotiem līdzekļiem. Kopš 2015. gada Latvijā ir pieejams nodibinājuma “Ronald McDonald Māja Latvijā” pakalpojums – bērnu “Mobilais veselības aprūpes centrs”. Piemēram, 2024. gadā nodrošināti 136 izbraukumi uz 54 dažādām vietām Latvijā. Mobilais veselības aprūpes centrs ik gadu nodrošina vidēji 5 tūkst. konsultācijas 4 tūkst. bērniem (viens bērns parasti saņem vairāku speciālistu konsultācijas). Visvairāk sniegti oftalmologa (33 %), bērnu alergologa (16 %) un bērnu neirologa (16 %) pakalpojumi. Mobilā veselības aprūpes centra nodrošināto pakalpojumu apjoms bērniem ar katru gadu palielinās. Tas liecina, ka pakalpojumu bērniem reģionos trūkst un to pieejamība neuzlabojas.

Būtisku daļu veselības aprūpes pakalpojumu bērni saņem par maksu, palielinot ģimeņu finansiālo slogu un sociālekonomisko nevienlīdzību. Atbilstoši Valsts ieņēmumu dienesta datiem 2024. gadā maksas veselības aprūpes pakalpojumus saņēma vismaz piektā daļa no valstī reģistrēto bērnu skaita par 14,5 milj. euro. Tas nozīmē, ka apjoms, kādā bērni veselības aprūpes maksas pakalpojumus saņem par maksu, līdzinās vismaz 16 % no tā, ko finansē valsts. Vislielākais maksas pakalpojumu un unikālo personu īpatsvars ir Rīgas plānošanas reģionā.

Būtiskākie ieteikumi

Pamatojoties uz revīzijas secinājumiem, Veselības ministrijai ir sniegti seši ieteikumi, aicinot veikt virkni darbību, kas uzlabos valsts nodrošināto bērnu ambulatoro veselības aprūpi, lai tā būtu plānota un organizēta atbilstoši vajadzībām un iespējami labākajā veidā. Ir sagaidāms, ka, ieviešot ieteikumus:

- ✓ pilnveidos ģimenes ārsta un tā praksē nodarbināto ārstniecības personu sniegto bērnu profilaktiskās apskates pakalpojumus;
- ✓ uzlabos zobārstniecības pakalpojumu pieejamību;
- ✓ izveidos uz vajadzībām balstītu un efektīvu sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu bērniem tīklu;
- ✓ uzlabos pieejamību ārstiem, kas ir kompetenti sniegt sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus bērniem;
- ✓ stiprinās pediatru iesaisti bērnu sekundārajā ambulatorajā veselības aprūpē;
- ✓ uzlabos bērnu redzes pārbaūžu pakalpojumu pieejamību.

Ziņojuma struktūra

Informācija ziņojumā izklāstīta šādā secībā:

- ✓ pirms revīzijas secinājumu un konstatējumu izklāsta ir sniegta vispārīga informācija par revidējamo jomu;
- ✓ revīzijas secinājumi un konstatējumi sadalīti četrās nodaļās: katras nodaļas ievadā ir sniegts Valsts kontroles viedoklis, izdarot būtiskākos secinājumus, un to tālāk pamatojot ar revīzijas konstatējumiem;
- ✓ pēc revīzijas secinājumu un konstatējumu izklāsta ir sniegti ieteikumi.

Ziņojuma pirmajā nodaļā ir vērtēts, vai visiem bērniem kā prioritārajai pacientu grupai primārajā veselības aprūpē nodrošināti ģimenes ārsta prakses un zobārstniecības pakalpojumi. Otrajā nodaļā vērtēts, vai ir izveidots bērnu vajadzībās balstīts ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu tīkls un vai bērnu veselības aprūpe praksē ir prioritāte. Trešajā nodaļā vērtēts bērnu ārstu nodrošinājums un vispārējās specialitātes ārstu kompetence sniegt pakalpojumus bērniem. Ceturtajā nodaļā vērtēts, kāda ir sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība bērniem.

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

Īsumā par bērnu veselības aprūpi

Bērnu veselības aprūpe kā prioritāte

Apvienoto Nāciju Organizācijas ilgtspējīgas attīstības 3. mērķis¹ paredz nodrošināt veselīgu dzīvi un sekmēt labklājību ikvienam cilvēkam jebkurā vecumā.

Savukārt Apvienoto Nāciju Organizācijas Bērnu tiesību konvencija² nosaka, ka dalībvalstis atzīst ikviena bērna tiesības uz visaugstvērtīgāko pieejamo veselības standartu un tiesības izmantot ārstniecības un rehabilitācijas pakalpojumus un cenšas nodrošināt, lai nevienam bērnam netiktu atņemtas tiesības uz šādu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību. Dalībvalstis cenšas panākt šo tiesību pilnīgu īstenošanu un veic attiecīgus pasākumus, lai tajā skaitā nodrošinātu nepieciešamās medicīniskās palīdzības sniegšanu un visu bērnu veselības aprūpi, īpaši pievēršot uzmanību primārās veselības aprūpes attīstībai. Bērna tiesības uz visaugstvērtīgāko pieejamo veselības standartu skaidrojusi³ Apvienoto Nāciju Organizācija.

- ✓ Katrs bērna attīstības posms ir svarīgs, jo tajā notiek nozīmīgas attīstības pārmaiņas, un katrs iepriekšējais posms ietekmē nākamo, nosakot bērna veselību, spējas un prasmes, riskus un iespējas. Ir būtiski saprast šo dzīves ciklu, lai izprastu, kā bērnībā iegūtās veselības problēmas ietekmē sabiedrības veselību kopumā. Izpratne par bērnu attīstības posmiem un dažādām prioritārajām veselības aprūpes vajadzībām katrā no tiem palīdzēs nodrošināt atbilstošus veselības aprūpes pakalpojumus visiem bērniem.
- ✓ Bērniem ir tiesības uz kvalitatīviem veselības aprūpes pakalpojumiem. Primārās aprūpes līmenī šiem pakalpojumiem jābūt pieejamiem pietiekamā daudzumā un kvalitātē, funkcionāliem, fiziski un finansiāli iespējamiem visiem valstī dzīvojošiem bērniem.
- ✓ Būtu jānodrošina pietiekami daudz atbilstoši mācītu darbinieku, lai varētu sniegt veselības aprūpes pakalpojumus visiem bērniem.
- ✓ Ir jāidentificē un jālikvidē šķēršļi, tostarp finansiāli un institucionāli, kas kavē bērnu piekļuvi veselības aprūpes pakalpojumiem.

Bērni jeb personas, kas nav sasniegušas 18 gadu vecumu⁴, ir viena no tām personu grupām, kurām Latvijas veselības aprūpes sistēmā piešķirta prioritāte. Proti, atbilstoši Ārstniecības likumam⁵ bērnu veselības aprūpe ir prioritāra. Atbilstoši normatīvajam regulējumam⁶ un Veselības ministrijas⁷ un Nacionālā veselības dienesta⁸ skaidrojumiem bērnu veselības aprūpe ir prioritāra, jo:

- ✓ bērni ir atbrīvoti no pacienta līdzmaksājuma un var saņemt valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus;
- ✓ ārstniecības iestāde prioritāri veselības aprūpes pakalpojumus sniedz bērniem;
- ✓ veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas norēķinu sistēmā “Vadības informācijas sistēma” bērniem sniegtajiem pakalpojumiem noteikta augstāka prioritāte.

Revīzijā vērtēts, vai bērni faktiski ir pacientu grupa, kurai ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus plāno un nodrošina prioritārā kārtā, un vai visiem bērniem tiem ir vienlīdzīga piekļuve.

Ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu bērniem klāsts un finansējuma apmērs

Primārās veselības aprūpes un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi veido ambulatoro veselības aprūpi⁹ (skatīt 1. attēlu), tas ir, pacientu veselības aprūpi pirmsslimnīcas etapā. No valsts budžeta apmaksātus ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus sniedz ārstniecības iestādes, kuras noslēgušas līgumu ar Nacionālo veselības dienestu.¹⁰

Primārā veselības aprūpe	• ģimenes ārsta un viņa praksē nodarbināto ārstniecības personu (bet ārpus ģimenes ārsta darba laika – dežūrārsta) sniegtā veselības aprūpe • zobārsta un zobu higiēnista sniegtā veselības aprūpe personām vecumā līdz 18 gadiem un atsevišķām iedzīvotāju kategorijām • veselības aprūpe mājās • paliatīvās aprūpes mobilās komandas pakalpojumi • veselības aprūpes pakalpojumi ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas iestādēs
Sekundārā ambulatorā veselības aprūpe	• veselības aprūpe, ko sniedz vecmāte vai ārsts speciālists un citas ārstniecības un ārstniecības atbalsta personas • laboratoriskie izmeklējumi • vizuālās diagnostikas izmeklējumi • dienas stacionārā sniegtie veselības aprūpes pakalpojumi • neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšana slimnīcu uzņemšanas nodaļās, ja persona netiek stacionāra, un steidzamās medicīniskās palīdzības punktos

1. attēls. Ambulatorās veselības aprūpes iedalījums.

Detalizēti valsts apmaksātie primārās un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi un to saņemšanas nosacījumi ir uzskaitīti veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtībā¹¹. Bērniem paredzēta virkne dažādu pakalpojumu, piemēram:

- ✓ ģimenes ārsta un viņa praksē nodarbināto ārstniecības personu pakalpojumi, tajā skaitā profilaktiskās apskates mājās un ārsta prakses vietā un vakcinācija;
- ✓ dažādi laboratoriskie un diagnostikas izmeklējumi;
- ✓ dažādu speciālistu veselības aprūpes pakalpojumi (piemēram, alergoloģija, ķirurģija, neiroloģija, oftalmoloģija, onkoloģija, otolaringoloģija, pediatrija, psihiatrija, pulmonoloģija);
- ✓ zobārstniecības, tajā skaitā zobu higiēnas, pakalpojumi;
- ✓ dienas stacionāra pakalpojumi (piemēram, ķirurģija, otolaringoloģija, rehabilitācija);
- ✓ medicīniskā rehabilitācija;
- ✓ ārstniecības līdzekļi un noteiktās grupās ietilpstošā pārtikas produkti (piemēram, noteiktos gadījumos brīļu lēcas, brīļu ietvari un kontaktlēcas un dzirdes implantācija).

Bērna veselības aprūpē pirmais saskares punkts parasti ir ģimenes ārsts, kas ir centrālais posms primārajā veselības aprūpē un kam ir koordinējoša loma arī citos veselības aprūpes līmeņos. Tāpat primārajā veselības aprūpē būtiska nozīme ir arī zobārstniecībai, kas nodrošina bērnu mutes dobuma veselības

profilaksi, diagnostiku un ārstēšanu, tajā skaitā zobu higiēnu. Savukārt pediatrs nodrošina specializētu bērna veselības aprūpi, pārzina to kopumā un veic akūtu un hronisku bērnu slimību diagnostiku, ārstēšanu, rehabilitāciju un profilaksi atbilstoši primārajam un sekundārajam veselības aprūpes līmenim. Tālāk, ja nepieciešams, bērna veselības aprūpi nodrošina arī citi sekundārās ambulatorās veselības aprūpes ārsti speciālisti.¹²

2024. gadā ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi sniegti par kopējo finansējumu 93 milj. *euro* (skatīt 2. attēlu). Lielākais unikālo pacientu (bērnu) skaits¹³ ir primārajā veselības aprūpē, bet finansējums – sekundārajā (58 %), tajā skaitā arī laboratoriskiem izmeklējumiem 7,5 milj. *euro*. Revidenti vērš uzmanību, ka primārajā veselības aprūpē lielāko finansējuma daļu – 33,5 milj. *euro* (85 %) – veido zobārstniecības pakalpojumi.

**Bērnu ambulatorā
veselības aprūpe**

92 998 890 *euro*



**Primārā veselības
aprūpe**

- 39 304 930 *euro* (42 %)
- 346 871 pacients

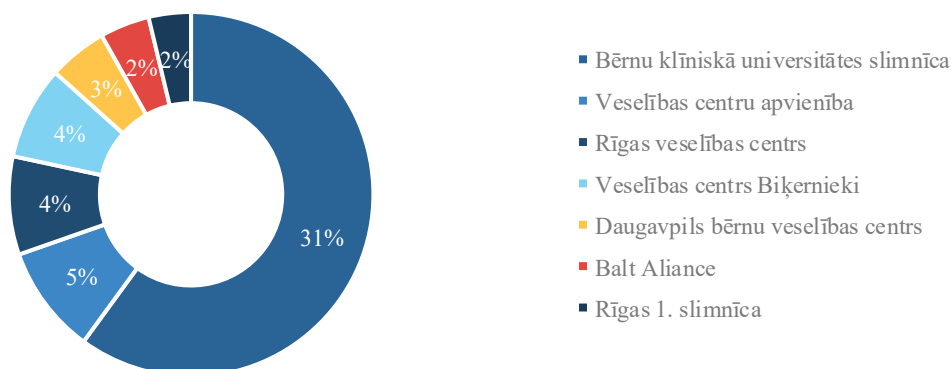


**Sekundārā ambulatorā
veselības aprūpe**

- 53 693 960 *euro* (58 %)
- 270 710 pacienti

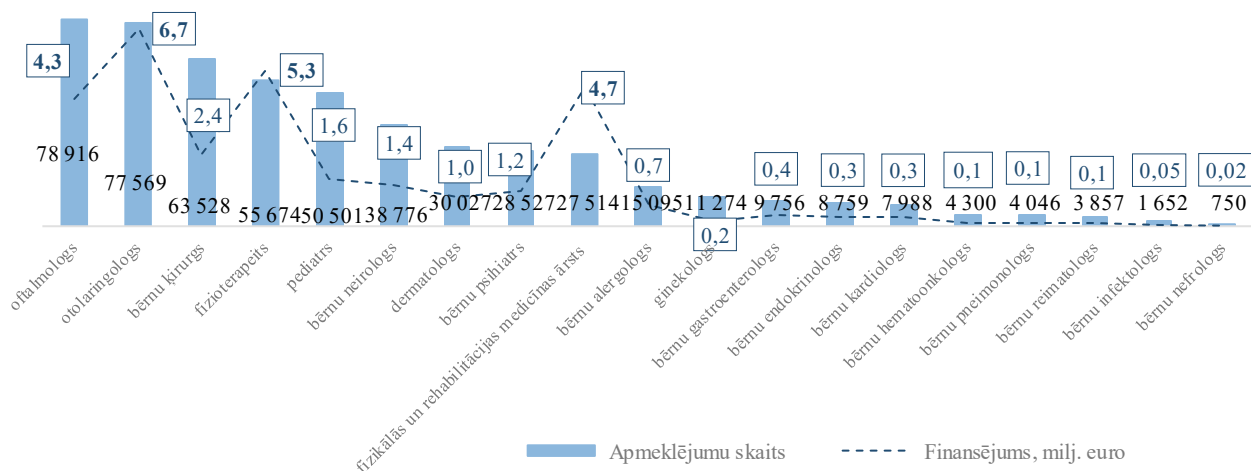
2. attēls. Ambulatorās veselības aprūpes finansējums un unikālo pacientu (bērnu) skaits 2024. gadā.

Vairāk nekā puse – 27,7 milj. *euro* (51 %) – no kopējā sekundārās ambulatorās veselības aprūpes finansējuma 2024. gadā izlietota septiņās ārstniecības iestādēs (skatīt 3. attēlu), kuras atrodas Rīgā (izņemot vienu), nodrošinot 37 % no kopējā pakalpojuma apjoma. Lielāko sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu apjomu (27 %) ar lielāko finansējumu 16,6 milj. *euro* (31 %) nodrošināja VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”.



3. attēls. Sekundāro ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu finansējums (51 %) sadalījumā pa ārstniecības iestādēm 2024. gadā.

Apkopotie dati par pieprasītākajiem sekundārās ambulatorās veselības aprūpes vispārējās specialitātes ārstiem un visiem bērnu ārstiem (skatīt 4. attēlu) liecina, ka 2024. gadā vislielāko veselības aprūpes pakalpojumu apjomu bērniem nodrošināja oftalmologi, otolaringologi, bērnu ķirurgi un fizioterapeiti. Vislielākais finansējums pakalpojumu nodrošināšanai izlietots šādās specialitātēs: otolaringologs – 6,7 milj. *euro*, fizioterapeits – 5,3 milj. *euro*, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts – 4,7 milj. *euro* un oftalmologs – 4,3 milj. *euro*.



4. attēls. Pieprasītāko vispārējās specialitātes ārstu un visu bērnu ārstu sniegtais sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu apjoms bērniem un tam izlietotais finansējums 2024. gadā.

Revīzijā apjomā iekļautās iestādes un analizētie dati

Revīzijas apjomā ir iekļauta Veselības ministrija kā atbildīgā ministrija par veselības nozari. Revīzijas mērķa sasniegšanai informācija iegūta arī no Veselības ministrijas padotības iestādēm – Nacionālā veselības dienesta un Veselības inspekcijas. Informācija un viedokļi iegūti arī no:

- ✓ ārstu profesionālajām organizācijām¹⁴ – Latvijas Ķirurģu asociācijas, Latvijas Kardiologu biedrības, Latvijas Bērnu kardiologu asociācijas, Latvijas Pieaugušo reumatoloģijas biedrības, Latvijas Bērnu alergologu un pneimologu biedrības, Latvijas Pediātru endokrinologu asociācijas, Latvijas Bērnu alergologu un pneimologu biedrības, Latvijas Bērnu ķirurģu asociācijas, Latvijas Neirologu biedrības, Latvijas Bērnu psihiatru asociācijas, Latvijas Zobārstu asociācijas;
- ✓ ģimenes ārstu profesionālajām organizācijām¹⁵ – Latvijas Ģimenes ārstu asociācijas un Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācijas;
- ✓ ārstniecības iestādēm¹⁶ – VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”, AS “Veselības centru apvienība”, SIA “Rīgas 1. slimnīca”, SIA “Daugavpils reģionālā slimnīca”, SIA “Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca”, SIA “Liepājas reģionālā slimnīca”, SIA “Vidzemes slimnīca” un SIA “Jelgavas pilsētas slimnīca”;
- ✓ VSIA “Bērnu klīniskās universitātes slimnīca” Metodiskā vadības centra, Rīgas Stradiņa universitātes un Latvijas Universitātes, Valsts ieņēmumu dienesta, nodibinājuma “Ronald McDonald Māja Latvijā”¹⁷.

Revīzijā analizēta ģimenes ārsta un viņa praksē nodarbināto ārstniecības personu (bet ārpus ģimenes ārsta darba laika – dežūrārsta) sniegtā veselības aprūpe, zobārstniecības pakalpojumu un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistu pieejamība, akcentējot tieši reģionus ārpus Rīgas, kur ārstu pieejamība ir ierobežota.

Revīzijā analizēti Nacionālā veselības dienesta iesniegtie dati par periodā no 01.01.2024. līdz 31.12.2024. sniegtajiem sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumiem. Revīzijas uzdevums

bija vērtēt tieši sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu speciālistu pieejamību, tāpēc revīzijā nav analizēti slimnīcu neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļās (turpmāk – uzņemšanas nodaļa) (izņemot pediatru), traumpunktos un dežūrārstu sniegtie sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi, kā arī laboratoriskie izmeklējumi un atsevišķu ārstniecības un ārstniecības atbalsta personu sniegtie pakalpojumi.

Revīzijā veikta ārstniecības iestāžu telefonaptauja par faktisko bērnu ārstu pieejamību reģionos (izņemot Rīgu) šādās medicīnas jomās – endokrinoloģija, kardioloģija, neiroloģija, pneimonoloģija un alergoloģija.

1. Bērniem kā prioritārajai pacientu grupai nav nodrošināta pietiekama primārā veselības aprūpe

Latvijā izveidotā pieeja paredz, ka ģimenes ārsts sniedz primāro veselības aprūpi visai ģimenei, arī bērniem. Tomēr tā netiek īstenota visaptveroši, jo 10 % ģimenes ārstu prakšu faktiski nepiedalās bērnu veselības aprūpē vai dara to minimāli.

Jaundzimušo un pārējo bērnu profilaktisko apskašu prakse, tajā skaitā nepietiekamā aptvere, liecina, ka ir jāpārskata un jāuzlabo šo pārbaudīto organizācijas un arī uzskaites prasības.

Jau pirms 15 gadiem aizsāko bērnu agrīnās attīstības novērtēšanu aizvien neveic pēc vienas pieejas, tā mazina iespējas, ka visiem bērniem savlaicīgi identificē attīstības traucējumus un iespējamās speciālās vajadzības.

Valsts finansējums zobārstniecības pakalpojumiem bērniem nav pietiekams, tāpēc daļa bērnu šos pakalpojumus saņem par maksu vai nesaņem vispār.

Zobārstniecības pakalpojumu organizācijas un apmaksas modelī nav paredzēts finansējuma sadalījums pa pakalpojuma veidiem. Tāpēc daļa pakalpojumu sniedzēju vairāk sniedz zobu higiēnas pakalpojumus, kas ir izdevīgāki zemo izmaksu dēļ, tādējādi samazinot zobu ārstniecības pakalpojumu pieejamību. Vienlaikus arī zobu higiēnas pakalpojumu aptvere nav pietiekama, tāpēc jāpilnveido izveidotais pakalpojumu organizācijas un apmaksas modelis, lai nodrošinātu bērna vajadzībām atbilstošu pakalpojumu apjomu un struktūru.

Revidentu ieskatā, Veselības ministrijas rīcība neliecina par aktīvu līdzdalību risinājumu meklēšanā, lai uzlabotu ortodontu pakalpojumu vienlīdzīgu pieejamību visā valstī.

Ģimenes ārstu līdzdalība bērnu veselības aprūpē ir pilnveidojama

Ģimenes (vispārējās prakses) ārsts ir ārsta pamatspecialitāte. Ģimenes ārsta darbība ir centrālais posms primārajā veselības aprūpē, un tai ir koordinējoša loma visos veselības aprūpes līmeņos.¹⁸ Ģimenes ārsts ar savu komandu veido veselības aprūpes sistēmas pamatu.

Ģimenes ārstu pienākums ir nodrošināt¹⁹ savā praksē reģistrētajiem pacientiem vispārējo veselības aprūpi, proti, akūto un hronisko slimību ārstēšanu, ieskaitot ambulatorās ķirurģiskās procedūras, rehabilitāciju, īstenot profilaktiskos pasākumus, iesaistīties veselības veicināšanā un veselības izglītībā, kā arī nodrošināt hroniski slimo pacientu veselības stāvokļa uzraudzību.

Atbilstoši normatīvajam regulējumam²⁰ katrai personai ir tiesības izvēlēties ģimenes ārstu un reģistrēties ģimenes ārsta pacientu sarakstā. Tikai izņēmuma gadījumos²¹ ģimenes ārsts var nepiekrīst pacienta reģistrācijai. Savukārt bērnus var reģistrēt arī pie pediatra, tomēr jaunu atsevišķu pediatrisko prakšu veidošana normatīvajā regulējumā nav paredzēta²² un primāro veselības aprūpi bērniem turpina nodrošināt tikai tās prakses, ar kurām jau iepriekš²³ bija noslēgts līgums par primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu.

Bērnām ir tiesības saņemt valsts apmaksātu veselības aprūpi²⁴, bet vecākiem ir pienākums nodrošināt, lai bērns to saņemtu.²⁵ Tādēļ jau grūtniecības laikā²⁶ vecāki izvēlas ģimenes ārstu vai pediatru, kurš pēc bērna piedzimšanas nodrošinās viņa veselības aprūpi, un saņem no izvēlēta ārsta rakstisku apliecinājumu par gatavību aprūpēt jaundzimušo.

Tomēr 01.01.2025. tikai 94 %²⁷ no valstī reģistrētajiem²⁸ 366 450 bērniem ir reģistrēti līgumattiecībās ar Nacionālo veselības dienestu esošajās ģimenes ārstu praksēs.

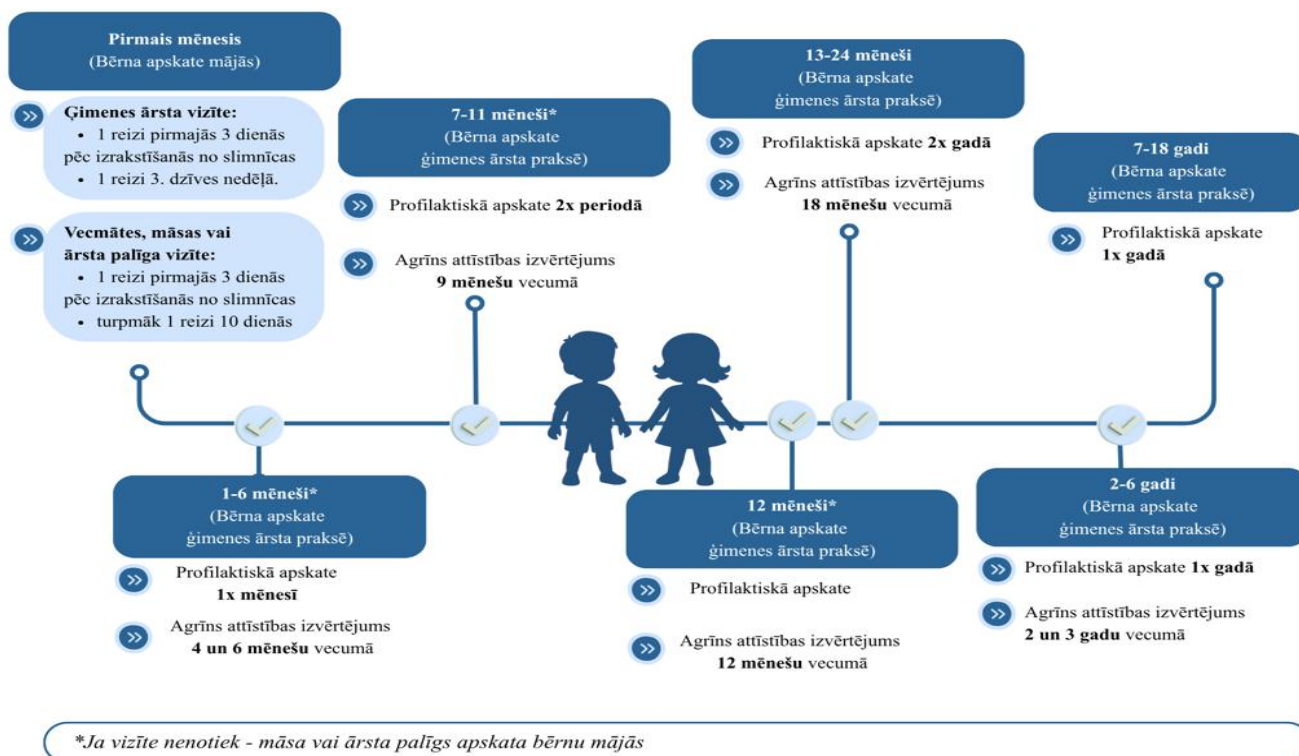
Atbilstoši dienesta skaidrojumam²⁹ galvenie iemesli, kāpēc bērnus sākotnēji neregistrē pie ģimenes ārsta, ir vecāku neinformētība vai pieņēmums, ka veselības aprūpi ātrāk var saņemt tieši pie speciālista vai slimnīcas uzņemšanas nodaļā. Vienlaikus fakts, ka daļa bērnu nav reģistrēti pie ģimenes ārstiem, norāda, ka jāpilnveido vecāku informēšanas pasākumi un jāveicina savlaicīga bērnu reģistrāciju pie ģimenes ārsta, lai veicinātu pilnvērtīgu un koordinētu veselības aprūpi.

Savukārt ģimenes ārstu profesionālās organizācijas norādīja, ka:

veselības aprūpes sistēma valstī ir organizēta tā, ka bērnu veselības aprūpi ir iespējams saņemt sev ērtā laikā pie dežūrārsta vai slimnīcu uzņemšanas nodaļās, arī gadījumos, ja iepriekš nav saņemta ģimenes ārsta veselības aprūpe. Vienlaikus šāda rīcība ne vienmēr atbilst saslimšanas smaguma pakāpei.

Papildus norādāms, ka 2024. gadā ģimenes ārsta praksi vismaz reizi gadā nav apmeklējuši 40 219 bērnu jeb 12 % no visiem praksēs reģistrētajiem bērniem. Tomēr 2227 (6 %) no tiem ģimenes ārsta nodrošinātās vispārējās veselības aprūpes vietā ir saņēmuši kādu no valsts apmaksātiem pediatra pakalpojumu veidiem vai pat vairākus, piemēram, gan pediatra kabinetā, gan pie dežūrārsta (pediatra).

Bērniem noteiktos vecuma posmos valsts apmaksā ģimenes ārsta un vecmātes vai ģimenes ārsta praksē strādājošas māsas vai ārsta palīga (feldšera) sniegtas profilaktiskās apskates mājās un ārsta prakses vietā (skatīt 5. attēlu). Profilaktiskās apskates palīdz nodrošināt bērna veselīgu augšanu un attīstību, ļauj laicīgi atklāt veselības problēmas, kas var ietekmēt bērna dzīves kvalitāti, veicina vecāku izglītošanu par bērna aprūpi un attīstību un nodrošina emocionālu atbalstu bērnam un ģimenei.³⁰



5. attēls. Bērnu profilaktiskās apskates.³¹

Nacionālais veselības dienests ik mēnesi ģimenes ārsta praksei veic divu grupu maksājumus – fiksētos un mainīgos, kuros ietilpst attiecīgi astoņi un 10 dažādi maksājumu veidi. No tiem četru maksājumu veidu lielumu tieši ietekmē praksē reģistrēto bērnu skaits un vecums. Piemēram, kapitācijas nauda, kas veido lielāko daļu no visiem maksājuma veidiem, ir atkarīga ne tikai no praksē reģistrēto pacientu skaita, bet arī no pacientu sadalījuma pa vecuma grupām.³² Proti, samazinoties pacientu skaitam jaunāko bērnu vecuma grupās, par kurām, piemērojot patēriņa koeficientus, prakse saņem lielāku finansējumu nekā par pieaugušajiem pacientiem, samazinās arī prakses kapitācijas naudas apmērs.³³

Par bērnu profilaktisko apskati bērna mājās vai ģimenes ārsta prakses vietā maksā atbilstoši manipulācijām (skatīt 1. tabulu).

Kopumā profilaktisko apskašu uzskaiti ģimenes ārstu profesionālās organizācijas vērtē kā pārmērīgi birokrātisku un norāda, ka jāsamazina profilaktisko apskašu manipulāciju skaits un jāpārskata to tarifi.

1. tabula. Bērņa profilaktisko apskašu manipulācijas.³⁴

Manipulācijas		
Kods	Nosaukums	Tarifs 2024. un 2025. gadā, euro
01061	Bērnu profilaktiskās apskates, ko veic ģimenes ārsts	11,68
01064	Bērnu profilaktiskās apskates, ko veic ģimenes ārsts bērna mājās	20,55
01066	Piemaksa par ģimenes ārsta veiktu profilaktisko apskati, izmeklējot pacientu ar saslimšanu (apmaksā tikai bērniem)	4,61
60230	Bērņa vecumā no vienas nedēļas līdz pieciem gadiem fiziskās un garīgās attīstības novērtēšana atbilstoši normatīvajiem aktiem par ārstniecības iestāžu medicīniskās un uzskaites dokumentācijas lietvedības kārtību	0,00

Manipulācijas		
Kods	Nosaukums	Tarifs 2024. un 2025. gadā, euro
60248	Māsas vai ārsta palīga (feldšera) veikta bērna profilaktiska apskate mājās	15,90
60488	Piemaksa pie bēmu profilaktiskās apskates par bērnu līdz 3 gadu vecumam psihiskās veselības skrīningu, ko veic ģimenes ārsts	1,39

Atsevišķos gadījumos ģimenes ārsti savās praksēs bērnus neregistrē vai nesniedz tiem veselības aprūpes pakalpojumus

Saskaņā ar normatīvo regulējumu³⁵ ģimenes ārsta kompetencē ir arī bērnu veselības aprūpe. Vairumā gadījumu ģimenes ārsti savās praksēs registrē pacientus – bērnus, vienlaikus 54 (5 %) no visām 1198 ģimenes ārstu praksēm³⁶ 2024. gadā nebija registrēts neviens bērns. Praksu skaits, kurās nav registrēti bērni, 2025. gadā samazinājās līdz 50 (4 %) no kopējā ģimenes ārstu praksu skaita.³⁷ Tomēr tuvāko gadu laikā 156 ģimenes ārstu prakses jeb 13 % no kopējā ģimenes ārstu praksu skaita (skatīt 6. attēlu) plāno pārtraukt līgumu ar Nacionālo veselības dienestu un šo praksu pacientiem nav pārņēmēja.³⁸ Proti, neviens ģimenes ārsts uz šīm teritorijām nav pieteicies ģimenes ārstu gaidīšanas sarakstā, un tas rada neskaidrību par primārās veselības aprūpes nodrošināšanu. Minētajās praksēs registrēti arī 32 709 bērni.

	Rīga	Kurzeme	Latgale	Vidzeme	Zemgale	Kopā
Kopējais ģimenes ārstu praksu skaits	553	175	141	151	178	1198
Praksu skaits, kurās 2024. gadā ir registrēti bērni	531	169	131	146	167	1144
Praksēs registrēto bērnu skaits 2024. gadā	162 003	51 299	36 280	40 523	53 271	343 376
Praksu skaits, kuras 2026.–2030. gadā plāno pārtraukt valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu	29	42	31	29	25	156
Bērnu skaits praksēs, kuras 2026.–2030. gadā plāno pārtraukt valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu	6362	8619	7118	5102	5508	32 709

6. attēls. Ģimenes ārstu praksu un tajās registrēto bērnu skaits 2024. gadā sadalījumā pa reģioniem.

Teritorijās, kur atrodas ģimenes ārstu prakses bez registrētiem bērniem, 2024. gadā lielākoties bija nodrošināta arī citu ģimenes ārstu darbība. Izņēmums ir četri pagasti Latgalē³⁹, kuru bērni ģimenes ārsta pakalpojumus nevarēja saņemt pēc iespējas tuvāk dzīvesvietai.

Pārējās 1144 ģimenes ārstu praksēs 2024. gadā kopā registrēti 343 376 bērni, vienlaikus 84 (7 %) ģimenes ārstu praksēs registrēti no viena līdz pieciem bērniem. Vislielākais tādu ģimenes ārstu praksu skaits, kurās registrēti bērni, un tajās registrēto bērnu īpatsvars ir Rīgā (skatīt 6. attēlu).

Atbilstoši ģimenes ārstu profesionālo organizāciju skaidrojumam:

jaunu pacientu registrāciju praksēs ierobežo ģimenes ārstu novecošanās un kopējais personāla trūkums, kā arī tas, ka jaundzimušo un bērnu aprūpe ir resursietilpīga, savukārt pieredzes trūkums un augsta noslodze ar gados vecākiem pacientiem samazina praksu kapacitāti. Pārejot uz ģimenes

medicīnas modeli, par ģimenes ārstiem pārkvalificējās pediatri un internisti. Ņemot vērā internistu pieredzi pieaugušo pacientu aprūpē, daļā ģimenes ārstu praksē arī saglabājas orientācija uz pieaugušo pacientu aprūpi. Vienlaikus paaudžu nomaiņa un ikgadējā jauno ģimenes ārstu ienākšana praksē pakāpeniski mazina šo tendenci, jo jauno ģimenes ārstu profesionālā sagatavotība paredz darbu ar visu vecumu pacientiem.

Minētais liecina, ka plānotā ģimenes ārstu praksē darbības izbeigšana un nepietiekama pēctecība rada risku primārās aprūpes pieejamībai, īpaši reģionos.

Profilaktiskā apskate mājās nav sniegta visiem bērniem un paredzētajā biežumā

Jaundzimušajam pirmajā dzīves mēnesī kopumā paredzētas piecas tā saucamās jaundzimušā patronāžas vizītes mājās. Tās ir būtiskas gan ārstam, gan vecākiem, jo abām pusēm sniedz pārliecību, ka bērns aug drošos apstākļos un to atbilstoši aprūpē. Vecmāte, ģimenes ārsta praksē strādājoša māsa vai ārsta palīgs iesaistās profilaktiskās apskates sniegšanā ne tikai bērna pirmajos dzīves mēnešos, bet kopumā pirmajā dzīves gadā. Ja bērns neierodas ģimenes ārsta praksē uz ikmēneša apskati, vecmātes, māsas vai ārsta palīga pienākums ir sniegt apskati bērna mājās.⁴⁰

Kopumā 850 ģimenes ārstu praksēs ir reģistrēti 11 305 bērni, kuri dzimuši 2024. gadā⁴¹, tomēr 104 jeb 12 % ģimenes ārstu 2024. gadā nav bijuši mājās vizītēs pie to praksēs reģistrētajiem 3411 jaundzimušajiem. Tādējādi 2024. gadā valsts apmaksāta patronāža mājās ir sniegta vien 70 % (7894) no visiem ģimenes ārstu praksēs reģistrētajiem jaundzimušajiem. Papildus vēl 20 % (2335) jaundzimušajiem to pirmajā dzīves mēnesī profilaktiskās apskates ir sniegtas ģimenes ārstu praksēs, nevis mājās. Vislielākais to ģimenes ārstu prakšu skaits, kuras nesniedza jaundzimušo patronāžu mājās, ir Rīgā un Kurzemē – attiecīgi 50 un 21 jeb 13 % un 16 % no visām praksēm, kurās reģistrēti 2024. gadā dzimušie bērni.

Ģimenes ārsts jaundzimušo patronāžu mājās nodrošina savā praksē reģistrētajiem bērniem, kuru dzīvesvieta atrodas ģimenes ārsta pamatdarbības teritorijā. Ja bērna faktiskā dzīvesvieta atrodas ārpus tās, vecāki apņemas nepieciešamo vizīšu skaitu nodrošināt prakses vietā. Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācijas vērtējumā, 70 % patronāžas aptvere ir augsts rādītājs.

Papildus norādāms, ka ģimenes ārsta sniegtie veselības aprūpes pakalpojumi ir ietverti valsts apmaksātās medicīniskās palīdzības minimumā, kuru nodrošina arī ģimenes ārsta praksē neregistrētām personām.⁴² Tāpēc patronāža mājās ir sniegta vēl 550 bērniem, kuri dzimuši 2024. gadā (skatīt 2. tabulu), bet nav reģistrēti nevienā ģimenes ārsta praksē (piemēram, citu valstu pilsoņiem). Patronāža sniegta arī 385 bērniem, kuri dzimuši 2023. gada beigās (gan ģimenes ārstu praksēs reģistrētajiem, gan neregistrētajiem bērniem).

2. tabula. Ģimenes ārstu prakšu nodrošinātā jaundzimušo patronāža pa reģioniem 2024. gadā.⁴³

Reģions	Kurzeme	Latgale	Rīga	Vidzeme	Zemgale	Kopā
Praksē reģistrēto jaundzimušo skaits 2024. gadā	1733	1166	5323	1390	1693	11 305
Unikālo jaundzimušo, kuriem nodrošināta patronāža mājās, skaits un īpatsvars (%)	1234 (71 %)	927 (80 %)	3914 (74 %)	1090 (78 %)	1283 (76 %)	8444 (75 %)
t. sk. praksēs neregistrētiem jaundzimušajiem	40	32	359	43	78	550
Prakšu skaits, kuras nodrošināja jaundzimušo patronāžu, un īpatsvars no kopējā prakšu skaita (%)	110 (84 %)	74 (95 %)	335 (87 %)	106 (89 %)	121 (88 %)	746 (88 %)

Ģimenes ārstu praksēm vienam jaundzimušajam ir jānodrošina kopumā piecas patronāžas mājās, tomēr faktiski katram 2024. gadā dzimušajam bērnam tā ir nodrošināta vidēji vien divas reizes un lielāko apmeklējumu skaitu (85 %) nodrošina tieši ģimenes ārsts.

Ģimenes ārstu profesionālās organizācijas informēja, ka:

kopš 2026. gada sākuma Metodiskās vadības centrs⁴⁴ pediatrijas jomā sadarbībā ar tām izstrādā jaunu bērnu profilaktisko apskašu programmu, tajā skaitā pārskatot bērnu apskašu biežumu un izvērtējot apskates vietu (mājās vai ģimenes ārsta prakses vietā).

Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācijas ieskatā, vēsturiski nozīmīgais jaundzimušā patronāžas pakalpojums mūsdienās ir zaudējis savu aktualitāti un nesniedz paredzamo medicīnisko ieguvumu, tādēļ būtu pilnveidojams, orientējot pakalpojumu sniegšanu uz ģimenes ārsta praksi. Viena laikus asociācija atzīst, ka patronāža ir būtiska sociālo risku un vides piemērotības jaundzimušā aprūpei un attīstībai izvērtēšanai, tomēr uzsver, ka šāda veida izvērtējums primāri ir sociālā dienesta kompetencē.

Tomēr revidenti norāda, ka starptautiski⁴⁵ ir pierādīta jaundzimušo aprūpes mājās nozīme, īpaši agrīnu veselības un sociālo risku identificēšanā, bet šo pakalpojumu pārsvarā nodrošina citi primārās veselības aprūpes speciālisti – vecmātes un bērnu aprūpes māsas.

Līdz 31.03.2023. apmaksa par bērna profilaktisko apskati mājās bija paredzēta tikai ģimenes ārstam, bet no 01.04.2023. – arī mātai vai ārsta palīgam (feldšerim). Papildus 2023. gadā⁴⁶ prioritāro pasākumu ietvaros piešķīra 552 353 euro finansējumu bērnu profilaktiskajām apskatēm mājās. Atbilstoši plānotajam mājās veikto profilaktisko apskašu skaitam bija jāpieaug līdz 48 868 apmeklējumiem gadā, ģimenes ārstu veiktajiem apmeklējumiem pieaugot par 20 % un māsu vai ārsta palīgu veiktajiem – par 25 %. Tomēr ģimenes ārstu prakses nenodrošina bērnu profilaktiskās apskates mājās, kā plānots: 2024. gadā bijuši tikai 16 432 apmeklējumi⁴⁷ jeb 34 % no plānotā. Rezultātā 2023.–2025. gadā faktiskā patronāžas nodrošināšanai piešķirtā finansējuma izpilde ir tikai 19–27 % (103–150 tūkst. euro) no plānotā un ik gadu neizlietoto finansējumu pārdala⁴⁸ citiem pasākumiem. Galvenais finansējuma neizpildes iemesls ir cilvēkresursu nepietiekamība, tādēļ vecāki ar jaundzimušajiem biežāk aicināti šo pakalpojumu saņemt klātienē ģimenes ārsta praksēs.

Nacionālais veselības dienests informēja⁴⁹, ka:

2026. gadā plāno veikt mērķtiecīgu ģimenes ārstu prakšu uzraudzību, īpašu uzmanību pievēršot bērnu profilaktisko apskašu nodrošināšanai. Tāpat vērtētas iespējas šo pakalpojumu uzlabot, veidojot visaptverošu multidisciplināru pieeju, vērtējot gan bērna, gan mātes veselību, īstenojot pilotprojektu “Vecmātes mājas vizītes”.

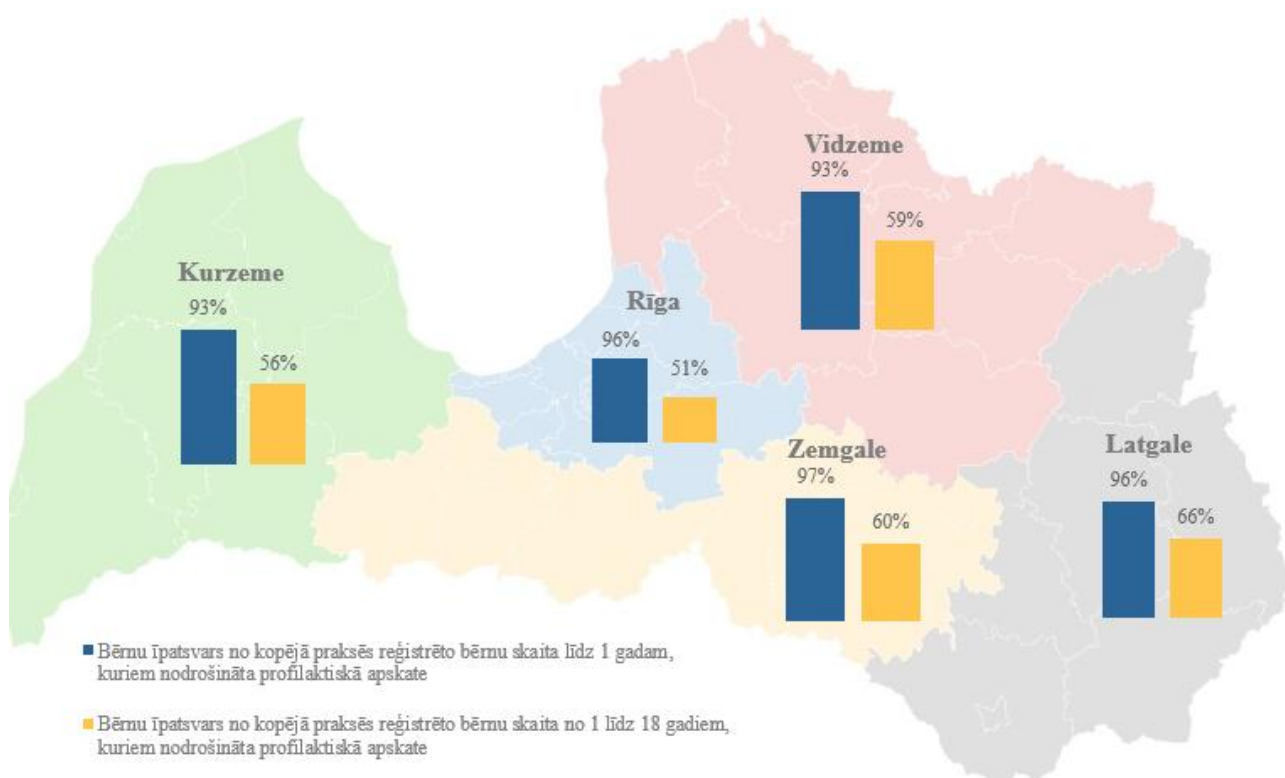
Svarīgi atzīmēt, ka pilotprojekta īstenošana ir iekavējusies⁵⁰ un tas uzsākts tikai 01.07.2026.⁵¹ Kopumā pilotprojektā plānots iesaistīt 729 māmiņas un viņu bērnus, nodrošinot vienu pirmsdzemdību vizīti trešajā grūtniecības trimestrī un divas pēcdzemdību vizītes – 3.–5. dienā pēc izrakstīšanās no dzemdību nodaļas un 10.–14. dienā pēc izrakstīšanās no dzemdību nodaļas.

Tāpēc, lai arī ir uzsākti pasākumi jaundzimušo patronāžas pakalpojuma pilnveidei, tomēr pilotprojekta kavēšanās attālina nepieciešamo uzlabojumu jaundzimušo aprūpē ieviešanu.

Visvairāk profilaktisko apskašu sniedz bērniem līdz viena gada vecumam

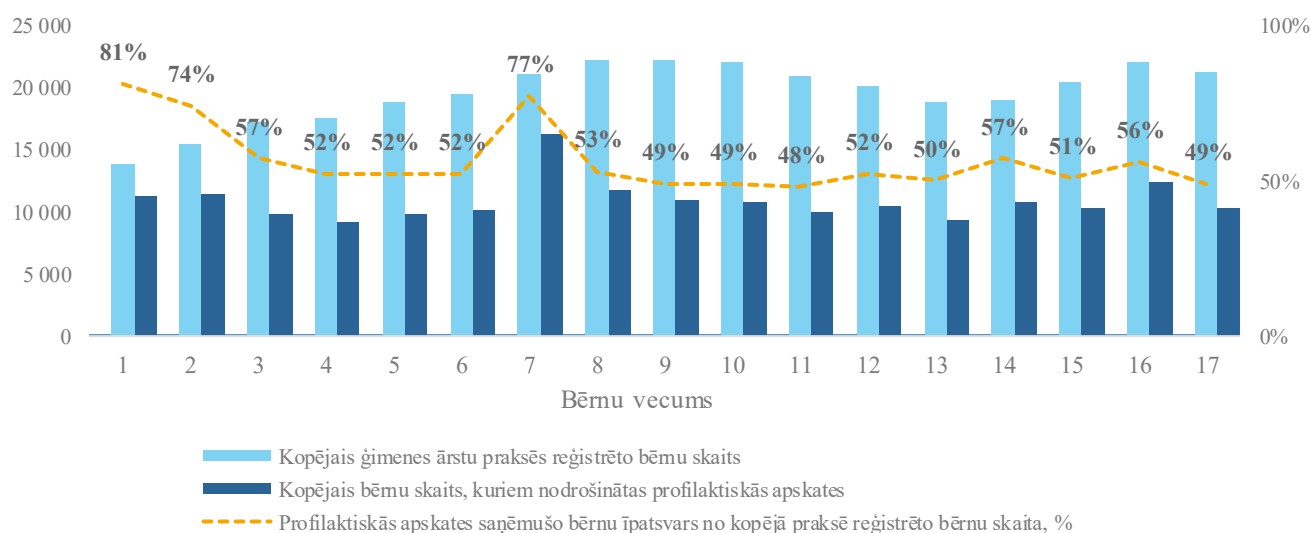
Bērniem zīdaiņa periodā jeb no pirmā līdz 12 mēnesim ģimenes ārsts savā prakses vietā sniedz regulāru profilaktisku apskati (kopumā deviņas reizes) (skatīt 5. attēlu).

Profilaktiskās apskates sniegtas 10 702 no 11 305 bērniem, kuri dzimuši 2024. gadā, nodrošinot zīdaiņu profilaktisko apskašu aptveri – 95 %. Katram bērnam gada laikā profilaktiskā pārbaude sniegta vidēji sešas reizes. Gadījumi, kad zīdaiņa neierašanās ģimenes ārsta praksē rezultātā profilaktiskā apskate ir sniegta tā dzīvesvietā, nav konstatēti. Reģionālā griezumā profilaktisko apskašu aptvere ir no 93 % Kurzēmē un Vidzemē līdz 97 % Zemgalē (skatīt 7. attēlu).



7. attēls. Bērnu profilaktisko apskašu aptvere sadalījumā pa reģioniem 2024. gadā.

Bērniem no viena līdz 18 gadiem (atkarībā no vecuma, bet vismaz reizi gadā) ģimenes ārsts savā prakses vietā sniedz regulāru profilaktisko apskati (skatīt 5. attēlu). 2024. gadā ģimenes ārstu praksēs kopumā reģistrēts 332 071 bērns, no tiem profilaktiskās apskates sniegtas 56 %. Visaugstākā bērnu profilaktisko apskašu aptvere (81 %) ir bērniem viena gada vecumā (skatīt 8. attēlu).



8. attēls. Ģimenes ārstu praksēs reģistrēto bērnu un profilaktisko apskati saņēmušo bērnu skaits un īpatsvars sadalījumā pa vecumiem 2024. gadā.⁵²

Profilakses aptveres rādītāji samazinās, palielinoties bērna vecumam, tomēr pieaugums vērojams arī bērniem septiņu gadu vecumā, ko var skaidrot ar nepieciešamību sniegt profilaktisko apskati pirms skolas gaitu uzsākšanas. Viszemākais profilaktisko apskašu nodrošinājums bērniem no viena līdz 18 gadiem, salīdzinot ar citiem reģioniem, ir Rīgā (skatīt 7. attēlu).

Ģimenes ārstu profesionālās organizācijas norādīja, ka:

profilaktisko apskašu aptveri negatīvi ietekmē ģimenes ārstu prakšu pārslodze un cilvēkresursu trūkums, kas ierobežo iespējas nodrošināt profilaktiskās apskates normatīvajos aktos noteiktajā biežumā.

Profilaktisko apskašu aptveri, Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācijas ieskatā, varētu uzlabot, attīstot informācijas tehnoloģiju risinājumus profilaktisko apskašu uzraudzībai. Tāpat atbalstāma kvantitatīvo rādītāju ieviešana, piemēram, profilaktisko pārbaužu aptveres procents noteiktā vecuma grupā, sasaistot to izpildi ar papildu finansējuma piešķiršanu.

Bērnu agrīnās attīstības izvērtējumu neveic pēc vienotas un skaidras pieejas

Ģimenes ārsts profilaktiskajā apskatē veic arī bērnu agrīnās attīstības izvērtējumu. Tomēr izvērtējuma veikšanai pastāv dažādas pieejas, kā arī tā uzskaitē veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas norēķinu sistēmā nav izveidota vienota un racionāla kārtība.

- ✓ Lai ģimenes ārsts profilaktiskajās apskatēs varētu labāk atpazīt funkcionālos traucējumus bērniem līdz trīs gadu vecumam, klīnisko vadlīniju datubāzē 2011. gadā ir reģistrētas “Vadlīnijas bērnu agrīnai funkcionēšanas novērtēšanai”.⁵³ Tās izstrādātas, pamatojoties uz tolaik pastāvošo bērnu līdz trīs gadu vecumam attīstības novērtēšanas praksi. Vienlaikus norādīts, ka pakāpeniski jāievieš standartizēts attīstības novērtēšanas instruments, kādu jau izmanto vairākās pasaules valstīs.
- ✓ Lai atvieglotu ģimenes ārstu darbu, 2011. gadā normatīvais regulējums⁵⁴ papildināts ar veidlapu “Bērna vecumā no vienas nedēļas līdz pieciem gadiem fiziskās un garīgās attīstības novērtēšanas

lapa”. Veidlapā papildus dažādiem novērtēšanas kritērijiem ietvertas arī norādes, kāda informācija ārstniecības personai ir jāiegūst no vecākiem un kāda informācija ir sniedzama vecākiem bērna aprūpes uzlabošanai. Bērnu fiziskās un garīgās novērtēšanu kopumā veic 15 reizes, vienlaikus tās izmantošana ārstniecības iestādēm nav noteikta kā obligāta.

Ja ģimenes ārsts bērna agrīnās attīstības izvērtējumu veic atbilstoši veidlapai, to uzskaita, norādot statistisko manipulāciju “Bērna vecumā no vienas nedēļas līdz pieciem gadiem fiziskās un garīgās attīstības novērtēšana atbilstoši normatīvajiem aktiem par ārstniecības iestāžu medicīniskās un uzskaites dokumentācijas lietvedības kārtību” (kods 60230, vērtība 0 *euro*). Šo manipulāciju izmanto arī ģimenes ārsta darbības kvalitātes novērtēšanā.⁵⁵

- ✓ Lai sekmētu savlaicīgu attīstības traucējumu un iespējamo speciālo vajadzību atpazīšanu, no 01.07.2021. normatīvais regulējums⁵⁶ paredzēja, ka ģimenes ārsts profilaktiskajā apskatē papildus vienu reizi nodrošina visu bērnu no pusotra līdz trīs gadu vecumam agrīnās attīstības izvērtējumu. Līdz tam šāds izvērtējums normatīvajā regulējumā nebija noteikts kā obligāts visiem pirmsskolas vecuma bērniem.⁵⁷ Par katru izvērtējumu ģimenes ārstam sākotnēji maksāja 8,15 *euro*, bet vēlāk – 8,50 *euro*.⁵⁸

No 20.07.2022. palielināja⁵⁹ bērna agrīnās attīstības izvērtējumu skaitu – tas bērniem līdz trīs gadu vecumam jāveic kopumā septiņas reizes – četru, sešu, deviņu, 12 un 18 mēnešu un divu un trīs gadu vecumā – atbilstoši VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” speciālistu izstrādātajam algoritmam.⁶⁰ Tā kā agrīnās attīstības izvērtējumu skaitu palielināja, nemainot esošo finansējumu, samaksu par katru izvērtējumu samazināja septiņas reizes.⁶¹ Atbilstoši Nacionālā veselības dienesta skaidrojumam⁶² ģimenes ārstiem, profilaktiskajā apskatē papildus veicot agrīnās attīstības izvērtējumu, nav jāaizpilda speciāla veidlapa, bet vien jāuzskaita šim mērķim izveidota manipulācija “Piemaksa pie bērnu profilaktiskās apskates par bērnu līdz trīs gadiem psihiskās veselības skrīningu, ko veic ģimenes ārsts” (kods 60488, vērtība šobrīd – 1,39 *euro*).⁶³

Tāpat ģimenes ārstu praksēs reģistrētajiem bērniem veiktos agrīnās attīstības izvērtējumus uzskaita dažādi, turklāt šos visiem bērniem paredzētos izvērtējumus veic vien katram ceturtajam vai piektajam bērnam (skatīt 3. tabulu). Piemēram, 2024. gadā:

- ✓ agrīns attīstības izvērtējums saskaņā ar izstrādāto algoritmu (manipulācijas kods 60488) veikts 26 % 2024. gadā dzimušo bērnu (katram bērnam veikts vidēji divas reizes plānoto četru vietā) un 21 % bērnu no viena līdz trīs gadiem;
- ✓ savukārt bērnu attīstības izvērtējums atbilstoši veidlapai “Bērna vecumā no vienas nedēļas līdz pieciem gadiem fiziskās un garīgās attīstības novērtēšanas lapa” veikts 15 % 2024. gadā dzimušo bērnu un 8 % bērnu no viena līdz trīs gadiem.

3. tabula. Ģimenes ārstu praksēs reģistrēto bērnu īpatsvars, kuriem veikts agrīnās attīstības izvērtējums 2024. gadā.

Izmantotā pieeja	Unikālo bērnu skaits un īpatsvars no kopējā ģimenes ārstu praksēs reģistrēto bērnu skaita vecuma grupā	
	Līdz vienam gadam	No viena līdz trīs gadiem
Atbilstoši VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” speciālistu izstrādātajam algoritmam (manipulācija 60488)	1559 (14 %)	6179 (13 %)
Atbilstoši veidlapai “Bērna vecumā no vienas nedēļas līdz pieciem gadiem fiziskās un garīgās attīstības novērtēšanas lapa” (manipulācija 60230)	1722 (15 %)	3937 (8 %)
Abas metodes	1348 (12 %)	3827 (8 %)
Kopējais bērnu skaits un īpatsvars, kuriem attīstības izvērtējums veikts atbilstoši izstrādātajam algoritmam	2907 (26 %)	10 006 (21 %)

Ģimenes ārstu profesionālās organizācijas skaidroja, ka:

bērna agrīns attīstības izvērtējums nav izolēts pakalpojums, bet ir profilaktiskās apskates sastāvdaļa, un tā apmaksa integrējama profilaktiskās apskates tarifā. Kopumā agrīns attīstības izvērtējums ir nodrošināts lielākam bērnu skaitam, tomēr tā uzskaitē nav pilnvērtīga, jo ir laikietilpīga, bet par to paredzētā samaksa neatbilst ieguldītajam darbam. Turklāt daļa ģimenes ārstu profilaktiskās apskates veic atbilstoši normatīvajam regulējumam⁶⁴, kas paredz arī garīgās attīstības novērtēšanu. Ņemot vērā, ka šādas pārbaudes uzskaitē ir paredzēta “nulles vērtības” manipulācija (kods 60230), tā netiek uzskaitīta.

Revidenti vērs uzmanību, ka 2021. gadā Ministru kabinets uzdeva⁶⁵ Valsts kancelejai sadarbībā ar Izglītības un zinātnes ministriju un Veselības ministriju līdz 31.12.2023. izstrādāt vienotu bērnu vecumā no pusotra līdz sešiem gadiem agrīnās attīstības vajadzību novērtējuma metodisko instrumentu komplektu jeb BAASIK. Šo komplektu plānots izmantot izglītības un veselības aprūpes jomās, ietverot arī speciālo vajadzību novērtēšanas instrumentu izglītojamiem pirms obligātās pirmsskolas izglītības uzsākšanas. Savukārt 2023. gadā Ministru kabinets uzdeva⁶⁶ Valsts kancelejai sadarbībā ar Vides aizsardzības un reģionālās attīstības ministriju, Veselības ministriju, Izglītības un zinātnes ministriju un Labklājības ministriju izstrādāt un līdz 31.12.2025. iesniegt izskatīšanai Ministru kabinetā arī vienotās risku analīzes un vadības informācijas sistēmas bērnu attīstības vajadzību atbalstam regulējumu. Šā gada rudenī piecās pašvaldībās sāksies sistēmas pilotprojekts⁶⁷, kura izvērtējumu un priekšlikumus normatīvā regulējuma pilnveidei paredzēts sagatavot līdz 30.03.2030.

Nepietiekams finansējums bērnu zobārstniecībai pagarina rindas un palielina vajadzību pēc maksas pakalpojumiem

Mutes dobuma veselība ir būtiska bērna vispārējās labklājības sastāvdaļa, kas kalpo par pamatu zobu veselībai un ietekmē gan fizisko, gan psiholoģisko attīstību. Slikta mutes veselība bērnībā var izraisīt sāpes, ēšanas grūtības, runas traucējumus un pazeminātu pašvērtējumu, būtiski ietekmējot bērna dzīves kvalitāti un kopējo attīstību. Labas mutes dobuma higiēnas veicināšanai bērniem nepieciešama visaptveroša pieeja, kas ietver atbilstošu uzturu, efektīvu ikdienas aprūpi, zobārsta regulārus apmeklējumus un aktīvu vecāku iesaisti.⁶⁸

Tomēr vairumā pasaules valstu mutes dobuma veselības aprūpi bieži raksturo nepietiekami cilvēkresursi, privātā sektora dominānce, nepietiekami finansēti publiskie pakalpojumi, nepietiekama uzdevumu sadale un prasmju kombinācija komandās, ierobežota vai vispār neesoša piekļuve lauku, attālām vai sociāli nelabvēlīgām iedzīvotāju grupām, kā arī nepietiekama finansiālā aizsardzība un pakalpojumu segums.⁶⁹

Slimību profilakses un kontroles centrs 2023. gadā veicis pētījumu⁷⁰ par kariesa, citu zobu cieto audu patoloģiju un periodonta slimību izplatību, smaguma pakāpi un to ietekmējošiem faktoriem Latvijas pusaudžiem 12 un 15 gadu vecumā. Secināts, ka kariesa izplatība Latvijā ir augsta un nav novērota būtiska situācijas uzlabošanās, pusaudžiem ir daudz agrīnu kariozu bojājumu, un nav attīstīti ar veselību saistīti paradumi.

Latvijā, tāpat kā vairumā Eiropas valstu⁷¹, bērni līdz 18 gadu vecumam var saņemt valsts apmaksātus zobārstniecības pakalpojumus⁷² (skatīt 9. attēlu).



9. attēls. Valsts apmaksātie zobārstniecības pakalpojumi bērniem.

Noteiktās ārstniecības iestādēs sestdienās nodrošina valsts apmaksātus zobu ārstniecības pakalpojumus akūtos⁷³ gadījumos.⁷⁴ Ņemot vērā noteiktus kritērijus, zobārstniecības pakalpojumi pieejami arī vispārējā anestēzijā.⁷⁵ Papildus zobārstniecības pakalpojumus sniedz arī mobilajā zobārstniecības autobusā⁷⁶ pie tām Latvijas reģionu izglītības iestādēm, kas atrodas vairāk nekā 20 km attālumā no valsts apmaksātu zobārstniecības pakalpojumu sniegšanas vietām.

No valsts budžeta apmaksātus zobārstniecības pakalpojumus⁷⁷ sniedz ārstniecības iestādes, kuras noslēgušas līgumu ar Nacionālo veselības dienestu. Savukārt tās dienests izvēlas no pašu veidota un uzturēta pakalpojumu sniedzēju gaidīšanas saraksta. Dienests atsaka reģistrēt veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju gaidīšanas sarakstā, ja ārstniecības iestādē, kura sniedz zobārstniecības pakalpojumus, nav nodarbināts un veselības aprūpes pakalpojumus nesniedz zobārsts.⁷⁸

Finansējumu zobārstniecības pakalpojumiem plāno, izmantojot augšupvērstu pieeju. Proti, sākumā aprēķinot finansējumu katrai ārstniecības iestādei, pamatojoties uz iepriekšējā periodā sniegto pakalpojumu apjomu un plānotajiem tarifiem. Saskaitot katrā teritoriālajā nodaļā esošajām ārstniecības iestādēm aprēķināto finansējumu, iegūst kopējo finansējuma apmēru konkrētai teritoriālajai nodaļai, savukārt visu teritoriālo nodaļu finansējuma summa veido kopējo finansējumu valsts apmaksātajiem

zobārstniecības pakalpojumiem. Savukārt samaksu par darbu ārstniecības iestādēm, kuras sniedz valsts apmaksātus zobārstniecības pakalpojumus, veic atbilstoši manipulāciju sarakstā norādītajiem manipulāciju tarifiem un manipulāciju apmaksas nosacījumiem.⁷⁹

Pēdējos gados ir veikti vairāki pasākumi zobārstniecības pakalpojumu pieejamības uzlabošanai. Piemēram, 2023. gadā⁸⁰ piešķirts papildu 2 milj. *euro* finansējums zobārstniecības pakalpojumiem, bet 2026. gadā⁸¹ – 10 000 *euro* pacientu ārstēšanai ar retām zobu cieto audu patoloģijām. Savukārt 2024. gadā paplašināts valsts apmaksāto pakalpojumu klāsts. Tajā skaitā ieviestas vismaz 30 jaunas zobārstniecības manipulācijas (zobu sakņu ārstēšanai, silantu uzlikšanai, kā arī modernu iekārtu izmantošanai ārstniecībā) un pārrēķināti vismaz 10 manipulāciju tarifi.⁸² Atbilstoši publiski pieejamajai informācijai⁸³ zobārstniecības pakalpojumu tarifi 2019.–2025. gadā kopumā pieauga vidēji par 47 % (no 5 līdz 506 %).

2024. gadā pakalpojumus bērniem nodrošināja 268 zobārstniecības pakalpojumu sniedzēji par kopējo finansējumu 33,5 milj. *euro* (skatīt 10. attēlu). 96 % no kopējā zobārstniecības pakalpojumu sniedzēju skaita nodrošināja zobu ārstniecību un 59 % – zobu higiēnu. Lielākais zobārstniecības pakalpojumu sniedzēju skaits (86 jeb 32 %) ir Rīgā, savukārt vismazākais (31 jeb 12 %) – Latgalē.



10. attēls. Zobārstniecības pakalpojumu sniedzēju skaits un to sniegto pakalpojumu īpatsvars sadalījumā pa reģioniem 2024. gadā.

Valsts apmaksātus higiēnas pakalpojumus saņem tikai katrs trešais bērns, savukārt trešdaļu zobu ārstniecības pakalpojumu bērni saņem par maksu

Valsts apmaksāto zobārstniecības pakalpojumu nodrošināšanā būtiska nozīme ir zobu higiēnas pieejamībai. Bez regulāras zobu higiēnas profilakses ilgtermiņā pasliktinās bērnu zobu veselības stāvoklis, kas palielina nepieciešamību pēc ārstniecības un kopējās ārstēšanas izmaksas.

Valstī kopā 01.01.2024. ir 406 sertificēti zobu higiēnisti, no kuriem 262 (65 %) ir līgumattiecībās ar Nacionālo veselības dienestu.

Zobu higiēnas pakalpojumi pieejami visos reģionos, tomēr lielākais pakalpojumu sniedzēju skaits (72) ir Rīgā, vismazākais (13) – Latgalē. Vidējais zobu higiēnas pakalpojumu gaidīšanas laiks 01.01.2024. ir no 21 līdz 37 dienām. 01.01.2025. gaidīšanas laiks samazinājās Kurzemē un Latgalē, savukārt pārējos reģionos – pieauga. Kopumā 01.01.2025. tas ir no 11 līdz 43 dienām.

2024. gadā valsts apmaksāta zobu higiēna sniegta 133 830 unikālajiem bērniem. Tas nozīmē, ka faktiski tā sniegta vien vidēji 36 % no kopējā bērnu skaita jeb katram trešajam bērnam. Augstākā šo profilakses pakalpojumu aptvere ir Vidzemē (40 %), savukārt viszemākā – Zemgalē (29 %), kur ir arī garāks pakalpojumu gaidīšanas laiks (skatīt 4. tabulu).

2024. gadā zobu higiēnistu bija nodarbināti vidēji no septiņām līdz 11 dienām mēnesī un vidēji dienā viens speciālists sniedza pakalpojumu sešiem bērniem, Vidzemē un Rīgā – pieciem. Tātad darba laiks, kas atvēlēts valsts apmaksātas zobu higiēnas sniegšanai, ir ierobežots.

4. tabula. Zobu higiēnas pakalpojuma nodrošinājums sadalījumā pa reģioniem 2024. gadā.⁸⁴

	Kurzeme	Latgale	Rīga	Vidzeme	Zemgale
Reģionā dzīvojošo bērnu skaits⁸⁵	54 722	39 528	180 699	42 157	57 560
Zobu higiēnistu skaits	42	21	155	39	35
Unikālo pacientu skaits	21 547	14 991	65 297	16 738	16 485
Zobu higiēnu saņēmušo unikālo bērnu īpatsvars no kopējā reģionā dzīvojošo bērnu skaita	39 %	38 %	36 %	40 %	29 %
Apmeklējumu skaits	24 279	18 868	73 923	18 974	20 031
Speciālistu vidējais darba dienu skaits mēnesī	10	11	7	7	7
Apmeklējumu skaits uz vienu speciālistu vidēji darba dienā	6	6	5	5	6
Vidējais zobu higiēnas pakalpojumu gaidīšanas laiks (dienās) 01.01.2024. / 01.01.2025.	33/27	22/11	21/27	34/43	37/43
Maksimālais zobu higiēnas pakalpojumu gaidīšanas laiks (dienās) 01.01.2024. / 01.01.2025.	180/90	100/35	58/240	126/140	246/401

Valstī kopā 01.01.2024. ir 1890 sertificēti zobārsti, no kuriem 600 (32 %) ir līgumattiecībās ar Nacionālo veselības dienestu.

Papildus tam, ka zobārsts sniedz pakalpojumus visu vecumu pacientiem, atbilstoši normatīvajam regulējumam⁸⁶ pakalpojumu sniegšanai tieši bērniem ir izveidota arī bērnu zobārsta apakšspecialitāte. Valstī kopā 01.01.2024. ir 26 sertificēti bērnu zobārsti, no kuriem vien septiņi (27 %) ir līgumattiecībās ar Nacionālo veselības dienestu. Latvijas Zobārstu asociācija norādīja⁸⁷, ka:

zobārstu un bērnu zobārstu skaits Latvijā ir optimāls, bet sadalījums pa reģioniem – nav. Pakalpojumus bērniem var sniegt jebkurš sertificēts zobārsts, savukārt bērnu zobārsts ir starpdisciplināras komandas loceklis un tā iesaiste ir nepieciešama augsta līmeņa pakalpojumu sniegšanā, piemēram, smago gadījumu ārstniecībā, vai bērnu ar invaliditāti zobu ārstniecībā narkozē.

2024. gadā valsts apmaksāti zobu ārstniecības pakalpojumi sniegti 143 353 unikālajiem bērniem jeb 38 % no Latvijā dzīvojošo bērnu skaita. Vislielākais pakalpojumu saņēmušo unikālo bērnu skaits ir Rīgā – 53 % (skatīt 5. tabulu). Bērnu zobārsta pakalpojumi, kuri 2024. gadā ir pieejami vien piecās ārstniecības iestādēs

(vienā Vidzemē un pa divām Rīgā un Kurzemē), ir sniegti kopumā 5196 jeb 3,6 % no kopējā zobu ārstniecības pakalpojumus saņēmušo unikālo bērnu skaita.

2024. gadā vidēji dienā viens speciālists sniedza pakalpojumus četriem vai pieciem bērniem, kas ir vēl mazāk, nekā sniedza zobu higiēnas pakalpojumus. Tādējādi arī valsts apmaksātai zobu ārstniecībai, līdzīgi kā zobu higiēnas nodrošināšanai, ir atvēlēts ierobežots laiks. Visgarākais zobu ārstniecības pakalpojumu gaidīšanas laiks 01.01.2024. ir Latgalē, savukārt visīsākais – Zemgalē. 01.01.2025. pakalpojumu gaidīšanas laiks ir pieaudzis visos reģionos, izņemot Latgali, kur tas ir samazinājies par 19 dienām.

5. tabula. Zobu ārstniecības pakalpojuma nodrošinājums sadalījumā pa reģioniem 2024. gadā.⁸⁸

	Kurzeme	Latgale	Rīga	Vidzeme	Zemgale
Reģionā dzīvojošo bērnu skaits⁸⁹	54 722	39 528	180 699	42 157	57 560
Zobārstu skaits	100	61	314	77	76
t. sk. bērnu zobārstu skaits	2	-	6	1	-
Unikālo pacientu skaits	21 652	17 878	76 225	12 654	18 903
Zobu ārstniecību saņēmušo unikālo bērnu īpatsvars no kopējā reģionā dzīvojošo bērnu skaita	40 %	45 %	42 %	30 %	33 %
Apmeklējumu skaits	53 547	44 483	174 819	33 047	42 642
Speciālistu vidējais darba dienu skaits mēnesī	10	12	8	9	10
Apmeklējumu skaits uz vienu speciālistu vidēji darba dienā	4	5	5	4	5
Vidējais zobu ārstniecības pakalpojumu gaidīšanas laiks (dienās) 01.01.2024. / 01.01.2025.	62/62	100/81	44/50	49/74	35/35
Maksimālais zobu ārstniecības pakalpojumu gaidīšanas laiks (dienās) 01.01.2024. / 01.01.2025.	390/480	540/360	1540/1280	275/350	294/399

Atbilstoši normatīvajam regulējumam⁹⁰ ārstniecības iestādes sniedz Slimību profilakses un kontroles centram statistisko informāciju par nodrošinātajiem veselības aprūpes, tajā skaitā zobārstniecības, pakalpojumiem, kas apmaksāti gan no veselības aprūpes valsts budžeta, gan no pakalpojuma saņēmēja līdzekļiem (maksas pakalpojumi).

Kopumā 2024. gadā valsts apmaksātus zobu higiēnas pakalpojumus, kā minēts iepriekš, saņēma 36 % bērnu, maksas pakalpojumus – ne vairāk kā 2 %⁹¹, savukārt pārējie vairāk nekā 60 % bērnu pakalpojumus nav saņēmuši. Savukārt kopējais valsts apmaksāto zobārstniecības pakalpojumu apjoms 2024. gadā ir ne vairāk kā 70 %, bet pārējie 30 % – maksas pakalpojumi. Kopumā 2024. gadā zobārstniecības pakalpojumus saņēma 199 240 unikālie bērni jeb 53 % no kopējā valstī reģistrēto⁹² bērnu skaita.



Minētais nepārprotami liecina, ka bērnu faktiskās vajadzības pēc zobārstniecības pakalpojumiem pārsniedz valsts apmaksāto zobārstniecības pakalpojumu apjomu. Atbilstoši revidentu aplēsei⁹³, lai segtu to bērnu vajadzības, kas vērsušies pēc zobārstniecības maksas pakalpojumiem, būtu nepieciešami vēl vismaz 12 milj. *euro* (skatīt 6. tabulu), neskaitot to bērnu vajadzības, kas zobārstniecības pakalpojumus 2024. gadā nav vispār saņēmuši, ja tie bija nepieciešami.

6. tabula. Aplēse par papildus nepieciešamo finansējumu, lai segtu visas bērnu vajadzības pēc zobārstniecības pakalpojumiem.

	Kopējais apmeklējumu skaits ⁹⁴	Valsts apmaksāto apmeklējumu skaits ⁹⁵	Maksas apmeklējumu skaits	Izlietotais finansējums 2024. gadā ⁹⁶	Viena apmeklējuma vidējās izmaksas	Papildus nepieciešamais finansējums ⁹⁷
Zobu higiēnas pakalpojumi	163 765	156 073	7692	7 695 899	49,31	379 290
Zobārsta un mutēs, sejas un žokļu ķirurga pakalpojumi	513 159	350 685	162 474	25 160 381	71,75	11 656 922
Kopā						12 036 211

Par finansējuma trūkumu liecina arī tas, ka zobārstniecības pakalpojumu sniedzēju gaidīšanas sarakstā 2026. gadā⁹⁸ ir iekļauti 50 pakalpojumu sniedzēji no visiem reģioniem, tajā skaitā tādi, kuri pakalpojumu sniegšanai pieteicās jau 2024. gadā. Atbilstoši Nacionālā veselības dienesta skaidrojumam⁹⁹:

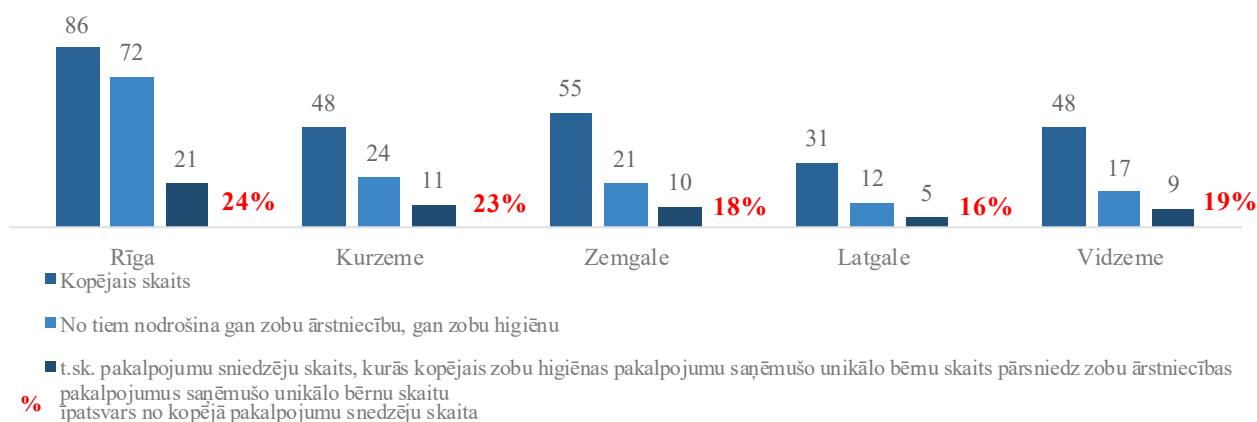
ņemot vērā nepietiekamo finansējumu, primāri līgumus par zobārstniecības pakalpojumu sniegšanu slēdz ar ārstniecības iestādēm ārpus Rīgas, kur to skaits ir mazāks un pakalpojumu pieejamība iedzīvotājiem apgrūtināta.

Nav kritēriju finansējuma sadalei pa pakalpojumu veidiem, tāpēc daļa no pakalpojumu sniedzējiem vairāk sniedz zobu higiēnas pakalpojumus, kas ir izdevīgāki

Finansējumu zobārstniecības pakalpojumiem nosaka kopējā apjomā, nesadalot pa pakalpojumu veidiem.¹⁰⁰ Latvijas Zobārstu asociācija informēja¹⁰¹, ka:

kopā ar Veselības ministriju un Nacionālo veselības dienestu izskata iespēju turpmāk noteikt 25 % ierobežojumu zobu higiēnas pakalpojumu apjomam no kopējā plānotā pakalpojumu apjoma katram pakalpojumu sniedzējam.

2024. gadā no 268 zobārstniecības pakalpojumu sniedzējiem (skatīt 11. attēlu) piektā daļa biežāk veic zobu higiēnu, nevis ārstniecību, jo unikālo zobu higiēnu saņēmušo bērnu skaits ievērojami pārsniedz unikālo zobu ārstniecību saņēmušo bērnu skaitu. Tāpat 12 pakalpojumu sniedzēji faktiski nodrošināja tikai zobu higiēnu un piecos no tiem vispār nav nodarbināts zobārsts, kā to paredz Nacionālā veselības dienesta pakalpojumu sniedzēju atlases nosacījumi.¹⁰²



11. attēls. Zobārstniecības pakalpojumu sniedzēji, pie kuriem 2024. gadā zobu higiēnu saņēma vairāk bērnu nekā zobārstniecību, un to īpatsvars no kopējā pakalpojumu sniedzēju skaita.

Atbilstoši Latvijas Zobārstu asociācijas sniegtajai informācijai¹⁰³ daļā ārstniecības iestāžu zobu higiēnas pakalpojumi veido 50–70 % no kopējā pakalpojumu apjoma, kamēr citās galvenokārt nodrošina zobu ārstniecību, tajā skaitā ekstrakcijas un zobu kanālu ārstēšanu. Vērtējot pakalpojumu apjomu, ko bērni saņem ārpus valsts apmaksātās veselības aprūpes sistēmas, secināms, ka pēc maksas pakalpojumiem biežāk vēršas tieši bērnu zobu ārstniecības, ne higiēnas gadījumā.

No ortodontijas pakalpojumiem bērniem vienīgā paredzētā valsts apmaksātā pirmreizējā konsultācija reģionos drīzāk nav pieejama

Ortodontiskā ārstēšana nozīmē nepareizu zobu un žokļu attiecību korekciju ar mērķi nodrošināt ne tikai estētiski skaistu smaidu, bet arī veselīgu sakodienu un sejas simetriju.¹⁰⁴ Ņemot vērā zobārsta ārstniecības pakalpojumu prioritātes, valsts bērniem apmaksā tikai pirmreizēju ortodonta konsultāciju.

Valstī kopā 01.01.2024. ir 36 sertificēti ortodonti, bet līgumattiecībās ar Nacionālo veselības dienestu ir tikai 24 jeb 67 %, tajā skaitā 20 – tikai Rīgā. Faktiski ortodonta pakalpojumi 2024. gadā ir sniegti piecās ārstniecības iestādēs (trīs Rīgā un pa vienai Zemgalē un Vidzemē) un kopumā tos saņēma 5164 unikālie bērni jeb 1 % no Latvijā dzīvojošo bērnu skaita (skatīt 7. tabulu). Turklāt 94 % bērnu pakalpojumu saņēma Rīgā. Līdz ar to Kurzemē un Latgalē 2024. gadā valsts apmaksāti ortodonta pakalpojumi bērniem nav sniegti, tādējādi nenodrošinot vienlīdzīgu pakalpojuma pieejamību.

7. tabula. Ortodontiskās ārstēšanas pakalpojuma nodrošinājums sadalījumā pa reģioniem 2024. gadā.¹⁰⁵

	Rīga	Vidzeme	Zemgale
Unikālo pacientu skaits	4750	151	268
Apmeklējumu skaits	6767	152	271
Vidējais ortodonta pakalpojumu gaidīšanas laiks (dienās) 01.01.2024.	139	84	20
Maksimālais ortodonta pakalpojumu gaidīšanas laiks (dienās) 01.01.2024.	300	84	20

Atbilstoši publiski pieejamajai informācijai¹⁰⁶, lai gan ortodontu skaits valstī nav pietiekams un ortodontiskā ārstēšana ir koncentrēta Rīgā, kur ik gadu pieaug arī šī pakalpojuma gaidīšanas laiks, pēdējos gados specialitātē plānotas vien pa divām rezidentūras vietām, savukārt 2024./2025. studiju gadā – neviena.

Problēmas ar ortodontu pieejamību konstatētas arī kaimiņvalstīs – Lietuvā un Igaunijā –, un to pieeja pakalpojumu pieejamības uzlabošanai balstās uz pakalpojumu sniedzēju loka paplašināšanu, ļaujot vispārējiem zobārstiem iesaistīties vienkāršākas ortodontiskās ārstēšanas nodrošināšanā.¹⁰⁷ Revidenti norāda, ka Latvijā 2026. gadā ir 2,3¹⁰⁸ sertificēti ortodonti uz 100 tūkst. iedzīvotāju, kas ir vairākkārt zemāks rādītājs nekā pārējās Baltijas valstīs (Lietuvā – 4,8¹⁰⁹, Igaunijā – 6¹¹⁰), tomēr kaimiņvalstis meklē risinājumus šo pakalpojumu pieejamības uzlabošanai.

Arī Latvijā tika apsvērta¹¹¹ zobārstu kompetences paplašināšana ortodontijas jomā, meklējot risinājumus sadarbībā ar Latvijas Zobārstu asociāciju, Latvijas Ortodontu asociāciju un Rīgas Stradiņa universitāti. Tomēr Veselības ministrija informēja¹¹², ka 2025. gada maijā tā saņēma Latvijas Zobārstu asociācijas aktualizētu zobārsta profesijas standarta projektu, kurā nav paplašinātas zobārstu tiesības veikt ortodontiskās manipulācijas, bet tikai precizēts esošais regulējums. Veselības ministrija atbalstīja aktualizēto zobārsta profesijas standartu un iesniedza izskatīšanai Valsts izglītības attīstības aģentūrā. Aktualizētais zobārsta profesijas standarts saskaņots 11.02.2026.

Savukārt Latvijas Zobārstu asociācija informēja¹¹³, ka:

ortodontiskās ārstēšanas kompetences paplašināšana vispārējās prakses zobārstiem nav pamatota. Ortodontiskā ārstēšana ietver nepārtrauktu ārstēšanas procesa uzraudzību, regulāru terapijas korekciju un iespējamo komplikāciju savlaicīgu atpazīšanu un novēršanu. Savukārt nepietiekama diagnostika, nepareiza ārstēšanas plānošana vai nepietiekama ārstēšanas procesa kontrole var radīt neatgriezeniskas izmaiņas sakodienā, zobu stāvoklī un žokļu attīstībā, kā arī radīt funkcionālus un estētiskus traucējumus. Tādēļ no pacientu drošības un ārstēšanas kvalitātes viedokļa ortodontiskajai ārstēšanai ir nepieciešama specializēta klīniskā sagatavotība un pieredze, kas zobārsta studiju procesā ir nodrošināta tikai teorētiskā līmenī bez pilnvērtīgas klīniskās apmācības.

Papildus minams, ka Konkurences padome, 2024. gadā vērtējot Rīgas Stradiņa universitātes līdzdalību sabiedrībā ar ierobežotu atbildību “Rīgas Stradiņa universitātes Stomatoloģijas institūts” (turpmāk – Institūts), ir norādījusi¹¹⁴:

Institūta tirgus daļa zobārstniecības pakalpojumu sniegšanas jomā Latvijā ir aptuveni 15 % no kopējā tirgus. Izvērtējumā nav sniegta detalizēta informācija par Institūta tirgus daļu konkrētās zobārstniecības apakšspecialitātēs. Tomēr, ņemot vērā salīdzinoši lielo Institūtā nodarbināto zobārstniecības speciālistu skaitu, kā arī Ārstniecības personu reģistrā pieejamo informāciju par ārstniecības personām un to darba vietām, Konkurences padome neizslēdz, ka Institūta tirgus daļa, atsevišķās zobārstniecības apakšspecialitātēs (piemēram, ortodontijā), iespējams, ir lielāka nekā 15 %, jo Institūta piedāvātos zobārstniecības apakšspecialitāšu pakalpojumus, sevišķi ārpus Rīgas, sniedz neliels skaits speciālistu. Atsevišķu zobārstniecības apakšspecialitāšu ārsti pārsvarā pakalpojumus sniedz Rīgā (lielā daļā gadījumu tieši Institūtā). Un konkrētu zobārstniecības apakšspecialitāšu speciālistu pakalpojumi nav pieejami pat visās Latvijas valstspilsētās.

Tas, Konkurences padomes ieskatā, liecina par ierobežotu zobārstniecības speciālistu pieejamību tirgū, vienlaikus, Konkurences padomes rīcībā neesot detalizētāka un precīza informācijai un datiem par zobārstniecības nozari un tajā strādājošiem speciālistiem un tirgus dalībniekiem, Konkurences padome nevar izteikt pamatotus secinājumus par iemesliem zobārstniecības speciālistu nepietiekamam skaitam un darbības pārklājumam visā Latvijas teritorijā.

Veselības ministrijai kā veselības aprūpes politikas veidotājas un cilvēkresursu attīstības plānotājas veselības aprūpes nozarē, kā arī Rīgas Stradiņa universitātes kā vienīgās augstskolas Latvijā, kas piedāvā studijas zobārstniecībā un zobārstniecības apakšspecialitāšu rezidentūrā, kompetencē būtu veicināt pietiekamu zobārstniecības studiju vietu un rezidentūras vietu izveidi, t. sk., iespējami iesaistot arī privātā sektora tirgus dalībniekus, lai nodrošinātu jaunu speciālistu apmācību, kā arī dotu iespēju arī privātajiem zobārstniecības pakalpojumu sniedzējiem iegūt speciālistus, lai tādējādi nodrošinātu pakalpojumu pieejamību visas Latvijas iedzīvotājiem un veicinātu zobārstniecības pakalpojumu sniedzēju konkurenci tirgū.

Saskaņā ar Veselības inspekcijas datiem¹¹⁵ Latvijā 2026. gadā ir 43 sertificēti ortodonti, no kuriem 30 jeb 70 % strādā Institūtā, turklāt 20 no tiem tā ir vienīgā darbavieta. Tas, savukārt, nozīmē, ka 46 % no Latvijā esošajiem ortodontiem strādā Institūtā, kamēr, piemēram, Latgalē – nestrādā neviens.

Ortodontijas pakalpojumi Latvijā nav vienlīdzīgi pieejami, jo tie lielā mērā koncentrēti vienā ārstniecības iestādē Rīgā, kas saistīta ar vienīgo zobārstniecības speciālistus sagatavojošo augstskolu valstī – Rīgas

Stradiņa universitāti. Tajā pašā laikā ortodontu skaits Latvijā ir būtiski mazāks nekā citās Baltijas valstīs, tomēr revīzijā konstatētais neliecina par mērķtiecīgu Veselības ministrijas rīcību risinājumu meklēšanā.

Revidentu ieskatā, ierobežota valsts finansējuma apstākļos augstāka prioritāte ir piešķirama valsts apmaksātu zobu higiēnas un zobu ārstniecības pakalpojumu bērniem iespējami visaptverošam nodrošinājumam, vienlaikus pieejamiem ir jābūt arī ortodontijas pakalpojumiem noteiktos gadījumos. Lai arī no ortodontijas pakalpojumiem valsts pārsvarā apmaksā tikai pirmreizēju konsultāciju, būtiski ir nodrošināt, lai arī tā ir pēc iespējas vienlīdzīgi pieejama.

Ieteikumi

Veselības ministrijai sadarbībā ar Nacionālo veselības dienestu:

- ✓ pilnveidot ģimenes ārsta un tā praksē nodarbināto ārstniecības personu sniegto bērnu profilaktiskās apskates pakalpojumu;
- ✓ uzlabot zobārstniecības pakalpojumu pieejamību.

2. Nav izveidots uz bērnu vajadzībām balstīts sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu tīkls, un bērnu veselības aprūpe praksē nav prioritāte

Veselības ministrijai nav redzējuma par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu bērniem kā prioritārajai pacientu grupai nodrošinājumu ārpus Rīgas, kur šo pakalpojumu pieejamība ir ierobežota un atstāta katras ārstniecības iestādes ziņā.

Revidentu ieskatā, sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu bērniem plānošanā pastāv būtiski trūkumi, jo ierobežotais veselības aprūpes finansējums netiek pietiekami mērķtiecīgi novirzīts tām ārstniecības iestādēm, kurām ir kapacitāte sniegt pakalpojumus bērniem.

Izveidotā sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu bērniem apmaksas sistēma nepietiekami veicina ārstniecības iestādes ieinteresētību sniegt pakalpojumus bērniem, jo ne vienmēr paredz lielāku samaksu par pakalpojumu sniegšanu bērniem, lai gan tā ir resursietilpīgāka.

Plānotās oftalmoloģijas pakalpojumu organizācijas izmaiņas paredz valsts apmaksātu optometrista pakalpojumu tikai komandā ar oftalmologu, tā ierobežojot optometrista kompetences pilnvērtīgu izmantošanu un pakalpojumu pieejamību, īpaši reģionos, kur oftalmologs nav pieejams.

Praksē ne vienmēr darbojas nosacījums ārstniecības iestādei prioritāri sniegt pakalpojumus bērniem. Turklāt vietnē rindapiearsta.lv publiski pieejamā informācija par ārstniecības iestādēm, kas sniedz pakalpojumus bērniem, neatbilst faktiskajai pakalpojumu pieejamībai, tāpēc iedzīvotāji nevar paļauties uz šo informāciju.

Nav noteikts, kur un kādi pakalpojumi bērniem ir jānodrošina, to pieejamība reģionos – ierobežota

Atbilstoši normatīvajam regulējumam¹¹⁶ sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu veidu minimālo nodrošinājumu katrā reģionā (Rīga, Kurzeme, Vidzeme, Latgale, Zemgale) plāno sadalījumā pa veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienībām, ņemot vērā iedzīvotāju skaitu šo vienību administratīvajās teritorijās (piemēru par pakalpojumu plānošanu Latgales reģionā skatīt 12. attēlā).



12. attēls. Latgales veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienības un iedzīvotāju skaits plānošanas vienību administratīvajās teritorijās.

Piemēram, veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienībā ar iedzīvotāju skaitu līdz 30 000 jānodrošina pakalpojumi tādās jomās kā ginekoloģija, ķirurģija, neiroloģija, oftalmoloģija, otolaringoloģija, psihiatrija, elektrokardiogrāfija, rentgenoloģija, ultrasonogrāfija un ginekoloģija un vispārējie ķirurģiskie pakalpojumi dienas stacionārā. Tomēr normatīvajā aktā¹¹⁷ nav noteikts, kurā plānošanas vienībā un kādus pakalpojumus nodrošinās arī bērniem, jo tādu ārstu kā oftalmologs, otolaringologs, ginekologs dzemdību speciālists un urologs kompetencē ir gan pieaugušo, gan bērnu veselības aprūpe. To apstiprināja arī Nacionālais veselības dienests, norādot¹¹⁸, ka:

sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus plāno kopīgi visiem iedzīvotājiem, atsevišķi neizdalot kādu iedzīvotāju grupu. Izņēmums ir noteiktas pakalpojumu programmas, kuras jau sākotnēji plāno tikai bērniem (skatīt 16. attēlu).

Nacionālais veselības dienests neslēdz atsevišķus līgumus ar ārstniecības iestādēm par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu bērniem, bet slēdz vienotu līgumu par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu.¹¹⁹ Saskaņā ar līgumu¹²⁰ pakalpojumu sniedzējs apņemas sniegt līgumā norādītos valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus personām, kurām ir tiesības tos saņemt. Bērni ir prioritārā pacientu grupa¹²¹ veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai. Tāpēc ārstniecības iestādēm, kuras nodrošina valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus, ir pienākums un atbildība organizēt savu darbu tā, lai to nodrošinātu.

Piemēram, izvērtējot Nacionālā veselības dienesta un ārstniecības iestādes noslēgtajā līgumā¹²² noteikto, konstatēts, ka iestādei 2024. un 2025. gadā jānodrošina noteikti jau sākotnēji bērniem paredzēti pakalpojumi (piemēram, rehabilitācija, ķirurģija un otolaringoloģija dienas stacionārā), gan virkne citu pakalpojumu gan bērniem, gan pieaugušajiem (piemēram, ultrasonogrāfija, uroloģija, neiroloģija, oftalmoloģija, otolaringoloģija).

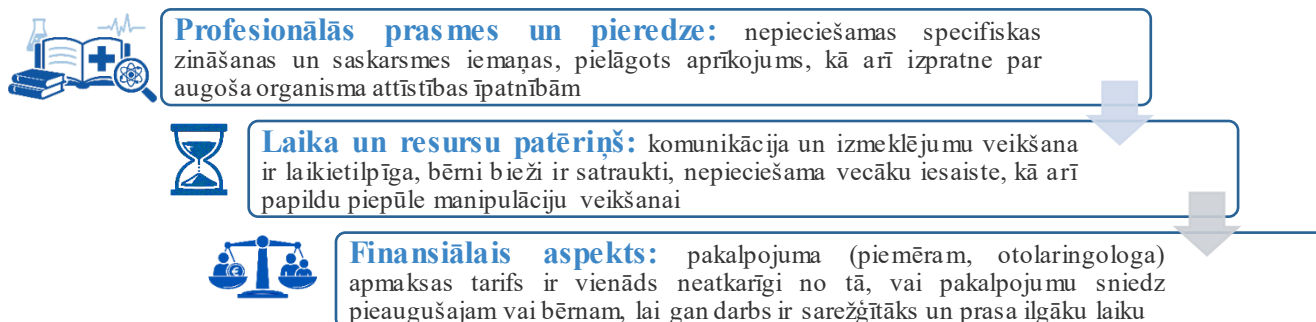
Vienlaikus revidenti vērs uzmanību, ka no 01.01.2026.¹²³ līgumos ar ārstniecības iestādēm par valsts apmaksātu sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu¹²⁴ 14 līdz šim esošajām pakalpojumu programmām ir nodalīts pakalpojumu apjoms tieši bērniem, tādējādi izveidojot 14 jaunas pakalpojumu programmas, piemēram, ultrasonogrāfija, rentgenoloģija, sirds asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi, doplerogrāfija, pulmonoloģija, neiroloģija un anestezioloģija bērniem (skatīt 16. attēlu). Atbilstoši Nacionālā veselības dienesta skaidrojumam¹²⁵ šādu bērnu pakalpojumu programmu

izveide ļaus mērķēti novirzīt finansējumu bērnu sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamībai.

Tomēr pakalpojumu sniedzēji pakalpojumus bērniem var arī nenodrošināt, jo, kā norādīja¹²⁶ Veselības ministrija, ārstu apgūtās kompetences nerada pienākumu nodrošināt bērnu veselības aprūpi, to var noteikt darba devējs, pakalpojuma apmaksas nosacījumi un tamlīdzīgi. Tomēr praksē pienākumu ārstiem nodrošināt bērnu veselības aprūpi darba devējs nenosaka. Kopumā atbilstoši ārstniecības iestāžu sniegtajai informācijai darba līgumos ar ārstniecības personām ietver pienākumu sniegt veselības aprūpes pakalpojumus pacientiem, neizdalot atsevišķi pieaugušos un bērnus. Tomēr pastāv arī iespēja, ka darba līgumā nosaka bērna minimālo vecumu, no kura ārstniecības persona ir kompetenta sniegt pakalpojumus. Līdz ar to ārsti sniedz pakalpojumus atbilstoši savai kompetencei.

Piemēram, lai arī oftalmologa kompetencē¹²⁷ ir arī bērnu oftalmoloģija, tomēr daļa no tiem faktiski pieņem tikai pieaugušos vai pieaugušos un bērnus no noteikta vecuma (piemēram, no viena, sešu, septiņu vai 15 gadu vecuma).¹²⁸ Detalizētu izvērtējumu par vispārējās specialitātes ārstu – oftalmologu un otolaringologu – 2024. gadā sniegtajiem sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumiem bērniem skatīt revīzijas ziņojuma sadaļā “Arī daļa vispārējās specialitātes ārstu jomās, kurās nav paredzēti bērnu ārsti, pakalpojumus bērniem nesniedz vai sniedz ierobežoti”.

Ārstniecības iestādes norādīja vairākus iemeslus, kāpēc ārsti nesniedz sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus bērniem (skatīt 13. attēlu).



13. attēls. Iemesli, kāpēc ārsti nesniedz sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus bērniem.

Savukārt veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienībās¹²⁹ ar iedzīvotāju skaitu virs 50 000 ir noteikts kāds no pakalpojumu veidiem tieši bērniem – bērnu speciālisti un otolaringoloģija bērniem un bērnu ķirurģija dienas stacionārā. Atbilstoši Nacionālā veselības dienesta skaidrojumam¹³⁰ bērnu speciālisti ir ārsti, kuru specialitātei ir norādīta pazīme “bērnu”. Tomēr revidenti norāda, ka līgumos par valsts apmaksātu sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu Nacionālās veselības dienests nenosaka konkrētas ārstniecības iestādes, kurām attiecīgajās plānošanas vienībās būtu pienākums nodrošināt bērnu speciālistu pakalpojumus. Nacionālā veselības dienesta ieskatā¹³¹:

ārstniecības iestādes pienākums ir nodrošināt bērnam nepieciešamos sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus gadījumā, ja bērns ir vērsies ārstniecības iestādē un tai ir pieejams speciālists pakalpojuma sniegšanai.

Piemēram, veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienībā ar iedzīvotāju skaitu 75 001 un vairāk¹³² ir jānodrošina bērnu ārsti, tomēr 2024. gadā¹³³ trijās – Liepājā, Daugavpilī un Jelgavā – no četrām plānošanas vienībām bērniem nav nodrošināta lielākā daļa bērnu ārstu pakalpojumu (skatīt 8. tabulu).

Tomēr faktiski visu specialitāšu bērnu ārsti pieejami tikai Rīgā, bet pārējās – vien dažus. Piemēram, Liepājā no 12 bērnu ārstiem bija pieejami četri – bērnu ķirurgs, bērnu neirologs, bērnu infektologs un bērnu psihiatrs.

8. tabula. Bērnu ārstu nodrošinājums veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienībās ar iedzīvotāju skaitu 75 001 un vairāk 2024. gadā.

	Veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība ar iedzīvotāju skaitu 75 001 un vairāk			
	Rīga	Liepāja	Daugavpils	Jelgava
Faktiskais kopējais pacientu (bērnu) apmeklējumu skaits 2024. gadā	590 981	41 150	62 097	41 377
Faktiskais kopējais unikālo pacientu (bērnu) skaits 2024. gadā	152 407	11 989	17 583	14 545
Faktiskais bērnu ārstu specialitāšu skaits 2024. gadā	12	4	5	4

Līdz ar to prasība par bērnu speciālistu pieejamību noteiktās veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienībās praksē nav ieviesta un nedarbojas. Faktiski bērniem reģionos, tostarp lielajās pilsētās, ir ierobežotas iespējas saņemt bērnu speciālistu pakalpojumus, salīdzinot ar Rīgu, un tas rada nevienlīdzīgu sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību.

Turklāt ārstniecības iestādes dažādi izprot pienākumu nodrošināt pakalpojumus bērniem, un tas ne vienmēr saskan ar Nacionālā veselības dienesta redzējumu, proti, ka bērni ir prioritārā pacientu grupa veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai. To apliecina ārstniecības iestāžu sniegtie viedokļi, piemēram:

- ✓ specialitātēs, kurās nav paredzēts bērnu ārsts, ārsts var sniegt pakalpojumu gan pieaugušajiem, gan bērniem;
- ✓ specialitātēs, kurās ir paredzēts bērnu ārsts, pakalpojumus bērniem var sniegt tikai attiecīgie ārsti, kuru valstī kopumā trūkst un lielākā daļa no tiem strādā tieši VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” vai privātajās ārstniecības iestādēs Rīgā un tās apkārtnē, un piesaistīt šādus speciālistus darbam reģionā kopumā ir sarežģīti;
- ✓ ārstniecības iestādes vadītājs vienojas ar ārstu par vecuma robežu, no kuras ārsts ir kompetents nodrošināt kvalitatīvus pakalpojumus bērniem;
- ✓ ārstniecības iestādē nav tādu pakalpojumu, ko sniedz tikai pieaugušajiem;
- ✓ lielākā daļa ārstniecības iestāžu pakalpojumus, izņemot, piemēram, otolaringoloģiju, oftalmoloģiju (galvenokārt profilaktiskās apskates) un traumatoloģiju, sniedz tikai pieaugušajiem.

Revidenti norāda, ka kopumā valstī nav redzējuma, kuru pakalpojuma veidu un kurā pakalpojumu plānošanas vienībā būtu jānodrošina arī bērniem, un tas ir atkarīgs no pakalpojumu sniedzēja. Revidentu ieskatā, šāda sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu plānošana neļauj pārraudzīt kopējo situāciju valstī un reģionālā griezumā par tieši bērniem pieejamajiem pakalpojumiem, tajā skaitā, vai un kas tādos pakalpojumus kā, piemēram, oftalmoloģija, ginekoloģija un uroloģija, veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienībā nodrošina arī bērniem.

Nacionālais veselības dienests skaidroja¹³⁴, ka:

nepārtraukti vērtē iespējas uzlabot sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu bērniem pieejamību gan esošā, gan papildus piesaistītā finansējuma ietvaros. Ņemot vērā ārsta

specialitātes kompetences robežas un nozarē esošo bērnu ārstu skaitu, piemērotie risinājumi var būt dažādi, piemēram, jaunas pakalpojumu programmas izveide vai jaunu pakalpojumu sniedzēju atlase.

Atbilstoši Veselības ministrijas un Nacionālā veselības dienesta skaidrojumam¹³⁵ šobrīd notiek sekundārās ambulatorās veselības aprūpes reforma (skatīt 14. attēlu), kuras mērķis ir:

- ✓ vienlīdzīga veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība visā Latvijā;
- ✓ kvalitatīva un vajadzībām atbilstoša aprūpe;
- ✓ pakalpojumu sniegšana pēc vienlīdzīgiem kritērijiem.



14. attēls. Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes (SAVA) reforma.¹³⁶

Ar reformu plānots stiprināt arī uzraudzību pār sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību dažādām pacientu grupām, tajā skaitā bērniem. Paredzēts arī īpaši noteikt prasību, ka tādi ārsti kā, piemēram, oftalmologs, kuru kompetencē ir gan pieaugušo, gan bērnu veselības aprūpe, turpmāk sniegs pakalpojumus visām pacientu grupām – gan bērniem, gan pieaugušajiem, lai tādējādi veicinātu vienmērīgāku pakalpojumu pieejamību bērniem gan valsts, gan reģionālā līmenī. Reformu ieviesīs pakāpeniski, sākot ar noteiktām specialitātēm, tās secīgi paplašinot nākamajos gados. Kā pirmajiem prasība – sniegt pakalpojumus gan pieaugušajiem, gan bērniem – paredzēta oftalmoloģijas pakalpojumu sniedzējiem no 01.01.2027. (sākotnēji plānotais laiks – no 01.07.2026.). Atbilstoši oftalmoloģijas pakalpojumu sniedzēju atlases nolikuma projektam¹³⁷ paredzēts, ka pakalpojuma sniegšanas vietā jābūt vismaz divām ārstniecības personām – oftalmologam un optometristam/māsai/ārsta palīgam/ārstam rezidentam oftalmoloģijas specialitātē.

Tomēr revidenti piesardzīgi vērtē plānoto oftalmoloģijas pakalpojuma organizāciju, jo tā paredz valsts apmaksātu optometrista pakalpojumu tikai oftalmologa komandā. Tas neatbilst faktiskajai optometrista profesionālajai kompetencei, un tādējādi var ierobežot resursu izmantošanas efektivitāti. Šāda pieeja nozīmē, ka ārstniecības iestādēs, kur oftalmologs nav pieejams, arī pēc izmaiņām optometrists aizvien nevarēs sniegt valsts apmaksātus pakalpojumus un pakalpojumu pieejamība neuzlabosies. Turklāt arī Latvijas Optometristu un optiķu asociācija ir norādījusi¹³⁸ uz ierobežotu optometrista kompetenču izmantošanu.

Saskaņā ar optometrista¹³⁹ profesijas standartu¹⁴⁰ optometrists veic primāro redzes aprūpi, novērtē vispārējo klienta veselības stāvokli, redzes funkciju un redzes orgānu struktūru, izpilda redzes refraktīvo un funkcionālo anomāliju diagnostiku, nozīmē, izgatavo un pielāgo optiskos redzes palīg līdzekļus (brilles, kontaktlēcas vai speciālos līdzekļus), īsteno redzes terapiju, lai atjaunotu sabalansētu redzes sistēmas stāvokli, un darbojas redzes profilaksē un ergonomikā. Nepieciešamības gadījumā optometrists nosūta pacientu pie cita speciālista. Optometrists var darboties ārstniecības iestādē vai kā pašnodarbināta persona vai individuālais komersants.

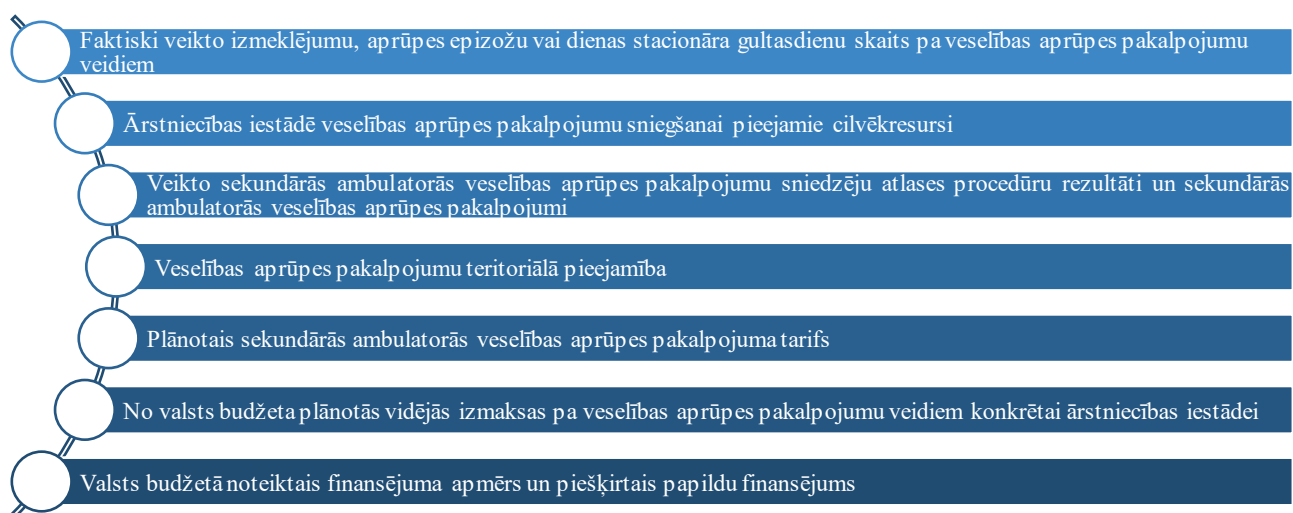
Turklāt Mātes un bērna veselības uzlabošanas plānā 2025.–2027. gadam¹⁴¹ paredzēts pilnveidot bērnu redzes un acu skrīningu, tajā skaitā, iekļaujot optometrista kā individuāli strādājoša speciālista pakalpojumus bērniem valsts apmaksāto pakalpojumu grozā, lai mazinātu rindu pie oftalmologa pacientiem ar jau noteiktiem redzes traucējumiem. Kā revidenti iepriekš minēja, pārskatot oftalmoloģijas pakalpojumu sniegšanas kārtību, optometrists arī turpmāk nevarēs pakalpojumus sniegt patstāvīgi.

Nacionālais veselības dienests šādu reformas ieceri pamato¹⁴² ar optometrista ierobežoto kompetenci – tas nevar izsniegt nosūtījumus¹⁴³ pie citām ārstniecības personām vai uz izmeklējumiem, izrakstīt receptes vai nozīmēt ārstēšanu. Turklāt, ja redzes pārbaudē nekonstatē sasilšanu, pacientu nevirza pie oftalmologa, savukārt sasilšanas gadījumā to nosūta padziļinātai novērtēšanai pie oftalmologa. Plānotā kārtība samazinās nepieciešamību pēc atkārtotiem pierakstiem un saīsinās ceļu līdz ārstēšanai, savukārt, ja optometrists strādātu individuāli un bez piesaistīta ārsta, pacientam būtu atkārtoti jāgaida rindā pie oftalmologa. Jau šobrīd spēkā esošais oftalmologa aprūpes epizodes tarifs¹⁴⁴ ietver ārsta un ārstniecības personas darba laiku, tātad komandas darbu, tāpēc šo principu un atbilstošo normatīvo regulējumu plānots saglabāt arī pēc 01.01.2027.

Revidenti norāda, ka jau šobrīd ārpus valsts apmaksātas veselības aprūpes sistēmas, piemēram, optikas centros¹⁴⁵, optometristi atbilstoši kompetencei veic redzes pārbaudi bērniem, tajā skaitā bērnu redzes skrīningu (no sešu gadu vecuma), un brīļļu pielāgošanu. Tas neizslēdz gadījumus, ka, ja tas nepieciešams, optometrists bērnu nosūta pie oftalmologa. Minētais parāda, ka optometrists darbojas kā individuāli strādājošs speciālists, kas arī valsts līmenī tiek pieļauts.

Pakalpojumu sniedzējus un apjomu bērniem plāno sadrumstaloti, bez pietiekamas informācijas par vajadzībām un pieejamajiem cilvēkresursiem

Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu apjomu un to finansējumu pakalpojumu sniedzējiem Nacionālais veselības dienests nosaka, izmantojot plānošanas rādītājus¹⁴⁶ (skatīt 15. attēlu).



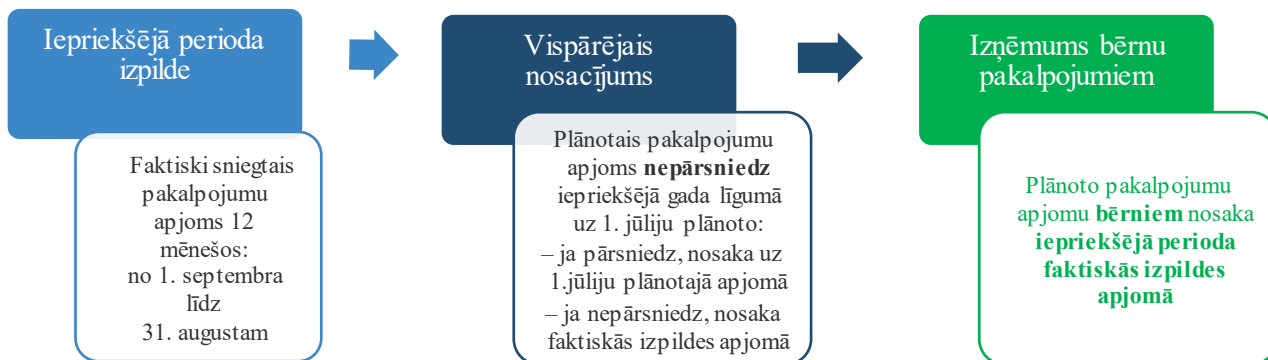
15. attēls. Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes samaksas apmēra plānošanas rādītāji.

Katram sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu veidam Nacionālais veselības dienests nosaka pakalpojumu apjomu, kas ir kopīgs gan bērniem, gan pieaugušajiem, izņemot pakalpojumus, kas jau sākotnēji ir paredzēti tieši bērniem¹⁴⁷, tajā skaitā no 01.01.2026. izveidotajās 14 pakalpojumu programmām bērniem (skatīt 16. attēlu).

Esošās pakalpojumu programmas bērniem	+	Papildus izveidotās pakalpojumu programmas bērniem no 01.01.2026.
-Motivācijas programmas pasākumi bērniem Garastāvokļa kabinetā - Kirurģija bērniem dienas stacionārā - Otolaringoloģija bērniem dienas stacionārā - Pediatrija - Sporta medicīna - Rehabilitācija bērniem dienas stacionārā - Rehabilitācijas pakalpojumi bērniem		- Alergoloģija bērniem - Anestezioloģija bērniem - Neiroelektrofizioloģiskie funkcionālie izmeklējumi bērniem - Dermatoveneroloģija bērniem - Doplerogrāfija bērniem - Endokrinoloģija bērniem - Gastroenteroloģija bērniem - Kardioloģija bērniem - Kodolmagnētiskā rezonanse bērniem - Neiroloģija bērniem - Pulmonoloģija bērniem - Rentgenoloģija bērniem - Sirds asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi bērniem - Ultrasonogrāfija bērniem

16. attēls. Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu programmas bērniem 2026. gadā.¹⁴⁸

Pakalpojumu apjoma bērniem plānošanai ir noteikti salīdzinoši labvēlīgāki nosacījumi nekā pieaugušajiem. Atbilstoši Nacionālā veselības dienesta skaidrojumam¹⁴⁹ visās pakalpojumu programmās – gan tajās, kas kopīgas bērniem un pieaugušajiem, gan tajās, kas jau sākotnēji paredzētas tieši bērniem, – pakalpojumu apjomu bērniem nosaka atbilstoši iepriekšējā perioda faktiskajai izpildei. Tas nozīmē, ka pastāv iespēja nākamajā periodā bērniem plānot lielāku pakalpojumu apjomu nekā iepriekšējā periodā, atšķirībā no pieaugušajiem, kuru pakalpojumu apjoma plānošanā piemēro noteiktos ierobežojumus (skatīt 17. attēlu). Vienlaikus revidenti norāda, ka pakalpojumu programmās, kas ir kopīgas bērniem un pieaugušajiem, pakalpojumu apjoma pieaugušajiem ierobežojums var samazināt arī pakalpojumu sniegšanu bērniem atbilstoši plānotajam.



17. attēls. Plānoto izmeklējumu, aprūpes epizožu vai dienas stacionāra gultasdienu skaita noteikšana.¹⁵⁰

Ārstniecības iestādes, kas 2026. gadā sniedz sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus bērniem, un tām paredzēto pakalpojumu apjomu Nacionālais veselības dienests noteica¹⁵¹, pamatojoties uz ārstniecības iestāžu iepriekš sniegto pakalpojumu apjomu, un, ja ārstniecības iestāde bija sniegusi pakalpojumus bērniem, tad aprēķināja bērniem un pieaugušajiem sniegto pakalpojumu proporciju. Pārstrādes gadījumā vai ja bērnu pakalpojumu programma nav piešķirta, ārstniecības iestāde var lūgt Nacionālajam veselības dienestam līdz 15 % finansējuma pārdali no pieaugušo uz bērnu pakalpojumu

programmu. Savukārt bērnu pakalpojumu programmas neizpildes gadījumā dienests sākotnēji skaidros neizpildes iemeslus un lems par tālākajām darbībām – piemēram, ja citās pakalpojumu programmās bērniem veidosies pārstrāde, vērtēs iespēju pārdalīt finansējumu šīm programmām.

Vienlaikus revidenti norāda, ka joprojām ir virkne citu sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu programmu, kurās pakalpojumu apjomu un samaksas apmēru bērniem un pieaugušajiem plāno kopā (piemēram, oftalmoloģija, uroloģija, psihiatrija, infektoloģija, reimatoloģija). Nacionālais veselības dienests norādīja¹⁵², ka:

turpinās uzsākt procesu, veicot bērniem izveidoto pakalpojumu programmu izpildes izvērtējumu un izskatot iespēju pilnveidot un paplašināt šādas pakalpojumu programmas bērniem turpmākajos periodos.

Līdz ar to kopumā bērnu veselības aprūpe ir kopējās veselības aprūpes daļa un atsevišķs pakalpojumu apjoms noteikts tikai konkrētiem pakalpojumiem. Tāpēc arī valstī nav pilnīgas, apkopotas un visiem pieejamas informācijas par bērniem plānoto un faktiski nodrošināto pakalpojumu apjomu, izlieto to finansējumu un pakalpojumu sniedzējiem.¹⁵³

Revidenti arī norāda, ka pamatā Nacionālais veselības dienests valsts apmaksātos sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus plāno¹⁵⁴, balstoties uz vēsturiskajiem datiem, proti, cik daudz pacientu šos pakalpojumus faktiski saņēmuši (tā saucamie kvotētie pakalpojumi), un aprēķinos neņem vērā kopējo pieprasījumu pēc noteiktiem pakalpojumiem, tajā skaitā – maksas pakalpojumus. Līdz ar to, revidentu ieskatā, ieplānotais pakalpojumu apjoms nav balstīts uz faktiskajām bērnu vajadzībām pēc noteiktiem pakalpojumiem noteiktā veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienībā.

Lai gan ārstniecības iestādē pieejamie cilvēkresursi ir viens no pakalpojumu plānošanas kritērijiem, plānojot sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus bērniem, Nacionālais veselības dienests cilvēkresursu pieejamību nevērtē. Proti, Nacionālais veselības dienests skaidroja¹⁵⁵, ka:

plānojot pakalpojumu apjomu programmās, kurās ir gan vispārējās specialitātes ārsts, gan bērnu ārsts, dienests nevērtē, kas ārstniecības iestādēs šos veselības aprūpes pakalpojumus bērniem sniedz – vispārējās specialitātes ārsts vai bērnu ārsts.

No kopējā plānotā 12,67 milj. euro¹⁵⁶ finansējuma 2026. gadā 14 jaunajām sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu programmām bērniem 48 % paredzēti VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” un 25 % – citām ārstniecības iestādēm Rīgā, bet citos reģionos – 27 %. Tādējādi būtisks – 73 % – pakalpojumu apjoms bērniem koncentrēts Rīgā, īpaši VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”, un tas neveicina līdzsvarotu pakalpojumu pieejamību reģionos un var saglabāt vai pastiprināt reģionālo nevienlīdzību bērnu veselības aprūpē.

Lai arī Nacionālais veselības dienests tehniski ir izveidojis pakalpojumu programmas bērniem, esošais risinājums līdz ar jauno programmu izveidi nav uzlabojis pakalpojumu pieejamību bērniem.



Revīzijā, izlases veidā veicot telefonaptauju¹⁵⁷ par piecu jauno pakalpojumu programmu bērniem īstenošanu reģionos ārpus Rīgas, konstatēts, ka 71 % gadījumu pakalpojumus bērniem tomēr nesniedz, lai arī finansējums tajās ir ieplānots (skatīt 9. tabulu). Papildus konstatēti 12 gadījumi, kad pakalpojumus sniedz bērniem tikai no noteikta vecuma, pamatā – pusaudžiem, piemēram, no 13–14 gadiem vai atsevišķos gadījumos tikai no 17 gadiem. Tikai vienā no piecām pakalpojumu programmām – alergoloģija bērniem – telefonaptauja nav konstatēti gadījumi, kad pakalpojumu bērniem nesniedz.

9. tabula. Plānotais pakalpojumu apjoms un samaksas apmērs piecās izlasē iekļautajās pakalpojumu programmās bērniem 2026. gadā.

Pakalpojuma programma	Telefonaptauja iekļautās ārstniecības iestādes			T.sk. ārstniecības iestādes, kuras saskaņā ar telefonaptauju nesniedz pakalpojumu bērniem		
	Skaits ¹⁵⁸	Plānotais finansējums (euro)	Izmeklējumu skaits	Skaits ¹⁵⁹ un īpatsvars	Plānotais finansējums (euro) un īpatsvars	Izmeklējumu skaits
Alergoloģija bērniem	8	271 603	6042		Nav konstatētas	
Endokrinoloģija bērniem	17	81 814	2965	15 (88 %)	23 209 (28 %)	852
Kardioloģija bērniem	14	37 363	1322	13 (93 %)	27 011 (72 %)	954
Neiroloģija bērniem	44	340 187	9669	33 (75 %)	68 147 (20 %)	1754
Pneimonoloģija bērniem	22	109 768	3505	14 (64 %)	36 763 (33 %)	1180
Kopā	105	840 735	23 503	75 (71 %)	155 130 (18 %)	4740

No četrās izlasē iekļautajās bērnu pakalpojumu programmās 2026. gadam plānotajiem izmeklējumiem reģionos ārpus Rīgas gandrīz 5000 jeb vismaz 20 % faktiski nav pieejami.

Savukārt, analizējot pakalpojumu plānošanas datus par visām 14 jaunajām pakalpojumu programmām bērniem 2026. gadam¹⁶⁰, konstatēts, ka, piemēram, 28 % gadījumu ir plānoti ne vairāk kā 20 izmeklējumi gadā vienā pakalpojumu programmā vienai ārstniecības iestādei, tostarp 105 gadījumos – vien pieci izmeklējumi. Tas, revidentu ieskatā, liecina, ka pakalpojumu apjoms plānots tehniski, balstoties uz iepriekšējā perioda faktisko izpildi, un atsevišķos gadījumos norāda uz formālu pieeju, nosakot nesamērīgi zemu pakalpojumu apjomu.

Nacionālais veselības dienests norādīja¹⁶¹, ka:

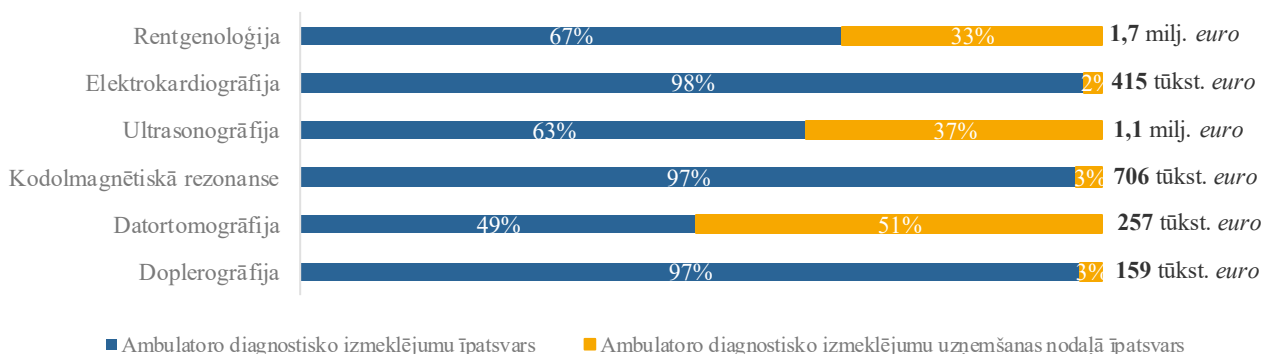
2026. gada pirmo trīs mēnešu izpildes datu analīze par bērnu veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu reģionos liecina, ka pakalpojumu izpilde starp ārstniecības iestādēm un specialitātēm ir nevienmērīga, un atsevišķos gadījumos konstatējama nepietiekama pakalpojumu pieejamība. Dienests turpinās izvērtēt ārstniecības iestāžu līgumsaistību izpildi un analizēt pakalpojumu pieejamību, lai nepieciešamības gadījumā lemtu par turpmākiem risinājumiem.

Papildus revidenti norāda, ka atbilstoši esošajai kārtībai¹⁶², ja persona vērsusies slimnīcas uzņemšanas nodaļā un personu nav nepieciešams stacionēt, personai arī uzņemšanas nodaļā sniedz sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus, tajā skaitā diagnostiskos izmeklējumus, ko Nacionālais veselības dienests apmaksā atbilstoši manipulāciju tarifiem. Uzņemšanas nodaļā veiktos diagnostiskos izmeklējumus¹⁶³ uzskaita un apmaksā atbilstošā diagnostiskā izmeklējuma pakalpojumu programmā (piemēram, “Rentgenoloģija”, “Ultrasonogrāfija” un “Datortomogrāfija”).

Revidenti vērš uzmanību, ka diagnostiskos izmeklējumus apmaksā vienas pakalpojumu programmas ietvaros, kur plānveida pakalpojumi ir kvotēti¹⁶⁴, savukārt uzņemšanas nodaļā – nekvotēti. Tas nozīmē, ka uzņemšanas nodaļā sniegtais nekvotēto pakalpojumu apjoms samazina kopējo pakalpojumu apjomu un samaksas apmēru kvotētajās diagnostisko izmeklējumu pakalpojumu programmās.¹⁶⁵

Atbilstoši datiem liela daļa ambulatoro diagnostisko izmeklējumu bērniem veikta uzņemšanas nodaļās (skatīt 18. attēlu). Piemēram, datortomogrāfijas izmeklējumu īpatsvars uzņemšanas nodaļās ir 51 % (kopā pakalpojumu programmā izmeklēti 3940 bērni, izlietojot 257 tūkst. euro), ultrasonogrāfijas – 37 % (kopā

pakalpojumu programmā izmeklēts 34 071 bērns, izlietojot 1,1 milj. euro) un rentgenoloģijas – 33 % (kopā pakalpojumu programmā izmeklēti 120 924 bērni, izlietojot 1,7 milj. euro).



18. attēls. Ambulatoro diagnostisko izmeklējumu īpatsvars pakalpojuma saņemšanas vietā un kopējais finansējums 2024. gadā.

Revidentu ieskatā, uzņemšanas nodaļu nekvotēto diagnostisko izmeklējumu uzrādīšana kvotētajās diagnostisko izmeklējumu pakalpojumu programmās kropļo plānveida pakalpojumu kvotu patēriņu, samazina šo pakalpojumu pieejamību un rada risku nepamatotai pacientu novirzīšanai ātrākai diagnostisko izmeklējumu saņemšanai slimnīcu uzņemšanas nodaļās. Tas ietekmē gan finansējuma sadali, gan pakalpojumu taisnīgu pieejamību. Nacionālais veselības dienests norādīja¹⁶⁶ uz iespējamu risinājumu, proti, nodalīt uzņemšanas nodaļās veikto diagnostisko izmeklējumu uzskaiti un apmaksu atsevišķā pakalpojumu programmā, jo tas ļautu pilnveidot pieejamību kvotētajiem ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem.

Pakalpojumu apmaksas nosacījumi nenodrošina vienlīdzīgu attieksmi pret ārstiem, jo ne vienmēr paredz diferencētu samaksu par bērnu ārstēšanu

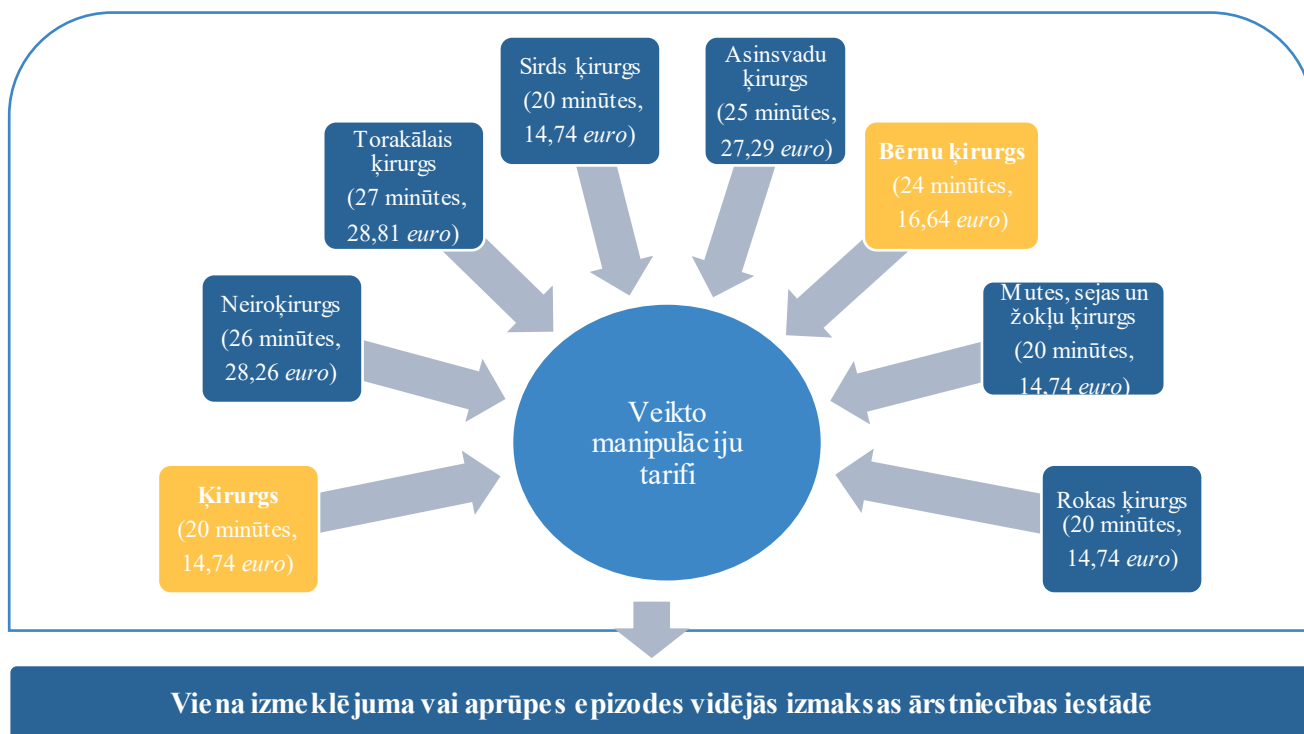
Atbilstoši normatīvajam regulējumam¹⁶⁷ par ārstu speciālistu (piemēram, bērnu neirologa, oftalmologa) sniegtajiem sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumiem, tajā skaitā diagnostiskajiem izmeklējumiem (piemēram, ultrasonogrāfija), ārstniecības iestādēm Nacionālais veselības dienests maksā atbilstoši aprūpes epizožu un veikto manipulāciju tarifiem (skatīt 19. attēlu).

Aprūpes epizodes tarifs	Katra ārstniecības persona par veikto darbu aprūpes epizodes (konkrētās saslimšanas gadījuma ārstēšanas periods) ietvaros aizpilda ambulatorā pacienta talonu. Aprūpes epizodes ilgums var būt no vienas līdz 30 dienām, skaitot no aprūpes epizodes sākšanās dienas.
Manipulācijas tarifs	Nacionālā veselības dienesta uzturētajā manipulāciju sarakstā minētas veselības aprūpes pakalpojumu manipulācijas un to apmaksas nosacījumi. Katrai manipulācijai ir noteikts tarifs jeb cena.

19. attēls. Samaksa par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumiem atbilstoši tarifiem.

Samaksas apmēru katrai ārstniecības iestādei pa pakalpojumu programmām dienests aprēķina¹⁶⁸, no valsts budžeta plānotās vidējās viena izmeklējuma/aprūpes epizodes ārstēšanas izmaksas reizinot ar plānoto izmeklējumu vai epizožu skaitu. Tā kā vienas programmas ietvaros pakalpojumus sniedz dažādu specialitāšu ārsti ar atšķirīgiem aprūpes epizodes un manipulāciju tarifiem (skatīt 20. attēlu), plānoto

pakalpojumu samaksas apmēru aprēķina atbilstoši vidējām viena izmeklējuma vai aprūpes epizodes izmaksām katrā ārstniecības iestādē.



20. attēls. Piemērs pakalpojumu programmas “Ķirurģija” viena izmeklējuma vai aprūpes epizodes vidējo izmaksu aprēķinam.

Viena izmeklējuma vai aprūpes epizodes vidējās izmaksas 2026. gada izveidotajās¹⁶⁹ bērnu pakalpojumu programmās nosaka tādas pašas kā attiecīgajās pieaugušo pakalpojumu programmās, jo tās aprēķina no kopējā sniegtā pakalpojumu apjoma. Tādēļ plānotais samaksas apmērs par pakalpojumu bērniem un pieaugušajiem netiek diferencēts, lai gan pakalpojumu sniegšana bērniem var būt laikietilpīgāka.

Revidenti vērš uzmanību, ka bērnu ārstiem aprūpes epizodes tarifs¹⁷⁰ ir augstāks, salīdzinot ar attiecīgās vispārējās specialitātes ārstu aprūpes epizodes tarifiem (skatīt 21. attēlu), ko ietekmē arī lielāks bērna ārsta aprūpes epizodes tarifā paredzētais ārsta laiks.

Vienlaikus arī starp ārstiem aprūpes epizodes tarifs atšķiras. Nacionālais veselības dienests skaidroja¹⁷¹, ka:

aprēķinot aprūpes epizožu tarifus, ir ņemtas vērā pakalpojuma vidējās izmaksas un papildus piemaksājamo manipulāciju apjoms, pielietojums un vērtība. Piemēram, psihiatra/bērnu psihiatra konsultācijas pamatā ir saruna un pacienta mentālā stāvokļa analīze, bet papildus piemaksājamo manipulāciju nav, līdz ar to aprūpes epizode ir dārgāka.

Endokrinologs 26,76 euro (25 minūtes)	Bērnu endokrinologs 33,77 euro (33 minūtes)
Kirurgs 14,74 euro (20 minūtes)	Bērnu ķirurgs 16,64 euro (24 minūtes)
Psihiatrs 32,53 euro (32 minūtes)	Bērnu psihiatrs 43,71 euro (44 minūtes)

21. attēls. Vispārējās specialitātes ārstu un bērnu ārstu aprūpes epizodes tarifu apmēru salīdzinājums.

Plānojot samaksas apmēru pakalpojumu programmās, kurās ir gan vispārējās specialitātes ārsti, gan bērnu ārsti, aprēķinātās vienas aprūpes epizodes vidējās izmaksas būs augstākas ārstniecības iestādēs, kurās pakalpojumus bērniem sniedz attiecīgie bērnu ārsti, nekā ārstniecības iestādēs, īpaši reģionos, kurās to pieejamība ir ierobežota un pakalpojumus bērniem sniedz vispārējās specialitātes ārsti.

Vienlaikus tādiem ārstiem kā, piemēram, oftalmologs, otolaringologs un urologs, kuru kompetencē ir gan pieaugušo, gan bērnu veselības aprūpe, aprūpes epizodes tarifu¹⁷² 14,74 euro vienādi piemēro gan par pakalpojuma sniegšanu pieaugušajam, gan bērnam. Šāda pakalpojumu apmaksas pieeja neveicina prioritāru pakalpojumu sniegšanu bērniem, bet tieši pretēji – var ierobežot šo pakalpojumu pieejamību bērniem, jo aprūpes epizodes tarifā paredzētais ārsta laiks (20 minūtes) ir vienāds gan pieaugušajiem, gan bērniem, lai gan bērnu veselības aprūpe prasa vairāk laika, kā to norādīja ārstniecības iestādes.

Papildus gan revidenti norāda, ka noteiktās medicīnas jomās, piemēram, oftalmoloģijā, vairākām manipulācijām¹⁷³ ir noteikts augstāks tarifs, ja tās sniedz bērnam, nevis pieaugušajam, tāpat ir arī piemaksas manipulācija, kuru gan apmaksā tikai VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” (piemērus skatīt 10. tabulā).

10. tabula. Oftalmoloģijas manipulāciju piemēri.

Medicīnas joma	Manipulācijas kods	Manipulācijas nosaukums	Tarifs (euro)
Oftalmoloģija	17001	Subjektīva refrakcijas noteikšana	2,18
	17002	Subjektīva refrakcijas noteikšana bērniem līdz astoņu gadu vecumam	3,81
	17003	Subjektīva refrakcijas noteikšana astigmātisma gadījumā	3,81
	17004	Subjektīva refrakcijas noteikšana astigmātisma gadījumā līdz astoņu gadu vecumam	4,61
	17006	Retinoskopija pieaugušajiem un bērniem pēc astoņu gadu vecuma	3,70
	17007	Retinoskopija bērniem līdz astoņu gadu vecumam	5,74
	17017	Redzes asuma noteikšana tuvumā vai tālumā abām acīm	2,60
	17015	Redzes asuma noteikšana tuvumā vai tālumā bērniem līdz astoņu gadu vecumam abām acīm	3,14
	17018	Redzes asuma korekcija tuvumā vai tālumā abām acīm	2,60
	17016	Redzes asuma korekcija tuvumā vai tālumā bērniem līdz astoņu gadu vecumam abām acīm	3,14
	17369	Piemaksa par darbu ar vājredzīgu, neredzīgu bērnu vai bērnu, kuram noteikta invaliditāte un konstatējamās apgrūtinātas kontaktēšanās spējas	10,97

Tomēr revidenti norāda, ka šāda pieeja – maksāt vairāk par manipulāciju veikšanu bērniem – nav paredzēta visās medicīnas jomās ambulatorajā veselības aprūpē, līdz ar to nav sistēmiska, lai nodrošinātu finansiālu stimulu vispārējās specialitātes ārstiem iesaistīties bērnu veselības aprūpē. Revidentu ieskatā, esošā tarifu struktūra var nepietiekami stimulēt vispārējās specialitātes ārstus iesaistīties bērnu veselības aprūpē un ierobežot pakalpojumu pieejamību bērniem.

Nacionālais veselības dienests norādīja¹⁷⁴, ka:

ārstu specialitātēm, kurās nav izdalītas atsevišķas bērnu ārsta specialitātes¹⁷⁵, nevar noteikt atsevišķus aprūpes epizodes tarifus, ko piemērot, sniedzot pakalpojumus tieši bērniem. Vienots aprūpes epizodes tarifs neatkarīgi no pacienta vecuma sedz vidējās pakalpojuma izmaksas (rēķinoties, ka pieņemšanā var būt sarežģītāki un vienkāršāki gadījumi, attiecīgi – arī lētāki un dārgāki).

Dienests uzsvēra, ka, piemēram, piemaksas manipulāciju ieviešana varētu radīt ierobežotu un īstermiņa ietekmi, ja netiek risināti arī citi ar pakalpojuma sniegšanu saistītie aspekti. Efektīvākam rezultātam vajag kompleksu pieeju, kurā ir vairāki savstarpēji papildinoši instrumenti. Proti, rehabilitācijā ir ieviesta apmaksa, ņemot vērā pakalpojuma ilgumu. Tāpat dienests paredz papildu stimulus ārstniecības iestādēm, kas nodrošina bērniem pieejamus pakalpojumus (piemēram, redzes profilaktiskā apskate ir nekvotēts pakalpojums un to apmaksā atbilstoši faktiski veiktajam apjomam). Tāpat, lai ārstniecības iestādes un ārsti speciālisti ekonomisku apsvērumu dēļ neierobežotu bērnu pieņemšanu un nepasliktinātu pakalpojumu pieejamību šai pacientu grupai, kopš 2026. gada papildus ir izdalītas plānveida pakalpojumu programmas bērniem (skatīt 16. attēlu). Šāda pieeja atbilst arī starptautiskajā praksē izmantotajiem jauktajiem apmaksas modeļiem, kuros kombinē dažādus finanšu stimulus, lai panāktu gan efektivitāti, gan pakalpojumu pieejamību.

Bērniem ne vienmēr ir prioritāte pakalpojumu gaidīšanas rindā, publiski pieejamā informācija par pakalpojumu saņemšanas iespējām – maldinoša

Ārstniecības iestādēs var saņemt dažādus valsts apmaksātus sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus, kuru saņemšanai veido rindas, un bērni ir viena no pacientu grupām, kuriem pakalpojumus ārstniecības iestāde sniedz prioritāri¹⁷⁶. Tomēr, revidentu ieskatā, nav izveidota izsekojama kārtība, lai pārliecinātos, vai tiešām ārstniecības iestādes prioritāri veselības aprūpes pakalpojumus sniedz bērniem, par ko liecina turpmāk minētais.

Veselības ministrija revīzijā norādīja¹⁷⁷, ka:

ārstniecības iestādēs noteiktiem veselības aprūpes pakalpojumiem bērniem veido gan atsevišķu gaidīšanas rindu un tīmekļvietnē www.rindapiearsta.lv sadaļā “Pakalpojumi bērniem” norāda tās garumu, gan veido kopējo gaidīšanas rindu bērniem un pieaugušajiem. Lai precizētu gaidīšanas laiku uz pakalpojumu, nepieciešams sazināties ar konkrēto ārstniecības iestādi.

Tīmekļvietnē www.rindapiearsta.lv norādīto informāciju aktualizē reizi mēnesī, tāpēc tā laika gaitā var mainīties. Revidenti vērs uzmanību, ka atbilstoši noteiktajai kārtībai ārstniecības iestādes kopīgoto gaidīšanas rindu pārskatu aizpilda vienu reizi mēnesī līdz 10. datumam, norādot situāciju uz iepriekšējā mēneša 1. datumu (piemēram, februārī iesniegtajā atskaitē – uz 1. janvāri), tādējādi informācija tiek publicēta ar laika nobīdi un neatspoguļo aktuālo rindas garumu.



Lai pārliecinātos, ka tīmekļvietnē www.rindapiearsta.lv sadaļā “Pakalpojumi bērniem” pieejamā informācija¹⁷⁸ par ārstniecības iestādēm, kas sniedz pakalpojumus bērniem, atbilst faktiskajai pakalpojumu pieejamībai, revīzijas laikā revidenti apzvanīja¹⁷⁹ ārstniecības iestādes reģionos (izņemot Rīgu), kurās atbilstoši šajā tīmekļvietnē norādītajai informācijai ir pieejami pakalpojumi bērniem revīzijas izlasē iekļautajās medicīnas jomās – endokrinoloģija, kardioloģija, neiroloģija, pneimonoloģija un alergoloģija.

Publiski pieejamā informācija tīmekļvietnē www.rindapiearsta.lv par pakalpojumu pieejamību bērniem neatbilst faktiskajai situācijai (skatīt 11. tabulu).

- ✓ Norādītajās ārstniecības iestādēs vairumā gadījumu nesniedz pakalpojumus bērniem. Piemēram, kardiologa pakalpojumi bērniem norādīti kā pieejami 12 ārstniecības iestādēs reģionos, bet faktiski tie pieejami tikai vienā. Konstatēts arī gadījums, kad kā pieejama norādīta ārstniecības iestāde, kur attiecīgo pakalpojumu bērniem sniedz tikai par maksu.
- ✓ Tīmekļvietnē norādītas ārstniecības iestādes, lai gan tās pieņem bērnus tikai no noteikta, visbiežāk, pusaudžu vecuma. Piemēram, Kurzemē neirologs pieņem bērnus no 14 gadu vecuma, savukārt Zemgalē – no 17 gadu vecuma.
- ✓ Turklāt informācija par pakalpojumu gaidīšanas laiku ir provizoriska, norādītais gaidīšanas laiks ne vienmēr atbilst faktiskajai situācijai. Piemēram, ātrākais pieraksts pie endokrinologa faktiski ir 65 dienas, lai gan tīmekļvietnē norādītais gaidīšanas laiks ir vien piecas dienas.

11. tabula. Revīzijas izlasē iekļauto pakalpojumu bērniem pieejamība reģionos 2026. gada sākumā – publiski pieejamā informācija un faktiskā situācija.

Pakalpojums bērniem	Ārstniecības iestāžu skaits reģionos atbilstoši www.rindapiearsta.lv informācijai sadaļā “Pakalpojumi bērniem”	Revīzijā apzvanīto ārstniecības iestāžu skaits	T.sk. ārstniecības iestāžu skaits, kas faktiski sniedz pakalpojumu bērniem (5 gadi)	Reģions, kur pakalpojums pieejams
Endokrinoloģija	19	17	2 (12 %)	Vidzeme, Latgale
Kardioloģija	15	12	1 (8 %)	Vidzeme
Neiroloģija	24	23	11 (48 %)	Vidzeme, Latgale, Kurzeme, Zemgale
Pneimonoloģija	21	21	7 (33 %)	Latgale, Kurzeme, Zemgale
Alergoloģija	10	10	10 (100 %)	Vidzeme, Latgale, Kurzeme, Zemgale

Revidentu ieskatā, konstatētās neatbilstības nozīmē, ka tīmekļvietnē www.rindapiearsta.lv norādītā informācija maldina bērnu vecākus par reālajām pakalpojumu saņemšanas iespējām. Iemesli minētajam ir gan pakalpojumu plānošanas pieeja, gan tas, cik aktuāla ir publiskotā informācija par pakalpojumu pieejamību.

Telefonaptauja arī konstatēts, ka gadījumos, kad ārsts pieņem gan bērnus, gan pieaugušos, pakalpojumus bērniem nesniedz prioritārā kārtā, jo ir vienota gaidīšanas rinda.

Arī ārstniecības iestādes norādīja, ka:

ir dažāda prakse pierakstu ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai veidošanā. Ir ārstniecības iestādes, kuras pierakstu pakalpojumu saņemšanai gan pieaugušajiem, gan bērniem veic vienotā pakalpojumu gaidīšanas rindā, izņemot tos pakalpojumu veidus, kuri jau ir paredzēti tieši bērniem (piemēram, otolaringoloģija bērniem dienas stacionārā) – šādos gadījumos veido atsevišķu pakalpojumu gaidīšanas rindu. Vienlaikus ir ārstniecības iestādes, kuras ir izveidojušas

dažādus pierakstu tipus, tādējādi nodrošinot atsevišķu pierakstu bērniem, līdz ar to bērniem nav jāgaida uz pakalpojumu vienotā rindā ar pieaugušajiem un ir iespējams saņemt nepieciešamo veselības aprūpes pakalpojumu ātrāk. Piemēram, nevar prognozēt un paredzēt, cik bērniem un cik pieaugušajiem pakalpojums būs nepieciešams, tāpat atsevišķu pieņemšanas laiku izdalīšana var radīt problēmas pakalpojuma pārplānošanas gadījumos. Savukārt, ja būtu nodalīts pakalpojumu apjoms un samaksas apmērs bērniem, šādu prioritāru ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību bērniem varētu nodrošināt.

Veselības ministrija līdz 01.09.2026. plāno ieviest vienoto pierakstu, nosakot, ka, ārstniecības iestādēm, lai saņemtu digitalizācijas maksājumu, jānodrošina to elektroniskā pieraksta sistēmas (kalendāra) atvēršanu vienotajam pierakstam Veselības informācijas sistēmā. Plānotā risinājuma ieviešana potenciāli var novērst pašreizējās problēmas ar gaidīšanas rindu datu neaktualitāti, nodrošinot vienotu, centralizētu un aktuālāku informāciju par pakalpojumu pieejamību.

Ieteikums

Veselības ministrijai sadarbībā ar Nacionālo veselības dienestu izveidot vajadzībās balstītu un efektīvu sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu bērniem tīklu.

3. Valstī izveidotā pieeja bērnu ārstu nodrošināšanai nav sekmīga, savukārt vispārējās specialitātes ārstu kompetence bērnu veselības aprūpē ir neskaidra

Dažādo medicīnas jomu bērnu ārstu specialitātes Latvijā izveidotas līdzīgi kā citās valstīs, tomēr Latvijā bērnu ārsti mācās gadu ilgāk par Eiropas apmācības prasībās noteikto minimālo ilgumu, un arī ilgāk nekā, piemēram, Igaunijā. Studiju ilgums ir viens no iemesliem, kas nemotivē iegūt kādu no bērnu ārstu apakšspecialitātēm, tāpēc neveicina ātrāku jauno speciālistu ienākšanu darba tirgū.

Rezidentu vietas plāno, balstoties uz daudzveidīgiem datiem un iesaistot plašu ieinteresēto pušu loku. Tomēr tas nenoved pie vajadzīgā rezultātā, jo plānotās rezidentu vietas bērnu ārstu specialitātēs sistemātiski netiek aizpildītas un atsevišķās specialitātēs tās nemaz neieplāno, lai gan prognozēts speciālistu trūkumu nākotnē. Ilgais studiju laiks, rezidentu personīgās karjeras izvēles un demogrāfiskās tendences ir galvenie faktori, kas ietekmē zemo interesi par bērnu ārstu apakšspecialitātēm. Tas liecina, ka nepieciešamas plašākas izmaiņas bērnu ārstu kompetenču iegūšanā.

Priekšlikumi par šauru bērnu ārstu apakšspecialitāšu pienākumu pārdali pediatra specialitātes ietvaros šobrīd nav guvuši ārstu profesionālo organizāciju atbalstu, lai gan Veselības ministrija pieļauj iespēju tos nākotnē atkārtoti izvērtēt.

Valstī nav vienotas izpratnes, kādi ārsti drīkst ārstēt bērnus. Normatīvajā regulējumā ārstu kompetenču formulējumi ir nekonsekventi, un tas neļauj nepārprotami noteikt, kuri ārsti konkrētās medicīnas jomās ir kompetenti sniegt veselības aprūpes pakalpojumus bērniem. Turklāt revīzijā nav identificēta pamatota saikne starp rezidentūrā paredzēto teorētisko zināšanu un praktisko iemaņu apjomu bērnu veselības aprūpē un attiecīgajiem ārstiem noteikto kompetenci, jo specialitātēs ar līdzīgu mācību apjomu tiesības sniegt pakalpojumus bērniem ir atšķirīgas.

Viss minētais apgrūtina vienmērīgu bērnu veselības aprūpes pakalpojumu nodrošinājumu.

Pasaulē ir būtiski uzlabojusies bērnu veselības aprūpe, ko veicinājusi tehnoloģiju, diagnostisko izmeklējumu, precīzu medicīnas¹⁸⁰ un terapeitisko intervenciju¹⁸¹ attīstība. Tāpēc svarīga ir pacienta veselības aprūpē iesaistītā personāla kompetence un koordinēta sadarbība, tajā skaitā bērnu ārstu pieejamība.

Atbilstoši starptautiskajai praksei bērnu ārsti ir īpaši apmācīti, lai aprūpētu bērnus ar akūtām un hroniskām veselības aprūpes vajadzībām¹⁸², tāpēc piekļuve bērnu ārstiem ir svarīga bērnu veselībai un labklājībai. Bērnu ārsti ieņem būtisku lomu, sniedzot augsta līmeņa konsultācijas un aprūpi sadarbībā ar primārās aprūpes ārstiem, tajā skaitā pediatriem, un citiem bērna veselības aprūpē iesaistītajiem. Atšķirībā no pieaugušo pacientu ārstēšanā apmācītiem speciālistiem, bērnu ārsti, nodrošinot veselības aprūpi, ņem vērā arī bērna attīstību. Starptautiskie pētījumi liecina, ka, salīdzinot ar vispārējo specialitāšu ārstu sniegto veselības aprūpi, bērnu ārstu sniegtā aprūpe ļauj bērniem ātrāk saņemt atbilstošu ārstēšanu, nodrošina augstāku diagnostisko precizitāti, labākus ārstēšanas rezultātus un ir izmaksu efektīvāka.¹⁸³

Bērnu ārstu specialitātes izveidotas līdzīgi kā citās valstīs

Eiropas līmenī kopīgas ārstu speciālistu apmācības prasības nosaka un uztur Eiropas Medicīnas speciālistu apvienība¹⁸⁴. Tā ir starptautiska organizācija un apvieno 42 valstu medicīnas speciālistu pārstāvniecības organizācijas (Latviju pārstāv Latvijas Ārstu biedrība), tādējādi pārstāvējot vairāk nekā 1,7 miljonus dažādu medicīnas jomu ārstu. Turklāt tā ir oficiālā medicīnas speciālistu pārstāvniecības organizācija Eiropas Komisijā. Tās darbības mērķis ir veicināt augstas kvalitātes pacientu aprūpi, harmonizējot Eiropas apmācības prasības. Vienlaikus tai nav pilnvaru lemt par konkrētu medicīnas specialitāšu izveidi dalībvalstīs, kas ir katras valsts kompetencē.¹⁸⁵

Attiecībā uz ārstu apmācību Eiropas Savienības dalībvalstīm, arī Latvijai, ir saistoša Eiropas Parlamenta un Padomes direktīva¹⁸⁶ par profesionālo kvalifikāciju atzīšanu. Atbilstoši direktīvai Eiropas Savienības dalībvalstis ir vienojušās par savstarpēju profesionālo kvalifikāciju atzīšanu dažādās medicīnas jomās, tajā skaitā šādās bērnu medicīnas jomās – pediatrija, bērnu psihiatrija un bērnu ķirurģija. Eiropas Medicīnas speciālistu apvienība pārstāv Eiropas Savienības līmenī atzītas 43 medicīnas specialitātes¹⁸⁷, tajā skaitā minētajās bērnu medicīnas jomās.

Vienlaikus Eiropas Medicīnas speciālistu apvienība ir izstrādājusi Eiropas apmācības prasības¹⁸⁸ plašākam medicīnas specialitāšu lokam, jo vienas specialitātes ietvaros var būt vairākas apakšspecialitātes. Tādējādi Eiropas apmācības prasības skar vairāk nekā 70 medicīnas specialitātes, tostarp vairākas bērnu ārstu specialitātes, kurām noteiktas minimālās zināšanas un prasmes drošai un patstāvīgai profesionālajai darbībai. Šo prasību izmantošana nacionālajā apmācību sistēmā ir katras valsts kompetencē – tās var tikt piemērotas pilnībā, daļēji vai izmantotas kvalitātes nodrošināšanas nolūkos. Eiropas apmācības prasības ir izstrādātas šādām bērnu ārstu specialitātēm: pediatrs, bērnu ķirurgs, bērnu un pusaudžu psihiatrs, neonatologs, bērnu alergologs, bērnu endokrinologs, bērnu gastroenterologs, bērnu hematoloģi, bērnu infektologs, bērnu nefrologs, bērnu reimatologs, neatliekamās palīdzības ārsts pediatrijā un bērnu urologs.

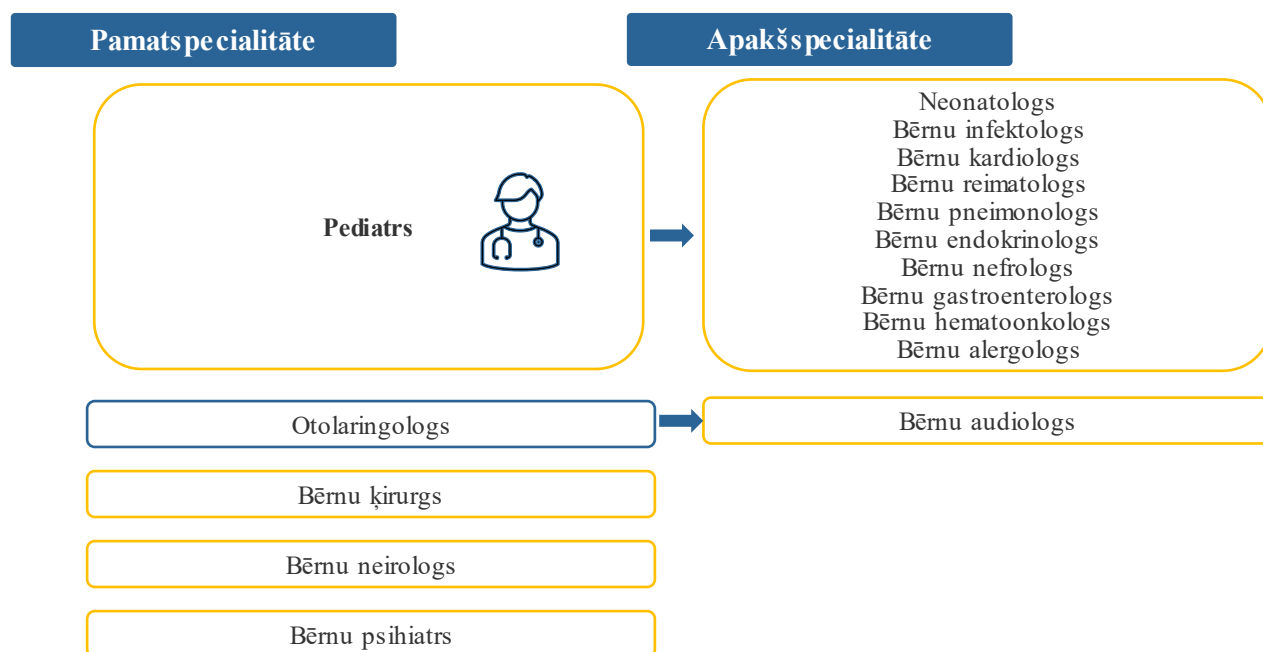
Vienlaikus jānorāda, ka papildus minētajām specialitātēm Eiropas Savienības dalībvalstīs pastāv arī citas, tajā skaitā atšķirīgas, bērnu ārstu specialitātes. Eiropas Medicīnas speciālistu apvienības¹⁸⁹ izstrādātās Eiropas apmācības prasības aptver tās bērnu medicīnas jomas, kurās ir konstatēta nepieciešamība noteikt vienotas apmācību prasības Eiropas līmenī. Savukārt daļā bērnu medicīnas jomu apmācības prasību noteikšanu Eiropas līmenī īsteno specializētās profesionālās medicīnas organizācijas, piemēram, bērnu kardioloģijā – Eiropas Bērnu un iedzimto sirds slimību kardioloģijas asociācija¹⁹⁰, kurā pārstāvēta arī Latvija. Eiropas Medicīnas speciālistu apvienība ar šādām organizācijām sadarbojas, nevis paralēli nosaka apmācības prasības.

Tādējādi ārstu specialitātes Eiropas līmenī nav stingri noteiktas un valstīs var atšķirties. Eiropas Medicīnas speciālistu apvienība nodrošina apmācības prasību harmonizēšanu, vienlaikus respektējot arī citu profesionālo medicīnas organizāciju lomu.

Pediatrija ir patstāvīga ārsta specialitāte, balstīta uz zināšanām un prasmēm, kas nepieciešamas visu slimību un traumu profilaksei, diagnostikai un ārstēšanai bērniem visās vecuma grupās – no dzimšanas līdz pusaudžu vecuma beigām jeb vismaz līdz 18 gadu vecumam. Tā ietver arī bērna veselību kopumā, aptverot visus augšanas un attīstības aspektus, kā arī slimību profilaksi.¹⁹¹ Arī atbilstoši normatīvajam regulējumam¹⁹² Latvijā pediatra kompetencē ir veikt visu vecumu bērnu veselības aprūpi, aptverot somatiskās un psihiskās attīstības problēmas, iegūtās un iedzimtās slimības un veselības traucējumus, kā arī veicinot bērnu veselību un slimību profilaksi. Rezidentūras laikā pediatrs iegūst plašas teorētiskās zināšanas un praktiskās iemaņas bērnu veselības aprūpes jomā¹⁹³, tajā skaitā noteiktu kompetenci arī jomās, kur izveidotas pediatru apakšspecialitātes.

Kā norāda Eiropas Medicīnas speciālistu apvienība, kopumā virzība uz lielāku specializāciju pediatrijas jomā tiek atbalstīta, ja vien to īsteno saskaņā ar klīniskās prakses un apmācību standartiem. Tomēr, lai apmierinātu vajadzības dažādās ārstniecības iestādēs, kuras nav pietiekami lielas, lai tajās uzturētu tādas pašas stingri nodalītas pediatrijas jomas, kādas tās kļuvušas par normu lielākajā daļā mācību centru, ir būtiski nodrošināt, ka pediatri iegūst plaša profila apmācību visās dažādajās jomās.¹⁹⁴

Atbilstoši normatīvajam regulējumam¹⁹⁵ arī Latvijā vairākās medicīnas jomās ir izveidotas bērnu ārstu specialitātes (skatīt 22. attēlu). Vienlaikus ir arī medicīnas jomas, kurās ir tikai vispārējās specialitātes ārsti (piemēram, urologs, oftalmologs), un šiem ārstiem ir nepieciešamās teorētiskās zināšanas un praktiskās iemaņas gan pieaugušo, gan bērnu veselības aprūpē.



22. attēls. Bērnu ārstu specialitātes.

Izvērtējot, kādām bērnu ārstu pamatspecialitātēm un apakšspecialitātēm Eiropas Medicīnas speciālistu apvienība ir izstrādājusi Eiropas apmācību prasības¹⁹⁶, konstatēts, ka kopumā tās ir līdzīgas Latvijā esošajām, vienlaikus pastāv arī atšķirības. Proti, Latvijā ir tāda pamatspecialitāte kā bērnu neirologs un

apakšspecialitātes kā bērnu audiologs, bērnu kardiologs un bērnu pneimonologs, bet nav tādu apakšspecialitāšu kā neatliekamās palīdzības ārsts pediatrijā un bērnu urologs.

Vienlaikus Latvijā esošās bērnu ārstu specialitātes nav unikālas, jo kopumā tās ir līdzīgas, piemēram, Igaunijā un Lietuvā esošajām (skatīt 12. tabulu), vienīgi Igaunijā nav bērnu ārsta pneimonologijā, bet Lietuvā ir bērnu ārsts intensīvajā terapijā. Tāpat apskatītajās Eiropas Savienības dalībvalstīs ir vēl arī šādas bērnu ārstu specialitātes, piemēram, bērnu otolaringologs (Polija, Čehija), bērnu radiologs (Vācija, Čehija), bērnu ginekologs un bērnu urologs (Čehija).

12. tabula. Bērnu ārstu specialitāšu salīdzinājums vairākās Eiropas Savienības dalībvalstīs.

Bērnu ārstu specialitātes	Latvija ¹⁹⁷	Lietuva ¹⁹⁸	Igaunija ¹⁹⁹	Polija ²⁰⁰	Vācija ²⁰¹	Čehija ²⁰²	Somija ²⁰³
Neonatalogs	●	●	●	●	●	●	●
Bērnu kardiologs	●	●	●	●	●	●	●
Bērnu ķirurgs	●	●	●	●	●	●	●
Bērnu neirologs	●	●	●	●	●	●	●
Bērnu nefrologs	●	●	●	●	●	●	●
Bērnu pneimonologs	●	●	●	●	●	●	●
Bērnu psihiatrs	●	●	●	●	●	●	●
Bērnu reimatologs	●	●	●	●	●	●	●
Bērnu alergologs	●	●	●	●	●	●	●
Bērnu endokrinologs	●	●	●	●	●	●	●
Bērnu gastroenterologs	●	●	●	●	●	●	●
Bērnu hematoloģists	●	●	●	●	●	●	●
Bērnu infektologs ²⁰⁴	●	●	●	●	●	●	●

● – izveidota specialitāte vai apakšspecialitāte

● – nav izveidota specialitāte, bet praksē pastāv iespēja apgūt specializāciju / padziļinātu kompetenci

● – nav izveidota specialitāte vai apakšspecialitāte

VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” skaidroja, ka:

bērnu ārstu pamatspecialitātes un apakšspecialitātes izveidotas, lai būtu ārsti ar padziļinātu kompetenci bērnu medicīnā.

Veselības ministrija skaidroja²⁰⁵, ka:

šādu bērnu ārstu nepieciešamību bērnu veselības aprūpē galvenokārt nosaka cilvēka organisma uzbūve un funkcijas – bērns nav “mazs pieaugušais” – un, attīstoties medicīnai, noteiktās jomās ir izveidotas atsevišķas bērnu ārstu specialitātes un apmācība.

Arī Rīgas Stradiņa universitāte bērnu ārstu nepieciešamību pamatoja²⁰⁶ ar specifiskām bērnu augšanas īpatnībām un slimībām, kā arī ar Eiropas Medicīnas speciālistu apvienības Eiropas apmācību prasībām²⁰⁷. Tomēr revidenti norāda, ka iepriekš minētās apmācību prasības ir profesionālas vadlīnijas apmācības kvalitātes veicināšanai ar rekomendējošu raksturu, kas nerada valstīm pienākumu nacionālā līmenī veidot attiecīgas bērnu ārstu specialitātes.

Revidentu ieskatā, ja valsts ir izveidojusi noteiktas bērnu ārstu pamatspecialitātes un apakšspecialitātes, tajā skaitā, nodalot atsevišķas bērnu medicīnas jomas, piemēram, bērnu neiroloģija, ķirurģija un psihiatrija, kā pamatspecialitātes, valstij ir jānodrošina šādas sistēmas faktiska un ilgtspējīga

funkcionēšana. Tas nozīmē ne tikai formālu specialitāšu noteikšanu normatīvajos aktos, bet arī pietiekamu speciālistu sagatavošanu, plānotu pēctecību un vienmērīgu pieejamību visā valstī.

Latvijā bērnu ārsti mācās gadu ilgāk par Eiropas apmācības prasībās noteikto minimālo ilgumu

Rezidentūras studiju ilgumu nosaka atbilstoši specialitātē apgūstamo teorētisko zināšanu un praktisko iemaņu apjomam, lai nodrošinātu ārsta sagatavotību patstāvīgai un drošai ārstnieciskajai darbībai. Šāda pieeja ir nostiprināta Eiropas Parlamenta un Padomes direktīvā²⁰⁸ par profesionālo kvalifikāciju atzīšanu, Eiropas Medicīnas speciālistu apvienības izstrādātajās Eiropas apmācības prasībās²⁰⁹, kā arī Latvijas normatīvajā aktā²¹⁰ par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un teorētisko un praktisko zināšanu apjomu.

Eiropas Parlamenta un Padomes direktīvā²¹¹ par profesionālo kvalifikāciju atzīšanu ir noteikts minimālais studiju ilgums šādās bērnu medicīnas jomās – pediatrija un bērnu psihiatrija (abās rezidentūras studiju ilgums vismaz četri gadi) un bērnu ķirurģija (rezidentūras studiju ilgums vismaz pieci gadi), un Latvijā šāds studiju ilgums tiek ievērots (skatīt 12. tabulu). Vienīgi direktīvā un Latvijā noteiktais rezidentūras studiju ilgums pediatrijā un bērnu psihiatrijā formāli ir par vienu gadu īsāks, nekā noteikts Eiropas Medicīnas speciālistu apvienības Eiropas apmācību prasībās²¹².

Savukārt, salīdzinot ar Eiropas Medicīnas speciālistu apvienības izstrādātajām Eiropas apmācību prasībām²¹³, rezidentūras studijas Latvijā pediatra apakšspecialitātēs ir ilgākas (skatīt 12. tabulu). Piemēram, atbilstoši Eiropas apmācību prasībām minimālais rezidentūras studiju ilgums bērnu endokrinologa apakšspecialitātē ir pieci gadi, bet Latvijā – septiņi. Vienlaikus jāpiebilst, ka Latvijā ceturto apmācības gadu pediatra pamatspecialitātē ieskaita kā pirmo gadu kādā no bērnu ārstu apakšspecialitātēm, ja apmācība notiek atbilstoši bērnu ārsta apakšspecialitātes rezidentūras programmai. Šādā gadījumā rezidentūras studiju ilgums ir seši, nevis septiņi gadi, rezultātā rezidentūras studiju ilgums Latvijā ir par vienu, ne diviem gadiem ilgāks.

Rezidentūras studijas Latvijā ir par diviem gadiem ilgākas nekā Igaunijā un par vienu gadu ilgāks nekā Lietuvā (skatīt 13. tabulu). Savukārt, ja ceturto apmācības gadu pediatra pamatspecialitātē ieskaita kā pirmo gadu bērnu ārsta apakšspecialitātē, rezidentūras studiju ilgums Latvijā pārsvarā sakrīt ar Lietuvā noteikto, bet ir par vienu gadu ilgāks nekā Igaunijā.

13. tabula. Rezidentūras ilgums pediatra apakšspecialitātēs.

Pediatra apakšspecialitātes Latvijā (sertificēto speciālistu skaits 01.01.2025.)	Rezidentūras studiju ilgums			
	Latvija ²¹⁴	Eiropas Medicīnas speciālistu apvienības Eiropas apmācību prasības ²¹⁵	Igaunija ²¹⁶	Lietuva ²¹⁷
	Pediatrija 3 gadi* un:	Pediatrija 3 gadi un:		
Neonatologs (86)	neonatoloģija 3 gadi; bez iepriekš apgūtas pediatra specialitātes – 6 gadi	neonatoloģija 3 gadi	5 gadi	6 gadi
Bērnu infektologs (21)	bērnu infektoloģija 3 gadi	bērnu infektoloģija vismaz 2 gadi	5 gadi	6 gadi
Bērnu kardiologs (9)	bērnu kardioloģija 3 gadi	-	5 gadi	6 gadi
Bērnu pneimonologs (10)	bērnu pneimonoloģija 3 gadi	-	-	6 gadi
Bērnu reimatologs (10)	bērnu reimatoloģija 3 gadi	bērnu reimatoloģija vismaz 2 gadi	5 gadi	6 gadi
Bērnu endokrinologs (8)	bērnu endokrinoloģija 3 gadi	bērnu endokrinoloģija vismaz 2 gadi	5 gadi	6 gadi

Pediatra apakšspecialitātes Latvijā (sertificēto speciālistu skaits 01.01.2025.)	Rezidentūras studiju ilgums			
	Latvija ²¹⁴	Eiropas Medicīnas speciālistu apvienības Eiropas apmācību prasības ²¹⁵	Igaunija ²¹⁶	Lietuva ²¹⁷
	Pedriatrija <u>3 gadi</u> * un:	Pedriatrija <u>3 gadi</u> un:		
Bērnu nefrologs (3)	bērnu nefroloģija profesionālās tālākizglītības programmā vismaz 180 kredītpunktu apjomā	bērnu nefroloģija vismaz 2 gadi (vēlams 3)	5 gadi	6 gadi
Bērnu gastroenterologs (11)	bērnu gastroenteroloģija 3 gadi	bērnu gastroenteroloģija vismaz 2 gadi	5 gadi	6 gadi
Bērnu hematoloģists (8)	bērnu hematoloģija 3 gadi; bez iepriekš apgūtas pediatra specialitātes – 6 gadi	bērnu hematoloģija vismaz 2 gadi (un papildu 1 gads pēc izvēles)	5 gadi	6 gadi
Bērnu alergologs (14)	bērnu alergoloģija profesionālās tālākizglītības programmā vismaz 180 kredītpunktu apjomā	bērnu alergoloģija 2 gadi	5 gadi	6 gadi

*Kopējais rezidentūras studiju ilgums, ja ceturto apmācības gadu pediatra pamatspecialitātē ieskaita kā pirmo gadu bērnu ārsta apakšspecialitātē (ja apmācība notiek atbilstoši bērnu ārsta apakšspecialitātes rezidentūras programmai); neattiecas uz bērnu nefrologu un bērnu alergologu.

Skaidrojot, vai ir pamats pārskatīt rezidentūras studiju ilgumu bērnu ārstu specialitātēs, VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” norādīja, ka:

īsāka rezidentūra veicinātu straujāku paaudžu nomaīņu un jauno speciālistu ienākšanu darba tirgū, tomēr būtiski panākt līdzsvaru starp darba devēja vajadzībām, izglītības kvalitāti, konkurētspēju un arī Eiropas prasībām.

Savukārt Rīgas Stradiņa universitāte skaidroja²¹⁸, ka:

Veselības ministrija sadarbībā ar ārstu profesionālajām organizācijām un Rīgas Stradiņa universitāti, izstrādājot normatīvo aktu²¹⁹, salīdzināja pediatrijas apakšspecialitāšu rezidentūras studiju ilgumu ar Eiropas Medicīnas speciālistu apvienības Eiropas apmācību prasībās²²⁰ noteikto, kā arī pārskatīja satura un apguves organizāciju ar mērķi uzlabot rezidentu piesaisti.

Revidenti norāda, ka atbilstoši izmaiņām normatīvajā regulējumā²²¹, piemēram:

- ✓ neonatologam rezidentūras ilgums apakšspecialitātē bija divi gadi, šobrīd – trīs;
- ✓ vienlaikus neontologa un bērnu hematoloģista apakšspecialitāti var apgūt arī ārsti bez iepriekš apgūtas pediatra specialitātes, un šādā gadījumā rezidentūras ilgums ir seši gadi;
- ✓ bērnu nefrologa un bērnu alergologa apakšspecialitātes var apgūt profesionālās tālākizglītības programmas ietvaros vismaz 180 kredītpunktu apjomā (atbilst trīs gadiem), kas ļauj tās apgūt elastīgāk – paralēli darbam pediatra pamatspecialitātē.

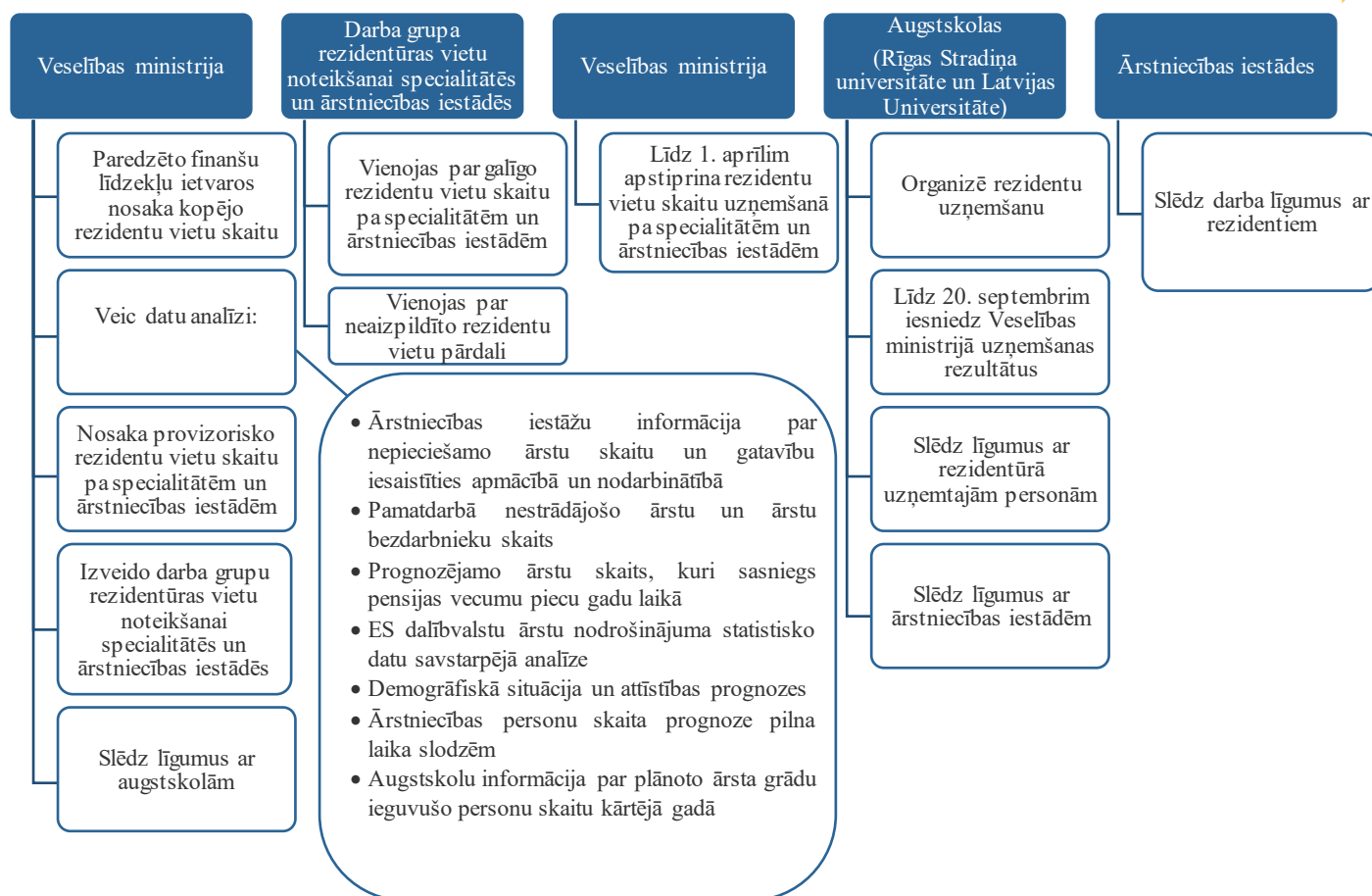
Kā apstiprināja²²² Veselības ministrija, veiktās izmaiņas varētu veicināt interesi par šo bērnu ārstu apakšspecialitāšu apguvi. Tomēr revidenti norāda, ka 2025./2026. studiju gadā bērnu alergologa specialitātē nebija nevienas rezidenta vietas, bet 2026./2027. studiju gadā sākotnēji nav plānota neviena rezidenta vieta bērnu alergologa un bērnu nefrologa specialitātēs (skatīt 13. tabulu).

Vienlaikus tādas apakšspecialitātes kā neonatologs, bērnu kardiologs, bērnu reimatologs, bērnu pneimonologs, bērnu endokrinologs un bērnu gastroenterologs arī turpmāk apgūstamas pilna laika rezidentūrā, nevis profesionālās tālākizglītības programmas ietvaros, jo, kā norādīja²²³ Rīgas Stradiņa universitāte un atsevišķas ārstu profesionālās organizācijas, tas ir saistīts ar specialitāšu sarežģītību un nepieciešamību visu apmācības laiku veltīt to apguvei.

Rezidentu vietas bērnu ārstu specialitātēs vai nu niepplāno nemaz, vai tās paliek neaizpildītas

Atbilstoši normatīvajam regulējumam²²⁴ un Veselības ministrijas skaidrojumam²²⁵ 23. attēlā parādīta no valsts budžeta līdzekļiem finansēto rezidentu vietu sadales kārtība.

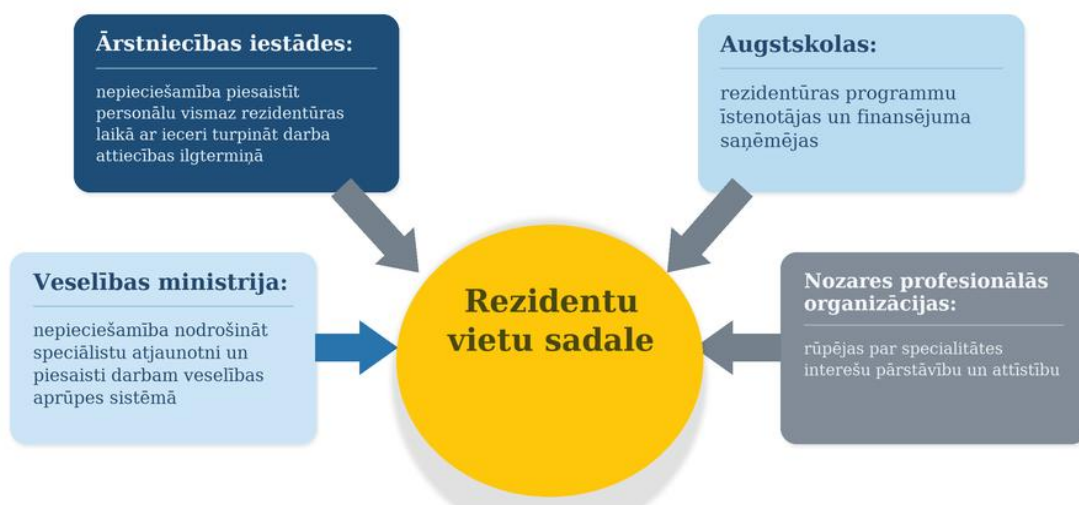
Rezidentu vietu sadale



23. attēls. Rezidentu vietu sadales kārtība.

Prasība ārstniecības iestādēm iesniegt datus par gatavību iesaistīties rezidentu apmācībā un nodarbinātībā stājās spēkā²²⁶ 2024. gadā. Ārstniecības iestāde, veidojot rezidentu pieprasījumu, ņem vērā pieejamos apmācību resursus, piemēram, jau esošo rezidentu skaitu ārstniecības iestādē, mācībspēku un aprīkojumu. Tāpat augstskolas informē, ja apmācību resursi ir pārsniegti un apmācības process – apgrūtināts. Pediatrijas apakšspecialitātēs pretendentu skaits augstskolām teorētiski ir zināms jau iepriekš, tāpēc tās sniedz arī informāciju par pēdējo gadu pediatrijas rezidentiem, kuri plāno turpināt apmācību kādā no pediatra apakšspecialitātēm. Tomēr rezidenti arī pārdomā, tāpēc plānotās rezidentu vietas slēdz vai pārdala.

Veselības ministrijas provizorisko rezidentu vietu skaitu sadalījumā pa specialitātēm un ārstniecības iestādēm izskata ministrijas izveidotā darba grupa, kurā ir iesaistītas dažādas ieinteresētās puses²²⁷ (skatīt 24. attēlu). Kad darba grupa ir vienojusies, Veselības ministrija apstiprina rezidentu vietu skaitu sadalījumā pa specialitātēm un ārstniecības iestādēm.



24. attēls. Rezidentu vietu sadalē ieinteresētās puses.

Atbilstoši prognozei²²⁸ 2033. gadam negatīva starpība starp prognozēto pieejamo un prognozēto nepieciešamo speciālistu skaitu būs desmit no 15 bērnu ārstu specialitātēm, visvairāk – pediatra specialitātē. Vienlaikus atbilstoši publiski pieejamajai informācijai²²⁹ gadu no gada plānotās rezidentu vietas bērnu ārstu specialitātēs neaizpildās (skatīt 14. tabulu).

14. tabula. Rezidentu vietu sadalījums bērnu ārstu specialitātēs.

Specialitāte	Sertificēto speciālistu skaits 2024 ²³⁰	Vietu skaits			Sākotnēji plānotais vietu skaits	Indikatīvais vietu skaits		Starpība starp prognozēto pieejamo un prognozēto nepieciešamo speciālistu skaitu 2033 ²³¹
		2023/2024	2024/2025	2025/2026		2027/2028	2028/2029	
Pediātrs	553	No 8 uz 12	No 11 uz 14	No 14 uz 11	10	10	10	-166
Bērnu ķirurgs	45	No 3 uz 0	No 4 uz 0	No 1 uz 0	2	3	3	5
Bērnu neirologs	45	1	2	1	2	2	2	-6
Bērnu psihiātrs	57	No 5 uz 6	4	No 5 uz 6	6	6	4	6
Neonatologs	86	No 2 uz 1	No 7 uz 5	No 5 uz 3	8	8	8	-1
Bērnu infektologs	21	1	No 1 uz 0	0	2	2	2	-11
Bērnu kardiologs	9	1	No 1 uz 2	0	0	1	1	-3
Bērnu reimatologs	10	No 1 uz 0	0	0	1	1	1	-13
Bērnu pneimonologs	10	No 1 uz 0	No 1 uz 2	0	0	0	1	2
Bērnu endokrinologs	8	1	No 0 uz 1	0	0	1	1	-5
Bērnu nefrologs	3	No 1 uz 0	No 0 uz 1	1	0	0	1	1
Bērnu gastroenterologs	11	No 1 uz 0	0	No 1 uz 0	1	1	1	-2
Bērnu hematoloģi	8	No 2 uz 0	No 1 uz 0	No 1 uz 2	2	1	1	-7
Bērnu alergologs	14	No 1 uz 0	0	0	0	0	1	0

Turklāt, piemēram:

- ✓ 2024./2025. un 2025./2026. studiju gadā bērnu reimatologa un bērnu alergologa specialitātēs jau sākotnēji nav plānota neviena rezidenta vieta;
- ✓ 2025./2026. studiju gadā nav plānotas rezidentu vietas jau sešās bērnu ārstu specialitātēs, 2026./2027. studiju gadā – piecās.

Atbilstoši Veselības ministrijas informācijai²³² rezidentu vietas neplānoja, jo nebija ārstniecības iestāžu vai pretendentu intereses par specialitāšu apguvi, ņēma vērā iepriekšējā gada uzņemšanas rezultātus vai pretendenti izvēlējās citas specialitātes.

Veselības ministrija²³³ un ārstu profesionālās organizācijas skaidroja galvenos iemeslus, kāpēc neaizpildās rezidentu vietas bērnu ārstu specialitātēs (skatīt 25. attēlu). Abu pušu redzējums kopumā sakrīt: rezidentu vietas bērnu ārstu specialitātēs neaizpildās galvenokārt ilgā un profesionāli intensīvā apmācību ceļa (izdegšanas riska), salīdzinoši zemās specialitātes pievilcības (atalgojums, prestižs, karjeras iespējas), ierobežoto amata vietu un neskaidro perspektīvu reģionos un nepietiekami prognozējamās / ilgtermiņā stabilas cilvēkresursu plānošanas dēļ.

Veselības ministrija		Profesionālās organizācijas	
Studiju ilgums kā izaicinājums	Bērnu ārstu apakšspecialitāšu apguve pēc pediātra pamatspecialitātes ilgst līdz 7 gadiem. No 01.01.2025. daļu apakšspecialitāšu iespējams apgūt profesionālās tālākizglītības programmās, kas ļauj mācības apvienot ar darbu un veicina speciālistu piesaisti ārstniecības iestādēm.	Sarežģīts apmācību process un izdegšanas risks	Ilgais un intensīvais ceļš līdz pediātra apakšspecialitātei, kā arī atsevišķu apakšspecialitāšu (piemēram, bērnu kardioloģijas) īpaši sarežģītība veicina rezidentu atteikšanos no turpmākas specializācijas.
Personīgās izvēles un karjeras redzējums	Plānojot rezidentu vietas, augstskolas ņem vērā pediātrijas rezidentu viedokļus par studiju turpināšanu apakšspecialitātēs. Nepieciešamības gadījumā neplānotās vai neaizpildītās vietas tiek pārdalītas citām specialitātēm.	Specialitātes pievilcība, atalgojums un motivācija	Zemais specialitātes prestižs un nekonkurētspējīgs atalgojums mazina jauno ārstu interesi, savukārt augstā profesionālā atbildība nav pietiekami sabalansēta ar motivācijas mehānismiem, īpaši reģionos.
Veselības aprūpes pakalpojumu attīstība	Veselības ministrija, plānojot rezidentu vietu skaitu, 2024. gadā apkopoja ārstniecības iestāžu sniegto informāciju par gatavību iesaistīties rezidentu apmācībā, ņemot vērā iestādes profilu un pieejamo speciālistu skaitu.	Reģionālā perspektīva	Ierobežots amata vietu skaits un neskaidras profesionālās perspektīvas reģionos mazina jauno speciālistu motivāciju izvēlēties šauras bērnu ārstu apakšspecialitātes.
Ilgtermiņa perspektīva	Eiropas Komisijas projektā* secināts, ka ilgtermiņā nepieciešamība pēc bērnu ārstu apakšspecialitātēm samazināsies. * Eiropas Komisijas Strukturālo reformu atbalsta ģenerāldirektorāta projekts "Par veselības darbaspēka stratēģiju Latvijā".	Cilvēkresursu plānošana un valsts politikas stabilitāte	Lai gan rezidentu vietu skaita plānošana ir Veselības ministrijas atbildība, šo vietu neaizpildīšana norāda uz strukturālām nepilnībām ilgtermiņa cilvēkresursu plānošanā, tostarp uz nepieciešamību to balstīt demogrāfijas un pakalpojumu pieprasījuma datos.

25. attēls. Iemesli, kāpēc neaizpildās rezidentu vietas bērnu ārstu specialitātēs.

Revidenti norāda, ka Eiropas Komisijas Strukturālo reformu atbalsta ģenerāldirektorāta projektā²³⁴ kā viens no iespējamiem priekšlikumiem norādīts šauru ārsta apakšspecialitāšu (piemēram, pediātrijā) ārstniecības personu pienākumu pārdale ārsta specialitātes līmenī, apsverot iespēju pediātrijas rezidentūrā apgūt ievirzi konkrētā vai vairākās apakšspecialitātēs, taču ne obligāti apgūstot rezidentūru konkrētā apakšspecialitātē. Tomēr Veselības ministrija norādīja²³⁵, ka šo ierosinājumu neatbalsta Latvijas Pediātru asociācija un citas bērnu ārstu profesionālās organizācijas, lai gan ministrija ir gatava šo priekšlikumu pārskatīt sadarbībā ar ārstu profesionālo organizāciju pārstāvjiem. Arī analizējot Eiropas Medicīnas speciālistu apvienības Eiropas apmācību prasības²³⁶ pediātrijā, konstatēts, ka saskaņā ar tām piecu gadu rezidentūras studiju laikā ārsts var iegūt ne tikai pediātra pamata kompetences dažādažādās medicīnas jomās, bet arī jau specializēties kādā no tām, piemēram, alergoloģijā vai gastroenteroloģijā, kamēr Latvijā šāda tipa kompetenci var iegūt sešos vai pat septiņos gados.

Kopumā Veselības ministrija norādīja²³⁷, ka:

Latvijā pieaug bērnu populācijas teritoriālā nevienmērība – lielākā daļa bērnu dzīvo Rīgā un Pierīgā, bet attālākos reģionos, īpaši pierobežā, bērnu skaits samazinās un sabiedrība noveco. Tas

rada būtiskus izaicinājumus bērnu veselības aprūpes plānošanā: vietās ar lielu bērnu skaitu pieprasījums pēc ambulatorajiem, dienas stacionāra un specializētajiem veselības aprūpes pakalpojumiem pieaug, savukārt reģionos ar mazu bērnu īpatsvaru kļūst grūtāk nodrošināt speciālistu pieejamību, kvalitatīvu aprūpi un efektīvu infrastruktūras noslodzi. Dzimstības samazināšanās pati par sevi nenozīmē proporcionālu bērnu vajadzību samazinājumu. Piemēram, praksē pieaug hronisku, iedzimtu un kompleksu slimību īpatsvars, kas nosaka stabili un pat pieaugošu bērnu pneimonologu nepieciešamību, un šo ārstu darba slodze nav tieši saistīta ar dzimstības rādītājiem, bet gan ar slimību sarežģītību un aprūpes intensitāti. Veselības ministrija atbalsta risinājumus, kas ļauj efektīvāk izmantot cilvēkresursus, vienlaikus uzsverot, ka iniciatīvām, tostarp specialitāšu pārskatīšanai, jānāk no nozares profesionālajām organizācijām.

2025./2026. studiju gadā ir 24 rezidentu vietas bērnu ārstu specialitātēs, no kurām 15 – VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”, savukārt reģionos piecas no kopā deviņām vietām paredzētas pediatriem. (skatīt 15. tabulu).

15. tabula. Rezidentu vietu skaits 2025./2026. studiju gadā.

Ārsta specialitāte	Bērnu klīniskā universitātes slimnīca	Balvu un Gulbenes slimnīcu apvienība	Jēkabpils reģionālā slimnīca	Kuldīgas slimnīca	Rēzeknes slimnīca	Vidzemes slimnīca	Madonas slimnīca	Rīgas Dzemdību nams	Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca	Slimnīca “Ģintermuiža”	Kopā
Pediātrs	6	1	1	1	1	1	-	-	-	-	11
Bērnu psihiātrs	4	-	-	-	-	-	1	-	-	1	6
Bērnu neirologs	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Bērnu hematoonkologs	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Bērnu nefrologs	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Neonatologs	1	-	-	-	-	-	-	1	1	-	3
Kopā	15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24

VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” par bērnu ārstu pieejamības nodrošināšanu reģionos norādīja, ka:

pastāv dažādi mehānismi speciālistu piesaistei, kurus īsteno gan Veselības ministrija, gan pašvaldības. Proti, lai piesaistītu un noturētu ārstniecības personas darbam valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sektorā, īpaši slimnīcās, ārstniecības personas var pretendēt uz kompensācijām²³⁸, savukārt pašvaldības piedāvā atbalsta instrumentus, piemēram, rezidentūras studiju finansēšanu, stipendijas vai dzīvesvietas nodrošināšanu, vienlaikus paredzot saistības pēc rezidentūras pabeigšanas uzsākt darbu konkrētajā reģionā. Tāpat rezidentūras apmācības procesā ir iesaistītas arī citas ārstniecības iestādes, tostarp reģionālās slimnīcas un ambulatorās iestādes.

Tomēr revidenti norāda, ka atbilstoši normatīvajam regulējumam²³⁹ augstskolu līgumos ar ārstniecības iestādēm par rezidentūras studiju programmu īstenošanu nosaka ārstus, kuru vadībā strādās rezidenti (ārsts vienlaikus var vadīt ne vairāk kā trīs rezidentus), un VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” ir vislielākais rezidentu apmācību potenciāls bērnu ārstu specialitātēs. Piemēram, 2024. gadā ir 454 sertificēti ārsti, kuru vadībā var strādāt bērnu ārstu specialitāšu rezidenti, no kuriem 330 (73 %) – VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”.²⁴⁰ Revidentu ieskatā, rezidentu vietu un apmācības kapacitātes koncentrēšanās Rīgā veicina, ka pēc rezidentūras studijām bērnu ārsti paliek galvaspilsētā. To apstiprina arī faktiskais bērnu ārstu skaits reģionos.

Vispārējās specialitātes ārstu kompetence bērnu veselības aprūpē ir neskaidra

Efektīva veselības aprūpes darbaspēka priekšnosacījums ir darbaspēka piedāvājuma un prasmju saskaņošana ar sabiedrības veselības aprūpes vajadzībām gan tagad, gan nākotnē.²⁴¹ Tāpēc valstīm, plānojot veselības aprūpes darbaspēku, būtu jāievēro šādi nosacījumi:

- ✓ jāapmāca pietiekams skaits veselības aprūpes darbinieku, tajā skaitā jāoptimizē to kompetenču tvērums, lai visefektīvāk izmantotu viņu kvalifikāciju un prasmes;
- ✓ jānodrošina, ka veselības aprūpes darbinieki iegūst un uztur vajadzīgās prasmes un kompetences, lai sniegtu augstas kvalitātes pakalpojumus, tajā skaitā jāveicina nepārtraukta profesionālā pilnveide;
- ✓ jānodrošina, ka visiem iedzīvotājiem ir pietiekama piekļuve veselības aprūpei neatkarīgi no dzīvesvietas, veicinot vienmērīgāku veselības aprūpes darbinieku ģeogrāfisko sadalījumu.²⁴²

Savukārt atbilstoši labajai praksei ārsta pienākums ir nodrošināt standartiem atbilstošu praksi un aprūpi savas kompetences robežās.²⁴³

Veselības aprūpes darbaspēka sniegums ir tieši saistīts ar veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti. Tāpēc ir būtiski noteikt skaidru ietvaru, kurā veselības aprūpes speciālisti iegūst un uztur kompetenci, kas nepieciešama augstas kvalitātes – drošu, efektīvu un uz pacientu vērstu – veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai. Šāds regulējums var ietvert nosacījumus veselības aprūpes speciālistu minimālajām izglītības prasībām, profesionālās darbības tvērumam, kā arī citus pasākumus, piemēram, nepārtrauktas profesionālās pilnveides regulējumu.²⁴⁴

Latvijā ārstniecības personu kompetenci, kā arī teorētisko un praktisko zināšanu apjomu nosaka Ministru kabinets²⁴⁵, izvērtējot profesionālo organizāciju pausto viedokli.

Salīdzinot normatīvajā aktā²⁴⁶ noteikto bērnu ārstu un vispārējo ārstu specialitāšu kompetenci bērnu veselības aprūpē vienā un tajā pašā medicīnas jomā (skatīt 16. tabulu), konstatēts, ka formāli skaidra un nepārprotama nodalījuma nav. Proti, kādai no specialitātēm ir norādīta konkrēta to kompetencē esoša pacientu grupa, bet citiem šādas norādes nav, vienlaikus gandrīz visi vispārējās specialitātes ārsti savas jomas rezidentūrā iegūst teorētiskās zināšanas un praktiskās iemaņas arī bērnu veselības aprūpē. Šāda nekonsekvence formulējumos rada neskaidrību un neļauj nepārprotami noteikt, kurš vispārējās specialitātes ārsts ir vai nav kompetents sniegt veselības aprūpes pakalpojumus bērniem konkrētajā medicīnas jomā. Tāpēc nav iespējams arī viennozīmīgi novērtēt ārstu pieejamību un nodrošinājumu bērnu veselības aprūpē.

Arī atbilstoši ārstu profesionālo organizāciju viedoklim ārstu kompetenču nodalījums bērnu veselības aprūpē nav viennozīmīgs. Lai gan normatīvais regulējums dažās jomās formāli neierobežo vispārējās specialitātes ārsta tiesības sniegt veselības aprūpes pakalpojumus bērniem, praktiski viņu apmācība pediatrijā ir ierobežota, lai nodrošinātu pilna apjoma visu vecumu bērnu veselības aprūpi.

16. tabula. Medicīnas jomu, kurās ir bērnu ārsti, vispārējās specialitātes ārstu kompetence bērnu veselības aprūpē.

Vispārējās specialitātes ārsts	Attiecīgā bērnu ārsta kompetencē esošā pacientu grupa	Vispārējās specialitātes ārsta	
		kompetencē esošā pacientu grupa	rezidentūrā iegūtās teorētiskās zināšanas un praktiskās iemaņas bērnu veselības aprūpē
Ķirurgs	Jaundzimušie, bērni un pusaudži	Visu vecumu cilvēki	Bērnu ķirurģija
Alergologs	Pacienti līdz 18 gadu vecumam	Bērni un picaugušie	Bērnu dermatoloģija un bērnu alergoloģija
Endokrinologs	Bērni	Nav konkrēti noteikta	Bērnu endokrinoloģija stacionārā daudzprofilu ārstniecības iestādē
Gastroenterologs	Bērni	Nav konkrēti noteikta	Ārstniecības iestādē ar specialitātei atbilstošu profilu pediatriiskajā gastroenteroloģijā
Infektologs	Bērni	Nav konkrēti noteikta	Specializētā infektoloģijas stacionārā vai daudzprofilu slimnīcas specializētajās struktūrās, konsultatīvā ambulatora tipa blokā un vakcinācijas iestādē bērnu infektoloģijā
Reimatologs	Bērni	Nav konkrēti noteikta	Bērnu reimatoloģija
Neirologs	Pacienti līdz 18 gadu vecumam	Nav konkrēti noteikta	Bērnu neiroloģijas klīnikā
Kardiologs	Jaundzimušie un bērni līdz 18 gadu vecumam, kuri slimo ar iedzimtām sirdskaitēm	Nav konkrēti noteikta	Nav konkrēti noteiktas
Nefrologs	Pacienti līdz 18 gadu vecumam	Nav konkrēti noteikta	Nav konkrēti noteiktas
Psihiatrs	Bērni un jaunieši	Nav konkrēti noteikta (lai veiktu ārstniecisko darbību, ir teorētiskās zināšanas un praktiskās iemaņas par psihiskiem un uzvedības traucējumiem bērnu un jauniešu vecumā)	Bērnu un jauniešu psihiatrijas pamati
Pneimonologs	Pacienti līdz 18 gadu vecumam	Pieaugušie pacienti	Bērnu pneimonoloģija
Hematologs	Pacienti līdz 18 gadu vecumam	Pieaugušie pacienti	Bērnu hematoloģija

Atbilstoši Veselības ministrijas skaidrojumam²⁴⁷ bērnu veselības aprūpe ir nodrošināma ārsta profesijas kompetences ietvaros un konkrētās pamatspecialitātes, apakšspecialitātes, papildspecialitātes kompetences ietvarā, ņemot vērā studiju programmā un rezidentūrā iegūtās teorētiskās zināšanas un praktiskās iemaņas bērnu veselības aprūpē. Piemēram, ķirurga kompetencē ir visu vecumu cilvēku iedzimtu un iegūtu, akūtu un hronisku ķirurģisko slimību, traumatisko bojājumu un jaunveidojumu izmeklēšana, diagnostika, konservatīvā un ķirurģiskā ārstēšana, intensīvā terapija; arī neirologs rezidentūrā iegūst teorētiskās zināšanas un praktiskās iemaņas bērnu neiroloģijas klīnikā.²⁴⁸ Tādējādi ķirurgs un neirologs savas kompetences ietvaros un standarta situācijās varot nodrošināt bērnu veselības aprūpi. Vienlaikus apgūtās kompetences neizvirza pienākumu nodrošināt bērnu veselības aprūpi.

Arī atbilstoši Nacionālā veselības dienesta skaidrojumam²⁴⁹ normatīvais regulējums²⁵⁰ neparedz aizliegumu vai ierobežojumu vispārējās specialitātes ārstiem sniegt veselības aprūpes pakalpojumus bērniem medicīnas jomās, kurās izveidotas bērnu ārstu specialitātes, ja sniegtie pakalpojumi atbilst attiecīgās specialitātes profesionālajai kompetencei un sertifikācijai. Valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus sniedz ārstniecības persona, kurai ir atbilstoša sertifikācija un līgums ar dienestu, neatkarīgi no tā, vai šī persona ir “bērnu” vai “vispārējās” specialitātes ārsts. Nacionālais veselības dienests veic samaksu par sniegto pakalpojumu (konsultācija, manipulācija, izmeklējums). To apstiprina arī, piemēram, pulmonoloģijas manipulācijas²⁵¹ par bērna līdz 10 gadu vecumam apmācību, kuras apmaksā, ja tās norāda

gan vispārējās specialitātes ārsti, gan bērnu ārsti, proti, pneimonologi, bērnu pneimonologi, alergologi un bērnu alergologi. Tas apliecina: valsts pieļauj, ka medicīnas jomās, kurās ir bērnu ārsti, pakalpojumus bērniem sniedz arī vispārējās specialitātes ārsti.

Rīgas Stradiņa universitātei un VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” ir cits viedoklis. Proti, medicīnas jomās, kurās ir nodalītas bērnu ārstu specialitātes, veselības aprūpes pakalpojumus bērniem jāsniedz attiecīgajiem speciālistiem vai šo jomu vispārējās specialitātes ārstiem ar vismaz pediatra sertifikātu. Pretējā gadījumā bērniem var tikt sniegts nekvalitatīvs pakalpojums, jo bērnu organisms reaģē uz ārstniecību atšķirīgi, nekā pieaugušā.

VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” ieskatā, šāds nosacījums būtu jāparedz arī Nacionālā veselības dienesta līgumos²⁵² ar ārstniecības iestādēm un pakalpojumu apmaksas nosacījumos, tomēr šobrīd dienests apmaksā šādus pakalpojumus. Nacionālais veselības dienests gan norādīja²⁵³, ka:

princips – medicīnas jomās, kurās ir bērnu ārsti, vispārējās specialitātes ārstu pakalpojumus bērniem neapmaksā – varētu ierobežot pakalpojumu pieejamību, īpaši reģionos, kur bērnu ārstu trūkst, kas būtu pretrunā dienesta uzdevumam – nodrošināt valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību.

Arī ārstu profesionālās organizācijas norādīja, ka medicīnas jomās, kurās izveidotas bērnu ārstu specialitātes, bērnu veselības aprūpe primāri jānodrošina attiecīgajiem speciālistiem, jo bērnu anatomija, fizioloģija un saslimšanas prasa specifisku un padziļinātu sagatavotību. Savukārt vispārējās specialitātes ārsta iesaiste ir pieļaujama tikai neatliekamajos gadījumos vai klīniski vienkāršās situācijās, ja ir skaidri noteiktas kompetenču robežas, nosūtīšanas kritēriji un ir strukturēta sadarbība ar bērnu speciālistiem. Pretējā gadījumā pieaug novēlotas diagnostikas, nevienlīdzīgas aprūpes un kompetences pārsniegšanas riski. Situāciju, kurā daļu valsts apmaksātu sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu bērniem sniedz vispārējo specialitāšu ārsti, tās vērtē kā pieejamības problēmu radītu risinājumu, kas īstermiņā var būt pieļaujams, īpaši reģionos un vienkāršākos gadījumos, bet ilgtermiņā neatbilst kvalitatīvas aprūpes standartam.

Revidentu ieskatā, normatīvais regulējums²⁵⁴ nenodrošina skaidru un viennozīmīgu kompetenču nodalījumu bērnu veselības aprūpē un praksē to var interpretēt atšķirīgi. Piemēram, bērnu alergologs veselības aprūpes pakalpojumus sniedz pacientiem līdz 18 gadu vecumam, bet arī alergologa specialitāte nav ierobežota ar pacientu vecuma grupu un tās ietvaros veselības aprūpes pakalpojumus var sniegt gan bērniem, gan pieaugušajiem. Tas atbilst Eiropas Medicīnas speciālistu apvienības Eiropas apmācību prasībām²⁵⁵, kur alergoloģija definēta kā daudzdimensionāla un multidisciplināra joma, kuras speciālistam ir atbilstošas zināšanas un prasmes, kas pārsniedz vienas orgānu sistēmas vai konkrētas vecuma grupas ietvaru, savukārt bērnu alergoloģija skatīta kā pediatrijas ietvaros iegūstama padziļināta kompetence (apakšspecialitāte). Vienlaikus ne normatīvais regulējums, ne Eiropas Medicīnas speciālistu apvienības Eiropas apmācību prasības neaizliedz alergologam sniegt veselības aprūpes pakalpojumus bērniem, lai gan veselības nozares profesionāļi pauda pretēju viedokli.

Revīzijā vērtēts, vai un kā ir iespējams nodalīt vispārējās specialitātes ārsta un bērnu ārsta kompetenci bērnu veselības aprūpē, proti, kad to drīkst darīt vispārējās specialitātes ārsts un kad – tikai bērnu ārsts.

Kopumā ārstu profesionālās organizācijas uzskata, ka vispārējās specialitātes ārsta un bērnu ārsta kompetenci iespējams nodalīt, ņemot vērā specialitātes sertifikātu, apmācības apjomu pediatrijā un klīniskās situācijas sarežģītību. Tomēr zīdaiņu, mazu bērnu, hronisku, sarežģītu vai specifisku slimību gadījumos veselības aprūpes pakalpojumu drīkst sniegt tikai bērnu ārsts. Galvenais princips: veselības

aprūpe jābalsta uz ārsta faktisko profesionālo kompetenci un pacienta labākajām interesēm, nevis tikai uz formālu spēju sniegt veselības aprūpes pakalpojumu.

Savukārt Veselības inspekcija, kas ir veselības nozari uzraugoša un kontrolējoša iestāde²⁵⁶, nesniedza skaidru viedokli²⁵⁷ par vispārējās specialitātes ārstu un bērnu ārstu kompetenču nodalījumu bērnu veselības aprūpē. Inspekcija norādīja, ka jautājumi, kas saistīti ar veselības aprūpes jomas organizatorisko kārtību, nav inspekcijas kompetencē. Vienlaikus Veselības inspekcija norādīja, ka, veicot veselības aprūpes kvalitātes pārbaudes, inspekcija pārbauda konkrētās ārstniecības personas datus Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā²⁵⁸ – ārstam ir jābūt derīgai reģistrācijai un sertifikātam konkrētajā specialitātē. Revidenti kritiski vērtē Veselības inspekcijas sniegto formālo atbildi, jo inspekcija, kuras kompetencē ir uzraudzīt un kontrolēt, lai tiktu nodrošināta kvalitatīva un kvalificēta veselības aprūpe, faktiski izvairījās no skaidrojuma sniegšanas par to, kā vērtētu vispārējās specialitātes ārstu un bērnu ārstu kompetenci pārbaužu laikā.



Revīzijā izlases veidā vērtēta arī vispārējās specialitātes ārstu kompetence²⁵⁹ bērnu veselības aprūpē (skatīt 17. tabulā) tajās medicīnas jomās, kurās nav izveidotas bērnu ārstu specialitātes. Šo ārstu kompetencē būtu jābūt visu vecumu pacientu grupām. Tomēr arī šo ārstu kompetence ir noteikta līdzīgi kā vispārējās specialitātes ārstiem medicīnas jomās, kurās ir izveidotas bērnu ārstu specialitātes. Proti, arī šiem ārstiem gan ir, gan nav norādīta konkrēta to kompetencē esoša pacientu grupa, vienlaikus gandrīz visi ārsti savas jomas rezidentūrā iegūst teorētiskās zināšanas un praktiskās iemaņas arī bērnu veselības aprūpē.

17. tabula. Medicīnas jomu, kurās nav bērnu ārstu, vispārējās specialitātes ārstu kompetence bērnu veselības aprūpē.

Vispārējās specialitātes ārsts	Vispārējās specialitātes ārsta	
	kompetencē esošā pacientu grupa	rezidentūrā iegūtās teorētiskās zināšanas un praktiskās iemaņas bērnu veselības aprūpē
Oftalmologs	Nav konkrēti noteikta	Bērnu oftalmoloģija
Otolaringologs	Nav konkrēti noteikta	Bērnu audioloģija
Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts	Visas pacientu vecuma grupas	Pediatrija
Radiologs	Nav konkrēti noteikta	Pediatrijas radioloģija
Mutes, sejas un žokļu ķirurgs	Nav konkrēti noteikta	Bērnu ķirurģiskā stomatoloģija
Dermatologs venerologs	Nav konkrēti noteikta (tā kompetencē ir arī pediatriskā dermatoloģija)	Nav konkrēti noteiktas
Neirofiziologs	Bērni un pieaugušie	Bērnu neiroloģija
Narkologs	Nav konkrēti noteikta	Bērnu un jauniešu psihiatrijas pamati
Onkologs ķīmijterapeits	Nav konkrēti noteikta	Bērnu onkoloģija
Ginekologs dzemdību speciālists	Sievietes	Nav konkrēti noteiktas
Traumatologs ortopēds	Bērni un pieaugušie	Nav konkrēti noteiktas
Plastikas ķirurgs	Nav konkrēti noteikta	Bērnu ķirurģija
Urologs	Vīrieši un sievietes (tā kompetencē ir arī bērnu uroloģija)	Bērnu un pusaudžu uroloģisko slimību diagnostika, konsultēšana un ārstēšana
Sirds ķirurgs	Nav konkrēti noteikta	Bērnu ķirurģija, bērnu sirds ķirurģija
Neiroķirurgs	Nav konkrēti noteikta	Bērnu ķirurģija, bērnu neiroķirurģija

Revidentu ieskatā, normatīvais regulējums²⁶⁰ skaidri nenosaka vispārējo ārstu kompetenci bērnu veselības aprūpē arī tajās medicīnas jomās, kurās nav noteiktas atsevišķas bērnu ārstu specialitātes. Rezultātā vispārējās specialitātes ārstu kompetenci bērnu veselības aprūpē praksē var interpretēt atšķirīgi atkarībā

no ārstniecības iestādes vai ārsta profesionālās prakses, pieļaujot situācijas, ka vispārējās specialitātes ārsti veselības aprūpes pakalpojumus bērniem var arī nesniegt.

Rīgas Stradiņa universitāte un Latvijas Universitāte norādīja²⁶¹, ka gan specialitātēs, kurās ir izveidota atsevišķa bērnu ārsta specialitāte, gan specialitātēs, kurās nav, rezidenti ir jāapgūst noteikts teorētisko un praktisko zināšanu apjoms bērnu veselības aprūpē.

Tomēr revidenti norāda, ka bērnu veselības aprūpes apguves apjomam kredītpunktos dažādās medicīnas jomās (skatīt pielikumu) nav konsekventas saistības ar ārsta kompetenci sniegt pakalpojumus bērniem. Piemēram:

- ✓ ārsta dermatologa venerologa kompetencē ietilpst veselības aprūpes pakalpojumu sniegšana bērniem, lai gan rezidentūrā atsevišķa apmācība bērnu dermatoloģijā nevienā no augstskolām nav izveidota;
- ✓ ārstiem, kuru kompetencē ietilpst veselības aprūpes pakalpojumu sniegšana bērniem, rezidentūrā atkarībā no augstskolas bērnu veselības aprūpes apguves apjoms ir šāds: urologam – seši kredītpunkti vai pat atsevišķi nav noteikts, ķirurgam – deviņi vai 11 kredītpunkti un oftalmologam – 12 vai 18 kredītpunkti;
- ✓ ārstiem, kuru kompetencē neietilpst veselības aprūpes pakalpojumu sniegšana bērniem, rezidentūrā atkarībā no augstskolas bērnu veselības aprūpes apguves apjoms ir šāds: endokrinologam un infektologam – 11 vai 12 kredītpunkti un psihiatram – pat 22 vai 24 kredītpunkti.

Abas augstskolas norādīja, ka tikai divu specialitāšu, kurās ir izveidota atsevišķa bērnu ārsta specialitāte, ārstu, proti, ķirurga un alergologa, iegūtās zināšanas un praktiskās iemaņas ļauj sniegt sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus bērniem. Vienlaikus augstskolas skaidroja, ka:

- ✓ ķirurga kompetencē ir ambulatoras konsultācijas un mazās ķirurģiskās manipulācijas, savukārt bērnu ķirurga – operatīva terapija stacionāra etapā, kas ietver, piemēram, abdominālo ķirurģiju, torakālo ķirurģiju, neonatālo ķirurģiju, strutaino ķirurģiju un uroloģiju;
- ✓ bērnu alergologus Latvijā sagatavo nelielā skaitā, tāpēc tā kompetencē ir risināt medicīniskas problēmas terciārā līmenī pacientiem ar multimorbiditāti (jeb vairākām saslimšanām), bet alergologs savukārt sniedz konsultācijas gan pieaugušajiem, gan bērniem.

Tāpat abas augstskolas norādīja, ka specialitātēs, kurās nav izveidota atsevišķa bērnu ārsta specialitāte, ārstu iegūtās zināšanas un praktiskās iemaņas ļauj sniegt sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus bērniem. Vienlaikus augstskolas norādīja: lai arī tādās specialitātēs kā, piemēram, uroloģija, traumatoloģija un ortopēdija un ginekoloģija ārsti ir kompetenti sniegt sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus bērniem, tomēr, ja ir kompleksi risināmi jautājumi, bērniem pakalpojumus sniegt kompetents ir tieši bērnu ķirurgs, kuram ir teorētiskās zināšanas un praktiskās iemaņas, piemēram, bērnu un pusaudžu ginekoloģijā, bērnu uroloģijā un bērnu traumatoloģijā un ortopēdijā.

Revidentu ieskatā, minētais liecina, ka rezidentūras teorētisko zināšanu un praktisko iemaņu apjoms bērnu veselības aprūpē nav saskaņots ar ārstiem noteikto kompetenci, specialitātēs ar līdzīgu mācību apjomu tiesības sniegt pakalpojumus bērniem ir atšķirīgas.

Ieteikums

Veselības ministrijai sadarbībā ar Rīgas Stradiņa universitāti, Latvijas Universitāti un ārstu profesionālajām organizācijām uzlabot pieejamību ārstiem, kas ir kompetenti sniegt sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus bērniem.

4. Reģionos ir nepietiekama sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu bērniem pieejamība

Ambulatorajā veselības aprūpē nepietiekami izmanto pediatru iegūtās teorētiskās zināšanas un praktiskās iemaņas bērnu veselības aprūpē, lai tā kopumā uzlabotu pakalpojumu pieejamību bērniem apstākļos, kad citu bērnu ārstu pieejamība ārpus Rīgas ir ierobežota.

Turklāt arī izveidotie dažādie pediatru pakalpojumu veidi neveicina to plašāku izmantošanu, jo vairumā gadījumu pediatru pakalpojumus bērni saņem slimnīcu uzņemšanas nodaļās, kur būtu jāvērsas tikai neatliekamās un dzīvībai bīstamos gadījumos. Revidentu ieskatā, pediatru kabinetu izveides mērķis nav sasniegts.

Bērnu veselības aprūpes pieejamība Latvijā ir būtiski nevienmērīga – reģionos ārpus Rīgas vairāku bērnu ārstu specialitāšu nav vai to skaits nav pietiekams. Tas ierobežo bērniem pieejamo sekundārās ambulatorās veselības aprūpi, īpaši specializētajās jomās, un nenodrošina pietiekamu ģeogrāfisko pārklājumu.

Bērnu ārstu trūkums un neskaidra pieeja vispārējās specialitātes ārstu kompetencei bērnu aprūpē rada situāciju, kurā bērna iespējas saņemt atbilstošus veselības aprūpes pakalpojumus ir atkarīgas no dzīvesvietas un konkrētā ārsta izvēles sniegt vai nesniegt pakalpojumus bērniem.

Nepietiekamos valsts apmaksātos pakalpojumus bērniem mēģina kompensēt labdarības organizācija ar izbraukuma pakalpojumiem par sabiedrības saziņotajiem līdzekļiem. Būtisku daļu veselības aprūpes pakalpojumu bērni saņem par maksu, palielinot ģimeņu finansiālo slogu un sociālekonomisko nevienlīdzību.

Pediatri bērnu ambulatorajā veselības aprūpē iesaistīti par maz, pārsvarā – slimnīcu uzņemšanas nodaļās

Pediatri ambulatorajā veselības aprūpē iesaistīti par maz un to iegūtās teorētiskās zināšanas un praktiskās iemaņas par bērnu veselības aprūpi neizmanto pietiekami. Tomēr tieši pediatri visplašāk pārzina bērnu veselības aspektus, savukārt citu pediatra apakšspecialitāšu bērnu ārstu pieejamība reģionos ārpus Rīgas ir ierobežota.

Izveidotie dažādie pediatru pakalpojumu veidi neveicina to plašāku izmantošanu, jo vairumā gadījumu pediatru pakalpojumus bērni saņem slimnīcu uzņemšanas nodaļās, kur būtu jāvērsas tikai neatliekamās un dzīvībai bīstamos gadījumos.

Pediatrija²⁶² nav tikai bērnu slimību ārstēšana. Tā ir arī veselīgas augšanas un attīstības veicināšana, profilakse (tajā skaitā vakcinācija un traumu novēršana), agrīnu infekcijas slimību atpazīšana un ārstēšana, kā arī rehabilitācija un bērna integrācija sabiedrībā.

Pārejot uz ģimenes medicīnas modeli primārajā veselības aprūpē, Latvijā jaunas pediatru prakses vairs neveido, un valsts apmaksāto bērnu aprūpi primārās veselības aprūpes līmenī nodrošina ģimenes ārsta praksēs. Latvijas Pediatru asociācija vairākkārt rosināja²⁶³ stiprināt ambulatoro pediatru institūciju. Piemēram, veidot ambulatoro tīklu, paredzot, ka uz noteiktu ģimenes ārstu skaitu būtu viens ambulatori konsultējošs pediatrs, tomēr šī iecere nav guvusi apstiprinājumu.

Arī starptautiski uzsvērtā pediatra kompetences nozīme bērna veselības stāvokļa izvērtēšanā un aprūpes ceļa koordinēšanā, tostarp lēmumu pieņemšanā par nosūtīšanu uz sekundāro veselības aprūpi, tajā skaitā pie pediatra apakšspeciālistu bērnu ārstiem.²⁶⁴

Nacionālais veselības dienests puda viedokli²⁶⁵, ka:

pediatrs varētu būt pirmais speciālists (pēc ģimenes ārsta), pie kura veselības problēmu gadījumā vēršas pacients, īpaši apzinoties ierobežoto bērnu ārstu pieejamību reģionos ārpus Rīgas. Šāda pieeja var veicināt efektīvāku pacientu plūsmas organizēšanu, nodrošinot aprūpi iespējami tuvāk dzīvesvietai un mazinot gadījumus, kad pacienti bez klīniskās nepieciešamības vēršas terciārā līmeņa ārstniecības iestādēs.

Vienlaikus Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācija uzsvēra, ka:

sekundārās veselības aprūpes speciālistu iesaistei bērna veselības aprūpē ir noteiktas medicīniskas indikācijas un ka daļu veselības stāvokļu ģimenes ārsts var pārvaldīt primārajā veselības aprūpē. Pakalpojumu plašāka pieejamība pilsētās veicina sabiedrības pieprasījumu pēc speciālistu konsultācijām arī gadījumos, kad tam nav klīniskas nepieciešamības. Tāpat asociācija vērš uzmanību, ka šauru specialitāšu ārstu profesionālās kompetences uzturēšanai nepieciešama specializēta infrastruktūra un diagnostikas iespējas, līdz ar to pediatra pieejamība reģionos, īpaši konsultāciju nodrošināšana reģionālajās slimnīcās, būtu samērīgs risinājums pediatrisko pakalpojumu pieejamības uzlabošanai.

Pediatra profesionālā kompetence²⁶⁶ aptver gan primārās, gan sekundārās veselības aprūpes līmeni (skatīt 26. attēlu). Primārās veselības aprūpes līmenī dežūrpediatri papildina pakalpojumu pieejamību ārpus ģimenes ārstu darba laika.²⁶⁷ Tomēr praksē pediatra ambulatorā darbība pamatā ir koncentrēta sekundārajā veselības aprūpes līmenī, sniedzot pakalpojumus pediatra kabinetā un pediatra konsultācijas.²⁶⁸ Piemēram, pediatru kabinetus 2019. gadā izveidoja sešās reģionālajās slimnīcās²⁶⁹, lai samazinātu pacientu plūsmu uz slimnīcu uzņemšanas nodaļām, nodrošinot bērniem savlaicīgu medicīnisko palīdzību akūtu saslimšanu gadījumā.²⁷⁰

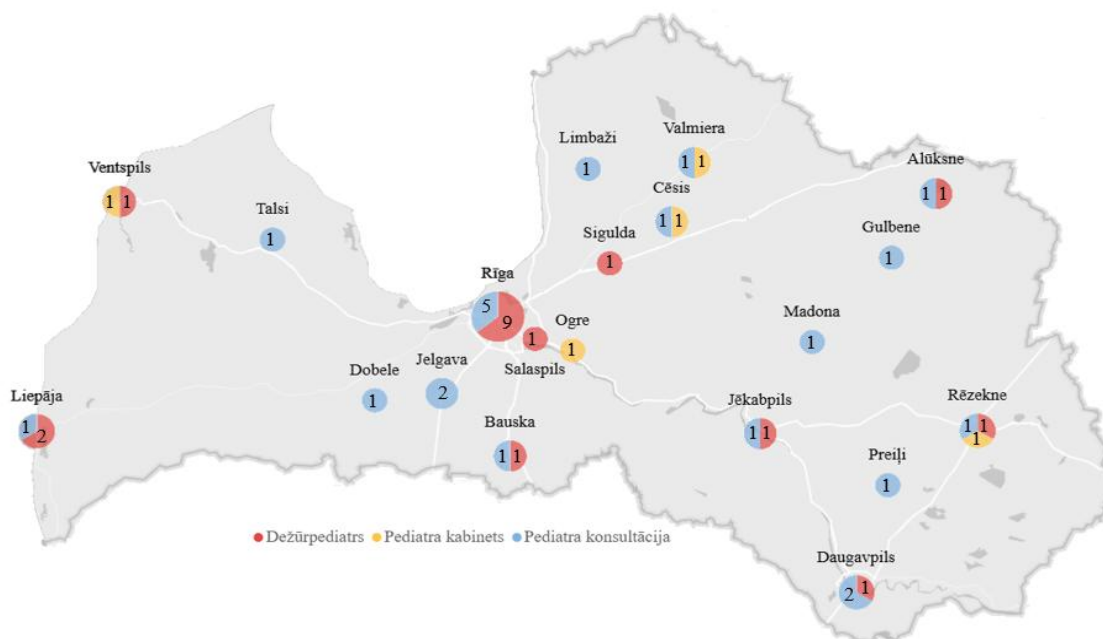
Dažādo pediatra pakalpojumu saņemšanai nav nepieciešams nosūtījums.²⁷¹ Tomēr joprojām veselības problēmu gadījumos ārpus ierastā ģimenes ārstu darba laika vecāki palīdzību nereti meklē slimnīcu uzņemšanas nodaļās.

Pakalpojuma veids	Kad var saņemt pakalpojumu	Kādos gadījumos var vērsties	Kādus pakalpojumus nodrošina
Dežūrpediatrs	Darba dienu vakaros, brīvdienās un svētku dienās	Ja bērnam nepieciešama steidzama, bet ne dzīvību apdraudoša palīdzība ārpus ģimenes ārsta darba laika	Izvērtē bērna veselības stāvokli, nosaka diagnozi, nodrošina ārstēšanu un organizē turpmāko palīdzību
Pediatra kabinets*	Ārstniecības iestādes noteiktajā darba laikā darba dienās, vakaros un brīvdienās	Akūtos, bet ne dzīvību apdraudošos gadījumos	Konsultācijas (arī attālinātas), izvērtē bērna veselības stāvokli, nodrošina ārstēšanu akūtu saslimšanu gadījumos, nosaka turpmāko ārstēšanu
Pediatra konsultācija	Pēc iepriekšēja pieraksta ārstniecības iestādes darba laikā	Plānveida gadījumos, kad nepieciešama pediatra konsultācija, veselības stāvokļa izvērtēšana, novērošana vai ārstēšanas precizēšana	Veselības stāvokļa izvērtēšana, diagnostika, ārstēšanas plāna noteikšana un rekomendācijas turpmākai aprūpei
Pediatrs uzņemšanas nodaļā	Nepārtraukti – 24/7	Neatliekamos un dzīvībai bīstamos gadījumos	Akūtu stāvokļu ārstēšana, dzīvības apdraudējuma novēršana, steidzama diagnostika, lai pieņemtu lēmumu par ārstēšanas taktiku

*Izņemot pediatra kabinetu VSIA “Bēnu klīniskā universitātes slimnīca”, kura darbības princips atšķiras no pārējiem kabinetiem.

26. attēls. Pediatra pakalpojumu veidi, to saņemšanas nosacījumi un saturs.

Pakalpojumi pediatra kabinetā 2024. gadā nodrošināti piecās ārstniecības iestādēs, pediatra konsultācijas – 22, savukārt dežūrpediatra pakalpojumi – 19 (skatīt 27. attēlu). Papildus VSIA “Bēnu klīniskā universitātes slimnīca” izveidots pediatra kabinets, kas strādā pēc principa “ārsts konsultē ārstu”.²⁷²



27. attēls. Ārstniecības iestāžu skaits pediatra pakalpojumu sniegšanas vietās 2024. gadā.

Nacionālais veselības dienests skaidroja²⁷³, ka:

daudzveidīgu pediatra pakalpojumu uzturēšana uzlabo pakalpojumu pieejamību un elastību, palīdz vadīt pacientu plūsmu un samazināt slimnīcu uzņemšanas nodaļu noslodzi.

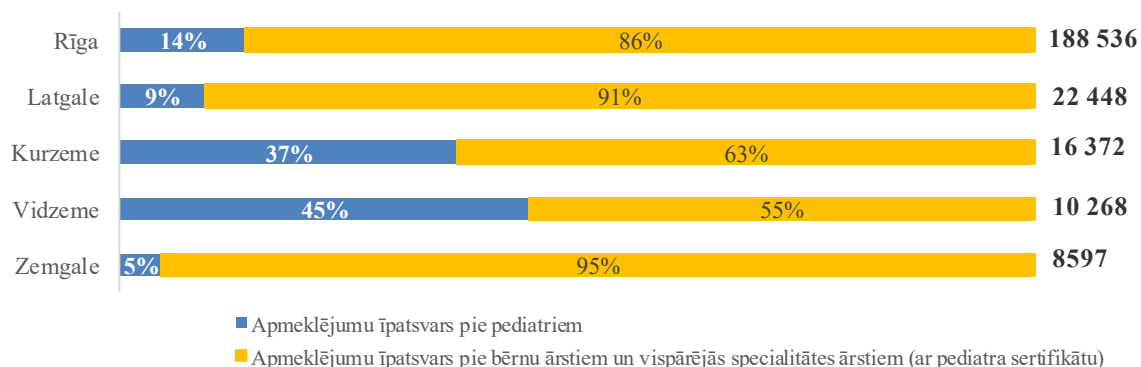
Tomēr pediatru pakalpojumu sniegšanas prakse un apjoms (skatīt 18. tabulu) liecina par to nepietiekamu iesaisti sekundārās ambulatorās veselības aprūpes nodrošināšanā, lai gan pediatri ir ieguvuši nepieciešamās teorētiskās zināšanas un praktiskās iemaņas tieši bērnu veselības aprūpē, kas ir īpaši nozīmīgas reģionos ārpus Rīgas, kur lielākoties nav pieejami citu specialitāšu bērnu ārsti.

18. tabula. Kopējais unikālo bērnu un valsts apmaksāto pediatra pakalpojumu apmeklējumu skaits un izlietotais finansējums 2024. gadā sadalījumā pa pakalpojumu veidiem.²⁷⁴

Pakalpojuma veids	Ārstniecības iestāžu skaits, kur pakalpojums pieejams	Unikālais pakalpojumu saņēmumu bērnu skaits	Kopējais apmeklējumu skaits	Finansējums
Dežūrpediatrs	19	6665	9285	700 tūkst. euro*
Pediatra kabinets	5	2627	3861	222 tūkst. euro
Pediatra konsultācija	22	26 266	35 574	1,4 milj. euro
Pediatrs uzņemšanas nodaļā	14	29 922	36 530	Iekļauts fiksētajā piemaksā par uzņemšanas nodaļas darbību
Kopējais unikālo bērnu skaits		57 027	85 250	

* Daļā dežūrārstu kabinetu pakalpojumus sniedz arī pieaugušajiem pacientiem, bet finansējumu plāno kopā, neparedzot sadalījumu pa pacientu grupām, tāpēc norādīts kopējais finansējums visu kabinetu darbības uzturēšanai.

2024. gadā pediatra konsultācijas un pediatra kabineta pakalpojumus saņēma tikai 17 % bērnu no kopējā unikālo bērnu skaita, kas saņēma bērnu ārstu vai vispārējās specialitātes ārstu (ar pediatra sertifikātu) pakalpojumus. Tas attiecīgi veido tikai 16 % no kopējā minēto ārstu sniegto pakalpojumu apjoma (skatīt 28. attēlu).



28. attēls. Apmeklējumu īpatsvars pie pediatriem (kabineti un konsultācijas), bērnu un vispārējās specialitātes ārstiem (ar pediatra sertifikātu) un kopējais skaits sadalījumā pa reģioniem 2024. gadā.

Pediatru pakalpojumu (pediatru konsultācijas un pediatru kabinetu pakalpojumi) īpatsvars (skatīt 28. attēlu) reģionos nav vienmērīgs – no 5 % Zemgalē līdz 45 % Vidzemē, savukārt Rīgā, kur ir lielākais kopējais apmeklējumu skaits (188 536), pediatru apmeklējumu īpatsvars ir salīdzinoši zems (14 %). Vienlaikus revidenti vērš uzmanību, ka 79 % no visiem bērniem pediatru pakalpojumus saņēma

VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”, kurai novirzīts arī 71 % no kopējā finansējuma, kas arī liecina par pediatra konsultāciju ierobežotu pieejamību reģionos.

Lai gan ir izveidoti dažādi pediatra pakalpojumu veidi, tomēr tik un tā vairumā gadījumu tieši slimnīcu uzņemšanas nodaļās bērni faktiski saņem lielāko pediatru pakalpojumu apjomu, tajā skaitā arī tad, ja tajās darbojas arī pediatra kabineti vai ir pieejamas pediatra konsultācijas (skatīt 19. tabulu). Revidenti vienlaikus vērš uzmanību, ka slimnīcu uzņemšanas nodaļās būtu jāvērsas tikai neatliekamās un dzīvībai bīstamos gadījumos. 2024. gadā divreiz veikta²⁷⁵ arī pediatru kabinetos sniegto pakalpojumu apjoma analīze, kuras rezultātā divu kabinetu darba slodze ir samazināta līdz minimālajai jeb 0,25 slodzei²⁷⁶. Vienlaikus izvērtējumu par pediatra kabinetu darbības ietekmi uz uzņemšanas nodaļu noslodzi dienests nav veicis.²⁷⁷

19. tabula. Piemēri par saņemto pediatriko pakalpojumu apjomu 2024. gadā sadalījumā pa ārstniecības iestādēm un pakalpojumu veidiem.²⁷⁸

	Kopējais apmeklējumu skaits		
	Pediatra kabinets	Pediatra konsultācija	Uzņemšanas nodaļa
Ogres rajona slimnīca	55		2184
Vidzemes slimnīca	139	154	2222
Madonas slimnīca		371	812
Dobeles un apkārtnes slimnīca		4	626

Revidentu ieskatā, minētais liecina, ka daudzveidīgu pediatra pakalpojumu nodrošināšana nav pietiekami koordinēta un rezultātā pacientu plūsma turpina koncentrēties stacionārajā veselības aprūpē, kamēr daļu sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu neizmanto pietiekami.

Tāpat pastāv arī dažādi pediatru pakalpojumu organizācijas trūkumi, kas liecina, ka tie ir jāpārskata, proti, jāpilnveido pakalpojumu organizācija un uzskaitē.

Revīzijā konstatēti gadījumi, kad pārklājas dažādie pediatru pakalpojumu veidi vai to sniegšanas laiks. Piemēram, vienā ārstniecības iestādē nodrošina visus trīs pediatra pakalpojumu veidus, turklāt pediatrs ir pieejams arī uzņemšanas nodaļā, bet citā iestādē dežūrpediatrs pieejams darba dienās no plkst. 16.00 līdz 20.00, un arī pediatra kabinets nodrošina pakalpojumus līdzīgā laikā – no plkst. 17.00 līdz 23.00.

Revīzijā konstatēti arī gadījumi, kad pediatra pakalpojumu uzskaites dokumentos norādīta savstarpēji pretrunīga informācija, tostarp neatbilstošas pacientu grupas vai viena un tā paša pediatra sniegtie pakalpojumi uzskaitīti dažādās kategorijās. Piemēram:

- ✓ uzskaites dokumentos par pediatra konsultācijām kā pacientu grupa norādītas U2, U3 un U4 grupas, kas atbilstoši pacientu grupu klasifikatoram paredzētas stacionārās neatliekamās palīdzības sniegšanai uzņemšanas nodaļā; turklāt gandrīz pusi no šiem taloniem aizpildīja pediatri, kuri tajās pašās dienās nodrošināja palīdzību uzņemšanas nodaļā;
- ✓ viens un tas pats pediatrs aizpildīja uzskaites dokumentus par pakalpojumiem, kas sniegti uzņemšanas nodaļā, pediatra kabinetā un pediatra konsultācijā;
- ✓ uzskaites dokumentos par pediatra kabineta apmeklējumiem vienlaikus norāda arī pediatra konsultācijas epizodi.

Nacionālais veselības dienests skaidroja²⁷⁹, ka konstatētās pazīmes var liecināt par nepilnībām pediatra pakalpojumu uzskaitē, vienlaikus uzsverot, ka šādu gadījumu padziļināta izvērtēšana ir resursietilpīga un tiek veikta atbilstoši risku izvērtējumam. Revidentu ieskatā, minētie gadījumi liecina par nepilnībām

pediatra pakalpojumu uzskaitē, un tas ierobežo iespējas nepārprotami noteikt pakalpojuma sniegšanas veidu un vietu, kā arī apgrūtina datu izmantošanu pakalpojumu plānošanai un izvērtēšanai.

Tāpat dažās ārstniecības iestādēs kā dežūrpediatri ir nodarbināti nevis pediatri, bet arī citu specialitāšu ārsti, piemēram, ģimenes ārsti, internisti, neatliekamās medicīnas ārsti un sirds ķirurgs. Vienā dežūrārsta kabinetā nebija sasniegts pat noteiktais minimālais apmeklējumu skaits – trīs pacienti dienā – un Nacionālais veselības dienests 2025. gadā izbeidza līgumu²⁸⁰ ar šo ārstniecības iestādi.

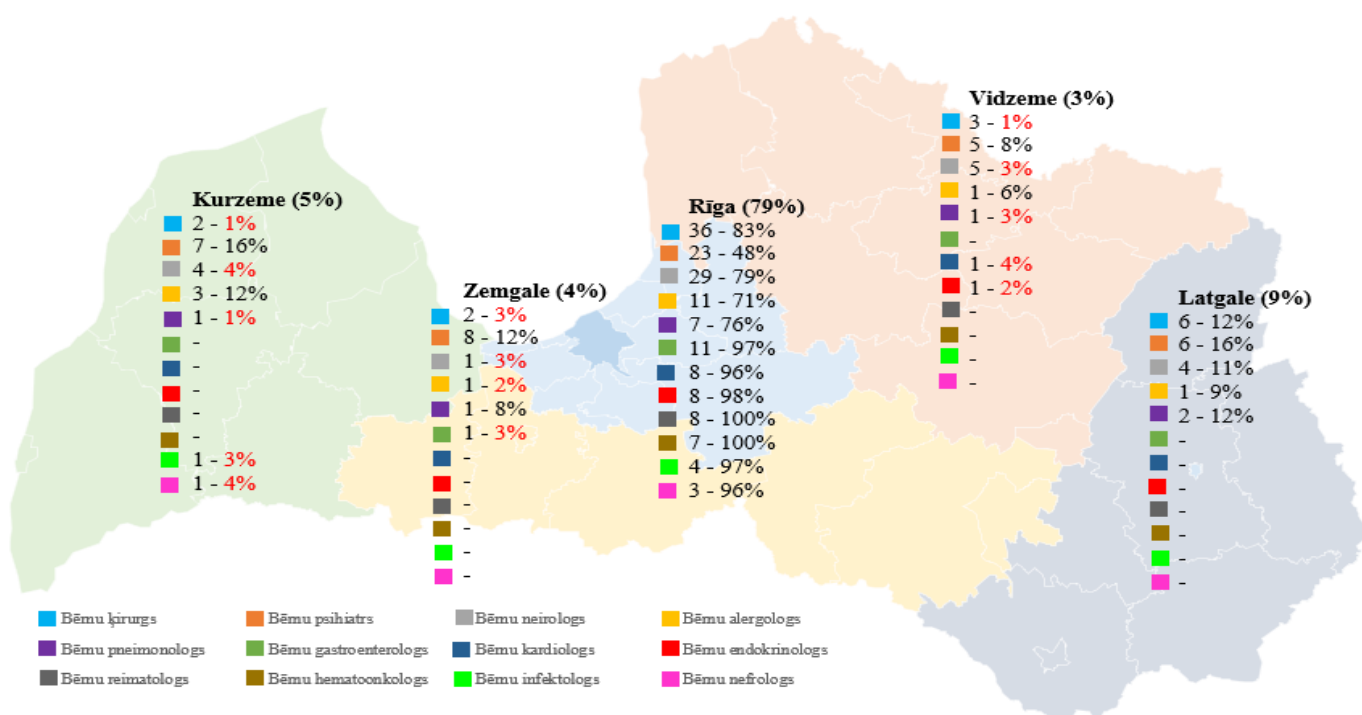
Savukārt pediatra kabinets VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” atšķiras no pārējiem kabinetiem, jo tas strādā pēc principa “ārsts konsultē ārstu”.²⁸¹ Tas ļauj ģimenes ārstiem un slimnīcu speciālistiem nepieciešamības gadījumā konsultēties²⁸² ar terciārā līmenī strādājošu pieredzējušu pediatru par neskaidriem jautājumiem bērnu veselības aprūpē. Revidenti gan norāda, ka tieši attālināto konsultāciju uzskaitē un apmaksai no 01.07.2020. ir ieviesta atsevišķa manipulācija²⁸³, tomēr praksē to izmanto galvenokārt pieaugušo pacientu ārstniecībā, kad augstāka līmeņa ārstniecības iestāžu speciālisti sniedz konsultācijas citu ārstniecības iestāžu speciālistiem terapijas precizēšanai vai ar ārstniecību saistīto lēmumu pieņemšanai.²⁸⁴



Atbilstoši revidentu aplēsei²⁸⁵, ja VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” pediatru konsultācijas apmaksātu atbilstoši attālinātas konsultācijas manipulācijas tarifam, nevis ar fiksēto maksājumu, to kopējās izmaksas 2024. gadā būtu par 94 % jeb 56 tūkst. *euro* zemākas.

Bērnu ārsti pieejami galvenokārt bērniem Rīgā, ne reģionos, savukārt Rīgā esošie bērnu ārsti pakalpojumus sniedz maz

Bērnu ārstu skaits un specialitāšu sadalījums Latvijā nav vienmērīgs – 69 % jeb 155 Latvijas bērnu ārsti koncentrējas Rīgā, kur nodrošina 79 % no valsts apmaksātajiem sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumiem bērniem, kamēr pārējos reģionos bērnu ārstu pieejamība ir ierobežota (skatīt 29. attēlu). Vairāki bērnu ārsti reģionos nav pieejami vispār, piemēram, Latgalē no 12 bērnu ārstu specialitātēm pieejamas vien piecas, bet Kurzemē – septiņas. Tāpēc arī sniegto pakalpojumu īpatsvars reģionos ir zems, piemēram, bērnu pneimonologa pakalpojumi Kurzemē ir 1 % no kopējā šo speciālistu pakalpojuma apjoma valstī, Vidzemē – 3 %, bet bērnu ķirurga – Kurzemē – 1 %, Zemgalē – 3 % un Vidzemē – 1 %. Tas, revidentu ieskatā, rada būtisku reģionālu nevienlīdzību bērnu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamībā, kas ierobežo savlaicīgu pakalpojumu saņemšanu un palielina pacientu plūsmu uz Rīgu.



29. attēls. Faktiskais bērnu ārstu skaits un to sniegto pakalpojumu īpatsvars specialitātes ietvaros sadalījumā pa reģioniem 2024. gadā.²⁸⁶

Ārstu nodrošinājumu ietekmē ne tikai ārstu, bet arī darba stundu skaits pakalpojumu sniegšanai.²⁸⁷



Revīzijas izlasē iekļauto specialitāšu bērnu ārsti (skatīt 20. tabulu) valsts apmaksāto sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai Rīgā velta vidēji 10 stundas nedēļā, savukārt reģionos ārpus Rīgas – vidēji piecas. Vairumā gadījumu šie ārsti sniedz arī valsts apmaksātus stacionārās veselības aprūpes pakalpojumus VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” un arī maksas pakalpojumus dažādās ārstniecības iestādēs.

20. tabula. Izlasē iekļauto bērnu ārstu skaits, ambulatoro pakalpojumu apjoms un darba slodze 2024. gadā un gaidīšanas laiks (dienās) 2024. un 2026. gadā.²⁸⁸

Specialitāte	Valsts apmaksāto sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu rādītāji 2024. gadā						Gaidīšanas laiks sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumiem VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”	
	Ārstu skaits		Apmeklējumu skaits vidēji mēnesī		Darba slodzes stundus skaits vidēji nedēļā ²⁸⁹		01.01.2024.	01.05.2026. ²⁹⁰
	Rīgas reģionā	Pārējos reģionos	Rīgas reģionā	Pārējos reģionos	Rīgas reģionā	Pārējos reģionos		
Bērnu:								
- ķirurgs	35	12	131	98	13	10	5	5
- neirologs	29	12	95	70	13	10	35	34
- alergologs, t. sk. pediatrs	12	7	82	48	10	6	33	44
- gastroenterologs	10	1	79	24	11	3	46	68
- endokrinologs, t. sk. pediatrs	8	2	117	54	16	7	82	50
- kardiologs	8	1	107	31	15	4	33	21
- pneimonologs, t. sk. pediatrs	10	6	39	32	5	4	45	42
- reimatologs	8	0	40	-	6	-	11	26
- infektologs	4	1	33	5	5	1	6	6
- nefrologs, t. sk. pediatrs	4	1	40	3	6	0,4	6	9

2024. un 2026. gadā VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”, kur nodarbināts vairums bērnu ārstu, nav vērojama izteikta bērnu ārstu pakalpojumu gaidīšanas laika izmaiņu tendence, jo daļai pakalpojumu tas nav mainījies, bet daļai gan pieaudzis, gan arī samazinājies. Vienlaikus ir konstatēti gadījumi, kad bērnu ārsta (piemēram, bērnu gastroenterologa vai bērnu endokrinologa) darba slodze valsts apmaksāto sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai ir neliela, bet pakalpojumu gaidīšanas laiks ir ilgs – vairāki mēneši. Minētais liecina, ka, lai arī Rīgā ir būtiski labāka bērnu ārstu pieejamība, tik un tā gaidīšanas laiks nereti pārsniedz vairākus mēnešus.

Lai uzlabotu sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu bērniem pieejamību, pamatnostādņēs²⁹¹ noteikts šāds sasniedzamais rādītājs: sekundāro ambulatoro konsultāciju vidējais gaidīšanas laiks (dienās) VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” 2024. gadā nepārsniedz 42 dienas (vidēji 1,4 mēneši). Revīzijā Veselības ministrija informēja²⁹², ka 01.12.2024. vidējais gaidīšanas laiks ir 55 dienas (vidēji 1,8 mēneši).



Vidējais sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu gaidīšanas laiks VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” pie revīzijas izlasē iekļautajiem ārstiem²⁹³ 01.01.2024.²⁹⁴ ir vidēji 83 dienas (vidēji 2,8 mēneši), savukārt 01.05.2026.²⁹⁵ – 90 dienas (vidēji trīs mēneši). Redzams, ka vidējais gaidīšanas laiks dienās uz minētajiem pakalpojumiem pieaug.

Atbilstoši apkopotajam veselības nozares profesionāļu viedoklim bērnu veselības aprūpē kopumā ir izteikts cilvēkresursu trūkums, kā arī nevienlīdzīga ārstu speciālistu pieejamība reģionos. Šī nevienlīdzība izpaužas arī dažādu bērnu ārstu specialitāšu nodrošinājumā – ir bērnu ārstu specialitātes, kurās ārstu skaits ir pietiekams, un ir bērnu ārstu specialitātes, kurās tas nav pietiekams sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai. Piemēram, pietiekams ārstu skaits ir bērnu ķirurga, alergologa, endokrinologa, kardiologa un pneimonologa specialitātēs, bet nav pietiekams – bērnu psihiatra specialitātē.

Vienlaikus arī gadījumos, kad ārstu skaits atsevišķās specialitātēs valstī ir pietiekams, tas nenodrošina vienlīdzīgu sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību visā valsts teritorijā. Reģionos ārstu kvalifikācijas uzturēšanu apgrūtina nepietiekama pacientu plūsma, kas ierobežo klīniskās pieredzes uzkrāšanu un kompetenču uzturēšanu atbilstošā kvalitātes līmenī, tāpēc ne vienmēr ir iespējams nodrošināt pastāvīgu speciālistu klātbūtni. Tāpēc būtisks uzdevums ir identificēt tos speciālistus, kuru pieejamība reģionos ir stratēģiski prioritāra, vienlaikus saglabājot centralizētu pieeju tiem pakalpojumiem, kuru kvalitāti un efektivitāti iespējams nodrošināt, tikai koncentrējot resursus un kompetences. Turklāt jāņem vērā, ka lielākā daļa veselības aprūpes vajadzību ir risināma primārās veselības aprūpes līmenī.

VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” norādīja, ka:

ņemot vērā biežākās bērnu hroniskās saslimšanas, reģionu centros jeb valstspilsētās²⁹⁶, kuras atrodas tālāk par 100 km no Rīgas, jābūt pieejamām plānveida konsultācijām atbilstoši bērnu skaitam konkrētajā reģionā pie bērnu endokrinologa, bērnu pneimonologa vai alergologa un bērnu gastroenterologa.

Tomēr revidenti norāda, ka ir reģioni (skatīt 29. attēlu), kuros nav pieejams ne bērnu endokrinologs, ne bērnu gastroenterologs.

Atbilstoši apkopotajam veselības nozares profesionāļu viedoklim bērnu veselības aprūpes pieejamības uzlabošanai reģionos iespējami šādi risinājumi, piemēram:

- ✓ attīstīt primārās veselības aprūpes kompetences, pilnveidojot ekspresdiagnostikas iespējas, hronisko pacientu aprūpes algoritmus un sadarbību ar šaurāku specialitāšu ārstiem;
- ✓ nodrošināt pediatriko konsultāciju pieejamību reģionos, īpaši gadījumos, kad nepieciešama ārsta speciālista iesaiste;
- ✓ stiprināt pediatrikās aprūpes tīklu, attīstot VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” attālinātas konsultācijas (ārsts–ārsts un ārsts–pacients), lai uzlabotu pakalpojumu pieejamību, veicinātu zināšanu pārnēsi un sniegtu atbalstu klīnisko lēmumu pieņemšanā;
- ✓ sadarbībā ar pašvaldībām organizēt strukturētas pacientu plūsmas, piemēram, centralizētu pacientu transportēšanu uz VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” vai slimnīcas speciālistu izbraukumus uz reģioniem, ja to ļauj resursi;
- ✓ paplašināt metodiskās institūcijas²⁹⁷ sadarbību ar reģionālajām ārstniecības iestādēm, paredzot, piemēram, konsultatīvo atbalstu, iesaisti radioloģisko izmeklējumu izvērtēšanā un skaidrus nosūtīšanas algoritmus sarežģītiem un augsta riska gadījumiem;
- ✓ nodrošināt mērķētus valsts atbalsta mehānismus ārstu speciālistu piesaistei reģionos (piemēram, mērķstipendija, darbavietas garantija, profesionālās attīstības iespējas).

Reģionos bērniem pakalpojumus vairāk sniedz vispārējās specialitātes, ne bērnu ārsti

Medicīnas jomās, kurās izveidotas bērnu ārstu specialitātes, veselības aprūpes pakalpojumus bērniem sniedz arī vispārējās specialitātes ārsti (skatīt 21. tabulu). Piemēram, kardiologs – 38 %, pneimonologs – 33 %, alergologs – 18 %, un ķirurgs – 8 % (neieskaitot ārstu ar pediatra sertifikātu sniegtos pakalpojumus).

21. tabula. Sertificēto ārstu un līgumattiecībās ar Nacionālo veselības dienestu esošo ārstu skaits un to sniegto pakalpojumu apjoms bērniem 2024. gadā.

Ārsta specialitāte	Sertificēto ārstu skaits 01.01.2024. ²⁹⁸	Līgumattiecībās ar NVD esošo sertificēto ārstu 01.01.2024. ²⁹⁹		Sertificēto ārstu, kas faktiski sniedz sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus bērniem, skaits 2024. gadā	Faktiskais unikālo pacientu skaits 2024. gadā	Faktiskais apmeklējumu skaits 2024. gadā
		skaits	īpatsvars, %			
Bērnu alergologs	14	13	93	13	10 223	15 095
Alergologs	26	20	77	14	2782	3873
Alergologs ar pediatra sertifikātu				2	1723	2097
Alergologa sniegto pakalpojumu apjoma īpatsvars (%):					19	18
Bērnu ķirurgs	46	43	93	42	41 706	63 528
Ķirurgs	314	290	92	144	4183	5589
Ķirurga sniegto pakalpojumu apjoma īpatsvars (%):					9	8
Bērnu kardiologs	9	8	89	8	4956	7988
Kardiologs	252	206	82	55	4536	4874
Kardiologa sniegto pakalpojumu apjoma īpatsvars (%):					48	38
Bērnu endokrinologs	6	6	100	8	4459	8759
Endokrinologs	94	86	91	45	201	284
Endokrinologs ar pediatra sertifikātu				1	541	977

Ārsta specialitāte	Sertificēto ārstu skaits 01.01.2024. ²⁹⁸	Līgumattiecībās ar NVD esošo sertificēto ārstu 01.01.2024. ²⁹⁹		Sertificēto ārstu, kas faktiski sniedz sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus bērniem, skaits 2024. gadā	Faktiskais unikālo pacientu skaits 2024. gadā	Faktiskais apmeklējumu skaits 2024. gadā
		skaits	īpatsvars, %			
Endokrinologa sniegto pakalpojumu apjoma īpatsvars (%):				4	3	
Bērnu pneimologs	10	10	100	9	3004	4046
Pneimologs	108	98	91	44	2235	2745
Pneimologs ar pediatra sertifikātu				4	1048	1520
Pneimologa sniegto pakalpojumu apjoma īpatsvars (%):				36	33	
Bērnu nefrologs	3	3	100	3	488	821
Nefrologs	37	36	97	7	38	80
Nefrologs ar pediatra sertifikātu				1	469	821
Nefrologa sniegto pakalpojumu apjoma īpatsvars (%):				4	5	
Bērnu neirologs	44	37	84	35	28 643	38 776
Neirologs	285	233	92	105	372	568
Neirologa sniegto pakalpojumu apjoma īpatsvars (%):				1	1	
Bērnu reimatologs	10	8	80	8	1634	3857
Reimatologs	34	31	91	16	18	32
Reimatologa sniegto pakalpojumu apjoma īpatsvars (%):				1	1	
Bērnu gastroenterologs	10	10	100	10	5686	9756
Gastroenterologs	51	45	88	21	20	27
Gastroenterologs ar pediatra sertifikātu				1	5	5
Gastroenterologa sniegto pakalpojumu apjoma īpatsvars (%):				0,4	0,3	
Bērnu psihiatrs	53	43	77	39	12 374	28 527
Psihiatrs	268	201	86	86	1011	2718
Psihiatra sniegto pakalpojumu apjoma īpatsvars (%):				8	9	
Bērnu infektologs	23	13	57	9	1342	1652
Infektologs	63	53	84	14	15	18
Infektologa sniegto pakalpojumu apjoma īpatsvars (%):				1	1	
Bērnu hematoloģists	9	7	78	7	1364	4300
Hematoloģists	18	17	94	3	24	35
Onkoloģists ķīmijterapeits	68	62	91	14	134	160
Hematologa un onkologa ķīmijterapiķa sniegto pakalpojumu apjoma īpatsvars (%):				10	10	

Tomēr, kā skaidroja³⁰⁰ VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”, Rīgas Stradiņa universitāte, un ārstu profesionālās organizācijas:

vispārējās specialitātes ārsti bez pediatra sertifikāta nav kompetenti pienācīgā kvalitātē ārstēt bērnus. Savukārt vispārējās specialitātes ārsta ar pediatra sertifikātu zināšanas un prasmes nav pilnībā pielīdzināmas bērnu ārsta kompetencei, lai gan vispārējās specialitātes ārstiem, kuriem ir arī pediatra sertifikāts, ir pietiekama kompetence strādāt ar bērniem, salīdzinot ar vispārējās specialitātes ārstiem, kuriem šāda sertifikāta nav.

Daudzviet bērniem sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus biežāk sniedz vispārējās specialitātes, nevis bērnu ārsts, un šī tendence ir izteiktāka reģionos ārpus Rīgas. Attiecīgi revīzijā apkopotas tās specialitātes, kurās vispārējās specialitātes ārstu sniegto pakalpojumu īpatsvars pārsniedz pusi no kopējā pakalpojumu apjoma attiecīgajā medicīnas jomā:

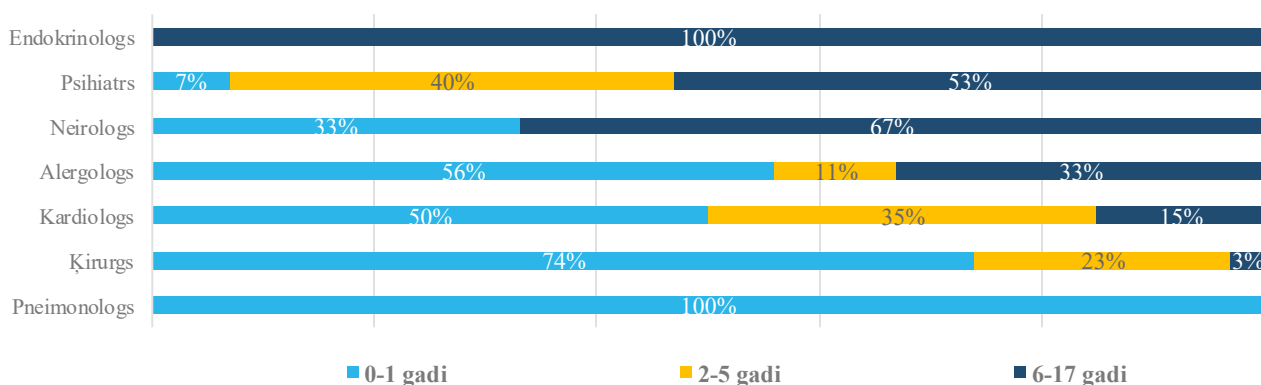
- ✓ reģionos ārpus Rīgas septiņās specialitātēs: hematoloģists/onkoloģists ķīmijterapeits – 97 %, pneimologs – 89 %, ķirurgs – 77 %, infektologs – 72 %, nefrologs – 64 %, neirologs – 60 %, endokrinologs – 51 %;

- ✓ Rīgā piecās specialitātēs: gastroenterologs – 85 %, alergologs – 75 %, kardiologs un reimatologs – 56 %, psihiatrs – 52 %.



Vienlaikus pie daļas revīzijas izlasē iekļauto vispārējās specialitātes ārstu (bez pediatra sertifikāta) ir bijuši mazāk nekā 20 bērnu apmeklējumi 2024. gadā, proti, robežās no 36 % (piemēram, pie alergologa) līdz pat 100 % (pie gastroenterologa, reimatologa). Revidentu ieskatā, tas, ka atsevišķu vispārējās specialitātes ārstu sniegtais pakalpojumu apjoms bērniem ir neliels, bet tomēr tiek sniegts, var radīt risku nepietiekamai kompetences uzturēšanai un pakalpojuma kvalitātei.

Pakalpojumus pie vispārējo specialitāšu ārstiem (kuriem nav pediatra sertifikāta un pie kuriem ir bijuši vairāk par 20 bērnu apmeklējumiem gadā) saņēmuši dažāda vecuma bērni (skatīt 30. attēlu). Piemēram, bērnus līdz divu gadu vecumam pieņem visi pneimonologi, tāpat arī vairumā gadījumu ķirurgi, alergologi un kardiologi – attiecīgi 74 %, 56 % un 50 %. Šajos gadījumos nevar apgalvot, ka vispārējie ārsti sniegtu pakalpojumus tikai vecākiem bērniem, lai tādējādi mazu bērnu veselības aprūpi atstātu bērnu ārstu kompetencē.



30. attēls. Revīzijas izlasē iekļauto sertificēto ārstu īpatsvars sadalījumā pa bērnu vecumiem, no kuriem noteiktais ārsts pieņem bērnus.

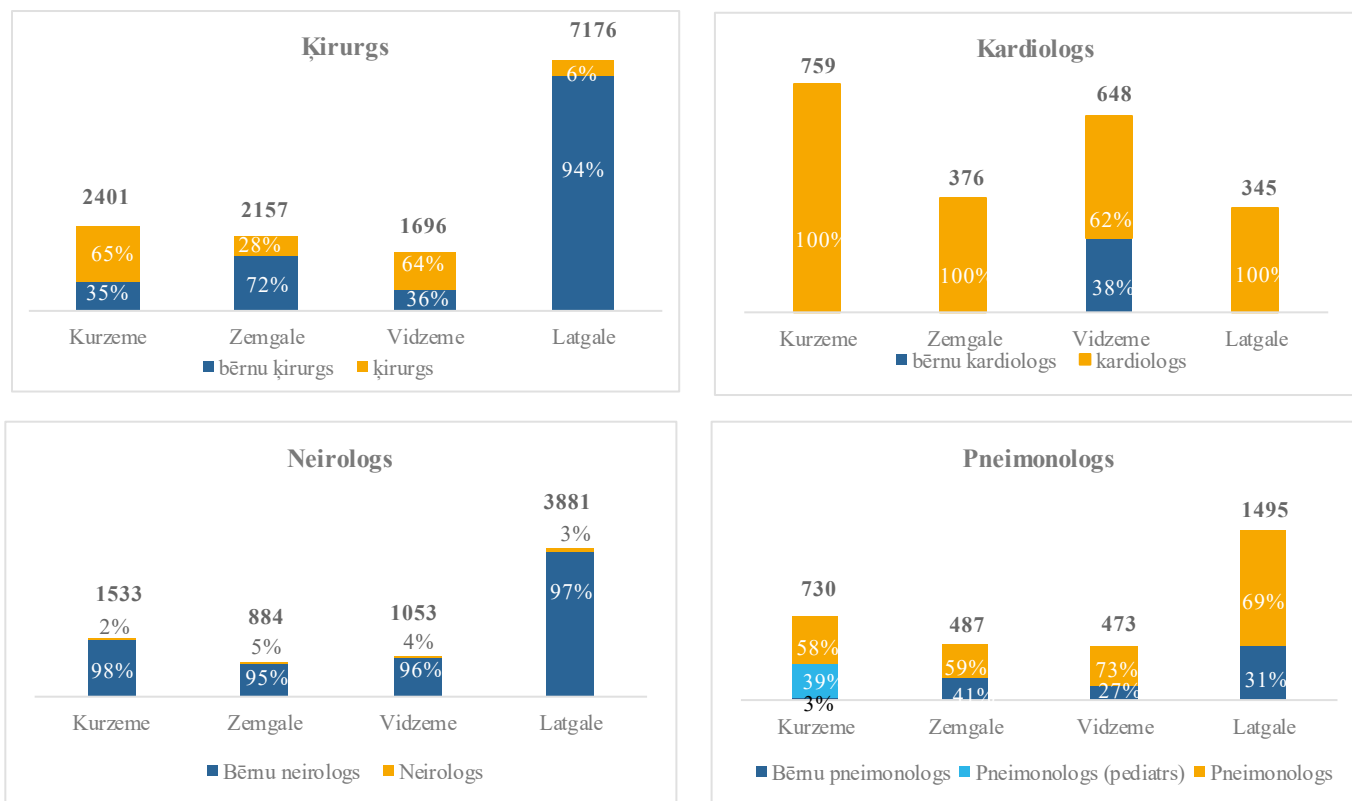
Vienlaikus ir arī tādu specialitāšu ārsti, kas pieņem bērnus no noteikta vecuma, bet kopumā šo pakalpojumu apjoms ir neliels – no 0,3 līdz 3 %. Piemēram, endokrinologi pieņem bērnus no sešiem gadiem, gastroenterologi (arī ar pediatra sertifikātu) no 12 gadiem un reimatologi no 14 gadiem.

Reģionos, kur bērnu ārstu trūkst, vispārējās specialitātes ārstu, kas pieņem bērnus līdz divu gadu vecumam, īpatsvars ir lielāks nekā Rīgā. Piemēram:

- ✓ 56 (39 %) no 144 ķirurgiem pieņem bērnus līdz divu gadu vecumam; salīdzinājumam, Vidzemē tie ir 74 %, Kurzemē – 50 % un Zemgalē – 35 %, savukārt Rīgā tikai 21 %;
- ✓ 11 (20 %) no 55 kardiologiem pieņem bērnus līdz divu gadu vecumam; salīdzinājumam, Rīgā šādu kardiologu nav, bet Kurzemē tie ir 36 %, Vidzemē un Zemgalē – 22 % un 21 %, un Latgalē – 14 %.

Tāpat reģionos bērniem, kuri reģistrēti pie attiecīgā reģiona ģimenes ārstiem, sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošinājums³⁰¹ nav līdzvērtīgs – daļā reģionu lielāko pakalpojumu apjomu nodrošina bērnu ārsti, bet citos noteiktas specialitātes bērnu ārstu nav un visus pakalpojumus nodrošina vispārējās specialitātes ārsti (piemērus skatīt 31. attēlā). Piemēram:

- ✓ Kurzemē un Vidzemē ķirurģu sniegto pakalpojumu īpatsvars bērniem ir lielāks nekā bērnu ķirurģu – attiecīgi 65 % un 64 %;
- ✓ Kurzemē, Latgalē un Zemgalē pakalpojumus bērniem sniedza tikai kardiologi, savukārt Vidzemē kardiologu sniegto pakalpojumu bērniem īpatsvars ir 62 %.



31. attēls. Bērnu ārstu un vispārējās specialitātes ārstu sniegto pakalpojumu apjoms un īpatsvars reģionos ārpus Rīgas 2024. gadā.

Turpretī pie Rīgas ģimenes ārstiem reģistrētajiem bērniem veselības aprūpes pakalpojumus pārsvarā nodrošina tieši bērnu ārsti. Piemēram, bērnu gastroenterologs un bērnu reimatologs – 100 %, bērnu neirologs, bērnu nefrologs un bērnu infektologs – 99 %, bērnu endokrinologs – 98 %, bērnu ķirurgs – 97 %, bērnu kardiologs – 95 % un bērnu psihiatrs – 92 % gadījumu.

Minētais liecina, ka bērni ārpus Rīgas nesaņem līdzvērtīgus pakalpojumus. Revidenti piekrīt, ka VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” ir vienīgā specializētā daudzprofilu slimnīca bērniem, kurā ir jābūt pieejamiem plaša spektra terciārā līmeņa, neatliekamās un plānveida veselības aprūpes pakalpojumiem un tāpēc tajā koncentrējas vairums bērnu ārstu. Vienlaikus, revidentu ieskatā, jānodrošina, ka arī bērni ārpus Rīgas saņem tādu speciālistu pakalpojumus, kuru kompetence bērnu veselības aprūpē nozarē ir vienoti atzīta par pietiekamu.

Arī daļa vispārējās specialitātes ārstu jomās, kurās nav paredzēti bērnu ārsti, pakalpojumus bērniem nesniedz vai sniedz ierobežoti

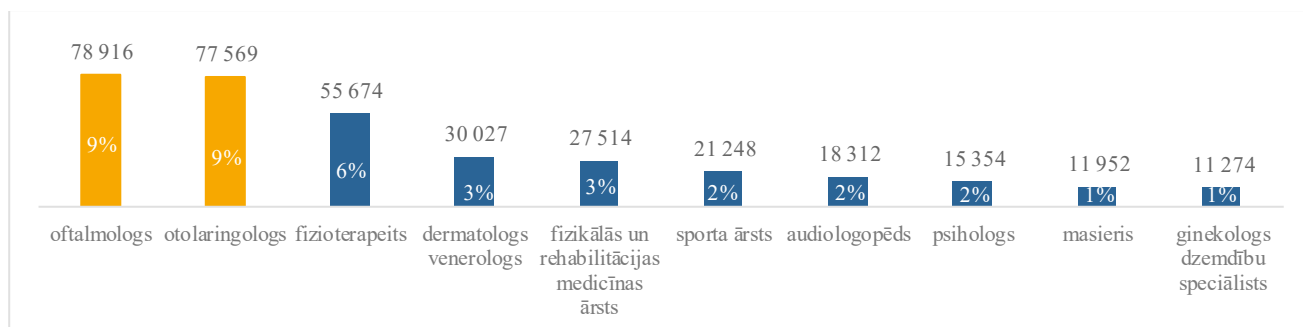
Daļa ārstu, kuru kompetencē³⁰² ir gan pieaugušo, gan bērnu veselības aprūpe, nesniedz sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus bērniem, vai arī sniedz tos bērniem no noteikta vecuma.

Piemēram, lai arī oftalmologa kompetencē³⁰³ ir arī bērnu oftalmoloģija, tomēr faktiski daļa no tiem pieņem tikai pieaugušos vai pieaugušos un bērnus no noteikta vecuma (piemēram, no viena, sešu, septiņu vai 15 gadu vecuma).³⁰⁴ Revidentu ieskatā, šāda prakse neļauj plānot un arī novērtēt speciālistu nodrošinājumu tieši bērnu veselības aprūpē.

Veselības ministrija skaidroja³⁰⁵, ka:

plānojot rezidentūru vietu skaitu, paļaujas, ka pēc rezidentūras pabeigšanas visi speciālisti pēc iespējas plašākā apjomā nodrošinās gan pieaugušo, gan bērnu veselības aprūpi katrai specialitātei noteiktajā³⁰⁶ kompetences apjomā. Turklāt to, kā speciālists pielieto rezidentūras laikā iegūtās zināšanas specialitātē, lielā mērā ietekmē pieprasījums darba tirgū, speciālista iepriekšējā darba pieredze, darba devēja sniegto pakalpojumu klāsts, pakalpojuma sniegšanas un apmaksas nosacījumi, kā arī darba devēju mērķtiecīgi īstenotie pasākumi speciālistu piesaistei un pakalpojumu sniegšanai. Vienlaikus, lai arī rezidentūras laikā speciālists apgūst plašu kompetenču un profesionālo zināšanu klāstu, normatīvais regulējums³⁰⁷ neuzliek par pienākumu iegūtās teorētiskās zināšanas un praktiskās iemaņas pilnā apmērā pielietot ikdienas darbā, kā arī neliedz tās sašaurināt vai pielāgot profesionālo darbību darba devēja vai speciālista individuālajiem nodarbinātības nosacījumiem.

32. attēlā apkopoti dati par desmit pieprasītākajām ārstniecības un ārstniecības atbalsta personām³⁰⁸, kas 2024. gadā sniedza lielāko sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu bērniem apjomu.



32. attēls. Desmit pieprasītākās ārstniecības un ārstniecības atbalsta personas pēc sniegto sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu (apmeklējumu) apjoma bērniem 2024. gadā.



Oftalmologs un otolaringologs ir pieprasītākie vispārējās specialitātes ārsti bērniem, tāpēc revīzijā tie ir analizēti detalizēti, savukārt izlases veidā analizēti dati par fizioterapeitiem, dermatologiem venerologiem, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārstiem un ginekologiem dzemdību speciālistiem.

Oftalmologs

Valstī kopā 01.01.2024. ir 254 sertificēti oftalmologi, no kuriem 200 (79 %) ir līgumattiecībās ar Nacionālo veselības dienestu, bet valsts apmaksātus pakalpojumus bērniem sniedz 84 %, proti, 16 % ārstu nepieņem bērnus.

Lielākais oftalmoloģijas pakalpojumu īpatsvars (98 %) 2024. gadā nodrošināts divās pakalpojumu programmās:

- ✓ “Oftalmoloģija”, kurā pakalpojumi sniegti 50 563 bērniem par kopējo summu 3,7 milj. euro (kvotēti pakalpojumi);

- ✓ “Oftalmologa profilaktiskā programma bērniem”, kurā pakalpojumi sniegti 18 377 bērniem par kopējo summu 509 844 *euro* (neknotēti pakalpojumi, kurus apmaksā atbilstoši faktiski sniegtajam pakalpojuma apjomam); 2024. gadā valsts apmaksāta obligātā redzes pārbaude pie oftalmologa veikta bērniem 13–24 mēnešu vecumā (6771 bērns), trīs gadu vecumā (3482 bērni) un 6–7 gadu jeb pirmsskolas vecumā (8124 bērni).

Kopā 2024. gadā oftalmoloģijas pakalpojumi sniegti 69 053 unikālajiem pacientiem (bērniem), izlietojot 4 327 730 *euro*. Vislielākais sniegto pakalpojumu apjoms nodrošināts Rīgā – 57 %, sniedzot oftalmoloģijas pakalpojumus 38 366 (56 %) unikālajiem pacientiem (bērniem).

2024. gadā reģionos faktiskais apmeklējumu skaits uz vienu ārstu nav līdzvērtīgs – Vidzemē tas ir par 32 % mazāks un Latgalē – par 35 % lielāks nekā vidējais rādītājs valstī – 433 apmeklējumi uz vienu ārstu (skatīt 33. attēlu). Rīgā pie 46 % oftalmologu ir bijis mazāk par 20 bērnu apmeklējumiem gadā. Savukārt bērnus līdz gada vecumam Rīgā pieņem tikai 46 % oftalmologu, kamēr pārējos reģionos šis īpatsvars ir augstāks. Pie pārējiem oftalmologiem bērnu vecums, no kura tiem sniegti pakalpojumi, ir dažāds. Minētais liecina: lai arī oftalmologu kompetencē ir gan pieaugušo, gan bērnu veselības aprūpe, tomēr šie ārsti izvēlas nesniegt pakalpojumus bērniem vai arī sniedz tos no noteikta vecuma.

		Ārstu skaits	Apmeklējumu skaits uz 1 ārstu	Apmeklējumi gadā <20	Pieņem bērnus no 0–1 gadu vecumam
Rīga 180 699 bērni	• 45 069 apmeklējumi (57 %)	107	421	46 %	46 %
Zemgale 57 560 bērni	• 9887 apmeklējumi (13 %)	24	412	29 %	58 %
Kurzeme 54 722 bērni	• 8911 apmeklējumi (11 %)	20	448	20 %	65 %
Vidzeme 42 157 bērni	• 5027 apmeklējumi (6 %)	17	296	6 %	76 %
Latgale 39 528 bērni	• 9967 apmeklējumi (13 %)	17	586	25 %	56 %

33. attēls. Oftalmoloģijas pakalpojuma nodrošinājums bērniem sadalījumā pa reģioniem 2024. gadā.³⁰⁹

2024. gadā 6735 jeb vidēji 18 % bērnu, kas reģistrēti pie ģimenes ārstiem reģionos, oftalmoloģijas pakalpojumus saņēma Rīgā, proti, no Zemgales un Vidzemes tie bija 25–26 %, no Kurzemes – 15 % un no Latgales – 7 %.

Gandrīz pusi (49 %) no kopējā oftalmoloģijas pakalpojumu apjoma nodrošināja sešas ārstniecības iestādes, tajā skaitā 17 % (13 146 apmeklējumi) – VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”. Revidenti norāda, ka VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” gaidīšanas laiks pie oftalmologa 01.01.2025.³¹⁰ bija 580 dienas jeb pusotrs gads, kas skaidrojams arī ar to, ka bērniem līdz 18 gadu vecumam pie noteiktiem redzes traucējumiem valsts kompensētos optikas izstrādājumus (brīļļu lēcas, brīļļu ietvari un kontaktlēcas) līdz 2026. gada vidum drīkstēja³¹¹ izrakstīt vien konkrēti VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” strādājošie oftalmologi. Optikas izstrādājumu izrakstīšanas tiesību centralizēšanu VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” oftalmologu kompetencē Nacionālais veselības dienests pamatoja³¹² ar nepieciešamību nodrošināt vienotu un kvalitatīvu bērnu redzes traucējumu diagnostiku un augsti specializētu oftalmoloģisko aprūpi.

Tomēr revīzijas laikā ir veiktas izmaiņas un ir paplašināts ārstniecības iestāžu loks, kurās oftalmologi var izrakstīt nosūtījumu valsts kompensētu optikas izstrādājumu saņemšanai bērniem ar noteiktiem redzes

traucējumiem. Turpmāk šo pakalpojumu jānodrošina arī SIA “Daugavpils reģionālā slimnīca”, SIA “Jēkabpils reģionālā slimnīca”, SIA “Vidzemes slimnīca” un SIA “Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca”. Pakalpojuma pieejamības paplašināšanai 2026. gadā plānots finansējums vairāk nekā 187 tūkst. *euro*, tajā skaitā vairāk nekā 112 tūkst. *euro* oftalmologu konsultācijām un 75 tūkst. *euro* – optikas izstrādājumu nodrošināšanai, un turpmāk ik gadu – 375 tūkst. *euro*.³¹³

2024. gadā 53 % no 19 VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” oftalmologiem valsts apmaksātos sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus sniedza vidēji vienu reizi nedēļā, pieņemot astoņus bērnus dienā. Tas nozīmē, ka šie pakalpojumi sniegti nepilnu darba laiku (skatīt 34. attēlu). Vienlaikus 17 (89 %) oftalmologi ir nodarbināti arī citās ārstniecības iestādēs, kur pakalpojumus sniedz par maksu vai ziedotāju līdzekļiem.



34. attēls. VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” oftalmologu skaits un vidējā noslodze valsts apmaksātu sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai 2024. gadā.

Revidentu ieskatā, zema oftalmologu noslodze valsts apmaksātu pakalpojumu sniegšanā, vienlaikus saglabājoties garām rindām, var liecināt gan par nepietiekamu valsts apmaksāto oftalmoloģijas pakalpojumu apjomu, gan par nepietiekamu ārstu ieinteresētību šādu pakalpojumu sniegšanā, kas kopumā negatīvi ietekmē pakalpojumu pieejamību bērniem.

Revīzijā arī konstatēts gadījums, kad viens oftalmologs pakalpojumus sniedz vidēji 20–41 bērnam dienā. Tas nozīmē, ka ārsta darba laiks šajās dienās pārsniedz astoņas stundas, atsevišķos gadījumos sasniedzot pat 14 stundas³¹⁴, lai gan saskaņā ar darba laika grafiku minētais oftalmologs strādā trīs dienas nedēļā 2,5 stundas dienā. Vienlaikus konstatēts, ka, pierakstoties uz valsts apmaksātu oftalmologa konsultāciju VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”, pacients faktiski ir pierakstīts pie optometrista un arī pakalpojumus sniedza optometrists (bez oftalmologa klātbūtnes), tomēr datos³¹⁵ šis apmeklējums noformēts kā oftalmologa konsultācija. Minētais apstāklis izskaidro, kāpēc uz vienu oftalmologu noformēts nesamērīgi liels pakalpojumu apjoms, proti, attiecīgais oftalmologs 2024. gadā nodrošināja 4756 izmeklējumus jeb 36 % no kopējā VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” sniegto oftalmoloģijas pakalpojumu apjoma jeb 13 146 izmeklējumiem.

Nacionālais veselības dienests skaidroja³¹⁶, ka:

oftalmologa aprūpes epizodes tarifs ietver komandas darbu, proti, arī optometrista darbu, un šādu pieeju plānots saglabāt arī turpmāk. Pacientu plūsmas efektīvizēšanai un gaidīšanas laika mazināšanai var piemērot pacientu triāžu, proti, vienkāršos gadījumos pacientu nevīrīt pie oftalmologa.

Revidentu ieskatā, VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” optometrists faktiski patstāvīgi sniedz valsts apmaksātus pakalpojumus bērniem, ko arī paredz optometrista profesionālā kompetence. Turpretī, kā jau minēts iepriekš, Nacionālais veselības dienests īsteno reformu, kurā valsts apmaksāti optometrista pakalpojumi paredzēti tikai oftalmologa komandā, nevis kā optometrista patstāvīgi sniegti valsts apmaksāti pakalpojumi.

Revidentu ieskatā, reformai ir jāpanāk pakalpojumu pieejamības uzlabošana, ko veicinātu optometrista patstāvīga iesaiste bērnu redzes veselības uzraudzībā, kā tas faktiski jau notiek VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”.

Otolaringologs

Valstī kopā 01.01.2024. ir 173 sertificēti otolaringologi, no kuriem 137 (79 %) ir līgumattiecībās ar Nacionālo veselības dienestu, un valsts apmaksātus pakalpojumus bērniem sniedz 95 %, proti, 5 % ārstu nepieņem bērnus.

Kopā 2024. gadā otolaringoloģijas pakalpojumi sniegti 47 884 bērniem, izlietojot 6 676 922 euro.³¹⁷ 2024. gadā reģionos faktiskais apmeklējumu skaits uz vienu ārstu nav līdzvērtīgs – Kurzemē un Vidzemē ir par 16 % un 21 % mazāk nekā vidējais rādītājs (470 apmeklējumi), bet Rīgā un Zemgalē – attiecīgi par 18 % un 21 % vairāk. Tas norāda, ka minētajos reģionos ārsti ir noslogotāki (skatīt 35. attēlu).

		Ārstu skaits	Apmeklējumu skaits uz 1 ārstu	Apmeklējumi gadā <20	Pieņem bērnus no 0-1 gadu vecumam
Rīga 180 699 bērni	• 50 083 apmeklējumi (65 %)	90	556	14 %	72 %
Zemgale 57 560 bērni	• 10 770 apmeklējumi (13 %)	19	567	5 %	95 %
Kurzeme 54 722 bērni	• 5886 apmeklējumi (8 %)	15	392	8 %	92 %
Vidzeme 42 157 bērni	• 4805 apmeklējumi (6 %)	13	370	-	100 %
Latgale 39 528 bērni	• 6025 apmeklējumi (8 %)	13	463	8 %	92 %

35. attēls. Otolaringoloģijas pakalpojuma nodrošinājums bērniem sadalījumā pa reģioniem 2024. gadā.³¹⁸

Vairāk nekā pusi (52 %) no kopējā otolaringoloģijas pakalpojumu apjoma nodrošināja piecas ārstniecības iestādes, tajā skaitā 23 % (17 881 apmeklējums) – VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”. Kopumā ir maz tādu otolaringologu, pie kuriem bērnu apmeklējumu skaits gadā ir mazāks par 20, un vairumā gadījumu ārsti pieņem bērnus arī līdz gada vecumam (skatīt 35. attēlu). Gaidīšanas laiks 01.01.2025.³¹⁹ VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” pie otolaringologa ir piecas dienas.

2024. gadā 8903 jeb vidēji 26 % bērnu, kas reģistrēti pie ģimenes ārstiem reģionos, otolaringoloģijas pakalpojumus saņēma Rīgā, proti, no Zemgales tie ir 33 %, no Vidzemes – 29 %, no Kurzemes – 17 % un no Latgales – 10 %.

Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts, fizioterapeits, dermatologs venerologs un ginekologs dzemdību speciālists



No izlasē iekļautajām ārstniecības personām (skatīt 36. attēlu) veselības aprūpes pakalpojumus bērniem vismazāk nodrošināja fizioterapeiti un ginekologi dzemdību speciālisti – attiecīgi 33 % un 36 %. Salīdzinoši neliels ir dermatologu venerologu īpatsvars – 14 %, pie kuriem bērnu apmeklējumu skaits gadā ir mazāks par 20, savukārt ginekologu dzemdību speciālistu – 55 %. Tikai 51 % fizioterapeitu pieņem bērnus līdz gada vecumam. Salīdzinoši liels ginekologu dzemdību speciālistu un fizioterapeitu īpatsvars nesniedz pakalpojumus bērniem vai sniedz tos minimālā apjomā – attiecīgi ir 91 % un 63 %.

	Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts	Fizioterapeits	Dermatologs venerologs	Ginekologs dzemdību speciālists
Sertificēto ārstu skaits 01.01.2024.	145	1205	213	413
Noslēdza līgumus ar NVD 01.01.2024.	107 (74 %)	628 (52 %)	121 (57 %)	376 (91 %)
Ārstu īpatsvars, kas nesniedz pakalpojumus bērniem, %	15 %	33 %	16 %	36 %
Apmeklējumu skaits 2024. gadā un īpatsvars no kopējā apmeklējumu apjoma, %	27 514 (3 %)	55 674 (6 %)	30 027 (3 %)	11 274 (1 %)
Apmeklējumu skaits gadā <20, %	20 %	30 %	14 %	55 %
Pieņem bērnus no 0-1 gadu vecumam, %	74 %	51 %	78 %	4 %*
Ārstu īpatsvars, kas nesniedz pakalpojumus bērniem vai sniedz tos minimāli (apmeklējumu skaits gadā <20), %	35 %	63 %	30 %	91 %
Vidējais pakalpojumu gaidīšanas laiks 01.01.2025.	4 mēneši	4 mēneši	2 mēneši	1 mēnesis

* Zems īpatsvars ir objektīvs, jo pie ginekologa dzemdību speciālista regulāra profilakse parasti sākas aptuveni no 13 gadu vecuma.

36. attēls. Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta, fizioterapeita, dermatologa venerologa un ginekologa dzemdību speciālista pakalpojuma nodrošinājums bērniem 2024. gadā.

Vienlaikus garais minēto pakalpojumu gaidīšanas laiks apliecina, ka šie pakalpojumi bērniem ir nepieciešami. Tā kā ne visi ārsti sniedz pakalpojumus bērniem, tas ierobežo pakalpojumu pieejamību un pagarina arī gaidīšanas laiku.



Arī izlasē iekļauto ārstniecības personu noslodze katrā reģionā atšķiras (skatīt 37. attēlu). Piemēram, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts visvairāk noslogots Rīgā un Zemgalē, vismazāk – Kurzemē. Dermatologi venerologi un fizioterapeiti visvairāk noslogoti Latgalē. Tāpat ir reģioni, kur pie liela īpatsvara ārstu apmeklējumu skaits gadā ir mazāks par 20. Piemēram, pie 37 % fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārstu Kurzemē un pie 34 % fizioterapeitu Rīgā un 33 % – Vidzemē.

Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts

		Apmeklējumi	Uz 1 ārstu	<20	0-1 gads
Rīga	59	18 257	309	25 %	68 %
Zemgale	13	4547	350	8 %	85 %
Kurzeme	19	1614	85	37 %	58 %
Vidzeme	8	1027	128	-	88 %
Latgale	11	2065	188	27 %	73 %

Dermatologists venerologists

		Apmeklējumi	Uz 1 ārstu	<20	0-1 gads
Rīga	75	17 118	228	21 %	71 %
Zemgale	15	3116	208	20 %	73 %
Kurzeme	14	3243	232	14 %	71 %
Vidzeme	9	1816	202	-	89 %
Latgale	10	4734	473	10 %	80 %

Fizioterapeits

		Apmeklējumi	Uz 1 ārstu	<20	0-1 gads
Rīga	235	28 809	123	34 %	49 %
Zemgale	48	6509	136	17 %	56 %
Kurzeme	73	7547	103	32 %	49 %
Vidzeme	54	3968	73	33 %	50 %
Latgale	61	8842	145	25 %	59 %

Ginekologs dzemdību speciālists

		Apmeklējumi	Uz 1 ārstu	<20
Rīga	136	7501	55	55 %
Zemgale	29	847	29	17 %
Kurzeme	32	709	22	34 %
Vidzeme	29	1027	35	24 %
Latgale	26	1190	46	27 %

37. attēls. Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta, fizioterapeita, dermatologa venerologa un ginekologa dzemdību specialista pakalpojuma nodrošinājums bērniem sadalījumā pa reģioniem 2024. gadā.

Ceturtā daļa reģionu bērnu pēc valsts apmaksātiem pakalpojumiem dodas uz Rīgu, un tas rada finansiālu slogu ģimenēm

Revīzijā vērtēts, kāds ir kopējais sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniegtais apjoms reģionos un to īpatsvars salīdzinājumā ar reģionā dzīvojošo bērnu skaitu. Analizēts arī, cik liela daļa bērnu, kas reģistrēti pie ģimenes ārstiem konkrētajā reģionā ārpus Rīgas, veselības aprūpes pakalpojumus saņēma savā reģionā un cik liels īpatsvars saņēma pakalpojumus Rīgā.

Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes klātienes pakalpojuma nodrošinājums reģionos nav vienmērīgs (skatīt 22. tabulu). Rīgā sniegto pakalpojumu īpatsvars būtiski pārsniedz bērnu īpatsvaru, savukārt Kurzemē, Vidzemē un Zemgalē tas ir zemāks. Tikai Latgalē sniegto pakalpojumu īpatsvars ir proporcionāls reģionā dzīvojošo bērnu skaitam. Minētais liecina, ka ārpus Rīgas nav nodrošināta pieejamība pakalpojumiem atbilstoši bērnu vajadzībām, tādējādi pastiprinot reģionālo nevienlīdzību veselības aprūpē.

22. tabula. Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes nodrošinājums reģionos 2024. gadā

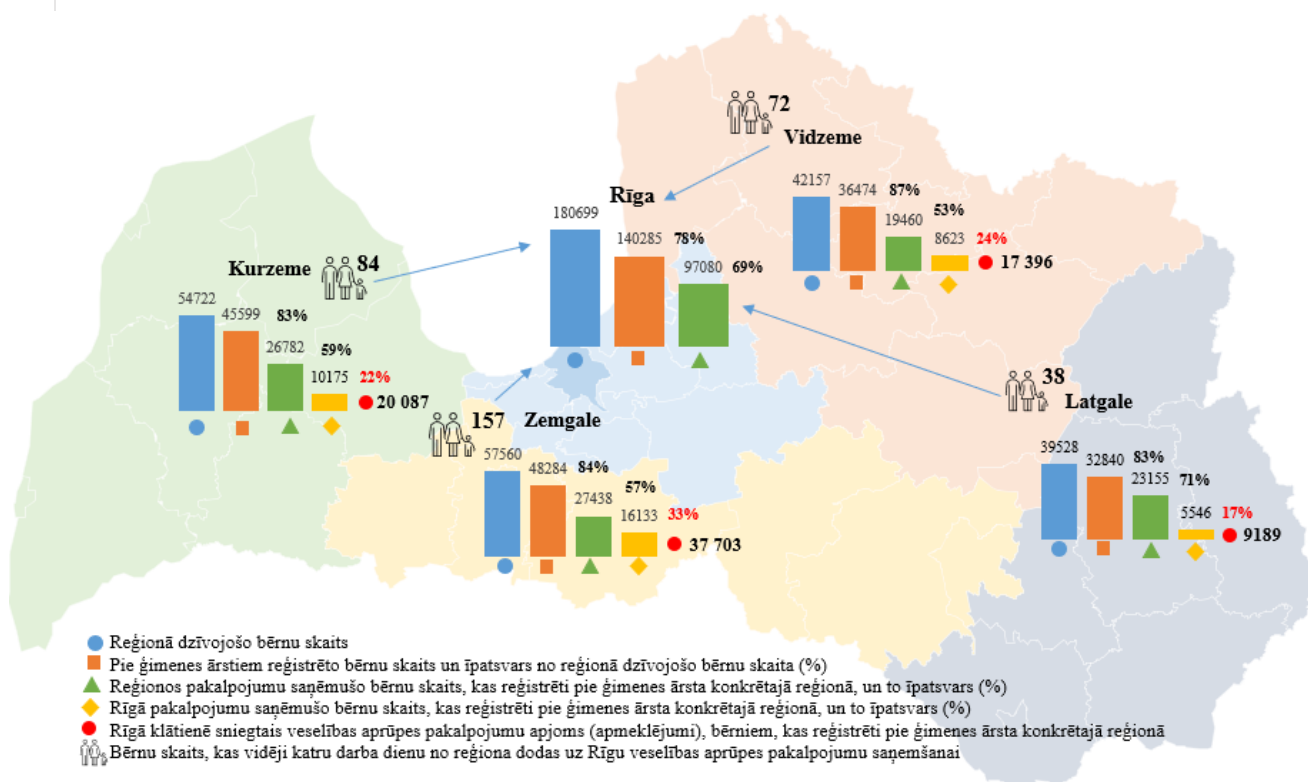
	Kurzeme	Latgale	Rīga	Vidzeme	Zemgale
Reģionā dzīvojošo bērnu skaits ³²⁰	54 722	39 528	180 699	42 157	57 560

	Kurzeme	Latgale	Rīga	Vidzeme	Zemgale
Apmeklējumu skaits	79 650	90 413	557 217	50 740	77 465
Apmeklējumu īpatsvars no kopējā pakalpojuma apjoma	9 %	11 %	65 %	6 %	9 %
Reģionā dzīvojošo bērnu īpatsvars no kopējā bērnu skaita	15 %	11 %	48 %	11 %	15 %
Bērniem sniegto pakalpojumu īpatsvara attiecība pret bērnu īpatsvaru reģionā ³²¹	0,6	1	1,4	0,5	0,6

Reģionos vidēji 83 % bērnu ir reģistrēti pie ģimenes ārsta, vienlaikus pastāv būtiskas atšķirības pakalpojumu saņemšanā – daļa bērnu tos saņem savā reģionā (no 53 % Vidzemē līdz 71 % Latgalē), bet vidēji 25 % dodas uz Rīgu (no 18 % Latgalē līdz 34 % Zemgalē)³²² (skatīt 38. attēlu). Tāpat 2024. gadā valstī kopumā 33 004 bērni jeb 12 % no kopējā veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju bērnu skaita nebija reģistrēti ne pie viena ģimenes ārsta.

Nacionālais veselības dienests skaidroja³²³, ka:

sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus nodrošina arī tad, ja pacients nav reģistrēts pie ģimenes ārsta, piemēram, neatliekamās palīdzības situācijās vai ar citas ārstniecības personas nosūtījumu. Vienlaikus dati par bērniem, kuri nav reģistrēti pie ģimenes ārsta, norāda uz nepieciešamību turpināt uzlabot informēšanas pasākumus un veicināt savlaicīgu bērnu reģistrāciju pie ģimenes ārsta, lai nodrošinātu pilnvērtīgu un koordinētu veselības aprūpi.



38. attēls. Bērnu veselības aprūpes pakalpojumu nodrošinājums Rīgā un reģionos, tajā skaitā bērni, kas reģistrēti pie ģimenes ārstiem konkrētajā reģionā, bet pakalpojumus saņēma Rīgā.

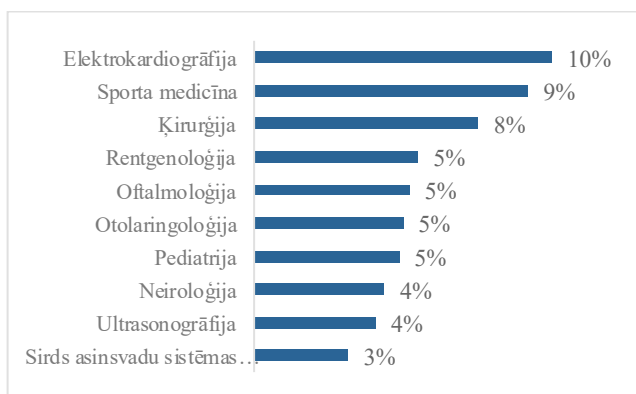
Rīgā sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus 2024. gadā saņēma 41 100 reģionos dzīvojošo bērnu (reģistrēti pie ģimenes ārsta ārpus Rīgas) par kopējo summu ap 6,1 milj. euro (ap 13 % no kopējā finansējuma bez laboratorijas izmeklējumiem). Lielākā daļa jeb 84 % sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu bērniem no reģioniem sniegta VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”.



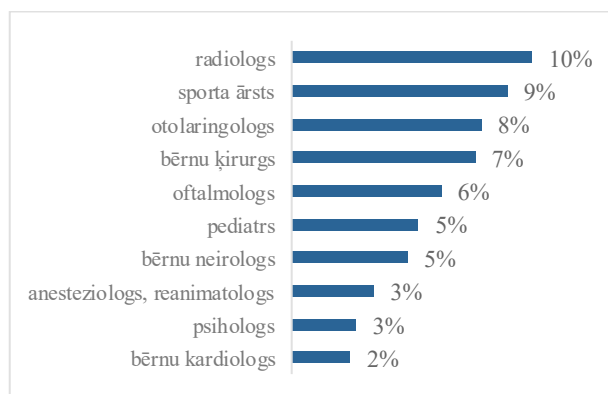
Atbilstoši revidentu aplēsei (skatīt 38. attēlu) vidēji 88 bērni katru darba dienu dodas uz Rīgu veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai: visvairāk no Zemgales – vidēji 157 bērni dienā, ko daļēji izskaidro šī reģiona ģeogrāfiskais tuvums Rīgai, bet vismazāk no Latgales – vidēji 38 bērni dienā.

Vienlaikus revidenti vērs uzmanību, ka pat viens bērna apmeklējums Rīgā ģimenei var radīt papildu tiešās (piemēram, transporta, ēdināšanas un naktsmītnes) un netiešās (piemēram, vecāku darba kavējums un bērna neierašanās izglītības iestādē) izmaksas. Papildus jāņem vērā, ka ceļā pavadītais laiks un ar to saistītais nogurums var ietekmēt arī pakalpojuma sniegšanas efektivitāti, īpaši mazākiem bērniem, tādējādi potenciāli palielinot atkārtotu apmeklējumu nepieciešamību.

2024. gadā reģionos dzīvojošiem bērniem no klātienē Rīgā sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem būtisku īpatsvaru veido diagnostiskie izmeklējumi, pediatrijas un sporta medicīnas pakalpojumi, vienlaikus liels apmeklējumu skaits ir arī pie bērnu ārstiem (pediatrs, bērnu ķirurgs, bērnu neirologs) un vispārējās specialitātes ārstiem (oftalmologs, otolaringologs) (skatīt 39. un 40. attēlu).



39. attēls. Desmit pakalpojumu programmas ar lielāko sniegto pakalpojumu (apmeklējumu) apjomu Rīgā bērniem no reģioniem 2024. gadā.

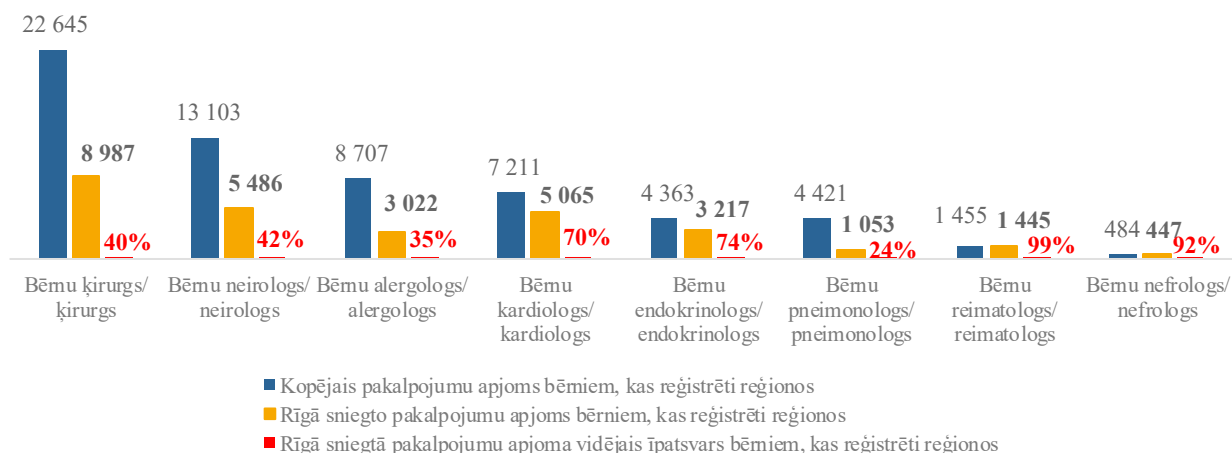


40. attēls. Desmit ārsti ar lielāko sniegto pakalpojumu (apmeklējumu) apjomu Rīgā bērniem no reģioniem 2024. gadā.



Tā kā tieši bērnu ārstu skaits reģionos nav pietiekams, revīzijā vērtēts to bērnu īpatsvars, kas reģistrēti pie ģimenes ārstiem reģionos, bet veselības aprūpes pakalpojumus pie konkrētiem izlasē iekļautiem astoņu specialitāšu ārstiem³²⁴ 2024. gadā saņēma Rīgā.

Atbilstoši datiem ievērojama daļa šo bērnu veselības aprūpes pakalpojumu (apmeklējumu) saņēma Rīgā – atkarībā no specialitātes tie ir no 35 % līdz pat 92 % no visiem apmeklējumiem (skatīt 41. attēlu). Atsevišķās specialitātēs gandrīz visi apmeklējumi pieejami tikai Rīgā, piemēram, bērnu reimatologa / reimatologa un bērnu nefrologa / nefrologa apmeklējumu īpatsvars Rīgā ir attiecīgi 99 % un 92 %.



41. attēls. Vidējais Rīgā sniegto pakalpojumu apjoma īpatsvars reģionos reģistrētiem bērniem 2024. gadā.

No kopējā Rīgā sniegto veselības aprūpes pakalpojumu apjoma 70 % pakalpojumu sniegti bērniem, kas reģistrēti pie ģimenes ārstiem Rīgā.

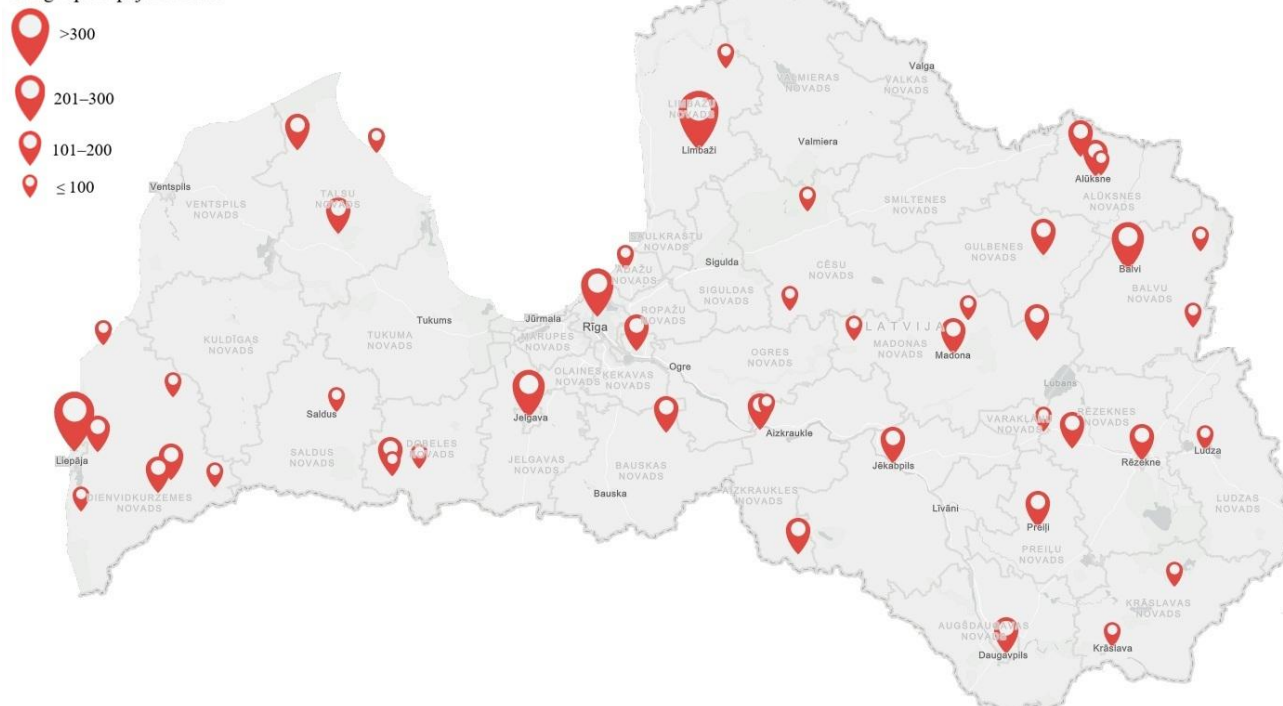
Pakalpojumus bērniem nodrošina par ziedojumiem un arī par maksu

Izbraukuma pakalpojumi par ziedojumiem

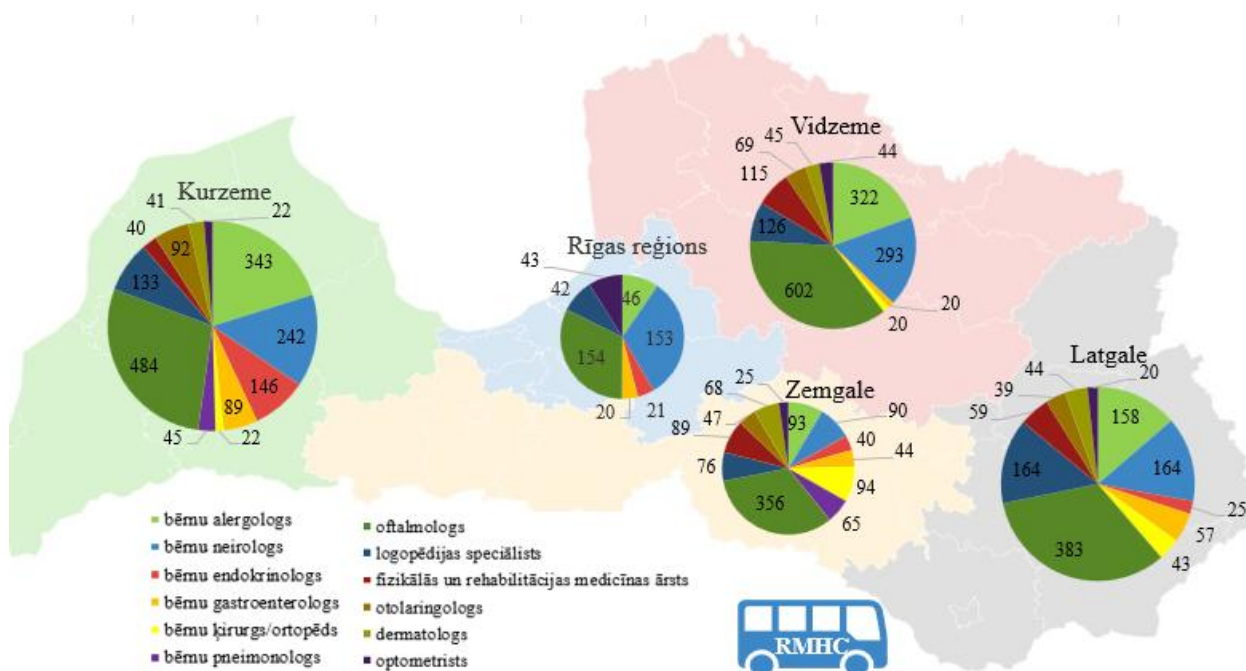
Latvijā kopš 2015. gada ir pieejams nodibinājuma “Ronald McDonald Māja Latvijā” pakalpojums – bērnu “Mobilais veselības aprūpes centrs” (turpmāk – Mobilais veselības aprūpes centrs), kurš sadarbībā ar VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” un citu ārstniecības iestāžu ārstiem dodas izbraukumos pa visu Latviju un nodrošina veselības aprūpes pakalpojumus tuvāk dzīvesvietai bērniem, kuriem speciālistu trūkuma, ģimenes sociālā statusa vai citu iemeslu dēļ ir apgrūtināta iespēja savlaicīgi saņemt pakalpojumus.³²⁵ Prioritāri Mobilais veselības aprūpes centrs pakalpojumus nodrošina bērniem no sociālā riska un daudzbērnu ģimenēm. Nodibinājums darbojas kā sabiedriskā labuma organizācija, un to finansē no ziedojumiem.

Mobilais veselības aprūpes centrs vidēji ik gadu nodrošina ap 5000 konsultācijām 4000 bērniem (viens bērns parasti saņem vairāku speciālistu konsultācijas). Piemēram, 2024. gadā Mobilais veselības aprūpes centrs nodrošināja³²⁶ 136 izbraukumus uz 54 dažādām vietām Latvijas reģionos (skatīt 42. attēlu).

Sniegto pakalpojumu skaits


42. attēls. Mobilā veselības aprūpes centra pakalpojumu skaits sadalījumā pa novadiem 2024. gadā.³²⁷

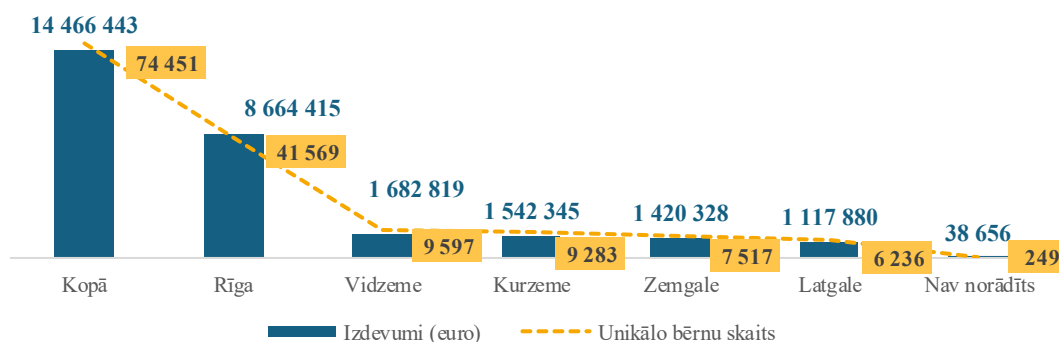
Kopumā 2024. gadā Mobilais veselības aprūpes centrs bērniem sniedza³²⁸ 6077 konsultācijas, Kurzemē – 28 %, Vidzemē – 27 % un Latgalē – 19 %, Zemgalē – 18 % un Rīgā – 8 %. Mobilajā veselības aprūpes centrā 2024. gadā bija nodarbināti seši bērnu ārsti un seši vispārējās specialitātes ārsti. Visvairāk sniegti oftalmologa (33 %), bērnu alergologa (16 %) un bērnu neirologa (16 %) pakalpojumi (skatīt 43. attēlu).


43. attēls. Mobilā veselības aprūpes centra ārstu sniegto pakalpojumu skaits sadalījumā pa reģioniem un specialitātēm 2024. gadā.³²⁹

Mobilā veselības aprūpes centra nodrošināto pakalpojumu apjoms bērniem ar katru gadu palielinās. Tas liecina, ka bērniem reģionos trūkst pakalpojumu un to pieejamība neuzlabojas.

Maksas pakalpojumi

Atbilstoši Valsts ieņēmumu dienesta informācijai³³⁰ no gada ienākumu deklarācijām par 2024. gadu 74 451 bērnam jeb 20 % no valstī kopumā 01.01.2025.³³¹ reģistrētajiem 366 450 bērniem sniegti maksas veselības aprūpes pakalpojumi par kopējo summu 14,5 milj. *euro* (skatīt 44. attēlu). Tas ir līdzvērtīgs vēl papildus 16 % no 2024. gada valsts budžeta finansējuma ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem bērniem. Vislielākais maksas pakalpojumu un unikālo personu īpatsvars ir Rīgas plānošanas reģionā³³². Minētais, revidentu ieskatā, liecina, ka, no vienas puses, bērniem nav pieejami noteikti veselības aprūpes pakalpojumi, bet, no otras puses, maksas pakalpojumu plašāka un ātrāka pieejamība noteiktā reģionā un vecāku maksātspēja arī veicina to izmantošanu.



44. attēls. Gada ienākumu deklarācijās par 2024. gadu uzrādītie ārstniecības izdevumi un ārstniecības pakalpojumu saņēmēju unikālais skaits (pēc deklarētās dzīvesvietas adreses).³³³

Revidenti vērš uzmanību, ka ne visi iedzīvotāji iesniedz gada ienākumu deklarācijas Valsts ieņēmumu dienestā. Tāpēc summa, ko tērē bērnu maksas veselības aprūpes pakalpojumiem, iespējams, ir lielāka.

Arī veiktā pētījuma “Latvijas ģimeņu barometrs 2025”³³⁴ dati liecina, ka vismaz reizi gadā maksas veselības aprūpes pakalpojumus saviem bērniem izmanto 69 % ģimeņu, turklāt 42 % – vairākas reizes gadā. Galvenais maksas pakalpojumu izvēles iemesls ir nevēlēšanās gaidīt valsts apmaksātos pakalpojumus (78 %), savukārt 20 % ģimeņu norādīja, ka tādējādi iespējams saņemt augstākas kvalitātes pakalpojumus. Situācijā, kad valsts apmaksātu pakalpojumu pieejamība ir ierobežota, īpaši neizdevīgā stāvoklī nonāk ģimenes ar zemākiem ienākumiem, kurām nav finansiālu iespēju bieži izmantot maksas pakalpojumus.

Revidentu ieskatā, situācija, kad reģiona centrālajā ārstniecības iestādē bērnu ārstu pakalpojumi ir pieejami tikai par maksu, turklāt, piemēram, reizi mēnesī, kamēr Rīgā ir pieejami šo speciālistu valsts apmaksāti pakalpojumi, rada nevienlīdzību šo bērnu ārstu pakalpojumu pieejamībā.

Ieteikumi

Veselības ministrijai:

- ✓ stiprināt pediatru iesaisti bērnu sekundārajā ambulatorajā veselības aprūpē;
- ✓ uzlabot bērnu redzes pārbaūžu pakalpojumu pieejamību.

Revīzijas raksturojums, metodes un kritēriji

Revīzijas mērķis

Revīzijas mērķis ir novērtēt, vai bērniem ir nodrošināta prioritāra un vienlīdzīga piekļuve ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem.³³⁵

Juridiskais pamatojums

Lietderības revīzija “Vai bērniem ir nodrošināta prioritāra un vienlīdzīga piekļuve ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem?” ir veikta, pamatojoties uz Valsts kontroles Trešā revīzijas departamenta 18.08.2025. revīzijas grafiku Nr. 2.4.1-98/2025.

Revīziju veica revīzijas grupas vadītāja vecākā valsts revidente Oksana Buraja, vecākās valsts revidentes Linda Sandere un Kristīne Zaiceva un valsts revidente Baiba Kukšnova (no 05.01.2026.), atbildīgā sektora vadītāja Līga Pūre.

Revidentu un revidējamās vienības atbildība

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

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

Revīzijas apjoms

Revīzija ir veikta saskaņā ar Latvijas Republikā atzītiem starptautiskajiem publiskā sektora revīzijas standartiem.³³⁶

Revīzija plānota un veikta tā, lai izvērtētu, vai bērni faktiski ir tā pacientu grupa, kurai ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus plāno un nodrošina prioritārā kārtā, un vai visiem bērniem tiem ir vienlīdzīga piekļuve.

Revīzija ir veikta par laiku no 01.01.2024. līdz 31.12.2025., nepieciešamības gadījumā apkopojot informāciju arī ārpus minētā laika posma.

Revīzijas apjomā ir iekļauta Veselības ministrija kā atbildīgā ministrija par veselības nozari visā valstī, tomēr revīzijas mērķa sasniegšanai informācija iegūta arī no Veselības ministrijas padotības iestādēm – Nacionālā veselības dienesta un Veselības inspekcijas. Tāpat revīzijā izmantota arī ārstu profesionālo organizāciju, ārstniecības iestāžu, Valsts ieņēmumu dienesta, nodibinājuma “Ronald McDonald Māja Latvijā”, VSIA “Bērnu klīniskās universitātes slimnīca” Metodiskā vadības centra, Rīgas Stradiņa universitātes un Latvijas Universitātes sniegtā informācija un viedokļi.

Revīzijā vērtēta ģimenes ārsta un viņa praksē nodarbināto ārstniecības personu (bet ārpus ģimenes ārsta darba laika – dežūrārsta) sniegtā veselības aprūpe, zobārstniecības pakalpojumu un sekundārās

ambulatorās veselības aprūpes speciālistu pieejamība, akcentējot tieši reģionus ārpus Rīgas, kur ārstu pieejamība ir ierobežota.

Revīzijas izlašu raksturojums:

- ✓ Nacionālā veselības dienesta dati par periodā no 01.01.2024. līdz 31.12.2024. sniegtajiem sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumiem³³⁷; tā kā revīzijas uzdevums bija vērtēt tieši sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu speciālistu pieejamību, datu atlasījumā nav iekļauts:
 - slimnīcu uzņemšanas nodaļās (izņemot pediatra sniegtos pakalpojumus), traumpunktos un dežūrārstu sniegtie sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi;
 - laboratoriskie izmeklējumi un atsevišķu ārstniecības un ārstniecības atbalsta personu³³⁸ sniegtie pakalpojumi;
- ✓ 12 vispārējās specialitātes ārstu – ķirurgs, alergologs, endokrinologs, gastroenterologs, infektologs, reimatologs, neirologs, kardiologs, nefrologs, psihiatrs, pneimonologs un hematologs – kompetence bērnu veselības aprūpē;
- ✓ 15 vispārējās specialitātes ārstu – oftalmologs, otolaringologs, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts, radiologs, mutes, sejas un žokļu ķirurgs, dermatologs venerologs, neirofiziologs, narkologs, onkologs ķīmijterapeits, ginekologs dzemdību speciālists, traumatologs ortopēds, plastikas ķirurgs, urologs, sirds ķirurgs un neiroķirurgs – kompetence bērnu veselības aprūpē;
- ✓ 10 specialitāšu bērnu ārstu (tajā skaitā ar pediatra sertifikātu) – ķirurga, neirologa, alergologa, gastroenterologa, endokrinologa, kardiologa, pneimonologa, reimatologa, infektologa un nefrologa – sniegtais valsts apmaksāto sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu apjoms, darba slodze 2024. gadā un valsts apmaksāto ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu gaidīšanas laiks VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” 2024. un 2026. gadā;
- ✓ faktiskā pakalpojumu bērniem pieejamība reģionos 2026. gada sākumā šādās medicīnas jomās – endokrinoloģija, kardioloģija, neiroloģija, pneimonoloģija un alergoloģija;
- ✓ pieprasītāko sešu vispārējās specialitātes ārstu un ārstniecības personu – oftalmologs, otolaringologs, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts, fizioterapeits, dermatologs venerologs un ginekologs dzemdību speciālists – pakalpojumu nodrošinājums reģionos 2024. gadā;
- ✓ sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu apjoms, kurus Rīgā 2024. gadā saņēma bērni, kas reģistrēti reģionos (ārpus Rīgas)³³⁹.

Revīzijas metodes

Revīzijā izmantotas šādas galvenās metodes:

- ✓ starptautisko organizāciju (Pasaules Veselības organizācija, Apvienoto Nāciju Organizācija, Eiropas Medicīnas speciālistu apvienība) dokumentu un citu starptautisko pētījumu analīze par bērnu veselības aprūpi;
- ✓ apkopota un izvērtēta starptautiskā prakse par Eiropas Savienības dalībvalstīs, tajā skaitā Lietuvā, Igaunijā, Polijā, Vācijā, Čehijā, Somijā un Zviedrijā, izveidotajām bērnu ārstu specialitātēm;

- ✓ analizēti un apkopoti attīstības plānošanas dokumenti, normatīvie akti un cita iesniegtā un publiski pieejamā informācija un veikti aprēķini;
- ✓ nepersonalizētu Nacionālā veselības dienesta Vienotās veselības nozares elektroniskās informācijas sistēmas datu analīze par sniegtajiem ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem bērniem 2024. gadā, tajā skaitā analīze par bērnu skaitu, kuri vidēji katru darba dienu no Latvijas reģioniem dodas uz Rīgu veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai, aprēķins par papildus nepieciešamo finansējumu, lai segtu visas bērnu vajadzības pēc zobārstniecības pakalpojumiem;
- ✓ organizētas intervijas ar Veselības ministrijas, Nacionālā veselības dienesta, Latvijas Pediatru asociācijas, Jauno ārstu asociācijas, nodibinājuma “Ronald McDonald Māja Latvijā” un VSIA “Bērnu klīniskās universitātes slimnīca” un VSIA “Bērnu klīniskās universitātes slimnīca” Metodiskā vadības centra pārstāvjiem;
- ✓ ārstu profesionālo organizāciju – Latvijas Ķirurgu asociācijas, Latvijas Kardiologu biedrības, Latvijas Bērnu kardiologu asociācijas, Latvijas Pieaugušo reimatoloģijas biedrības, Latvijas Bērnu alergologu un pneimonologu biedrības, Latvijas Pediatru endokrinologu asociācijas, Latvijas Bērnu alergologu un pneimonologu biedrības, Latvijas Bērnu ķirurgu asociācijas, Latvijas Neirologu biedrības, Latvijas Bērnu psihiatru asociācijas, Latvijas Zobārstu asociācijas – viedokļu izvērtēšana;
- ✓ ģimenes ārstu profesionālo organizāciju – Latvijas Ģimenes ārstu asociācijas un Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācijas – viedokļu izvērtēšana;
- ✓ ārstniecības iestāžu – VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”, AS “Veselības centru apvienība”, SIA “Rīgas 1. slimnīca”, SIA “Daugavpils reģionālā slimnīca”, SIA “Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca”, SIA “Liepājas reģionālā slimnīca”, SIA “Vidzemes slimnīca” un SIA “Jelgavas pilsētas slimnīca” – viedokļu izvērtēšana;
- ✓ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē www.rindapiearsta.lv sadaļā “Pakalpojumi bērniem” pieejamās informācijas salīdzināšana ar faktiskajiem datiem;
- ✓ Valsts ieņēmumu dienesta iesniegto datu par gada ienākumu deklarācijās norādītajiem ārstniecības izdevumiem un unikālo personu skaitu par 2024. gadu (pēc deklarētās dzīvesvietas adreses) analīze;
- ✓ izvērtēta Rīgas Stradiņa universitātes un Latvijas Universitātes iesniegtā informācija par ārstu speciālistu rezidentūras programmās ietverto teorētisko un praktisko zināšanu apjomu bērnu veselības aprūpē un rezidentūras noslēgumā paredzēto kompetenci sniegt ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus bērniem;
- ✓ ārstniecības iestāžu telefonaptauja, lai iegūtu aktuālu un patiesu informāciju par faktisko pakalpojumu bērniem pieejamību reģionos; minētā metode izmantota kopsakarā ar citām revīzijas metodēm (dokumentu un datu analīze).

Vērtēšanas kritēriji

Revīzijas jautājums	Noteiktais kritērijs	Kritērijs ir sasniegts / nav sasniegts / sasniegts daļēji
1. Vai visiem bērniem primārajā veselības aprūpē ir nodrošināti ģimenes ārsta prakses un zobārstniecības pakalpojumi? (efektivitāte un taisnīgums)		
1.1. Vai ģimenes ārsta prakse darbojas kā centrālais posms bērnu veselības aprūpē?	Visiem 2024. gadā ģimenes ārstu praksēs reģistrētajiem dzimušajiem bērniem ir nodrošināta ģimenes ārsta un māsas vai ārsta palīga (feldšera) patronāža mājās	⊗ Kritērijs nav sasniegts. Ģimenes ārsta un māsas vai ārsta palīga (feldšera) patronāža mājās ir nodrošināta tikai 70 % ³⁴⁰ no visiem ģimenes ārstu praksēs reģistrētajiem 2024. gadā dzimušajiem bērniem.
	2024. gadā ģimenes ārstu prakses ir nodrošinājušas plānotos ³⁴¹ 48 868 jaundzimušo apmeklējumus mājās jeb jaundzimušo patronāžu (prioritārā pasākuma izpilde)	⊗ Kritērijs nav sasniegts. Ģimenes ārstu prakses 2024. gadā nodrošināja 16 432 jaundzimušo apmeklējumus mājās, kas veido tikai 34 % no prioritārajā pasākumā plānotā apjoma.
	Vismaz 90 % ³⁴² ģimenes ārstu praksēs reģistrētajiem 2024. gadā dzimušajiem bērniem ir nodrošināta ģimenes ārstu profilaktiskā apskate	⊙ Kritērijs ir sasniegts. Profilaktiskās apskates veiktas 10 702 no 11 305 bērniem, kuri dzimuši 2024. gadā, nodrošinot profilaktisko apskāšu aptveri – 95 %.
	Vismaz 90 % ģimenes ārstu praksēs reģistrēto bērnu vecumā no viena līdz 18 gadiem vismaz reizi gadā ir saņēmuši pakalpojumu ģimenes ārsta praksē ³⁴³	⊙ Kritērijs sasniegts daļēji. 2024. gadā pakalpojumu ģimenes ārsta praksē vismaz reizi gadā saņēma 88 % ³⁴⁴ no visiem praksēs reģistrētajiem bērniem vecumā no viena līdz 18 gadiem.
	Nepastāv būtiskas atšķirības ³⁴⁵ ģimenes ārstu profilaktisko apskāšu nodrošinājumā reģionālā griezumā	⊙ Kritērijs sasniegts daļēji. Profilaktisko apskāšu nodrošinājums bērniem vecumā līdz vienam gadam reģionos ir samērā vienmērīgs (93–97 %), bet bērniem vecumā no viena līdz 18 gadiem to nodrošinājumā pastāv būtiskas atšķirības (51–66 %).

1.2. Vai zobārstniecības pakalpojumi bērniem ir pieejami savlaicīgi un vienlīdzīgi visā valstī?	Plānotais zobārstniecības pakalpojumu apjoms un finansējuma apmērs ir uz vajadzībām balstīts	⊗ Kritērijs nav sasniegts. Bērnu faktiskās vajadzības pēc zobārstniecības pakalpojumiem pārsniedz valsts apmaksāto zobārstniecības pakalpojumu apjomu, jo 2024. gadā bērni maksas zobārstniecības pakalpojumus izmantoja ap 170 tūkst. reižu, un to segšanai atbilstoši revidentu aplēsei būtu nepieciešami vēl vismaz 12 milj. euro.
	Vismaz 90 % bērnu vecumā no diviem līdz 18 gadiem vismaz reizi gadā ir saņēmuši zobu higiēnu ³⁴⁶	⊗ Kritērijs nav sasniegts. Valsts apmaksātu zobu higiēnu vismaz reizi gadā saņēma 36 % no kopējā bērnu skaita jeb vien katrs trešais bērns.
	Zobārstniecības pakalpojumu sniedzēju (līgumu) skaits ik gadu nesamazinās, un ir vismaz 265 pakalpojumu sniedzēji (līgumi) ³⁴⁷	⊗ Kritērijs nav sasniegts. Kopējais zobārstniecības pakalpojumu sniedzēju skaits no 2023. līdz 2026. gadam ik gadu samazinās (no 271 līdz 252 ³⁴⁸) un kopš 2025. gada ir zemāks par noteikto minimumu – 265 pakalpojumu sniedzējiem.
	Zobārstniecības pakalpojumu manipulāciju tarifi pieaug	✓ Kritērijs ir sasniegts. Zobārstniecības pakalpojumu tarifi 2019.–2025. gadā kopumā pieauga vidēji par 47 % (no 5 līdz 506 %). Pēdējo reizi zobārstniecības pakalpojumu tarifi ir palielināti 2024. gadā, bet 2025. gadā finansējums šim mērķim nav piešķirts.
	Nepastāv atšķirības ³⁴⁹ zobārstniecības pakalpojumu nodrošinājumā reģionālā griezumā	⊗ Kritērijs nav sasniegts. Lai arī četros reģionos ārpus Rīgas zobu higiēnas pakalpojumu saņēmušo bērnu īpatsvars ir samērā līdzīgs (36–40 %), Zemgalē tas ir būtiski zemāks (29 %). Piekļuve zobu ārstniecības pakalpojumiem Vidzemē un Zemgalē (30–33 %) ir būtiski zemāka nekā Latgalē un Rīgā (42–45 %). Tāpat Latgalē un Zemgalē nav pieejami bērnu zobārsta pakalpojumi. Savukārt ortodontiskās ārstēšanas pakalpojumi ir izteikti koncentrēti Rīgā, bet pārējos reģionos ir pieejami ierobežoti vai nav pieejami.
	Vidējais gaidīšanas laiks zobu ārstniecībai un zobu higiēnai nepārsniedz attiecīgi 36 un 21 dienu ³⁵⁰	⊗ Kritērijs nav sasniegts. Pēdējos divos gados vidējais zobu ārstniecības un zobu higiēnas pakalpojumu gaidīšanas laiks pieaug un pārsniedz plānoto, 2024. gadā sasniedzot attiecīgi 51 un 27 dienas, bet 2025. gadā – attiecīgi 57 un 31 dienu.

2. Vai sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi visiem bērniem ir pieejami vienlīdzīgi, prioritārā kārtā un savlaicīgi? (efektivitāte un taisnīgums)

2.1. Vai ir radīti priekšnosacījumi, lai sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus bērniem nodrošinātu kā prioritāti?	Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas kārtība ļauj valstī identificēt, kādus pakalpojuma veidus katrā veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienībā nodrošina bērniem	⊗ Kritērijs sasniegts daļēji. Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus sadalījumā pa plānošanas teritorijām plāno kopīgi visām pacientu grupām, atsevišķi neizdalot bērnus. Arī Nacionālais veselības dienests līgumos nenosaka konkrētas ārstniecības iestādes, kurām būtu pienākums nodrošināt pakalpojumus bērniem, izņemot atsevišķas jau sākotnēji tikai bērniem paredzētas pakalpojumu programmas, kas tomēr neaptver visus pakalpojumus.
	Plānotais bērnu sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu apjoms un finansējuma apmērs ir uz vajadzībām balstīts un skaidri identificējams	⊗ Kritērijs nav sasniegts. Pakalpojumu plānošana bērniem balstās uz vēsturiskajiem datiem par sniegtajiem pakalpojumiem, neņemot vērā kopējo pieprasījumu pēc noteiktiem pakalpojumiem, tajā skaitā – maksas. Katram sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumam nosaka kopīgu apjomu un finansējumu, izņemot atsevišķās tikai bērniem paredzētās pakalpojumu programmas, tādēļ kopumā bērniem plānotais pakalpojumu apjoms un finansējuma apmērs nav skaidri identificējams. Turklāt atbilstoši veiktajai telefonaptaujai reģionos ārpus Rīgas piecās jaunās pakalpojumu programmās 71 % gadījumu pakalpojumi bērniem netiek sniegti, lai gan finansējums tiem ir ielānots.
	Vismaz normatīvajā aktā noteiktajās ³⁵¹ plānošanas vienībās ir pieejami visi bērnu ārsti ³⁵²	⊗ Kritērijs nav sasniegts. Veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienībā ar iedzīvotāju skaitu 75 001 un vairāk ir jānodrošina bērnu ārsti, tomēr 2024. gadā trijās – Liepājā, Daugavpilī un Jelgavā – no četrām plānošanas vienībām bērniem nav nodrošināta lielākā daļa bērnu ārstu pakalpojumu. Faktiski visu specialitāšu bērnu ārsti pieejami tikai Rīgā, bet pārējās – vien dažu. Piemēram, Liepājā no 12 bērnu ārstiem bija pieejami četri – bērnu ķirurgs, bērnu neirologs, bērnu infektologs un bērnu psihiatrs.
	Pediatra kabineta darbību pamato pakalpojuma saņēmēju skaits	⊗ Kritērijs nav sasniegts. Pediatra kabinetu noslodze ir nevienmērīga – trīs no pieciem kabineti ir zems apmeklējumu skaits, kas neliecina par pietiekamu pakalpojuma izmantošanu, kamēr pārējos divos koncentrēti 87 % no kopējā kabinetu apmeklējumu skaita.
	Visām ārstniecības iestādēm par sekundārās ambulatorās veselības	⊗ Kritērijs nav sasniegts. Bērnu sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu apmaksā nepietiekami veicina ārstniecības iestāžu ieinteresētību sniegt

aprūpes pakalpojumu
nodrošināšanu bērniem
samaksā līdzvērtīgi

pakalpojumus bērniem, jo samaksa par pakalpojumiem bērniem ne vienmēr ir augstāka. Proti:

- ✓ bērnu ārstiem aprūpes epizodes tarifs ir augstāks nekā attiecīgās medicīnas jomas vispārējās specialitātes ārstiem (piemēram, bērnu endokrinologs / endokrinologs);
- ✓ vispārējās specialitātes ārstiem (piemēram, otolaringologs) vienādu aprūpes epizodes tarifu piemēro gan pieaugušajiem, gan bērniem;
- ✓ pakalpojumu programmās (piemēram, ķirurģija), kurās ir gan vispārējās specialitātes ārsti (piemēram, ķirurgs), gan bērnu ārsti (piemēram, bērnu ķirurgs), aprēķinātās vienas aprūpes epizodes vidējās izmaksas būs augstākas ārstniecības iestādēs, kurās pakalpojumus bērniem sniedz attiecīgie bērnu ārsti (piemēram, bērnu ķirurgs), nekā ārstniecības iestādēs, īpaši reģionos, kurās pakalpojumus bērniem sniedz vispārējās specialitātes ārsti (piemēram, ķirurgs);
- ✓ atsevišķās medicīnas jomās, piemēram, oftalmoloģijā, vairākām manipulācijām ir noteikts augstāks tarifs, ja tās veic bērnam, tomēr šāda pieceja nav sistēmiska.

Reģionālā līmenī
sekundārās ambulatorās
veselības aprūpes
pakalpojumu
nodrošinājums (veids un
apjoms) ir līdzvērtīgs un
samērots ar bērnu skaitu

⊗ **Kritērijs nav sasniegts.** Pastāv būtiskas atšķirības pakalpojumu saņemšanā – daļa bērnu tos saņem savā reģionā (no 53 % Vidzemē līdz 71 % Latgalē), bet vidēji ceturtdaļa reģionu bērnu jeb 88 bērni ik dienu pēc valsts apmaksātiem pakalpojumiem dodas uz Rīgu (no 18 % Latgalē līdz 34 % Zemgalē)³⁵³, un tas rada finansiālu slogu ģimenēm.

Lielākā daļa jeb 84 % sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu bērniem no reģioniem sniegta VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”.

Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes klātienē pakalpojuma nodrošinājums reģionos nav vienmērīgs – Rīgā pakalpojumu īpatsvars būtiski pārsniedz bērnu īpatsvaru³⁵⁴, savukārt Kurzemē, Vidzemē un Zemgalē tas ir zemāks. Tikai Latgalē pakalpojumu apjoms ir proporcionāls reģionā dzīvojošo bērnu skaitam.

Lielākā daļa
līgumattiecībās ar
Nacionālo veselības
dienestu esošo vispārējās
specialitātes ārstu sniedz
sekundārās ambulatorās
veselības aprūpes
pakalpojumus bērniem

⊗ **Kritērijs sasniegts daļēji.** Daļa vispārējās specialitātes ārstu medicīnas jomās, kur nav bērnu ārstu, nesniedz pakalpojumus bērniem vai sniedz no noteikta vecuma. Piemēram, 16 % oftalmologu vispār nepieņem bērnus, savukārt Rīgā pie 46 % oftalmologu ir bijuši mazāk par 20 bērnu apmeklējumiem gadā. Tāpat bērnus līdz gada vecumam Rīgā pieņem tikai 46 % oftalmologu, kamēr pārējos reģionos šis īpatsvars ir augstāks. No izlasē iekļautajām ārstniecības personām (fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsti, fizioterapeiti, dermatologi venerologi un ginekologi dzemdību speciālisti)

sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus bērniem vismazāk nodrošināja fizioterapeiti un ginekologi dzemdību speciālisti – attiecīgi 33 % un 36 %. Tikai 51 % fizioterapeitu pieņēma bērnus līdz gada vecumam. Liela daļa ginekologu dzemdību speciālistu un fizioterapeitu nesniedz pakalpojumus bērniem vai sniedz tos minimālā apjomā (mazāk nekā 20 apmeklējumu gadā) – attiecīgi 91 % un 63 %.

2.2. Vai visiem bērniem ir vienlīdzīgi pieejami bērnu ārsti?	Ir skaidri noteikta vispārējās specialitātes ārstu un bērnu ārstu kompetence bērnu veselības aprūpē attiecīgās medicīnas jomās	⊗ Kritērijs nav sasniegts. Formāli nav skaidra un nepārprotama nodaļuma starp noteikto bērnu ārstu un vispārējās specialitātes ārstu kompetenci bērnu veselības aprūpē vienā un tajā pašā medicīnas jomā. Daļai specialitāšu ir noteiktas konkrēta pacientu grupa, citām – nav, lai gan gandrīz visi vispārējās specialitātes ārsti rezidentūrā apgūst arī bērnu veselības aprūpi. Vienlaikus veselības nozarē pastāv atšķirīgi skatījumi par vispārējās specialitātes ārstu iesaisti bērnu veselības aprūpē medicīnas jomās, kurās ir izveidotas bērnu ārstu specialitātes, proti: ✓ Veselības ministrija un Nacionālais veselības dienests pieļauj vispārējās specialitātes ārstu iesaisti bērnu veselības aprūpē; ✓ savukārt augstskolas un ārstu profesionālās organizācijas uzskata, ka bērnu veselības aprūpe primāri jānodrošina attiecīgajiem bērnu ārstiem.
Rezidentūras studiju ilgums bērnu ārstu specialitātēs atbilst starptautiskajai praksei	⊗ Kritērijs sasniegts daļēji. Latvijā pediatrijas, bērnu psihiatrijas un bērnu ķirurģijas rezidentūras studiju ilgums atbilst Eiropas Parlamenta un Padomes direktīvā noteiktajām minimālajām prasībām. Vienlaikus, salīdzinot ar Eiropas Medicīnas speciālistu apvienības izstrādātajām Eiropas apmācību prasībām un Baltijas valstīm, rezidentūras ilgums pediatra apakšspecialitātēs Latvijā pārsvarā ir ilgāks – par gadu ilgāks nekā Eiropas apmācību prasībās un Lietuvā un par diviem gadiem ilgāks nekā Igaunijā (izņemot gadījumus, kad ceturto apmācības gadu pediatra pamatspecialitātē ieskaita kā pirmo gadu bērnu ārsta apakšspecialitātē, jo tad rezidentūras studiju ilgums Latvijā pārsvarā sakrīt ar Lietuvā noteikto, bet ir par vienu gadu ilgāks nekā Igaunijā).	
Ik gadu tiek aizpildītas plānotās rezidentūras vietas bērnu ārstu pamatspecialitātēs un apakšspecialitātēs	⊗ Kritērijs nav sasniegts. Plānotās rezidentu vietas bērnu ārstu specialitātēs sistemātiski netiek aizpildītas. Turklāt atsevišķās specialitātēs tās nemaz neieplāno, piemēram: ✓ 2024./2025. un 2025./2026. studiju gadā bērnu reimatologa un bērnu alergologa specialitātēs jau sākotnēji nav plānota neviena rezidenta vieta;	

- ✓ 2025./2026. studiju gadā nav plānotas rezidentu vietas jau sešās bērnu ārstu specialitātēs, 2026./2027. studiju gadā – piecās.

Reģionālā līmenī bērnu ārstu skaits un to sniegto sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu īpatsvars ir līdzvērtīgs un samērots ar bērnu skaitu

- ⊗ **Kritērijs nav sasniegts.** Bērnu ārstu skaits un specialitāšu sadalījums Latvijā nav vienmērīgs – 69 % jeb 155 Latvijas bērnu ārsti koncentrējas Rīgā, kur nodrošina 79 % no valsts apmaksātajiem sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumiem bērniem, kamēr pārējos reģionos bērnu ārstu pieejamība ir ierobežota. Vairāki bērnu ārsti reģionos nav pieejami vispār, piemēram, Latgalē no 12 bērnu ārstu specialitātēm pieejamas vien piecas, bet Kurzemē – septiņas. Tāpēc arī sniegto pakalpojumu īpatsvars reģionos ir zems, piemēram, bērnu pneimonologa pakalpojumi Kurzemē ir 1 % no kopējā šo speciālistu pakalpojuma apjoma valstī, Vidzemē – 3 %, bet bērnu ķirurga – Kurzemē 1 %, Zemgalē – 3 % un Vidzemē – 1 %.

Ir izveidots risinājums, kas dod iespēju saņemt valsts apmaksātus bērnu ārstu sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus reģionos (maza pacientu plūsma)

- ⊗ **Kritērijs nav sasniegts.** Reģionos bērnu ārstu pieejamība ir ierobežota, savukārt risinājums, kas dotu iespēju saņemt valsts apmaksātus bērnu ārstu pakalpojumus reģionos, nav izveidots – lielākā daļa (60 %) VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” attālināto konsultāciju sniegtas Rīgā reģistrētajiem bērniem. Arī pediatru iegūtās teorētiskās zināšanas un praktiskās iemaņas par bērnu veselības aprūpi ambulatorajā veselības aprūpē vāji izmantotas, lai arī pediatri visplašāk pārzina bērnu veselības aspektus. Ierobežoto valsts apmaksāto pakalpojumu pieejamību bērniem mēģina kompensēt labdarības organizācija ar izbraukuma pakalpojumiem, ko sniedz par sabiedrības saziņotajiem līdzekļiem. Būtisku daļu veselības aprūpes pakalpojumu bērni saņem arī par maksu.

2.3. Vai izveidotā gaidīšanas rinda kārtībā ļauj bērniem saņemt sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus prioritārā kārtā un savlaicīgi?

Ārstniecības iestādes sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus prioritāri sniedz bērniem

- ⊗ **Kritērijs sasniegts daļēji.** Ja vienā ārstniecības iestādē ārsti sniedz pakalpojumus gan bērniem, gan pieaugušajiem, nosacījums prioritāri sniegt pakalpojumus bērniem nedarbojas, jo pakalpojumiem ir vienota gaidīšanas rinda. Ārstniecības iestādēs noteiktiem sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumiem veido gan atsevišķu gaidīšanas rindu bērniem, gan kopējo gaidīšanas rindu bērniem un pieaugušajiem.

Gaidīšanas rinda ārstniecības iestādēs sniedz skaidru informāciju par bērniem pieejamajiem sekundārās ambulatorās

- ⊗ **Kritērijs nav sasniegts.** Tīmekļvietnē rindapieārsta.lv publiski pieejamā informācija par ārstniecības iestādēm, kas sniedz pakalpojumus bērniem, neatbilst faktiskajai pakalpojumu pieejamībai.

veselības
pakalpojumiem

aprūpes

Vidējā gaidīšanas rinda uz sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumiem bērniem nepārsniedz 42 dienas³⁵⁵

⊗ **Kritērijs nav sasniegts.** Atbilstoši publiski pieejamajai informācijai VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” vidējā gaidīšanas rinda uz sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumiem pie revīzijas izlasē iekļautajiem ārstiem³⁵⁶ ir ar pieaugošu tendenci, proti, 01.01.2024. ir vidēji 83 dienas (vidēji 2,8 mēneši), savukārt 01.05.2026. – 90 dienas (vidēji trīs mēneši).

Sektora vadītāja

Līga Pūre

Departamenta direktore

Maija Āboliņa

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

Pielikums. Medicīnas rezidentūras specialitāšu saraksts

Ārsta			Rīgas Stradiņa universitātes kurss(-i) bērnu veselības aprūpē			Latvijas Universitātes kurss(-i) bērnu veselības aprūpē			Vai iegūtās zināšanas un praktiskās iemaņas ļauj sniegt sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus bērniem? (Jā / Nē)	
specialitāte	kompetencē esošā pacientu grupa	rezidentūrā iegūtās teorētiskās zināšanas un praktiskās iemaņas bērnu veselības aprūpē	nosaukums	izvēles / obligāts	nedēļas / kredītpunkti	nosaukums	izvēles / obligāts	nedēļas / kredītpunkti	Rīgas Stradiņa universitāte	Latvijas Universitāte
Medicīnas jomu, kurās ir bērnu ārsti, ārstu kompetence bērnu veselības aprūpē										
Ķirurgs	Visu vecumu cilvēki	Bērnu ķirurģija	Bērnu ķirurģija	Obligāts	8 nedēļas / 11 ECTS	Bērnu ķirurģija	Obligāts	6 nedēļas / 9 ECTS	Jā	Jā
Alergologs	Bērni un pieaugušie	Bērnu dermatoloģija un bērnu alergoloģija	Bērnu alergoloģija I Bērnu alergoloģija II Dermatoloģija (<i>visas vecuma grupas</i>)	Obligāts	8 nedēļas / 11 ECTS 13 nedēļas / 18 ECTS	Bērnu alergoloģija Bērnu dermatoloģija	Obligāts	30 nedēļas / 45 ECTS 4 nedēļas / 6 ECTS	Jā	Jā

					7 nedēļas / 10 ECTS					
Endokrinologs	Nav konkrēti noteikta	Bērnu endokrinoloģija stacionārā daudzprofilu ārstniecības iestādē	Bērnu un pusaudžu endokrinoloģija	Obligāts	8 nedēļas / 11 ECTS	Bērnu endokrinoloģija	Obligāts	8 nedēļas / 12 ECTS	Nē	Nē
Gastroenterologs	Nav konkrēti noteikta	Ārstniecības iestādē ar specialitātei atbilstošu profilu pediatriiskajā gastroenteroloģijā	Pediatriiskā gastroenteroloģija I Pediatriiskā gastroenteroloģija II	Obligāts	4 nedēļas / 6 ECTS 4 nedēļas / 6 ECTS	Bērnu gastroenteroloģija	Obligāts	4 nedēļas / 6 ECTS	Nē	Nē
Infektologs	Nav konkrēti noteikta	Specializētā infektoloģijas stacionārā vai daudzprofilu slimnīcas specializētajās struktūrās, konsultatīvā ambulatora tipa blokā un vakcinācijas iestādē bērnu infektoloģijā	Bērnu infekcijas	Obligāts	8 nedēļas / 11 ECTS	Bērnu infektoloģija	Obligāts	8 nedēļas / 12 ECTS	Nē	Nē
Reimatologs	Nav konkrēti noteikta	Bērnu reimatoloģija	Bērnu reimatoloģija	Obligāts	4 nedēļas / 6 ECTS	Reimatoloģisko slimnieku ambulatorā konsultēšana I (<i>nav atsevišķa sadaļa bērniem</i>)	Obligāts	20 nedēļas / 30 ECTS	Nē	Nē
Neirologs	Nav konkrēti noteikta	Bērnu neiroloģijas klīnikā	Bērnu neiroloģija	Obligāts	4 nedēļas / 5 ECTS	Nav programmas	-	-	Nē	-
Kardiologs	Nav konkrēti noteikta	Nav konkrēti noteiktas	Bērnu kardioloģija	Obligāts	2 nedēļas / 3 ECTS	Bērnu kardioloģija	Obligāts	2 nedēļas / 3 ECTS	Nē	Nē
Nefrologs	Nav konkrēti noteikta	Nav konkrēti noteiktas	Bērnu nefroloģija	Obligāts	4 nedēļas / 6 ECTS	Bērnu nefroloģija un iedzimtas nieru slimības	Obligāts	12 nedēļas / 18 ECTS	Nē	Nē
Psihiatrs	Nav konkrēti noteikta	Bērnu un jauniešu psihiatrijas pamati	Ievads bērnu un pusaudžu psihiatrijā	Obligāts	16 nedēļas / 22 ECTS	Bērnu un pusaudžu psihiatrija	Obligāts	16 nedēļas / 24 ECTS	Nē	Nē
Pneimonologs	Pieaugušie pacienti	Bērnu pneimonoloģija	Elpceļu slimības bērniem	Obligāts	4 nedēļas / 5 ECTS	Bērnu pneimonoloģija un ftiziatrija	Obligāts	8 nedēļas / 12 ECTS	Nē	Nē
Hematologs	Pieaugušie pacienti	Bērnu hematoloģija	Bērnu hematoloģija	Obligāts	5 nedēļas / 7 ECTS	Nav programmas	-	-	Nē	-
Medicīnas jomu, kurās nav bērnu ārstu, ārstu kompetence bērnu veselības aprūpē										

Oftalmologs	Nav konkrēti noteikta	Bērnu oftalmoloģija	Bērnu oftalmoloģija I Bērnu oftalmoloģija II Bērnu oftalmoloģija III	Obligāts	4 nedēļas / 6 ECTS 4 nedēļas / 6 ECTS 4 nedēļas / 6 ECTS	Bērnu oftalmoloģija	Obligāts	8 nedēļas / 12 ECTS	Jā	Jā
Otolaringologs	Nav konkrēti noteikta	Bērnu audioloģija	Bērnu otorinolaringoloģija (ievads) I Bērnu otorinolaringoloģija II	Obligāts	46 nedēļas / 63 ECTS 46 nedēļas / 63 ECTS	Bērnu otolaringoloģija I, II	Obligāts	18 nedēļas / 27 ECTS 18 nedēļas / 27 ECTS	Jā	Jā
Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts	Visas pacientu vecuma grupas	Pediatrija	Rehabilitoloģija (kardioloģiskā, neiroloģiskā, bērnu)	Obligāts	46 nedēļas / 63 ECTS no tiem bērnu: 15 nedēļas / 21 ECTS	Bērnu rehabilitācija	Obligāts	12 nedēļas / 18 ECTS	Jā	Jā
Radiologs	Nav konkrēti noteikta	Pediatrijas radioloģija	Pediatrijas radioloģija I Pediatrijas radioloģija II	Obligāts	8 nedēļas / 11 ECTS 4 nedēļas / 6 ECTS	Pediatrijas radioloģija I, II	Obligāts	8 nedēļas / 12 ECTS 8 nedēļas / 12 ECTS	Jā	Jā
Mutes, sejas un žokļu ķirurgs	Nav konkrēti noteikta	Bērnu ķirurģiskā stomatoloģija	Bērnu ķirurģiskā stomatoloģija	Obligāts	4 nedēļas / 6 ECTS	Nav programmas	-	-	Jā	-
Dermatologs venerologs	Pediatriskā dermatoloģija	Nav konkrēti noteiktas	Dermatoloģija I Dermatoloģija II Dermatoloģija III (visas vecuma grupas)	Obligāts	35 nedēļas / 48 ECTS 28 nedēļas / 36 ECTS 28 nedēļas / 38 ECTS	Dermatoveneroloģija I, II, III (nav atsevišķa sadaļa bērniem)	Obligāts	8 nedēļas / 12 ECTS 20 nedēļas / 30 ECTS 24 nedēļas / 36 ECTS	Jā	Jā
Neirofiziologs	Bērni un pieaugušie	Bērnu neiroloģija	Bērnu neiroloģija	Obligāts	4 nedēļas / 5 ECTS	Nav programmas	-	-	Jā	-
Narkologs	Nav konkrēti noteikta	Bērnu un jauniešu psihiatrijas pamati	Ievads bērnu un pusaudžu psihiatrijā	Obligāts	16 nedēļas / 22 ECTS	Nav programmas	-	-	Jā	-
Onkologs ķīmijterapeits	Nav konkrēti noteikta	Bērnu onkoloģija	Bērnu onkohematoloģija	Obligāts	6 nedēļas / 8 ECTS	-	-	-	Jā	Nē
Ginekologs dzemdību speciālists	Sievietes	Nav konkrēti noteiktas	Aktualitātes dzemdniecībā un ginekoloģijā (bērnu	Izvēles Izvēles	4 nedēļas / 6 ECTS	Bērnu ginekoloģija Izvēles kurss dzemdniecībā vai	Obligāts	4 nedēļas / 6 ECTS	Jā	Jā

			ginekoloģija vai padziļināta ultrasonogrāfija dzemdniecībā un ginekoloģijā) (<i>ir iespēja izvēlēties</i>) Izvēles kurss dzemdniecībā un ginekoloģijā (<i>ir iespēja izvēlēties</i>)		32 nedēļas / 42 ECTS	ginekoloģijā (<i>t. sk. pediatriskā profila specializētā ārstniecības iestādē</i>)		32 nedēļas / 48 ECTS		Jā
Traumatologs ortopēds	Bērni un pieaugušie	Nav konkrēti noteiktas	Bērnu traumatoloģija, ortopēdija	Obligāts	12 nedēļas / 16 ECTS	Bērnu traumatoloģija un ortopēdija	Obligāts	12 nedēļas / 18 ECTS	Jā	Jā
Plastikas ķirurgs	Nav konkrēti noteikta	Bērnu ķirurģija	Bērnu ķirurģija	Obligāts	8 nedēļas / 11 ECTS	LU nav programmas	-	-	Jā	-
Urologs	Vīrieši un sievietes, tajā skaitā bērni	Bērnu un pusaudžu uroloģisko slimību diagnostika, konsultēšana un ārstēšana	Bērnu uroloģija	Obligāts	4 nedēļas/ 6 ECTS	Iedzimtas anomālijas Ambulatorā uroloģija I, II (<i>nav atsevišķa sadaļa bērniem</i>)	Obligāts	12 nedēļas / 18 ECTS 24 nedēļas / 36 ECTS	Jā	Jā
Sirds ķirurgs	Nav konkrēti noteikta	Bērnu ķirurģija, bērnu sirds ķirurģija	Bērnu ķirurģija	Obligāts	8 nedēļas / 11 ECTS	Kardioķirurģija Iedzimto sirdskaišu ķirurģiska ārstēšana	Obligāts Obligāts	16 nedēļas / 24 ECTS 4 nedēļas / 6 ECTS	Jā	Jā
Neiroķirurgs	Nav konkrēti noteikta	Bērnu ķirurģija, bērnu neiroķirurģija	Bērnu neiroķirurģija I Bērnu neiroķirurģija II	Obligāts	15 nedēļas / 20 ECTS 12 nedēļas / 16 ECTS	Bērnu neiroķirurģija Neiroķirurģija IV (<i>nav atsevišķa sadaļa bērniem</i>)	Obligāts Obligāts	8 nedēļas / 12 ECTS 32 nedēļas / 48 ECTS	Jā	Jā

Atsauces

- ¹ Apvienoto Nāciju Organizācija. Mūsu pasaules pārveidošana: ilgtspējīgas attīstības dienas kārtība 2030. gadam (A/RES/70/1). Tulkojums © Valsts valodas centrs, 2025. Pieejams: <https://www.mk.gov.lv/lv/media/22944/download?attachment>, skatīts 08.09.2025.
- ² Bērnu tiesību konvencijas 24. pants (pieņemta 20.11.1989., stājusies spēkā 02.09.1990., Latvijā ratificēta 14.05.1992.).
- ³ Apvienoto Nāciju Organizācijas Bērnu tiesību komitejas Vispārējais komentārs Nr. 15 (2013) par bērna tiesībām uz visaugstvērtīgāko pieejamo veselības standartu (24. pants), 20., 22., 25., 27. un 29. punkts. Pieejams: https://www.tiesibsargs.lv/wp-content/uploads/2022/08/visparejais-komentars-nr.15_veseliba.pdf, skatīts 15.10.2025.
- ⁴ Bērnu tiesību aizsardzības likuma 3. panta pirmā daļa.
- ⁵ Grūtnieces, bērna un personas ar prognozējamu invaliditāti veselības aprūpe ir prioritāra. Ārstniecības likuma 3. panta otrā daļa.
- ⁶ Bērnu tiesību aizsardzības likuma 12. panta otrā daļa; Veselības aprūpes finansēšanas likuma 6. panta otrās daļas 1. punkts, 11. panta otrā daļa; Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 61.1. apakšpunkts; Nacionālā veselības dienesta un ārstniecības iestāžu līguma “Par valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu” Veselības aprūpes pakalpojumu gaidīšanas rindu veidošanas kārtības 9.1. apakšpunkts. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/sekundaras-ambulatoras-veselibas-aprupes-iznemot-laboratorijas-un-valsts-organizeta-veza-skrininga-un-profilaktisko-izmeklejumu-pakalpojumu-sniedzejiem>, skatīts 23.10.2025.
- ⁷ Veselības ministrijas 10.10.2025. vēstule Nr. 01-15.1/4653 Valsts kontrolei.
- ⁸ Nacionālā veselības dienesta 26.09.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ⁹ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 4., 5., 16. punkts.
- ¹⁰ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 5. punkts.
- ¹¹ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 2. nodaļa “No valsts budžeta līdzekļiem neapmaksājami veselības aprūpes pakalpojumi, valsts apmaksātās medicīniskās palīdzības minimumā un valsts obligātās veselības apdrošināšanā ietilpstošie veselības aprūpes pakalpojumi”.
- ¹² Ministru kabineta 24.09.2024. noteikumi Nr. 617 “Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu”.
- ¹³ Viens un tas pats unikālais pacients (bērns) var saņemt veselības aprūpes pakalpojumus dažādos ambulatorās veselības aprūpes veidos.
- ¹⁴ Latvijas Ķirurgu asociācijas 24.02.2026. vēstule Valsts kontrolei; Latvijas Kardiologu biedrības 26.02.2026. vēstule Nr. 1/26-13 Valsts kontrolei; Latvijas Bērnu kardiologu asociācijas 26.02.2026. vēstule Valsts kontrolei; Latvijas Pieaugušo reimatoloģijas biedrības 02.03.2026. vēstule Valsts kontrolei; Latvijas Bērnu alergologu un pneimonologu biedrības 02.03.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei; Latvijas Pediātru endokrinologu asociācijas 04.03.2026. vēstule Valsts kontrolei; Latvijas Bērnu alergologu un pneimonologu biedrības 05.03.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei; Latvijas Bērnu ķirurgu asociācijas 05.03.2026. vēstule Valsts kontrolei; Latvijas Neirologu biedrības 11.03.2026. vēstule Valsts kontrolei; Latvijas bērnu psihiatru asociācijas 16.03.2026. vēstule Valsts kontrolei; Latvijas Bērnu Infektologu biedrības 23.03.2026. vēstule Valsts kontrolei.
- ¹⁵ Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācijas 19.05.2026. vēstule Valsts kontrolei; Latvijas Ģimenes ārstu asociācijas 22.05.2026. vēstule Valsts kontrolei.
- ¹⁶ VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” 18.12.2025. vēstule Nr. 02-09-753/2025 un 08.05.2026. vēstule Nr. 02-09-344/2026 Valsts kontrolei; AS “Veselības centru apvienība” 14.11.2025. vēstule Nr. V-2/2-147 Valsts kontrolei; SIA “Rīgas 1. slimnīca” 21.11.2025. vēstule Nr. 1.1-14/765 Valsts kontrolei; SIA “Jelgavas pilsētas slimnīca” 24.11.2025. vēstule Nr. 1-9.1/986 Valsts kontrolei; SIA “Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca” 12.11.2025. vēstule Nr. NOS/VPI/2025/357 Valsts kontrolei; SIA “Daugavpils reģionālā slimnīca” 26.11.2025. vēstule Nr. 1.14/615 Valsts kontrolei; SIA “Vidzemes slimnīca” 26.11.2025. vēstule Nr. 1.5-2022 Valsts kontrolei; SIA “Liepājas reģionālā slimnīca” 05.12.2025. vēstule Nr. 1380/1.10 Valsts kontrolei.
- ¹⁷ Līdz 14.05.2026. nodibinājuma nosaukums – “Ronald McDonald House Charities Latvija”.
- ¹⁸ Ministru kabineta 24.09.2024. noteikumu Nr. 617 “Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu” 48., 49. punkts.

- ¹⁹ Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2021.–2027. gadam (22-TA-1571) (apstiprinātas ar Ministru kabineta 26.05.2022. rīkojumu Nr. 359 “Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2021.–2027. gadam”, prot. Nr. 28 43. §).
- ²⁰ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 20., 24., 25. punkts.
- ²¹ Ja pacienta dzīvesvieta atrodas ārpus ģimenes ārsta darbības pamatteritorijas vai ģimenes ārsta pacientu sarakstā reģistrēto pacientu skaits veido pilnu praksi, bet tas neattiecas uz ģimenes ārsta darbības pamatteritorijā dzīvojošiem pacientiem (deklarēta dzīvesvieta) un reģistrēto pacientu bērniem, vecākiem vai laulāto. Pilnā ģimenes ārsta praksē ir reģistrēti 800 bērni vai 1800 pieaugušie. Ja ģimenes ārsta praksē reģistrēti gan pieaugušie, gan bērni, Nacionālais veselības dienests nosaka praksē reģistrēto bērnu un pieaugušo skaita proporciju un aprēķina, vai prakse atbilst pilnas prakses nosacījumiem. Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 25. punkts.
- ²² Nacionālā veselības dienesta 13.02.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ²³ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” spēkā stāšanās dienā. 01.12.2025. valstī kopumā bija reģistrētas 11 pediatru prakses, kurās ir reģistrēti tikai bērni.
- ²⁴ Bērnu tiesību aizsardzības likuma 12. panta otrā daļa.
- ²⁵ Civillikums. Pirmā daļa. Ģimenes tiesības, 177. pants.
- ²⁶ Ministru kabineta 25.07.2006. noteikumu “Dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtība” 1. pielikuma 4. punkts.
- ²⁷ Kopā ģimenes ārstu praksēs 31.12.2024. ir reģistrēti 343 330 bērni.
- ²⁸ Pilsonības un migrācijas lietu pārvaldes tīmekļvietnē pieejamā informācija “Bērnu vecuma un dzimuma struktūra pašvaldībās” (Fizisko personu reģistra 01.01.2025. statistika). Pieejams: <https://www.pmlp.gov.lv/lv/fizisko-personu-registra-statistika-2025gada>, skatīts 23.10.2025.
- ²⁹ Nacionālā veselības dienesta 06.04.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ³⁰ Improving the health and wellbeing of children and adolescents: guidance on scheduled child and adolescent well-care visits. World Health Organization and the United Nations Children’s Fund (UNICEF), 2023. Pieejams: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/07b17358-c861-4478-8aac-38c0a57fae4a/content>, skatīts 29.10.2025.
- ³¹ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 1. pielikums.
- ³² Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 11. pielikuma 3. punkts.
- ³³ Nacionālā veselības dienesta 27.02.2025. e-pasta vēstule “Par prakses kapitācijas naudas apmēru” līgumpartneriem. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/media/36546/download?attachment>, skatīts 23.01.2026.
- ³⁴ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Manipulāciju sarakstu arhīvs no 01.09.2018.”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/manipulaciju-sarakstu-arhivs-no-01092018>, skatīts 29.10.2025.
- ³⁵ Ministru kabineta 24.09.2024. noteikumu Nr. 617 “Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu” 52. punkts.
- ³⁶ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Apmeklējumu skaits ģimenes ārstu praksē 2024. gada II pusgadā”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/ģimenes-arstu-darbības-radītāji>, skatīts 23.10.2025.
- ³⁷ Kopumā 2025. gadā primārās veselības aprūpes pakalpojumus nodrošināja 1189 ģimenes ārstu prakses.
- ³⁸ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnes sadaļa “Brīvās prakses vietas”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/media/43319/download?attachment>, skatīts 24.04.2026.
- ³⁹ Rēzeknes novada Lendžu, Bērzgales, Ozolmuižas un Stolerovas pagasts.
- ⁴⁰ Mātes un bērna veselības uzlabošanas plāns 2025. – 2027. gadam (25-TA-616) (apstiprināts ar Ministru kabineta 25.11.2025. rīkojumu Nr. 781 “Par Mātes un bērna veselības uzlabošanas plānu 2025.–2027. gadam”, prot. Nr. 49 43. §).
- ⁴¹ Apkopot 31.12.2024. dati par bērnu reģistrāciju. Revidenti vērs uzmanību, ka kopējais ģimenes ārstu praksēs reģistrēto 2024. gadā dzimušo bērnu skaits nesakrīt ar kopējo valstī 2024. gadā dzimušo bērnu skaitu, jo ne visi bērni tiek reģistrēti pie ģimenes ārsta.
- ⁴² Veselības aprūpes finansēšanas likuma 8. panta pirmās daļas 3. punkts.
- ⁴³ Pacientam (bērnā) var mainīt ģimenes ārstu, tāpēc pacientu (bērnu) skaits sadaļā pa reģioniem atšķiras no unikālā pacientu (bērnu) skaita.
- ⁴⁴ VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” tīmekļvietnē pieejamā informācija “Metodiskās vadības centrs (MVC)”. Pieejams: [https://www.bkus.lv/metodiskas-vadības-centrs-mvc](https://www.bkus.lv/metodiskas-vadibas-centrs-mvc), skatīts 13.05.2026.
- ⁴⁵ WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. World Health Organization (2022). Pieejams: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/73dec697-c033-449c-8323-1cd04a8d8f20/content>, skatīts 01.07.2026.; Home visits for the newborn child: a strategy to improve survival. World Health Organization/UNICEF Joint statement (2009). Pieejams: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/6f2f50bc-ca13-42c6-8d7a-26d6e11fb4cd/content>, skatīts 01.07.2026.; C. Macdonald, S. Sharma, M. Kallioinen, D. Jewell. Postnatal care: new NICE guideline for the ‘Cinderella service’. Pieejams: <https://bjgp.org/content/71/710/394>, skatīts 01.07.2026.

- ⁴⁶ Nacionālā veselības dienesta 13.02.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei; Veselības ministrijas 04.03.2026. vēstule Nr. 01-15.2/1027 Valsts kontrolei.
- ⁴⁷ Kopēja isapmeklējuma reižu skaits 2024. gadā, tajā skaitā pie 2023. gadā dzimušajiem bērniem un bērniem, kuri nav reģistrēti pie ģimenes ārsta.
- ⁴⁸ Ministru kabineta 14.12.2023. rīkojuma Nr. 894 “Par apropriācijas pārdali” sākotnējās ietekmes (*ex-ante*) novērtējuma ziņojums (anotācija) (23-TA-2945). Pieejams: <https://tapportals.mk.gov.lv/annotation/2096f6e2-451d-46fc-a95d-ee903109224f>, skatīts 26.11.2025.; Ministru kabineta 03.12.2024. rīkojuma Nr. 1043 “Par apropriācijas pārdali” sākotnējās ietekmes (*ex-ante*) novērtējuma ziņojums (anotācija) (24-TA-2783). Pieejams: <https://tapportals.mk.gov.lv/annotation/7674cc99-27fc-4b09-ba3b-5b99571848e1>, skatīts 26.11.2025.; Ministru kabineta 10.12.2025. rīkojuma Nr. 828 “Par apropriācijas pārdali” sākotnējās ietekmes (*ex-ante*) novērtējuma ziņojums (anotācija) (25-TA-2811). Pieejams: <https://tapportals.mk.gov.lv/annotation/1e8e4ba2-5393-4c86-b326-2ebe16310a15>, skatīts 25.11.2025.
- ⁴⁹ Nacionālā veselības dienesta 13.02.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ⁵⁰ Sākotnēji plānotais uzsākšanas termiņš 01.01.2026.
- ⁵¹ Nacionālā veselības dienesta 19.05.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei. Sākotnēji pilotprojektu plānoja uzsākt 01.01.2026., tomēr vēlāk Nacionālais veselības dienests informēja, ka pilotprojektu plānots uzsākt ne ātrāk par 01.04.2026.
- ⁵² Pacientam (bērnā) var mainīt ģimenes ārstu, tāpēc pacientu (bērnu) skaits sadalījumā pa reģioniem atšķiras no unikālo pacientu (bērnu) skaita.
- ⁵³ Vadlīnijas bērnu agrīnai funkcionēšanas novērtēšanai Nr. KV 4-2011 (apstiprinātas ar Veselības ekonomikas centra 02.06.2011. rīkojumu Nr. 75). Pieejams: <https://www.spkc.gov.lv/lv/registretas-2011gada/4fd987f61ff8e1.pdf>, skatīts 02.07.2026.
- ⁵⁴ Ministru kabineta 04.04.2006. noteikumu Nr. 265 “Medicīnisko dokumentu lietvedības kārtība” 32.¹ punkts, 93. pielikums (redakcijā no 24.09.2011.).
- ⁵⁵ Nacionālā veselības dienesta 19.05.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ⁵⁶ Bērnu tiesību aizsardzības likuma 12. panta otrā daļa (redakcijā no 01.07.2021.); Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 1. pielikuma 1. punkts (redakcijā no 01.07.2021.).
- ⁵⁷ Likumprojekta “Grozījumi Bērnu tiesību aizsardzības likumā” anotācija. Pieejams: <http://titania.saeima.lv/LIVS13/SaeimaLIVS13.nsf/WEBRespDocumByNum?OpenView&restricttocategory=341/Lp131081>, skatīts 02.07.2026.
- ⁵⁸ Ministru kabineta 29.06.2021. noteikumu Nr. 438 “Grozījumi Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumos Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība”” anotācija. Pieejams: https://likumi.lv/wwraksti/ANOTACIJAS/TAP/2021_06/VMANOT_170621_555.1524.DOCX, skatīts 09.04.2026.; No 01.08.2021. manipulācijas tarifs bija 8,15 *euro*, bet no 01.01.2022. – 8,50 *euro*. Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Manipulāciju sarakstu arhīvs no 01.09.2018.”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/manipulaciju-sarakstu-arhivs-no-01092018>, skatīts 08.07.2026.
- ⁵⁹ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 1. pielikuma 1. punkts (redakcijā no 20.07.2022.).
- ⁶⁰ Ministru kabineta 14.07.2022. noteikumu Nr. 466 “Grozījumi Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumos Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība”” anotācija. Pieejams: <https://tapportals.mk.gov.lv/annotation/e90dca24-487d-4384-9f52-917bca076b3e>, skatīts 09.04.2026.
- ⁶¹ Nacionālā veselības dienesta 19.05.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei; No 01.07.2022. manipulācijas tarifs bija 1,21 *euro*, bet no 01.01.2024. – 1,39 *euro*. Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Manipulāciju sarakstu arhīvs no 01.09.2018.”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/manipulaciju-sarakstu-arhivs-no-01092018>, skatīts 08.07.2026.
- ⁶² Nacionālā veselības dienesta 19.07.2022. e-pasta vēstule “Par agrīnās bērnu attīstības novērtēšanu” ģimenes ārstiem. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/media/18410/download?attachment>, skatīts 30.06.2026.
- ⁶³ Nacionālā veselības dienesta 19.05.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei; No 01.07.2022. manipulācijas tarifs bija 1,21 *euro*, bet no 01.01.2024. – 1,39 *euro*. Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Manipulāciju sarakstu arhīvs no 01.09.2018.”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/manipulaciju-sarakstu-arhivs-no-01092018>, skatīts 08.07.2026.
- ⁶⁴ Ministru kabineta 04.04.2006. noteikumu Nr. 265 “Medicīnisko dokumentu lietvedības kārtība” 32.¹ punkts, 93. pielikums (redakcijā no 24.09.2011.).
- ⁶⁵ Ministru kabineta 29.06.2021. sēdes protokols Nr. 50 (36. § 2. punkts). Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/324421>, skatīts 06.07.2026.
- ⁶⁶ Ministru kabineta 12.09.2023. sēdes protokols Nr. 44 (49. § 5. punkts). Pieejams: <https://tapportals.mk.gov.lv/meetings/protocols/d00dc0ea-06a3-4daa-be18-f4f4a9aa0b8e>, skatīts 06.07.2026.
- ⁶⁷ Saeimas Izglītības, kultūras un zinātnes komisijas 17.06.2026. sēdes protokols. Pieejams: [https://titania.saeima.lv/livs/saeimasnotikumi.nsf/0/f167f33ba209de93c2258e130044f10d/\\$FILE/PR_2026_06_17_10_00_I_KZK.edoc](https://titania.saeima.lv/livs/saeimasnotikumi.nsf/0/f167f33ba209de93c2258e130044f10d/$FILE/PR_2026_06_17_10_00_I_KZK.edoc), skatīts 06.07.2026.

- ⁶⁸ Han SY, Chang CL, Wang YL, Wang CS, Lee WJ, Vo TTT, Chen YL, Cheng CY, Lee IT. A Narrative Review on Advancing Pediatric Oral Health: Comprehensive Strategies for the Prevention and Management of Dental Challenges in Children. *Children* (Basel). 2025 Feb 26;12(3):286. Pieejams: doi: 10.3390/children12030286. PMID: 40150569; PMCID: PMC11941194, skatīts 23.05.2026.
- ⁶⁹ WHO Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Summary of the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023. Pieejams: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/0e207c03-376e-447e-8bf4-f8550ca1664e/content>, skatīts 23.05.2026.
- ⁷⁰ Slimību profilakses un kontroles centrs, SIA “Rīgas Stradiņa universitāte Stomatoloģijas institūts” pētījums “Mutes veselības pētījuma skolēniem” 2023. Pieejams: https://ppdb.mk.gov.lv/wp-content/uploads/2023/09/Mutes_veselibas_petijums_zinojums_2023.pdf, skatīts 23.05.2026.
- ⁷¹ Winkelmann J, Gómez Rossi J, van Ginneken E. Oral health care in Europe: Financing, access and provision. *Health Systems in Transition*, 2022; 24(2): pp. 1–169. Pieejams: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/oral-health-care-in-europe-financing-access-and-provision>, skatīts 23.05.2026.
- ⁷² Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 4. punkts, 1. pielikums.
- ⁷³ Valsts apmaksāta palīdzība tiek sniegta tikai gadījumos, ja bērnam ir akūtas, nepārejošas zobu sāpes, vaiga vai un smaganu tūska, zoba trauma.
- ⁷⁴ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnes sadaļa “Zobārstniecības pakalpojumi”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/zobarstniecibas-palidziba>, skatīts 09.12.2025.
- ⁷⁵ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnes sadaļa “Zobārstniecības pakalpojumi”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/zobarstniecibas-palidziba>, skatīts 09.12.2025.
- ⁷⁶ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnes sadaļa “Zobārstniecības pakalpojumi”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/zobarstniecibas-palidziba>, skatīts 09.12.2025.
- ⁷⁷ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 5. punkts un 5.1. apakšpunkts.
- ⁷⁸ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6.3. apakšpunkts.
- ⁷⁹ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 181. punkts, 11. pielikums.
- ⁸⁰ Informatīvais ziņojums “Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2021.–2027. gadam īstenošanas vidusposma no 2021.–2024. gadam novērtējums”. Pieejams: https://tapportals.mk.gov.lv/attachments/legalActs/document_versions/465e148f-117a-4cf7-8154-2fd8a3dc6b68/download, skatīts 02.02.2026.
- ⁸¹ Nacionālā veselības dienesta 05.05.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ⁸² Informatīvais ziņojums “Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2021.–2027. gadam īstenošanas vidusposma no 2021.–2024. gadam novērtējums”. Pieejams: https://tapportals.mk.gov.lv/attachments/legalActs/document_versions/465e148f-117a-4cf7-8154-2fd8a3dc6b68/download, skatīts 02.02.2026.
- ⁸³ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnes sadaļa “Pakalpojumu tarifi”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/pakalpojumu-tarifi>, skatīts 03.10.2025.
- ⁸⁴ Viens un tas pats ārsts speciālists var sniegt pakalpojumu un viens un tas pats pacients (bērns) var saņemt pakalpojumu vairākos reģionos, tāpēc speciālistu un pacientu (bērnu) skaits sadaļumā pa reģioniem atšķiras no unikālo speciālistu un pacientu (bērnu) skaita. Līdz ar to arī procentuālais sadaļums pa reģioniem pārsniedz 100 %.
- ⁸⁵ 01.01.2024. dati. Pilsonības un migrācijas lietu pārvaldes tīmekļvietnē pieejamā informācija “Fizisko personu reģistra statistika uz 01.01.2024.” Pieejams: <https://www.pmlp.gov.lv/lv/fizisko-personu-registra-statistika-2024gada>, skatīts 14.11.2025.
- ⁸⁶ Ministru kabineta 01.10.2024. noteikumu Nr. 630 “Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra noteikumi” 1. pielikuma 4.1. apakšpunkts “Profesijas, pamatspeciālitātes un apakšspecialitātes”; Ministru kabineta 24.09.2024. noteikumi Nr. 617 “Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu”.
- ⁸⁷ Latvijas Zobārstu asociācijas 19.03.2026. vēstule Nr. ADM 015/26 Valsts kontrolei.
- ⁸⁸ Viens un tas pats ārsts speciālists var sniegt pakalpojumu un viens un tas pats pacients (bērns) var saņemt pakalpojumu vairākos reģionos, tāpēc speciālistu un pacientu (bērnu) skaits sadaļumā pa reģioniem atšķiras no unikālo speciālistu un pacientu (bērnu) skaita. Līdz ar to arī procentuālais sadaļums pa reģioniem pārsniedz 100 %.
- ⁸⁹ 01.01.2024. dati. Pilsonības un migrācijas lietu pārvaldes tīmekļvietnē pieejamā informācija “Fizisko personu reģistra statistika uz 01.01.2024.” Pieejams: <https://www.pmlp.gov.lv/lv/fizisko-personu-registra-statistika-2024gada>, skatīts 14.11.2025.
- ⁹⁰ Ministru kabineta 27.11.2018. noteikumu Nr. 720 “Noteikumi par oficiālās statistikas veidlapu paraugiem veselības aprūpes jomā” 14.2. apakšpunkts.

⁹¹ Saskaņā ar aplēsi, pieņemot piesardzīgāko scenāriju, ka 7692 higiēnista pakalpojums saņēma 7692 bērni.

⁹² Dati uz 01.01.2024.

⁹³ Maksas apmeklējumu skaits aprēķināts, no kopējā apmeklējumu skaita atskaitot valsts apmaksāto apmeklējumu skaitu. Viena zobu higiēnista apmeklējuma vidējās izmaksas aprēķinātas, zobu higiēnistu veiktā darba kopējās izmaksas dalot ar valsts apmaksāto apmeklējumu skaitu. Viena zobārsta un mutes, sejas un žokļu ķirurga apmeklējuma vidējās izmaksas aprēķinātas, bērnu zobārstu, zobārstu, mutes, sejas un žokļu ķirurģu, anesteziologu, reanimatologu un radiologu veiktā darba kopējās izmaksas dalot ar valsts apmaksāto apmeklējumu skaitu. Papildus nepieciešamais finansējums valsts apmaksātu pakalpojumu nodrošināšanai aprēķināts, maksas apmeklējumu skaitu reizinot ar viena apmeklējuma vidējām izmaksām, atsevišķi katram pakalpojuma veidam.

⁹⁴ Veselības ministrijas 27.03.2026. vēstule Nr. 01-15.1/1443 Valsts kontrolei.

⁹⁵ Nacionālā veselības dienesta 04.11.2025. vēstule Nr. 12-7/19281/2025 Valsts kontrolei.

⁹⁶ Nacionālā veselības dienesta 04.11.2025. vēstule Nr. 12-7/19281/2025 Valsts kontrolei.

⁹⁷ Pamatoties uz 2024. gada pakalpojumu izmaksām.

⁹⁸ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejama informācija. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/pakalpojumu-sniedzēju-gaidisanas-saraksti>, skatīts 29.04.2026.

⁹⁹ Nacionālā veselības dienesta 19.05.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

¹⁰⁰ Nacionālā veselības dienesta 21.04.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

¹⁰¹ Latvijas Zobārstu asociācijas 19.03.2026. vēstule Nr. ADM 015/26 Valsts kontrolei.

¹⁰² Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6.3. apakšpunkts.

¹⁰³ Latvijas Zobārstu asociācijas 19.03.2026. vēstule Nr. ADM 015/26 Valsts kontrolei.

¹⁰⁴ RSU Stomatoloģijas institūta Ortodontijas studiju un pētniecības centra tīmekļvietne. Pieejams: <https://ortodontijascentrs.lv/pakalpojumi/ortodontija/>, skatīts 12.05.2026.

¹⁰⁵ Viens un tas pats pacients (bērns) var saņemt pakalpojumu vairākos reģionos, tāpēc pacientu (bērnu) skaits sadalījumā pa reģioniem atšķiras no unikālo speciālistu un pacientu (bērnu) skaita. Līdz ar to arī procentuālais sadalījums pa reģioniem pārsniedz 100 %.

¹⁰⁶ Veselības ministrijas tīmekļvietnē pieejamā informācija “Rezidentūras vietu sadalījums”. Pieejams: <https://www.vm.gov.lv/lv/rezidenturas-vietu-sadalijums>, skatīts 05.01.2026.

¹⁰⁷ Igaunijas Konkurences padome. Pieejams: <https://www.konkurentsiamet.ee/uudised/eestis-ortodontiateenuste-alapakkumineb>, skatīts 05.01.2026. Lietuvas Republikas veselības ministra 19.06.2023. rīkojums “Par Lietuvas medicīnas standarta 42:2023 “Zobārsts” apstiprināšanu”. Pieejams: <https://e-tar.lt/porta/lt/legalAct/be522d70894a11e5b7eba10a9b5a9c5f/hZaoAOxXbE>, skatīts 05.01.2026.

¹⁰⁸ Veselības inspekcijas reģistra “Ārstniecības personas un ārstniecības atbalsta personas darba vietas un sertifikāti specialitātēs” dati. Pieejams: <https://registri.vi.gov.lv/rap>, skatīts 15.06.2026.

¹⁰⁹ Lietuvas Veselības ministrijas Veselības akreditācijas valsts aģentūras Ārstu licenču reģistrs. Pieejams <https://licencijavimas.vaspvt.gov.lt/License/PublicSpecialistIndex>, skatīts 22.05.2026.

¹¹⁰ Igaunijas veselības aprūpes speciālistu reģistrs. Pieejams <https://medre.tehik.ee/search/employees>, skatīts 22.05.2026.

¹¹¹ Latvijas Ārstu biedrības prezentācija “Zobārsts un ortodontija” Latvijas zobārstu asociācijas 25.11.2023. sēdē. Latvijas Zobārstu asociācijas tīmekļvietne. Pieejams: <https://www.lza-zobi.lv/lv/lab-juristes-ilzes-vilkas-prezentacija-zobarsts-un-ortodontija--2023-gada-25-novembra-lza-sede>, skatīts 08.01.2026.

¹¹² Veselības ministrijas 23.01.2026. vēstule Nr. 01-15.2/277 Valsts kontrolei.

¹¹³ Latvijas Zobārstu asociācijas 19.03.2026. vēstule Nr. ADM 015/26 Valsts kontrolei.

¹¹⁴ Konkurences padomes 26.09.2024. vēstule Nr. 1.7-2/990 Rīgas Stradiņa universitātei, informācijai Veselības ministrijai “Par Rīgas Stradiņa universitātes līdzdalību Sabiedrībā ar ierobežotu atbildību “Rīgas Stradiņa universitātes Stomatoloģijas institūts””. Pieejams: <https://www.kp.gov.lv/lv/media/12570/download?attachment>, skatīts 15.06.2026.

¹¹⁵ Veselības inspekcijas reģistra “Ārstniecības personas un ārstniecības atbalsta personas darba vietas un sertifikāti specialitātēs” dati. Pieejams: <https://registri.vi.gov.lv/rap>, skatīts 15.06.2026.

¹¹⁶ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 12. pielikums.

¹¹⁷ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 12. pielikums.

¹¹⁸ Nacionālā veselības dienesta 29.10.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

¹¹⁹ Nacionālā veselības dienesta 11.11.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

¹²⁰ Nacionālā veselības dienesta un ārstniecības iestāžu līguma “Par valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu” parauga 1.1. apakšpunkts (no 01.01.2025.). Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/ligums-ar-arstniecibas-iestadem-no-2025-gada-1-janvara>, skatīts 05.11.2025.; Nacionālā veselības dienesta un ārstniecības iestāžu līguma “Par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu” parauga 1.1. apakšpunkts (līdz 31.12.2024.).

Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/sekundaro-ambulatoro-veselibas-aprupes-pakalpojumu-liguma-paraugs-0>, skatīts 05.11.2025.

¹²¹ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 61.1. apakšpunkts; Nacionālā veselības dienesta un ārstniecības iestāžu līguma “Par valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu” Veselības aprūpes pakalpojumu gaidīšanas rindu veidošanas kārtības 9.1. apakšpunkts. Pieejams:

<https://www.vmnvd.gov.lv/lv/sekundaras-ambulatoras-veselibas-aprupes-izņemot-la-boratorijas-un-valsts-organizeta-veza-skrininga-un-profilaktisko-izmeklejumumu-pakalpojumu-sniedzejiem>, skatīts 12.11.2025.

¹²² Nacionālā veselības dienesta un SIA “Liepājas reģionālā slimnīca” 24.01.2022. noslēgtā līguma Nr. 1/1591–2021 par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu 12.08.2024. finanšu paziņojums par līdzekļu apjomu sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai 2024. gadam; Nacionālā veselības dienesta un SIA “Liepājas reģionālā slimnīca” 30.12.2024. līgums Nr. LPD-6.2-20/716 par valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu, 1. pielikums; Nacionālā veselības dienesta 25.03.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

¹²³ Nacionālā veselības dienesta 04.02.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

¹²⁴ Nacionālā veselības dienesta un ārstniecības iestāžu līguma “Par valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu” parauga 1.1. apakšpunkts (no 01.01.2025.). Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/ligums-ar-arstniecibas-iestadem-no-2025gada-1-janvara>, skatīts 05.11.2025.; Nacionālā veselības dienesta un ārstniecības iestāžu līguma “Par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu” parauga 1.1. apakšpunkts (līdz 31.12.2024.). Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/sekundaro-ambulatoro-veselibas-aprupes-pakalpojumu-liguma-paraugs-0>, skatīts 05.11.2025.

¹²⁵ Nacionālā veselības dienesta 04.02.2026. un 13.02.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

¹²⁶ Veselības ministrijas 10.10.2025. vēstule Nr. 01-15.1/4653 Valsts kontrolei.

¹²⁷ Ministru kabineta 24.09.2024. noteikumu Nr. 617 “Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu” 249. punkts, 251.3. apakšpunkts.

¹²⁸ SIA “Rīgas veselības centrs” tīmekļvietnē pieejamā informācija “Oftalmoloģija”. Pieejams: <https://rigasveselibai.lv/lv/pakalpojumi/oftalmologija/>, skatīts 20.10.2025.

¹²⁹ Veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienībā ar iedzīvotāju skaitu no 50 001 līdz 75 000; Veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienībā ar iedzīvotāju skaitu 75 001 un vairāk; Veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienībā “Rīga, Kurzeme, Latgale, Vidzeme un Zemgale”; Veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienībā “Visa valsts”. Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 12. pielikums.

¹³⁰ Nacionālā veselības dienesta 11.11.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

¹³¹ Nacionālā veselības dienesta 06.04.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

¹³² Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 12. pielikums.

¹³³ Nacionālā veselības dienesta 04.11.2025. vēstule Nr. 12-7/19281/2025 Valsts kontrolei.

¹³⁴ Nacionālā veselības dienesta 06.04.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

¹³⁵ Veselības ministrijas 10.10.2025. vēstule Nr. 01-15.1/4653 Valsts kontrolei; Nacionālā veselības dienesta 06.04.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

¹³⁶ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Apspriede par Oftalmoloģijas pakalpojumu sniedzēju atlasī”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/apspriede-par-oftalmologijas-pakalpojumu-sniedzēju-atlasi>, skatīts 01.04.2026.; Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Pacientu vajadzības balstīta atlase – kvalitatīvi un pieejami pakalpojumi”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/pacientu-vajadzibas-balstita-atlase-kvalitativi-un-pieejami-pakalpojumi-0>, skatīts 25.02.2026.

¹³⁷ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Apspriede par Oftalmoloģijas pakalpojumu sniedzēju atlasī”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/apspriede-par-oftalmologijas-pakalpojumu-sniedzēju-atlasi>, skatīts 29.04.2026.

¹³⁸ Latvijas Optometristu un optiķu asociācijas tīmekļvietnē pieejamā informācija “LOOA 07.01.2026. vēstule Veselības ministrijai par optometristu iesaistīšanu Latvijas veselības aprūpes sistēmā”. Pieejams: <https://optometrija.lv/?p=3187>, skatīts 20.05.2026.

¹³⁹ Funkcionālais speciālists (fizioterapeits, ergoterapeits, tehniskais ortopēds, audiologopēds, uztura speciālists, mākslas terapeits, optometrists) ir ārstniecības persona, kas ieguvusi otrā līmeņa profesionālo augstāko medicīnisko izglītību un darbojas atbilstoši savai kompetencei ārstniecībā. Ārstniecības likuma 45.¹ panta pirmā daļa.

¹⁴⁰ Optometrista profesijas standarts (saskaņots 10.02.2016.). Pieejams: <https://registri.visc.gov.lv/profizglitiba/dokumenti/standarti/ps0331.pdf>, skatīts 29.04.2026.

¹⁴¹ Mātes un bērna veselības uzlabošanas plāns 2025.–2027. gadam (apstiprināts ar Ministru kabineta 25.11.2025. rīkojumu Nr. 781 “Par Mātes un bērna veselības uzlabošanas plānu 2025.–2027. gadam”, prot. Nr. 49 43. §).

¹⁴² Nacionālā veselības dienesta 05.05.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

- ¹⁴³ Valsts apmaksātu sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai personu nosūta ģimenes ārsts vai speciālists. Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 56.1. apakšpunkts.
- ¹⁴⁴ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Pakalpojumu tarifi”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/tarifi-sadalijuma-pa-elementiem>, skatīts 05.05.2026.
- ¹⁴⁵ Piemērus skatīt tīmekļvietnēs. Pieejams: <https://optio.lv/pakalp> <https://visionexpress.lv/cenradis/ojumu-cenradis/>, <https://www.metropoleoptika.lv/lv/redzes-parbaude>, <https://www.vizionette.lv/cenradis/>, skatīts 07.05.2026.
- ¹⁴⁶ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 14. pielikuma 1. punkts.
- ¹⁴⁷ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 4., 5., 12., 14. pielikums.
- ¹⁴⁸ Nacionālā veselības dienesta 04.02.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ¹⁴⁹ Nacionālā veselības dienesta 21.04.2026. un 05.05.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ¹⁵⁰ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 14. pielikuma 1.1.1. apakšpunkts; Nacionālā veselības dienesta 21.04.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ¹⁵¹ Nacionālā veselības dienesta 04.02.2026., 13.02.2026., 25.03.2026. un 05.05.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ¹⁵² Nacionālā veselības dienesta 04.02.2026. un 13.02.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ¹⁵³ Šādu informāciju var iegūt, tika i veicot speciālu laiktīlpiġu datu atlasi veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas norēķinu sistēmā “Vadības informācijas sistēma”.
- ¹⁵⁴ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Pārskats par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai veikto darbu sadalījumā pa pakalpojumu programmām 2024. gada 12 mēnešos”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/arhivs>, skatīts 25.11.2025.
- ¹⁵⁵ Nacionālā veselības dienesta 21.04.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ¹⁵⁶ Nacionālā veselības dienesta 25.03.2026. un 07.04.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ¹⁵⁷ Telefonaptauja veikta par izlasē iekļauto sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu programmu nodrošinājumu piecus gadus veciem bērniem.
- ¹⁵⁸ Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu programmu daļījumā ārstniecības iestādes var atkārtoties.
- ¹⁵⁹ Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu programmu daļījumā ārstniecības iestādes var atkārtoties.
- ¹⁶⁰ Nacionālā veselības dienesta 25.03.2026. un 07.04.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ¹⁶¹ Nacionālā veselības dienesta 19.05.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ¹⁶² Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 90., 191. punkts, 6. pielikuma 1.2. apakšpunkts; Nacionālā veselības dienesta 13.02.2026. un 25.03.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ¹⁶³ Ministru kabineta 20.01.2009. noteikumu Nr. 60 “Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām” 105. punkts.
- ¹⁶⁴ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Plānotais finansējuma apmērs 2026. gadam”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/planotais-finansejuma-apmers-2026-gadam>, skatīts 20.03.2026.
- ¹⁶⁵ Nacionālā veselības dienesta 13.02.2026. un 25.03.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ¹⁶⁶ Nacionālā veselības dienesta 25.03.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ¹⁶⁷ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 151., 154., 170., 181., 184., 188. punkts, 4., 5., 7., 10. pielikums.
- ¹⁶⁸ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 14. pielikuma 2.3. apakšpunkts.
- ¹⁶⁹ Nacionālā veselības dienesta 04.02.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ¹⁷⁰ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 4. pielikums; Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Aprūpes epizožu tarifi pa elementiem”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/tarifi-sadalijuma-pa-elementiem>, skatīts 06.01.2026.
- ¹⁷¹ Nacionālā veselības dienesta 13.02.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ¹⁷² Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 4. pielikums; Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Aprūpes epizožu tarifi pa elementiem”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/tarifi-sadalijuma-pa-elementiem>, skatīts 06.01.2026.
- ¹⁷³ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Pakalpojumu tarifi”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/tarifi-sadalijuma-pa-elementiem>, skatīts 26.04.2026.
- ¹⁷⁴ Nacionālā veselības dienesta 13.02.2026. un 05.05.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ¹⁷⁵ Ministru kabineta 24.09.2024. noteikumi Nr. 617 “Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst medicīniskās izglītības programmas, kompetenciārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu”; Ministru

kabineta 06.06.2006. noteikumu Nr. 460 “Noteikumi par specialitāšu, apakšspecialitāšu un papildspecialitāšu sarakstu reglamentētajām profesijām” 1. pielikums.

¹⁷⁶ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 61.1. apakšpunkts.

¹⁷⁷ Veselības ministrijas 10.10.2025. vēstule Nr. 01-15.1/4653 Valsts kontrolei.

¹⁷⁸ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietne www.rindapiearsta.lv, skatīts 28.01.2026.

¹⁷⁹ Telefonaptauja veikta 2026. gada janvārī un februārī.

¹⁸⁰ Precīzijas medicīna ir inovatīva pieeja, kas izmanto informāciju par indivīda genomu, vidi un dzīvesveidu, lai vadītu lēmumus par viņa medicīnisko aprūpi, ar mērķi nodrošināt precīzāku slimību profilaksi, diagnostiku un ārstēšanu. Pieejams: <https://www.genome.gov/genetics-glossary/Precision-Medicine>, skatīts 15.04.2026.

¹⁸¹ Terapeitiskās intervences ir plānotas, strukturētas profesionālas darbības vai paņēmieni, ko veselības vai sociālās aprūpes speciālisti izmanto, lai uzlabotu, atjaunotu vai saglabātu personas fizisko, psihisko, emocionālo vai sociālo funkcionēšanu, mazinātu simptomus un veicinātu veselību un dzīves kvalitāti. Pieejams: <https://carelearning.org.uk/blog/wellbeing/what-are-therapeutic-interventions-in-health-and-social-care/>, skatīts 15.04.2026.

¹⁸² Leslie L.K., Orr C.J., Turner A.L., Mink R., Leonard M.B., Sabadosa K.A., Vinci R.J. Child Health and the US Pediatric Subspecialty Workforce: Planning for the Future. Pieejams: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38299999/>, skatīts 09.04.2026.

¹⁸³ Myers A., Fussell J., Moffatt M., Boyer D., Ross R., Dammann C., Degnon L., Weiss P., Sauer C., Vinci R. The Importance of Subspecialty Pediatricians to the Health and Well-Being of the Nation's Children. Pieejams: <https://www.jpeds.com/action/showPdf?pii=S0022-3476%2823%2900124-5>, skatīts 09.04.2026.

¹⁸⁴ European Union of Medical Specialists. Pieejams: <https://www.uems.eu/>, skatīts 15.04.2026.; European Union of Medical Specialists Statutes. Pieejams: <https://www.uems.eu/documents#Statutes-%26-Rules-of-procedure2>, skatīts 15.04.2026.

¹⁸⁵ European Union of Medical Specialists Statutes. Pieejams: <https://www.uems.eu/documents#Statutes-%26-Rules-of-procedure2>, skatīts 15.04.2026.

¹⁸⁶ Eiropas Parlamenta un Padomes 07.09.2005. Direktīva 2005/36/EK par profesionālo kvalifikāciju atzīšanu, V pielikuma 5.1.3. apakšpunkts. Pieejams: <https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2005/36/oj/lav>, skatīts 05.11.2025.

¹⁸⁷ Structure of the UEMS. Pieejams: <https://www.uems.eu/our-structure#Medical-specialties>, skatīts 16.04.2026.

¹⁸⁸ European Union of Medical Specialists European Training Requirements. Pieejams: <https://www.uems.eu/european-training-requirements>, skatīts 05.11.2023.

¹⁸⁹ European Union of Medical Specialists European Training Requirements. Pieejams: <https://www.uems.eu/european-training-requirements>, skatīts 05.11.2023.; Documents. Pieejams: <https://www.uems.eu/documents#ETRs-Procedure-rules>, skatīts 16.04.2026.

¹⁹⁰ Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPC). Pieejams: <https://www.aepc.org/>, skatīts 16.04.2026.

¹⁹¹ European Society for Emergency Medicine – European Training Requirements for Training in Paediatric Emergency, 2018. Pieejams: https://eusem.org/images/2019_European_Training_Requirements_for_Training_in_Paediatric_Emergency_Medicine_FINAL_clean.pdf, skatīts 15.05.2026.

¹⁹² Ministru kabineta 24.09.2024. noteikumi Nr. 617 “Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu”.

¹⁹³ Bēmu infekcijas slimībās, ķirurģijā, ftiziatrijā (medicīnas nozare, kas pētī tuberkulozi un tās ārstēšanas metodes), bēmu ausu, kakla deguna slimībās, dermatoloģijā, neonatoloģijā, bēmu intensīvajā terapijā, reimatoloģijā, kardioloģijā, hematoloģijā, nefroloģijā, pneimonoloģijā, alergoloģijā, gastroenteroloģijā, endokrinoloģijā, neiroloģijā, sociālajā pediatrijā un rehabilitācijā, ģenētikā, hospitālajā pediatrijā vai ambulatorajā pediatrijā (pēc izvēles), kā arī profesionālās darbības juridiskajos pamatos.

¹⁹⁴ European Union of Medical Specialists European Training Requirements for the Specialty of Paediatrics, UEMS 2015/30. Pieejams: <https://drive.google.com/file/d/1WmaZCv3Svkg8NBq9XO3W31cVJC58FQ0U/view>, skatīts 15.05.2026.

¹⁹⁵ Ministru kabineta 01.10.2024. noteikumu Nr. 630 “Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra noteikumi” 1. pielikuma 4. punkts “Ārstniecības personu klasifikators”; Ministru kabineta 24.09.2024. noteikumi Nr. 617 “Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu”.

¹⁹⁶ European Union of Medical Specialists European Training Requirements. Pieejams: <https://www.uems.eu/european-training-requirements>, skatīts 05.11.2023.

¹⁹⁷ Ministru kabineta 06.06.2006. noteikumi Nr. 460 “Noteikumi par specialitāšu, apakšspecialitāšu un papildspecialitāšu sarakstu reglamentētajām profesijām”. Salīdzinājumā nav iekļauta bērnu audiologa apakšspecialitāte.

¹⁹⁸ Lietuvas Republikas valdības 13.02.2019. rezolūcija Nr. 144 “Par medicīnas rezidentūras studiju un zobārstniecības rezidentūras studiju programmu īstenošanas prasību un uzraudzības kārtības apraksta apstiprināšanu”. Pieejams: <https://www.e-tar.lt/portals/en/legalAct/746d03a0335c11e99595d005d42b863e/asr>, skatīts 23.03.2026.

- ¹⁹⁹ Igaunijas Sociālo lietu ministra 17.12.2019. noteikumi Nr. 70 “Rezidentūras organizēšanas pamatprasības un nosacījumi”. Pieejams: <https://www.riigiteataja.ee/akt/119122019020>, skatīts 11.03.2026.
- ²⁰⁰ Polijas Veselības ministrijas paziņojums par piešķirto rezidentūras vietu skaitu medicīnas un zobārstniecības specializāciju kvalifikācijai no 01.03.2025. Pieejams: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-w-sprawie-liczby-miejsc-rezydenckich-przyznanych-przez-ministra-zdrowia-na-postepowanie-kwalifikacyjne-na-specjalizacje-lekarskie-i-lekarsko-dentystyczne-rozpoczynajace-sie-1-marca-2025-r?>, skatīts 17.03.2026.; Polijas Augstākā medicīnas palāta. Ārstu un zobārstu skaitliskā kopsa vilkums pa jomām un specializācijas pakāpēm. Pieejams: <https://nil.org.pl/rejstry/centralny-rejestr-lekarzy/informacje-statystyczne>, skatīts 17.04.2026.
- ²⁰¹ Vācijas Medicīnas asociācijas (Vācijas Medicīnas asociāciju darba grupas) 2018. gada tālākizglītības noteikumi. Pieejams: https://www.bundesärztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/20250703_MWBO-2018.pdf, skatīts 18.03.2026.; Medical Study Guide. Specialisation in Medicine in Germany (Residency). Pieejams: <https://medicalstudyguide.com/specialisation-in-medicine-in-germany.html>, skatīts 18.03.2026.
- ²⁰² Čehijas Veselības ministrijas tīmekļvietnē pieejamā informācija “Ārstu specializētās apmācības izglītības programmu saraksts”. Pieejams: <https://mzd.gov.cz/lekari/>, skatīts 18.03.2026.
- ²⁰³ Somijas Sociālo lietu un veselības ministrijas 30.01.2020. dekrēts par specializēto medicīnisko un zobārstniecības apmācību un speciālo apmācību vispārējā medicīnā. Pieejams: <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/saaduskokoelma/2020/55#OT1>, skatīts 22.03.2026.; Somijas medicīnas profesionālās tālākizglītības informācijas platforma – Tālākizglītības programmas. Pieejams: <https://www.laaketieteelliset.fi/ammattilinen-jatkokoulutus/lisakoulutusohjelmat/lisakoulutusohjelmat/#valtakunnalliset-lisakoulutusalet-3>, skatīts 28.04.2026.
- ²⁰⁴ Clinical Microbiology and Infection organisation. Training in infectious diseases across Europe in 2021 – a survey on training delivery, content and assessment. Pieejams: [https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.org/article/S1198-743X\(21\)00427-4/fulltext](https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.org/article/S1198-743X(21)00427-4/fulltext), skatīts 23.04.2026.
- ²⁰⁵ Veselības ministrijas 10.10.2025. vēstule Nr. 01-15.1/4653 Valsts kontrolei.
- ²⁰⁶ Rīgas Stradiņa universitātes 11.12.2025. vēstule Nr. 3-DPAD-6/667/2025 Valsts kontrolei.
- ²⁰⁷ European Union of Medical Specialists European Training Requirements. Pieejams: <https://www.uems.eu/european-training-requirements>, skatīts 05.11.2023.
- ²⁰⁸ Eiropas Parlamenta un Padomes Direktīva 2005/36/EK (07.09.2005.) par profesionālo kvalifikāciju atzīšanu, V pielikuma 5.1.3. apakšpunkts. Pieejams: <https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2005/36/oj/lav>, skatīts 05.11.2025.
- ²⁰⁹ European Union of Medical Specialists European Training Requirements. Pieejams: <https://www.uems.eu/european-training-requirements>, skatīts 05.11.2023.
- ²¹⁰ Ministru kabineta 24.09.2024. noteikumi Nr. 617 “Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu”.
- ²¹¹ Eiropas Parlamenta un Padomes Direktīva 2005/36/EK (07.09.2005.) par profesionālo kvalifikāciju atzīšanu, V pielikuma 5.1.3. apakšpunkts. Pieejams: <https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2005/36/oj/lav>, skatīts 05.11.2025.
- ²¹² European Union of Medical Specialists European Training Requirements. Pieejams: <https://www.uems.eu/european-training-requirements>, skatīts 05.11.2023.
- ²¹³ European Union of Medical Specialists European Training Requirements. Pieejams: <https://www.uems.eu/european-training-requirements>, skatīts 05.11.2023.
- ²¹⁴ Ministru kabineta 24.09.2024. noteikumi Nr. 617 “Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu”.
- ²¹⁵ European Union of Medical Specialists. Pieejams: <https://www.uems.eu/european-training-requirements>, skatīts 05.11.2023.
- ²¹⁶ Igaunijas Sociālo lietu ministra 17.12.2019. noteikumi Nr. 70 “Rezidentūras organizēšanas pamatprasības un nosacījumi”. Pieejams: <https://www.riigiteataja.ee/akt/119122019020>, skatīts 19.11.2025.
- ²¹⁷ Lietuvas Republikas valdības 13.02.2019. rezolūcija Nr. 144 “Par medicīnas rezidentūras studiju un zobārstniecības rezidentūras studiju programmu īstenošanas prasību un uzraudzības kārtības apraksta apstiprināšanu”. Pieejams: <https://www.e-tar.lt/porta/en/legal/Act/746d03a0335c11e99595d005d42b863e/asr>, skatīts 19.11.2025.
- ²¹⁸ Rīgas Stradiņa universitātes 11.12.2025. vēstule Nr. 3-DPAD-6/667/2025 Valsts kontrolei.
- ²¹⁹ Ministru kabineta 24.09.2024. noteikumi Nr. 617 “Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu”.
- ²²⁰ European Union of Medical Specialists European Training Requirements. Pieejams: <https://www.uems.eu/european-training-requirements>, skatīts 05.11.2023.
- ²²¹ Ministru kabineta 24.03.2009. noteikumi 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” (zaudē spēku 01.10.2024.); Ministru kabineta 24.09.2024. noteikumi Nr. 617 “Noteikumi par

ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu” (stājās spēkā 01.10.2024.).

²²² Valsts kontroles un Veselības ministrijas pārstāvju tikšanās 29.01.2026.; Veselības ministrijas 23.01.2026. vēstule Nr. 01-15.2/277 Valsts kontrolei.

²²³ Ministru kabineta 24.09.2024. noteikumu Nr. 617 “Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu” sākotnējās ietekmes (*ex-ante*) novērtējuma ziņojums (anotācija).

²²⁴ Ministru kabineta 30.08.2011. noteikumu Nr. 685 “Rezidentu uzņemšanas, sadales un rezidentūras finansēšanas kārtība” 3., 4., 4.¹, 5., 9., 11., 11.¹ punkts.

²²⁵ Veselības ministrijas 20.11.2025. vēstule Nr. 01-15.2/5299 Valsts kontrolei un 23.01.2026. vēstule Nr. 01-15.2/277 Valsts kontrolei; Valsts kontroles un Veselības ministrijas pārstāvju tikšanās 29.01.2026.; Ministru kabineta 05.03.2024. noteikumu Nr. 155 “Grozījumi Ministru kabineta 2011. gada 30. augusta noteikumos Nr. 685 “Rezidentu uzņemšanas, sadales un rezidentūras finansēšanas kārtība”” sākotnējās ietekmes (*ex-ante*) novērtējuma ziņojums (anotācija).

²²⁶ Ministru kabineta 30.08.2011. noteikumu Nr. 685 “Rezidentu uzņemšanas, sadales un rezidentūras finansēšanas kārtība” 4., 4.¹ punkts (redakcijā no 08.03.2024.).

²²⁷ Veselības ministrijas 04.03.2026. vēstule Nr. 01-15.2/1027 Valsts kontrolei: Veselības ministrijas 28.02.2024. rīkojums Nr. 01-01.1/37 “Par darba grupas izveidi rezidentūras vietu noteikšanai ārstniecības iestādēs”; Veselības ministrijas 23.01.2025. rīkojums Nr. 01-01.1/21 “Par darba grupas izveidi rezidentūras vietu noteikšanai ārstniecības iestādēs 2025. gadā”; Veselības ministrijas 10.02.2026. rīkojums Nr. 01-01.1/12 “Par darba grupas izveidi rezidentūras vietu noteikšanai specialitātēs un ārstniecības iestādēs 2026. gadā”; Veselības ministrijas 23.02.2026. rīkojums Nr. 01-01.1/22 “Par grozījumu Veselības ministrijas 2026. gada 10. februāra rīkojumā Nr. 01-01.1/12 “Par darba grupas izveidi rezidentūras vietu noteikšanai specialitātēs un ārstniecības iestādēs 2026. gadā”.

²²⁸ Veselības ministrijas tīmekļvietnē pieejamā informācija “Rezidentūras vietu plānošana slimnīcu datu apkopošana”. Pieejams: <https://www.vm.gov.lv/lv/slimnicu-gata-viba-iesaistities-rezidentu-apmaciba>, skatīts 08.11.2025.

²²⁹ Veselības ministrijas tīmekļvietnē pieejamā informācija “Rezidentūras vietu sadalījums”. Pieejams: <https://www.vm.gov.lv/lv/rezidenturas-vietu-sadalijums>, 17.04.2026.

²³⁰ Veselības inspekcijas 28.10.2025. vēstule Nr. 2.1.-6./9004 Valsts kontrolei.

²³¹ Veselības ministrijas tīmekļvietnē pieejamā informācija “Rezidentūras vietu plānošana slimnīcu datu apkopošana”. Pieejams: <https://www.vm.gov.lv/lv/slimnicu-gata-viba-iesaistities-rezidentu-apmaciba>, skatīts 08.11.2025.

²³² Veselības ministrijas 04.03.2026. vēstule Nr. 01-15.2/1027 Valsts kontrolei.

²³³ Veselības ministrijas 20.11.2025. vēstule Nr. 01-15.2/5299 Valsts kontrolei.

²³⁴ Eiropas Komisijas Strukturālo reformu atbalsta ģenerāldirektorāta projektā “Par veselības darbaspēka stratēģiju Latvijā” (05.12.2023.). Pieejams: <https://www.vm.gov.lv/lv/media/12951/download?attachment>, skatīts 26.11.2025.

²³⁵ Veselības ministrijas 23.01.2026. vēstule Nr. 01-15.2/277 Valsts kontrolei.

²³⁶ European Union of Medical Specialists European Training Requirements. Pieejams: <https://www.uems.eu/european-training-requirements>, skatīts 05.11.2023.

²³⁷ Veselības ministrijas 23.01.2026. vēstule Nr. 01-15.2/277 Valsts kontrolei.

²³⁸ Veselības ministrijas tīmekļvietnē pieejamā informācija “4.1.2.5. Pasākumiem, lai piesaistītu un noturētu ārstniecības personas darbam valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sektorā, īpaši stacionāros”. Pieejams: <https://www.vm.gov.lv/lv/4125-pasakumiem-lai-piesaistitu-un-noturetu-arstniecibas-personas-darbam-valsts-apmaksato-veselibas-aprupes-pakalpojumu-sektora-ipasi-stacionaros>, skatīts 13.05.2026.

²³⁹ Ministru kabineta 30.08.2011. noteikumu Nr. 685 “Rezidentu uzņemšanas, sadales un rezidentūras finansēšanas kārtība” 11.5.2. apakšpunkts, 17. punkts.

²⁴⁰ Veselības ministrijas 20.11.2025. vēstule Nr. 01-15.2/5299 Valsts kontrolei.

²⁴¹ WHO Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Pieejams: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/3ef6ee65-42fa-4d2b-9c75-d55b2df17f9a/content>, skatīts 18.05.2026.

²⁴² OECD (2016), Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris. Pieejams: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>, skatīts 18.05.2026.

²⁴³ United Kingdom General Medical Council Professional standards – Good medical practice. Pieejams www.gmc-uk.org/guidance, skatīts 18.05.2026.

²⁴⁴ OECD/WHO (2019), Improving Healthcare Quality in Europe : Characteristics, Effectiveness and Implementation of Different Strategies , OECD Publishing, Paris/WHO, Geneva, <https://doi.org/10.1787/b11a6e8f-en>, skatīts 18.05.2026.

²⁴⁵ Ministru kabineta 24.09.2024. noteikumi Nr. 617 “Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu”.

²⁴⁶ Ministru kabineta 24.09.2024. noteikumu Nr. 617 “Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu” 2. nodaļu “Ārsti”.

- ²⁴⁷ Veselības ministrijas 10.10.2025. vēstule Nr. 01-15.1/4653 Valsts kontrolei.
- ²⁴⁸ Ministru kabineta 24.09.2024. noteikumi Nr. 617 “Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu”.
- ²⁴⁹ Nacionālā veselības dienesta 21.04.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ²⁵⁰ Ministru kabineta 24.09.2024. noteikumi Nr. 617 “Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu”.
- ²⁵¹ Manipulācijas “Piemaksa manipulācijai 07002 par bērna līdz 10 gadu vecumam apmācību (apmācību veic medicīnas darbinieks 15–30 minūtes pirms testa veikšanas)” (manipulācijas kods 07029) un “Piemaksa manipulācijām 07004, 07017, 07018 par bērnu līdz 10 gadu vecumam apmācību spirogrāfijas (pneimotahogrāfijas) izdarīšanai (apmācību veic medicīnas darbinieks 20–30 minūtes pirms testa veikšanas)” (manipulācijas kods 07030); Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Pakalpojumu tarifi”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/tarifi-sadalijuma-pa-elementiem>, skatīts 026.04.2026.
- ²⁵² Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 5. punkts.
- ²⁵³ Nacionālā veselības dienesta 21.04.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ²⁵⁴ Ministru kabineta 24.09.2024. noteikumu Nr. 617 “Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu” 2. nodaļa “Ārsts”.
- ²⁵⁵ European Union of Medical Specialists European Training Requirements. Pieejams: <https://www.uems.eu/european-training-requirements>, skatīts 05.11.2023.
- ²⁵⁶ Ministru kabineta 09.07.2019. noteikumu Nr. 309 “Veselības inspekcijas nolikums” 2. punkts.
- ²⁵⁷ Veselības inspekcijas 07.04.2026. vēstule Nr. 1.6.-2./3326 Valsts kontrolei.
- ²⁵⁸ Veselības inspekcijas tīmekļvietnē pieejamā informācija “Reģistrētās ārstniecības personas un ārstniecības atbilstošas personas”. Pieejams: <https://registri.vi.gov.lv/rap>, skatīts 10.03.2026.
- ²⁵⁹ Ministru kabineta 24.09.2024. noteikumu Nr. 617 “Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu” 2. nodaļa “Ārsts”.
- ²⁶⁰ Ministru kabineta 24.09.2024. noteikumu Nr. 617 “Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu” 2. nodaļa “Ārsts”.
- ²⁶¹ Rīgas Stradiņa universitātes 11.05.2026. vēstule Nr. 3-DPAD-6/244/2026 Valsts kontrolei un Latvijas Universitātes 12.05.2026. vēstule Nr. 1-13/275 Valsts kontrolei.
- ²⁶² Latvijas Pediātru asociācijas tīmekļvietne. Pieejams: <https://www.pediatruasociacija.lv/>, skatīts 12.05.2026.
- ²⁶³ Mātes un bērna veselības konsultatīvās padomes 08.06.2022. sēdes protokols. Pieejams: <https://www.vm.gov.lv/lv/media/10310/download>, skatīts 25.05.2026.
- ²⁶⁴ Pocket book of primary health care for children and adolescents: guidelines for health promotion, disease prevention and management from the newborn period to adolescence. World Health Organization (2022). Pieejams: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057622>, skatīts 20.05.2026. Integrating primary and secondary care for children and young people. Archives of Disease in Childhood (2016). Pieejams: <https://adc.bmj.com/content/101/9/792>, skatīts 20.05.2026.
- ²⁶⁵ Nacionālā veselības dienesta 19.05.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ²⁶⁶ Ministru kabineta 24.09.2024. noteikumu Nr. 617 “Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu” 165.1. apakšpunkts.
- ²⁶⁷ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 42.1. apakšpunkts.
- ²⁶⁸ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 56.2.10. un 185.14. apakšpunkts.
- ²⁶⁹ SIA “Liepājas reģionālā slimnīca”, SIA “Rēzeknes slimnīca”, SIA “Cēsu klīnika”, SIA “Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca”, SIA “Vidzemes slimnīca”, SIA “Ogres rajona slimnīca”.
- ²⁷⁰ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Aktualitātes”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/jaunums/sesas-slimnिकास-izveidot-pediatru-kabineti>, skatīts 25.11.2025.
- ²⁷¹ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 56.2.10. apakšpunkts.
- ²⁷² Nacionālā veselības dienesta 13.02.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ²⁷³ Nacionālā veselības dienesta 19.05.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.

- ²⁷⁴ Viens un tas pats pacients (bērns) var saņemt vairākus pakalpojuma veidus, tāpēc pacientu (bērnu) skaits sadaļījumā pa pakalpojuma veidiem atšķiras no unikālo pacientu (bērnu) skaita.
- ²⁷⁵ Nacionālā veselības dienesta 15.12.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ²⁷⁶ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 11. pielikums. Visu pediatru kabinetu darbu apmaksā atbilstoši ikmēneša fiksētajam maksājumam, kuru aprēķina uz kabinetā nodarbināto ārstniecības personu slodzēm, un tā izlietojums nav atkarīgs no faktiski sniegtā pakalpojuma apjoma.
- ²⁷⁷ Nacionālā veselības dienesta 06.04.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ²⁷⁸ Nacionālā veselības dienesta 04.11.2025. vēstule Nr. 12-7/19281/2025 Valsts kontrolei.
- ²⁷⁹ Nacionālā veselības dienesta 06.04.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ²⁸⁰ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 10. pielikuma 8. piezīme.
- ²⁸¹ Nacionālā veselības dienesta 13.02.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ²⁸² Speciālisti noteiktajā kabineta darba laikā nodrošina telefoniskās un elektroniskās saziņas konsultācijas.
- ²⁸³ Manipulācija 60037 “Ārsta-speciālista sniegta attālināta konsultācija ģimenes ārstam vai citas specialitātes ārstam-speciālistam”, kuras tarifs līdz 31.03.2024. bija 11,28 *euro* un no 01.04.2024. – 13,61 *euro*.
- ²⁸⁴ Nacionālā veselības dienesta 13.02.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ²⁸⁵ Aplēse aprēķināta no 2024. gada fiksētā maksājuma VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” pediatra kabineta darbības nodrošināšanai atskaitot 2024. gadā pediatra sniegto konsultāciju skaita reizinājumu ar manipulācijas 60037 “Ārsta-speciālista sniegta attālināta konsultācija ģimenes ārstam vai citas specialitātes ārstam-speciālistam” tarifu, samazinājumu izsakot procentos no fiksētā maksājuma apmēra.
- ²⁸⁶ Nacionālā veselības dienesta 04.11.2025. vēstule Nr. 12-7/19281/2025 Valsts kontrolei. Viens un tas pats bērnu speciālists var sniegt pakalpojumu vairākos reģionos.
- ²⁸⁷ OECD/European Commission (2024), Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. Pieejams: <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>, skatīts 11.05.2026.
- ²⁸⁸ Nacionālā veselības dienesta 04.11.2025. vēstule Nr. 12-7/19281/2025 Valsts kontrolei. Viens un tas pats bērnu speciālists var sniegt pakalpojumu vairākos reģionos.
- ²⁸⁹ Darba slodzes stundu skaits aprēķināts, ņemot vērā apmeklējumu skaitu un bērnu ārstu aprūpes epizodes tarifā ietverto laiku vienam pacientam.
- ²⁹⁰ Informācija no tīmekļvietnes www.rindapiearsta.lv, skatīts 27.05.2026.
- ²⁹¹ Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2021.–2027. gadam (22-TA-1571) (apstiprinātas ar Ministru kabineta 26.05.2022. rīkojumu Nr. 359 “Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2021.–2027. gadam” (prot. Nr. 28 43. §).
- ²⁹² Veselības ministrijas 20.11.2025. vēstule Nr. 01-15.2/5299 Valsts kontrolei.
- ²⁹³ Visu 12 specialitāšu bērnu ārsti un sešas vispārējās specialitātes ārsti – oftalmologs, otolaringologs, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts, fizioterapeits, ginekologs dzemdību speciālists.
- ²⁹⁴ Nacionālā veselības dienesta 29.05.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ²⁹⁵ Informācija no tīmekļvietnes www.rindapiearsta.lv, skatīts 27.05.2026.
- ²⁹⁶ Valstspilsētas ir Daugavpils, Jelgava, Jēkabpils, Jūrmala, Liepāja, Ogre, Rēzekne, Rīga, Valmiera un Ventspils. Administratīvo teritoriju un apdzīvoto vietu likuma 8. panta trešā daļa.
- ²⁹⁷ VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” tīmekļvietnē pieejamā informācija “Metodiskās vadības centrs (MVC)”. Pieejams: <https://www.bkus.lv/metodiskas-vadibas-centrs-mvc>, skatīts 13.05.2026.
- ²⁹⁸ Veselības inspekcijas 28.10.2025. vēstule Nr. 2.1.-6./9004 Valsts kontrolei.
- ²⁹⁹ Nacionālā veselības dienesta 24.10.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ³⁰⁰ VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” 18.12.2025. vēstule Nr. 02-09-753/2025 Valsts kontrolei, Rīgas Stradiņa universitātes 11.12.2025. vēstule Nr. 3-DPAD-6/667/2025 Valsts kontrolei.
- ³⁰¹ Bērnu alergologs / alergologs, bērnu endokrinologs / endokrinologs, bērnu kardiologs / kardiologs, bērnu ķirurgs / ķirurgs, bērnu nefrologs / nefrologs, bērnu neirologs / neirologs, bērnu pneimonologs / pneimonologs, bērnu reimatologs / reimatologs.
- ³⁰² Ministru kabineta 24.09.2024. noteikumu Nr. 617 “Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu” 2.41., 2.42. apakšpunkts.
- ³⁰³ Ministru kabineta 24.09.2024. noteikumu Nr. 617 “Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu” 249. punkts, 251.3. apakšpunkts.
- ³⁰⁴ SIA “Rīgas veselības centrs” tīmekļvietnē pieejamā informācija “Oftalmoloģija”. Pieejams: <https://rigasveselib.lv/lv/pakalpojumi/oftalmologija/>, skatīts 20.10.2025.
- ³⁰⁵ Veselības ministrijas 10.10.2025. vēstule Nr. 01-15.1/4653 Valsts kontrolei.
- ³⁰⁶ Ministru kabineta 24.09.2024. noteikumi Nr. 617 “Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu”.

- ³⁰⁷ Ministru kabineta 24.09.2024. noteikumi Nr. 617 “Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu”; Ministru kabineta 18.06.2024. noteikumi Nr. 391 “Ārstniecības personu sertifikācijas kārtība”.
- ³⁰⁸ Ministru kabineta 24.09.2024. noteikumi Nr. 617 “Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu”.
- ³⁰⁹ Viens un tas pats ārsts var sniegt pakalpojumu un viens un tas pats pacients (bērns) var saņemt pakalpojumu vairākos reģionos, tāpēc ārstu un pacientu (bērnu) skaits sadalījumā pa reģioniem atšķiras no unikālo ārstu un pacientu (bērnu) skaita. Līdz ar to arī procentuālais sadalījums pa reģioniem pārsniedz 100 %.
- ³¹⁰ Nacionālā veselības dienesta 26.09.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ³¹¹ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 4.11.1.1. apakšpunkts; Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Optikas preces bērniem”. Pieejams: https://www.vmnvd.gov.lv/lv/optikas-preces-berniem?utm_source=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F, skatīts 18.03.2026.
- ³¹² Nacionālā veselības dienesta 21.04.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ³¹³ Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Bērni ar noteiktiem redzes traucējumiem valsts apmaksātās brilles varēs saņemt tuvāk dzīvesvietai”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/jaunums/berni-ar-noteiktiem-redzes-traucējumiem-valsts-apmaksatas-brilles-vares-sanemt-tuvak-dzivesvietai>, skatīts 19.08.2026.
- ³¹⁴ Oftalmologa aprūpes epizodes tarifā ietvertais ārsta darba laiks ir 20 minūtes. Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamā informācija “Aprūpes epizožu tarifi pa elementiem”. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/tarifi-sadalijuma-pa-elementiem>, skatīts 05.06.2026.
- ³¹⁵ Nacionālā veselības dienesta 04.11.2025. vēstule Nr. 12-7/19281/2025 Valsts kontrolei.
- ³¹⁶ Nacionālā veselības dienesta 05.05.2026. e-pasta vēstule.
- ³¹⁷ Nacionālā veselības dienesta 04.11.2025. vēstule Nr. 12-7/19281/2025 Valsts kontrolei.
- ³¹⁸ Viens un tas pats ārsts var sniegt pakalpojumu un viens un tas pats pacients (bērns) var saņemt pakalpojumu vairākos reģionos, tāpēc ārstu un pacientu (bērnu) skaits sadalījumā pa reģioniem atšķiras no unikālo ārstu un pacientu (bērnu) skaita. Līdz ar to arī procentuālais sadalījums pa reģioniem pārsniedz 100 %.
- ³¹⁹ Nacionālā veselības dienesta 26.09.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ³²⁰ 01.01.2024. dati. Pilsonības un migrācijas lietu pārvaldes tīmekļvietnē pieejamā informācija “Fizisko personu reģistra statistika uz 01.01.2024.” Pieejams: <https://www.pmlp.gov.lv/lv/fizisko-personu-registra-statistika-2024gada>, skatīts 14.11.2025.
- ³²¹ Rādītāja aprēķins: bērniem sniegto pakalpojumu īpatsvara attiecība pret bērnu īpatsvaru reģionā. Rādītājs 1 nozīmē – pakalpojumu īpatsvars ir proporcionāls bērnu īpatsvaram, >1 – reģionā pakalpojumu īpatsvars pārsniedz bērnu īpatsvaru, <1 – reģionā pakalpojumu īpatsvars ir mazāks par bērnu īpatsvaru.
- ³²² Pakalpojumu apjomā nav iekļautas ārstu sniegtās attālinātās konsultācijas, kas ir vidēji 10 % no kopējā Rīgā sniegtā pakalpojumu apjoma bērniem, kas reģistrēti pie ģimenes ārsta ārpus Rīgas reģiona, proti, Kurzēmē un Latgalē – 11 %, Vidzemē – 9 % un Zemgalē – 8 %.
- ³²³ Nacionālā veselības dienesta 06.04.2026. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ³²⁴ Revīzijā izlases veidā veikta sekundārās ambulatorās veselības pakalpojumu datu analīze astoņās specialitātēs: bērnu ķirurgs / ķirurgs, bērnu neirologs / neirologs, bērnu alergologs / alergologs, bērnu kardiologs / kardiologs, bērnu endokrinologs / endokrinologs, bērnu pneimonologs / pneimonologs, bērnu reimatologs / reimatologs un bērnu nefrologs / nefrologs.
- ³²⁵ Nodibinājuma “Ronald McDonald Māja Latvijā” tīmekļvietne. Pieejams: <https://rmhc-latvia.lv/>, skatīts 09.04.2026.
- ³²⁶ Nodibinājuma “Ronald McDonald Māja Latvijā” 24.03.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ³²⁷ Viens un tas pats bērnu speciālists var sniegt pakalpojumu vairākos reģionos.
- ³²⁸ Nodibinājuma “Ronald McDonald Māja Latvijā” 24.03.2025. e-pasta vēstule Valsts kontrolei.
- ³²⁹ Viens un tas pats bērnu speciālists var sniegt pakalpojumu vairākos reģionos.
- ³³⁰ Valsts ieņēmumu dienesta 22.10.2025. vēstule Nr. VID.4.1/14.1/125 Valsts kontrolei.
- ³³¹ Pilsonības un migrācijas lietu pārvaldes tīmekļvietnē pieejamā informācija “Bērnu vecuma un dzimuma struktūra pašvaldībās” (Fizisko personu reģistra statistika uz 01.01.2025.). Pieejams: <https://www.pmlp.gov.lv/lv/fizisko-personu-registra-statistika-2025gada>, skatīts 23.10.2023.
- ³³² Rīgas plānošanas reģiona teritoriju veido divas republikas nozīmes pilsētas – Rīga un Jūrmala, kā arī septiņi novadi – Ādažu, Ropažu, Salaspils, Siguldas, Ķekavas, Olaines, Mārupes. Pieejams: <https://rpr.gov.lv/teritorija/>, skatīts 31.10.2025.
- ³³³ Apkopotā informācija var mainīties atbilstoši iesniegtajiem pārskatu precizējumiem. To nosaka likuma “Parnodokļiem un nodevām” 16. pants, kurā paredzēta iespēja iesniegt nodokļu administrācijai iesniegumu par pārskata labojumu vai nodokļu aprēķina precizējumu triju gadu laikā pēc konkrētajos likumos noteiktā maksāšanas termiņa, kā arī ja tiks mainīta deklarētā dzīvesvietas adrese. Valsts ieņēmumu dienesta 22.10.2025. vēstule Nr. VID.4.1/14.1/125 Valsts kontrolei.

- ³³⁴ Biedrības “Latvijas Bēnu labklājības tīkls” aptaujas “Latvijas Ģimeņu barometrs 2025” rezultātu apkopojums. Pieejams: <https://www.bemulabklajiba.lv/wp-content/uploads/2025/09/2025-Latvijas-Gimenu-barometrs.pdf>, skatīts 01.12.2025.
- ³³⁵ Revīzijā vērtēts, vai bērni faktiski ir pacientu grupa, kurai plāno un nodrošina pakalpojumus prioritārā kārtā, un vai visiem bērniem ir vienlīdzīga piekļuve ambulatorajiem veselības aprūpes pakalpojumiem.
- ³³⁶ Valsts kontrole. Revīziju standarti. Pieejams: <https://lrvk.gov.lv/lv/par-mums/valsts-kontrole/normativie-akti/reviziju-standarti>, skatīts 25.05.2026.
- ³³⁷ Nacionālā veselības dienesta 04.11.2025. vēstule Nr. 12-7/19281/2025 Valsts kontrolei.
- ³³⁸ P29 “Laboratorijas ārsts”, P33 “Patologs”, P47 “Klīniskais mikrobiologs”, n01 “Biologs”, n108 “Laboratorijas speciālists”, n24 “Ģenētiķis”, n76 “Biomedicīnas laborants”, n27 “Ārsta palīgs (feldšeris)”, n74 “Neatliekamās medicīnas ārsta palīgs (feldšeris)”, n86 “Ambulatorā dienesta ārsta palīgs”, n115 “Ārstniecības iestādes klientu un pacientu reģistrators”, n120 “Māsa (vispārējās aprūpes māsa)”, n121 “Māsa (vispārējās aprūpes māsa) bērnu aprūpē”, n122 “Māsa (vispārējās aprūpes māsa) anestēzijā un intensīvajā aprūpē”, n124 “Māsa (vispārējās aprūpes māsa) psihiatrijā un narkoloģijā”.
- ³³⁹ Par reģionos ārpus Rīgas reģistrētajiem bērniem uzskatīti bērni, kuri 31.12.2024. reģistrēti pie ģimenes ārstiem ārpus Rīgas.
- ³⁴⁰ Lai arī patronāžas pakalpojumu nodrošināšanai no 2023. gada tiek piešķirts papildu finansējums, ģimenes ārstu prakses prioritāri koncentrējas uz pakalpojumu sniegšanu praksē. 2024. gada dati liecina, ka patronāža nav nodrošināta aptuveni katram trešajam jaundzimušajam, lai gan pakalpojums paredzēts visiem bērniem bez izņēmuma. Tādēļ, revidentu vērtējumā, kritēriju nevar atzīt par daļēji sasniegtu.
- ³⁴¹ Mātes un bērna veselības uzlabošanas plāns 2025. – 2027. gadam (25-TA-616) (apstiprināts ar Ministru kabineta 25.11.2025. rīkojumu Nr. 781 “Par Mātes un bērna veselības uzlabošanas plānu 2025.–2027. gadam”, prot. Nr. 49 43. §).
- ³⁴² 10 % veido 2024. gada novembrī un decembrī dzimušie bērni, kuru profilaktisko apskati var uzsākt 2025. gadā.
- ³⁴³ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 1. pielikums.
- ³⁴⁴ Lai arī faktiskā izpilde no noteiktā kritērija atpaliek vien par diviem procentpunktiem, tomēr vairāk nekā 7700 bērni gada laikā nesaņēma pakalpojumus ģimenes ārsta praksē. Šāds bērnu skaits ir salīdzināms ar aptuveni 61 % no 2024. gadā dzimušo bērnu skaita. Tādēļ, revidentu vērtējumā, kritēriju nevar atzīt par sasniegtu.
- ³⁴⁵ Par būtiskām uzskatītas atšķirības virs 10 procentpunktiem.
- ³⁴⁶ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 1. pielikums.
- ³⁴⁷ Finanšu ministrijas tīmekļvietnē pieejamā informācija “Likuma “Par valsts budžetu 2025. gadam un budžeta ietvaru 2025., 2026. un 2027. gadam” paskaidrojumi” (29. Veselības ministrija). Pieejams: <https://www.fm.gov.lv/lv/media/20493/download?attachment>, skatīts 25.11.2025.
- ³⁴⁸ Atbilstoši Nacionālā veselības dienesta tīmekļvietnē pieejamajai informācijai par līguma attiecībās ar dienestu strādājošajiem zobārstniecības speciālistiem un iestādēm, kas sniedz valsts apmaksātus zobārstniecības pakalpojumus 11.05.2026. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/ligumiestazu-saraksts-profesionaliem#>, skatīts 09.06.2026.
- ³⁴⁹ Par būtiskām uzskatītas atšķirības virs 10 procentpunktiem, savukārt ortodontiskajā ārstēšanā – pakalpojumu pieejamība un koncentrācija reģionos.
- ³⁵⁰ Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2021.–2027. gadam (22-TA-1571) (apstiprinātas ar Ministru kabineta 26.05.2022. rīkojumu Nr. 359 “Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2021.–2027. gadam”, prot. Nr. 28 43. §).
- ³⁵¹ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 12. pielikums.
- ³⁵² Bēnu ķirurgs, bērnu neirologs, bērnu psihiatrs, pediatrs, neonatologs, bērnu infektologs, bērnu kardiologs, bērnu reimatologs, bērnu pneimologs, bērnu endokrinologs, bērnu nefrologs, bērnu gastroenterologs, bērnu hematoloģists, bērnu alergologs, bērnu audiologs.
- ³⁵³ Pakalpojumu apjomā nav iekļautas ārstu sniegtās attālinātās konsultācijas, kas ir vidēji 10 % no kopējā Rīgā sniegtā pakalpojumu apjoma bērniem, kas reģistrēti pie ģimenes ārsta ārpus Rīgas reģiona, proti, Kurzemē un Latgalē – 11 %, Vidzemē – 9 % un Zemgalē – 8 %.
- ³⁵⁴ Rādītāja aprēķins: bērniem sniegto pakalpojumu īpatsvara attiecība pret bērnu īpatsvaru reģionā. Rādītājs 1 nozīmē – pakalpojumu īpatsvars ir proporcionāls bērnu īpatsvaram, >1 – reģionā pakalpojumu īpatsvars pārsniedz bērnu īpatsvaru, <1 – reģionā pakalpojumu īpatsvars ir mazāks par bērnu īpatsvaru.
- ³⁵⁵ Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2021.–2027. gadam (22-TA-1571) (apstiprinātas ar Ministru kabineta 26.05.2022. rīkojumu Nr. 359 “Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2021.–2027. gadam”, prot. Nr. 28 43. §).
- ³⁵⁶ Visu 12 specialitāšu bērnu ārsti un sešas vispārējās specialitātes ārsti – oftalmologs, otolaringologs, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts, fizioterapeits, ginekologs dzemdību speciālists.