

**Latvijas Universitātes
Ekonomikas un vadības fakultāte
Vadības zinātnes doktora studiju programma**

Antra Sakne

**VESELĪBAS APRŪPES ORGANIZĀCIJU
VADĪBAS SISTĒMAS PĀRMAIŅAS RĪGĀ**

Promocijas darbs Dr.oec. zinātniskā grāda iegūšanai

**Darba zinātniskā vadītāja:
Cardinal Strich Universitātes (Milvoki, ASV), Latvijas Universitātes
Medicīnas fakultātes profesore Zaiga Priede Kalniņš, Ph.D.**

Zinātniskie konsultanti:

**Latvijas Universitātes Ekonomikas un vadības fakultātes profesore
Biruta Sloka, Dr.oec.
Latvijas Universitātes Ekonomikas un vadības fakultātes profesors
Edvīns Vanags, Dr. Habil.oec.**

Rīga, 2007

Satura rādītājs

	Lpp.
Anotācija	4
Annotation	6
Promocijas darbā iestrādāto tabulu saraksts	8
Promocijas darbā iestrādāto attēlu saraksts	9
Promocijas darbā iestrādāto pielikumu saraksts	11
Promocijas darbā lietoto akronīmu, abreviatūru un simbolu skaidrojums	12
Ievads	13
I. VESELĪBAS APRŪPES PĀRMAIŅU TEORĒTISKIE UN PRAKTISKIE ASPEKTI	20
1.1. Jēdzienu skaidrojums	20
1.2. Veselības aprūpes reformas politikas vēsturiskā attīstība	26
1.3. Veselības aprūpes pārmaiņu situācijas raksturojums	29
1.4. Vadītāja loma veselības aprūpes sistēmā pārmaiņu laikā	43
II. VADĪBAS PROCESI VESELĪBAS APRŪPES ORGANIZĀCIJĀS	54
2.1. Veselības aprūpes vadības sistēmas analīze	54
2.2. Veselības aprūpes organizācijas vadības sistēmas īpatnības	56
2.3. Veselības aprūpes organizāciju vadības principi un funkcijas	59
2.3.1. H. Emersona un A. Faijola vadības principu piemērojamība veselības aprūpes vadībā	59
2.3.2. Veselības aprūpes organizāciju vadības funkcijas	63
2.4. Edvarda Deminga kvalitātes vadības principi veselības aprūpes organizāciju struktūras izveidē	67
2.5. Veselības aprūpes iestāžu organizatoriskā struktūra	75
2.5.1. Mehāniskais modelis	84
2.5.2. Organiskais modelis	88
III. PRAKTISKI PĒTNIECISKĀ DAĻA	98
3.1. Pētījuma praktiskā organizācija un metodoloģija	98
3.2. Rīgas veselības aprūpes organizāciju vadības sastāva analīze	100
3.3. Veselības aprūpes Rīgā analīze	120
3.4. Veselības aprūpes organizāciju Rīgā vadības modelis	139
3.4.1. Priekšnosacījumi veselības aprūpes vadības modeļa izveidošanai	139

3.4.2. Mijiedarbības modeļa veselības aprūpes organizācijās darbība un struktūra	141
Secinājumi un priekšlikumi	149
Literatūras un informācijas avoti	154
Pielikumi	164
1. Rīgas reģionālais iedalījums 2006.g.	165
2. Aptaujas anketa veselības aprūpes vadītājiem Rīgā 2005.g.	166
3. Aptaujas anketa Rīgas iedzīvotājiem 2006.g.	174
4. Rīgas veselības aprūpes iestāžu vadītāju 2005.g. aptaujas datu statistiskās apstrādes rezultāti	180
5. Rīgas iedzīvotāju 2006.g. aptaujas par veselības aprūpes situāciju Rīgā datu statistiskās apstrādes rezultāti	188
6. Korelācijas analīzes (Pīrsona un Spīrmena) rezultāti, pamatojoties uz Rīgas iedzīvotāju aptauju 2006. gadā	197
7. Veselības aprūpes Rīgā vērtējuma pēc 12 mēnešiem (2007.g.) analīze	199
8. Sociālās situācijas Rīgā vērtējuma pēc 12 mēnešiem (2007.g.) analīze	200
9. Faktoru analīzes rezultāti, pamatojoties uz Rīgas iedzīvotāju aptauju 2006. gadā	202
10. Visdrošākais atbalsts veselības aprūpes jautājumos iedzīvotājiem Rīgā 2006.gadā (Frīdmana (<i>Friedman</i>) testa un Vilkoksona (<i>Wilcoxon</i>) testa rezultāti)	204

ANOTĀCIJA

Antras Saknes promocijas darbs „**Veselības aprūpes organizāciju vadības sistēmas pārmaiņas Rīgā**” ir izstrādāts Latvijas Universitātes Ekonomikas un Vadības fakultātes Vadības zinātnes studiju programmā, Publiskās pārvaldes katedrā.

Promocijas darba hipotēze – patreizējā veselības aprūpes organizāciju vadības sistēma Rīgā nav piemērota pārmaiņu apstākļiem un nespēj pilnvērtīgi nodrošināt kvalitatīvu un pieejamu veselības aprūpi iedzīvotājiem.

Promocijas darba mērķis ir analizēt un novērtēt veselības aprūpes situāciju un organizāciju vadības sistēmas pārmaiņas Rīgā un, pamatojoties uz teorētisko un empīrisko pētījumu rezultātiem, izstrādāt veselības aprūpes organizāciju vadības modeli pārmaiņu procesā. Promocijas darbā izvirzītā mērķa sasniegšanai izvirzīti šādi uzdevumi:

1. Analizēt zinātnisko literatūru par pārmaiņu vadību teorijām, vadības teorijām, pielietojamām veselības aprūpes vadības sistēmā.
2. Apzināt veselības aprūpes vadības situāciju Rīgā.
3. Veikt Rīgas veselības aprūpes organizāciju vadītāju anketēšanu par vadības procesiem iestādēs.
4. Veikt Rīgas iedzīvotāju anketēšanu, lai noskaidrotu veselības aprūpes pieejamības un veselības aprūpes pakalpojumu efektivitātes iespējamās problēmas Rīgā.
5. Analizēt un interpretēt iegūtos rezultātus.
6. Izstrādāt veselības aprūpes organizāciju Rīgā vadības modeli pārmaiņu procesā.

Promocijas darbā ir pētīta un analizēta veselības aprūpes vadības sistēmas pārmaiņas veselības aprūpes organizācijās Rīgā un to ietekme uz pakalpojuma pieejamību un kvalitāti.

Promocijas darbs sastāv no ievada, trīs nodaļām, secinājumiem un priekšlikumiem, izmantoto literatūras avotu saraksta un pielikumiem.

Promocijas darba ievadā ir pamatota tēmas izvēle, aktualitāte Latvijā un Rīgā, noteikts pētījuma mērķis un uzdevumi tā sasniegšanai, kā arī uzskaitītas pētījuma metodes, pētījuma bāze, pētījuma zinātniski teorētiskā novitāte, pētījuma praktiskā nozīmība, formulētas promocijas darbā aizstāvamās tēzes un uzskaitīta darba rezultātu publikācija.

Promocijas darba pirmajā nodaļā ir sniegts veselības aprūpes sistēmas un vadības jēdzienu skaidrojums, analizēta veselības aprūpes reformas politikas vēsturiskā attīstība, un

raksturota veselības aprūpes pārmaiņu situācija, kā arī vadītāja lomas pārmaiņu laikā analīze.

Otrajā nodaļā veikta veselības aprūpes vadības sistēmas, organizatorisko struktūru, vadības procesu un funkciju analīze.

Trešajā nodaļā ir izvērtētas veselības aprūpes pieejamība un pakalpojumu efektivitātes problēmas Rīgā, kā arī veselības aprūpes vadības sistēmas problēmas pārmaiņu vidē. Autore ir izstrādājusi veselības aprūpes organizāciju vadības modeli, ko varētu izmantot pārmaiņu procesā Rīgā.

Promocijas darba noslēgumā ir izstrādāti galvenie secinājumi un priekšlikumi par vadības sistēmas veselības aprūpes organizācijās efektīvāku nodrošināšanu pakalpojuma kvalitātes un pieejamības veicināšanai Rīgā.

Promocijas darbs sastāv no 205 lapām, 19 tabulas, 36 attēliem, 10 pielikumiem un 159 izmantotiem literatūras avotiem.

ANNOTATION

Antra's Sakne's research study, "**Proposed Planned Change Process in Organizing Public Health Services in the City of Riga**", is developed within the doctoral curriculum requirements of Management Sciences of the Faculty of Economics of the University of Latvia.

The study's **hypotheses** is: the existing management system of health care institutions in Riga does not correspond to changing conditions and cannot fully ensure qualitative and accessible health care for the population.

The purpose: to analyse and assess situation in health care and changes in management system of health care institutions and, basing on results of theoretical and empirical studies, to elaborate a model for management of health care institutions in the process of changes.

The purpose of this study was achieved by:

- 1) analyzing literature on managerial change, change theories, and management literature related to public health services;
- 2) investigating Riga's public health services;
- 3) developing questionnaire about management process related to public health services, and survey persons in managerial health service positions;
- 4) developing questionnaire and surveying selected populations of Riga about availability and efficiency of public health services,
- 5) analyzing and discussing survey results;
- 6) developing model of change in health service management.

Scientific study has been carried out; changes in a control system of the organizations of public health services of city of Riga as well as influence of change on the availability and quality of services were analysed. This scientific work consists of the introduction, three chapters, final conclusions and recommendation, list of used literature and appendices. The introduction of this study describes the choice of theme, its urgency in Latvia and Riga is provided, the purpose of research and a problem for its achievement is established, methods of research, base of research, scientifically theoretical novelty of research, practical value of the research is described theses of scientific work are formulated, and results are listed. The first part of the study terms of system and management of public health services are explained, and the inventory of historical development of policy of reforms of public health services is presented, and so a role description of the manager during change is developed. The second part consist of analysis of a control system of public health services, organizational structures, functions and

managerial processes. In the third chapter the problem of availability of public health service efficiency in city of Riga is established, and problems of management of public health services in a changing environment is estimated. A conceptual management paradigm of public health services is developed as well a model of the organization at management, for use during changes in city of Riga. In the conclusion of this study, the main conclusions and recommendation for maintenance of a more effective and qualitative public health service in Riga are offered. This scientific work consists 205 pages, 19 tables, 36 figures, 10 appendices and 159 the used references.

PROMOCIJAS DARBĀ IESTRĀDĀTO TABULU SARAKSTS

Tabulas numurs	Tabulas nosaukums	Lpp.
1.1.	Rīgas novada slimokasē pie ģimenes ārstiem reģistrēto iedzīvotāju skaits no 1997. – 2000.gadam	29
1.2.	Pie ģimenes ārstiem reģistrēto iedzīvotāju skaits Rīgas reģionos 2006.gadā	29
1.3.	Pacientiem paredzamais gaidīšanas laiks rindā Rīgas ārstniecības iestādēs plānveida ambulatoro pakalpojumu saņemšanā uz 01.03.2007.	35
1.4.	Esošais un plānotais pārprofilējamo veselības aprūpes iestāžu Rīgā sadalījums 2006.un 2010.gadā	37
1.5.	Līdzekļi veselības aprūpei salīdzinājumi ar IKP un valsts budžetu Latvijā 1997.-2007.g.	39
2.1.	Stacionāro veselības aprūpes iestāžu Latvijā gultu noslogojums 2004.-2005.g.	80
2.2.	Lineāri funkcionālās struktūras veselības aprūpes organizācijās Rīgā priekšrocības un trūkumi 2006.g.	86
3.1.	Veselības aprūpes iestāžu vadītāju Rīgā amata pienākumu veikšanai atvēlētais darba stundu skaits dienā Rīgā 2006.gadā	103
3.2.	Respondentu atzīmētās svarīgākās vadīšanas funkcijas veselības aprūpes iestādēs Rīgā 2006.gadā	110
3.3.	Vadītāju loma veselības aprūpes iestādēs Rīgā 2006.gadā	114
3.4.	Pārmaiņu veidi veselības aprūpes iestādēs Rīgā 2006.gadā	116
3.5.	Problēmas pārmaiņu procesa īstenošanā Rīgas veselības aprūpes iestādēs 2006.gadā	118
3.6.	Rīgas iedzīvotāju skaita sadalījuma pa rajoniem un priekšpilsētām un aptaujāto Rīgas iedzīvotāju skaita pēc dzīves vietas salīdzinājums 2006.gadā	122
3.7.	Veselības aprūpes un sociālās situācijas vērtējums Rīgā 2006.gadā	124
3.8.	Iedzīvotājus satraucošie faktori, kuri ietekmē veselības aprūpi Rīgā 2006.gadā	128
3.9.	Ārstniecības iestāžu apvienošana un veselības aprūpes pakalpojumu efektivitāte Rīgā 2006.gadā	129
3.10.	Rīgas iedzīvotāju attieksme pret prognozējamo veselības aprūpes situāciju Rīgā 2006.gadā	131
3.11.	Rīgas iedzīvotāju attieksme pret prognozējamo ārstniecības iestāžu apvienošanu Rīgā 2006.gadā	132
3.12.	Visdrošākais atbalsts palīdzībai veselības aprūpes jautājumu risināšanā Rīgas iedzīvotājiem 2006.gadā	133

PROMOCIJAS DARBĀ IESTRĀDĀTO ATTĒLU SARAKSTS

Attēla numurs	Attēla nosaukums	Lpp.
1.1.	Veselības aprūpes izmaksas (% no IKP) Eiropas Savienības valstīs 2004.gadā	31
1.2.	Pārmaiņu cikls veselības aprūpes organizācijās	44
2.1.	Veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas process Rīgā 2006.gadā	77
2.2.	Lineāri funkcionālā struktūra veselības aprūpes iestādēs Rīgā 2006.gadā	85
2.3.	Štāba struktūra Rīgas veselības aprūpes iestādēs 2006.gadā	87
2.4.	Matricas struktūra Rīgas veselības aprūpes iestādēs 2006.g.	89
2.5.	Divizionāla struktūra Rīgas veselības aprūpes iestādēs	91
2.6.	Tīkla struktūra Rīgas veselības aprūpes iestādēs	93
3.1.	Vadītāju vecums Rīgas veselības aprūpes iestādēs 2006.g.	100
3.2.	Respondentu darba stāžs vadības jomā Rīgas veselības aprūpes iestādēs 2006.g.	102
3.3.	Darbinieku skaits Rīgas veselības aprūpes iestādēs 2006.g.	105
3.4.	Rīgas veselības aprūpes iestāžu vadītājiem padoto darbinieku skaits 2006.g.	106
3.5.	Priekšnosacījumi „laba vadītāja” tēlam Rīgas veselības aprūpes iestādēs 2006.g.	108
3.6.	Vadītāju atzīmētā plānošanas funkcija Rīgas veselības aprūpes iestādēs 2006.g.	111
3.7.	Vadītāju atzīmētā organizēšanas funkcija Rīgas veselības aprūpes iestādēs 2006.g.	112
3.8.	Vadītāju atzīmētā kontroles funkcija Rīgas veselības aprūpes iestādēs 2006.g.	113
3.9.	Veselības aprūpes sistēmā veikto pārmaiņu ietekme uz Rīgas veselības aprūpes iestāžu sfērām 2006.g.	117
3.10.	Rīgas Veselības aprūpes iestāžu vadītāju pašvērtējums zināšanām pārmaiņu nodrošināšanā 2006.g.	119
3.11.	Vadības zināšanu apgūšanas veids Rīgas veselības aprūpes iestāžu vadītājiem 2006.g.	119
3.12.	Rīgas iedzīvotāju izglītība 2006.g.	121
3.13.	Veselības aprūpes iestādes Rīgas iedzīvotāju dzīves vietas tuvumā 2006.g.	123
3.14.	Rīgas iedzīvotāju veselības vērtējums 2006.g.	124
3.15.	Veselības aprūpes un sociālās situācijas vērtējums Rīgā 2006.g.	125
3.16.	Veselības aprūpes prognozējamā situācija Rīgā pēc 12 mēnešiem 2007.gadā	126
3.17.	Prognozējamā sociālā situācija Rīgā pēc 12 mēnešiem 2007.gadā	126
3.18.	Veselības aprūpes iestāžu apvienošanas ietekme uz veselības aprūpes situāciju Rīgā 2006.gadā	127
3.19.	Iedzīvotāju attieksme pret veselības aprūpes situāciju ietekmējošiem faktoriem Rīgā 2006.gadā	127
3.20.	Institūciju ietekme uz veselības aprūpes situāciju ietekmējošiem faktoriem Rīgā 2006.gadā	130

3.21.	Institūciju ietekme uz veselības aprūpes pakalpojumiem Rīgā 2006.gadā	131
3.22.	Visdrošākais atbalsts veselības aprūpes jautājumos Rīgas iedzīvotājiem 2006.gadā	133
3.23.	Iedzīvotāju rīcība savas veselības uzlabošanai Rīgā 2006.gadā	135
3.24.	Iedzīvotāju apmierinātība ar savu dzīvi Rīgā 2006.gadā	136
3.25.	Iedzīvotāju noteiktās prioritātes Rīgas pašvaldības līdzekļu piešķiršanai 2006.gadā	137
3.26.	Rīgas pašvaldības darbības vērtējums veselības aprūpes pieejamības nodrošināšanā iedzīvotāju skatījumā 2006.g.	138
3.27.	Rīgas pašvaldības darbības vērtējums veselības veicināšanas nodrošināšanā iedzīvotāju skatījumā 2006.gadā	139
3.28.	Autores piedāvātais veselības aprūpes organizāciju Rīgā vadības modelis (mijiedarbības modelis)	147

PIELIKUMU SARAKSTS

Nr.p.k.	Pielikuma nosaukums	Lpp.
1.	Rīgas reģionālais iedalījums 2006.g.	165
2.	Aptaujas anketa veselības aprūpes vadītājiem Rīgā 2005.g.	166
3.	Aptaujas anketa Rīgas iedzīvotājiem 2006.g.	174
4.	Rīgas veselības aprūpes iestāžu vadītāju 2005.g. aptaujas datu statistiskās apstrādes rezultāti	180
5.	Rīgas iedzīvotāju 2006.g. aptaujas par veselības aprūpes situāciju Rīgā datu statistiskās apstrādes rezultāti	188
6.	Korelācijas analīzes (Pīrsona un Spīrmena) rezultāti, pamatojoties uz Rīgas iedzīvotāju aptauju 2006. gadā	197
7.	Veselības aprūpes Rīgā vērtējuma pēc 12 mēnešiem (2007.g.) analīze	199
8.	Sociālās situācijas Rīgā vērtējuma pēc 12 mēnešiem (2007.g.) analīze	200
9.	Faktoru analīzes rezultāti, pamatojoties uz Rīgas iedzīvotāju aptauju 2006. gadā	202
10.	Visdrošākais atbalsts veselības aprūpes jautājumos iedzīvotājiem Rīgā 2006.gadā (Frīdmana (<i>Friedman</i>) testa un Vilkoksona (<i>Wilcoxon</i>) testa rezultāti)	204

PROMOCIJAS DARBĀ LIETOTO ABREVIATŪRU UN SIMBOLU SKAIDROJUMS

AD – aprūpes departaments

AMD – ambulatorais departaments

DGD – diagnostisko izmeklējumu departaments

Dgi nod. – diagnostisko izmeklējumu nodaļas un kabineti

FD – finanšu departaments

ĢāP – organizācijā izveidotās ģimenes ārstu prakses

IKP – iekšzemes kopprodukts

Ķ nod. – ķirurģijas nodaļas

ĶD – ķirurģijas departaments

Pkl – poliklīnika

PSIA – Pašvaldības Sabiedrība ar ierobežotu atbildību

PVD – personāla vadības departaments

PVO- Pasaules Veselības organizācija

SD – saimniecības departaments

T nod. – terapijas nodaļas

TD – terapijas departaments

VSMTA – Veselības statistikas un Medicīnas tehnoloģiju valsts aģentūra

VOAVA – Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra

ZID – zinātnes un izglītības departaments

IEVADS

Latvijā 1993. gadā tika uzsākta un patlaban vēl joprojām tiek īstenota veselības aprūpes reforma. Reformas galvenais mērķis ir racionālas un pieejamas veselības aprūpes sistēmas ieviešana, decentralizējot veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju sistēmu un centrējot veselības aprūpes pakalpojumu uz iedzīvotājiem. Mērķa sasniegšanai nepieciešams izveidot efektīvu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju struktūru un sabiedrības veselības politiku, kā arī racionālu veselības aprūpes finansēšanas sistēmu. Pamatā Latvijai, kā vienai no Eiropas Savienības valstīm, veselības aprūpes reformas galarezultātā būtu jāsasniedz uz sabiedrību orientēta, efektīva un racionāla veselības aprūpes sistēma.

Latvijā veselības aprūpes organizācijas valsts reformu ietekmē kļūst aizvien sarežģītākas un tā kā pārmaiņas veselības aprūpes sistēmā kļūst arvien straujākas, veselības aprūpes organizācijām tiek izvirzītas aizvien lielākas prasības.

Vadītājiem jāizveido efektīvi procesi un struktūras, lai sekotu līdzi ārējām pārmaiņām, kuras ietekmē organizāciju. Veselības aprūpes organizācijas kļuvušas ievērojami līdzīgas komercuzņēmumiem, jo veselības aprūpe kļūst par profesionālu un komerciālu procesu. Tādēļ ir nepieciešams veidot organizācijas, kurās tiek ieviesta jauna tipa domāšana un tiek rasti visi iespējamie resursi, lai paaugstinātu iespējas sasniegt vēlamo rezultātu – kvalitatīvu, iedarbīgu un uz sabiedrību centrētu veselības aprūpes modeli. Tas būtu piemērotākais modelis organizatoriskām pārmaiņām un novatorismam.

Veselības aprūpes sistēmā arvien vairāk tiek prasīts no pašreizējiem vadītājiem, lai tie kļūtu arvien zinošāki un informētāki, kā arī vairāk iesaistītos organizatoriskajā un vadības vidē, kurā viņi funkcionē. Taču, praktisko pētījumu rezultātu izpēte liecina, ka patreizējie vidējā un bieži arī augstākā līmeņa vadītāji ir noslogoti ārstniecības procesā, liekot uzsvāru uz pakalpojuma sniegšanu pacientam, līdz ar to ne vienmēr atliek laiks iesaistīties pilnvērtīgā organizatoriskajā darbā un lēmumu pieņemšanā veselības aprūpes kvalitātes pilnveidošanai. Pieaug prasības atbildībai no veselības aprūpes organizācijām par sabiedrības veselību un pakalpojumu sniegšanu, līdz ar to veselības aprūpes vadītāju uzdevums ir veicināt sadarbību starp veselības aprūpes speciālistiem un sabiedrību. Veselības aprūpes organizāciju vadītājiem reformu ietvaros tiek izvirzīti jauni uzdevumi, kuru izpildei nepieciešamas iemaņas un zināšanas uzņēmuma vadībā. Taču, lai minēto uzdevumu izpilde būtu kvalitatīva un efektīva, nepieciešams noskaidrot vadītāju kompetenci un izpratni par vadības procesiem. Tādēļ veselības aprūpes politikas

pilnvērtīgas attīstības nolūkos, būtu jāveic novērtējums par veselības aprūpes organizāciju augstākā un vidējā līmeņa vadītāju izpratni par vadības procesu un jēdzieniem.

To veselības aprūpes organizāciju, kuras pārmaiņas ievieš ar labi pārdomātiem un pierādītiem plāniem, stratēģijas ir veiksmīgākas. Neefektīva veselības aprūpes organizāciju vadība negatīvi ietekmē organizācijas budžetu, tādējādi pieprasot papildus finansu resursus no valsts.

Savukārt, vadītājiem, darbojoties dažādās veselības aprūpes situācijās, uzlabojot savas organizācijas un veicinot kvalitatīvu pacientu aprūpi, kā arī uzlabojot sabiedrības veselību, jāizprot vadības pamatfunkcijas un procesi pārmaiņu vidē.

Latvijā likumā „Par pašvaldībām” (1994) kā viena no pašvaldību autonomām funkcijām ir: nodrošināt veselības aprūpes pieejamību un veicināt iedzīvotāju veselīgu dzīvesveidu. Rīgā veselības aprūpe iedzīvotājiem tiek sniegta, nodrošinot neatliekamo medicīnisko palīdzību, ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus, veselības aprūpi slimnīcās, kā arī tiek nodrošināta veselības aprūpe personām bez noteiktas dzīvesvietas. Rīgā ir centrētas valsts lielākās veselības aprūpes organizācijas, kuras sniedz veselības aprūpes pakalpojumus kā Rīgas, tā visas valsts iedzīvotājiem. Latvijā īstenotā veselības aprūpes reforma vairāk skar Rīgā esošās veselības aprūpes organizācijas. Ņemot vērā, ka Rīgā dzīvo vairāk kā viena trešdaļa no visas Latvijas iedzīvotājiem, Rīgas iedzīvotāji ir šajā reformā biežāk iesaistītā valsts sabiedrības daļa. Veselības aprūpes politiku veido, apzinot sabiedrības intereses un domas, kā arī plānojot sabiedrības vajadzības un ņemot vērā valsts politiku. Latvijā eksistē pētījumi par veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, tajos vairāk uzsverot reģionālo, sociālo un finansiālo specifiku, bet nav veikti pētījumi par veselības aprūpes iestāžu vadības procesiem veselības aprūpes reformas apstākļos un veselības aprūpes iestāžu lomu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā. Veikto pētījumu galveno kopumu veidojuši Latvijas iedzīvotāji, iekļaujot arī Rīgu, taču, ņemot vērā, ka Rīgā dzīvo vairāk kā viena trešdaļa Latvijas iedzīvotāju, tad no kopējā izlases apjoma aptaujāto Rīgas iedzīvotāju daudzums bijis pavisam neliels. Šāds sadalījums nesniedz pilnīgu priekšstatu par veselības aprūpi Rīgā.

Promocijas darba hipotēze

Patreizējā veselības aprūpes organizāciju vadības sistēma Rīgā nav piemērota pārmaiņu apstākļiem un nespēj pilnvērtīgi nodrošināt kvalitatīvu un pieejamu veselības aprūpi iedzīvotājiem.

Pētījuma objekts

Veselības aprūpes organizācijas Rīgā.

Pētījuma priekšmets

Veselības aprūpes vadības sistēma Rīgā no 1993.-2007.gadam.

Izpētes problēmas

- Veselības aprūpes vadība veselības aprūpes organizācijās;
- Sniegto veselības aprūpes pakalpojumu efektivitāte;
- Racionālas un pieejamas veselības aprūpes nodrošinājums iedzīvotājiem reformas gaitā no 1993.g.-2007.g.

Promocijas darba mērķis un uzdevumi

Promocijas darba mērķis: analizēt un novērtēt veselības aprūpes situāciju un organizāciju vadības sistēmas pārmaiņas Rīgā un, pamatojoties uz teorētisko un empīrisko pētījumu rezultātiem, izstrādāt veselības aprūpes organizāciju vadības modeli pārmaiņu procesā.

Pētījuma uzdevumi:

1. Analizēt zinātnisko literatūru par pārmaiņu vadību un teorijām, vadības teorijām, pielietojamām veselības aprūpes vadības sistēmā.
2. Apzināt veselības aprūpes vadības situāciju Rīgā.
3. Veikt Rīgas veselības aprūpes organizāciju vadītāju aptauju par vadības procesiem.
4. Veikt Rīgas iedzīvotāju aptauju, lai noskaidrotu veselības aprūpes pieejamības un veselības aprūpes pakalpojumu efektivitātes iespējamās problēmas Rīgā.
5. Analizēt un interpretēt iegūtos rezultātus.
6. Izstrādāt veselības aprūpes organizāciju Rīgā vadības modeli pārmaiņu procesā.

Pētījuma metodes:

1. Teorētiskās izpētes metodes: zinātniskās literatūras teorētiskā analīze, lai noskaidrotu teorētiskās nostādnes par pārmaiņu vadību, vadības teorijām, to pielietošanu veselības aprūpes sistēmā.

2. Empīriskās eksperimentālās metodes: veselības aprūpes iestāžu vadītāju un Rīgas iedzīvotāju aptauja, lai noskaidrotu viņu viedokli par situāciju veselības aprūpē pārmaiņu procesā.

3. Datu analīzes metodes: korelācijas analīze sakarību novērtēšanai starp pazīmēm, hipotēžu pārbaude, lietojot Vilkoksona (*Wilcoxon*), Frīdmana (*Fiedman*) un Kruskala- Vallisa (*Kruskal-Wallis*) testus, daudzatbilžu analīze (*Multiple Response*) gadījumu sastopamības biežuma noteikšanai, faktoru analīze. Šo metožu realizācijai tika lietotas datorprogrammas MS Excel, SPSS 14.0 (*Statistical Package for Social Sciences*).

Pētījuma bāze:

Vieta, materiāli un respondenti:

Lai iegūtu pietiekami plašu pārskatu par veselības aprūpes vadības situāciju un veselības aprūpes pieejamību un veselības aprūpes pakalpojumu efektivitāti Rīgā, autore izvēlējās Rīgas veselības aprūpes organizācijas. Vadības procesu pārmaiņu ietvaros izvērtēšanai aptaujāti 142 dažādu profila veselības aprūpes organizāciju vadītāji Rīgā. Lai noskaidrotu veselības aprūpes pieejamības un veselības aprūpes pakalpojumu efektivitāti Rīgā, aptaujāti 1050 Rīgas iedzīvotāji.

Rīgas teritorija kā izpētes vieta izvēlēta, ņemot vērā apstākli, ka šajā teritorijā atrodas lielākās veselības aprūpes organizācijas, kuras sniedz pakalpojumus Rīgas un visas Latvijas iedzīvotājiem, kā arī Rīgā reformas ietvaros ir uzsākta organizāciju optimizācija, radot jaunas apvienības.

Praktiskā pētījuma veikšanas laiks. 2004.gada oktobris -2006. gada decembris.

Pētījuma zinātniski teorētiskā novitāte

- Autores izstrādāts un piedāvāts veselības aprūpes organizāciju Rīgā vadības modelis, kas pielietojams pārmaiņu procesā.
- Autores sniegts veselības aprūpes jēdzienu skaidrojums un definējums, kas izmantojams veselības aprūpes politikā un organizāciju darbībā.
- Autores sniegts E.Deminga kvalitātes vadības principu, kuri izmantojami veselības aprūpē, skaidrojums.
- Izvērtēta veselības aprūpes pieejamība un veselības aprūpes pakalpojumu efektivitāte Rīgā.
- Izvērtēta veselības aprūpes procesa reformas ietekme uz veselības aprūpes organizācijām Rīgā.
- Veikts pētījums par veselības aprūpes vadītāju izpratni par vadības procesiem, kas ļauj izprast veselības aprūpes vadības sistēmas problēmas pārmaiņu vidē veselības aprūpes organizācijās Rīgā.

- Veikts pētījums par veselības aprūpes pieejamību Rīgas iedzīvotājiem, noskaidrojot sabiedrības viedokli un vērtējumu.

Promocijas darba aizstāvamās tēzes

1. Veselības aprūpes vadītāju kompetence un zināšanas sekmē pārmaiņu īstenošanu veselības aprūpes sistēmā.
2. Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un kvalitāti būtiski nosaka efektīva vadības sistēma veselības aprūpes organizācijās.
3. Vadības sistēmas pārmaiņas veselības aprūpes organizācijās ir priekšnoteikums ilgtermiņa kvalitatīvu un pieejamu pakalpojumu nodrošināšanai Rīgā.

Pētījuma praktiskā nozīmība

Pētījuma rezultāti izmantojami Rīgas veselības aprūpes ilgtermiņa stratēģijas izveidei un veselības aprūpes pakalpojumu pilnveidei un uzlabošanai Rīgas iedzīvotājiem, kā arī vadības sistēmas pārmaiņu veicināšanai un efektīvākai pielietošanai veselības aprūpes organizācijās Rīgā.

Izstrādātais veselības aprūpes organizāciju vadības modelis Rīgā, dotu iespējas vienotas, uz sabiedrību centrētas veselības aprūpes sistēmas izveidei Latvijā.

Pamatojoties uz pētījuma rezultātiem par vadības procesu novērtējumu veselības aprūpes organizācijās, ieteicams izveidot Latvijas Universitātē apmācības kursu augstākā un vidējā līmeņa veselības aprūpes vadītājiem „Veselības aprūpes vadība pārmaiņu vidē”.

Pamatojoties uz zinātniskajā literatūrā gūtajām atziņām un praktiskās pieredzes izpēti, ieteicams izstrādāt un izdot brošūru „Vadības procesi veselības aprūpes organizācijās”.

Pētījuma rezultāti ir izmantojami lietišķos pētījumos Rīgas pašvaldības un valsts pārvaldes attīstības virzienos, kā arī augstskolu pētījuma darbos, izstrādājot bakalaura, maģistra un promocijas darbus.

Publicitāte:

Par promocijas darba saturu autorei ir publicēti raksti zinātniskajos izdevumos:

1. **Menedžmenta teorijas un prakses saskaņa veselības aprūpes sistēmā**// 1.Starptautiskā zinātniski – pētnieciskā konference „Māszinības kā vērtība mainīgā izglītības telpā”, Rīga, Latvija, 2005.g.14.oktobris: zinātnisko rakstu krājums.- Latvija: Rīga, Rīgas Medicīnas koledža, 2005, 62 – 68.lpp.
2. **Sociālā un ārstniecības procesa mijiedarbība veselības aprūpes sistēmas pārmaiņu procesā**// Starptautiskā zinātniski – praktiskā konference „Psiholoģija, bizness un sabiedrības sociālā sfēra: mūsdienu aktuālās problēmas”,

Rīga, Psiholoģijas augstskola, 2006.g. 22.-23. novembris: zinātnisko rakstu krājumā, paredzēts izdot 2007.gadā.

3. **Veselības aprūpe pārmaiņu vidē**// sestais zinātnisko rakstu krājums „Statistikas un pārvaldes problēmas 2007”, Rīga, Latvijas Statistikas institūts, 2007, 231 – 244. lpp.

4. **Veselības aprūpes vadības sistēma Latvijā**// sestais zinātnisko rakstu krājums „Statistikas un pārvaldes problēmas 2007”, Rīga, Latvijas Statistikas institūts, 2007, 245 – 248.lpp.

5. **Rīgas iedzīvotāju viedoklis un vērtējums veselības aprūpei**// žurnāls „Latvijas Ārsts”, Rīga, Latvijas Ārstu biedrības savienība, 2007.gads Nr.7/8., 39 - 41.lpp.

6. **Vadības procesi veselības aprūpes organizācijās**// 2.Starptautiskā zinātniski – praktiskā konference „Pētniecība kā studiju procesa un prakses virzītājs veselības aprūpē”, Rīga, Latvija, 2007.g. 25-26. oktobris: zinātnisko rakstu krājums.-Latvija: Rīga, Rīgas Medicīnas koledža, paredzēts izdot 2007.gada decembrī

7. **The management process in health care organizations**// 2. Starptautiskā zinātniski – praktiskā konference „Pētniecība kā studiju procesa un prakses virzītājs veselības aprūpē”, Rīga, Latvija, 2007.g. 25-26. oktobris: zinātnisko rakstu krājums.-Latvija: Rīga, Rīgas Medicīnas koledža, paredzēts izdot 2007.gada decembrī

8. **Veselības aprūpes iestāžu organizatoriskā struktūra**// zinātniski praktiskā konference "21. gadsimts - jaunu zināšanu un tehnoloģiju laikmets", Jūrmala, Latvija, 2007.g. 23.-24. novembris: zinātnisko rakstu krājums.-Latvija: Jūrmala, P.Stradiņa veselības un sociālās aprūpes koledža, paredzēts izdot 2008.gadā

9. **Veselības aprūpes organizāciju vadības modelis** // Latvijas Universitātes Vadības zinību doktorantu rakstu krājums. – Latvija: Rīga, Latvijas Universitāte, paredzēts izdot 2008.gadā

10. **Veselības aprūpes organizāciju vadība**// Latvija: Rīga, Izglītības soļi, paredzēts izdot 2008.gadā

Par promocijas darba saturu autore ir ziņojusi trijās starptautiskās zinātniskās konferencēs un divās zinātniskās konferencēs Latvijā, paredzēts ziņot vienā zinātniskajā konferencē:

1. Starptautiskā zinātniski pētnieciskā konference „Māszinības kā vērtība mainīgā izglītības telpā”, Rīgā, Rīgas Medicīnas koledža, 2005.gada 14.oktobrī.
2. Starptautiskā zinātniski praktiskā konference „Psiholoģija, biznes un sabiedrības sociālā sfēra: mūsdienu aktuālās problēmas”, Rīgā, Psiholoģijas augstskola, 2006.gada 22.-23. novembrī.
3. Latvijas Universitātes 65. konference Medicīnas sekcijas sēdē „Veselības aprūpe pārmaiņu vidē”, Rīgā, 2007. gada 01. februārī.
4. Latvijas Universitātes 65. konference Ekonomikas un vadībzinātnes sekcijas sēdē Teritoriālā pārvalde „Veselības aprūpes pieejamība Rīgas iedzīvotājiem”, Rīgā, 2007. gada 05. februārī.
5. Starptautiskā zinātniski praktiskā konference „Pētniecība kā studiju procesa un prakses virzītājs veselības aprūpē”, Rīgā, Rīgas Medicīnas koledža, 2007.gada 25.oktobrī.
6. Paredzēts ziņot Latvijas Universitātes 66. zinātniskajā konferencē Medicīnas sekcijas sēdē „Veselības aprūpes organizāciju vadības sistēmas pārmaiņas”, Rīgā, 2008. gada 31. janvārī.

I. VESELĪBAS APRŪPES SISTĒMAS PĀRMAIŅU TEORĒTISKIE UN PRAKTISKIE ASPEKTI

1.1. Jēdzienu skaidrojums

Promocijas darba tēma „ Veselības aprūpes vadības sistēmas pārmaiņas veselības aprūpes organizācijās Rīgā” ir cieši saistīta ar veselības aprūpes reformu programmas izpildes jautājumiem un veselības aprūpes stratēģiju pamatnostādņēm. Izpratne par veselības aprūpes sistēmas reformu un tās realizēšanu ir atšķirīga dažādās mērķauditorijās, izraisot kā pozitīvus, tā negatīvus viedokļus sabiedrībā un veselības aprūpes darbinieku vidū. Viedokļu dažādību un pretestību pārmaiņām visbiežāk rada informācijas trūkums vai tās nepareiza interpretācija. Tādēļ, lai skaidri izprastu jēdzienus, kuri lietoti šajā pētījumā, pašā sākumā ir nepieciešams sniegt to skaidrojumu.

Veselības aprūpes prakses centrā ir cilvēks. Vairāki ārzemju autori skaidri raksturo cilvēku kā aprūpes saņēmēju. Pitsburgas Universitātes profesors R. Barrijs (R. Barry) raksturo *pacientu kā veselības aprūpes pakalpojumu lietotāju profilaktiskos, ārstnieciskos un informatīvos nolūkos* (R. Barry, A. C. Smith, 2005). Professore Z.Priede- Kalniņš, jēdzienu „pacients” liek pretstatā jēdzienam „klients”.

Pacients ir cilvēks, kurš saņem aprūpi un ir dažādu medicīnisko pakalpojumu saņēmējs (Z.Priede-Kalniņš, 1998).

Klients ir cilvēks, kurš saņem speciālista konsultācijas vai tiek nodrošināts ar veselības aprūpi un izmanto kādas iestādes pakalpojumus (Z.Priede-Kalniņš, 1998).

Klients var būt konkrēts cilvēks, viņa ģimene, kā arī sabiedrība kopumā. ASV literatūrā par veselības aprūpes vadību vairāk tiek lietots vārds **klients** (*customer*), īpaši runājot par uz pacientu vērstu veselības aprūpes pakalpojuma nodrošināšanu.

Savukārt „Ārstniecības likums” (1998) definēts *pacients kā persona, kas tiek ārstēta vai, kas ir reģistrēta pie kādas no ārstniecības personām un, ja nepieciešams, tiek ārstēta*.

Ņemot vērā, ka pacients ir veselības aprūpes pakalpojuma saņēmējs, autore amerikāņu literatūrā lietoto terminu „klients” ir pielīdzinājusi un attiecinājusi uz Latvijas veselības aprūpes sistēmu.

Jēdziens veselība tiek skaidrots ļoti atšķirīgi un katram cilvēkam tās nozīme būs savādāka. Ievērojamākā oficiālā veselības definīcija ir minēta Pasaules Veselības organizācijas konstitūcijā (*World Health Organization, 1976*).

Veselība ir pilnīgas fiziskas, garīgas un sociālas labklājības stāvoklis (World Health Organization, 1976).

Vienā no veselības aprūpes plānošanas dokumentiem „Sabiedrības veselības stratēģija” **veselība** skaidrota kā *dzīves kvalitātes, cilvēka personīgās un ģimenes labklājības pamats. (Sabiedrības veselības stratēģija, 2001).*

Makmāsteras Universitātes (*McMaster University*), Veselības zinātņu fakultātes profesore J.A.Roila (*J.A.Royle*) veselību ir raksturojusi šādi:

Veselība ir pozitīvs ikdienas resurss, kas sevī ietver sociālās, personīgās un fiziskās spējas (Royle, 1992).

Veselības definējumus vieno cilvēka fizisko, garīgo un sociālo vajadzību nodrošinājums, kas ir cilvēka labklājības pamatā. Tikai vesels cilvēks var būt aktīvs sabiedrībā un līdzdarboties sabiedrības dzīvē, kā arī spējīgs pielāgoties un uzveikt dažādus apstākļus.

Vesels cilvēks bieži vien neaizdomājas par aprūpes nepieciešamību, kamēr viņam pašam vai viņa ģimenes locekļiem nav bijis nepieciešams veikt pasākumus veselības atgūšanai. Latvijā „Ārstniecības likums”(1998) nosaka, ka:

„Aprūpe ir veselības aprūpes sastāvdaļa, kas ir tieši vai netieši saistīta ar sabiedrības, ģimenes vai personas veselības uzturēšanu, veicināšanu, aizsardzību un atgūšanu.”

Aprūpē pakalpojums tiek fokusēts uz klientu, efektīvi izmantojot veselības aprūpes iestādes materiālos, personāla un tehnoloģijas resursus tā, lai tiktu nodrošinātas klienta vajadzības (Kovner, 2004; Blancett, Flarey, 1995).

Autore turpmāk tekstā lietos jēdzienu **aprūpe**, attiecinot to kā uz klientu vērstu pakalpojuma sniegšanu veselības aprūpes iestādēs, nodrošinot cilvēka fiziskās, garīgās un sociālās vajadzības.

Līdztekus aprūpes jēdzienam plaši tiek lietots vārds „pakalpojums”. Ekonomisko terminu vārdnīcā uzņēmējdarbībai (1997) jēdziens „**pakalpojums**” skaidrots kā *darbības, kas apmierina kādu vajadzību un kam var noteikt vērtību, to pārkot vai pārdodot tirgū.*

Veselības aprūpē pastāv tirgus princips, kur pakalpojuma pircējs ir klients, bet pakalpojuma pārdevējs ir veselības aprūpes iestāde, kas šo pakalpojumu piedāvā un nodrošina. Samaksu par pakalpojumu garantē valsts, apdrošināšanas sabiedrības vai to apmaksā pats klients.

Autore jēdzienu „**veselības aprūpes pakalpojums**” attiecina, kā veselības aprūpes iestādes darbību, apmierinot klienta vajadzību un pieprasījumu pēc tā, pastāvot tirgus un konkurences principam.

Aprūpei ir vairāki līmeņi, kuri nodrošina pakalpojuma saņemšanu dažādos profilos: primārā, stacionārā, sekundārā, terciārā un sociālā aprūpe, tādēļ autore sniedz minētos jēdzienu skaidrojumu.

Primārā veselības aprūpe ir svarīgākais sākuma līmenis, kura ietvaros klients nonāk sākotnējā saskarē ar veselības aprūpes pakalpojuma sniedzēju. Primāro veselības aprūpi nodrošina ģimenes ārsts kopā ar citiem speciālistiem, darbojoties vienotā komandā.

Atbilstoši „Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programmai” pakalpojumi tiek sniegti kā ambulatori, tā stacionāri, nodrošinot aprūpi nākamajā līmenī.

Sekundārās veselības aprūpes ietvaros pakalpojumi orientēti uz neatliekamu, akūtu vai plānveida veselības aprūpi, veicot diagnostiku, ārstēšanu un rehabilitāciju, vērstu uz klienta izveseļošanas vai slimības izpausmju samazināšanos.

Sekundārā veselības aprūpe iedalās divos apakšlīmeņos: ambulatorā veselības aprūpē un stacionārā aprūpē.

Sekundārā ambulatorā veselības aprūpē tiek sniegts pakalpojums, kuru nodrošina attiecīgā slimību profila veselības aprūpes speciālists ambulatorā ārstniecības iestādē vai nodaļā.

Stacionārās aprūpes ietvaros pakalpojums tiek sniegts, pacientam atrodoties pastāvīgā veselības aprūpes speciālistu uzraudzībā visu diennakti.

Stacionārās aprūpes līmenī ietilpst tiek izmantotas tehniski daudzveidīgas un sarežģītas medicīniskās tehnoloģijas un šāds aprūpes līmenis ir noteikts kā terciāra aprūpe.

Terciārā veselības aprūpe, kuras ietvaros personai tiek sniegti īpaši sarežģīti un augsti specializēti pakalpojumi specializētās ārstniecības iestādēs, kurus nodrošina dažādu nozaru veselības aprūpes speciālisti ar papildus kvalifikāciju.

Uz klientu vērsta pakalpojuma efektivitāte var tikt nodrošināta visiem veselības aprūpes līmeņiem savstarpēji sadarbojoties un veidojot vienotu sistēmu. Jēdziena „sistēma” skaidrojums sistēmu teorijās sniegts kā institūciju savstarpēja sadarbība un saistība.

Sistēma ir kā savstarpēji saistīts sadarbības tīkls (Kovner, 2004).

Sistēma funkcionē kā metode, ar kuras palīdzību tiek nodrošināta veselības aprūpe (Belien, 2000) un tā var būt slēgta vai atvērta. Slēgta sistēma apkārtējā vidē neko nemaina. Atvērta sistēma veicina spēju sadarboties vienoti. Veselības iestādes, sniedzot klientiem pakalpojumus, iesaistot tajos personāla un medicīnisko tehnoloģiju resursus, darbojas kā atvērta sistēma. Veselības aprūpe, kas ir visu ietveroša un uztver cilvēku un vidi kā kopumu, ir saskaņā ar sistēmas teoriju (Z.Priede-Kalniņš, 1998). Pamatojoties uz sistēmu

teorijā doto definīciju un veselības aprūpes politikas normatīvajiem aktiem, autore formulē jēdzienu „veselības aprūpes sistēma”.

Veselības aprūpes sistēma ir tīkls, kuru veido valsts un privātās veselības aprūpes organizāciju savstarpēja sadarbība, nodrošinot veselības aprūpes pakalpojumus iedzīvotājiem.

Veselības aprūpes sistēmas efektīva un kvalitatīva rezultāta nodrošināšanai tirgus konkurences apstākļos nepieciešams veikt mērķtiecīgas darbības. Tas norāda uz sistēmas vadības nepieciešamību.

Veselības aprūpes organizāciju vadības formulējums atrodams amerikāņu literatūrā.

Vadība veselības aprūpes organizācijās ir vadošo organizāciju sistēmas darba process un tā gala rezultāts (Kovner, 2004).

Autore, analizējot Latvijas veselības aprūpes politiku, izveidojusi skaidrojumu terminam „**Veselības aprūpes vadības sistēma**” ir *sekmīgas veselības aprūpes organizāciju funkcionēšanas un attīstības nodrošināšanas procesa kopums, kā gala rezultāts ir apmierināts klients un racionāls finansiālo, personāla un materiāltechnisko resursu izlietojums.*

Veselības aprūpes vadības sistēmas darbība nav iedomājama bez veselības aprūpes iestāžu kā galvenā pakalpojuma sniedzēja iesaistīšanās. Termins „veselības aprūpes iestāde” tiek plaši lietots ikdienas vārdu krājumā, taču likumdošanas terminoloģijā nepastāv tam definēta formulējuma. „Ārstniecības likums” skaidro terminu „**ārstniecības iestāde**”, ietverot tajā visu veselības aprūpes līmeņu pakalpojuma sniedzējus - *slimnīcas, rehabilitācijas iestādes, specializētos centrus, neatliekamās medicīniskās palīdzības iestādes, doktorātus, poliklīnikas, ārstu prakses, dažādas diagnostisko izmeklējumu iestādes, speciālos terapijas kabinetus un klīnikas.* Ņemot vērā, ka veselības aprūpes pakalpojuma sniedzējs ir ārstniecības iestāde, terminu „**veselības aprūpes iestāde**” iespējams attiecināt uz jebkuru augstāk minēto ārstniecības iestādi.

Veselības aprūpes reformu ietvaros tiek veikta veselības aprūpes iestāžu pārstrukturizācija, veidojot apvienības. Vairākas iestādes apvienojot, izveidojas jauna grupa ar kopēju mērķi un vienotu darbību. Tādu grupu izveidei iespējams piemērot jēdzienu „**organizācija**”.

Organizācija ir cilvēku prasmju, ideju un enerģijas resursu kopība, kas vērsta uz efektīvu sistēmas pārmaiņu rezultātu (Kelly, 2006).

P.Drakers uzsvēris, ka **organizācija** ir sabiedrības elements, bet tās darbībai ir spēcīga ietekme uz sabiedrības dzīvi (Друкер, 2002).

Organizatoriska funkcija paredz vadošas sistēmas izveidi, kura ir spējīga mērķtiecīgi iedarboties uz vadāmo sistēmu un sasniegt nospraustos uzdevumus, izmantojot visefektīvākās metodes un resursus (*V. Ukolovs, A. Mass, I. Bistrjakovs, 2006*).

Piemērojot jēdziena „organizācija” skaidrojumu veselības aprūpes reformai Latvijā, autore sniedz savu formulējumu:

***Veselības aprūpes organizācija** ir veselības aprūpes sistēmas pārmaiņu rezultātā izveidojusies veselības aprūpes iestāžu apvienība, kuru veido kopīga programma, mērķi, uzdevumi un resursi.*

Likumā „Par pašvaldībām” noteikts, ka pašvaldībai jānodrošina veselības aprūpes pieejamība savas teritorijas iedzīvotājiem. Taču jēdziens „**pieejamība**” likumā nav izvērsti definēts, līdz ar to tas var tikt interpretēts dažādi, kā rezultātā iespējams atšķirīgs pašvaldību ieguldījums veselības aprūpes sistēmas attīstībā.

Pasaules medicīnas vārdnīcā (*Webster's New World Medical Dictionary, 2003*) veselības aprūpes pieejamība definēta šādi:

***Pieejamība** ir iespējas vai tiesības saņemt veselības aprūpi.*

Pasaules Veselības organizācijas (*World Health Organization, 1998*) definējums pieejamībai formulēts šādi:

***Pieejamība** ir pasākumu kopums iedzīvotājiem, kas nodrošina atbilstošu veselības aprūpi.*

Zinātnieki (S. Ebeners, Z. El Morjani, N. Ray, M. Black) definējuši **pieejamību kā** *iedzīvotāju iespējas saņemt noteiktus veselības aprūpes pakalpojumus, kad tas nepieciešams* (<http://www.gisdevelopment.net/magazine/years/2005/jun/care.htm> skatīts 12.11.2007).

J. Karaškēvica definējusi **pieejamību** kā iespējas nokļūt pie ārsta, t.i. attālums līdz veselības aprūpes iestādei, kā arī iespēja saņemt medicīniskos pakalpojumus (ārsta esamība un darba laiks) (*Karaškēvica, 2004*).

Autoresprāt termins „pieejamība” veselības aprūpes praksē ietver sevī vairākus komponentus – finansiālus, ģeogrāfiskus, sociālus, kā arī resursus, tādēļ autore sniedz skaidrojumu katram no šiem komponentiem.

***Resursu pieejamība** ir pakalpojumu nodrošināšana iedzīvotājiem, izmantojot personāla un materiāltehniskos resursus.* Ja trūkst aprūpes personāls un atlikušais personāls līdz ar to ir noslogots divkārt, kā arī vienā iestādē nav attiecīgās medicīniskās tehnoloģijas, bet citā iestādē attiecīgā tehnoloģija ir pārāk noslogota, tad veidojas rindas pie speciālistiem un diagnostiskiem izmeklējumiem vairāku mēnešu un pat gadu garumā. Šādā situācijā, trūkstot attiecīgajiem resursiem, iedzīvotājiem nav iespējas saņemt attiecīgo pakalpojumu.

Finansiālā pieejamība ir iedzīvotāju iespējas un gatavība saņemt pakalpojumu atkarībā no finansiāliem līdzekļiem. Šo jēdzienu var attiecināt uz personas privātajiem finansu līdzekļiem un valsts finansu resursiem. Tās ir iespējas iedzīvotājiem saņemt maksas vai valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus un iegādāties zāles.

Ģeogrāfiskā pieejamība ir atkarīga no veselības aprūpes iestāžu izvietojuma pēc iespējas tuvāk personas dzīves vietai, kā arī no to topogrāfiskā izvietojuma un piekļuves ar transporta līdzekli. To ir svarīgi nodrošināt, ceļot jaunus dzīvojamus rajonus, reorganizējot veselības aprūpes iestādes, būvējot ceļus un plānojot satiksmi.

Sociālā pieejamība ir iedzīvotāju iespējas saņemt pakalpojumu neatkarīgi no sociālā stāvokļa un piederības kādai sociālai sfērai. Veselības aprūpes pakalpojumi iedzīvotājiem ir jānodrošina, sākot no turīgiem iedzīvotājiem līdz bezpajumtniekiem, nevērtējot viņu materiālās un sociālās labklājības līmeni. Ar šo formulējumu varam saprast arī iespēju saņemt pakalpojumu cilvēkiem ar īpašām vajadzībām, piemēram, lifts, uzbrauktuve veselības aprūpes iestādē, mājas aprūpes pakalpojumu nodrošināšana, rehabilitācijas iespējas.

Autore Pasaulē medicīnas vārdnīcā skaidroto pieejamības terminu ir pielīdzinājusi situācijai Latvijā un, ņemot vērā minētos komponentus, attiecinājusi uz Rīgas pašvaldību, sniedzot savu definējumu.

Veselības aprūpes pieejamība ir iedzīvotāju tiesības un iespējas saņemt sev nepieciešamo veselības aprūpes pakalpojumu finansiāli, ģeogrāfiski, sociāli nodrošinātu pilnvērtīgu resursu ietvaros.

Veselības aprūpes reformu noteicošā „Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programma” (2004) izveidota ar mērķi nodrošināt iedzīvotājiem kvalitatīvu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un efektīvu resursu izlietojumu. Programmas ietvaros tiek veiktas pārmaiņas veselības aprūpes sistēmā un izpratne par to procesu tiek dēvēta par **reformu** – *pārkārtojums, pārveidojums pārmaiņa (ekonomisko terminu vārdnīca, 1997) vai kļūdu labošana un pārmaiņas uz labākiem nosacījumiem un apstākļiem (Halvorson, 2007).*

Ārzemju literatūrā jēdzienu „pārmaiņas” autori skaidro dažādi, formulējot tās arī kā reinženieringa procesu.

Pārmaiņas ir plānots un vadīts organizācijas pārstrukturēšanas process (Barry, 2005, Bolman; Deal, 1991).

Reinženierings (Reengineering) ir lielas, radikālas pārmaiņas, kuru gaitā tiek modernizēti biznesa procesi, pilnveidojot darba un pakalpojuma sniegšanas kvalitāti un efektivitāti (Kovner, 2004, Blancett, Flarey, 1995).

Pēdējais jēdziena skaidrojums attiecināms uz augstāk minētās attīstības programmas izvirzīto mērķi un autores definēto veselības aprūpes vadības sistēmas jēdzienu, tādēļ, sintezējot abus jēdzienus, autore jēdzienam „pārmaiņas” sniedz formulējumu:

***Pārmaiņas** – veselības aprūpes sistēmas funkcionēšanas un attīstības nodrošināšanas procesa gaita, modernizējot un pilnveidojot pakalpojuma sniegšanas kvalitāti un efektivitāti, racionāli izlietojot organizāciju resursus.*

Visi definētie jēdzieni pielietojami, skaidrojot pārmaiņu attīstību veselības aprūpes politikā un izmantojami valsts, pašvaldību un veselības aprūpes iestāžu darbībā.

1.2.Veselības aprūpes reformas politikas vēsturiskā attīstība

Veselības aprūpes sistēma ir atkarīga no valstī pieņemtās sabiedrisko vērtību skalas, medicīnas tehnoloģiju stāvokļa un ekonomiskiem nosacījumiem.

Slimnīcu sistēma patērēja valstī lielāko veselības aprūpes budžeta daļu. Finanšu institūcijas sāka pievērst lielāku uzmanību slimnīcām piešķirto finanšu līdzekļu izlietojuma mērķiem. Līdz ar to slimnīcām bija jāmeklē jaunas pakalpojuma iespējas. Šie priekšnosacījumi radīja nepieciešamību pārveidot organizatorisko struktūru un procesus, vienlaikus taupot finanšu resursus. Iepriekšējā gadsimtu mijā visas slimnīcas bija patstāvīgas un toreizējās celtnes vēl joprojām veido daļu no mūsdienu veselības aprūpes iestāžu struktūras.

1991.gadā, atgūstot neatkarību, Latvijā bija nepieciešams mainīt ierasto kārtību tautsaimniecībā, tai skaitā arī veselības aprūpē.

1992.gadā valdība uzsāka veselības aprūpes likumdošanas sistemātisku sakārtošanu, Labklājības Ministrijai izstrādājot normatīvus veselības aprūpes finansēšanas uzlabošanai.

1993. gadā uzsāka veselības aprūpes reformu ar mērķi – uz iedzīvotāju vērstas, racionālas un pieejamas veselības aprūpes sistēmas ieviešana. Reformas mērķis tika balstīts uz decentralizācijas principu veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanas procesā (*Nacionālais ziņojums par sociālās aizsardzības un sociālās iekļaušanas stratēģiju 2006.-2008.gadam, 2006*)

1996. gadā uzsāka pārmaiņu īstenošanu primārā un sekundārā veselības aprūpes sistēmā (*Normatīvo aktu sistēma veselības aizsardzības jomā 2002*). Primārās veselības aprūpes reformas galarezultātā tika paredzēts nodrošināt iedzīvotājiem pieejamu un izmaksu efektīvu veselības aprūpes pakalpojumu pēc iespējas tuvāk dzīves vietai. Primārās

veselības aprūpes pamatā bija ģimenes ārstu prakšu izveide. Sekundārās veselības aprūpes pārmaiņu mērķis tika paredzēts pakalpojuma sniegšanas struktūras optimizācija, tādējādi paaugstinot veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti, efektivitāti un pieejamību iedzīvotājiem. 1996. gada 24.septembrī Latvijas Republikas Ministru kabinetā apstiprināja Latvijas Veselības aprūpes attīstības stratēģiju, kura bija pirmais veselības aprūpes sistēmas pārmaiņu politikas plānošanas dokuments (*Nacionālais ziņojums par sociālās aizsardzības un sociālās iekļaušanas stratēģiju 2006.-2008.gadam 2006*). Tajā viens no galvenajiem mērķiem tika noteikta veselības veicināšana, slimību profilakse un ārstēšana.

1997. gadā Latvijā kopā ar Pasaules Banku izstrādāja veselības aprūpes reformas projektu (*Normatīvo aktu sistēma veselības aizsardzības jomā 2002*). Tā ietvaros līdz 2002. gadam tika veiktas nepieciešamās izmaiņas veselības aprūpes sistēmas struktūrā, speciālistu apmācībā un reformas shēmas izveidošanā, kā arī tika izstrādāti veselības aprūpes politikas modeļi, stratēģijas un koncepcijas un to realizācijas un kontroles mehānismi. 1997. gadā ieviesta valsts obligātās veselības apdrošināšanu ar aģentūras un reģionālo slimokasu izveidi (*Pirmspievienošanās ekonomiskā programma 2001*). Minētās sistēmas darbības princips bija valsts obligātās veselības apdrošināšanas līdzekļu sadalījums uz līgumu ar attiecīgās pašvaldības slimokasi pamata, par veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu attiecīgās pašvaldības teritorijā. Rīgas slimokases uzdevumā ietilpa nodrošināt pakalpojuma pirkšanu no veselības aprūpes iestādēm Rīgas iedzīvotājiem. Ieviešot valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu „minimumu”, valsts apmaksāja iedzīvotājiem konkrētus pakalpojumus. Pacientam no savas puses jāveic pacienta iemaksa. 1997. gadā uzsākās iedzīvotāju reģistrācija pie ģimenes ārstiem. Finansējuma sistēmā tika ieviests kapitācijas modelis ģimenes ārstiem, darba samaksu tiem nosakot atbilstoši pierēģistrēto pacientu skaitam, bet ārstiem speciālistiem – atbilstoši paveiktā darba apjomam un sarežģītībai.

1999. gada 19. oktobrī Latvijas Republikas Labklājības Ministrija apstiprināja primārās un sekundārās veselības aprūpes attīstības stratēģiju, kura bija kā otrs svarīgākais veselības aprūpes sistēmas politikas plānošanas dokuments (*Sociālais ziņojums par 1999 gadu*). Stratēģijas realizācijai tika noteikti šādi pamatuzdevumi:

- konsekvētu valsts un reģionālo plānu izstrāde racionālai un efektīvai sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai;
- nacionālā, reģionālā un vietējā līmeņa institūciju atbildības paaugstināšana veselības aprūpes sistēmā;
- primārās veselības aprūpes attīstība, nostiprinot ģimenes ārsta lomu un kapitācijas modeļa principu primārās veselības aprūpes finansēšanā;

- sadarbības veicināšana starp primāro un sekundāro veselības aprūpi.

2001. gadā izstrādāta un 2001. gada 6. martā Latvijas Republikas Ministru kabineta apstiprināta „Sabiedrības veselības stratēģija” (2001) un ieviešanas rīcības programma, kuras rezultātā tajā pašā gadā izveidoja „Sabiedrības veselības aģentūra”, kopš 2004.gada reorganizēta par Veselības veicināšanas valsts aģentūru. Minētās stratēģijas nolūks ir iedzīvotāju veselības stāvokļa uzlabošana, veicinot iedzīvotāju informētību par veselības jautājumiem un attīstot veselības veicināšanu.

Kopš 2002.gada veselības aprūpes reformu projekta ietvaros uzsākta veselības aprūpes struktūras pārkārtošanas īstenošana un veselības aprūpes attīstības plāna ieviešana.

2004. gada 20. decembrī ar Latvijas Republikas Ministru kabineta rīkojumu Nr.1003 pieņemta „Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programma”, kura ir veselības aprūpes sistēmas pārmaiņu patreizējais vadošais dokuments. Šīs programmas mērķis ir optimizēt un integrēt veselības aprūpes sistēmas attīstību, tādējādi paaugstinot veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti, efektivitāti un pieejamību sabiedrībai (*Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programma 2004*). Minētās programmas realizācijas nolūkos 2005. gada 28. decembrī tika pieņemts konkrētās programmas ieviešanas plāns 2005.-2010. gadam (*Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programmas ieviešanas plāns 2005*), kurš konkretizē programmas realizāciju un paredzētās izmaksas noteiktos laika posmos.

2005. gada 17. augustā ar Latvijas Republikas Ministru kabineta rīkojumu Nr.560 tika pieņemtas Pamatnostādnes „e-veselība Latvijā”. Pamatnostādņu uzdevums ir palīdzēt nodrošināt veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un sniegšanas efektivitātes uzlabošanu (*e-veselība Latvijā 2005*). Kā viens no pēdējiem veselības aprūpes politikas plānošanas dokumentiem - Pamatnostādnes „Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē” pieņemtas 2006. gada 6. novembrī ar Latvijas Republikas Ministru kabineta rīkojumu Nr. 870. Dokumenta pamatmērķis ir nodrošināt veselības aprūpes sistēmu ar cilvēkresursiem nepieciešamā izvietojumā un skaitā, atbilstoši aprūpes kvalitātes pieprasījumam. Viens no galvenajiem pamatnostādņu pamatprincipiem ir veselības aprūpes pieejamības nodrošināšana (*Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē 2006*).

1.3. Veselības aprūpes pārmaiņu situācijas raksturojums

Veselības aprūpes pārmaiņas uzsāka ar primārās veselības aprūpes pārstrukturizāciju, kuras pamatā bija ģimenes ārstu prakšu izveide un pie tiem uzsāktā

iedzīvotāju reģistrācija. Patreiz tiek pilnveidota primāras veselības aprūpes sistēmas pakalpojumu sniedzēju tīkla izveide atbilstoši iedzīvotāju skaitam Rīgas reģionos (*skatīt 1. pielikumu*). Primārās veselības aprūpes attīstības rezultātā līdz 2010. gadam paredzēts pie viena ģimenes ārsta reģistrēt ne vairāk kā 1800 pacientu. Kopējais reģistrēto pacientu skaits pie ģimenes ārstiem Rīgā kopš 1997. gada līdz 2006. gada novembrim bija pieaudzis 2,3 reizes (*skatīt 1.1. un 1.2.tabulas*). 1.1.tabulā uzrādītie dati ir no 1997. gada līdz 2000. gadam, jo šajā laika periodā Rīgas iedzīvotāju reģistrāciju nodrošināja Rīgas novada slimokase. Rīgas dome 2002. gada 09. aprīlī pieņēma lēmumu par „Rīgas novada slimokases” likvidāciju (*Glāzītis 2003*).

1.1. tabula

Rīgas novada slimokasē pie ģimenes ārstiem reģistrēto iedzīvotāju skaits no 1997.-2000.gadam

Gads	Reģistrēto iedzīvotāju skaits
1997.gads	297 709
1998.gads	450 703
1999.gads	538 198
2000.gads	605 820

Avots: Valsts obligātās veselības apdrošināšanas aģentūras dati, 2006

1.2. tabula

Pie ģimenes ārstiem reģistrēto iedzīvotāju skaits Rīgas reģionos 2006.gadā

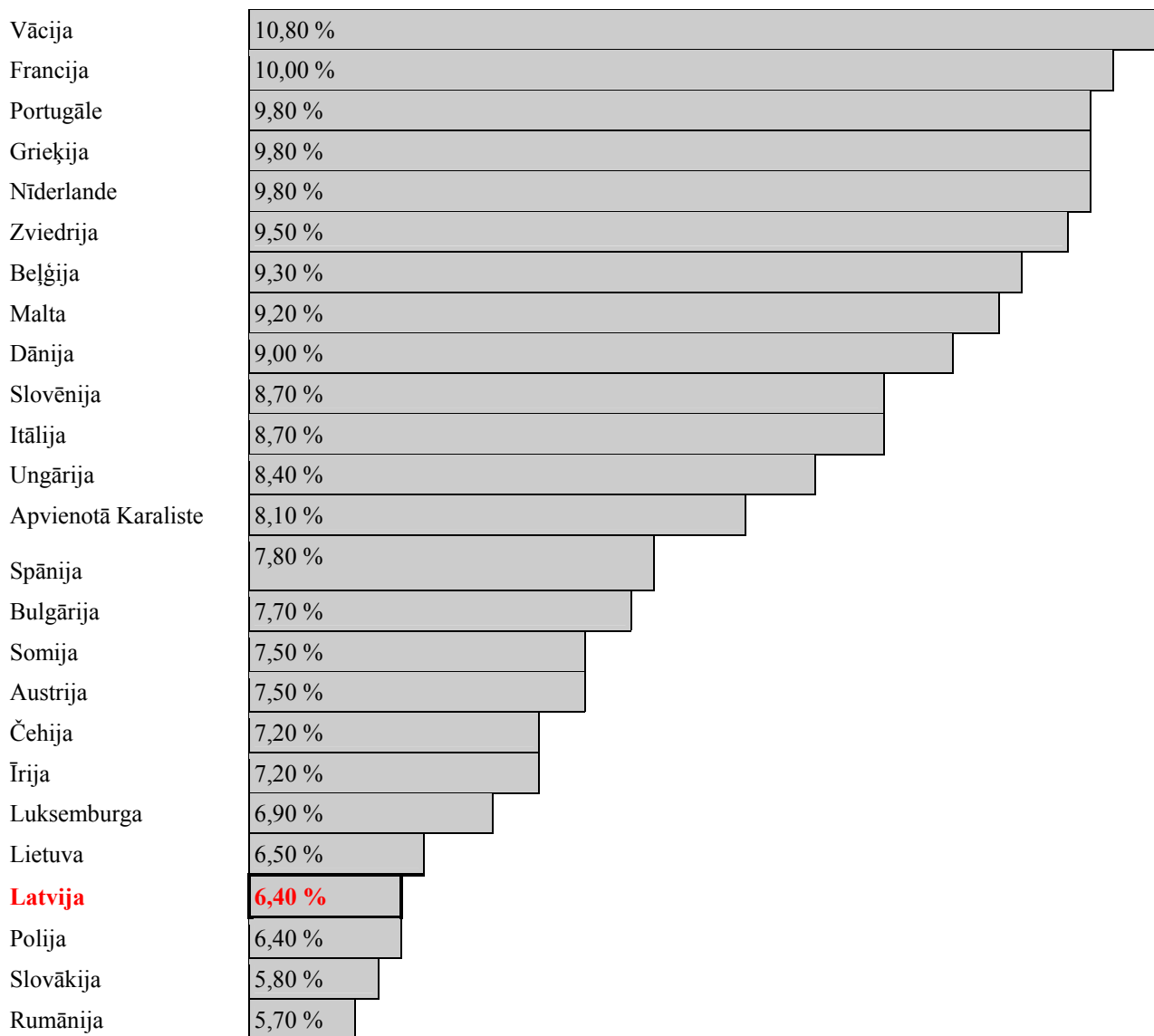
Rīgas reģions	Primārās veselības aprūpes prakšu skaits	Iedzīvotāju skaits reģionā	Pie ģimenes ārstiem reģistrēto iedzīvotāju skaits
Austrumu	87	145 391	141 728
Centra	115	136 784	175 063
Rietumu	76	136 237	129 791
Dienvidrietumu	39	80 815	54 389
Ziemeļrietumu	15	25 308	23 352
Ziemeļu	36	71 645	58 933
Dienvidaustrumu	62	131 398	101 663
KOPĀ:	430	727 578	684 919

Avots: Valsts obligātās veselības apdrošināšanas aģentūras dati, 2006

Autore secina, ka Rīgas Centra reģionā pie ģimenes ārstiem ir reģistrējušies par 38 279 personām vairāk kā uzrādītais iedzīvotāju skaits reģionā un tajā ir visvairāk lokalizētās primārās veselības aprūpes prakses Rīgā (*skatīt 1.2. tabulu*). Centra reģiona ģeogrāfiskais izvietojums ir ērtāk pieejams sabiedriskā transporta ziņā, kā arī tajā daudziem Rīgas iedzīvotājiem ir darba vietas, tādēļ citos Rīgas reģionos deklarētās personas iespējams izvēlējušās ģimenes ārstu Rīgas centrā. Savukārt, citos Rīgas reģionos, salīdzinot ar iedzīvotāju skaitu tajos, pie ģimenes ārsta reģistrējušies daudz mazāk

iedzīvotāji. Tam par iemeslu varētu būt jau minētā iedzīvotāju izvēle reģistrēties sev izdevīgā reģionā vai pie ārsta, kuram uzticas, deklarētās dzīves vietas atšķirību no faktiskās dzīves vietas un sociālo dzīves līmeni, dēļ kā personas vispār pie ģimenes ārsta nav reģistrējušās. Ģimenes ārsta pienākums ir uzņemties atbildību par pacienta veselības aprūpi visā viņa dzīves garumā, kā arī administrēt viņa rīcībā nodotos pacienta aprūpei paredzētos valsts finansētos līdzekļus. Šādai pieejai ir savas pozitīvās un negatīvās iezīmes. Tā rezultātā tiek ietaupīti administrēšanas izdevumi, palielināta pacienta un ārsta līdzatbildība veselības saglabāšanā. Taču tajā pat laikā ģimenes ārsti ir materiāli ieinteresēti pieņemt lēmumus ārsta - speciālista vietā. Rezultātā pacienti ne vienmēr tiek nosūtīti pie speciālistiem uz konsultācijām un dažāda veida diagnostiskiem izmeklējumiem. Pacientiem var tikt sniegta informācija, ka ģimenes ārstam ir izsmeltas iespēju kvotas nosūtījumu izsniegšanai pie attiecīgā speciālista vai konkrēta izmeklējuma veikšanai. Šādā gadījumā ģimenes ārsts uzņemas pārāk lielu atbildību, kuru diemžēl ne vienmēr spēj attaisnot. Tādējādi bieži rodas priekšnosacījumi, savlaicīgi neuzsāktai vai nepareizi nozīmētai terapijai, ielaistām hroniskā slimībām, kā arī letālam iznākumam. Darbības rezultātā zūd viens no veselības aprūpes pamatprincipiem – pakalpojumu pēctecība. 2002.gadā Sorosa fonds-Latvija finansētajā veselības aprūpes pieejamības pētījumā Latvijā, kuru vadīja Daugavpils Socioloģisko pētījumu laboratorijas zinātniece V. Boroņenko, tika aptaujāti 1000 Latvijas iedzīvotāji trijos novados - Dienvidlatgalē, Kurzemē, tajā skaitā arī 200 respondenti no Rīgas (www.politika.lv/index.ptp?id=4879 (skatīts 10.05.2007)). Arī minētā pētījuma dati norādīja, ka 2,2% respondentu tika atzīmējuši, ka veselības aprūpes pakalpojumi bija nepieejami, jo ģimenes ārsts nedeva nosūtījumu pie speciālistiem (www.politika.lv/index.ptp?id=4879 (skatīts 10.05.2007)). Sekundārās veselības aprūpes pārmaiņu ieviešanā paredzēta dažādu veselības aprūpes profilu un līmeņu pārstrukturizāciju, tai skaitā primārās un stacionārās veselības aprūpes, rehabilitācijas iestādes, kā arī neatliekamās medicīniskās palīdzības sistēmas attīstību (*Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programma 2004*). Izmantojot publiskās pārvaldes resursu-rezultātu modeli (*Vanags, Vilka 2005*) un analizējot sociāli ekonomiskās vajadzības, iespējams izvērtēt veselības aprūpes patreizējās situācijas problēmas. Veselības aprūpes nepieciešamībai ir tendence pieaugt sakarā ar iedzīvotāju ne visai labvēlīgo sociāli ekonomisko stāvokli (bezdarbs, nabadzība, sociālais risks), jo daudzi iedzīvotāji nevērsas pēc medicīniskās palīdzības savlaicīgi finansiālu apsvērumu vai savas nolaidības, arī aizņemtības dēļ. Daudzviet netiek ņemtas vērā mūsdienīgas pakalpojuma sniegšanas un nodrošināšanas prasības, tai skaitā Eiropas Savienības direktīvas, līdz ar to vairāki sniegtie pakalpojumi mēdz būt nekvalitatīvi un

neracionāli. Piemēram, veicot izmeklējumus ar rentgena aparātu, kura kalpošanas laiks ir kopš pagājušā gadsimta septiņdesmitajiem gadiem, pacients un personāls saņem lielākas starojuma devas, rentgena uzņēmums nav tik kvalitatīvs, aparāta uzturēšanas izmaksas un ekspluatācijas izdevumi pārsniedz ieņēmumus, kā arī tas neatbilst Eiropas Savienības prasībām. Līdz ar to šāda aparāta uzturēšana un tāda pakalpojuma sniegšana nav nedz ekonomiska, nedz efektīva. Ja veselības aprūpes iestādes vadītājs nav spējīgs pieņemt racionālu risinājumu, piemēram, rast finanses mūsdienīgas staru diagnostikas aparatūras iegādei, tad iestāde zaudē konkurētspēju šī pakalpojuma nodrošināšanai.



1.1. attēls. Veselības aprūpes izmaksas (% no IKP) Eiropas Savienības valstīs 2004.gadā

Avots: Pasaules Veselības organizācija (WHO) 2007

Ja esošā finanšu ekonomiskā situācija valstī nesniedz iespēju finansēt veselības aprūpi vidēji tādā līmenī, kā tas notiek citās Eiropas Savienības valstīs, tad iespējamo pakalpojumu piedāvājums jāpārskata, lai kvalitatīvi nodrošinātu veselības aprūpi. Piemēram, pēc Pasaules Veselības organizācijas datiem, pilnas izmaksas veselības aprūpei no IKP Latvijā sastāda 6.4% (<http://www.euro.who.int/main/WHO/CountryInformation/>

[\(skatīts 20.05.2007\)](#). Salīdzinājumā ar citām Eiropas Savienības valstīm šis skaitlis ir ļoti zems (*skatīt 1.1.attēlu*).

Kā vienu no prioritātēm varētu noteikt: mūsdienīgas, konkurētspējīgas un tirgus konkurenci izturīgas, visiem sabiedrības slāņiem pieejamas veselības aprūpes sistēmas nodrošināšana. Patreizējā veselības aprūpes situācijā ir resursu nepietiekamība. Šeit var minēt gan cilvēku, gan finanšu, gan materiāli tehniskos resursus. Tie ir viens otram pakārtoti. Valstij ir nepietiekami finanšu resursi, lai veselības aprūpes darbiniekiem nodrošinātu lielāku darba samaksu un nodrošinātu veselības aprūpes iestādes ar jaunāku un jaudīgāku tehnoloģiju. Savukārt, veselības aprūpes darbinieki, nebūdami mierā ar zemo samaksu un, daudzviet, ar zemām tehnoloģiskām darba iespējām, aiziet no darba veselības aprūpes iestādēs. Iestādes vadībai ir iespējams ietekmēt pozitīvā plāksnē cilvēkresursu saglabāšanu un piesaistīšanu darbam iestādē. Taču tam nepieciešams izvērtēt ekonomisko situāciju un pieņemt atbilstošus izdevīgus lēmumus abām pusēm: gan potenciālajam darbiniekam, gan darba devējam. Racionāli un efektīvi izmantojot resursus, var sniegt kvalitatīvus un ekonomiski izdevīgus pakalpojumus abām procesā iesaistītajām pusēm - klientam un iestādei. Izvērtējot ekonomiskos un funkcionālos rādītājus, iespējams noskaidrot vai veselības aprūpes organizācijas sasniegušas savus izvirzītos mērķus un misiju, tādējādi gūstot pārliecību par veselības aprūpes sistēmas efektivitāti vai neefektivitāti. Valstī kopumā efektivitātes rādītāju izvērtējums ir nepietiekošs. Piemēram, veselības aprūpes iestāžu apvienošana var būt gan ekonomiski izdevīga, gan arī gluži pretēji - dot ne visai pozitīvu risinājumu. Rezultāts var būt ne vienmēr ekonomiski un funkcionāli efektīvs, jo var pieaugt arī izmaksas, saistībā ar iestādes darba organizēšanu. Tāpat arī grūti pateikt, vai klients būs apmierināts ar saņemto pakalpojumu – ja iepriekš viņš varēja izvēlēties pakalpojuma saņemšanas vietu, tad tagad šī izvēle varētu būt ierobežota.

Arī „Likumā par pašvaldībām” (1994) noteiktas to funkcijas un atbildība, tostarp arī iedzīvotāju veselības veicināšanas un veselības aprūpes pieejamības nodrošināšana. Taču pašvaldības atšķiras savas teritorijas, iedzīvotāju skaita un blīvuma ziņā. Ekonomiski labvēlīgāka situācija iespējama tur, kur veselības aprūpes un sociālās aprūpes iestāžu attiecība optimāli atbilstu iedzīvotāju vajadzībām.

Veselības aprūpes sistēmai var piemērot dažus no jaunās publiskās pārvaldes pamatprincipiem, tos attīstīt un pilnveidojot (*Vanags, Vilka 2005, 171-173*):

1. Augstākā līmeņa un vidējā līmeņa vadības ***prasmes un efektivitātes pilnveidošana***.

Veselības aprūpes iestāžu vadītājiem nepieciešama ne tikai pieredze vadībā, bet arī

teorētiski iegūtas zināšanas un prasmes vadībā, kā arī lielāko darba dienas laiku vadītājiem nedrīkstētu aizņemt blakus darbs.

2. ***Orientācija uz pakalpojuma saņēmēju – klientu.*** Ir skaidri definēts veselības aprūpes iestāžu virsmērķos, ka iestādes pakalpojumu sniegšana ir centrēta uz klientu, taču ne visiem iestādes darbiniekiem ir skaidrs savs virsmērķis, definējums nesaskan ar praktisko organizācijas darbību, netiek izmantotas iespējas, lai to sasniegtu (piemēram, netiek piesaistīti resursi). Rīgā tikai nedaudzās veselības aprūpes iestādēm tiek veiktas klientu aptaujas, lai uzzinātu viņu viedokli par sniegtajiem pakalpojumiem un to līmeni iestādē. Ar šādām aptaujām iespējams izvērtēt pakalpojumu kvalitāti, iestādes nozīmīgumu un klienta interesi par iestādes sniegtajiem pakalpojumiem, kā arī ieteikumus no klientu puses un viņu vēlmes.
3. ***Konkurences veicināšana*** starp veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem: to iespējams veikt tikai tad, ja katras iestādes vadītājam ir skaidra tirgus politika, organizācijas darbība un pacientam ir izvēles iespējas saņemt kvalitatīvu pakalpojumu.
4. ***Sadarbība starp publisko un privāto sektoru.*** Klientam ir izvēles iespējas starp privātām veselības aprūpes iestādēm un valsts veselības aprūpes iestādēm. Starp iestādēm pastāv konkurence pakalpojumu nodrošināšanas un, bieži vien, arī kvalitātes un pieejamības ziņā. Privātajās veselības aprūpes iestādēs, lielākoties, akcents aprūpē tiek likts uz klientu, jo viņš par pakalpojumu veic samaksu pats vai apdrošināšanas kompānija. Valsts veselības aprūpes iestādēs klients par pakalpojumu var maksāt pats, par viņu var maksāt apdrošināšanas kompānija vai, ja tas ir valsts apmaksāts pakalpojums, izmaksas sedz valsts un pacients maksā tikai pacienta iemaksu.

Pamatnostādņēs (*Latvijas valsts un privātās partnerības veicināšanas pamatnostādnes 2005*) ir sniegts valsts un privātās partnerības skaidrojums, kurā definēts sadarbības starp publisko personu un privātpersonu jēdziens. Rīgas pašvaldības ietvaros ir noslēgti vairāki valsts un privātās partnerības līgumi starp pašvaldības veselības aprūpes iestādi un ģimenes ārstu praksi. Privātajā sektorā Rīgā darbojas ģimenes ārstu privātprakses, ambulatoro pakalpojumu speciālistu privātprakses, ārstu privātprakses plastiskās ķirurģijas jomā. Diezgan maz ir tādu sadarbības partneru, kuri slēgtu līgumus, piemēram, par turpmāko ārstēšanu vai izmeklēšanu. Piemēram, ģimenes ārsta privātprakse noslēdz līgumu ar slimnīcu par pacienta ārstēšanu slimnīcas apstākļos, ja to nevar kādu apsvērumu dēļ nodrošināt ambulatori. Koncesijas sadarbības princips ir viens no valsts un privātās partnerības formām. Koncesijas līgums tiek noslēgts un noteiktu laiku starp pašvaldības vai

valsts struktūru un privāto struktūru, paredzot, ka valsts kāda noteikta veselības aprūpes pakalpojuma funkcijas nodod privātās rokās. Privātā struktūra nodrošina šo funkciju izpildi valsts struktūras vietā. Valsts struktūra nodrošina nepieciešamā veselības aprūpes pakalpojuma sniegšanu, neieguldot lielas investīcijas, savukārt, privātais sektors gūst peļņu, sniedzot iedzīvotājiem nozīmīgu veselības aprūpes pakalpojumu. Rezultātā veselības aprūpes darbs tiks organizēts, lai izmaksas samazinātu līdz minimumam, bet veselības aprūpes pakalpojums atbilstu pakalpojuma saņēmēja interesēm, tādējādi klienta vajadzības būtu apmierinātas un tiktu nodrošināts pieprasījums pēc pakalpojuma. Pieredze daudzās Eiropas valstīs ir pierādījums valsts un privātās partnerības efektivitātei, kur šāda sadarbība ir ikdienišķa lieta klīnikās, piemēram, ASV, Dienvidamerikā utt. (*Akintoye, Chinyio, 2005, Raffel, Barsukiewicz 2002*). Varētu tikt izmantots šāds publiskās privātās partnerības variants: pašvaldība nodod iestādes vadībai slimnīcas ēku apsaimniekošanai, aprūpes iestāde realizē projektu (pakalpojumu attīstību un pilnveidošanu) un projekta galaprodukts – pakalpojums tiek piedāvāts ne tikai savam Latvijas reģionam, bet arī blakus reģioniem un pat varbūt tālākiem reģioniem. Rezultātā samazinās izmaksas un palielinās ieņēmumi, iestāde ir konkurētspējīga tirgus apstākļos. Pēc tam var pieņemt lēmumu, vai iestādi patur pašvaldība savā pārziņā vai to nodod privātajam sektoram. Veselības aprūpes politikas virzieni ir vērsti uz starpnozaru sadarbību, efektīvas organizācijas darbu un resursu politiku. Šo politikas sektoru apvienojums nosaka veselības politiku kopumā. Patreizējās veselības aprūpes politikas stiprās puses ir: noteikta metodika valsts finansējuma sadalei, uzsākti ģimenes ārstu privātstruktūru projekti, notiek valsts funkciju deleģēšana nevalstiskām organizācijām, notiek nevalstisko organizāciju izglītojošā darbība sabiedrības veselības jautājumos.

Izmaiņas jāveic pakāpeniski, liekot akcentu uz darbinieku izglītošanu un sagatavošanu veicamajām pārmaiņām. Patreizēja situācijā veselības aprūpes sistēmas pārmaiņas ir sasteigtas, reformās iesaistītās personas ir nesagatavotas, kā arī nav pietiekamas nepieciešamās zināšanas pārmaiņu vadībai. Veicot reformas, jāliek akcents uz procesiem un tajos iesaistītajiem personāla resursiem, ņemot vērā viņu vajadzības, ka arī veselības aprūpes iestādēm savā darbībā jābalstās uz drošiem un veselību veicinošiem pakalpojumiem. Klientam, vēršoties pēc palīdzības vai profilaktiskos nolūkos ārstniecības iestādē, speciālistiem jānodrošina vairāki drošības faktori. Autoresprāt tie ir: pacienta dzīvību un veselību neapdraudoša aprūpes un terapijas izvēle un pakalpojuma nodrošināšana, klienta personas datu aizsardzība, konfidencialitātes par pacientu un viņa slimības faktiem saglabāšana, klienta informēšana par iespējamām terapijas vai slimības radītām sekām u.c.. Ne vienmēr pacienta drošība ir visu veselības aprūpes iestāžu

prioritāte. Bieži iestādes liek lielāku akcentu uz peļņas guvumu, mazāk pievēršot uzmanību sniegto pakalpojumu kvalitātei. Saņemot nekvalitatīvu un neefektīvu pakalpojumu, klientam var pasliktināties viņa veselības stāvoklis. Tas, savukārt, var radīt darba spēju zudumu, tādējādi, samazinot klienta labklājību, kā arī radot valstij ekonomiskus zaudējumus. Veselības aprūpes organizācijām ir vairākas lomas: patērētāja, pakalpojuma sniedzēja, sociālā loma kā darba devējam u.c. Lai nodrošinātu pacientam piemērotu un atbilstošu aprūpi, jānotiek informācijas apmaiņai un darbības koordinācijai starp primāro un sekundāro aprūpes līmeni. Praksē nevar izslēgt iespēju, ka pārmērīga pakalpojuma novirzīšana uz ambulatoro sektoru ne vienmēr garantē pacientam drošību. Piemēram, uz plānveida ambulatorā pakalpojuma saņemšanu pacientam jāgaida rindā vairākus mēnešus pat vairāk kā vienu gadu (*skatīt 1.3.tabulu*).

1.3.tabula

Pacientiem paredzamais gaidīšanas laiks rindā Rīgas ārstniecības iestādēs plānveida ambulatoro pakalpojumu saņemšanā uz 01.03.2007.g.

Pakalpojuma veids	Veselības aprūpes iestāde	Pacientiem paredzamais gaidīšanas laiks rindā (dienas)
Dienas stacionārs oftalmoloģijā	P.Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca	660
Dienas stacionārs oftalmoloģijā	Klīniskā universitātes slimnīca "Gaiļezers"	450
Dienas stacionārs neiroloģijā	Klīniskā universitātes slimnīca "Gaiļezers"	350
Magnētiskā rezonanse	P.Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca	300
Dienas stacionārs: Invazīvā kardioloģija	P.Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca	90
Doplerogrāfija	P.Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca	77
Mammogrāfija	Rīgas Austrumu slimnīca	70
Elektroencefalogrāfija	Bērnu klīniskā universitātes slimnīca	50

Avots: *Valsts obligātās veselības apdrošināšanas aģentūra, 2007*

Sekundārā un terciārā veselības aprūpe Latvijā tiek nodrošināta:

- daudzprofilu slimnīcās, sniedzot plaši un augsti kvalificētus veselības aprūpes pakalpojumus (piemēram, Rīgas Pašvaldības SIA „Klīniskā universitātes slimnīca „Gaiļezers”);

- lokālajās slimnīcās, kuras nodrošina nelielas intensitātes veselības aprūpi, kā arī sociālās funkcijas (piemēram, Rīgas Pašvaldības SIA „Rīgas 2. slimnīca”);
- medicīniskās rehabilitācijas slimnīcas un centri;
- specializētas viena profila slimnīcas, kuras sniedz veselības aprūpes pakalpojumu kādā no nozarēm, piemēram, onkoloģija, traumatoloģija, infekciju slimības, dzemdību palīdzība, geriatrija.

Lokālajās slimnīcās tiek attīstīts sociālās aprūpes pakalpojums, izveidojot īslaicīgās sociālās aprūpes nodaļas, kas ir starpposms starp stacionāru un ilglaicīgās sociālās aprūpes iestādi. Daudzprofilu slimnīcās, medicīniskās rehabilitācijas slimnīcās un specializētajās viena profila slimnīcās tiek attīstīts sociālais darbs.

Patreizējā veselības aprūpes sistēmā stacionāros pakalpojumus Rīgā sniedz 10 veselības aprūpes iestādes (*skatīt 1.4. tabulu*).

Atbilstoši „Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programmai” līdz 2006. gadam ir apvienotas piecas Rīgas veselības aprūpes iestādes, izveidojot divas apvienības. 2004.gadā, kā pirmās veselības aprūpes pārmaiņu ietvaros, tika apvienotas Valsts SIA „Bērnu klīniskā slimnīca „Gaiļezers” un Valsts akciju sabiedrība „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”. 2005.gadā tika apvienotas Valsts akciju sabiedrība „Slimnīca „Biķernieki”, Valsts akciju sabiedrība „Slimnīca „Linezers” un Valsts SIA „Latvijas onkoloģijas centrs”, izveidojot apvienību Valsts SIA „Rīgas Austrumu slimnīca”. Veselības aprūpes iestāžu pārprofilēšanas un apvienošanas rezultātā sekundāro veselības aprūpi Rīgā 2010.gadā nodrošinās sešas daudzprofilu reģionālās slimnīcās, vienā daudzprofilu lokālajā slimnīcā un vienā specializētā slimnīcā (*skatīt 1.4. tabulu*).

Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programmas darbības rezultātā paredzēts plānveida operācijas stacionāros veikt no vienas līdz piecu dienu laikā no iestāšanās datuma, tādējādi samazinot gaidīšanas rindas uz šo pakalpojumu. Piemēram, uz invazīvās kardioloģijas – koronarogrāfijas pakalpojumu pacientam jāgaida 20 mēneši, bet uz oftalmoloģiskām operācijām – septiņi mēneši. (*Valsts Obligātās veselības apdrošināšanas aģentūras dati, 2007*). Tik ilgā laika posmā, pacientam savlaicīgi nesaņemot nepieciešamo aprūpi, var pasliktināties veselības stāvoklis līdz pat neatgriezeniskām izmaiņām, kā arī tiek ierobežotas personas sociālā dzīve un pašaprūpes spējas. Klientam ir izvēle: vai gaidīt rindā uz valsts apmaksāto pakalpojumu, vai saņemt pakalpojumu par pilnu samaksu, kuru ne visi iedzīvotāji ir finansiāli spējīgi sev nodrošināt, kā arī pastāv vēl viena iespēja –doties uz citām valstīm, kur gaidīšanas rindas ir mazākas. Kā atzīmēts Eiropas Parlamenta rezolūcijā par pacientu mobilitāti un veselības aprūpes attīstību Eiropas Savienībā (2005) Jorkas Universitātes aptaujā 87% Apvienotās Karalistes

pacientu, kas ārstējas citās valstīs, apgalvoja, ka viņus turp doties motivēja garās rindas Anglijā.

1.4. tabula

**Esošais un plānotais pārprofilējamo veselības aprūpes iestāžu
Rīgā sadalījums 2006. un 2010.gadā**

<i>Nr.p.k.</i>	<i>Veselības aprūpes iestāde</i>	<i>Pakalpojumu profils 2006.gadā</i>	<i>Pakalpojumu profils 2010.gadā</i>
1.	Valsts akciju sabiedrība „Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca”	daudzprofilu reģionālā	daudzprofilu reģionālā
2.	Rīgas pašvaldības SIA „Klīniskā universitātes slimnīca „Gaiļezers”	daudzprofilu reģionālā	daudzprofilu reģionālā
3.	Rīgas pašvaldības SIA „Rīgas 1.slimnīca”	daudzprofilu reģionālā	daudzprofilu reģionālā
4.	Valsts akciju sabiedrība „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”	daudzprofilu reģionālā	daudzprofilu reģionālā
5.	Rīgas Austrumu slimnīca	daudzprofilu reģionālā	daudzprofilu reģionālā
6.	Rīgas pašvaldības SIA „Rīgas 2.slimnīca”	daudzprofilu lokālā	paredzēts apvienot
7.	AS „Latvijas Jūras medicīnas centrs”	daudzprofilu lokālā	daudzprofilu lokālā
8.	Valsts SIA „Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca”	specializētā slimnīca	paredzēts apvienot
9.	A/S EZRA-SK slimnīca „Bikur Holim”	specializētā slimnīca	specializētā slimnīca
10.	Rīgas Pašvaldības SIA „Rīgas pilsētas dzemdību nams”	specializētā slimnīca	paredzēts apvienot

Avots: Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programma, 2004

Veselības aprūpes reformu regulē un nosaka vairāki politiskās plānošanas dokumenti, kā, piemēram, Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programma (2004), Pamatnostādnes „Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē” (2005) un daudzi citi. Tos visus vieno konkrēts rīcībpolitikas plānošanas process,

kas nodrošina valdības izstrādāto rīcības plānu, atbilstoši izvirzītajām prioritātēm un mērķiem.

Autoresprāt, piemērojot Politikas plānošanas sistēmas attīstības pamatnostādnes (2006) minētos politikas pamatprincipus iespējams attiecināt uz visu trīs līmeņu veselības aprūpes pakalpojumiem:

- Atskaitīšanās princips - ir uz rezultātu orientēts princips, nodrošinot atskaitīšanās mehānismu par veselības aprūpes pakalpojumiem un finanšu līdzekļiem visos valsts pārvaldes līmeņos.

Veselības Ministrijai un Rīgas pašvaldībai, kā arī to padotībā esošajām valsts institūcijām, piemēram, Valsts Obligātās veselības apdrošināšanas valsts aģentūra administrē veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai paredzētos finanšu līdzekļus. Savukārt, Medicīniskās aprūpes un darbības ekspertīzes kvalitātes kontroles inspekcija kontrolē veselības aprūpes kvalitāti ārstniecības iestādēs neatkarīgi no to īpašuma formas un pakļautības, kontrolē pārejošās darba nespējas ekspertīzes kvalitāti, aizstāv pacientu intereses un izskata pacientu sūdzības par veselības aprūpes kvalitāti, kā arī veic kontroli normatīvo aktu izpildē ārstniecības iestādēs.

- Atbilstība – veselības aprūpes pakalpojums tiek sniegts atbilstoši pacienta slimības smagumam un īpatnībām.
- Finansiālo iespēju principa ietvaros, plānojot un realizējot veselības aprūpes politikas stratēģiju, tiek ievērotas valsts budžeta iespējas. 2006.gadā veselības aprūpes pakalpojumu attīstībai un izdevumu segšanai atvēlēti 3,68 % no iekšzemes kopprodukta (IKP) vai 10,35% no valsts kopējā budžeta (*skatīt 1.5.tabulu*).

Salīdzinot datus par veselības aprūpei atvēlētajiem finanšu līdzekļiem un īpatsvaru no iekšzemes kopprodukta (IKP) no 1997. – 2007. gadam, autoresprāt, procentuāli no kopējā valsts budžeta piešķirto finanšu līdzekļu lielums tikpat kā nemainās, neskatoties uz inflācijas pieaugumu. Līdztekus valsts finansējumam tiek veicināta pašvaldību, pašu pakalpojumu sniedzēju līdzekļu un privātā kapitāla piesaiste veselības aprūpes nodrošināšanai un attīstībai. Piemēram, Rīgas pašvaldības padotībā esošajām veselības aprūpes iestādēm finansējuma avots ir Veselības Ministrijas piešķirtais līdzfinansējums, veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūras samaksa par sniegtajiem pakalpojumiem uz līguma pamata, un Rīgas pašvaldības finansējums.

Līdzekļi veselības aprūpei salīdzinājumā ar IKP un valsts budžetu Latvijā 1997.-2007.g.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Valsts kopbudžets, milj.Ls	1176,6	1329,6	1470,5	1449,9	1536,5	1695,1	1878,6	2226,1	2851	3353,8	4218,6
Līdzekļi veselības aprūpei, milj.Ls	123,3	139,6	146,3	144,2	156,5	176,1	202,0	236,9	288,0	347,0	514,8
% no IKP	3,46	3,58	3,46	3,08	3,03	3,10	3,20	3,23	3,43	3,68	4,05
% no valsts kopbudžeta	10,48	10,50	9,95	9,95	10,19	10,39	10,75	10,64	10,10	10,35	10,3

Avots: *Veselības Ministrija, 2007*

- Līdzdalības principā veselības aprūpes politikas plānošanas procesā tiek iesaistītas ar dažāda veida resursiem nevalstiskās organizācijas, privātais sektors, pašvaldības un ārvalstu institūcijas.

Savukārt, sabiedrības iesaistīšana un informēšana par iecerētajām izmaiņām veselības aprūpes politikā bieži vien tiek noklusēta līdz brīdim, kad attiecīgās reformas jau notikušas. Praksē netiek nodrošināta iedzīvotāju līdzatbildība informētībā par veselības aprūpes jautājumiem, sekmējot viņu piedalīšanos lēmumu pieņemšanā, kā arī iedzīvotāju viedoklis par veselības aprūpes pakalpojumu attīstību netiek ņemts vērā. Iedzīvotāju uzskati par reformas realizāciju, rindām pie speciālistiem, aprūpes pakalpojumu pieejamību parādās masu medijos un iesniegumos valsts institūcijām, taču aktīva rīcība no valdības puses tā arī neparādās un problēmas netiek risinātas. Plānojot pārmaiņas veselības aprūpes sistēmā, bieži netiek ņemtas vērā arī pacientu vajadzību prioritātes, kā arī pieprasījums pēc veselības aprūpes pakalpojuma un aprūpes pieejamības nodrošināšanas iespējas. Tā, piemēram, apvienojot ārstniecības iestādes, netiek uzklauts sabiedrības kā klienta viedoklis par iespējamiem ierobežojumiem veselības aprūpes ģeogrāfiskā, sociālā pieejamībā un iespējām izvēlēties speciālistu.

- Nepārtrauktības un pēctecības princips nodrošina veselības aprūpes iestāžu ciešu sadarbību ar sociālās aprūpes iestādēm un dienestiem, attīstot šo pakalpojumu nepārtrauktību un pēctecību iedzīvotājiem visā dzīves laikā.

Autoresprāt šī principa ietvaros katram iedzīvotājam jābūt nodrošinātai optimāli nepieciešamai veselības aprūpei visos tās līmeņos. Praksē bieži tiek pierādīts pretējs rezultāts: nav pietiekami efektīva ģimenes ārstu sadarbība ar sociālās aprūpes iestādēm, ģimenes ārstam ne vienmēr tiek nodota informācija par pacienta veselības stāvokli pēc viņa izrakstīšanas no stacionāra un daudzas citas.

Pēctecības un koordinētības principa ietvaros veselības politikas plānošanas, attīstības realizācijas gaitā kopumā tiek nodrošināta tās aktualizācija un valsts institūciju akceptēto normatīvo aktu savstarpējā saistība. Autoresprāt minētā normatīvo dokumentu saistība ne vienmēr ir efektīva. Kā piemēru var minēt veselības aprūpes attīstības programmas nodrošināšanā ir nepieciešams saglabāt resursus, paredzot jau pirms pārmaiņu uzsākšanas veikt nepieciešamās korekcijas resursu saglabāšanā. Attīstības programma tika uzsākta realizēt jau 2002.gadā veselības aprūpes reformu projekta ietvaros, liela daļa ārstniecības personu devās prom no praktiskās medicīnas, uzsākot darbu farmācijas firmās, veicot ne ārstnieciska profila darbu ārzemēs, lai varētu nopelnīt lielākus iztikas līdzekļus. Tajā brīdī valsts institūcijas pievērsa ļoti nelielu uzmanību ārstniecības personu streikiem un draudošai krīzes situācijai personāla resursu jomā. Tika domāts par arvien jaunu tehnoloģiju iegādi, nedomājot par to, kas ar šīm tehnoloģijām strādās arī pēc dažiem gadiem. Patreizējā situācijā, kad katastrofāli trūkst ārstu un māsu, uzsākta algas reforma.

Pēc autores vērtējuma lietderīgāk to būtu bijis darīt pirms pārmaiņu uzsākšanas vai to pašā sākumā, tādējādi, sniedzot motivāciju medicīnas personālam turpmākā pārmaiņu vidē.

- Subsidiaritātes principu realizācijā, veselības aprūpes politikas plānošana tiek veikta kopīgi ar tajā iesaistītajām valsts pārvaldes institūcijām, izvērtējot veicamo uzdevumu būtību un kompetenci, deleģējot attiecīgos jautājumus pašvaldībām.

Viena no pašvaldību autonomām funkcijām ir veselības aprūpes pieejamības nodrošināšana un veselīga dzīvesveida iedzīvotājiem veicināšana (Likums par pašvaldībām 1994,15. panta 6. punkts), kas nosaka pašvaldību atbildību par viņu pārziņā esošo veselības aprūpes iestāžu darbības nodrošināšanu ģeogrāfiskās, sociālās, finansiālās un resursu pieejamības ietvaros. Tā, piemēram, Rīgas pašvaldības pārziņā ir 5 stacionāri: Rīgas PSIA „Rīgas 1. slimnīca”, Rīgas PSIA „Rīgas 2.slimnīca”, Rīgas PSIA „Klīniskā universitātes slimnīca „Gaiļezers””, Rīgas PSIA „Rīgas Dzemdību nams”, Rīgas PSIA „Ādas un seksuāli transmisīvo slimību klīniskais centrs”, kā arī Rīgas pilsētas Ātrās medicīniskās palīdzības stacija un aptuveni 30 ambulatorās iestādes. Rīgas pašvaldībai ir jāparedz nodrošināt vienādas iespējas saņemt veselības aprūpes pakalpojumus, neatkarīgi no personas sociālā stāvokļa un dzīves vietas izvietojuma. Tādēļ pašvaldības ietvaros tiek izstrādātas rīcības programmas maznodrošinātajiem, trūcīgajiem Rīgas iedzīvotājiem un personām, kuras veselības stāvokļa dēļ nonākušas ārkārtas situācijā, paredzot pabalstus veselības aprūpei vai īslaicīgās sociālās aprūpes iespējas stacionārā.

- Saskaņotības principa ietvaros tiek noteiktas valdības politikas prioritātes, kuras paredz, ka veselības aprūpes politikas plānošana un realizācija notiek saskaņā ar valdības deklarāciju un iecerētajām darbībām.

Piemēram, Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programmā valdība ir paredzējusi optimizēt pakalpojumu sniedzēju skaitu un izvietojumu. Atbilstoši šim veselības aprūpes politikas plānošanas dokumentam norit vairāku ārstniecības iestāžu apvienošana, izveidojot apvienības: Bērnu klīniskā universitātes slimnīca ar divām lokalizācijas vietām: Gaiļezera un Torņakalnā, kā arī Rīgas Austrumu slimnīca ar vairākām klīnikām dažādās lokalizācijas vietās.

Tieši nepārtrauktības un subsidiaritātes princips pierāda veselības aprūpes un sociālā aprūpes un dienestu mijiedarbības svarīgumu. Autoresprāt veselības aprūpes iestādē sociālais darbs balstās uz sociālo pakalpojumu nodrošināšanu pacientiem un viņu ģimenēm, kopīgi rodot problēmsituācijas risinājumu konkrēti katram pacientam. Tam pamatā ir pacienta saslimšanas izraisītās pārmaiņas un problēmas, kuras traucē jau ierastajai pacienta dzīvei un ikdienas darbībām. Pārmaiņas var būt saistītas ar vides un iespēju maiņu, atrodoties stacionārā un pēc izrakstīšanās no tā. Bieži ir situācijas, kad pacientam traucētas pašaprūpes spējas: pēc infarkta, onkoloģiskas un neiroloģiskas saslimšanas (insults, Parkinsona slimība), pēc ekstremitāšu amputācijas utt. Tādos gadījumos pacients un/ vai viņa ģimene saņem konsultācijas par saslimšanas radītajiem traucējumiem, to sekām, nepieciešamo aprūpi un aprūpes iespēju variantiem. Veselības aprūpes iestādē ir svarīgi, lai pacients no sociālā darbinieka saņemtu atbalstu un viņam nepieciešamo informāciju par sociāliem jautājumiem un to risināšanas iespējām. Informācija tiek sniegta par sociālās palīdzības pakalpojumiem pašvaldībās un sociālos dienestos, aprūpi mājās un uzturēšanās iespējām patversmē. Tiek risināti arī jautājumi par pacienta ievietošanas iespējām ilglaicīgās sociālās aprūpes iestādēs un īslaicīgās sociālās aprūpes iestādēs vai nodaļās jeb tā dēvētajās „sociālajās gultās”. Sociālā darbinieka uzdevumos ietilpst arī sociālā riska grupas pacientiem invaliditātes lietu kārtošana, personas kodu un personu apliecinošas dokumentācijas atjaunošana utt. Lai varētu nodrošināt pacientam sociālo aprūpi, nepieciešams veikt pacienta novērtēšanu, lai noteiktu viņa personīgās iespējas un resursus konkrētās problēmas risināšanā. Būtiska ir veselības un sociālās aprūpes speciālistu sadarbība un komandas darba principa ieviešana, ietverot tajā visus konkrētā pacienta aprūpē iesaistītos speciālistus. Pēc autores vērtējuma komandas darbībai jābūt vērstai uz kvalitatīva un efektīva pakalpojuma nodrošināšanu un dzīves kvalitātes uzlabošanu konkrētajam pacientam, kā arī svarīgi nodrošināt aprūpes pakalpojuma pēctecību pēc izrakstīšanās no stacionāra. Aizvien biežākas ir situācijas, kad

pacienti tiek atkārtoti stacionēti nenokārtotu veselības un sociālās aprūpes problēmu dēļ. Kā piemēru var minēt: bezpajumtnieks nonācis stacionārā ar kāju apsaldējumu un viņam veikta pilnīga vai daļēja vienas vai abu kāju amputācija. Pašaprūpes spējas ierobežotas un pacients pārvietojas ar palīgierīču palīdzību. Patversmē šādus klientus uzņemt ir sarežģīti, jo tajā uzturēšanās tiek nodrošināta nakts stundās, bet pa dienu klientam šīs telpas jāatstāj. Minētais pacients kļūst par īslaicīgās sociālās aprūpes pakalpojuma saņēmēju kādā no veselības aprūpes iestādēm tik ilgi, kamēr tiek uzņemts pansionātā. Vēl kā piemēru var minēt arī situāciju, kad pacients ir maznodrošināts vai vientuļš, bet aprūpi dažādu iemeslu dēļ nevar sniegt viņa dzīves vietā. Tādos gadījumos pacients arī nonāk iestādē, kura sniedz īslaicīgās sociālās aprūpes pakalpojumu un viņam tiek kārtots pansionāts. Tā saucamajās „sociālajās gultās” finansējums tiek sniegts no pašvaldības puses un, ja iestāde ir līgumsaistībā ar Valsts Obligātās Veselības Apdrošināšanas Aģentūru (VOAVA), tad finansējuma otra daļa tiek sniegta no VOAVA. Pakalpojums paredz nodrošināt pacienta aprūpi, neveicot intensīvu ārstēšanu. Autores praktisko pētījumu rezultāti liecina, ka, palielinoties sociālās riska grupas klientu skaitam un nepietiekamam valsts apmaksāto vietu skaitam ilglaicīgās sociālās aprūpes iestādēs, pieprasījums pēc īslaicīgās sociālās aprūpes pakalpojuma pieaug.

Ja pacientam nav nepieciešama ievietošana īslaicīgās sociālās aprūpes iestādē, bet var nodrošināt aprūpi mājās, tad pašvaldības sociālais dienests izvērtē iespējas to nodrošināt un kādas personas būtu tajā iesaistāmas. Aprūpe mājās var būt pastāvīga vai īslaicīga un to nodrošina sociālie aprūpētāji vai aprūpētāji ar zināšanām sociālās aprūpes darbā, kā arī citu profesiju darbinieki, kuri tiek iesaistīti aprūpes procesā atkarībā no klienta problēmām un situācijas.

Veselības aprūpes iestādēs arvien vairāk nonāk sociālā riska grupas personas, kuru aprūpe bieži vien nebeidzas stacionāra ietvaros un jau, personai atrodoties stacionārā, nepieciešams uzsākt risināt sociāla rakstura jautājumus. Iestādes, kuras ir domājušas par klientu no dažādu aprūpes situāciju puses un jau laicīgi ņēmušas vērā iekšējās un ārējās vides faktorus, šāda pakalpojuma attīstību tās ietvaros ir jau nodrošinājušas. Tomēr ne visas veselības aprūpes iestādes seko līdzīgai pārmaiņu procesiem un daudzviet Latvijā sociālā darba pakalpojums nav tajās nodrošināts. Tādā gadījumā pacienta sociālās problēmas nākas risināt pašiem veselības aprūpes darbiniekiem, taču tam trūkst nepieciešamās zināšanas, informācijas vai laika. Līdz ar to tādas iestādes ar pakalpojumu kvalitāti nevar lepoties, kā arī nav sasniegts pats galvenais mūsdienīga tirgus princips – pakalpojums vērsts uz klientu un viņa vajadzību. Autores praktisko pētījumu rezultāti liecina, ka dažās veselības aprūpes iestādēs vienlaikus sociālo pakalpojumu un veselības

aprūpes pakalpojumu nodrošina veselības aprūpes speciālists, kurš ieguvis izglītību kā medicīniskajā, tā sociālajā sfērā.

Pamatojoties uz autores pētījumu, klientu vajadzību apmierināšanai un programmas īstenošanai nepieciešams izveidot efektīvu vadības moduli veselības aprūpes organizācijās, nosakot to misiju, virsmērķus, mērķus un pamatuzdevumus. Attīstot un pilnveidojot minētos pamatprincipus, veselības aprūpes sistēmā darbotos tirgus mehānisms. Tādējādi sniegto pakalpojumu kvalitāte uzlabotos, kā arī būtu efektīvāka un ekonomiskāka pakalpojumu sniegšana un būtu vērsta uz klienta interesēm. Svarīgs reformas princips ir veselības aprūpes vadītāju zināšanu un prasmju pilnveidošana menedžmenta jomā.

1.4. Vadītāja loma veselības aprūpes sistēmā pārmaiņu laikā.

Pārmaiņu laiks veselības aprūpes sistēmā liek organizācijām mainīt veco, ierasto kārtību un sākt strādāt savādāk. Vairākas veselības aprūpes organizācijas sastopas ar nepārtrauktām un fundamentālām pārmaiņām. Tiek veidotas apvienības, pārprofilētas veselības aprūpes iestādes un struktūrvienības, mainīta veselības aprūpes finansējuma nodrošinājuma un pakalpojumu saņemšanas kārtība u.c. Arī pārmaiņas kādā noteiktā organizācijas struktūrvienībā savā veidā skar vadības vai darbības procesa izmaiņas visās pārējās tās struktūrvienībās (*Hofmann, Perry, 2005, Patching 2000*). Grūtāk īstenot un darbiniekiem pieņemt tās pārmaiņas, kuras noteiktas valsts politisko lēmumu rezultātā. Efektīvāks to rezultāts būs tad, ja pārmaiņas būs sākušās organizācijas iekšējā vidē un darbinieku iniciatīvas veicinātas (*Hofmann, Perry, 2005, Rimmer, Lutjens 1998*).

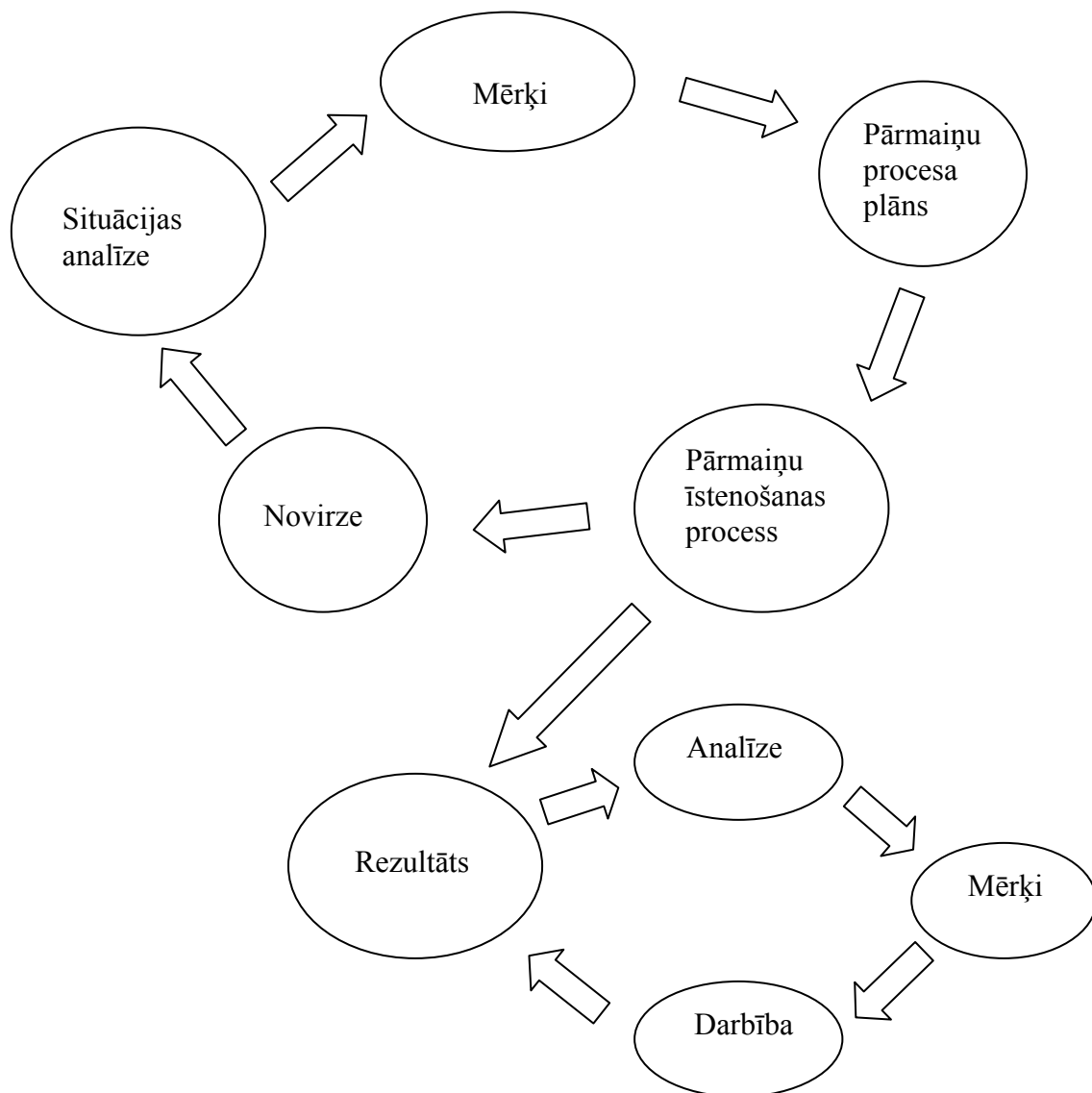
Pārmaiņām veselības aprūpes sistēmā ir noteiktas pazīmes:

1. Pārmaiņu rezultātam jāatbilst to mērķiem:

- Sadarbības attīstība ar klientiem, citām struktūrām organizācijas ārējā un iekšējā vidē. Pārmaiņas veselības aprūpes sistēmā paredz nodrošināt integrētas veselības aprūpes sistēmas attīstību, kuras ietvaros paredzēta veselības aprūpes organizāciju savstarpēja sadarbība sabiedrībai pieejama un kvalitatīva pakalpojuma nodrošināšanā (*Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programma 2004*).
- Veselības aprūpes iestādes reorganizācijas procesā tiek īstenotas krasas pārmaiņas, mainoties tās vadībai, struktūrām, ierastajai kārtībai, dažreiz arī lokalizācijai.

- Sekmīgākas darbības nodrošināšana, pakalpojumu kvalitātes un efektivitātes uzlabošana un konkurence ar citām organizācijām veselības aprūpes pakalpojuma nodrošināšanas jomā.

2. *Pārmaiņām ir ciklisks raksturs. Pārmaiņas sākas ar esošās situācijas analīzi, kurā tiek noskaidrotas problēmas (skatīt 1.2. attēlu).*



1.2.attēls. Pārmaiņu cikls veselības aprūpes organizācijās

Avots: autores konstrukcija, 2006

Tālāk tiek noteikti mērķi situācijas mainīšanai, izstrādājot pārmaiņu procesa plānu. Pārmaiņu sekmīgākai norisei jā sagatavo un tajās jāiesaista organizācijas darbinieki (Hofmann, Perry, 2005, Pollard 1996). Pēc tam tiek veikts pārmaiņu īstenošanas process, novērtējot sasniegtos rezultātus vai novirzes no iecerētā plāna. Noviržu gadījumā jāizstrādā jauns plāns vai jāpilnveido esošais jau ar jauniem mērķiem, kas var prasīt papildus resursu:

finanšu, laika, materiāltehnisko un personāla piesaisti. Rezultātu sasniegšanas gadījumā jāizstrādā procesi un darbības, kas tos nostiprina. Pārmaiņas veselības aprūpē notiek nepārtraukti un to veicina biežā veselības ministru maiņa, izmaiņas veselības aprūpes politikā, cilvēkresursu trūkums veselības aprūpes organizācijās un jaunu pakalpojumu ieviešana tajās, tādēļ, autoresprāt veselības aprūpes sistēmā pārmaiņu cikli iespējami vairāki, atkarībā no pārmaiņu galarezultāta vai to turpinājuma, līdz ar to arī mērķi var būt vairāki.

3. Pārmaiņas jāuzsāk pakāpeniski un daļēji

Pretējā gadījumā, krasī veicot pārmaiņas visā organizācijā kopumā, būs neefektīvs vadības process, var rasties nepieciešamo resursu nepietiekamība un gala rezultāts nebūs pozitīvs, bet gan ar negatīvu iznākumu. Pēc autores domām, uzsākot krasu veselības aprūpes reorganizāciju, var tikt pieņemti neefektīvi lēmumi un izvirzīti pārāk augsti un konkrētajai situācijai neatbilstoši mērķi. Tā rezultātā reorganizētā organizācija nav gatava pārmaiņām, organizācijai rodas papildus izdevumi un tā ir spiesta ierobežot finanšu resursus, tālākās nākotnes neskaidrības un motivācijas mazināšanās dēļ samazinās cilvēkresursi, līdz ar to cieš arī sniegto pakalpojumu kvalitāte un pieejamība.

4. Pārmaiņas ir ne tikai vadāmas, bet arī paredzamas un apsteidzamas

Lai to nodrošinātu, pirms pārmaiņu uzsākšanas nepieciešams izstrādāt organizācijas stratēģiju, pārmaiņu ieviešanas stratēģiju, jāizvērtē esošā situācija un organizācijas iekšējās vides atbilstība pārmaiņu procesa īstenošanai, jāizskaidro pārmaiņu procesā iesaistītajām personālam to principi. Slimnīcu optimizācijas principi veselības aprūpes personālam ir izskaidroti nepietiekami, par ko liecina Baltijas sociālo zinātņu institūta veiktais pētījums 2002.gadā (*Baltijas Sociālo zinātņu institūts 2002*). Katras pārmaiņās iesaistītās organizācijas to īstenošanas process un sasniegtie rezultāti būs atšķirīgi no citām (*Hofmann, Perry, 2005, Mourier, Smith 2001*).

Veselības aprūpes organizācijām savā darbībā jāvadās pēc politikas plānošanas dokumentiem, vienlaicīgi paredzot pakalpojumu attīstību un atbilstību pieprasījumam. Tās organizācijas, kuras savlaicīgi neuzsāk cīņu par konkurenci un neseko līdzī pieprasījumiem pēc noteiktiem veselības aprūpes pakalpojumiem, nespēj paredzēt savas attīstības perspektīvas un apsteigt konkurentus, kā arī nespēj vadīt pārmaiņas un cieš zaudējumus. Pamatā jaunas veselības aprūpes sistēmas plānošanai un veselības aprūpes reformas ieviešanai, pirms tam jābūt izvērtētiem demogrāfiskiem, sociāli ekonomiskiem un

epidemioloģiskiem datiem, pieejamiem resursiem un veselības aprūpes vajadzībām (Zavras, Tsakos, Economou, Kyriopoulos 2002).

5. *Pārmaiņu plānošanas procesā svarīgi iepriekš apzināties kādi organizācijas procesi tajās tiks skarti:*

- organizācijas vadības struktūra;
- organizācijas kultūra;
- darba samaksas principi;
- organizācija kā daļa no veselības aprūpes sistēmas;
- cilvēkresursi;
- pakalpojumu kvalitāte un nodrošināšana.

Veselības aprūpes organizācijās pārmaiņas skārušas visus augstāk minētos procesus. Izmainītas vadības struktūras no vienkāršākām uz sarežģītākām, izmainījusies arī organizācijas kultūra un tās pieņemtās vērtības, arī darba samaksas principi. Vienīgi cilvēkresursu trūkums, kā viens no faktoriem, ir veicinājis veselības aprūpes pakalpojuma pieejamības un kvalitātes samazināšanos.

Pārmaiņu procesam izšķir vairākus etapus (Guo, 2004, Harrington, 2001.), kuri piemērojami veselības aprūpes reformai Latvijā:

1) Pārmaiņu organizatori apzina pārmaiņu nepieciešamību un sagatavo nepieciešamo informāciju un resursus to īstenošanai.

Ierosinājumu Latvijas veselības aprūpes sistēmas pārmaiņām veicināja Latvijas neatkarības atgūšana 1991.gadā, kad bija nepieciešams mainīt sociālisma iekārtu uz mūsdienīgāku veselības aprūpi. Veselības aprūpes sistēmā sagatavošanas process ar situācijas izpēti un likumdošanas izstrādi sākās 1992. gadā.

2) Pārmaiņu programmas efektīvākai izstrādei, sakarā ar pieredzes trūkumu pārmaiņu īstenošanā veselības aprūpē, tika pieaicināti ārējie konsultanti no Zviedrijas. Darba grupas ietvaros tik veikta veselības aprūpes situācijas analīze un izstrādāti priekšlikumi pārmaiņu procesa īstenošanai.

3) Valdība analizēja iesniegtos pārmaiņu īstenošanas priekšlikumus, tos identificēja un sakārtoja svarīguma un laika faktora secībā, izveidojot politikas plānošanas dokumentus 2002. gadā „Par veselības aprūpes vidusposma un tālākās attīstības nodrošināšanas pamatnostādņēm” un 2004.gadā „Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programma”.

4) Valdība uzsāka veselības aprūpes pārmaiņu īstenošanas procesu, sākotnēji veicot pārmaiņas primārās aprūpes līmenī. 2004.gada 01.aprīlī uzsāka stacionāro pakalpojumu

sniedzēju optimizāciju Rīgā, apvienojot A/S „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” ar Valsts SIA „Bērnu klīnisko slimnīcu „Gaiļezers””. Tā rezultātā tika izveidota viena bērnu slimnīca ar divām lokalizācijas vietām Rīgā - Juglā un Torņakalnā.

5) Jāpārbauda jaunie ierosinājumi, lai to īstenošana neradītu nelabojamas kļūdas tālākā procesā. Tiek apspriesti un izvērtēti pārmaiņu eksperimentā iegūtie rezultāti.

6) Šajā etapā jāmotivē personāls, lai viņi pieņemtu pārmaiņas. Jāsāk pārbaudīto pārmaiņu īstenošana.

Pamatojoties uz pārmaiņu procesa analīzi, autore izsaka pieņēmumus, ka:

1. veselības aprūpes pārmaiņu process tiek sasteigts uz netiek likts pietiekams akcents uz personāla sagatavošanu pārmaiņām un iesaistīšanu lēmumu pieņemšanā.
2. pirms pārmaiņu procesa uzsākšanas netiek pilnvērtīgi izvērtēti visi nepieciešamie resursi;
3. netiek efektīvi izvērtēti paredzētie pārmaiņu rezultāti pret patiesi sasniegtajiem rezultātiem. Piemēram, „Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programma” noteiktais mērķis paredz paaugstināt sniegto veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti un nodrošināt racionālu pieejamību, taču, kā ilgās gaidīšanas rindas pakalpojuma saņemšanai liecina, nospraustais mērķis pagaidām nesakrīt ar pašreiz sasniegto.

Pat vislabākā iecere par pārmaiņu procesa īstenošanu var neizdoties, ja to neatbalstīs organizācijas darbinieki (*Hofmann, Perry, 2005, Guo, 2004, Zimmerman, Lindberg, Plsek 1998*). Pārmaiņu vadība pirmām kārtām skar personālu un pamatojas uz šādiem faktoriem:

- Pārmaiņu sekmīga īstenošanas procesā organizācijas darbinieku mērķiem jāskan ar organizācijas kopējiem mērķiem. Organizācijas vadītājam pirms pārmaiņu uzsākšanas, nepieciešams noskaidrot darbinieku motivāciju darbam konkrētajā struktūrā. Motivācijas analīze palīdzēs pieņemt lēmumu darbinieku sagatavošanā pārmaiņām organizācijā. Piemēram, ja darbinieku motivācija, lielākoties ir darba samaksa, tad nesamazinot to vai pat paaugstinot, iespējamība darbinieku pretestībai pārmaiņām samazināsies.
- Pārmaiņas var radīt darbiniekos bailes zaudēt savu amatu vai darba vietu. Ar laiku cilvēkiem, pilnveidojot savas zināšanas un prasmes, izveidojas pārliecība par sevi un veikto darbu. Darbinieks ar laiku pierod pie savas darba vietas, amata un

veicamajiem pienākumiem un visām ar tiem saistītiem ieguvumiem un trūkumiem. Tādēļ personālam ir svarīgi zināt un vadītājam nepieciešams izskaidrot kā pārmaiņas varētu skart vai neskart katras personas pašnovērtējumu un pienākumus. Svarīgi personālā radīt pārliecību par sekmīgu pārmaiņu rezultātu.

- Profesionālās iemaņas, prasmes un zināšanas darbinieks pilnveido visas savas prakses laikā. Pārmaiņu gaitā daudzas no tām jaunajā struktūrā var izrādīties nevajadzīgas un to vietā nepieciešamas jaunas. Piemēram, reorganizācijas rezultātā nav nepieciešami kāda konkrēta speciālista pakalpojumi. Ja attiecīgās specialitātes jomā nav speciālistu pieprasījums, tad darbiniekam nepieciešams pārspecializēties citā jomā. Veselības aprūpes sistēmā tas nav tik viegli paveicams, jo ir nepieciešamas ne tikai teorētiskās zināšanas, bet arī praktiskās pieredzes un zinību iegūšana. Pārspecializēšanās process var aizņemt vairākus gadus. Nepilnīgi veiktas pārmaiņu plānošanas rezultātā iespējams zaudēt cilvēkresursus un speciālistus, kuru apmācībā valsts ir ieguldījusi finanšu resursus vairāku gadu garumā.

Pārmaiņas gandrīz vienmēr rada darbiniekos negatīvu un noraidošu attieksmi, jo tās saistītas ar neziņu par nākotni. Jebkuras pārmaiņas ir psiholoģiski traumatiskas organizācijas personālam (*Hofmann, Perry, 2005, Duck 1993, Wheatly 1992*).

Pastāv vairāki pieņēmumi personāla pretestībai pārmaiņām:

- Homeostāze – pārmaiņas ir nedabisks stāvoklis, tāpēc tās rada bailes un neziņu par nākotni. Pārmaiņas ir šokējošas. Veselības aprūpes iestādē personāla darba specifika ir īpaša, kas prasa gadiem ilgu pieredzi un izglītību. Piemēram, lai kļūtu par profesionālu ķirurgu ir jāstudē 6 gadi Medicīnas fakultātē, tad seko 4-6 gadi rezidentūrā. Pēc studiju pabeigšanas ar diplomu vien nepietiek, jo nepieciešams iegūt sertifikātu, kas prasa papildus pēcdiploma izglītību vairāku gadu garumā. Veselības aprūpes speciālistiem, lielākoties ir šaura specializācija savā profesijā, tādēļ pārmaiņas, kurās pastāv risks zaudēt darbu rada zināmu spriedzi..
- Apmierinātība ar esošo stāvokli un inerce – cilvēkus apmierina jau zināmas darbības un paredzama situācija, rodas bailes, ka pārmaiņas prasīs piepūli un atkāpi no ierastās rutīnas. Apgūstot savu specialitāti gadiem ilgi, veselības aprūpes speciālistiem rodas drošības sajūta un pārliecība par sevi. Tādēļ papildus specialitātes vai pienākumu apgūšana var radīt neapmierinātību un zināmu protestu pret pārmaiņām.

- Cilvēku egoisms, neuzticība - darbinieki uzskata, ka pārmaiņas ir nepieciešamas citām organizācijām, bet ne viņiem. Izpaužas neuzticība un nicinājums pārmaiņu ierosinātājiem, kā arī nespēja atzīt savas kļūdas organizācijas darbībā.
- Nesagatavotība un neticība sev – trūkst zināšanas un prasmes pārmaiņu īstenošanai.

Vadītājam, plānojot pārmaiņas savā organizācijā, jāņem vērā šie pieņēmumi un jāveido tām atbilstošs darbinieku sagatavošanas plāns.

Vadītāja lomas veselības aprūpes organizācijās ir daudzveidīgas un piemērojamas katrā organizācijā atsevišķi, pamatojoties uz organizācijas struktūru un vadītāja kompetenci.

- ***Pārmaiņu veicējs.***

Nepieciešama rūpīgi pārdomāta personāla sagatavošana pārmaiņām. Organizācijas vadībai nepieciešams uzsākt sarunu procesu ar darbiniekiem un sniegt informāciju par to ietekmi uz organizācijas kopējo attīstību, argumentēti izskaidrojot un cenšoties pārliecināt par pārmaiņu nepieciešamību, mērķiem, priekšrocībām un sagaidāmajiem rezultātiem.

Vadītājam nepieciešams arī iesaistīt pārmaiņu procesa plānošanā un īstenošanā. pēc iespējas vairāk darbiniekus, kuri ir ieinteresēti pārmaiņu rezultātos (*Halvorson, 2007, Hofmann, Perry, 2005, Акофφ 2002*). Tādā veidā iespējams nodrošināt organizācijas darbības efektivitāti. Pretējā gadījumā var izveidoties opozīcijas grupējums, kura darbība var sagraut organizācijas vadības struktūru, negatīvi ietekmējot organizācijas kopējo darbību. Nepilnīga informācija rada tās interpretāciju un pastiprina darbinieku negatīvo attieksmi.

- ***Organizators.***

Svarīgi ir nodrošināt veselības aprūpes organizācijas darbības efektivitāti. Viens no būtiskākajiem efektīvas vadības noteikumiem ir adekvāti piemērotas vadības metodes organizācijas darbībai (*Halvorson, 2007, Duck 1993*). Galvenais princips efektīvas vadības nodrošināšanā ir veselības aprūpes organizācijas mērķu sasniegšana ar minimālām izmaksām. Veselības aprūpes iestādēm tiek veikta samaksa par valsts apmaksātiem pakalpojumiem no valsts līdzekļiem, kā arī iestādēm ir ienākumi no maksas pakalpojumu sniegšanas. Tās organizācijas, kurās vadība attīsta jaunus un pilnveido esošos pakalpojumus, pēc kuriem ir pieprasījums, ir konkurētspējīgas starp citām veselības aprūpes organizācijām, bet tas bieži vien prasa samērā lielu finanšu līdzekļu ieguldījumu. Organizāciju mērķi ir saistīti ar aprūpes kvalitātes un pieejamības nodrošināšanu. Pēc autores vērtējuma minēto mērķu nodrošināšanai ne vienmēr vajadzīgi apjomīgi finanšu

līdzekļi. Kvalitāti un pieejamību var nodrošināt ar organizācijas kultūras pilnveidošanu un pārdomātu darba organizāciju.

- ***Uzņēmējs.***

Autoresprāt mūsdienās ir svarīgi koncentrēt pakalpojuma sniegšanu atbilstoši sabiedrības vajadzībām. Vadītājam ir jāseko līdzīgi tirgus konkurences apstākļiem un sabiedrības sociāli ekonomiskajai situācijai, izvēloties piemērotā brīdī pieprasījumu pēc konkrēta pakalpojuma. Piemēram, īslaicīgās sociālās aprūpes pakalpojuma attīstība, palielinoties sociālā riska kategorijas iedzīvotāju skaitam. Pakalpojuma nodrošināšana neparedz lielas izmaksas, jo nav saistīta ar intensīvu terapiju, bet ar kvalitatīvu aprūpi.

- ***Sadarbības*** ar citām veselības aprūpē iesaistītām organizācijām veicinātājs.

Organizācijas darbībai konkrēto mērķu sasniegšanai nepieciešami speciālisti, jaunas tehnoloģijas, finanšu resursi. Savukārt jauno speciālistu apmācībai nepieciešamas prakses vietas. Organizācija palīdz nodrošināt jauno speciālistu un speciālistu ar pieredzi teorētisko un praktisko apmācību. Savukārt, jaunie speciālisti, iepazīnušies ar attiecīgās organizācijas kultūru un darba iespējām tajā, pēc studiju pabeigšanas atgriežas tajā jau kā darbinieki. Pēc autores vērtējuma tas ir tikai viens no posmiem, kādu var nodrošināt ar sekmīgas sadarbības palīdzību visos veselības aprūpe pakalpojuma sniegšanas līmeņos (*skatīt 2.2. attēlu*). Pakalpojuma pēctecības nodrošināšanai jāsekmē veselības aprūpes pakalpojumu un to vadības procesu savstarpējā saistība.

- ***Lēmumu pieņēmējs.***

Uzsākot pārmaiņas, vadītājiem jābūt pārliecinātiem par saviem pieņemtajiem lēmumiem konkrētā situācijā. Lēmumu pieņemšanas un vadības procesu nodrošināšanā svarīga loma ir komandas darba principam, kā arī pilnvaru, atbildības un konkrētu darba uzdevumu sadale dažādu līmeņu vadītājiem. Atkarībā no situācijas, veselības aprūpes organizācijas vadītājs lēmumus pieņem vienpersoniski, kopīgi ar organizācijas valdi, apspriežoties ar tās darbiniekiem, organizācijas atsevišķu vai visu līmeņu vadītājiem. Jebkuru pārmaiņu situācijā ir lēmumu pieņemšanā jāiesaista personāls. Ja organizāciju skar ārējas pārmaiņas, piemēram, reorganizācija reformas ietvaros, tad ir jau pieņemti valsts līmenī radikāli lēmumi par tām izmaiņām, kuras skar organizāciju. Tomēr, neskatoties uz to, vadītājam ir jāmaks rast iespēju lēmumu pieņemšanā iesaistīt darbiniekus. Piemēram, var tikt apspriesti jautājumi un izveidota rīcības programma, kas skar organizācijas tālāko darbību, jaunu pakalpojumu ieviešanu, esošo pakalpojumu pilnveidošanu, jaunu darba vietu radīšanu, darbinieku pārspecializāciju, struktūru pārprofilēšanu utt.

- ***Skolotājs.***

Vadītājs nepārtraukti savu darba stilu, uzvedību un iemaņas netieši vai tieši demonstrē saviem darbiniekiem. Viņš var būt kā paraugs personālam, vai arī kļūt par izsmiekla objektu. Pēc autores vērtējuma veselības aprūpes organizācijās augstākā līmeņa vadītājam ne vienmēr jābūt ar medicīnisko izglītību, bet obligāti jābūt izglītībai vadībā, jo svarīgi ir nodrošināt organizācijas efektīvu darbību kopumā. Tie var būt arī veselības aprūpes vadītāji, kuri savu izglītību medicīnā ir papildinājuši ar izglītību vadībā. Autoresprāt tie vadītāji, kuri ir arī praktizējoši medicīnas speciālisti, vairāk sava darba veltīs tieši praktiskajam darbam, mazāk pievēršot uzmanību vadības procesu nodrošināšanai. Piemēram, ja iestādes vadītājs ir operējošs ķirurgs, viņš, iespējams, darba dienas lielāko daļu pavadīs operāciju zālē. Var būt arī situācijas, kad savu medicīnas speciālista darbu vadītājs veic ārpus vadības darbam paredzētā laika. Vadītājam, savā darba laikā tieši iesaistoties ārstniecībā vai aprūpē, arvien mazāk laika atliek vadības procesu organizēšanai organizācijā. Organizācijas vadītāja rīcību novēro un atdarina arī zemāka līmeņa vadītāji. Tādējādi, pēc autores vērtējuma vadības efektivitāte organizācijā nav pietiekama. Intelīgentās organizācijās, vadītājam ne tikai jāmacās pašam, bet arī jāveicina un jānodrošina darbinieku apmācība (*Brown 1994*). Citu valstu pieredze liecina, ka veselības aprūpes vadītājiem tiek piedāvāta apmācība tieši veselības aprūpes vadībā (*Davies, 2006*). Piemēram, Īrijā apmācība tik nodrošināta Sabiedrības vadības institūtā 18 mēnešu ilgstošā mācību programmā (<http://www.ipa.ie/?id=4> skatīts 15.09.2007). Tāpat veselības aprūpes vadītājiem speciāla mācību programma izveidota vairākās ASV koledžās un universitātēs (<http://www.cohpa.ucf.edu/health.pro/hsams.cfm> skatīts 15.09.2007). Mācību ietvaros visās iestādēs iekļautas tādas kursu programmas, kā personālvadība, pārmaiņu vadība, stratēģiskā vadība, finanšu vadība, veselības politika un plānošana reinženierings u.c., akcentējot veselības aprūpes vadības lomu sabiedrības vadībā. Latvijā veselības aprūpes vadītājiem ir iespēja apgūt vadības zinības vairākās mācību iestādēs bakalaura vai maģistra programmā, kuras nav specializētas tieši veselības aprūpes vadībā.

Vadītājs, kurš pats apmeklē konferences, seminārus, kongresus un dažādus pēcdiploma izglītības kursus, nedrīkst liegt arī šādas iespējas saviem darbiniekiem. Mēdz būt situācijas, kad veselības aprūpes organizācijā vairāki darbinieki studējot bakalaura vai maģistra programmā, papildina savas zināšanas kādā konkrētā zinātnē vai studiju priekšmetā, kuras var būt noderīgas organizācijas attīstībā vai darbībā. Autores pētījumi liecina, ka ne visu iestāžu un struktūrvienību vadītāji atbalsta un motivē savus darbiniekus mācībām. Biežāk atbalstu nesniedz tie vadītāji, kuri paši nevēlas apgūt jaunas zināšanas un prasmes, tādēļ, iespējams jūtas apdraudēti. Tie vadītāji, kuri paši aktīvi piedalās mācību

procesos kā studenti vai pasniedzēji, parasti motivē un atbalsta savus darbiniekus mācībām.

- **Motivators**

Darbinieku motivēšanai veselības aprūpes organizācijas kopēju mērķu sasniegšanai, tiek izmantoti dažādi motivācijas principi: adekvāta darba samaksa, karjeras izaugsmes iespējas, cieņa, uzticība, pilnvaru deleģēšana, zināšanu un prasmju papildināšanas iespējas citās valstīs u.c. Pēc autores vērtējuma Rīgā tikai dažās veselības aprūpes iestādēs tiek izvērtēti labākie darbinieki visa gada garumā, kuri gada beigās saņem apbalvojumu un labākā vai centīgākā darbinieka titulu. Vairākās Rīgas veselības aprūpes iestādēs tiek pielietota darbinieku novērtēšanas anketa, kurā katra darbinieka novērtējumu sniedz viņa tiešais vadītājs un organizācijas vadība. Novērtēšana tiek veikta vienu reizi pusgadā un, atbilstoši katrā iestādēm izstrādātiem saviem kritērijiem, tiek vērtēta darbinieka attieksme pret klientu un kolēģiem, profesionālā pilnveide, darba kultūra un profesionālās prasmes. Novērtēšanas rezultāts sniedz iespējas konkrētam darbiniekam paaugstināt darba samaksu, attīstīt karjeras iespējas, izmaksāt naudas prēmiju u.c., atkarībā no iestādes resursu un izdomas iespējām. Personāla resursu plānošanā jāņem vērā fakts, ka ne vienmēr tie faktori, kuri motivē darbinieku iestāties darbā konkrētā organizācijā, ir arī tie paši faktori, kas viņu šajā organizācijā notur (*Hofmann, Perry, 2005, Rondeau 2002*). Bez efektīvas motivācijas un personāla politikas veselības aprūpes organizācijās nebūs iespējams saglabāt esošos personāla resursus.

- **Projektētājs.**

Vadītājs ir atbildīgs par veselības aprūpes organizācijas vīzijas, misijas, stratēģijas, organizācijas mērķu un uzdevumu izvirzīšanu un sasniegšanu. Veselības aprūpes politikā ir noteiktas darbības stratēģijas vairāku gadu garumā (*Sabiedrības veselības stratēģijas ieviešanas rīcības programma 2004.-2010. gadam 2004, Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programma 2004, Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē 2005*), kuras nosaka veselības aprūpes sistēmas attīstību kopumā. Pamatojoties uz veselības aprūpes politikas plānošanas dokumentiem un darbības stratēģijām Latvijā, organizācijās tiek izstrādāta sava stratēģija vienam gadam un 5 gadiem uz priekšu. Taču ne vienmēr darbinieki tiek iepazīstināti ar savas organizācijas stratēģiju un kopējiem mērķiem. Mēdz būt situācijas, kad personāls veic savu darbu ar pārliecību, ka viņi strādā tikai tādēļ, lai nopelnītu sev iztiku un nodrošinātu pacientam aprūpi, neaizdomājoties par savu nozīmi organizācijas kopējā mērķa, piemēram, kvalitatīvas un pieejamas veselības aprūpes nodrošināšanas Rīgas un visas valsts iedzīvotājiem, sasniegšanā. Autoresprāt, ja darbiniekam nav skaidrs vai zināms mērķis, uz kuru tiek ties,

būs nepietiekama aprūpes kvalitāte un samazināsies darba efektivitāte, kā arī veselības aprūpes vadītājam ne tikai jāizvirza cēli mērķi organizācijas darbībai, bet jābūt ieinteresētam pašam un jāieinteresē savi darbinieki to sasniegšanai, jo tikai tādā gadījumā organizācijai pastāvēs attīstības iespējas. Pārmaiņu radīto organizācijas nākotni iespējams plānot, taču nav iespējams paredzēt visus to ietekmējošos faktorus. Var krasi mainīties iedzīvotāju sociālais līmenis, kā rezultātā pakalpojumu pieejamība var būt ierobežota finansiāli. Nākotnes ieceres var pēkšņi mainīt dabas katastrofas, politiskā, ekonomiskā un demogrāfiskā situācija valstī u.c. faktori.

Pēc autores vērtējuma veselības aprūpes organizācijas vadītājam ir jākalpo sabiedrībai, nodrošinot dzīvotspējīgu un veselīgu vidi esošajām un nākamajām paaudzēm, izmantojot organizācijas personāla, materiāltehniskos un finanšu resursus sabiedrības labā. Vadītājam ir jāievieš jaunas metodes veselības aprūpes organizācijas vadībā un jāseko līdzi tehniskajam progresam un pakalpojumu pieprasījumam, kā arī visas savas zināšanas un prasmes jāvelta sabiedrības labā.

Secinājumi pirmās nodaļas ietvaros:

1. Veselības aprūpes reformas politikas vēsturiskās attīstības gaitā Latvijā no 1993. gada līdz 2007. gadam politikas plānošanas dokumentos parādās vairākas kopīgas iezīmes veselības aprūpes sistēmā, kuru efektivitāte šajā ilgajā laika posmā nav sevi pierādījusi: pakalpojuma kvalitātes paaugstināšana; pakalpojumu efektivitātes nodrošināšana; pakalpojumu pieejamības nodrošināšana iedzīvotājiem.
2. Latvijā veselības aprūpes pieejamību, galvenokārt, ietekmē šādi faktori: iedzīvotāju izvēle reģistrēties pie ģimenes ārsta sev izdevīgā reģionā, nevis tuvāk deklarētai dzīves vietai; neefektīva veselības aprūpes pakalpojumu pēctecība; lielas gaidīšanas rindas pie speciālistiem un uz diagnostiskiem izmeklējumiem;
3. Laika posmā no 1997. gada līdz 2006. gadam finansiālie līdzekļi veselības aprūpei Latvijā vidēji sastāda 3,3 % no iekšzemes kopprodukta, kurš 10 gadu garumā, neskatoties uz inflācijas pieaugumu, ir gandrīz nemainīgs un ievērojami zemāks kā citās Eiropas Savienības valstīs.
4. Autoresprāt, lai veselības aprūpes organizācijas vadītājs būtu kompetents un zinošs organizācijas vadības procesos, viņam nepieciešamas zināšanas un prasmes vadībā, ekonomikā, saskarsmē, uzņēmējdarbībā un vēlamas, bet ne vienmēr obligātas veselības aprūpes profesionālā jomā.

II. VADĪBAS PROCESI VESELĪBAS APRŪPES ORGANIZĀCIJĀS

Autore šajā nodaļā analizējusi veselības aprūpes vadības sistēmu, vadības procesus un funkcijas.

2.1. Veselības aprūpes vadības sistēmas analīze

Analīze ir viena no vadības pamata funkcijām. Analīze pievēršas struktūrai un palīdz noskaidrot, kā sistēma strādā un iemeslus, kas palīdz vai traucē tās funkcionēšanai. Veselības aprūpes vadības sistēmas analīzi var uzskatīt kā komplekso analīzi, jo tā iekļauj sevī vairākus elementus: organizatorisko struktūru, cilvēkresursus, vadības principus un funkcijas. Analīzes mērķa izziņas process attiecas uz vadības sistēmu kopumā un atsevišķiem tās elementiem. Kompleksā analīze sniedz iespēju gūt pēc iespējas objektīvākus sistēmas darbības rezultātus (*Ukolovs, Mass, Bistrjakovs 2006, Kovner, 2004*).

Vadības sistēmas analīzē pielietota sistēmanalīzes metode (*Kovner, 2004, Field 1999*). Par analīzes objektu vadības sistēmā var būt visa sistēma kopumā vai tās apakšsistēmas (*Skyttner 2001*). Analizējamais objekts, šajā gadījumā – organizācijas, apskatītas kā veselības aprūpes sistēmas apakšsistēma. Tās, savukārt, iedalās apakšnodaļās – organizācijas struktūrvienībās. Sistēmas vispārējo mērķi iespējams attiecināt uz organizāciju mērķiem un sasniegt ar to palīdzību (*Kovner 2004, Zimmerman 1999, Mintzberg 1981*).

Veselība ir katra indivīda dzīves lielākā vērtība. Tikai vesels organisms spējīgs sniegt pilnvērtīgu guvumu sabiedrībai un valstij. Tātad viena no galvenajām valsts vērtībām ir sabiedrības veselība. Veselības aprūpes vadības sistēma, atbilstoši autores sniegtajam definējumam 1.1. nodaļā, ir sekmīgas organizāciju funkcionēšanas procesu kopums, kura gala rezultāts ir klientu vajadzību apmierināšana. Savukārt „Ārstniecības likums” nosaka, ka aprūpe ir saistīta ar sabiedrības veselības uzturēšanu, veicināšanu, atgūšanu vai aizsardzību. Autoresprāt veselības aprūpes vadības sistēmas mērķis ir organizācijas funkcionēšanas procesu nodrošināšana sabiedrības veselības uzturēšanai, atgūšanai vai veicināšanai.

Veselības aprūpes sistēma 21. gadsimtā kļūst arvien sarežģītāka, jo ir mainījušies uzskati un principi par organizāciju vadību (*Harrington 2001, Belien 2000*). Organizācijas vadīšana jebkurā līmenī ir sarežģīta un kompleksa sistēma un arī veselības aprūpes organizācijas ir samērā sarežģītas sistēmas (*Belien 2000, Luthans, Hodgetts, Lee 1994*,

Nauert 1992, Parsons, Murdaugh, O' Rourke 1998). Sistēmas teorija nosaka, ka katrs sistēmas elements, ienākot sistēmā, iegūst kopīgas iezīmes, kuri tam nebija pirms tam (*Skyttner 2001*). Sistēmā esošie elementi ir savstarpēji saistīti un katrs no tiem tajā dod savu ieguldījumu.

Organizācijas ir kā sistēmas šūna, kura saplūst kopā ar lielākām sistēmas daļām valstī, veidojot kopēju sistēmu visā pasaulē. Piemēram, veselības aprūpes organizācija Rīgā ir viena no veselības aprūpes sistēmā ietilpstošās daļas. Latvijas veselības aprūpes sistēma ietilpst Pasaules Veselības organizācijā (PVO), kurai ir vadošā un koordinējošā loma veselības jomā pasaulē. PVO darbības pamatmērķis ir visas pasaules iedzīvotāju veselības augstāka līmeņa sasniegšana (<http://ano.deac.lv/html/1/who.htm>) (skatīts 20.12.2007).

Katrai sistēmai ir noteikts savs mērķis un tam jābūt saskaņotam ar tajā ietilpstošo elementu mērķiem, lai katrs elements darbotos vienā virzienā. Veselības aprūpes sistēmas mērķis pamatā balstīts uz veselības aprūpes iedzīvotājiem uzlabošanu, pieejamības un kvalitātes veicināšanu, kas ir arī saskaņā ar veselības aprūpes organizāciju mērķiem. Svarīgs priekšnoteikums organizāciju vadībā ir visu tās struktūru saskaņota darbība, lai sasniegtu sistēmas kopējo mērķi (*Kovner 2004, Smith, Flarey 1999*).

Autoresprāt veselības aprūpes sistēma ir makrosistēma, kura sastāv no vairākām mikrosistēmām (poliklīnikām, ģimenes ārstu praksēm, slimnīcām, sociālās aprūpes iestādēm, neatliekamās medicīniskās palīdzības u.c. iestādēm), kuras ir savstarpēji saistītas veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas procesā (*skatīt 2.1. attēlu*). Mikrosistēmā katra elementa darbība iespaido sistēmas kopuma darbību (*Kelly 2006, Bertalanffy 1955*). Makrosistēmā elementu darbība un to iedarbība uz sistēmas kopumu ir savstarpēji saistītas (*Kelly 2006, Kovner 2004*). Uzticība starp klientu un pakalpojuma sniedzēju ir noteicošs faktors mikrosistēmas pastāvēšanā un makrovīdes veidošanā (*Kovner 2004, World Health Organization 2002*). Pamatojoties uz augstāk minēto, pēc autores vērtējuma veselības aprūpes sistēmas Latvijā kopējo tēlu veido pakalpojumu pieejamība un kvalitāte, speciālistu attieksme pret klientu un viņa vajadzībām, kā arī efektīva organizāciju vadība.

Teorētiski pastāv slēgtas un atvērtas sistēmas (*Kovner 2004, Skyttner 2001*). Slēgtās sistēmās organizācijas savu darbību veic, neņemot vērā apkārtējās vides nosacījumus. Veselības aprūpes organizāciju vadībā pastāv vairāki faktori: nepieciešamība prognozēt, efektivitāte, spēja adaptēties un inovācija (*Barry, Smith 2005, Raffel, Barsukiewicz 2002*). Nepieciešamību pēc prognozējamības un efektivitātes var uzskatīt par slēgtas sistēmas faktoriem.

Atvērtā sistēma resursus un informāciju un savai darbībai, saņem no ārējās vides. Spēju adaptēties un inovāciju var uzskatīt par atklātas sistēmas faktoriem. Pamatojoties uz šiem faktoriem, atvērto sistēmu var uzskatīt arī kā adaptīvo sistēmu, kura raksturīga ar iespējām atbildēt uz apkārtējās vides izaicinājumiem ar dažādiem un iepriekš neparedzētiem veidiem. Saskaņā ar šo uzskatu, autoresprāt veselības aprūpes organizācijas ir daļa no ārējās vides un tām jāpielāgojas tikt galā ar ārējās vides radītajām pārmaiņām un izaicinājumiem. Organizācijas ārējā vidē vadītājam nepārtraukti jāseko tirgus prasībām, jāparedz klienta vajadzības, jānodrošina pakalpojumu pieejamība laikā un vietā un kvalitāte, jā rūpējas par organizācijas reputācijas uzturēšanu sabiedrībā. Savukārt, organizācijas iekšējā vidē vadītājam jāpanāk darba efektivitātes un kvalitātes uzlabojums, sekmīgi plānojot un nodrošinot pakalpojuma sniegšanas procesus visos organizācijas līmeņos (*Kelly 2006, Dooley, Johnson and Bush 1995*). Pēc autores vērtējuma veselības aprūpē, attiecīgi patreizējām pārmaiņām tās sistēmā, būtu lietderīgi izmantot adaptīvās jeb atvērtās sistēmas pieeju. Veselības aprūpes organizācijas Rīgā darbojas kā atvērta sistēma, jo savas darbības politikas norādījumus un normatīvos aktus, finanšu un materiāltehniskos resursus saņem no valsts un pašvaldības, ņemot vērā viņu nosacījumus. Atvērtā sistēma pretēji slēgtajai, veicina valsts un privātā sektora spēju sadarboties vienoti, izveidojot organizatorisko attiecību tīklu, kā arī šīs sistēmas organizācijām nemitīgi jāmainās un jāpielāgojas pārmaiņām, ko rada ārējā vide.

2.2. Veselības aprūpes organizāciju vadības sistēmas īpatnības

Veicot vadības sistēmas analīzi, autore secina, ka veselības aprūpes organizācijas ar savu darba specifiku, struktūru un politiku ir samērā atšķirīgas no citām organizācijām. To vadības sistēmai piemīt savas īpatnības, kuras darbojas kombinēti:

- ***Efektīva vadība organizācijās nodrošina veselības aprūpes pakalpojuma pieejamību un kvalitāti.***

P. Drukera (Peter Drucker) uzskata, ka efektīva menedžmenta gadījumā ir jāvirza organizācijas visu līmeņu vadītāju centieni un pūles kopēja mērķa sasniegšanai (*Друкер 2000*). Pēc autores vērtējuma patreizējā veselības aprūpes sistēmā dažādu līmeņu vadītāju starpā ir atšķirīga izpratne par vadības efektivitāti. Tam par iemeslu autoresprāt varētu būt atšķirīgs vadītāju zināšanu līmenis par vadības procesiem, centralizācija veselības aprūpes organizācijās, nevēlēšanās uzņemties lielāku atbildību un jau gadiem ierastā darba rutīna. Taču efektīva vadības procesa nodrošināšanas pamatā ir vadības procesa analīze, kura dod iespēju noskaidrot teorētiskās iespējas un kļūdas salīdzinājumā ar praksē pielietotām, un,

ļauj vadītājam konstatēt iemeslus, kuri palīdz vai traucē vadības sistēmas pilnvērtīgai un efektīvai funkcionēšanai (*Barry, Smith 2005, Хаммер, Чамну 1997*). Tālāk vadības procesa darbība ir plānošana mērķiem un uzdevumiem, lai sasniegtu vēlamu rezultātu – veselības aprūpes pakalpojuma pieejamību un kvalitāti. Tam, savukārt nepieciešami pietiekami un racionāli personāla un materiāltehniskie resursi. Jāpieņem vadības lēmums, kurš orientēts uz nosprausto mērķu sasniegšanu. Piemēram, iesaistīt vairāk speciālistus aprūpē, iegādāt jaunas tehnoloģijas, rast motivāciju jau esošajiem cilvēkresursiem, lai tie nepamestu darbu organizācijā, un jaunu speciālistu piesaistīšanai, kā arī vadītājam jāinformē darbinieki par organizācijas plāniem un pieņemtajiem lēmumiem. P. Drukers norādījis, ka augstākā vadības līmeņa komandā katram tās loceklim jābūt savai darbības sfērai, par kuru viņš ir atbildīgs un pieņem lēmumus (*Друкер 2000*).

- ***Darbs organizācijā prasa augstu specializācijas pakāpi.***

Kvalitatīva un racionāla pakalpojuma nodrošināšanai jābūt profesionāliem un kompetentiem speciālistiem savā jomā, augsti attīstītām tehnoloģijām un organizācijas kultūrai, efektīvam vadības procesam (*Kelly 2006, Bergman 1997, Easton 1996*). Autoresprāt tieši profesionālo un tehnoloģisko procesu mijiedarbība padara veselības aprūpes organizācijas vadīšanas procesu komplicētu.

- ***Veselības aprūpes speciālisti ir vairāk lojāli pret savu profesiju, nevis organizāciju.***

Cilvēkresursu trūkums veselības aprūpē, aiziešana no medicīnas nozares uz citām jomām, norāda uz speciālistu neloyalitāti pret veselības aprūpes organizācijām un sistēmu kopumā. Jaunie un arī ar pieredzi bagātie veselības aprūpes speciālisti dodas prom uz citām valstīm, lai turpinātu savas gaitas medicīnā un ne vienmēr medicīnas nozarēs. Vairāki speciālisti, izmēģinājuši spēkus citās nozarēs, labprāt atgriežas atpakaļ savā profesijā, taču, bieži vien ne iepriekšējā darba vietā. Lojalitāte atkarīga no ikviena organizācijas darbinieka motivācijas un attieksmes. Novērtējot darbinieku lojalitāti organizācijai, iespējams prognozēt kritiskās situācijas un, izveidojot lojalitātes paaugstināšanas veidus, iespējams nepieļaut krīzes rašanos (*Hofmann, Perry 2004, Duck 1993, Helppie 1992*).

- ***Darbībām pakalpojuma nodrošināšanas procesā ir netieši paredzams un neatliekams raksturs.***

Nav iespējams tieši noteikt un paredzēt pakalpojuma saņēmēju skaitu, konkrēto slimības profilu, ar kuru klienti vērsīsies pēc palīdzības. Smagas autokatastrofas rezultātā

veselības aprūpes organizācijā var vienlaicīgi nonākt vairāki desmiti cietuši, kuriem ir dažāds traumu profils un smagums, un nepieciešama dažāda veida medicīniskā palīdzība vai aprūpe. Tāpat kā nav iespējams tieši pateikt, cik nākamajā gadā piedzims bērni ar iedzimtām anomālijām utt.

Veselības aprūpei ir neatliekams raksturs un, nenodrošinot pakalpojumu klientam tieši tad, kad viņam pēc tā radusies vajadzība, tiek pakļauta viņa veselību dzīvība riskam. Taču vadītājam ir iespējams jau iepriekš plānot rīcības stratēģiju paredzamu un neatliekamu situāciju gadījumā, tādējādi radot pieejamību pakalpojumam. Šajā sakarā veselības aprūpes organizācijas ik uz soļa saskaras ar vērtību jautājumu (<http://www.etene.org/dokumentit/EteneENG.pdf> skatīts 20.10.2007).

Pēc autores vērtējuma valsts noteiktās pakalpojuma izpildes kvotas un ierobežotais valsts finansējums, rada rindas pie speciālistiem, resursu nepietiekamību organizācijās, kas bieži nonāk konfliktā ar pieejamas un efektīvas veselības aprūpes nodrošinājumu klientam.

- ***Dažādi pakalpojuma nodrošināšanas pasākumi ir viens no otra atkarīgi, kā arī prasa augstu koordinācijas līmeni starp organizācijas profesionālajām grupām.***

Veselības aprūpes organizācijas darbības ir vērstas uz pacientu jeb klientu kā pakalpojuma saņēmēju. Atbilstoši P. Drukera (P. Drucker) uzskatam, jebkura uzņēmuma darbības mērķis ir pakalpojuma piedāvājums un tā izpilde (*Друкер 2000*). Vērtības klienta izpratnē nenosaka tikai pakalpojuma cena, bet daudz lielāku vērtību klienta acīs rada piedāvātie pakalpojumi un to kvalitāte (*Lee, Khong, Ghista 2006, Друкер 2000*). Pēc autores vērtējuma veselības aprūpē īpatnējs ir pats pakalpojums, kura nodrošināšanas procesā nedrīkst būt pieļautas neskaidrības un kļūdas, jo tās var radīt risku pakalpojuma saņēmējam. Tādējādi apdraudot klienta dzīvību, veselību un turpmāko dzīves kvalitāti. Autoresprāt, izvērtējot organizatorisko modeļu piemērotību un lietderību veselības aprūpes sistēmā, jāņem vērā sadarbība ar profesionālajām grupām organizācijas iekšējā vidē un ārējā vidē. Patreizējā veselības aprūpes sistēmā situācijā koordinācija starp organizācijas profesionālajām grupām nav sevišķi augstā līmenī, uz ko norāda biežā sabiedrības neapmierinātība ar veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti un nodrošināšanu.

Autoresprāt veselības aprūpes organizāciju sistēmu pārstāv divi organizatoriski modeļi. Pirmā modeļa ietvaros organizācija ir sistēmas centrā, piesaistot citas institūcijas. Šajā gadījumā organizācija ir galvenais pasūtītājs, bet iesaistītās institūcijas, tādas kā farmācijas firmas, medicīnisko preču un tehnoloģiju ražošanas un tirdzniecības kompānijas, kļuvušas par pasūtījumu izpildītājiem organizācijai. Modeļa darbība norit ne

tikai starp ārējām, bet arī starp organizācijas iekšējām struktūrvienībām, nodrošinot sadarbību starp tām. Nav iedomājama koordinēta un kvalitatīva veselības aprūpe bez diagnostikas struktūru, speciālistu (ārstu, māsu, māsu palīgu) un dažāda profila nodaļu savstarpējas sadarbības. Otrs modelis sistēmā ir organizācijas, kuras ir juridiski patstāvīgas no citām organizācijām, bet, sadarbojoties, atbalsta to darbību. Šis faktors ir noteicošais pakalpojuma pēctecības nodrošināšanā. Piemēram, modeļa centrā ir veselības aprūpes organizācija, kura nodrošina stacionāros pakalpojumus. Klientam pēc izrakstīšanas no stacionāra ir nepieciešama sociālā aprūpe vai rehabilitācijas pakalpojumi, kā arī turpmāka novērošana pie ģimenes ārsta. Šo pakalpojumu nodrošināšanas procesā tiek iesaistīta primārās un sociālās veselības aprūpes iestādes. Tādējādi tiek nodrošināta pakalpojuma pēctecība, kurai seko klients ar savām vajadzībām.

Pēc autores vērtējuma, veselības aprūpes organizācijās visu lēmumu pieņemšana bieži ir tikai un vienīgi organizācijas vadītāja kompetence, retāk tajos tiek iesaistīta augstākā līmeņa vadības komanda, piemēram, padome vai valde. Bez šaubām, neatsverama vadītāja funkcija veselības aprūpes pakalpojuma efektivitātes un kvalitātes nodrošināšanā, ir kontrole, kura paredz organizācijas attīstības novērošanu saskaņā ar noteikto mērķi.

Franču zinātnieks H.Fajjols (Henri Fayol) savos novērojumos atzinis, ka organizāciju darbībai jābūt sakoordinētai tā, lai katra tās struktūrvienība strādātu sadarbībā ar citām vienotam mērķim – kvalitatīvu pakalpojumu nodrošināšanai (*J.S.Rakich, B.B.Longest, Jr.K.Darr 1993*).

2.3.Veselības aprūpes organizāciju vadības principi un funkcijas

Vadības principu izpratne un lietošana ir viens no organizācijas darbības efektivitātes nosacījumiem. Vadības koncepcijas attīstībā vairākās teorijās ir formulēti vadības organizēšanas principi, taču veselības aprūpes sistēmas vadībā piemērojami H. Emersona un H. Fajjola formulējumi.

2.3.1. H.Emersona un A.Fajjola vadības principu piemērojamība veselības aprūpes vadībā

Zinātnieks H. Emersons ir viens no pirmajiem, kurš pamatoja nepieciešamību dažādu organizāciju vadībā piemērot kompleksu, sistēmisku pieeju sarežģītu un praktisku uzdevumu risināšanu.

Franču zinātnieks H. Faijols apskatīja vadīšanu kā principu kopumu, kas orientēta uz uzņēmējdarbības realizāciju un organizācijas resursu maksimāli sekmīgu izmantošanu. Faijols uzskatīja viņa principus par universāliem, norādot, ka to lietošanu var piemērot jebkurai vadības situācijai (*Benowitz 2001*).

Zinātnieka Faijola principi ir mūsdienu organizācijas vadības pamatā un tā kā veselības aprūpes organizācijas ir samērā sarežģītas un komerciālas sistēmas un to vadīšana jebkurā līmenī ir kompleksa, tad autoresprāt vadības procesu nodrošināšanā iespējams piemērot un attīstīt H. Emersona un H. Faijola vadības principus.

Pēc autores vērtējuma, veselības aprūpes organizāciju vadībā pielietojami šādi principi:

1) Konkrēti nosprausti mērķi un plānošanas princips

Mērķu nosprašana ir veselības aprūpes organizācijas tālākās attīstības sākuma punkts, tādēļ visu līmeņu organizācijas darbiniekiem jābūt saskaņotai darbībai kopējo mērķu sasniegšanai. Veselības aprūpes organizācijas vadītājam ir iespēja izvēlēties priekšplānā izvirzīt savus personīgos ideālus un atteikties no viņu neapmierinošiem vadības principiem. Tādējādi organizācijas mērķi tiek pakļauti vadītāja personības izcelšanai, bet organizācijas attīstība un pilnveidošana nenotiek. Arī katra darbinieka interesēm jābūt vērstām uz kopēju organizācijas darbības mērķa sasniegšanu. Veselības aprūpes organizāciju vadībai nepieciešams izvirzīt priekšplānā iestādes ideālus, kā arī vadības procesus akcentēt uz konkrētiem mērķiem, nodrošinot sniegto veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti un ilgtermiņa pieejamību.

2) Veselais saprāts

Veselības aprūpes organizācijas mēdz ieguldīt lielus finansiālos līdzekļus dārgu tehnoloģiju iegādei, lai piesaistītu klientus. To var dēvēt par sava veida reklāmas triku, kurš nav mūžīgs. Iekārtas mēdz nolietoties un gadās, ka rezerves līdzekļi to atjaunošanai nav pieejami un konkrētā apkalpojuma sniegšana vairs nav iespējama. Bieži vien sabiedrība uzskata, jo organizācijai modernāks un dārgāks aprīkojums, jo organizācija ir prestižāka. Autoresprāt prakse ne vienmēr pierāda minētā uzskata pareizumu, jo klientam tajā brīdī pakalpojuma kvalitāte nesaistās ar organizācijas kopējo procesu nodrošināšanu un speciālistu prasmēm, bet gan ar konkrētā aprīkojuma iespējām. Organizācijas vadītājam jācenšas radīt tādus vadības principus, kuri nodrošinātu ilglaicīgu un daudzpusīgu pakalpojumu sniegšanas kvalitāti visos organizācijas līmeņos.

3) Kompetence vadības sistēmas pilnveidošanā vai vadības vienotība

Organizācijas vadītāja vienpersonīgs lēmums, tajā izpaužot tikai savu viedokli, ne vienmēr uzskatāms par kompetentu. Vadības sistēmā svarīgs ir komandas darbs. Katra

komandas speciālista viedoklis ir vērā ņemams, kā rezultātā organizācijas vadībai ir iespējams pieņemt pēc iespējas kompetentāku lēmumu vai rīcības plānu organizācijas darbības pilnveidošanā. Svarīgi organizācijā nodrošināt varas lineāro un horizontālo struktūru, deleģējot pienākumus un pilnvaras zemāka līmeņa vadītājiem, saglabājot atsevišķas centralizācijas un ieviešot decentralizācijas iezīmes organizācijas vadības struktūrā.

Faijols lielu nozīmi piešķir vadītāju kompetencei un zināšanām, uzskatot, ka vadītājs nevar būt pilnībā zinošs visos organizācijas vadības jautājumos. Šis uzskats uzver komandas darbības un kompetences principu savstarpēju sakarību organizācijas vadības sistēmā.

4) Organizācijas darbinieku rīcības strikta reglamentācija un darba sadalīšana

Organizācijas darbības principi nedarbojas atsevišķi, bet katrs no tiem uztur un nostiprina pārējos. Visi organizācijas darbības principi ir savstarpēji saistīti un, izkrītot vienam principam, pārējie saglabāsies, taču pavājināsies to darbība. Veselības aprūpes organizācijas darbību un pakalpojumu kvalitāti mēdz ierobežot speciālistu paviršā attieksme pret saviem pienākumiem. Viena darbinieka negatīva sadarbība un nepareiza rīcība, var ietekmēt organizācijas kopējo tēlu un prestižu.

Katram organizācijas darbiniekam skaidri jāapzinās savi pienākumi, darba uzdevumi, pilnvaras un tiesības. Tādēļ nepieciešama reglamentēta darba uzdevumu, pilnvaru un pienākumu sadale veselības aprūpes organizācijas visu līmeņu darbiniekiem.

5) Taisnīga attieksme pret organizācijas darbiniekiem.

Taisnīga attieksme ir sasniedzama ar dažādām vadības sistēmas pieejām. Viens no noteicošajiem faktoriem organizācijas darbinieku motivācijā ir darba samaksa.

Veselības aprūpes organizācijā aprūpes pakalpojumus nodrošina dažāda profila un līmeņu speciālisti. Viņu darba pienākumi un pilnvaras ir atkarīgas no profila, līmeņa un kvalifikācijas. Darba pienākumi un pilnvaras struktūrvienībās, kur nākas pieņemt lēmumus kritiskās situācijās, atšķirsies no struktūrvienībām, kuras nodrošina mehānisku un standartizētu darbu. Zemākā līmeņa vadītāju atbildība un pilnvaras ir atšķirīgas no augstākā līmeņa vadītājiem. Nesertificēta speciālista darba uzdevumi un tiesības ir atšķirīgi no sertificēta speciālista. Veselības aprūpes organizācijās visas minētās atšķirības ir viens no darba atalgojuma kritērijiem, kuri ir noteikti valsts likumdošanā un organizāciju iekšējos normatīvajos dokumentos. Valsts noteiktie darba samaksas noteikumi darbojas visā valstī speciālistu kategorijām vienādi, taču organizācijām ir tiesības izstrādāt un noteikt savus papildus kritērijus darba samaksas palielināšanai. Tieši šī pieeja var sniegt taisnīgu attieksmi pret personālu. Piemēram, iestādē visam aprūpes personālam darba

samaksa ir vienāda, taču, atkarībā no nodaļas profila, pacientu skaita un aprūpes kategorijas, ir atšķirīga darba specifika un personāla noslogojums. Personāls bieži izvairās no darba tajās struktūrvienībās, kurās ir smagi pacienti un liels noslogojums, bet labprātāk izvēlas darbu tajās nodaļās, kur darba noslogojums nav tik liels. Autores pētījumi liecina, ka izstrādājot veselības aprūpes organizāciju ietvaros darba samaksas papildkritērijus un pacientu aprūpes kategorijas, iespējams paaugstināt darbinieku motivāciju darbam ar smagiem pacientiem un intensīvu pacientu plūsmu.

6) *Iniciatīvas izrādīšana*

Zemāka līmeņa vadītājs ir tuvāk klienta vēlmēm un problēmām.

Veselības aprūpes organizācijas augstākā līmeņa vadītājs neveic tiešu procesa vadību, bet pilnvaras deleģētas struktūrvienības vadītājam. Klients saņem konkrētu pakalpojumu attiecīgā profila nodaļā. Klienta neapmierinātību vai pateicību, vēlmes un kritiku uzklausa attiecīgās struktūrvienības vadītājs, kurš identificē šo problēmu. Taču, nerodot problēmas risinājumam atbalstu no augstāka līmeņa vadītāja, nav iespējams nodrošināt efektīvu vadības procesu un veselības aprūpes pakalpojuma kvalitāti. Autore uzskata, ka veiksmīgas organizācijas pastāvēšanai un attīstībai nepieciešama savstarpējai uzticība un aktīva sadarbība starp visu līmeņu vadītājiem vienas veselības aprūpes iestādes struktūrās, kā arī starp dažādu veselības aprūpes sistēmā iesaistītu organizāciju vadītājiem. Problēma, kura ir aktuāla vienā veselības aprūpes iestādē, bieži vien ir nozīmīga arī citās iestādēs. Pēc autores domām, savstarpēja organizāciju sadarbība un informācijas apmaiņa var sekmēt visas veselības aprūpes sistēmas attīstību.

7) *Apbalvojums par darba produktivitāti*

Pateicība par labi paveiktu darbu ir viens no motivācijas faktoriem vadītāja darbā. Organizācijas vadība var pateikties saviem darbiniekiem dažādos veidos, cik atļauj tās finansiālās iespējas un izdomas bagātība, kā arī organizācijas kultūras vērtības un pieņemtās tradīcijas. Arī pamatnostādņēs valdība paredzējusi rīkot katru gadu akciju „labākais ārsts” un „labākā māsa”, piešķirot akcijas uzvarētājiem naudas balvu (*Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē 2005*).

8) *Vienpersoniskas vadības un koleģiālo attiecību princips*

Veselības aprūpes organizācijas vadītājam un struktūrvienību vadītājiem tiek piešķirta vara lēmumu pieņemšanai savu pilnvaru robežās, saglabājot atbildību par struktūrā veiktajām darbībām. Nepieciešamības gadījumā lēmumu pieņemšanas procesā tiek piesaistīti attiecīgā profila speciālisti, taču galīgā lēmuma pieņemšana un atbildība par tā sekām saglabājas organizācijas vadītājam.

Principu sistēma nekad nevar tikt pabeigta, jo tā ir nemitīgi papildināma, pamatojoties uz jaunu pieredzi, ārējās un iekšējās vides izvirzītām arvien jaunām prasībām veselības aprūpes organizācijām un to pielāgošanās iespējām.

2.3.2. Veselības aprūpes organizāciju vadības funkcijas

Vadības funkcijas ir pamatā veselības aprūpes sistēmas vadības pilnveidošanai un vadības organizatoriskās struktūras kvalitātei. Autoresprāt veselības aprūpes organizāciju vadības funkciju analīzē var pielietot Faijola izvirzītās vadības funkcijas: plānošana, organizācija, motivācija, pilnvaru deleģēšana un kontrole (*Benowitz 2001*).

Plānošana ir pamatā visām pārējām organizācijas vadības funkcijām. Pareizi veikts plānošanas process sniedz iespēju organizācijām sasniegt savus mērķus to tālākai attīstībai. Bieži vien to ierobežo vairāki faktori: sociālie, tehnoloģiskie, ekonomiskie un politiskie. Veselības aprūpes organizācijām plānošanas procesā jāņem vērā esošā tirgus situācija valstī un pieprasījums pēc konkrētiem pakalpojumiem. Vadītājam jāseko līdzi sabiedrības vēlmēm un sociālajai situācijai valstī, tādējādi paredzot nepieciešamos veselības aprūpes pakalpojumus esošajā situācijā un nākotnē. Mainoties sabiedrības vērtībām un materiālajai labklājībai, pieaug cilvēku vajadzības pēc estētiskās medicīnas pakalpojumiem, prasības pēc modernām un kvalitatīvām medicīnas tehnoloģijām un saņemto pakalpojumu kvalitātes, pēc iespējām izvēlēties tradicionālo vai netradicionālo medicīnu u.c. Veselības aprūpes sistēmas un organizāciju attīstības plānošanā svarīgu vietu ieņem inflācijas pieaugums, valdības un līdz ar to arī veselības ministru maiņa, izmaiņas likumdošanā un organizācijas iesaistīšanās pārmaiņu procesā. Katra valdība, esot pie varas, nosaka savu taktiku veselības aprūpes attīstībā. Organizācijām, atkarībā no to organizatoriskās struktūras un vadītāja prasmes pielāgoties pārmaiņām, ir jāveido jauna stratēģija savas darbības pilnveidošanai un konkurences nodrošināšanai. Vadītājam jāprognozē organizācijas nākotne, pieņemot konkrētus lēmumus un aktīvi rīkojoties.

Saskaņā ar vācu profesora D.Hana (Ditrih Han) izvirzīto plānošanas koncepciju, lēmumu pieņemšana ir sistemātisks process, kas pamata vērsts uz organizācijas nākotnes attīstību (*Xan 1997*). Plānošanu nevar uzsākt un pabeigt vienā dienā, bet tā jāveic nepārtraukti visā organizācijas dzīves cikla laikā, izveidojot organizācijas operatīvos un stratēģiskos plānus. Stratēģiskais plāns vērsts uz veselības aprūpes organizācijas turpmāku pastāvēšanu un attīstību. Savukārt operatīvie plāni palīdz tām attīstīties īslaicīgā laika posmā, pamatojoties uz stratēģiskiem plāniem (*Zuckerman 2005*).

Rindas pie speciālistiem un uz izmeklējumiem ir nepilnīgi veiktas veselības aprūpes sistēmas kopumā un atsevišķu iestāžu un organizāciju plānošanas rezultāts. Organizācijas nosprausto mērķu sasniegšanai ir nepieciešami cilvēkresursi, materiāli tehnoloģiskie un finansu resursi. Plānojot pārmaiņas veselības aprūpes sistēmā nepieciešams paredzēt visus nepieciešamos resursus tā īstenošanā. Tomēr viens no veselības aprūpes politikas plānošanas dokumentiem pamatnostādnes „Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē” tika apstiprināta valdībā 2005.gada 18.maijā ar MK rīkojumu Nr.326, bet pāris gadus ātrāk tika pieņemti aprūpes reformas īstenošanā būtiskākie normatīvie akti: 2002. gada 30.septembrī „ Par veselības aprūpes vidusposma un tālākās attīstības nodrošināšanas pamatnostādņēm” (2002) un 2004.gada 20.decembrī pieņemtā „Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programma” (2004). Patreizējā cilvēkresursu krīze veselības aprūpē norāda uz nepilnībām plānošanā, uzsākot pārmaiņas veselības aprūpes sistēmā.

Autoresprāt, tā kā veselības aprūpes organizācijas ir komerciālas organizācijas, tām būtu nepieciešams izstrādāt savus biznesa plānus, kuros tiktu noformulēti tās mērķi un gaidāmie plānošanas rezultāti.

Zinātnieks P. Drukers norādījis, ka organizācijas vadībai jāuzstāda mērķi noteiktām jomām un jādara zināma šo mērķu efektivitāte personālam, kurš palīdzēs tos sasniegt un realizēt (*Друкер 2002*). Veselības aprūpes organizācijās mērķim jābūt virzītam uz kvalitatīvu un pieejamu veselības aprūpi, tādēļ vadītājam jāmaks koordinēt organizācijas visu struktūru un personāla virzību minētā mērķa sasniegšanai. Pēc autores vērtējuma veselības aprūpes organizācijās Rīgā un arī Latvijā ir uzstādīts mērķis to darbībai, taču nav pietiekami sakoordinēta darbība mērķa sasniegšanai, uz ko norāda gaidīšanas ilgums rindās uz izmeklējumiem, sabiedrības biežā neapmierinātība ar veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti un speciālistu attieksmi.

Organizēšana nodrošina vadības sistēmas pielāgošanos plānoto uzdevumu veikšanai. Katram organizācijas darbiniekam ir skaidri jāzina kādi ir viņa pienākumi un rīcība konkrētās situācijās. Tikai ļoti nelielu veselības aprūpes iestāžu vadītāji, piemēram, ģimenes ārstu doktorātos, var personīgi izskaidrot katram darbiniekam viņa pienākumus. Lielākās veselības aprūpes iestādēs un organizācijās pastāv hierarhijas struktūra, kurā personāls strādā struktūrvienības vadītāja pakļautībā. Savukārt struktūrvienību vadītāji ir padoti organizācijas vadītājam. Neefektīvas vadības rezultātā, organizācijas darbībā var iestāties haoss un tā var tikt izputināta (*Hofmann, Perry 2004, Davidson 1998*). Tādēļ visu līmeņu personāla darba uzdevumiem, pienākumiem, atbildībai un rīcībai jābūt reglamentētai organizācijas iekšējos normatīvajos aktos.

Lai organizācijas personālu un struktūrvienību mudinātu aktīvai darbībai kopēju mērķu sasniegšanai, vadītājam nepieciešams nodrošināt **motivāciju**. To var veikt pēc katras organizācijas iespējām, tradīcijām un pieņemtajām vērtībām. Vadītājam nepieciešams motivējošos faktoros savlaicīgi plānot un piemērot konkrētai situācijai. Ar pareizi izvēlētu motivācijas palīdzību iespējams novērst vājās puses organizācijas darbībā, tās pārvēršot par stiprajām (*Borkowski 2005*). Piemēram, cilvēkresursu trūkums ir aktuāla problēma gandrīz visās valstīs un pašvaldību veselības aprūpes struktūrās. Katra organizācija un iestāde meklē savu risinājumu cilvēkresursu piesaistei. Viena organizācija pie valsts noteiktās darba samaksas paredz dažāda veida piemaksas un atvieglojumus darbiniekiem, cita piesaista personālu ar augstu organizācijas iekšējo kultūru. Tā organizācijas vadība, kura aktīvi pati neiesaistās personāla motivēšanā, bet gaida, kad valsts atrisinās šo situāciju, paliek zaudētāja lomā. Personāls no tādas organizācijas dodas projām uz organizāciju, kurai darbinieks ir lielākā vērtība un tas tikai padziļina problēmas būtību.

Autoresprāt veselības aprūpes organizācijās nepieciešams izveidot racionālu vadības procesu nodrošinošu organizatorisko struktūru, kura spējīga adaptēties un funkcionēt pārmaiņu apstākļos.

Pilnvaru deleģēšana. Mēdz būt situācijas, kad organizācijās zemāka līmeņa vadītāji daudzos jautājumos vēršas pie organizācijas vadītāja, kurš vienpersonīgi pieņem lēmumus. Tādā veidā vadītājs demonstrē savu varu un rada darbiniekos neaizstājamu personas iespaidu. Savukārt zemāka līmeņa vadītāji daļu savu darba pienākumu un atbildību nodod organizācijas vadītāja pārziņā, tādējādi viņu nevajadzīgi noslogo ar savu pienākumu pildīšanu un paši izvairās no lēmuma pieņemšanas. Organizācijas vadītājam neatliek laika pilnībā pievērsties sava līmeņa vadības pienākumu veikšanai un kopējais organizācijas vadības process kļūst neefektīvs. Katras organizācijas struktūrvienības vadītājam jābūt atbildīgam par viņam uzticētajiem resursiem un aprūpes procesa un pakalpojumu nodrošināšanu tajā. Lēmuma pieņemšanas, tiesību un pienākumu nodrošināšanai un atbildības paaugstināšanai visos vadības līmeņos, nepieciešams deleģēt pilnvaras dažādu struktūras līmeņu vadītājiem (*Hofmann, Perry 2004*).

Kontroles funkcija palīdz savlaicīgi atklāt novirzes organizācijas izstrādātajā plānā. Veselības aprūpes organizācijās vadītājiem nepieciešams veikt pieņemto lēmumu izpildes kontroli, izmantojot dažādas pieejas. Visbiežāk sastopamā ir sanāksmju rīkošana dažādu līmeņu vadītājiem, kuras laikā tiek noskaidrotas problēmas organizācijas funkcionēšanas un vadības procesos un diskutēts par tām.

Otra organizācijās vairāk pielietotā kontroles funkcija ir - atskaites par padarīto darbu. Taču organizācijas vadītājam saņemot informāciju tikai no struktūrvienību

vadītājiem, nav iespējams būt pārliecinātam par veselības aprūpes un vadības procesu kvalitāti un virzību uz kopēju mērķu sasniegšanu. Tāpēc visu līmeņu vadītājiem kontroles procesā nepieciešams iesaistīties pašiem, ņemot tajā aktīvu dalību. Neformālu sarunu laikā ar organizācijas darbiniekiem no dažādām struktūrvienībām vadītājam iespējams iegūt daudz izsmeļošāku informāciju par procesiem tajās. Pēc autora vērtējuma veselības aprūpes organizācijas sniegto pakalpojumu kvalitātes kontroli iespējams veikt, izmantojot klientu aptauju: anketēšanu. Anketās ietvertie jautājumi klientam sniedz iespēju izteikt savu viedokli par iestādes kultūru, darba organizāciju, pakalpojuma kvalitāti un personāla attieksmi, kā arī norāda uz iestādes vadības ieinteresētību sniegtā pakalpojuma nodrošināšanā un uzlabošanā. Atbildes uz anketas jautājumiem sniedz iespēju iestādes vadībai pievērst uzmanību trūkumiem un nepilnībām, kā arī sniedz priekšstatu par aprūpes kvalitāti un personāla darba efektivitāti. Ar šādu aptauju palīdzību ir iespējams vadītājam netieši iesaistīties kontroles procesā, neradot darbiniekos spriedzi, kā tas ir, veicot kontroli tieši vadītājam klātesot. Kontroles dažādība un vairāku veidu izmantošana visu līmeņu vadītāju darbā, raksturo organizācijas procesus dažādās tās struktūrās, kas palīdz noteikt novirzes un veikt uzlabojumus tās plānos un darbībā.

Autoresprāt veselības aprūpes organizāciju vadības funkcijas ir specializētas un specifiskas. *Specifiskās funkcijas* tiek nodrošinātas katrā organizācijas struktūrvienībā atbilstoši tās profilam. Attiecīgā aprūpes un diagnostikas profila nodaļās tiek sniegti veselības aprūpes pakalpojumi. Sagādes nodaļas funkcija ir organizācijas nodrošināšana ar tai nepieciešamajiem materiāltehniskajiem resursiem, aptieka nodrošina aprūpes struktūras ar medikamentiem un medicīnas precēm, kuras nepieciešamas aprūpes procesā. Katras struktūrvienības darbības un vadības funkcijas ir savstarpēji saistītas un veido organizācijas vadības sistēmas funkciju pamatu. *Specializētās funkcijas* ietver sevī konkrētu aprūpes, saimniecības un tehnoloģisku procesu vadīšanas funkcijas.

Pēc autora vērtējuma sekmīga organizāciju vadības funkcijas īstenošana nodrošina pakalpojumu kvalitāti, efektivitāti un pieejamību.

E. Deminga skatījumā kvalitatīvas vadības mērķis ir izmainīt veselības aprūpes sistēmas pieeju pakalpojumam, jo 85% no visām kļūdām darbavietā rada neefektīvas procedūras, politika vai darba process, bet tikai 15% no kļūdām rada darbinieku nekompetence (*Kirk and Hoelsing, 1991*). E. Demings uzskatīja, ka pilnveidojot organizācijas darbību un uzlabojot vadības procesu, uzlabo arī sniegto pakalpojumu kvalitāti, kas, savukārt rada izdevumu un nepaveiktu darbu samazināšanu un veicina klientu apmierinātību ar sniegtajiem pakalpojumiem un speciālistu darbu, tādējādi palielinās arī darbinieku produktivitāte (*J.S.Rakich; B.B.Longest; Jr.K.Darr 1993*).

Veicot veselības aprūpes organizāciju vadības sistēmas pilnveidošanu būtu vērā ņemami zinātnieka Edvarda Deminga (William Edwards Deming) pilnīgās kvalitātes vadības principi.

2.4. Edvarda Deminga kvalitātes vadības principi veselības aprūpes organizāciju struktūras izveidē autores skatījumā

Kvalitātes vadība būtiska ne tikai ražošanas sfērā, bet tai liela nozīme arī pakalpojumu sfērā (*Douglas, Fredendall 2004*). Veselības aprūpe ir pakalpojums, kurš nodrošina cilvēka fiziskās, garīgās un sociālās vajadzības. Tā kā liels ieguldījums veselības aprūpes teorijas un prakses attīstībā ir tieši augsti kvalitatīvu pakalpojumu piedāvāšana un nodrošināšana sabiedrībai (*Kelly 2006, Douglas, Fredendall 2004,*), autore sniedz savu skatījumu E. Deminga kvalitātes vadības principu pielietojumam veselības aprūpes organizāciju darbībā.

Edwards Demings izdala kvalitātes vadībā četrus etapus (plānot, darīt, pārbaudīt, rīkoties) ko var attiecināt uz jebkuru situāciju vai sfēru, kur nepieciešama kvalitātes vadīšana, tai skaitā arī uz veselības aprūpes organizāciju vadību (*Wilson 2000, Walton 1986*). Pirmajā plānošanas etapā nepieciešams noteikt veselības aprūpes organizācijas mērķus. Katrai veselības aprūpes organizācijai saskaņā ar tās izvirzītajiem mērķiem ir noteikta darbības profils (primāra, sekundāra, stacionāra, terciāra aprūpe) un pakalpojumu specifika (neatliekamā medicīniskā palīdzība, zobārstniecība, mājas aprūpe, ķirurģija, terapija, grūtnieču aprūpe, bērnu aprūpe utt.). Tādēļ nepieciešams izstrādāt konkrētus veselības aprūpes pakalpojuma nodrošināšanas un procedūru standartus, kā arī apmācīt speciālistus šo standartu kvalitatīvai un pareizai izpildei. Piemēram, izstrādāta kārtība kādā klients var saņemt konkrēto pakalpojumu vai konkrētas operācijas veikšanas standarts un intravenozās infūzijas nodrošināšanas standarts. Veselības aprūpes speciālistu apmācība Latvijā tiek nodrošināta profesionālās izglītības un pēcdiploma apmācības programmās.

Nākamajā etapā, vadoties pēc organizācijas mērķiem un profila, tiek nodrošināti veselības aprūpes pakalpojumi. Būtiska nozīme veselības aprūpes organizāciju darbībā ir sniegto pakalpojumu efektivitātes un atbilstības plānotajam darbam novērtējums. Veselības aprūpes pakalpojums ir īpašs, jo kļūdas tā nodrošināšanas un plānošanas procesā nedrīkstētu tikt pieļautas. Pretējā gadījumā pakalpojums var apdraudēt klienta turpmāko veselību un pat dzīvību. Autoresprāt veselības aprūpes patreizējā situācijā Rīgā un Latvijā kopumā organizāciju darbība ārējo un iekšējo faktoru ietekmē nepilnvērtīgi nodrošina sniegto pakalpojumu kvalitāti, kā arī darbībām pietrūkst cikliskuma un tās nepilnvērtīgi

funkcionē kādā no E. Deminga apļa etapiem. Pamatā tam ir nepietiekami stratēģiski plānotas veselības aprūpes pārmaiņas un nepietiekama pārmaiņu rezultātu pārbaude un rīcība kļūdu gadījumā, uz ko norāda ilgās gaidīšanas rindas konkrēta pakalpojuma saņemšanai un cilvēkresursu trūkums veselības aprūpes organizācijās.

E. Demings uzskata, ka kvalitātes vadības principu darbība un īstenošana ir vērsta uz to, lai ar vadības palīdzību aizstāvētu organizācijas intereses un saglabātu cilvēkresursus, un tie pielietojami lielās un mazās organizācijās (*Wilson 2000, Walton 1986*).

- ***Nepārtraukta virzība uz mērķi, uzlabojot pakalpojuma kvalitāti.***

Princips pamatojas uz to, lai darbs tiktu veikts ne tikai pareizi, bet arī, lai to veiktu pēc iespējas labāk. Lai uzlabotu veselības aprūpes pakalpojumus organizācijās un visā aprūpes sistēmā, jāidentificē problēmas un jānosaka mērķi un uzdevumi šo problēmu novēršanai. Tas palīdzētu nepārtraukti uzraudzīt un pilnveidot veselības aprūpes sistēmu dažādos līmeņos. Patreizējā situācijā problēmas tiek identificētas tad, kad jau ir grūti likvidējamas sekas, piemēram, krīze cilvēkresursu jomā. Savlaicīgi netiek arī reaģēts uz problēmu pastāvēšanu veselības aprūpes pieejamības nodrošināšanā. Kā piemēru, var minēt pacientiem paredzamo gaidīšanas laiku rindā plānveida ambulatoro pakalpojumu saņemšanai veselības aprūpes iestādēs, kurš konkrētā pakalpojuma profilā sasniedz pat 660 dienas (*skatīt 1.3.tabulu*).

Izvērtējot vairāku Rīgas veselības aprūpes organizāciju mērķus, tās visas vieno atslēgas vārdi „efektīvāks pakalpojums”, „kvalitatīva aprūpe” un „pacienta labsajūta”. Atsaucoties uz augstāk minētajām problēmām personāla trūkuma un pakalpojuma nepietiekamas nodrošināšanas jomā, autoresprāt organizāciju mērķi bieži vien nesakrīt ar to darbību. Sniegtais pakalpojums nevar būt kvalitatīvs, ja trūkst speciālistu un uz pakalpojumu jāgaida rindā vairāk kā gadu, līdz ar to organizāciju virzība uz mērķi ir kādā posmā apstājusies. Organizācijām, veidojot struktūru, nepārtraukti jāseko līdzi ārējās vides pārmaiņām un to ietekmei uz organizācijas iekšējo vidi un jānosprauž konkrēti mērķi tās darbības kvalitātes nodrošināšanā un pakalpojuma attīstības un pieejamības veicināšanā. Veselības aprūpes organizāciju konkurētspēju nodrošina nepārtraukta pakalpojumu kvalitātes pilnveidošana un racionāla resursu izmantošana.

- ***Jaunas filozofijas pieņemšana ceļā uz pārmaiņām.***

Lai varētu pielāgot organizāciju pārmaiņu apstākļiem un mūsdienu ekonomiskajām prasībām, tām savā attīstībā jāpārvar vairāki šķēršļi:

- nav vēlme mainīties;
- bailes no neveiksmēm un no nezināmā;

- pieradums pie esošās rutīnas.

Vairumam veselības aprūpes iestāžu sociālisma laikā bija pierasts, ka visu nosaka vadība no augšas un visām iestādēm ar likumdošanu ir noteikts vienāds mērķis un rīcības plāns, kā arī vienāda organizatoriskā struktūra. Uzsākoties veselības aprūpes reformu procesam, daudzviet radās pretestība, kuras galvenie iemesli bija bailes no nezināmā un grūtības mainīt daudzu gadu desmitu gaitā ierasto rutīnu. Personāla neziņa par savas darba vietas nākotni un neizpratne par jauniem amata pienākumiem, radīja daudzu speciālistu aiziešanu no darba medicīnā un pievēršanos, galvenokārt, farmācijas biznesa nozarēm vai ar medicīnu nesaistītām sfērām.

Lai organizācijas varētu veiksmīgi piemēroties pārmaiņām un veidot tām atbilstošu vadības struktūru, nepieciešams vadītājs ar līdera dotībām. Autoresprāt pārmaiņu procesa vadībā veselības aprūpes organizācijas vadītājam ir jābūt skaidri saprotamiem saviem uzdevumiem un organizācijas tālākiem mērķiem, lai varētu motivēt un iedrošināt darbiniekus, tādējādi būtu iespējams saglabāt cilvēkresursus un nodrošināt sniegto pakalpojumu nepārtrauktību.

- ***Nemiīga procesa gala rezultāta kontrole neveicinās kvalitātes uzlabošanu.***

Jātiecas uz to, lai pakalpojuma kvalitāte būtu jau no paša tā plānošanas brīža un tiktu nodrošināta pakalpojuma sniegšanas laikā. Analizējot veselības aprūpes pārmaiņu situāciju darba sadaļā 1.3., autore secina, ka veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību ierobežo vairāki faktori: iedzīvotāju izvēle reģistrēties pie ģimenes ārsta sev izdevīgā reģionā, neefektīva veselības aprūpes pakalpojumu pēctecība un lielas gaidīšanas rindas pie speciālistiem un uz diagnostiskiem izmeklējumiem. Pēc autores vērtējuma kā vienu no iemesliem, kas ietekmējis minēto faktoru attīstību, var minēt neracionālu pakalpojumu plānošanu, kas radījusi to kvalitātes samazināšanos un neefektīvu nodrošināšanas procesu. Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūras sniegtajā statistikā ir uzrādīts pacientiem paredzamais gaidīšanas laiks rindā plānveida pakalpojumu saņemšanai (*skatīt 1.3. tabulu*), kas ir kontroles procesa gala rezultāts. Taču, lai neveidotos mēnešiem garas pacientu rindas, sākotnēji, iespējams, ir nepietiekami izvērtēta resursu pietiekamība un esošās situācijas analīze. Autoresprāt pakalpojumu kvalitātes uzlabošanai un pilnveidošanai, būtu jāveic veselības aprūpes pieejamības analīze, jāuzlabo organizāciju vadības struktūra un jāpieņem efektīvi lēmumi tās racionālai nodrošināšanai.

- ***Neizvēlēties no piegādātājiem pakalpojumu par zemāko cenu.***

Veselības aprūpes organizācijas rīko iepirkumu konkursus tehnoloģiju, medicīnas preču, medikamentu iegādei, veļas mazgāšanai, remontu veikšanai un cita veida

pakalpojumiem. Līdz 01.05.2006 iepirkumu konkursi tika rīkoti, atbilstoši likumam „Par iepirkumu valsts vai pašvaldību vajadzībām” (2001) un minētā likuma grozījumiem. Likuma „Par iepirkumu valsts vai pašvaldību vajadzībām” 30.panta 3. punkts nosaka „Konkursa gadījumā, ja pasūtītājs paredz slēgt līgumu par preču pirkšanu vai nomu, iepirkuma komisija izvēlas piedāvājumu ar viszemāko cenu, kas atbilst nolikumā minētajām prasībām un tehniskajām specifikācijām” (*Par iepirkumu valsts vai pašvaldību vajadzībām 2001*). Likuma 31.panta 2.daļā noteikti piedāvājuma izvēles papildu noteikumi „iespējamās izmaksas, kas radīsies, lietojot precī visā paredzētajā tās izmantošanas laikā, bet ne ilgāk kā četrus gadus pēc tam, kad uzsākta preces lietošana. Pie šādām izmaksām pieskaitāmas plānoto rezerves daļu izmaksas, pēcgarantijas apkopes un personāla mācību izmaksas, kā arī citas izmaksas, kas saistītas ar preces lietošanu;” (*Par iepirkumu valsts vai pašvaldību vajadzībām 2001*). Arī cenu aptaujas gadījumā minētā likuma 30.panta 6.punktā norādīts, ka „cenu aptaujas gadījumā iepirkuma komisija izvēlas piedāvājumu ar viszemāko cenu, kas atbilst uzaicinājumā norādītajām prasībām un tehniskajām specifikācijām” (*Par iepirkumu valsts vai pašvaldību vajadzībām 2001*). 26.06.2003. „Grozījumi likumā „Par iepirkumu valsts vai pašvaldību vajadzībām”” (*Publicēts: "Latvijas Vēstnesis" Nr. 95 (2860)*) 9.punktā noteikti izvēles kritēriji saimnieciski visizdevīgākajam piedāvājumam: kvalitāte, pretendenta pieredze un cena. Kopš 01.05.2006. stājies spēkā „Publisko iepirkumu likums”, kura 46.panta 1.punktā noteikts, ka piedāvājumu novērtēšanai pasūtītājs izvēlas vienu no vairākiem kritērijiem, tostarp preču vai pakalpojumu kvalitāte, rezerves daļu pieejamība, izmaksu efektivitāte un piedāvājumu ar viszemāko cenu (*Publisko iepirkumu likums 2006*). Izvēloties preces vai pakalpojumu, veselības aprūpes organizācijas balstās uz augstāk minētajiem normatīvajiem aktiem, kuros viens no būtiskākajiem izvēles kritērijiem ir piedāvājums ar zemāko cenu. Autore uzskata, ka, pamatojoties tikai uz šādu izvēli, un, neņemot vērā kvalitātes un izmaksu rādītājus, iegādātā prece ne vienmēr spēj nodrošināt sniegtā pakalpojuma kvalitāti. Piemēram, ķirurģisko cimdi iegāde par zemāko cenu neatbilst vēlamajai darba specifikai. Zemas kvalitātes cimdi bieži saplīst jau pie to uzvilkšanas rokā, lai arī, cik piesardzīgs to lietotājs būtu. Tādējādi viena kvalitatīva un cenas ziņā dārgāka cimdu pāra vietā tiek patērēts daudz lielāks to daudzums. Piemēram, ja viena kvalitatīva cimdu pāra cena ir Ls 0.25, savukārt zemas kvalitātes cimdu pāra cena Ls 0.10, tad patērējot 1 cimdu pāra vietā 5 cimdu pārus, izmaksas dubultojas. Tāpat iegādājot aparatūru par zemāko cenu, tās kvalitāte nav samērā augsta un daudz vairāk organizācija patērē finansu līdzekļus tās remontam un rezerves daļu iegādei, nekā iegādājot dārgāku, bet kvalitatīvāku precī. Attiecīgajai medicīnas tehnoloģijai atrodies remontā, organizācija nevar nodrošināt pakalpojuma pieejamību, kā arī

pakalpojuma nodrošināšana nav tik kvalitatīva. Uzlabojot kvalitāti, samazināsies izmaksas, bet ieguvums būs – apmierināts klients. Autore uzskata, ka, veidojot organizatorisko struktūru, būtu nepieciešams paredzēt iepirkumu komisijās kompetentas personas konkrētās preces vai pakalpojuma specifiskā, finanšu, kā arī likumdošanas jautājumos.

- ***Pastāvīga un nepārtraukta vadības sistēmas pilnveidošana ar mērķi paaugstināt kvalitāti, samazinot izmaksas.***

Veselības aprūpes organizāciju vadītājiem nepārtraukti jāmeklē problēmas vadības sistēmā un tās nekavējoties jārisina. Vadītājiem jāņem vērā, ka vadības sistēmas pamatā ir pastāvīga plānošana, resursu izpēte, analīze un uzlabošana, operatīva vadība un personāla apmācība. Pēc autores domām, plānojot veselības aprūpes pakalpojumus, ne vienmēr tiek ņemti vērā veselības aprūpes iestādēs esošie personāla, materiāltehniskie un finansiālie resursi un to iespējas, kā arī bieži netiek veikta nepieciešamo resursu izpēte un to efektivitātes un sniegtās kvalitātes analīze. Taču, pamatojoties uz veiktās izpētes rezultātiem, veselības aprūpes iestāžu vadītājiem būtu iespējams plānot jaunus vai uzlabot jau esošos resursus. Piemēram, vasaras laikā kādā no slimnīcas nodaļām, sakarā ar atvaļinājumu laiku, ir samazinājusies pacientu plūsma un tajā ārstējas 30 pacientu vietā tikai 5. Taču nodaļas personālam darba alga tiek maksāta, neatkarīgi no pacientu skaita, nodaļā tiek veikta uzkopšana un dezinfekcija, tiek lietota elektrība utt., nelietderīgi izmantojot resursus un paaugstinot iestādes izmaksas. Šajā situācijā būtu lietderīgi šos 5 pacientus stacionēt citā līdzīga profila nodaļā, bet konkrēto nodaļu slēgt uz vienu mēnesi, personālam piešķirot atvaļinājumu. Tādējādi tiktu samazinātas izmaksas, nodrošinot nepārtrauktu iestādes darbu. Pakalpojuma kvalitātes nodrošināšanā būtiskas ir personāla un vadītāju teorētiskās un praktiskās zināšanas un prasmes, lai profesionāli veiktu dažādu profila pacientu aprūpi un efektīvi plānotu iestādes darbu.

- ***Nodrošināt apmācību darba vietā.***

Minētajam principam profesors E.Vanags sniedz konkrētāku skaidrojumu – ***intensīva personāla apmācība un regulāra kvalifikācijas paaugstināšana (Vanags, Vilka, 2005, 174).***

Personāla darba kvalitāti paaugstina nepārtraukta zināšanu un prasmju attīstīšana un pilnveidošana. Veselības aprūpes organizācijās pastāv kursu, semināru rīkošana organizācijas ietvaros. Līdztekus pastāv vairākas apmācības institūcijas, kuras nodrošina apmācību tikai savas iestādes telpās ar noteiktu klausītāju skaitu, tādējādi apmācībā ierobežotas iespējas piedalīties vienas organizācijas vai viena profila darbiniekiem. Vairāk biznesa institūcijās tiek praktizēta komandu apmācība organizācijā, kurā strādā personāls, vai, rīkojot kopīgus izbraukuma apmācības seminārus vienas organizācijas vai

struktūrvienības darbiniekiem. Kopēja apmācības kursa noklausīšanās dod iespējas savstarpēji saliedēt personālu, iepazīt vienam otru arī neformālos apstākļos un nodrošina vienādas informācijas saņemšanu visiem klausītājiem. Darba kvalitātes nodrošināšanā svarīgi faktori ir personālam vienāda informācija un izpratne par saviem veicamajiem darba pienākumiem, bet vadītājam – par viņa pakļautībā esošo darbinieku pienākumiem un spējām.

- ***Vadītājam jābūt līderim.***

Veicot veselības aprūpes sistēmas reformas, jāliek akcents uz procesiem un tajos iesaistītajiem personāla resursiem, ņemot vērā viņu vajadzības. Jebkuru reformu pamats ir līderis, kurš spējīgs motivēt darbiniekus pārmaiņām un ir pietiekami kompetents vadīt pārmaiņas (*Antonakis, Cianciolo, Sternberg 2004*). Pēc autore domām, veselības aprūpes reformu ietvaros netiek pievērsta pietiekama uzmanība personāla sagatavošanai pārmaiņām un iesaistīšanai pārmaiņu procesos. Vadītāji bieži paši nav sagatavoti pārmaiņu vadīšanai, tādēļ nevar sniegt atbilstošu atbalstu un motivāciju personālam. Veselības aprūpes organizācijas pārmaiņu gadījumā, sevišķi, ja tās ir balstītas uz pozitīvu rezultātu, piemēram, jaunas struktūrvienības izveide, jaunu pakalpojumu ieviešana, arī personāla motivācija pārmaiņām ir samērā labvēlīga. Taču, ja pārmaiņas saistītas ar veselības aprūpes iestādes vai struktūrvienības reorganizāciju vai likvidāciju, tad personāla attieksme pret tāda veida pārmaiņām ir samērā negatīva un satraukuma pilna. Tādēļ vadītājam ir jāspēj sniegt personālam atbalstu un jābūt zinošam un prasmīgam pārmaiņu organizatoram, lai pēc iespējas vairāk saglabātu esošos resursus.

- ***Novērst bailes, lai nodrošinātu darba efektivitāti organizācijas labā.***

Vadītāju attieksmē pret personālu jānovērš pakļauto darbinieku „bailes no vadītājiem” un viņu iespējamām represijām. Bailes rada savstarpēju neuzticību, kā arī nepatiesas un sagrozītas informācijas rašanos par darba lietu patieso būtību un rezultātiem. Neuzticība starp vadītāju un darbinieku mazina darba kvalitāti, jo darbinieks var savas pieļautās kļūdas pakalpojuma sniegšanā slēpt, lai netiktu sodīts. Kā piemēru, autore min situāciju, kad vadītāja klātbūtnē aprūpes personāls cenšas strādāt bez kļūdām un ar lielāku atbildības sajūtu, bet vadītāja prombūtnes laikā pieļauj savā darbā un attieksmē pret klientu paviršību. Šādas situācijas var rasties gadījumos, ja vadītājs pārmērīgi kontrolē savus darbiniekus un izrāda viņiem neuzticību, kas rada personālam papildus spriedzi. Vadītāja prombūtnes laikā aprūpes personāls it kā „atslābst”, taču līdz ar to pavājinās arī viņu uzmanība un aprūpes darba efektivitāte. Savas pieļautās kļūdas darbinieki cenšas no vadītāja slēpt, par tām viņu neinformējot. Tādas situācijas mazina iestādes prestižu un

pacientu aprūpes kvalitāti. Autore uzskata, ka uzticības un informācijas apmaiņas starp veselības aprūpes iestādes vadītāju un personālu rezultātā iespējams pilnveidot darba procesu vai nepieciešamās zināšanas, lai turpmākā darbībā kļūdas vairs netiktu pieļautas.

- ***Novērst barjeras starp organizācijas struktūrvienībām, veicinot komandu darbu.***

Komandas darba princips palīdz efektīvāk un racionālāk atklāt un risināt organizācijā pastāvošās problēmas. Pacientu aprūpes nodrošināšanā būtiska loma ir komandas darbam, jo aprūpes procesā liela nozīme ir personāla sadarbībai un saskaņotai rīcībai ne tikai vienas nodaļas ietvaros, bet arī visā iestādē kopumā. Komandas darbs jau sākas slimnīcas uzņemšanas nodaļā, kur pacienta aprūpē iesaistās ne tikai uzņemšanas nodaļas personāls, bet arī laboratorija un rentgena nodaļa, kuru darbībai jābūt vērstai uz pakalpojuma efektīvāku un ātrāku sniegšanu, nesamazinot aprūpes kvalitāti. Tas ir sarežģīts process, kurš prasa no visu iesaistīto struktūrvienību aprūpes personāla darbības saskaņu un jau zināmu procesa kārtību. Veselības aprūpes organizācijās pastāvot lineāri-funkcionālajai struktūrai, ir vērojama vertikālā komunikācija. Komandas darba un kvalitatīva pakalpojuma nodrošināšanai vienas struktūrvienības ietvaros un vairāku struktūrvienību sadarbībā, jāattīsta horizontālā un vertikālā komunikācija. Tas iespējams veselības aprūpes organizatorisko struktūru piemērojot kādam no organiskā modeļa veidiem.

- ***Atteikties no lozungiem mērķu efektivitātes paaugstināšanā, bet izmantot attiecīgus resursus to sasniegšanai.***

Organizācijas bieži sev uzliek mērķi, kuru nav iespējams ar esošajiem resursiem nodrošināt. Piemēram, veselības aprūpes sistēmā un organizācijās viens no visbiežāk sastopamiem uzstādītajiem mērķiem ir – nodrošināt kvalitatīvu un pieejamu aprūpi.

Kā jau autore augstāk minējusi, šāda veida mērķi iespējams nodrošināt tikai tad, ja organizācijai ir pieejami visi nepieciešamie pakalpojuma sniegšanai resursi. Pie patreizējas cilvēkresursu krīzes veselības aprūpes sistēmā un personāla trūkuma organizācijās, kvalitatīva pakalpojuma nodrošināšanas iespējas ir ierobežotas. Kā autore uzskata, uz to norāda arī ilgās gaidīšanas rindas pie speciālistiem un uz diagnostiskiem izmeklējumiem, kas sasniedz pat 600 dienas jeb nepilnus divu gadus (*skatīt 1.3.tabulu*).

- ***Likvidēt pastāvošās barjeras starp darbiniekiem un viņu iespējām lepoties ar savu darbu.***

Veselības aprūpes speciālistiem jāatbild par sava darba kvalitāti, nevis izārstēto, aprūpēto un konsultēto pacientu daudzumu. Rindas pie speciālistiem, noteiktās pakalpojuma kvotas un speciālistu trūkums rada konveijera principu. Piemēram,

ambulatorā profila speciālists nepagūst iedziļināties pacienta problēmās, bet cenšas iekļauties viņam atvēlētajās 10-20 minūtēs, lai varētu nodrošināt konsultāciju visiem pacientiem, kuri pierakstījušies uz to konkrētā laikā. Ne vienmēr tas iespējams, jo katrs cilvēks nāk ar savām problēmām, kuras viņam tajā brīdī liekas svarīgas, un vēlas, lai viņam sniegtais pakalpojums būtu pieejams laikā, vietā un kvalitatīvs.

Speciālistu pakalpojuma nodrošināšanas kvalitātē bieži vien ierobežo noteiktais pierakstīto pacientu skaits un resursos iztrūkstošais tāda paša profila speciālists. Steiga un gaidīšanas rindas rada neapmierinātību klientos, kas mazina speciālistu lepnumu par viņu darbu. Jāizmanto jaunas un mūsdienīgas vadības metodes: jāiesaista lēmumu pieņemšanā darbinieki, jāmotivē darbinieki, jāvērtē darba rezultāts, nevis darbinieka aktivitātes. Daudzi vadītāji uzskata, ka labs darbinieks ir tas, kas visu darba dienu „skrien kā vāvere ritenī”, bet nevērš uzmanību uz darba rezultātiem. Privātajā sektorā vadītāju vairāk interesē darba rezultāts, lai sniegtie pakalpojumi būtu kvalitatīvi, ekonomiski izdevīgi un klients būtu apmierināts ar rezultātu.

- ***Samazināt standartu un instrukciju skaitu.***

Standartizēti procesi un striktas instrukcijas, sniegtas no organizācijas vadības, mazina darbinieku iesaistīšanos organizācijas attīstībā un veicina rutīnas darba izveidošanos. Darbinieks nāk uz darbu vienā un tajā pašā laikā, veic vienas un tās pašas darbības, kas minētas priekšrakstos.

Darbs veselības aprūpes organizācijās šajā ziņā ir atšķirīgs. Lai nodrošinātu vienotu pacientu aprūpes darbu organizācijā, kā arī ņemot vērā dažādu slimību profilus un neatliekamas situācijas, vairāki procesi tiek standartizēti. Standarti un vadlīnijas palīdz personālam sniegt neatliekamo palīdzību, secībā veikt manipulāciju un nodrošina pareizu pacienta ārstēšanu. Izlaižot kādu no standartā noteiktajiem punktiem, iespējams radīt pacienta veselībai un dzīvībai draudošu situāciju. Savukārt, vadības procesos nepieciešams uzticēt zemāka līmeņa vadītājiem pilnvaras un kontroli viņu vadītajās struktūrvienībās. Tas paaugstina darba kvalitāti attiecīgajā struktūrvienībā un augstāka līmeņa vadītājam mazina pārāk lielo noslodzi.

- ***Dot iespēju darbinieku radošai iniciatīvai.***

Veselības aprūpes organizācijās, pārmaiņu procesu uzsākot, vadītājam jādod iespēja personālam izteikt savu viedokli, priekšlikumus organizācijas attīstības, pakalpojumu un darba kvalitātes uzlabošanai, kā arī jāiesaista lēmumu pieņemšanas procesos. Tas sekmē darbinieku motivāciju viņu darbam un uzticību veselības aprūpes vadības sistēmai un organizācijai kopumā. Darbinieki jāiesaista ne tikai lēmumu pieņemšanā, bet arī veselības aprūpes iestādes attīstībā un kvalitatīva pakalpojuma

nodrošināšanā. Piemēram, aprūpes procesu vadlīniju izstrādē, konferenču un semināru organizēšanā un piedalīšanās ar saviem referātiem, kā arī dažādu kultūras pasākumu organizēšanā.

- ***Izmantot jaunas vadības metodes, kvalitātes uzlabošanai.***

Augstāk minēto principu sasniegšanai, nepieciešams veselības aprūpes organizācijās ieviest mūsdienu prasībām atbilstošu organizatorisko struktūru, kura vadības process būtu balstīts uz kvalitātes pilnveidošanu organizācijas darbā un pakalpojuma sniegšanas jomā.

Nīderlandē 2005. gadā tika veikta aptauja, kurā piedalījās 900 dažādu veselības aprūpes organizāciju augstākā līmeņa vadītāji (*Stoopenaal 2005*). Aptaujas mērķis bija noskaidrot augstākā līmeņa vadītāju sadarbību ar pacientu/klientu organizācijas sniegto pakalpojumu novērtēšanai un kvalitātes uzlabošanai. 66% vadītāju vairāk sadarbojas ar organizācijas iekšējās struktūras līmeņu vadītājiem un darbiniekiem, bet nesadarbojas ar pacientiem. 34% vadītāju vairāk sadarbojas organizācijas ārējā vidē ar citām organizācijām, taču nepievērš uzmanību sadarbībai ar darbiniekiem un pacientiem. Tikai 6% vadītāju veidoja tiešu sadarbību ar klientiem (sarunas ar pacientiem) un netiešu sadarbību (pacientu anketēšana), tādējādi izzinot aprūpes problēmas un klientu vēlmes. 4% vadītāju bija atzīmējuši, ka deleģē sadarbības ar klientiem veicināšanu vidējā līmeņa vadītājiem. Nīderlandes pētījuma rezultāti ļāva izdarīt arī secinājumu, ka vadītāji daudz par maz sadarbojas ar pacientiem/klientiem, tādējādi viņu vēlmes un vajadzības paliek neapzinātas. Lielās organizācijās vadītājiem ir tendence vairāk organizatoriskai darbībai un mazākai sadarbībai ar veselības aprūpes speciālistiem (*Stoopenaal 2005*).

Vadītājiem jāpievērš lielāka uzmanība arī tam, lai darbinieki neieslīgtu ikdienas darba rutīnā. Tas paveicams ar jaunu uzdevumu deleģēšanu darbinieku kompetences ietvaros un viņu iesaistīšanu lēmumu pieņemšanā pakalpojumu procesu uzlabošanā.

Autoresprāt kvalitatīvas un pārmaiņām pielāgoties spējīgas organizācijas struktūras darbības nodrošināšanai, veselības aprūpes vadītājiem ir nepieciešamas prasmes, zināšanas un izpratne par efektīvu un racionālu starporganizāciju attiecību vadīšanu.

2.5. Veselības aprūpes iestāžu organizatoriskā struktūra

Veselības aprūpes sistēma izveidojusies kā attiecības starp speciālistiem un veselības aprūpes pakalpojuma sniedzējiem. Tā organizē koordinētu, nepārtrauktu veselības aprūpes pakalpojuma pēctecības nodrošināšanu iedzīvotājiem, uzņemoties atbildību par pakalpojuma finansiālajiem un klīniskajiem rezultātiem, kuras efektivitāte

balstās uz veselības aprūpes pakalpojuma kvalitāti un pieejamību. Veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas process pierāda sistēmas apjomīgumu, daudzveidību un sarežģītību. Taču katra veselības aprūpes organizācija ir struktūra ar savu individualitāti, kuru raksturo formālās un neformālās iezīmes.

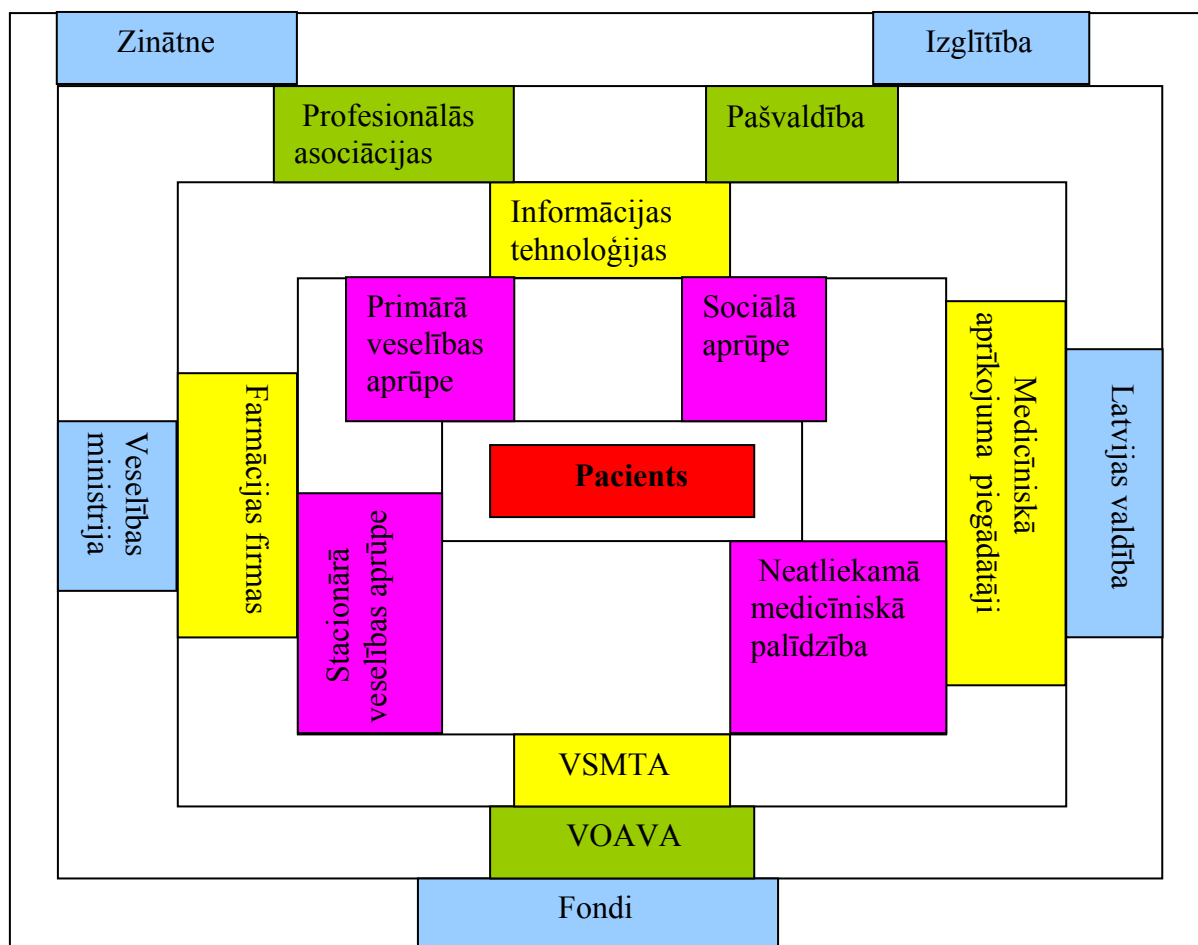
Formālas iezīmes pastāv jebkurai veselības aprūpes organizācijai un tās veidojas ārējo vides faktoru ietekmē. Kā formālo iezīmju grupas var minēt: likumdošanu, politiku, organizācijas darbības jomas un struktūru. Veselības aprūpes organizācijas Rīgā darbojas uz valsts un pašvaldību likumdošanas pamata un to formālās iezīmes nosaka vairāki normatīvie akti, kuri kopumā uz 2007.g. 1.martu ir aptuveni 35, un ir savstarpēji saistīti un viens otru papildina. Satversme nosaka, ka valsts aizsargā cilvēku veselību un garantē ikvienam medicīniskās palīdzības minimumu (*Satversme III. pants*). Savukārt Ārstniecības likums satur tiesību principus, veselības aprūpes regulāciju, kā arī normas, kas regulē ārstniecības personu profesionālo darbību un nosaka aprūpes procesa organizācijas principus. Veselības aprūpes organizācijām ir vairākas darbības jomas: primārā aprūpe, stacionāra aprūpe (sekundārā un terciārā), rehabilitācija un neatliekamā medicīniskā palīdzība, kā arī dažas no tām pilda sociālās aprūpes funkcijas. Formālās iezīmes pēc struktūras veselības aprūpes organizācijas iedala funkcionālajās, kuras specializējušās kāda konkrēta pakalpojuma sniegšanas jomā (onkoloģija, dzemdību palīdzība u.c.), kā arī teritoriālajā (apvienotās veselības aprūpes iestādes: Bērnu klīniskā universitātes slimnīca, Rīgas Austrumu slimnīca).

Neformālas iezīmes organizācijas veido pašas un to rašanos ietekmē iekšējās un ārējās vides faktori (*Kovner 2004, Nachel 1994, Kanter, Stein, Jick 1992*). Neformālo iezīmju grupas ir organizācijas vērtības (organizācijas misija, mērķi, simboli, aprūpes un procedūru standarti u.c.), rituāli un tradīcijas (veselības aprūpes organizāciju sporta svētki u.c.), noteiktas normas (valdes sēdes un struktūrvienību sanāksmes u.c.) un resursu piesaiste (izglītošanās iespējas un darba samaksas kritēriji personālam, sponsoru un pašvaldību finansu līdzekļi, piedalīšanās projektos u.c.).

Pēc autores vērtējuma veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas process sabiedrībai tiek nodrošināts caur dažādām veselības aprūpes sistēmā iesaistītām organizācijām (*skatīt 2.1.attēlu*). Autoresprāt veselības aprūpes centrālā persona ir pacients – pakalpojuma saņēmējs. Organizācijas, kuras ir vistiešākā veidā iesaistītas pakalpojuma sniegšanā sabiedrībai ir koncentrētas ap pakalpojuma saņēmēju – pacientu:

- daudzprofilu, lokālās un specializētās slimnīcas;
- ambulatorās iestādes, ģimenes ārstu prakses;
- sociālās aprūpes iestādes, pansionāti;

- rehabilitācijas iestādes;
- neatliekamā medicīniskā palīdzība.



2.1. attēls. Veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas process Rīgā 2006.gadā

Avots: autores konstrukcija

Nākamā līmenī atrodas organizācijas, kurām ir piegādātāja un konsultanta loma veselības aprūpes pakalpojuma nodrošināšanas procesā: informāciju tehnoloģiju pakalpojumu sniedzēju organizācijas, medicīniskā aprīkojuma un medikamentu piegādes firmas, Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju valsts aģentūra. Ārējos līmeņus veido valsts un pašvaldību institūcijas, kurām ir ekonomiska un politiska ietekme uz veselības aprūpes pakalpojuma sniedzēju organizācijām: Latvijas valdība, Rīgas pašvaldība, Veselības ministrija, Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra, Profesionālās asociācijas. Pašam pēdējam līmenim ir būtiska nozīme teorētiskā un praktiskā veselības aprūpes pakalpojuma sasaistē, piemēram, Latvijas Universitātes Medicīnas fakultāte, Rīgas Stradiņa Universitāte, Medicīnas koledžas un citas zinātnes un izglītības iestādes. Pēc autores vērtējuma, izglītībai un zinātnei ir netieša ietekme uz veselības aprūpes pakalpojuma sniegšanu, bet tajā pašā laikā ļoti nozīmīga un

nepieciešama ar jauno speciālistu sagatavošanu, tālākizglītības nodrošināšanu, pētījumu veikšanu un tajos iegūto rezultātu pielietojumu praksē.

Veselības aprūpes sistēmas efektīvai darbībai visiem attēlotajiem līmeņiem jādarbojas savstarpēji saskaņotiem un koordinētiem. Pakalpojuma sniedzēju organizācijām jāsadarbojas savā starpā, veidojot partnerattiecības, kā arī ar piegādātājiem, valdību, konsultantiem, apdrošināšanas kompānijām, izglītības, zinātnes un pētniecības institūcijām.

Sadarbībā starp organizācijas vienībām liela nozīme ir organizatoriskai struktūrai, kura ir viena no vadības sistēmas īpatnībām veselības aprūpē (*Porter-O'Grady 1994, Priestley, Lipp, Price 2003*).

P. Drukers norāda, ka organizatoriskā struktūra jāveido tā, lai organizācijai būtu iespēja formēt globālus mērķus vēl 5-15 gadus uz priekšu (*Друкер 2000*). Taču, lai varētu izprast kādai jābūt vadības struktūrai ar ilglaicīgiem mērķiem, jāanalizē organizācijas darbība, lēmumi un savstarpējās attiecības organizācijas iekšējā un ārējā vidē. P. Drukers uzskata, ka darbības analīze ir sevišķi nepieciešama organizācijās, kurās ir īpaši rūpīgi veicams darbs (*Друкер 2000*). Veselības aprūpes organizāciju darbībā ir atšķirīgs pakalpojumu veids un tā nodrošināšanas pasākumi no citām organizācijām, kas nosaka arī nepieciešamību īpaši rūpīgai pieejai un kvalitatīvam darbam no veselības aprūpes speciālistu puses. Ar organizācijas darbības analīzes palīdzību iespējams atklāt, kuriem darbības veidiem bijusi būtiska nozīme iepriekšējos gados, bet tagad tie ir zaudējuši savu prioritāti. Piemēram, procedūru māsa veselības aprūpes organizācijās ir atsevišķi nodalīts personāls, kura veic tikai un vienīgi injekcijas 5 darba dienas nedēļā 8 stundas dienā, bet pārējo aprūpes darbu veic tā dēvētās „posteņa māsas”. Šāds sadalījums ir izveidojies 20 gadsimtā veselības aprūpes iestādēs, kad katram nozares speciālistam, konkrētā gadījumā māsām, bija šauri noteikts darbības lauks. Autoresprāt šāds darba sadalījums rada situācijas, kad konkrētā procedūru māsa, kura ir tikai vienīgais speciālists šajā jomā, ir precīzi iepraktizējusies veikt dažāda veida injekcijas, bet pārējām māsām ir teorētiskas zināšanas par injekciju veikšanu, bet nav tajās praktisko iemaņu. Pa dienu piecas darba dienas nedēļā veiktajām injekcijām ir kvalitāte, bet nakts stundās un izejamās dienās, kad procedūru māsas loma jāpilda citām māsām, veikto manipulāciju kvalitāte krietni samazinās. 21 gadsimta organizācijās, tai skaitā arī veselības aprūpē, ir jāsamazina šaurais darba iedalījums un jānodod priekšroka darbam komandā. Pēc autores vērtējuma vēl joprojām daudzās veselības aprūpes organizācijās pastāv šāds darba sadalījums, kas ne pavisam neliecina par komandas darbu un neveicina aprūpes pakalpojumu kvalitāti.

Savukārt organizācijas lēmumu analīzē, P. Drukers uzsver, ka lēmums jāpieņem pēc iespējas zemākā līmenī un tuvāk tai struktūrai, kurā konkrētais lēmums tiks realizēts (*Друкер 2000*). Autoresprāt tas uzsver decentralizācijas lomu organizācijā.

Autoresprāt struktūras izveide veselības aprūpes organizācijās atkarīga no šādiem faktoriem:

- **Ārējās vides.** Organizāciju ietekmē politiskie lēmumi, ekonomiskā situācija valstī, iedzīvotāju sociāli ekonomiskās problēmas, tehnoloģiju attīstība, kā arī to sadarbība ar citām veselības aprūpes sistēmā iesaistītām organizācijām (*skatīt 2.1.attēlu*).

Viens no vadošajiem veselības aprūpes politikas plānošanas politiskajiem dokumentiem „Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programma” (2004) paredz veselības aprūpes sekundārā un terciārā līmeņa pakalpojumu sniedzēju struktūras optimizāciju un augsti specializētas, kvalitatīvas savstarpēji koordinētas un efektīvas veselības aprūpes sistēmas izveidi. Minētās programmas ietvaros Latvijā un, tai skaitā, arī Rīgā ir izveidotas veselības aprūpes iestāžu apvienības, veikta iestāžu sniegto pakalpojumu pārprofilēšana. Palielinās pieprasījums pēc īslaicīgās sociālās aprūpes pakalpojuma nodrošināšanas noteiktām iedzīvotāju grupām: bez noteiktas dzīvesvietas, vientuļiem un maznodrošinātajiem. Veselības aprūpes iestādēs vecās un mazāk jaudīgas tehnoloģijas tiek nomainītas pret mūsdienīgām. Ārējās vides ietekmē organizācijām jāizvēlas atbilstošas struktūra, stratēģija un procesi, lai tajā veiksmīgi spētu konkurēt. Ārējās vides faktori liek mainīt esošās organizatoriskās struktūras funkcionēšanu uz racionālāku un efektīvāku.

- **Veselības aprūpes organizācijas lielums, to funkcijas un sniegto pakalpojumu veids un apjoms.** Patreizējā veselības aprūpes sistēmā organizāciju lielums ir dažāds, sākot no ģimenes ārsta prakses līdz iestāžu apvienībām. Ģimenes ārsta prakses vietas funkcija būs primārās aprūpes nodrošināšana 1800 iedzīvotājiem, kā tas plānots veselības aprūpes politikas normatīvajā aktā (*Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programma 2004*) un, kuru tajā veic tikai dažas ārstniecības personas. Tādējādi, autore uzskata, ka veselības aprūpes organizācija var būt pavisam neliela, taču tās sniegtais pakalpojuma veids un apjoms ir samērā plašs.

Reģionālo daudzprofilu veselības aprūpes iestāžu lielums sevī var ietvert vairākas iestādes, tādējādi to funkcijas ir daudz un dažādas, kā arī to sniegto pakalpojumu veidi daudzveidīgi un samērā apjomīgi. Veselības aprūpes plānošanas likumdošana nosaka tajās ne mazāk kā 300 gultas ar vidējo noslodzi 85%, un to raksturīgākās funkcijas ir

neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšana, sekundārās un terciārās ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes nodrošināšana, kā arī sekundārās veselības aprūpes specializētās palīdzības pieejamības nodrošināšana 24 stundās, sekmējot speciālistu dežūru pakalpojuma pilnveidošanu un attīstību. Savukārt lokālās daudzprofilu slimnīcas funkcijas ir līdzīgas, izņemot terciārās aprūpes nodrošināšana, bet tajās paredzētas ne mazāk kā 120 gultas ar vidējo noslodzi 85% (*Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programmas ieviešanas plāns 2005*).

Pēc Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju valsts aģentūras datiem (www.vsmstva.gov.lv/v/lv/departamenti/statistikas/statistika/aprupe/) 2004. gadā valstī funkcionēja 119 stacionārās veselības aprūpes iestādes, bet 2005.gada beigās – 109 (*skatīt 2.1. tabulu*).

2.1. tabula

Stacionāro veselības aprūpes iestāžu Latvijā gultu noslogojums 2004.-2005.g.

Gultu skaits slimnīcās Latvijā	Slimnīcu skaits		Gultas noslogojums dienās (vidējais rādītājs)		Gultas slodze procentos (vidējais rādītājs)	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Līdz 49	48	45	267,1	260,6	73,0	71,4
50-99	17	14	276,0	272,4	75,4	74,6
100-199	24	23	289,9	284,1	79,2	77,8
200-399	17	14	273,7	283,1	74,8	77,6
400-699	9	8	309,6	318,7	84,6	87,3
>700	4	5	286,7	274,2	78,3	75,1
Kopā:	119	109	Vidēji 289,0	Vidēji 287,8	Vidēji 79,0	Vidēji 78,8

Avots: Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju valsts aģentūra, 2006

2004.gadā valsts sektorā Latvijā vidēji darbojās 18,8 tūkstoši stacionāra gultu, tai skaitā arī īslaicīgās sociālās aprūpes gultas (*Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju valsts aģentūra 2006*), taču 2005.gadā stacionāra gultu skaits samazinājās līdz 18 tūkstošiem, tātad vidēji par 214 gultām. Turpretī pašvaldību un privātajās stacionārajās veselības aprūpes iestādēs gultu skaits pieaudzis. Pēdējos gados ievērojami arī samazinājies īslaicīgās sociālās aprūpes gultu skaits par 210 gultām. Rīgā 2004.gadā funkcionēja 25 stacionāras veselības aprūpes iestādes ar vidējo gultu skaitu 6083,

2005.gadā – 20 iestādes ar vidējo gultu skaitu 5972, 2006.gadā – iestāžu skaits palika iepriekšējais 20, taču vidējais gultu skaits samazinājās līdz 5884 (*Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju valsts aģentūra 2007*). Neskatoties uz gultu skaita samazināšanu veselības aprūpes iestādēs, kuras nodrošina stacionāro pakalpojumu, hospitalizācijas līmenis, salīdzinot ar 2004.gadu, 2005.gadā pieaudzis. Ja 2004.gadā bija 21,1 hospitalizācija uz 100 iedzīvotājiem, tad 2005.gadā jau sasniedza 22,1 hospitalizāciju uz 100 iedzīvotājiem. 2004.gadā tika hospitalizēti 488 458 pacienti, bet 2005.gadā - 508 525 pacienti, kas ir par 20 067 pacientiem vairāk. Visaugstākais gultas noslogojums ir tieši lielajos stacionāros, kuru vidējais gultu skaits gadā ir robežās no 400 – 699 gultām jeb 87,3% (*Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju valsts aģentūra 2006*).

Minētie dati norāda, ka pieaugot pieprasījumam pēc stacionārā pakalpojuma un samazinoties stacionāro pakalpojumu sniedzēju skaitam, gultas noslogojuma lielums stacionāros paliek gandrīz nemainīgs.

- Vadības organizatoriskā struktūra jāsaista arī ar ***organizācijas dzīves cikla stadijām***.

Nelielas veselības aprūpes iestādes apvienošanas rezultātā pārtop par lielu organizāciju turpinot savu attīstību, taču jau ar citiem mērķiem un uzdevumiem.

Vairāki autori (*Kelly 2006, Kovner 2004, Ukolovs, Mass, Bistrjakovs 2006, Lowenthal 1994*) uzskata, ka organizācijām piemīt dzīves cikli, kuru ietekmē organizācijās norit dažādi ar to darbību saistīti notikumi:

1. *Organizācijas dibināšana.*

Veselības aprūpes organizācijas dibinātas dažādos gadsimtos, taču ar laiku tajās veikti dažādi pakalpojumu pilnveidojumi un attīstību uzlabojošas darbības. Tā, piemēram, Rīgas pašvaldības SIA „Rīgas 1.slimnīca” ir visvecākā slimnīca Latvijā, dibināta 1803.gadā. 1970.gadā slimnīca tika apvienota ar Ātrās medicīniskās palīdzības staciju, tādējādi pilnīgi pārorganizējot iestādes darbību.

2. *Izaugsmes stadijā raksturīga iestādes resursu palielināšanās.*

Organizācijai attīstoties, nepieciešamas jaunas tehnoloģijas, papildus cilvēkresursi. Attīstoties jaunām un pilnveidojoties esošajām struktūrvienībām, nepieciešams izveidot vadītāju darba funkcionālo sadalījumu. Šajā stadijā organizācijas struktūras izveidi ietekmē ārējās vides faktori, kā arī pieaug tās specializācijas līmenis. Piemēram, jau augstāk minētajā slimnīcā 1970.gadā iestādes reorganizācijas rezultātā bija nepieciešams izveidot no jauna reanimācijas nodaļu un 39 diennakts ātrās palīdzības izsaukuma brigādes.

3. *Attīstības jeb brieduma stadijā* organizācijas attīstībā tiek ieguldīti resursi, atbilstoši noteiktā laika posma prasībām.

Tajā palielinās vidējā un zemākā līmeņa vadītāju skaits, pieaug arī koordinācijas nepieciešamība, prevalē decentralizācijas tendence, kā arī organizācija ir ieguvusi atpazīstamību sabiedrības vidū. Ja organizācijas vadītājs ir ieinteresēts organizācijas tālākā racionālā darbībā un jaunu kvalitatīvu un efektīvu pakalpojumu ieviešanā, viņš plāno un koordinē nepieciešamo finansiālo, personāla un materiāltehnisko resursu piesaisti organizācijai. Tādējādi, domājot ne tikai par klientu piesaisti organizācijas sniegtajiem pakalpojumiem, bet arī par personāla resursu saglabāšanu un noturēšanu. Piemēram, 2006.gadā Rīgas Pašvaldības SIA „Rīgas 1. slimnīca” tika iegādāts jauns un moderns rentgena aparāts, kurā līdz minūtam izmeklēšanas laikā samazināta rentgena staru ietekme uz pacientu un personālu. Organizācijai nodrošinot kvalitatīvus, pieejamus un unikālus pakalpojumus, pieaug arī tās atpazīstamība pozitīvā nozīmē, kas dod iespēju tās tālākai izaugsmei. Taču, ja sniegtie pakalpojumi nav pieejami un to kvalitāte ir apšaubāma, organizācijas atpazīstamības negatīvā pieredze var būt par iemeslu šīs iestādes likvidācijai.

4. *Krituma stadijā*, pamatojoties uz prasībām un potenciālām pārmaiņām pakalpojuma nodrošināšanā, tiek izstrādāti līdzekļi vadības struktūras pilnveidei (*Kelly 2006, Виханский, Наумов 2004, Олкок 1998*).

Ja vadības darbība ārēju vai iekšēju faktoru dēļ nevar sekot līdzīgai pārmaiņu ietekmei un tā kļūst neefektīva, organizatoriskā struktūra tiek izjaukta un organizācija tiek likvidēta vai reorganizēta (*Hofmann, Perry 2004, Rimmer, Lutjens 1998, Грушенко, Фомченкова 1998*).

Organizācijas struktūras veidošanas procesā liela nozīme ir savstarpējās saiknes nodrošināšanai starp tās struktūrvienībām. Organizatoriskās struktūras izveidē izdala piecus pamatelementus (*Kelly 2006, Bolman, Deal 1991, 55-56*):

- Organizācijas pamatstruktūru sastāda „operatori”, kuri izpilda pamatfunkcijas pakalpojuma nodrošināšanā un veido **operatīvo kodolu**. Viņu darbības koordinē kādi noteikti reglamenti un instrukcijas. Veselības aprūpes organizācijās tie ir medicīnas māsas, ārsti, māsu palīgi, kuri noteiktas aprūpes procedūras veic saskaņā ar vispārpieņemtiem standartiem.
- Organizācijai attīstoties un arvien vairāk pastiprinoties darba pienākumu sadalei starp „operatoriem”, pieaug nepieciešamība pēc tiešās

kontroles un personas, kura veiktu operatīvā kodola darba koordināciju un vadību – **vidējā līnija**. Veselības aprūpes organizācijās šo pamatelementu sastāda struktūrvienību jeb nodaļu vadītāji, kuri ir vidējais vadības līmenis. Tā ir sava veida hierarhija starpposmu vadībai un pilnvarām starp veselības aprūpes pakalpojumu nodrošinošām personām jeb operatīvo kodolu un organizācijas vadītāju.

- Organizatoriskās struktūras attīstība, stratēģiskā plānošana un stratēģijas programmas izpildes nodrošināšana ir **stratēģiskās virsotnes** funkcijas. Tas ir veselības aprūpes organizācijas vadītājs, kurš koordinē vidējā līmeņa vadītāju darbu, kopēju iestādes mērķu sasniegšanai.

- Organizācijas attīstībā nozīmīgu vietu ieņem dažādas štatū vienības, kuras pašai organizācijai un tās darbiniekiem sniedz papildus pakalpojumu – **palīgstruktūras jeb atbalsta vienības**. Tās palīdz citām veselības aprūpes organizāciju struktūrvienībām viņu darbības nodrošināšanā un konsultāciju sniegšanā organizācijas problēmu jautājumos. Piemēram, zinātniski pētnieciskā daļa konsultē neskaidru diagnožu un terapijas jautājumos, juridiskā daļa palīdz juridisku jautājumu risināšanā un līgumu sastādīšanā ar citām organizācijām vai klientiem, kā arī telpu uzkopšanas dienests, ārējo sakaru dienests, grāmatvedība, personālvadības daļa u.c..

- Visu augstāk minēto elementu efektīva darba nodrošināšanai nepieciešama **tehnoloģiju struktūra**. Tās sastāvā ir medicīnas tehnikas inženieris, informāciju tehnoloģijas speciālists, galdnieki u.c..

Autoresprāt visu šo pamatelementu savstarpējā sadarbība nodrošina veselības aprūpes organizācijas struktūru racionālu darbu. Iztrūkstot kādam elementam, organizācijas darbība nav vairs tik efektīva un tā zaudē arī kvalitāti pakalpojuma nodrošināšanā. Patreizējā veselības aprūpes situācijā valstī trūkst aprūpes personāla: ārsti un māsas, kuri ir galvenās personas pakalpojuma nodrošināšanā. Lai arī cik organizācijai būtu modernas un jaudīgas medicīniskās tehnoloģijas, taču, ja trūkst personāla, kas ar tām strādā, klientam vajadzīgais pakalpojums nav pieejams. To pierāda arī 1.3. tabulā attēlotais pacientiem paredzamais gaidīšanas laiks rindā uz noteiktu pakalpojumu Rīgas ārstniecības iestādēs. Autoresprāt salīdzinot ar citām organizācijām, veselības aprūpes organizācijās Rīgā dominējošais pamatelements ir operatīvais kodols. Šāda dominante raksturīga hierarhiskai jeb birokrātiskai organizācijas struktūrai (*Мунцберг 2004*). Pēc autores vērtējuma veselības aprūpes organizācijām raksturīgas šādas birokrātiskās struktūras

pazīmes: darbinieku specializācija ar precīzi fiksētām funkcijām, darbības procedūrām un noteikumiem, uz veicamo uzdevumu vērsta kontrole, varas hierarhija un vertikāla komunikācija. Veselības aprūpes organizācijās, kuras sniedz stacionāros un terciāros pakalpojumus, darbs tiek nodrošināts dažāda profila nodaļās, pārsvarā visu diennakti. Tas ir viens no vecākajiem organizācijas darbības organizēšanas veidiem. Veselības aprūpes iestāžu darbība ir atkarīga no iestādes sniegtā veselības aprūpes līmeņa pakalpojuma. Piemēram, primārās veselības aprūpes iestādēs darbs tiek nodrošināts pa dienu, ir noteikti konkrēti speciālistu pieņemšanas laiki, iespējamās lielākas darba procesa uzraudzības iespējas. Taču ne vienmēr pieejamība un kvalitāte tajās nodrošināta pilnvērtīgi, jo rindas pie speciālistiem un uz izmeklējumiem saglabājas, katrs speciālists veic darbu individuāli un dažādos laikos, kas ierobežo vadības pārraudzību par speciālistu darbu.

Pastāv divi organizatorisko struktūru modeļi, kuri sevi ietver dažādus organizatorisko struktūru veidus. Mehāniskais modelis (*Kelly 2006, Burns, Stalker 1994*), kurā noteikta strikta hierarhija un vadības līmeņi.

Organiskais modelis, kurā vadības līmeņi ir nenoteikti, spējīgs adaptēties pārmaiņu vidē (*Kelly 2006, Stephen P.Fitzgerald 2002, 12-13*). Pēc autores domām, vadības organizatoriskās struktūras mehāniskā pieeja nav atbilstoša jaunākajām ekonomiskās attiecības tendencēm un pārmaiņu apstākļiem veselības aprūpes sistēmā.

Turpmāk tiks apskatīti organizatorisko struktūru veidi attiecībā uz veselības aprūpes iestādēs pastāvošās un ieteicamās organizatoriskās struktūras izvērtēšanu.

2.5.1.Mehāniskais modelis

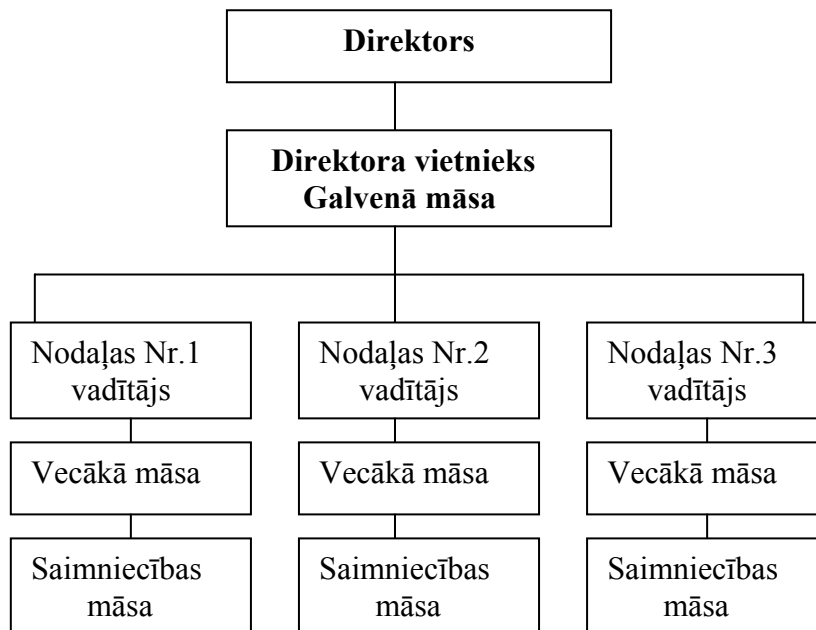
Mehāniskā modeļa ietvaros tiks apskatītas divas organizāciju struktūras:

- Lineāri funkcionālā struktūra;
- Štāba struktūra.

Lineāri funkcionālā struktūra

Lineāri funkcionālā struktūra ir pamatā mūsdienu struktūru izveidei. Lineārā struktūrā organizāciju tieši vai netieši vada direktori. Taču vadītāji nespēj ietvert ietekmes jomā visus pakalpojuma nodrošināšanas jautājumus, tādēļ izveidota vadības funkcionālā sistēma (*Kopomkov 2004*).

Struktūra apvieno vairākus darbiniekus, kuri veic vienādas funkcijas (*skatīt 2.2. attēlu*).



2.2. attēls. Lineāri funkcionālā struktūra veselības aprūpes iestādē Rīgā 2006.gadā

Avots: autores rekonstrukcija, izmantojot Kelly 2006

Lai atvieglotu iestādes vadītāja darbu, izveidota administrācija: direktora vietnieks, galvenā māsa. Pienākumi sadalīti atbilstoši darbinieku kompetencei, bet vienas specialitātes darbinieki iekļauti atsevišķās struktūrvienībās, kur katrai ir savs vadītājs. Arī struktūrvienībās vēl ir savs iekšējs vadības sadalījums zemākos vadības līmeņos. Līdz ar to var rasties neskaidrība, kurš vadītājs ir konkrēti par ko atbildīgs. Piemēram, nodaļas saimniecības māsa ir atbildīga par apkopēju darbu nodaļā. Tajā pat laikā nodaļas vecākā māsa ir atbildīga par aprūpes procesu noriti nodaļā un viņai ir padota saimniecības māsa. Nodaļas vadītājs, savukārt ir atbildīgs par visu procesu noriti nodaļā un viņam ir padota nodaļas vecākā māsa un saimniecības māsa. Šāds neprecīzs atbildības sadalījums rada iespēju atbildības par kļūdām apkopēja darbā novelšanu uz zemākā līmeņa vadītāju. Tajā pat laikā lēmumu pieņemšana par nodaļas darbību var tikt veikta, neiesaistot tajā zemāka līmeņa vadītājus. Šādā hierarhijas dēļ zemākā līmeņa vadītāji var izvairīties no atbildības un lēmumu pieņemšanas (Hofmann, Perry 2005, Шпраўгг, Носс 1994). Katrs zemāka līmeņa vadītājs ir padots augstāka līmeņa vadītājam: nodaļas vecākā māsa ir padota nodaļas vadītājam, galvenajai māsai un iestādes direktoram. Pilnvaras un atbildība ir sadalītas pārsvarā funkcionālo apakšnodaļu starpā. Savukārt atbildības koncentrācija par stratēģiskiem un operatīviem lēmumiem ir augšējās vadības posmos, tādējādi dominē pārsvarā operatīvie jautājumi, kuri ir daudz un neatliekami, pievēršot mazāku uzmanību citiem pakalpojuma posmiem. Lineārai struktūrai ir savas priekšrocības un trūkumi (skatīt 2.4. tabulu).

Lineārās struktūras veselības aprūpes organizācijās Rīgā priekšrocības un trūkumi 2006. g.

Priekšrocības	Trūkumi
Noteikta vertikālā komunikāciju sistēma	Iztrūkst stratēģiskās plānošanas procesi. Visu līmeņu vadītāju operatīvās problēmas dominē pār stratēģiju
Struktūra ir vienkārša un skaidra	Aprūtināta atgriezeniskās informācijas saņemšana un tās koordinēšana
Viens vadītājs pārrauga visu procesu vadību, kam ir viens kopējs mērķis	Liela rezultātu atkarība no organizācijas vadītāja personīgajām un lietišķajām īpašībām, kā arī no kvalifikācijas
Izpildītāja ātra reakcija uz vadītāja tiešām pavēlēm	Nav skaidri izteikta atbildība. Tendence pārlikt atbildību problēmu risināšanai, kas prasa vairāku nodaļu dalību
Iespējams sasniegt augstu specializācijas līmeni	Pārāk liels vadības līmeņu skaits starp darbinieku un organizācijas vadītāju
Veiksmīgāk plānot un kontrolēt struktūrvienību darbību	Trūkst elastīguma, lai piemērotos situāciju maiņai, grūti veikt pārmaiņas aprūpes procesā vai pakalpojuma izvēlē
Optimāls darbinieku izvietojums un pienākumu deleģēšana	Dažādi efektivitātes un darba kvalitātes kritēriji nodaļās un organizācijā kopumā
Tieši un ātri nododama informācija un rīkojumi	Starp nodaļām nekoordinēta lēmumu pieņemšana
Pienākumi, atbildība un tiesības vadītājiem tiek sadalītas atbilstoši darbības veidiem, kas saistīti ar uzņēmuma darbības tehnoloģiju. Vadītāji atbild par rezultātiem, kontroli, savu speciālistu profesionālo līmeni, sakariem un kontaktiem u.c. dotajā darbības sfērā, piemēram, aprūpes, finansu, personāla u.c.	Grūti novērtējams struktūrvienības ieguldījums kopējā darbībā, jo terapijas un diagnostikas procesā piedalās arī citas struktūrvienības

Avots: autores rekonstrukcija, izmantojot Hofmann, Perry 2005, Бодду Д., Пеумон Р.1999

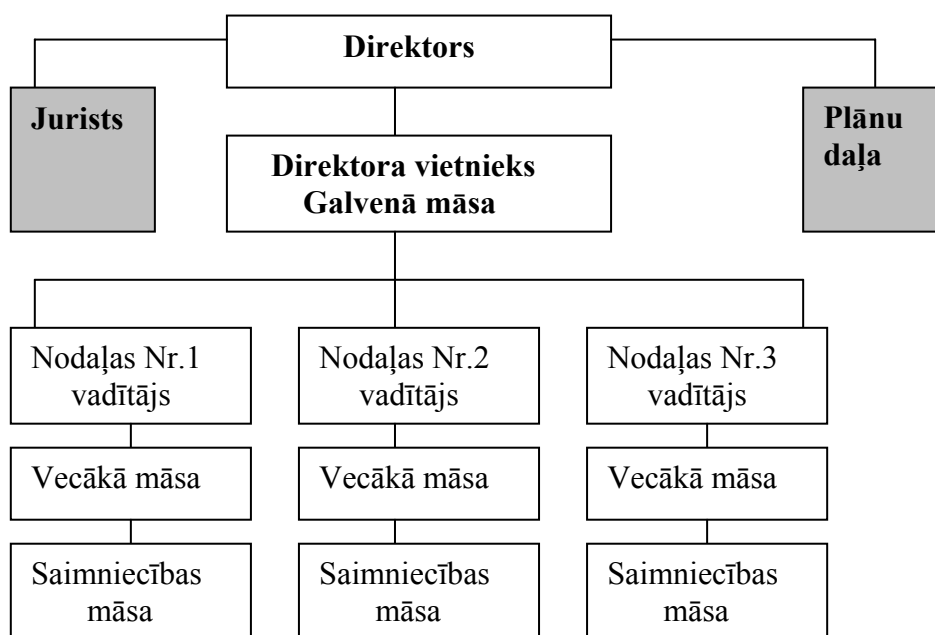
Šādas organizatoriskās struktūras ietvaros veselības aprūpes organizācijās struktūrvienības var iegūt neformālas grupas pazīmes un kļūt grūti vadāma, kā arī rodas starpfunkciju problēmas un samazinās darba efektivitāte (Hofmann, Pery 2005, Sanders 1998). Tas var novest pie jauna neformālā līdera rašanās un organizācijas vadības maiņas. Problēmu risināšanā darbinieki nespēj uzticēties vadītājiem pilnībā. Arī motivēšanā vairāk raksturīgas materiālās metodes.

Lineāri funkcionālā struktūra ir birokrātiskā struktūra, kuras pamatā pastāv noteikti likumi un noteikumi, kā arī pilnvaras tiek piešķirtas formāli. Lineāri funkcionālām struktūrām trūkst elastīguma, lai piemērotos situāciju maiņai, grūti veikt pārmaiņas aprūpes

procesā vai pakalpojuma izvēlē, kas rada grūtības piemēroties pārmaiņu videi. Pēc autores vērtējuma minētais struktūras veids piemīt lielākai daļai veselības aprūpes iestādēm Latvijā, vairāk izpaužoties reģionos.

Štāba struktūra

Šāda veida struktūra ir kā starposms pārejai no lineāri-funkcionālās struktūras uz efektīvāku (Kelly 2006, Антонов 2000). Papildus lineārās struktūras uzbūvei pievienotas palīgstruktūras jeb atbalsta vienības, kuru galvenais uzdevums ir izpētes process un konsultāciju sniegšana (skatīt 2.3. attēlu).



2.3. attēls. Štāba struktūra Rīgas veselības aprūpes iestādēs 2006.gadā

Avots: autores rekonstrukcija, izmantojot Бодду Д., Пеѳтон Р.,1999; Ukolovs, Mass, Bistrjakovs 2006, Kelly 2006

Štāba struktūrai ir savas priekšrocības un trūkumi:

Priekšrocības:

1. Iespējas vairāk iedziļināties lēmuma sagatavošanas posmā. Šajā procesā piedalās dažādi speciālisti, kuri sniedz padomus un konsultācijas kā konkrētā situācijā būtu lietderīgāk vadīt procesus organizācijā, piemēram, jurists, plānošanas daļa. Tādējādi organizācijas vadītājs ir atbrīvots no attiecīgā procesa analītiskām funkcijām.

2. Veidojas horizontāla komunikācijas saikne starp dažāda profila speciālistiem, tādējādi nodrošinot savstarpējas sadarbības iespējas struktūrvienībām vienai ar otru. Piemēram, par efektīvāka laboratoriskās izmeklēšanas pakalpojuma

nodrošināšanu organizācijas nodaļu un ambulatorās struktūras pacientiem, lēmuma sagatavošanas procesā piedalās nodaļu, ambulatorās daļas un laboratorijas speciālisti, kā arī projekta finansiālā izdevīguma un juridiskā izvērtēšanā tiek pieaicināti kā konsultanti jurists un finansists. Tas veicina komandu darba principu.

Trūkumi:

1. Saglabājas pārāk liels vadības līmeņu skaits starp darbinieku un organizācijas vadītāju. Jo zemāka līmeņa vadītājs, jo padots divu līdz trīs dažāda līmeņa vadītājiem, kas mazina atbildību par padarīto.
2. Konsultantiem ir nepietiekama atbildība, jo tie nepiedalās pieņemto lēmumu īstenošanā. Tas var radīt motivācijas zudumu konsultantu darbam.
3. Pilnvaras un vara saglabājas augstākā līmeņa vadītājam, kas norāda, ka organizācijā pastāv centralizācijas iezīmes.

Pēc autores vērtējuma minētā struktūra ir elastīgāka situāciju maiņai, taču joprojām pastāv grūtības veikt pārmaiņas aprūpes procesā vai pakalpojuma izvēlē. Ne vienmēr darba grupas izstrādātais lēmuma projekts var izrādīties pieņemts no organizācijas vadītāja puses, saglabājot lēmuma rezultātu atkarību no vadītāja personīgajām un lietišķajām īpašībām, kā arī no kompetences un zināšanām (*Borkowski 2005, Luthans, Hodgetts 1994*). Pamatojoties uz augstāk minētajiem faktoriem, autoresprāt štāba struktūra veselības aprūpes organizācijās pārmaiņu apstākļos ir ierobežoti piemērojama, taču tās paveids sastopams vairākās veselības aprūpes iestādēs kā Rīgā, tā Latvijas reģionos.

2.5.2. Organiskais modelis

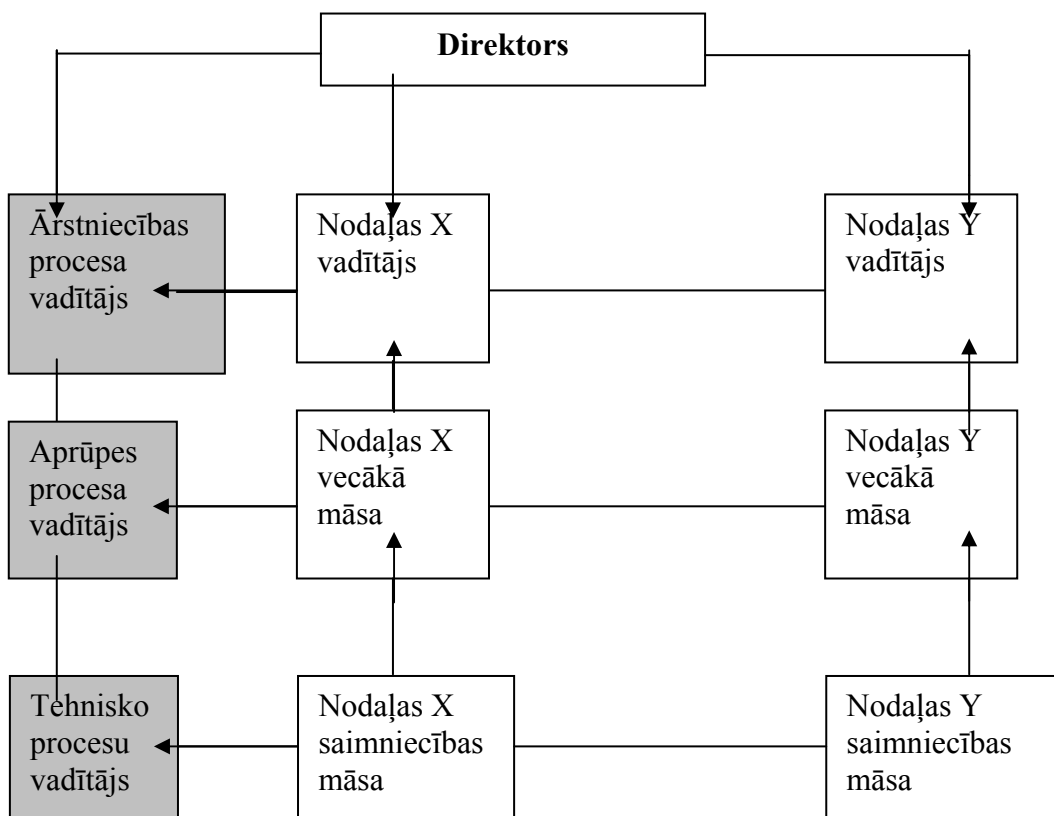
Organiskais jeb adaptīvais modelis palīdz organizācijai darboties pārmaiņu vidē. Tā ietvaros turpmāk tiks apskatītas trīs organizatoriskās struktūras:

- Matricas struktūra;
- Divizionālā struktūra;
- Tīkla struktūra.

Matricas struktūra

Tās var darboties tikai tajās veselības aprūpes organizācijās, kurās ir augsta līmeņa korporatīvā kultūra un personāla kvalifikācija, pretējā gadījumā iespējama tās dezorganizācija. Neskatoties uz to, ka matricas struktūra ir vairāk piemērojama projektu

vadībai, veselības aprūpes organizācijās piemērojams viens no tās veidiem – centralizētā. Centralizētā matricas struktūra izmantojama organizācijās, kas orientētas uz viena mērķa sasniegšanu, pie kurām var pieskaitīt arī veselības aprūpes organizācijas. Matricas struktūras pamatā ir dubultās pakļautības princips: no vienas puses struktūrvienības vadītājam, bet no otras puses – aprūpes procesa grupas vadītājam (*skatīt 2.4. attēlu*).



2.4. attēls. Matricas struktūra Rīgas veselības aprūpes iestādēs 2006.gadā

Avots: autores rekonstrukcija, izmantojot Kelly 2006, Бодду Д., Пејмон Р., 1999; Ukolovs, Mass, Bistrjakovs 2006

Procesa grupas vadītājam jābūt visām nepieciešamajām zināšanām par vadību un aprūpes procesu, kā arī pilnvarām un atbildībai par resursiem un procesa rezultātu kvalitāti. Matricas struktūra neskar visu organizāciju, bet tās daļu, piemēram, pacientu aprūpes procesu. Tā pielietojama veselības aprūpes organizācijās, kur vajag vienotu vadību struktūrvienībām, kuras piedalās pacientu aprūpē. Vadība tiek nodrošināta horizontālā līmenī, saskaņojot procesa uzdevumus starpfunkcionāli ar mērķi organizēt kopīgu lēmumu pieņemšanu un procesa īstenošanas kontroli.

Aprūpes procesa vadību veic aprūpes vadītājs, ārstniecisko procesu vadības nodrošināšanu ir virsārsta uzdevums, saimnieciskos un tehniskos procesus vada tehniskais direktors (*skatīt 2.4. attēlu*). Katram līmenim vertikāli un horizontāli ir savs vadītājs. Visu

struktūrvienību darbs ir orientēts uz organizācijas kopēju mērķu sasniegšanu, proti, kvalitatīva un pieejama veselības aprūpes pakalpojuma nodrošināšanu.

Matricas struktūrai ir savas priekšrocības un trūkumi:

Priekšrocības:

1. Līmeņu horizontālā un vertikālā vadība sekmē struktūrvienību saskaņotu darbību paaugstinātas atbildības apstākļos.
2. Var samazināties izmaksas, jo palielinās resursu efektīva izmantošana. Katram darbiniekam tiek noteiktas konkrētas funkcijas un uzdevumi, kā arī tiek izstrādāti vienoti kritēriji un standarti aprūpes nodrošināšanai, kuri paredz konkrētu resursu izmantošanu.
3. Uzlabojas kontrole pār struktūrvienību darbu, jo to nodrošina dubulti: konkrētā procesa grupas vadītājs un struktūrvienības vadītājs.

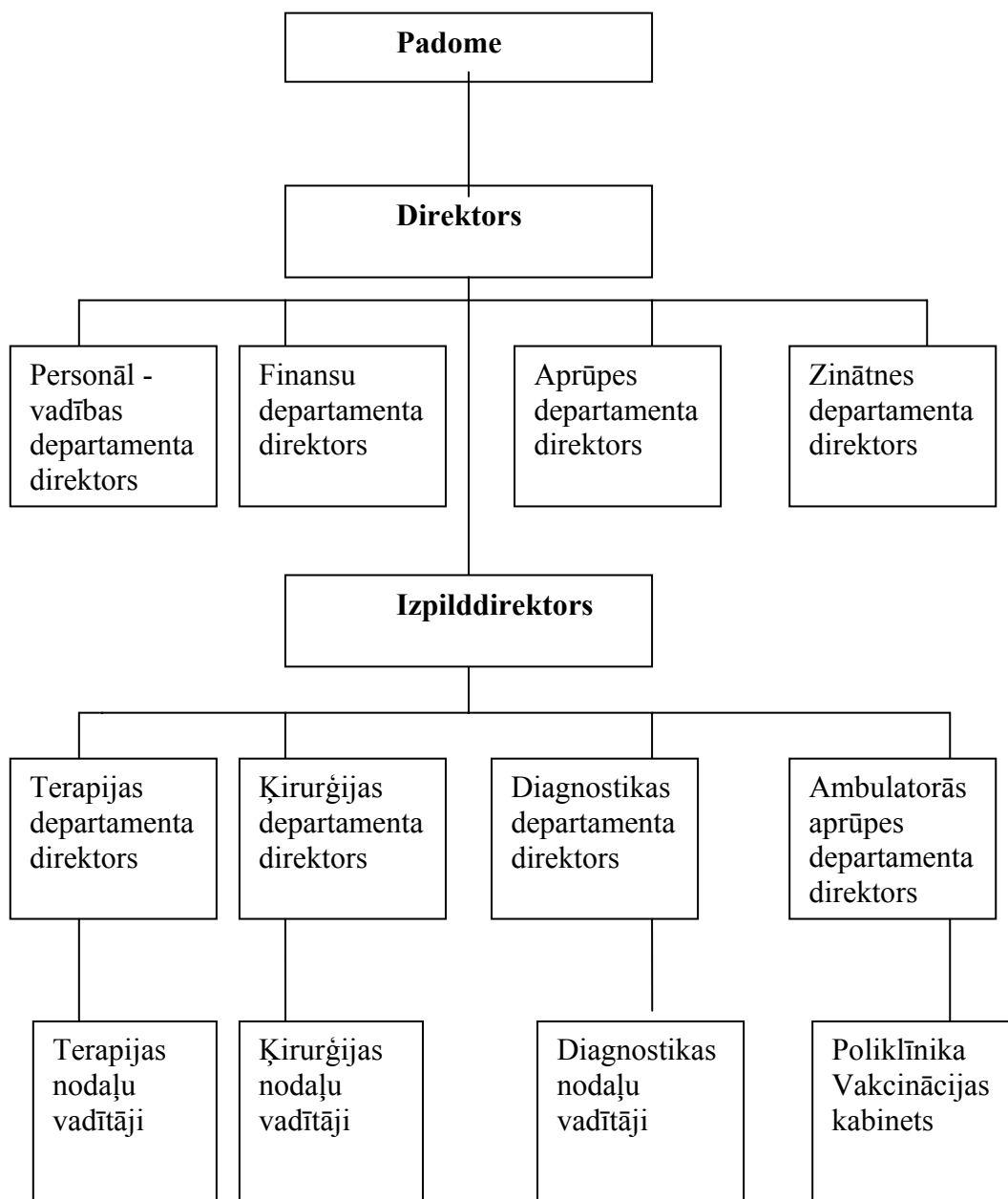
Trūkumi:

1. Pastāvot dubultai padotībai, samazinās zemāka līmeņa vadītāja atbildība par procesiem.
2. Darba efektivitātes saglabāšanai nepieciešama pastāvīga procesa uzdevumu kontrole, kas rada papildus noslodzi procesa grupas vadītājam.
3. Efektīva un kvalitatīva pakalpojuma nodrošināšanai, nepieciešama papildus personāla apmācība.
4. Procesa grupu vadītāju kvalifikācijai un prasmēm tiek izvirzītas augstas prasības ne tikai konkrētā procesa jomā, bet arī vadībā.

Patreizējā situācijā šāda modeļa ievirzes pastāv Rīgas Pašvaldības SIA „Rīgas 2. slimnīcā” un Valsts SIA „Rīgas Austrumu slimnīca” klīnika „Linezers””. Pēc autores vērtējuma matricas veida struktūra ir izmantojama mūsdienu veselības aprūpes organizācijās, vienīgi tās ieviešanu var ierobežot patreizējais cilvēkresursu trūkums tajā, kā arī augstākā un vidējā līmeņa vadītājiem jābūt prasmēm un zināšanām vadībā.

Divizionāla struktūra

Divizionāla struktūra savas uzbūves un īpašību sakarā var pastāvēt tikai lielās un ļoti stabilās organizācijās. Svarīgāko vadības funkciju pārziņa ir centrālā vadības aparāta ziņā (*skatīt 2.5.attēlu*). Tajā tiek izstrādātas organizācijas stratēģijas vadības, investīciju un veselības aprūpes jomā.



2.5. attēls. Divizionāla struktūra Rīgas veselības aprūpes iestādēs

Avots: autores rekonstrukcija, izmantojot Kelly 2006, Бодду Д., Пеүмон Р., 1999

Organizācijā struktūrvienību izveidošana notiek pēc vairākiem veidiem:

- 1) pēc pakalpojumu veida: stacionārā, primārā veselības aprūpe, sociālā aprūpe vai vairāku pakalpojuma veidu apvienošana vienā organizācijā;
- 2) pēc sniegtā pakalpojuma specializācijas: terapija, ķirurģija, diagnostika u.c.;
- 3) pēc apkalpojamām teritorijām: Latvijas, Rīgas un Rīgas teritoriālas daļas mērogā.

Divizionālā struktūrā vara un pilnvaras pār organizācijas darbības koordināciju un kontroli ir padomei, bet pilnvaras un vara vadības procesiem struktūrvienībās ir nodotas departamenta vadītājiem. Katra departamenta vadītājs ir atbildīgs par savu nodaļu darbu un tā rezultātiem.

Divizionālajai struktūrai ir savas priekšrocības un trūkumi:

Priekšrocības:

1. Organizācijai lielākas reaģēšanas iespējas uz pārmaiņām ārējā vidē.
2. Struktūras darbību iespējams nodrošināt daudzprofilu reģionālajās veselības aprūpes organizācijās un apvienībās.
3. Nodrošināta ciešāka saikne ar pakalpojuma saņēmēju – pacientu. Departamenta vadītājiem ir šaurāks vadības apjoms, tādēļ iespējams pievērsties vairāk pakalpojuma sniegšanas kvalitātes un efektivitātes nodrošināšanai un klientu problēmu un vēlmju apzināšanai.
4. Vidējā līmeņa vadītājiem ir jābūt zināšanām un prasmēm vadībā un veselības aprūpē.

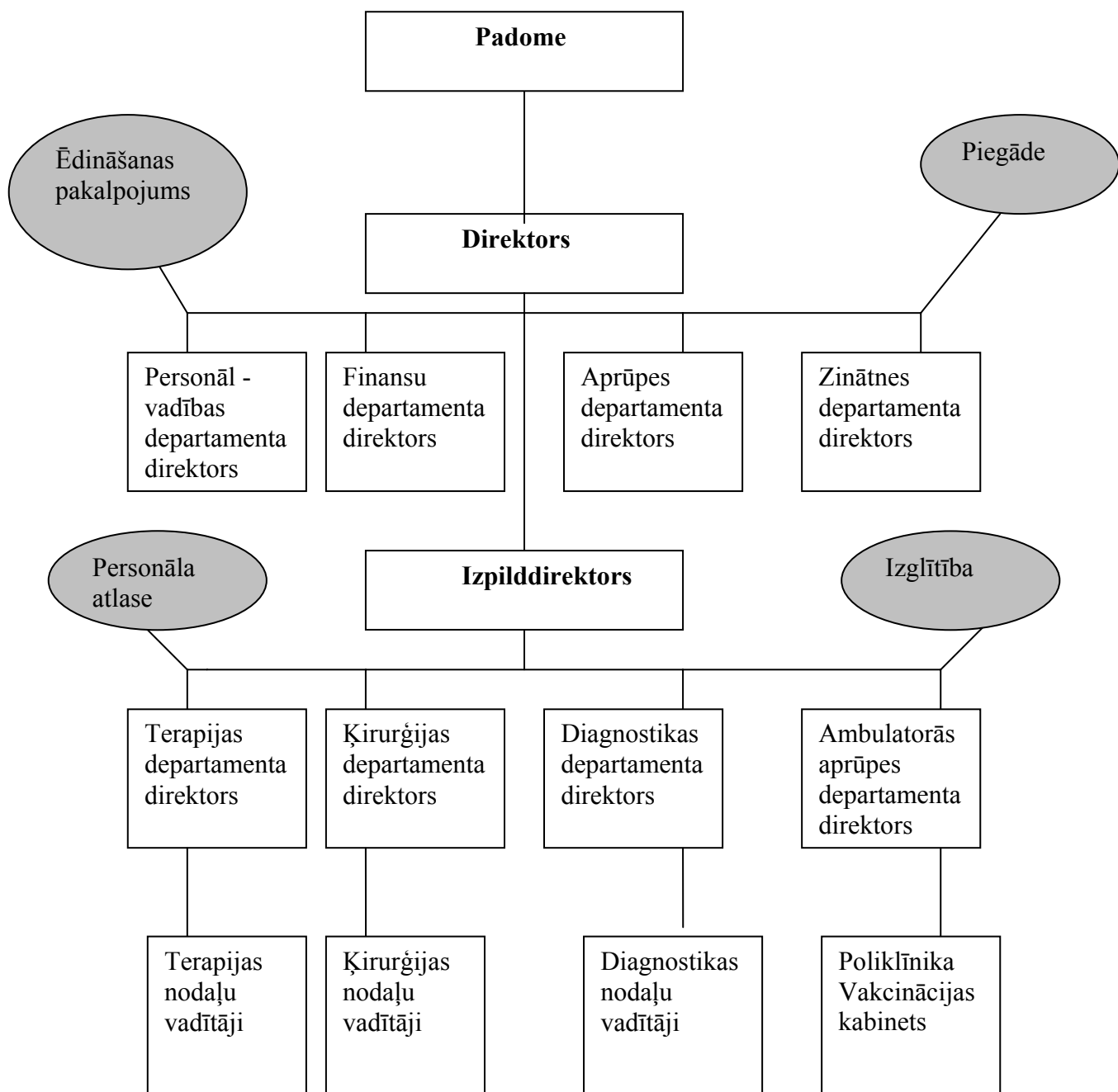
Trūkumi:

1. Dublētas vadības funkcijas dažādos struktūras līmeņos, kas rada papildus izmaksas šādas vadības struktūras uzturēšanā.
2. Vairāki vadības vertikālie līmeņi starp organizācijas vadītāju un departamenta vadītāju var radīt grūtības komunikācijas saiknē.
3. Departamenta nodaļās saglabājas lineārā struktūra ar visiem tās trūkumiem.
4. Vadības saikne vertikālā līmenī rada grūtības vidējā līmeņa vadītāju savstarpējā sadarbībā lēmumu pieņemšanā un sadarbībā starp nodaļām un departamentiem.
5. Vidējā līmeņa vadītājiem liela noslodze, jo viņiem ir nodotas pilnvaras un vara vadības procesiem, kas pamatā ir pakalpojuma kvalitātes nodrošināšanai, kā arī ir samērā liels padoto darbinieku skaits.

Divizionālā struktūra ir izmantojama mūsdienu veselības aprūpes organizācijās, taču tās realizācijai ir nepieciešamas augstākā un vidējā līmeņa vadītājiem prasmes un zināšanas vadības procesos.

Tīkla struktūra

Pasaulē pieaug to vadības sistēmu daudzums, kuras akcentē organizācijas iekšējā potenciāla attīstību un izmantošanu. Tās atbilst mūsdienu tirgus prasībām un pieskaitāmas pie intelektuālām organizācijām (*Kelly 2006, Nauert 1992, Ukolovs, Mass, Bistrjakovs 2006*). Tīkla struktūras ietvaros veselības aprūpes organizācijas, lai nodrošinātu pakalpojuma sniegšanu, var strādāt kā apvienības vai darījuma partneri.



2.6. attēls. Tīkla struktūra Rīgas veselības aprūpes iestādēs

Avots: autores rekonstrukcija, izmantojot Ukolovs, Mass, Bistrjakovs 2006, Kelly 2006

Tās principu izmantošanu nosaka ārējās vides pārmaiņas un organizāciju nepieciešamību pielāgoties tām, kas dod iespēju radīt jaunas struktūras vadības iespējas (Halvorson 2007, Память 1997).

Veidojot tīkla struktūras organizācijas, uzņēmumu pēc tajā ietvertajiem profiliem sadala vairākos segmentos, piemēram, saimniecības departamentā, dažādu veselības aprūpes profilu segmentos: primārās aprūpes vai ambulatorā departamentā, stacionāro pakalpojumu departamentā, zinātnes departamentā u.c. (skatīt 2.6. attēlu). Organizācijas

departamenti sadarbojas savā starpā, kā arī organizācija veido tīklus ar citām organizācijām dažādos līmeņos.

Tīkla struktūras veselības aprūpes organizācijas var deleģēt atsevišķus darbības veidus citām organizācijām, piemēram, jauno speciālistu sagatavošanu, kuriem darba iespējas tiks dotas šajā organizācijā, tādējādi piesaistot cilvēkresursus, kā piemērus, vēl var minēt pēcdiploma izglītības nodrošināšanu, personāla atlases veikšanu, materiāltehnisko resursu piegādes funkcijas, klientu un darbinieku ēdināšanas nodrošināšanu, remonta darbu veikšanu organizācijas telpās u.c. (*skatīt 2.6.attēlu*). Daļu funkciju iespējams nodot uz līguma pamata citiem uzņēmējiem, piemēram, klientu un personāla ēdināšanu. Pati organizācija šajā sakarā koncentrētu darbību uz jautājumiem, kas skartu personu daudzumu, kam jānodrošina ēdināšana un noteiktu uztura korekcijas pie dažādām diētām. Pēc autores vērtējuma, šādu pakalpojumu nodrošināšana organizācijai ļautu samazināt izmaksas, kā arī dotu iespēju struktūras racionālākai attīstībai.

Tīkla struktūrai ir savas priekšrocības un trūkumi:

Priekšrocības:

1. Struktūras galvenais princips – katra vadītāja kvalifikācija, spēju un zināšanu maksimāla atbilstība organizācijas attīstībai. Tas vēlreiz uzsver zināšanu un prasmju nozīmi organizāciju dažāda līmeņa vadītājiem ne tikai veselības aprūpes jomā, bet arī vadības procesu nodrošināšanā un vadības sistēmā.
2. Izmantojams komandu darba princips, kas dod efektīvāku darba rezultātu veselības organizācijas mērķu sasniegšanai.
3. Struktūra ir elastīga un tā palīdz savlaicīgi uztvert pārmaiņu nepieciešamību, kā arī tā ir spējīga adaptēties izmaiņām ārējā vidē un sniedz organizācijai iespēju attīstībai.

Trūkumi:

1. Pārmērīga rezultātu atkarība no cilvēkresursu sastāva, kā arī palielinās risks saistībā ar cilvēkresursu mainīgumu.
2. Veselības aprūpes organizācijās ierobežotas vidējā līmeņa vadītāju rotācijas iespējas sakarā ar darba specifiskumu. Samērā sarežģīti, piemēram, samainīt saimniecības departamenta vadītāju ar terapijas departamenta vadītāju, vai arī terapijas departamenta vadītāju ar pediatrijas departamenta vadītāju, jo atšķiras ne tikai zināšanas un prasmes, bet arī izpratne par konkrēto jomu. Ja tā notiktu, tad pakalpojuma kvalitāte no tā tikai ciestu. Taču ir iespējams dod iespējas sagatavot jaunus vadītājus, kuri attiecīgajā jomā varētu ieņemt līdera pozīciju.

3. Vadītājam ir jābūt līderim un personāla uzticību ieguvušam. Tikai tādā gadījumā būs efektīvs darbs organizācijā.

Pēc autores vērtējuma veselības aprūpes organizācijas nav pārmaiņām pilnvērtīgi sagatavotas. Tīkla struktūras iezīmes ir saskatāmas dažu veselības aprūpes organizāciju darbā, taču tās nav pilnīgas un procesa efektivitāti nodrošinaošas. Vadības procesam tīkla struktūras organizācijās jābūt, galvenokārt, virzītam uz paškontroli un problēmu risināšanu. Pēc autores vērtējuma tīkla struktūras organizācijas modelis ir atbilstošs mūsdienu tirgus prasībām un pārmaiņām patreizējā veselības aprūpes sistēmā.

Viens no vadošajiem vadības teorijas teorētiķiem P. Drukera organizāciju vadītājiem, izvēloties organizācijas struktūru, piedāvā novērtēt vairākus kritēriju un uzsver, ka organizācijas vadība ir process, kurā katra organizācija darbojas attīstot noteiktus, sasniedzamus un izmērāmus mērķus (*J.S.Rakich; B.B.Longest; Jr.K.Darr 1993*). Piemēram, katra veselības aprūpes organizācijas darbinieka izpratnei par viņam veicamajiem uzdevumiem ir jābūt vērīgai uz visas organizācijas kopēju mērķu sasniegšanu. Pēc autores vērtējuma patreizējā veselības aprūpes sistēmā ir noteikti katra speciālista pamatuzdevumi veselības aprūpei kopumā, ko nosaka ārsta, medicīnas māsas un māsu palīga profesiju standarti. Taču speciālistu uzdevumi, strādājot dažādās veselības aprūpes organizācijās mēdz būt atšķirīgi, jo katrai organizācijai ir savs mērķis, kaut arī tās visas vieno kopējs mērķis un uzdevumus – palīdzēt cilvēkam saglabāt vai atgūt veselību. Atbilstoši P. Drukera uzskatiem, organizācijai jāspēj palīdzēt katram darbiniekam nepārtraukti attīstīties teorijā un praksē, kā arī organizācijām jābūt atvērtām jaunām idejām (*Друкер, 2000*). Veidojot organizācijas struktūru, jāņem vērā organizācijas iekšējās sadarbība kā vertikālā tā horizontālā līmenī (*Друкер, 2000*). Arī R. Dafts (Richard Daft) uzskata, ka komunikāciju plūsmā organizācijās svarīga ir horizontālā un vertikālā, kā arī augšupejošā un lejupejošā komunikācija (*J.S.Rakich; B.B.Longest; Jr.K.Darr 1993*). Saskaņā ar P. Drukera uzskatiem, autoresprāt katrs darbinieks veselības aprūpes organizācijā ir svarīga persona organizācijas sadarbībā starp personālu un klientu, kā arī starp struktūrvienību personālu. Augšupejošā komunikācijā vadītājam ir iespējams izzināt paša personāla un klientu problēmas un iebildumus, priekšlikumus par organizācijas darbību, sniegtajiem pakalpojumiem. Savukārt lejupejošā komunikācija, nodrošinot atgriezenisko saiti no vadītāja atpakaļ uz personālu, palīdz ietekmēt organizācijas mērķu izpildi, ieviest jaunas idejas organizācijas darba un pakalpojumu pilnveidošanai.

Vadības zinību teorijas zinātnieks P. Drukers (P. Druker) uzsvēris, ka **21 gadsimta organizāciju vadības** pamatā ir intelektuālais darba ražīgums, nevis fiziskais darbs (*Друкер, 2000*). 21 gadsimta organizācijām jābūt *intelektuālām organizācijām*, kurām ir

attīstīta skaidra vīzija, spēja ātri piemēroties mainīgajiem apstākļiem un savstarpēji koordinēta darbība ar citām organizācijām (*Guo 2005, Christiansen 2000, Plsek 1999*). Tas ir piemērotākais modelis mūsdienīgas vadības organizatoriskās struktūras izveidei. Intelektuālais kapitāls ir organizācijas vadības pamatā un tam ir liela nozīme organizācijas vērtību sistēmā (*Roos, Pike, Fernström 2005*). Organizācijas vērtības var iedalīt finansiālajās, fiziskajās, attiecību, cilvēkresursu, kultūras, praktiskajās jeb darba un intelektuālajās vērtībās (*Marr Schiuma Neely 2004*). Savukārt zinātnieks Ševčuks (*Shewchuk, R.M*) piemērojis intelektuālā kapitāla formulējumu veselības aprūpes organizāciju kompetencei to raksturojot kā: veselības aprūpes vadības procesu kā uz klientu centrētu veselības aprūpes nodrošinājumu, kam pamatā pareizi politiski, juridiski, ētiski un finansiāli lēmumi un veselības aprūpes speciālistu savstarpējās profesionālās attiecības (*Shewchuk, O'Connor, Fine 2005*). Minētais formulējums ir atbilstošs veselības aprūpes organizāciju darbībai 21. gadsimtā, kad pārmaiņu process visā veselības aprūpes sistēmā un organizācijās ir īpaši aktīvs. Autoresprāt liela loma ir veselības aprūpes organizācijas vadītāja kompetencei un prasmei vadīt pārmaiņas, jo tieši darbinieku informēšana par sagaidāmajām pārmaiņām un to iespējamajiem rezultātiem, kā arī darbinieku viedoklis un iesaistīšana pārmaiņu procesā, sniedz iespēju vadītājam prasmīgāk tās vadīt. 21. gadsimta organizācijām ir nepieciešams līderis, kas iedvesmo personālu, nosprauž mērķus un novērtē paveikto darbu, nevis tikai kontrolējoša vadība (*Guo 2005*). Taču, lai motivētu uz sadarbību orientētu personāla rīcību, kura nepieciešama, lai šis organizācijas modelis strādātu, organizācijām jārada tādi vērtēšanas kritēriji, kas ir atbilstoši katra darbinieka ieguldījumam kopējā izaugsmē. 21. gadsimta veselības aprūpes organizācijas efektīvāku vadības procesu nodrošināšanai, ieteicams ieviest decentralizācijas principu, tādējādi dažādu līmeņu vadītājiem deleģējot pilnvaras un atbildību par vadības procesiem viņu struktūrvienībās (*Guo 2005*).

Taču veselības aprūpes organizācijās bez intelektuālā darba pastāv arī fiziskais darbs. Pacientu aprūpe prasa ne tikai vadītāja un personāla kreativitāti, kritisku domāšanu, bet arī aprūpes fizisku nodrošināšanu, kas kopumā norāda uz darbu komandā. Tādēļ autoresprāt veselības aprūpes organizāciju darbā intelektuālais darbs mijās ar fizisko darbu, kaut arī intelektuālais darbs ir pārsvarā. Autoresprāt, veselības aprūpes organizācijām vajadzētu veidot horizontālu komunikatīvu struktūru, kas ļautu personālam strādāt sadarbojoties un apmainoties ar zināšanām, kā arī veidot saliedētāku organizācijas darbinieku kolektīvu. 21. gs organizācijām jānojauc strukturālās barjeras starp darbiniekiem, kuras kavē tās profesionāļu mijiedarbību, kā arī jāiedrošina cilvēkus darboties komandā lai sasniegtu kopēju mērķi (*Дрыкер, 2000*). 21. gadsimta organizācijās

kā vieni no vērtīgākiem darbiniekiem tiek uzskatīti tie darbinieki, kuri spēj ne tikai darīt savu darbu, bet arī motivēt un attīstīt kolēģu spējas. Pēc autores vērtējuma mūsdienu veselības aprūpes organizācijām jābūt uz sabiedrību vērstām, kuru centrā ir pacients. Tikai tādā gadījumā veselības aprūpes sistēmā būs garantēta pieejamība augsti kvalitatīviem pakalpojumiem. Veselības aprūpes speciālistiem, organizāciju vadītājiem un valdībai 21. gadsimta veselības aprūpē jāpieņem, ka cilvēkam ir jābūt valsts noteiktai privilēģijai un jāatrodas reformētās veselības aprūpes sistēmas centrā.

Secinājumi otrās nodaļas ietvaros:

1. Atbilstoši veselības aprūpes politikas veiktajām reformām, lietderīgi Rīgas veselības aprūpes organizācijā pielietot adaptīvās jeb atvērtas sistēmas pieeju.
2. Samazinoties stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju skaitam, gultu noslogojuma lielums stacionāros saglabājas gandrīz nemainīgs. Vienlaikus hospitalizācijas līmenim ir tendence palielināties, kas norāda uz pieaugošu pieprasījumu pēc aprūpes pakalpojuma stacionārā.
3. Veselības aprūpes iestādēm Latvijā pārsvarā raksturīga lineāri funkcionāla organizatoriskā struktūra, kas nav atbilstoša veselības aprūpes politikas radītajiem pārmaiņu apstākļiem.
4. Vadības procesu nodrošināšanai veselības aprūpes sistēmā Rīgā ieteicams piemērot H.Emersona un A.Faijola vadības principus, kā arī Edvarda Deminga principu īstenošanu veselības aprūpē.
5. Darba samaksas papildkritēriju, darbinieku novērtēšanas kritēriju un pacientu aprūpes kategoriju izstrāde un pielietošana veselības aprūpes organizācijās palīdz paaugstināt darbinieku motivāciju.
6. Veselības aprūpes organizācijas sniegto pakalpojumu kvalitātes un pieejamības novērtēšanu ieteicams veikt, izmantojot klientu aptauju ar anketu palīdzību.
7. Patreizējā cilvēkresursu krīze veselības aprūpē norāda uz veselības aprūpes sistēmas īstenošanas sākumā nepilnīgi veiktu plānošanu.

III. PRAKTISKI PĒTNIECISKĀ DAĻA

Veselības aprūpes sistēmas pārmaiņas ietekmē iestāžu struktūru un pakalpojumu sniegšanas procesu. Pārmaiņas uzskatāmas par sekmīgām, ja tiek nodrošināta racionāla, kvalitatīva un pieejama veselības aprūpe. Efektīva organizācijas darba un kvalitatīvu pakalpojumu īstenošanā svarīga loma ir veselības aprūpes organizācijas vadītājam. Promocijas darbā izvirzītās hipotēzes pierādīšanai, autores vadībā tika veikta Rīgas iedzīvotāju un veselības aprūpes iestāžu vadītāju anketēšana.

3.1. Praktiskā pētījuma organizācija un metodoloģija

Praktiskā pētījuma laiks: 2004.gada oktobris -2006. gada decembris.

Pētījuma metodes:

Veselības aprūpes situācijas izpēte noteica autores izvēli kvantitatīvas pētījuma metodes - anketēšanas pielietošanai. Iegūtās informācijas apstrādē tika lietotas sekojošas statistikas metodes:

1. Korelācijas analīze sakarību novērtēšanai starp pazīmēm.
2. Hipotēžu pārbaude lietojot Vilkoksona (Wilcoxon) un citus testus.
3. Daudzatzbilžu analīze (Multiple Response) gadījumu sastopamības biežuma noteikšanai.
4. Faktoru analīze.

Šo metožu realizācijai tika lietotas datorprogrammas MS Excel, SPSS 14.0 (Statistical Package for Social Sciences).

Respondentu attieksmi un viedokli par veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un situāciju Rīgā autore izvēlējās noskaidrot, veicot Rīgas iedzīvotāju anketēšanu. Viedokli par veselības aprūpes vadības procesiem autore noskaidroja, veicot veselības aprūpes iestāžu vadītāju aptauju, pielietojot cita veida anketu. Pētījumā izmantotas divas atšķirīgu jautājumu anketas. Taču anketu jautājumi stādīti tā, lai gūtu savstarpēju sakarību par vadības procesu ietekmi uz veselības aprūpes situāciju Rīgā. Anketu jautājumu aizpildīšanai bija brīvprātības princips un tās veiktas anonīmi. Pirms vispārējās anketēšanas uzsākšanas autore veica izmēģinājuma anketēšanu, izsniedzot mērķauditorijai 70 anketas. No tām 50 anketas izsniegtas tikpat personām, kuras veica veselības aprūpes situācijas vērtējumu, bet 20 anketas izsniegtas vadības procesa vērtējumam vidējā un augstākā līmeņa vadītājiem veselības aprūpes iestādēs. Pēc izmēģinājuma anketu saņemšanas tajās tika veikti uzlabojumi. Divos atributīvajos jautājumos par vadības procesiem un četros atributīvajos jautājumos par veselības aprūpes situācijas vērtējumu

tika precizēti jautājuma formulējumi. No abu veidu anketām tika izņemti atbilžu varianti „nezinu” un „daļēji”, jo tie apgrūtinātu datu apstrādi un uz tiem no 70 respondentiem bija atbildējuši tikai divi. Anketas tika izdalītas, autorei apmeklējot respondentu iestādi uz vietas un to izdalīšanā un savākšanā iesaistot *operatorus*. *Operatori* bija attiecīgās respondentu iestādes darbinieki - vidējā līmeņa vadītāji. Autore *operatorus* pirms iesaistīšanas anketēšanas procesā tika apmācījusi jautājumos par anketu aizpildīšanas kārtību. Pamatojoties uz *operatoru* efektīvi nodrošinātu anketēšanas procesu, konsultāciju sniegšanu respondentiem par anketu aizpildīšanu, tika nodrošināts tik augsts saņemto anketu procents. Tā rezultātā kļūdu un neiesniegto anketu īpatsvars samazinājās.

Abu veidu anketās ietverti slēgtie, atvērtie, svērtie un atributīvie jautājumi. Rīgas iedzīvotāju aptaujā par veselības aprūpes situācijas vērtējumu tika paredzēts liels skaits respondentu. Tādēļ, lai šo anketu datu apstrāde būtu mazāk ietilpīga, tajās pārsvarā tika ietverti slēgtie jautājumi ar noteiktiem atbilžu kodiem. Pētījumā bija svarīgi noskaidrot respondentu viedokli par problēmām veselības aprūpē, kurā atbilžu varianti varēja būt variabli. Tādēļ tika ietverti atvērtie jautājumi, uz kuriem respondents deva savas atbildes. Svērtajos jautājumos respondentiem bija jāsniedz savs vērtējums konkrētai situācijai skalā no „1” līdz „10” .

Pētījumā izdalītas anketas 142 veselības aprūpes iestāžu vadītājiem un 1050 Rīgas iedzīvotājiem. Vadītāji izvēlēti pēc mehāniskās izveles principa. Respondentu atlase veikta pēc Valsts obligātās apdrošināšanas valsts aģentūras slimnīcu un ambulatoro iestāžu saraksta un aptvertas tikai Rīgā esošās slimnīcas un ambulatorās iestādes. Kopumā pētījumā piedalījās augstākā un vidējā līmeņa vadītāji no 21 stacionāro pakalpojumu sniedzēju organizācijām un 27 ambulatorajām iestādēm. Veselības aprūpes iestāžu vadītāju aptaujā no 142 izsniegtajām anketām atpakaļ tika saņemtas 130 jeb 91.5%. 12 anketas netika atdotas respondentu aizņemtības dēļ. Visas 130 saņemtās anketas bija pētījumam derīgas. Rīgas iedzīvotāju aptaujā no 1050 izsniegtajām anketām autore atpakaļ saņēma 1002 anketas jeb 95%. Visas 1002 anketas bija derīgas pētījumam. 48 respondenti anketas neatdeva. 25 respondenti izrakstoties no slimnīcas, anketas bija paņēmuši līdz, bet 23 respondenti anketas nebija iesnieguši, jo nedzīvoja Rīgā.

Rīgas iedzīvotāju aptaujā izvēlētas trīs Rīgas pašvaldības veselības aprūpes organizācijas un viena valsts slimnīca. Pētījumā atlasīti tikai tie respondenti, kuru dzīves vieta bija Rīga un pētījuma brīdī bija sasnieguši 18 gadu vecumu. No tiem 525 respondenti saņēma pakalpojumus stacionārā, bet 525 respondenti bija iestādes apmeklētāji, piemēram, pacientu tuvinieki, studenti utt. Šāds sadalījums izvēlēts salīdzinošai un vispārinošai analīzei. Par pamatojumu šādai izvēlei bija tas, ka respondents pakalpojuma saņemšanas

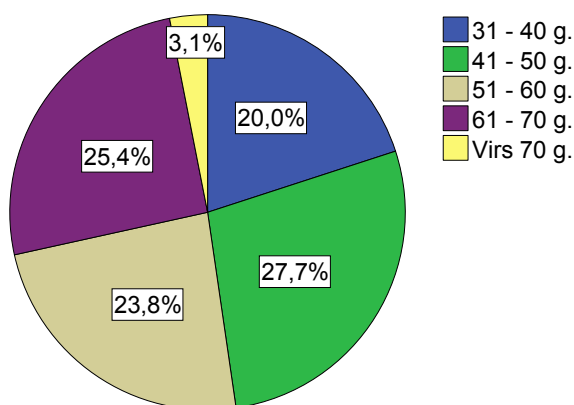
brīdī bieži vērtējumu izsaka, atsaucoties uz konkrēto pakalpojuma saņemšanas vietu. Turpretī respondents, kurš vērtējams kā potenciāli vesels indivīds un aptaujas brīdī attiecīgo pakalpojumu nesaņem, vērtējumu izsaka, pamatojoties uz saviem novērojumiem un pieredzi.

Iespējamu risku iegūstamo rezultātu apstrādē varēja radīt samērā daudzo jautājumu skaits, taču, pateicoties *operatoru* aktīvajam darbam un augstai atbildības sajūtai, kā arī respondentu apzinīgumam, atbildes tika sniegtas uz visiem jautājumiem.

3.2. Rīgas veselības aprūpes organizāciju vadības sastāva analīze

Īstenojot veselības aprūpes reformu, veselības aprūpes organizāciju vadības sistēmas pārmaiņas ir sekmīgas, ja vadītājs izprot vadības procesu būtību un nozīmi pārmaiņu vidē. Iegūto datu par vadības procesu veselības aprūpes organizācijās Rīgā analīzē izmantotas 130 respondentu anketas. Vairākās respondentu atbildēs aprēķināta svērtā vidējā vērtība, jo nav zināms katra respondenta atbildē uz doto jautājumu atzīmētais skaitlis, bet ir zināma tikai piederība pie tās vai citas grupas (*skatīt 4. pielikumu*).

Aptaujāti 75,4% augstākā līmeņa vadītāji (iestāžu direktori, valdes priekšsēdētāji u.c.) un 24,6% vidējā līmeņa vadītāji (struktūrvienību vadītāji, direktoru vietnieki, galvenās māsas). 34,6% respondenti strādāja dažāda profila privātajās veselības aprūpes iestādēs, pārējie 65,4% respondenti strādāja valsts un pašvaldības padotības aprūpes iestādēs (*skatīt 4. pielikuma 8. un 9. tabulu*). No 130 respondentiem 65,4% bija vīrieši, bet 34,6% sievietes. 20% vadītāji bija vecuma robežās 31-40 gadi, 27,7% - vecuma robežās 41-50 gadiem, 23,8% - vecuma robežās 51-60 gadiem, 25,4% - vecuma robežās 61-70 gadiem, bet 3,1% – vecāki par 70 gadiem (*skatīt 3.1. attēlu*). Vadītāju vidējais vecums bija 51 gads.



3.1. attēls. Vadītāju vecums Rīgas veselības aprūpes iestādēs 2006.gadā

Avots: autore analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2005.g., (n=130)

Autore secina, ka vadītāju skaits dažādās vecuma grupās ir līdzīgs un nav vienas vai otras vecuma grupas pārsvars. Darbspējīgā vecuma vadītāju pārsvars bija lielāks kā pensijas vecuma vadītāji. Tas liecina par paaudžu maiņu vadītāju vidū.

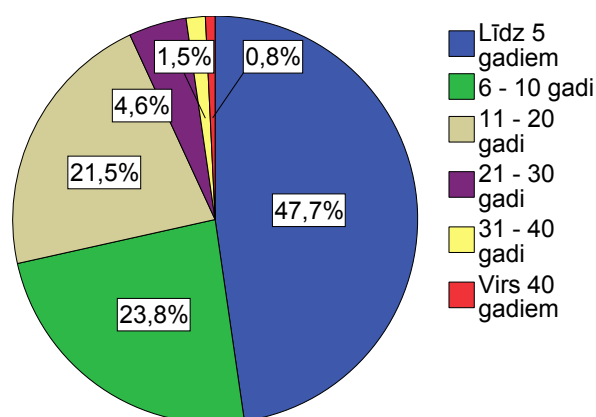
Izglītība

Izglītību vadībā no 130 respondentiem tikai atzīmējuši 15,4%. Vairāk kā pusei aptaujāto vadītāju tā iegūta pašmācības ceļā, 22,3% respondenti izglītību vadībā apguvuši dažādosursos, 15,4% respondenti atzīmējuši, ka zināšanas vadībā ieguvuši no kolēģiem, bet tikai 8,5% vadītāji ieguvuši izglītību vadībā kādā no Latvijas augstskolām (*skatīt 4. pielikuma 10. un 11. tabulu*).

Autore uzskata, ka zināšanas, kuras iegūtas pašmācības ceļā mēdz būt virspusējas, bez dziļākas izpratnes par vadības procesiem. No kolēģu pieredzes iespējams daudz ko mācīties, taču pozitīvajām atziņām nāk līdz arī ne tik pozitīvas. Pieņemot kolēģa pielautās kļūdas kā pareizu rīcību, jaunais vadītājs turpina šīs kļūdas pielietot savā darbā. Arī atzīmētais laiks izglītības iegūšanai 48,5% respondentiem norādīts tikai vairākas dienas, 16,9% respondentu atzīmēta viena diena zinību iegūšanai, tikpat liels skaits respondentu zināšanas vadībā ieguvuši viena mēneša laikā (*skatīt 4. pielikuma 12. tabulu*). Jāsecina, ka tikai 10% respondenti norādījuši, ka zināšanas ieguvuši vairāk kā viena mēneša ilgumā, bet 8,5% tās ieguvuši vairāku gadu laikā. Autoresprāt, zināšanas fundamentāli nav iegūstamas vienas vai vairāku dienu laikā, kā to norādījuši lielākā daļa respondentu. Tajā pat laikā ilgākā laika periodu zināšanām atvēlējuši tikai 18,5% respondentu. Neskatoties uz nelielo respondentu skaitu, kuriem ir iegūta padziļināta izglītība vadībā, 39,2% vadītāji savas zināšanas vadībā vērtē kā pilnīgi pietiekamas, bet vairāk kā puse respondentu uzskata, ka viņu zināšanas par vadības procesiem ir nepietiekamas vai ļoti vājas un ir jāpilnveido (*skatīt 4. pielikuma 13. tabulu*). Autore secina, ka lielākā daļa vadītāju atzīst zināšanu vadībā pilnveidošanas nepieciešamību, kas norāda uz izglītības programmas veselības aprūpes vadībā izveidošanas aktualitāti, jo, lai efektīvi īstenotu vadības procesus, nepieciešamas profesionālas zināšanas un izpratne par tām, kā arī jāapgūst teorētiskas un praktiskas iemaņas vadībā. Autoresprāt pamatā vadītāju izglītību medicīnā (*skatīt 4. pielikuma 14. tabulu*) ir noteicis faktors, ka sociālisma laikā bija pieņemts, ka par veselības aprūpes iestādes vadītāju drīkstēja būt tikai persona ar augstāko medicīnisko izglītību, visbiežāk tas bija ārsts. Attīstoties veselības aprūpes politikai, lai piemērotos tās prasībām, vadītāji uzsākuši studijas vadības un uzņēmējdarbības programmās.

Darba pieredze

Pētījumā tika izvērtēts respondentu darba stāžs medicīnā un atsevišķi darba stāžs kā vadītājam (*skatīt 3.2. attēlu un 4. pielikuma 2. tabulu*). Kopējais darba stāžs pamatspecialitātē - medicīnas jomā tikai vienam respondentam ir līdz pieciem gadiem, kura laikā viņš kļuvis jau par vidējā līmeņa vadītāju. Grupās ar darba stāžu no 11 -20 gadiem, 21-30 gadiem un 31 – 40 gadiem ir vienāds respondentu skaits 24,6%. Respondenti, kuru kopējais darba stāžs medicīnā ir virs 40 gadiem ir 3,1%. Lielāko daļu (47,7%) sastāda respondenti, kuru darba stāžs vadības jomā ir līdz 5 gadiem. Salīdzinoši maz ir vadītāji ar darba stāžu vadībā no 31-40 gadiem – tikai 2 respondenti, bet ar visilgāko vadītāja darba stāžu - virs 40 gadiem ir viens respondents. 21,5% respondentiem darba stāžs kā vadītājiem ir 11-20 gadiem, 6-10 gadu vadītāja stāžs ir 23,8% respondentu, 21-30 gadu darba stāžs kā vadītājam ir 4,6% respondentiem. Autore secina, ka vidējais kopējais darba stāžs vadītājiem ir 22 gadi, bet tieši kā vadītājam – 8,3 gadi.



3.2.attēls. Respondentu darba stāžs vadības jomā Rīgas veselības aprūpes iestādēs 2006.gadā

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2005.g., (n=130)

Autore secina, ka, augstākā vai vidējā līmeņa vadītāju amatam ir laika gaitā izstrādājies priekšnosacījums – darba pieredze medicīnas jomā, kā arī pēdējo piecu gadu laikā ir notikusi krasa vadītāju maiņa, jo visvairāk 62% atzīmētais darba stāžs kā vadītājam ir līdz pieciem gadiem. To varētu skaidrot ar aktīvu pārmaiņu procesu veselības aprūpes sistēmā tieši pēdējo gadu laikā, ietekmējot vadības struktūru iestādēs un vairāku iestāžu reorganizāciju. Pārmaiņu rezultātā vadītājiem ir jāmaina sava domāšana un jābūt tām sagatavotiem, kā arī vadītājiem tiek izvirzīti jauni uzdevumi, kuru izpildei nepieciešamas ne tikai iemaņas, bet arī zināšanas mūsdienu vadībā. Protams, jāņem vērā arī iepriekšējo vadītāju iespējamais novecošanās faktors, kā rezultātā notikusi paaudžu maiņa. Lai

noskaidrotu iemeslus tik aktīvai vadītāju maiņai, būtu nepieciešams veikt atsevišķu konkretizētu pētījumu maiņas faktoru identificēšanai un analīzei.

Darba laiks

Svarīgs faktors vadītāja darba organizācijā un plānošanā ir vadības procesiem atvēlētais darba laiks. Aptaujā respondentiem piedāvāti vairāki atbilžu varianti, ņemot vērā, ka Darba likumā (131.pants) paredzētais 5 darba dienu nedēļas darba laiks ir 40 stundas, tātad 8 stundas dienā (*skatīt 3.1. tabulu*).

3.1.tabula

Veselības aprūpes iestāžu vadītāju Rīgā amata pienākumu veikšanai atvēlētais darba stundu skaits dienā 2006.gadā

Darba stundu skaits dienā, veicot vadītāja amata pienākumus	Skaits	Respondentu īpatsvars %
Līdz 2 stundām	47	36.2
2 - 4 stundas	36	27.7
4 - 8 stundas	29	22.3
Vairāk kā 8 stundas	18	13.8

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2005.g., (n=130)

Vislielākais respondentu skaits sastāda 36,2%, kuri savam vadītāja amata pienākumiem velta dienā līdz 2 stundām. Vadītāju vidū 13,8%, ir tā saucamie, darbaholiķi, kuri strādā ilgāk par 8 stundām dienā. No 2-4 stundām vadītāja amatam velta 27,7%, gandrīz pilnu darba dienu līdz 8 stundām vadītāja pienākumus pilda 22,3% respondentu.

Autore secina, ka pilnvērtīgāk atvēl savu darba laiku amata veikšanai un vadības procesu nodrošināšanai iestādē no 130 aptaujātajiem respondentiem tikai 36,1% vadītāji. Tie vadītāji, kuri sava amata pienākumu veikšanai velta līdz 4 stundām dienā, vai pat mazāk kopumā sastāda 63,9%. Pēc autores vērtējuma, minētais fakts ir pretrunā ar vadības efektivitāti, jo vadītājam neatliek laika pietiekami iedziļināties organizācijas vadības procesos.

Ņemot vērā, ka veselības aprūpes vadītāju specialitāte, lielākoties, ir dažādos medicīnas jomas profilos, sastādot anketu, tika jau paredzēts jautājums par papildus darba iespējām. Uz šo jautājumu apstiprinoši atbildēja 40% vadītāju. Lielākais skaits respondentu noliedza papildus kāda cita amata veikšanu. Tie, kuri atbildēja apstiprinoši, ka vēl bez vadītāja amata veic kādus citus amata pienākumus, norādīja medicīnas jomu un

pedagoģijas jomu. Medicīnas jomā vēl papildus vadītāja darbam strādā 33,8%, pedagoga pienākumus veic 6,9% respondentu (*skatīt 4. pielikuma 15. un 16. tabulas*).

Citu amata pienākumu pildīšanai 17,7% respondenti ir atzīmējuši līdz 2 stundām, 6,2% ir atzīmējuši - virs 8 stundām. Pārējie respondenti atzīmējuši skaitliski vienādi: 8,5% –no 2 līdz 4 stundām velta citu amata pienākumu pildīšanai, tikpat liels respondentu skaits atzīmējuši citu amata pienākumu pildīšanai veltīto laiku no 4 – 8 stundām (*skatīt 4 pielikuma 5. tabulu*).

Kā jau autore augstāk minējusi, vadītāju izglītība ir medicīnas jomā. Tādēļ autoresprāt lielākā daļa vadītāju turpina praktizēt savā specialitātē un iesaistās jauno speciālistu apmācībā. Darbs vadībā reti ir uz visu mūžu. Vadītāja amatu var ietekmēt vairāki organizācijas ārējās un iekšējās vides faktori: iestādes vai struktūras reorganizācija, darbinieku neapmierinātība, kompetences trūkums utt. Taču medicīniskās prakses uzturēšana var būt nepieciešama sertifikācijai un resertifikācijai izvēlētajā medicīnas specialitātē, kas dod tiesības praktizēt.

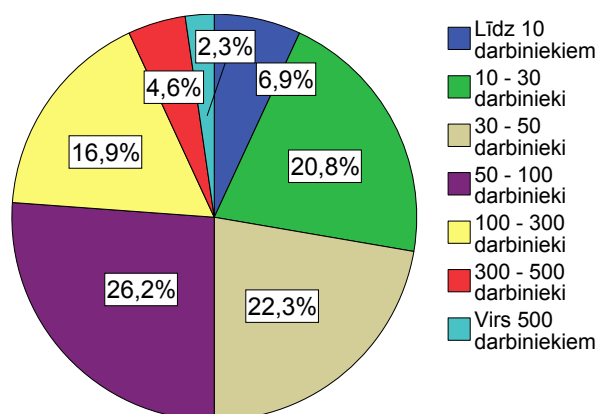
Vadītāja darba efektivitāti un iestādes darba kvalitāti nosaka vadītāja ieinteresētība savā darbā un organizācijas mērķu sasniegšanā. Vadītājs ir līderis, kura piemēram seko darbinieki. Ja vadītājs ir gandrīz visu darba dienu aizņemts, piemēram, operāciju zālē veicot ķirurga pienākumus, darbinieki var izmantot ļaunprātīgi vadītāja prombūtni un pret saviem darba pienākumiem izturēties pavirši. Tāpat vadītājs neredz, kas notiek viņa organizācijā un viņam liekas, ka viss apkārt ir tādā pat kārtībā, kā tajā struktūrā, kurā pāiet viņa darba dienas lielākā daļa. Zūd organizācijas darba efektivitāte un mazinās pakalpojumu kvalitāte, palielinās darbinieku visatļautība un mazinās vadītāja kontrole pār vadības un aprūpes procesiem organizācijā. Autoresprāt šādas situācijas risinājuma iespējas ir vairākas. Vienā no tām vadītājam jāplāno savs darba laiks savu tiešo amata pienākumu pildīšanai un jāizvēlas optimāls laiks savas praktiskās darbības kā speciālistam veikšanai. Šajā situācijā kā prioritāte savam darbam vadītājam jāizvēlas vadības procesu pilnvērtīga nodrošināšana.

Kā otrs risinājums, pēc autores domām, ir organizatoriskās struktūras izveide, kurā pārsvarā ir decentralizācijas princips. Tādējādi deleģējot pilnvaras un uzdevumus zemāka līmeņa vadītājiem. Taču arī šajā gadījumā vadītājam ir jāpatur lēmumu pieņemšana un daļēja procesu kontrole, tāpēc paliek spēkā optimālais laika sadalījums, ja nav iespējams atteikties no blakus darba amata pienākumiem.

Darbinieku skaits iestādē un vadītājam padoto darbinieku daudzums

Svarīgs organizatoriskās vadības struktūras raksturlielums ir darbinieku skaits organizācijā. Jo vairāk organizācijās strādā darbinieku, jo vairāk vadības līmeņu struktūrā izveidojas. Organizācijas vadītājs viens nevar pārvaldīt lielu skaitu cilvēkresursu un pārzināt pilnībā tās visus procesus. Tādēļ vadības procesu un struktūras analīzei autore izvēlējās anketā jautājumus par iestādes kopējo darbinieku skaitu un konkrētā vadītāja padotībā esošo darbinieku skaitu (*skatīt 2. pielikumu*). Dotie atbilžu varianti pamatojās uz pētījuma norisei izvēlēto Rīgas ārstniecība iestāžu skaitu un aptuveni tajās strādājošo darbinieku skaitu.

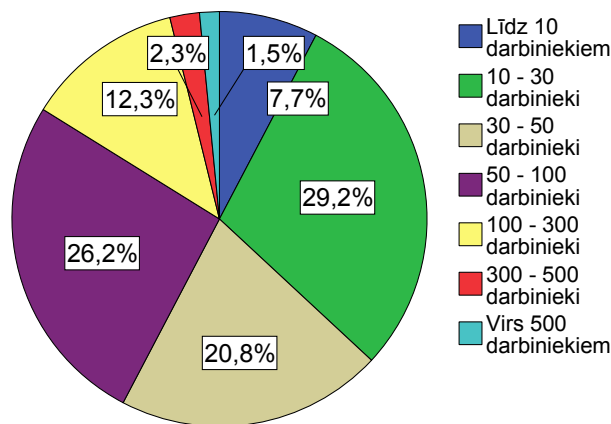
Aptaujā lielāko respondentu skaitu sastāda 26,2% vadītāji no organizācijām, kur darbinieku skaits ir no 50-100 (*skatīt 3.3. attēlu*). Vismazākais vadītāju skaits 2,3.% ir no organizācijām ar darbinieku skaitu virs 500, kā arī no iestādēm ar darbinieku skaitu līdz 10 aptaujā piedalījās 6,9.% vadītāju.



3.3.attēls. Darbinieku skaits Rīgas veselības aprūpes iestādēs 2006.gadā

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2005.g.,(n=130)

No iestādēm ar 10-30 darbiniekiem aptaujā piedalījās 20,8% vadītāji, tikpat liels skaits respondentu bija no iestādēm ar 30-50 darbiniekiem, bet no iestādēm ar 100-300 darbiniekiem aptaujā piedalījās 16,9 % vadītāji. Pēc autores vērtējuma šāds respondentu sadalījums ir atbilstošs aptaujāto iestāžu profilam un lielumam, jo aptaujā piedalījās vadītāji no 18 stacionāriem, bet pārējo respondentu daļu sastādīja ambulatoro iestāžu vadītāji.



3.4.attēls. Rīgas veselības aprūpes iestāžu vadītājiem padoto darbinieku skaits 2006.gadā

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2005.g., (n=130)

Visvairāk respondentu atzīmējuši tieši padoto darbinieku skaits no 10 līdz 30 darbiniekiem, t.i. 29,2% vadītāju (*skatīt 3.4. attēlu*). No 50 līdz 100 darbinieku padotībā ir gandrīz tikpat lielam skaitam vadītāju. 20,8% vadītāju atzīmējuši padoto darbinieku skaitu no 30 līdz 50, bet skaitā no 100-300 padotos darbiniekus atzīmējuši 12,3%. Vislielākais padoto darbinieku skaits ir 1,5% vadītājiem, t.i. virs 500 darbiniekiem. 2,3% vadītāji atzīmējuši padoto darbinieku skaitu 300-500, bet 7,7% vadītājiem padotie darbinieki ir skaitā līdz 10.

Autore secina, ka pētījumā piedalās lielākais skaits to vadītāju, kuru vadītajā struktūrā strādājošo darbinieku skaits ir robežās no 11-300 darbiniekiem, t.i. 86,2% vadītāji. Mazāks skaits vadītāju ir no iestādēm ar pavisam mazu darbinieku skaitu un vadītāju no strukturāli lielām veselības aprūpes organizācijām. Autoresprāt iegūto datu interpretācija par vadītājiem padoto darbinieku skaitu var norādīt uz vairākiem faktoriem:

1. Vadītājiem nav skaidra izpratne par jēdzienu „padotība”. Par to liek domāt līdzīgi atzīmētais kopējais iestādes darbinieku skaits un padoto darbinieku skaits (*skatīt 2. pielikumu*). Vairāki vadītāji uzskata, ka visi iestādē strādājošie darbinieki ir viņam tieši pakļauti. Taču veselības aprūpes organizācijās Rīgā starp augstākā līmeņa vadītāju un zemākās struktūras darbinieku pastāv vairāki līmeņi, tādējādi veidojot mehānisko struktūras modeli.
2. Atsaucoties uz augstāk minēto datu potenciālu sakritību, var pieņemt, ka veselības aprūpes iestādēs pastāv lineāra struktūra, kuru tieši vai netieši vada augstākā līmeņa vadītāji.

Dati norāda arī uz to, ka pētījumā piedalās tikai 32 vidējā līmeņa vadītāji, pārējie 98 respondenti sevi atzīmējuši kā augstākā līmeņa vadītāji, bet augstākā līmeņa vadītājiem pie optimāli izstrādātas struktūras modeļa ir sadalītas pilnvaras starp zemāka līmeņa vadītājiem. Pēc autores vērtējuma pie efektīvas vadības struktūras tik liels padoto skaits augstākā līmeņa vadītājam netiktu atzīmēts. Taču, kā jau literatūras teorētiskajā analizē darba otrajā daļā autore atzīmējusi, lineārā struktūrā vadītāji nespēj ietvert ietekmes jomā visus pakalpojuma nodrošināšanas jautājumus. Tādējādi neefektīvas vadības rezultātā var pazemināties sniegtā pakalpojuma kvalitāte un racionalitāte, kas var ietekmēt pakalpojuma pieejamību.

Apmierinātība ar darbu

Ar savu darbu apmierināti ir lielākā daļa aptaujāto respondentu, t.i. 72,3% (*skatīt 4. pielikuma 17. tabulu*). Pēc autores vērtējuma ar veicamo darbu apmierināts darbinieks var būt ieinteresēts sava darba rezultātos un organizācijas mērķu sasniegšanā. Vadītāji, kā biežāk minēto iemeslu būt apmierinātam ar savu darbu, minējuši *varu un rutīnu*. Autoresprāt ierastais darbs rada vadītājos drošības sajūtu un pārliecību par sevi, savukārt vara ir procesu un lēmumu ietekmes līdzeklis. Kā nākamā prioritāte apmierinātībai ar darbu tika minēta komandas darba vadība, kura ierindojās 4 vietā. Komandas darba vadība arī ir sava veida varas izpausme. 5. vietā tika ierindots konkrēts darba laiks, kurš ir viens no laika menedžmenta faktoriem. Konkrēta darba laika nosacījumi palīdz plānot vadītājam darba dienu, noteikt prioritātes: ko darīt vispirms un ko atstāt vēlākam laikam, tādējādi nodrošinot radošus un efektīvus vadības procesus.

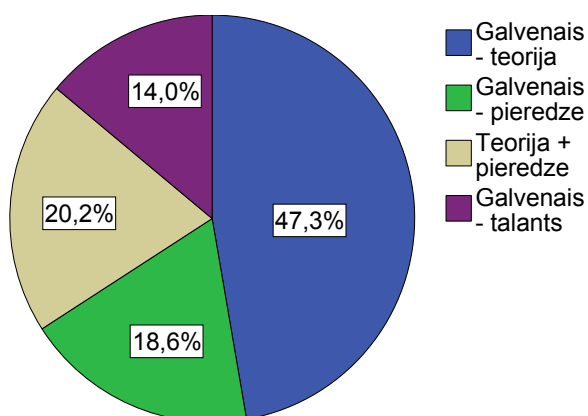
Amata ietekmīgums, dienesta privilēģijas un iestādes prestižs, kā faktori apmierinātībai ar darbu, ierindojās no 6 līdz 8 vietai. Radošs darbs, kompetence un iestādes darbības procesu ietekmēšana tika ierindoti no 9 līdz 11 vietai. Šie apmierinātību ar darbu raksturojošie faktori norāda uz vadītāja darba ikdienas komponentiem. Organizatoriskais darbs un iestādes darbības un vadības procesu virzīšana uz noteikto mērķu sasniegšanu, prasa no vadītāja zināšanas un kompetenci vadībā. 39,2% respondenti zināšanas vadībā novērtējuši kā pilnīgi pietiekamas, turpretī, autoresprāt organizatoriskā darba un kompetences ieviešana apmierinātībai ar darbu tikai 9-11 vietās nerada pārliecību par respondentu pilnvērtīgām zināšanām vadības procesos. Karjeras iespējas, motivējošais atalgojums un veselības aprūpes politika ir viszemāk vērtētie apmierinātības ar darbu faktori. Vadītāju darba algas medicīnas jomā nav līdzvērtīgas uzņēmējdarbības jomā strādājošajiem vadītājiem. Tāpēc ir saprotams respondentu atzīmētais motivējošā atalgojuma faktors kā viens no zemākajiem. Augstākā līmeņa vadītāja karjeras iespējas

bieži vien sasniegušas augstāko punktu, tādēļ iespējas izaugsmei organizācijas ietvaros un ārpus tās ir ierobežotas. Pārmaiņas veselības aprūpes politikā organizāciju vadītājiem izvirza jaunus uzdevumus, kuru izpildei nepieciešamas iemaņas un zināšanas vadībā.

26,9% respondentu atzīmējuši, ka nav apmierināti ar savu darbu. Kā biežākos iemeslus neapmierinātībai vadītāji minējuši grūtības organizēt savu darbu, kā arī norādījuši, ka vadītāja amatam nav ietekmes uz procesiem veselības aprūpes sistēmā. Autore secina, ka šie dati sasaucas ar augstāk minēto vismazāk svarīgo apmierinātības ar darbu iemeslu - veselības aprūpes politiku. Kā nākamās neapmierinātības ar darbu iemeslus respondenti minējuši nepietiekamas zināšanas, kompetences trūkumu un neatbilstošu atalgojumu, ierindojoš tos no 4 līdz 7 prioritārās secības vietai. Pēc autores vērtējuma šie dati arī norāda uz izglītības programmas veselības aprūpes vadībā veidošanas nepieciešamību. Vismazāk svarīgie neapmierinātībai ar darbu atzīmētie iemesli ir: rutīna, konkrēts darba laiks un karjeras iespēju trūkums.

Nosacījumi laba vadītāja tēlam

Kā galveno priekšnosacījumu laba vadītāja tēlam 47,3% respondenti izvēlējušies teorētiskās zināšanas (*skatīt 3.5. attēlu*).



3.5. attēls. Priekšnosacījumi „laba vadītāja” tēlam veselības aprūpes iestādēs Rīgā 2006. gadā

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2005.g., (n =130)

20,2% vadītāji uzskata, ka nepieciešama teorija un papildus pieredze, bet nedaudz mazāks skaits vadītāju atzīmējuši kā galveno priekšnosacījumu - pieredzi. Samērā neliels skaits (14%) respondentu uzskata, ka nav svarīgas ne teorētiskās zināšanas, ne pieredze, bet gan talants būt vadītājam. Neskatoties uz to, ka kā galveno nosacījumu būt par labu

vadītāju lielākais respondentu skaits atzinis teorijas nepieciešamību, autoresprāt iegūtie dati norāda uz nepilnīgi iegūtām teorētiskām zināšanām vadītāju vidū.

Vadītāja darbā kā *vispieņemamāko faktoru organizācijas mērķu sasniegšanai* 40% respondenti norādījuši, ka vadītājam maksimāli jā rūpējas par darba rezultātiem, bet minimāli jā rūpējas par darbiniekiem (*skatīt 4. pielikuma 18. tabulu*). Nedaudz mazāks skaits vadītāju uzskata, ka vadītājam jārod kompromiss starp darba rezultātu vai darbinieku vajadzībām un rūpēm par būtiskāko organizācijas darbības procesu. 23,8% respondentu uzskata, ka vadītājs maksimālu darba rezultātu var sasniegt izteikti rūpējoties par darbiniekiem. Autoresprāt iegūtie dati norāda uz nepietiekamu darbinieku motivācijas nozīmes izpratni veselības aprūpes iestādēs. Vadītāju bieži interesē darba rezultāti, bet mazāka interese tiek pievērsta darbinieku vajadzībām, lai darba rezultāts tiktu īstenots. Ar pareizi izvēlētu motivācijas palīdzību iespējams novērst vājās puses organizācijas darbībā, tās pārvēršot par stiprajām. Piemēram, iestādes vadība pieprasa struktūrvienību vadītājiem iesniegt attiecīgās struktūrvienības attīstības plānu. Vadītāju apmācība par attīstības plāna veidošanu pirms tam nav veikta, taču vairākas reizes atkārtoti tiek pieprasīts iesniegt plānu atbilstoši izvirzītajam prasībām, apmācību tā arī nenodrošinot. Taču organizācijas vadītājam, neiedziļinoties darbinieku vajadzībās - nepieciešamo zināšanu un izpratnes nodrošināšanā, ir nepieciešams tikai un vienīgi darba rezultāts – struktūrvienības attīstības plāns.

Cilvēkresursu trūkums skar pārsvarā visas veselības aprūpes iestādes. Kā viens no galvenajiem speciālistu trūkuma iemesliem tiek uzskatīta samērā zemā darba samaksa. Pēc autores vērtējuma bieži netiek ņemta vērā organizācijas iekšējo motivējošo faktoru nozīme, t.sk. arī zināšanu un prasmju veicināšana darba procesa efektivitātes uzlabošanai.

Vadības funkcijas

Respondenti savā darbā kā svarīgāko vadības funkciju atzīmējuši stratēģijas nodrošināšanu, kuras pamatā ir stratēģiskā plānošana. Viens no stratēģiskās plānošanas rezultātiem ir reorganizācija. Ņemot vērā veselības aprūpes politikas ietekmi uz veselības aprūpes iestādēm, vadītājiem patreiz pārmaiņu laikā viena no svarīgākām funkcijām ir iestādes mērķu un darbības virzienu plānošana, nodrošinot organizācijas tālāko funkcionēšanu pārmaiņu apstākļos. Kā otru svarīgāko funkciju vadītāji izvirzījuši citu amata pienākumu izpildi un darbu ar dokumentāciju. Organizācijas stratēģijas un efektīvas struktūras izveidošana ir saistīta ar normatīvo dokumentu studēšanu un izstrādi, organizācijas plānu veidošanu. Autoresprāt tas skaidrojams ar lietvedības funkcijas aktualitāti vadītāju darbā. Citu amatu pienākumu izpilde, kā viena no svarīgākajām

funkcijām vadītāja darbā, saistīta ar jau minēto praktisko darbu savā pamatspecialitātē. Pēc autores vērtējuma minētais faktors var tieši ietekmēt vadības procesu neefektīvu vadību. Kā trešo svarīgāko funkciju kopu respondenti atzīmē organizēšanu, kontroli un konfliktu risināšanu. Organizēšana un kontrole ir būtiskas vadības funkcijas, kuras vadītājiem vēlams bija atzīmēt augstākās pozīcijās. Konfliktu risināšana vadītājiem mēdz aizņemt daudz laika un tās atzīmētais svarīgums norāda uz neefektīvu pilnvaru deleģēšanu un atbildības sadali zemāka līmeņa vadītājiem. Tādējādi struktūrvienību vadītājiem būtu jāuzņemas lielāka atbildība pār visiem procesiem, kas noris viņu vadītajā struktūrā. Kā mazāk svarīgas funkcijas viņu darbā atzīmētas deleģēšana, personāla izglītošana un finansu aprēķinu veikšana. Vismazāk svarīga funkcija vadītāju darbā atzīmēta savas karjeras veicināšana. Autore secina, ka augstāk minētie dati norāda uz respondentu nepieciešamību pēc varas, izvēloties to kā vienu no galvenajiem faktoriem apmierinātībai ar darbu. Veselības aprūpes organizācijas ir pārsvarā centralizētas organizācijas, kurām raksturīga varas koncentrēšana un varas piešķiršana augstākā līmeņa vadītājiem. Tādēļ, pēc autores vērtējuma, deleģēšanas funkciju respondenti atzīmējuši kā mazāk svarīgu. Inteliģentas organizācijas spēj piemēroties mainīgajiem apstākļiem un personāla izglītošana ir viena no tās komponentēm. Respondentu atbildēs par svarīgāko faktoru mērķa sasniegšanai norādītas maksimālās rūpes par darba rezultātiem, bet minimālas rūpes par darbiniekiem, kā arī personāla izglītošana, kā atzīmētā mazāk svarīga funkcija vadītāja darbā, pēc autores domām, norāda uz personāla vajadzību nepietiekamu izpratni. Mūsdienīgās organizācijās vadītājam jāsniedz nepieciešamās prasmes un zināšanu nodrošināšana darbiniekiem. Organizāciju struktūrvienību darbības un vadības funkcijas ir savstarpēji saistītas un veido organizācijas vadības sistēmas pamatu. Kā viena no būtiskākajām vadības funkcijām ir plānošanas funkcija, kuru kā svarīgāko vadīšanas procesa funkciju atzīmējuši 43,1% respondenti (*skatīt 3.2.tabulu*).

3.2.tabula

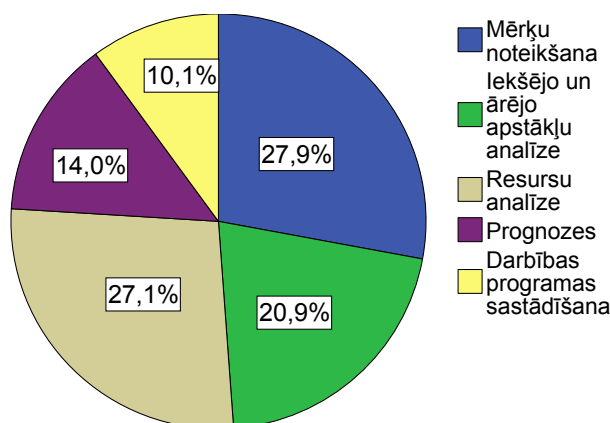
Respondentu atzīmētās svarīgākās vadīšanas funkcijas veselības aprūpes iestādēs Rīgā 2006.gadā

Vadīšanas funkcijas	Respondentu skaits	Respondentu īpatsvars %
Plānošana	56	43,1
Kontrole	28	21,5
Organizēšana	28	20,8
Motivēšana	19	13,8

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2005.g., (n =130)

Organizācijas personālu un struktūrvienību mudinātu aktīvai darbībai kopēju mērķu sasniegšanai, vadītājam nepieciešams nodrošināt motivāciju, kuru kā svarīgāko vadības funkciju atzīmējuši 13,8% vadītāji. Savukārt kontroles funkcija palīdz savlaicīgi atklāt novirzes organizācijas veiktajā plānā, kuru kā svarīgāko vadības funkciju uzskata 21,5% respondenti. Organizēšanas funkcija nodrošina resursu racionālu izmantošanu organizācijas mērķu sasniegšanai, kuru kā svarīgāko funkciju atzīmējuši 20,8% vadītāji.

Kā svarīgākās plānošanas funkcijas savā vadītāja darbā 27,9% respondenti atzīmējuši mērķu noteikšanu, tikpat liels skaits respondentu atzīmējuši - resursu analīzi, nedaudz mazāks skaits respondentu atzīmējuši - iekšējo un ārējo apstākļu analīzi, 14% respondenti atzīmējuši - prognozēšanu, bet 10,1% – darbības programmas sastādīšanu (skatīt 3.6. attēlu).



3.6. attēls. Vadītāju atzīmētā plānošanas funkcija veselības aprūpes iestādēs 2006. gadā

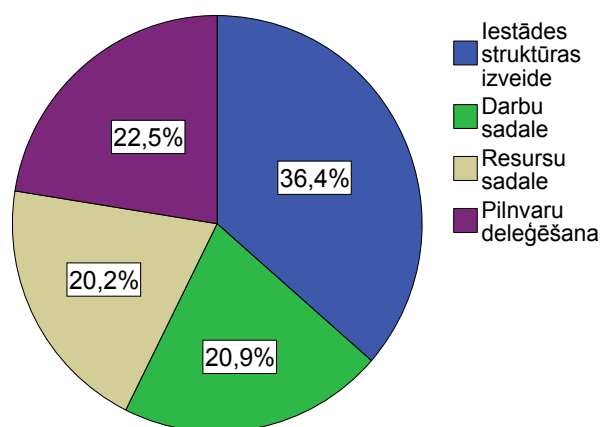
Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2005.g., (n = 130)

Vadītāju darbā *plānošanas veidi* var būt dažādi (skatīt 3.6.attēlu). Aptuveni puse vadītāju kā noteicošo plānošanas veidā ir izvēlējušies mērķu noteikšanu un resursu analīzi, kuras pārmaiņu ietekmē organizācijās ir ļoti būtiskas efektīvas un racionālas darbības nodrošināšanā. Arī iekšējās un ārējās vides apstākļu izpēte un analīze ir būtiska organizācijas draudu un iespēju noteikšanai un palīdz vadītājam pieņemt lēmumu efektīvākas vadības struktūras izveidei un pakalpojumu nodrošināšanai, kā arī palīdz izdzīvot organizācijām konkurences apstākļos. Prognozēšana un darbības programmas sastādīšana palīdz vadītājiem pieņemt lēmumus. Autore secina, ka mērķu noteikšana, situācijas un resursu analīze ir visvairāk izmantotās plānošanas funkcijas vadītāju darbā.

Organizēšanas funkciju īstenošanā vairāk kā divas trešdaļas respondentu atzīmējuši iestādes struktūras izveidi (skatīt 3.7.attēlu). Pēc autores vērtējuma iegūtie dati ir saskaņā ar pārmaiņām veselības aprūpes sistēmā, kuras ietvaros iestādes tiek

reorganizētas un veidotas jaunas apvienības. Tādēļ vadītāju svarīgākā funkcija ir organizāciju struktūras izveide. Darbu un resursu sadale, pilnvaru deleģēšana ir atzīmēta ļoti līdzīgās proporcijās. 20,2% respondentu atzīmētā darbu sadale un 22,5% respondentu atzīmētā pilnvaru deleģēšana norāda uz konkrētu darba dalīšanu un vadības apjoma noteikšanas procesiem organizācijās. Pēc autores vērtējuma iegūtie dati liecina par iespējamu decentralizācijas principa veidošanos organizācijās, kas varētu sekmēt vadības procesu efektivitāti tajās. 20% respondentu atzīmētajā resursu sadalē nav konkretizēts resursu veids, tādēļ ir grūtu spriest par sadalīto resursu veidiem.

Autoresprāt sakarā ar ierobežotu cilvēkresursu daudzumu lielākajā daļā veselības aprūpes organizāciju, lai varētu nodrošināt pakalpojuma pieejamību un nodrošināšanu, iespējams tiek veikta personāla resursu sadale konkrētās organizācijas struktūrvienību ietvaros.



3.7.attēls. Vadītāju atzīmētā organizēšanas funkcija veselības aprūpes iestādēs 2006. gadā

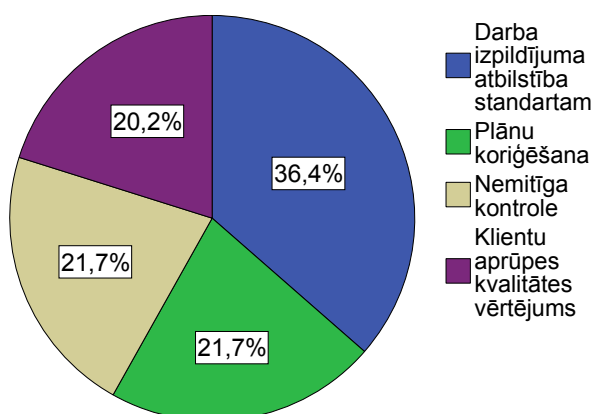
Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2005.g., (n =130)

Motivēšanas funkciju (skatīt 4. pielikuma 20. tabulu) vairāk kā divas trešdaļas respondentu atzīmējuši kā darbinieku vadīšanu. Motivēšana ir darbinieku stimulēšana, lai darbinieks būtu ieinteresēts veikt attiecīgo darbu organizācijas un personīgo mērķu sasniegšanai. Autore secina, ka iepriekšējo jautājumu atbilžu varianti par motivāciju parādīja ne visai skaidru vadītāju izpratni par to un zemu motivācijas jēdziena vērtējumu vadības procesā. Autoresprāt tas skaidrojams ar sociālisma laika īpatnībām, kad motivācijas noteicošais faktors bija darba alga, kura tika maksāta pēc tarifu-likmju darba apmaksas sistēmas. Pārējās respondentu atbildes par motivēšanas funkciju ir atzīmētas ļoti līdzīgās proporcijās. 22,3% respondentu atzīmējuši darbinieka pārliecināšanu, tikpat liels skaits respondentu atzīmējuši darbinieka kā personības novērtēšanu, 20% respondentu

atzīmējuši kā galveno motivācijas faktoru - darba vides nodrošināšanu. Autorsprāt šie atbilžu varianti nosaka A.Maslova motivēšanas teorijas principu pielietošanu vadītāju darbā, jo teorētiski tiek nodrošinātas darbinieku vajadzības pēc atzīšanas, drošības un fizioloģisko vajadzību kā darba vides faktoru nodrošināšanas. Taču respondentu iepriekšējās atbildēs par svarīgāko faktoru organizācijas mērķa sasniegšanai norādītas maksimālās rūpes par darba rezultātiem, bet minimālas rūpes par darbiniekiem. Tādēļ iespējams pieņemt, ka vairākiem respondentiem ir teorētiska izpratne par motivācijas jēdzienu, bet tai nav praktiskais pielietojuma vadītāja darbā.

Kontroles funkcija

Vairāk kā divas trešdaļas respondentu kontroles funkciju raksturojuši kā darba izpildījuma atbilstību standartam, kurš ir viens no kontroles procesa posmiem. Šajā posmā vadītājam jānoskaidro, cik lielā mērā sasniegtie rezultāti atbilst iecerētajiem. Taču, pēc autore vērtējuma nav skaidrs vai tālāk iegūto rezultāti tiek novērtēti, vai arī šajā posmā kontroles process apstājas.



3.8.attēls. Vadītāju atzīmētā kontroles funkcija veselības aprūpes iestādēs 2006. gadā

Avots: autore analīze, pamatojoties uz autore veikto aptauju 2005.g., (n = 130)

Tikai 20% no aptaujātajiem respondentiem, kā savā darbā pielietoto kontroles funkciju, atzīmējuši klientu aprūpes kvalitātes vērtējumu (*skatīt 3.8. attēlu*). Autore uzskata, ka šie dati norāda, ka vadītāji nepietiekami pievērš uzmanību iestādē sniegto pakalpojumu kvalitātei.

Vienlīdzīgs respondentu skaits uzskata, ka vadītāja darbā atbilstošas kontroles funkcijas ir plānu koriģēšana un nemitīga kontrole. Autore sprāt nemitīga kontrole var radīt darbiniekos stresu un neticību savam darba rezultātam, savukārt plānu koriģēšana ir viens no kontroles

posmiem, pielietojams situācijās, kad nepieciešams novērst novirzes no mērķu sasniegšanas. Ja plāni tiek koriģēti nepārtraukti, nav skaidra organizācijas darbība un tajā var iestāties haoss. Autore secina, ka iegūtie dati norāda uz nepilnībām kontroles procesā. Galvenās **vadītāju lomas** veselības aprūpes organizācijās parādītas 3.3. tabulā.

3.3. tabula

Vadītāju loma veselības aprūpes iestādēs Rīgā 2006.gadā

Vadītāja loma	Respondentu skaits	Respondentu īpatsvars %
Galvenā organizatora	28	21.5
Koordinatora	26	20.0
Līdera	19	14.6
Darbības koordinatora	15	11.5
Uzņēmēja	13	10.0
Informācijas koordinētāja	11	7.7
Resursu sadalītāja	9	6.9
Pārrunu vadītāja	9	6.9

Avots: Autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2005.g., (n = 130)

Kā svarīgākās vadītāja lomas respondenti atzīmējuši organizatora un koordinatora. Tās vairāk saistītas ar vadītāja pienākumu pildīšanu, vairāk liekot uzsvāru uz ārējo vidi: piedalīšanās apspriedēs, sarakste ar citām organizācijām, prezentācijas u.c.. Pēc autores vērtējuma koordinētāja lomas darbību iestādē pierāda arī respondentu atzīmētā lietvedība, kura bija noteikta kā otrā svarīgākā funkcija vadībā. Trešā vietā 14,6% respondenti ierindojuši līdera lomu. Organizāciju darbībā pārmaiņu laikā ir nepieciešams vadītājs kā līderis, kurš spētu pārliecināt un iedrošināt darbiniekus pārmaiņu procesam un, kuram darbinieki varētu uzticēties. Darbības koordinatora un uzņēmēja lomas ir raksturīgas pārmaiņu periodā. Vadītājs ir atbildīgs par organizācijas darbības koriģēšanu būtisku izmaiņu procesā. Veselības aprūpes organizāciju vadītājiem ir jāmeklē iespējas pakalpojumu efektivitātes paaugstināšanai un sabiedrības pieprasījuma nodrošināšanai. Pēc autores domām, tā kā veselības aprūpes sistēmas pārmaiņu procesā ir iesaistītas lielākā daļa veselības aprūpes iestādes Rīgā, tad respondentu atzīmētās vadītāja lomas: organizatora, koordinatora, līdera, darbības koordinatora un uzņēmēja, pamatotas uz organizāciju iesaistīšanos tajās. Taču vadītāju lomas ir savstarpēji saistītas un var tikt

piemērotas atbilstoši konkrētai situācijai. Autoresprāt iespējams, ka tas varēja būt kā iemesls, kas respondentiem sagādāja grūtības atbildes izvēlē, līdz ar to sniegto atbilžu procentuālais lielums ir nedaudz atšķirīgs.

Vadīšanas metodes

Kā biežākās vispieņemamākās *vadīšanas metodes* savā darbā 23,8% respondentu atzīmējuši materiālo stimulēšanu un tikpat liels skaits respondentu atzīmējusi priekšrakstu pildīšanu (*skatīt 4. pielikuma 21. tabulu*). Vadītājiem veselības aprūpes sistēmas politikas pārmaiņu ietvaros ir jāpiemēro organizācija darbība arvien jaunām prasībām un noteikumiem. Autoresprāt tādēļ lielākā daļa respondentu ir atzīmējuši priekšrakstu pildīšanu. Pēc iegūtajiem datiem, autore secina, ka materiālā motivācija ir pārsvarā pār darbinieku zināšanu un prasmju veicināšanu. Minētais fakts arī tika pierādīts respondentu atbildēs par motivēšanas funkciju. Tajā pat laikā personāla materiālā stimulēšana ir viens no cilvēkresursu piesaistīšanas veidiem, kurš veselības aprūpes iestādēs ir viens no būtiskākajiem. Ne mazāk svarīgs ir iestādes psiholoģiskais klimats, kuru vadīšanā kā būtiskāko izvēlējušies tikai 14,6% respondenti. Iemesli speciālistu aiziešanai no darba veselības aprūpes organizācijās nav tikai darba samaksa un veselības aprūpes politikas ietekme, bet arī savstarpējās darbinieku un vadītāju attiecības, darba apstākļi un motivācijas faktori. Tikai 11,5% respondentu savā atbildēs ir norādījuši, ka ievēro darbiniekus, 6,2% respondenti norādījuši kopīgu pasākumu organizēšanu darbiniekiem, bet 3,8% respondenti norādījuši, ka iesaistās pārrunās ar darbiniekiem. Autore secina, ka ne visi vadītāji pietiekami pievērš uzmanību darbiniekiem, kā to arī pierādīja dati par vispieņemamāko faktoru organizācijas mērķu sasniegšanai, 40% respondentiem norādot, ka vadītājam maksimāli jā rūpējas par darba rezultātiem, bet minimāli jā rūpējas par darbiniekiem.

36,9% respondenti norādījuši, ka piešķir pilnvaras un koncentrē varu augstākā līmeņa vadītājiem, tikpat liels skaits norādīja, ka tās piešķir vidējā līmeņa vadītājiem. Taču pilnvaru piešķiršanu un varas koncentrēšanu augstākā un vidējā līmeņa vadītājiem, atbilstoši kompetencei atzīmējuši 24,6% respondentu. Tā kā anketas jautājumos nebija ietverta atbildes, kurā bija iespējams izvēlēties citu variantu, tad respondenti ir atbildējuši uz visiem iespējamiem variantiem. Arī jautājumā par organizācijas funkciju īstenošanu tikai 22,3% respondenti atzīmējuši pilnvaru deleģēšanu. Pēc autores vērtējuma šis fakts norāda uz konkrētu darba dalīšanu un vadības apjoma noteikšanas procesiem organizācijās un iespējamu decentralizācijas principa veidošanos tajās. Taču ņemot vērā faktus, ka vadītāji iemeslu būt apmierinātam ar savu darbu biežāk min *varu un rutīnu*, kā arī faktu, ka

veselības aprūpes organizāciju struktūra pārsvarā ir lineāri funkcionāla un centralizēta, tad tik liels šajā jautājumā norādīto atbilžu procents pilnvaru un varas deleģēšanai ir maz ticams. Tādēļ, autoresprāt šo datu atbilstība patiesajai situācijai vadības procesos ir apšaubāma.

Pārmaiņas

Simtprocentīgi visi respondenti apstiprinājuši, ka viņu iestādē pēdējo gadu laikā ir notikušas pārmaiņas (*skatīt 3.4. tabulu*). Gatavi pārmaiņām bijuši 56,2% vadītāji, pārējos 43,8% aptaujātos vadītājus pārmaiņas skārušas nesagatavotus (*skatīt 4. pielikuma 22. tabulu*).

3.4.tabula

Pārmaiņu veidi Rīgas veselības aprūpes iestādēs 2006.gadā

Pārmaiņu veids	Respondentu skaits	Respondentu īpatsvars %
Darbinieku maiņa	25	19.2
Valsts reforma	20	15.4
Iestādes vadības maiņa	19	13.8
Procesu maiņa	15	11.5
Iestādes attīstība	15	11.5
Pakalpojumu maiņa	14	10.8
Izmaiņas finansējumā	9	6.9
Normatīvo aktu maiņa	7	5.4
Darbinieku izaugsme	5	3.8
Konkurentu ietekme	1	0.8

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2005.g., (n =130)

Respondentu atzīmētajās atbildēs visvairāk iestādes skārušas pārmaiņas personāla sastāvā. To pierāda arī fakts, ka veselības aprūpes sistēmā ir cilvēkresursu trūkums, iestādēs trūkst māsas, ārsti un māsu palīgi. Otrā vietā ierindojas veselības aprūpes sistēmas reforma, kura skārusi 15,4% veselības aprūpes iestādes Rīgā. Līdz ar veselības aprūpes reformu ietekmi uz organizācijām, 13,8% iestādēs notikusi vadības struktūras maiņa. Veselības aprūpes sistēmas reformas rezultātā iestādēm ir jāplāno sava tālākā attīstība un jāveic vadības un darbības procesos izmaiņas, kā to norādījuši 11,5% respondenti. Veicot izmaiņas darbības procesos, jādomā par veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu atbilstoši pieprasījumam un iedzīvotāju vajadzībām. Pārmaiņas veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanā atzīmējuši 10.8% vadītāji.

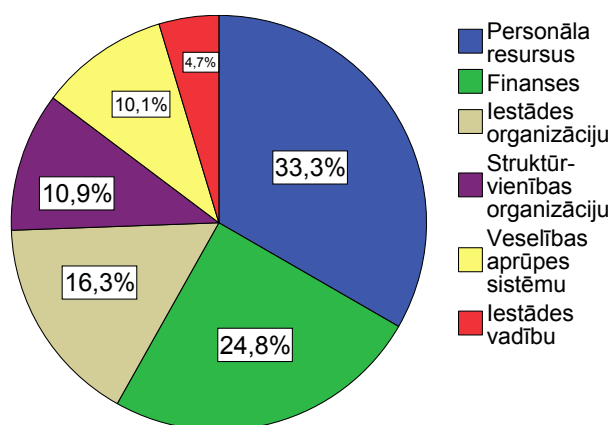
6,9% veselības aprūpes iestādes ir skārušas izmaiņas finansējumā. Veselības aprūpes finansējums pēdējo divu gadu laikā ir mainījies, palielinot darba samaksu ārstniecības personām, 2006.gadā paaugstināts finansējums arī ģimenes ārstiem, kā arī valdība modernizācijas plāna ieviešanai ir piešķīrusi līdzekļus veselības aprūpes iestādēm visā valstī, t.sk. arī Rīgā.

5,4% respondenti ir atzīmējuši iestādē normatīvo aktu maiņu. Tas vairāk skāris iestādes, kuras reorganizācijas rezultātā izveidotas par apvienībām, jo mainījies ir organizācijas nosaukums, juridiskā adrese un iekšējās vides dokumentācija.

Darbinieku izaugsme ir atzīmējuši tikai 3,8% respondentu. Autoresprāt šis fakts kārtējo reizi sniedz iespēju pārliecināties, ka pārāk maz vadītāju pievērš uzmanību darbiniekiem un viņu spējām. Darbinieku izaugsme profesionālā jomā notiek katrā iestādē, taču ne vienmēr vadītāji par to tiek informēti, kā arī bieži paši izrāda niecīgu interesi par personālu.

Viens respondents ir norādījis uz konkurentu ietekmi, kā rezultātā iestādē ir veiktas pārmaiņas. Konkurencei tirgus apstākļos tika pakļautas privātās struktūras. Taču sistēmas reformas rezultātā katrai veselības aprūpes iestādei būs jāņem vērā tirgus konkurences apstākļi un jāplāno sniegtie pakalpojumi, atbilstoši klientu pieprasījumam un situācijai.

Vadītāji norādījuši savās atbildēs sfēru veselības aprūpē, kuru, pēc viņu domām, **pārmaiņas ietekmējušas visvairāk** (skatīt 3.9.attēlu).



3.9.attēls. Veselības aprūpes sistēmā veikto pārmaiņu ietekme uz Rīgas veselības aprūpes iestāžu sfērām 2006.gadā

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2005.g., (n =130)

Visvairāk pārmaiņas skārušas cilvēkresursus, to atzīmējuši 33,3% vadītāji, ko arī pierāda patreizējā situācija veselības aprūpē. 24,8% atzīmējuši, ka pārmaiņas skārušas

finansējumu veselības aprūpē. 2006.gadā valdība modernizācijas plāna ieviešanai ir piešķīrusi vairāk nekā piecus miljonus latu. Šie līdzekļi tika piešķirti vienmērīgi ārstniecības iestādēm visā valstī, vairāk līdzekļu atvēlot lielākajām ārstniecības iestādēm. 16,3% respondentu norādījuši, ka pārmaiņas ietekmējušas veselības aprūpes iestāžu organizāciju, bet 10,9% respondenti atzīmējuši - struktūrvienību organizāciju. 4,7% respondenti norādījuši, ka pārmaiņas skārušas, galvenokārt, iestādes vadību. Reformu ietekmē izveidotas veselības aprūpes organizācijas ar jaunu vadības struktūru un jauniem mērķiem.

Pārmaiņu rezultātā, pārskatot organizācijas sniegtos pakalpojumus, struktūrvienības, pēc kuru sniegtajiem pakalpojumiem nav bijis pieprasījums vai tam bijusi zema kvalitāte, pārveidotas par efektīvākām un peļņu nesošām. 10,1% respondenti uzskata, ka pārmaiņas ir ietekmējušas veselības aprūpes sistēmu kopumā.

Apmēram puse aptaujāto iestāžu vadītāji, kuri nav bijuši gatavi pārmaiņām, uzrādījuši problēmas pārmaiņu procesa īstenošanā, ar kurām viņiem nācies saskarties (*skatīt 3.5.tabulu*).

3.5. tabula

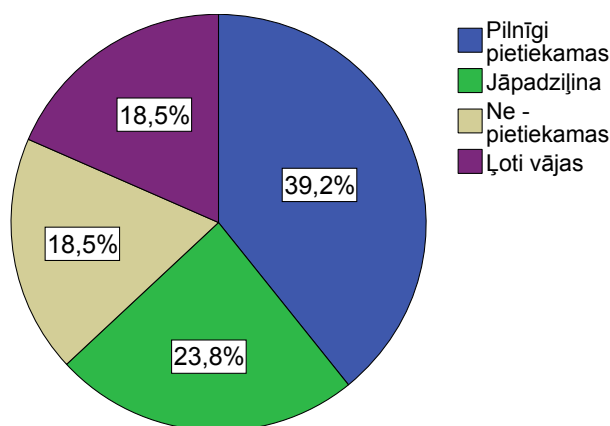
Problēmas pārmaiņu procesa īstenošanā Rīgas veselības aprūpes iestādēs 2006.gadā

Problēma	Respondentu skaits	Respondentu īpatsvars %
Trūka kompetences	13	10.0
Pārmaiņas bija nevajadzīgas	12	9.2
Personāla neiesaistīšana	9	6.9
Informācijas trūkums	6	4.6
Liels uzdevumu apjoms	6	4.6
Pārāk strauja norise	4	3.1
Identitātes zudums	3	2.3
Atbalsta trūkums	2	1.5
Pretestība	1	0.8

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2005.g., (n =56)

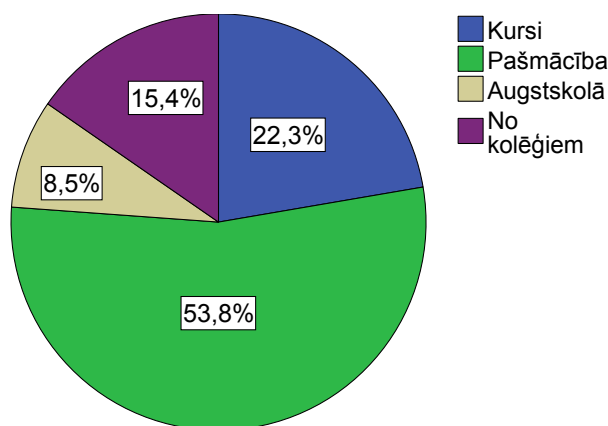
10% respondentu atzīmējuši, ka viņiem trūka kompetences pārmaiņu procesa īstenošanā organizācijā. Kompetence sevī ietver pilnvaru apjomu, pieredzi un zināšanas. Vairāk kā divas trešdaļas vadītāju uzskatījuši, ka viņu zināšanas ir pietiekamas (*skatīt 3.10.attēlu*). Puse aptaujāto vadītāju norādījusi, ka zināšanas par vadību ir nepilnīgas un vājas. Zināšanas par vadību 22,3% vadītāji ieguvušiursos un 8,5% vadībzinību izglītības iestādē. 53,8% vadītāji zināšanas par vadības procesiem ieguvuši pašmācības ceļā un

15,4% no kolēģiem (*skatīt 3.11.attēlu*). Viens no neapmierinātības ar darbu iemesliem arī minēts nepietiekamas zināšanas un kompetences trūkums.



3.10.attēls. Veselības aprūpes iestāžu Rīgā vadītāju pašvērtējums zināšanām pārmaiņu nodrošināšanā 2006.gadā

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2005.g., (n =130)



3.11.attēls. Vadības zināšanu apgušanas veids Rīgas veselības aprūpes iestāžu vadītājiem 2006.gadā

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2005.g., (n =130)

Pārmaiņu īstenošanai viens no svarīgākajiem nosacījumiem ir zinošs vadītājs. Plānojot pārmaiņas nepieciešams paredzēt tajās iesaistīto darbinieku apmācību. Autore secina, ka pirms pārmaiņu uzsākšanas nav bijusi pietiekami nodrošināta vadītāju sagatavošana, jo puse aptaujāto vadītāju zināšanas par vadības procesiem ir apguvuši pašmācības ceļā.

Pavisam neliela daļa vadītāju uzskata, ka pārmaiņas bija nevajadzīgas. Iespējams, ka viens no iemesliem bija ierastā darba rutīna. Minētais fakts arī tika uzrādīts atbildēs, kurās, kā biežāk minēto iemeslu būt apmierinātam ar savu darbu, vadītāji minēja rutīnu. Ierastais darbs rada vadītājos drošības sajūtu un pārliecību par sevi, jo pastāv jau zināmas darbības un kompetence, kas ikdienā ļauj kontrolēt un paredzēt situācijas. Pārmaiņas liek vadītājam mainīties līdz ar procesiem organizācijā un piemēroties jaunām prasībām, sarežģītākiem uzdevumiem.

6,9% respondentu uzskata, ka problēmas pārmaiņu īstenošanā radīja personāla neiesaistīšanās tajā. Taču par iestādes darbinieku iesaistīšanu lēmumu pieņemšanā un pārmaiņu īstenošanā ir atbildīgs pats vadītājs. Autore sprāt jāņem vērā fakts, ka aptaujā piedalījās arī vidējā līmeņa vadītāji, kuru organizācijās ir notikušas pārmaiņas un viņu sniegtās atbildes varēja būt par personāla neiesaistīšanu organizācijas pārmaiņu procesā.

Vienāds skaits respondentu norāda, ka informācijas trūkums un pārāk liels pārmaiņu īstenošanas uzdevumu apjoms radīja problēmas pārmaiņu ieviešanā, 3,1% respondentu norāda uz pārāk strauju pārmaiņu procesa norisi. Autore secina, ka nav ņemta vērā viena no pārmaiņu īstenošanas pazīmēm, ka pārmaiņas jāuzsāk pakāpeniski un daļēji.

Tikai daži respondenti kā problēmas pārmaiņu īstenošanā atzīmē atbalsta trūkumu un pretestību. Atbalsta trūkumu vadītājs var izjust, ja pārmaiņu iecerī un īstenošanas procesu neatbalsta organizācijas darbinieki. Savukārt darbinieku pretestību rada informācijas trūkums un personāla neiesaistīšana lēmumu pieņemšanā un darbības plānošanā. Autore secina, ka minētās problēmas ir saistītas cita ar citu un likumsakarīgas (*skatīt 3.5.tabulu*).

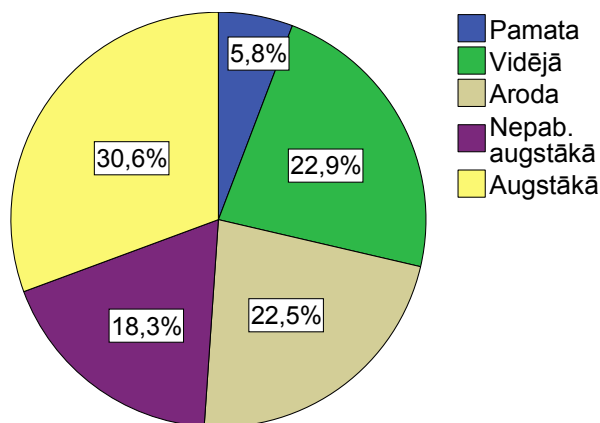
3.3.Veselības aprūpes Rīgā analīze

Īstenojot veselības aprūpes reformu, veselības aprūpes organizāciju vadības sistēmas pārmaiņas ir sekmīgas, ja tiek nodrošināta racionāla, kvalitatīva, un pieejama veselības aprūpe.

Lai veiktu pētījumu par veselības aprūpes pieejamības un pakalpojumu iespējamām problēmām Rīgā, ar anketu palīdzību tika aptaujāti 1050 Rīgas iedzīvotāji. Iegūto datu par veselības aprūpes situāciju Rīgā analīzē tika izmantotas 1002 respondentu anketas. 525 respondenti pētījuma brīdī saņēma veselības aprūpes pakalpojumus, bet 525 respondenti pētījuma brīdī nebija minētā pakalpojuma saņēmēji.

Pētījumā piedalījās 37,4% vīrieši un 62,6% sievietes. Respondentu vidējais vecums bija 44,2 gadi. Lielākais skaits respondentu bija ar augstāko izglītību, 22,9% respondenti

bija ar vidējo izglītību un tikpat lielam skaitam respondentu bija arodizglītība, 18,3% respondentiem nepabeigta augstākā izglītība, bet 5,8% respondentiem bija iegūta pamatizglītība (*skatīt 3.12.attēlu*).



3.12. attēls. Rīgas iedzīvotāju izglītība 2006.gadā

Avots: autore analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=130)

Nodarbinātība

Lielākā daļa aptaujāto respondentu (47,4 %) bija nodarbināti valsts sektorā, 40,4% respondentu bija bezdarbnieki, 21,2% Rīgas iedzīvotāju bija nodarbināti privātā sektorā, 10,1% respondenti bija pensijas vecumā, 6,4% respondenti bija vidusskolas 12.klases skolnieki vai studenti, 4,6% respondenti bija mājsaimnieces/-ki, 3,5% respondenti bija personas ar īpašam vajadzībām, bet vismazākais skaits respondentu (2,9%) bija uzņēmēji (*skatīt 5. pielikuma 4. tabulu*). Pēc autore vērtējuma, tas, ka pētījumā piedalījās dažādas iedzīvotāju kategorijas, deva iespēju noskaidrot dažāda sociālā līmeņa iedzīvotāju Rīgā viedokli par veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību. Personām, kuru ienākumu līmenis ir vidējs vai zems, bieži izvairās no veselības pārbaudēm, uzskatot, ka par tām dārgi jāmaksā, kā arī nevar atļauties veselības aprūpes pakalpojumus, kas ir par maksu. Daudziem no šiem iedzīvotājiem nav arī polises. Pamatojoties uz šiem un vēl citiem faktoriem, var uzskatīt, ka veselības aprūpes pieejamība, īpaši finansiālā jomā, šo iedzīvotāju kategorijai varētu būt ierobežota. Privātā sektorā nodarbinātām personām ienākumu līmenis mēdz būt dažāds, bet vairākas darba vietas izsniedz veselības apdrošināšanas polises, kā arī daļēji apmaksā medicīniskos pakalpojumus. Tādēļ šai iedzīvotāju kategorijai veselības aprūpes pakalpojumi varētu būt vairāk finansiāli pieejami. Pensionāriem un personām ar īpašam vajadzībām pieejamība varētu tikt ierobežota finansiālu un, bieži vien, arī ģeogrāfisku faktoru dēļ.

Dzīves vieta

Vislielākais respondentu skaits 36,9% dzīvo Vidzemes priekšpilsētā. 22,3% respondenti dzīvo Latgales priekšpilsētā, 11,3% respondenti dzīvo Zemgales priekšpilsētā, 11,1% – Kurzemes priekšpilsētā, 10,8% – centra rajonā, bet 7,7% Ziemeļu rajonā (*skatīt 3.6. tabulu*).

3.6. tabula

Rīgas iedzīvotāju skaita sadalījuma pa rajoniem un priekšpilsētām un aptaujāto Rīgas iedzīvotāju skaita pēc dzīves vietas salīdzinājums 2006.gadā

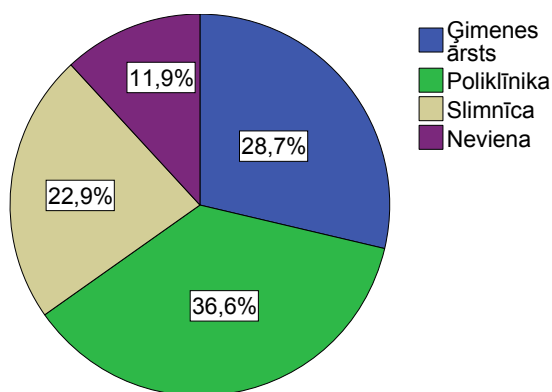
Rajoni un priekšpilsētas Rīgā	Iedzīvotāju		Respondentu	
	skaits 2006. gadā	īpatsvars	skaits 2006. gadā	īpatsvars
Latgales priekšpilsēta	200081	27,3	223	22.3
Vidzemes priekšpilsēta	172484	23,6	370	36.9
Kurzemes rajons	135323	18,5	111	11.1
Zemgales priekšpilsēta	105925	14,5	113	11.3
Ziemeļu rajons	82473	11,3	77	7.7
Centra rajons	27364	3,7	108	10.8
KOPĀ:	731800	100	1002	100

Avoti: Pilsonības un migrācijas lietu pārvalde. Iedzīvotāju reģistra dati par iedzīvotāju skaitu pašvaldībās 2006.g. un autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

Fakts, ka lielākajam skaitam respondentu dzīves vieta bija Vidzemes priekšpilsēta, autoresprāt, varētu liecināt par to, ka no pētījumā izvēlētajām Rīgas pašvaldības veselības aprūpes iestādēm, pati lielākā atradās Vidzemes priekšpilsētā. Par cik šīs organizācijas sniegtie pakalpojumi ir daudzpusīgi un Vidzemes priekšpilsēta pēc iedzīvotāju skaita ir otra lielākā no priekšpilsētām (*Pilsonības un migrācijas lietu pārvaldes dati uz 14.06.2006*), tad, pēc autores vērtējuma, daudzi tās iedzīvotāji izvēlējušies dzīves vietai tuvāko veselības aprūpes iestādi. Latgales priekšpilsēta iedzīvotāju ziņā ir vislielākā (*Pilsonības un migrācijas lietu pārvaldes dati uz 14.06.2006*), tādēļ arī Rīgas iedzīvotāji, kuri dzīvo Latgales priekšpilsētā, procentuāli sastāda otru lielāko respondentu skaitu. Atbilstoši iedzīvotāju skaitam Ziemeļu rajonā un Centra rajonā, respondentu skaits sastāda mazāko daļu (*skatīt 3.6. tabulu*). Autore secina, ka izvēlētais respondentu daudzums aptver visus Rīgas administratīvos rajonus, tādēļ pētījumā gūtos rezultātus iespējams attiecināt uz veselības aprūpes pieejamības jautājumiem visas Rīgas iedzīvotājiem.

Veselības aprūpes iestādes dzīves vietas tuvumā

36,6% respondentu dzīves vietas tuvumā atrodas poliklīnika, 28,7% respondentiem - ģimenes ārsta prakse, 22,9% - kāda no slimnīcām, bet 11,9% respondentu dzīves vietas tuvumā neatrodas neviena no ārstniecības iestādēm (skatīt 3.13. attēlu).



3.13.attēls. Veselības aprūpes iestādes Rīgas iedzīvotāju dzīves vietas tuvumā 2006.gadā

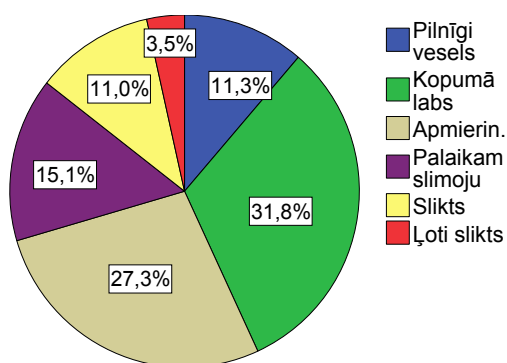
Avots: autore analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

Vairākums respondentu dzīvo Vidzemes priekšpilsētā, kur arī ir izvietotas liela daļa slimnīcu, poliklīniku un ģimenes ārsta prakses vietu. Svarīgi, lai iedzīvotāju dzīves vietas tuvumā būtu pieejams ģimenes ārsta pakalpojums. Dati norāda, ka ģimenes ārsta prakse un poliklīnikas ir dzīves vietas tuvumā 65.1% respondentiem. Tas ir samērā labs rādītājs. Tomēr, autore sprāt, šie dati norāda uz nepietiekošu Rīgas reģionu nodrošinājumu ar ģimenes ārsta prakses vietām. Ja ģimenes ārsta prakses vieta atrodas citā Rīgas reģionā, tad veselības problēmu gadījumā, iedzīvotāji vēršas pēc palīdzības tajā iestādē, kura atrodas tuvāk viņa dzīves vietai. Šādām situācijām visbiežākie iemesli ir ģimenes ārsta nepieejamība: beidzies ģimenes ārsta darba laiks, ārsts nav sazvānāms utt. Tā kā slimnīcās speciālisti strādā visu diennakti, tad pacients dodas uz to. Slimnīcās vakara stundās izveidojas rindas, jo paralēli akūtajiem pacientiem speciālistiem ir jāpieņem arī tie, kuri vēršusies pēc palīdzības paši. Ja situācija ir akūta un nepieciešama tūlītēja palīdzība to nodrošina neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta speciālisti. 97,6% respondenti ir reģistrējušies pie ģimenes ārsta, tikai 1,1% nav reģistrējušies pie ģimenes ārsta. Pēc autore vērtējuma šie dati ir pozitīvi, jo veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanas iespējas ir visiem klientiem kā maksas pakalpojumus, bet valsts apmaksātos pakalpojumus var saņemt tikai pie ģimenes ārsta reģistrētās personas. Iedzīvotāju reģistrācija pie ģimenes ārsta nodrošina ceļu uz veselības aprūpes pieejamību konkrētajam pacientam. 80,1% respondentiem patīk dzīvot Rīgā, tikai 19,9% iedzīvotāju atzīmējuši, ka Rīgā dzīvot

nepatīk. Autoresprāt, ja indivīds jūtās labi pilsētā, kurā viņš dzīvo, tad viņš varētu būt ieinteresēts tās attīstībā.

Veselības aprūpes un sociālās situācijas vērtējums

Viena trešdaļa aptaujāto Rīgas iedzīvotāju savu veselības stāvokli raksturoja kā kopumā labu, 27,3% raksturoja kā apmierinošu, 15,1% respondents uzskatīja, ka, palaikam slimo, viena desmitā daļa respondenti raksturoja veselības stāvokli kā sliktu, 3,5% – kā ļoti sliktu, taču tikai 11,3% respondentu uzskatīja sevi par pilnīgi veselīgiem (*skatīt 3.14. attēlu*).



3.14.attēls. Rīgas iedzīvotāju veselības vērtējums 2006.gadā

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

Veselības aprūpes situācijas vidējais vērtējums Rīgā ir 4.2 balles (gandrīz viduvējs), bet patreizējās sociālās situācijas vidējais vērtējums Rīgā ir 3.4 balles (vājš) (*skatīt 3.7.tabula*), un šīs vērtības (lietota 10 ballu skala) atšķiras statistiski ticami ($\alpha = 0,01$).

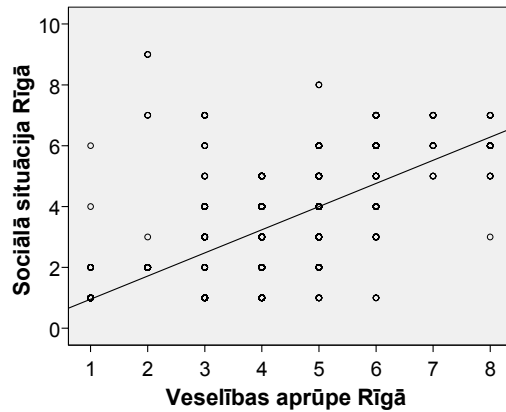
3.7.tabula.

Veselības aprūpes un sociālās situācijas vērtējums Rīgā 2006.gadā

	n	Mazākā vērtība	Lielākā vērtība	Aritm. vidējā vērtība	Standartnovirze	Aritm. vidējā standart - kļūda	95% ticamības intervāls
Veselības aprūpe Rīgā	1002	1	8	4.2	1.6	0.05	4,1;4,3
Sociālā situācija Rīgā	1002	1	9	3.4	1.8	0.06	3,3;3,5

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

Pētot vai šīs pazīmes ir saistītas, lietota korelācijas analīze, balstoties uz atbilstību ($p = 0,01$) lineāram modelim (*skatīt 3.15. attēlu*). Šo lielumu savstarpējās korelācijas analīze uzrāda statistiski ticamu ($\alpha = 0,01$) korelācijas koeficientu $r = 0,664$ (*skatīt korelāciju tabulu 6. pielikumā*).



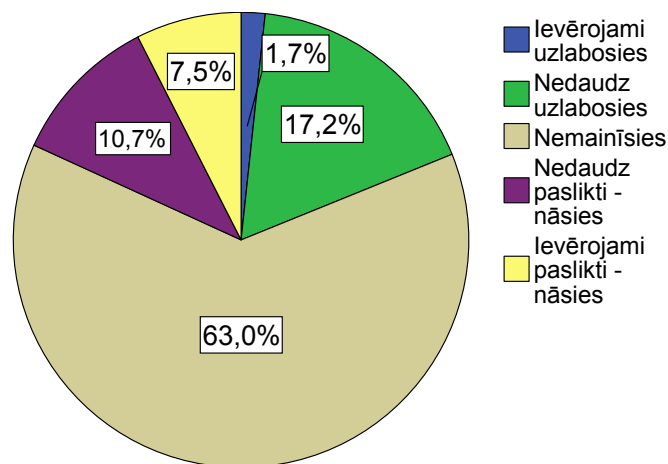
3.15.attēls. Veselības aprūpes un sociālās situācijas vērtējums Rīgā 2006.gadā

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

Veselības aprūpes situācija un sociālā situācija ir savstarpēji saistītas (*skatīt 3.15. attēlu*). Autoresprāt ierobežota veselības aprūpes pieejamība, rindas pie speciālistiem (*skatīt 1.3. tabulu*) un ierobežota maksātspēja par pakalpojumiem rada situācijas, kad netiek savlaicīgi noteikta diagnoze un uzsākta terapija. Savukārt, sociālo situāciju pasliktina zemās algas, izplatītā narkotisko un apreibinošo vielu lietošana u.c. faktori un cieš pie šī sociālā slāņa piederušo iedzīvotāju veselība.

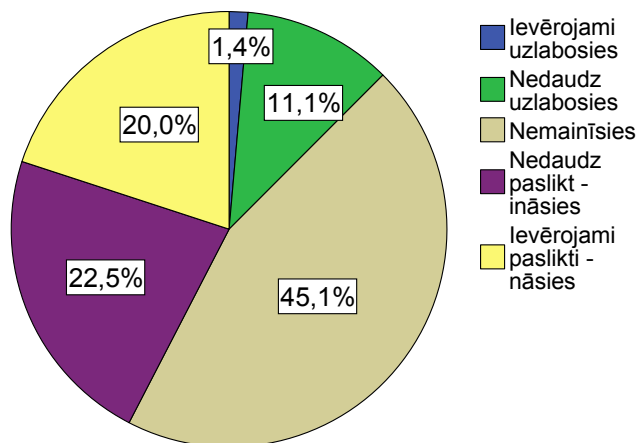
Veselības aprūpes Rīgā un sociālās situācijas Rīgā vērtējumu salīdzināšanai lietots Vilkoksona (Wilcoxon) tests divām saistītām pazīmēm un lielumi ir rangu skalā (1 – 10 balles) (*skatīt 7. un 8. pielikumu*).

Vairāk kā puse respondentu uzskata, ka veselības aprūpes situācija pēc 12 mēnešiem nemainīsies, bet paliks iepriekšējā (*skatīt 3.16. attēlu*). Tieši tādās pašās domās par sociālo situāciju Rīgā ir 45,1% respondentu (*skatīt 3.17.attēlu*). Tikai ļoti neliela daļa respondentu uzskata, ka veselības aprūpes un sociālā situācija ievērojami uzlabosies. To, ka veselības aprūpe pasliktināsies, atzīmējuši 7,5% respondentu, bet 20% iedzīvotāju prognozē, ka ievērojami pasliktināsies sociālā situācija. To, ka nedaudz uzlabosies veselības aprūpe, prognozē 17,2% respondentu, bet gandrīz tikpat respondentu uzskata, ka nedaudz uzlabosies sociālā situācija. 10,7% respondentu uzskata, ka veselības aprūpe Rīgā nedaudz pasliktināsies, bet viena piektā daļa respondentu uzskata, ka ievērojami pasliktināsies sociālā situācija.



3.16. attēls. Veselības aprūpes prognozējamā situācija Rīgā pēc 12 mēnešiem (2007.gadā)

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

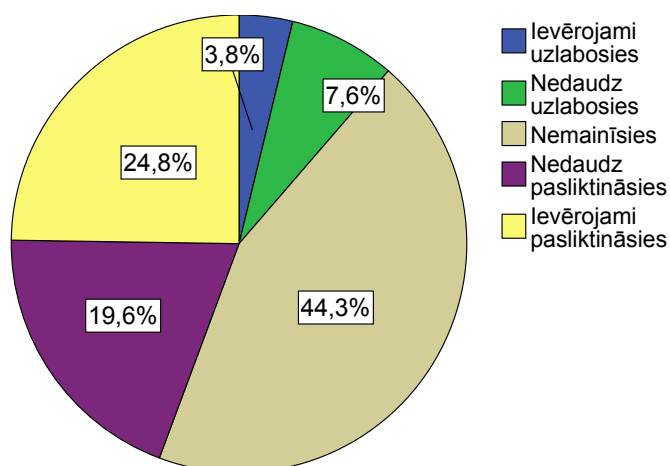


3.17. attēls. Prognozējamā sociālā situācija Rīgā pēc 12 mēnešiem (2007.gadā)

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

Statistiski ticama ir arī saistība veselības aprūpes un sociālajai situācijai Rīgā ar veselības aprūpes vērtējumu valstī kopumā (korelācijas koeficienti attiecīgi ir 0,667 un 0,594 ar nozīmīgumu $\alpha = 0,01$) (skatīt korelāciju tabulas 6. pielikumā). Tātad, jo augstāks vērtējums Rīgai, jo augstāk respondenti vērtē situāciju šajā jomā valstī kopumā.

Veselības aprūpes iestāžu apvienošanas vidējais vērtējums ir 3,50 (skatīt 5. pielikuma 1. tabulu). 44,3% respondenti uzskata, ka iestāžu apvienošana nemainīs veselības aprūpes situāciju Rīgā, bet 24,8% respondenti uzskata, ka iestāžu apvienošana ievērojami pasliktinās veselības aprūpes situāciju (skatīt 3.18.attēlu).



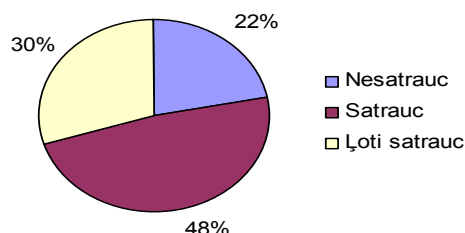
3.18. attēls. Veselības aprūpes iestāžu apvienošanas ietekme uz veselības aprūpes situāciju Rīgā 2006.gadā

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

Tikai 3,8% iedzīvotāju domājuši, ka iestāžu apvienošana ievērojami uzlabos veselības aprūpi. 19,6% respondenti uzskatījuši, ka veselības aprūpes situāciju iestāžu apvienošana nedaudz pasliktinās, bet 7,6% iedzīvotāju uzskatījuši, ka iestāžu apvienošana nedaudz uzlabos veselības aprūpes situāciju Rīgā. Veselības iestāžu apvienošanu Rīgas iedzīvotāji praktiski nesaista ar veselības aprūpes un sociālo situāciju (*skatīt korelāciju tabulu 6. pielikumā*).

Satraucošie faktori veselības aprūpes jomā

Lai noskaidrotu kas Rīgas iedzīvotājos rada vislielāko satraukumu veselības aprūpes jomā, anketā bija jautājums, kurš ietvēra 20 faktoros (*skatīt anketu Rīgas iedzīvotājiem, 9. jautājums 3. pielikumā*). Atbilžu analīze uz šo jautājumu liecina, ka 30% gadījumu iedzīvotājus šis jautājums satrauc ļoti, 48% satrauc, bet 22% nesatrauc (*skatīt 3.19.attēlu*).



3.19.attēls. Iedzīvotāju attieksme pret veselības aprūpes situāciju ietekmējošiem faktoriem Rīgā 2006.gadā

Avots: autores analīze pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

Kopumā veselības aprūpes situāciju ietekmējošie faktori satrauc 78.1% respondentu. Visvairāk atzīmētais satraucošais faktors ir veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāte, nākamais faktors ir valsts nodrošināto pakalpojumu pietiekamība un pieejamība, kā nākamie faktori minētas iespējas izvēlēties veselības aprūpes speciālistu un veselības aprūpes iestādi. (*skatīt 3.8. tabulu*).

3.8.tabula

Veselības aprūpes faktori Rīgā, kuri satrauc iedzīvotājus 2006.gadā

Faktors	Nesatrauc	Satrauc	Ļoti satrauc
Veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāte	76 (7.6%)	582 (58.1%)	344 (34.3%)
Valsts nodrošināto pakalpojumu pietiekamība	139 (13.9%)	565 (56.4%)	298 (29.7%)
Iespēja izvēlēties speciālistu	276 (27.5%)	443 (44.2%)	283 (28.2%)
Iespēja izvēlēties veselības aprūpes iestādi	339 (33.8%)	439 (43.8%)	224 (22.4%)

Avots: Autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

Lai atrastu un analizētu kopsakarības starp atbildēm uz jautājumu par veselības aprūpi ietekmējošajiem faktoriem, kas satrauc iedzīvotājus un citiem anketas jautājumiem, bija jāsamazina dotā jautājuma mainīgo skaits. Tas tika veikts ar faktoru analīzi, kuras rezultātā 20 mainīgie apvienoti sešos faktoros (*skatīt 9. pielikumu*). Ietekmes būtiskuma secībā tie ir: 1. Efektivitāte; 2. Finansiālā pieejamība; 3. Izvēles iespējas; 4. Pieejamība ārpus stacionāra; 5. Sadarbība; 6. Pēctecība. Respondenti uzskatījuši, ka veselības aprūpes efektivitāti ietekmē tādi faktori, kā veselības aprūpes speciālistu profesionalitāte, attieksme pret pacientu, pacienta tiesību respektēšana, veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāte un speciālistu nepietiekamība veselības aprūpes organizācijās. Savukārt finansiālo pieejamību noteikusi samaksa par veselības aprūpes pakalpojumiem, valsts garantēto pakalpojumu pieejamība un veselības apdrošināšanas iespējas. Iedzīvotāju apmierinātību ar saņemto pakalpojumu efektivitāti un finansiālās pieejamības iespējām, pēc autores vērtējuma nosaka arī iedzīvotāju iespēja izvēlēties konkrētu veselības aprūpes iestādi un speciālistu. Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību ārpus stacionāra autoresprāt ietekmē iespēja izvēlēties pakalpojuma saņemšanas vietu un veidu un pacienta finansiālās iespējas. Piemēram, aprūpes pakalpojumi mājās ir maksas pakalpojums, arī pakalpojumi bērniem līdz 18 gadiem un jauniešiem nereti ir maksas pakalpojumi. Būtiska nozīme ir pacienta un veselības aprūpes speciālista sadarbībai, kuras ietvaros respondenti uzsvēruši tāds faktorus, kā veselības aprūpes iestāžu apvienošanu, informāciju par pieejamiem pakalpojumiem veselības aprūpē Rīgā un konkrētās iestādēs, kā arī profilaktisku pakalpojumu iespējas. Autoresprāt, lai nodrošinātu sekmīgu veselības aprūpes speciālistu sadarbību ar pacientiem, nepieciešams nodrošināt veselības aprūpes pakalpojumu

pēctecību, kuras nodrošināšanā kā svarīgākos faktorus iedzīvotāji minējuši sadarbību starp speciālistiem savā starpā, iespēju izvēlēties pakalpojumu tuvāk dzīves vietai un atvieglojumus sociālā riska grupām.

Rīgas iedzīvotājus, vērtējot veselības aprūpes situāciju, varētu satraukt pakalpojumu efektivitāte saistībā ar ārstniecības iestāžu apvienošanu.

3.9. tabula

Ārstniecības iestāžu apvienošana un veselības aprūpes pakalpojumu efektivitāte Rīgā 2006.gadā

Ārstniecības iestāžu apvienošanas ietekmes uz veselības aprūpi vērtējums		Efektivitāte			Kopā
		Nesatrauc	Satrauc	Ļoti satrauc	
Ievērojami uzlabosies	N	21	2	15	38
	%	55.3%	5.3%	39.5%	100.0%
Nedaudz uzlabosies	N	56	17	2	75
	%	74.7%	22.7%	2.7%	100.0%
Nemainīsies	N	165	130	143	438
	%	37.7%	29.7%	32.6%	100.0%
Nedaudz pasliktināsies	N	63	79	47	189
	%	33.3%	41.8%	24.9%	100.0%
Ievērojami pasliktināsies	N	16	115	117	248
	%	6.5%	46.4%	47.2%	100.0%
Kopā	N	321	343	324	988
	%	32.5%	34.7%	32.8%	100.0%

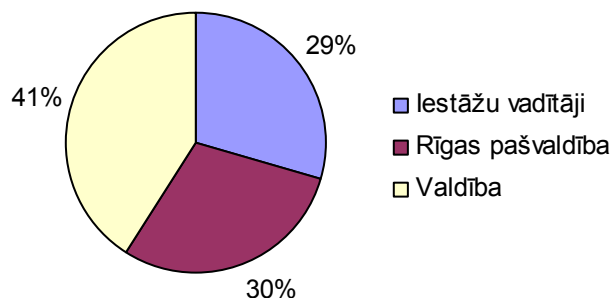
Avots: Autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

Autores pētījumi liecina, ka pieaugot ārstniecības iestāžu apvienošanas ietekmes uz veselības aprūpi negatīvam vērtējumam, pieaug iedzīvotāju satraukums par veselības aprūpes pakalpojumu efektivitāti (skatīt 3.9. tabulā iekrāsotās vērtības). Tātad iedzīvotāju bažas par veselības aprūpes iestāžu reorganizācijas ietekmi uz aprūpes situāciju Rīgā ir pamatotas, jo iedzīvotājus satrauc iespēja izvēlēties veselības aprūpes iestādi un speciālistu, kā arī iespēju saņemt valsts nodrošinātos pakalpojumus.

Autore secina, ka iedzīvotājus kopumā veselības aprūpē Rīgā galvenokārt satrauc pakalpojumu efektivitāte un pieejamība.

Respondenti uzskatījuši, ka augstāk minētos faktorus varētu ietekmēt pirmām kārtām valdība, tā atzīmējuši 41% respondentu (skatīt 3.20.attēlu). Pašvaldības un iestāžu vadītāju ietekme vērtēta vienādi. Pēc autores vērtējuma, tas norāda uz valdības nozīmi

iedzīvotāju skatījumā ietekmēt veselības aprūpes situāciju Rīgā, liekot samērā mazas ietekmes iespējas uz veselības aprūpes situāciju Rīgas pašvaldībai un iestāžu vadītājiem. Veselības aprūpes reforma ir politiska rakstura situācijas maiņa. Tādēļ valdībai ir vadošā loma veselības aprūpes situācijas pārmaiņu vadībā.



3.20.attēls. Institūciju ietekme uz veselības aprūpes situāciju ietekmējošiem faktoriem Rīgā 2006.gadā

Avots: Autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

Uz jautājumu, kas ir tie faktori, no kā respondenti baidās, visvairāk atzīmēts, ka nesaņems kvalitatīvu aprūpi. Ļoti baidās - norādījuši viena trešā daļa respondentu, ka baidās atzīmējuši puse no aptaujātajiem iedzīvotājiem, bet 16,6% respondentu atzīmējuši, ka nebaidās.

Kā otrs faktors atzīmēts, ka nebūs pieejams veselības aprūpes pakalpojums. Uz to norādījuši, ka baidās puse respondentu. „Ļoti baidās” norādījuši 20.1% respondents, bet, ka nebaidās uzskata viena trešā daļa respondentu. Šajā jautājumā, veicot faktoru analīzi (skatīt 9. pielikumu), kuras rezultātā samazināts mainīgo skaits, prevalē faktors „Attieksme”. Respondenti norādījuši, ka lielākās bažas par veselības aprūpes pakalpojuma pieejamību rada tieši veselības aprūpes speciālistu attieksme, tai skaitā sapratne un atbalsts, kā arī kvalitatīva aprūpe un ārstēšana. Respondentu atbildēs kā nepietiekamas sadarbības faktori atzīmēti nepieciešamā pakalpojuma nenozīmēšana vai nepietiekama informācijas saņemšana par pakalpojumu iespējām, kā arī ierobežota veselības aprūpes iestādes izvēle un speciālistu trūkums tajās. Savukārt pacientu finansiālo iespēju faktori, kuri satrauc respondentus, atzīmēti bailes, ka nespēs samaksāt par pakalpojumu, mazas algas un pensijas, arī bezdarba varbūtība. Uz bieži vien neparedzamu veselību un dzīvību apdraudošu faktoru varbūtību respondenti norādījuši nelaimes gadījumu iespējas un bailes no smagas slimības attīstības un norises, kā arī to sekām.

Autore secina, ka, ja tiek paredzēta veselības aprūpes pasliktināšanās, tā tiek saistīta ar bailēm nesaņemt adekvātu un kvalitatīvu veselības aprūpes pakalpojumu (*skatīt 3.10. tabulā iekrāsotās vērtības*).

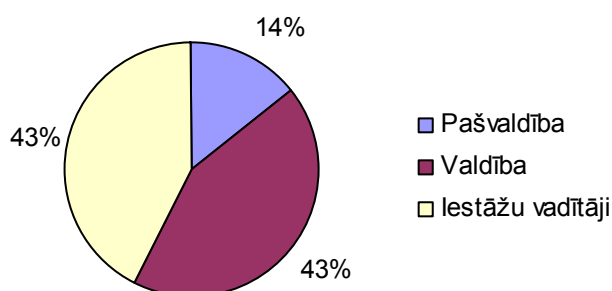
3.10. tabula

Rīgas iedzīvotāju attieksme pret prognozējamo veselības aprūpes situāciju Rīgā 2006.gadā

Veselības aprūpe Rīgā pēc 12 mēnešiem	Attieksme			Kopā
	Nebaidos	Baidos	Ļoti baidos	
Ievērojami uzlabosies	n 6	11	0	17
	% 35.3%	64.7%	.0%	100.0%
Nedaudz uzlabosies	n 77	58	37	172
	% 44.8%	33.7%	21.5%	100.0%
Nemainīsies	n 214	215	202	631
	% 33.9%	34.1%	32.0%	100.0%
Nedaudz pasliktināsies	n 22	45	40	107
	% 20.6%	42.1%	37.4%	100.0%
Ievērojami pasliktināsies	n 16	3	56	75
	% 21.3%	4.0%	74.7%	100.0%
Kopā	n 335	332	335	1002
	% 33.4%	33.1%	33.4%	100.0%

Avots: Autore analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

To pašu autore secina par attieksmi pret veselības aprūpes iestāžu apvienošanu – šajā reformu procesā iespējamā veselības aprūpes pasliktināšanās saistīta ar baiļu sajūtas pieaugumu (*skatīt 3.11. tabula*).



3.21. attēls. Institūciju ietekme uz veselības aprūpes pakalpojumiem Rīgā 2006.gadā

Avots: autore analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

**Rīgas iedzīvotāju attieksme pret prognozējamo ārstniecības iestāžu
apvienošanu Rīgā 2006.gadā**

Ārstniecības iestāžu apvienošanas ietekmes uz veselības aprūpi vērtējums		Attieksme			Kopā
		Nebaidos	Baidos	Ļoti baidos	
Ievērojami uzlabosies	N	8	25	5	38
	%	21.1%	65.8%	13.2%	100.0%
Nedaudz uzlabosies	N	49	22	5	76
	%	64.5%	28.9%	6.6%	100.0%
Nemainīsies	N	207	136	101	444
	%	46.6%	30.6%	22.7%	100.0%
Nedaudz pasliktināsies	N	41	96	59	196
	%	20.9%	49.0%	30.1%	100.0%
Ievērojami pasliktināsies	N	30	53	165	248
	%	12.1%	21.4%	66.5%	100.0%
Kopā	N	335	332	335	1002
	%	33.4%	33.1%	33.4%	100.0%

Avots: Autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

43% gadījumu respondenti uzskata, ka viņu bailes saņemt nekvalitatīvus pakalpojumus varētu mazināt veselības aprūpes iestāžu vadītāju rīcība (*skatīt 3.21.attēlu*). Tikpat liels skaits iedzīvotāju uzskata, ka veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību varētu nodrošināt valdība, bet 14% iedzīvotāju uzskata, ka - Rīgas pašvaldība.

Pēc autores vērtējuma iegūtie dati norāda uz Rīgas pašvaldības nepietiekamu nozīmi veselības aprūpes pieejamības sekmēšanā iedzīvotāju vidū, jo likumā „Likums par pašvaldībām” kā viena no autonomām funkcijām pašvaldību darbībā, norādīta veselības aprūpes pieejamības iedzīvotājiem nodrošināšana. Valdība no savas puses var sekmēt veselības aprūpes pieejamību, radot optimālu pakalpojumu sniegšanas politiku. Kvalitāte pakalpojumu sniegšanā vienmēr ir bijusi jānodrošina konkrētam pakalpojumu sniedzējam, kā šajā gadījumā veselības aprūpes organizācijām un iestādēm. Pēc autores vērtējuma, dati norāda arī uz kvalitātes un pieejamības nozīmīgumu iedzīvotāju vidū, jo uz salīdzinoši diviem vienādiem jautājumiem respondenti atzīmējuši šos faktorus kā būtiskākos.

Iespēju uzticēties veselības aprūpes speciālistiem respondenti ir novērtējuši 10 baļļu skalā ar vidēju vērtējumu 5.5 (*skatīt 5. pielikumu*).

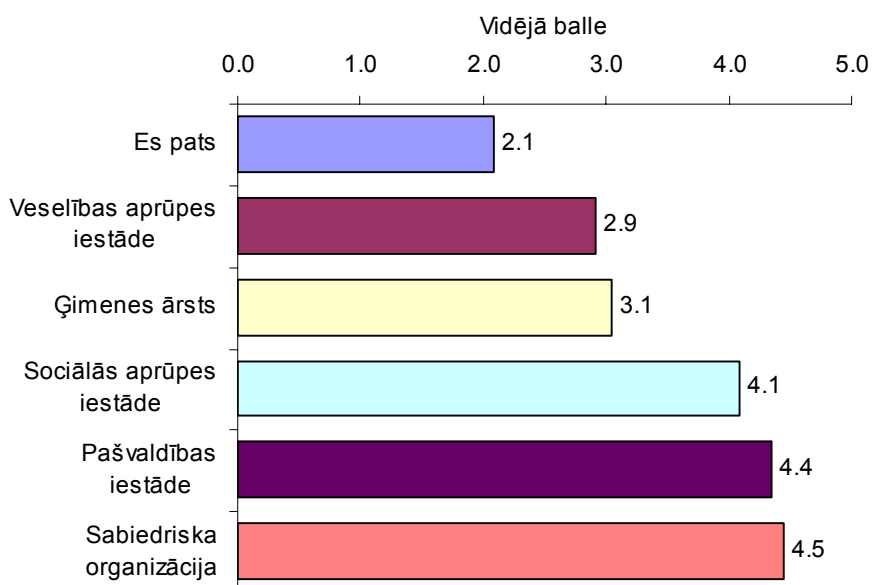
Respondentu viedoklis par visdrošāko atbalstu palīdzībai veselības aprūpes jautājumu risināšanā parādīts 3.12.tabulā, 3.22.attēlā un 5. pielikuma 1.attēlā (lietota 6 ballu skala, kurā vērtējums „1” nozīmē – visdrošākais atbalsts, bet „6” – visnedrošākais).

3.12.tabula

Visdrošākais atbalsts palīdzībai iedzīvotājiem veselības aprūpes jautājumu risināšanā Rīgā 2006.gadā

	Skaitis	Mazākā vērtība	Lielākā vērtība	Vidējā vērtība	Vidējās vērtības standarta kļūda	Standarta novirze
Pašvaldības iestāde	1002	1	6	4,35	0,055	1,727
Sabiedriska organizācija	1002	1	6	4,45	0,044	1,388
Veselības aprūpes iestāde	1002	1	6	2,91	0,046	1,466
Ģimenes ārsts	1002	1	6	3,05	0,044	1,399
Es pats	1002	1	6	2,08	0,047	1,477
Sociālās aprūpes iestāde	979	1	6	4,09	0,044	1,365

Avots: Autore analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)



3.22. attēls. Visdrošākais atbalsts veselības aprūpes jautājumos iedzīvotājiem Rīgā 2006.gadā

Avots: autore analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

Veicot nulles hipotēzes pārbaudi atšķirību novērtēšanai starp „atbalstītājiem” kopumā, var konstatēt, ka tās ir statistiski ticamas ($p = 0,01$) (*skatīt Frīdmana testa tabulu*).

10. pielikumā), izņemot pašvaldības iestādes un sabiedriskās organizācijas (to vērtējums neatšķiras, $p = 0,136$) (skatīt *Vilkoksona (Wilcoxon) testu 10. pielikumā*), kā arī veselības aprūpes iestādes un ģimenes ārsti (to vērtējums neatšķiras, $p = 0,187$) (skatīt *Vilkoksona (Wilcoxon) testu 10. pielikumā*). Pēc respondentu domām visdrošāko atbalstu var sagaidīt no sevis paša (skatīt 3.12. tabulu un 3.22. attēlu) un šajā kategorijā („Es pats”) visaugstākais vērtējums – 1 balle ir 56% gadījumu (skatīt 5. pielikuma 1. attēlu).

Šo atbilžu kopsakarība uzsver iedzīvotāju paļaušanos uz saviem spēkiem, nevis uz veselības aprūpes speciālistiem. Bieži problēmas pacientiem sagādā saņemt nosūtījumu pie speciālista, pakalpojumu kvalitāte un personāla attieksme, kas autoresprāt ir mazinājuši uzticību veselības aprūpes institūcijām.

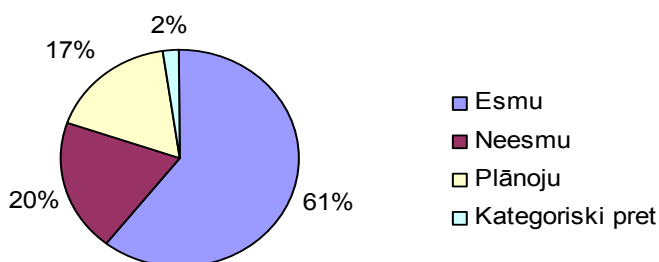
Otrajā vietā respondenti ir ierindojuši veselības aprūpes iestādes, jo tās ir būtiskas veselības problēmu risināšanā un izmeklējumu veikšanā. Trešajā vietā respondenti ierindojuši atbalsta saņemšanā ģimenes ārstu. Autoresprāt to var izskaidrot ar faktu, ka ģimenes ārsts ir starpposms starp pacientu un veselības aprūpes stacionāro pakalpojumu un diagnostiskiem izmeklējumiem, kā arī veselības aprūpes pakalpojumu pie citiem speciālistiem saņemšanai ir nepieciešams ģimenes ārsta nosūtījums. Ģimenes ārsts ir pirmā persona, kurai būtu jāveic pacienta veselības problēmu jautājumu risināšana, tādēļ, iespējams, varētu skaidrot arī lielās rindas pie ģimenes ārstiem. Savukārt, pēc nosūtījuma saņemšanas pacientam jāreģistrējas rindā pie attiecīgā speciālista vai uz attiecīgo izmeklējumu. Gaidīšanas ilgums rindās pie speciālistiem un uz diagnostiskiem izmeklējumiem sasniedz vairākas nedēļas līdz pat vairākiem mēnešiem. Tādēļ bieži vien iedzīvotāji vērsas pēc palīdzības un konsultācijas ārstniecības iestādēs uzreiz, bez ģimenes ārsta nosūtījuma.

Ceturtajā vietā ierindotas sociālās aprūpes iestādes, piektajā vietā – sabiedriskas organizācijas. Šo divu institūciju pakalpojumus saņemt pārsvarā sociāli neaizsargātas iedzīvotāju grupas un personas ar īpašām vajadzībām.

Sestajā vietā respondenti ierindojusi Rīgas pašvaldību kā atbalsta sniedzēju. Šāds sadalījums iespējami ir tādēļ, ka 22,2% respondentu sastāda personas ar zemiem un vidējiem ienākumiem, (pensionāri, bezdarbnieki, invalīdi), starp kurām ir arī vientuļas un maznodrošinātas personas. Rīgas pašvaldība palīdz risināt šo kategoriju iedzīvotāju problēmas, piešķirot pabalstus veselības aprūpei un maznodrošinātajam personām izsniedzot veselības apdrošināšanas polises, ka arī izskatot iedzīvotāju iesniegumus ar lūgumu palīdzēt risināt būtisku veselības aprūpes problēmu un aktīvi iesaistoties šo problēmu risināšanā.

Autore secina, ka iedzīvotāji sava paša rīcībai uzticas vairāk kā speciālistiem, iespējami norāda uz samērā vidēju uzticību veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātei un saņemšanai atbilstoši iedzīvotāju vajadzībām.

Uz iedzīvotāju samērā pozitīvu attieksmi pret savu un līdzcilvēku veselību norāda iegūtie dati par rīcību, kuru viņi ir veikuši savas veselības uzlabošanai (*skatīt 3.23.attēlu*).



3.23. attēls. Iedzīvotāju rīcība savas veselības uzlabošanai Rīgā 2006.gadā

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

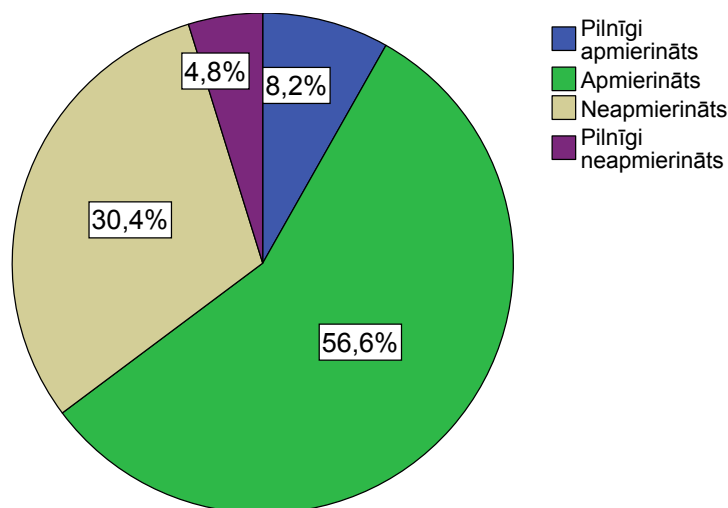
Iedzīvotāju rīcība savas veselības uzlabošanā

61% respondentu norāda, ka ir veikuši dažādus pasākumus veselības uzlabošanā, piemēram, veselības apdrošināšanu, vakcināciju pret dažādām saslimšanām, nodarbojas ar sportu, regulāri lieto vitamīnus un cenšas ievērot veselīgu dzīves veidu. Pētījumā vidējais respondentu vecums bija 44.2 gadi. Pēc autores vērtējuma, tas varētu būt viens no noteicošajiem faktoriem šādam sadalījumam, jo iedzīvotāji darbspējīgā vecumā cenšas savu veselību tomēr pārsvarā saglabāt un seko tai līdzī. 31.8% respondenti savu veselības stāvokli arī raksturoja kā kopumā labu, 20% respondentu pārsvarā nav veikuši savas veselības uzlabošanas pasākumus, 17% to plāno darīt, bet 2% ir kategoriski pret vakcināciju.

Iedzīvotāju apmierinātība ar dzīvi

Uz jautājumu par apmierinātību ar savu dzīvi, vairāk kā puse respondentu norādījuši, ka ir apmierināti (*skatīt 3.24. attēlu*). Viena trešā daļa respondentu bijuši neapmierināti ar savu dzīvi, bet 4,8% bijuši pilnīgi neapmierināti. Savukārt pilnīgi apmierināti bijuši 8,2% respondentu. Autoresprāt iedzīvotāju neapmierinātību sekmē sociālie apstākļi un sociālās situācijas ietekme. Pensijas ir nelielas, pastāv bezdarbs, vairākiem iedzīvotājiem dažādu apsvērumu dēļ jāsamierinās ar savu darbu un atalgojumu

kāds uz konkrēto brīdi ir. Apmierināti ar savu dzīvi pārsvarā ir gados jauni iedzīvotāji, kā arī tās personas, kuru sociālais stāvoklis ir samērā labs. Jāņem vērā arī tas, ka respondenti pārsvarā bija darbaspējīgā vecumā ar vidējo vecuma rādītāju 44,2 gadi.



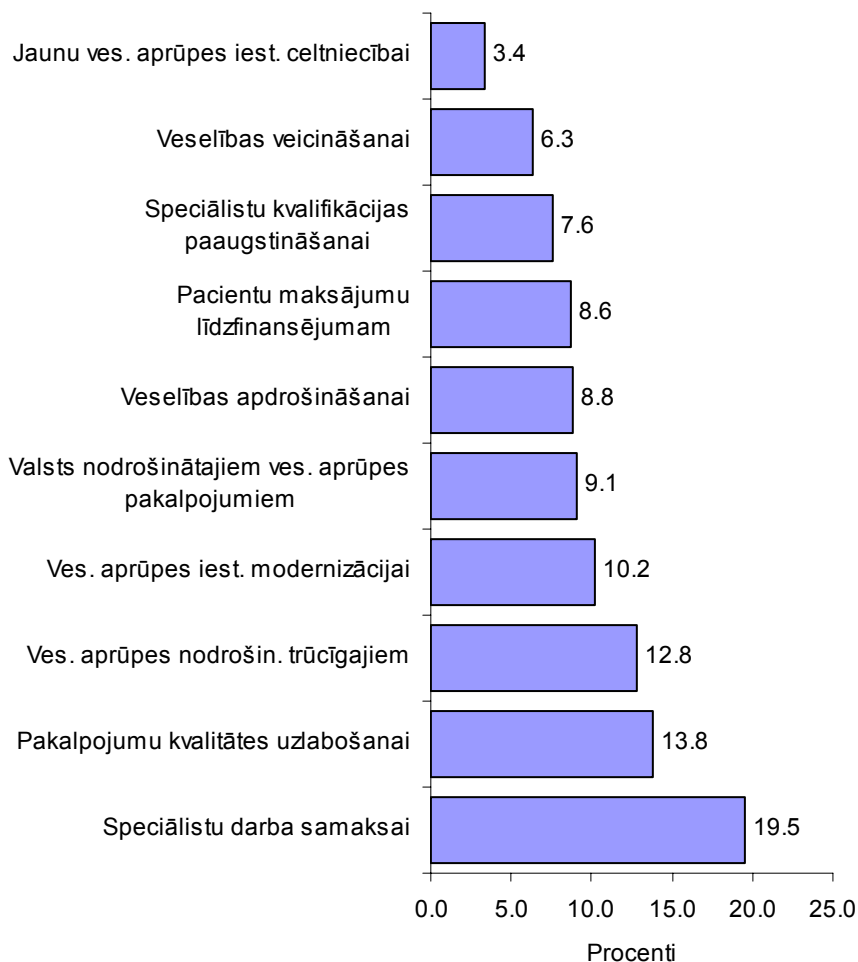
3.24. attēls. Iedzīvotāju apmierinātība ar savu dzīvi Rīgā 2006.gadā

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

Iedzīvotāju noteiktās prioritātes veselības aprūpei

Iedzīvotāji savās atbildēs prioritāra secībā sarindoja vajadzības veselības aprūpei, kurām Rīgas pašvaldībai būtu nepieciešams piešķirt līdzekļus (*skatīt 3.25. attēlu*). Vislielāko līdzekļu daļu nepieciešams izdalīt veselības aprūpes speciālistu darba samaksai, tā uzskata 19,5% iedzīvotāju. Autoresprāt tāds iedalījums varētu būt saistīts sakarā ar cilvēkresursu krīzi veselības aprūpē. Kā nākamā prioritāte noteikta līdzekļu piešķiršana pakalpojumu kvalitātes uzlabošanai. Autore secina, ka kvalitātes svarīgums parādās vairākos jautājumos, kas liek domāt par tās nozīmīgumu un svarīgumu veselības aprūpes sistēmā iedzīvotāju vidū. Trešajā vietā ierindoti līdzekļi veselības aprūpes nodrošināšanai maznodrošinātajiem un trūcīgajiem iedzīvotājiem. Autoresprāt tāds sadalījums iespējams, jo apmēram viena ceturtdaļa respondentu bija personas ar vidējiem un samērā zemiem ienākumiem. Līdzekļu piešķiršana veselības aprūpes iestāžu modernizācijai ierindota ceturtajā vietā. Vairākās veselības aprūpes iestādēs ir veikti remontu un iegādātas medicīniskās tehnoloģijas par valsts un Rīgas pašvaldības piešķirtajiem finanšu līdzekļiem. Tomēr daudzās iestādēs remontu ir nepieciešami, kā arī tehnoloģijas attīstās nepārtraukti, tāpēc, modernizācija prasa nemitīgu finanšu ieguldījumu. Valsts nodrošinātie veselības

aprūpes pakalpojumi, kā arī līdzekļi veselības apdrošināšanai un pacientu iemaksu līdzfinansējumam prioritāšu sadalījumā ierindoti piektajā vietā. Finanšu piešķiršana valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai ir Veselības ministrijas pārziņā. Tādēļ, autoresprāt, iedzīvotāju viedoklis par valsts un pašvaldību kompetenci minēto finanšu sadalījumā ir samērā korekts.



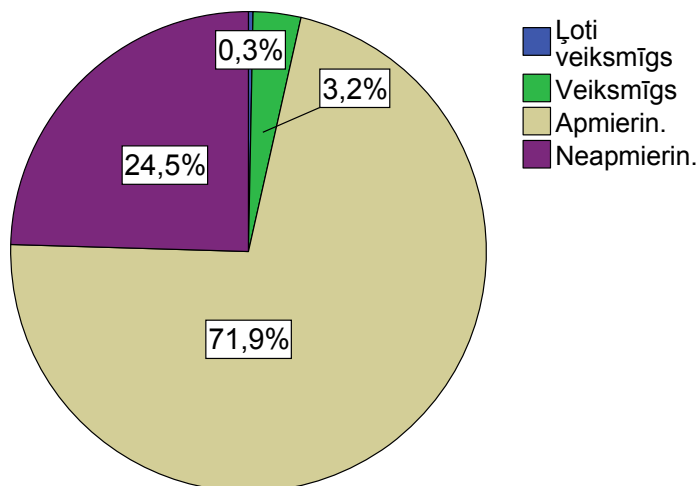
3.25.attēls. Iedzīvotāju noteiktās prioritātes Rīgas pašvaldībai līdzekļu piešķiršanai 2006.gadā

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

Līdzekļus speciālistu kvalifikācijas paaugstināšanai un veselības veicināšanai iedzīvotāji iedalījuši tikai devītā un desmitā vietā, tādā veidā uzskatot, ka tie jāpiešķir valstij. Kā vismazāk svarīgāko vajadzību līdzekļu piešķiršanai respondenti noteikuši jaunas veselības aprūpes iestādes celtniecībai. Abos šajos gadījumos pašvaldības loma ir tikai daļēja, jo lielāko daļu finansiālā ieguldījuma veselības veicināšanai, speciālistu izglītībai un iestāžu renovācijai vai būvniecībai piešķir valsts. Rīgas pašvaldība ar nelielu finanšu palīdzību atbalsta, piemēram, donoru kustību Rīgā, piešķirot kompensāciju transporta

izdevumiem, kā arī atkarības profilakses pasākumus, arī speciālistu kongresus un konferences.

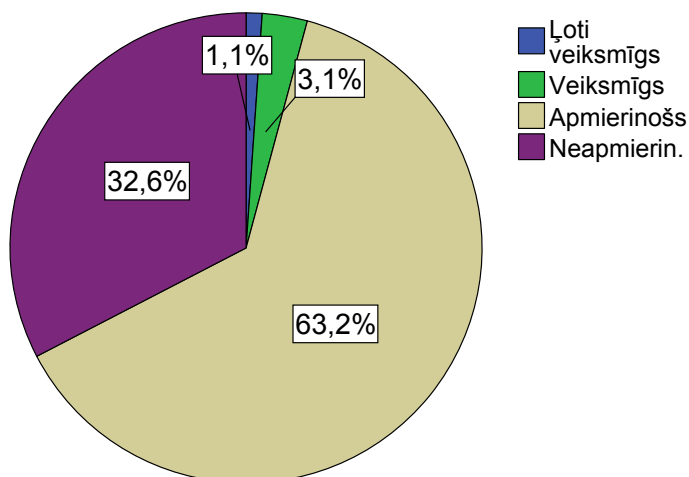
Pašvaldības iespējas piešķirt līdzekļus speciālistu darba samaksai ir ļoti niecīgas, jo darba samaksa ir valsts politikas jomas pārziņā. Kas attiecas uz pārējām vajadzībām: pakalpojumu kvalitātes uzlabošanu pašvaldība var veicināt nodrošinot to pieejamību, veselības aprūpes nodrošināšana trūcīgajiem iedzīvotājiem jau tiek veikta īslaicīgās sociālās aprūpes struktūrās. Savukārt veselības veicināšana ir viens no pašvaldības autonomās funkcijas uzdevumiem, kuras nodrošināšanai būtu svarīgi iedalīt daudz vairāk līdzekļus. Tomēr, neskatoties uz zemu vērtēto veselības aprūpes situāciju, pašvaldības darbs veselības aprūpes pieejamības un veselības veicināšanas nodrošināšanā respondentu atbildēs vērtēts kopumā kā apmierinošs (*skatīt 3.26. attēlu un 3.27. attēlu*).



3.26.attēls. Rīgas pašvaldības vērtējums veselības aprūpes pieejamības nodrošināšanā iedzīvotāju skatījumā Rīgā 2006.gadā

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

Veselības veicināšanas pasākumu ietvaros, lai ierobežotu saslimstību ar hepatītu B, no 1998. gada pret šo slimību tiek vakcinēti jaundzimušie. 2004. un 2005. gadā Rīgas pašvaldība ir izdalījusi līdzekļus trīsreizējai 14 gadīgo skolēnu vakcinācijai pret hepatītu B. Vakcinācija tika realizēta Rīgas vispārīgglītojošās mācību iestādēs. Pārējiem iedzīvotājiem tā ir maksas vakcinācija un to iespējams saņemt pie PVA ārstiem.



3.27.attēls. Rīgas pašvaldības vērtējums veselības veicināšanas nodrošināšanā iedzīvotāju skatījumā Rīgā 2006.gadā

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

Protams, ka apmierinoša vērtējuma rādītāji ir nepietiekami, lai Rīga lepotos, bet tas ir solis uz labāka rezultāta sasniegšanu un pierāda veselības aprūpes pēctecības nodrošinājuma svarīgumu.

3.4. Veselības aprūpes organizāciju Rīgā vadības modelis

Līdz ar veselības aprūpes organizāciju adaptēšanos ārējās vides radītajiem pārmaiņu apstākļiem, daudzi no tradicionālajiem pagājušajam gadsimtam raksturīgajiem vadības procesiem ir jāmaina, atbilstoši 21 gadsimta organizāciju vadības principiem.

3.4.1. Priekšnosacījumi veselības aprūpes vadības modeļa izveidošanai

Mūsdienu organizāciju vadībā vairs nav efektīva hierarhiskā struktūra, centralizēta vara un lielais pieejas attālums no vadītāja līdz darbiniekiem. Jaunā veida organizācijām jābūt elastīgām un radošām, lai sasniegtu efektīvus un kvalitatīvus rezultātus. Nepieciešama pāreja organizāciju vadības struktūrām no mehāniskā modeļa uz organisko modeli, kurš palīdz organizācijām piemēroties pārmaiņu apstākļiem. Veselības aprūpes organizāciju vadītājiem jākoncentrē pakalpojums uz sabiedrības interesēm, tādēļ autoresprāt būtu nepieciešams ņemt vērā klientu viedokli un kritiku, veicot pakalpojumu kvalitātes novērtējumu. Izmantojot kompromisa pieeju, iespējams apmierināt organizācijas konkrētas vajadzības, ņemot vērā sabiedrības- klienta intereses. Šāda pieeja palīdzētu mainīt sabiedrības ne visai pozitīvo attieksmi pret veselības aprūpes speciālistiem un radītu

savstarpēju uzticību. Autoresprāt veselības aprūpes problēmas jārisina, vairāk attīstot sadarbību starp veselības aprūpes speciālistiem, sabiedrību un valsts un privātajam institūcijām. Šāda sadarbība veicina veselības aprūpes pēctecības nodrošināšanu, sākot no veselības veicināšanas pasākumiem veselības uzturēšanā un saglabāšanā līdz veselības problēmu risināšanas pasākumiem. Autore secina, ka, svarīga loma lēmumu pieņemšanā un risināšanā veselības aprūpes organizācijā, īpaši pārmaiņu apstākļos, ir dažādu līmeņu vadītāju un darbinieku iesaistīšanai, tādējādi veidojot komandas darbu. Veselības aprūpes organizācijās autore ieteic komandas darba nodrošināšanā izveidot daudzprofilu grupu, kurā apvienoti dažādu jomu speciālisti: juristi, ekonomisti, dažādu līmeņu un profilu vadītāji, struktūrvienību darbinieki utt.. Grupas mērķis būtu izvērtēt un veidot jaunus pakalpojumus, uzlabot jau esošos un pilnveidot vadības sistēmas procesus. Veselības aprūpes sistēmā organizāciju ārējām attiecībām jābūt savstarpēji saistītām ar iekšējo vidi. Tādēļ, autoresprāt ir jāveido sadarbības tīkla sistēma organizācijas iekšējā vidē ar vadītājiem un darbiniekiem, kā arī ārējā vidē - ar valdību, konkurējošām organizācijām, zinātnes struktūrām, izglītības iestādēm, piegādātājiem utt.. Taču organizācijas vadība nedrīkst aizmirst, ka centrālā persona visā struktūrā un tās darbībā ir pakalpojuma pieprasītājs un saņēmējs – klients jeb pacients, kā arī to, ka veselības aprūpes organizācijās kā produkts ir aprūpes pakalpojums, kuru ietekmē klienta pieprasījums, konkurence un tehnoloģiskais progress. Autoresprāt veselības aprūpes sistēmas funkcionēšanu nodrošina komunikāciju procesi organizācijās, kuri ir noderīgi un sevišķi svarīgi darbā ar klientu. Uz klausot klientu vēlmes, vajadzības un arī kritiku, iespējams prognozēt pakalpojuma pieprasījumu un tādā veidā apsteigt citus veselības aprūpes pakalpojuma sniedzējus, kā arī uzlabot sniegto pakalpojumu kvalitāti, efektivitāti un pieejamību. Komunikācijas process organizācijā veido sarežģītu daudzlīmeņu tīkla sistēmu, kura aptver visu organizācijas ārējo un iekšējo vidi. Iekšējā organizācijas komunikācija tiek nodrošināta vertikālā un horizontālā līmenī. Ar vertikālās komunikācijas palīdzību augstākā līmeņa vadītāji informē organizācijas darbiniekus par tās mērķiem, uzdevumiem, pakalpojumu prioritātēm un iesaista darbiniekus lēmumu pieņemšanā un īstenošanā. Vertikālā komunikācija veido atgriezenisku saikni ar augstākā līmeņa vadītājiem, nodrošinot viņus ar informāciju par klientu vēlmēm, situāciju zemāka līmeņa struktūrās un darbinieku viedokli par procesiem organizācijā un ārpus tās. Horizontālā komunikācija nodrošina organizācijas iekšējo struktūru savstarpēju sadarbību. Pēc autores vērtējuma šāda pieeja, palīdz struktūrvienībām, sadarbojoties vertikālā un horizontālā līmenī, uzlabot pakalpojumu kvalitāti un organizācijas aprūpes un vadības procesu efektivitāti. Komunikāciju process ir efektīvs, ja vadītājs ir procesa centrā. Tas nosaka organizācijas vadības sistēmas

nepieciešamību pāriet no lineāri funkcionālas uz jauna veida struktūru, kuras modelī klients ir tās galvenais pamatelements, uz kuru tiek vērsta visa organizācijas darbība un iekšējās un ārējās vides sadarbība.

Autores piedāvātā veselības aprūpes organizācijas modeļa principu izmantošanu nosaka veselības aprūpes sistēmas pārmaiņas un organizāciju nepieciešamību pielāgoties tām. Tā kā modeļa darbība galvenokārt pamatota uz veselības aprūpes organizācijas sadarbību iekšējā un ārējā vidē, kā arī horizontālā un vertikālā līmenī, tad **autore piedāvā jaunu veselības aprūpes organizāciju Rīgā vadības modeli – mijiedarbības modeli (skatīt 3.28. attēlu)**. Autores piedāvātais veselības aprūpes sistēmas vadības modelis ir izveidots, pamatojoties uz vadošo vadības teorētiku atziņām (P. Drukera, R. Dafta, H. Fajols, E. Demings) un organizāciju struktūru analīzi, un ir piemērojams veselības aprūpes organizācijās Rīgā, kā arī var tikt izmantots lielākajās veselības aprūpes organizācijās Latvijas reģionos un izveidotajās apvienībās.

3.4.2. Mijiedarbības modeļa veselības aprūpes organizācijās darbība un struktūra

Autores piedāvātais mijiedarbības modelis sastāv no ārējās un iekšējās struktūras savstarpējās sadarbības un pamatā balstās uz trīs struktūras elementiem jaunajā organizācijā: cilvēkresursiem, finansēm un klīniskajiem pakalpojumiem. Mijiedarbības modeļa iekšējo vadības sistēmu veido:

- Organizācijas struktūras vadības virsotnē ir **Padome**, kura ir augstākā līmeņa vadības komanda un tajā iesaistīti dažāda līmeņa vadītāji. Padomes uzdevumos galvenokārt ietilpst organizācijas stratēģijas attīstības veicināšana un stratēģisku lēmumu pieņemšana. Padomes loma īpaši svarīga pašā pārmaiņu sākumā, īpaši iestāžu apvienības veidošanā, kad ir svarīgi nodrošināt ar informāciju un iesaistīt pārmaiņu īstenošanā visas tās struktūras, kuras skars pārmaiņu process. Autoresprāt Padomes sastāvā varētu tikt iekļauts arī pārstāvis no sabiedrības, piemēram, no Latvijas Cilvēku ar īpašām vajadzībām sadarbības organizācija „Sustento”, kura ir nevalstisko organizāciju apvienība un pārstāv cilvēku ar invaliditāti un hroniskām slimībām intereses. Tādā veidā, autoresprāt, tiktu veicināta tieša atgriezeniska saikne un sadarbība ar sabiedrību kā klientu, uz klausot viņu intereses un viedokli un pielietojot tās organizācijas darbībā.
- Padomes padotībā kā nākamais vadības līmenis darbojas **Administratīvais direktors** un **Aprūpes direktors**, kuri ir saikne starp organizācijas vadības procesiem un augstāku lēmumu pieņemšanu. Direktoriem ir padoti organizācijas

darbībā stratēģiski svarīgāko departamentu vadītāji. *Administratīvais direktors* atbildīgs par administratīviem organizācijas vadības principiem un viņa vadībā darbojas personāla vadības departaments (PVD), zinātnes un izglītības departaments (ZID), finanšu departaments (FD), saimniecības departaments (SD):

- *Personāla vadības departaments (PVD)* nodrošina procesus, kas saistās ar personāla pieņemšanu darbā personāla resursu plānošanu, motivācijas faktoru izstrādāšanu un darba novērtējuma kritēriju izstrādi, amata pienākumu standartu izstrādi, veselības aprūpes speciālistu sertifikācijas jautājumu risināšanu utt.. Personāla vadības departaments sadarbojas ar profesionālās izglītības iestādēm, profesionālām asociācijām un citiem organizācijas struktūras departamentiem un nodaļām.
- *Zinātnes un izglītības departaments (ZID)* nodrošina izglītības un pētniecības vadības procesus organizācijā.: personāla apmācības organizēšanu un nodrošināšanu, apmācību programmu izstrādi un koordinēšanu, organizācijā veikto pētījumu pārraudzību, utt.. Zinātnes un izglītības departaments sadarbojas ar izglītības un zinātnes institūcijām ārējā vidē, kā arī ar profesionālām asociācijām un citiem organizācijas iekšējās struktūras departamentiem un nodaļām.
- *Finanšu departaments (FD)* nodrošina plānošanas un finanšu resursu nodrošināšanu un pārraudzību organizācijā., risina darbinieku darba samaksas jautājumus, veic pakalpojumu finansiālo analīzi, risina organizācijas ekonomiska rakstura jautājumus utt.. Finanšu departaments sadarbojas ar piegādātājfirmām, apdrošināšanas aģentūrām u.c. līgumorganizācijām, kā arī ar citiem organizācijas iekšējās struktūras departamentiem un nodaļām.
- *Saimniecības departaments (SD)* nodrošina sagādes un saimnieciska rakstura procesus organizācijā: pārrauga sagādes daļu vai noliktavu darbību, pārrauga un nodrošina telpu uzkopšanas, ēdināšanas, tehniskos procesus utt.. Saimniecības departaments sadarbojas ar materiāltechnisko un tehnoloģiju piegādātājfirmām, kā arī ar citiem organizācijas iekšējās struktūras departamentiem un nodaļām.
- *Aprūpes direktors* nodrošina aprūpes procesu darbību organizācijā: aprūpes vadlīniju un plānu izstrādi, aprūpes pakalpojumu izpēti, klientu vajadzību izpēti un priekšlikumu izstrādi pakalpojumu ieviešanai un uzlabošanai, farmācijas procesu

nodrošināšanu un pārraudzību utt.. Aprūpes direktora pakļautībā ir visas tās organizācijas struktūras, kuras sniedz aprūpes un diagnostiskos pakalpojumus.

- **Klīnisko pakalpojumu departamenta (KPD)** uzdevumos ietilpst kvalitātes vadības procesu pārraudzība, aprūpes analīze atkarībā no pakalpojumu pieprasījuma mārketinga, pacientu aprūpes nodrošināšanas un pieejamības pārraudzība, farmācijas procesu nodrošināšana, medicīnas tehnoloģiju uzraudzība un tehnoloģisko procesu nodrošināšana.
- Atbilstoši terapijas un ķirurģijas, diagnostikas un ambulatorās aprūpes pakalpojumu profiliem struktūras sadalās sīkāk: terapijas departamentā (**TD**), kura padotībā strādā terapijas nodaļas (**T nod.**); ķirurģijas departamentā (**KD**), kura pakļautībā darbojas visas ķirurģijas nodaļas (**K nod.**) un operāciju bloks; diagnostisko izmeklējumu departaments (**DGD**), kura pakļautībā darbojas visas diagnostisko izmeklējumu nodaļas un kabineti (**Dgi nod.**), kā arī ambulatorais departaments (**AMD**), kura pakļautībā darbojas konsultatīvais dienests (**KnD**), organizācijā izveidotās ģimenes ārstu prakses (**ĢāP**), sociālais dienests (**SD**) un mājas aprūpes dienests (**MĀD**). Visas nodaļas, dienesti un departamenti sadarbojas savā starpā un ar citām organizāciju struktūrām. Mājas aprūpes dienesta, ģimenes ārstu prakses, konsultatīvo dienestu un sociālā dienesta darbību autore piedāvā attīstīt veselības aprūpes organizācijās, lai nodrošinātu veselības aprūpes pakalpojumu pēctecību un pieejamību.

Modeļa ārējo vadības sistēmu veido sadarbība ar :

- Veselības Ministriju, kurai ir noteicošā loma veselības aprūpes politikas plānošanā un īstenošanā.
- Zinātnes un izglītības institūcijām: Latvijas Universitāte, Rīgas Stradiņa Universitāte, vairākas medicīnas koledžas, pēcdiploma apmācību iestādes, profesionālās asociācijas utt.
- VOAVA kā finansējuma institūciju, ar kuru tiek noslēgti līgumi par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu ar veselības aprūpes iestādēm.
- Piegādātājfirmām, lai nodrošinātu medicīnisko tehnoloģiju, informācijas tehnoloģiju u.c. tehniskā aprīkojuma, medikamentu un medicīnisko preču iegādi,
- Dažādām organizācijām atkarībā no organizācijas profila, lieluma un izvirzītajiem mērķiem.

- Sabiedriskām organizācijām, piemēram, Latvijas Cilvēku ar īpašām vajadzībām sadarbības organizācija „Sustento” u.c. organizācijām.

Modeļa iekšējās struktūras vadības procesos ir noteikta decentralizācija zemāka līmeņa vadītāju darbībā, bet saglabāta daļēja centralizācija augstākā līmeņa vadībā. Vara un pilnvaras pār organizācijas darbības koordināciju un kontroli ir padomei, bet pilnvaras un vara vadības procesiem struktūrvienībās ir nodotas departamenta vadītājiem. Katrs departamenta vadītājs ir atbildīgs par savu nodaļu darbu un tā rezultātiem. Autoresprāt mijiedarbības modeļa darbības nodrošināšanai ir nepieciešams veikt dažādu līmeņa vadītāju apmācību vadības procesu un pārmaiņu vadībā, ņemot vērā motivēšanas nepieciešamību.

Autores piedāvātajam mijiedarbības modelim ir vairākas novitātes un priekšrocības :

1. Samazināts vadības līmeņu skaits organizācijā.
No pieciem vadības līmeņiem, kuri darbojās esošo struktūru ietvaros (valde, direktors vai valdes priekšsēdētājs, direktora vai valdes priekšsēdētāja vietnieki, nodaļas vadītājs, nodaļas vecākā māsa) samazināti vadības līmeņi uz diviem (padome; administratīvais un aprūpes direktors). Vadības līmeņu samazināšana sniedz iespēju paaugstināt pilnvaru deleģēšanu zemākā līmeņa vadītājiem departamentos, kas paaugstina katras struktūrvienības vadītāja atbildību par lēmumu pieņemšanu un darba procesiem tajā.
2. Departamentu nodaļās ir aprūpes procesa vadītāji, kuri pārrauga aprūpes procesa īstenošanas profesionālo pusi, bet neveic struktūrvienības vadības procesus. Vadības procesu pārraudzībai nepieciešami vadītāji ar zināšanām vadībā, bet aprūpes procesa vadītājiem nepieciešamas zināšanas aprūpē un aprūpes praktiskajās iemaņās. Esošajās veselības aprūpes organizāciju struktūrās aprūpes nodaļas vada ārsti, kuri ir speciālisti kādā noteiktā medicīnas specialitātē un, kā jau pierādīja autores pētījumā iegūtie dati, lielāko darba dienas laiku vadītāji pavada pacientu konsultēšanā un aprūpes procesa veikšanā. Tādēļ autore, pamatojoties uz pētījuma rezultātiem, piedāvā jaunizveidotā mijiedarbības modeļa ietvaros nodalīt vadības procesus no aprūpes procesiem, neiesaistot vadītājus aprūpes darbā.
3. Piedāvāta jauna struktūrvienība – klīnisko pakalpojumu departaments, kurš sekmē, analizē un koordinē aprūpes kvalitātes un pieejamības nodrošinājumu organizācijā, analizē sabiedrības viedokli un sniedz

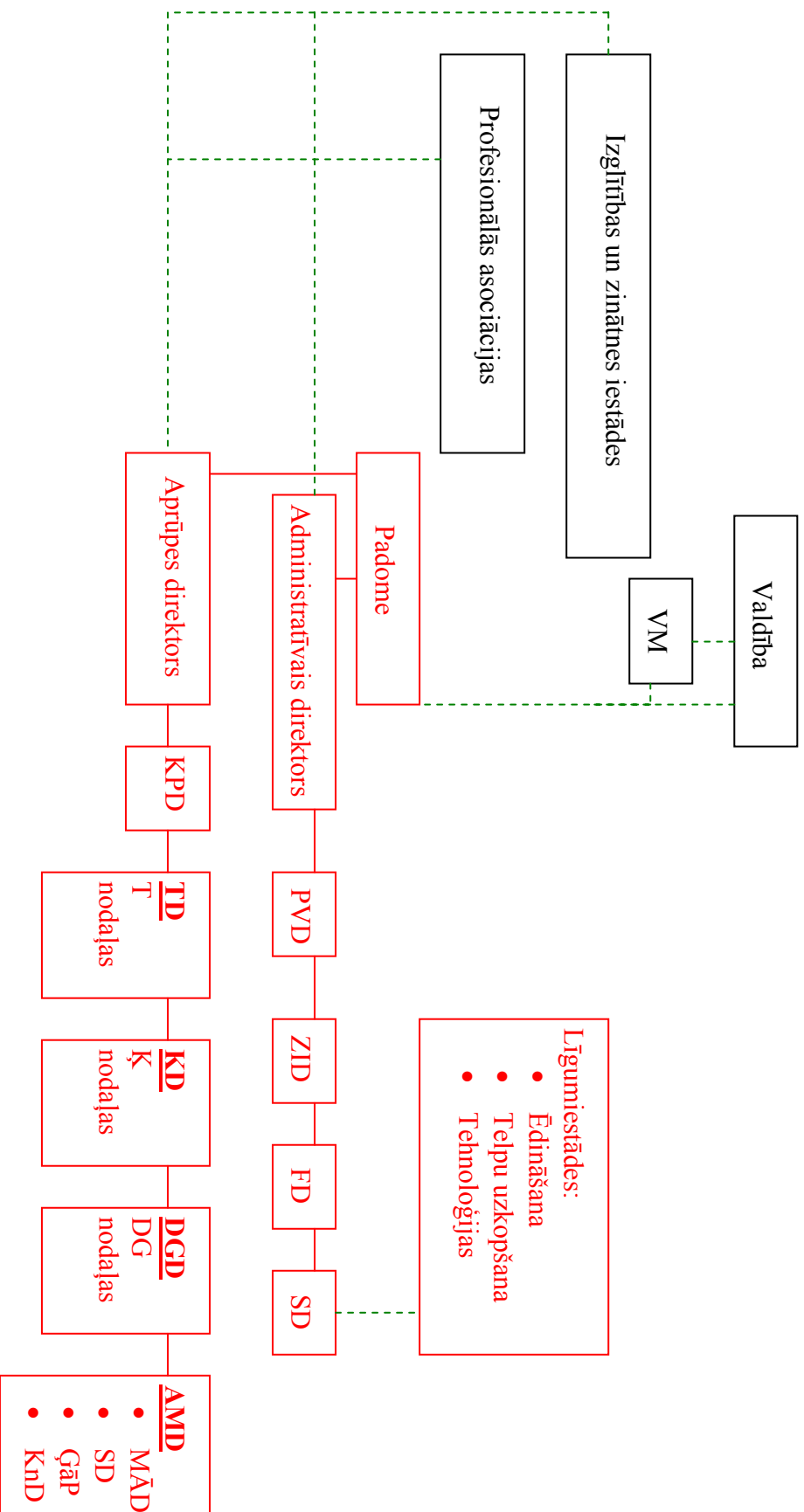
priekšlikumus par veselības aprūpes organizācijā atbilstību konkrētā pakalpojuma pieprasījumam

4. Veselības aprūpes organizācijas pamatā ir horizontālā struktūra, kura sekmē decentralizācijas, sadarbības komandas darba un intelektuālā darba principu darbību organizācijā. Autoresprāt piedāvātā mijiedarbības modeļa ietvaros horizontāli komunikatīvā struktūra sniegs iespēju veselības aprūpes organizācijas personālam strādāt sadarbojoties un apmainoties ar zināšanām un prasmēm, kā to paredz uzskati par 21 gadsimta organizāciju vadīšanu. Patreizējā veselības aprūpes sistēmā funkcionējošo veselības aprūpes organizāciju vadības pamatā ir vertikālā struktūra ar vairākiem vadības līmeņiem.
5. Mijiedarbības modelis ir uz sabiedrību vērsta organizācija, kurā katra departamenta un līdz ar to visas organizācijas centrā ir klients, ņemot vērā klienta vajadzības un aprūpi pēc pakalpojuma pieprasījuma. Tādējādi, autoresprāt tiks veicināta klientu apmierinātība, jo visi veselības aprūpes organizācijas pakalpojumi vērsti uz pakalpojumu pēctecības nodrošināšanu un aprūpes kvalitātes uzlabošanu.
6. Pielietojot koncesijas principu veselības aprūpes organizāciju darbībā, iespējams uzlabot aprūpes un vadības procesus organizācijā, kas sniegtu iespējas samazināt organizācijai izdevumus. Mijiedarbības modeļa ietvaros autore iesaka veselības aprūpes organizācijām piesaistīt ēdināšanas pakalpojumu nodrošināšanai un telpu uzkopšanai līgumorganizācijas, kas mazinātu organizācijām izdevumus, piemēram, sanitāri higiēniskā stāvokļa nodrošināšanai, pacientu ēdināšanai.
7. Modeļa iekšējās struktūras vadības procesos ir noteikta decentralizācija zemāka līmeņa vadītāju darbībā. Vara un pilnvaras pār organizācijas darbības koordināciju un kontroli ir padomei, bet pilnvaras un vara vadības procesiem struktūrvienībās ir nodotas departamenta vadītājiem. Katrs departamenta vadītājs ir atbildīgs par savu nodaļu darbu un tā rezultātiem.
8. Pamatojoties uz vadības zinību teorētiku P.Drukera un R.Dafta atziņām par 21 gadsimta organizāciju vadīšanas principiem, autores piedāvātā mijiedarbības modeļa ietvaros pielietojams komandu darba princips, veicinot organizācijas iekšējo sadarbību vertikālā un horizontālā līmenī, kā arī veselības aprūpes speciālistu sadarbību, sniedzot efektīvāku darba rezultātu pakalpojumu nodrošināšanā.

Pēc autores vērtējuma piedāvātā mijiedarbības modeļa ieviešanai pašreiz esošajā veselības aprūpes sistēmā varētu būt daži ierobežojumi:

1. Nepietiekams cilvēkresursu nodrošinājums organizācijās tieši veselības aprūpes pakalpojumu procesā. Veselības aprūpes organizācijās trūkst speciālisti (ārsti, māsas), kuri veic galveno organizācijas pamatuzdevumu – nodrošina aprūpes procesu. Taču autoresprāt šis faktors ir nebūtisks horizontālās struktūras izveidē, jo organizācijā mainās vadības struktūra, bet aprūpes procesā iesaistīti speciālisti pārmaiņās iesaistīti netieši un viņu darbs no tā necieš. Kā jau minēts iepriekš, autore jaunizveidotajā mijiedarbības modelī kā vienu no novitātēm piedāvā izveidot aprūpes departamentus, atbilstoši specifikai (terapijas departaments, ķirurģijas departaments utt.), kuru ietvaros darbotos atbilstošo medicīnas profilu nodaļas, kurās būtu aprūpes procesa vadītāji, kas pārraudzītu un koordinētu aprūpes procesa īstenošanas profesionālo pusi, bet neveiktu nodaļu vadības procesus.
2. Visu organizācijas līmeņu vadītājiem nepieciešamas zināšanas pārmaiņu vadībā. Pamatojoties uz autores pētījuma rezultātiem par vadības procesiem veselības aprūpes organizācijās, kurās vairāk kā puse respondentu norādīja, ka nav pietiekamas zināšanas vadībā, autoresprāt pirms modeļa ieviešanas praksē vadītājiem nepieciešams papildināt savas zināšanas pārmaiņu vadīšanā.

Viens no vadības zinību vadošajiem teorētiķiem P.Drucker uzskata, ka 21 gadsimta organizācijām nav viena noteikta un pareiza struktūra (*Друкер 2002*). Tādēļ struktūras modeļa izvēle ir katras organizācijas ziņā, taču organizāciju vadītājiem jāņem vērā, ka nākotnes veselības aprūpes organizācijās būtiski attīstās ne tikai tehnoloģijas, bet arī intelektuālā darba process. Veselības aprūpes organizācija ir saimnieciska un intelektuāla organizācija, tādēļ izvēloties vadības struktūru, autoresprāt, vēlams veicināt līdzsvaru starp šīm divām organizācijas daļām. Pēc autores vērtējuma mijiedarbības modeļa veselības aprūpes vadībā ieviešana veselības aprūpes organizācijās veicinātu pakalpojuma kvalitāti, pieejamību un klientu apmierinātību ar veselības aprūpes pakalpojumu struktūru un speciālistu darbu. „Vadīšana ir kas vairāk, kā tikai efektivitāte. Veselības aprūpes jomā, varbūt pat vairāk kā citās, vadīšana skar morāles jautājumus un ētiskas dabas izvēli. Tā prasa lielu apņēmību un drosmi. Tā saistīta ar taisnīgu un pareizu lēmumu pieņemšanu, nevis tikai ar tādu lēmuma pieņemšanu, kas nodrošina virsroku” (*McNerney, 1985*).



3.28 attēls. Veselības aprūpes organizāciju Rīgā vadības modelis (mijiedarbības modelis)

Avots: autoras konstrukcija

Secinājumi trešās nodaļas ietvaros:

1. Samērā augsto saņemto aptaujas anketu skaitu (91% vadītāju anketas un 95% Rīgas iedzīvotāju anketas) nodrošināja respondentu apzinīgums un operatoru aktīvais darbs un augstā atbildības sajūta. Kļūdu un neiesniegto anketu īpatsvara samazināšanos ietekmēja *operatoru* iepriekšēja apmācība un iesaistīšana aptaujas procesā.
2. Pētījuma dati norāda, ka pilnvērtīgāk savu darba laiku amata veikšanai un vadības procesu nodrošināšanai iestādē atvēl tikai 36 % vadītāji. Tie vadītāji, kuri sava amata pienākumu veikšanai velta līdz 4 stundām dienā, vai pat mazāk, kopumā sastādīja 63.9%. Minētais fakts ir pretrunā ar vadības efektivitāti.
3. Veselības aprūpes iestādēs Rīgā pārsvarā pastāv lineārā organizatoriskā struktūra, kuru tieši vai netieši vada augstākā līmeņa vadītāji. Lineārā struktūrā vadītāji nespēj ietvert ietekmes jomā visus pakalpojuma nodrošināšanas jautājumus, tādējādi neefektīvas vadības rezultātā var pazemināties sniegtā pakalpojuma kvalitāte un racionalitāte, kas var ietekmēt pakalpojuma pieejamību.
4. Veselības aprūpes iestādēs ir nepietiekams darbinieku motivācijas praktiskais pielietojums, par ko liecina aptaujāto vadītāju viedoklis, ka maksimāli jā rūpējas par darba rezultātiem, bet minimāli par darbiniekiem.
5. Pārmaiņu process ir skāris visas Rīgas veselības aprūpes iestādes, taču, kā liecina respondentu atbildes, pārmaiņām gatavi bijuši tikai 56% aptaujāto vadītāju.
6. Veselības aprūpes jautājumu risināšanā iedzīvotāji vairāk uzticas savai rīcībai, aktivitātēm un neatlaidībai, nekā veselības aprūpes speciālistu iniciatīvai, kas norāda uz nepilnībām veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanas sistēmā.

Secinājumi

Apkopojot veikto pētījumu un analizējot pētījuma rezultātus, autore ieguvusi apstiprinājumu promocijas darbā izvirzītajai hipotēzei un nonākusi pie šādiem secinājumiem:

1. Veselības aprūpes sistēmas reformas gaitā Latvijā laika posmā no 1993.gada līdz 2007.gadam aprūpes efektivitāte nav sevi pierādījusi attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanu.
2. Laika posmā no 1997. – 2007.gadam, neskatoties uz inflācijas pieaugumu, no kopējā valsts budžeta atvēlēto finanšu līdzekļu veselības aprūpei lielums nemainās. Ierobežotais valsts finansējums un noteiktās pakalpojuma izpildes kvotas ir viens no veselības aprūpes pieejamības ierobežojošajiem faktoriem, uz ko norāda ilgās gaidīšanas rindas pie speciālistiem un cilvēkresursu nepietiekamība veselības aprūpes organizācijās.
3. Veselības aprūpes līdzekļu īpatsvars no IKP Latvijā salīdzinājumā ar pārējām Eiropas Savienības valstīm ir ievērojami zemāks. Citās Eiropas Savienības valstīs veselības aprūpes līdzekļu īpatsvars no IKP divkārti un pat trīskārti pārsniedz Latvijas skaitli.
4. Veselības aprūpes sistēmas reformas gaitā pielietotie un normatīvajos aktos minētie jēdzieni „pieejamība” un „veselības aprūpes vadības sistēma” nav izvērtēti definēti likumdošanā, kā rezultātā iespējamās atšķirības minēto jēdzienu interpretācijā sabiedrībā un to pielietošanā veselības aprūpes organizāciju darbībā.
5. Veselības aprūpes sistēmā nepietiekami tiek piemēroti daži no jaunās publiskās pārvaldes pamatprincipiem: prasmes un efektivitātes pilnveidošana, orientācija uz klientu, konkurences veicināšana, sadarbība starp privātu un publisko sektoru.
6. Veselības aprūpes iestādēs Rīgā, lielākoties, dominē organizatoriskās struktūras mehāniskais modelis, kurš nav piemērots pārmaiņu apstākļiem veselības aprūpes sistēmā.
7. Samazinoties stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju skaitam, gultu noslogojuma lielums stacionāros saglabājas gandrīz nemainīgs. Vienlaikus hospitalizācijas līmenim ir tendence palielināties, kas norāda uz pieaugošo pieprasījumu pēc aprūpes pakalpojuma stacionārā.

8. Latvijā veselības aprūpes pieejamību, galvenokārt, ietekmē šādi faktori: iedzīvotāju izvēle reģistrēties pie ģimenes ārsta sev izdevīgā reģionā, nevis tuvāk deklarētai dzīves vietai; neefektīva veselības aprūpes pakalpojumu pēctecība; lielas gaidīšanas rindas pie speciālistiem un uz diagnostiskiem izmeklējumiem;
9. Iegūtie dati norāda, ka ģimenes ārsta prakse un poliklīnikas ir dzīves vietas tuvumā 65 % Rīgas iedzīvotāju, tomēr ir nepietiekams Rīgas reģionu nodrošinājums ar ģimenes ārstu prakses vietām, kas ierobežo veselības aprūpes pieejamību.
10. Ir saistība starp veselības aprūpes iestāžu apvienošanu un veselības aprūpi. Attīstot ārstniecības iestāžu apvienošanas politiku, pieaug Rīgas iedzīvotāju satraukums par veselības aprūpes pakalpojumu efektivitāti un kvalitāti. Lielākais kopums respondentu (44.3%) uzskata, ka iestāžu apvienošana nemainīs veselības aprūpes situāciju Rīgā, bet 24.8% respondenti uzskata, ka iestāžu apvienošana ievērojami pasliktinās veselības aprūpes situāciju.
11. Rīgas iedzīvotājus veselības aprūpē satrauc šādi faktori: veselības aprūpes pakalpojumu zemā kvalitāte, valsts nodrošināto pakalpojumu pietiekamība un pieejamība, iespējas izvēlēties veselības aprūpes speciālistu un veselības aprūpes iestādi, kas norāda uz pakalpojumu pieejamības un kvalitātes nodrošināšanas un pilnveidošanas aktualitāti Rīgā.
12. Faktoru analīzes rezultātos veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā prevalē tādi faktori kā: veselības aprūpes speciālistu attieksme un nepietiekama sadarbība, pacientam nepieciešamā pakalpojuma nenozīmēšana vai nepietiekama informācijas saņemšana par pakalpojumu iespējām, kā arī ierobežota veselības aprūpes iestādes izvēle un speciālistu trūkums tajās. Kā faktori, kas nosaka Rīgas iedzīvotāju finansiālās iespējas veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanā, minētas zemās algas un pensijas.
13. 43 % gadījumu Rīgas iedzīvotāju uzskata, ka viņu bailes saņemt nekvalitatīvus pakalpojumus varētu mazināt veselības aprūpes iestāžu darba organizācija un efektīva vadība.
14. Rīgas iedzīvotāji piešķir Rīgas pašvaldībai nozīmi veselības aprūpes pieejamības sekmēšanā, bet pakalpojumu kvalitātes nodrošināšanā 43% aptaujāto Rīgas iedzīvotāju lielu nozīmi piešķir veselības aprūpes organizācijas vadītājiem. Rīgas pašvaldības darbs veselības aprūpes pieejamības nodrošināšanā 72% gadījumu vērtēts kopumā kā apmierinošs.

15. Rīgas iedzīvotāji uzticību veselības aprūpes speciālistiem novērtējuši 10 baļļu skalā ar vidēju vērtējumu 5.5, kas norāda uz samērā vidēju uzticību veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātei un saņemšanai, kā arī speciālistu attieksmei pret klientu.
16. Lielākā daļa vadītāju (56.2%) uzskata, ka bijuši gatavi pārmaiņām, bet 43.1% aptaujātos vadītājus pārmaiņas skārušas nesagatavotus. Kā visbiežāko iemeslu nesagatavotībai pārmaiņām veselības aprūpes sistēmā, vadītāji minējuši kompetences un zināšanu trūkumu, kā arī informācijas trūkumu. Pirms pārmaiņu uzsākšanas nav bijusi pietiekami nodrošināta vadītāju sagatavošana, jo puse aptaujāto vadītāju zināšanas par vadības procesiem ir apguvuši pašmācības ceļā.
17. Lielākā daļa veselības aprūpes iestāžu vadītāju (60 %) uzskata, ka viņu zināšanas vadībā, tajā skaitā arī pārmaiņu vadībā, ir nepietiekamas un atzīst zināšanu vadībā pilnveidošanas nepieciešamību, kas norāda uz izglītības programmas veselības aprūpes vadībā izveidošanas aktualitāti.
18. Pilnvērtīgāk savu darba laiku amata veikšanai un vadības procesu nodrošināšanai iestādē atvēl tikai 36.1% vadītāji. Lielāko respondentu vairākumu (63.9%) sastāda vadītāji, kuri sava amata pienākumu veikšanai velta līdz 4 stundām dienā, vai pat mazāk. Minētie dati norāda uz nepietiekamu veselības aprūpes vadības efektivitāti, jo vadītājam neatliek laika pietiekami iedziļināties organizācijas vadības procesos.
19. Veselības aprūpes un sociālā situācija Rīgā ir savstarpēji saistītas. Ierobežota veselības aprūpes pieejamība rada pacientu dzīves kvalitātes pazemināšanos, kura, savukārt, ietekmē sociālo situāciju.
20. Statistiski ticama ir saistība veselības aprūpes un sociālai situācijai Rīgā ar veselības aprūpes vērtējumu valstī kopumā. Augstāks vērtējums Rīgai apstiprina arī augstāk vērtējumu veselības aprūpes un sociālās situācijas jomā valstī kopumā.
21. Pētījuma rezultāti liecina, ka Rīgas iedzīvotāji darbaspējīgā vecumā cenšas savu veselību tomēr pārsvarā saglabāt un seko tai līdzī, veicot dažādus pasākumus veselības uzlabošanā: veselības apdrošināšanu, vakcināciju pret dažādām saslimšanām, nodarbojas ar sportu, regulāri lieto vitamīnus un cenšas ievērot veselīgu dzīves veidu.

22. Autores izvēlētais respondentu daudzums aptvēris visus Rīgas administratīvos rajonus, tādēļ pētījumā gūtos rezultātus iespējams attiecināt uz veselības aprūpes pieejamības jautājumiem visas Rīgas iedzīvotājiem

Pamatojoties uz veikto pētījumu un izdarītajiem secinājumiem, autore izsaka šādus **priekšlikumus**:

1. Analizējot vadības teorijas un organizatorisko struktūru pastāvošos veidus veselības aprūpes organizācijās Rīgā, autore piedāvā jaunu veselības aprūpes organizāciju vadības struktūru, kuru nodēvējusi par **mijiedarbības modeli**, kura struktūrā autore piedāvā dažas **novitātes**:
 - samazināts vadības līmeņu skaits no pieciem vadības līmeņiem, kuri darbojās esošo struktūru ietvaros uz diviem vadības līmeņiem, tādējādi sekmējot decentralizāciju, komandas darba principu, sadarbību un komunikāciju organizācijas iekšējā vidē starp struktūrvienībām un speciālistiem;
 - nodalīti vadības procesi no aprūpes procesiem. Departamentus vada vadītāji, bet nodaļās ir aprūpes procesa vadītāji, kuri pārrauga aprūpes procesa īstenošanas profesionālo pusi, bet neveic struktūrvienības vadības procesus. Šāds procesu pārraudzības un vadības sadalījums iespējami uzlabos aprūpes kvalitāti katrā nodaļā un vadības efektivitāti katrā departamentā un organizācijā kopumā.
 - aprūpes kvalitātes un pieejamības sekmēšanas un veselības aprūpes organizācijas lomas sabiedrībā pilnveidošanas nolūkos izveidota jauna iekšējā struktūrvienība organizācijā – klīnisko pakalpojumu departamentu, kura pamatuzdevumi ir analizēt un koordinēt aprūpes kvalitātes un pieejamības situāciju organizācijā, sniegt priekšlikumus par veselības aprūpes pakalpojumu, pieejamības un kvalitātes pilnveidošanu.
2. Autores izstrādātais veselības aprūpes organizāciju vadības modelis piemērojams veselības aprūpes organizācijās Rīgā, kā arī lielākajās veselības aprūpes organizācijās Latvijas reģionos.
3. Pamatojoties uz pētījuma rezultātiem, veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanai Rīgā autore iesaka:

- turpinot veselības aprūpes reformas procesus Rīgā, valdībai izvērtēt visus nepieciešamos resursus un veikt sociālās un ekonomiskās situācijas analīzi, kā arī veikt pārmaiņās iesaistītā personāla informēšanu un sagatavošanu tām;
 - valdībai rast iespējas pārskatīt veselības aprūpes pakalpojuma izpildes kvotas;
 - Latvijas valdībai rast iespēju palielināt veselības aprūpei atvēlēto līdzekļu īpatsvaru no IKP, kas sniegtu iespēju uzlabot veselības aprūpes pieejamību.
 - attīstīt publiskās pārvaldes pamatprincipus (prasmes un efektivitātes pilnveidošana, orientācija uz klientu, konkurences veicināšana, sadarbība starp privātu un publisko sektoru) veselības aprūpes organizāciju darbībā, kas palīdzētu uzlabot veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti un veicināt to pieejamības nodrošināšanu;
 - veselības aprūpes organizāciju vadītājiem pievērst lielāku uzmanību veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes un pieejamības nodrošināšanai un analīzei savās organizācijās.
4. Veselības aprūpes organizāciju vadības sistēmas pilnveidošanai Latvijā ieteicams piemērot Edvarda Deminga, H.Emersona un A.Fajjola principu īstenošanu.
 5. Veselības aprūpes organizāciju dažāda līmeņa vadītāju zināšanu vadībā pilnveidošanai Latvijas Universitātē izveidot apmācības kursu augstākā un vidējā līmeņa veselības aprūpes vadītājiem „Veselības aprūpes vadība pārmaiņu vidē”.
 6. Pētījuma rezultāti pielietojami lietišķos pētījumos Rīgas pašvaldības un valsts pārvaldes virzienos un ieteicams izmantot Rīgas veselības aprūpes stratēģijas izstrādē.
 7. Pētījuma rezultāti izmantojami augstskolu pētījumu darbos, izstrādājot bakalaura, maģistra un promocijas darbus.

LITERATŪRAS UN INFORMĀCIJAS AVOTI

Latvijas Republikas likumi

Latvijas Republikas Satversme / Pieņemta Satversmes sapulcē 15.02.1922. gadā, atjaunota 15.02.1992.gadā// Latvijas Vēstnesis Nr. 43, 01.07.1993.

Likums „*Ārstniecības likums*” ar grozījumiem//Latvijas Vēstnesis, Nr. 65 (1126), 11.03.1998.

Likums „*Par iepirkumu valsts vai pašvaldību vajadzībām*”// Latvijas Vēstnesis, Nr.110 (2497) 20.07.2001. (nav spēkā no 01.05.2006.)

Likums „*Par pašvaldībām*”//Latvijas Vēstnesis, Nr. 61 (192), 24.05.1994.

Likums „*Publisko iepirkumu likums*”// Latvijas Vēstnesis, Nr.65 (3433) 25.04.2006.

Latvijas Republikas Ministru kabineta noteikumi un citi normatīvie dokumenti

LR Ministru kabineta 2006.gada 12.09. noteikumi Nr.762 „*Kārtība, kādā veicami iepirkumi, kuru paredzamā līgumcena ir lielāka par 1000 latu, bet mazāka par 10000 latu*”// Latvijas Vēstnesis, Nr.148 (3516) 15.09.2006.

LR Ministru kabineta 2004.gada 09.03. rīkojums „*Sabiedrības veselības stratēģijas ieviešanas rīcības programma 2004.-2010.gadam*” Nr.150 // Latvijas Vēstnesis, Nr.40 (2988) 12.03.2004.

LR Ministru kabineta 2004.gada 20.12. rīkojums „*Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programma*” Nr.1003//Latvijas Vēstnesis, Nr.204 (3152) 22.12.2004.

LR Ministru kabineta 2005.gada 17.08. rīkojums „*Pamatnostādnes „Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē”*” Nr.560. Pieejams: http://phoebe.vm.gov.lv/faili/new_lapa/tiesibu_akti/politikas_dokumenti/cilvekresursi.pdf, 20.decembris 2006.gads.

LR Ministru kabineta 2005.gada 28.12. rīkojums „*Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programmas ieviešanas plāns*”Nr.854// Latvijas Vēstnesis, Nr.1 (3369) 03.01.2006.

LR Ministru kabineta 2005.gada 17.08. rīkojums Nr.560 „*Pamatnostādnes „e-veselība Latvijā*””. Pieejams:

http://phoebe.vm.gov.lv/faili/new_lapa/tiesibu_akti/politikas_dokumenti/e_vesel.pdf ,
20.decembris 2006.gads.

LR Ministru kabineta 2005.gada 23.03. rīkojums „Latvijas valsts un privātās partnerības veicināšanas pamatnostādnes” Pieejamas:
<http://www.em.gov.lv/em/2nd/?cat=15278>, 23.03.2007.

Pirmspievienošanās ekonomiskā programma// Latvijas Vēstnesis, Nr.105 (2492)
06.07.2001.

Publikācijas un citi materiāli

Akintoye A., Chinyio E. *Private Finance Initiative in the healthcare sector: trends and risk assessment.* Engineering, Construction and Architectural Management. Volume 12, Number 6, 2005, p. 601-616

Antonakis J., Cianciolo A.T., Sternberg R.J. *The nature of leadership.* California: Sage Publications Inc., 2004, 433 p.

Arhipova I., Bāliņa S. *Statistika ekonomikā. Risinājums ar SPSS UN Microsoft Excel.* Mācību līdzeklis, Rīga: Datorzinību centrs, 2003. 21-54.lpp.

Barry R., A.S.Smith. *The Manager's guide to six sigma in healthcare: Practical tips and tools for improvement.* Milwaukee: ASQ Quality Press, 2005, p.51 – 59

Belien P. *Healthcare Systems: A New European Model?* PharmacoEconomics. Vol 18, supplement 1, (2000) p.85-93.

Benowitz E.A. *Principles of Management.* New York: Hungry Minds Inc., 2001. 202 p.

Bergman R. *Reengineering health care.* Hospital & Health Networks. 1997; 68(3) 28-36.lpp

Bertalanffy, L. *General systems theory. Main Currents in Modern Thought.* 1955. p.75-83.

Blancet S.S., Flarey D.L. *Reengineering nursing and health care.* Gaithersburg, Maryland: An Aspen Publication, 1995. 414 p.

Bolman L.G., Deal T.E. *Reframing Organizations.* San Francisco, California: Josey-Bass Inc., 1991. 492 p.

Bolman L.G., Deal T.E. *Modern approaches to understanding and managing organizations.* San Francisco, California: Josey-Bass Inc., 1984. 300 p.

Borkowski N. *Organizational Behavior in health care.* Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2005, 428 p.

Brown.T. *The intelligent organization Industry Week.*1994. 243(6), 17 – 21.lpp.

- Bryman A.** *Social Research Methods*. New York: Oxford University Press, 2002, 540 p.
- Burns T. and Stalker G.M.** *The Management of Innovation*. Oxford University Press, 1994. 308 p.
- Burns J.M.** *Leadership*. New York: Harper and Row 1978, p 19
- Christiansen J.A.** *Building the Innovative Organization*. New York:Palgrave, 2000. 320 p.
- Davidson S.N.** *Healthy chaos*. San Francisco, California: Healthcare Forum Journal, 1998, March – April ; p.64-67
- Davies S.** *Health services management education: why and what?* Journal of Health, Organization and Management, Volume 20, Number 4, 2006, p. 325-334
- Dooley K.J.** *A complex adoptive systems model of organizational change*. Nonlinear Dynamics; Psychology, and Life Science. (1); 1997, p. 69-97.
- Dooley K.J. Johnson T.L. and Bush D.H.** *TQM chaos, and complexity*. New York: Human Systems Management. 1995,14 : 287 – 302 p.
- Duck J.D.** *Managing change. The art of balance Harvard Business*. Boston: MA. Harvard Business Review, 1993, 71 (6), p.109-118
- Easton R.** *Reengineering health information management. The first steps*. Journal of American Health Information Management Association, 1996, p. 50-57
- Ekonomisko terminu vārdnīca uzņēmējdarbībai**. Rīga: Ekonomisko reformu institūts, 1997. 66.lpp., 85.lpp.
- European Observatory on Health Care systems: Health care systems in transition**. WHO Regional Office for Europe, 2001. 93 p.
- Field M.G.** *Comparative Health Systems and the Convergence Hypothesis*. Thousand Oaks: SAGE Publications, 1999, p.40-47
- Forands.I.** *Vadīšana + vadītājs*. Rīga: Kamene, 1999. 173 lpp.
- Giannoni M.** *Universality and decentralisation: the evolution of the Italian health care system*. Eurohealth, 2006, Vol.12. No.2, p.10-13
- Glāzītis A.** *Rīdzenieku veselības aprūpe*. Rīga: A. Glāzītis., 2003, 5 - 47.lpp.
- Goša Z.** *Statistika*. Rīga: Latvijas Universitāte, 2003. 333.lpp.
- Guo K.L.** *Leadership processes for reengineering changes to the health care industry*. Journal of Health Organization and Management, Volume 18, Number 6, 2004, p.435-446
- Hair J.F., Anderson R.E., Tatham R.L., Black W.C.** *Multivariate Data Analysis, fifth edition*. New Jersey: Prentice-Hall, 1998, p. 87-135
- Halvorson G.** *Health Care Reform Now! A Prescription for Change*. San Francisco: Jossey-Bass, 2007, 384 p.

- Hammer M, Champyt J.** *Reengineering the Corporation. A Manifesto for Business Revolution.* New York: Harper business 1993, p.23-27
- Hammer M,** *Beyond Reengineering.* New York: Harper business 1996, p.73-138
- Harrington C.** *Health Policy Crisis and Reform in the U.S. Health Care Delivery System, 3rd edition,* Boston: Yones and Bartlett Publishers, 2001, p.446-454
- Helppie R.D.** *A time for reengineering.* Healthcare Computing, 1992, 10(1), p. 22-24
- Hofmann P.B., Perry F.** *Management Mistakes in Healthcare: Identification, Correction, and Prevention.* Cambridge University Press, 2005, 272 p.
- Kanter R, Stein B, Jick T.** *The challenge of organizational change.* New York. Macmillan; 1992.
- Kelly D.L.** *Applying Quality Management in Healthcare, Second Edition: A System's Approach.* Chicago, IL: Health Administration Press, 2006. 270 p.
- Kovner A.R., Neuhaser D.** *Health Services Management: Readings, Cases, and Commentary, 8th edition.* Chicago, IL: Health Administration Press, 2004. 379 p.
- Krastiņš O.** *Statistika un ekonometrija.* Mācību grāmata augstskolām. Rīga: Latvijas statistika, 1998. 435.lpp.
- Krastiņš O.** *Ekonometrija.* Mācību grāmata augstskolām. Rīga: LR CSP, 2003. 207.lpp
- Kroplijs.A., Rasčevska M.** *Kvalitatīvās pētniecības metodes sociālajās zinātnēs.* Rīga: RaKa, 2004. 127.lpp.
- Krowinski W.I., Steiber S.R.** *Measuring and managing patient satisfaction.* Chicago(ILL): American Hospital Publishing Inc., 1990, 179 p.
- Lafond L.J., Heritage Z., Forrington J.L., Tsouros A.D.** *National healthy cities networks.* WHO Regional Office for Europe, 2003, p. 8-85
- Lasmanis A.** *Datu ieguves, apstrādes un analīzes metodes pedagoģijas un psiholoģijas pētījumos.* 1.grāmata Rīga: Izglītības soļi, 2002.-236 lpp.
- Lee P., Khong P., Ghista D.N.** *Impact of deficient healthcare service quality.* The TQM Magazine, Volume 18, Number 6, 2006, p. 563-571
- Lin B., Vassar J.A.** *Implications of reengineering in health care.* Health Care supervisor, 1996, 15(2), p. 63-68
- Lowenthal J.** *Reengineering the organization: A step-by-step approach to corporate revitalization.* Milwaukee: ASQ Quality Press, 1994, p.93-95
- Leebow W., Ersoz C.J.** *The Health Care Manager's Guid to Continuos Quality Improvement.* Chicago: American Hospital publishing, Inc; 1991,

- Luthans F., Hodgetts R., Lee S.** *New paradigm organizations*. Organizational Dynamics 1994, 22(3), p.5-19
- Marr, B., Schiuma, G., Neely, A.** *The dynamics of value creation: mapping your intellectual performance drivers*. Journal of Intellectual Capital, Vol. 5, No.2, 2004, p.312-325.
- Mc Manis GL.** *Reinventing the system*. Hospital& Health Networks.1993: 67(19), p.42-48
- Mintzberg H.** *Structure in fives: Designing Effective Organizations*. Englewood Cliffs. Prentice – Hall, 1981, p.199
- Mourier P., Smith M.R.** *Conquering Organizational Change: How to succeed where most companies fail*. Atlanta: CEP Press, 2001, p.19
- Nachel W.** *Reengineering: Beyond incremental change*. Chiccano: Healthcare Executive 1994, 9/July August, p.18-21
- Nauert R.** *Planning an alternative delivery system*. Top Health Care Finance, 1992: 18(3), p.64-71
- Or Zeynep and Gérard de Pouvourville.** *French hospital reforms: a new era of public-private competition?* Eurohealth, 2006, Vol.12. No.3, p.21-23
- Parsons M.L., Murdaugh C.L., O'Rourke R.A.** *Interdisciplinary Case studies in Health Care Redesign*. Gaithersburg: Aspen Publishers Inc., 1998, p.196-208
- Patching K.** *Management and organisation Development: Beyond, Arrows and Circles*. New York: Palgrave, 2000. 320 p
- Pīrsija R.** *Laika menedžments: kā pārvaldīt laiku un sasniegt savu mērķi*. Rīga: Jumava, 2005. - 200 lpp
- Plsek P.E.** *Innovative thinking for the improvement of medical systems*. Philadelphia: Annals of Internal Medicine, 1999, 131(6), p. 438–444
- Polit D.F., Hungler B.P.** *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal and Utilization*. Philadelphia: J.B. Lippincot Company, 1993. 449 p.
- Pollard C.W.** *The leader who serves*. San Francisko:Jossey-Bass Inc.Publishers, 1996, p. 49-51
- Porter-O'Grady T.** *Building partnerships in health care Creating whole systems change*. New York: Nurs Health Care, 1994, 15(1), p.34-38
- Powel F.D., Wessen A.F.** *Health care systems in transition*. California: Sage Publications, Inc., 1999, 408 p.
- Priede-Kalniņa Z.** *Māsu prakse pamatota teorijā*. Milwaukee; Heritage printing Graphic, 1998, 49-51, 65.lpp.

- Priestley R., Lipp A& Price.C.** *Intersectoral partnerships for health. In: WHO Health Cities in Europe: a compilation of papers on progress and achievements*, Denmark: WHO Regional Office for Europe, 2003, p 32-50
- Raffel M.W., Barsukiewicz C.K.** *The U.S. Health System origins and functions*. Delmar: Thomson Learning, 2002. 197 p.
- Rakich J.S., Beaufort B., Longest Jr., Darr K.** *Managing health services organizations*. Baltimore, Maryland: Rose Printing Company, Inc., 1993, p.686
- Raščevska.M., Kristapsone S.** *Statistika psiholoģijas pētījumos*. Rīga: SIA „Izglītības soli”, 2000.25-26.lpp., 157-176.lpp.
- Reid.N.** *Health Care research by degrees*. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1993. 156 p.
- Research training for social scientists**. Edited by Dawn Burton – London, Thousand Oaks, New Delhi 2000, p.503
- Richard I., Levin.** *Statistics for Management*, 4th edit. Englewood Cliffs. Prentice – Hall, Inc., 1978, 890 p
- Rimmer C.T., Lutjens L.R.J.** *Planned change theories for nursing: Review, analysis and implications*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications Inc.,1998, 408 p.
- Rondeau K.V.** *Health human resource planning requires an effective staff retention policy*.
Pieejams:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list>
(skatīts 20.05.2007)
- Roos, G., Pike, S., Fernström, L.** *Managing Intellectual Capital in Practice*, Oxford: Butterworth-Heinemann, 2005, p.1-20
- Royle J.A., Walsh M.** *Watson's medical surgical nursing and related physiology*. London: Bailliere Tindall, 1992. p.13
- Saltman R. & Figueras J.** *European health care reform. Analysis of current strategies*. WHO Regional Publications, European Series, No. 72 1997, 310 p.
- Sanders T.I.** *Strategic. Thinking and the New Science: Planning in the Midst of Chaos. Complexity and Change*. New York: Free Press, 1998, p.50-56
- Senge P.M.** *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization*. New York: Doubleday,1990, 445 p.
- Serge.P., Kleiner A., Roberts C., Ross R., Smith B.** *The fifth Discipline Fieldbook: Strategies and Tools for Building a Learning Organizations*. Broadway, New York: Doubleday, 1994, p.50-52

- Shewchuk, R.M., O'Connor, S.J., Fine, D.J.** *Building an understanding of the competencies needed for health administration practice.* Journal of Healthcare Management, Vol. 50, No.1, 2005, p.32-48
- Skyttner L.** *General Sysytems Theory: Ideas and application.* Singapore: World Scientific Publishing Co.Ptc.Ltd., 2001, p.52-68
- Smith S.P., Flarey D.L.** *Process centered Health Care organizations.* Gaithersburg: Aspen Publishers Inc., 1999, 241 p.
- Sociālais ziņojums, 1999.** Labklājības Ministrija, Rīga, 2000.
- Stacey R.D.** *Strategic Management and Organizational Dynamics.* London Pitmann Publishing, 1996.
- Stacey R.D.** *Complexity and creativity in organizatons.* San Francisko: CA Berret Koehler Publishers, 1996, p. 23-46
- Stephen P. Fitzgerald** *Organizataional models.* United Kingdom: Capstone Express Exec, 2002, p.12-13
- Stoopendaal A.** *Health care executives and 'their' patients. How do they keep in touch?* Eurohealth, 2005, Vol.11. No.3, p.7-10
- Strandberg-Larsen M., Nielsen M.B., Krasnik A., Vrangbaek K.** *Is Denmark prepared to meet future health care demands?* Eurohealth, 2006, Vol.12. No.4, p.7-10
- Sullivan T. J.** *Methods of social research.* Thomasd I. Sullivan _ Fort Worth (etc) Harcourt College Publishers, 2001, p.262-290.
- Ukolovs V., Mass A., Bistrjakovs I.** *Vadības teorija.* Rīga: apgāds „Jumava”, 2006. 246.lpp.
- Vanags. E., Vilka I.** *Pašvaldību darbība un attīstība.* Rīga: Latvijas Universitātes Akadēmiskais apgāds, 2005., 171-174.lpp.
- Vasermanis E., Šķiltere D. Krasts I.** *Prognozēšanas metodes.* Rīga: Latvijas Universitāte, 2003.-129.lpp.
- Zavras A.I., Tsakos G., Economou G., Kyriopoulos J.** *Using DEA to evaluate efficiency and formulate policy within a Greek national primary health care network. Data Envelopment Analysis.* Journal of Medical Systems, 2002 Aug., 26(4), p.285-292
- Zimmerman B.J., Lindberg C., and Plsek P.E.** *Insights from Complexity Science for Health Care Leaders.* Dallas: TX: VHA. Publishing, 1998, p.23-27
- Zimmerman B.J.** *Complexity science; A route trough hard times and uncertainty.* The Health Forum Journal, 1999, 42(2), p.42-46, p.96

- Zuckerman A.M.** *Healthcare Strategic Planning, Second Edition*. Chicago IL: Health Administration Press, 2005, 179 p.
- Walton M.** *The Deming Management method*. New York: The Putnam Publishing Group, 1986, p.33-86
- Watson G.** *Strategic Benchmarking*. New York: John Wiley. Inc.,1993, p.58-68
- Webster's New World Medical Dictionary**. Indianapolis: Wiley Publishing Inc., 2003, p.220
- Wheatly M.** *Leadership and the New Science*. San Francisco: Berret-Koehler Publishers, 1992, p.42-50
- William G. Zikmund**, *Business Research Methods*, 6-th edit, The Dryden Press, 2000, 660.p
- Wilson L.C.** *Implementation and Evaluation of Church-Based Health Fairs*. Journal of Community of Health Nursing, 2000, Vol. 17, No. 1, p. 39-48
- Wise Yoder P.S.** *Leading and managing in nursing*. St.Louis, Missouri: Mosby-Year Book, Inc., 1995, 566 p.
- Акофф Р.** *Акофф о менеджменте*. Санкт-Петербург: издательский дом „Питер”,2002, 448 с.
- Ансофф И.** *Стратегическое управление*. Москва: Экономика, 1989, 519 с.
- Антонов В.Г.** *Эволюция организационных структур*. Менеджмент в России и за рубежом №1/2000 (pieejams - <http://www.dis.ru/im/article.shtml?id=855>, 25.03.2007)
- Бодди Д., Пейтон Р.** *Основы менеджмента*. Санкт-Петербург: издательский дом „Питер”, 1999, с.530-665
- Виханский О., Наумов А.** *Менеджмент*: Москва: Экономист, 2004, 528 с.
- Гвишмани Д. М.** *Организация и управление*. Москва: Наука, 1972, 536 с.
- Грушенко В.И., Фомченкова Л.В.** *Кризисное состояние предприятия: поиск причин и способов его преодоления*. Менеджмент в России и за рубежом №1 / 1998
- Друкер П.** *Задачи менеджмента в XXI веке*. Москва: Издательский дом «Вильямс», 2002, 272 с.
- Друкер П.** *Практика менеджмента*. Москва: Издательский дом «Вильямс», 2000, 398 с.
- Здоровье и устойчивое развитие на местном уровне. Участие населения: подходы и методы*. Москва: WHO, 2002, 9-98 с.
- Коротков Э. М.** *Концепция менеджмента*. Москва: ДеКА 2004, с.322-400
- Кочеврин Ю.** *Эволюция менеджериализма*. Москва: Наука, 1985, с.223

Кучар Л. А., Лепе Л. Н., Семенов П. М. *Разработка бизнес – плана предприятия.* Москва: Республиканский исследовательский научно-консультационный центр экспертизы, 1996, 90 с.

Лафта Дж. *Эффективность менеджмента организации.* Москва: Дело, 1999, 320 с.

Минцберг Г. *Структура в кулаке: создание эффективной организации.* Санкт-Петербург: издательский дом „Питер”, 2004, 512 с.

Ойхман Е., Попов Э. *Реинжиниринг бизнеса: Реинжиниринг организаций и информационные технологии.* Москва: Финансы и статистика. 1997, 336с.

Олкок Д. *Искусство администрирования.* Москва: Финпресс, 1998, 176 с.

Патюрель Р. *Создание сетевых организационных структур // Проблемы теории и практики управления.* 1997. № 3. с. 76-81.

Фалько С. Т., Носов В. М. *Контролинг на предприятии.* Москва: Об-во «Знание» России, 1995, 80 с.

Фолльмут Х. *Контролинг от А до Я.* Москва: Финансы и статистика, 1998, 240 с.

Хаммер М., Чампи Дж. *Реинжиниринг корпораций: Манифест революции в бизнесе.* С.-Петербург: Издательство С.-Петербургского университета, 1997, 332 с.

Хан Д. *Планирования и контроль: концепция контроллинга.* Москва: Финансы и статистика, 1997, 800 с.

Шрайэгг Г., Носс К. *Изжила ли себя организационная структура? // Проблемы теории и практики управления.* С. - Петербург: Экономическая Школа, 1994. № 4. с. 8-83.

Якопка Л. *Карьера менеджера.* Москва: Прогресс, 1991, 384 с.

Interneta resursi

Baltijas Sociālo zinātņu institūts: *Attieksme un informētība par veselības aprūpes sistēmu* Pieejams:
Latvijā.

http://phoebe.vm.gov.lv/faili/new_lapa/publikacijas_statistika/petijumi/veselibas_aprupes_sistema/attieksme_informetiba/arsti-julij2002.pdf (skatīts 10.05.2007)

British Medical Journal. <http://www.bmj.com/cgi/content/full/329/7465/522>, (skatīts 28.11.2006).

Eiropas Parlaments. Pacientu mobilitāte un veselības aprūpes attīstība Eiropas Savienībā (2004/2148(INI)). Pieejams : [http:// www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do](http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do) (skatīts 27.02.2007).

Iedzīvotāju skaita sadalījums pa rajoniem un priekšpilsētām: (Pilsonības un migrācijas lietu pārvaldes iedzīvotāju reģistra dati par iedzīvotāju skaitu pašvaldībās) Pieejams: http://www.riga.lv/LV/Channels/About_Riga/Riga_in_numbers/default.htm (skatīts 27.03.2007)

LR Veselības Ministrijas statistika. Pieejams: <http://www.vm.gov.lv/?id=246&sa=130&top=129&lang=&large=> (skatīts 28.02.2007).

Nacionālais ziņojums par sociālās aizsardzības un sociālās iekļaušanas stratēģiju 2006.-2008.gadam. Pieejams: http://www.mk.gov.lv/doc/2005/LMZino_150906.doc- (skatīts 27.04.2007).

National Advisory Board on Health care Ethics (ETENE). *Shared values in health care, common goals and principles.* Pieejams: <http://www.etene.org/dokumentit/EteneENG.pdf> (skatīts 20.10.2007).

Koncepcija „Normatīvo aktu sistēma veselības aizsardzības jomā”. Pieejams: <http://www.vm.gov.lv/?id=143&sa=137&top=137&lang=&large=> (skatīts 27.02.2007).

Pasaules Veselības organizācija: World Health Organization. Pieejams: <http://www.who.int/en/>, (skatīts 28.11.2006).

Rīgas reģionālais iedalījums. Pieejams: <http://maskfor.lv/lv/vesture.php> (skatīts 28.03.2007).

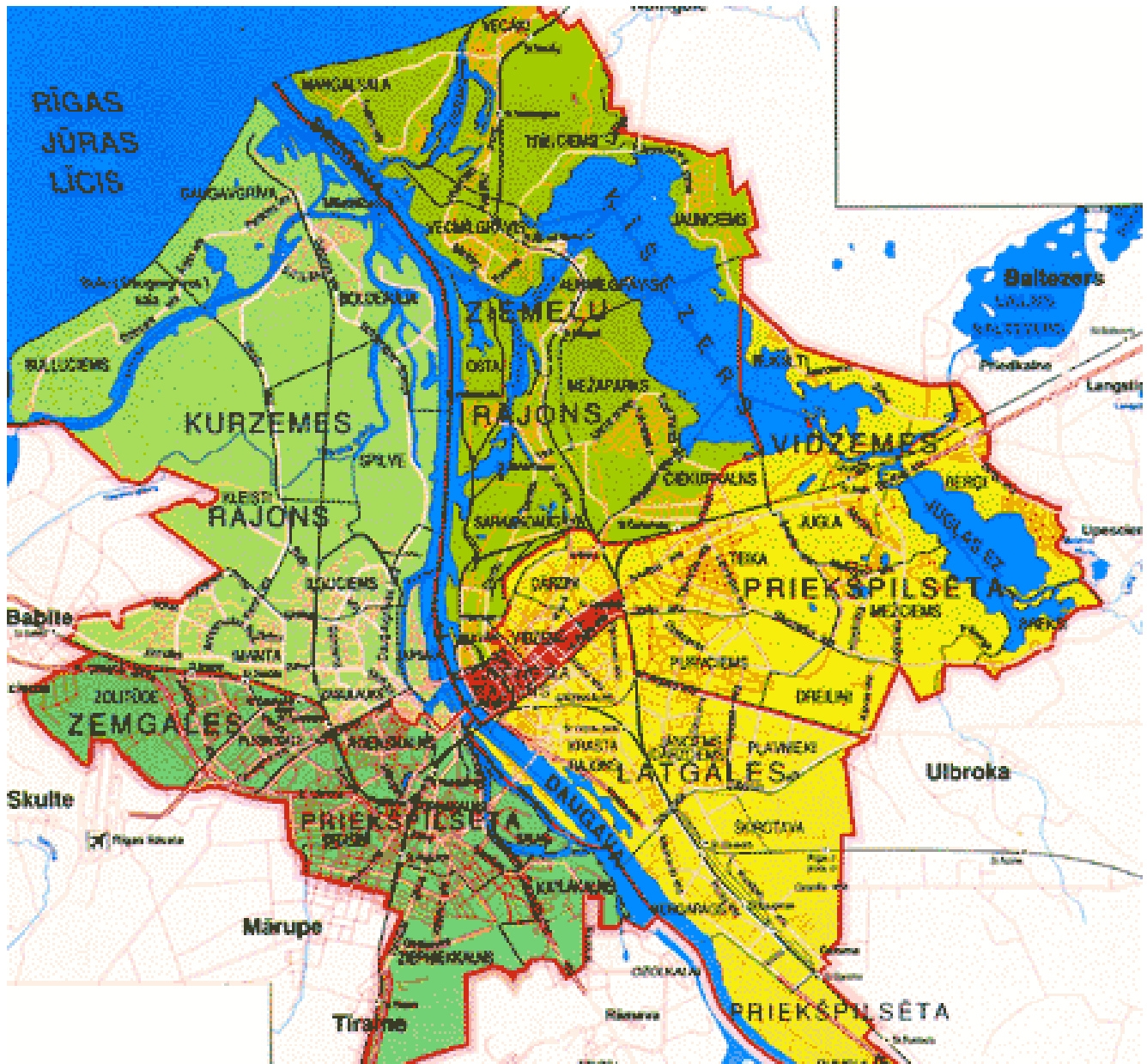
Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra: Statistika. Pieejams: <http://www.voava.gov.lv/lat/veseliba/statistika/> (skatīts 28.11.2006).

Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju valsts aģentūra: Statistika
Pieejams:www.vsmtda.gov.lv/v/lv/departamenti/statistikas/statistika/aprupe/ (skatīts 28.11.2006).

World Health Organization: Extract from health for all (HFA) database. Pieejams: <http://www.euro.who.int/main/WHO/CountryInformation/> (skatīts 20.05.2007).

PIELIKUMI

Rīgas reģionālais iedalījums 2006.gadā



Avots: Rīgas pašvaldība, 2007

Aptaujas anketa veselības aprūpes vadītājiem

Cienījamais respondent!

Sava promocijas darba ietvaros Latvijas Universitātes Vadības zinātņu doktorantūrā esmu nolēmusi noskaidrot patreizējos augstākā un vidējā līmeņa vadības rīcības modeļus un to ietekmi uz aprūpes kvalitāti veselības aprūpes sistēmā.

Lai varētu izvērtēt augstāk minētos datus, lūdzu Jūs sniegt atbildes uz anketas jautājumiem. Savu izvēlēto atbildi atzīmējiet „lodziņā” ar krustiņu, piemēram

Vīrietis sieviete

Respondentu konfidencialitāte tiks saglabāta un netiks izpausta. Iegūtie dati tiks anonīmi apkopoti un izmantoti pētījuma veikšanai. Aizpildot minēto anketu, Jūs sniežat savu piekrišanu pētījumam.

Paldies par atsaucību !

Antra Sakne,
LU Vadības zinātņu doktorande

1.	Dzimums: 1) vīrietis 2) sieviete	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.	Vecums: 1) līdz 30 g. 2) 31-40 g. 3) 41-50 g. 4) 51-60 g. 5) 61-70 g. 6) virs 70 g.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.	Izglītība nozarē: 1) medicīnas 2) vadības 3) ekonomikas 4) citā. (lūdzu, norādiet kādā).....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.	Sektors, kurā atrodas Jūsu darba vieta: 1) valsts 2) privātais	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.	Jūsu ieņemamais vadības līmenis: 1) augstākā līmeņa vadītājs (iestādes vadītājs) 2) vidējā līmeņa vadītājs(galvenā māsa, struktūrvienības vadītājs, struktūrvienības virsmāsa)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.	Jūsu kopējais darba stāžs: 1) līdz 5 gadiem 2) 6-10 gadi 3) 11-20 gadi 4) 21-30 gadi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

	5) 31-40 gadi 6) vairāk kā 40 gadi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.	Kāds ir jūsu darba stāžs kā vadītājam: 1) līdz 5 gadiem 2) 6-10 gadi 3) 11-20 gadi 4) 21-30 gadi 5) 31-40 gadi 6) vairāk kā 40 gadi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8.	Cik stundas dienā, caurmērā, Jūs veltiet savam vadītāja darbam: 1) līdz 2 stundām 2) 2-4 stundas 3) 4-8 stundas 4) vairāk kā 8 stundas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9.	Vai Jūs strādājat vēl kādā amatā, darba vietā papildus: 1) nē 2) jā	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10.	Ja atbildējāt 10 jautājumā "Jā", lūdzu, nosauciet kādā sfērā: 1) medicīnā 2) pedagoģijā 3) citā(kādā).....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11.	Ja atbildējāt 10 jautājumā "Jā", tad, cik stundas dienā, caurmērā, Jūs veltiet minētajam blakus darbam/amatam: 1) līdz 2 stundām 2) 2-4 stundas 3) 4-8 stundas 4) vairāk kā 8 stundas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12.	Cik darbinieki strādā Jūsu iestādē/ struktūrvienībā: 1) līdz 10 darbiniekiem 2) 11-30 darbinieki 3) 31-50 darbinieki 4) 51-100 darbinieki 5) 101-300 darbinieki 6) 301-500 darbinieki 7) vairāk kā 500 darbinieki	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

13.	Cik liels ir Jums tieši padoto darbinieku skaits: 1) līdz 10 darbiniekiem 2) 11-30 darbinieki 3) 31-50 darbinieki 4) 51-100 darbinieki 5) 101-300 darbinieki 6) 301-500 darbinieki 7) vairāk kā 500 darbinieki	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14.	Vai ir iegūta papildus izglītība/apmācība vadībā: 1) Nē 2) Jā	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15.	Veids, kādā papildus izglītība/apmācība tika iegūta: 1) kursi 2) pašmācības ceļā 3) koledžā apgūstot mācību programmu 4) augstskolā apgūstot mācību programmu 5) apgūstot kolēģu pieredzi 6) cits:.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16.	Ja 15 jautājumā atbildējāt ar “Jā”, lūdzu, norādiet laika posmu kādā izglītība/apmācība tika iegūta” 1) 1 diena 2) vairākas dienas 3) 1 mēnesis 4) vairāk kā 1 mēnesis 5) vairāki gadi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17.	Savas zināšanas vadības jomā Jūs vērtējat kā: 1) pilnīgi pietiekamas 2) pietiekamas, bet, labprāt tās padziļinātu 3) nepietiekamas 4) vairāk kā nepietiekamas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18.	Vai Jūs esiet apmierināts ar savu patreizējo darbu kā vadītājs: 1) jā 2) nē 3) daļēji 4) nevaru atbildēt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

25.	Lūdzu, nosauciet savā vadītāja darbā atbilstošas plānošanas funkcijas: <hr/> <hr/>	
26.	Lūdzu, nosauciet savā vadītāja darbā atbilstošas organizēšanas funkcijas: <hr/> <hr/>	
27.	Lūdzu, nosauciet savā vadītāja darbā atbilstošas motivēšanas funkcijas: <hr/> <hr/>	
28.	Lūdzu, nosauciet savā vadītāja darbā atbilstošas kontroles funkcijas: <hr/> <hr/>	
29.	Kuru(-us) no vadīšanas veidiem, Jūs varētu attiecināt uz savu vadītāja darbu: 1) personāla 2) finanšu 3) kvalitātes 4) iestādes 5) struktūrvienības 6) inovāciju 7) stratēģiskā	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
30.	Kādu lomu(-as) kā vadītājs Jūs pildiet savā organizācijā:	

31.	<p>Kura(-as) no vadīšanas metodēm jums savā darbā liekas vispieņemamākā (-ās):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) darbinieku materiālā stimulēšana 2) likumu, statūtu un nolikumu pildīšana 3) psiholoģiskā klimata veidošana 4) darbinieku individuālo psiholoģisko īpatnību ievērošana 5) ekonomiskās sankcijas 6) instrukciju, pavēļu u.c. administratīvo dokumentu izveidošana 7) kopīgu kolektīvo pasākumu organizēšana 8) pārrunas ar darbiniekiem 9) cita (lūdzu, nosauciet): <p>.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
32.	<p>Kurš organizācijas veids atbilst Jūsu iestādei:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pilnvaru piešķiršanas un varas koncentrēšana augstākā līmeņa vadītājiem 2) pilnvaru piešķiršanas un varas koncentrēšana vidējā līmeņa vadītājiem 3) pilnvaru piešķiršanas un varas koncentrēšana augstākā un vidējā līmeņa vadītājiem, atbilstoši kompetencei 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
33.	<p>Lūdzu, atzīmējiet, vai Jums ir skaidri saprotama(-s) Jūsu iestādes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) misija 2) mērķis 3) stratēģija 4) attīstība 	<p>Jā<input type="checkbox"/>Nē<input type="checkbox"/></p> <p>Jā<input type="checkbox"/>Nē<input type="checkbox"/></p> <p>Jā<input type="checkbox"/>Nē<input type="checkbox"/></p> <p>Jā<input type="checkbox"/>Nē<input type="checkbox"/></p>
34.	<p>Vai Jūsu iestādē/ struktūrvienībā pēdējā gada laikā notikušas pārmaiņas?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) nē 2) jā 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

35.	<p>Ja atbildējāt 35 jautājumā “Jā”, lūdzu, nosauciet kādas pārmaiņas iestādi skārušas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) valsts reformas ietekmētas 2) iestādes/struktūrvienības vadības maiņa 3) iestādes/struktūrvienības darbinieku maiņa 4) pārmaiņas procesu vadībā un organizācijā (aprūpes, ārstniecības u.c.) 5) izmaiņas sniegtajos iestādes pakalpojumos 6) izmaiņas normatīvajos aktos 7) iestādes attīstība 8) darbinieku izaugsme 9) finanšu resursos 10) konkurentu ietekme 11) cits:..... <p>.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
36.	<p>Kuru sfēru pārmaiņu process ietekmēja visvairāk:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) personālrесursus 2) finanšu resursus 3) iestādes organizāciju kopumā 4) struktūrvienības organizāciju 5) veselības aprūpes sistēmu 6) iestādes vadību 7) citu: <p>.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
37.	<p>Vai Jūs, kā vadītājs bijāt gatavs pārmaiņām:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) jā 2) nē 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
38.	<p>Ja nē, tad, kāds tam varēja būt iemesls:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

Paldies par atsaucību!

maznodrošinātie, bezpajumtnieki)			
9. Veselības aprūpes pakalpojumi mājās	1	2	3
10. Veselības aprūpes pakalpojumi bērniem un jauniešiem līdz 18. gadu vecumam	1	2	3
11. Ģimenes ārsta pieejamība	1	2	3
12. Veselības aprūpes iestāžu apvienošana	1	2	3
13. Veselības aprūpes speciālistu trūkums	1	2	3
14. Veselības aprūpes speciālistu profesionalitāte	1	2	3
15. Pacienta tiesības	1	2	3
16. Attieksme pret pacientu	1	2	3
17. Veselības profilakse	1	2	3
18. Informācija par veselības aprūpes pakalpojumiem Rīgā	1	2	3
19. Sadarbība starp veselības aprūpes speciālistu un pacientu	1	2	3
20. Sadarbība starp veselības aprūpes speciālistiem savā starpā	1	2	3

10. Kas, Jūsaprāt, vislabāk varētu 10. jautājumā minētos faktoros, varētu ietekmēt?

Lūdzu atzīmējiet, apvelkot vienu attiecīgo ciparu katrā rindā:

	Veselības aprūpes iestāžu vadītāji	Rīgas pašvaldība	Valdība
1. Veselības aprūpes pakalpojuma kvalitāte	1	2	3
2. Iespēja izvēlēties veselības aprūpes pakalpojumu tuvāk dzīves vietai	1	2	3
3. Iespēja izvēlēties veselības aprūpes speciālistu	1	2	3
4. Iespēja izvēlēties veselības aprūpes iestādi	1	2	3
5. Valsts nodrošināto veselības aprūpes pakalpojumu pietiekamība	1	2	3
6. Samaksa par veselības aprūpes pakalpojumu	1	2	3
7. Veselības apdrošināšana	1	2	3
8. Atvieglojumi veselības aprūpē riska grupām (trūcīgie, maznodrošinātie, bezpajumtnieki)	1	2	3
9. Veselības aprūpes pakalpojumi mājās	1	2	3
10. Veselības aprūpes pakalpojumi bērniem un jauniešiem līdz 18. gadu vecumam	1	2	3
11. Ģimenes ārsta pieejamība	1	2	3
12. Veselības aprūpes iestāžu apvienošana	1	2	3
13. Veselības aprūpes speciālistu trūkums	1	2	3
14. Veselības aprūpes speciālistu profesionalitāte	1	2	3
15. Pacienta tiesības	1	2	3
16. Attieksme pret pacientu	1	2	3
17. Veselības profilakse	1	2	3
18. Informācija par veselības aprūpes pakalpojumiem Rīgā	1	2	3
19. Sadarbība starp veselības aprūpes speciālistu un pacientu	1	2	3
20. Sadarbība starp veselības aprūpes speciālistiem savā starpā	1	2	3

11. Kā jūs domājat – veselības aprūpes speciālistiem kopumā var uzticēties?

Nevar 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Var uzticēties

12. No kā jūs baidāties savā personiskajā dzīvē un cik lielā mērā?

Lūdzu atzīmējiet, apvelkot vienu attiecīgo ciparu katrā rindā:

	Nebaidos	Baidos	Ļoti baidos
1.Zaudēšu/neatradīšu darbu	1	2	3
2.Nesaņemšu izdzīvošanai pietiekami lielu pensiju	1	2	3
3.Saslimšanas gadījumā nevarēšu samaksāt par ārstēšanos	1	2	3
4.Saslimšanas gadījumā nesaņemšu pietiekami kvalitatīvus veselības aprūpes pakalpojumus	1	2	3
5.Cietīšu no veselības aprūpes speciālistu atteiksmes	1	2	3
6.Nesaņemšu veselības aprūpes speciālistu sapratni un atbalstu	1	2	3
7.Cietīšu nelaimes gadījumā	1	2	3
8.Nopietni saslimšu	1	2	3
9.Man nebūs pieejams veselības aprūpes pakalpojums	1	2	3
10.Cietīšu no speciālistu trūkuma veselības aprūpes iestādē	1	2	3
11.Nebūs iespējas izvēlēties veselības aprūpes iestādi	1	2	3
12.Veselības aprūpes speciālists nenozīmēs man nepieciešamo aprūpes pakalpojumu	1	2	3
13.Nesaņemšu pietiekamu veselības apdrošināšanu	1	2	3
14.Nesaņemšu informāciju par veselības aprūpes pakalpojumiem	1	2	3
15.Neizveidosies sadarbība starp mani un veselības aprūpes speciālistu	1	2	3

13.Kas, Jūsuprāt, vislabāk varētu ietekmēt šos draudus?

Lūdzu atzīmējiet, apvelkot vienu attiecīgo ciparu katrā rindā:

	Rīgas pašvaldība	Valdība	Veselības aprūpes iestāžu vadītāji
1.Zaudēšu/neatradīšu darbu	1	2	3
2.Nesaņemšu izdzīvošanai pietiekami lielu pensiju	1	2	3
3.Saslimšanas gadījumā nevarēšu samaksāt par ārstēšanos	1	2	3
4.Saslimšanas gadījumā nesaņemšu pietiekami kvalitatīvus veselības aprūpes pakalpojumus	1	2	3
5.Cietīšu no veselības aprūpes speciālistu atteiksmes	1	2	3
6.Nesaņemšu veselības aprūpes speciālistu sapratni un atbalstu	1	2	3
7.Cietīšu nelaimes gadījumā	1	2	3
8.Nopietni saslimšu	1	2	3
9.Man nebūs pieejama veselības aprūpe	1	2	3
10.Cietīšu no veselības aprūpes speciālistu trūkuma iestādē	1	2	3
11.Nebūs iespējas izvēlēties veselības aprūpes iestādi	1	2	3
12.Veselības aprūpes speciālists nenozīmēs man nepieciešamo aprūpes pakalpojumu	1	2	3
13.Nesaņemšu pietiekamu veselības	1	2	3

apdrošināšanu			
14.Nesaņemšu informāciju par veselības aprūpes pakalpojumiem	1	2	3
15.Neizveidosies sadarbība starp mani un veselības aprūpes speciālistu	1	2	3

14. Lūdzu nosauciet 3 problēmas veselības aprūpes sistēmā Rīgā, kas Jūs personīgi satrauc visvairāk:

1. _____
2. _____
3. _____

15. Kas no zemāk minētā vairo vai mazina Jūsu ticību veselības aprūpei?

Lūdzu atzīmējiet, apvelkot vienu attiecīgo ciparu katrā rindā:

	Mazina	Neietekmē	Vairo
1.Paša rīcība	1	2	3
2.Pašvaldība	1	2	3
3.Veselības aprūpes iestādes	1	2	3
4.Sociālās aprūpes iestādes	1	2	3
5.Valdība	1	2	3
6.Sabiedriskās organizācijas	1	2	3
7.Avīzes, radio, televīzija, internets	1	2	3
8.Eiropas Savienība	1	2	3

16. Kā Jūs vērtējat pašreizējo veselības aprūpes situāciju valstī kopumā?

Ļoti slikti 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ļoti labi

17. Kāda, pēc Jūsu domām, būs veselības aprūpes situācija valstī pēc 12 mēnešiem?

- | | |
|-------------------------|-----------------------------|
| 1 Ievērojami uzlabosies | 4 Nedaudz pasliktināsies |
| 2 Nedaudz uzlabosies | 5 Ievērojami pasliktināsies |
| 3 Nemainīsies | |

18. Vai Jūs personīgi esiet cietis no veselības aprūpes nepieejamības Rīgas veselības aprūpes iestādē/ēs?

1 Jā 2 Nē

19. Kā Jūs domājat, ja Jums būtu nepieciešama palīdzība veselības aprūpes jautājuma risināšanā, kas jums varētu sniegt visdrošāko atbalstu?

Lūdzu sarindojiet pēc nozīmīguma (vērtējiet no 1 līdz 6, kur vērtējums „1” nozīmē visdrošākais atbalsts, bet „6” – visnedrošākais atbalsts):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pašvaldības iestāde | <input type="checkbox"/> Ģimenes ārsta prakse |
| <input type="checkbox"/> Sabiedriskā(nevalstiska organizācija) | <input type="checkbox"/> Es pats |
| <input type="checkbox"/> Veselības aprūpes iestādes | <input type="checkbox"/> Sociālās aprūpes iestāde |

20. Lūdzu novērtējiet savu attieksmi pret Rīgā esošām valsts struktūrām un iestādēm? (Uzrādiet katrā rindā).

		Uzticos	Neuzticos
1	Rīgas pašvaldībai	1	2
2	Sabiedriskām organizācijām	1	2
3	Sociālās aprūpes iestādēm	1	2
4	Ģimenes ārstu praksēm, primārai veselības aprūpei	1	2
5	Veselības aprūpes iestādēm – stacionāriem (slimnīcām)	1	2
6	Privātai veselības aprūpei	1	2
7	Avīzēm, radio, televīzijai, internetam	1	2

21. Ko Jūs pats/-i pēdējā gada laikā esiet darījis/-usi, lai uzlabotu savu un līdzcilvēku veselību un mazinātu saslimstību?

Lūdzu atzīmējiet, apvelkot vienu attiecīgo ciparu katrā rindā:

	Esmu	Neesmu	Plānoju	Esmu kategoriski pret
1. Apdrošinājies/-usi veselību	1	2	3	4
2. Vakcinējies/-usies pret slimībām	1	2	3	4
3. Nodarbojos ar sportu	1	2	3	4
4. Cenšos ēst veselīgu pārtiku	1	2	3	4
5. Veicu regulāras veselības pārbaudes	1	2	3	4
6. Atturos no alkohola lietošanas	1	2	3	4
7. Atturos no smēķēšanas	1	2	3	4
8. Regulāri lietoju vitamīnus	1	2	3	4
9. Ievēroju veselīgu dzīvesveidu	1	2	3	4

22. Vai Jūs ar savu dzīvi esiet:

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| 1 Pilnīgi apmierināts | 3 Neapmierināts |
| 2 Apmierināts | 4 Pilnīgi neapmierināts |

23. Kādām vajadzībām, pēc Jūsu domām, Rīgas pašvaldībai jāizdala līdzekļi pirmām kārtām?

Lūdzu atzīmēt ne vairāk kā 3 variantus.

1. Veselības aprūpes iestāžu modernizācijai
2. Veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes uzlabošanai
3. Veselības aprūpes nodrošināšanai maznodrošinātajiem, trūcīgajiem, bezpajumtniekiem
4. Veselības aprūpes speciālistu darba samaksai
5. Veselības aprūpes speciālistu kvalifikācijas paaugstināšanai
6. Pacientu maksājumu līdzfinansējuma nodrošināšanai
7. Jaunu veselības aprūpes iestāžu celtniecībai
8. Veselības apdrošināšanai
9. Valsts nodrošināto veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanai
10. Veselības veicināšanai
11. Citi mērķi (lūdzu, uzrakstiet) _____

24. Kā Jūs novērtētu Rīgas pašvaldības darbību veselības aprūpes pieejamības nodrošināšanā iedzīvotājiem?

- | | |
|------------------|-----------------|
| 1 Ļoti veiksmīga | 3 Apmierinoša |
| 2 Veiksmīga | 4 Neapmierinoša |

Lūdzu miniet 3 piemērus:

1. _____
2. _____
3. _____

25. Kā Jūs novērtētu Rīgas pašvaldības darbību veselības veicināšanas jomā iedzīvotājiem?

- | | |
|------------------|-----------------|
| 1 Ļoti veiksmīga | 3 Apmierinoša |
| 2 Veiksmīga | 4 Neapmierinoša |

Lūdzu miniet 3 piemērus:

1. _____
2. _____
3. _____

Lūdzu sniedziet dažas ziņas par sevi.

26. Dzimums:

- | | |
|------------|------------|
| 1 Vīrietis | 2 Sieviete |
|------------|------------|

27. Jūsu vecums: _____ gadi (pilni gadi)

28. Jūsu izglītība:

- | | | | | | |
|---|------------------|---|---------------------|---|----------|
| 1 | Pamatizglītība | 3 | Arodizglītība | 5 | Augstākā |
| 2 | Vidējā izglītība | 4 | Nepabeigta augstākā | | |

29. Jūs esiet:

- | | | | |
|---|-----------------------------|---|---------------------------------------|
| 1 | Nodarbināts valsts sektorā | 6 | Mājsaimniece |
| 2 | Nodarbināts privātā sektorā | 7 | Bezdarbnieks |
| 3 | Uzņēmējs, ir savs bizness | 8 | Invalīds/persona ar īpašām vajadzībām |
| 4 | Pensionārs | 9 | Cits (lūdzu, norādiet) |
| 5 | Students, skolnieks | | |
-

30. Kā Jūs vērtējat Jūsu (Jūsu ģimenes) materiālos stāvokli?

Ļoti slikts 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ļoti labs

31. Kurš no apgalvojumiem vislabāk raksturo Jūsu veselības stāvokli:

- 1 Neslimoju
- 2 Bijušas tikai parastas saaukstēšanās slimības
- 3 Bijušas nopietnākas slimības, taču izdevies izārstēties
- 4 Ir hroniskas saslimšanas
- 5 Bijušas nopietnas slimības vai trauma, kuru sekas tagad izpaužas
- 6 Ir invaliditāte

32. Kā Jūs novērtētu savu veselības stāvokli:

- | | | | |
|---|---|---|----------------------|
| 1 | Veselības stāvoklis labs, esmu pilnīgi vesels | 4 | Palaikam slimoju |
| 2 | Kopumā labs | 5 | Veselība slikta |
| 3 | Veselība ir apmierinoša | 6 | Veselība ļoti slikta |

33. Jūsu dzīves vieta Rīgā atrodas:

- | | | | |
|---|------------------------|---|------------------------|
| 1 | Centrā | 4 | Zemgales priekšpilsētā |
| 2 | Vidzemes priekšpilsētā | 5 | Kurzemes priekšpilsētā |
| 3 | Latgales priekšpilsētā | 6 | Ziemeļu rajonā |

34. Jūsu dzīvesvietas tuvumā atrodas:

- | | | | |
|---|----------------------|---|---|
| 1 | Ģimenes ārsta prakse | 4 | Neviena veselības aprūpes iestāde |
| 2 | Poliklīnika | 5 | Cita ārstniecības iestāde(lūdzu, nosauciet) |
| 3 | Slimnīca | | |
-

35. Vai Jūs esiet reģistrējies pie ģimenes ārsta?

- | | | | | | |
|---|----|---|----|---|--------|
| 1 | Jā | 2 | Nē | 3 | Nezinu |
|---|----|---|----|---|--------|

Paldies par atsaucību!

**Rīgas veselības aprūpes iestāžu vadītāju 2005.g. aptaujas datu
statistiskās apstrādes rezultāti**

Šeit lietoti sekojoši apzīmējumi un sakarības:

Biezums – n_i ; relatīvais biežums – n_i/n ; intervāla vidējais – x_i ; vidējais vecums – \bar{x} ; dispersija – S^2 ; standartnovirze – S un vidējās vērtības standartklūda (gadi) – $S_{\bar{x}}$.

$$\bar{x} = \sum_{i=1}^k x_i * \frac{n_i}{n}; S^2 = \sum_{i=1}^k x_i^2 * \frac{n_i}{n} - \bar{x}^2; S = \sqrt{S^2}; S_{\bar{x}} = \frac{S}{\sqrt{n}}$$

P4.1. tabula

Rīgas veselības aprūpes vadītāju vecums 2005. gada aptaujas laikā

Vecuma grupa (gadi)	n_i	n_i/n	x_i	$x_i \times (n_i/n)$	\bar{x} (gadi)	$(x_i)^2 \times (n_i/n)$	S^2	S (gadi)	$S_{\bar{x}}$ (gadi)
31 - 40	26	0.20	35	7.0		245.0			
41 - 50	36	0.28	45	12.5		560.8			
51 - 60	31	0.24	55	13.1		721.3			
61 - 70	33	0.25	65	16.5		1072.5			
Virš 70	4	0.03	75	2.3		173.1			
Kopā	130	1.00			51.4	2772.7	132.3	11.5	1.0

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2005.g. (n=130)

P4.2. tabula

Rīgas veselības aprūpes vadītāju kopējais darba stāžs 2005. gada aptaujas laikā

Kopējais darba stāžs (gadi)	n_i	n_i/n	x_i	$x_i \times (n_i/n)$	\bar{x} (gadi)	$(x_i)^2 \times (n_i/n)$	S^2	S (gadi)	$S_{\bar{x}}$ (gadi)
Līdz 5	1	0.01	2.5	0.0		0.0			
6 - 10	29	0.22	7.5	1.7		12.5			
11 - 20	32	0.25	15	3.7		55.4			
21 - 30	32	0.25	25	6.2		153.8			
31 - 40	32	0.25	35	8.6		301.5			
Virš 40	4	0.03	45	1.4		62.3			
Kopā	130	1.00			21.5	585.7	121.8	11.0	1.0

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2005.g. (n=130)

P4.3. tabula

Rīgas veselības aprūpes vadītāju darba stāžs kā vadītājiem 2005. gada aptaujas laikā

Vadītāja darba stāžs (gadi)	n_i	n_i/n	x_i	$x_i \times (n_i/n)$	\bar{x} (gadi)	$(x_i)^2 \times (n_i/n)$	S^2	S (gadi)	S_{-x} (gadi)
Līdz 5	62	0.48	2.5	1.2		3.0			
6 - 10	31	0.24	7.5	1.8		13.4			
11 - 20	28	0.22	15	3.2		48.5			
21 - 30	6	0.05	25	1.2		28.8			
31 - 40	2	0.02	35	0.5		18.8			
Virš 40	1	0.01	45	0.3		15.6			
Kopā	130	1.00			8.3	128.1	60.1	7.8	0.7

Avots: autore analīze, pamatojoties uz autore veikto aptauju 2005.g. ($n=130$)

P4.4. tabula

Rīgas veselības aprūpes iestāžu vadītāju veltītais laiks dienā saviem tiešajiem pienākumiem 2005. gadā

Vadītāja darbam dienā velta (stundas)	n_i	n_i/n	x_i	$x_i \times (n_i/n)$	\bar{x} (stundas)	$(x_i)^2 \times (n_i/n)$	S^2	S (gadi)	S_{-x} (gadi)
Līdz 2	47	0.36	1	0.4		0.4			
2 - 4	36	0.28	3	0.8		2.5			
4 - 8	29	0.22	6	1.3		8.0			
Vairāk kā 8	18	0.14	11	1.5		16.8			
Kopā	130	1.00			4.1	27.6	11.2	3.3	0.3

Avots: autore analīze, pamatojoties uz autore veikto aptauju 2005.g. ($n=130$)

P4.5. tabula

Rīgas veselības aprūpes vadītāju veltītais laiks dienā blakus darbam 2005. gadā

Vadītāja darbam dienā velta (stundas)	n_i	n_i/n	x_i	$x_i \times (n_i/n)$	\bar{x} (stundas)	$(x_i)^2 \times (n_i/n)$	S^2	S (gadi)	S_{-x} (gadi)
Līdz 2	23	0.43	1	0.4		0.4			
2 - 4	11	0.21	3	0.6		1.9			
4 - 8	11	0.21	6	1.2		7.5			
Vairāk kā 8	8	0.15	11	1.7		18.3			
Kopā	53	1.00			4.0	28.0	12.3	3.5	0.3

Avots: autore analīze, pamatojoties uz autore veikto aptauju 2005.g. ($n=130$)

Darbinieku skaits Rīgas veselības aprūpes iestādēs 2005. gadā

Darbinieku skaits iestādē	n_i	n_i/n	x_i	$x_i \times (n_i/n)$	\bar{x}	$(x_i)^2 \times (n_i/n)$	S^2	S (gadi)	S_{-x} (gadi)
Līdz 10	9	0.07	5	0.3		1.7			
10 - 30	27	0.21	20	4.2		83.1			
30 - 50	29	0.22	40	8.9		356.9			
50 - 100	34	0.26	75	19.6		1471.2			
100 - 300	22	0.17	200	33.8		6769.2			
300 - 500	6	0.05	400	18.5		7384.6			
Virs 500	3	0.02	600	13.8		8307.7			
Kopā	130	1.00			99.2	24374.4	14535	120.6	10.6

Avots: autore analīze, pamatojoties uz autore veikto aptauju 2005.g. (n=130)

Rīgas veselības aprūpes iestāžu vadītājiem tieši padoto darbinieku skaits 2005. gadā

Vadītājam tieši padoto darbinieku skaits	n_i	n_i/n	x_i	$x_i \times (n_i/n)$	\bar{x}	$(x_i)^2 \times (n_i/n)$	S^2	S (gadi)	S_{-x} (gadi)
Līdz 10	10	0.08	5	0.4		1.9			
10 - 30	38	0.29	20	5.8		116.9			
30 - 50	27	0.21	40	8.3		332.3			
50 - 100	34	0.26	75	19.6		1471.2			
100 - 300	16	0.12	200	24.6		4923.1			
300 - 500	3	0.02	400	9.2		3692.3			
Virs 500	2	0.02	600	9.2		5538.5			
Kopā	130	1.00			77.2	16076.2	10111	100.6	8.8

Avots: autore analīze, pamatojoties uz autore veikto aptauju 2005.g. (n=130)

Rīgas veselības aprūpes iestāžu vadītāju vadības līmenis 2005. gadā

Vadības līmenis	Biezums	Īpatsvars (%)
Augstākais	98	75.4
Vidējais	32	24.6
Kopā	130	100.0

Avots: autore analīze, pamatojoties uz autore veikto aptauju 2005.g. (n=130)

Rīgas veselības aprūpes iestāžu vadītāju darba sektors 2005. gadā

Darba vieta	Biežums	Īpatsvars (%)
Valsts sektorā	85	65.4
Privātajā	45	34.6
Kopā	130	100.0

Avots: autore analīze, pamatojoties uz autore veikto aptauju 2005.g. (n=130)

Rīgas veselības aprūpes iestāžu vadītāju izglītība vadībā 2005. gadā

Izglītība vadībā	Biežums	Īpatsvars (%)
Nē	110	84.6
Jā	20	15.4
Kopā	130	100.0

Avots: autore analīze, pamatojoties uz autore veikto aptauju 2005.g. (n=130)

Izglītības vadībā iegūšanas veids Rīgas veselības aprūpes iestāžu vadītājiem 2005. gadā,

Izglītība/apmācība iegūta	Biežums	Īpatsvars (%)
Kursi	29	22.3
Pašmācība	70	53.8
Augstskolā	11	8.5
No kolēģiem	20	15.4
Kopā	130	100.0

Avots: autore analīze, pamatojoties uz autore veikto aptauju 2005.g.

Izglītības vadībā iegūšanas ilgums Rīgas veselības aprūpes iestāžu vadītājiem 2005. gadā

Laiks, kurā izglītība/apmācība iegūta	Biežums	Īpatsvars (%)
1 diena	22	16.9
Vairākas dienas	63	48.5
1 mēnesis	21	16.2
Vairāk kā 1 mēnesis	13	10.0
Vairāki gadi	11	8.5
Kopā	130	100.0

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2005.g. (n=130)

Rīgas veselības aprūpes vadītāju vērtējums savām zināšanām vadībā 2005. gadā

Savas zināšanas vērtē	Biežums	Īpatsvars (%)
Pilnīgi pietiekamas	51	39.2
Jāpadziļina	31	23.8
Nepietiekamas	24	18.5
Ļoti vājas	24	18.5
Kopā	130	100.0

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2005.g. (n=130)

Rīgas veselības aprūpes iestāžu vadītāju izglītība nozarē 2005. gadā

Izglītība nozarē	Biežums	Īpatsvars (%)
Medicīnas	109	83.8
Vadības	11	8.5
Cita	10	7.7
Kopā	130	100.0

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2005.g. (n=130)

Papildus darba veikšana Rīgas veselības aprūpes iestāžu vadītājiem 2005. gadā

Strādā papildus darbā	Biežums	Īpatsvars (%)
Nē	78	60.0
Jā	52	40.0
Kopā	130	100.0

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2005.g.(n=130)

Papildus darba sfēra Rīgasveselības aprūpes iestāžu vadītājiem 2005. gadā

Sfēra, kurā strādā papildus	Biežums	Īpatsvars (%)
Medicinā	43	33.8
Pedagoģijā	9	6.9
Nav atbildes	78	59.2
Kopā	130	100.0

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2005.g. (n=130)

Rīgas veselības aprūpes iestāžu vadītāju apmierinātība ar savu darbu vadībā 2005. gadā

Apmierināts ar darbu	Biežums	Īpatsvars (%)
Jā	94	72.3
Nē	35	26.9
Daļēji	1	.8
Kopā	130	100.0

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2005.g. (n=130)

Rīgas veselības aprūpes iestāžu vadītāju sniegtie atzinumi organizācijas mērķa sasniegšanai 2005.gadā

Lai sasniegtu mērķi galvenais ir	Biežums	Īpatsvars (%)
Darba rezultāts	52	40.0
Kompromiss	46	35.4
Rezultāts un darbinieku labklājība	31	23.8
Kopā	130	100.0

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2005.g. (n=130)

Rīgas veselības aprūpes iestāžu vadītāju atzīmētie pilnvaru piešķiršanas kritēriji 2005.gadā

Piešķir pilnvaras vadītājiem	Biežums	Īpatsvars (%)
Augstākā	49	37.7
Vidējā	49	37.7
Atbilstoši kompetencei	32	24.6
Kopā	130	100

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2005.g. (n=130)

Rīgas veselības aprūpes iestāžu vadītāju sniegtais motivēšanas funkcijas skaidrojums 2005. gadā

Motivēšanas funkcija ir	Biežums	Īpatsvars (%)
Darbinieka vadīšana	46	35.4
Darbinieka pārliecināšana	29	22.3
Darbiniekā redzēt individu	29	22.3
Radīt darba vidi	26	20.0
Kopā	130	100

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2005.g. (n=130)

**Pieņemamākās vadīšanas metodes Rīgas veselības aprūpes iestāžu vadītājiem
2005.gadā**

Pieņemamākās vadīšanas metodes	Biežums	Īpatsvars (%)
Materiālā stimulēšana	31	23.8
Priekšrakstu pildīšana	30	23.1
Psihol. klimata veidošana	19	14.6
Indivīda ievērošana	15	11.5
Ekonomiskās sankcijas	14	10.8
Dokumentu izveide	8	6.2
Kopīgu pasākumu organizēšana	8	6.2
Pārrunas ar darbiniekiem	5	3.8
Kopā	130	100

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2005.g. (n=130)

**Rīgas veselības aprūpes iestāžu vadītāju gatavība pārmaiņām
veselības aprūpes sistēmā 2005.g.**

Jūs kā vadītājs bijāt gatavs pārmaiņām	Biežums	Īpatsvars (%)
Jā	73	56.2
Nē	57	43.8
Kopā	130	100.0

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2005.g. (n=130)

5. pielikums

Rīgas iedzīvotāju aptaujas par veselības aprūpes situāciju Rīgā datu statistiskās apstrādes rezultāti

P5.1. tabula

Rīgas iedzīvotāju atbildes 2006. gada aptaujā, kurās aprēķināta vidējā vērtība

Faktori	n	Mazākā vērtība	Lielākā vērtība	Aritm. vidējā vērtība	Standart-novirze	Aritm. vidējā standart-klūda	Ticamības intervāls**
2 Veselības aprūpe Rīgā pašlaik	1002	1	8	4.2	1.6	0.05	4,1;4,3
4 Sociālā situācija Rīgā pašlaik	1002	1	9	3.4	1.8	0.06	3,3;3,5
6 Ārstniecisko iestāžu apvienošanas vērtējums	1002	1	10	3.5*	2.4	0.08	3,3;3,7
12 Speciālistiem var uzticēties	1002	1	10	5.5	2.3	0.07	5,4;5,6
17 Sabiedriskās organizācijas	1002	1	3	1.9	0.6	0.02	1,9;1,9
31 Materiālais stāvoklis	1002	1	10	5.0	2.1	0.07	4,9;5,1

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

** ticamības intervāls ir noteikts pie nozīmīguma līmeņa $\alpha = 0.05$

Tabulā P5.1. norādīti datu apstrādes rezultāti jautājumiem, uz kuriem respondentiem atbildes bija jāsniedz, atzīmējot savu vērtējumu skalā no 1 līdz 10: *Ļoti slikti* 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Ļoti labi*

P5.2. tabula

Rīgas iedzīvotāju sadalījums pēc dzimuma 2006.gadā

Dzimums	Biežums	Īpatsvars (%)
Vīrietis	375	37.4
Sieviete	627	62.6
Kopā	1002	100.0

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

Rīgas iedzīvotāju izglītība 2006.gadā

Izglītība	Biežums	Īpatsvars (%)
Pamata	58	5.8
Vidējā	229	22.9
Aroda	225	22.5
Nepabeigta augstākā	183	18.3
Augstākā	307	30.6
Kopā	1002	100.0

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

Rīgas iedzīvotāju nodarbošanās 2006.gadā

Nodarbošanās	Biežums	Īpatsvars (%)
Valsts sektorā	475	47.4
Privātā sektorā	212	21.2
Uzņēmējs/-a	29	2.9
Pensionārs/-e	101	10.1
Students/-e, skolnieks/-ce	64	6.4
Mājsaimniece/-ks	46	4.6
Bezdarbnieks/-ce	40	4.0
Invalīds/-de	35	3.5
Kopā	1002	100.0

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

Rīgas iedzīvotāju dzīves vieta Rīgā 2006.gadā

Dzīves vieta	Biežums	Īpatsvars (%)
Centrā	108	10.8
Vidzemes pr.p.	370	36.9
Latgales pr.p.	223	22.3
Zemgales pr.p.	113	11.3
Kurzemes pr.p.	111	11.1
Ziemeļu raj.	77	7.7
Kopā	1002	100.0

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

Rīgas iedzīvotāju 2006.g., dzīves vietas tuvumā esošās veselības aprūpes iestādes 2006.gadā

Dzīves vietas tuvumā atrodas	Biežums	Īpatsvars (%)
Ģimenes ārsts	287	28.6
Poliklīnika	366	36.5
Slimnīca	229	22.9
Neviena	120	12.0
Kopā	1002	100

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

Rīgas iedzīvotāju veselības stāvoklis 2006.gadā

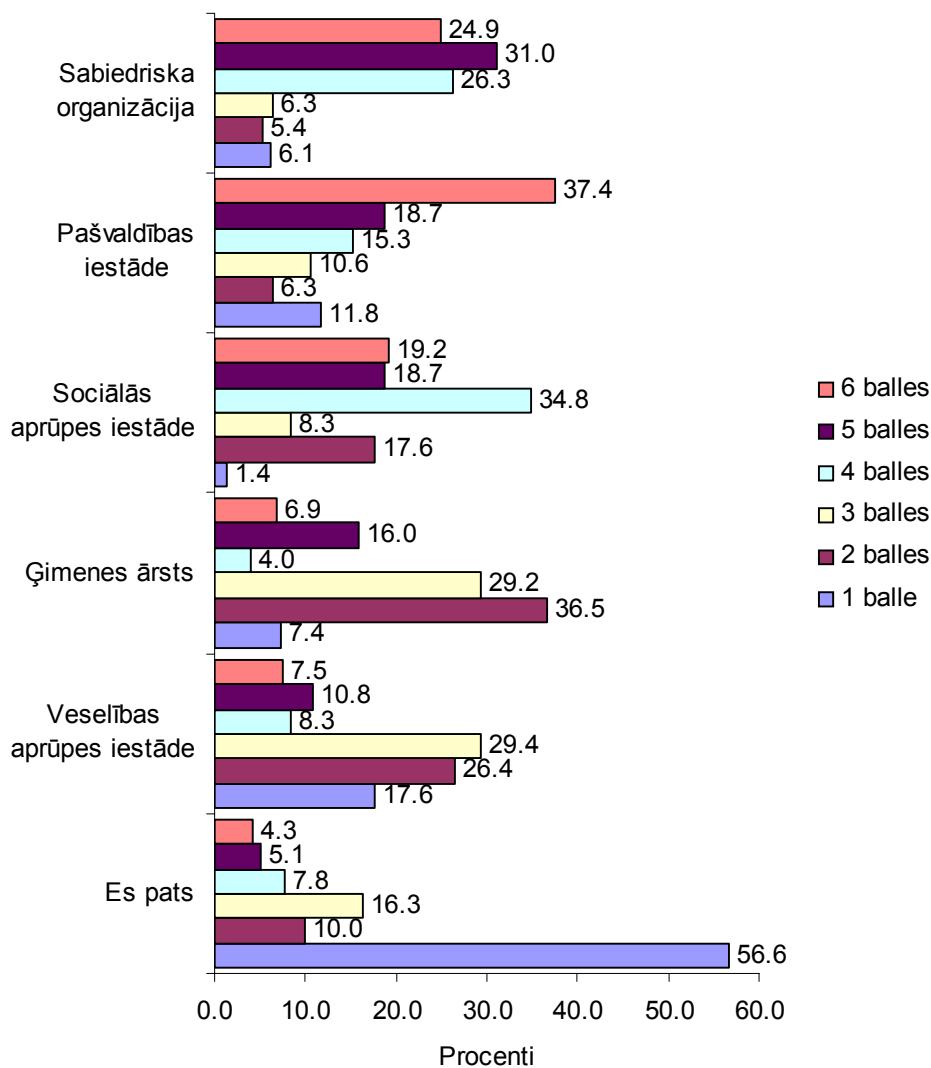
Veselības stāvoklis	Biežums	Īpatsvars (%)
Neslimoju	114	11.4
Parastas saaukstēšanās	335	33.4
Nopietnas	218	21.8
Ir hroniskas	183	18.3
Nopietnas ar sekām	85	8.5
Ir invaliditāte	67	6.7
Kopā	1002	100.0

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

Rīgas iedzīvotāju viedoklis par iespēju izvēlēties veselības aprūpes speciālistu 2006.g.

Iespēja izvēlēties veselības aprūpes speciālistu	Biežums	Īpatsvars (%)
Nesatrauc	276	27.5
Satrauc	443	44.2
Ļoti satrauc	283	28.2
Kopā	1002	100.0

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)



P5.1. attēls. Visdrošākais atbalsts veselības aprūpes jautājumos iedzīvotājiem Rīgā 2006.gadā

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

P5.9. tabula

Rīgas iedzīvotāju vērtējums Rīgas pašvaldības darbam veselības aprūpes pieejamības nodrošināšanā 2006.gadā

Pašvaldības darbs veselības aprūpes pieejamības nodrošināšanā	Biežums	Īpatsvars (%)
Ļoti veiksmīgs	3	.3
Veiksmīgs	32	3.2
Apmierinošs	709	70.8
Neapmierinošs	242	24.2
Nav atbildēts	16	1.6
Kopā	1002	100.0

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

Rīgas iedzīvotāju vērtējums Rīgas pašvaldības darbam veselības veicināšanas jomā 2006.g.

Pašvaldības darbs veselības veicināšanas jomā	Biežums	Īpatsvars (%)
Ļoti veiksmīgs	11	1.1
Veiksmīgs	31	3.1
Apmierinošs	633	63.2
Neapmierinošs	327	32.6
Kopā	1002	100.0

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

Rīgas iedzīvotāju sniegtais vērtējums 2006.gadā par dzīvi Rīgā

Patīk dzīvot Rīgā	Biežums	Īpatsvars (%)
Jā	803	80.1
Nē	199	19.9
Kopā	1002	100.0

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

Rīgas iedzīvotāju vērtējums (2006.gada aptaujā) veselības aprūpei 2007. gadā

Veselības aprūpe Rīgā pēc 12 mēnešiem	Biežums	Īpatsvars (%)
Ievērojami uzlabosies	17	1.7
Nedaudz uzlabosies	172	17.2
Nemainīsies	631	63.0
Nedaudz pasliktināsies	107	10.7
Ievērojami pasliktināsies	75	7.5
Kopā	1002	100.0

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

Rīgas iedzīvotāju vērtējums (2006.gada aptaujā) sociālajai situācijai 2007. gadā

Sociālā situācija Rīgā pēc 12 mēnešiem	Biežums	Īpatsvars (%)
Ievērojami uzlabosies	14	1.4
Nedaudz uzlabosies	111	11.1
Nemainīsies	452	45.1
Nedaudz pasliktināsies	225	22.5
Ievērojami pasliktināsies	200	20.0
Kopā	1002	100.0

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

Rīgas iedzīvotāju vērtējums veselības aprūpes iestāžu apvienošanas ietekmei uz viņiem 2006.gadā

Kā Jūs ietekmējusi veselības aprūpes iestāžu apvienošana	Biežums	Īpatsvars (%)
Pozitīvi	218	21.8
Negatīvi	695	69.4
Nav atbildēts	89	8.9
Kopā	1002	100.0

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

Rīgas iedzīvotāju sava veselības stāvokļa vērtējums 2006.gadā

Veselības stāvokļa vērtējums	Biežums	Īpatsvars (%)
Pilnīgi vesels	113	11.3
Kopumā labs	319	31.8
Apmierinošs	274	27.3
Palaikam slimoju	151	15.1
Slikts	110	11.0
Ļoti slikts	35	3.5
Kopā	1002	100.0

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

Rīgas iedzīvotāju vērtējums veselības aprūpes iestāžu apvienošanas ietekmei uz veselības aprūpi 2006.gadā

Veselības aprūpes iestāžu apvienošanas ietekmes uz veselības aprūpi vērtējums	Biežums	Īpatsvars (%)
Ievērojami uzlabosies	38	3.8
Nedaudz uzlabosies	76	7.6
Nemainīsies	444	44.3
Nedaudz pasliktināsies	196	19.6
Ievērojami pasliktināsies	248	24.8
Kopā	1002	100.0

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

Rīgas iedzīvotāju sniegtās atbildes 2006.gada aptaujā par veselības aprūpes nepieejamības ietekmi uz viņiem

Cietis no veselības aprūpes nepieejamības	Biežums	Īpatsvars (%)
Jā	389	38.8
Nē	613	61.2
Kopā	1002	100.0

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

Rīgas iedzīvotāju reģistrācija pie ģimenes ārsta 2006.gadā

Reģistrējies pie ģimenes ārsta	Biežums	Īpatsvars (%)
Jā	978	97.6
Nē	11	1.1
Nezinu	13	1.3
Kopā	1002	100.0

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

Rīgas iedzīvotāju viedoklis par veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti 2006.gadā

Veselības aprūpes pakalpojuma kvalitāte	Biežums	Īpatsvars (%)
Nesatrauc	76	7.6
Satrauc	582	58.1
Ļoti satrauc	344	34.3
Kopā	1002	100.0

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

Rīgas iedzīvotāju apmierinātība ar dzīvi 2006.gadā

Ar savu dzīvi esmu	Biežums	Īpatsvars (%)
Pilnīgi apmierināts	82	8.2
Apmierināts	567	56.6
Neapmierināts	305	30.4
Pilnīgi neapmierināts	48	4.8
Kopā	1002	100.0

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

Rīgas iedzīvotāju viedoklis par iespēju izvēlēties veselības aprūpes iestādi 2006.gadā

Iespēja izvēlēties veselības aprūpes iestādi	Biežums	Īpatsvars (%)
Nesatrauc	339	33.8
Satrauc	439	43.8
Ļoti satrauc	224	22.4
Kopā	1002	100.0

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

Rīgas iedzīvotāju viedoklis par kvalitatīvas veselības aprūpes saņemšanas iespējām 2006.gadā

Nesaņemšu kvalitatīvu aprūpi	Biežums	Īpatsvars (%)
Nebaidos	166	16.6
Baidos	520	51.9
Ļoti baidos	316	31.5
Kopā	1002	100.0

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

Rīgas iedzīvotāju viedoklis par valsts nodrošināto veselības aprūpes pakalpojumu pietiekamību 2006.gadā

Valsts nodrošināto pakalpojumu pietiekamība	Biežums	Īpatsvars (%)
Nesatrauc	139	13.9
Satrauc	565	56.4
Ļoti satrauc	298	29.7
Kopā	1002	100.0

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

Rīgas iedzīvotāju viedoklis par veselības aprūpes pakalpojumu nepieejamību 2006.gadā

Nebūs pieejams veselības aprūpes pakalpojums	Biežums	Īpatsvars (%)
Nebaidos	308	30.7
Baidos	493	49.2
Ļoti baidos	201	20.1
Kopā	1002	100.0

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

6.pielikums

P6.1. tabula

Pirsona korelācijas koeficients (Rīgas iedzīvotāju aptaujas 2006.gadā rezultāti)

		Vesel. aprūpe Rīgā pašlaik	Sociālā situācija Rīgā pašlaik	Ārstniecisko iest. appvien. vērtējums	Speciālistiem var uzticēties	Patreizējās ves. situācijas valstī vērtējums	Materiālais stāvoklis
Veselības aprūpe Rīgā pašlaik	Korelācijas koeficients	1	0.664(**)	0.246(**)	0.339(**)	0.657(**)	0.310(**)
	Nozīmīguma līmenis		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Sociālā situācija Rīgā pašlaik	Korelācijas koeficients	0.664(**)	1	0.227(**)	0.337(**)	0.586(**)	0.269(**)
	Nozīmīguma līmenis	0.000		0.000	0.000	0.000	0.000
Ārstniecisko iestāžu apvienošanas vērtējums	Korelācijas koeficients	0.246(**)	0.227(**)	1	-0.063(*)	0.064(*)	0.095(**)
	Nozīmīguma līmenis	0.000	0.000		0.047	0.044	0.003
Speciālistiem var uzticēties	Korelācijas koeficients	0.339(**)	0.337(**)	-0.063(*)	1	0.475(**)	0.220(**)
	Nozīmīguma līmenis	0.000	0.000	0.047		0.000	0.000
Patreizējās ves. situācijas valstī vērtējums	Korelācijas koeficients	0.657(**)	0.586(**)	0.064(*)	0.475(**)	1	0.238(**)
	Nozīmīguma līmenis	0.000	0.000	0.044	0.000		0.000
Materiālais stāvoklis	Korelācijas koeficients	0.310(**)	0.269(**)	0.095(**)	0.220(**)	.238(**)	1
	Nozīmīguma līmenis	0.000	0.000	0.003	0.000	0.000	

* Korelācija ir statistiski ticama pie nozīmīguma līmeņa $\alpha = 0,05$

** Korelācija ir statistiski ticama pie nozīmīguma līmeņa $\alpha = 0,01$

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006. gadā, (n=1002 respondenti)

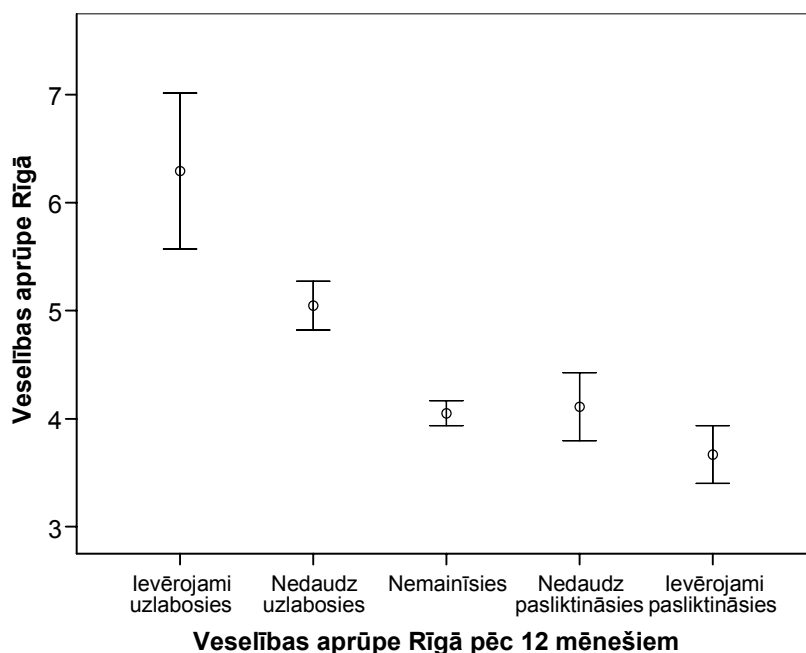
Spīrmena ranga korelācijas koeficients (Rīgas iedzīvotāju aptaujas 2006.gadā rezultāti)

		Vesel. aprūpe Rīgā pašlaik	Sociālā situācija Rīgā pašlaik	Ārstniecisko iest. appvien. vērtējums	Speciālistiem var uzticēties	Patreizējās ves. situācijas valstī vērtējums	Materiālais stāvoklis
Veselības aprūpe Rīgā pašlaik	Korelācijas koeficients	1.000	0.675(**)	0.185(**)	0.379(**)	0.667(**)	0.302(**)
	Nozīmīguma līmenis	.	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Sociālā situācija Rīgā pašlaik	Korelācijas koeficients	0.675(**)	1.000	0.195(**)	0.358(**)	0.594(**)	0.277(**)
	Nozīmīguma līmenis	0.000	.	0.000	0.000	0.000	0.000
Ārstniecisko iestāžu appvienošanas vērtējums	Korelācijas koeficients	0.185(**)	0.195(**)	1.000	-0.022	0.078(*)	0.116(**)
	Nozīmīguma līmenis	0.000	0.000	.	0.484	0.014	0.000
Speciālistiem var uzticēties	Korelācijas koeficients	0.379(**)	0.358(**)	-0.022	1.000	0.487(**)	0.221(**)
	Nozīmīguma līmenis	0.000	0.000	0.484	.	0.000	0.000
Patreizējās ves. situācijas valstī vērtējums	Korelācijas koeficients	0.667(**)	0.594(**)	0.078(*)	0.487(**)	1.000	0.253(**)
	Nozīmīguma līmenis	0.000	0.000	0.014	0.000	.	0.000
Materiālais stāvoklis	Korelācijas koeficients	0.302(**)	0.277(**)	0.116(**)	0.221(**)	0.253(**)	1.000
	Nozīmīguma līmenis	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	.

* Korelācija ir statistiski ticama pie nozīmīguma līmeņa $\alpha = 0,05$

** Korelācija ir statistiski ticama pie nozīmīguma līmeņa $\alpha = 0,01$

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006. gadā, (n= 1002 respondenti)



P7.1.attēls. Veselības aprūpes Rīgā vērtējums un vērtējuma apgabali pēc 12 mēnešiem (2007.gadā), pamatojoties uz Rīgas iedzīvotāju aptaujas datiem 2006.g.

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g.

Uz vertikālās ass atlikts veselības aprūpes vērtējums ballēs, uz horizontālās – situācija veselības aprūpē pēc 12 mēnešiem. Attēlota kategoriju vidējā balle, $\alpha = 0,05$.

Veselības aprūpes Rīgā un sociālās situācijas Rīgā uzlabošanās vērtējumam lietots Kruskala – Vallisa (Kruskal – Wallis) tests, jo lielumi ir rangu skalā (1 – 10 balles) un pazīmes sadalās piecās nesaistītās grupās (K Independent Samples). Jāatzīmē arī, ka, spriežot pēc izkļedes, aptverta tikai daļa skalas.

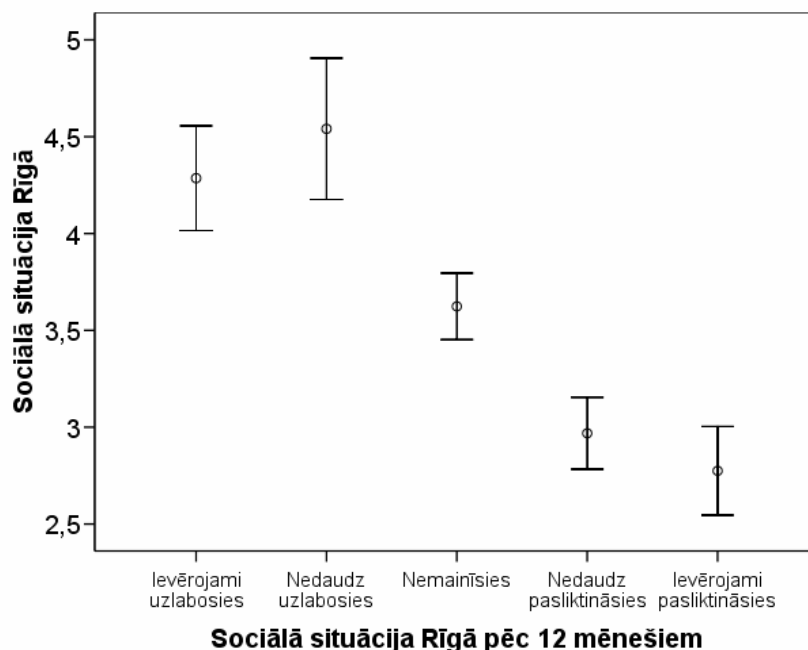
Veselības aprūpes Rīgā salīdzinošs vērtējums 2006.gadā (Kruskola – Vollisa tests)

Vesel. aprūpe Rīgā pēc 12 mēnešiem	n	Vidējais rangs
Ievērojami uzlabosies	17	848.38
Nedaudz uzlabosies	172	646.46
Nemainīsies	631	471.14
Nedaudz pasliktināsies	107	473.56
Ievērojami pasliktināsies	75	385.69
Kopā	1002	

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

Kruskola – Vollisa testa rezultāti:

Veselības aprūpe Rīgā	
χ^2	91.773
df	4
Nozīmības līmenis	0.000



P8.1.attēls. Sociālās situācijas Rīgā vērtējums un vērtējuma apgabali pēc 12 mēnešiem (2007.gadā), pamatojoties uz Rīgas iedzīvotāju aptaujas datiem 2006.g.

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g.

Uz vertikālās ass atlikts sociālās situācijas vērtējums ballēs, uz horizontālās – sociālā situācija pēc 12 mēnešiem. Attēlota kategoriju vidējā balle, $\alpha = 0,05$.

Sociālās situācijas Rīgā salīdzinošs vērtējums 2006.gadā (Kruskola – Vollisa tests)

Sociālā situācija Rīgā pēc 12 mēn.	n	Vidējais rangs
Ievērojami uzlabosies	14	659.93
Nedaudz uzlabosies	111	671.83
Nemainīsies	452	534.17
Nedaudz pasliktināsies	225	426.81
Ievērojami pasliktināsies	200	406.07
Kopā	1002	

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

Kruskola – Vollisa testa rezultāti

Sociālā situācija Rīgā	
χ^2	87.876
df	4
Nozīmības līmenis	0.000

**Veselības aprūpes un sociālās situācijas Rīgā 2006.gadā vērtējumu salīdzināšana
(Vilkoksona testa rezultāti)**

Rangi

0		n	Vidējais rangs	Rangu summa
Sociālā situācija Rīgā - Veselības aprūpe Rīgā	Negatīvi rangi	548(a)	360.30	197444.00
	Pozitīvi rangi	124(b)	231.32	28684.00
	Saistīti	330(c)		
	Kopā	1002		

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

a Sociālā situācija Rīgā < Veselības aprūpe Rīgā

b Sociālā situācija Rīgā > Veselības aprūpe Rīgā

c Sociālā situācija Rīgā = Veselības aprūpe Rīgā

Vilkoksona testa statistika

	Sociālā situācija Rīgā - Veselības aprūpe Rīgā
Z	-17.084(a)
Nozīmīgums	0.000

P9.1.tabulā iekrāsotās vērtības norāda uz kompleksajiem faktoriem no 1 līdz 6. Kompleksie faktori sakārtoti nozīmīguma secībā un, pamatojoties uz sākotnējiem faktoriem, piešķirti sekojoši nosaukumi: 1. – pakalpojuma efektivitāte; 2 – pakalpojuma finansiālā pieejamība; 3 – pakalpojuma izvēles iespējas; 4 – pakalpojuma pieejamība ārpus stacionāra; 5 – sadarbība; 6 – pēctecība.

P9.1. tabula

Faktoru (no 1 līdz 6) analīzes (komponentu matricas) rezultāti

	Komponente					
	1	2	3	4	5	6
Veselības aprūpes speciālistu profesionalitāte	.832	-.025	-.011	.129	.173	.097
Attieksme pret pacientu	.746	.040	.328	.181	-.112	.119
Pacienta tiesības	.716	.341	-.074	.018	.192	.137
Veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāte	.583	.490	.310	.016	-.041	.022
Veselības aprūpes speciālistu trūkums	.441	.290	-.086	.298	.319	-.019
Samaksa par veselības aprūpes pakalpojumiem	.172	.785	.086	.140	.070	.088
Valsts nodrošināto pakalpojumu pietiekamība	-.032	.668	.305	.051	.291	.229
Veselības apdrošināšana	.310	.611	-.312	.207	.167	.121
Iespēja izvēlēties veselības aprūpes iestādi	.103	.070	.838	.087	.012	.041
Iespēja izvēlēties veselības aprūpes speciālistu	.070	.078	.826	.159	-.004	.209
Ģimenes ārsta pieejamība.	-.028	.089	.199	.740	-.001	.044
Veselības aprūpes pakalpojumi mājās	.139	.074	-.065	.696	.295	-.012
Veselības aprūpes pakalpojumi bērniem un jauniešiem	.325	.161	.157	.646	-.260	.095
Veselības aprūpes iestāžu apvienošana	-.052	.189	-.134	.123	.754	.011
Veselības profilakse	.363	-.011	.032	.184	.551	.448
Informācija par pakalpojumiem	.304	.041	.268	-.239	.535	-.315
Sadarbība starp speciālistiem un pacientu	.404	.220	.240	-.102	.507	.351
Sadarbība starp speciālistiem savā starpā	.076	.137	.070	-.070	.088	.826
Iespēja izvēlēties pakalpojumu tuvāk dzīves vietai	.000	.394	.084	-.001	-.089	.539
Atvieglojumi riska grupām	.257	-.017	.171	.308	.014	.532

Avots: autore analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

P9.2. tabulā iekrāsotās vērtības norāda uz kompleksajiem faktoriem no 1 līdz 4. Šie faktori sakārtoti nozīmīguma secībā un, pamatojoties uz sākotnējiem faktoriem, piešķirti sekojoši nosaukumi: 1. – attieksme; 2 – nepietiekama sadarbība; 3 –pacienta finanses; 4 – saslimšanas risks.

P9.2. tabula

Faktoru (no 1 līdz 4) analīzes (komponentu matricas) rezultāti

	Komponente			
	1	2	3	4
Cietīšu no speciālistu attieksmes	.852	.196	-.038	-.021
Nesaņemšu speciālistu sapratni un atbalstu	.801	.140	-.034	-.028
Nesaņemšu kvalitatīvu ārstēšanu	.720	.093	.194	.259
Nesaņemšu pietiekamu veselības apdrošināšanu	.593	.352	.299	.029
Speciālists nenozīmēs nepieciešamo pakalpojumu	.289	.733	.091	.247
Cietīšu no speciālistu trūkuma	.009	.701	.078	.182
Nebūs iespēja izvēlēties veselības aprūpes iestādi	.382	.623	.235	-.020
Nevarēšu sadarboties ar speciālistu	.116	.623	.290	.220
Nesaņemšu informāciju par pakalpojumiem	.456	.598	.183	-.215
Nepietiekama pensija	.210	.033	.713	.367
Nebūs pieejams veselības aprūpes pakalpojums	.109	.341	.678	.032
Nebūs darba	-.234	.104	.672	.179
Nevarēšu samaksāt par ārstēšanos	.381	.240	.663	.035
Cietīšu nelaimes gadījumā	-.003	.126	.149	.910
Nopietni saslimšu	.081	.234	.229	.848

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

Lai noteiktu, vai „atbalstītāju” (skatīt 3.12. tabula un 3.22. attēls) vērtējums (6 ballu skalā, tātad rangu skalā) kopumā ir atšķirīgs, tika lietots Frīdmana (Friedman) tests vairākām saistītām pazīmēm.

Visdrošākais atbalsts veselības aprūpes jautājumos iedzīvotājiem Rīgā 2006.gadā (Frīdmana testa rezultāti)

Rangi

	Vidējais rangs
Pašvaldības iestāde	4.46
Sabiedriska organizācija	4.47
Veselības aprūpes iestāde	2.84
Ģimenes ārsts	3.01
Es pats	2.10
Sociālās aprūpes iestāde	4.12

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

Testa statistika

n	979
χ^2	1364.969
df	5
Nozīmīgums	0.000

Tā kā pašvaldības iestādes un sabiedriskas organizācijas vērtējums 6 ballu rangs ir tuvs, kā arī, lai noteiktu vai ir statistiski ticama atšķirība, autore izmantoja Vilkoksona (Wilcoxon) testu divām saistītām pazīmēm. To pašu var attiecināt uz ģimenes ārsta un veselības aprūpes iestādes vērtējumu.

Pašvaldības iestādes un sabiedriskās organizācijas, ģimenes ārsta un veselības aprūpes iestādes, pamatojoties uz Rīgas iedzīvotāju vērtējumu 2006.gadā, izmantojot Vilkoksona (Wilcoxon) testu

Rangi

		n	Vidējais rangs	Rangu summa
Sabiedriska organizācija - Pašvaldības iestāde	Negatīvi rangi	534(a)	441.08	235535.50
	Pozitīvi rangi	463(b)	565.80	261967.50
	Saistīti	5(c)		
	Kopā	1002		
Ģimenes ārsts - Veselības aprūpes iestāde	Negatīvi rangi	496(d)	483.13	239630.00
	Pozitīvi rangi	506(e)	519.51	262873.00
	Saistīti	0(f)		
	Kopā	1002		

Avots: autores analīze, pamatojoties uz autores veikto aptauju 2006.g. (n=1002)

- a Sabiedriska organizācija < Pašvaldības iestāde
- b Sabiedriska organizācija > Pašvaldības iestāde
- c Sabiedriska organizācija = Pašvaldības iestāde
- d Ģimenes ārsts < Veselības aprūpes iestāde
- e Ģimenes ārsts > Veselības aprūpes iestāde
- f Ģimenes ārsts = Veselības aprūpes iestāde

Testa statistika

	Sabiedriska organizācija - Pašvaldības iestāde	Ģimenes ārsts - Veselības aprūpes iestāde
Z	-1.490(a)	-1.321(a)
Nozīmīgums	0.136	0.187