



Ieva Bikava

**Latvijas veselības politikas reforma
no 1990. līdz 2020. gadam
vēsturiskā institucionālisma skatījumā**

Promocijas darbs zinātniskā doktora grāda
“zinātnes doktors (*Ph. D.*)” iegūšanai

Nozaru grupa – sociālās zinātnes

Nozare – politikas zinātne

Apakšnozare – pārvalde un administrācija

Rīga, 2023

Ieva Bikava

ORCID 0000-0002-9664-864X

Latvijas veselības politikas reforma
no 1990. līdz 2020. gadam
vēsturiskā institucionālisma skatījumā

Promocijas darbs zinātnes doktora grāda
“zinātnes doktors (*Ph. D.*)” iegūšanai

Nozaru grupa – sociālās zinātnes

Nozare – politikas zinātne

Apakšnozare – pārvalde un administrācija

Promocijas darba vadītājs:

Dr. sc. pol. docents **Kārlis Bukovskis**, Rīgas Stradiņa universitāte, Latvija

Zinātniskais konsultants:

Dr. med. profesors **Andris Skride**, Rīgas Stradiņa universitāte, Latvija

Rīga, 2023

Anotācija

Veselības politikas reforma veselības aprūpes sistēmā Latvijā ir aktuāla kopš neatkarības atgūšanas 1990. gadā, kad, atjaunojot Latvijas neatkarību, tika uzsākta veselības reforma, īstenojot veselības aprūpes modeļa maiņu. Politisko pārmaiņu veiksmīga izstrāde, pieņemšana un ieviešana ir viena no būtiskākajām valsts pārvaldes funkcijām.

Veselības politikas un īstenoto reformu pamatpostulāti demokrātiskās valstīs šo 30 gadu laikā bijuši nemainīgi – nodrošināt iedzīvotājiem pieejamu, efektīvu un modernu veselības aprūpi. Arī reformu uzdevumi bijuši nemainīgi: nodrošināt iedzīvotājiem veselības aprūpes pieejamību atbilstoši mūsdienu pasaules standartu prasībām un pieejamā finansējuma iespējām, uzlabot veselības aprūpes pārvaldību, nodrošinot labāko izmaksu efektivitātes modeli. Tomēr, kā rāda veselības politiku raksturojošie rādītāji, Latvijā joprojām nav sasniegti veselības politikai izvirzītie mērķi, īstenojot reformu un mainot veselības aprūpes modeli, bet salīdzinošajos rādītājos veselības aprūpe Latvijā joprojām būtiski atpaliek ne vien no vidējiem ES valstu rādītājiem, bet arī salīdzinājumā ar kaimiņvalstīm Lietuvu un Igauniju, ar kurām Latvija 1990. gadā bija līdzvērtīgās pozīcijās.

Promocijas darba mērķis ir izvērtēt Latvijas veselības aprūpes reformu laikposmā no 1990. līdz 2020. gadam vēsturiskā institucionālisma skatījumā un sniegt atbildes uz trim pētnieciskajiem jautājumiem: 1) kādas veselības politikas pārmaiņas tika realizētas veselības aprūpes reformas ietvaros; 2) kādi reformas mērķi tika sasniegti, veicot veselības aprūpes sistēmas reformu; 3) kāpēc kavējas izvirzīto mērķu sasniegšana, reformējot Latvijas veselības politiku laikposmā no 1990. līdz 2020. gadam.

Darbā ir veikta Latvijas veselības reformas īstenošanas procesa analīze, kas tika veikta, pārejot no PSRS centralizētās plānveida veselības aprūpes modeļa uz decentralizētu veselības aprūpes sistēmu. Darbā raksturotas pārmaiņas un to rezultāti, vērtējot reformas mērķu sasniegšanu, kā arī sniegtas atbildes uz jautājumu, kāpēc kavējas reformas izvirzīto mērķu sasniegšana.

Darba pirmajā nodaļā sniegta izvēlētās teorētiskās pieejas vēsturiskā institucionālisma izvēles pamatojums un raksturojums. Otrajā nodaļā dots kontekstuālais apraksts un pētījuma metodoloģija. Trešajā nodaļā veikta veselības reformas analīze, kuru veido divas daļas. Pirmajā daļā ir apskatītas Latvijas veselības aprūpes sistēmas izmaiņas un to rezultāti, savukārt otrajā daļā veikta politikas ieviešanas procesa analīze, lai identificētu veselības reformas mērķu sasniegšanu kavējošos faktorus. Darba secinājumos ir apkopoti analīzes rezultāti un novērojumi.

Atslēgvārdi: veselības politika, veselības reforma, vēsturiskais institucionālisms, valsts pārvalde.

Abstract

Health Policy Reform in Latvia from 1990 to 2020 in Perspective of Historical Institutionalism

Development of the Health politics as well as implementation of different changes in health policy in Latvia has been a topical issue since the year 1990, when Latvia regain its independency from USSR. Successful development, acceptance and implementation of the policy change is one of the most significant functions of public administration.

Analysis of the basic values and ideas of the health policy in health care in democratic states during the last 30 years has been not changed: to ensure health system that provides health care accessibility to citizens. By this providing accessibility in terms of geographical as well as timely and affordably way, at the same time providing appropriate quality in compliance with the contemporary worldwide standards as well as according to available funding, developing the model that provides that the money is used in the most effective and efficient way.

According to the indicators of the health system performance – in Latvia the goals of the health reform by changing the healthcare providing model, has not been achieved, and in comparison to other EU states, Latvia is lagging far behind the other states, even the neighboring countries – Estonia and Lithuania, with whom Latvia was in the same starting positions at the year 1990.

The objective of the thesis “Health Policy Reform in Latvia from 1990 to 2020 in Perspective of Historical Institutionalism” is to analyze healthcare reform of Latvia in the period form 1990 to 2020 from the perspective of Historical Institutionalism and to provide answers to three research questions: 1) what changes in health policy were implemented in the scope of the reform; 2) what objectives of the reform were achieved; 3) why the achievement of the goals were delayed in reforming health policy of Latvia in the period from 1990 to 2020.

First chapter provides description of the Historical Institutionalism – theoretical approach that is chosen as the basis for this research. The second chapter provides contextual description and research methodology. The third chapter provides the analysis of the health reform analyse, consisting of two parts. The first characterizes changes in health policy that were implemented during the reform and their outcomes. The second part analyses the policy process in order to identify hindering factors in reform implementation process. Conclusion chapter provides the summary of the research results and observations.

Keywords: Health policy, Public administration, Health reforms, Historical Institutionalism.

Saturs

Anotācija	2
Abstract	3
Darbā izmantotie saīsinājumi	5
Ievads	6
1. Veselības politikas analīzes teorētiskie aspekti	16
1.1. Jaunais institucionālisms – ilgtermiņa politikas izpētes pamats	17
1.2. Vēsturiskais institucionālisms – sociāli nozīmīgu pārmaiņu izpētes pieeja	26
1.2.1. Institūcijas definējums un pārmaiņu iespējamības raksturojums	28
1.2.2. Aktoru mijiedarbība un savstarpējā ietekme politiskajos procesos	32
2. Latvijas veselības politikas analīzes pieeja	37
2.1. Latvijas veselības aprūpes vēsturiskie izaicinājumi.....	38
2.2. Darba metodoloģiskā pieeja.....	50
2.3. Pagātnes atkarības un procesu izsekošanas nozīme tās atklāšanā.....	54
2.4. Pētījuma modelis un datu atlase.....	57
3. Latvijas veselības politikas analīze.....	60
3.1. Veselības politikas reforma no 1990. līdz 2020. gadam.....	61
3.1.1. Veselības aprūpes finansēšanas modeļa pārmaiņas	62
3.1.2. Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas pārmaiņas	69
3.1.3. Cilvēkresursu nodrošinājuma politikas pārmaiņas.....	75
3.1.4. Elektronisko veselības ierakstu ieviešana	80
3.1.5. Veselības reformas ietvaros īstenoto pārmaiņu rezultāts	82
3.2. Reformas ieviešanu kavējošo politisko faktoru analīze.....	96
3.2.1. Deregulācijas periods Latvijas veselības aprūpes jomā	98
3.2.2. Regulācijas periods Latvijas veselības aprūpes jomā	117
3.2.3. Pārregulācijas periods Latvijas veselības aprūpes jomā	131
Secinājumi.....	157
Publikācijas un ziņojumi par promocijas darba tēmu	170
Literatūras saraksts.....	172
Pielikumi	188
1.pielikums. Augstākās Padomes attīstības programma.....	189
2.pielikums. 5. Saeimas sastāvs, programma, valdības un deklarācijas	191
3.pielikums. 6. Saeimas sastāvs, programmas, valdības un deklarācijas	194
4.pielikums. 7. Saeimas sastāvs, programmas, valdības un deklarācijas	197
5.pielikums. 8. Saeimas sastāvs, programmas, valdības un deklarācijas	203
6.pielikums. 9. Saeimas sastāvs, programmas, valdības un deklarācijas	208
7.pielikums. 10. Saeimas sastāvs, programmas, valdības un deklarācijas	212
8.pielikums. 11. Saeimas sastāvs, programmas, valdības un deklarācijas	214
9.pielikums. 12. Saeimas sastāvs, programmas, valdības un deklarācijas	216
10.pielikums. 13. Saeimas sastāvs, programmas, valdības un deklarācijas	219

Darbā izmantotie saīsinājumi

ES	Eiropas Savienība
IKP	Iekšzemes kopprodukts
IT	Informācijas tehnoloģijas
LPSR	Latvijas Padomju Sociālistiskā Republika
LR	Latvijas Republika
NATO	Ziemeļatlantijas līguma organizācija (<i>North Atlantic Treaty Organization</i>)
NMP	Neatliekamā medicīniskā palīdzība
NVD	Nacionālais veselības dienests
NVO	Nevalstiska organizācija
PSRS	Padomju Sociālistisko Republiku Savienība
PVO	Pasaules Veselības organizācija
SPKC	Slimību profilakses un kontroles centrs
VADDA	Veselības aprūpes darba devēju asociācija
VEC	Veselības ekonomikas centrs
VM	Veselības ministrija
VNC	Veselības norēķinu centrs
VOAVA	Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra

Ievads

Analizējot valstu veselības reformas, visbiežāk tiek meklēta atbilde uz jautājumu, kādēļ netiek sasniegti veselības politikas dokumentos noteiktie rezultāti un kādi apsvērumi būtu jāņem vērā, skaidrojot šo pārmaiņu īstenošanu. Kā rāda pasaules pētījumi, daudzu valstu valdības ir izdomājušas reformas, kurām ir noteikti cēli mērķi, bet tās ir nonākušas pie secinājuma, ka daudz grūtāk ir definēt veicamās darbības un veidus, kā šos cēlos mērķus sasniegt. Džila Volta (*Gill Walt*) norāda, ka nešaubīgi var teikt, ka “vairums veselības reformu analīzes rezultāti atklāj plaisu starp reformas nodomiem un stratēģijām, kādas tiek paredzētas šo reformu īstenošanai” (Walt, 1998, 372).

Politisku reformu īstenošana veselības aprūpes sistēmā ir aktuāls temats Latvijā kopš tās neatkarības atgūšanas 1990. gadā, kad pēc Latvijas neatkarības atjaunošanas tika uzsākta jaunas valsts pārvaldes veidošana. Sabiedrībā par reformas īstenošanu veselības aprūpes jomā valda divējādi uzskati: pirmais – ir nepieciešams veikt pārmaiņas, lai nodrošinātu efektīvāku pārvaldību un iedzīvotājiem pieejamu veselības aprūpi; otrais viedoklis – pārmaiņas ir notikušas visu laiku, bet joprojām ir tās pašas problēmas, kas agrāk.

Analizējot mūsdienu veselības jomas pārmaiņas, galvenais mērķis ir uzlabot pacientu veselības iznākumus – iedzīvotāju veselīgi nodzīvoto dzīves gadu skaitu. Veselīgi nodzīvoto gadu skaits ir cieši saistīts ar iedzīvotājiem pieejamu, savlaicīgu un kvalitatīvu diagnostiku un ārstēšanu, kā arī iedzīvotāju līdzestību savas veselības uzturēšanā un saglabāšanā – veselības pratību un profilakses pasākumu veikšanu. Tomēr šos mērķus daudzās pasaules valstīs ir grūti sasniegt, kas tiek skaidrots ar to, ka pamudinājumi jeb stimuli un struktūras nav izveidotas atbilstoši iepriekš izvirzītajiem mērķiem.

Veselības politikas pārmaiņas pasaulē galvenokārt saistītas ar diviem virzieniem: pirmais virziens ir strukturālas un pārvaldības pārmaiņas, kas ir daudzu valstu veselības aprūpes reformu centrā ar mērķi uzlabot un efektīvizēt veselības aprūpi pieejamā finansējuma ietvaros. Savukārt otrs virziens – veselības aprūpes kā cilvēka pamattiesību aizstāvēšana, kas saistīta ar visaptverošu veselības aprūpi jeb veselības aprūpes pieejamības nodrošināšanu pilnīgi visiem iedzīvotājiem. Lai arī abas pieejas nav savstarpēji izslēdzošas, vairums veselības jomas pārmaiņu, kādas tiek veiktas, balstoties uz Pasaules Bankas un citu starptautisku organizāciju ieteikumiem, kopš 20. gadsimta 80. gadiem pamatā tiek balstītas uz finansēšanas, vadības un veselības aprūpes sistēmas strukturālām pārmaiņām (Siddigi et al., 2009, 15). Daudzas valstis joprojām turpina veikt šāda veida pārmaiņas, lai uzlabotu savu veselības aprūpes sistēmu veikspēju.

Politisko pārmaiņu un reformu veiksmīga izstrāde, pieņemšana un ieviešana ir viena no būtiskākajām valsts pārvaldes funkcijām. Reformu īstenošanas lielākais izaicinājums parasti ir tieši tās noslēdzošajā fāzē – ieviešanā, kas katrai valsts pārvaldei ir liels izaicinājums, jo īpaši mūsdienu demokrātijas apstākļos. Tāpat jāņem vērā, ka pārmaiņu ieviešanas gaita ir atkarīga no ārējiem apstākļiem un notikumiem. Kā rāda pasaules pieredze, izmaiņas ir daudz sekmīgākas, ja notiek jauna politiskā režīma sākumposmā un citi politiskie notikumi var atvērt reformu īstenošanai sekmīgu “laika logu” (Reich, 1995). Līdz ar to, veicot radikālas pārmaiņas sistēmā, ir svarīgi apsvērt piemērotāko laika momentu, savukārt nelielas inkrementālas izmaiņas nav tik ļoti atkarīgas no izvēlētajā laika posma un citiem politiskajiem notikumiem.

Grūtības, ar ko saskaras valstis, ieviešot pārmaiņas veselības aprūpes jomā, ir saistītas ar kompleksām un paradoksālām saitēm, kuras eksistē starp sabiedrībā valdošajām vērtībām, normām, kādas ir akceptētas un pieņemamas sabiedrībai, un tajā pašā laikā paralēli esošajām un eksistējošām autonomām vērtībām un pārliecību sistēmām. Līdz ar to pārmaiņas veselības aprūpes jomā nav iespējams “reducēt līdz mehāniskiem vingrinājumiem, kas sastāv no racionālu plānotu un pamatotu prakšu ieviešanas, lai uzlabotu sistēmas efektivitāti un resursu izmantošanu” (Contandriopoulos et al., 1998, 341). Veselības aprūpes sistēmas maiņa vai jaunu pieeju ieviešana tādējādi ir saistīta ar kāda dominējoša vērtību modeļa stiprināšanu vai prenostatīšanu iepriekš pastāvējušajam vērtību modelim. Lai sekmīgi izstrādātu un ieviestu noteiktas veselības jomas pārmaiņas, sākotnēji ir nepieciešams vienoties par dominējošo vērtību modeli un ideoloģisko pieeju, pēc kuras tiek izstrādāta pārmaiņu politika. Savukārt, lai plānotās izmaiņas sekmīgi ieviestu, ir jāveicina vienota izpratne sabiedrībā par šo vērtību modeļa atbilstību sabiedrības vajadzībām un racionālam, efektīvam finansējuma izlietojumam, kuram piekrīt vairums aktīvo pārmaiņu procesā iesaistīto pušu.

Jebkuri pārkārtējumi ir atkarīgi no izpratnes par to, kā plānotās izmaiņas būs iespējams īstenot, kuri būs tie, kas atbalstīs, bet kuri pretdarbosies. Kā norāda Dž. Volta, veselības jomas pārmaiņu ieviešana ir procesorientēta un, veicot to analīzi, ir būtiski apskatīt attiecības starp publiskiem un privātiem aktoriem, vadītājiem un politikas veidotājiem, pakalpojumu nodrošinātājiem un patērētājiem (Walt, 1998, 372). Savukārt, lai politikas veidotāji un virzītāji spētu sadarboties un veidot atbalsta koalīcijas, ir nepieciešama izpratne par reformas būtību un mērķiem.

Kā viens no pārmaiņu ieviešanas kavēšanās iemesliem bieži tiek norādīts fakts, ka veselības aprūpes jomā darbojas konkurējošas intereses, kuras pārstāv dažādi šīs jomas aktori. Vienkāršotā modelī tie ir: 1) savu veselības stāvokli uzlabot gribošī indivīdi; 2) maksātāji un pakalpojumu sniedzēji – uzņēmumi, kuri ietver gan bezpeļņas, gan peļņas organizācijas, kā arī valsts uzņēmumus, kuru motivācija ir peļņas gūšana; 3) politiskie un organizāciju spēlētāji, kā

arī valsts pārvalde, kas pati ieņem iekšēji konfliktējošas lomas: pakalpojuma nodrošinātāja un pakalpojuma apmaksātāja, vienlaikus esot iedzīvotāju pārstāvja un aizstāvja lomā.

Latvijā veselības politikas reforma tika uzsākta kopā ar visas valsts pārvaldes reformu pēc neatkarības atjaunošanas, 1990. gada 19. septembrī apstiprinot Veselības aizsardzības ministrijas nolikumu un nosakot, ka Veselības aizsardzības ministrija ir atbildīga par valsts politikas izstrādāšanu un realizēšanu veselības aizsardzībā (LPSR Ministru padome, 19.09.1990.). 1993. gadā Latvijā tika uzsākta veselības aprūpes reforma, kuras galvenais mērķis bija “uz iedzīvotāju vērstas, racionālas un pieejamas veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju sistēmas izveide” (Ministru Kabinets, 30.09.2002.) un kura paredzēja mainīt agrāk pastāvējušo sistēmu, kas bija plānveida centralizēta sistēma un nenodrošināja uz iedzīvotāju vajadzībām orientētu veselības aprūpi, modernu un efektīvu veselības aprūpes sistēmu. Reformas pamatuzdevumi tika izvirzīti trīs: 1) veselības aprūpes finansēšanas reforma, 2) efektīvas veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju struktūras izveidošana un 3) sabiedrības veselības politikas izstrāde un realizācija.

Izvērtējot reformas īstenošanu 30 gadu laikā, no 1990. līdz 2020. gadam, var novērot, ka ir bijusi virkne pārmaiņu, kuras ir izdevies veiksmīgi īstenot, piemēram, no PSRS laikiem mantoto veselības aprūpes centralizētās veselības aprūpes modeli pārveidojot par decentralizētu primārās, sekundārās un terciārās aprūpes modeli, kā arī ģimenes ārsta lomas ieviešanu. Tāpat ir notikušas nozīmīgas pārmaiņas veselības aprūpes iestāžu tīklā, lielu daļu iestāžu privatizējot un izveidojot triju veidu pārvaldības formas – valsts, pašvaldību un privātās iestādes. Nozīmīgas pārmaiņas notikušas arī finansēšanas modelī un finansēšanas avotos.

Veselības aprūpes organizēšanas modeļa maiņa paredzēja ne tikai izmaiņas, kā tiek organizēta veselības aprūpe jomas iekšienē, bet prasīja arī būtisku sabiedrības priekšstatu un paradumu maiņu. Vēsturiski divas jomas – veselības aprūpe un izglītība – tika pilnībā finansētas no valsts puses, un iedzīvotāji uzskatīja ka bija pieejama bezmaksas medicīna un bezmaksas izglītība, bet reforma, ieviešot pacienta līdzmaksājumu, skāra tikai vienu no šīm jomām – veselības aprūpi. Otra būtiskā izmaiņa ietekmēja kārtību, kā pacients saņem pakalpojumus: ja iepriekšējā kārtība paredzēja, ka iedzīvotājs dodas uz poliklīniku vai slimnīcu un vēršas pie nepieciešamā speciālista – kardiologa, ķirurga vai gastroenterologa –, tad, ieviešot jauno modeli ar ģimenes ārsta kā “vārtejas” lomu, tieša pieeja speciālistiem ar valsts līdzmaksājumu bija pieejama, sākotnēji vēršoties pie ģimenes ārsta un saņemot norīkojumu vai arī veicot vizīti par pilnu maksu.

Ar Latvijas uzņemšanu Eiropas Savienībā (ES) 2004. gada 1. maijā būtiski mainījās situācija veselības aprūpē. Latvijas kļūšana par ES dalībvalsti “atvēra robežas” gan medicīnas personāla brīvākai kustībai ES, gan Latvijas pacientiem. Atvērtais darba tirgus un kopējs

regulējums vairākās kopējās politikas jomās deva Latvijas iedzīvotājiem iespējas doties strādāt labāk apmaksātu darbu ekonomiski attīstītākās valstīs. Tas radīja sociāli ekonomisku iespaidu uz kopējo tautsaimniecības attīstību, kā arī medicīnas jomu, emigrējot Latvijas ārstiem un medicīnas māsām. Savukārt pacientiem tika sniegtas iespējas saņemt virkni pakalpojumu ES valstu klīnikās. Kopējais ES tirgus veicināja arī jaunu medikamentu un tehnoloģiju straujāku ienākšanu Latvijas veselības aprūpes tirgū, kas sniedza ievērojamus uzlabojumus pacientu ārstēšanas iespējās, bet tāpat veicināja būtisku sabiedrības pieprasījumu pēc inovatīviem medikamentiem un jaunākajām tehnoloģijām, radot nozīmīgu ietekmi uz nepieciešamo budžetu. Pieejamie ES struktūrfondi un dažādas atbalsta programmas stimulēja aktīvu ieguldījumu veikšanu infrastruktūrā un tehnoloģijās, kas decentralizācijas un deregulācijas apstākļos radīja neplānotus un valstiski nekoordinētus ieguldījumus. Jaunie apstākļi būtiski ietekmēja ārstēšanas procesu un medicīnas iestāžu prioritātes, akcentējot ieguldījumus jaunās tehnoloģijās un būvēs, izmantojot pieejamos ES fondu līdzekļus infrastruktūras attīstībai, bet arvien mazāk ieguldot cilvēkresursos, kas saistīts ar ES fondu ierobežojumiem naudas apguvē. Cilvēkresursu trūkums un jauno tehnoloģiju izmantošana radīja jaunus šķēršļus veselības aprūpes pakalpojumu pieejamībai, ievērojami sadārdzinot pakalpojumus – radot nozīmīgas izmaksas iedzīvotājiem, kuriem agrāk bija pieejama “bezmaksas medicīna”, un liedzot savlaicīgu pieejamību pakalpojumiem speciālistu trūkuma dēļ.

Atskatoties uz to, kāda bija veselības aprūpes sistēma PSRS laikā un mūsdienās, nenoliedzami tā ir nozīmīgi mainījusies un uzlabojusies it visos salīdzināmos rādītājos, taču ne iedzīvotāju vērtējumā – viņi nav apmierināti ar veselības aprūpes sistēmu Latvijā. Vairāk nekā puse iedzīvotāju 2019. gada aptaujā norāda uz to, ka veselības aprūpes pieejamība ir nepietiekama, 80 % iedzīvotāju norāda, ka saņemt pamata veselības aprūpes pakalpojumus ir grūti, tāpat 73 % uzskata, ka prioritāri vairāk finansējuma jāvirza veselības aprūpei (LETA, 05.09.2019.).

Kā norāda Jautrīte Karaškēvica (2004, 11), “veselības aprūpes sistēma atspoguļo tās sabiedrības politiskās, kultūras un ekonomiskās vērtības, kurā tā tiek izstrādāta. Ja valsts veselības aprūpi uzskata par sociālu labumu, tad veselības aprūpes pakalpojumiem jābūt pieejamiem visiem iedzīvotājiem ar vienādiem noteikumiem, neatkarīgi no maksātspējas, vecuma, dzimuma”. Līdzīgi, raksturojot veselības politiku, norāda Ģirts Briģis (2016): “Veselības politika plašākā nozīmē, tas ir par vērtībām, pamata uzstādījumiem, kas ir pasaulē dominējoši – kas tiek uzskatīts par vērtībām, ko grib ar veselības politiku vispār panākt.”

Darba mērķis – izvērtēt Latvijas veselības aprūpes reformu laikposmā no 1990. līdz 2020. gadam vēsturiskā institucionālisma skatījumā.

Lai sasniegtu darba mērķi, ir izvirzīti **trīs pētnieciskie jautājumi**:

1. PJ1: Kādas veselības politikas pārmaiņas tika realizētas veselības aprūpes reformas ietvaros laika periodā no 1990. līdz 2020. gadam?
2. PJ2: Kādi reformas mērķi tika sasniegti, veicot veselības aprūpes sistēmas reformu laika periodā no 1990. līdz 2020. gadam?
3. PJ3: Kāpēc kavējās izvirzīto mērķu sasniegšana, reformējot Latvijas veselības politiku laikposmā no 1990. līdz 2020. gadam?

Lai izprastu politisko pārmaiņu procesu šo 30 gadu laikā, kā arī rastu atbildi uz jautājumu, kādēļ nav izdevies sasniegt reformu plānos noteiktos mērķus un kādēļ citām bijušās PSRS valstīm, kuras 90. gados bija līdzīgās pozīcijās, ir sekmējies labāk, darbā ir veikta veselības politikas veidošanas un īstenošanas analīze Latvijā, apskatot šajā laika posmā veiktās veselības nozares pārmaiņas, to iznākumus un meklējot iemeslus, kādēļ reformas rezultāti netika sasniegti vai sasniegti daļēji.

Saskaņā ar šo pieeju analīzes pirmajā daļā ir Latvijas veselības politikas reformas ietvaros veikto pārmaiņu apskats, raksturojot, kāda veida pārmaiņas un kādiem mērķiem tika īstenotas. Ņemot vērā, ka vēsturiskais institucionālisms ir aprakstoša pieeja, kā arī to, ka reformu ietvaros veikto pārmaiņu apskats veidots, pamatojoties uz agrāk veiktiem pētījumiem un iestāžu informatīvajiem ziņojumiem, aprakstošā daļa ir papildināta ar statistikas datu analīzi, kas sniedz objektīvus, uz faktiem balstītus datus par Latvijas veselības reformas iznākumiem un dod iespēju izvērtēt, kuros aspektos reforma ir bijusi sekmīga un mērķi ir sasniegti, bet kuros izvirzītie rezultāti nav sasniegti. Lai noteiktu, kāpēc kavējas mērķu sasniegšana, analīzes trešajā daļā ir veikta politiskā procesa analīze saskaņā ar vēsturisko institucionālismu, izmantojot procesu izsekošanas metodi.

Darba teorētiskā bāze ir izvēlēta saskaņā ar darba mērķi: veselības politikas pārmaiņu veidošanas un ieviešanas kā politiska un institucionāla procesa ilgtermiņa posma analīze, veicot īstenoto reformu rezultātu novērtēšanu un meklējot atbildi uz jautājumu, kādēļ nav sasniegti plānotie rezultāti. Apskatot dažādas veselības jomas izpētē izmantotās pieejas, atbilstoši darba mērķim kā piemērotākā teorija ir izvēlēta vēsturiskā institucionālisma pieeja, jo šī pieeja ir mezolīmeņa teorija, kas pēta politikas iznākumus un tiek izmantota, meklējot atbildes uz jautājumiem, “kādēļ dažādās pasaules vietās vienai un tai pašai reformai vai notikumam ir dažādi iznākumi” (Steinmo, 2013, 128). Skaidrojumi tiek “rasti veidā, kā institucionālas politiskas un ekonomiskas struktūru organizācijas konfliktē un panāk, ka kādas intereses tiek privileģētas” (Hall and Taylor, 1996, 6), kā arī pieeja “nodrošina funkcionālista skatījumu, sniedzot skaidrojumu, kāpēc notikumi attīstījās noteiktā veidā, balstoties uz vēsturiskiem un institucionāliem faktoriem un ietekmēm” (Peters, 2005, 88).

Darba izpētei izvēlētais laika posms ir, sākot no 1990. gada, kas saistīts ar būtiskām valsts politiskā kursa pārmaiņām, neatkarības atgūšanu, izstājoties no PSRS, ieviešot jaunu politisko un ekonomisko sistēmu, tostarp veidojot jaunu nacionālo veselības aprūpes politiku – pārejot uz decentralizētu veselības aprūpes modeli. Kā izpētes posma beigas ir noteikts 2020. gada marts, kas saistīts ar Covid-19 epidēmijas radīto ārkārtējo situāciju, kurā tika ieviesti dažāda veida ierobežojumi, kas ietekmēja gan politiskā procesa organizēšanu, gan izpratni par demokrātiju un indivīda brīvību, gan apdraudējumus veselības jomai, kas prasa citādu rīcību nekā “miera laikos”.

Lai analizētu un izprastu noteiktu reformu īstenošanas procesu, ir jāņem vērā vēsturiskā institucionālisma atziņa: lai saprastu, kā tiek realizētas noteiktas pārmaiņas, ir jāsaprot, kādēļ un kādos apstākļos tās ir radušās, jo politiskie procesi sakņojas pagātnes lēmumos un vēsturisko lēmumu ietekme turpinās līdz brīdim, kad notiek radikālas pārmaiņas, kas novirza sabiedrību no vēsturiskās attīstības gaitas uzņemtā kursa (Peters, 2000, 19). Brīdī, kad valdība pieņem sākotnējo lēmumu par noteiktu īstenojamu politiku vai institucionālām pārmaiņām, agrāk izveidotie “paterni” turpina pastāvēt un ietekmēt jebkura jauna lēmuma pieņemšanu (Peters, 2000, 73). Lai atklātu pagātnes ietekmi un novērotu, kā pagātnē pieņemtie lēmumi ietekmēja nākotnes lēmumus, darbā izmantota procesu izsekošanas pieeja. Saskaņā ar šo pieeju veikta “visaptveroša analīze, izsekojot procesus laikā un analizējot institūciju konfigurācijas un kontekstus” (Bogason, 2013, 24), turklāt izpēte tiek veikta ar “ilgstoša perioda institūciju attīstības izpēti un ar to saistītajiem laika temporāliem efektiem” (Lowndes and Roberts, 2013, 37).

Saskaņā ar šo pieeju analīze ir veikta par visu reformas periodu no 1990. līdz 2020. gadam, to sadalot trijos apakšperiodos, kuros ir novērojamas noteiktas kopīgas dominējošas pazīmes, izdalot trīs laika periodus.

1. Deregulācijas periods – iezīmējas ar pārmaiņām, kas saistītas ar Latvijas neatkarības atgūšanu un sistēmas maiņu no centralizētas plānveida sistēmas uz brīvā tirgus principos balstītu sistēmu. Šajā periodā novērojamas radikālas pārmaiņas visos institūciju līmeņos, kas ietver gan politiski ekonomiskā kursa maiņu, gan valsts regulējošās un kontrolējošās lomas mazināšanu it visās nozarēs, arī veselības jomā. Šis periods ietver laika posmu no 1990. līdz 1997. gadam.
2. Regulācijas periods – iezīmējas ar nozīmīgām pārmaiņām agrākajā pieejā, ieviešot regulējošus mehānismus, lai mazinātu iepriekšējā perioda radītās negatīvās sekas, un valsts pārvaldei atjaunojot kontroles un regulācijas funkcijas. Vēl viens būtisks faktors, kas saistīts ar izveidojušās problēmas institucionalizāciju, perioda beigās izveidojot jaunu institūciju – Veselības ministriju –, lai stiprinātu valsts

administratīvo kapacitāti jomas pārvaldībā. Šis periods aptver laika posmu no 1998. līdz 2005. gadam.

3. Pārregulācijas periods – iezīmējas ar vērtību maiņu, kas saistīta ar kopējas ES politikas nostādņēm un sabiedrības līdzdalību lēmumu pieņemšanā. Veselības jomā – akcentu maiņu no sistēmas efektivitātes uz cilvēka veselību kā daļu no cilvēktiesībām. Aptver laika periodu no 2006. līdz 2020. gadam, neiekļaujot laika periodu, kas sākas ar Covid-19 pandēmijas izraisīto ārkārtas situāciju, jo tā radīja jaunus apstākļus un uzskatāma par jaunu nozīmīgu analīzes periodu, kurš nav iekļauts šajā darbā.

Saskaņā ar vēsturisko institucionālismu institūcijām piemīt kognitīvā, regulatīvā un normatīvā funkcija (Ornerheim and Wihlborg, 2014), līdz ar to, veicot izpēti, analizēti ar šīm trim funkcijām saistītie pīlāri – kulturāli kognitīvais, regulatīvais un normatīvais. Vēsturiskais institucionālisms “ņem vērā visu valsts institucionālo aparātu un nacionālā līmeņa veidojošos blokus” (Lowndes and Roberts, 2013, 37) un ietver dažāda veida institūcijas: formālos noteikumus, atbilstības procedūras, praksi noteicošus standartus, kas strukturē un regulē attiecības starp indivīdiem (Thelen and Steinmo, 1992, 2). Bet institūcijas ir formalizētas, un, veicot analīzi, ir jāidentificē eksistējošās vienošanās, gan skatot to caur politiku, gan strukturālos terminos (Peters, 2013, 13). Līdz ar to izpēte ir veikta, analizējot ne tikai veselības politikas veidošanas procesu, bet ir apskatīta arī kopējā valsts pārvalde un tās pārmaiņas – attiecīgajā laika periodā pie varas esošā Saeima un Ministru kabinets, kā arī regulējums, kā tiek īstenota normatīvo aktu virzīšana un pieņemšana Saeimā un Ministru kabinetā. Veicot noteiktas reformas analīzi, saskaņā ar vēsturiskā institucionālisma pieeju tiek analizēts politiskais process, bet netiek analizēta šīs politikas daba un vērtības, respektīvi, tiek vērtēts, “nevis cik kvalitatīvs un atbilstošs ir attiecīgais likumprojekts, bet cik labi tas ir izstrādāts un ilgtspējīgs” (Peters, 2012, 85).

Darba uzdevumi. Promocijas darba mērķa sasniegšanai izvirzīti šādi uzdevumi:

1. Izvērtēt jaunā institucionālisma teorētiskās pieejas piemērotību veselības politikas ilgtermiņa pārmaiņu analīzei.
2. Identificēt vēsturiskā institucionālisma konceptuālos un analītiskos principus veselības politikas reformas analīzē.
3. Definēt procesu izsekošanas metodes pieeju veselības politikas reformu analīzē.
4. Noteikt empīriskā pētījuma veikšanai izmantojamo datu avotu un intervējamo atlases kritērijus.
5. Izvērtēt reformas ietvaros veiktās veselības politikas pārmaiņas un reformas mērķu sasniegšanas rezultātus.

6. Analizēt notikušās pārmaiņas deregulācijas periodā kulturāli kognitīvajā, regulatīvajā un normatīvajā pīlārā.
7. Analizēt notikušās pārmaiņas regulācijas periodā kulturāli kognitīvajā, regulatīvajā un normatīvajā pīlārā.
8. Analizēt notikušās pārmaiņas pārregulācijas periodā kulturāli kognitīvajā, regulatīvajā un normatīvajā pīlārā.

Izpildot darba uzdevumus, noteikta piemērotākās teorētiskās pieejas izmantošana atbilstoši pētnieciskajam jautājumam un faktori, kas jāņem vērā, veicot veselības politikas reformas analīzi. Saskaņā ar izvēlēto vēsturiskā institucionālisma teorētisko pieeju definēta pētījuma veikšanas metode – procesu izsekošana – un noteikti analizējamie aspekti, kas raksturo katru no šiem periodiem. Ņemot vērā, ka saskaņā ar vēsturisko institucionālismu institūcijām piemīt vairākas funkcijas un tās ietekmē politiskos procesus, kā arī uz tām ietekmi atstāj gan valsts kopējā pārvaldes struktūra, gan sabiedrībā aktuālie procesi, analīze veikta, katrā periodā apskatot kulturāli kognitīvo, regulatīvo un normatīvo pīlāru.

Darbā izmantotā literatūra ietver politikas zinātnes teorētiskos darbus, kas raksturo jauno institucionālismu un vēsturisko institucionālismu, pētījumus, kuros vēsturiskais institucionālisms ir izmantots citu valstu veselības reformu vai noteiktu veselības jomas pārmaiņu ieviešanas procesa analīzei. Papildus politikas zinātnes literatūrai izmantota sabiedrības veselības jomas literatūra, kas sniedz informāciju par dažādām veselības aprūpes sistēmām, to mērķiem un uzdevumiem, un datiem, kas tiek izmantoti, lai raksturotu valsts veselības politikas rezultātus un to sasaisti ar noteikta veida veselības politikas pārmaiņām.

Promocijas darbs ir izstrādāts, izmantojot kvalitatīvās pētījuma metodes, tostarp literatūras, avotu, statistikas datu, uzziņas informācijas analīzi, un intervijas, kuras izmantotas, lai labāk izprastu procesus un spētu raksturot kulturāli kognitīvo un normatīvo pīlāru. Dokumentu analīze ietver likumu, Ministru kabineta noteikumu un rīkojumu, ministriju informatīvo ziņojumu, politisko spēku priekšvēlēšanu programmu un valdības deklarāciju izpēti. Viedokļu izpēte ir balstīta literatūras, rakstu, ziņu par noteiktām tēmām un notikumiem analīzē. Reformas mērķu un pamatuzdevumu sasniegšanas novērtēšanai ir izmantoti publiski pieejamie oficiālās statistikas dati par veselības jomu raksturojošiem rādītājiem, kuri tiek izmantoti, starptautiski vērtējot noteiktas valsts veselības politiku. Padziļinātās intervijas ir veiktas ar 16 intervējamiem ekspertiem, kas pārstāv valsts sektoru, – veselības ministriem un ministrijas ierēdņiem, nevalstisko sektoru – NVO pārstāvjiem un pakalpojumu sniedzējiem, kā arī intervēti eksperti sabiedrības veselības un veselības ekonomikas jomā.

Promocijas darbu veido ievads, trīs nodaļas ar apakšnodaļām un secinājumi. Darba pirmajā nodaļā sniegts teorētisks ieskats par veselības politikas pētniecībā izmantotajām

pieejām un šajā darbā izvēlētais teorijas vēsturiskā institucionālisma izvēles pamatojums. Otrajā nodaļā dots kontekstuālais apraksts, sniedzot ieskatu Latvijas veselības aprūpes sistēmas raksturojumā, un aprakstīta pētījuma metodoloģija.

Trešajā nodaļā veikta Latvijas veselības politikas veidošanas un īstenošanas analīze, balstoties uz izvēlēto pētniecisko pieeju. Analīze sastāv no divām daļām: pirmajā daļā ir apskatītas Latvijas veselības reformas ietvaros veiktās politikas pārmaiņas, lai sniegtu atbildes uz pirmo darba pētniecisko jautājumu, un veikta reformas rezultātu novērtēšana, lai atbildētu uz otro pētījuma jautājumu. Atbilstoši veiktajai izpētei un novērtējumam tikai daļa pārmaiņu ir bijušas sekmīgas un tikai daļu no mērķa ir izdevies sasniegt. Problēmas, kuras tika plānots risināt, mainot veselības aprūpes organizēšanas modeli, nav izdevies pilnībā atrisināt. Otrajā analīzes daļā ir veikta izpēte, lai atbildētu uz trešo pētniecisko jautājumu – novērtētu un identificētu faktorus, kas ir bijuši par iemesliem, kādēļ jaunā modeļa ieviešana nav bijusi sekmīga un kavējās reformas mērķu sasniegšana. Analīze ir veikta, izmantojot procesu izsekošanas metodi, nosakot laika posmus, kuri ir saistīti ar noteiktiem pie varas esošiem politiskiem spēkiem, sabiedrībā valdošām ideoloģijām un valsts pārvaldes darbības prioritātēm. Saskaņā ar pētījuma metodoloģiju ir izdalīti trīs periodi: 1) deregulācijas periods (1990.–1997. gads); 2) regulācijas periods (1998.–2005. gads); 3) pārregulācijas periods (2006.–2020. gads). Katrā no šiem laika periodiem ir analizēti trīs pīlāri, kas saistāmi ar pārmaiņu ieviešanu institūcijās un attiecināmi arī uz veselības modeļa maiņu, pārejot no “Semaško” uz decentralizācijas modeli – kulturāli kognitīvo pīlāru, regulatīvo pīlāru un normatīvo pīlāru. Secinājumu nodaļā ir apkopoti analīzes rezultāti un sniegtas rekomendācijas politikas veidotājiem un īstenotājiem.

Latvijas veselības aprūpes sistēma un tajā veiktās pārmaiņas līdz šim ir aprakstītas un analizētas vairākos pētījumos un pārskatos. Kā dažus no tiem var minēt Jautrītes Karaškēvicis promocijas darbu sabiedrības veselībā, kurā ir raksturota veselības joma Latvijā no 1993. līdz 2003. gadam (Karaškēvica, 2004); Maijas Bušmanes (2007) pētījumu veselības vadībā, kurā ir analizētas veselības aprūpes jomas izmaiņas un iznākumi laika periodā no 1990. līdz 2007. gadam un vērtēta uzņēmējdarbības principu ieviešana veselības nozarē un tās ietekme uz veselības vadību un pakalpojumu pieejamību. Tāpat ir veikti Pasaules Veselības organizācijas īstenoti pētījumi “Veselības sistēmas pārmaiņu procesos” (*Health systems in Transition*), kuros ir aprakstīta Latvijas veselības aprūpes sistēma, ņemot vērā noteiktu analīzes metodiku. Šāds pētījums ir publicēts 2008. gadā, tajā raksturota Latvijas veselības aprūpes sistēma, reformas rezultāti un iznākumi laika periodā līdz 2008. gadam, to sagatavojusi Olga Avdejeva, *Ellie Tragakes*, Ģirts Briģis, Jautrīte Karaškēvica, Aiga Rūrāne, Artis Stuburs, Evita Zušmane (European Observatory, 2008). Līdzīgs ziņojums ir publicēts arī 2012. gadā, to sagatavojis

Uldis Mitenbergs, Māris Taube, Jānis Misiņš, Ēriks Miķītis, Atis Martinsons, Aiga Rūrāne, *Wilm Quentin* (European Observatory, 2012). Pēdējais ziņojums sagatavots 2019. gadā, to sagatavojusi Daiga Behmane, Alīna Dūdele, Anita Villeruša, Jānis Misiņš, Kristīne Kļaviņa, Dzintars Mozgis, *Giada Scarpetto* (European Observatory, 2019). Latvijas veselības aprūpes sistēma ir raksturota arī Ekonomiskās sadarbības un attīstības organizācijas (OECD, 2016) pārskatos: “Veselības sistēmu apskats: Latvija” (*Reviews on Health Systems: Latvia*) 2016. gadā, kā arī “Valsts veselības profils: Latvija” (*Country Health Profile: Latvia*) – 2017., 2019. un 2021. gadā (OECD, 2017, 2019, 2021).

Minētie pētījumi un ziņojumi raksturo veselības jomu noteiktajā laika periodā, kā arī norāda uz iepriekš veiktajām atsevišķām izmaiņām, bet neviens no tiem neveic veselības jomas politikas analīzi, ņemot vērā politikas aspektus – pie varas esošos politiskos spēkus un sabiedrībā dominējošās vērtības, normatīvo un regulatīvo procesu, kā arī nesniedz atbildes uz jautājumiem, kādēļ ir kavējusies plānoto rezultātu sasniegšana un kas ir bijuši reformas sekmīgas ieviešanas kavējošie faktori.

Darba novitāte ir Latvijas veselības politikas veidošanas ilgtermiņa izpēte, pirmo reizi Latvijas veselības reformu un politiku pētīt ilgtermiņā, izmantojot vēsturiskā institucionālisma pieeju veselības reformas analīzei. Salīdzinot ar iepriekš minētajiem īsa perioda pētījumiem un ziņojumiem, šajā pētījumā ir sniegta veselības aprūpes ilgtermiņa reformas ietvaros veikto pārmaiņu analīze, apskatot veselības politikas pārmaiņas un to iznākumus makrolīmeņa kvantitatīvos rādītājos, un pirmo reizi ir izstrādāts veselības politikas promocijas darbs politikas zinātnes disciplīnā. Kā novitāte sociālo jomu pētniecībā darbā ir izstrādāts analītiskais modelis institūciju kulturāli kognitīvā, regulatīvā un normatīvā pīlāra analīzei, kas nosaka katrā no pīlāriem analizējamās aspektus un identificē pētāmos avotus.

Darba empīriskā novitāte ir nozīmīgs piensums valsts pārvaldes izpētes jomā Latvijā, analizējot veselības reformas politiskos aspektus, atklājot pagātnes lēmumu ietekmi uz nākamo periodu pārmaiņām, kā arī identificējot ilgtermiņā pastāvošos ietekmējošos faktoros. Tāpat kā novitāte ir Latvijas veselības jomas periodizācijas ieviešana, saskaņā ar vēsturiskā institucionālisma pieeju izdalot specifiskus periodus – deregulācijas, regulācijas un pārregulācijas.

1. Veselības politikas analīzes teorētiskie aspekti

Veicot literatūras apskatu par veselības politikas jomā veikto reformu ieviešanu un izmantotajām teorētiskajām pieejām, dažādu valstu pieredzi veselības politikas ieviešanā, nav vienas teorijas vai modeļa, kurš atzīstams par piemērotu šādu procesu analīzē nevienā no jomām, tai skaitā veselības aprūpes sistēmu reformu ieviešanas analīzei. Līdz ar to pētījumos veselības nozarē, kā norāda Lūsija Serna (*Lucie Cerna*), tiek izmantotas vairākas pieejas, izdalot dažādas stratēģijas atkarībā no politikas jomas, konteksta, līderības, iesaistītajām pusēm un organizatoriskās kapacitātes (Cerna, 2013).

Dažādas pieejas un metodes var tikt izmantotas, analizējot atsevišķas izmaiņas, kas ir salīdzinoši fragmentārs process, kurā var izdalīt tās inicializēšanas fāzi, raksturot un detalizēti pētīt virzītājus, īstenotājus, to attiecības un mijiedarbības. Atsevišķu izmaiņu izpētē izvēlēta teorētiskā pieeja ir saistīta ar pētniecisko jautājumu un var tikt izmantota kāda no jaunā institucionālisma pieejām – socioloģiskais vai racionālās izvēles institucionālisms, ja galvenokārt tiek pētīti noteikti aktori un to ietekme uz reformas virzību. Savukārt, ja pētāmais jautājums vairāk saistīts ar ietekmēm un mijiedarbību, reformu virzības pārvaldību un ieviešanu, tad kā piemērotākas pieejas var būt daudz līmeņu pārvaldības vai tīklojumu pieejas (Cerna, 2013; Walt, 1998; Sabatier, 1988). Ja pētāmās analīzes objekts ir no kādas citas valsts aizgūtas reformas ieviešana, tad kā piemērotas var tikt izmantotas salīdzinošās politikas teorijas pieejas (Cerna, 2013). Analizējot inkrementālas ilgtermiņa veselības politikas pārmaiņas gadījumā, ja pētāmais objekts ir apjomīgs, skar pamatīgus un būtiskus jautājumus, kas saistīti ar plašām sabiedrības interesēm, šādu pārmaiņu ieviešanas procesa analīzi ilgtermiņā, analizējot makrolīmeņa kontekstus un raksturojot sistēmas transformācijas ilgākā laika periodā, kā vienīgā piemērotā teorētiskā pieeja tiek izmantots vēsturiskais institucionālisms.

Vēsturiskā institucionālisma pieejai ir raksturīgas trīs iezīmes: 1) pieeja tiek izmantota, pētot apjomīgus, pamatīgus un būtiskus jautājumus, kas saistīti ar plašām sabiedrības interesēm; 2) ar šo pieeju tiek iegūti skaidrojoši argumenti par nozīmīgiem rezultātiem vai neskaidriem notikumiem, jo vēsturiskais institucionālisms piešķir nozīmīgumu laikam un noteiktām secībām, kā pārmaiņas un transformācijas notiek; 3) analīzē makrolīmeņa kontekstus un izvirza hipotēzes par kombinētiem institūciju un procesu posmiem, nevis vienu institūciju vai procesu laikā (Pierson and Skocpol, 2002, 696).

Balstoties uz trim aspektiem – būtisku lietu kārtību, laika argumentu un pastiprinātu uzmanību uz kontekstu un konfigurācijām –, vēsturiskais institucionālisms sniedz nozīmīgu devumu politikas zinātnei, pētot jautājumus par pārvaldības procesiem, politikas veidošanu un sabiedrisko politiku un kārtību. Pieeja tiek izmantota, galvenokārt skaidrojot būtiskas novirzes nozīmīgos vai pārsteidzošos paternos, notikumos vai lietu kārtībā, nevis fokusējoties uz

konkrētu indivīdu uzvedību, neņemot vērā globālos procesus un notikumus attiecīgajā laikā un vietā. Vēsturiskā institucionālisma pieejā tiek analizēta noteiktu notikumu gaita un skaidrots, kāpēc tika izdarītas vienas vai otras izvēles. Pieeja balstās uz noteiktos posmos veiktu analīzi, apskatot pastāvošos paternus šajā laika posmā.

Ņemot vērā, ka šis pētījums ir veselības politikas kā ilgtermiņa politikas veidošanas un ieviešanas procesa izpēte, nevis tikai atsevišķas izmaiņas vai aktoru analīzes gadījums, tad kā piemērotākā teorija ir izvēlēta jaunais institucionālisms, kurš ir raksturots pirmajā apakšnodaļā. Otrā apakšnodaļa ir veltīta jaunā institucionālisma vēsturiskā institucionālisma pieejai, kas procesu, notikumu un mijiedarbības skaidrošanai izmanto secīgu procesu izsekošanas metodi un ir izvēlēta kā piemērotākā pieeja šādam ilgtermiņa politikas pētījumam.

1.1. Jaunais institucionālisms – ilgtermiņa politikas izpētes pamats

Teorētiskais virziens, kurš dominē veselības jomas ilgtermiņa pārmaiņu un procesu analīzē, ir jaunā institucionālisma teorija. Institucionālisms ir plaši izplatīta pieeja politisku procesu pētniecībai, kas ietver noteiktu kopumu ar teorētiskām idejām un hipotēzēm, kuras saistītas ar attiecībām starp institūciju raksturojumiem un politiskām aģentūrām, to veikspēju un pārmaiņām, ietekmēm uz indivīdiem un procesiem. Dažādas šīs teorijas pieejas akcentē, ka institūcijas un tajās formalizētā prakse ir tā, kas tieši ietekmē aktoru darbību un caur formālu un neformālu noteikumu kopumu nodrošina institūciju stabilitāti un ilgtspēju. Institūcijām nonākot ārēju krīžu rezultātā, tiek izraisītas pārmaiņas un notiek institūciju tiekšanās uz jaunu līdzsvara punktu un stabilitāti.

Institucionālisma pieeja paredz, ka institūcijas iemieso vērtības un vajadzības, kādas tiek izvirzītas institūcijai tās radīšanas brīdī. Pēc tam šīs vērtības un idejas tiek institucionāli nostiprinātas un kļūst neatkarīgas no sabiedrībā valdošām pārmaiņām un pieprasījuma. Savukārt institūcijas, “balstoties uz savu etosu, rada sabiedrībā pieprasījumu pēc tās pastāvēšanas, tādējādi atražojot savu vajadzību” (Lecours, 2011, 11). Līdz ar to laika gaitā vērtības, kas bija nepieciešamas noteiktas institūcijas izveidei, iekapsulējas, atražojas institūcijā un vairs neatbilst sabiedrības vajadzībām.

Jaunais institucionālisms pārstāv strukturālistu skatījumu un meklē atbildes uz trīs veidu jautājumiem: 1) kas ir tie mehānismi, caur kuriem institūcijas veic darbības; 2) kāda ir institūciju ietekme uz aģentiem; 3) kāda ir institūciju ietekme uz politiskajiem procesiem (Lecours, 2011, 9). Klasiskais institucionālisms pamatā pētīja vadošo institūciju veidošanos un struktūras, kas tika veidotas ar mērķi ierobežot indivīdus un virzīt tos kopēju publisko mērķu sasniegšanai, veidojot politiskas institūcijas. Lai arī šī pieeja bija strikti normatīva, tā veidoja politikas zinātnes pirmsākumus, nodrošinot sistemātisku institūciju analīzes pieeju un vērtējot

to ietekmi uz sabiedrību. Kā norāda Gajs Peterss (*B. Guy Peters*), “institūciju viena no galvenajām lomām bija glābt sabiedrību no indivīdiem, kuru darbības varēja noteikt sliktākie instinkti” (Peters, 2012, 3).

Klasiskā institucionālisma pieeja bija tendēta uz vispārināšanu un padarīja teoriju konstruēšanu daudz sarežģītāku, jo bija nepieciešams pilnībā izprast politisko procesu sistēmu un tās veselumu. Savukārt tik kompleksu sistēmu salīdzināšana bija sarežģīta – pilnībā analizēt sistēmu no tās izveidošanas pirmsākumiem, apskatot rašanās gaitu un indivīdu uzvedību pētīt kā kolektīvās uzvedības fenomenu. Klasiskā institucionālisma izpētes pamatobjekts bija “laba valdība”, bet politikas zinātne bija “par valsts pārvaldes formāliem aspektiem, tai skaitā likumiem, un tās galvenā uzmanība tika veltīta pārvaldes sistēmas mašīnerijai” (Peters, 2012, 4). Lielākoties izpētes mērķi bija saistīti ar normatīviem jautājumiem, kāda veida institūcijas darbosies vislabāk, balstoties uz politikas sistēmas mērķiem.

Klasiskais institucionālisms kā institūcijas aprakstīja materializētas struktūras – konstitūcijas, kabinetus, parlamentus, birokrātisko iekārtu, tiesas, armijas, federālas vai autonomas vienošanās – un dažos gadījumos politiskas partijas (Lecours, 2011, 6). Institūcijas pamatā tika saistītas ar valsti vai, precīzāk, ar valsts pārvaldi. Pieeja balstījās pieņēmumā, ka valsts pārvaldi veido ierēdņi, kuru darbības nosaka un ietekmē tikai un vienīgi likumi un noteikumi, kas tiek piemēroti atbilstoši noteiktajai situācijai. Kā raksturo G. Peterss, “valdības, ko veido likumi, nevis cilvēki” (Peters, 2012, 4). Savukārt likums ir lielā mērā noteikta un formalizēta pārvaldes institūcija, kas attīstās un ietver skaidri noteiktas sabiedrības normas un vērtības. Valsts šajā izpratnē ir “virtuāla metafiziska entīcija, kas iemieso likumu un valsts pārvaldes institūcijas un kaut kādā veidā pārsniedz šīs entīcijas” (Peters, 2012, 6). Valsts ir organiski saistīta ar sabiedrību, un sabiedrība ir nozīmīgi ietekmēta no valsts puses, bet sociālās struktūras leģitimitāti iegūst brīdī, kad tiek atzītas no valsts puses, nevis tad, kad tās atzīst un iemieso nozīmīgas sabiedrības daļas atzītas izpausmes, kā tas darbojas mūsdienu ierastā brīvā tirgus sistēmā.

Klasiskais institucionālisms, kā norāda G. Peterss, balstījās uz 1) legālismu – uz likuma nozīmi un centrālo lomu; 2) strukturālismu – struktūrai ir nozīme, un struktūra nosaka uzvedību; 3) holismu – veicot analīzi, tika skatīta visa sistēma kopumā, nevis veikta atsevišķu institūciju analīze, holisma piemērošana bija saistīta ar likuma varu un strukturālisma ietekmi; 4) vēsturiskumu – analizējot sistēmas, tika pētīta to vēsturiskā rašanās, kā arī pētīta sociālekonomiskā un kultūras ietekme; 5) analīzes normatīvismu – izpēte tika balstīta uz stingri normatīviem elementiem – vērtībām un normām (Peters, 2012, 7–11).

Klasiskā institucionālisma noriets sākās 20. gadsimta 50.–60. gados, kad arvien populārāka kļuva biheiviorisma pieejas izmantošana dažādu notikumu un procesu skaidrošanā un lielāks akcents no normatīvā skatījuma tika fokusēts uz indivīda līmeņa izpēti un to, kā indivīds ietekmē dažādus procesus. Pēc Otrā pasaules kara politikas pētniecībā sāka dominēt pieejas, kas vairāk balstītas uz individuāliem pieņēmumiem, – biheiviorisms un racionālās izvēles teorijas. Abas minētās pieejas pieņēma, ka indivīdi darbojas autonomi, balstoties uz sociofizioloģisku raksturojumu vai izpratni par savu personisko labumu. Abās pieejās netika uzskatīts, ka indivīds tiek ierobežots no formālu vai neformālu institūciju puses, bet tās pieņēma, ka indivīds izdara savas personiskās izvēles un “indivīda priekšrocības ir eksogēnas pret politisko procesu” (Peters, 2012, 1). Šīs metodoloģiskās pieejas bija nesavietojamas ar klasiskā institucionālisma fokusu un pamata postulātiem.

20. gadsimta 80. gados sākās pieejas maiņa un notika atgriešanās pie iepriekšējās intereses par formālo un neformālo institūciju nozīmi publiskajā sektorā un lomā, kādu tajās nosaka struktūras. Institūciju izpēte tika lietota gan politikas un pārvaldes analīzē, gan skaidrojot indivīdu līmeņa uzvedību. Jaunais institucionālisms radās apstākļos, kad, no vienas puses, dominēja “mikrolīmeņa teorijas par indivīda uzvedības izpēti – biheiviorisms, bet, no otras puses, neempīriskas makrolīmeņa teorijas, kā marksisms, funkcionālisms, sistēmu teorijas un racionālās izvēles teorija” (Steinmo, 2013, 126).

Jaunā institucionālisma pirmsākumi saistāmi ar Džeimsa Mārča (*James G. March*) un Džona Olsena (*Johan P. Olsen*) 1984. gada publikāciju “Jaunais institucionālisms: Politiskās dzīves organizatoriskie faktori” (*The New Institutionalism: Organizational Factors in Political Life*). Pēc Dž. Mārča un Dž. Olsena paustā, institūcijas ir “relatīvi noturīgs noteikumu un prakšu kopums, kas ir iegūts nozīmju struktūrās un relatīvi nemainīgos resursos, kas saglabājas nemainīgi, neskatoties uz indivīdu nomaīņu, un ir relatīvi izturīgi pret savdabīgām vēlmēm un indivīdu gaidām, kā arī mainīgiem ārējiem apstākļiem” (March and Olsen, 2009).

Institūcijas veido noteiktu likumu, noteikumu un prakšu kopums, kas nosaka specifisku indivīdam piemērotu uzvedību noteiktos apstākļos. Šos piemērotās uzvedības un attieksmju modeļus veido nozīmes, kas saistītas ar identitātēm un piederībām. Kopējie mērķi un vēlamais rezultāts ir tas, kas ietekmē attieksmes un nosaka darbības virzienus un vērtības noteiktai indivīdu uzvedībai, un izskaidro, pamato un attaisno, kā arī leģitimē noteiktus uzvedības kodus. Savukārt noteiktas resursu struktūras ir tās, kas rada nepieciešamos apstākļus vēlamai darbībai. Institūcijas iedrošina un ierobežo aktorus atšķirīgi un padara tos vairāk vai mazāk spējīgus darboties, atbilstoši noteiktiem normatīviem noteikumiem vai piemērotības likumiem. Tāpat institūciju loma tiek stiprināta no trešajām pusēm, kuras uzspiež noteikumu pildīšanu un paredz sankcijas par nepakļaušanos noteiktajām praksēm. Institūcijas arī nosaka kārtību, kā tiek

organizētas sociālās attiecības, “samazina fleksibilitāti un dažādību pieņemamā uzvedībā un ierobežo iespējas kādai no pusēm uzkundzēties pār citu grupu interesēm” (March and Olsen, 2009, 6).

Jaunais institucionālisms daļēji atjaunoja klasiskā institucionālisma skatījumu, vēlreiz akcentējot to, ka institūcija ietekmē un ierobežo indivīda uzvedību un institūcijām ir noteikta pagātnes pieredze, kas ietekmē šodienas lēmumu pieņemšanu. Bet papildināja agrāko pieeju ar jaunu analīzes aspektu, nosakot: lai izprastu noteikta veida politiku, “ir jāizpēta cilvēki, kuri apdzīvo šo pasauli, un jānoskaidro, kāpēc viņi rīkojas tā, kā viņi rīkojas” (Peters, 2012, 12), tādējādi bagātinot klasiskā institucionālisma pieeju ar biheiviorisma un racionālās izvēles analīzes aspektiem.

Kā norāda Vivjēna Loundesa (*Vivien Lowndes*) un Marks Robertss (*Mark Roberts*), jaunais institucionālisms no klasiskā institucionālisma atšķiras trijos aspektos: 1) papildus formāliem likumiem un struktūrām jaunais institucionālisms ir paplašinājies un iekļauj arī neformālās vienošanās un neformālās koalīcijas, kas veido politisko rīcību; 2) politiskās institūcijas netiek analizētas tieši – kā pašu deklarēto vērtību iemiesotājas, bet tiek kritiski analizēts un vērtēts veids, kā tās iemieso vērtības un spēka attiecības; 3) atšķirībā no klasiskā institucionālisma jaunais ne tikai apgalvo, ka institūcijas ierobežo un formē indivīda rīcību, bet arī atzīst to, ka institūcijas ir cilvēku radītas, mainīgas un attīstās noteiktu aktoru jeb aģentu ietekmē (Lowndes and Roberts, 2013, 28).

Institucionālas vienošanās var tikt aprakstītas, izmantojot trīs pīlārus, kas ir jebkuras institūcijas pamatā: 1) likumdošanas un konstitucionālās vienošanās; 2) neformālās kultūras normas, struktūras un principi, kas veidojušies papildus formālajiem principiem; 3) kognitīvo funkciju esamība organizācijās, kas veidojas caur struktūrām un tā konteksta, kādu veido un uztver sabiedrība un kā sevi šajā kontekstā redz un sabiedrībai pasniedz organizācija (Ornerheim and Wihlbord, 2014). Tā kā institūcijām ir visas trīs funkcijas – normatīvā, regulatīvā un kognitīvā –, tad, veicot jebkādas pārmaiņas institūcijā, tiek radīta ietekme uz visiem minētajiem aspektiem.

Ellenas Immergut (*Ellen M. Immergut*) skatījumā, institūcijas – pamatā likumi un konstitūcijas – ieņem duālu lomu: tās gan veido, gan sagroza cilvēka uzvedību, tādējādi nodrošinot atbrīvošanos no sociālām saitēm (Immergut, 1998, 9). Sociālās institūcijas neiemieso cilvēciska pamata labai raksturīgo, bet, būdamas vēsturisko procesu gaitā radies civilizācijas process, institūcijas inducē noteikta veida indivīda uzvedību. Vienlaikus, tā kā institūcijas ir cilvēka radītas un uzturētas, tās var tikt transformētas politisku procesu ietekmē. Politiskas institūcijas var tikt pārveidotas, lai tās funkcionētu taisnīgāk, un politiskie lēmumi, kas tiek pieņemti politiskās institūcijās, mainīsies līdz ar sociālām institūcijām ar mērķi radīt

labākus pilsoņus. “Jauni likumi var mainīt privātīpašuma tiesību formas vai izglītības sistēmu, piemēram, raisot pilsoņus vairāk domāt par kopējo labumu un mazāk par katra individuālo īpašumu.” (Immergut, 1998, 9).

Jaunajā institucionālismā politiskie procesi tiek analizēti, vērtējot notikumus, kas risinās publiskajā sektorā, nevis analizējot sarežģītas un kompleksas mijiedarbības starp simboliem, vērtībām (Peters, 2012, 16–18). Savukārt kolektīvās darbības ir dominējošā iezīme, kas raksturo politisko dzīvi. Attiecības starp politiskiem kolektīviem un to socioekonomisko vidi ir abpusējas, kur spēkā esošajai politikai piemīt spēja veidot un ierobežot sabiedrību, savukārt sabiedrība ietekmē politiku. V. Loundesa un M. Robertss norāda: “Institucionālisma teorija ir mūsdienīgs un piemērots politikas procesu un pārvaldības analīzes rīks, jo tas nepielīdzina institūcijas organizācijām un arī nenosaka, ka politika tiek determinēta tikai caur formālām struktūrām un ietvariem.” (Lowndes and Roberts, 2013, 3).

Institucionālisma izpratnē institūcijas ir daudznazīmju termins, kas tiek izmantots, lai atsauktos uz sociālu fenomenu tā dažādos līmeņos: neformālos ētikas kodeksos, rakstītās vienošanās, kā arī kompleksos veidojumos, kas sastāv no specifiskām procedūrām un praksēm. Turklāt tās ir noturīgas, laikam ejot, tās veido un atražo noteiktas vērtības un uzvedības paternus.

Kā norāda E. Immerguta, jaunais institucionālisms nepiedāvā vienu plaši pieņemto institūcijas definīciju, tāpat kā nepiedāvā vienotu izpētes metodoloģiju vai pētniecības pieeju, bet jaunais institucionālisms ir balstīts uz trim atšķirīgiem virzieniem: racionālās izvēles teorijas, organizāciju teorijas un vēsturiskā institucionālisma (Immergut, 1998). Institucionālisms akcentē politisko institūciju endogēno dabu un sociālo konstrukciju, un, lai arī jaunajam institucionālismam ir vairāki novirzieni, tomēr visi šie virzieni ir veltīti tam, lai izprastu un uzlabotu politisko sistēmu (March and Olsen, 2009).

Dažādie institucionālisma virzieni papildina un konkurē ar diviem citiem plašiem politikas interpretēšanas virzieniem: a) racionālā aktora izvēli, kas politisko dzīvi apskata kā apmaiņu starp dažādām aprēķinu vadītām interesēm atbilstoši politiskā indivīda ieinteresētībai un b) organizētas kopienas perspektīvām, kas politisko dzīvi apskata kā organizētas kopīgas vērtības un pasaules skatījumus, kuri piemīt noteikti organizētai kopienai, balstoties uz tās pieredzi un nākotnes vīziju. Vairums politisko sistēmu var tikt pētītas, apskatot, kā tās funkcionē caur šiem dažādajiem organizētības likumiem un noteikumiem.

Jaunajā institucionālismā dominē trīs pamatvirzieni – vēsturiskais, socioloģiskais un racionālās izvēles institucionālisms. Tomēr citi autori izdala vairākus jaunā institucionālisma paveidus, piemēram, pēc G. Petersa, eksistē vismaz sešas jaunā institucionālisma pieejas (Peters, 2005, 18–19). Savukārt V. Loundesa un M. Robertss uzskaita jau deviņas dažādas jaunā

institucionālisma pieejas – normatīvais, racionālās izvēles, vēsturiskais, empīriskais, starptautiskais, socioloģiskais, tīkla, konstruktīvisma (vai diskursīvais) un feminisma (Lowndes and Roberts, 2013, 31) –, tomēr pamatā tiek izdalīti tikai trīs minētie galvenie virzieni.

Lai arī pastāv vairāki jaunā institucionālisma veidi, tiem visiem, kā norāda G. Peterss, ir vairākas kopīgas iezīmes: 1) institūcija – kaut kāda veida strukturēta sabiedrības vai politikas iezīme, kas var būt formāla (likumdevējs, publiskās pārvaldes aģentūra, likumdošanas procesa ietvars) vai neformāla (mijiedarbojošos organizāciju tīkls vai kopīgas dalītas vērtības un normas), un institūcija ir tā, kas stāv pāri indivīdiem, tos iekļauj noteiktās grupās un ietekmē ar sava veida modelētu mijiedarbību, kas ir paredzama, jo balstīta noteikta veida attiecībās, kuras pastāv starp aktoriem; 2) noteikta veida stabilitāte laikā – noteikta veida aktivitātes, kurām ir regulārs un atkārtotais raksturs, rada institūcijas iezīmes; 3) institūcijām ir jāspēj ietekmēt indivīda uzvedību vai nu caur formālām, vai neformālām normām; 4) institūcijām ir jābūt balstītām uz kopīgi pieņemtām vērtībām un to nozīmes izpratni starp institūcijas biedriem (Peters, 2005, 18–19).

Vēsturiskais institucionālisms vairāk analizē institūcijas, to vēsturisko veidošanos un nosaka, kā institūcijas ietekmē gan indivīdus, gan politiskos procesus. Racionālās izvēles vairāk analizē indivīda darbības savu labumu vairošanā un citu indivīdu ierobežošanā kopīgu interešu un vērtību labā. Socioloģiskais vairāk akcentē indivīdu lomu un mijiedarbības, kas ir balstītas uz kopīgām vērtībām, izpratnēm, kognitīviem mehānismiem.

Kā viena no biežāk izmantotajām jaunā institucionālisma pieejām veselības politikas izpētē ir vēsturiskais institucionālisms. Pīters Bogasons norāda, ka “analizēt visaptverošas reālās pasaules problēmas, izsekot procesus laikā un analizēt institūciju konfigurācijas un kontekstus” (Bogason, 2013, 24) ir tās iezīmes, kas raksturīgas vēsturiskajam institucionālismam kā vienai no vadošajām pieejām mūsdienīgā politikas pētniecībā. Kā norāda Svens Steinmo (*Sven Steinmo*), jaunais institucionālisms ir mezolīmeņa teorija, kuras viens no plašāk izplatītajiem virzieniem vēsturiskais institucionālisms pēta reālus pasaules politikas iznākumus un meklē atbildes uz jautājumiem, kādēļ dažādās pasaules vietās vienai un tai pašai reformai vai notikumam ir dažādi iznākumi (Steinmo, 2013, 128). Vēsturiskā institucionālisma pieeja paredz iespēju kombinēt teorētiskus konceptus ar dažādiem datu avotiem un paplašināt metodoloģisko pieeju pētāmiem jautājumiem.

Vēsturiskā institucionālisma rašanās ir saistīta ar grupu teoriju, un šī pieeja akceptē, ka sabiedrībā notiek cīņa starp vairākām konkurējošām grupām, kuras cīnās par ierobežotiem resursiem, kas arī ir politikas pamatā. Vēsturiskais institucionālisms balstās uz tradicionālo politikas zinātnes skatījumu par formālo politisko institūciju lomu un ietekmi, bet tas skatās plašāk gan uz to, ko nozīmē institūcija, gan uz to, kāda ir to nozīme un ietekme.

Vēsturiskā institucionālisma pētnieki meklē skaidrojumus, ar ko pamatot atšķirības starp dažādu nacionālo politiku iznākumiem un nevienlīdzībām, kas norāda uz šiem iznākumiem (Hall and Taylor, 1996, 6). Šie skaidrojumi tiek rasti veidā, kā institucionālas politiskas un ekonomiskas struktūru organizācijas konfliktē un panāk, ka kādas intereses tiek privileģētas, salīdzinot ar citām. Lielākoties vēsturiskā institucionālisma darbi ir veltīti citu valstu pieredzes salīdzināšanai, analizējot sabiedrisko kārtību un parasti uzsverot nacionālo politiku veidojošo institūciju struktūras un attiecības starp tām – likumdevējus, organizētas intereses (NVO), vēlētajus un tiesu varu.

Līdzīgi vēsturiskā institucionālisma pieeju raksturo arī E. Immerguta, norādot, ka pieeja tiek izmantota, lai analizētu, kādēļ aktori sniedz priekšroku vienām interesēm, nevis izvēlas citas vienlīdzīgas alternatīvas (Immergut, 1998). Aktoru intereses tiek skatītas kā politiskie rezultāti, kas ir analīzes objekts, nevis kā politisko darbību un vērtību iniciējošais sākuma punkts. Līdz ar to tiek pētītas neatbilstības starp potenciālām interesēm un tām, kuras izpaužas politiskajā uzvedībā. Politiskās stabilitātes un politisko pārmaiņu vai izmaiņu skaidrošana ir centrālais jautājums institūciju analīzē un kā institūcijas var skaidrot abus – gan politikas stabilitāti, gan pārmaiņas. “Tā vietā, lai analizētu korelācijas starp politikas ievaddatiem, tādiem kā pieprasījums no dažādām sociālām grupām vai pagātnes politika, un politikas iznākumiem, tādiem kā specifiski normatīvie akti, institucionālās analīzes spēks ir tajā, kā izskaidrot, kādēļ politikas ievaddati un politikas iznākumi var būt saistīti kopā dažādos veidos un dažādās politiskās sistēmās.” (Immergut, 2002, 57).

Otrs populārākais jaunā institucionālisma virziens – racionālās izvēles institucionālisms – saskaņā ar Peteru Holu (*Peter A. Hall*) un Rozmariju Teiloni (*Rosemary C. R. Taylor*) no citiem veidiem pamatā atšķiras ar četrām iezīmēm. Pirmkārt, balstās uz noteiktu indivīdam raksturīgu uzvedību raksturiezīmju kopu, pieņemot, ka indivīdam ir noteikts vēlamo priekšrocību vai izvēļu kopums un indivīds darbojas pilnīgi instrumentāli ar mērķi maksimāli vairot šīs vēlamās priekšrocības un viņa rīcība ir balstīta aprēķinos. Otrkārt, atšķirībā no citām pieejām, kurās politika tiek skatīta kā “cīņa par ietekmi” vai “sociālās mācīšanas process”, racionālās izvēles institucionālisms politiku raksturo kā vairākas secīgas kolektīvo darbību dilemmas: kā katram indivīdam, darbojoties ar mērķi vairot sev vēlamās priekšrocības, nodrošināt arī citu indivīdu iespējas vairot to priekšrocības un nepasliktināt citu indivīdu stāvokli. Treškārt, ņemot vērā to, ka katrs indivīds darbojas ar mērķi vairot savas priekšrocības, bet vienlaikus vēlas darboties tā, kā sagaida no viņa pārējie indivīdi, un viņa uzvedība var tikt ietekmēta no citu indivīdu puses, tad institūciju loma ir noteikt šīs sadarbības un mijiedarbības noteikumus un iespējas, kā arī radīt tādas mehānismus, lai mazinātu neziņu un neskaidrību. Ceturtkārt, veids, kādēļ institūcijas tiek radītas saskaņā ar racionālās izvēles

institucionālismu, – institūcijas rada to biedri, lai caur tām realizētu un vairotu savas priekšrocības, apzinoties, ka apvienojoties tie var maksimizēt savu ietekmi un kopējo gūto labumu (Hall and Taylor, 1996, 11–13). Racionālās izvēles teorijas piekritēji uzskata, ka “institūcijas ir nozīmīgas tāpēc, ka tās ierāmē indivīda stratēģisko uzvedību, uzskatot, ka cilvēki seko noteikumiem tādēļ, ka cilvēki ir stratēģiski aktori” (Steinmo, 2013, 22), kuri darbojas, lai maksimizētu personīgos vai individuālos labumus. Savukārt sadarbojas tāpēc, ka, darbojoties kopā, var iegūt vairāk, nekā individuāli.

Trešais virziens – socioloģiskais institucionālisms – ir vairāk attīstījies socioloģijas jomā nekā politikas jomā, attīstoties no organizāciju teorijas. Šis virziens lielāku uzmanību pievērš atšķirīgām praksēm, kas tiek realizētas institūcijās un ir balstītas ieražās un kultūrā. Piemēram, skaidrojot, kāpēc noteikta veida prakses kādā valstī vai organizācijā netika ieviestas, argumentācija ir saistīta ar noteikta veida uzvedību, norādot, ka prakses un procedūras ir tieši saistītas ar attiecīgās vides kultūru, mītiem un ceremonijām, kas radušās dažādās sabiedrībās un ir asimilējušās organizācijās, lai gan nav tiešā veidā saistītas ar to, lai sasniegtu organizācijas izvirzītos mērķus vai rezultātus, bet sakņojas noteiktā kultūrā. Saskaņā ar šo pieeju, analizējot pat birokrātiskas izmaiņas, tās ir jāskata caur kulturālo prizmu. Socioloģiskā institucionālisma pārstāvji indivīdus skata kā sociālas būtnes, līdz ar to tās nav tik egoistiskas un racionālas būtnes, kā racionālās izvēles teorijas skatījumā, bet gan ir “apmierinātāji”, kuri darbojas ieradumu un paražu varā. Kā norāda S. Steinmo, indivīds izvēles izdara, uzdodot nevis jautājumu “ko es iegūšu?” – bet gan “kas būtu piemērotākā izvēle?” (Steinmo, 2013, 132). Izdarot izvēles, šajā pieejā tiek uzskatīts, ka indivīds izvēlas piemērotāko darbības loģiku, kas būtu atzīta kā piemērotākā no sabiedrības. Šajā gadījumā institūcijas veido ietvaru tam, kā cilvēki uztver pasauli, un tas nav tikai noteikumu kopums, kas tiek ievērots darbojoties. Institūcijas šajā gadījumā ir sociālās normas, kas vada un veido ikdienas dzīvi un sociālu mijiedarbību.

Socioloģiskajam institucionālismam ir trīs specifiskas iezīmes. Pirmkārt, socioloģiskais institucionālisms institūcijas skata daudz plašāk un iekļauj ne tikai formālus likumus, procedūras vai normas, bet arī, kā norāda P. Hols un M. Teilore, “simbolu sistēmas, kognitīvos scenārijus un morāles veidnes, kas rada noteikta veida nozīmju ietvarus, vada un ietekmē cilvēku darbības” (Hall and Taylor, 1996, 15). Līdz ar to šāda pieeja nojauc konceptuālo robežu starp institūcijām un kultūru un tās sāk ēnot viena otru. Otrkārt, atšķirīgi definē attiecības starp indivīdiem un institūcijām, pieņemot, ka indivīdi, kas apvienojas noteiktā kolektīvā, organizācijā pieņem noteiktas vērtības, kas saistītas ar šīm lomām, un caur lomām ietekmē indivīda uzvedību. Un treškārt, socioloģiskais institucionālisms uzskata, ka organizācijas bieži vien ievieš jaunas prakses nevis tāpēc, ka tas palīdzēs sasniegt izvirzītos galamērķus vai uzlabos

organizācijas efektivitāti, bet tādēļ, ka tas uzlabos organizācijas sociālo legimitāti pašai organizācijai vai tās dalībniekiem. Respektīvi, izmaiņas tiek veiktas un prakses ieviestas tādēļ, ka to sagaida noteikta sabiedrības daļa, balstoties uz kulturālām vērtībām un vidi. Dažos gadījumos pat “šīs pārmaiņas var būt disfunkcionālas un pretrunā ar organizācijas izvirzītajiem sasniedzamiem mērķiem” (Hall and Taylor, 1996, 17).

Salīdzinot šīs trīs biežāk izmantotās jaunā institucionālisma pieejas, vēsturiskais institucionālisms atrodas pa vidu un tajā nevis tiek meklēta atbilde uz jautājumu, ko indivīds ieguva vai kāda bija pareizākā izvēle, bet tiek analizēti iemesli, kādēļ nonāca pie noteikta veida rezultātiem, turklāt ņemot vērā, ka jebkurš politisks iznākums ir saistīts gan ar noteikta veida noteikumu ievērošanu, gan noteiktu interešu vairošanu. Vēsturiskais institucionālisms, kā to raksturo V. Loundesa un M. Robertss, ir atšķirīgs ar to, ka tas politiku pēta lielā ģeogrāfiskā skatījumā, kas nozīmē, “ņemot vērā visu valsts institucionālo aparātu un nacionāla līmeņa veidojošos blokus, tādus kā darbinieku tiesības un labklājības nodrošināšana”, un, otrkārt, “nodarbojas ar ilgstoša perioda institūciju attīstības izpēti un ar to saistītajiem laika temporāliem efektiem” (Loundes and Roberts, 2013, 37). Šāds mērogs kontrastē ar socioloģisko institucionālismu, kurš vairāk analizē organizacionālā līmenī, un racionālas izvēles pieeju, kas tās teorētisko pieeju balsta uz individuālu aktoru izpēti. Papildus tam vēsturiskais institucionālisms, skaidrojot noteiktas uzvedības, attieksmes un izvēlētās stratēģijas, ņem vērā gan konkrētos sociālos, politiskos un ekonomiskos faktoros, gan attiecīgos kultūras kontekstus. Atšķirībā no empīriskām pieejām, kad notikumi tiek analizēti neatkarīgi no norises laika un vietas, vēsturiskais institucionālisms skaidri un nepārprotami, apzināti visus mainīgos apskata, ņemot vērā atbilstošu kontekstu.

Kā norāda P. Hols un M. Teilore, “vēsturiskais institucionālisms ir eklektisks un, analizējot indivīdu un organizāciju mijiedarbību, tiek ņemti vērā abu veidu apsvērumi – gan racionālie, gan ar kultūru saistītie” (Hall and Taylor, 1996, 8). Piemēram, gan tie, kas saistīti ar indivīda iespējām gūt labumu no dalības organizācijā, gan tie, kas saistīti ar indivīda uzvedības ierobežošanu atbilstoši institūcijās pieņemtajām normām. Tomēr, salīdzinot ar diviem pārējiem virzieniem, vēsturiskais institucionālisms neanalizē detalizēti nevienu no šiem aspektiem – indivīdu darbību un mijiedarbību ar organizāciju.

P. Bogasons norāda, ka vēsturiskais institucionālisms atšķiras no pārējiem diviem arī ar to, ka “tas vairāk ir aprakstošs, bet nevar teikt, ka tas ir brīvs no vērtībām” (Bogason, 2013, 24), līdz ar to ir piemērots pagātnes notikumu analīzei, bet mazāk noderīgs, lai runātu par šodienas vai nākotnes pārmaiņām. Otrkārt, tas savos pamatuzstādījumos ietver daudz līdžību ar organizacionālo institucionālismu, un, lai arī tas nav tieši tāpat definēts, tomēr arī tajā “ir nozīmīga un spēcīga loma pagātnes ietekmei, rutīnām un stabilitātei un salīdzinoši maza loma

konkrētajiem aktoriem” (Bogason, 2013, 24), līdz ar to pieeja pamatā balstās uz normatīvo saišu izpēti.

Vēsturiskajam institucionālismam pietrūkst universāla lietojama rīka vai universāli lietojama koncepta iespējas, kas ir saistīts ar izmantojamo pieeju. Vēsturiskā institucionālisma pieejā “tā vietā, lai izvirzītu hipotēzes vēl pirms analīzes uzsākšanas, kas ir balstītas uz vispārīgiem pieņēmumiem, hipotēzes tiek izvirzītas induktīvi analīzes gaitā, interpretējot empīrisko materiālu” (Thelen and Steinmo, 1992, 12). Šāda induktīva pieeja atšķir vēsturisko institucionālismu no citām pieejām politikas izpētei, jo pēc būtības noraida ideju, ka politiskā uzvedība var tikt analizēta ar tām pašām metodēm, kādas var būt izmantojamas ekonomikā. Kā norāda S. Steinmo, vēsturiskais institucionālisms kaut kādā ziņā ir “līdzīgs vides bioloģijai, kas paredz, ka, lai izprastu noteiktas sugas vai atsevišķa īpatņa likteni vai uzvedību, ir ļoti precīzi jāizpēta organisms vai uzvedība attiecīgajā ekoloģijā jeb kontekstā, kurā tas uzturas” (Steinmo, 2013, 136). Tā kā šī pētījuma mērķis ir analizēt veselības jomas pārmaiņas un politikas procesa veidošanu Latvijā 30 gadu periodā, tad, ņemot vērā dažādo pieeju salīdzinājumu, šādam pētījumam piemērotākā ir vēsturiskā institucionālisma pieeja, un nākamajā nodaļā tiks sniegts plašāks vēsturiskā institucionālisma pieejas raksturojums.

1.2. Vēsturiskais institucionālisms – sociāli nozīmīgu pārmaiņu izpētes pieeja

Vēsturiskais institucionālisms ir viens no jaunā institucionālisma virzieniem, līdz ar to tam piemīt jaunā institucionālisma raksturīgās iezīmes, kas ietver noteiktu kopumu ar teorētiskām idejām un hipotēzēm, kas saistītas ar attiecībām starp institūcijām, to veikspēju un pārmaiņām, ietekmi uz indivīdiem un procesiem. Vēsturiskais institucionālisms ir jaunā institucionālisma pieeja, kurai piemīt spēja skaidrot notikumus, veidojot naratīvu, kas balstīts uz vēsturisko notikumu gaitu, un atspoguļojot vēsturisko notikumu ietekmi uz šodienas procesiem. Kā norāda G. Peterss, “pieeja nodrošina funkcionālistu skatījumu, sniedzot skaidrojumu, kāpēc notikumi attīstījās noteiktā veidā, balstoties uz vēsturiskiem un institucionāliem faktoriem un ietekmēm” (Peters, 2005, 88).

Vēsturiskajam institucionālismam ir “makroskopiskas noslieces”, tādēļ tas pēta mijiedarbības kontekstus un visaptverošus kontekstus, nevis darbojas mikroskopiskā līmenī, pētot atsevišķus indivīdus, kā tas ir ierasts racionālās izvēles pieejā. Kā raksturo Deivids Jūdžs (*David Judge*), vēsturiskā institucionālisma pamatā ir vēsturiski pamatota analīze un trīs pamata fokusi: pirmkārt – skaidrot nozīmīgus un neskaidrus notikumus vai vienošanās, otrkārt – rūpes par visaptverošiem sociāliem kontekstiem, treškārt – vēsturisku procesu izsekošana (Judge, 2013, 142).

P. Hols un M. Teilore raksturo vēsturisko institucionālismu kā tradicionālu zinātnes skatījumu uz formālo politisko institūciju lomu un ietekmi, akcentējot strukturālismu kā netiešu institūciju radītās politikas veidojošu faktoru, bet neskata to no funkcionālistu perspektīvas, kas paredz skatīt politisku rezultātu kā atbildi uz sistēmas vajadzībām (Hall and Taylor, 1996, 6). Tajā pašā laikā vēsturiskais institucionālisms atbalsta arī funkcionālistu skatījumu un pieeju, atzīstot, ka struktūras savstarpēji mijiedarbojas un ietekmējas, bet nepiekrīt strukturālo funkcionālistu skatījumam, ka sociālās, psiholoģiskās un kulturālās iezīmes ir faktori, kas tieši ietekmē to, kā sistēma darbojas.

Vēsturiskais institucionālisms konceptualizē institūciju ietekmi uz politiskiem procesiem, tos skaidrojot ar pagātnes atkarību, izpēti sākot ar empīrisku jautājumu izvirzīšanu, kas saistīts ar atšķirīgiem rezultātiem dažādos laikos vai telpās. Skatoties no laika vai pārrobežu perspektīvas, pētniecības mērķis ir “skaidrot, kādēļ līdzīgi notikumi, procesi vai socioekonomiskas situācijas noved pie atšķirīgiem iznākumiem dažādās valstīs vai reģionos” (Lecours, 2011, 14).

Kā norāda G. Peterss, vēsturiskais institucionālisms pēta, kā politiskās un strukturālās pārmaiņas, kuras notiek institūcijas formēšanas laikā, norit un turpina ietekmēt institūciju un tās biedrus visā tās pastāvēšanas laikā (Peters, 2013, 3–4). Pagātnes ietekmes koncepts ir centrālais skaidrojošais princips vēsturiskajā institucionālismā, lai gan pētnieki ir arī ieinteresēti un analizē ideju lomu un vietu, un to ietekmi, veidojot un vadot noteiktus politiskos procesus. Šī pieeja ir labi piemērota, lai skaidrotu noteiktas politikas noturību, bet ir mazāk cerīga kā veids, lai skaidrotu politiskas pārmaiņas politikā vai struktūrās. Savukārt “punktētā līdzsvara” koncepts var raksturot izmaiņas pēc tam, kad tās ir notikušas, pēc noteikta fakta – kad sākotnējais līdzsvars tiek mainīts ārēju notikumu vai ideoloģisku pārmaiņu ietekmē, bet ar tā palīdzību nav iespējams prognozēt nākotnes pārmaiņas.

Salīdzinot ar citām institucionālisma pieejām, vēsturiskajam institucionālismam saskaņā ar P. Holu un M. Teiloni ir raksturīgas četras iezīmes: 1) tas ir tendēts konceptualizēt attiecības starp institūcijām un indivīda uzvedību relatīvi plašā mērogā; 2) tas akcentē spēka asimetriju, kas saistīta ar institūciju attīstīšanu un to darbību; 3) tas atzīst pagātnes ietekmi uz šodienas lēmumiem un neparedzamus iznākumus; 4) tas integrē un papildina analīzi, ietverot papildu faktorus kā idejas, kas var radīt atšķirīgus politiskos iznākumus (Hall and Taylor, 1996, 7). Pols Pīrsons (*Paul Pierson*) un Teda Skocpola (*Theda Skocpol*) norāda, ka vēsturiskais institucionālisms analizē organizāciju un institūciju konfigurācijas, kamēr citas pieejas pamatā uz notikumiem skatās izolēti (Pierson and Skocpol, 2002, 693). Tāpat autori atzīst, ka vēsturiskais institucionālisms pievērš nozīmīgu vērtību noteiktiem pārmaiņu punktiem un struktūrām, ilgtermiņa procesiem, salīdzinot ar citām pieejām, kas notikumus un procesus skata

salīdzinoši īstermiņā. Tādējādi, veicot izpēti, vēsturiskais institucionālisms atklāj un skaidro pāri laikam esošus kontekstus un mijiedarbībā esošus procesus, kas veido un pārveido valstis, politikas un vispārējo likumdošanu. K. Telēna un S. Steinmo savukārt apgalvo, ka vēsturiskais institucionālisms tā plašākajā skatījumā raksturo un skaidro, kā politiskās cīņas tiek vadītas un mediētas caur institucionālo struktūru, kurā tās tiek īstenotas (Thelen and Steinmo, 1992, 2).

Raksturojot vēsturisko institucionālismu, apkopojot dažādu autoru skatījumu uz šo pieeju, var izdalīt nozīmīgus aspektus: 1) institūcijas – formalizētas un neformālas institūcijas, kuras stimulē, ietekmē un ierobežo aktoru darbības un pārmaiņu iespējamība tajās; 2) aktoru mijiedarbību politikas procesā – veidi un ietekmes, kā institūcijas sadala varu un ietekmi starp dažādiem aktoriem, kā arī starp politikas veidotājiem dominējošās vērtības, kas gan ietekmē institūciju rašanos un pastāvēšanu, gan iespaido ietekmes iespējas aktoriem mijiedarboties noteiktos politiskos procesos; 3) pagātnes atkarību – būtisks aspekts, kas kavē pārmaiņu ieviešanu un paredz notikumus skatīt pagātnē notikušo pārmaiņu iespaidā un, izmantojot procesu izsekošanas metodi, nodrošina pagātnes atkarības ietekmes ievērošanu.

1.2.1. Institūcijas definējums un pārmaiņu iespējamības raksturojums

Vēsturiskajam institucionālismam vairāk raksturīgas formalizētas institūcijas un formalizētas prakses salīdzinājumā ar socioloģisko institucionālismu, kurš vairāk konceptualizē kognitīvos ietvarus un tos nodala no formālām struktūrām. Šādai materiālistiskajai pieejai ir savas priekšrocības, jo tā “nodrošina analītisko precizitāti, jo paredz ontoloģisku skatījumu, kurā institūcijas un sabiedrība ir skaidri nodalītas” (Lecours, 2011, 7). Tas gan nenozīmē, ka struktūras un citas materializētas institūcijas neveido sabiedrība, bet gan, ka to eksistence nav tik ļoti atkarīga no sabiedrības veidotiem mehānismiem un institucionālo ideju vai kultūras reprodukcijas. Normatīvā definīcija ataino, ka “valsts un sabiedrība ir patiesi tuvas, patiesībā pat nedalāmas, un, skatoties no ontoloģiskās pozīcijas, kas ir centrālā analītiskā pozīcija jaunajā institucionālismā, kļūst izplūdusi” (Lecours, 2011, 7).

Kā norāda K. Telēna un S. Steinmo, vēsturiskais institucionālisms ietver dažādas institūcijas: formālos noteikumus, atbilstības procedūras, praksi noteicošus standartus, kas strukturē un regulē attiecības starp indivīdiem dažādās politiskās un ekonomiskās vienībās (Thelen and Steinmo, 1992, 2). Vēsturiskais institucionālisms apskata visu mērogu valsts un sociālās institūcijas, kas veido un ietekmē to, kā politiskie aktori definē savas intereses un kā strukturē attiecības un spēku samērus starp dažādām grupām caur institūcijām. Savukārt G. Peterss norāda, ka institūciju termins ir ļoti plašs un ietver gan formālas pārvaldes struktūras jeb likumdošanu, kas radīta caur leģitīmām institūcijām vai caur daudz amorfākām sociālām institūcijām, sociālām klasēm, gan akceptē un pieņem visas atšķirīgās struktūras un

komponentes, kas veido institucionālo aparātu, kurš tiek izmantots, lai skaidrotu politiskos fenomenus (Peters, 2012, 74). Savukārt institūcijas ir kā starpposms starp vispārinātu valsti kā entitīju un individuālu uzvedību, kas kalpo kā fokuss biheiviorisma virzienā.

Politiskie aktori pašorganizējas un darbojas saskaņā ar noteikumiem un praksēm, kuras ir sociāli konstruētas, publiski zināmas, paredzamas un vispārpieņemtas (March and Olsen, 2009). Balstoties šajos noteikumos un praksēs, politiskās institūcijas nosaka savas pamattiesības un pienākumus, veido un regulē priekšrocības, ierobežojumi un pārmaiņas tiek veiktas sabiedrībā un nosaka pilnvaras noteiktu jautājumu virzīšanai un konfliktu risināšanai. Institūcijas padara dzīvi vieglāku, nodrošinot to, ka daudzas lietas ir pašsaprotamas, jo laika gaitā noteiktas prakses ir nostiprinājušās un adaptējušās, tostarp jautājumi, kam ir nozīme sabiedrībā, kas ir normāli, jēgpilni un atbildīgi pilsonim, ievēlētai amatpersonai, ierēdņiem vai tiesnesim un kāda rīcība ir sagaidāma noteiktās situācijās.

Līdz ar to papildus šiem formālajiem nosacījumiem jāņem vērā arī tādi faktori kā noteikumi, kas regulē ievēlēto pārstāvju sacensību, partiju sistēmas struktūru, attiecības starp dažādām varām – likumdevēja, izpildvaras, tiesu varas – un pārvaldības iestādēm, kā arī struktūra un organizētība starp dažādām interešu grupām un ekonomiskiem aktoriem, kā, piemēram, arodbiedrības. Raksturojot vēsturiskā institucionālisma izmantošanu, G. Peterss norāda, ka institūcijas ir formalizētas un pētnieku būtiskais uzdevums ir identificēt eksistējošās institucionālās vienošanās – gan skatot to caur politiku, gan strukturālos terminos (Peters, 2013, 13). Analizējot institūciju izmaiņas, vēsturiskais institucionālisms analizē to, cik tāla ir pārmaiņu radītā nobīde no *status quo* stāvokļa un vai tā ir pietiekama, lai institūciju nostādītu jaunā punktētā līdzsvara stāvoklī un radītu pārmaiņas kursā no viena uzņemta mērķa uz citu uzņemto mērķi.

Vēsturiskā institucionālisma pieejā nosakot, kas ir laba institūcija, galvenokārt tiek vērtēta institūcijas ilgtspēja un tās politika, nevis analizēta un vērtēta šīs politikas daba un vērtība. Kā norāda G. Peterss, “nevis cik kvalitatīvs un atbilstošs ir izstrādātais likumprojekts, bet cik tas ir labi izstrādāts un ilgtspējīgs” (Peters, 2012, 85). Līdz ar to viens no galvenajiem kritērijiem, analizējot institūciju, ir tās spēja pielāgoties, kas skaidrojams ar to, ka bieži vien sākotnējās izvēles noved pie disfunkcionāliem rezultātiem, tādēļ veiksmīgai institūcijai ir jābūt spējīgai mainīties un pielāgoties. Un arī gadījumos, kad sākotnējie lēmumi ir bijuši pareizi, mainoties apstākļiem, var rasties jauni izaicinājumi un jāspēj veikt attiecīgas korekcijas un pielāgojumus.

Veicot institūciju izpēti, viens no izpētes jautājumiem ir, kādēļ politiskie aktori vēlas pārmaiņas, neskatoties uz labumiem, ko sniedz stabilitāte, kas ir tieši saistīta ar pagātnes atkarību. Viens no argumentiem ir tāds, ka aktori meklēs pārmaiņas gadījumā, ja eksistējošās

institūcijas ir sevi diskreditējušas vai zaudējušas legimitāti. Kā norāda Andrē Lekors (*Andre Lecours*), skatoties no normatīvās pozīcijas, tradicionālā liberālā demokrātijā tas ir stāvoklis, kad būtisks iedzīvotāju vairākums pieprasa pārmaiņas, kuras atbalsta politiskās institūcijas un valsts pārvalde (Lecours, 2011, 52–63). Tādas situācijas var rasties, kad noteiktas interešu grupas pārsniedz spēles noteikumus un “spēlē uz robežām”, tā pārējos radot neskaidrību un nenoteiktību, vai gadījumos, kad institūcija vairs nespēj vienlīdzīgi sadalīt resursus un noteiktas grupas saceļas, veidojot protestus. Tāpat šāda situācija var rasties, ja ietekmīgi politiskie aktori vēlas ieviest tādas pārmaiņas, kuras ir nesavietojamas ar esošajām institūcijām.

Kā norāda K. Telēna un S. Steinmo, institucionālās pārmaiņas var izraisīt četri dažādi avoti: 1) noteikta veida politiski notikumi, kā rezultātā institūcijai tiek piešķirta būtiska loma vai iepriekš nenozīmīga institūcija nonāk “spilgtā gaismā”; 2) izmaiņas sociālekonomiskajā kontekstā vai izmaiņas politiskās varas balansā, kā rezultātā institūcijas nonāk citu pārvaldītāju rīcībā, kad ienāk jauni aktori ar jauniem un atšķirīgiem mērķiem un uzstādījumiem; 3) eksogēnas pārmaiņas var radīt izmaiņas mērķos vai stratēģijās, kas ir apstiprinātas noteiktā eksistējošā institūcijā – piemēram, pārmaiņas sasniedzamos rezultātos, kas saistītas ar to, ka vecie aktori sāk adaptēt un piemērot institūcijai jaunus mērķus vai, mainoties ekonomiskajai kārtībai un politiskajiem uzstādījumiem, esošie aktori ir spiesti meklēt veidus, kā pielāgoties jaunajai kārtībai; 4) kad tiek pārveidota institūcija, un šīs pārmaiņas ir saistītas ar drastiskām pārmaiņām – institūciju likvidēšanu vai pilnīgu pārveidošanu (Thelen and Steinmo, 1992, 15–17).

Tiek izdalīti pieci iespējamo institucionālo pārmaiņu veidi: aizvietošana, slāņošana, dreifēšana, pārveidošana un izsīkšana (Cerna, 2013). Aizvietošana rodas gadījumā, ja institucionālā konfigurācija kļūst ievainojama un nepieciešamību pēc pārmaiņām rada tas, ka ierastā kārtība ir diskreditēta vai tās nozīme tiek mazināta citas institūcijas ietekmē vai noteiktu attiecību un uzvedības pārmaiņu dēļ, piemēram, rodoties alternatīvām institūcijām. Slāņošana ietver aktīvu grozījumu, papildinājumu atbalstīšanu un virzīšanu vai noteiktas eksistējošas institucionālās kārtības pārskatīšanu. Dreifēšana – institūcijas kļūst par erozijas vai atrofēšanās objektiem gadījumos, kad tās nav spējīgas laikus piemēroties jauniem politiskiem izaicinājumiem vai ekonomiskiem apstākļiem. Pārveidošana ir saistīta ar institūcijas nozīmīgu pārveidošanos, kas saistīta ar mainītiem vai jauniem mērķiem, funkcijām vai uzdevumiem. To var inicializēt gan ārējās vides pārmaiņas vai izmaiņas spēku samēros un spēka attiecībās, vai tie var būt politiski uzstādījumi vai eksistējošas pretrunas saistībā ar institūcijas funkcijām un mērķiem, kādiem tā kalpo. Pēdējā – izsīkšana – ir process, kas ved pie institūcijas pakāpeniskas iznīkšanas, kas beidzas ar tās pilnīgu likvidāciju, kas var būt saistīta gan ar ārējās vides pārmaiņām, gan iekšējo resursu izsīkšanu.

Analizējot pārmaiņu ieviešanu, viens no būtiskiem vēsturiskā institucionālisma faktoriem, kas jāņem vērā, ir organizācijas tieksme pašsaglabāties nākotnē. Kā norāda Dž. Mārčs un Dž. Olsens, lai arī laika gaitā institūcijas var mainīties, tomēr, tā kā institūcijas tiek iekšēji sargātas no savu biedru puses un vērtētas no ārpusē un tā kā to piemērotās rīcības vēsture tiek iekodēta noteikumos un rufinās, to iekšējās struktūras un rīcības noteikumus nevar mainīt patvaļīgi (March and Olsen, 2009). Pārmaiņas, kas tiek novērotas institūcijās, parasti vairāk atspoguļo lokālu adaptāciju, kas balstīta uz lokālu institūcijas pieredzi, līdz ar to ir relatīvi tuvredzīgas un saistītas ar mērķi “izķepuroties” no konkrētās situācijas, nevis ar mērķi optimizēties vai kļūt efektīvākām. Institūcijas mainās laika gaitā saskaņā ar stabila stāvokļa līdzsvara pieeju (*punctuated equilibrium*), kas nozīmē to, ka pārmaiņas institūcijā notiek tad, kad ārējo pārmaiņu ietekmē tiek novērots pastāvēšanas apdraudējums.

Situācijās, kad tiek apšaubīta institūcijas pastāvēšanas būtība – institūcijas misija, viedums, integritāte, organizētība, veiktspēja, morālais pamats, tiesiskums, taisnīgums, reputācija, resursi – un tiek apšaubīts institūcijas ieguldījums sabiedrības labuma vairošanā, tiek veiktas nepieciešamās izmaiņas, lai atgūtu stabilitāti un nonāktu nākamajā līdzsvara punktā. Tiek pārskatīts etoss, darbības kodekss, primārā lojalitāte un uzticība, tās sadarbība ar sabiedrību, veicot reorganizēšanu, restrukturizāciju, finansēšanas modeļa maiņu vai nosakot jaunus konstitucionālus uzstādījumus. Šo pārmaiņu rezultātā institūcijas atkal iegūst noteiktu līdzsvara un nemainības punktu – stagnāciju – līdz nākamām kritiskām pārmaiņām.

Kā, atsaucoties uz punktētā līdzsvara modeļa autoru Stefenu Karasneru (*Stephen Karasner*), norāda K. Telēna un S. Steinmo, “institūcijas tiek raksturotas ar ilgtermiņa periodu stabilitāti, kuru periodiski izsit no līdzsvara krīzes situācijas, kuru ietekmē notiek pēkšņas un krasas pārmaiņas institūcijā, pēc kurām institūcija atkal iegūst institucionāli stāzi jeb stabilitāti” (Thelen and Steinmo, 1992, 15). Institucionālās saistības, vienošanās palīdz skaidrot ilgtermiņa politikas iznākumus institūciju stabilitātes fāzē, jo, balstoties uz tām, tiek novērsti strukturāli politiski konflikti. Kā norāda S. Karasners, institucionālas krīzes parasti tiek radītas ārējās vides pārmaiņu ietekmē un tās var sagraut veco institucionālo kārtību, kas savukārt izsauc jaunus politiskos konfliktus saistībā ar to, kādai ir jābūt jaunajai institūcijai un vienošanās. Arī G. Peterss atzīst, ka pārmaiņas institūcijās var notikt, bet, ņemot vērā to inertumu, tikai tad, ja uz tām iedarbojas spēcīgi politiskie spēki, un parasti šāda ietekme rodas, apvienojoties vairākiem ārējiem spiediena faktoriem, kuri katrs pats par sevi nevar ietekmēt institūciju, bet, darbojoties kopīgi, spēj ietekmēt (Peters, 2005, 78).

1.2.2. Aktoru mijiedarbība un savstarpējā ietekme politiskajos procesos

Vēsturiskais institucionālisms balstās pieņēmumā, ka vēsturiski konstruēti institucionālie ierobežojumi un atgriezeniskās struktūras ir tās, kas ietekmē politisko aktoru un interešu grupu uzvedību politikas veidošanas procesos. Pieeja nosaka, ka jebkādas politiskās darbības un iznākumi neatkarīgi no tā, vai to veic politiķi vai sociālās grupas, tiek analizēti kā ietekmēti no institūciju radītajiem ierobežojumiem, kurus veido valsts pārvalde un politisko partiju sistēma. Kā apgalvo A. Lekors, šāda strukturāla pieeja politikā atzīst noteiktu autonomiju politiskajā arēnā, bet tajā pašā laikā tieši ņem vērā agrāk radītās politikas veidošanas kursu (Lecours, 2011, 29).

Institūcijas kā noteikumi un prakses nosaka kārtības un procedūras un attiecības starp likumdevēju un izpildvaru, dod iespējas veikt politiskas izvēles, tajā skaitā ierobežojot iespējas apsvērt un vērtēt katru iedomājamo teorētisko iespēju (Immergut, 1998). Vēl jo vairāk tādēļ, ka politiskie aktori apzinās likumu un noteikumu iespējamās sekas, tie mēģina pielāgot vai manipulēt ar balsojumiem tā, lai gūtu maksimāli iespējamo labumu savās interesēs. Balsošana, kas ir viena no biežāk pētītajām politiskajām uzvedībām, atspoguļo nevis patiesās balsotāja izvēles, bet gan nenosakāmu sajaukumu starp patiesu un atklātu balsojumu un stratēģiski veiktu izvēli. Un šādi veiktu balsojumu apkopojums, izsakot to kā vairākuma atbalstītu lēmumu, nav vienkārši patiesu izvēļu summa, bet gan rezultāts, kas radies specifisku lēmuma pieņemšanas apstākļu un stratēģiju rezultātā, kur nozīmīga ietekme ir arī vadošajiem spēlētājiem, dienaskārtības veidotājiem un ieguvējiem no šādu noteikumu pieņemšanas.

Skatot politisko pārmaiņu ieviešanas procesu, saskaņā ar institucionālisma teoriju no funkcionālistu skatījuma G. Peterss norāda, ka likumi tiek radīti tādi un tad, kad tie ir nepieciešami institūcijai un ir novērojama cieša īslaicīga atbilstība starp sabiedrības vajadzībām un likumiem tad, kad tie parādās (Peters, 2005, 63). Tāpat parādās netiešs pieņēmums, ka likumi tiek izvēlēti tā, lai tie būtu funkcionāli un padarītu lēmumu pieņemšanu efektīvāku, lai gan bieži vien tie ir tikai labie nodomi, bet patiesībā to ieguvumu neviens nav pārbaudījis. Bieži vien formāli likumi ir disfunkcionālas atbildes uz problēmām, kuras ir radītas, formalizējot organizācijas, un, jo vairāk institūcija tiks formalizēta caur likumiem, jo izteiktāki būs mēģinājumi izvairīties no šiem likumiem.

Kā norāda P. Hols un R. Teilore, vēsturiskais institucionālisms, lai arī pievērš ļoti lielu nozīmi politiskajā dzīvē tieši institūcijām, tomēr “ne mirkli neuzstāj uz to, ka institūcijas ir vienīgais spēks, kas ietekmē politiku. Tā vietā parasti institūcijas tiek sasaistītas noteiktā cēloņsakarību ķēdē, kuras akumulē noteikta veida citus faktoros, jo īpaši socioekonomisko attīstību un ideju difūziju” (Hall and Taylor, 1996, 10). Līdz ar to vēsturiskais institucionālisms pievērš pastiprinātu uzmanību institūciju un vērtību ideoloģiju mijiedarbībai un attiecībām.

Tā kā analīze tiek veikta mezo vai makro līmenī, tiek pētīts, kā vairākas institūcijas mijiedarbojas un ietekmējas, skatoties plašākā kontekstā – “analizējot gan to, kā vairākas institūcijas darbojas noteiktās sfērās un ietekmē starpsektoru procesus savstarpēji, gan veidojot neparedzētas iespējas aktoriem, kuri ir pārmaiņu radītāji vai ieviesēji” (Pierson, 2002, 706).

Viens no nozīmīgiem faktoriem, kas tiek ņemts vērā vēsturiskajā institucionālismā, ir dominējošo ideju loma, veidojot institūcijas. Kā norāda G. Peterss, piemēram, “analizējot veselības politiku, E. Immerguta ļoti skaidri atspoguļo ideju nozīmi un lomu, definējot un nosakot medicīnas praksi un izstrādājot un pieņemot sabiedrības veselības programmas” (Peters, 2012, 75). Šajās diskusijās tiek akcentētas formalizētas struktūras, kuras valsts pārvalde iesaista veselības aprūpē, un sarežģījumi, kas pastāv ar vairākiem “veto punktiem”. Kā viens no dominējošiem faktoriem šajā analīzē, kas ietekmē veselības politikas veidošanu, ir – ko medicīnas praktiķi dažādās valstīs uzskata par labo praksi. Kā apgalvo A. Lekors, “veto spēlētājs ir individuāls vai kolektīvs aktors, kura piekrišana un atzīšana ir nepieciešama noteiktu politisko pārmaiņu ieviešanā” (Lecours, 2011, 33). Piemēram, analizējot reformas veselības aprūpes jomā, visbiežāk šie veto spēlētāji ir ārsti.

Ideju nozīme tiek raksturota arī ekonomikas procesu analīzē, jo “vadošās idejas nosaka to, kādas pieejas tiks izvēlētas un atzītas kā piemērotākas loģikas izvēles, un idejas ierobežo iespējamās izvēles un piemērotākos risinājumus” (Peters, 2012, 76). Turklāt idejas bieži vien piedāvā gatavus risinājumus noteiktām problēmām. Tomēr idejas pašas par sevi nevar ietekmēt institūcijas, bet ir nepieciešami šo ideju iemiesotāji – ierēdņi, uzņēmēji vai citi ietekmīgi aktori, kas izstrādā noteikta veida politiku vai rada institūcijas. Līdzīgi ideju nozīmi raksturo Frenks Baumgartners (*Frank R. Baumgartner*) un Braiens Džonss (*Bryan D. Jones*), norādot, “ja kāda ideja gūst plašu atzinību, tā strauji izplatās un kļūst neapturama” (Baumgartner and Jones, 1991, 1051). Sabiedrībā nepārtraukti notiek konkurence starp dažādām idejām, bet, lai kādai no tām pievērstu nozīmīgu uzmanību, ir jānotiek nozīmīgam notikumam, kas izsistu sistēmu no līdzsvara, tas parasti ir ārējās ietekmes provocēts notikums. Kā norāda L. Serna, “pēc lūzuma punkta sasniegšanas kāda cita ideja un pārliecība kļūst dominējoša, notiek uzskatu un viedokļu pārmaiņas un mobilizācija uz jaunu līdzsvara punktu” (Cerna, 2013, 9).

Kā uzsver P. Bogasons, ievērojama iezīme vēsturiskā institucionālisma pieejā ir “analīzei par spēkiem un to asimetrisku sadalījumu un attiecībām starp institūcijām” (Bogason, 2013, 142). Līdzīgi domā arī P. Hols un R. Teilore, akcentējot, ka vēsturiskais institucionālisms vērš pastiprinātu uzmanību uz to, kā tiek īstenota lomu sadale un spēka pozīcijas un kā šīs asimetriskās pozīcijas, kas vērojamas starp dažādām sociālām grupām, ietekmē politikas

iznākumus (Hall and Taylor, 1996, 9). Analizējot šos aspektus, tiek vērtēts, piemēram, tas, kā atsevišķas grupas tiek nodrošinātas ar labāku piekļuvi informācijai un ir vairāk informētas, tā gūstot priekšrocības noteiktu lēmumu virzīšanā, kā arī vērtē – kuras grupas iegūst no izmaiņām un kuras zaudē.

Vēsturiskais institucionālisms tiek bieži lietots, lai analizētu, kā spēcīgas koalīcijas bloķē institucionālas reformas, no kurām varētu iegūt mazāk aizsargātās sabiedrības grupas. Šajā gadījumā, kā norāda V. Loundesa and M. Robertss, varas un institūciju attiecības tiek analizētas, balstoties uz elitisma perspektīvu, un valsts ir dominējošais un centrālais aktors, vara ir koncentrēta nacionālajās pārvaldes struktūrās, lielās biznesa korporācijās un militārajās struktūrās (Loundes and Roberts, 2013, 82). Pārmaiņu idejas pastāv trīs tieši nesaistītu struktūru līmeņos: a) politiski fragmentēta masu sabiedrība; b) interešu grupas, kuras savstarpēji cīnās par ietekmi kā vidus līmenis; c) noteiktas elites grupas, kuras ir pārākas par citiem. Elites aktoru darbības tiek ierobežotas ar klāsteriem un noteikumiem, praksēm un naratīviem, bet vienlaikus tie iedvesmo cīnīties savstarpēji par dominanci pār citiem. Savukārt politika ir par lēmumu pieņemšanu un dienaskārtības veidošanu, kurā neformālas prakses ir tikpat nozīmīgas kā formālie noteikumi noteiktos procesos. Vara un ietekme var būt neredzama vai redzama tikai dienaskārtības veidotājiem. Elites aktori var nebūt saistīti ar kopīgiem mērķiem vai vienotu izpratni, bet tie var sacensties un konkurēt savā starpā. Institūcijas ir tās, caur kurām aktori iegūst, akumulē un konsolidē spēkus un ietekmi.

Pētot dažādu valstu veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas modeļus un analizējot vairāku Eiropas valstu politisko vēsturi, S. Steinmo secināja, ka katrā no valstīm ir atšķirīga politisko institūciju sistēma, veidojot atšķirīgus veto ietekmes punktus dažādām interešu grupām (Steinmo, 2013, 160). Novērotais liecināja, ka institūcijas ne tikai rada noteikta veida šķēršļus politikas pārmaiņām, bet arī nosaka ierobežotas izvēlas iespējas katrā no režīmiem. Šie atšķirīgie iznākumi nebija radušies tādēļ, ka būtu atšķirīgi mērķi vai uzdevumi noteiktām partijām un interešu grupām, bet tādēļ, ka interešu grupas un partijas īstenoja savas darbības stratēģijas dažādās valstīs, kur bija atšķirīgas politiskās un institucionālās konfigurācijas, kas tika radītas ar atšķirīgām konstitūcijām. E. Immerguta norāda, ka “institucionālā dinamika, kas katrai no valstīm ir atšķirīga, nosaka to, cik daudz ietekmes un spēju ieviest reformu ir izpildvarai” (Immergut, 2002, 62). Šie institucionālie mehānismi, nevis balsu vairākums, nosaka ierobežojumus un to, cik piemērota ir noteiktā politika katrā valstī. Respektīvi, nebija iespējams izskaidrot atšķirīgos rezultātus, neskatot veidus, kā ir veidota institūciju struktūra un kādi ir “spēles noteikumi” partijām un interešu grupām, darbojoties katrā no valstīm. Atšķirīgie līdzdarbošanās noteikumi arī rada atšķirīgus veto punktus, kas savukārt veicina atšķirīgu stratēģiju piemērošanu un atšķirīgus rezultātus.

Veicot izpēti, jāņem vērā arī tas, ka institucionālisma pieeja apskata izvēļu kopumu individuālu uzvedību agregāciju kolektīvā fenomenā, kas arī ir ārkārtīgi nozīmīgs problemātikas aspekts. Atsaucoties uz Žana Žaka Ruso (*Jan Jacques Rousseau*) analīzi par sabiedrības interesēm kā individuālo interešu summu, jāņem vērā: veicot interešu agregāciju politiska procesa ietvaros, intereses netiek summētas, bet pārveidotas – caur diskusijām attīstot jaunas idejas un liekot atsevišķiem indivīdiem no jauna definēt savas vēlamās izvēles, atsakoties no daļas interešu citu labā vai daudzizvēļu gadījumā reducējot tās uz divām iespējām, kur lēmums tiek pieņemts ar vairākuma balsojumu. Kā atzīst E. Immerguta, “dažādie institucionālisma novirzieni noliedz iespēju interešu agregēšanā ar atšķirīgiem pamatojumiem, bet visi atšķirīgie novirzieni ir saskaņoti apgalvojumā, ka politiskie lēmumi nevar būt balstīti, agregējot indivīdu vēlamās izvēles, līdz ar to nav iespējams vienkārši sasummēt visas intereses kopā” (Immergut, 1998, 7).

Aktori, kas darbojas valsts pārvaldes pusē, – birokrāti, ierēdņi un pašas valsts pārvaldes institūcijas – veido un formē politiskus konfliktus, un tā rezultātā “politikā vairs nav pat atpazīstams kā produkts tas, pēc kā bija sākotnēji sabiedrības vai noteiktas sociālās grupas pieprasījums” (Immergut, 2002, 63). Institucionālā analīze izgaismo uzsvāru uz izpildvaras spējām veidot un ieviest politiku, bet motivācija ieviest noteiktas pārmaiņas ir saistīta ar politisko gribu. Lai saprastu faktorus, kas veicina vai kavē izpildvaru īstenot šīs pārmaiņas, ir svarīgi analizēt, kā šie lēmumi tiek mediēti specifiskos politiskos apstākļos. Novērojumi liecina, ka nav tiešas sasaistes starp noteiktu politisko institūciju un konkrētu politisku rezultātu un institūcijas esamība un raksturojums vien nespēj prognozēt politikas iznākumus, bet, nosakot spēles noteikumus, tie ļauj paredzēt veidus, kā tiek risināti politiskie konflikti.

Raksturojot lēmumu pieņemšanas procesu, politiski lēmumi rodas ļoti sarežģītu faktoru kombināciju rezultātā un iekļauj abas sistēmiskās iezīmes: gan politiskā režīma ietekmi, gan izpausmes, kas saistītas ar dažādu spēku sadursmēm cīņā par varu un ietekmi. Līdz ar to institūcijas nenosaka uzvedību, bet rada noteikumus, vidi un kontekstu, kurā tiek veiktas noteiktas darbības, kā arī palīdz saprast un skaidrot, kādēļ aktori izdara vienas vai otras izvēles. Tādēļ politiskais pieprasījums un politiskais rezultāts tiek apskatīts nevis kā izvēļu rezultāts, bet gan kā noteiktu atšķirīgu interešu pārstāvēšanas sekas. Intereses, kuras tiek skaidrotas un formulētas politisko procesu ietvaros, ir daudzu jūdžu attālumā no pilsoņu interesēm, un pat tās intereses, kuras sākotnēji ir radušās sabiedrībā, var tikt rekursīvi pārveidotas politiskā procesa ietekmē, virzoties cauri daudzām institūcijām un tajās veikto procedūru un darbību ietekmē. Kā norāda V. Loundesa un M. Robertss, “politika – tā ir cīņa par ietekmi, par spēkiem, kas ietekmē un kas atspoguļo varas sadalījumu un izmantošanu, un politiskās varas ietekmi uz resursu

izmantošanu un sadalījumu, par sociālo aģentu, aģentūru un institūciju spējām ietekmēt pārdales un transformācijas procesus, un šis stāsts nav tikai par valdību vai pārvaldības institūcijām” (Lowndes and Roberts, 2013, 5).

Mūsdienīgi organizēta valsts pārvalde paredz noteikta veida vienošanos ar sabiedrību, nosakot iespējas, kā pilsoņi var sadarboties ar valsts pārvaldes pārstāvjiem, kā arī nosaka prakses, kā tiek realizēta ierēdņu mijiedarbība ar sabiedrību: konsultācijas, sūdzību izskatīšanu un atbilžu sniegšana, kā arī jau ierastā prakse – balsošana. Savukārt politiskās partijas tiek izaicinātas no dažādu interešu grupu un sociālo kustību puses un politiķi arvien aktīvāk analizē, prognozē un vērtē vēlēšanu iznākumus, cenšoties “uztaustīt” elektorātam aktuālās tēmas. Lai to sasniegtu, tiek izmantoti sabiedriskās domas novērtēšanas rīki: aptaujas, tiešās darbības – tikšanās un sarunas, piedalīšanās debatēs un šovos, rakstot blogus un tvītus, veidojot un komentējot e-petīcijas.

2. Latvijas veselības politikas analīzes pieeja

Promocijas darba par Latvijas veselības politikas reformas īstenošanu trīsdesmit gadu laika periodā, kas sākas ar Latvijas neatkarīgas atjaunošanu un ietver nozīmīgas pārmaiņas veselības politikā, izvēlētā teorētiskā pieeja ir vēsturiskais institucionālisms. Kā raksturots iepriekšējā nodaļā, šī pieeja tiek izmantota, pētot apjomīgus, pamatotus un būtiskus jautājumus, kas saistīti ar plašām sabiedrības interesēm, sniedzot skaidrojumus par nozīmīgiem ilgtermiņā ietekmējošiem notikumiem, analizējot laiku un noteiktas notikumu secības, skaidrojot pārmaiņas un transformācijas. Analīze, kas tiek veikta, izmantojot vēsturiskā institucionālisma pieeju, sniedz skaidrojumus un pamato atšķirības starp dažādu nacionālo politiku rezultātiem un nevienlīdzībām, kas norāda uz šiem iznākumiem. Šie skaidrojumi tiek rasti veidā, kā institucionāli politiskas un ekonomiskas struktūras konfliktē un panāk, ka kādas intereses tiek privileģētas, salīdzinot ar citām. Vēsturiskais institucionālisms ir teorētiska pieeja, kurai piemīt makroskopiskas noslieces, līdz ar to tiek pētīti visaptveroši un mijiedarbības konteksti, nevis mikroskopiska līmeņa izpēte, analizējot indivīdus, kā tas ir raksturīgs racionālās izvēlas pieejām.

Šādas pieejas pamatā ir vēsturiska analīze un trīs pamatfokusi: 1) skaidrot nozīmīgus notikumus; 2) analizēt visaptverošus sociālus kontekstus; 3) veikt vēsturisku procesu izsekošanu jeb trasēšanu. Savukārt analīzes pamatā tiek izmantoti trīs pīlāri, kas ir katras institūcijas pamatā, – kulturāli kognitīvais, regulatīvais un normatīvais. Kā norāda Matias Ornerheims (*Mathias Ornerheim*) un Elīna Vīlborga (*Elin Wihlborg*), kognitīvi kulturālais pīlārs aptver kognitīvo funkciju esamību organizācijās, struktūras un kontekstu, kā institūciju uztver sabiedrība un kā šajā kontekstā iekļaujas organizācija; regulatīvais – raksturo likumdošanas un konstitucionālās vienošanās; normatīvais – neformālās kultūras normas, struktūras un principus, kas pastāv līdztekus formalizētajām praksēm (Ornerheim and Wihlborg, 2014).

Pirmajā apakšnodaļā ir sniegts pētāmā objekta raksturojums – apkopota pasaules pieredze un prakse, apskatot bijušo PSRS valstu pieredzi, kurās ir veikta līdzīga veselības aprūpes politikas reforma, kā Latvijā, mainot veselības aprūpes modeli. Nodaļā ir sniegts agrākā modeļa raksturojums, norādīti tā būtiskie trūkumi, kā arī atziņas par priekšnosacījumiem veiksmīgas reformas ieviešanā, balstoties uz valstu pieredzi, kuras transformēja savas veselības aprūpes sistēmas, izstājoties no PSRS un veidojot savas decentralizētas veselības aprūpes politiku. Otrajā apakšnodaļā ir dots pētījuma metodoloģiskās pieejas raksturojums, kas balstīts izvēlētās teorētiskās pieejas vēsturiskā institucionālisma izmantošanā, raksturojot vēsturiskā institucionālisma ontoloģiskos aspektus un pētījumā izmantoto sociālā konstruktīvisma pieeju. Trešajā apakšnodaļā ir raksturota analīzes procesā izmantotā procesu izsekošanas pieeja, kas

spēj atklāt pagātnes atkarības faktoru, kurš ir viens no būtiskiem faktoriem vēsturiskā institucionālisma pieejas izmantošanā. Izmantojot procesu izsekošanas pieeju, vēsturiskais institucionālisms atklāj un skaidro pāri laikam esošus kontekstus un mijiedarbībā esošus procesus, kas ietekmē valstis, politikas un likumdošanu (Pierson and Skocpol, 2002, 693), un atšķirībā no empīriskām pieejām, kad notikumi tiek analizēti neatkarīgi no norises laika un vietas, vēsturiskais institucionālisms visus mainīgos apskata, ņemot vērā atbilstošu kontekstu (Hall and Taylor, 1996, 13–17). Pēdējā apakšnodaļā ir aprakstīts pētījuma modelis saskaņā ar izvēlēto procesu izsekošanas metodi un pamatota izvēlēto datu atlase.

2.1. Latvijas veselības aprūpes vēsturiskie izaicinājumi

Veselības politikas pārmaiņas, kas raksturīgas bijušajām PSRS valstīm, tostarp Latvijai, ir saistītas ar pāreju no agrākā centralizētā un plānveida ekonomikai atbilstošā “Semaško” veselības aprūpes sistēmas modeļa uz jaunu modeli, kas aizgūts no “vecās Eiropas” valstīm. “Semaško” jeb PSRS veselības aprūpes sistēmas modelim, kas Latvijā pastāvēja līdz 90. gadu beigām, kā norāda Simo Koko (*Simo Kokko*), bija raksturīga “ministrijas tieša atbildība par veselības un sanitāro pakalpojumu nodrošināšanu, kā arī augsti specializētu iestāžu veidošanu veselības aprūpes, klīniskās izpētes un pēcdiploma iegūšanas tālākizglītības nodrošināšanā. Šis padomju modelis bija izteikti vertikāli strukturēts, ar precīzi nedefinētām lomām un atbildībām” (Kokko et al., 1998, 299). Ministrija un citas valsts pārvaldes iestādes nebija tieši atbildīgas par veselības aprūpes pakalpojumu pārraudzīšanu un vadīšanu, bet tas tika uzticēts reģionālo vai lokālo iestāžu administrācijai. Savukārt valsts administrācija lietoja vienkāršu, bet efektīvu stimulu vadības sistēmu – finansiālos rezultātus un to atbilstību ikgadējiem plāniem. Vadītāji tika iecelti tādi, kas ir lojāli pastāvošajam politiskajam režīmam un valdošajai politiskajai elitei, ministrijas uzkrāja un uzturēja plašus statistikas datus par veselības sistēmas rādītājiem, bet šie dati netika izmantoti lēmumu pieņemšanai.

Kā atzīst S. Koko, biežāk pieminētie trūkumi, raksturojot “Semaško” modeli, kas tika novēroti Centrāleiropas un Austrumeiropas valstīs, bija šādi: 1) piedāvātie pakalpojumi neatbilda iedzīvotāju vajadzībām; 2) pakalpojumi netika pietiekami finansēti, tādēļ neatbilda starptautisko standartu prasībām; 3) pakalpojumi bija neefektīvi gan no izvietojuma un struktūras, gan vadības un resursu sadalījuma; 4) veselības aprūpes pamats bija balstīts uz ārstēšanu slimnīcā, nevis ambulatoriem pakalpojumiem un primāro veselības aprūpi; 5) ārstu skaits būtiski pārsniedza nepieciešamo ārstu skaitu uz iedzīvotāju skaitu, savukārt citu medicīnas speciālistu skaits bija nesalīdzināmi zems, kas liecināja par neefektīvu darbaspēka potenciāla izmantošanu; 6) noteiktām nelielām populācijas grupām, parasti politiķiem un ierēdņiem pietuvinātām personām, bija labāka piekļuve veselības aprūpes pakalpojumiem, un

veselības aprūpes sistēmā bija novērojama pelēkā ekonomika; 7) vairums šo valstu uzrādīja ļoti zemu rādītāju slimību novēršanas un veselības veicināšanas datos, kā arī šajās valstīs tika novērots augsts vides piesārņojums, kas atstāja negatīvu ietekmi uz sabiedrības veselību (Kokko et al., 1998, 299). Pēc PSRS sabrukuma lielākā daļa valstu mainīja savas veselības aprūpes sistēmas no centralizētas plānveida uz decentralizētām sistēmām, kas orientētas uz iedzīvotāju vajadzībām, nevis plānveida veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu. Papildus agrākajai ekonomiskajai sistēmai jaunā sistēma paredzēja uzņēmējdarbības formas ieviešanu veselības jomā, kas iepriekšējā ekonomiskā iekārtā nebija pastāvējusi.

Pārejot uz jauna veida veselības aprūpes organizēšanas sistēmu, kas finansēta pamatā no nodokļu ieņēmumiem un pazīstama kā “Beveridža” modelis, lielākais izaicinājums ir resursu un finansējuma pārdale atbilstoši atšķirīgām iedzīvotāju veselības vajadzībām. Tāpat būtiska valsts loma ir nodrošināt vienlīdzīgu pakalpojumu pieejamību visiem iedzīvotājiem, mazinot atšķirības pakalpojumu pieejamībā un maksātspējā, izmantojot dažādus subsīdiju un cita veida līdzīgus mehānismus. Kā apgalvo S. Koko, raksturojot Lielbritānijas valsts apdrošināšanas sistēmu, resursu alokācija ir jaudīgs politisks rīks Beveridža valstīs un finansējuma sadale pareizās proporcijās un atbilstoši populācijas vajadzību mainīgajiem ir ļoti izaicinošs uzdevums (Kokko et al., 1998, 293). Līdz ar to, mainoties pastāvošajai politiskajai iekārtai un pārejot no “Semaško” sistēmas uz jaunas veselības sistēmas modeli, par nozari atbildīgajām valsts iestādēm un aģentūrām bija jāsakaras ar jauniem izaicinājumiem un ierastās nozares vadības prakses būtisku maiņu.

Jaunā demokrātiskā pārvaldība, pārejot no centralizētas plānveida ekonomikas uz iedzīvotāju vajadzībām atbilstošu un no budžeta finansētu veselības aprūpes sistēmu, paredz veikt izmaiņas valsts sektora funkcijās. Tāpat jāņem vērā, ka sistēmas maiņa ir saistīta arī ar veselības aprūpes modeļa vērtību maiņu. Valdošajām ideoloģijām un sabiedrībā atzītajām vērtībām ir nozīmīga loma politikas formulēšanas un izstrādes procesā. Atkarībā no tā, kurš attiecīgajā laika posmā ir dominējošais ideoloģiskais virziens, sabiedrībā tiek veicinātas un atbalstītas noteikta veida idejas. Savukārt noteiktas idejas un vērtības laika gaitā tiek nostiprinātas, radot noteikta veida formalizētas institūcijas, kas savukārt tieši ietekmē politisko procesu.

Sākot ar 20. gadsimta 80. gadiem, Eiropā ekonomiskās recesijas ietekmē bija novērojama mazāka skaidrība un pārliecība par eksistējošo veselības aprūpes sistēmu atbilstību sabiedrības vajadzībām. Vairums valstu valdību meklēja dažādus risinājumus, lai racionālāk mazinātu valsts izdevumus, kas rosināja fundamentālus jautājumus, saistītus ar vērtību

sistēmām, kuras ir šo politisko lēmumu pamatā. Kā norāda Džila Volta, valstīm bija jāizdara izvēle starp vērtībām “brīvas izvēles iespēja, vienlīdzība un privatizācija” (Walt, 1998, 368), kā rezultātā notika pārmaiņas spēka attiecību samēros starp veselības aprūpes sektorā strādājošajiem un iesaistītajiem, kas veicināja noteiktu grupu interešu sadursmes.

Kā norāda Roberts Kaplans (*Robert M. Kaplan*) un Jairs Babads (*Yair M. Babad*), “sistēmas disbalansu rada starp aktoriem ierobežotie resursi un informācijas pieejamība” (Kaplan and Babad, 2011). Valsts struktūru nespēja veidot efektīvus un preventīvus ieviešanas un regulēšanas pasākumus ir viens no spilgtiem piemēriem nespējai līdzsvarot aktoru intereses. Lai tuvinātu valsti mērķim maksimāli uzlabot iedzīvotāju veselību un novērst konfliktējošās intereses iedzīvotāju veselības labā, jo īpaši ierobežotu resursu gadījumā, ir nepieciešams uzlabot datu atvērtību un pieejamību, lēmumu pieņemšanas atklātību, veicināt lielāku pacientu iesaisti lēmumu pieņemšanas procesos, lielāku pārraudzību un labāku pārvaldību dažādu vadlīniju ieviešanā un lēmumos par valsts apmaksāto pakalpojumu apjomu, kā arī stiprināt valsts pārvaldes kā iedzīvotāja pārstāvja lomu.

Skatot vērtību jautājumu veselības aprūpes jomā plašāk un analizējot sabiedrību un tajā pastāvošos vērtību modeļus, tiek izšķirti četri vērtību modeļi – tehnokrātiskais, profesionāli pašorganizētais, brīvā tirgus un demokrātijas modelis (Contandriopoulos et al., 1998, 346–350). Tehnokrātiskā modeļa pamatā ir paļaušanās uz ekspertiem, kuriem ir specifiskas zināšanas un dominējoša pozīcija politiskās un ekonomiskās institūcijās. Šī regulatīvā pieeja ir balstīta uz normatīvu analīzi, kuru veic eksperti, visbiežāk ierēdņi, kuru pienākumos ietilpst sistēmas struktūras veidošana, uzraudzība un novērtēšana, lai pieņemtu lēmumus par to, cik lielā mērā sistēma darbojas mērķu sasniegšanas virzienā. Normatīvā analīze ir balstīta noviržu identificēšanā, kuras atklātas starp sistēmas resursiem, aktivitātēm, rezultātiem un to, kas bija plānots vai noteikts kā mērķa rādītājs. Šāda tehnokrātiska pieeja pēc būtības ir apolītiska un vērsta racionālu darbību veikšanai sabiedrības interesēs.

Profesionāli pašregulējošais modelis paredz, ka veselības aprūpes sistēmas centrā ir ārsti, lēmumi par resursu sadali un pārdali tiek pieņemti, balstoties uz ārstu kā profesionāļu lēmumiem un ieteikumiem. Ārsti darbojas kā pacientu aģenti, jo spēj identificēt pacientu vajadzības un paredzēt to izpildes iespējas. Savukārt pakalpojumu apjoms un daudzveidība tiek kontrolēta, un jebkādi ierobežojumi pakalpojumu pieejamībai rada potenciālus draudus pacientam. Šajā modelī valsts pārvaldes loma ir likvidēt vai vismaz mazināt ekonomiskos ierobežojumus, ar kuriem saskaras mazāk aizsargātie pacienti, veidojot atbilstošus finansēšanas modeļus. Otrs valsts pārvaldes uzdevums ir garantēt pietiekamu medicīnas speciālistu sagatavošanu un nodrošinājumu, kā arī veidot veselības veicināšanas programmas sabiedrības veselības uzlabošanai.

Trešā pieceja – tirgus principos bāzēts modelis – paredz, ka regulējošie mehānismi tiek veidoti saskaņā ar piedāvājuma un pieprasījuma attiecībām un brīvas konkurences likumiem. Šāda veida regulējums noved pie Pareto efekta – optimālas resursu pārdales (alokācijas) – tādā ziņā, ka nav iespējams mainīt resursu izvietojumu no valsts puses, nesodot vai nenodarot kaitējumu vismaz vienam ekonomiskam aģentam. Šī modeļa popularitāte balstās normatīvos un ideoloģiskos aspektos un pieejā, ka valstij ir minimāli jāiejaucas ekonomiskajās sistēmās.

Demokrātisko vērtību modelis paredz, ka katram iedzīvotājam ir tiesības un pienākumi ietekmēt sociāli politisko lēmumu pieņemšanu un sabiedrībā notiekošās aktivitātes. Šīs demokrātiskās tiesības var tikt realizētas tieši vai pārstāvības formā, tomēr visbiežāk tiek īstenotas pārstāvības formā ar ievēlētiem vai ieceltiem pārstāvjiem. Demokrātiskais modelis paredz sabiedrības tiešu iesaisti gan sabiedrības vajadzību formulēšanas, problēmu, prioritāšu un risinājumu radīšanas, kā arī veselības vadības un administrēšanas procesos.

Ja PSRS laikā pastāvējušais “Semaško” modelis pamatā balstījās uz tehnokrātisko pieeju, tad “Bismarka” modelis (privātās apdrošināšanas sistēma) ir saistīts ar brīvā tirgus vērtību dominēšanu. Savukārt “Beveridža” (valsts veselības apdrošināšana, kas pamatā tiek finansēta no kopējiem nodokļiem) vairāk ir saistīta ar demokrātisko vērtību modeli, nodrošinot vienlīdzīgāku pieeju veselības aprūpes pakalpojumiem un solidaritātes principus.

Saskaņā ar jaunā institucionālisma pieeju valsts pārvalde ir aktors, kurš apveltīts ar visplašākajām pilnvarām un instrumentiem noteiktu vērtību un ideoloģiju nostiprināšanai caur institucionālām praksēm. Valsts pārvalde noteiktas vērtības un dominējošos vērtību modeļus var nostiprināt, formalizējot vērtības dažāda līmeņa valsts normatīvajos aktos, savos darbību regulējošos institūciju reglamentos un ikdienas praksēs, kā arī tieši ierakstot noteiktos likumprojektos.

Lai arī pāreja no agrākās kritizētās centralizētās pieejas uz decentralizētu pieeju bija virziens, kādā uzlabot veselības aprūpes pieejamību un kvalitāti, kā norāda Deivids Hanters (*David J. Hunter*), Miko Vienonens (*Mikko Viononen*) un Cezarī Vlodarčuks (*W. Cezary Wlodarczyk*), “decentralizācija nav universāla panaceja, kas risinātu visas aktuālās veselības aprūpes sistēmas problēmas, pat ja tā tas daudziem politiķiem šķiet” (Hunter et al., 1998, 316). Decentralizācija var radīt arī negatīvas sekas, tostarp novest pie fragmentētiem pakalpojumiem, vājināt centrālo veselības vadītāju lomu un ietekmi, veicināt nevienlīdzību, radīt vidi, kas labvēlīga noteiktām interesēm, veicot dažādas politiskas manipulācijas, kā arī vājināt valsts pārvaldes iestāžu statusu un varas pozīcijas.

D. Hanters, M. Vienonens un C. Vlodarčuks arī norāda: vairāku valstu pieredze rāda, ka ir jomas, kurās nav vēlama decentralizēta varas nodošana: 1) vispārējie veselības aprūpes sistēmas darbības noteikumi un regulējums; 2) stratēģiskie lēmumi par veselības aprūpes

resursu attīstību; 3) specifiskas vienošanās, kas saistītas ar regulējumiem; 4) sabiedrības veselības un veselības aprūpes pakalpojumu pārraudzība, novērtēšana un analizēšana (Hunter et al., 1998, 316). Lai veiksmīgi realizētu reformu un iegūtu decentralizācijas iespējamus labumus, autori apgalvo, ka ir nepieciešams radīt noteiktus sociālus, kulturālus un vides apstākļus, kā arī nodrošināt pietiekamu lokālās administrācijas vadības un administrēšanas kapacitāti, viest ideoloģisku skaidrību par ieviešamo pārmaiņu mērķiem un uzdevumiem, būt gataviem pieņemt dažādas problēmas interpretācijas un, galvenais, pašām institūcijām būt gatavām nepieciešamajām pārmaiņām (Hunter et al., 1998, 316).

Sistēmas maiņa no centralizētas plānveida ekonomikas uz mūsdienīgu demokrātiskas pārvaldības pieeju, kā norāda S. Koko, valsts ierēdņiem rada jaunus pienākumus un funkcijas: 1) sadarbība un sinerģijas rašana ar jauna veida aktoriem (ārstu asociācijas un biedrības) un to iesaiste veselības politikas veidošanā; 2) sarunu procedūru īstenošana, regulējot pakalpojumu apmaksu, nosakot tarifus jaunajos apmaksas un kompensācijas mehānismos un brīvā tirgus apstākļos; 3) vienlīdzīgas veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības stiprināšana, veicot konstitucionālās izmaiņas; 4) daudz reālistiskākas lomas uzņemšanās nācīgas veselības atjaunošanas veicināšanā; 5) labāka datu iegūšanas, uzkrāšanās, analīzes un lietošanas prakses apgūšana (Kokko et al., 1998, 292).

Kā vēlamā un ieteicamā pieeja, kas tiek izmantota pasaulē veselības nozares izmaiņu plānošanā, ir sistēmu domāšanu, kas paredz to, ka, pirms tiek ieviestas izmaiņas, ir nepieciešams veikt padziļinātu procesa izpēti un saistīto ietekmju novērtēšanu reālās vides apstākļos. Kā raksta P. Smits, A. Annels un līdzautori, tikai ņemot vērā un izvērtējot visus saistītos un iekļautos faktorus, tostarp kā sistēma reaģēs uz izmaiņām, kādus sinerģiskus procesus iespējams iestrādāt, kādas ir paredzamās negatīvās uzvedības izpausmes, ir iespējams nodrošināt, ka izmaiņu dizains ir atbilstošs un precīzi izstrādāts un plānotie izmaiņu rezultāti ir sasniedzami (Smith et al., 2012, 38).

Analizējot konfliktējošās puses, vienā pusē ir cilvēki jeb pakalpojumu saņēmēji, kuru galvenā motivācija ir veselības stāvokļa uzlabošana un saglabāšana, bet otrā pusē ir uzņēmēji – pakalpojumu sniedzēji, veselības aprūpes darbinieki, slimnīcas, laboratorijas un farmācijas uzņēmēji, kuru galvenā motivācija ir peļņas gūšana. Starp abām pusēm ir valsts pārvalde, kura, no vienas puses, pārstāv cilvēkus, tādēļ darbības mērķim būtu jābūt privāto un publisko resursu izmantošana lietderīgi un efektīvi, lai sasniegtu maksimālos iedzīvotāju veselības statusa rādītājus. Savukārt, no otras puses, valsts pārvalde ir politikas veidotājs un likumdevējs, kurš nosaka sadarbības robežas un noteikumus, balansējot starp cilvēku un uzņēmēju interesēm. R. Kaplans un J. Babads norāda, ka, “pildot šo lomu, valsts pārvalde tiecas vienlaikus apmierināt iedzīvotāju gaidas un cenšas saglabāt taisnīgumu, domājot par uzņēmēju interesēm,

bet tādējādi atkal radot jaunas gaidas sabiedrībā” (Kaplan and Babad, 2011). Tajā pašā laikā valsts pārvalde ieņem vēl divas lomas, kas ir ļoti tuvas uzņēmējiem, vai nu tieši konkurējot ar uzņēmējiem un nodrošinot valsts apmaksātu pakalpojumu sniegšanu, vai kompensējot un apmaksājot noteiktus pakalpojumus, ko sniedz uzņēmēji.

Kā rāda bijušo PSRS valstu pieredzes apkopojums, pārejot no agrākās sistēmas uz jauno sistēmu, kas bija saistīta ar politiskā režīma maiņu, jaunizveidotās organizācijas, kuras organizē un vada veselības jomas vadību, nebija pietiekami sagatavotas šai jaunajai lomai un pienākumiem. S. Koko atzīst: valsts pārvalde bieži vien turpināja darboties pēc agrākajiem modeļiem, ieņemot ļoti pasīvu lomu un nodrošinot tikai apmaksas un kompensācijas funkciju, bet nepietiekami iesaistījās, veidojot atbilstošus un laicam piemērotus adekvātus tirgus regulēšanas mehānismus vai nosakot ierobežojumus un prasības līgumslēdzējiem (Kokko et al., 1998, 302). Savukārt, nosakot apmaksātos pakalpojumus un slēdzot līgumus, netika izmantotas novērtēšanas metodes, lai adekvāti noteiktu iedzīvotāju vajadzības – pieprasījumu pēc pakalpojuma, kvalitātes un apjoma. Mazinot valsts regulējošo lomu veselības jomā, kā apgalvo Samēns Sididži (*Sammen Siddigi*), “zemu un vidēju ienākumu valstīs tika novērota izteikta brīvā tirgus attiecību dominance veselības aprūpes jomā, kas noveda pie būtiska veselības aprūpes izmaksu kāpuma un augstiem pacientu maksājumiem” (Siddigi et al., 2009, 14), savukārt citās valstīs veselības aprūpes jomas brīvā tirgus ekspansija bija saistīta ar valsts nespēju nodrošināt veselības aprūpes pakalpojumus.

Plaši novērota problēma šajās valstīs – brīvā tirgus pakalpojumi auguši daudz straujāk nekā valsts sektora un citu aktoru spējas izstrādāt piemērotus regulējošus un ierobežojošus mehānismus. Šī situācija vairākas valstis novedusi pie tā, ka ar veselības aprūpes saistīto pakalpojumu sniedzēji kļuvuši politiski bīstami, jo ir dominējošā lomā veselības aprūpes sektorā. Politikas veidotājiem liels izaicinājums ir nodrošināt adekvātu un regulētu līdzsvaru starp valsts regulētu iejaukšanos veselības aprūpes jomas pakalpojumu sniegšanā un, no otras puses, nodrošināt brīvā tirgus likumu darbību tajās.

Valstu pieredze, kurās ir notikusi politiskā režīma maiņa un sekojušas pārmaiņas veselības aprūpes organizēšanas sistēmā, rāda, ka “reformas tika samērā labi atbalstītas vidusšķiras un noteiktas jomas profesionāļu aprindās – kas tajās saredzēja iespējas pārveidot centralizētu un birokrātisku sistēmu pret stimulējošu un modernu sistēmu” (Smith et al., 2012, 38). Lai arī reformas tika izskatītas kā uzlabošanas iespēja, tās bija samērā grūti ieviest tādēļ, ka pret tām bija ievērojama sabiedrības daļa, kas tajās saredzēja draudus vai zaudējumus, piemēram, vecāka gadagājuma cilvēki, kā arī apdraudējumu – jaunā prakse prasīja cita veida

vadības, līderības, sadarbības un informācijas apstrādes prasmes un sistēmas, kuras tobrīd neeksistēja. Papildus tam jebkura reforma var būt saistīta ar spriedzi starp jauno un veco “gvardi” jeb paaudžu konfliktiem gan profesionāļu aprindās, gan sabiedrībā.

Globālas pasaules tendences pēdējo 30 gadu posmā, mainoties populācijas demogrāfiskajiem un epidemioloģiskajiem rādītājiem, pieaugot sociālajai nevienlīdzībai un finansiālajai nedrošībai, ir ietekmējušas veselības sistēmu prioritātes un attiecīgi veselības pārvaldības funkcijas veidu un uzdevumus. Pārmaiņas ir novērojamas ne tikai pamatveselības sistēmas institucionālajā arhitektūrā, sistēmām virzoties uz lielāku decentralizāciju, bet arī, kā norāda Ērika Barbaza (*Erica Barbazza*) un Juans Tello (*Juan E. Tello*), pieejā iesaistot arvien vairāk daudzveidīgu aktoru un veidojot heterogēnus tīklus, lai apvienotu un vairotu resursus, sniegtu pakalpojumus un finansētu veselības aprūpi (Barbazza and Tello, 2014). Kā viens no lielākajiem izaicinājumiem veselības jomā ir veselības aprūpes tirgus efektivitātes trūkums, kas savukārt ir saistīts ar līdzsvara esamības trūkumu starp informācijas pieejamību un varu, kā arī ietekmes atšķirībām starp dažādiem aktoriem.

Veselības aprūpes sistēmas parasti tiek raksturotas ar triju pušu mijiedarbību: pakalpojuma saņēmēji, pakalpojuma sniedzēji un pakalpojuma finansētāji. Tomēr starp šīm lielajām grupām ir ļoti daudzveidīgi aktori un atšķirīgas to sadarbības un mijiedarbības formas. No nacionālā līmeņa veselības aprūpes sistēmas organizēšanas veida atšķiras modelis, kā tiek veidotas šīs attiecības, bet ir novērojamas kopējas tendences attiecībā uz valsts iesaisti sistēmas organizēšanā. Piemēram, pakalpojumu saņēmēji maksā nodokļus vai apdrošināšanas iemaksas un saņem pakalpojumus, finansētāji apmaksā pakalpojumus vai izmaksā kompensācijas, savukārt pakalpojuma sniedzēji atrodas līgumiskās attiecībās ar finansētājiem. Tajā pašā laikā valsts loma nevar tikt skatīta tik šauri, jo valsts pārvalde veido un nosaka makrolīmeņa ietvaru, caur kuru tiek regulēti daudzskaitlīgi ar normatīviem aktiem regulējami elementi. Šī valsts pārvaldes regulējošā loma ir tā, kas “regulē un ietekmē darbības, ko veic šķietami autonomi aktori” (Kokko et al., 1998, 292).

Veselības aprūpes jomas darbinieki lielā mērā ir personas, kuras tieši ietekmē veselības aprūpes pakalpojuma iznākumu. Nodrošinot veselības aprūpes pakalpojumus, klīnicisti, vadītāji un citi profesionāļi savā ikdienas darbā spēj precīzi novērot un aprakstīt realitāti un noteikt vajadzības sistēmas pilnveidošanā. Lielā mērā tieši medicīnas personāla kompetence, kā arī spēja noteikt nepieciešamos sistēmas uzlabojumus un spēt to atbilstoši skaidrot politikas veidotājiem ir tieši saistīta ar veselības aprūpes sistēmas veikspējas un darbības rādītājiem. Šajā veselības aprūpes tirgū indivīds (pacients) ir tā loma, kurai ir pieejams vismazāk informācijas, resursu un ietekmes. Vienlaikus medicīnas darbinieki, pateicoties savai specializācijai un augstajai kompetencei, ir vislabāk nodrošināti gan ar informācijas

pieejamību, gan zināšanām, gan citiem resursiem. Uzņēmēji un valsts pārvalde ir galvenie “kāršu turētāji” šajā spēlē, jo tiem ir gan ekspertīze saprast un interpretēt datus, gan zināšanas un resursi izmantot informāciju savā labā. Turklāt uzņēmēji, skatoties no ekonomikas viedokļa, spēlē dubultu spēli: tie gan veicina pieprasījumu pēc noteiktiem pakalpojumiem, gan vienlaikus arī nodrošina šo pašu radīto pieprasījumu. Pieprasījums tiek radīts caur medicīniskiem standartiem un vadlīnijām, ārstēšanas algoritmiem noteiktiem pacienta stāvokļiem, nosakot piemērotākās terapijas metodes un lietojamus medikamentus, kur kā šī pieprasījuma izpildītāji bieži vien ir medicīnas speciālisti vai profesionālās organizācijas. Līdz ar to, kā norāda R. Kaplans un J. Babads, veselības aprūpē darbojošie uzņēmēji rada situāciju, kas nosaka, kā pacients tiks ārstēts, ko varētu salīdzināt šādi – “kaķim tiek lūgts pasargāt krējumu” (Kaplan and Babad, 2011), jo uzņēmēji primāri darbojas peļņas gūšanas mērķiem, bet tajā pašā laikā ievērojot apstākļus savas darbības likumības nodrošināšanai. Šajos apstākļos viens no būtiskiem izaicinājumiem valsts pārvaldei ir nodrošināt efektīvāko iespējamo interešu sabalansētību un realizēt veselības jomas vadību un pārraudzību. Kā raksta P. Smits un līdzautori – “līderība un pārvaldība mūsdienās tiek uzskatīta par vissarežģītāko, bet vissvarīgāko valdības funkciju attiecībā uz veselības aprūpes jomu” (Smith et al., 2012, 37).

Laikam ejot un sabiedrības pieprasījumam mainoties, agrākā pārvaldes struktūra, kura bija tradicionāli centralizēta un hierarhiski caur varas vertikāli realizēta, vairs nespēja nodrošināt funkcijas un prasības, kas tiek izvirzītas mūsdienīgas sabiedrības pārvaldībā un sabiedrības vadībā. Savukārt, kā norāda E. Barbaza un J. Tello, horizontālā jeb tīkla pārvaldība spēj nodrošināt nepieciešamo struktūru, veicinot sabiedrības vienošanos un ņemot vērā dažādus varas un ietekmes punktus, intereses un dažādu grupu aktivitātes, kā arī respektējot dažādās iesaistīto aktoru intereses (Barbaza and Tello, 2014).

Pārvaldība var tikt definēta kā sociāla koordinēšana un saskaņā ar pārvaldības teorijām tiek realizēta trijos līmeņos: hierarhiski, tīrgus un tīkla. Hierarhiskais līmenis – likumu un noteikumu izstrāde, resursu piešķiršana un atbildību noteikšana, balstoties uz varas vertikāli. Tīrgus līmenis – ietver pakalpojumu pirkšanu, regulēšanu un stimulu radīšanu. Tīkla līmenis – paredz kopēju vērtību un zināšanu veidošanu un vadīšanu, balstoties uz profesionālām normām un drošu informāciju, tai skaitā “ražošanas” procesa pārzināšanu un rezultātu jeb iznākumu mērīšanas veidiem. Lai nodrošinātu pilnvērtīgu pārvaldību visos trijos līmeņos atbilstoši situācijai, par nozari atbildīgajam valsts sektoram ir nepieciešamas specifiskas zināšanas un prasmes, jo tā galvenais pienākums ir skaidrot sistēmas mērķus, kapacitāti, iniciatīvas, kā arī nodrošināt iesaistītajām pusēm pilnvērtīgas iespējas ietekmēt sistēmas uzlabojumus un sistēmas veiktspēju. Pēc būtības plašais pārvaldības koncepts, kā atzīst E. Barbaza un J. Tello, aptver dažādas interešu reprezentēšanas sistēmas, sabiedrības iesaisti, uzskaiti, varas un institucionālās

pilnvaras, īpašumtiesības, politisko stabilitāti un likuma varu (Barbazza and Tello, 2014). Neskatoties uz dažādām atšķirīgām pārvaldības definīcijām, tajās ir vienprātība par to, ka pārvaldības funkcija ietver procesu kopumu – tradīcijas un ieradumus, normatīvo regulējumu un likumus, kas tiek formāli vai neformāli lietoti, lai atbildīgi uzskaitītu un realizētu pienākumu sadali starp veselības aprūpes jomā iesaistītajiem aktoriem, tostarp paredzot stratēģijas, lai mazinātu korupciju un padarītu valsts pārvaldes darbu un pakalpojumus efektīvākus. Kā norāda S. Sididži un līdzautori, pārvaldība ietver daudzveidīgus un kompleksus mehānismus, procesus un institūcijas, caur kurām iedzīvotāji un sabiedrības grupas formulē un aizstāv savas intereses, mediē dažādas pozīcijas un izmanto legālās tiesības un pienākumus (Siddigi et al., 2009).

Veselības aprūpes sistēmu pārvaldība attiecas uz darbībām un veidiem, ko izmanto sabiedrība, lai pašorganizētu sabiedrības veselības veicināšanu un profilaksi. Plašākā skatījumā, pārvaldības process ietver institūcijas – formālus un neformālus noteikumus, kas formē noteikta veida uzvedību un rīcību, kā arī organizācijas, kas darbojas šo noteikumu ietvarā, lai nodrošinātu veselības aprūpes sistēmas darbību un funkcijas. Mūsdienīga demokrātiska pārvaldība ir funkcija, ko valsts nespēj realizēt bez visas veselības aprūpes sektora pārstāvju, t. i., kopienas, pilsoniskās sabiedrības, privāto pakalpojumu sniedzēju, biedru profesionālo organizāciju, sabiedrības veselības pārstāvju un attīstības veicinātāju, iesaistes. Tipiskā un kompleksā veselības aprūpes sistēmā nevienam aktoram nav visu nepieciešamo zināšanu un spēju, lai nodrošinātu, ka viss tiek darīts pareizi, tieši tāpēc ir svarīgi, lai valsts pēc iespējas efektīvāk iesaistītu nozares pārstāvjus, veicinot tīkla pārvaldības modeli ar pilnvērtīgu saistīto pušu iesaisti. Kā norāda P. Smits un līdzautori, laika gaitā, balstoties uz attīstīto valstu¹ veselības jomu pieredzi, valsts funkcija ir mainījusies un tagad tā ir “vairāk stūrēt, nekā airēt” (Smith et al., 2012).

Pēc Lindas Marksas (*Linda Marks*), S. Keiva un D. Hantera domām, pārvaldība ir samērā neviennozīmīgs termins, jo īpaši domājot par veselības aprūpes jomu, jo pārvaldība var būt saistīta ar noteiktiem principiem, leģitimitātes nodrošināšanu caur likumiem un regulējumiem, bet tāpat pārvaldība ir process, kurš tiek organizēts, lai nodrošinātu caurskatāmību un risku vadību noteiktā organizācijā, kā arī sistemātisku procedūru lietošanu (Marks et al., 2010). Kā norāda gan L. Marksa, gan P. Smits, viena no svarīgākajām Veselības ministrijas jomām kā vadošajai iestādei ir prioritāšu noteikšana, kurām atbilstoši tiek veikta ierobežoto finansiālo resursu sadale un pārdale. Savukārt vissvarīgākais elements prioritāšu

¹ Avotā minētās attīstītās valstis veselības nozarē ir Austrālija, Lielbritānija, Vācija, Nīderlande, Norvēģija, Zviedrija un Šveice.

noteikšanas procesā ir nodrošināt to, ka precīzi formulēti un noteikti mērķi, uz kuriem tiek balstīta finanšu optimizācija, ir pietiekami skaidroti un atzīti starp visiem veselības sistēmas galvenajiem aktoriem jeb iesaistītajām pusēm (Marks et al., 2010; Smith et al., 2012).

Otrs nozīmīgākais rīks veselības nozares uzlabošanā ir informācijas pieejamība, kas noder datos un pierādījumos balstītu lēmumu pieņemšanā un, kā norāda P. Smits un līdzautori, nodrošina drošu, politisku un demokrātisku procesu vadību (Smith et al., 2012). Sistēmas veiktspējas mērīšana ir sistemātiska datu iegūšana, analīze un izplatīšana, lai informētu par veiktajām darbībām un saistītiem iznākumiem iesaistītās puses – praktizējošus mediķus, organizācijas un visu veselības aprūpes sistēmu. Tomēr mērījumiem un datiem nav būtiskas ietekmes uz sistēmu tad, ja nozares iesaistītajām pusēm nav nodrošinātas iespējas iesaistīties, sniegt savu redzējumu un ietekmēt procesus sistēmas uzlabošanā.

Tomēr, ņemot vērā veselības jomas specifiku un to, ka atsevišķi aktori pakalpojumu sniedzēji ir apveltīti ar lielāku ietekmes spēju un informācijas pieejamību, analizējot veselības politikas pārmaiņas, ir jāreķinās ar šiem varas koncentrācijas punktiem, kas politikas teorijā tiek aprakstīti kā veto punkti. Saskaņā ar veto punktu teoriju politikas veidošanas un ieviešanas procesā ir jāfokusē uzmanība uz apstākļiem, kurus nepieciešams nodrošināt politikas pārmaiņu īstenošanā, identificējot galvenos jomas spēlētājus, kuri varētu bloķēt vai kavēt noteiktu pārmaiņu ieviešanu. Jo vairāk šādu veto punktu ir sistēmā, jo grūtāka ir pārmaiņu ieviešana.

Veto spēku izpēte, kā norāda Bendžamins Hokinss (*Benjamin Hawkins*) un Kriss Holdens (*Chris Holden*), paredz identificēt grūtības, kādas paredzamas, ieviešot noteiktas pārmaiņas, kā arī eksistējošās pretrunas un aizspriedumus, kas varētu būt saistīti ar plānoto izmaiņu ieviešanu (Hawkins and Holden, 2016). Kā, citējot Georgu Cēbeli (*Georg Tsebelis*), apgalvo B. Hokinss un K. Holdens, veto spēlētāji ir tie aktori, kuri ieņem nozīmīgākas institucionālās pozīcijas, kuras sniedz tiem formālas veto spēka pozīcijas un pārspēku pār politikas iniciatīvu (Hawkins and Holden, 2016). Analizējot veto punktus, vairumā gadījumu tiek pētīts nacionāla līmeņa likumdošanas process, bet jo īpaši tradicionālās pārvaldības institūcijas – birokrātiskais aparāts, likumdošana un izpildvara.

Reizēm noteiktām interešu grupām vai korporācijām pat nav nepieciešams inicializēt strīdus vai viedokļu atšķirības, lai sasniegtu savus mērķus. Kā raksta B. Hokinss un K. Holdens, “viņu uztverē vēlme izaicināt likumdošanu var būt pietiekama, lai atturētu valdības pieņemt strīdīgus vai apstrīdamus likumprojektus” (Hawkins and Holden, 2016). Jūtami tiesvedību draudi rada atvērinošu efektu likumdevējam, un, apsverot jebkādas likumdošanas izmaiņas, veto punktu ietekmē valdības vienmēr rūpīgi izvērtēs jebkādas likumdošanas pārmaiņas un ievēros piesardzību vai pat noraidīs piedāvātās likuma izmaiņas, vēl pirms tās tiks nodotas izskatīšanai.

Mediķa profesija visā pasaulē jau sen ir pazīstama ar iespējām kontrolēt un ietekmēt lēmumu pieņemšanu veselības aprūpes nozarē tik lielā mērā, ka, pēc E. Immergut, to var nosaukt par dominējošo grupu lēmumu pieņemšanā (Immergut, 1990). Līdz ar to mediķi politisku lēmumu pieņemšanas sistēmā ir veto spēlētāji, kuru nostāja pret vai par noteiktu reformu ietekmē tās pieņemšanas un ieviešanas iespējas un veiksmi.

Kā atzīst gan E. Barbaza un J. Tello, gan E. Immerguta: lai arī medicīnas darbiniekiem piemīt reformu bloķēšanas iespējas, tomēr būtiskāk ir novērtēt to potenciālu, ko tie var sniegt politikas veidošanā (Barbaza and Tello, 2014; Immergut, 1990). Medicīnas darbinieku devums veselības politikas veidošanā var būt vairākos virzienos: 1) veidojot produktīvu sadarbību kompetenču stiprināšanai gan jomas ietvaros, gan starpnozaru skatījumā – piedaloties starpministriju un starpdepartamentu komitejās, publiskās un privātās sadarbības veicināšanas vizītēs; 2) stratēģisko vīziju formulēšanā – nozares attīstības stratēģisko plānu izstrādē, politikas plānošanas un izmaiņu izstrādē, operacionālo vadlīniju izstrādē, protokolu un uzdevumu noteikšanā, mērķu sasniegšanas un sistēmas veiktspējas rādītāju izstrādē; 3) jomas regulēšanā – formulējot nepieciešamās izmaiņas normatīvo aktu grozījumiem, balstoties augšup vērsta pieejā un risinot tās problēmas, ar kurām realitātē saskaras medicīnas darbinieki. Lai tiktu veicināta veselības nozares profesionāļu iesaiste šo virzienu pilnveidošanā, ir nepieciešams izstrādāt un skaidrot, kā var iesaistīties un pilnvērtīgi darboties šajā procesā – kāda ir to loma, tiesības un pienākumi, kā arī īstenot dzīvē labas pārvaldības procesus ar pilnvērtīgu partneru iesaisti.

Kā savā pētījumā norāda E. Immerguta, gadījumā, kad koalīcijas veido daudzu partiju pārstāvji un tā nav uzskatāma par spēcīgu koalīciju, interešu grupām paveras papildu iespējas graut nestabilo koalīciju, aktīvi ietekmējot un lobējot savas intereses caur atsevišķiem koalīcijas pārstāvjiem gan izpildvaras, gan lēmējvaras pusē (Immergut, 1990). Atsevišķi vērsta ietekme un kaulēšanās ar noteiktiem pārstāvjiem valdībā un parlamentā īpaši veiksmīga ir gadījumā, ja partijas un koalīcijas disciplīna ir vāja. Izmantojot šīs iespējas, interešu grupas var veicināt noteiktu parlamenta aktivitāšu bloķēšanu, un, tā kā partijas vienmēr meklē jaunus atbalstītājus un cenšas nezaudēt esošos, šīs interešu grupas var nonākt pozīcijā, kad tās ne tikai rada pieprasījumu pēc noteiktas darbības, bet arī eskalē pieprasījumu pēc noteiktas rīcības pēc to vēlēšanās.

Kā atzīst E. Barbaza un J. Tello: jāatceras, ka veselības aprūpes sistēmas aktori savā uzvedībā nedarbojas pēc nejaušības principa, bet to darbības un mijiedarbības ir apzināti veidotas un realizētas stratēģisku līderu un vadības iespaidā (Barbaza and Tello, 2014). Tādēļ tiem, kas veic šīs jomas pārvaldību, jeb valsts pārvaldei ir jābūt nodrošinātiem ar atbilstošiem

rīkiem un metodoloģijām – instrumentiem, mehānismiem, pasākumiem, kas spēj nodrošināt pārvaldības funkcijas realizēšanu un vadīt kopējo veselības aprūpes sistēmu tai definēto mērķu sasniegšanas virzienā.

Pētījumi par veselības nozares attīstīto valstu pieredzi norāda uz to, ka labas pārvaldības izstrādātie risinājumi, veidojot kārtību, kā nevalstiskais sektors iesaistās jomas politikas veidošanā un īstenošanā, nav radušies paši no sevis, bet, kā raksta E. Barbaza un J. Tello, ir detalizēti izstrādāti un noteikti, definējot nevalstiskā sektora lomu, funkcijas un nosakot iesaistes formas un veidus (Barbaza and Tello, 2014). Un tomēr, lai arī šī sistēma ir detalizēti izstrādāta, joprojām daļai iesaistīto pušu trūkst spējas virzīt savas iniciatīvas un ietekmēt procesus, kas saistīts ar zināšanu trūkumu gan par iesaistes veidiem, gan arī pieejamo datu un novērtējumu skaidrojumā un interpretācijā. Tāpēc kā viens no svarīgiem pienākumiem aģentūrām, kuras strādā, piesaistot nevalstiskas organizācijas, nepieciešams nodrošināt izpratni par mērķiem, datiem un informāciju un palīdzēt informācijas saņēmējiem pieņemt atbilstošus lēmumus neatkarīgi no tā, vai tie ir politiķi, vadītāji, klīnicisti, pacienti vai maksātāji. Kā vēl viens nozīmīgs izaicinājums pat attīstītajās veselības aprūpes sistēmās ir noteikt reālistiskas prioritātes, kas ir balstītas ilgtspējīgā finansējumā un veikspējas novērtējumā, kas vairāk iedrošina, nevis apslāpē inovācijas, kā arī izstrādāt tādus uzskaites un pārraudzības mehānismus, kas stiprina, nevis grauj profesionālo atbildību.

Lai novērtētu un analizētu sistēmas kvalitāti un plānotu veikspējas uzlabošanu veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanā, ir jāveic sniegto pakalpojumu regulāra uzraudzība un kvalitātes kontrole. Kā norāda E. Barbaza un J. Tello, jāizveido nesodoša sistēma, caur kuru medicīnas darbinieki var ziņot par kļūdām un negadījumiem, kurus analizējot var pilnveidot un uzlabot sistēmas darbību nākotnē (Barbaza and Tello, 2014). Izstrādājot šādas sistēmas, var nodrošināt iespēju gan iestādes iekšienē pilnveidot procesus, gan sniegt rekomendācijas politikas veidotājiem sistēmas pilnveidei un uzlabošanai. Dažāda veida auditi un atgriezeniskās saites sniegšana var sniegt būtisku devumu pilnveidojumu izstrādei, ilgtermiņā nodrošinot būtiskus sistēmas uzlabojumus, kā arī pilnveidot klīniskās vadlīnijas un veikt dažādu ārstēšanas pieeju efektivitātes novērtējumu.

Kā redzams no iepriekš aprakstītā, mūsdienīgas pārvaldības realizēšana no valsts pārvaldes pieprasa radikāli citādu veselības jomas vadību, nekā vēsturiski ierasts, realizējot centralizētu uz varas vertikāli veidotu valsts pārvaldes sistēmu. Mūsdienu pārvaldībā būtisku lomu ieņem sabiedrības iesaiste, lēmumu pieņemšanas atklātība, efektivitāte, datos balstītu lēmumu pieņemšana, bet no vadītājiem – līderība un spēja apvienot spēkus, virzoties kopīgi izvirzīto mērķu sasniegšanā. Valsts loma mūsdienās ir izstrādāt un iedzīvināt šos horizontālās pārvaldības mehānismus, nodrošinot sadarbību un kopdarbību starp valsts sektoru un

nevalstiskām organizācijām, stimulējot sabiedrības un profesionāļu iesaisti visos likumdošanas aktu izstrādes, pieņemšanas, apstiprināšanas un īstenošanas, kā arī novērtēšanas procesos. Ņemot vērā iepriekš minēto, ir secināms, ka pārmaiņu ieviešana veselības aprūpes nozarē mūsdienās ir tieši atkarīga no valsts pārvaldes realizētās jomas pārvaldības kvalitātes. Savukārt būtisks pārmaiņu pieņemšanas un īstenošanas priekšnoteikums ir labas pārvaldības principu un prakses īstenošana.

2.2. Darba metodoloģiskā pieeja

Vēsturiskais institucionālisms, kas ir izvēlēts kā šī darba teorētiskais pamatojums, pārstāv ontoloģisko pozīciju sociālajās zinātnēs. Tā mērķis ir izprast vēsturei piesaistītu specifisku notikumu gaitu un ilgtermiņa politikas rezultātus, ko “nevar izdarīt, vien strikti piemērojot metodes un epistemoloģijas, izmantojot invariantus mainīgos, kas ir fiksētā attiecībā noteiktā laikā un telpā” (Steinmo, 2013, 167). Vēsturiskais institucionālisms paredz “racionālista perspektīvu, un metodoloģiskais izpētes process ir induktīvs. Iznākumi tiek uzskatīti par neskaidriem un mulsinošiem, ja tie neizriet no plūstošas loģikas vai neatbilst teorijas pamatprincipiem” (Lecours, 2011, 15). Savukārt institūcijas ir vienojošais mehānisms starp racionalitāti un mulsinošiem neskaidriem iznākumiem.

Darbā izmantotā pieeja pārstāv ontoloģiskās pieejas sociālā konstruktīvisma skatījumu, kas saskaņā ar zinātnes filozofiju ietver jautājumu par zinātnisko patiesumu, kas tieši saistīts ar bažām par faktu objektivitāti. Kā norāda Džeimss Leidīmens (*James Ladyman*), “objektivitāte šajā skatījumā tiek pieņemta kā ekvivalents no prāta neatkarīgiem notikumiem, respektīvi, objektīvi fakti par pasauli, neatkarīgi no tā, kam cilvēki tic vai ko vēlas. Savukārt patiesība ir nekas vairāk kā noteikta veida leģitimitāte, ar ko ir apveltīta varas pozīcija” (Ladyman, 2007, 308). Patiesība ir sociāla konstrukcija tādā nozīmē, ka sociālie procesi nosaka un ietekmē to, kuras pārliecības un uzskati ir pareizi un kuri nav. Sociālā konstruktīvisma pieeja paredz, ka zinātnes vēsturiskais skaidrojums izriet, sākot no sociāliem procesiem, un nonāk līdz teorētiskiem un eksperimentāliem faktiem, un ne pretēji.

Viens no būtiskajiem zinātnes ontoloģiskās pieejas izaicinājumiem, kā uzsver Dž. Leidīmens, ir jautājums, kā sistematizēt pētāmos objektus un klasificēt tos noteiktos veidos jeb taksonomijās (Ladyman, 2007, 304–306). Atlasāmo izpētes objektu veida izvēle ir saistīta ar esenciālismu jeb būtību un paredz, ka viena veida īpatņiem piemīt noteiktas nepieciešamās īpašības, ar kurām tie atšķiras no citiem. Tāpat piederība noteiktam veidam ir saistīta ar šī veida dispozīciju, konterfaktuāliem nosacījumiem, kas paredz noteikta veida rīcības noteiktos apstākļos, kā arī cēloņsakarībām.

Vēsturiskā institucionālisma pētnieki, nosakot pētāmos objektus, institūcijas, un identificējot to veidus, piedāvā plašus un daudzveidīgus atlases kritērijus. V. Loundesa un M. Robertss norāda, ka institūcijas šajā teorētiskajā pieejā ir daudznozīmju termins, kas tiek izmantots, lai atsauktos uz sociālu fenomenu tā dažādajos līmeņos: neformālos ētikas kodeksos, rakstītās vienošanās, kā arī kompleksos veidojumos, ko veido specifiskas procedūras un prakses, kuras ir noturīgas, laikam ejot, veido un atražo noteiktas vērtības un uzvedības paternus (Lowndes and Roberts, 2013, 2–3). Līdzīgi institūcijas definē arī Dž. Mārčs un Dž. Olsens, nosakot, ka institūcijas ir relatīvi noturīgs noteikumu un prakšu kopums, kas ir iegults nozīmju struktūrās un relatīvi nemainīgos resursos, saglabājas nemainīgi, neskatoties uz indivīdu nomainību, un ir relatīvi izturīgs pret savdabīgām vēlmēm un indivīdu gaidām, kā arī mainīgiem ārējiem apstākļiem (March and Olsen, 2009).

Vēsturiskā institucionālisma pieejā pētāmo objektu atlase atbilst ontoloģiskās pozīcijas universalizācijas pieejai, kas paredz: kaut gan pasaule sastāv no individuāliem objektiem un tiem piemīt savas īpašības un attiecības, tomēr objektiem nenoliedzami piemīt arī kopējas īpašības. Kā norāda Dž. Leidīmens, universalizācijas pieeja paredz iespēju iekļaut un apskatīt kā vienotu kopumu vairākus objektus ar kopīgām īpašībām, kā arī spēka un ietekmes pozīcijām, pat ja tie nav identiski un citās īpašībās ir atšķirīgi (Ladyman, 2007, 310–312). G. Peterss piedāvā institūciju definēt, balstoties uz šādām pazīmēm: 1) institūcijas stāv pāri indivīdiem, tos iekļauj noteiktās grupās un ietekmē; 2) tai piemīt noteikta stabilitāte laikā, kas izpaužas kā regulāras un atkārtotojas aktivitātes, kuras rada institūcijas iezīmes; 3) institūcijas spēj ietekmēt indivīda uzvedību caur formālām un neformālam normām; 4) institūcijas ir balstītas uz kopīgi pieņemtām vērtībām un to nozīmes izpratni (Peters, 2005, 18–19).

Institucionālas pārmaiņas saskaņā ar Volfganga Strīka (*Wolfgang Streeck*) un K. Telēnas pieeju paredz skatīt institūcijas kā formalizētus noteikumus, kuri tiek īstenoti, iesaistot trešās puses (Streeck and Thelen, 2005). Politiskas pārmaiņas tiek skatītas kā institūcijas tādā izpratnē, ka tās nosaka veidus, kā sadarboties citiem aktoriem – ne politikas veidotājiem, noteikumus, kurus var un vajag ieviest un kuri ir leģitīmi un gadījumā, ja nepieciešams, var tikt uzspiesti no noteiktu aģentu puses sabiedrības vārdā. Saskaņā ar Dž. Voltas piedāvāto veselības reformu politikas analīzes satvaru “nozīmīga loma ir politikajai elitei un birokrātiem, kuri formulē un ievieš reformu” (Walt, 1998, 374). Šīs grupas viedokļu izpēte ir nozīmīga un saistīta ar to, ka tiem ir stratēģiski nozīmīga loma reformu ieviešanā un no to atbalsta ir atkarīga reformu virzība. Tāpat birokrāti daudz agrāk par sabiedrību apzinās ar reformu saistītās izmaksas un ieguvumus, tādēļ var izmantot šos rīkus reformas virzīšanā vai

kavēšanā. Bet vienlaikus, neskatoties uz to, ka lielākie spēki (gan politiskā elite, gan biznesa elite) ir koncentrēti šajās dažās rokās, nozīmīga loma ir interešu grupām, un tās analīzes procesā nedrīkst tikt ignorētas.

Pārmaiņas, kā norāda Peterss, var ierosināt arī “kritiskās struktūras” (*critical junctures*) gadījumos, kad atsevišķi notikumi nespēj ietekmēt institūcijas, gadījumos, kad vairāki apstākļi sakrīt vienlaikus, tie var veidot faktoru kopumu jeb kritisko pavērsiena punktu, kas piespiež veikt noteikta veida pārmaiņas (Peters, 2012, 79). Šis aspekts ir cieši saistīts ar pārmaiņu ieviešanas jautājumu: kad ir brīdis, kad aktori visveiksmīgāk inicializē pārmaiņas. Vai citiem vārdiem sakot, kādi apstākļi veicina pārmaiņu pieprasījumu. Parasti šādas izmaiņas tiek inicializētas, kad aktoriem ir pieejama pietiekama vara šādu izmaiņu veikšanā vai kad paveras “iespēju logs” (Lecours, 2011, 64–65), ko rada vai nu starptautiski notikumi, vai būtiskas nacionāla līmeņa izmaiņas vai satricinājumi, visbiežāk tās ir krīzes, varas maiņa pēc demokrātiskām vēlēšanām vai sociālie konflikti.

Noteikti politiskie aktori var rosināt pārmaiņas, akcentējot uzmanību uz resursiem un salīdzinot tos ar iespējām. Tādas pārmaiņas var tikt virzītas gadījumos, kad nav krīzes punktu un galvenā uzmanība ir vērsta uz resursu izmantojumu un iespējām – efektivitāte, izdevumu mazināšana, konsolidācija. Šādas pārmaiņas galvenokārt tiek analizētas no izmaksu viedokļa, un resursi šajā gadījumā nav tikai nauda un vara, bet reizēm arī balstītas uz idejām. Šādos brīžos var tikt pieņemti lēmumi par jaunu institūciju radīšanu, bet to apstiprināšana var būt saistīta ar ideoloģiskiem pieņēmumiem un valdošajām ideoloģijām. Piemēram, ilgtermiņā plānojot ieguvumus, ja var veikt aprēķinus un novērtēt ieguvumus no institūcijas izmaiņām ilgtermiņā, tas var būt kā izmaiņu veidošanas pamatojums, stabilā sistēmā – vērtējot īstermiņa un ilgtermiņa ieguvumus, kā arī izmaksas, kas saistītas ar pārejas periodu. Kā norāda A. Lekors, nelielas inkrementālas izmaiņas parasti ieguvumus vairāk sniedz, skatoties īstermiņā, un tiek virzītas no to aktoru puses, kuri darbojas īslaicīgā laika horizontā (Lecours, 2011, 67). Tālākajos reformas virzības posmos kā reformu veicinoši vai kavējoši aktori var tikt iesaistīti gan akadēmiskās grupas pārstāvji (pētnieki un zinātnieki), gan mediju pārstāvji. Šo abu grupu uzdevumi lielā mērā ir saistīti ar sabiedrības informēšanu un izglītošanu par noteiktiem reformas ieguvumiem vai tieši pretēji – potenciāliem draudiem un negatīvām ietekmēm. No tā, cik prasmīgi politikas veidotāji un virzītāji spēj iesaistīt visas minētās puses, lielā mērā ir atkarīgs tas, cik ātri un veiksmīgi pārmaiņas tiks īstenotas.

Maikla Reiha (*Michael R. Reich*) piedāvātais reformu analīzes modelis iesaka analizēt un apskatīt sešas dimensijas, kas saistītas ar nozīmīgu pārmaiņu īstenošanu: 1) reformas ieviešanas sekas jeb konsekvences; 2) spēlētāji vai puses, kuri ir reformas atbalstītāji un kuri opozicionāri jeb kavētāji; 3) kādi ir iesaistīto pušu darbības mērķi un motīvi; 4) kādas ir

iesaistīto pušu attiecības un galveno politikas spēlētāju atrašanās vieta pret citiem aktoriem; 5) kas ir piemērotākais pārejas posms jeb labākais pārmaiņu ieviešanas brīdis, kurš sniedz jaunas iespējas; 6) kāda ir izmaiņu ieviešanas stratēģija (Reich, 1995).

Savukārt Ričards Skots (*W. Richard Scott*) piedāvā institucionālās vienošanās skatīt, izmantojot trīs pīlāru pieeju, kas ir katras institūcijas pamatā: 1) regulatīvais pīlārs: likumdošanas un konstitucionālās vienošanās; 2) normatīvais pīlārs – normatīvi noteikumi, vērtības un pieņemtās normas, lomas; 3) kulturāli kognitīvais pīlārs – neformālās kultūras normas, struktūras un principu, kā arī kognitīvo funkciju esamība organizācijās, kas veidojas caur struktūrām, kontekstu, kādu veido un uztver sabiedrība un kā sevi šajā kontekstā sabiedrībai pasniedz organizācija (Scott, 2013, 59–70).

Pagātnes atkarība un institūciju piemērotības loģika, kā arī darbības atbilstība noteiktam sociāli konstruētam patiesības redzējumam ir vēl viena vēsturiskā institucionālisma ontoloģiskās pozīcijas izpausme, kas saistīta ar zinātnes patiesuma skaidrojumu. Kā atzīst Dž. Leidīmens, skaidrojot patiesību kā saistību starp vēlamo redzējumu un realitāti, lai noteiktu patiesību, ir nepieciešams apkopot vēlamos redzējuma priekšlikumus un attiekties pret tiem kā realitāti, kas ir balstīta saskaņotībā un vienotībā starp tiem (Ladyman, 2007, 308). Un uzskats ir patiess tad, ja tas saskan ar citiem uzskatiem šajā vērtību sistēmā. Tādējādi patiesība ir nevis atbilstības saistība starp uzskatiem un realitāti, bet iekšēja saistība un saskaņotība starp dažādiem uzskatiem. Vēl viens aspekts, uz ko norāda Dž. Leidīmens, kādēļ būtiska nozīme ir uzskatu saskaņotībai, ir skaidrojams ar faktu, ka neatkarīgi no tā, vai tiek raksturotas faktu vai pasaules struktūras, pētnieki vienmēr paļaujas uz savu uzskatu struktūrām un mūsu spriedumi nekonfrontē tieši pasauli, bet gan ar to saistītos spriedumus, uzskatus un izteikumus.

Vēsturiskajam institucionālismam piemīt induktīva pieeja, kas balstās uz analīzi, noteiktos posmos apskatot pastāvošos paternus un notikumus. Kā apgalvo S. Steinmo, palielinot izpēti laika posmu, tiek risināts mazas izvēles kopas jeb mazas N vērtības trūkums (Steinmo, 2013, 175–177). Papildus tam ilgtermiņa vēsturiskā procesa izsekošana ļauj iegūt novērojumus, kurus nevar iegūt, veicot īstermiņa korelāciju analīzi, bet trasēšanas pieeja ir instruments, kas pētniekam palīdz izjust laika robežas un noteikta perioda ietekmes, nezaudējot sasaisti ar specifiskiem mērķiem un rezultātiem. Analizējot pārmaiņu procesus un transformācijas, vēsturiskā institucionālisma pieejā būtisks faktors ir pagātnes lēmumi un uzņemtais virziens, jo, kā norāda M. Ornerheims un E. Vīlborga, kaut gan laika ritums ir normāla un pašsaprotama lieta, analizējot izmaiņu ieviešanu, ir nepieciešams padziļināti pētīt ne tikai struktūras un aktivitātes, bet ņemt vērā arī kopējo kontekstu (Ornerheim and Wihlborg, 2014). Notikumi, kas ir notikuši agrāk, tieši ietekmē lēmumus, kas pieņemti vēlāk, jo agrāk radītie apstākļi ierobežo iespējas brīvi pieņemt lēmumus. L. Serna atzīst, ka, analizējot politisko

pārmaiņu ieviešanu, viens no būtiskiem analīzes faktoriem ir tieši pagātnes atkarība, kas rada vispārīgas grūtības ieviest politiskas izmaiņas, jo institūcijas ir inertas un tajās darbojošie aktori cenšas sargāt eksistējošās iedibinātās prakses un rīcības modeli (Cerna, 2013). Kā norāda P. Pīrsons, “lai sargātu sevi, tās rada noteikumus, kas padara agrāk eksistējošās vienošanās neatgriezeniskas” (Pierson, 2000, 262), kā rezultātā pagātnē pieņemtie lēmumi turpina nozīmīgi ietekmēt arī tālākos lēmumus un jebkuru pārmaiņu ieviešana nostiprinātajā kārtībā prasa nesamērīgus izdevumus un pūliņus. Ja valsts pārvalde ir uzņēmusi noteikta veida virzienu un dodas pa noteiktu kursu, tad kursa maiņas izmaksas ir nesamērīgi augstas. Līdz ar to noteikti pagātnes principi tiek iebūvēti un ir jāņem vērā, analizējot vēlāk pieņemtus lēmumus, kā arī pagātnes atkarība veicina to, ka tiek realizētas nevis būtiskas pārmaiņas, bet inkrementālas izmaiņas.

Atbilstoši iepriekš sniegtajam raksturojumam pētnieciskajam darbam ir izvēlēta ontoloģiskā pozīcija, jo pētnieciskais uzdevums ir izprast vēsturei piesaistītu specifisku notikumu gaitu un to ilgtermiņa rezultātus. Vēsturiskā analīze saskaņā ar vēsturisko institucionālismu ir saistīta ar trim pamatfokusiem: a) skaidrot nozīmīgus notikumus; b) analizēt visaptverošus sociālos kontekstus; c) veikt vēsturisku procesu izsekošanu. Savukārt, lai risinātu ontoloģiskās pozīcijas trūkumus un nodrošinātu faktu objektivitāti, induktīvi veiktais aprakstošais pētījums ir papildināts ar objektīviem kvantitatīviem datiem, kas raksturo procesa iznākumus pārmaiņu gaitā.

2.3. Pagātnes atkarības un procesu izsekošanas nozīme tās atklāšanā

Vēsturiskajā institucionālismā viens no nozīmīgiem analīzes aspektiem ir agrāk pieņemto lēmumu ietekme uz īstenoto politiku vai pārvaldes sistēmu. Šīs sākotnējās izvēles un institucionālās vienošanās, kas ir balstītas agrāk veiktajās izvēlēs, nosaka un ietekmē tālākos lēmumus. Ja mēs neizprotam šos sākotnējos lēmumus, tad ir neiespējami saprast loģiku, uz kuru balstoties notiek tālākā lēmumu attīstība. Šī saistība tiek apzīmēta ar “pagātnes atkarības” fenomenu, kas nosaka, ka, “vienreiz izdarot izvēli, tās ietekme būs jūtama un persistējoša līdz brīdim, kad parādīsies nozīmīgi ietekmējoši spēki, kas spēs novirzīt no uzņemtā virziena” (Peters, 2012, 70). Savukārt politiskiem lēmumiem, kas tiek pieņemti, kad institūcija tiek izveidota vai definēta sākotnējā politika, būs ilgstoša un tālejoša ietekme uz institūciju un politiku nākotnē.

Nepārtraukta pagātnes izvēļu klātbūtne ir saistīta ar “pieaugošās atdeves” konceptu: “kad sākotnēji noteikti ieguldījumi ir veikti un tam sekojušas mācības, pieredze un pielāgošanās, izmaksas, kas saistītas ar uzņemtā kursa izmaiņām, savukārt prasīs atkal jaunus ieguldījumus gan resursu, gan laika ziņā, pie tam īsā laikā, parasti pārsniedz prognozējamus

pārmaiņu ieguvumus” (Lecours, 2011, 57). Līdz ar to turpinošā atdeve no iepriekš uzsāktām aktivitātēm, ejot ierasto ceļu, dod priekšrocības, salīdzinot ar zaudētajiem ieguldījumiem, atsakoties no sākotnējās pieejas, līdz ar to pret pārmaiņām ir ne tikai institūcija, bet arī sociālie un politiskie tīkli, kas ap to ir izveidojušies. Šajā pozitīvās atgriezeniskās saites lokā iekļautie aktori kļūst piesaistīti sākotnējam kursam un sākotnējam institucionālajām izvēlēm, izveidojot noteiktu līdzsvara punktu, kas rada institucionālo inertumu. Tā kā institūcijas iemieso spēku asimetrijas starp dažādiem politiskiem aktoriem, institucionālā stāze jeb inertums ir novērojama pat gadījumos, kad vājākie aktori meklē pārmaiņas.

Pagātnes atkarība ir novērojama ne tikai tālejošā tiešā ietekmē, bet arī gadījumos, kad “jauns noteikums tiek radīts ar mērķi novērst problēmas, ko ir radījis agrāk pieņemts lēmums, kā rezultātā institucionālas kārtības un struktūras ģenerē mēģinājumus risināt problēmas, kuras tās pašas ir radījušas” (Peters, 2012, 73). Ja sākotnējās izvēles, kas pieņemtas, formulējot politiku vai veidojot institūcijas, ir bijušas neadekvātas vai nepiemērotas, institūcijām ir jāmeklē veidi, kā pielāgoties un transformēties, vai arī to pastāvēšana būs apdraudēta. Pagātnes atkarība līdz ar to nav “akmeni iekalta”, bet tā turpina nemainīgi pastāvēt, kamēr uz to nedarbojas būtiski ārēji spēki un nav jūtams apdraudējums. Bet tā var mainīties, transformēties un pielāgoties, kad to pastāvēšana kļūst apdraudēta. Tāpēc to evolūcija ir saistīta ar punktētā līdzsvara pieeju – tās transformējas, pārejot no viena stabila stāvokļa uz otru, un saglabājas nemainīgas līdz nākamajam apdraudējuma punktam.

Pagātnes ietekmi uz reformu ieviešanu veselības aprūpes nozarē norāda arī M. Ornerheims un E. Vīlborga, analizējot Zviedrijas pieredzi ar slimību reģistru ieviešanu kā daļu no veselības aprūpes kvalitātes sistēmas reformas. Ieviešanas grūtības viņi skaidro ar to, ka jebkuras institūcijas pamatvērtības ir ietvertas institūcijas normatīvajās funkcijās un pēc tam skaidrotas un padarītas saprotamākas jau konkrētā iestādes iekšējās darbības formālā un neformālā regulējumā. Institūciju gadījumā politiski mērķi ir norādes attiecībā uz to, kā organizācijas tiek veidotas un vadītas. Kā raksta M. Ornerheims un E. Vīlborga, “gadījumos, kad politiskie mērķi un agrāk pieņemtie lēmumi skaidri virza pārmaiņas, pagātnes atkarība ir nozīmīgs koncepts, kurš ir jāņem vērā, domājot par pārmaiņu ieviešanu. Institucionālās pārmaiņas tiek realizētas caur jauniem noteikumiem un rutīnām, kuras tiek pielāgotas slāni pa slāni, par pamatu esot iepriekš izveidotām un nostiprinātām praksēm” (Ornerheim and Wihlborg, 2014, 4).

Ilgtermiņa institūciju veikto izvēļu radītie rezultāti ir jāvērtē kā to radītie sociālo procesu rezultāti, nevis kā noteiktu aktoru sasniegtie rezultāti. Un pat gadījumos, kad pārmaiņu virzītājiem ir skaidri sasniedzamie rezultāti un tiek pieliktas pūles institūciju radīšanā, pārmaiņu process tiek veikts apstākļos, kas ir neparedzami sarežģīti un var novest pie kļūdām, līdz ar to

institūcijas var nefunkcionēt atbilstoši paredzētajiem mērķiem, jo to darbību ietekmē citi apstākļi. Tādēļ “vēsturiskā institucionālisma izpētes objekts paredz ilgtermiņa perspektīvu un analizē, kā notiek pielāgošanās un kļūdu labošana, un šo darbību ietekme ilgtermiņā” (Pierson and Skocpol, 2002, 709).

Vēsturiskā institucionālisma metodoloģiskā pieeja paredz, ka notikumu vēsturisko attīstību skata ļoti rūpīgi, visbiežāk vairāk nekā tikai noteiktu faktu kopumu, kas saistīts ar pagātni. Lai izprastu notikumu gaitu un noteiktus laikā notiekošus procesus un vienošanās, bieži vien novērojumi tiek veikti ilgākā laika posmā un pat vairākās desmitgadēs. Līdz ar to šajā pieejā metodoloģiski un teorētiski spriedumi tiek izdarīti padziļinātā vēsturiskā izpētē, nevis tikai raksturojot procesus pagātnē, bet procesus ilgākā laika periodā. Kā norāda P. Pīrsons un T. Skocpola, “vēsturiskā izpēte var arī palīdzēt skaidrot cēloņsakarību notikumus, jo teorētiski pieņēmumi par noteiktām cēloņsakarībām paredz temporālu attiecību izvērtēšanu starp mainīgajiem, un vēsturiskās gaitas izpēte palīdz labāk noteikt notikumu secību un izteikt pieņēmumus par cēloņsakarībām” (Pierson and Skocpol, 2002, 699). Šajā metodoloģiskajā pieejā vēsturi un to “notikumu gaitu skata kā notiekošu procesu, nevis tikai ilustrāciju” (Pierson and Skocpol, 2002, 705), jo analīze tiek veikta makroskopiskā līmenī, fokusējoties uz institūcijām un organizācijām, kas agregē indivīdus.

No metodoloģiskā viedokļa, vēsturiskais institucionālisms izmanto “periodizācijas pieeju, sadalot pētāmo laika periodu noteiktos laika nogriežņos, un izšķir četru veidu analīzes pieejas” (Lecours, 2011, 15): 1) tiek salīdzināts periods pirms un pēc institūcijas radīšanas; 2) analizējot institucionālās pārmaiņas, tiek analizēts un raksturots noteikts diskrēts moments, kurā ir novērojamas būtiskas institucionālās pārmaiņas; 3) ārējā šoka stratēģija paredz salīdzināt periodus pirms un pēc noteikta starptautiska notikuma, kurš ir radījis ietekmi; 4) konkurējošo cēloņu stratēģija analizē institūciju ilgtspēju un apstākļus, kuros nenotiek institucionālas pārmaiņas. Vēl viena būtiska vēsturiskā institucionālisma izpētes iezīme ir vērst uzmanību uz ilgstošiem liela mēroga, bet bieži vien lēni notiekošiem sociāliem procesiem. Vēsturiskā institucionālisma pētnieki cenšas atklāt cēloņsaistītus procesus, nozīmīgus politiskos rezultātus skatot ilgstošos laika periodos, jo sociālā pasaulē nozīmīgas pārmaiņas var notikt tikai ilgstošā laika periodā. Bieži vien pārmaiņas prasa ilgu laika posmu, jo tiek realizētas inkrementāli jeb papildinoši, līdz ar to nonākt līdz galarezultātam, veicot nelielus uzlabojumus, ir ļoti ilgstošs process. Otra būtiskā iezīme ir tāda, ka “vairāki sociālie procesi var būt maznozīmīgi līdz brīdim, kad tie sāk kļūt kritiski, skatoties no sabiedrības vērtējuma – brīža, kad iegūst kritisko masu, kas savukārt var inicializēt būtiskas pārmaiņas” (Pierson and Skocpol, 2002, 704). Vēl viena iespēja ir saistīta ar to, ka noteiktu cēloņsakarību procesi ietvers noteiktu notikumu ķēdes ar vairākiem saistītiem procesiem un, lai tie noritētu, ir nepieciešams noteikts laika periods.

2.4. Pētījuma modelis un datu atlase

Pētījuma modelis ir balstīts uz vēsturiskā institucionālisma un sociālā konstruktīvisma pieeju, kas paredz, ka izpēte tiek veikta, primāri analizējot sociāli konstruētus notikumus un procesus, un papildināta ar datiem un faktiem, kas kvantitatīvi raksturo noteiktus analizētos procesus. Pētījums sastāv no divām daļām, kurās analīze ir veikta saskaņā ar vēsturiskā institucionālisma procesu izsekošanas pieeju, secīgi analizējot notikumus un raksturojot apstākļus un to ilgtermiņa ietekmes.

Pirmajā pētījuma daļā ir apskatītas veselības politikas pārmaiņas, kas veiktas Latvijas veselības politikā laika posmā no 1990. līdz 2020. gadam, raksturojot reformu noteiktos mērķus un sasniegtos rezultātus, izmantojot kvantitatīvos rādītājus un citos pētījumos sniegto reformas rezultātu vērtējumu. Saskaņā ar pētījumā izvēlēto pieeju tiek izmantota A. Lekora periodizācijas pieeja, nosakot pētāmos periodus, kam par pamatu ir novērojamas būtiskas institucionālās pārmaiņas (Lecours, 2011, 15). Atbilstoši iegūtajiem rezultātiem saskaņā ar Latvijas veselības nozares raksturojumu un kvantitatīvajiem rādītājiem ir secināts, ka reforma ir bijusi sekmīga tikai daļēji, jo vairākos rādītājos nav sasniegti reformas rezultāti.

Otrajā pētījuma daļā ir veikta reformas ieviešanas procesa analīze saskaņā ar vēsturiskā institucionālisma teoriju un procesu izsekošanas pieeju. Teorētiskā pieeja paredz, ka “institūcijas ir relatīvi noturīgs noteikumu un prakšu kopums, kas iegulsts nozīmju struktūrās” un ir nemainīgs un nav atkarīgs no indivīdiem, kuri ieņem noteiktu pozīciju (March and Olsen, 2009), līdz ar to kā viens no būtiskajiem analīzes aspektiem ir analizēta institūcija, kas realizē veselības reformas ieviešanu, jeb par attiecīgo jomu atbildīgā ministrija. Ņemot vērā, ka caur noteikumiem un praksēm politiskās institūcijas nosaka savas pamattiesības un pienākumus, ir detalizēti analizēti šo institūciju darbību regulējošie normatīvie akti. Bet, ņemot vērā, ka “likums ir lielā mērā noteikta un formalizēta pārvaldes institūcija, kas attīstās un sevī ietver skaidri noteiktas sabiedrības normas un vērtības” (Peters, 2012, 6), ir analizēta arī valsts pārvaldi veidojošā normatīvā bāze un tās pārmaiņas. Kā norāda vairāki vēsturiskā institucionālisma pārstāvji, papildus formālajiem nosacījumiem ir jāņem vērā arī partiju sistēma, attiecības starp dažādām varām, noteikumi, kā tiek organizēta politiskā cīņa un konkurence, valdošās ideoloģijas un ekonomiskā situācija, kā arī valsts pārvaldes mijiedarbība ar nevalstisko sektoru.

Reformas ieviešanas procesa analīze ietver un aptver dažāda veida formālas un neformālas institūcijas un veikta, izmantojot R. Skota piedāvāto trīs pīlāru institucionālo vienošanās izpētes pieeju, kas paredz apskatīt: 1) kulturāli kognitīvo pīlāru; 2) regulatīvo pīlāru; 3) normatīvo pīlāru (Scott, 2013). Raksturojot kulturāli kognitīvo pīlāru, tiek analizētas šajā laika periodā sabiedrībā valdošās vērtības, ideoloģijas, būtiskākās valstī risināmās problēmas

un izpratne par veselības vērtību. Raksturojot regulatīvo pīlāru, tiek analizēta šajā laika posmā pastāvošā valsts iekārta, spēkā esošā likumdošana, valsts pārvaldes struktūra un politisko pārmaiņu virzīšanas procesuālā kārtība. Raksturojot normatīvo pīlāru, tiek analizētas politisko partiju priekšvēlēšanu programmas, valdību deklarācijas un par jomu atbildīgās izpildvaras darbības veselības nozarē.

Analīze veikta, izmantojot procesu izsekošanas metodi un identificējot noteiktus periodus, kuriem ir raksturīgas kopīgas īpašības saskaņā ar P. Pīrsona un T. Skocpolas metodoloģisko pieeju, dalot pētāmo periodu noteiktos posmos (Pierson and Skocpol, 2002, 703–704). Ņemot vērā Latvijas politisko procesu, analīzes posmi ir saistīti ar politisko varu, kas tiek īstenota ar jaunas Saeimas ievēlēšanu, kurai var sekot vai nu politiskā kursa maiņa, vai iepriekš uzsāktā kursa turpināšana.

Analīze ir balstīta dokumentu izpētē, analizējot normatīvos dokumentus – likumus, noteikumus, pamatnostādnes, nolikumus –, kā arī ar šiem formalizētiem procesiem saistītos dokumentus: Saeimas vēlēšanu rezultātus; ievēlētās politiskās partijas un to priekšvēlēšanu programmas; no ievēlētām partijām izveidotās koalīcijas sastāvu; valdības deklarācijās iekļautās apņemšanās reformu veikšanai veselības jomā; informatīvos ziņojumus par reformu īstenošanu.

Raksturojot varas attiecības starp likumdevēju, izpildvaru un reformas realizētāju, tiek analizēti publiski paustie viedokļi un veiktas intervijas. Pētot veselības nozares pārvaldību un tās atbilstību mūsdienu demokrātiskas valsts pārvaldes principiem un sabiedrības līdzdalībai, izpēte ir balstīta uz intervijām, kurās dažādu pušu pārstāvji raksturo sadarbību un tās iznākumus. Intervējamo respondentu atlase ir veikta pēc šādiem kritērijiem: 1) persona pārstāv kādu no veselības jomas aktoriem: valsts sektoru, nevalstisko sektoru (pakalpojumu sniedzējs, pakalpojumu saņēmējs, pakalpojuma apmaksātājs); 2) persona ir jomas profesionālis attiecīgajā nozarē, intervijas brīdī vai pagātnē ieņemot attiecīgu amatu, vai ir jomas eksperts, kas piedalījies starptautisku ziņojumu veidošanā par veselības nozari Latvijā, vai ir starptautisku publikāciju autors par šo tēmu.

1) Valsts sektora pārstāvji (izpildvaras pārstāvji):

- a. Ingrīda Circene (2016. gada marts) – veselības ministre, 8., 9. un 10. Saeimas deputāte, praktizējoša ginekoloģe.
- b. Ilze Viņķele (2016. gada marts) – labklājības ministre un veselības darba grupas vadītāja 12. Saeimā, 10., 11. un 12. Saeimas deputāte.
- c. Liega Zalcmāne, Līga Žurovska (2018. gada oktobris) – Veselības ministrijas Projektu vadības nodaļas vadītāja un eksperte.

- d. Anda Čakša (2018. gada novembris) – veselības ministre, bijusī BKUS un PSKUS valdes locekle.
 - e. Daina Mūrmane-Umbraško (2018. gada novembris) – Veselības ministrijas valsts sekretāra p.i., bijusī Nacionālā veselības dienesta vadītāja.
- 2) Nevalstisko organizāciju pārstāvji:
- a. Jānis Abāšins (2017. gada janvāris) – pakalpojumu finansētāju organizācijas, Latvijas Apdrošinātāju asociācijas prezidents. Pārstāv privāto veselības apdrošināšanas, kas sedz valsts neapmaksāto pakalpojumu finansētājus.
 - b. Andris Baumanis (2017. gada marts) – pakalpojumu sniedzēju organizācijas, Latvijas Ārstu biedrības valdes loceklis, praktizējošs ģimenes ārsts.
 - c. Gundega Lazdāne (2017. gada marts) – pakalpojumu sniedzēja, e-veselības sistēmas izstrādātāja, Datorzinību centrs.
 - d. Ināra Pētersone (2018. gada septembris) – pakalpojumu sniedzēju organizācijas, Veselības aprūpes darba devēju asociācijas izpilddirektore, bijusī Valsts ieņēmumu dienesta ģenerāldirektore. Pārstāv veselības aprūpes sistēmas privātā sektora dalībniekus.
 - e. Sandra Gintere (2018. gada oktobris) – pakalpojumu sniedzēju organizācijas, Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācijas valdes locekle, RSU Ģimenes medicīnas katedras vadītāja, praktizējoša ģimenes ārste.
 - f. Egils Einārs Jurševics (2019. gada februāris) – pakalpojumu sniedzēju organizācijas, *Grindex* valdes priekšsēdētāja padomnieks nozares politikas jautājumos, Latvijas Patentbrīvo medikamentu asociācijas valdes priekšsēdētājs.
 - g. Andris Veīķenieks (2019. gada marts) – pakalpojumu saņēmēju – pacientu organizācijas, HIV pacientu biedrības *AGIHAS* vadītājs.
 - h. Dita Raiska (2018. gada oktobris) – pakalpojumu sniedzēju organizācijas, Latvijas Māsu asociācijas vadītāja, praktizējoša vispārējās aprūpes māsa.
- 3) Sabiedrības veselības un veselības ekonomikas eksperti:
- a. Daiga Behmane (2016. gada marts) – Veselības ekonomikas asociācijas vadītāja, bijusī Veselības ekonomikas centra vadītāja, vairāku starptautisku publikāciju līdzautore par veselības vadības un organizācijas jautājumiem.
 - b. Ģirts Briģis (2016. gada marts) – sabiedrības veselības eksperts, darbojies Veselības un Finanšu ministrijas darba grupās, starptautisku ziņojumu par veselības jomas aprūpi nacionālais eksperts, vairāku publikāciju līdzautors par sabiedrības veselības, veselības vadības un organizācijas jautājumiem.

3. Latvijas veselības politikas analīze

Jebkura pārmaiņu ieviešana valsts pārvaldē, arī veselības jomā, ir jāskata kā politisks process piecu iemeslu dēļ: 1) tā atspoguļo vērtības, kuras izsaka noteiktas sabiedrības daļa; 2) reforma rada būtiskas pārmaiņas un ietekmes uz sabiedrību, jo tā veic resursu un izmaksu pārdali; 3) pārmaiņas izsauc konkurenci starp noteiktām sabiedrības grupām, kuras vēlas radīt sev labvēlīgu ietekmi un iznākumus; 4) reformas pieņemšana vai noraidīšana vairumā gadījumu ir saistīta ar noteiktiem politiskiem notikumiem vai politiskām krīzēm; 5) pārmaiņas var radīt nozīmīgu ietekmi uz politiskā režīma stabilitāti. Tādēļ, lai iecerētās veselības politikas pārmaiņas būtu sekmīgas, politikas veidotājiem ir jāizvēlas piemērotas un efektīvas metodes, kuras izmantot, lai novērtētu politiskās vides apstākļus un veicinātu tādu politisko faktoru attīstību, kas rada labvēlīgu augsni pārmaiņu ieviešanai (Reich, 1995).

Izpētes nodaļa sastāv no divām apakšnodaļām. Pirmajā apakšnodaļā saskaņā ar pirmo pētniecisko jautājumu *“PJ1: Kādas veselības politikas pārmaiņas tika realizētas veselības aprūpes reformas ietvaros laika periodā no 1990. līdz 2020. gadam?”* ir apskatītas Latvijas veselības reformas ietvaros veiktās politikas izmaiņas. Izmaiņas saskaņā ar reformas pamatuzdevumiem ir veiktas trijos pamatvirzienos un notikušas vairākos aspektos: a) pārmaiņas veselības aprūpes finansēšanas modelī; b) izmaiņas veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanā; c) izmaiņas cilvēkresursu nodrošinājuma jautājumā; d) izmaiņas elektronisko veselības ierakstu ieviešanā. Reformas ietvaros veikto pārmaiņu apraksta nodaļā ir sniegts gan reformas ietvaros veikto pārmaiņu norises raksturojums, gan, atbildot uz otro pētniecisko jautājumu *“PJ2: Kādi reformas mērķi tika sasniegti, veicot veselības aprūpes sistēmas reformu laika periodā no 1990. līdz 2020. gadam?”*, īstenoto pārmaiņu sasniegto rezultātu novērtējums. Novērtējums ir dots, balstoties uz citu autoru pētījumiem un kvantitatīvajiem statistikas datiem, kuri tiek izmantoti starptautisko organizāciju ziņojumos, veicot veselības jomu noteiktu aspektu salīdzinošo analīzi.

Otrajā apakšnodaļā, meklējot atbildi uz trešo pētniecisko jautājumu *“PJ3: Kāpēc kavējās izvirzīto mērķu sasniegšana, reformējot Latvijas veselības politiku laikposmā no 1990. līdz 2020. gadam?”*, ir sniegta reformas ieviešanas procesa analīze, lai identificētu faktorus, kas sekmējuši vai kavējuši reformas ieviešanu. Analīze ir veikta, izmantojot procesu izsekošanas metodi, nosakot laika posmus, kuri ir saistīti ar noteiktiem pie varas esošiem politiskiem spēkiem, sabiedrībā valdošām ideoloģijām un valsts pārvaldes darbību prioritātēm. Katrā no šiem laika posmiem ir analizēti trīs pīlāri, kas saistāmi ar pārmaiņu ieviešanu institūcijās un attiecināmi arī uz Latvijas veselības politikas reformu: kulturāli kognitīvo pīlāru, regulatīvo pīlāru un normatīvo pīlāru.

3.1. Veselības politikas reforma no 1990. līdz 2020. gadam

Veselības politikas reforma Latvijā sākās pēc neatkarības atjaunošanas 1990. gadā, kad tika pieņemta ievirze visā valsts ekonomiskajā sistēmā mainīt agrāko centralizēto plānveida ekonomisko sistēmu uz brīvā tirgus principos balstītu ekonomikas sistēmu, veicinot jaunas darbības formas – uzņēmējdarbības – ieviešanu. Kopējā ekonomiskā kursa ievirze ietekmēja arī veselības politiku, jo paredzēja mainīt iepriekšējo veselības aprūpes organizēšanas modeli no centralizēta uz decentralizētu, kurā starp pakalpojumu sniedzējiem valda brīvā tirgus likumi. Tika pieņemts, ka šādu pārmaiņu rezultātā tiks sniegti augstākas kvalitātes pakalpojumi par zemāku cenu. Šie pārmaiņu nosacījumi ietvēra arī būtiskas visu sabiedrību ietekmējošas izmaiņas – medicīna no jomas, kas iedzīvotājiem bija valsts pilnībā apmaksāts jeb bezmaksas pakalpojums, kļuva par maksas pakalpojumu, ieviešot pacienta līdzmaksājumu, kā arī maksas pakalpojumus.

PSRS laika veselības aprūpes organizēšanas sistēma bija izteikti centralizēta un visus pakalpojumus administrēja un finansēja valsts. Līdzekļi tika iedalīti neatkarīgi no pakalpojumu kvalitātes un kvantitātes, un, kā raksta Jautrīte Karaškēvica (2010), tika nodarbināts nepamatoti daudz ārstniecības personu, slimnīcām finansējums tika piešķirts pēc gultu skaita, bet ambulatorajam dienestam – pēc medicīnas personāla slodžu skaita, kā rezultātā sistēma nebija izmaksu efektīva un tika organizēta un vadīta bez pacienta līdzdalības (Karaškēvica, 2010, 13). Veselības aprūpes pakalpojumi iedzīvotājiem bija pieejami bez maksas, un daļai no vadošās elites bija priekšstats, ka līdz ar to veselības aprūpes pakalpojumiem nebija monetāras vērtības iedzīvotāju vērtējumā. Nosacījums radikāli mainīt ekonomisko sistēmu pilnīgi visās jomās, pārejot uz brīvā tirgus un valsts neregulētu ekonomiku, bija saistīts arī ar to, ka “Padomju Savienībā ekonomika un politika bija cieši saistītas; ekonomikas primārais uzdevums bija politisku mērķu īstenošana, tā pildīja politiskas un sociālās kontroles mehānisma lomu” (Bleire, 2005, 35).

Pirmās veselības politikas pārmaiņas, kas tika ieviestas, veicot Latvijas veselības politikas reformu, sākās 1993. gadā, sākot izmaiņas veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju jomā. Pārmaiņu mērķis bija izveidot uz iedzīvotāju vērstu, efektīvi organizētu un iedzīvotājiem pieejamu veselības aprūpes sistēmu. Ieviešot šīs pārmaiņas, tika paredzēts panākt uzlabojumus trijos virzienos: 1) veselības aprūpes finansēšanā; 2) efektīvas veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju struktūras nodrošināšanā; 3) sabiedrības veselības politikas veidošanā.

Turpinot uzsākto veselības politikas reformu, 1999. gadā sadarbībā ar Pasaules Bankas ekspertiem tika izstrādāta “Primārās un sekundārās veselības aprūpes sistēmas attīstības stratēģija”. Tajā kā galvenie mērķi saskaņā ar Labklājības ministrijas rīkojumu Nr. 329 (Labklājības ministrija, 1999, Nr. 329) tika norādīti: racionāli izmantot valsts budžeta resursus;

veidot reģionālo veselības aprūpes politiku ar aktīvu vietējo pašvaldību līdzdalību, uzlabot pakalpojumu pieejamību, garantējot minimālos pakalpojumus un nosakot līdzmaksājumus; izveidot vienmērīgu ģimenes ārstu prakšu un optimālu sekundārās veselības aprūpes iestāžu tīklu, izstrādājot attīstības plānus (māsterplānus).

Kā trešais nozīmīgais pārmaiņu periods ir laiks pēc Veselības ministrijas izveidošanas 2004. gadā, kad tika pieņemtas vairākas programmas, kas iezīmē iepriekšējos periodos uzsāktās reformas tālāku virzību, piemēram, Pakalpojumu sniedzēju attīstības programma un plāns, Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta attīstības pamatnostādnes, Cilvēkresursu attīstības pamatnostādnes.

2017. gadā sākās veselības reformas noslēdzošais posms, kad tika apstiprināta jauna “Veselības aprūpes sistēmas reforma”, kas pēc būtības turpināja agrāk uzsākto reformu un tās ietvaros paredzētās pārmaiņas, kuras nepietiekamā finansējuma dēļ plānotajā periodā netika īstenotas. 2017. gada augustā ar Ministru kabineta rīkojumu (2017, Nr. 394) apstiprināts “Konceptuālais ziņojums “Par veselības aprūpes sistēmas reformu””. Kā iepriekšējos periodos sasniegtais konceptuālajā ziņojumā “Par veselības aprūpes sistēmas reformu” (2017) norādīts: 1) ieviests zaļais koridors onkoloģisko pacientu ārstēšanā; 2) veiktas reformas sabiedrības veselības jomā; 3) veikti uzlabojumi veselības aprūpes infrastruktūras nodrošināšanā, pamatā piesaistot ERAF līdzekļus; 4) veselības aprūpes kvalitātes uzlabošanas jomā; 5) veselības iestāžu pārvaldības uzlabošanas jomā tiek attīstīta e-veselības informācijas sistēma. Savukārt cilvēkresursu jomā būtiski uzlabojumi nav panākti, tomēr, lai veicinātu jauno speciālistu piesaisti reģioniem, valsts apmaksātās rezidentūras vietas primāri tiek piešķirtas tiem rezidentiem, kam noslēgts darba līgums ar reģionālo ārstniecības iestādi. Bet finansējuma jomā norādīts, ka zemais veselības nozares finansējums ir viena no galvenajām problēmām veselības aprūpes pieejamības nodrošināšanai, kas līdz šim nav tikusi atrisināta. Ziņojumā arī norādīts, ka papildu riskus rada situācija, ka valsts finansējums ir disproporcijā ar valsts definēto veselības aprūpes pakalpojumu grozu, savukārt noteiktās kvotas negatīvi ietekmē piekļuves laiku veselības aprūpei. Šo problēmu daļējai risināšanai ir sākts darbs pie aprēķiniem ekonomiski pamatotu tarifu izveidei un uzsākta tarifu pārskatīšana un palielināšana. Lai risinātu ziņojumā identificētās jau ilgtermiņā pastāvošās problēmas veselības aprūpes nozarē Latvijā, tiek noteikta tālākā reformas ietvaros veicamā rīcība vairākos virzienos.

3.1.1. Veselības aprūpes finansēšanas modeļa pārmaiņas

Veselības aprūpes finansēšanas modeļa pārmaiņas tika sāktas 1993. gadā ar mērķi izveidot stabilu, prognozējamu un racionālu veselības aprūpes finansēšanas sistēmu, kas apvienotu līdzekļus no valsts, pašvaldību un privātpersonu finansējuma un tiktu racionāli

izmantota veselības aprūpes nodrošināšanai. Sākotnējais modelis paredzēja, ka finansējums tiek pārvaldīts caur pašvaldību slimokasēm, kuras nodrošina pakalpojuma iepirkšanu no pakalpojumu sniedzējiem. Šāda finansēšanas modeļa maiņa ar slimokasu ieviešanu ir saistāma ar pieredzes pārņemšanu no attīstītajām valstīm, ieviešot principu ar nodalītu pakalpojuma sniedzēju, saņēmēju un maksātāju, bet, kā norādīts, raksturojot šo laika posmu, “tika noteiktas veselības aprūpes prioritātes, taču darbs norisa bez atbilstošas juridiskas bāzes, finansējuma un diskusijas sabiedrībā” (Karaškēvica, 2010, 32).

Laika perioda sākumā valsts apmaksāti veselības aprūpes pakalpojumi bija pieejami, izmantojot pašvaldību slimokases. 1991. gadā bija 32 slimokases, kuras finansējumu saņēma no valsts, bet pakalpojumus iedzīvotājiem nodrošināja ar savā teritorijā esošajiem pakalpojumu sniedzējiem. Līdz ar likuma “Par Pašvaldībām” (1994) pieņemšanu 1994. gada 9. jūnijā pašvaldību pienākums bija “veicināt iedzīvotāju primāro veselības aprūpi (darba telpu nodrošināšana doktorātiem, ambulancēm un feldšeru punktiem) un veselīgu dzīvesveidu” un rajonu pašvaldību kompetencē bija noteikts “nodrošināt rajona iedzīvotāju veselības aprūpi, izveidot un uzturēt rajona medicīnas iestādes”. Šo izmaiņu rezultātā “visus lēmumus par resursu sadali, samaksas mehānismu, pakalpojumu sniegšanu un iestāžu slēgšanu vai privatizāciju pieņēma katra vietējā pašvaldība” (Avdejeva un Šefers, 2008, 49). Tas noveda pie rezultāta, ka katrā pašvaldībā varēja būt atšķirīga pakalpojumu pieejamība un valsts apmaksātie pakalpojumi, kā arī atšķirīga pakalpojumu kvalitāte. Pacientiem netika nodrošināta izvēles brīvība, un tie varēja izvēlēties ārstu un medicīnas iestādi tikai atbilstoši savai dzīvesvietas administratīvajai teritorijai. Kā raksta J. Karaškēvica (2004, 75): “Būtiska īpatnība ir tā, ka jaunās slimokases pieder pašvaldībām, taču naudu saņēma caur Valsts obligātās veselības apdrošināšanas aģentūru, kas tieši nespēja ietekmēt šo slimokasu darbību. Slimnīcām tika ieviestas kvotas jeb fiksētie gada budžeti. Tādējādi tika pārkāpts deklarētais princips, ka nauda seko pacientam.”

Lai risinātu izveidojušos situāciju, 1997. gadā tika pieņemts lēmums par slimokasu centralizāciju. Saskaņā ar Ministru kabineta noteikumiem (1997, Nr. 360) tika paredzēta kārtība, kādā pašvaldības pēc savstarpējās vienošanās izveido slimokases, kas aptver vienotu teritoriju ar vismaz 200 tūkstošiem iedzīvotāju. J. Karaškēvica (2004, 32) atzīst: “Slimokasu apvienošanās process vietām norisinājās smagi – pašvaldībām vajadzēja vienoties, ar ko kopā veidot slimokasi, kur būs reģiona centrs un kurš būs slimokases vadītājs. Lielu lomu šajā spēlēja personāliju un savstarpējās sadarbības iespēju jautājums.” Jaunā kārtība stājās spēkā ar 1998. gadu, un reformas rezultātā tika izveidota viena centrālā Valsts obligātās veselības apdrošināšanas aģentūra un astoņas reģionālās slimokases.

Jau 1999. gadā tika izstrādāti jauni Ministru kabineta noteikumi (1999, Nr. 13) par veselības aprūpes finansēšanu. Šie noteikumi paredzēja turpināt veselības aprūpes finansējuma administrēšanas centralizāciju, apvienojot agrāk paredzētos speciālo programmu līdzekļus noteiktām valsts programmām ar iedzīvotāju veselības aprūpei paredzēto finansējumu, un visu šo kopējo finansējumu nodot aģentūrai, kas šos līdzekļus pārvalda caur slimokasēm. 1999. gada septembrī ar Labklājības ministrijas rīkojumu (1999, Nr. 290) tika apstiprinātas jaunas pārmaiņas “Primārās veselības aprūpes (jauktās kapitācijas) finansēšanas modelī”. Saskaņā ar šo modeli daļu līdzekļu ārsts saņem, balstoties uz savā praksē reģistrēto pacientu skaitu, kas ir atkarīgs no pacientu vecuma struktūras, daļu kā noteiktas fiksētas piemaksas un vēl daļu atkarībā no paveiktā darba.

2001. gadā jau ceturto reizi šajā laika periodā tika mainīti veselības aprūpes finansēšanas noteikumi. J. Karaškēvica (2004, 33) raksta: “Faktiski 2001. gadā veselības aprūpes sistēma nonāca strupceļā. To veicināja nepietiekamais finansējums, ko valdība izdalīja iedzīvotāju vajadzībām neatbilstošā apmērā, tikai daļēji sedzot minimālās medicīniskās palīdzības saņemšanas izdevumus, kā arī nesakārtotā likumdošana.” 2002. gadā ar Ministru kabineta noteikumiem (2002, Nr. 583) tika veikta tālāka finanšu centralizācija un apvienotās slimokases likvidētas, izveidojot Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūru (VOAVA). Saskaņā ar VOAVA nolikumu tā bija “Labklājības ministrijas pārraudzībā esoša valsts iestāde, kas izveidota, lai īstenotu valsts politiku veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā un administrētu valsts obligātās apdrošināšanas finanšu līdzekļus”.

Lai arī šajā laika posmā aktīvi tika veiktas pārmaiņas veselības aprūpes finansēšanas modelī, tomēr kopējo situāciju, ievērojami palielinot veselības aprūpes finansējumu, neizdevās uzlabot. Kā norāda J. Karaškēvica (2004, 78): “Veselības aprūpes vajadzībām budžetā paredzēti līdzekļi tikai 3–4 % apmērā no IKP, turpretī vairumā Eiropas valstu šī finansējuma daļa ir 6–9 % no IKP. Nepietiekamais finansējums veselības aprūpei praktiski liedza ieviest diagnozes noteikšanas un ārstēšanas standartus – kā sekas tam ir slimību ielaistība primārajā veselības aprūpes līmenī.” Tāpat šajā periodā bija aktuāls kvotu jautājums, kad piešķirtais finansējums nenosedz reālās iedzīvotāju vajadzības pēc pakalpojumiem, kā dēļ veidojas rindas pēc valsts apmaksājamiem pakalpojumiem. Tas noved situācijā, kad “pacienti ar lielākiem ienākumiem bija un ir iespējas šos pakalpojumus nopirkt par savu naudu un negaidīt rindā noteikto laiku. Tie pacienti, kas to nevar atļauties, ir spiesti gaidīt rindā, dzīvojot nekvalitatīvu, slimības ierobežojošu dzīvi” (Karaškēvica, 2004, 78). Raksturojot situāciju veselības aprūpes jomā īstenoto reformu rezultātā 2003. gadā, Valsts kontrole ziņojumā norāda, ka “galvenā problēma ir lēnajā Veselības aprūpes reformas ieviešanās gaitā un ierobežotajā finansējumā” un pārmaiņu veiksmīga īstenošana un identificēto problēmu risināšana ir iespējama, ja valdība apņemas

2003. gada otrajā pusgadā rast budžetā papildu 102 miljonus latu (ar 2002. gada bāzes budžetu 172 miljoni) un 2004. gadā papildu 200 miljonus latu.

Ar Ministru kabineta noteikumiem (2004, Nr. 1036) par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību, sākot ar 2005. gadu, notiek atteikšanās no agrāk esošās kārtības, kas bija spēkā no 1997. gada. Tā paredzēja, ka veselības aprūpes finansējums veidojas no speciālā budžeta (iezīmētas iedzīvotāju ienākuma nodokļa daļas 28,4 % apmērā) un valsts budžeta dotācijās. Agrāk esošā kārtība tika atzīta par pārāk sarežģīti administrējamu, un, tā kā nenodrošināja būtisku finansējuma pieaugumu veselības jomas finansēšanai, tad kā risinājums tika izvēlēta finansēšana tikai no kopējiem valsts budžeta ieņēmumiem. Nākamajos gados netika veiktas pārmaiņas veselības nozares finansēšanas modelī, saglabājot principus, kas apstiprināti 2005. gadā. Šis modelis paredz, ka veselības aprūpe tiek finansēta no kopējiem budžeta ienākumiem un norēķini ar pakalpojumu sniedzējiem tiek veikti centralizēti caur Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūru (VOAVA), vēlāk Veselības norēķinu centru un kopš 2009. gada Nacionālo veselības dienestu.

Raksturojot situāciju veselības jomā, kā norādīts Pasaules Bankas veiktajā pētījumā “Veselības aprūpes nozares reformu iespējas Latvijā” (2016), ir problēmas finansēšanas modelī, jo, neskatoties uz kopējo zemo veselības jomas finansējumu, finansējuma sadale nav saistīta ar konkrētu klīnisko pakalpojumu sniegšanas klīniskajiem iznākumiem, rādītājiem un izmaksām. Kvotu noteikšana negatīvi ietekmē piekļuves laiku, un, ja kvota ir izsmelta, tad neatkarīgi no pacienta veselības stāvokļa vajadzībām ārpus kvotas palikušajiem pacientiem ir ilgstoši jāgaida pakalpojums vai jāsaņem par maksu kā privātā veselības aprūpe.

2017. gadā pieņemtajā konceptuālajā ziņojumā “Par veselības aprūpes sistēmas reformu” norādīts, ka izvirzīto uzdevumu sasniegšanai jāveic veselības nozares finansējuma palielinājums, veselības nozarei novirzot finansējumu vismaz 14 % apmērā no valsts kopbudžeta. Kā finansējuma avots norādīts nepieciešamo finansējumu rast no sociālajām iemaksām, vienlaikus tās saistot ar sociālo iemaksu maksāšanas faktu. 2017. gada nogalē tika pieņemts “Veselības aprūpes finansēšanas likums” (2017), kurā viens no mērķiem bija nodrošināt veselības aprūpes finansējuma pieaugumu, līdz 2020. gadam sasniedzot veselības aprūpes finansējumu ne mazāk kā 4 % apmērā no IKP. Likums arī noteica kārtību, kā tiek saistītas personu veiktās sociālās apdrošināšanas iemaksas un pieejamie valsts apmaksātie pakalpojumi.

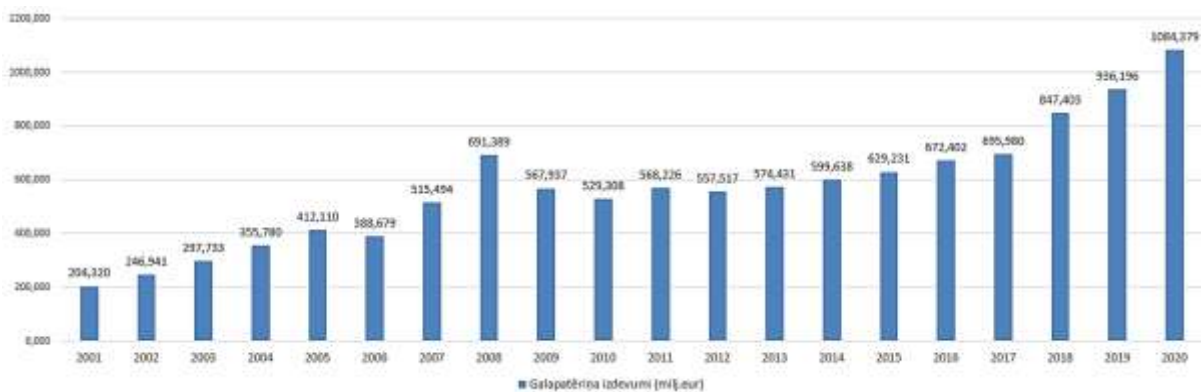
Likuma ieviešanai bija daudz pretinieku un kritizētāju attiecībā uz likuma daļu, kas paredz veselības aprūpes pakalpojumu dalījumu “divos grozos” – nosakot, kad persona ir tiesīga saņemt tikai valsts apmaksātās medicīniskās palīdzības minimumu un kad “pilno grozu” jeb veselības aprūpes pakalpojumus valsts obligātās veselības apdrošināšanas ietvaros, kas

stāsies spēkā ar 2019. gadu. Par likumprojekta otro sadaļu attiecībā uz veselības aprūpes finansējuma palielināšanu, balstoties uz paaugstinātas sociālās apdrošināšanas iemaksu 1 % apmērā, un novirzīšanu veselības aprūpes finansēšanai būtisku iebildumu sabiedrībā nebija, un tā stājās spēkā ar 01.01.2018. Likumprojekts paredzēja, ka personas, kuras nav apdrošinātas, var brīvprātīgi veikt veselības apdrošināšanas iemaksu un kļūt par apdrošinātām personām šī likuma izpratnē, lai ar 01.01.2019., kad stāsies spēkā “divu grozu princips”, varētu saņemt valsts apmaksātos pakalpojumus apdrošināšanas sistēmas ietvaros. Saskaņā ar Nacionālā veselības dienesta pausto informāciju, brīvprātīgās iemaksas bija veikuši vairāk nekā 5500 iedzīvotāju, kopumā iemaksājot aptuveni 805 000 eiro (LSM, 12.02.2019.). Normas stāšanās spēkā tika pārcelta sākotnēji par pusgadu ar stāšanos spēkā 2019. gada 1. jūlijā, pieņemot “Grozījumus Veselības aprūpes finansēšanas likumā” (2019a), un pēc tam atkārtoti, pieņemot “Grozījumus Veselības aprūpes finansēšanas likumā” (2019b), pārceļot spēkā stāšanās datumu uz 2021. gadu. Savukārt, 2020. gada nogalē pieņemot “Grozījumus Veselības aprūpes finansēšanas likumā” (2020 un 2021), dalījumu divu grozu principam pārceļot vēl līdz 2022. gadam un vēlāk, līdz 2023. gadam.

Kā redzams no iepriekš apskatītā, laika periodā no 1990. līdz 2020. gadam ir notikušas vairākas pārmaiņas veidā, kā tiek pārvaldīts un administrēts veselības jomas finansējums – sākotnēji caur pašvaldībām un 32 slimokasēm, tad optimizējot uz aģentūru un astoņām slimokasēm, bet kopš 2002. gada centralizēti caur vienu iestādi. Tāpat ir mainīts veselības aprūpes finansējuma gūšanas modelis: līdz 2005. gadam kā daļa no ienākuma nodokļa, kas papildināts ar valsts budžeta dotāciju, no 2005. gada – pārejot tikai uz finansēšanu no kopējā budžeta. No 2018. gada – pamatā finansējot no budžeta, bet papildus veicot iemaksu 1 % no sociālā nodokļa maksājuma kā veselības apdrošināšanu. Tāpat arī neskaitāmas reizes ir mainīti finansējuma izlietošanas nosacījumi, veicot izmaiņas Ministru kabineta noteikumos, kuri nosaka apmaksājamus pakalpojumus un veidus, kā šie pakalpojumi tiek saņemti.

Lai iegūtu pārskatu par to, vai ar šīm pārmaiņām ir izdevies sasniegt mērķi – būtiski palielināt veselības aprūpes finansējumu veselības nozarei, tostarp sasniedzot izvirzītos mērķus tuvināties citu Eiropas valstu līmenim, sasniedzot vismaz 6 % no IKP vai 14 % no kopējiem budžeta izdevumiem, – ir apskatīts veselības aprūpes finansējums un tā izmaiņas kopš 2001. gada² (skatīt 3.1. attēlu).

² Salīdzināmi dati no viena avota ir pieejami tikai, sākot no 2001. gada, tādēļ salīdzinājumā nav iekļauti iepriekšējā perioda dati.

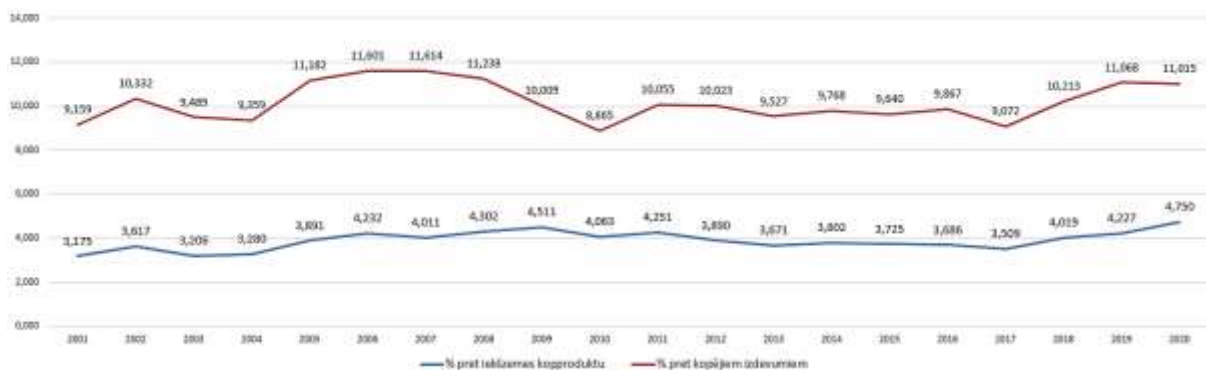


3.1. attēls. **Vispārējie valdības sektora izdevumi veselības nozarei (milj., eiro)**

Avots: autores izveidots attēls, izmantojot Statistikas pārvaldes datus (CSP.VFV040).

Kā redzams no 3.1. attēla, veselības aprūpes jomai piešķirtais finansējums absolūtos skaitļos pēdējo 20 gadu laikā ir būtiski palielinājies, no 204 miljoniem 2001. gadā tas ir pieckāršojies un 2020. gadā pārsniedzis vienu miljardu. Tomēr ir novērojams, ka jomai ir bijis nepārtraukts un pakāpenisks pieaugums, līdz 2008. gadam sasniedzot gandrīz 700 miljonus eiro, savukārt, sākoties ekonomiskajai krīzei un budžeta konsolidācijas pasākumiem, nākamajos divos gados finansējums ticis samazināts. Samazinājumam seko periods, kurā tiek pakāpeniski paaugstināts finansējums ik gadu, bet tikai pēc 10 gadiem, ar 2017. gada finansēšanas reformas pieņemšanu, sākot ar 2018. gadu, tas pārsniedz līmeni, kāds tika sasniegts 2008. gadā, un turpina pieaugt.

Ņemot vērā, ka, mainoties ekonomiskajai situācijai, inflācijai un citiem rādītājiem, mainās arī naudas vērtība un pirktspēja, kā arī to, ka politikas dokumentos veselības nozares finansējums tiek salīdzināts ar IKP un valsts kopējiem izdevumiem, apskatīts arī veselības nozares finansējums šādā griezumā (skatīt 3.2. attēlu).



3.2. attēls. **Vispārējie valdības sektora izdevumi veselības jomai**

Avots: autores izveidots attēls, izmantojot Statistikas pārvaldes datus (CSP.VFV040).

Kā redzams no 3.2. attēla, veselībai novirzītais valsts finansējums, izskatot kā daļu no kopējiem valdības izdevumiem šo 20 gadu periodā, ir bijis mainīgs, bet vidēji veidojis ap 9–10 % no kopējiem valdības izdevumiem. Laika periodā no 2004. līdz 2007. gadam tas ir

palielinājies, sasniedzot maksimālo vērtību – 11,6 % no kopējiem valdības izdevumiem, bet pēc tam ievērojami samazinājies, zemāko punktu sasniedzot 2010. gadā (8,865 %). Nākamajos gados tas audzis un sasniedzis ap 10 % no kopējiem valdības izdevumiem. No 2017. gada, kad uzsākta jaunā veselības aprūpes finansēšanas reforma, ir redzams, ka finansējums palielinājies ne tikai absolūtajos skaitļos, bet arī daļā no valdības kopējiem izdevumiem, sasniedzot un pārsniedzot 11 % atzīmi.

Salīdzinot veselības nozares izdevumus pret IKP, ir redzams, ka izmaiņas nav tik izteiktas, kā salīdzinot ar kopējiem valdības izdevumiem, tomēr kopumā tendences ir līdzīgas – vērojams pieaugums 2004. gadā, kam seko kritums 2010. gadā, un nākamais pieaugums ir novērojams, sākot ar 2018. gadu, kad tiek īstenota veselības reforma.

Kā redzams no 3.2. attēla, lai arī finansējums ir būtiski palielinājies, salīdzinot ar perioda sākuma datiem, tomēr sasniegt politiski izvirzītos rādītājus 6–7 % no IKP, kas bija aktuāls jau 2002. gada valdības deklarācijā, joprojām nav izdevies. Tāpat nav izdevies sasniegt mērķi veselības jomai novirzīt 12–14 % no kopējiem valdības izdevumiem, kas tiek norādīts kā rādītājs, kas būtu jāsasniedz, lai līdzinātos citu ES valstu veselības jomas finanšu rādītājiem.

Skatoties 2017. gada veselības aprūpes nozares reformas izvirzītos rādītājus 2020. gadā sasniegt veselības aprūpes finansējumu 4 % apmērā no IKP, tas ir ne tikai sasniegts, bet pat pārsniegts. Tomēr jāņem vērā aspekts, ka Veselības aprūpes finansēšanas likuma anotācijā norādītais mērķa rādītājs 4 % no IKP ir noteikts atbilstoši 2017. gada prognozēm par IKP 2020. gadā, kad IKP prognoze ir 31 663 miljoni eiro un attiecīgi veselības aprūpes finansējums noteikts 1,266 miljardi eiro. Savukārt reālā 2020. gada IKP vērtība ir 29 456 miljoni (CSP.IKP010), līdz ar to var secināt, ka piešķirtais finansējums ir mazāks absolūtajos skaitļos pret plānoto, bet izpildīts attiecībā pret IKP rādītāju, kas skaidrojams ar reālā IKP kritumu 2020. gadā, salīdzinot ar 2017. gada beigās prognozēto IKP 2020. gadam.

Var secināt, ka, lai gan notikušas vairākas pārmaiņas veselības nozares finansēšanas modelī un ir izdevies būtiski palielināt veselības jomas finansējumu, tomēr, ņemot vērā inflāciju un citus rādītājus, izskatot veselības jomas finansējumu kā daļu no valsts kopējiem izdevumiem vai IKP, nav izdevies sasniegt tos mērķus, kādi bijuši noteikti reformu ziņojumos un mērķos.

Nespēja būtiski palielināt kopējo veselības aprūpes finansējumu ir iemesls, kādēļ perioda beigās joprojām ir aktuālas tās pašas problēmas, kuras identificētas un raksturotas jau ilgstoši: nepietiekamā finansējuma dēļ tiek veidotas kvotas uz valsts apmaksātiem pakalpojumiem, kā rezultātā veidojas garas rindas; nav iespējams pietiekami regulāri un nepieciešamā apjomā pārskatīt un aktualizēt valsts pakalpojumu apmaksas tarifus, kā rezultātā pakalpojumu sniedzēji nav motivēti sniegt valsts apmaksātos pakalpojumus pēc tarifā noteiktā apmaksas apmēra; ir ļoti ierobežotas iespējas palielināt valsts apmaksātos pakalpojumus,

iekļaujot jaunus kompensējamus medikamentus, jaunas valsts apmaksātas diagnostikas un ārstēšanas metodes. Papildus šiem tiešajiem veselības pakalpojumu nodrošināšanas ierobežojumiem nepietiekams finansējums ir nozīmīgi ietekmējošs faktors arī ārstniecības personu nodrošinājumam, jo nepietiekama atalgojuma dēļ nav iespējams nodrošināt pietiekamu ārstniecības personu skaitu, kā arī paaudžu nomaiņu, kas īpaši aktuāli ģimenes ārstu vidū.

3.1.2. Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas pārmaiņas

Perioda sākuma posmā pārmaiņas tika veiktas veselības finansēšanas nozarē, bet pirmās pārmaiņas veselības aprūpes organizēšanas kārtībā tika sāktas 1996. gadā, piesaistot Pasaules Bankas ekspertus. Šīs pārmaiņas uzskatāmas par nozīmīgām pārmaiņām veselības politikā, jo ar to ieviešanu tika būtiski mainīta veselības aprūpes organizēšanas sistēma, ieviešot primāro, sekundāro un terciāro aprūpi un iedzīvotājiem pilnīgi jaunu pieeju – ģimenes ārsta institūciju. Šīs pārmaiņas radikāli mainīja pieeju, kā tiek organizēta un apmaksāta veselības aprūpe, un nozīmīgi ietekmēja visus iesaistītos – gan veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējus, gan iedzīvotājus.

1998. gadā noslēdzās Pasaules Bankas misija, kurā tika izstrādāts šo pārmaiņu ieviešanas plāns, kurš paredzēja divus posmus. Pirmajā posmā (1999.–2000. gads) tika noteikts sakārtot veselības aprūpes iestāžu struktūru un sagatavot ilgtermiņa investīciju ieguldīšanai, paredzot četrus darbības virzienus: 1) izveidot racionālu, kontrolējamu un pacienta vajadzībām atbilstošu veselības aprūpes plānošanas un finansēšanas sistēmu, pabeidzot reģionālo slimokasu izveidi un pilnveidojot informācijas iegūšanas metodes; 2) veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju sistēmas reforma, kuras ietvaros primāri paredzēta primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju sistēmas izveide; 3) komunikācijas plāna izstrāde veselības aprūpes sistēmas reformas ieviešanai; 4) projekta vadība. Šī posma realizācijai Pasaules Banka piešķīra kredītu 10 miljonu ASV dolāru apmērā. Savukārt otrajā posmā no 2001. gada tika paredzēts novērtēt pirmajā fāzē sasniegto un lemt par tālāku reformas attīstību (Latvijas Vēstnesis, 1998, Nr. 255/256). Kā viens no nezināmajiem jautājumiem šīs reformas ieviešanā tika norādīts, ka vēl nav skaidrs veselības aprūpes finansējuma modelis, lai nodrošinātu stabili nozares finansējumu un sistēma varētu turpināt attīstīties nākotnē. Lai veidotu tādu sistēmu, kāda norādīta reformu pirmajā posmā sasniedzamos rezultātos, bija nepieciešama stabila valsts finansējuma nodrošināšana investīcijām.

2002. gada septembra ziņojumā par reformu ieviešanas gaitu saskaņā ar Ministru kabineta rīkojumu (2002, Nr. 547) norādīts, ka “veselības aprūpes pakalpojumu cena neatbilst pakalpojumu reālajām izmaksām, jo ierobežotā finansējuma apstākļos vēl nav iespējams nodrošināt visu cenu veidojošo elementu apmaksu pilnā apjomā”. Tāpat minēts, ka ir novērotas

nepilnības izstrādātajā normatīvajā regulējumā par investīcijām jauktu īpašumtiesību iestādēs, kā rezultātā investēt iespējams tikai valsts līdzekļus valsts iestādē, pašvaldības līdzekļus – pašvaldības iestādē, bet privātos – tikai privātā iestādē, kas rada situāciju, kad, kā rakstīts Ministru kabineta rīkojumā (2002, Nr. 547), “investīciju piešķiršana veselības aprūpē kopumā notiek bez vienotām prioritātēm, tādējādi radot finanšu resursu sadrumstalotību un zināmu neefektivitāti to izlietojumā”, kas savā ziņā ir saistāms arī ar neskaidro likuma formulējumu pašvaldību pienākumam nodrošināt veselības aprūpes pieejamību.

Raksturojot iestāžu stāvokli valstī, Ministru kabineta rīkojumā (2002, Nr. 547) rakstīts: “Valstī ir neracionāla ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju izvietojuma struktūra. Joprojām saglabājas liels slimnīcu skaits, kas nespēj pilnā apmērā noslogot savā rīcībā esošos tehniskos resursus,” – kā arī iestādēs, lai nodrošinātu ēku uzturēšanu, tiek sniegti ar ārstniecību nesaistīti pakalpojumi. Nepietiekama finansējuma un neatbilstoša investīciju normatīvā regulējuma dēļ iestādēm ir grūtības iegādāties jaunas tehnoloģijas un piesaistīt kvalificētu darbaspēku, kā rezultātā samazinās pakalpojumu kvalitāte.

Raksturojot situāciju veselības aprūpes nozarē, Valsts kontroles ziņojumā (2003) norādīts, ka “Latvijā ir uzsākta veselības aprūpes sistēmas reforma, kuras mērķis ir uzlabot iedzīvotāju veselības aprūpi un panākt, lai piešķirtie budžeta līdzekļi tiktu izlietoti racionālāk un lai līdzekļu izlietojums būtu “caurspīdīgs”, reformas gaitā paredzēts optimizēt pakalpojumu sniedzēju struktūru, panākt to konsolidāciju un paaugstināt sniegto veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti, efektivitāti izmaksu ziņā un racionālu pieeju pacientiem”. Ziņojumā arī uzsvērts, ka, ņemot vērā Ārstniecības likumā iestrādāto normu un izveidoto norēķinu sistēmu, ir izdevies nodrošināt principu “nauda seko pacientam”, jo pacients var saņemt pakalpojumu jebkura reģiona ārstniecības iestādē un attiecīgā reģiona slimokase veic šī pakalpojuma apmaksu pakalpojumu sniegušajai iestādei. Tāpat norādīts, ka norēķinu sistēma, kad iestāde nodod rēķinu slimokasei par sniegto pakalpojumu, nodrošina arī iespējas izsekot katra pacienta ārstniecības izmaksām. Bet vienlaikus netiek uzkrāta informācija par pacienta gūtajiem pakalpojumiem, kuri ir saņemti maksas sektorā. Kā sistēmas trūkumi tiek norādīti korupcijas riski, kas ir saistīti ar sistēmā izveidojušos pakalpojumu pieejamības problēmu: 1) veidojot uzņēmšanu plānveida rindā – gadījumu pārformulējot kā akūtu; 2) samaksa par kompensējamo medikamentu izrakstīšanu – kas saistīts ar ārstniecības personām noteiktu limitu; 3) maksa par ārsta apņemšanos ārstēt pacientu – jo ārsts var atteikties ārstēt pacientu pārlielās noslodzes dēļ; 4) nosūtījuma saņemšanu pie speciālista, noteikta veida medikamenta izrakstīšana, kas saistīta ar iespēju saņemt atbalstu no attiecīgās ražotāja farmācijas vai izplatītāja kompānijas. Valsts kontroles ziņojumā (2003) norādīts, ka šos korupcijas riskus varētu novērst, rodot veselības aprūpes pakalpojumu minimumam atbilstošu valsts finansējumu.

Izveidojusies situācija ir skaidrojama ar veselības nozares darbības brīvajā tirgū izpratni un modeli 90. gadu sākumā, kas paredzēja, ka veselības pakalpojumus sniedz privātie īpašnieki, bet “no valdības var prasīt, lai tā gādā vai garantē, ka līdzās medicīniskajai apkalpošanai, kas drīz būs pieejama brīvā tirgū, pastāvētu arī apkalpošana par cenām, kuras ir zemākas nekā tirgus cenas” (Isaksens et al., 1992, 147). Šādas izpratnes rezultātā, slēdzot līgumus ar pakalpojumu sniedzējiem, tika iestrādātas pakalpojumu cenas, kas bija zemākas par tirgus cenām un, lai arī pakalpojumu sniedzējiem garantēja pakalpojumu izpildi, nesniedza peļņas iespējas vai pat radīja zaudējumus. Lai nezaudētu valsts garantētos pakalpojumus, kaut arī par zemāku cenu, tika radīti dažādi mehānismi, tautā sauktas šķērssubsīdijas, kad, izmantojot šos pašus resursus – telpas, aprīkojumu, darbaspēku –, tika sniegti maksas pakalpojumi, atļauts veidot privātprakses vai pat izmantot telpas aktivitātēm, kuras nav saistītas ar veselības nozari. Kā intervijā norāda sabiedrības veselības eksperts profesors Ģirts Briģis, šie “šķērssubsīdiju” mehānismi ļāva noturēt gan darbiniekus, gan segt zaudējumus, kas radās nepietiekama valsts apmaksātā pakalpojuma dēļ, un, lai arī valsts apmaksāta pakalpojuma sniegšana nesedza pakalpojuma reālās izmaksas, tā nodrošināja iespēju pilnvērtīgi nodarbināt resursus (daļēji sniedzot valsts pakalpojumus un daļēji maksas), kā arī garantēts pakalpojumu skaits nodrošināja nepieciešamo apgrozījumu infrastruktūras uzturēšanai (Briģis, 2016).

Vienlaikus pakalpojumu sniedzēji nepārtraukti balansēja uz robežas, kā nezaudēt valsts garantēto pakalpojumu skaitu un neciest zaudējumus, līdz ar to nebija ieinteresēti pilnībā sniegt tikai valsts apmaksātos pakalpojumus, bet paralēli saglabāt iespēju tos pašus pakalpojumus sniegt par maksu, kompensējot valsts apmaksas tarifa radītos zaudējumus. Šī balansēšana netieši veicināja rindu veidošanos, kā dēļ iedzīvotāji nespēja laikus saņemt valsts apmaksātos pakalpojumus un izvēlējās ātrāk saņemt maksas pakalpojumu.

Nākamais reformu posms veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju organizēšanas jomā novērojams laikā pēc Veselības ministrijas izveidošanas 2004. gadā, kad tika izstrādāta un pieņemta virkne attīstības dokumentu, izstrādājot vairākas nozīmīgas programmas un attīstības stratēģijas, piemēram, “Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programma (struktūrplāns) 2005.–2009. gadam”, kas apstiprināta ar Ministru kabineta rīkojumu (2004, Nr. 1003). Šo pārmaiņu mērķis bija “nodrošināt integrētas veselības aprūpes sistēmas turpmāku attīstību, optimizējot pakalpojumu sniedzēju skaitu un izvietojumu, paaugstinot sniegto veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti, izmaksu efektivitāti un racionālu pieejamību pacientiem”. Gadu vēlāk tika pieņemts attīstības programmai un struktūrplānam sekojošais “Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programmas ieviešanas plāns 2005.–2010. gadam”, kas apstiprināts 2005. gadā ar Ministru kabineta rīkojumu (2005, Nr. 854). Tajā tika noteiktas iepriekšminētajā dokumentā paredzēto

mērķu sasniegšanai veicamās darbības un uzdevumi, kā arī plānotais finansējums. Šajā rīkojumā noteikts, ka plāna īstenošana 2006. gadā jānodrošina esošā valsts budžeta ietvaros, bet papildu budžeta piešķiršana jāskata “kopā ar visu ministriju budžeta prioritātēm kārtējā gada valsts budžeta likumprojektu sagatavošanas un izskatīšanas procesā”.

Neatliekamās medicīniskās palīdzības (NMP) dienesta attīstības pamatnostādņu mērķis bija “nodrošināt saslimušajiem un cietušajiem vienlīdzīgu NMP pieejamību dzīvībai un veselībai kritiskos stāvokļos ikdienā un ārkārtēju situāciju gadījumos, tādējādi mazinot augsto mirstību no novēršamiem nāves cēloņiem, palielinot cietušo izdzīvojamību, samazinot invalidizāciju un pagarinot iedzīvotāju kvalitatīvo dzīvildzi”. Saskaņā ar Ministru kabineta rīkojumu (2005, Nr. 444), arī apstiprinot šo pamatnostādņu īstenošanu, tika noteikts, ka 2005. gadā to izpilde jānodrošina esošā budžeta ietvaros, bet nākamajos gados finansējuma piešķiršana jāskata kopā ar citu ministriju prioritātēm.

Koncepcija par finanšu resursiem zāļu pieejamības nodrošināšanai pacientu ambulatorai ārstēšanai Latvijā nākamo piecu līdz desmit gadu laikā noteica valsts lomu un atbildību šajā procesā. Koncepcijā raksturots stāvoklis kompensējamo medikamentu jomā, norādot nepietiekamo finansējumu kompensējamajiem medikamentiem, kā rezultātā pacientiem atteikta medikamentu piešķiršana, kā arī atlikta iepriekš paredzēto diagnožu iekļaušana kompensējamo medikamentu klāstā. Koncepcijā raksturoti trīs iespējamie scenāriji kompensācijas sistēmas attīstībai, norādot gan plusus, gan mīnus. Saskaņā ar Ministru kabineta rīkojumu (2004, Nr. 1002) koncepcija tika atbalstīta, izvēloties variantu, kas paredzēja pakāpenisku finansējuma palielināšanu kompensējamo medikamentu izmaksu segšanai. Kompensācija balstīta uz diviem kompensējamo medikamentu sarakstiem: “A” – terapeitiski aizvietojami un “B” – neaizvietojami medikamenti. Šī izvēlētā risinājuma plusi: ir iespējams iekļaut sarakstā agrāk atliktas diagnozes; paaugstināt kompensācijas procentus; nodrošināt ārstēšanas shēmām atbilstošus kompensējamus medikamentus noteiktām slimību grupām; būtiski mazināt sociālo spriedzi sabiedrībā un perspektīvā uzlabot iedzīvotāju veselības rādītājus. Tomēr visi šie ieguvumi iespējami tikai ar nosacījumu, ja tiek nodrošināts papildu finansējums, bet par finansējuma piešķiršanu koncepcijas īstenošanai noteikts, ka tas jāskata kopā ar citu ministriju budžeta pieprasījumiem.

2004. un 2005. gadā apstiprinātos attīstības plānus, kā norādīts iepriekš, bija iecerēts īstenot pamatā no pamatbudžeta līdzekļiem, savukārt to īstenošanai ilgtermiņā finansējums netika iezīmēts un tā piešķiršana bija atkarīga no kopīga Ministru kabineta lēmuma. Ņemot vērā ekonomisko krīzi 2008. gadā un tai sekojošos budžeta konsolidācijas pasākumus, plānotajiem pasākumiem bija pieejams ierobežots finansējums, kas kavēja izvirzīto mērķu sasniegšanu.

Atbilstoši 28.08.2007. Veselības ministrijas (2007) “Informatīvajam ziņojumam par Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta attīstības pamatnostādņu ieviešanu no 2005. līdz 2006. gadam” ir izpildīti reformu pamatnostādnēs noteiktie uzdevumi, tostarp veikta centralizētā dienesta izveidošana ar pieciem reģionāliem vadības un dispečeru centriem un pilnveidota Katastrofu medicīnas centra darbība. Tāpat veikti uzlabojumi sakaru nodrošināšanā gan brigādēs, gan reģionālajās daudzprofilu slimnīcās (mobilo sakaru sistēmas), uzsākta sadarbība ar pašvaldībām, veidojot vienotu un centralizētu NMP struktūru uz Katastrofu medicīnas centra un pašvaldību īpašumā esošo NMP dienestu bāzes. Reformas ietvaros iegādāti transportlīdzekļi, nodrošinot, ka 2006. gada beigās 79,1 % NMP brigāžu transportlīdzekļu nav vecāki par pieciem gadiem. NMP cilvēkresursu jomā ir nodrošināts atalgojuma pieaugums saskaņā ar pamatnostādnēs par cilvēkresursu attīstību veselības aprūpē noteikto. Savukārt rīcības, kuras nav paveiktas, ir saistītas ar kopējo cilvēkresursu politiku un sociālo garantiju nodrošināšanu veselības aprūpes darbiniekiem, kas ir problemātisks jautājums visai nozarei kopumā. Var secināt, ka šī reforma – NMP dienesta attīstība – norādītajā laika posmā ir veikta sekmīgi tehnisko līdzekļu nodrošinājuma ziņā un veicot institucionālas pārmaiņas, bet daļa no uzdevumiem nav izpildīta, kas ir saistīta ar kopējo jomas attīstību – cilvēkresursu atalgojuma, motivācijas un piesaistes darbam problēmām un kopējās informācijas sistēmas attīstības kavēšanos.

Saskaņā ar Veselības ministrijas “Informatīvo ziņojumu par Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programmas un Ambulatorās un stacionārās pakalpojumu sniedzēju attīstības programmas ieviešanas plāna 2005.–2010. gadam īstenošanu 2005.–2010. gadā” (2013) ieviešanas plāna darbības periods ir beidzies, bet tiek turpināta finanšu apguve ES fondu 2007.–2013. gadam ietvaros. Programmas izpildes secinājumos norādīts, ka programmā paredzētajos 14 darbības rezultātos ir sasniegti šādi rezultāti: 1) slimnīcu gultu skaita samazināšana; 2) vidējais ārstēšanās ilgums; 3) slimnīcu pārprofilēšana un apvienošana; 4) iespēja saņemt NMP palīdzību 15 minūšu laikā pilsētās un 25 minūšu laikā pārējā teritorijā; 5) ārkārtējās medicīnas situācijas pieteikšanas gadījumā stundas laikā nodrošināma operatīvo medicīnisko rezervju iesaistīšana ārkārtējo medicīnisko seku likvidēšanā. Daļēji ir sasniegti seši rezultāti, kas saistīti ar pieejamību: 1) attālums un sasniedzamība no iedzīvotāja dzīvesvietas līdz reģionālai daudzprofilu slimnīcai; 2) apkalpojamo iedzīvotāju skaits reģionālai daudzprofilu slimnīcai; 3) apkalpojamo iedzīvotāju skaits vienai lokālai daudzprofilu slimnīcai; 4) NMP sniegšanā iesaistītā personāla kvalifikācija; 5) medicīnas tehnoloģiju racionāls izvietojums; 6) pie viena ģimenes ārsta reģistrēto pacientu skaits. Savukārt nav izpildīti šādi rezultāti: 1) vidējās gultu noslodzes

pieaugums; 2) plānveida operāciju pieejamība piecu dienu laikā no iestāšanās datuma; 3) NMP operatīvo transportlīdzekļu atjaunināšana.

Lai arī Veselības ministrijas informatīvajā ziņojumā (2013) norādīts, ka reforma ir uzskatāma par veiksmīgi realizētu, Pasaules Bankas pētījumā “Veselības aprūpes nozares reformu iespējas Latvijā” (2016) norādīts, ka ir nepareizi un neefektīvi organizēta pakalpojumu plānošana un nodrošināšana. No efektivitātes viedokļa, kā trūkums tiek norādīts, ka zemāka riska pacienti – standarta slimību hroniskie pacienti, kurus var ārstēt zemāka līmeņa slimnīcās, – tiek ārstēti augsta līmeņa iestādēs – klīniskās universitātes slimnīcās, kas ir terciārā līmeņa slimnīcas. Savukārt, no klīniskās drošības viedokļa, apdraudēta pacientu drošība, jo augsta riska pacienti (sarežģītas manipulācijas, kur nepieciešamas specifiskas zināšanas un regulāra prakse kvalitātes nodrošināšanai) tiek ārstēti zema līmeņa iestādēs, bieži ar ierobežotu vai nepiemērotu aprīkojumu. Arī vadlīniju un protokolu neesamība rada šķēršļus gan kvalitātes nodrošināšanai, gan efektivitātei.

Par to, ka joprojām ir problēmas ar laikus pieejamiem ambulatorās veselības pakalpojumiem, liecina situācija, kad ievērojama daļa iedzīvotāju, tāpat kā vēsturiski, pirms teju 30 gadiem, situācijās, kad ir veselības stāvokļa pasliktināšanās, palīdzību meklē nevis pie ģimenes ārsta vai ārstējošā ārsta ambulatori, bet vēršas pie NMP un slimnīcu uzņemšanas nodaļās. Šo tendenci apstiprina arī dati no Latvijas lielākās slimnīcas uzņemšanas nodaļas, kur, raksturojot situāciju 2016. gadā, atzīst, ka “universitātes slimnīcai nav jāstrādā lielaudas poliklīnikas režīmā un daudziem pacientiem, pirmkārt, savas veselības problēmas būtu bijis jārisina kopā ar saviem ģimenes ārstiem. Tie ir aptuveni 60 % no visiem pacientiem, kas ikdienu nonāk Neatliekamās palīdzības klīnikā, bet pēc dažām stundām, saņēmuši medicīnisko palīdzību, dodas mājās” (LA, 29.09.2016.).

2017. gadā apstiprinātajā konceptuālajā ziņojumā “Par veselības aprūpes sistēmas reformu” norādīts, ka ir jāveic izmaiņas pakalpojumu sniedzēju infrastruktūrā un kartējumā. Šīs pārmaiņas paredz slimnīcu tīkla optimizēšanu, veicot ārstniecības iestāžu kartējumu (nosakot aprūpes līmeņus, kam piesaistīti sniedzamie pakalpojumi). Kvalitātes uzlabošanai katram iestādes līmenim tiek noteiktas prasības pakalpojuma sniedzējam un sniegtajai pakalpojuma kvalitātei (apjomam). Papildus šīm pārmaiņām ir paredzēts stiprināt primārās veselības aprūpes pieejamību, tuvinot to iedzīvotāja dzīvesvietai un veidojot integrētu daudzlīmeņu veselības aprūpes sistēmu, kuras centrā ir pacients. Primārās aprūpes stiprināšanai paredzēta ģimenes ārstu prakšu attīstīšana, veidojot “ideālās ģimenes ārsta prakses modeli”. Pašvaldības lomai veselības aprūpes sistēmā sadarbībā ar pašvaldībām definēts pašvaldības veicamo pienākumu un atbildības saraksts un izstrādāts mehānisms, kā iesaistīt pašvaldības pakalpojumu nodrošināšanā un finansējuma novirzīšanā šo funkciju izpildei.

Ar šo 2017. gada reformu tiek paredzētas arī izmaiņas valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atlases procesa pilnveidošanā, mainot pakalpojumu pirkšanas modeli no pasīva (balstoties uz pakalpojuma sniedzēja kvalifikāciju un tehnisko nodrošinājumu) uz stratēģisko iepirkumu jeb pakalpojumu iepirkumu pēc noteiktiem kritērijiem, kas paaugstinātu finansējuma izlietojuma efektivitāti, uzlabotu kvalitāti un veicinātu konkurenci. 2017. gadā Veselības ministrija ir izstrādājusi koncepciju “Kvalitātes vadība jeb vadības kvalitāte”, pēc kuras plānots turpināt darbu gan ārstniecības iestāžu, gan pacientu izglītošanā par ārstniecības kvalitāti un drošību, kā arī izvērtēt pašreizējās klīniskās vadlīnijas, izstrādāt jaunas vadlīnijas un algoritmus.

3.1.3. Cilvēkresursu nodrošinājuma politikas pārmaiņas

Medicīnas personāla nodrošinājuma problēma Latvijā politiskā līmenī tika aktualizēta un risināta vien pēc Veselības ministrijas izveidošanas. Kā pirmais politikas dokuments, kurš izstrādāts, lai risinātu problēmas ar medicīnas personāla nodrošinājumu, ir uzskatāmas 2005. gadā pieņemtās pamatnostādnes “Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē”. Šajā dokumentā kā galvenās problēmas norādītas: a) nepietiekams ārstniecības personu skaits un novecošanās; b) nevienmērīgs reģionālais sadalījums; c) izglītības sistēmas nespēja sagatavot darba tirgū nepieciešamo speciālistu skaitu; d) zemais ārstniecības personu atalgojums un nepietiekamās sociālās garantijas. Izstrādātā dokumenta pamatmērķis – “nodrošināt cilvēkresursus un to attīstību veselības aprūpes nozarē ilgtermiņa posmā”. Pieņemot šīs pamatnostādnes, saskaņā ar Ministru kabineta rīkojumu (2005, Nr. 326) tika paredzēts papildu finansējumu iekļaut 2006. gada budžeta bāzē, savukārt nākamajos gados iespējas palielināt atalgojumu skatīt kopā ar citu ministriju prioritātēm.

Cilvēkresursu attīstības jomā veselības aprūpē atbilstoši izstrādātajām pamatnostādnēm tika paredzētas rīcības vairākos virzienos: atalgojuma palielināšana medicīnas darbiniekiem, sociālo garantiju nodrošināšana un motivācijas programmu izstrāde, izmaiņas izglītības sistēmā, lai veicinātu pietiekamu medicīnas speciālistu sagatavošanu, lai primāri sasniegtu pietiekamu speciālistu skaitu atbilstoši vidējiem ES valstu rādītājiem, kā arī nodrošinātu paaudžu nomaiņu, jo liela daļa personāla ir pirmspensijas un pensijas vecumā. Atbilstoši pirmajam Veselības ministrijas (2006) “Informatīvajam ziņojumam par pamatnostādņu “Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē” ieviešanas gaitu” ir norādīts, ka veikta detalizēta atalgojuma politikas analīze, izstrādāts darba samaksas pieauguma plāns, lai nodrošinātu, ka 2006. gada otrajā pusgadā ārstu samaksa sasniedz divas reizes lielāku samaksu par vidējo darba samaksu tautsaimniecībā. Izstrādāta kārtība, kas nosaka zemāko atalgojuma likmi katrai medicīnas personāla grupai, kā arī nodrošināts atalgojuma pieaugums 2006. gada pirmajam

pusgadam. Apkopojot datus par faktisko algu pieaugumu, vidējās darba algas pieaugums 2006. gadā bija 7–25 % robežās ārstiem, 6–16 % ārstniecības un pacientu aprūpes personām un 8–20 % pacientu aprūpes atbalsta personām (ņemot vērā atšķirīgos samaksas kritērijus gan katrā no iestādēm, gan balstoties uz dažādām papildu piemaksām, ko īsteno katra iestāde, nav iespējams iegūt datus par reālo pieaugumu absolūtos skaitļos). Kā minēts ziņojumā, kopumā Veselības ministrijas padotības iestādēs darba samaksa pārsniedz noteiktās zemākās likmes un vidējais darba samaksas pieaugums 2006. gadā ir 15–16 % apmērā. Arī iestādēs, kurās Veselības ministrija ir kapitāldaļu turētāja, un pašvaldību iestādēs atalgojums pārsniedz zemākās noteiktās darba samaksas likmes un 2006. gadā ir nodrošināts darba samaksas pieaugums.

Arī nākamajos gados saskaņā ar Veselības ministrijas (2010) “Informatīvo ziņojumu par pamatnostādņu “Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē” un programmas “Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē 2006.–2015. gadam” īstenošanu 2006.–2009. gadā” tika nodrošināts programmā paredzētais atalgojuma pieaugums pēc plānotā zemākās atalgojuma likmes pieauguma laika posmā no 2006. līdz 2008. gadam. Lai arī tika nodrošināts medicīnas darbinieku atalgojuma pieaugums šajā laika posmā, tomēr izvirzītais mērķis – ārsta atalgojums divu vidējo darba algu tautsaimniecībā apmērā – netika sasniegts, jo vidējā darba alga tautsaimniecībā pieauga ātrāk, nekā tika plānots, aprēķinot ārstu algu pieaugumu.

2009. gadā ekonomiskās krīzes un līdzekļu taupīšanas nosacījumu dēļ ne vien netika turpināta atalgojuma pieauguma politika, bet pat tika pieņemti grozījumi darba attiecību regulējošā likumdošanā, kas pasliktināja medicīnas darbinieku atalgojuma iespējas un samazināja sociālās garantijas. Saskaņā ar “Grozījumiem Ārstniecības likumā” (2009) tika noteikts, ka ārstniecības personām var piemērot pagarināto normālo darba laiku, kas nepārsniedz 60 stundas nedēļā un 240 stundas mēnesī. Ar šo likuma normu tika paredzēts, ka ārstniecības personām par virsstundu darbu netiek maksāta paaugstināta darba samaksas likme kā par virsstundu darbu, bet par šajā laikā ietilpstošajām virsstundām tiek maksāta parastā darba algas likme. Šie apstākļi nesekmēja cilvēkresursu attīstības plāna izpildi, un valsts nespēja nodrošināt atbilstošu atalgojumu. Papildus tas ietekmēja arī citu saistīto mērķu izpildi – jauna medicīnas personāla ienākšanu un paaudžu nomaiņu. Lai arī, kā norādīts Veselības ministrijas informatīvajā ziņojumā (2010), jaunie speciālisti tika sagatavoti, gan ārsti, gan māsas, un to kopējais skaits pieauga, tomēr pamatdarbā specialitātē 2009. gadā strādāja tikai 59,2 % no sertificētām medicīnas māsām. Jau 2009. gadā, pieņemot grozījumus Ārstniecības likumā, nosakot normālo pagarināto darba laiku, politiskajos dokumentos tika norādīta veselības aprūpes iestāžu nespēja nodrošināt pietiekamu medicīnas darbinieku skaitu. Tāpat arī cilvēkresursu attīstības plānošana dokumentos, kuri tika apstiprināti un kuru realizācija tika

uzsākta un finansējuma pieaugums nodrošināts 2006.–2008. gadā, finansējuma trūkuma dēļ nākamajos gados netika tālāk īstenota.

Vērtējot kopumā reformas ieviešanu cilvēkresursu jomā norādītajā laika posmā, var secināt, ka reforma tika realizēta nepilnīgi: sākumposmā, līdz ekonomikas krīzei, tika izstrādāti mehānismi un politikas dokumenti, kas paredzēja veidus, kā sasniegt mērķi – norādīto darba samaksas pieaugumu, kas stimulētu arī saistīto mērķu izpildi – jaunu speciālistu ienākšanu veselības nozares darba tirgū, aizpildot trūkstošās vakances, kā arī ilgtermiņā veidojot pamatu veiksmīgai paaudžu nomaiņai. Bet realitātē, ņemot vērā “trekno laiku” straujo izaugsmi vidējai algai tautsaimniecībā, plānotie rezultāti netika sasniegti. Medicīnas darbinieku skaita trūkums ir viena no svarīgākajām problēmām gan klīniskās universitātes slimnīcās, gan reģionālajās slimnīcās un slimnīcām ierobežo iespējas sniegt pakalpojumus (LSM, 22.09.2013.). Uz problēmām cilvēkresursu jomā norādīts arī Pasaules Bankas pētījumā “Veselības aprūpes nozares reformu iespējas Latvijā” (2016), apgalvojot, ka ir novērotas ilgstošas problēmas ar cilvēkresursiem saistītās jomās – nozīmīgs darbinieku trūkums, kur būtu jāveic uzlabojumi piecos virzienos: stratēģiju izstrāde personāla piesaistei reģionos; personāla skaita palielināšana mērķa specialitātēs; vairāk profilu komandu izveide primārā aprūpē; augstāku kvalitātes standartu veicināšana – “samaksa par rezultātiem”; dubultās vai daudzkārtējās nodarbinātības prakses regulēšana (kad darbinieki strādā vairākās darba vietās). Saskaņā ar “Informatīvo ziņojumu par pamatnostādņu “Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē” un programmas “Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē 2006.–2015. gadam” īstenošanu 2010.–2013. gadā” (2015) secināts, ka nozīmīgu daļu plānoto pārmaiņu nav iespējams ieviest, jo šīm politikas iniciatīvām netika piešķirts finansējums.

2017. gadā apstiprinātajā konceptuālajā ziņojumā “Par veselības aprūpes sistēmas reformu” cilvēkresursu attīstības jomā norādīts: nodrošināt veselības aprūpes darbinieku algu pieaugumu; izstrādāt plānu speciālistu piesaistei reģionos; noteikt nepieciešamo ārstniecības personu skaitu katrā specialitātē un izmantot, plānojot uzņemšanas un rezidentūras vietu skaitu izglītības iestādēs; noteikt ārstniecības iestādēs nepieciešamo personāla skaitu, balstoties uz posteņu skaitu, nosakot pacientu skaitu un slodzes, kā arī speciālistu konsultāciju laikus. Nopietnas pārmaiņas tika plānotas arī medicīnas māsu darbā, mainot pieeju no funkcionālā modeļa uz darba grupu modeli, palielinot māsas lomu veselības aprūpes sistēmā, kā arī plānojot izmaiņas medicīnas māsu izglītības un kompetenču nodrošināšanā. Cilvēkresursu kapacitātes celšanai papildu atalgojuma palielināšanai tika paredzētas aktivitātes, kuru realizāciju plānots nodrošināt no ES struktūrfondu līdzekļiem – speciālistu piesaistei reģionos un ģimenes ārstu praksi pārņemšanai. Otrs virziens, kuru plānots attīstīt, izmantojot ES līdzekļus, – ārstniecības personu tālākizglītošana un dažāda veida apmācības.

2017. gada nogalē pieņemot veselības aprūpes finansēšanas likumu, tika veikti grozījumi Ministru kabineta noteikumos (2017, Nr. 781), nodrošinot likumprojekta anotācijā noteikto mērķi, palielinot ārstniecības personu zemākās mēnešalgas apmēru 2018. gadā. Šajā laika posmā papildus zemākās likmes paaugstināšanai uzsākta vēl viena nozīmīga pārmaiņa – pakāpeniska atteikšanās no normālā pagarinātā darba laika. “Grozījumi Ārstniecības likumā” (2017) paredzēja pakāpeniski samazināt maksimālo normālā pagarinātā darba laika stundu skaitu (2018. gadā līdz 50 stundām, 2019. – līdz 45 stundām), kā arī noteikt apmaksas koeficientu par šīm pagarinātā darba laika stundām: 2018. gadā – 1,2 un 2019. gadā – 1,35.

Ar 2017. gada veselības aprūpes reformu, nodrošinot finansējumu medicīnas darbinieku atalgojuma celšanai, sākts risināt nozares pastāvēšanas būtiskāko jautājumu – cilvēkresursu nodrošināšanu. Kā 2018. gada nogalē, raksturojot situāciju ar medicīnās māsām veselības jomā, norāda Māsu asociācijas vadītāja D. Raiska (2018), ir novēroti būtiski uzlabojumi, jo, “pēc Veselības inspekcijas datiem, tas skaits [māsu skaits, kas strādā nozarē] nesamazinās”, kā galveno argumentu šīm pozitīvajām pārmaiņām norādot algu pieaugumu, jo “faktiski algas pieaugums nav bijis desmit gadus kopš krīzes. Respektīvi, kā noreducēja tos 20 procentus, tā ir visu laiku visas algas stāvējušas uz vietas, tikai ļoti minimāli paaugstinājās tad, kad bija minimālās algas pacēlums. Līdz ar to uz visa tā fona šis bijis tāds lieliskākais kāpums, kādu vispār mēs laikam māsas esam piedzīvojušas pēdējo 10 gadu laikā”.

Lai arī Latvijā tika izmantotas ES sniegtās iespējas, tai skaitā Eiropas sociālā fonda (ESF) pieejamās programmas veselības jomas darbinieku nodarbinātības veicināšanai, tomēr tās ir fragmentētas un nerisina problēmas kopumā. Piemēram, ESF programma veselības jomas darbinieku piesaistei darbam reģionos nespēja sasniegt izvirzītos mērķus un saskaņā ar nozares pārstāvju sniegto vērtējumu nespēj nozīmīgi risināt problēmu ar darbinieku pieejamību. Savukārt tas, ka, izmantojot ESF programmas, tiek risināts jautājums tikai reģionu līmenī, nespēj risināt kopējo situāciju ar cilvēkresursu trūkumu nozarē kopumā. RSU Ģimenes medicīnas katedras vadītāja Sandra Gintere atzīst: “Jā, ir tie reģionālie līgumi, un tāpēc mums, piemēram, tagad, kad ir jaunie rezidenti, viņi lielākā daļa aiziet uz laukiem, un, teikšu godīgi, mēs akcentējam baigi reģionu problēmu, ka reģionos nav ārstu, un, jā, tā ir problēma. Bet vai kāds ir painteresējies, kas notiek Rīgā?” Savu viedokli par šo problēmu pauž VM ierēdne Liega Zalcmāne (2018): “Mums nav Rīga nekur! Jo mums ir ES ESF un tā fonda politika ir uz reģionu atbalstu un attālinātām teritorijām.” VM pārstāve arī norāda, ka šie jautājumi ir diskutēti ar ģimenes ārstiem un tikšanās laikā ar Sarmīti Veidi: “Viņa pat minēja ļoti lielu skaitli, ja nemaldos, 50 %, kas ir vai jau tuvojas šim te pensijas vecumam ģimenes ārstiem. Veselības ministrijas vadība to dzirdēja, viņi domās par to, bet nu mēs ar savu projektu nu tur nevaram palīdzēt!”

Savukārt, raksturojot ESF fondu programmu mūsu piesaistei, Mūsu asociācijas vadītāja D. Raiska stāsta: “Šis projekts tika aktualizēts no tāda viedokļa, ka akcentēja pamatproblēmu reģionos. Savukārt mēs aktualizējam, ka problēma jau nav reģionos! Problēma ir Rīgā! Un arī mūsu apkopotie dati norāda, ka faktiski pamatproblēma ir tikai dažos reģionos, visos citos reģionos māsas pietiek. Tas tā, iet runa par stacionāriem, neiet runa par primāro aprūpi.” Veselības ministrijas pārstāves Līga Žurovska (2018) un Liega Zalcmane (2018) norāda, ka realizētā programma medicīnas mūsu piesaistei reģionos ir bijusi sekmīga, atsaucoties uz atsevišķiem veiksmīgiem gadījumiem: “Mums bija viens no pirmajiem stāstiem, kur māsiņa no Norvēģijas atgriezās, un tieši šis bija tāds papildus stimuls, lai paliktu medicīnā Latvijā, nevis Norvēģijā.” Tāpat ierēdnes norāda uz gadījumiem, kad māsas, kuras kādu laiku strādājušas citos sektoros, atgriežas medicīnā: “Bija arī kas no veikala pārnāca. Nāk no privātiem uzņēmumiem, no ēdināšanas uzņēmumiem, no pirmsskolas izglītības iestādēm, kur viņas nestrādā kā māsas profesijā, bet kā auklītes. No skaistumkopšanas nozares arī nāk, viņas nāk vairāk uz medicīnas jomu jau stacionārām medicīnas iestādēm.”

Kā var secināt no iepriekšminētajiem viedokļiem, šīs programmas netiek veidotas kā daļa no kopējās valsts stratēģijas, analizējot esošās problēmas un mērķtiecīgus risinājumus, bet ir vien fragmentēti risinājumi, kas izstrādāti, neņemot vērā kopējo sistēmu un veselības jomas darbinieku situāciju, motivāciju un pieejamību nozarē, bet vien balstoties uz to, kādās programmās ir iespējams iegūt ES fondu finansējumu. Detalizētāk šī problēma ir raksturota un aprakstīta publikācijā par veselības aprūpes pieejamību un tās reģionālajām atšķirībām Latvijā (Bikava and Skride, 2019). Apskatītās programmas ietvaros laika posmā no 2017. gada līdz 2022. gada nogalei kopumā darbam reģionos ir pieteikušās un finanšu atbalstu saņēmušas 1414 ārstniecības personas (LSM, 30.12.2022.). Ņemot vērā kopējo cilvēkresursu iztrūkumu nozarē, šīs ESF programmas, lai arī sniedz ieguvumus, tomēr ir nepietiekamas, lai atrisinātu ilgtermiņā izveidojušos situāciju ar cilvēkresursu trūkumu.

Kā norādīts Valsts kontroles revīzijas ziņojumā “Cilvēkresursi veselības aprūpē” (2019), darba samaksas un profesijas zemā prestiža dēļ tikai 65 % no jaunajiem speciālistiem paliek Latvijas darba tirgū. Medmāsu gadījumā – tikai 52 %, vecmāšu gadījumā – 54 %. Papildus atalgojuma problēmai ir novēroti trūkumi izglītības sistēmā, kā ietekmē tikai 53 % ārsta grādu ieguvušie turpina studijas rezidentūrā vai uzsāk darba gaitas veselības aprūpes nozarē. Cilvēkresursu nodrošinājumu nozarē ilgtermiņā apdraud arī nespēja nodrošināt paaudžu nomaiņu – pēc 2017. gada datiem, vecuma grupā virs 50 gadiem strādā 55 % no ārstniecības un atbalsta personām, tostarp 21 % speciālistu ir sasnieguši pensijas jeb 65 gadu vecumu.

Savukārt dalība ES ar atvērto darba tirgu un iespējām Latvijai speciālistiem strādāt labāk apmaksātu darbu ES valstīs veicina darbaspēka aizplūšanu gan uz “bagātajām” Eiropas

valstīm, gan pat uz kaimiņvalsti Igauniju, kur atalgojums medicīnas darbiniekiem ir ievērojami augstāks nekā Latvijā, piemēram, māsas minimālā alga “uz rokas” Igaunijā 2019. gadā bija divas reizes augstāka nekā Latvijā (LSM, 29.03.2019.).

3.1.4. Elektronisko veselības ierakstu ieviešana

Viena no veselības nozares pārmaiņām, kas tieši saistīta ar informācijas un komunikācijas tehnoloģiju attīstību, ir saistīta ar elektronisko veselības ierakstu ieviešanu. Ņemot vērā straujo digitālo risinājumu progresu un ārvalstu pieredzi, arī Latvijā tika nolemts elektronizēt pacienta veselības karti. Pirmais politikas dokuments šo pārmaiņu ieviešanai ir 2005. gadā apstiprinātās pamatnostādnes “e-veselība Latvijā” izstrādei un ieviešanai, un saskaņā ar šo dokumentu pārmaiņu virsmērķis bija “veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas efektivitātes uzlabošana”. Ar Ministru kabineta rīkojumu (2005, Nr. 560) tika apstiprinātas pamatnostādnes, nosakot Veselības ministriju par atbildīgo to īstenošanā un uzdodot veselības ministram līdz 2006. gada 1. jūnijam izstrādāt šo pamatnostādņu īstenošanas plānu.

Kā var secināt no Veselības ministrijas “Informatīvā ziņojuma par pamatnostādņēm “e-veselība Latvijā” un īstenošanas plāna 2008.–2010. gadam ieviešanu 2007. gadā” (2008), e-veselības pamatnostādņu ieviešanas dokuments salīdzinājumā ar citiem nebija tik prioritārs, kā arī tā izstrāde bija ievērojami sarežģītāka, jo paredzēja starpinstitūciju sadarbību. Plāns pamatnostādņu ieviešanai nav ticis izstrādāts noteiktajā termiņā, bet gadu vēlāk, kā ietekmē ir kavēta plānoto pasākumu īstenošana vismaz par vienu gadu. Informatīvajā ziņojumā ir norādīts, ka plāna izstrāde netiek realizēta atbildīgās institūcijas ietvaros, bet gan projekta vadība, gan vadlīniju izstrāde ir nodota ārējam konsultantam, 25.09.2007. noslēdzot līgumu ar SIA “AA projekts”. No tā var secināt, ka Veselības ministrijai kā par šo pamatnostādņu īstenošanu atbildīgajai iestādei attiecīgajā laika posmā nav bijusi kompetence IT projektu ieviešanā, kā dēļ šie uzdevumi ir deleģēti privāto uzņēmējiem. Raksturojot e-veselības ieviešanas procesu Latvijā, izstrādātāja “Datorzinību centrs” pārstāve Gundega Lazdāne (2017) intervijā norāda: “Lielākā problēma no paša sākuma ir tā, ka ir trīs projekti, kas ir ļoti cieši saistīti, bet katram ir savs projekta plāns. Un tas, ka tie trīs projekti nebija tā, kā kopīgi pārvaldīti, katram projektam bija savs projekta vadītājs un cits projekta ieviešanas laika plāns.” Kā otrs būtiskais jautājums minētas problēmas lēmumu pieņemšanā un tieši jautājumos par veidu, kā tiks realizēta pacienta datu sniegšanas piekrišana. G. Lazdāne (2017) apgalvo: “Vissvarīgākais lēmums ir par pacientu datu pieejamību. Kas mums bija jau projekta nolikumā ierakstīta pretrunīga informācija. Līdz ar to mums bija jāpieņem lēmums, kā mēs sistēmu būvējam!” Trešā būtiskā problēma, ko atzīst G. Lazdāne (2017), bija vienotas izpratnes trūkums: “Nevienā brīdī neviens nevarēja atbildēt mērķi šim te risinājumam: kāpēc mēs vispār to darām? Mēs tā

kā saprotam, ka mēs gribam visu kaut ko automatizēt, elektronizēt, bet nu tāpat ir jābūt kaut kādam augstākam mērķim. Nu ir jābūt tam fokusam, kāpēc mēs to risinājumu izstrādājam! Es meklēju atbildi uz šo jautājumu caur kaut kādiem konceptuāliem dokumentiem un vēl kaut kur, bet es nekur neatradu.” Kopumā raksturojot projekta vadību no pasūtītāja puses, tiek norādīts, ka tā “nebija kvalitatīva. Mums nostrādāja arī cilvēku “steikholderu” risks. Mums nomainījās projekta vadītāja pasūtītāja pusē. Nu es domāju, tur vispār nav ko komentēt par projekta vadību – tādas var teikt, ka nebija!” (Lazdāne, 2017).

Projekta pārvaldības un vadības nodošana ārējam pakalpojumu sniedzējam, saglabājot NVD tikai pasūtītāja funkciju, pieņemot risinājumu, parakstīt dokumentus un veikt samaksu noveda pie kompetences un izpratnes trūkuma brīžos, kad šie risinājumi bija jāpieņem. Kā atzīst G. Lazdāne (2017): “Cilvēki no pasūtītāja puses nevarēja pieņemt prasību specifikāciju – nu tāpēc, ka viņi nevarēja to uztvert, un nesaprata to, kas tur ir rakstīts. Viņi nevarēja saprast un nevarēja pieņemt, tad viņi nevarēja parakstīt tāpēc, ka viņi nesaprot, un ilgs tas process bija. Un tad, no otras puses – kā tad nodot to risinājumu, ja tu pat nevari specifikāciju saprast?”

Saskaņā ar Veselības ministrijas “Informatīvo ziņojumu par pamatnostādņu “e-veselība Latvijā” ieviešanu 2008.–2013. gadā un pamatnostādņu ieviešanu “e-veselība Latvijā” īstenošanas plāna 2008.–2010. gadam ieviešanu” (2014), tikai sākot ar 2009. gadu, kad kļuva pieejams Eiropas struktūrfondu finansējums, tika uzsākti iepirkumi gan nepieciešamai infrastruktūrai, gan moduļu izstrādei. 2009. gadā, notiekot institucionālām reformām, atbildība par e-veselības ieviešanu no Veselības ministrijas tika nodota Veselības ekonomikas centram (VEC), kas bija pilnībā jaunizveidota institūcija. Pārņemot atbildību par projektu no Veselības ministrijas, tikai 2010. gadā VEC konstatēja, ka tālākā projekta izstrāde nav iespējama, jo trūkst normatīvā regulējuma par datiem un datu apstrādi šādas sistēmas izstrādei (Bikava un Kreituse, 2018 a).

Kā norādīts Valsts kontroles revīzijas ziņojumā (2015), Veselības ministrija attiecīgajā laika posmā netika veikusi ne plānošanas dokumenta pamatnostādnes “e-veselība Latvijā” novērtējumu izstrādi, ne starpposmu novērtējumu, lai uzraudzītu plānošanas dokumenta īstenošanas gaitu un izmaiņas. Papildus norādīts, ka e-veselības pamatnostādņu un ieviešanas plāna sagatavošanas darba grupās ir piedalījušies tikai Veselības ministrijas un tās padotības iestāžu darbinieki, nepieaicinot ne veselības aprūpes profesionāļus, ne farmaceitus un informācijas un komunikācijas tehnoloģiju speciālistus. Intervējot Latvijas Ārstu biedrības pārstāvi Andri Baumani (2017) par ārstniecības personu kā galveno e-veselības sistēmas lietotāju daļu norādīts: “Sadarbības nebija! Nebija nekā, sākot no 2006. gada, kad Latvijā tas tika uzsākts, līdz 2016. gadam principā sadarbība nav bijusi nekad! Nu ja ar sadarbību uzskata diskusiju par to, kas un kādā veidā varētu izskatīties – tas bija ļoti attālināti. Nu un pie tam ar

cilvēkiem, kuri to sākotnēji vadīja – viņu pašu nojausma par to, kāda izskatīsies e-veselība, ir ļoti attālināta un pat nojaušami. Viņi pat nesaprata, ko viņi grib pasūtīt valsts vārdā tiem, kas to izstrādāja.” Arī Pasaules Bankas pētījumā “Veselības aprūpes nozares reformu iespējas Latvijā” (2016) norādīts uz problēmām informāciju sistēmu jomā, minot, ka pašreizējās datu un informācijas sistēmas nav pietiekami attīstītas, kas savukārt kavē pārskatāmību, rezultātu aprēķināšanu un uz pierādījumiem balstītu lēmumu pieņemšanu klīniskajā praksē un politiskā līmenī.

3.1.5. Veselības reformas ietvaros īstenoto pārmaiņu rezultāts

Iepriekšējās apakšnodaļās detalizēti apskatītas veselības politikas reformas, kas saistītas ar veselības jomas finansēšanu, veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju pārmaiņām, cilvēkresursu politikas pārmaiņas un e-veselības ieviešanu. Lai novērtētu šajā laika posmā sasniegtās pārmaiņas veselības jomā, ir salīdzināti rādītāji, kas raksturo veselības aprūpes pakalpojumus un to pārmaiņas (skatīt datus 3.1. un 3.2. tabulā).

1. Slimnīcu skaits un tā izmaiņas attiecīgajā laika periodā. Reformās tika norādīts, ka veselības aprūpe ir organizēta neefektīvi un viena no prasībām bija mazināt stacionāros pakalpojumus un veicināt primāro veselības aprūpi. Dati iegūti no Centrālās statistikas pārvaldes datiem par veselības aprūpes pamatrādītājiem gada beigās (CSP, VAG010, 1990–2019).
2. Gultasvietu skaits uz 10 000 iedzīvotāju un tā izmaiņas attiecīgajā laika periodā. Ņemot vērā demogrāfiskās tendences – iedzīvotāju skaita samazinājumu no 2,668 miljoniem 1990. gada sākumā līdz 1,919 miljoniem 2019. gada sākumā (CSP, IRS010, 1990-2019) –, slimnīcu skaita samazinājums var būt saistīts arī ar iedzīvotāju skaita izmaiņām un slimnīcu skaita izmaiņas vien nesniedz pietiekamu informāciju par pakalpojumu pieejamību. Tādēļ izmantots papildu rādītājs – gultasvietu skaita izmaiņas uz 10 000 iedzīvotāju. Dati iegūti no Centrālās statistikas pārvaldes datiem par Slimnīcu gultas vietu fonda specializāciju (CSP, VAG170, 1990–2019).
3. Vidējais ārstēšanas ilgums un tā izmaiņas. Uzlabojot ārstēšanas kvalitāti, izmantojot jaunas, modernas pieejas un medikamentus, ir iespējams samazināt laiku, kas pacientam jāpavada slimnīcā, lai sasniegtu tādu veselības stāvokli, kad tālākā ārstēšana ir veicama ambulatori. Dati iegūti no Centrālās statistikas pārvaldes datiem par iedzīvotāju hospitalizāciju (CSP, VAG210, 1990–2019).
4. Hospitalizēto iedzīvotāju skaits uz 1000 iedzīvotāju. Tā kā viens no reformu mērķiem bija veicināt primāro veselības aprūpi, nodrošināt ambulatoro

- pakalpojumu pieejamību un, mainot pacientu ieradumus, laikus un biežāk vērsties pie primārās veselības speciālistiem un mazāk nonākt slimnīcās, salīdzināts rādītājs hospitalizāciju skaits uz 1000 iedzīvotāju. Dati iegūti no Centrālās statistikas pārvaldes datiem par iedzīvotāju hospitalizāciju (CSP, VAG210, 1990–2019).
5. Neatliekamās medicīniskās palīdzības (NMP) izsaukumu skaits. Ņemot vērā, ka PSRS sistēmā neatliekamā medicīniskā palīdzība bija viens no palīdzības sniegšanas veidiem gadījumos, kad nebija iespējams saņemt palīdzību poliklīnikā, iedzīvotājiem izveidojās ieradums saukt “ātro palīdzību” ne tikai dzīvībai kritiskos stāvokļos, bet arī citos gadījumos. Mainoties veselības pārvaldes struktūrai, pieaugot primāriem un ambulatoriem pakalpojumiem un savlaicīgai medicīniskai palīdzības sniegšanai, būtu jāsamazinās NMP izsaukumu skaits. Dati iegūti no Centrālās statistikas pārvaldes datiem par NMP izsaukumiem (CSP, VAG200, 1990–2019).
 6. Ambulatoro iestāžu skaits. Ņemot vērā, ka reformās bija paredzēts, ka, ieviešot brīvā tirgus un konkurences principus, kā arī veicinot īpašumtiesību formu maiņu un uzņēmējdarbību, tiks radītas jaunas privātā sektora ambulatorās iestādes, veikts ambulatoro iestāžu skaita izmaiņu salīdzinājums. Tā kā reforma paredzēta ieviest jaunu pieeju – ģimenes ārsta institūtu, tad atsevišķi izdalītas izmaiņas, kas saistītas ar ģimenes ārstu prakšu skaita pieaugumu un ārstu speciālistu prakšu skaita izmaiņām. Dati iegūti no Centrālās statistikas pārvaldes datiem par veselības aprūpes pamatrādītājiem gada beigās (CSP, VAG010, 1990–2019).
 7. Ārsta apmeklējuma skaits ambulatori uz vienu iedzīvotāju. Veiksmīgi realizējot reformu, kas paredzēja attīstīt primāro veselības sektoru, būtu jānovēro būtisks ambulatoro vizīšu skaita pieaugums. Līdz ar to salīdzināti dati par ambulatoro vizīšu skaita izmaiņām šajā laika periodā. Dati iegūti no Centrālās statistikas pārvaldes datiem par ambulatoro apmeklējumu skaitu (CSP, VAG190, 1990–2019).
 8. Ņemot vērā, ka būtisks aspekts veselības aprūpes nodrošinājumā ir ne tikai iestādēm, bet arī medicīnas personālam, ir apskatīti arī medicīnas personālu raksturojošie rādītāji: kopējais ārstu skaits uz 10 000 iedzīvotāju, kā arī atsevišķi izdalīti ģimenes ārsti, jo šajā specialitātē reforma radīja būtiskas pārmaiņas. Dati iegūti no Centrālās statistikas pārvaldes datiem par ārstu skaitu specialitātēs (CSP, VAG150, 1990–2019).

9. Māsu skaits, ārstu palīgu skaits, kā arī vecmāšu skaits uz 10 000 iedzīvotāju. Dati iegūti no Centrālās statistikas pārvaldes datiem par ārstniecības personālu ar vidējo medicīnisko izglītību (CSP, VAG160, 1990–2019).

Veselības aprūpes rādītāju kopsavilkums

Rādītājs / Gads	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Stacionāro sektoru raksturojošie rādītāji															
Slimnīcu skaits	188	187	176	167	170	166	158	156	150	151	142	140	129	131	119
Gultasvietu skaits uz 1000 iedzīvotāju	141	136,6	130,8	123,4	121,5	112,6	104,9	98,5	96,6	90,7	87,3	82,7	78,5	79,4	79,1
Vid. ārstēšanas ilgums dienās	17,3	17,4	17,6	17,1	16,5	15,1	14,4	13,1	12,5	11,8	11,4	11,3	10,6	10,4	10,4
Hospitalizāciju skaits uz 1000 iedzīvotāju	217	213	200	202	213	215	212	220	224	225	221	213	206	213	216
NMP pakalpojumi uz 1000 iedzīvotāju	300	270	237	250	264	247	227	232	216	215	213	217	219	224	225
Ambulatoro sektoru palīdzību raksturojošie rādītāji															
Ambulatoro iestāžu skaits kopā	373	393	372	394	499	527	577	1127	1096	1331	1892	2386	2601	2757	2835
T.sk. ārstu prakses (ģimenes ārstu, pediatru, internistu)	–	–	–	–	–	–	–	361	244	274	267	1055	1100	1107	1112
T.sk. ārstu speciālistu prakses	–	–	–	–	–	–	–	–	179	283	811	304	381	423	457
Ārstu apmeklējumu skaits ambulatori uz 1 iedzīvotāju	8,0	7,3	6,2	5,2	5,1	4,9	4,4	4,5	4,7	5,0	4,8	4,8	4,6	4,8	5,1
Medicīnas personālu raksturojošie rādītāji															
Ārstu skaits uz 10 000 iedzīvotāju	47,0	46,2	41,4	36,8	34,7	34,0	35,3	34,7	33,2	33,8	34,4	33,4	34,4	34,6	35,9
T.sk. ģimenes ārsti uz 10 000 iedzīvotāju	–	–	–	0,2	0,3	0,8	1,2	1,6	2,0	3,4	4,1	4,2	4,5	4,6	5,5
Māsu skaits uz 10 000 iedzīvotāju	65,1	63,4	59,7	57,5	50,2	49,2	47,9	46,2	44,1	42,1	42,0	41,7	41,6	42,7	43,8
Ārstu palīgu, feldšeru skaits uz 10 000 iedzīvotāju	16,1	15,7	13,1	11,8	10,4	8,2	9,1	7,8	7,5	7,9	7,3	7,2	7,5	7,5	7,2
Vecmātes uz 10 000 iedzīvotāju	5,0	4,9	4,6	3,9	3,5	3,1	2,9	2,7	2,6	2,3	2,3	2,2	2,1	2,1	2,1

Avots: autores izveidota tabula, izmantojot Centrālās statistikas pārvaldes datus.

Veselības aprūpes rādītāju kopsavilkums

Rādītājs / Gads	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Stacionāro sektoru raksturojošie rādītāji															
Slimnīcu skaits	109	106	94	88	69	67	70	66	65	64	67	65	63	62	61
Gultasvietu skaits uz 1000 iedzīvotāju	79,0	78,5	78,3	77,7	67,4	56,8	58,8	58,9	58,0	56,6	57,2	57,2	55,9	54,9	54,2
Vid. ārstēšanas ilgums dienās	10,0	9,3	9,0	9,0	8,9	8,5	8,7	8,3	8,3	8,3	8,1	8,3	8,4	8,3	8,1
Hospitalizāciju skaits uz 1000 iedzīvotāju	227	239	242	238	198	181	190	190	187	185	187	191	184	186	186
NMP pakalpojumi uz 1000 iedzīvotāju	200	217	218	197	173	206	224	226	225	219	224	224	228	212	193
Ambulatoro sektoru palīdzību raksturojošie rādītāji															
Ambulatoro iestāžu skaits pavisam	2991	3183	3285	4078	4583	4756	4658	4645	4718	4527	4192	4018	3950	3890	3833
T.sk. ārstu prakses (ģimenes ārstu, pediatru, internistu)	1130	1150	1146	1154	1310	1341	1333	1323	1332	1299	1275	1247	1239	1223	1206
T.sk. ārstu speciālistu prakses	509	540	557	603	813	879	856	869	939	1036	1016	973	956	946	939
Ārstu apmeklējumu skaits ambulatori uz 1 iedzīvotāju	5,3	5,6	6,0	6,2	5,9	5,9	6,3	7,0	6,3	5,8	5,9	5,9	6,1	6,0	6,1
Medicīnas personālu raksturojošie rādītāji															
Ārstu skaits uz 10 000 iedzīvotāju	36,8	37,8	36,6	39,0	37,6	38,3	39,1	39,5	39,9	38,9	38,7	38,4	37,7	37,0	36,4
T.sk. ģimenes ārsti uz 10 000 iedzīvotāju	5,7	5,8	5,7	6,0	6,1	6,3	6,4	6,5	6,6	6,8	6,7	6,8	6,9	7,0	6,8
Māsu skaits uz 10 000 iedzīvotāju	44,4	43,6	44,0	45,8	41,9	41,1	38,7	36,0	34,6	33,9	32,6	26,4	24,9	23,6	–
Ārstu palīgu, feldšeru skaits uz 10 000 iedzīvotāju	7,9	7,8	7,8	7,6	7,2	7,9	8,1	9,2	9,9	9,9	11,2	11,4	11,5	12,0	–
Vecmātes uz 10 000 iedzīvotāju	2,0	2,0	2,0	2,2	2,1	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,1	2,1	2,1	–

Avots: autores izveidota tabula, izmantojot Centrālās statistikas pārvaldes datus.

Veicot veselības nozares izmaiņas minētajā laika posmā, saskaņā ar rādītājiem, kas apkopoti 3.1. un 3.2. tabulā, var novērot, ka stacionārajā sektorā ir izdevies realizēt pārmaiņas, samazinot slimnīcu skaitu no 188 – 1990. gadā uz 61 – 2019. gadā, kas nozīmē, ka šo 30 gadu laikā ir palikusi vien trešā daļa slimnīcu. Tāpat tiek turpināts samazināt gultu skaitu, un šajā laika periodā attiecīgais rādītājs samazinās no 141 gultas – 1990. gadā uz 54,2 – 2019. gadā, arī gultu skaits uz 1000 iedzīvotāju ir samazināts gandrīz par divām trešdaļām. Līdz ar to var secināt, ka reforma, samazinot slimnīcu un gultu skaitu slimnīcās, ir bijusi sekmīga un šāds samazinājums atbilst prasībai par efektivitātes veicināšanu, mazinot izdevumus, un šajā ziņā reforma ir sasniegusi rezultātus.

Apskatot iedzīvotāju vidējo ārstēšanas ilgumu dienās, ir redzams, ka apskatāmajā laika periodā ir ievērojami mazinājies slimnieku vidējais ārstēšanās ilgums stacionāros. Lai arī sākumposmā, 1990.–1992. gadā tas nedaudz pieaudzis no 17,3 uz 17,6 dienām, tālākajos gados tas pakāpeniski, bet nepārtraukti samazinās, 2019. gadā sasniedzot rādītāju 8,1. Vidējās ārstēšanās ilguma samazinājums liecina par to, ka ir sasniegti reformas mērķi, ka pacienti tiek hospitalizēti īslaicīgāk, lai saņemtu nepieciešamo augsti specializēto palīdzību, bet tālākā ārstēšanās tiek veikta ambulatori. Var secināt, ka arī šajā aspektā reforma ir bijusi veiksmīga, jo pavadīto dienu skaits stacionārā ir samazinājies uz pusi. Tomēr šis progress lielā mērā ir saistīts ne tikai ar efektīvāku veselības aprūpes organizēšanu, bet arī ar nozīmīgu tehnoloģisko progresu, kas paredz mazāk invazīvu ārstēšanu, labāku diagnostiku un ātrāku atlabšanu, izmantojot efektīvākas, saudzīgākas ārstēšanas metodes un efektīvākus medikamentus.

Hospitalizēto iedzīvotāju skaits, kam atbilstoši reformu nosacījumiem, attīstot ambulatoro veselības aprūpi, vajadzēja samazināties, sākotnēji samazinājās, bet laika posmā no 1993. līdz 1999. gadam, kad tika veiktas reformas, veselības aprūpes jomā nodalot primāro, sekundāro un terciāro veselības aprūpi, tas pieauga un pārsniedza sākotnējo skaitu 1990. gadā. Salīdzinot šī perioda vidējos rādītājus, var secināt, ka pēc 2010. gada ir vērojami uzlabojumi un tikai šajā laika periodā ir izdevies mazināt hospitalizāciju skaitu, uzlabojot ambulatoro pakalpojumu pieejamību, kas ir teju 20 gadi pēc reformas uzsākšanas. Tas liecina par to, ka nav izdevies mainīt ārstēšanas praksi, nodrošinot, ka vairāk pakalpojumu saņem ambulatori un mazāk tiek veikta ārstēšana stacionāros, lai arī institucionāli ir izdevies mainīt veselības aprūpes organizēšanu. Šis rādītājs savukārt liecina, ka savlaicīga veselības aprūpes pieejamība ir pasliktinājusies, nevis uzlabojusies.

Neatliekamās medicīniskās palīdzības (NMP) izsaukumu skaits apskatītajā laika periodā kopumā samazinās, lai arī periodiski ir novērojams kāpums. Tomēr, salīdzinot apkalpoto izsaukumu skaitu uz 1000 iedzīvotāju 1990. gadā, kad tas bija 300, ar 2019. gada vērtību 193, var secināt, ka NMP pakalpojumi tiek izmantoti mazāk, kas savukārt varētu

liecināt, ka ir mainījies sabiedrības izpratne par “ātro palīdzību” un NMP. Tā kā par šo laiku nav pieejama informācija, vai šie izsaukumi bija pamatoti un saistīti ar dzīvībai kritisku situāciju, tad secinājumus par to, vai izdevies mainīt praksi un NMP vairs nav “ātrā palīdzība”, nav iespējams izdarīt no pieejamiem datiem.

Ambulatoro iestāžu skaits apskatāmajā laika periodā pieaug, kas ir saistīts gan ar to, ka daļa agrāko slimnīcu un cita veida iestāžu, kas darbojas veselības aprūpes vai rekreācijas pakalpojumu jomā, tiek pārorganizētas par ambulatorajām iestādēm, gan ar to, ka tiek reģistrētas jaunas ambulatorās iestādes. Straujākais pieaugums ir vērojams no 1994. gada, kad to skaits palielinās no 394 – 1993. gadā uz 499 – 1994. gadā, turpinot pieaugt arī nākamajos gados. Būtisks lēciens ambulatoro iestāžu skaita izmaiņā ir vērojams ar 1997. gadu, kad tiek sākti reģistrēt ģimenes ārstu prakses. Laika gaitā gan ir vērojamas pārmaiņas, iestāžu skaitam pieaugot 2006.–2013. gada periodā, bet, sākot ar 2014. gadu, tas sāk samazināties. Kritums šajā laika posmā varētu būt skaidrojams ar to, ka noslēdzies ESF projekts, kura ietvaros iestādēm bija pieejams finansējums prakšu veidošanai. Kopumā no šīm tendencēm var secināt, ka iepriekšējā laika periodā uzsāktā reforma, paredzot iespējas veidot privātprakses, tiek īstenota, tomēr tikai pēc tam, kad ir radīti nepieciešamie regulējošie mehānismi un iespējas iegūt papildu finansējumu.

Lai arī absolūtajos skaitļos ir novērojams ambulatoro iestāžu pieaugums, apskatot ambulatoro vizīšu skaitu vidēji uz iedzīvotāju, tas ir ievērojami samazinājies, un, kaut gan perioda beigās ir vērojams neliels pieaugums, sasniedzot rādītāju 6,1, tomēr tas joprojām ir būtiski zemāks par to, kāds bija pirms reformām: 1990. gadā – 8,0 vai 1991. gadā – 7,3. Vērtējot no reformas iznākumu viedokļa, reformas mērķi nav sasniegti, jo, lai arī iestādes ir radītas, pacienti tur nesaņem ambulatoros pakalpojumus vairāk nekā pirms tam, bet uz pusi mazāk. Iespējams, ka šis efekts ir skaidrojams ar to, ka reformas ieviešanas gaitā nav veikts pietiekams darbs plānošanā un komunikācijā ar iedzīvotājiem, kā ietekmē iedzīvotāji neizmanto šīs iespējas vērsties ambulatori un, nezinot, kā rīkoties, pakalpojumus saņem tad, kad tiek stacionēti. Līdz ar to jāsecina, ka veselības aprūpes pieejamība, kaut arī nedaudz ir uzlabojusies, tomēr joprojām iedzīvotāji nepietiekami izmanto ambulatoros pakalpojumus, par ko liecina arī augstais hospitalizēto iedzīvotāju īpatsvars.

Apskatot ārstniecības personāla pieejamību šajā laika posmā, var novērot, ka pilnīgi visās grupās – ārsti, ārsta palīgi, māsas – ārstniecības personāla skaits uz iedzīvotāju skaitu samazinās. Ārstu skaita samazinājums ir par 22 % no 47,0 uz 36,4 uz 10 000 iedzīvotāju. Salīdzinot ar ES vidējo rādītāju 2017. gadā (WorldBank, 2017a), vidējais ārstu skaits bija 49,3 ārsti uz 10 000 iedzīvotāju, bet Latvijā saskaņā ar Pasaules Bankas datiem – 31,9 ārsti.

Līdz ar to var secināt, ka, salīdzinot ar vidējiem ES rādītājiem, šajā laika periodā Latvijā ārstu skaits ir par 35 % mazāks nekā vidēji ES.

Māsu skaits šajā laika periodā ir dramatiski krities, jo māsu skaits ir samazinājies par divām trešdaļām: no 65,1 – 1990. gadā līdz 23,6 – 2018. gadā³. Salīdzinot ar ES vidējiem rādītājiem⁴ 2017. gadā (WorldBank, 2017b), māsu un vecmāšu skaits ES vidēji uz 10 000 iedzīvotāju ir 90,86, bet tajā pašā gadā Latvijā, pēc Pasaules Bankas datiem, 45,57 māsas un vecmātes, kas liecina, ka Latvijā ir par 49,5 % jeb uz pusi mazāk māsu, nekā vidēji Eiropā uz identisku iedzīvotāju skaitu. Ņemot vērā to, cik nozīmīgu lomu pacientu aprūpē un izglītošanā, kā arī informēšanā par profilakses pasākumiem ieņem māsas, šis rādītājs ir saistāms ar nozīmīgiem riskiem gan ārstniecības pakalpojumu kvalitātes nodrošināšanā, gan sabiedrības veselības veicināšanā.

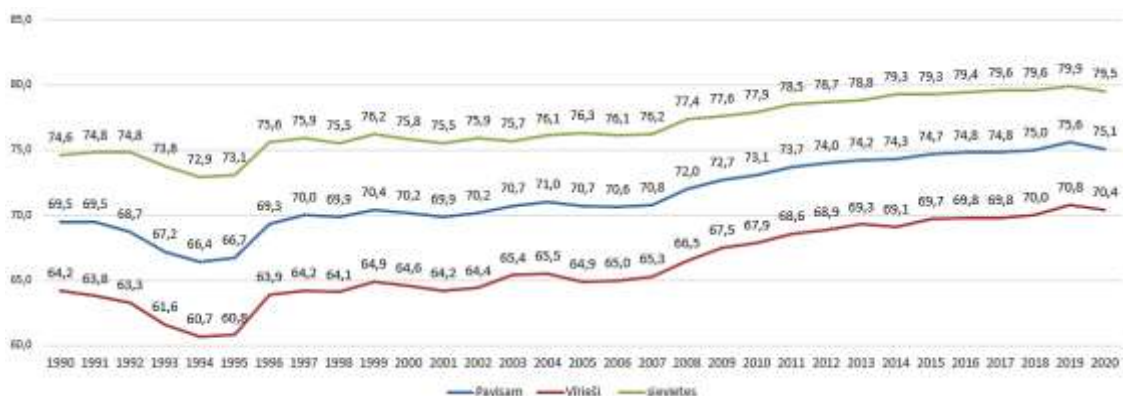
No tā var secināt, ka šajā laika periodā īstenotā reforma ir bijusi sekmīgi no institucionālā viedokļa, bet nav bijusi sekmīga no iznākuma viedokļa, vērtējot sabiedrības veselību un veselības pakalpojumu pieejamību. Reforma ir bijusi daļēji sekmīga, jo par pozitīvu rezultātu liecina slimnīcu skaita samazinājums un gultasvietu samazinājums, kā arī būtisks ambulatoro iestāžu skaita pieaugums. Tāpat var secināt, ka ir izdevies modernizēt veselības aprūpi un ieviest efektīvākas ārstēšanas pieejas, par ko liecina vidējā ārstēšanās ilguma samazinājums. Ir uzlabojusies ambulatoro pakalpojumu pieejamība, kā arī kopējā veselības aprūpes pieejamība. Reforma ir bijusi nesekmīga, jo nav izdevies pilnvērtīgi mainīt veselības aprūpes modeli, veicinot primāro veselības aprūpes izaugsmi, kā arī nav izdevies nodrošināt pakalpojumu pieejamību un kvalitāti iedzīvotājiem.

Saskaņā ar 2014. gadā pieņemto “Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2014.–2020. gadam kopsavilkumu” (2014) sabiedrības veselības politikas virsmērķis ir “palielināt Latvijas iedzīvotāju veselīgi nodzīvoto mūža gadu skaitu un novērst priekšlaicīgu nāvi, saglabājot, uzlabojot un atjaunojot veselību”. Savukārt kā viens no apakšmērķiem ir norādīts “nodrošināt efektīvu veselības aprūpes sistēmas pārvaldi un racionālu resursu izmantošanu, lai sekmētu veselības aprūpes sistēmas darbības ilgtspējību un visiem Latvijas iedzīvotājiem vienlīdzīgu pieeju kvalitatīviem veselības aprūpes pakalpojumiem, kas tiek apmaksāti no valsts budžeta līdzekļiem”. Latvijas statistikas datus nav pieejami dati par iedzīvotāju veselīgi nodzīvoto mūža gadu skaitu, kā arī dati par iedzīvotāju veselības kvalitāti, mirstības cēloņiem, dzīves kvalitāti un veselības aprūpes pieejamību. Par laika periodu

³ Statistikas portālā nav pieejami dati par 2019. gadu datu kopā CSP.VAG160 – Ārstniecības personāls ar vidējo medicīnisko izglītību pa specialitātēm gada beigās.

⁴ Veicot salīdzināšanu, ir jāņem vērā dažādās aprūpes organizēšanas sistēmas un katras valsts specifika. Latvijas gadījumā papildus ārstiem un medicīnas māsām ir ārstu palīgi, kuru pienākumi, strādājot slimnīcu uzņemšanas nodaļās, ir pielīdzināmi medicīnas māsas pienākumiem, bet, strādājot NMPD, tie ir pielīdzināmi citās valstīs noteiktajai paramediķa profesijai.

no 1990. līdz 2020. gadam vienīgais rādītājs, ko var izmantot sabiedrības veselības rādītāju izvērtēšanai, ir paredzamais mūža ilgums jaundzimušajiem (skatīt 3.3. attēlu).



3.3. attēls. Jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums (gados)

Avots: autores izveidots attēls, izmantojot Centrālās statistikas pārvaldes datus (CSP.IRP010).

Kā redzams no 3.3. attēla, paredzamais mūža ilgums perioda sākumposmā samazinās līdz 1994. gadam, kad ir zemākais rādītājs 66,4 gadi (vīriešiem 60,7 un sievietēm 72,9). Savukārt nākamajos periodos tas uzlabojas un, sākot no 1996. gada, pakāpeniski pieaug. Apskatot periodu kopumā, var secināt, ka šajos 30 gados iedzīvotājiem pieejamā veselības aprūpe ir būtiski uzlabojusies, par ko liecina pieaugums jaundzimušo vidējā paredzamā mūža ilgumā no 69,5 uz 75,1 gadu. Skatoties pēc dzimumiem, vidējais paredzamais mūža ilgums sievietēm ir pieaudzis par 4,9 gadiem un sasniedzis 79,5 gadus, bet vīriešiem pieaudzis par 6,2 gadiem un sasniedzis 70,4 gadus. Salīdzinot ar ES 2019. gada vidējiem rādītājiem, kas publicēti OECD pārskatā, vidējais paredzamais mūža ilgums Latvijā ir 75,7 gadi, bet vidēji ES valstīs – 81,3 (OECD, 2021, 3). Līdz ar to var secināt, ka kopumā sabiedrības veselības rādītāji Latvijā šajos 30 gados nenoliedzami ir uzlabojušies, tomēr, salīdzinot ar ES valstīm, Latvija joprojām atpaliek šajā rādītājā par 5,6 gadiem. Salīdzinot ar kaimiņvalstīm, pēc OECD pārskata datiem, Igaunijā vidējais paredzamais mūža ilgums jaundzimušajiem ir 78,6 gadi, savukārt Lietuvā – 75,1.

Kā vēl viens plaši izmantots rādītājs, kas izmantots, lai novērtētu veselības aprūpes pieejamību, ir dati par iedzīvotāju ienākumiem un dzīves apstākļiem, apskatot datus par gadījumiem un iemesliem, kad iedzīvotāji neveica pārbaudes vai ārstēšanos (EU-SILC). Lai novērtētu pieejamību, analizēti dati par gadījumiem, kad ir bijis vismaz viens gadījums, kad pārbaude vai ārstēšanās nav veikta. Dati iegūti no Centrālās statistikas pārvaldes datiem par apstākļiem, kas traucējuši veikt pārbaudes vai ārstēšanos (CSP, IVP070, 2005–2019⁵). Datus skatīt 3.3. tabulā.

⁵ Dati Centrālās statistikas portālā IVP080 ir pieejami tikai, sākot no 2005. gada. Par agrākiem periodiem šādi dati nav pieejami.

Pārbaužu veikšanu vai ārstēšanas traucējošie apstākļi

Rādītājs / Gads	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Veselības aprūpes pieejamības rādītāji															
Nav veikta ārstēšanās vai pārbaude (%)	29,2	27,8	23,2	18,9	15,9	21,5	22,0	19,1	19,9	19,2	11,7	11,8	10,3	11,1	7,9
t.sk. pilsētās (%)	30,4	27,3	24,0	19,3	16,2	22,7	23,4	19,4	20,4	19,6	11,4	11,5	10,3	11,2	7,4
t.sk. laukos (%)	26,5	29,3	22,0	17,9	15,5	18,8	19,2	18,4	19,5	18,4	12,5	12,5	10,0	10,8	9,1
Iemesls: nevarēja atļauties	55,5	42,1	34,9	35,9	50,3	62,4	65,5	54,9	60,0	54,4	57,9	45,0	43,1	38,3	35,8
Iemesls: gribēja nogaidīt	15,3	24,0	25,5	22,0	20,7	15,8	14,2	21,0	16,2	18,7	15,9	18,0	22,7	24,7	25,2
Iemesls: nevarēja izbrīvēt laiku	12,7	14,2	12,9	18,1	10,9	8,0	6,7	7,3	8,3	9,0	6,5	7,1	10,3	10,8	8,7
Iemesls: pārāk ilgi jāgaida	5,9	8,9	13,0	12,6	8,4	5,6	4,3	6,6	6,5	8,4	10,4	20,9	12,9	12,7	13,6
Iemesls: nezināja labu ārstu	3,1	2,7	3,3	2,9	2,4	1,8	2,1	1,8	2,6	3,2	2,8	2,3	2,9	4,3	3,2
Iemesls: bailes no ārstiem	2,8	2,9	2,2	2,1	2,3	2,2	2,8	3,0	2,2	1,9	2,0	1,9	2,1	2,3	5,4
Iemesls: citi iemesli	2,8	2,3	3,3	2,8	1,5	2,0	1,0	2,1	1,7	2,0	1,7	0,9	1,7	2,1	3,0
Iemesls: pārāk tālu jābrauc	1,9	2,8	4,9	3,7	3,5	2,3	3,3	3,3	2,6	2,3	2,9	4,0	4,3	4,8	5,1

Avots: autores izveidota tabula, izmantojot Statistikas pārvaldes datus (CSP.IVP070 un CSP.IVP080).

Apskatot veselības aprūpes pieejamības rādītājus, vērtējot pēc tā, cik procentuāli daudz gadījumos iedzīvotāji nav saņēmuši noteikto veselības pārbaudi vai ārstēšanu, ir novērojams, ka laika periodā, par kuru ir pieejami dati, šis rādītājs samazinās. Salīdzinot 2005. gada datus un 2019. gada datus, šādu gadījumu skaits ir samazinājies par divām trešdaļām – no 29,2 % gadījumu 2005. gadā līdz 7,9 % gadījumu 2019. gadā.

Analizējot iemeslus, kādēļ iedzīvotāji nesaņēma izmeklējumus vai ārstēšanu visā laika periodā, dominējošais iemesls ir “nevarēja to atļauties”. Rādītājs augstākās vērtības sasniedz 2010.–2011. gadā, kad tie ir vairāk nekā 60 % gadījumu, kas skaidrojams ar kopējo ekonomisko krīzi, bet arī pārējā laika periodā šis rādītājs ir augsts un līdz pat 2016. gadam pārsniedz 50 % gadījumu. Savukārt otrs pieejamības rādītājs – gaidīšanas laiks – visā laika periodā ir vidēji virs 10 % gadījumu, visaugstāko vērtību sasniedzot 2016. gadā, kad 20,9 % gadījumu šis bijis iemesls, kādēļ netiek saņemts pakalpojums. Kā redzams, 2017. gada veselības reforma, nodrošinot papildu finansējumu, ir mazinājusi šo rādītāju, uzlabojot pieejamību, un 2019. gadā šis rādītājs, lai arī samazinājies līdz 13,6 %, tomēr uzskatāms joprojām par nozīmīgu. Analizējot pieejamību no reģionālā aspekta, kā redzams, gadījumi, kad no pakalpojuma atsakās, jo tas ir pārāk tālu, ir ne vairāk kā 5 % gadījumu.

Dati par gadījumiem, kad pacientiem nav pieejama veselības aprūpe un ir jāatliek ārsta noteiktais izmeklējums vai ārstēšana, kā redzams no 3.3. tabulas datiem, reformu vidus periodā veidoja gandrīz trešo daļu, bet šobrīd veido ap 8 % gadījumu un ir zemākais rādītājs, kāds fiksēts visā laika periodā. Lai arī ir panākti uzlabojumi, tomēr, kā redzams no datiem, lielākajā daļā gadījumu kā iemesls veselības aprūpes pakalpojuma nesaņemšanai ir iedzīvotāju nespēja atļauties šos pakalpojumus.

Apkopojot veiktās analīzes rezultātus, var novērot, ka veselības politikas reformas ietvaros veiktās pārmaiņas, to īstenošana un sasniegtie rezultāti ir atšķirīgi katrā laika posmā. Sākotnējais reformu posms iezīmējas ar laika periodu no 1990. līdz 2004. gadam, kad par jomu atbildīgā iestāde ir Labklājības ministrija un reformas tiek virzītas ar mērķi mainīt esošo sistēmu, ieviešot brīvā tirgus elementus. Raksturojot šajā posmā reformu rezultātā radītās pārmaiņas veselības aprūpē, tās tiek raksturotas: “Veselības aprūpes iestāžu pakalpojumi kļuva par precī, ko vērtēja un apmaksāja ārpus veselības aprūpes esoša struktūra – pašvaldību slimokase. Izveidojās mehānisms, kura darbība tika vērsta uz konkurences attīstību starp medicīniskās palīdzības sniedzējām, iestādēm un uzņēmumiem.” (Karaškēvica, 2010, 13). Analizējot reformu norisi, Rīgas slimokases vadītājs Valdis Nagobads norāda, ka “Latvijā viss notiek pretēji Pasaules Veselības organizācijas pamatprincipiem – pieejamībai, vienlīdzīgām iespējām, efektivitātei un lietderīgumam” (Karaškēvica, 2010, 32). Savukārt Pasaules Bankas piesaistītie eksperti atzīst, ka “process ir grūts un lēns. Reforma atrodas starpposma pusceļā.

Sabiedrisko veselības pakalpojumu tīklu Baltijas valstīs vēl stipri ietekmē bijušais padomju modelis” (Karaškēvica, 2010, 32).

Novērtējot Labklājības ministrijas īstenoto kopējo reformas norisi, tā tiek raksturota kā neveiksmīga, un kā neveiksmju cēloņus sabiedrības veselības eksperts profesors Ģirts Briģis norāda: “Nav skaidri veselības aprūpes principi un mērķi; nav atbilstošas organizatoriskas struktūras un vadības uzdevumi; palielinās veselības aprūpes finansējuma deficīts; trūkst reformatoru profesionālisma un vienprātības; politiķi neizprot problēmas aktualitāti.” (Karaškēvica, 2010, 32). Līdzīgi notikumus raksturo arī Olga Avdejeva un Marko Šēfers: “Kopš neatkarības atgūšanas 1991. gadā un plašu reformu aizsākšanas veselības aprūpes sfērā, kā arī praktiski ikvienā sociālās un ekonomiskās dzīves jomā Latvijas reformētāji nav nākuši klajā ar visaptverošu dokumentu par kopīgajiem reformu mērķiem.” (Avdejeva un Šēfers, 2008, 227). Iespējams, ka kopējā redzējuma neesamība par reformas mērķiem un sasniegumiem rezultātiem arī ir viena no būtiskajām problēmām, kādēļ reformas nav bijušas veiksmīgas. Tika veiktas reformas, pārņemot atsevišķas citu valstu prakses fragmentus, bet neveicot detalizētu reformas ieviešanas izvērtēšanu. Salīdzinošās politikas analīzes pieeja paredz, ka pirms reformas ieviešanas tiek veikta tās detalizēta izvērtēšana, izpildot šādus posmus: a) problēmas identificēšana; b) piedāvātā risinājuma izvērtēšana, ņemot vērā konkrētās valsts sociālos, ekonomiskos un ģeogrāfiskos rādītājus; c) sasniegamo rezultātu prognozēšana un ietekmes izvērtējums; d) alternatīvu salīdzinājums un novērtējums; e) ieviešanas stratēģiska analīze (Dunn, 2014).

Kaut gan reformas ietvaros realizētās pārmaiņas bija fragmentāras, tām nebija definēti ne ieviešanas plāni, ne sasniegami rezultāti, ne arī pietiekama pamatojuma vai izmaiņu ietekmes novērtējuma – reformas tika īstenotas un pret tām nebija novērojama sabiedrības vai ietekmēto grupu pretdarbība. Lielā mērā tas skaidrojams ar to, ka sabiedrība 90. gadu sākumā nebija apmierināta ar pieejamo pakalpojumu kvalitāti un vēlējās saņemt augsta līmeņa diagnostikas un ārstēšanas pakalpojumus, kas jau tobrīd bija pieejami “attīstītajās rietumvalstīs” un radīja labvēlīgu augsni reformas atbalstam.

Otrais reformu periods ir saistīts ar Veselības ministrijas izveidošanu un tās aktīvas darbības uzsākšanu, par ko liecina virkne izstrādātu un pieņemtu attīstības dokumentu – koncepcijas, pamatnostādnes un to īstenošanas plāni, kas apstiprināti 2004. un 2005. gadā. To īstenošanai, kā tas tika aprakstīts jau iepriekš, būtisks faktors bija nepieciešamība pēc papildu finansējuma, bet, ņemot vērā 2008. gada ekonomikas krīzi un budžeta konsolidācijas pasākumus, lielākoties šīs reformas īstenošana nebija iespējama. Apkopojot notikušās pārmaiņas veselības nozarē, var secināt, ka šajā laika periodā veselības jomai bija smags izdzīvošanas periods, kurā būtiskie izaicinājumi bija saistīti ar nepietiekamo finansējumu, kas

radīja nozīmīgas problēmas cilvēkresursu nodrošinājumā. Šajā laika posmā pieņemtie budžeta konsolidācijas lēmumi radīja jaunas problēmas veselības aprūpes pakalpojumu nodrošinājumā, jo izveidojās situācijas, kad pakalpojumi nebija pieejami pat tad, ja kvotas bija pietiekamas. Pakalpojumu nodrošināšana nebija iespējama ārstniecības personāla, jo īpaši māsu, trūkuma dēļ. Šī situācija ar māsu trūkumu rada ne vien nespēju nodrošināt pakalpojumus, bet arī riskus pacientu drošībai, kā arī mazina ārstu darba efektivitāti.

Ierobežotais veselības aprūpes finansējums apstākļos, kad ir bijusi strauja inflācija un cenu pieaugums, rada būtisku ietekmi arī uz ārstēšanas pakalpojumu tarifiem, kuri netika pārskatīti pietiekamā apjomā šajā laika periodā un neatbilda patiesajām pakalpojumu izmaksām. Kā intervijā norāda veselības ekonomiste Daiga Behmane (2016): “Ja mēs dzīvojam ar šo pilnīgi nesakārtoto sistēmu – pilnīgi nepamatotiem tarifiem, kas ir nevis balstīti uz reālām izmaksām, nu kā to prasa tirgus ekonomika vai vispār normāla ekonomika, ka jebkurš pakalpojums maksā tik, cik maksā! NVD joprojām uztur to sistēmu, ka mēs maksāsim tik, cik maksāsim.” Šī situācija noveda pie sekām, kad pat gadījumos, kad ārstniecības personāls ir pieejams, pakalpojumi netiek nodrošināti, jo ārstniecības iestādes nav ieinteresētas sniegt pakalpojumus, kuru sniegšana rada zaudējumus – “speciālisti nepiedāvā savu darbu, nepiedāvā par šādiem NVD noteiktiem tarifiem!” (Behmane, 2016). Tādējādi papildus šai cilvēkresursu trūkuma radītajai krīzei zemie tarifi būtiski samazina pakalpojuma saņemšanas iespējas kā valsts apmaksātu pakalpojumu un iedzīvotājiem ir vai nu ilgstoši jāgaida uz valsts apmaksātu pakalpojumu, vai tas jāsaņem kā maksas pakalpojums.

Papildus šiem diviem aspektiem kopējais ierobežotais finansējums arī samazināja pacientu iespējas saņemt atbilstošu, savlaicīgu ārstēšanu: vai nu pakalpojumi nav pieejami, vai attiecīgie medikamenti nav pieejami iedzīvotājam, jo nav iekļauti kompensējamo medikamentu sarakstā, vai līdzmaksājums ir pārāk augsts. Tas mazina pacientu līdzestību, savlaicīgu diagnostiku un ārstēšanu, kas nākotnē var novest pie slimības saasinājuma, kopējā veselības stāvokļa pasliktināšanās un ārstēšanās stacionārā. Šie trīs būtiskie aspekti, kas visi ir tieši vai netieši saistīti ar veselības aprūpes finansējumu, liedz valstij sasniegt veselības aprūpes reformai izvirzītos mērķus, veicināt primāro aprūpi, nodrošināt efektīvāku veselības aprūpes līdzekļu izmantošanu un uzlabot iedzīvotāju kopējo veselību, mazināt novēršamo mirstību un uzlabot iedzīvotāju mūža ilgumu un dzīves kvalitāti.

Būtiskākie šķēršļi veselības aprūpes pieejamībā ir finansējuma trūkums un cilvēkresursu trūkums. Kā rāda iedzīvotāju vērtējums, gandrīz pusē gadījumu tas ir šķērslis, kāpēc netiek saņemti veselības aprūpes pakalpojumi, kas savukārt ir tieši saistīts ar veselības aprūpes finansējuma pieejamību. Cilvēkresursu trūkums, kas, salīdzinot ar ES rādītājiem, ir novērojams ārstu skaita ziņā, bet ir kritisks, vērtējot māsu skaitu, ir iemesls, kādēļ apgrūtināta

pakalpojumu pieejamība, jo ārstniecības personāla trūkuma dēļ rodas situācijas, kad ir pārāk ilgi jāgaida pakalpojuma saņemšana. Pēc Latvijas Māsu asociācijas paustā, atšķirībā no ārstu deficīta reģionālajās slimnīcās māsu trūkuma problēma aktuālāka ir tieši lielajās slimnīcās – klīniskajās universitātes slimnīcās (Bikava un Skride, 2019). No tā var secināt, ka veselības politikas reformas ieviešanas 30 gadu laikā tā arī nav izdevies atrisināt jautājumu par cilvēkresursu attīstību veselības aprūpē.

Raksturojot Latvijas veselības aprūpes sistēmu starptautiskajos ziņojumos, norādīts, ka pēdējās dekādes laikā ir novērojami būtiski uzlabojumi: palielinājies paredzamais mūža ilgums, notikusi pārmaiņa veselības aprūpes organizēšanā, lielāku akcentu liekot uz ambulatoro aprūpi, nozīmīgs progress onkoloģisko saslimšanu diagnostikā un ārstēšanā, kā arī uzlabojusies medicīnas tehnoloģiju pieejamību. Tāpat arī panākti nelieli uzlabojumi saslimtību un mirstības rādītājos, kas saistīti ar iedzīvotāju dzīvesveida faktoriem. Vienlaikus Latvijā joprojām ir nozīmīgi šķēršļi veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanā, kas saistīti gan ar augstajiem pacientu maksājumiem⁶, gan aprūpes pieejamības problēmām, par ko liecina Latvijas iedzīvotāju aptauju rezultāti par nesaņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem. Skatoties no starptautiskas perspektīvas, Latvija, neņemot vērā pēdējo gadu veselības nozares finansējuma būtisku palielināšanu, joprojām ir valsts, kas maz tērē veselībai, un daļa, kas tiek novirzīta veselības aprūpei, pret IKP ir stipri zem vidējiem ES rādītājiem [European Observatory, 2019]. Pasaules Bankas ziņojumā [WorldBank, 2016] ir norādīts: “Latvijā par veselības aprūpes pakalpojumiem atbildīgajām amatpersonām ir maz iespēju, līdzekļu un motivācijas nodrošināt efektīvu veselības aprūpes sistēmu. Tas izpaužas virknē negatīvu iznākumu, piemēram, atsevišķos reģionos trūkst veselības aprūpes speciālistu ar specifiskām prasmēm un ir grūti noturēt personālu ārpus lielākajiem pilsētu centriem. Slimnīcas vairs nespēj sniegt drošus un kvalitatīvus pakalpojumus, un tas rada piekļuves problēmas.”

Lai novērtētu veselības politikas reformas rezultātus, 30 gadu laikā veiktās pārmaiņas veselības jomā var salīdzināt iepriekšējās sistēmas modeļa identificētie trūkumi ar pašreizējo veselības aprūpes sistēmu, kāda tā ir pēc reformu īstenošanas. Pēc S. Koko raksturotā, PSRS laikā pastāvējušajam “Semaško” modelim ir septiņi būtiski trūkumi: 1) piedāvātie pakalpojumi neatbilst iedzīvotāju vajadzībām; 2) pakalpojumi netiek pietiekami finansēti; 3) pakalpojumi ir neefektīvi gan no izvietojuma, gan vadības un resursu sadalījuma; 4) veselības aprūpes pamats ir balstīts uz ārstēšanos slimnīcā, nevis primārā aprūpē; 5) ārstu skaits būtiski pārsniedz nepieciešamo ārstu skaitu uz iedzīvotāju skaitu, bet citu ārstniecības speciālistu skaits ir

⁶ Ziņojumā norādīti *Out-of-pocket* maksājumi, kas ietver gan pacienta saņemtos maksas pakalpojumus, jo valsts apmaksātie pakalpojumi nav pieejami, gan līdzmaksājumus par valsts apmaksātiem pakalpojumiem un medikamentiem.

nesalīdzināmi zems; 6) noteiktām populācijas grupām, parasti politiķiem un ierēdņiem, ir labāka piekļuve veselības aprūpes pakalpojumiem; 7) valstis uzrāda zemas rādītājus slimību novēršanas un veselības veicināšanas rādītājos (Kokko et al., 1998, 299). Atbilstoši apskatītajām veselības politikas reformas ietvaros veiktajām pārmaiņām un rādītājiem var secināt, ka Latvijā, veicot reformu, no minētajiem septiņiem rādītājiem atšķirības ir novērojamas tikai divos: 1) pakalpojumi ir efektīvi, vērtējot no izvietojuma viedokļa un resursu sadalījuma; 2) ārstu skaits vairs nepārsniedz nepieciešamo ārstu skaitu uz iedzīvotāju skaitu, bet jau nozīmīgi trūkst. Savukārt Latvijas gadījumā novērojams augsts pacientu veikto maksājumu īpatsvars, kuru S. Sididži skaidro ar samazinātu valsts regulējošo lomu un brīvā tirgus attiecību dominanci (Siddigi et al., 1998, 302). No tā var secināt: lai arī ir pagājuši 30 gadi, kuru laikā ir veiktas neskaitāmas lielākas un mazākas pārmaiņas ar mērķi izveidot jaunu sistēmu, kurā nav problēmu, kas bija iepriekšējā, tomēr lielākā daļa iepriekšējā modeļa problēmu veselības aprūpes jomā pastāv joprojām un pieejamība veselības aprūpes pakalpojumiem šo pārmaiņu ietekmē ir pasliktinājusies.

3.2. Reformas ieviešanu kavējošo politisko faktoru analīze

Kā rāda citu valstu pieredze, lai, veicot veselības aprūpes sistēmas decentralizāciju, spētu iegūt vēlamos uzlabojumus, ir nepieciešams radīt noteiktus sociālus, kulturālus un vides apstākļus, kā arī nodrošināt pietiekamu lokālās administrācijas vadības un administrēšanas kapacitāti. Tāpat būtiska nozīme ir viest ideoloģisku skaidrību par ieviešamo pārmaiņu mērķiem un uzdevumiem (Hunter et al., 1998, 316). Lai noteiktu iemeslus, kādēļ, veicot Latvijas veselības politikas reformu, netika sasniegti plānotie rezultāti, šajā nodaļā tiks veikta politiskā procesa analīze.

Izpēte veikta, analizējot nosacījumus veiksmīgai decentralizācijas ieviešanai: sociālos, kultūras un vides apstākļus, administrācijas vadību un kapacitāti, kā arī valstī valdošos ideoloģiskos virzienus politikā un ekonomikā. Šo procesu pētīšanai izmantota vēsturiskā institucionālisma pieeja ar procesu izsekošanas metodi un izdalot noteiktus laika periodus, kuriem ir raksturīgas kopīgas ideoloģiskas iezīmes. Katrā laika posmā ir veikta padziļināta analīze, vērtējot trīs pīlārus: 1) kulturāli kognitīvo – analizējot un raksturojot šajā laika periodā sabiedrībā valdošās vērtības, ideoloģijas, būtiskākās valstī risināmās problēmas un izpratni par veselības vērtību; 2) regulatīvo – analizējot šajā laika posmā pastāvošo valsts iekārtu, spēkā esošo likumdošanu, valsts pārvaldes struktūru un politisko pārmaiņu virzīšanas procesuālo kārtību; 3) normatīvo – analizējot politisko partiju priekšvēlēšanu programmas, valdību deklarācijas un atbildīgās izpildvaras darbības veselības nozarē.

Pirmais laika periods ir deregulācijas periods, kuru raksturo aktīva virzība no agrākās centralizētās plānveida ekonomikas sistēmas uz decentralizētu sistēmu, kurā kā būtiskas vērtības tiek pozicionēti brīvais tirgus un konkurence, kas tiek uzskatīta par sava veida panaceju, kas spēs atrisināt visas agrākās problēmas. Laika posms iezīmē tendenci veikt radikālu sistēmas maiņu galvenokārt īpašumtiesību formā, nododot veselības aprūpes iestādes privatizācijai un veselības aprūpē atceļot centralizētu pārvaldību, to aizstājot ar brīvā tirgus principiem. Dominē nosacījums, ka neregulētā jomā notiks pašsakārtošanās, konkurences apstākļos uzlabojoties pakalpojumu kvalitātei un cenas attiecībām. Apskatāmais periods ietver laika posmu no 1990. līdz 1997. gadam. Tā kā šis ir periods, kad notikusi valsts iekārtas sistēmas maiņa, tas uzskatāms arī par periodu, kurā ir atvērts reformu iespēju logs un, no teorijas viedokļa skatoties, radīti priekšnosacījumi veiksmīgai pārmaiņu ieviešanai.

Kā nākamais ir regulācijas periods, kurš ietver laika posmu no 1998. gada, kad notiek pārmaiņas politiskā līmenī, kas saistītas ar 7. Saeimas vēlēšanām, kurās mainās varas partijas. Partiju priekšvēlēšanu programmās, valdības deklarācijās un citos dokumentos ir novērojama vērtību maiņa un citas prioritātes veselības nozarē. Iepriekš izvēlētais reformu ceļš un izmaiņas, balstoties uz brīvā tirgus principu tā laika izpratni un veicot jomas deregulāciju, nenesa vēlamos rezultātus – kvalitātes uzlabošanu, veselības pakalpojumu pieejamību, nozīmīgu investīciju ieplūšanu un sektora vēlamo izaugsmi. Veikto reformu ietekmē nevis uzlabojās veselības aprūpes pieejamība, bet radās jaunas problēmas. Haotiskās pārmaiņas bija radījušas situāciju, kad iedzīvotājiem netiek garantētas Latvijas Republikas Satversmē (1922) noteiktās tiesības un vienlīdzība likuma priekšā, bet pieejamie veselības aprūpes pakalpojumi atkarīgi no administratīvās teritorijas, kurā ir reģistrēts iedzīvotājs, pakalpojumiem ir atšķirīga kvalitāte un cena, bet šo atšķirību nenosaka kvalitāte. Saskaņoties ar pirmajā laika periodā īstenotajām reformām, bet nerasniedzot tajās izvirzītos mērķus, tika meklēti risinājumi, kā uzlabot veselības aprūpes pieejamību un veicināt veselības attīstību, arvien lielāku lomu un ietekmi piešķirot valsts pārvaldei. Kā šī perioda beigu posms izvēlēts 2005. gads, kas saistīts ar Latvijas uzņemšanu ES 2004. gada maijā, kam seko laika periods līdz nākamajām Saeimas vēlēšanām, kurā notiek aktīvs darbs pie kopējo ES normu un vērtību iekļaušanas Latvijas normatīvajā regulējumā un valsts pārvaldes darbības modeļos.

Kā pēdējais izpētes laika posms ir izdalīts pārregulācijas periods, kurš ietver laika posmu, sākot ar 2006. gadu, kas saistīts ar nākamajām Saeimas vēlēšanām, kuras notika pēc Latvijas uzņemšanas ES. Pēc iepriekšējā reformu posma valstī bija izveidota Veselības ministrija, bija izdevies izstrādāt reformu plānu, sākt īstenot primārās, sekundārās un terciārās aprūpes iestāžu un pakalpojumu modeļa darbību un radīt vienotu finansēšanas modeli primārajai aprūpei. Savukārt iestāšanās ES būtiski mainīja iepriekš izveidoto praksi plānošanas

dokumentu izstrādē, kā arī radīja jaunas iespējas apgūt ES fondu finansējuma programmas. Viens no aktuāliem jautājumiem šajā laika posmā ES ietekmē bija pilsoniski aktīvas sabiedrības veidošana. Sabiedrības līdzdalības veicināšana un iesaiste politikas procesos radīja jaunus izaicinājumus un cita veida regulēšanās mehānismus, kā valsts līdzdarbojas ar sabiedrību.

Izpētes laika posms beidzas 2020. gadā, sākoties Covid-19 epidēmijai, jo ar epidēmiju saistītie apstākļi būtiski mainīja un ietekmēja veidus, kā darbojas un mijiedarbojas valsts pārvalde ar iedzīvotājiem. Ārkārtas situācija un gan starptautiski, gan nacionāli pieņemtie dažāda veida ierobežojumi radīja apstākļus, kuros aktoru darbība un ietekmes nav salīdzināmas ar tiem apstākļiem, kādi bija līdz 2020. gada martam.

3.2.1. Deregulācijas periods Latvijas veselības aprūpes jomā

Deregulācijas periods Latvijā sākās uzreiz pēc neatkarības atgūšanas un raksturīgs ar tā laika izpratni par tirgus ekonomiku un tās darbības principiem. Lai risinātu plānveida ekonomikas radītos trūkumus un veicinātu valsts kopējo izaugsmi, tika izvirzīts nosacījums ieviest brīvā tirgus principus, kuri veicinātu efektīvāku darba un pakalpojumu organizēšanu, pieprasījumam atbilstošu kvalitāti un cenu, jaunu produktu un pakalpojumu attīstību, kā arī nodrošinātu elastīgākus finansējuma mehānismus. Pieeja paredzēja, ka šos mērķus var sasniegt, ja līdzekļus ļauj iegūt efektīviem un inovatīviem uzņēmumiem un pašlikvidējoties jeb bankrotējot tiem, kas nespēj nodrošināt patērētājam atbilstošu produktu, kvalitāti un cenu. Kā norādīts tajā laikā izdotajā literatūrā: “Lai tirgus ekonomika darbotos, nepieciešami trīs nosacījumi: 1) privātīpašums, 2) konkurence un brīva preču maiņa un 3) stingri budžetārie ierobežojumi, kas pieļauj bankrotus un nodrošina nepieciešamos apstākļus ekonomikas atjaunošanai un augsmei.” (Isaksens et al., 1992, 86).

Šādu pārmaiņu ieviešana ekonomikā, vienlaikus mainoties valsts pārvaldes iekārtai, Latvijai kļūstot par neatkarīgu demokrātisku valsti, radīja nepieciešamību pēc būtiskām pārmaiņām regulatīvā līmenī, veicot izmaiņas valsts pārvaldes iekārtā un ar to saistītajās iestādēs. Šajā laikā veiktās pārmaiņas arī radīja pamatu un saskaņā ar vēsturisko institucionālismu paliekošas ietekmes uz nākotnes lēmumiem. Papildus izmaiņām regulatīvā līmenī bija nepieciešams veikt izmaiņas valsts pārvaldes funkciju un pienākumu pārdalē, kā arī mehānismos, kuru joma tiek administrēta un vadīta, ņemot vērā gan formālos, gan neformālos aspektus un mijiedarbības prakses. Jebkuru pārmaiņu ieviešana saskaņā ar vēsturiskā institucionālisma pieeju ir atkarīga ne vien no normatīvā skatījuma, bet arī no ekosistēmas, kurā šīs izmaiņas tiek realizētas un sniedz informāciju par tā laika sabiedrībā valdošajām zināšanām un izpratni par šādu pārmaiņu ieviešanu.

Deregulācijas perioda kulturāli kognitīvā pilāra raksturojums

Laika periods pēc Latvijas neatkarības atjaunošanas 1990. gada maijā ir nozīmīgs ar tautas un valsts vadošo politisko pārstāvju vēlmi izveidot neatkarīgas Latvijas valsts demokrātisku valsts pārvaldi un radīt tādus ekonomiskos apstākļus, kas veicinātu strauju ekonomisko izaugsmi un strauju tautsaimniecības attīstību. Šajā laika periodā vadošās elites pārstāvjos dominēja priekšstats par nepieciešamību mainīt ekonomisko iekārtu, pārejot no plānveida ekonomikas uz brīvā tirgus principiem.

Plānveida ekonomikas negatīvā ietekme salīdzinājumā ar pirmsokupācijas laikā pastāvošo brīvo tirgu pamatā tika analizēta, skatot lauksaimniecību. Plānveida ekonomika tika saistīta ar sabiedrības sociālo pārveidi un tās ietekmi uz lauksaimniecības kolektivizāciju, kas tika asociēta kā “lauksaimniecības degradācija politisku mērķu vārdā”, un, “ņemot vērā zemniecības un lauku dzīvesveida nozīmi latviešu kultūras pamatu veidošanā, šim lūzumam bija ļoti dziļas sociāli psiholoģiskas sekas” (Bleire, 2005, 35). Otrs nozīmīgais vēsturiski sociālais faktors bija, ka “centralizēti plānotā ekonomika un tās administratīvās vadības sistēma bija arī Latvijas politiskas pakļaušanas instruments” (Bleire, 2005, 35).

Padomju okupācijas laikā sava veida tirgus ekonomika pastāvēja deformētā veidā, kā norāda D. Bleire, “tā saglabājās kā “pelēkā ekonomika” vai “blata” sistēma, kas apmierināja tās cilvēku vajadzības, ko nespēja valsts regulētā ekonomika”, bet jāņem vērā, ka “tirgus ekonomikas puslegālais un pat pilnīgi nelegālais raksturs vairāku gadu desmitu laikā izveidoja pilnīgi citu vērtību sistēmu, salīdzinot ar to, kas bija pastāvējusi līdz 1940. gadam” (Bleire, 2005, 35).

Ideja par nepieciešamību ieviest brīvā tirgus principus bija viens no tajā laikā valdošās politiskās kustības “Latvijas Tautas fronte” (LTF) nosacījumiem. Kā savās atmiņās atzīst tā laika kustības aktīvais biedrs Juris Rubenis: “Cilvēki vēl īsti nesaprata, ko viņi prasa, īsti nezināja, ko viņi darīs un kā dzīvos. Nezinājām arī, kas tas brīvais tirgus tāds ir, bet bija pārliecība – to vajag. Tas zināmā mērā bija naiva bērna mēģinājums iet uz priekšu. Un tomēr tajā visā bija kaut kas ļoti īsts, patiess un skaists.” (Latvijas Vēstnesis, 1998, Nr. 288). Līdzīgi par noteikumu ieviest brīvā tirgus principu norādījis arī LTF pirmais priekšsēdētājs Dainis Īvāns: “Mūsu apziņā un domāšanā jau bija iespaidies padomju smacenis un gandrīz vai iznīcinājis latviešu izseno darba tikumu, līcis aizmirst, kas ir demokrātija, brīvais tirgus, bankas, patstāvīgas personības pašapziņa un drosme.” (Īvāns, 2018).

Cits LTF biedrs Einārs Cilinskis raksta: “Kāds apstāklis, kas iezīmējās jau Augstākās Padomes laikposmā, bet jo īpaši vēlāk, – mēs nenovērtējām ekonomisko aspektu. Privatizācijas un denacionalizācijas gaitā netika izsvērta visa ekonomiskā argumentācija, taču tikai nedaudzi no tiem cilvēkiem, kas toreiz veidoja jauno valsti un tās neatkarīgo dzīvi, labi pārzināja

ekonomiku.” (Cilinskis, 2005, 131). Edmunds Krastiņš apgalvo, ka “Baltijas valstu ekonomiskās domas potenciāls, zināšanas un pieredze atpalika gan no Varšavas līguma valstu, gan Maskavas līmeņa” (Krastiņš, 2005, 401), un norāda, ka bija ļoti ierobežota informācijas pieejamība par tirgus ekonomiku, atminoties, ka 1990. gadā Valsts bibliotēkā bija atrodamā tikai viena grāmata par šo tēmu, turklāt poļu valodā, un atzīstot, ka “šādi informācijas un zināšanu ierobežojumi nevarēja neatstāt iespaidu uz tālāko procesa virzību” (Krastiņš, 2005, 405). Kā raksta E. Krastiņš, “ kaut arī idejas par tirgus ekonomiku un privātīpašumu nebija tik grūti formulēt vispārīgos vilcienos un pārliecināt par to teorētisku nepieciešamību, daudz grūtāk bija sākt to praktisku, sistemātisku un saskaņotu īstenošanu”, un, tā kā “bija tikai vispārīgas vadlīnijas”, tad rezultātā šī pāreja no plānveida ekonomikas uz brīvā tirgus ekonomiku raksturojama kā “milzīgs ekonomiskais eksperiments, kurā bija jāmacās no kļūdām, bieži vien sāpīgām” (Krastiņš, 2005, 406). Arī Ivars Godmanis, raksturojot tajā laikā veicamos uzdevumus, norāda: “Uzbūvēt ekonomiski kapitālistisku iekārtu mūsu valstī, īstenojot vajadzīgās reformas – ar visām sociālajām sekām, kuras daudzi cilvēki sāpīgi izjuta, no kurām baidījās, kuru nenovēršamību bieži nesaprata.” (Godmanis, 2005, 192).

Tajā laikā pieejamā literatūrā latviešu valodā pāreja uz tirgus ekonomiku tika saistīta ar labākas kvalitātes nodrošināšanu un jaunu, patērētājam atbilstošāku preču un pakalpojumu ienākšanu. Kā norādīts 1992. gadā izdotā grāmatā: “Tirgus ekonomikas valstīs uzņēmumi sacenšas savu preču un pakalpojumu pārdošanā. To galvenā rūpe ir kalpot patērētāju interesēm. Tas veicina jaunus izstrādājumus, kas labāk apmierinātu patērētāju prasības. [...] Uzņēmumi, kas nespēs uzlabot preču kvalitāti, būs spiesti savu darbību ierobežot.” (Isaksens et al., 1992, 11). Šis norādījums balstījās tā laika izpratnē par tirgus ekonomiku, kas salīdzinājumā ar plānveida ekonomiku nodrošināja būtiski efektīvāku resursu izmantošanu, jo “plānotā ekonomikā ārkārtīgi daudz darba laika tiek bezdarbībā pavadīts darbavietā”, bet “dīkstāves darbā ir resursu izniekošanas veids” (Isaksens et al., 1992, 10). Savukārt tirgus ekonomikas valstīs kapitāla īpašnieks gūst peļņu, līdz ar to “kapitāla īpašniekam ir spēcīgs stimuls novērst darbaspēka un citu resursu izniekošanu” (Isaksens et al., 1992, 12). Kā vēl viens no plānveida ekonomikas trūkumiem salīdzinājumā ar tirgus ekonomiku tika uzskatīta arī pakalpojumu pieejamības problēma: “Plānotai ekonomikai ir raksturīgas bēdīgi slavenās rindas; lielākajai daļai preču un pakalpojumu cenas neatbilst pieprasījumam – tās ir pārāk zemas.” (Isaksens et al., 1992, 12). Kā norāda tā laika autori, plānota ekonomika ir orientēta uz ražotāju, turpretī tirgus ekonomika – uz patērētāju.

Iepriekšējās iekārtas darbības laikā, kad Latvija bija PSRS sastāvā, valdīja priekšstats, ka divas jomas ir bezmaksas – izglītība un veselība. Savukārt izmaiņas, kas tika viestas pēc neatkarības atjaunošanas, paredzēja izglītību – pamata un vidējās izglītības iegūšanu – joprojām

turpināt nodrošināt kā valsts apmaksātu programmu, bet medicīnā ieviest pacienta līdzmaksājuma principu valsts apmaksātiem pakalpojumiem, kā arī paredzēt brīvā tirgus piedāvātus maksas pakalpojumus. Tā laika literatūrā, raksturojot brīvā tirgus ieviešanu veselības aprūpē un izglītībā un valdības regulējošo lomu tajā, norādīts, ka valdībai ir jāveicina tāda indivīda rīcība, kas labvēlīgi ietekmē arī citus, un aktīvi jādarbojas negatīvo faktoru novēršanā: “Labumu no teicama citu cilvēku fiziskā un garīgā stāvokļa iegūst ikviens sabiedrības loceklis,” – un tādēļ “no valdības var prasīt, lai tā gādā vai garantē, ka līdzās tai medicīniskajai apkalpošanai, kas drīz būs pieejama brīvā tirgū, pastāvētu arī apkalpošana par cenām, kuras ir zemākas nekā tirgus cenas.” (Isaksens et al., 1992, 147). Tomēr kā risinājumu šādu pakalpojumu nodrošināšanai par zemākām cenām noteiktām sabiedrības grupām autors, atsaucoties uz ASV pieredzi, piedāvā – “labāku un lētāku sabiedrības medicīnisko apkalpošanu valdība varētu nodrošināt, veicinot privāto slimnīcu darbību un veselības apdrošināšanas attīstību” (Isaksens et al., 1992, 147). Tomēr jāņem vērā, ka Latvijā līdz šim nebija nedz privāto slimnīcu darbības, nedz brīvā tirgū eksistējošas veselības apdrošināšanas. Vienīga joma, kuru tolaik joprojām ieteica atstāt valsts pārziņā un uzraudzībā, bija infekcijas slimības. Kā norāda autori: “Negatīvo ārējo faktoru dēļ profilaktiskā medicīna, kas ierobežo infekcijas slimību izplatību, bez šaubām ir likumīgs valdības rūpju objekts. Infekcijas slimību ārstēšanā vai novēršanā sabiedrība ir vairāk ieinteresēta nekā atsevišķais infekcijas nēsātājs, tāpēc valdībai ir iemesls iejaukties.” (Isaksens et al., 1992, 147).

Argumentējot, kādēļ, pārejot uz brīvā tirgus sistēmu, izglītība būtu jā saglabā kā valsts finansēta funkcija, un raksturojot valdības lomu izglītības sistēmā, kas līdz šim tāpat kā veselības aprūpe ir bijusi valsts apmaksāta funkcija, kura iedzīvotājam ir bijusi “bezmaksas”, autori raksta: “Dzīvot izglītotā sabiedrībā ir izdevīgi ne tikai izglītojamiem. Tieši tāpēc izglītība ir obligāta, un tieši tāpēc visā pasaulē pastāv bezmaksas valsts skolas, kā arī valdības subsidētas visu līmeņu privātskolas.” (Isaksens et al., 1992, 147). Kā norāda autori, runājot par iespējamām sekām, ja arī izglītība tiktu ieviesta kā maksas, nevis valsts apmaksāta, “ja šāda valdības atbalsta nebūtu, brīvā tirgū pieejamās izglītošanās iespējas būtu pārāk mazas, jo tiešais labums, kādu no izglītības gūst katrs indivīds, kurš pats vai kura bērni izglītojas, ir mazāks par to labumu, kādu no izglītības gūst sabiedrība kopumā” (Isaksens et al., 1992, 147).

Šāda tā laika izpratne par tirgus ekonomikas priekšrocībām un ieviešanas principiem, kā arī indivīda un kopējās sabiedrības labuma izvērtējums un salīdzinājums, iespējams, kalpoja par iemeslu tam, kādēļ tā laika valdība pieņēma lēmumu mazāk regulēt veselības aprūpes pakalpojumus. Kā arī pieņēma lēmumu ieviest maksas medicīnas principus, jo no tiem iegūst vairāk indivīds personiski, nevis sabiedrība kopumā, bet izglītības jomu saglabāt kā bezmaksas funkciju, jo no tās lielāku ieguvumu gūst sabiedrība kopumā, nevis indivīds.

Raksturojot tā laika notikumus, reformu virzībā norādīts: “Reformas veselības aprūpes nozarē tika uzsāktas gandrīz uzreiz, kas tika balstīts uz ticību, ka pārmaiņām vajadzētu būt kā turpinājumam pirms 1940. gada iesāktajam, proti, pirms padomju aneksijas.” (Avdejeva un Šefers, 2008, 239). Šāds noteikums, lai arī, iespējams, ir emocionāli spēcīgs un tautu vienojošs, sasaistot neatkarības atgūšanu ar atbrīvošanas no citas iekārtas paverdzināšanas un ekonomiskas novārdzināšanas, tomēr raisa jautājumu – vai ir iespējams atgriezt un turpināt procesu, kurš bijis pārtraukts pusgadsimtu? Un vai iespējams esošo pozīciju, ņemot vērā 50 gadu laikā mainītos apstākļus, ietekmi uz kultūru, sabiedrību un iedzīvotāju dzīvesveidu, uzskatīt par identisku sākuma pozīciju kā toreiz, pirms padomju aneksijas. Līdz ar to var secināt, ka jaunie principi un veiksmē, atgriežoties pie 40. gadu pārvaldības, un ekonomiskās izaugsmes iespējas, balstoties uz citu valstu pieredzi ar veiksmīgām pārmaiņām ražošanas procesā, bet attiecinot uz pilnīgi visām jomām sabiedrībā, bija idealizētas un nepamatotas.

Ņemot vērā valsts sākotnējās politiskās un ekonomiskās sistēmas veidotāju sniegtās liecības, brīvā tirgus principa ieviešana pilnīgi visās jomās un valsts deregulācija tika saistīta ar ideoloģisku pamatojumu par demokrātiskas un neatkarīgas valsts ideju, noliedzot visu, kas saistīts ar iepriekšējo okupācijas laika vēsturi, un atgriežoties pie valsts, kāda tā bija pirms okupācijas. Veidojot ekonomiski politisko virzienu ne tikai veselības aprūpes jomā, bet valstī kopumā, netika veikta pārmaiņu analīze, modelēšana un ietekmes izvērtēšana, jo tajā laikā trūka izpratnes un zināšanu par tirgus ekonomikas kā darbības principiem, nebija pieejama pieredze par to, kā pareizi realizējama pāreja no plānveida ekonomikas uz brīvā tirgus ekonomiku, bet tie modeļi, kuri darbojās līdz 1940. gadam, vairs nebija tieši piemērojami sabiedrībai un valstij, ņemot vērā administratīvās, nacionālās un citas pārmaiņas, kas valstī bija notikušas okupācijas perioda laikā.

Deregulācijas perioda regulatīvā pilāra raksturojums

1990. gada 4. maijā, Latvijas Republikas Augstākajai Padomei pieņemot deklarāciju “Par Latvijas Republikas neatkarības atjaunošanu”, Latvija nostājās uz “brīvas, demokrātiskas un neatkarīgas Latvijas Republikas *de facto* atjaunošanas ceļa”. Deklarācijā “Par Latvijas Republikas neatkarības atjaunošanu” (1990) noteikts, ka daļēji tiek atjaunota 1922. gada 15. februārī pieņemtā Latvijas Republikas Satversme, 1., 2., 3. pants, nosakot, ka Latvija ir demokrātiska republika, kuras suverēnā vara pieder Latvijas tautai, un atzīta Latvijas teritorija tās vēsturiskajās robežās. Deklarācijā noteikts, ka tiek atjaunots arī Satversmes 6. pants, kas nosaka, ka Saeimu ievēlē vispārīgās, vienlīdzīgās, tiešās, aizklātās un proporcionālās vēlēšanās, bet šī norma stājas spēkā no brīža, kad tiek atjaunotas pārvaldes struktūras, kuras garantē brīvu vēlēšanu norisi. Tika noteikts izveidot komisiju, lai izstrādātu jaunu Satversmes redakciju, kas

atbilstu "Latvijas pašreizējam politiskajam, ekonomiskajam un sociālajam stāvoklim". Pārejas periodā noteikts, ka tiek piemērotas Latvijas PSR Konstitūcijas normas un citi likumdošanas akti, kas ir spēkā deklarācijas pieņemšanas laikā, ja vien tie nav pretrunā ar atjaunotās Satversmes 1., 2., 3. un 6. pantu. Pārejas periods beidzās 1991. gada 21. augustā ar Augstākās Padomes pieņemto likumu "Par Latvijas Republikas valstisko statusu" (1991), pēc kura noteikts, ka, pieņemot šo konstitucionālo likumu, tiek atzīts par spēku zaudējušu noteiktais pārejas periods un līdz Saeimas sasaukšanai valsts varu realizē Augstākā Padome, Latvijā ir spēkā tikai tās augstāko valsts varas un pārvaldes institūciju likumi un lēmumi.

Ar likumu "Par Latvijas Republikas ministrijām" (1991) tika noteiktas 16 ministrijas, kā arī valsts ministri. Ar šo likumu pieņemts lēmums izveidot Labklājības ministriju, likvidējot Veselības aizsardzības ministriju un Sociālās nodrošināšanas ministriju, veicot funkciju apvienošanu, un abas jomas – gan sociālo jautājumu risināšanu, gan veselības aizsardzības jautājumus – nodot vienas ministrijas kompetencē. Attiecīgajā laika posmā par iedzīvotāju veselību atbildība ir deleģēta pašvaldībām saskaņā ar 1990. gada 15. februāra pieņemto LPSR likumu "Par pilsētu pašvaldību" (1990), kura 4. pantā ir noteikts, ka pašvaldības pārziņā ir "veselības aizsardzība" un, pēc 38. panta, pašvaldība "pārziņina pilsētas veselības aizsardzības iestādes, gādā to materiālās un tehniskās un finansiālās bāzes nostiprināšanu un medicīniskās palīdzības organizēšanu iedzīvotājiem". Arī 1991. gada pieņemtā likuma "Par pilsētas pašvaldību" (1991) 4. pantā noteikts, ka pašvaldības pārziņā ir "veselības aizsardzība un iedzīvotāju sociālā aprūpe", un 31. pantā noteikts: pilsētas valde "pārziņina izglītības, kultūras un veselības aizsardzības iestāžu darbu".

Lai nodrošinātu kontroli pār "republikas valdības programmu izpildi un Latvijas Republikas likumu un citu normatīvo aktu ievērošanu un pildīšanu valsts pārvaldes un pašvaldību institūciju darbībā, uzņēmējdarbības jomā un citās sfērās", tika apstiprināta Latvijas Republikas Valsts kontroles darbība, izdodot likumu "Par Latvijas Republikas Valsts kontroli" (1991). Kā Latvijas Republikas "valsts augstākā izpildu un rīcības institūcija, kas īsteno izpildvaru ar tai pakļautajām valsts pārvaldes institūcijām un amatpersonām", 1992. gada martā ar likumu "Par Latvijas Republikas Ministru Padomi" (1992) tika noteikta Ministru Padome. Ar 1992. gada 25. augusta likumu "Par Latvijas Republikas Augstākās Padomes darba organizāciju līdz Saeimas sanāksšanai" (1992) tika noteiktas Augstākās Padomes tiesības un funkcijas, tās dažādo amatpersonu un pārstāvju ievēlēšanas kārtība un pienākumi, kā arī pienākumu nodošana ievēlētajai 5. Saemai. 1992. gada 20. oktobrī tika pieņemts likums "Par 5. Saeimas vēlēšanām" (1992), pēc kura noteiktas vēlēšanu tiesības, vēlēšanu komisijas, kandidātu sarakstu iesniegšanas kārtība, vēlēšanu kārtība, balsu skaitīšana un vēlēšanu rezultātu aprēķināšana.

1993. gada jūnijā, pēc 5. Saeimas vēlēšanām, darbu uzsāka Latvijas Republikas Saeima, līdz ar to normatīvajos aktos noteiktās funkcijas, kuras līdz tam pildīja Augstākā Padome un ar to saistītās institūcijas, nodotas Saeimai. 1994. gada septembrī 5. Saeima apstiprināja likumu “Saeimas kārtības rullis” (1994), kurā noteikts Saeimas sastāvs, Saeimas amatpersonas, lietu izskatīšanas un likumdošanas kārtība, priekšlikumu, jautājumu un pieprasījumu aprites kārtība, kā arī noteiktas Saeimā darbojošās patstāvīgās komisijas un iespējas veidot citas speciālas komisijas. 1995. gada 25. maijā tika pieņemts “Saeimas vēlēšanu likums” (1995), pēc kura tika noteikti principi, kā tiek ievēlēta Saeima, kādas ir tās funkcijas un pilnvaras.

Šajā laika periodā atjaunotie un no jauna pieņemtie likumi – Satversme, Saeimas vēlēšanu likums, Saeimas kārtības rullis un Ministru kabineta iekārtas likums – veido to regulatīvo nosacījumu kopumu, pēc kura šajā laika periodā tiek ierosinātas, izskatītas, virzītas un pieņemtas politikas pārmaiņas Latvijā. Saskaņā ar vēsturiskā institucionālisma pieeju šajā laika periodā izveidotās un institucionalizētās prakses arī veido sākotnējo paternu un darbības virzienu, kurš ietekmēs nākotnes periodu regulatīvo pamatu. Un saskaņā ar institucionālo pagātnes atkarības faktoru jebkādas pārmaiņas institucionalizētās praksēs būs salīdzinoši grūti realizējamas, izņemot gadījumus, ja notiks saskaršanās ar radikālu ārējo procesu, kas apdraudēs šo institūciju pastāvēšanu.

Pēc politikas teoriju un likumdošanas veidošanas procesiem, politikas pārmaiņas kādā jomā demokrātiskā valstī var iegūt aktualitāti vairākos veidos: 1) atbilstoši politikas teorijai, ja tā ir bijusi politisko partiju, kuras nākušas pie varas, priekšvēlēšanu programmā kā dotais solījums saviem vēlētājiem; 2) kā prasība, kas izriet no starptautiskiem līgumiem vai kopīgas likumdošanas (regulas, direktīvas, starptautiskas kopīgas programmas), kurai Latvija ir pievienojusies kā dalīborganizācija; 3) kā noteiktu politisko spēku apņemšanos realizēšana, kas ierakstīta nacionālos vai nozares ilgtermiņa attīstības plānos vai stratēģijās; 4) kā iepriekšējās valdības vai parlamenta uzsāktās reformas darbības turpināšana jeb politiskā pēctecība pie varas esošajam politiskajam spēkam vai saglabājošies esošajai valdošajai koalīcijai.

Lai pārmaiņas ierosinātu atbilstoši politikas teorijai, inicializācijai ir jānāk no politiskā spēka, kas ir pie varas. Saskaņā ar “Saeimas vēlēšanu likuma” (1995) 9. un 11. pantu ir noteikts, ka kandidēt Saeimas vēlēšanās var kandidātu saraksti, kurus piesaka politiskā partija vai partiju apvienība. Piesakot kandidātu sarakstu, tiek iesniegta arī attiecīgā saraksta priekšvēlēšanu programma. Politiskās partijas programma ir dokuments, ar kuru partija vai apvienība pamato savu eksistenci un paskaidro, ar ko tā būtiski atšķiras no citām partijām vai apvienībām, atklāj savu ideoloģiju, vērtības un principus, kā arī sniedz ieskatu par to, kādu nākotnē redz valsts attīstību, un iezīmē ceļu, kā šīs izmaiņas tiks sasniegtas. Priekšvēlēšanu programmām, kā norāda Viljams Hofmeisters (*William Hofmeister*), atšķirībā no citiem partiju dokumentiem

raksturīgs iekļaut priekšvēlēšanu solījumus, kas saskaņā ar politikas teoriju ir atbildes uz sabiedrībā aktuālu problēmu risināšanu un politisko partiju redzējums nākotnes politikas reformām atbilstoši sabiedrības gaidām (Hofmeister and Grabow, 2011, 40–41). Teorētiski šiem solījumiem būtu jābūt saskaņā ar partijas kopējo ideoloģiju, valsts attīstības vīziju, tomēr atšķirībā no partijas programmas, kas ir ilgtermiņa dokuments, priekšvēlēšanu programmas ir īstermiņa programma uz ievēlēšanas brīdi un var neatspoguļot politiskā spēka ideoloģisko valsts attīstības redzējumu, vien sniegt atbildes uz aktuālajiem jautājumiem.

Saskaņā ar likumā “Saeimas kārtības rullis” (1994) noteikto Saeimā ievēlētie deputāti risina Saeimas komisijas noteiktus jautājumus, kas saistīti ar noteiktu nozaru izkārtojumu un saistītu ministriju pārraudzību, un šo komisiju kompetencē esošus jautājumus. Komisijā deputāti tiek apvienoti, pārstāvot dažādus politiskos spēkus – gan valdošās koalīcijas, gan opozīcijas pārstāvjus –, bet katra deputāta dalību noteiktā komisijā un komisijas nomaņu apstiprina ar balsojumu Saeimā. Komisija no sava vidus izvirza un apstiprina komisiju vadītājus. Saeimā ievēlētās partijas apvienojas koalīcijā un veido valdību. Valdības veidošanas procesā koalīciju veidojošo partiju un apvienību sadarbībā tiek izstrādāts piedāvātais ministru kabineta sastāvs, kā arī valdības deklarācija. Koalīcijas izveidotajai valdībai uzticību izsaka Saeima, balsojot par valdības apstiprināšanu.

Saskaņā ar 1993. gadā pieņemto likumu “Ministru kabineta iekārtas likums” (1993) Ministru kabineta sastāvs tiek apstiprināts, sniedzot ziņojumu Saeimai, norādot valsts ministrus un deklarāciju par Ministru kabineta iecerēto darbību, kā arī saņemot no Saeimas uzticību ar Saeimas balsojumu. Koalīciju veidojošās partijas, izstrādājot valdības deklarāciju, rada kompromisa dokumentu: virza savam vēlētajam sniegtos priekšvēlēšanu solījumus un iestājas par savu prioritāšu iekļaušanu. Tā kā vairumā gadījumu visus solījumus nevar iekļaut ne finansiālo ierobežojumu, ne ideoloģisku atšķirību dēļ, tad koalīciju veidojošām partijām ir jāvienojas par kopējām prioritātēm un kopēji sasniedzamiem mērķiem. Saskaņā ar institucionālisma teoriju personīgo labumu gūšanas iespējas palielināšana vienmēr būs galvenais indivīda darbības stimuls, savukārt, ja mērķus ir iespējams realizēt efektīvāk, izmantojot institūcijas, indivīdi racionāli var izvēlēties tikt ierobežoti ar noteiktiem institūcijas noteikumiem (Peters, 2005, 49). Tā kā indivīdi apzinās, ka šie ierobežojumi attiecas arī uz citiem biedriem, tiek radīta kopēja racionalitāte, kas ir izdevīga nevis atsevišķam indivīdam, bet visiem indivīdiem, kas saistīti ar šo institūciju jeb šajā gadījumā dalību koalīcijā. Rezultātā valdības deklarācija ietver tos punktus, par kuriem ir spējuši vienoties koalīcijas partneri pēc savstarpējām pārrunām. Šajā kompromisu meklēšanas procesā katrs no spēlētājiem atsakās no daļas savu prioritāšu jeb prasību, bet iegūst koalīcijas atbalsta solījumu tam jautājumam, kurš tiek ierakstīts deklarācijā, bieži vien šo apņemšanos par kopīgu atbalstu nostiprinot ar koalīcijas

līgumu. Šo darbību rezultātā katrs no politiskajiem spēkiem ir stiprinājis kādu sev svarīgu apņemšanos, ko devis vēlētājam, bet tajā pašā laikā atteicies vai ziedojis kādu citu apņemšanos kopējā kompromisa labā.

Lai koalīcija spētu īstenot savas apņemšanās, kas ietver vismaz daļēji vēlētājiem dotos solījumus, kas ir nostiprināti valdības deklarācijā, saskaņā ar politiskā procesa normatīvo regulējumu tiek izstrādātas un virzītas attiecīgas likumdošanas izmaiņas. Funkcionālistu skatījumā likumi tiek radīti tādi un tad, kad tie ir nepieciešami institūcijai vai sabiedrībai, un ir novērojama cieša īslaicīga atbilstība starp sabiedrības vajadzībām un likumiem tad, kad tie parādās. Tāpat eksistē netiešs pieņēmums, ka likumi tiek izstrādāti tā, lai būtu funkcionāli un padarītu lēmumu pieņemšanu efektīvāku. Tomēr, kā norāda jaunā institucionālisma pārstāvji, likumi bieži vien ir labie nodomi, bet patiesībā to izstrādes lietderību neviens nav pārbaudījis un bieži vien formāli likumi ir disfunkcionālas atbildes uz problēmām (Peters, 2005, 63).

Latvijā veselības jomu reglamentējošā likumdošana tiek pieņemta un apstiprināta Saeimā. Saskaņā ar “Latvijas Republikas Satversmes” (1922) 64. un 65. pantā noteikto likumdošanas tiesības pieder Saeimai, bet likumprojektus skatīšanai Saeimā var iesniegt Valsts prezidents, Ministru kabinets, Saeimas komisijas, ne mazāk kā pieci deputāti, kā arī viena desmitā daļa vēlētāju. Saskaņā ar likumā “Saeimas kārtības rullis” (1994) noteikto Saeimai iesniegtie likumprojekti tiek nodoti vienai vai vairākām Saeimas komisijām un vispārējā gadījumā, ja netiek noraidīti vai atzīti par steidzamiem, tiek skatīti Saeimā trijos lasījumos. Saeimas komisijas, kurām nodots likumprojekts, tos skata komisijas sēdēs, iekļaujot saņemtos priekšlikumus vai izstrādājot alternatīvu likumprojektu. Saeimas komisija var noraidīt likumprojektu vai iesniegtus priekšlikumus, un tādā gadījumā likumprojekts tālāk Saeimā netiek skatīts (izņemot gadījumu, ja likumprojektu iesniedzis Ministru kabinets vai tā izskatīšanu pieprasījis likumprojekta iesniedzējs). Savukārt, ja komisija sniedz savu atzinumu par likumprojekta tālāku skatīšanu, tas tiek iesniegts Saeimai skatīšanai pirmajā lasījumā (komisija var lūgt atzīt likumprojektu par steidzamu, sniedzot savu pamatojumu un, ja Saeima to apstiprina, atzīstot likumprojektu par steidzamu – likumprojekts tiek skatīts divos lasījumos). Ja likumprojekts pirmajā lasījumā nav atbalstīts, tas tiek uzskatīts par noraidītu un vairs netiek skatīts (izņemot gadījumu, ja tas tiek atkārtoti iesniegts skatīšanai un likumprojektu parakstījis vismaz 51 deputāts). Ja likumprojekts pieņemts pirmajā lasījumā, tiek noteikts termiņš, kādā iesniedzami priekšlikumi atbildīgajai komisijai.

Pēc noteiktā priekšlikumu iesniegšanas beigu termiņa likumprojekts tiek iekļauts kādā no nākamajām komisijas sēdēm un izskatīts otrajam lasījumam, ņemot vērā visus iesniegtos priekšlikumus. Pēc izskatīšanas komisija sagatavo likumprojektu otrajam lasījumam, dodot atzinumus par iesniegtajiem priekšlikumiem un pievienojot komisijas priekšlikumus.

Ja likumprojekts nav steidzams, tad pēc apstiprināšanas otrajā lasījumā tas tiek nodots komisijai sagatavošanai skatīšanai trešajā lasījumā un noteikts priekšlikumu iesniegšanas komisijā termiņš. Ja Saeima likumprojektu otrajā lasījumā neatbalsta, tas tiek nodots atpakaļ komisijai un var tikt noteiktā kārtībā iesniegts atkārtoti skatīšanai otrajā lasījumā. Līdzīgi kā skatot uz otro lasījumu, arī gatavojot likumprojektu trešajam lasījumam pēc priekšlikumu iesniegšanas termiņa beigām, likumprojekts tiek iekļauts kādā no komisijas sēdēm, izskatīti priekšlikumi un gatavots trešajam lasījumam. Ja likumprojekts tiek atbalstīts, tas ir pieņemts. Ja likums trešajā lasījumā Saeimā netiek atbalstīts, tas tiek nodots atpakaļ komisijā un noteiktajā kārtībā var tikt atkārtoti iesniegts skatīšanai trešajā lasījumā.

Saskaņā ar “Latvijas Republikas Satversmes” (1922) 69. pantu pēc likuma pieņemšanas, lai tas stātos spēkā, tas ir jāizsludina Valsts prezidentam. Ja Valsts prezidenta rīcībā ir motivēti iebildumi pret likumprojekta izsludināšanu, saskaņā ar Satversmes 71. pantu likumprojektu var neizsludināt, bet desmit dienu laikā pēc tā pieņemšanas Saeimā atdot Saeimai otrreizējai caurlūkošanai. Ja Saeima to negroza, tad prezidentam likums ir jāizsludina. Valsts prezidents saskaņā ar Satversmes 72. pantu var apturēt likuma publicēšanu uz diviem mēnešiem, ja to ir pieprasījusi ne mazāk kā viena trešdaļa Saeimas deputātu, un šādā gadījumā tiek uzsākta parakstu vākšana par likuma nodošanu tautas nobalsošanai. Ja divu mēnešu laikā no parakstu vākšanas izsludināšanas tiek savākta viena desmitā daļa vēlētāju parakstu, likums tiek nodots tautas nobalsošanai. Ja noteiktais skaits parakstu netiek savākti, tad pēc noteiktā parakstu vākšanas beigu termiņa likums tiek izsludināts.

Ņemot vērā aprakstīto likumprojekta virzības ceļu Saeimā, jebkuru izmaiņu ieviešana likumdošanā ir garš un bieži vien neprognozējams process, kura pieņemšanas veiksmē un ātrums lielā mērā ir atkarīga gan no virzītāja – virzītāja saistības ar tajā laikā pie varas esošo koalīciju vai opozīciju, gan no komisijas, kurā tas tiek skatīts, – komisijas vadītāja piederība koalīcijai vai opozīcijai, komisijas vadītāja un pārstāvētās partijas ieinteresētība jautājuma skatīšanā, komisijas locekļu kompetences un pieredzes. Tāpat iznākums ir atkarīgs no laika momenta – tuvuma nākamajām vēlēšanām. Vēlēšanu tuvuma gadījumā lielāka ieinteresētība darba kārtībā ir iekļaut un skatīt tādus lēmumus, kuri atbilst koalīcijas partiju agrākajiem politiskajiem solījumiem, kā arī tādās pārmaiņās, kurām ir vēlētāju vairākuma atbalsts. Likumprojekta virzība ir atkarīga arī no pārmaiņu veida un ietekmes, cik liels ir sabiedrības atbalsts šādām reformām, kā arī grupu, kuru skars likuma izmaiņas, nostājas pret izmaiņām un iespējas mobilizēt sabiedrību un medijus izmaiņu atbalstam vai apturēšanai.

Raksturojot valsts pārvaldi šajā laika periodā, tā piedzīvoja virkni reformu, kas bija saistītas gan ar iekārtas maiņu un iepriekšminēto atjaunoto pirmsokupācijas periodā izdoto likumu darbības atjaunošanu, gan jaunu likumu izdošanu. Papildus šīm pārmaiņām, lai aktīvi

veicinātu un virzītu valsts pārvaldes darbību, jau 1993. gadā tika pieņemts Ministru kabineta lēmums “Par Valsts reformu ministrijas pagaidnolikumu” (1993, Nr. 46), pēc kura tika izveidota ministrija, kuras mērķis bija “izstrādāt un realizēt valsts politiku valsts pārvaldes reformu nozarē”. Ministrijas pakļautībā tika izveidota Valsts civildienesta pārvalde un Valsts administrācijas skola (Latvijas Republikas Valsts kontrole, 2020, 14). 1995. gadā ar Ministru kabineta lēmumu (1995, Nr. 3) tika pieņemts “Valsts reformu ministrijas nolikums”, nosakot, ka Reformu ministrija realizē valsts politiku šādās jomās: “4.1. valsts pārvaldes institūciju funkcionāli strukturāla reformēšana un darba uzlabošana; 4.2. pašvaldību un to institūciju reformēšana un darba uzlabošana; 4.3. valsts civildienests; 4.4. valsts civildienesta ierēdņu (ierēdņu kandidātu) apmācība.”

1995. gada 28. martā Ministru kabinetā tika apstiprināts projekts “Latvijas valsts pārvaldes reformas koncepcija”, kurā tika noteikts, ka “Latvijas valsts un pārvalde patlaban atrodas pārejas posmā no totalitāra režīma uz demokrātisku un tiesisku valsti. Valsts pārvaldes reformas mērķis ir attīstīt no Satversmē paredzētās valsts iekārtas atvasinātu valsts pārvaldes sistēmu, lai tā godīgi, efektīvi un taisnīgi pildītu sabiedrības uzticētās funkcijas” (Latvijas Vēstnesis, 1995, Nr. 49). Saskaņā ar šīs reformas 22. punktā noteikto “reformu pasākumiem cauri vijas līdz šim novārtā atstāti principi: tiesiskums, taisnīgums, atklātība, cieņa pret personu, efektivitāte, rīcības brīvība ar atbildību, racionālisms” (Latvijas Vēstnesis, 1995, Nr. 49). Jau tā paša 1995. gada vidū tika pieņemts Ministru kabineta rīkojums (1995, Nr. 352), pēc kura ar 30.06.1995. tika likvidēta Valsts reformu ministrija, nosakot, ka programmai “Saikne ar pilsoni” paredzētie līdzekļi un štata vienības tiek nodotas Valsts kancelejai, savukārt “Pašvaldību departamenta” naudas līdzekļi, inventārs un štata vienības tiek nodotas Vides aizsardzības un reģionālās attīstības ministrijai. Kā norādīts LR Valsts kontroles ziņojumā (2020, 14), “valsts reformu ministrija tika likvidēta, politiski uzskatot, ka valsts pārvaldes reforma ir pabeigta”.

Šajā veselības nozares beigu posmā tika pieņemti vairāki nozīmīgi normatīvie akti, kas tieši saistīti ar tajā laikā būtisko ideoloģisko virzienu – brīvā tirgus un konkurences principu ieviešanu. Kā viens no tādiem minams 1997. gada jūnijā pieņemtais “Ārstniecības likums” (1997), kura mērķis bija “regulēt sabiedriskās attiecības ārstniecībā, lai nodrošinātu slimību vai traumu kvalificētu profilaksi un diagnostiku, kā arī kvalificētu pacienta ārstēšanu un rehabilitāciju”. Kā otrs būtisks normatīvais akts, kas regulē veselības aprūpi, ir likums “Par prakses ārstiem” (1997).

Deregulācijas perioda normatīvā pilāra raksturojums

Šajā laika periodā būtiskas izmaiņas, kā jau iepriekš tika raksturots, valsts pārvaldē bija saistītas ar vērtību maiņu un valdīja ideoloģisks uzskats, ka ir nepieciešama pāreja no plānveida ekonomikas uz brīvo tirgu. Lai izprastu politiskos apstākļus, kādos inicializētas un virzītas pārmaiņas veselības politikā un kādas tajā laikā bija sabiedrības aktuālās problēmas, ir apskatīti to politisko partiju, kuru idejas guvušas nozīmīgu vēlētāju atbalstu, tiekot ievēlētas Saeimā, priekšvēlēšanu programmās iekļautie solījumi, kas saistīti ar veselības aprūpes jautājumiem. Izpētei partiju programmas skatītas, pieņemot, ka vēlētājs, atdodot savu balsi par noteiktu politisko spēku, atbalsta tā programmu un atzīst tās izmaiņas, kas ir iekļautas partijas priekšvēlēšanu programmā. Pirmās priekšvēlēšanu programmas ir pieejamas, sākot ar 6. Saeimas darbu, kad tika pieņemts Saeimas vēlēšanu likums un noteikts, ka iesniedzama partijas priekšvēlēšanu programma.

Ņemot vērā Latvijas politisko procesu, koalīcijas un opozīcijas darbu, kā arī valdības deklarācijas nozīmi politisko reformu īstenošanā, lai raksturotu tos sabiedrībā un valdības institūcijās aktuālos jautājumus, kas ir atzīti kā nozīmīgi un risināmi valdības darbības laikā, ir analizētas valdības deklarācijas, apskatot ar veselības aprūpi saistītos jautājumus.

Pēc neatkarības atgūšanas 1990. gada jūlijā apstiprinātajā “Latvijas Republikas valdības tautsaimniecības attīstības programmā” (1990) kā būtiskākie valdības darbības virzieni tika norādīti: 1) īpašuma konversija (jeb privatizācija); 2) uzņēmējdarbības attīstīšana; 3) preču un pakalpojumu tirgus attīstība un pāreja uz tirgus cenām. Savukārt attiecībā uz veselības sadaļu norādīts, ka “jādemokratizē maksas pakalpojumu, saimnieciskā aprēķina iestāžu, kā arī to struktūrvienību sniedzamo pakalpojumu cenu izstrādāšanas principi. Jārada brīva konkurence starp dažādām īpašuma formām veselības un sociālajā aprūpē”. Papildus šim noteikumam programmā tika iekļauti 10 nozīmīgi punkti, kas paredzēja veikt pārmaiņas veselības un sociālās aprūpes jomā, galvenokārt finansēšanas avotu un finansējuma sadales modelī. (Sīkāk skatīt 1. pielikumu.)

Ar 1991. gadā pieņemto likumu “Par Latvijas Republikas ministrijām” tika likvidēta Veselības aizsardzības ministrija, izveidojot Labklājības ministriju. Saskaņā ar 1992. gada Ministru Padomes lēmumu (135, 1992) tika apstiprināts “Latvijas Republikas Labklājības ministrijas nolikums”, kurā noteikti Labklājības ministrijas uzdevumi, kas saistīti ar veselības aizsardzības jomu: 1) regulāri kontrolēt un izvērtēt medicīnisko un sanitārepidemioloģisko situāciju; 2) izstrādāt veselības programmu; 3) izstrādāt un realizēt veselības aizsardzības politiku; 4) nodrošināt veselības aizsardzības metodisko vadību, veicināt un koordinēt to materiāli tehnisko apgādi; 5) noteiktā kārtībā piedalīties starpvalstu līgumu izstrādāšanā un noslēgšanā veselības aizsardzības jomā. Salīdzinot ar likvidētās Veselības aizsardzības

ministrijas nolikumu (Latvijas Republikas Ministru Padomes lēmums Nr. 131, 1991), likvidējot šo ministriju un izveidojot Labklājības ministriju, netiek pārņemti vairāki uzdevumi, kas bija noteikti Veselības aizsardzības ministrijas nolikumā: 1) izstrādāt un realizēt republikas veselības aizsardzības sistēmas attīstības galvenos virzienus; 2) nodrošināt ārstniecisko, sanitāri profilaktisko un medikamentozo palīdzību iedzīvotājiem; 3) noteikt valsts sanitārās uzraudzības kārtību; 4) nodrošināt medicīnas kadru sagatavošanu; 5) veicināt medicīnas zinātnes attīstību; 6) pētīt medicīnas sasniegumus un veicināt to ieviešanu veselības aizsardzības iestāžu praktiskajā darbībā; 7) izstrādāt medicīniskās palīdzības standartus un ieteicamos pakalpojumu tarifus, kontrolēt to piemērošanu; 8) noskaidrot un apmierināt veselības aizsardzības iestāžu un iedzīvotāju vajadzības pēc medicīniskā profila izstrādājumiem; 9) saņemt un sadalīt centralizētos iekārtu limitus; 9) attīstīt starptautiskos sakarus medicīnas un veselības aizsardzības sfērā; 10) metodiski vadīt veselības aizsardzības sistēmā neietilpstošās medicīnas iestādes. Kā redzams no uzdevumu uzskaitījuma, izveidojot Labklājības ministriju un likvidējot Veselības aizsardzības ministriju, saskaņā ar abu iestāžu nolikumiem, pieņemot šo lēmumu, daudzi nozīmīgi uzdevumi, kas agrāk bija Veselības aizsardzības ministrijai, palika bez atbildīgā, un var teikt, ka valsts atteicās no šiem pienākumiem, atstājot tikai minimālas uzraudzības un politikas veidošanas funkcijas. Atteikšanās no šiem uzdevumiem ir saistāma ar ideoloģisko kursu mazināt valsts regulatīvo lomu, vairāk paļaujoties uz tirgus pašregulēšanās mehānismiem.

1993. gada jūnijā notika 5. Saeimas vēlēšanas, kurās iepriekš valdošā politiskā kustība “Latvijas Tautas fronte” (LTF) neguva tautas atsaucību, iegūstot vien 2,63 % atbalstu, un neiekļuva 5. Saeimā. Piektās Saeimas vēlēšanās lielāko tautas atbalstu guva jaunizveidotā savienība “Latvijas ceļš”, iegūstot 32,4 % balsu un 36 vietas Saeimā (CVK, 1993). Raksturojot šīs pārmaiņas, tiek norādīts: “Latvijas Tautas frontes ideālistu vietā neizbēgami vajadzēja nākt praktiķiem, kuriem jau bija jāstrādā tajā pašā padomiskajā vidē, tikai ar jauniem lozungiem. Tas bija laiks, kad organizāciju LTF nomainīja “Latvijas ceļš” un citas partijas.” (Freimanis, 2005, 75).

Izveidotā koalīcija Valda Birkava vadītās valdības deklarācijas “Ziņojums par kabineta sastādīšanu un deklarācija par kabineta iecerēto darbību” (1993) sadaļā “V. Tautas veselība” kā vienu no uzdevumiem minēja “veikt ātru un plašu ambulatoro medicīnas iestāžu privatizāciju, daļai no slimnīcām sākotnēji paliekot valsts un pašvaldību pārziņā”, kā arī “turpināt veselības aprūpes decentralizāciju – ieviest apdrošināšanas medicīnu, privātpmaksas, atjaunot Latvijā tradicionālo ģimenes ārsta institūciju”. Šāda pieeja liecina par iepriekš uzsākto reformu turpināšanu un skaidrojama ar politiskās dominances līderu saglabāšanu, kas iepriekš bija

saistīti ar sociālo kustību LTF, bet vēlāk pārstāvēja jaunizveidoto politisko spēku “Latvijas ceļš”.

Valdības deklarācijā “Ziņojums par kabineta sastādīšanu un deklarācija par kabineta iecerēto darbību” (1993), raksturojot slimnīcu tīklu un valsts slimnīcu lomu, norādīts “saglabāt vadošās valsts klīnikas kā maznodrošināto iedzīvotāju bezmaksas ārstēšanas bāzi”, reģionālām slimnīcām nosakot “attīstīt reģionālos centrus ar kvalitatīvām pasaules līmeņa medicīnas iekārtām”. Apņemšanās saglabāt daļu slimnīcu valsts īpašumā, lai nodrošinātu maznodrošināto aprūpi, liecina par nelielu atkāpšanos no sākotnējā uzdevuma par pilnīgu privatizāciju un brīvā tirgus principiem. Kā norāda I. Freimanis, “agrākās bezkompromisa cīņas vietā nāca kompromisu laiks. Nevarēja jau uzreiz radīt likumus tādus, kādi valstij bija derējuši 1939. gadā. Jaunajiem likumiem vajadzēja rēķināties ar esošo ierēdņu korpusu, ar sarežģītāku Latvijas iedzīvotāju nacionālo sastāvu un LPSR ekonomisko mantojumu” (Freimanis, 2005, 75).

Salīdzinot Augstākās Padomes laika valdības deklarāciju un 5. Saeimas pirmās valdības deklarāciju, var secināt, ka, neskatoties uz pārmaiņām, ko nesa 5. Saeimas ievēlēšana, attiecībā uz pārmaiņām veselības aprūpē joprojām tika saglabāti tie paši pamata noteikumi: 1) veicināt veselīgāku dzīvesveidu; 2) veikt ambulatoro iestāžu privatizāciju un veicināt privātprakšu attīstību; 3) ieviest obligāto apdrošināšanu un apdrošināšanas medicīnu. (Skatīt 2. pielikuma P.3. tabulu.)

Pēc Valda Birkava valdības krišanas 1994. gada septembrī tika izveidota Māra Gaiļa valdība, kas pārstāvēja to pašu politisko partiju “Latvijas ceļš”. Valdības deklarācijas “Ziņojums par Ministru kabineta sastādīšanu un deklarācija par valdības iecerēto darbību” (1994) sadaļā “Tautas veselība” tika ierakstīta apņemšanās turpināt agrāk iesāktās reformas, izveidojot optimālu veselības aprūpes plānošanas vadību un finansēšanu, plānotos uzdevumus jau aprakstot detalizētāk un uzskaitot sīkāk, bet pēc būtības saglabājot tos pašus reformu virzienus un uzstādījumus, kas bija iepriekšējo valdību deklarācijās: veselības veicināšana, ambulatoro iestāžu attīstīšana un augsti specializēto pakalpojumu sniegšanas optimizācija, veselības apdrošināšanas sistēmas izveide. Papildus šiem mērķiem Māra Gaiļa valdības deklarācijā tika detalizēti norādīta iepriekšējās valdības laikā uzsāktā apņemšanās veidot noteiktas valsts programmas, uzskaitot 11 valsts programmas un tajās iekļautos pasākumus. Šādas pārmaiņas, kas paredz lielāku valsts iesaisti veselības politikas veidošanā un īstenošanā, liecina par kursa maiņu un atgriešanos pie nozares regulēšanas principa atjaunošanas. (Sīkāk skatīt 2. pielikuma P.4. tabulu.)

Nākamā valdība tika veidota pēc 6. Saeimas vēlēšanām un apstiprināta 1995. gada 21. decembrī. Raksturojot šo laiku, sabiedrībā bija novērojams entuziasma kritums un saskaršanās ar dzīves realitāti jaunos apstākļos. I. Freimanis raksta: “Nepagāja ilgs laiks, apmēram pieci gadi pēc Neatkarības deklarācijas pieņemšanas, un intelīgences no tautas avangarda, manuprāt, palika vienkārši par sociāli nenodrošinātu iedzīvotāju slāni. [...] Tagad viss maksāja tik, cik maksāja, un jaunajai valstij vajadzību bija milzums, bet naudas maz.” (Freimanis, 2005, 75).

Analizējot publiski pieejamās 6. Saeimas priekšvēlēšanu programmas (skatīt 3. pielikuma P.4. tabulu), ir redzams, ka sabiedrībai tiek piedāvāts risinājums veselības aprūpes sistēmas uzlabošanai, izveidojot obligātās veselības apdrošināšanas sistēmu. Ar apdrošināšanas sistēmu tiktu nodrošināta sociāli mazāk aizsargātajām grupām valsts apmaksāta palīdzība, bet pārējām grupām nodrošinātu valsts garantēto minimums. Šīs pieejas izvēle pamatā saistāma ar tā laika izpratni par tirgus ekonomiku un vēlamo darbības modeli, kāds ir ASV veselības aprūpē: privātie pakalpojumi sniedzēji un veselības apdrošināšana. Kā otrs būtisks jautājums partiju priekšvēlēšanu programmās ir pacienta un ārsta tiesību sakārtošana un pacienta brīvība ārstniecības iestādes izvēlē, kā arī ārstniecības personāla atalgojuma palielināšana.

Šie politisko partiju priekšvēlēšanu solījumi iezīmē veselības aprūpes sistēmā esošo tā laika problemātiku – veselības aprūpes pieejamības reģionālās atšķirības, kas liedz iedzīvotājiem vienlīdzīgu pakalpojumu pieejamību. Šo problēmu vēlas risināt, nodrošinot pacientam tiesības brīvi izvēlēties jebkuru ārstniecības iestādi un ārstu neatkarīgi no personas piesaistes konkrētajai administratīvajai teritorijai. Otra problēma, kas parādās priekšvēlēšanu programmās, – nodrošināt valsts apmaksātu “bezmaksas” palīdzību sociāli mazāk aizsargātajām grupām. Šī iecere varētu liecināt par sekām, kas izveidojušās, nepārdomāti ieviešot brīvā tirgus principus un atceļot valsts pārraudzību par pakalpojumu pieejamību vai arī sekojot tā brīža izpratnei par vēlamo veselības aprūpes organizēšanu modeli, kāds darbojas ASV. Kā iespējama risinājums tiek piedāvāta vienotas veselības apdrošināšanas sistēmas ieviešana, ar kuru tiktu nodrošināta bezmaksas medicīna sociāli mazāk aizsargātajām grupām – maznodrošinātajiem, trūcīgajiem, invalīdiem un bērniem –, bet pārējiem iedzīvotājiem nodrošinot medicīniskās aprūpes garantēto minimumu.

Sestās Saeimas pirmās valdības, Andra Šķēles pirmās valdības, deklarācijā “Deklarācija par Ministru kabineta darbu” (1995) iekļauti iepriekš minētie politisko partiju programmās esošie jautājumi: obligātās veselības apdrošināšanas sistēmas izveide, nodrošinot īpašu pakalpojumu pieejamību sociāli mazāk aizsargātajām personām, pacienta tiesības brīvi izvēlēties ārstu un ārstniecības iestādi. (Skatīt 3. pielikuma P.5. tabulu.) Papildus šiem punktiem, kas nāk no koalīciju veidojošo politisko partiju programmām, iekļauti arī tādi punkti

kā “paplašināt primārās veselības aprūpes apjomu, veicinot ambulatorās medicīnas privatizāciju un vispārējās prakses ārstu dienestu veidošanu”, kas liecina par iepriekšējo procesu pēctecību, turpinot iestāžu privatizāciju. Savukārt citas apņemšanās, kas bija iepriekšējās valdības deklarācijā, piemēram, nodrošināt pakalpojumus tuvāk iedzīvotāja dzīvesvietai; veicināt sabiedrības iesaisti un līdzdarbību veselības problēmu risināšanai; veselības veicināšanas programmas; vides kaitīgo faktoru mazināšanas programmas; veicināt racionālu un efektīvu līdzekļu izlietojumu, vairs netiek norādītas kā turpināmas, tāpat kā iepriekš paredzētās speciālās 11 valsts veselības programmas.

1995. gada aprīlī ar Ministru kabineta rīkojumu (1995, Nr. 94) tiek apstiprināts jauns “Labklājības ministrijas nolikums”, kurā iekļauta virkne jaunu uzdevumu veselības jomā, tostarp izstrādāt un īstenot veselības aprūpes sistēmas attīstības programmas, koordinēt veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, veikt ārstniecības uzraudzību, apstiprināt medicīnas pakalpojumu standartus un finansēšanas metodiku, nodrošināt valsts pasūtījumu medicīnas personāla sagatavošanā. Jaunie Labklājības ministrijai deleģētie uzdevumi pēc būtības ir ļoti līdzīgi tiem, kas bija agrākās Veselības aizsardzības ministrijas nolikumā un liecina par politisku vēlmi atjaunot valsts regulatīvo jomu. Tomēr saskaņā ar vēsturisko institucionālismu un pagātnes atkarības tendenci netiek atjaunota iepriekš likvidētā ministrija, bet tiek veiktas inkrementālas izmaiņas, uzdodot jaunus pienākumus esošajai institūcijai.

Saskaņā ar Ministru kabineta rīkojumā (2002, Nr. 547) norādīto šajā laika posmā Labklājības ministrijā aktīvi strādāts pie veselības aprūpes reformas. Balstoties uz Labklājības ministrijas izstrādāto stratēģiju, 1997. gada 6. jūnijā Latvijas valdība (jau nākamā valdība, Andra Šķēles vadītā otrā valdība, kurā labklājības ministra amatu tāpat kā iepriekš ieņēma Vladimirs Makarovs, bet veselības valsts ministra amatā tāpat kā iepriekš darbojas Juris Viņķelis) noslēdza vienošanos ar Pasaules Banku par “Veselības aprūpes reformas” projekta izstrādi.

Nākamajā Andra Šķēles valdībā, kas apstiprināta 1997. gada 13. februārī, veselības jomas jautājumi pārstāvēti ļoti maz un “Deklarācijā par Ministru kabineta darbu” (1997) iekļautas vien apņemšanās “turpināt veidot universālu, efektīvu un vienotu veselības apdrošināšanas sistēmu, kurai būtu atbilstoša izmaksu kontroles sistēma, kā arī turpināt darbu pie iepriekšējās valdības deklarācijā noteiktajiem jautājumiem – ārstniecības likuma izstrādes”. (Skatīt 3. pielikuma P.6. tabulu.) Šāda pieeja skaidrojama ar to, ka jau iepriekšējās valdības laikā ir veiktas pārmaiņas, “uz papīra” atjaunojot valsts pārvaldes regulatīvo lomu, piešķirot jaunus uzdevumu Labklājības ministrijai, un notiek darbs pie reformas programmas izstrādes. Šajā laika periodā notiek aktīvs darbs pie veselības politikas reformas izstrādes sadarbībā ar Pasaules Banku, un 1997. gada 6. jūnijā tiek noslēgts līgums par sadarbību un kredīta

piešķiršanu veselības aprūpes jomu reformu izstrādei un īstenošanai (Latvijas Vēstnesis, 1998, Nr. 255/256).

Sestās Saeimas darbības laikā izveidotā trešā valdība Ministru prezidenta Guntara Krasta vadībā apstiprināta 1997. gada 7. augustā, valdības deklarācijā “Deklarācija par Ministru kabineta iecerēto darbību” (1997) nenorāda būtiski jaunas politiskas iniciatīvas vai reformas, bet apņemas “turpināt uzsākto veselības aprūpes reformu, lai nodrošinātu iedzīvotājiem vienlīdzīgu, pieejamu un kvalitatīvu veselības aprūpi”. Izrietoši no deklarācijas teksta tiek paredzētas izmaiņas ar veselības apdrošināšanu saistīto slimokasu izvietojuma modelī, kā arī izveidojot tādu apmaksas sistēmu, kas vērsta uz iedzīvotāju veselības saglabāšanu (skatīt 3. pielikuma P.7. tabulu). Arī šajā gadījumā politiskā pēctecība skaidrojama ar to, ka par jomu atbildīgais ministrs Vladimirs Makarovs saglabā labklājības ministra amatu, bet veselības valsts ministra amatu ieņem Viktors Jaksons, kurš, tāpat kā iepriekš Juris Viņķelis, pārstāv “TB/LLNK”.

Apskatot politisko pēctecību un personas, kuras ieņem Ministru prezidenta amatu un atbildīgās personas par veselības jomu (skatīt 3.4. tabulu), ir redzams, ka politiskā pēctecība saglabājas tikai vienas Saeimas sasaukuma laikā. Pēc jaunas Saeimas ievēlēšanas mainās par nozari atbildīgais spēks – ja 5. Saeimā par Labklājības ministriju un veselību atbildīgais politiskais spēks bija “Latvijas ceļš”, tad 6. Saeimā šī joma pārgāja “TB/LNNK” atbildībā.

3.4. tabula

1993.–1998. gada valdību pārskats

Saeima	Valdība	Ministru prezidents	Par veselības jomu atbildīgs
5. Saeima	03.08.1993.– 19.09.1994.	Valdis Birkavs (LC)	Veselības valsts ministrs Labklājības ministrijā Normunds Zemvaldis (bp)
	19.09.1994.– 21.12.1995.	Māris Gailis (LC)	Veselības valsts ministrs Labklājības ministrijā Normunds Zemvaldis (bp) līdz 16.01.1995. Veselības valsts ministrs Labklājības ministrijā Andris Bērziņš (LC) 17.01.1995.–03.02.1995. Veselības valsts ministrs Labklājības ministrijā Pēteris Apinis (LC) 03.02.1995.–21.12.1995.
6. Saeima	21.12.1995.– 13.02.1997.	Andris Šķēle (bp)	Veselības valsts ministrs Labklājības ministrijā Juris Viņķelis (TB)
	13.02.1997.– 17.08.1997.	Andris Šķēle (bp)	Veselības valsts ministrs Labklājības ministrijā Juris Viņķelis (TB)
	07.08.1997.– 26.11.1998.	Guntars Krasts (TB/LNNK)	Veselības valsts ministrs Labklājības ministrijā Viktors Jaksons (TB/LNNK)

Avots: autores izveidota tabula, izmantojot Ministru kabineta mājaslapas datus par valdību sastāvu.

1997. gads iezīmējas ar sava veida politiskā kursa korigēšanu un iepriekšējo reformu radīto negatīvo seku mazināšanu, kas radušās, veicot veselības aprūpes sistēmas decentralizāciju un deregulāciju. Lai arī reformas mērķis bija ieviest stabilu un vienlīdzīgu finansējumu katram iedzīvotājam neatkarīgi no tā dzīvesvietas reģiona un visos reģionos

nodrošināt vienāda līmeņa pakalpojumus, izveidotajā finansēšanas sistēmā rajoni vairs nesaņēma finansējumu tieši no valsts veselības budžeta, bet caur slimokasēm, kas veica finansējuma sadales funkciju (Avdejeva un Šefers, 2008, 50). Šajā laika posmā netika ieviesta tāda veselības apdrošināšana kā politisko partiju programmās jeb plānoto ASV obligātās veselības apdrošināšanas modeli. Modelis, kas tika ieviests Latvijā, bija obligātā veselības apdrošināšana, noteikta kā ienākuma nodokļa iezīmēta daļa (28,4 % no ienākuma nodokļa), kā arī dotācija no vispārējā budžeta nodokļa ieņēmumiem. Šāda prakse – ieviešot veselības apdrošināšanu kā finansējuma daļu no kopējiem nodokļu ieņēmumiem – vairāk raksturīga Eiropas sociāldemokrātiskajām valstīm, kas paredz regulējošus mehānismus, lai veicinātu taisnīgāku resursu pārdali un kompensējošus mehānismus, veidojot vienlīdzīgāku pieejamību.

Izvērtējot brīvā tirgus aktīvas iedzīvināšanas periodu veselības aprūpes sistēmā Latvijā, kopējais vērtējums ir negatīvs. Šajā laika posmā var novērot, ka tiek turpinātas tās idejas, kas uzsāktas iepriekš un kas balstītas ar ideoloģisku virzību no neefektīvas plānveida ekonomikas uz efektīvu brīvā tirgus ekonomiku. Paredzot brīvā tirgus principos balstītu decentralizētu sistēmu, kas Latvijas gadījumā nozīmē valsts īpašumā esošo slimnīcu un ambulatoro iestāžu nodošanu privatizācijai, privātpraksi veidošanas atbalstīšanu un konkurences veicināšanu. Ieviešot šādu veselības aprūpes modeli, tiek cerēts, ka, nodrošinot pacientam iespējas brīvi izvēlēties ārstu un iestādi, pacients kā pircējs būs regulējošais mehānisms aprūpes kvalitātes veicināšanai. Bet vienlaikus trūkst izpratnes par sabiedrības veselību un tās ietekmi uz tautsaimniecību, par ko liecina fakts, ka reformas pamatā tiek balstītas tikai uz ideoloģiskiem brīvā tirgus un konkurences principiem, bet netiek analizēta to ietekme uz veselības aprūpes pieejamību, veselības veicināšanu, profilaksi un savlaicīgu diagnostiku un ārstēšanu.

Lai arī politiskajā dienaskārtībā, skatot politisko partiju apņemšanās, šajā laika periodā netiek akcentēta valsts regulatīvās lomas atjaunošana veselības politikā, kā redzams no pārmaiņām Labklājības ministrijas nolikumā, notiek atgriešanās pie agrākās prakses. Kas var būt saistāma gan ar cilvēku, kas iepriekš strādāja sistēmā, pieredzi un institucionāliem ieradumiem, gan izveidojušos situāciju jeb cīņu ar iepriekšējo politisko pārmaiņu sekām.

Apskatot pasaules attīstīto valstu pieredzi, 90. gados valsts pārvaldē vadošā pieeja ir pirmās paaudzes pārvaldība jeb *Network Governance* pieeja. Tā paredz, ka valsts pārvaldība ir mainījies no izteikti vertikālas vadības uz horizontālu pārvaldības modeli, kurā valsts tiek pārvaldīta, iesaistot nevalstisko sektoru un noteiktas funkcijas deleģējot nevalstiskajam sektoram. Tā ir paradigmas maiņa, kurā akcents tiek mainīts “no politikas uz tirgu, no politiķiem uz ekspertiem, no politiskām, ekonomiskām un sociālām hierarhijām uz decentralizētu tirgu”, savukārt, raksturojot sadarbību starp valsts pārvaldību un sabiedrību, “no birokrātijas uz regulēšanu, no pakalpojumu nodrošināšanas uz to regulēšanu, no pozitīvas valsts

uz regulatīvu valsti; no lielas valdības uz mazu pārvaldību; no nacionāla uz reģionālu mērogu; no nacionāla uz globālu; no stingrās varas uz maigo varu, no publiskas varas uz privātu pilnvarojumu” (Rhodes, 2012, 37). Pasaules Veselības organizācija, raksturojot apstākļus un pārmaiņas, kādas ir nepieciešams ieviest valstīs, kurās veselības jomā tiek attīstīta uzņēmējdarbība, norāda, ka ir nepieciešams radīt jaunu regulējošo noteikumu kopumu, veicot pārregulāciju, pirms ieviest deregulāciju. Izstrādājot jauno regulējuma kopu, ir jāņem vērā divi būtiski politisko mērķu virzieni. Pirmkārt, sociāli ekonomiskie politikas virzieni, kas ietver regulējumu šādos aspektos: a) vienlīdzību un taisnīgumu; b) sociālu vienotību; c) ekonomisku efektivitāti; d) veselības un vides aizsardzību; e) iedzīvotāju informētību un izglītošanu; f) indivīda izvēles iespējas.

Otrs politikas veidošanas mērķis ir veselības jomas vadības mehānismu izstrāde, kas ir saistīts ar šādiem regulatīviem aspektiem: a) kvalitāte un efektivitāte; b) pacienta piekļuve pakalpojumam; c) pakalpojumu sniedzēju uzvedība; d) norēķinu kārtība; e) farmācijas produktu apmaksas kārtība un pieejamība pacientiem; f) medicīnas personāla attīstība (Saltman et al., 2002, 14–15). Jaunā pieeja ir balstīta principā “uzticies, bet pārbaudi”, kas nozīmē to, ka ir nepieciešami mehānismi, kā nodrošināt sistemātisku nozares monitoringu un veikt atbilstošas koriģējoši ietekmējošas darbības, kā arī ņemt vērā to, ka tirgus “pašregulācija” pieprasa sistemātiski ārēju uzraudzību un iejaukšanos (Saltman et al., 2002, 46). Valsts regulējamie aspekti valstīs, kurās tiek ieviesta uzņēmējdarbības forma veselības aprūpē: 1) kapacitātes regulēšana – lai veicinātu efektīvu un lietderīgu pakalpojumu piedāvājuma attīstību, nosakot dažāda veida ierobežojumus; 2) tarifu regulēšana – centralizēti nosakot noteikta veida līdzmaksājumu vai diagnozē balstītas apmaksas tarifus, lai mazinātu nekontrolētu izdevumu pieaugumus; 3) kvalitātes regulēšana – veicot sniegto pakalpojumu kvalitātes uzraudzību, nosakot noteiktus kvalitātes kritērijus un rūpējoties par pacientu tiesību aizsardzību; 4) regulējot tirgus struktūru un pakalpojumu līmeņus – izstrādājot nosacījumus pakalpojumu sniegšanai, nodrošinot pakalpojumu vienlīdzīgas pieejamības kritēriju ievērošanu neatkarīgi no pacienta dzīvesvietas, vecuma, maksātspējas, slimības vai veselības stāvokļa (Saltman et al., 2002, 56–72).

Kā redzams no Latvijas situācijas un reformas raksturojuma tajā laikā, arī Latvijā tiek ieviesta daļa no šiem mehānismiem, sniedzot iespējas aktīvi iesaistīties pakalpojumu sniegšanā privātajam sektoram, un veicināta uzņēmējdarbības vide. Tāpat arī tiek veikta funkciju deleģēšana no nacionāla uz reģionālu līmeni, atbildību par veselības aprūpes sistēmas organizēšanu nododot rajonu pašvaldībām. Tomēr perioda sākuma posmā netiek ņemta vērā būtiska nianse – saglabāt regulējošo lomu, tā nodrošinot pakalpojumu pieejamību un jomas uzraudzību. Kā būtiskās regulējošās funkcijas, no kurām atteikšanās ir saistāma ar negatīvām

pārmaiņām veselības aprūpes pieejamībā, ir valsts pārvaldes atteikšanās no uzdevumiem, kas agrāk bija Veselības aizsardzības ministrijas kompetencē: 1) izstrādāt un realizēt republikas valsts aizsardzības sistēmas galvenos attīstības virzienus – rezultātā jomas attīstība tika palaista “pašplūsmā” un balstīta uz privātās medicīnas attīstību; 2) nodrošināt medicīnas kadru sagatavošanu – rezultātā samazinājās jomā pieejamie cilvēkresursi, gan ārstu nodrošinājums, gan īpaši izteikti māsu nodrošinājums; 3) izstrādāt medicīniskās palīdzības standartus un ieteicamos pakalpojumu tarifus, kontrolēt to piemērošanu, kas radīja situāciju, kad pakalpojumu kvalitāte, pieejamība un izmaksas bija atšķirīgas un atkarīgas no pacienta dzīvesvietas; 4) saņemt un sadalīt centralizētos iekārtu limitus – kopējas jomas pārraudzības un plānošanas neesamība radīja fragmentētu pakalpojumu attīstību un pieejamību, bet citviet veicināja neefektīvus iekārtu iepirkumus un pakalpojumu nodrošinājumu.

Lai arī šī perioda noslēguma fāzē tiek atjaunota valsts regulatīvā loma veselības politikā, paplašinot Labklājības ministrijas veicamos uzdevumus, jāņem vērā institucionālisma teorijas institūciju inertuma un pagātnes atkarības faktors, kas nosaka, ka jaunas prakses īstenošanai ir nepieciešami būtiski priekšnosacījumi. Tā kā netiek izveidota jauna institūcija, bet tikai paplašināti esošās institūcijas pienākumi, šo funkciju pilnvērtīgai atjaunošanai pēc tam, kad vairākus gadus (laika posmā no 1991. līdz 1995. gadam) ir bijusi atteikšanās no tām, to pilnvērtīgas īstenošanas uzsākšana ir apgrūtināta. Tāpat jāņem vērā, ka papildu uzdevumi – veikt jomas regulēšanu – ar nolikuma izmaiņām tiek uzdoti ne tikai veselības, bet arī sociālā nodrošinājuma jomā. Līdz ar to šo funkciju kvalitatīva īstenošana ir ļoti atkarīga no iestādes administratīvās kapacitātes un iespējām īstenot papildu uzdevumus.

3.2.2. Regulācijas periods Latvijas veselības aprūpes jomā

Otrais reformu posms iezīmējas ar Tautas partijas izveidošanos un uzvaru 7. Saeimas vēlēšanās, kas iezīmēja ideoloģiski citu virzienu, nomainot iepriekš pie varas esošo liberālo skatījumu. Tautas partija tika dibināta īsi pirms vēlēšanām, 1998. gada 12. maijā, ar darbības mērķi “Latvijas valstiskuma neatgriezeniska nostiprināšana; Eiropas līmeņa labklājības sasniegšana; spēcīga un nodrošināta trīs bērnu ģimene” (Uzņēmumu reģistrs, Politisko partiju reģistrs; Uzņēmumu reģistrs, LURSOFT). Kā redzams no vērtībām, Tautas partija ienāk ar jaunu ideoloģisku kursu, nomainot iepriekš valdošo liberālo un ASV brīvā tirgus pieejā balstīto ideoloģisko kursu ar “Eiropas līmeņa labklājības sasniegšanu”, kas saistīts ar sociāldemokrātiskām vērtībām un lielāku valsts ietekmi un regulēšanu, veicinot indivīdu un sabiedrības vienlīdzību un pakalpojumu pieejamību.

Apskatot politisko partiju priekšvēlēšanu programmas pirms 7. Saeimas vēlēšanām (skatīt 4. pielikumu), 1998. gadā ir novērojams, ka veselības nozarē joprojām tiek aktualizēts jautājums par veselības aprūpes pieejamību maznodrošinātām personām, bet vēl aktuālāks jautājums ir nodrošināt finansējuma pieaugumu veselības aprūpei – gan ieguldījumi veselības aprūpes nozarē, gan ārstniecības personāla atalgojuma palielināšana, kā arī visaptverošas un ietverošas sistēmas izveide. Šie politisko partiju piedāvātie risinājumi liecina par to, ka iepriekšējā periodā plānotā jomas decentralizācija un nodošana privatizācijā nav veicinājusi plānoto rezultātu sasniegšanu – privāto investīciju strauju ieplūšanu veselības aprūpes nozarē un tās uzplaukumu, pateicoties brīvā tirgus konkurences principiem. Citējot 1998. gada pirmās izveidotās valdības dokumentā “Deklarācija par Ministru kabineta iecerēto darbību” (1998) pausto, “viens no veselības politikas pamatprincipiem ir uzskatīt veselību par neatņemamu dzīves kvalitātes sastāvdaļu. Politika, kas balstās uz šādu principu, veicinās valsts attīstību kopumā. Veselības aprūpes pamatā ir iedzīvotāju vajadzībām atbilstošas, brīvi pieejamas, taisnīgas sistēmas izveide, kuras būtiska sastāvdaļa ir veselības veicināšana un profilakse”. Šī apņemšanās liecina par to, ka tiek apzināta veselība kā nozīmīgs valsts attīstības faktors un akcentēta sistēma, kas balstīta iedzīvotāju vajadzībās, pieejamībā un taisnīgumā.

Būtisks virziens, kas parādās šajā laika posmā un ir ietverts arī valdība deklarācijā, caurvijot visas nozares, arī veselības aprūpi, ir virzība uz Eiropas Savienību, kas nenoliedzami nāk ar jaunām ideoloģiskām vēsmām un citādu izpratni par vērtībām, īpaši tādiem jēdzieniem kā sociālā aizsardzība, vienlīdzība, pieejamība, solidaritāte, sabiedrības līdzdalība valsts pārvaldē. Kā nozīmīgas pārmaiņas, kas norādītas “Deklarācijā par Ministru kabineta iecerēto darbību” (1998) un ietekmē veselības politiku, ir “līdz 2000. gadam iesniegt ratificēšanai Saeimā Eiropas sociālo hartu”, kas savukārt paredz ikvienas personas tiesības saņemt veselības aprūpes pakalpojumus, tiesības uz veselības aizsardzību, sociālo un medicīnisko palīdzību. Bet, kā zināms, veselības aprūpes jomā veiktās reformas iepriekšējā periodā, mazinot valsts regulatīvo lomu veselības politikā, bija radījušas nevienlīdzīgas tiesības piekļūt veselības aizsardzības un medicīniskās palīdzības pakalpojumiem. Otrās būtiskās ietekmes virzībā uz iestāšanos ES, kas saistītas ar veselības jomu, izriet no valdības apņemšanās četrus gadus laikā Latvijas likumus pilnībā saskaņot ar ES valstu nostādņām.

Kā nozīmīgs šī perioda sasniegums ir veselības ministra amata atjaunošana un Veselības ministrijas izveidošana, kas liecina par veselības nozares kā noteiktas prioritātes atzīšanu un politiska līmeņa atziņu, ka šajā jomā ir pietiekami daudz risināmu problēmu. Kā arī, iespējams, Labklājības ministrijas nespēju pilnvērtīgi tikt galā ar tai deleģētajiem papildu pienākumiem veikt jomas uzraudzību, kas tika atjaunoti ar 1995. gada grozījumiem iestādes nolikumā. Šajā

laika posmā pēc Veselības ministrijas izveidošanas ir veiktas būtiskas pārmaiņas veselības politikā, apzinoties jomā esošās problēmas un izstrādājot vairākas nozīmīgas stratēģijas.

Regulācijas perioda kulturāli kognitīvā pīlāra raksturojums

Laika posms ir raksturīgs ar to, ka tiek apzināta tautas veselība kā nozīmīgas visas sabiedrības tautsaimniecības izaugsmes faktors, kā arī tās sekas, kas radušās, veicot straujās, bet nepārdomātās pārmaiņas, bez atbilstošas jomas uzraudzības un vadības, atsakoties no valsts regulatīvās funkcijas neatkarības sākuma gados.

Skatoties pasaules tendences, 1998. gada maijā Pasaules Veselības organizācija pieņēma “Pasaules veselības deklarāciju – Veselība visiem 21. gadsimtā” (1998), kurā noteikts, ka nepieciešams izstrādāt nacionālus un globālus instrumentus, lai uzlabotu “tiesības uz veselību”, veicinot vienlīdzību un taisnīgumu. Kā divi galvenie mērķi dalībvalstīm tiek noteikti: 1) izvirzīt veselību kā cilvēkresursu pamatu un 2) izveidot ilgtspējīgas veselības aprūpes sistēmas. Nākotnes veselības aprūpes sistēmām ir jābūt tuvākām iedzīvotāju vajadzībām un integrētām ar veselības uzraudzību un aprūpi, vides un sociālajiem pakalpojumiem.

Ideoloģiskais virziens par nepieciešamību veidot pieejamu veselības aprūpes sistēmu ir iekļauts arī “Latvijas ilgtspējas attīstības pamatnostādņēs”, kuras apstiprinātas ar Ministru kabineta rīkojumu (2002, Nr. 436). Šajā dokumentā, sadaļā “Vide un veselība”, norādīti veselības politikas mērķi “palielināt dzīves ilgumu Latvijas iedzīvotājiem” un “uzlabot Latvijas iedzīvotāju veselību”. Savukārt jautājumā par rīcības virzieniem ir norādīts: “izveidot taisnīgu, iedzīvotājiem pieejamu un kvalitatīvas veselības aprūpi”.

Apskatot politisko partiju priekšvēlēšanu programmas, 7. Saeimas vēlēšanās iezīmējas nepieciešamība par solidāras un visiem pieejamas sistēmas veidošanu un obligātas apdrošināšanas ieviešanu. Savukārt 8. Saeimas priekšvēlēšanu programmās parādās konkrēta problēma – nepieciešamība palielināt valsts finansējumu veselības aprūpes sistēmā, to divkāršojot, nosakot bezmaksas vai valsts kompensējamo pakalpojumu pieejamību un lielākus valsts ieguldījumus. Valdību deklarācijās iezīmējas virkne jautājumu, kurus valdība turpmāk regulēs, tā virzoties no deregulēta brīvā tirgus principa uz valsts regulētu brīvā tirgus principu. Īstenotās pārmaiņas un apņemšanās, kas bija raksturīgas šajā laika periodā, lielā mērā ir nevis jaunas izmaiņas, bet iepriekšējo pārmaiņu radīto kļūdu labojumi. Zināšanu trūkums par to, ka veselības aprūpē nedarbojas tie paši principi, kas apavu ražošanā un tirdzniecībā, kā arī pieņēmums, ka, nodrošinot trīs pamatkritērijus – īpašumtiesības, konkurenci un bankrota iespējas –, ienāks inovācijas, attīstīsies un strauji augs pakalpojumu kvalitāte, bet pakalpojumu cenas noteikts patērētāju pirktspēja, nav attiecināms uz veselības aprūpi.

Veselības aprūpē šo 15 gadu laikā pēc neatkarības atjaunošanas un līdz 2005. gadam notika straujas un nozīmīgas pārmaiņas it visos tās līmeņos. Sākotnēji aktīvi virzot pārmaiņas, neesot definētam mērķim un sasniedzamiem rezultātiem, un vēlāk piesaistot starptautiskas organizācijas un strādājot ar reformu plāniem, mērķiem un uzdevumiem, bet pildot tos tikai daļēji, nodrošinot izmaiņas institucionālajā kārtībā un organizatoriskajā regulējumā, bet nenodrošinot nepieciešamo valsts papildu finansējumu reformu īstenošanai. Šo nepārtraukto pārmaiņu ietekmē netika sasniegti vēlami mērķi un uzdevumi, kā arī netika nodrošināta atbilstība tiem kritērijiem un mērķiem, kas starptautiski tiek izvirzīti jebkurai veselības aprūpes sistēmai, – pieejamība, resursu lietderība un efektivitāte, kvalitāte un kopējā tautas veselības stāvokļa uzlabošana. Savukārt sabiedrībā gan ārstu, gan pacientu vidū valdīja daudz neskaidrību un trūka informācijas par pakalpojumu pieejamību, to saņemšanas un apmaksas iespējām, kas skaidrojams ar biežajām izmaiņām finansējuma mehānismos šajā laika periodā. Laika posmā no 1998. līdz 2001. gadam tika četras reizes mainīta finansēšanas kārtība un noteikumi, taču J. Karaškēvica (2004, 77) atzīst: “Kā liecina aptaujas, iedzīvotāji vēl nav gatavi paši uzņemties rūpes par savu veselību un slimību savlaicīgu diagnostiku. Ne visos gadījumos tas ir saistīts ar materiālām iespējām, jo vairāki profilaktiski pasākumi ir bezmaksas. Trūkst informācijas par sniegtajiem pakalpojumiem, to saņemšanas iespējām un izmaksām, un valda uzskats, ka veselības aprūpe ir ļoti dārga un grūti pieejama.”

Biežās pārmaiņas veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas modeļos, kā arī situācija ar institucionālām pārmaiņām – slimnīcu skaita samazināšanu, jaunu ambulatoro iestāžu atvēršanu, kā arī ar ārstēšanas pieejas maiņu, kad pacients vairs neuzturas ilgstoši stacionārā, bet tiek izrakstīts teju divas reizes ātrāk, nekā agrāk, – radīja daudz neskaidrību iedzīvotājos. Savukārt pārmaiņas, kad ir ģimenes ārsts, ir speciālisti, pie kuriem var nokļūt tikai ar ģimenes ārsta norīkojumu, rada vēl vairāk jautājumu un sarežģītumu iedzīvotājam, padarot veselības aprūpes pieejamību emocionāli vēl mazāk pieejamu, nekā varbūt ir patiesībā. Tā dēļ bija izveidojusies situācija, kuru raksturo J. Karaškēvica (2004, 77): “Tā arī nav skaidrs, par ko pašlaik cilvēki dod kukuļus – par papildus uzmanību un darbu, kas neietilpst valsts apmaksāto pakalpojumu grozā, vai par valsts apmaksātajiem pakalpojumiem ārpus rindas.”

Šajā laika periodā papildus valsts apmaksātiem un maksas pakalpojumiem parādās arī iespēja iegādāties privātās apdrošināšanas polisi. Šī iespējaatkarībā no polises veida un līguma nosacījumiem sedz noteiktu daļu no tām iemaksām, kuras būtu jāsedz pacientam pašam. Tomēr arī šajā jomā trūkst sabiedrības un veselības nozares izpratnes par privātās veselības apdrošināšanas lomu un vietu kopējā finansēšanas sistēmā. J. Karaškēvica (2004, 80) norāda: “Sabiedrībā apzināti vai neapzināti tiek popularizēts viedoklis, ka tikai apdrošinoties iespējams saņemt veselības aprūpes pakalpojumus, lai gan reāli cilvēki apdrošinās uz pacienta iemaksas

daļu, kas nepārsniedz 20 % no pakalpojuma reālās vērtības, – pārējo sedz valsts.” Vienīgais objektīvais skaidrojums šādai pieejai tiek rasts, skatoties no veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, kas iedzīvotājiem pieprasa pirms plānveida operācijas apdrošināties, jo gadījumā, ja pacients ir apdrošināts, tad iestāde var būt droša, ka tiks saņemta pacienta iemaksas daļa, kas dažos gadījumos, parasti slimnīcās, pacientu izrakstot, reizēm netiek samaksāta. Rezultātā iedzīvotājiem nav pieejama informācija par to, “cik lielu daļu no veselības aprūpes pakalpojumiem un kādos gadījumos sedz valsts no jau samaksātās nodokļu naudas daļas. Netiek izskaidrota un uzsvērta valsts loma veselības aprūpes finansēšanā, un sabiedrība arvien vairāk attālinās no reformas izpratnes, uzskatot, ka par veselības aprūpi pilnībā jāmaksā pašiem” (Karaškēvica, 2004, 80). Latvijas Apdrošinātāju asociācijas prezidents Jānis Abāšins (2017), raksturojot šo problēmu, stāsta: “Man liekas, ka tā dilemma ir tāda, ka privātie apdrošinātāji grib, lai no sākuma klients izmanto valsts sistēmu, un, ja tā valsts sistēma to pakalpojumu nenodrošina, nodrošina tur ar baigo laika nobīdi, nu tad saka – jā, labi, tad nāc ar savu polisi un darbojies. Valsts sistēma atkal, no otras puses, noteikti – no sākuma gribētu, lai tiek patērēta privātā apdrošināšanas polise un pēc tam tikai valsts līdzekļi, tā kā tāda mazliet klasiska pretruna.” Kā nozīmīgs šī posma sasniegums ir veselības kā nozīmīgas tautsaimniecības izaugsmes determinantes atzīšana un veselības jomas sakārtošanas kā prioritāra valdības uzdevuma noteikšana, par ko liecina veselības ministra izraudzīšana un Veselības ministrijas izveidošana šī laika perioda nobeigumā.

Regulācijas perioda regulatīvā pīlāra raksturojums

Laika perioda sākumā turpināja darboties iepriekšējā laikā izveidotais regulējums, kas veidoja ietvaru gan likumdošanas ierosināšanai, virzīšanai un pieņemšanai, gan ieviešanai. Pamatlikumi, kas nosaka regulatīvo pīlāru, ir “Latvijas Republikas Satversme” (1922), “Saeimas kārtības rullis” (1994), “Saeimas vēlēšanu likums” (1995), “Ministru kabineta iekārtas likums” (1993), “Ministriju iekārtas likums” (1997), “Likums par Pašvaldībām” (1994). Valsts pārvaldē norisēja Valsts pārvaldes reforma saskaņā ar 1995. gadā pieņemto “Latvijas valsts pārvaldes reformas koncepciju”.

Kā norādīts ziņojumā par Valsts pārvaldes reformas ieviešanu, “kopš Valsts reformu ministrijas likvidēšanas Valsts pārvaldes reforma netika pietiekoši koordinēta, kas radījis atpalcību dažos valsts pārvaldes sektora darbības virzienos – valsts civildienesta attīstībā, valsts pārvaldes institucionālās sistēmas sakārtošanā un attīstībā, attiecībās ar sabiedrību” (Latvijas Vēstnesis, 1998, Nr. 79/80). Savukārt par nākotnē nepieciešamiem uzlabojumiem tiek norādīts: “Ministriņām ir jāpanāk, lai centrālā aparāta ierēdņi nenodarbotos ar ikdienas politikas realizācijas darbu, bet koncentrētu uzmanību un resursus uz nozares politikas formulēšanu,

normatīvo aktu izstrādi un politikas īstenošanas kontroli. Valsts pārvaldes darbībā ir jāpanāk lielāka efektivitāte, samērojot sasniedzamos rezultātus ar ieguldītajiem resursiem.”

Lai veicinātu Valsts pārvaldes reformas īstenošanu, 2003. gadā tika paplašinātas Valsts kancelejas funkcijas. Ja vēsturiski, kopš 1998. gada, Valsts kancelejas uzdevums bija nodrošināt Ministru kabineta un Ministru prezidenta darbību, veicināt operatīvu lēmumu pieņemšanu saskaņā ar Satversmi un citiem likumiem, tad ar Ministru kabineta noteikumiem (2003, Nr. 263), apstiprinot Valsts kancelejas nolikumu, tās funkcijas paplašinātas. Valsts kanceleja veic arī šādas funkcijas: koordinē vienotas valsts politikas plānošanu un īstenošanu; organizē sabiedrības un e-pārvaldes politikas izstrādi un ieviešanu, nodrošina valsts pārvaldes attīstības politikas izstrādi, koordinē un pārrauga tās ieviešanu.

2002. gadā pieņemts “Valsts pārvaldes iekārtas likums”, kura mērķis bija “nodrošināt demokrātisku, tiesisku, efektīvu, atklātu un sabiedrībai pieejamu valsts pārvaldi”. Likumā noteikti valsts pārvaldes principi, kuros ir iekļautas šīs likuma mērķī minētās vērtības. Pēc būtības jaunas normas, kas nebija raksturīgas agrākajai valsts pārvaldes sistēmai, ir “atsevišķu pārvaldes uzdevumu deleģēšana”, kurā ir noteikts, kādus uzdevumus valsts pārvalde var deleģēt un kādus nevar deleģēt, kā arī deleģēšanas nosacījumi. Savukārt jauns virziens valsts pārvaldē ir “Sabiedrības līdzdalība valsts pārvaldē”, saskaņā ar likumā noteikto, paredzot sabiedrības līdzdalību un līdzdarbošanos nozares politikas veidošanā un īstenošanā.

2003. gadā ar Ministru kabineta noteikumiem (2003, Nr. 2) veikti grozījumi “Ministru kabineta iekārtas likumā” un iekļauts jauns postenis – veselības ministra amats. 2004. gadā ar Ministru kabineta noteikumiem (2004, Nr. 286) apstiprināts “Veselības ministrijas nolikums”.

Veselības nozarē šajā laika periodā pieņemti vairāki jomu regulējoši normatīvie akti. 2002. gadā pieņemts “Seksuālās un reproduktīvās veselības likums” (2002), kura mērķis bija “noteikt tiesiskās attiecības seksuālās un reproduktīvās veselības jomā, lai aizsargātu nedzimušu dzīvību un jebkuras personas seksuālo un reproduktīvo veselību”. Ņemot vērā Padomju Savienības pastāvēšanas laika seksualitātes un reproduktīvās veselības aizliegto jeb tabu tēmu, šis uzskatāms par nozīmīgu normatīvo aktu, kas liecina par domāšanas maiņu un lielāku sabiedrības izpratni par seksualitāti un reproduktīvo veselību. 2005. gada septembrī pieņemti “Grozījumi Seksuālās un reproduktīvās veselības likumā” (2005), ar kuriem tiek atļauts sniegt dzemdību palīdzību ne tikai stacionāros, bet arī legalizēts mājdzemdību statuss. Likuma grozījumu anotācijā norādīts, ka tie veikti, “apzinoties, ka liels skaits grūtniecību un dzemdību ir dabīgs un normāls process, kas neprasa medicīnisku iejaukšanos”, kā arī atsaucoties uz to, ka plaša mājas dzemdību prakse ir Nīderlandē, Austrijā, Vācijā un Šveicē.

2003. gada 29. maijā ar Ministru kabineta rīkojumu (2003, Nr. 359) apstiprināta “Konceptija par darba samaksas sistēmas regulējumu no valsts budžeta finansējamo iestāžu, valsts uzņēmumu un statūtsabiedrību ārstniecības personām un sociālā darba speciālistiem”. Konceptija ir izstrādāta saskaņā 2002. gadā apstiprināto jauno valsts pārvaldes iestāžu darba samaksas sistēmu. Konceptijas mērķi veselības jomā paredzēja noteikt atsevišķu darba samaksas sistēmu ārstniecības personām neatkarīgi no tā, kādā valsts institūcijā persona ir nodarbināta (valsts budžeta finansēta iestāde, valsts uzņēmums vai statūtsabiedrība). 2005. gada maijā ar Ministru kabineta rīkojumu (2005, Nr. 326) tika apstiprinātas pamatnostādnes “Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē”. Šo pamatnostādņu mērķis bija noteikt valsts politiku veselības aprūpes sistēmas nodrošināšanā ar kvalificētiem cilvēkresursiem turpmākajiem 10 gadiem.

Kopš veselības ministra posteņa atjaunošanas un Veselības ministrijas izveidošanas 2003. gadā papildus iepriekš minētajiem nozīmīgākajiem normatīvajiem aktiem tika pieņemtas neskaitāmas izmaiņas ar veselības aprūpes saistītajos likumos un noteikumos. Tomēr tajās nebija būtisku izmaiņu, bet lielākoties redakcionāli labojumi, nomainot Labklājības ministriju kā atbildīgo iestādi pret Veselības ministriju. Kā arī uzsākta nacionālo likumu “sakārtošana”, veicot grozījumus, kas vērsti uz terminu vienveidīgu un konsekventu lietojumu normatīvo dokumentu tekstos, kā arī pielāgošanu Eiropas kopējai praksei. Piemēram, “Grozījumi Ārstniecības likumā” (2004) aizvietoja iepriekš lietoto terminoloģiju: “Alkoholisma, narkomānijas un toksikomānijas” ar vārdiem “Alkohola, narkotisko, psihotropo vai toksisko vielu atkarības”, un šo grozījumu mērķis bija vienota terminoloģija un atbilstība starptautiski lietotas klasifikāciju ieviešanai. Vai, piemēram, “Grozījumi Epidemioloģiskās drošības likumā” (2004), kuru pamatojums ir “Likumprojekts atspoguļo terminu “epidemioloģiskā uzraudzība” un “pretepidēmijas pasākumi” saskaņošanu ar Eiropas Parlamenta un Padomes lēmumu Nr. 2119/98/EC 2. panta 1. punktu. Kā arī termina “epidemiologs” saskaņošanu ar Ārstu specialitāšu sarakstu, nosakot, ka epidemiologs ir persona ar augstāko medicīnisko izglītību”.

Regulācijas perioda normatīvā pīlāra raksturojums

Pēc 7. Saeimas vēlēšanām 1998. gada 26. novembrī apstiprinātā Viļa Krištopana (“Latvijas ceļš”) valdība veidoja mazākuma valdību, neskatoties uz to, ka vēlēšanās uzvaru guva jaunizveidotā labēji konservatīvā Tautas partija. Valdības deklarācijā “Deklarācija par Ministru kabineta iecerēto darbību” (1998) noteikts: “Līdz 1999. gada 31. decembrim izstrādās un iesniegs Saeimā likumprojektu “Par veselības aprūpes organizācijas pamatprincipiem”. Šāda apņemšanās liecina par apzināto problēmu, ka reformu veiksmīgai īstenošanai un nozares sakārtošanai ir nepieciešams izstrādāt vīzijas dokumentu, kurā aprakstīt organizācijas principus.

Šāda pieeja sasaucas ar starptautiski jau kopš 90. gadu sākuma plaši lietoto pārvaldības praksi, kas paredz, ka valsts kā par jomu atbildīgā institūcija izstrādā principus un regulējumu valsts un nevalstiskā sektora sadarbībai ar mērķi nodrošināt valsts funkciju izpildi pēc iespējas efektīvākā veidā.

Valdības dokumentā “Deklarācija par Ministru kabineta iecerēto darbību” (1998) iekļauta arī apņemšanās izstrādāt veselības aprūpes sistēmas attīstības teritoriālo plānu, pēc kura plānotas investīcijas un kredītu piešķiršana iestāžu rekonstrukcijai un medicīnisko tehnoloģiju iegādei, kā arī optimizēt ārstniecības iestāžu skaitu un darbības profilu. (Sīkāk skatīt 4. pielikuma P.9. tabulu.) Šīs politiskās apņemšanās liecina, ka notikušas izmaiņas politiskajā līmenī jautājumā par tālāko veselības aprūpes sistēmas reformēšanu un politiskā kursa maiņu no principa, ka “konkurence un brīvais tirgus pats visu sakārtos” uz stingru valsts apņemšanos iestrādāt regulējošus principus un plānot valsts kopējo jomas attīstību, sasaistot valsts, pašvaldību un privātos pakalpojumu sniedzējus. Šajā gadījumā novērojama situācija, kad izpildvaras līmenī valsts regulatīvā funkcija jau ir atjaunota, jo šādi uzdevumi uzdoti Labklājības ministrijai 1995. gada nolikuma izmaiņās, bet politiskā līmenī šī apņemšanās ierakstīta tikai, pie varas nākot nākamajai Saeimai, 1998. gadā izveidotā Ministru kabineta deklarācijā.

Lai uzlabotu norēķinu sistēmas efektivitāti un veicinātu pakalpojumu kvalitātes uzlabošanu un slimnīcu sniegto pakalpojumu darba kvalitāti un efektivitāti, viens no valdības dokumentā “Deklarācija par Ministru kabineta iecerēto darbību” (1998) norādītajiem virzieniem bija pakāpeniski mainīt apmaksas sistēmu, paredzot “sarakstu, kurā ietverta samaksa par “gadījumu” vai “diagnozi”, būtisku paplašināšanu, attiecīgi koriģējot apmaksas kārtību pēc punktu sistēmas”. Apņemšanās ieviest šādu finansēšanu, balstoties uz veiktajām manipulācijām, sniegto pakalpojumu apjomu un papildu koeficientiem, liecina par vēlmi ieviest ārvalstīs lietoto apmaksas modeli, kas balstīts uz pacienta ārstēto saslimšanu jeb diagnozē balstītu apmaksas modeli (*DRG jeb Diagnose Related Grouping*). Vienlaicīgi šajā valdības deklarācijā tika ietverta arī stingra apņemšanās virzībai uz ES, kas paredz virkni darbu un izmaiņu likumdošanā, kas saistītas ar prasībām Latvijas uzņemšanai ES.

Nākamā valdība, kas apstiprināta 1999. gada 16. jūlijā un ko veidoja Tautas partijas priekšsēdētājs Andris Šķēle, bija jau trešā Andra Šķēles valdība, kurā līdzīgi kā iepriekšējās divās 6. Saeimas laikā sadarbība tika veidota ar “Latvijas ceļu” un “TB/LNNK”. Līdzīgi kā iepriekšējā valdība, arī šī kā vienu no galvenajiem pamatuzdevumiem noteica virzību uz ES, kā arī virzību uz NATO, bet papildus šim valdības dokumentā “Deklarācija par Ministru kabineta darbību” (1998) parādījās jauns virziens, kas lielā mērā bija saistīts ar virzību uz ES, “nodrošināt apstākļus pilsoniskas sabiedrības veidošanā”. Valdības deklarācijā attiecībā uz

veselības aprūpes jomu plānojamo darbu saraksts bija ievērojami īsāks, salīdzinot ar iepriekšējās valdības darbiem, kas, iespējams, skaidrojams ar to, ka šajā valdībā mainīts labklājības ministrs un likvidēts valsts veselības ministra amats. Veselības aprūpes jomas jautājumiem valdības deklarācijā vairs nebija konkrētu mērķu, bet vairāk vispārīgi definējumi: harmonizēt, pilnveidot, veicināt, uzlabot.

Arī nākamajā 7. Saeimas valdībā, kuru vadīja Andris Bērziņš (“Latvijas ceļš”), valdībā nebija veselības ministra amata un “Deklarācijā par Andra Bērziņa vadībā Ministru kabineta iecerēto darbību” (2000) veselības aprūpes jomā darāmo darbu saraksts bija teju identisks kā iepriekšējā valdībā, vien dažiem punktiem nedaudz mainīta vārdu kārtība un formulējums.

Lai arī šajā laika periodā virkne veselības jomā aktuālu problēmu bija novērotas un detalizēti aprakstītas, iekļaujot risināmos jautājumus dažādos ziņojumos un dokumentos, un uzsākts darbs pie reformas ieviešanas sadarbībā ar starptautiskām organizācijām, būtiskus uzlabojumus atbilstoši reformu vidus posma ziņojumiem nevarēja identificēt. Tas liek secināt, ka šajā laika posmā veselības joma lielā mērā bija atstāta pašplūsmā, jo tā nebija valdības noteikta prioritāte, par ko liecina arī veselības ministra amata un atbilstošas ministrijas neesamība. Rezultātā problēmas ar neskaidro finansēšanas modeli, nepietiekamo finansējumu un pakalpojumu pieejamību tikai pasliktinājās.

Perioda sākumā, 1998. gadā, Tautas partijas nosacījumos bija virzīties uz Eiropas labklājības valsts modeli un arī tika uzsākts darbs pie reformas plāna izstrādes, sadarbojoties ar Pasaules Banku. Tomēr, kā redzams, dalība koalīcijā ar iepriekšējā virziena pārstāvjiem “Latvijas ceļu” un “TB/LNNK” būtiski ietekmēja šo procesu un mazināja veselības nozīmi un vērtību kopējā valsts politikā. Lai arī Labklājības ministrijas ziņojumos un Pasaules Bankas pētījumos ir norādīts uz virknēm nepilnību un problēmu, kā prioritārās jomas koalīcijā izvirzītas citas, ko spilgti apliecina veselības ministra posteņa likvidēšana.

2002. gada rudenī 8. Saeimas priekšvēlēšanu programmās, visu Saeimā ievēlēto politisko partiju priekšvēlēšanu programmās iekļautas ar veselības aprūpes politiku saistītas apņemšanās, norādot uz nepieciešamību ievērojami paaugstināt veselības aprūpes finansējumu, kā arī nodrošināt veselības aprūpes pieejamību un finanšu izlietojuma caurskatāmību. Vienīgais Saeimā ievēlētais politiskais spēks, kura programmā nebija norādītas pārmaiņas veselības jomā, bija “Tēvzemei un Brīvībai/LNNK”, kas zīmīgi, ka pilnīgi visās iepriekšējās valdībās kopš 6. Saeimas laikiem bijis atbildīgais politiskais spēks par veselības jomu. (Sīkāk skatīt 5. pielikumu.)

Pēc 8. Saeimas vēlēšanām visvairāk balsu ieguva jaunizveidotā labējā partija “Jaunais laiks”, kuras premjera kandidāts un viens no dibinātājiem bija viens no kādreizējās kustības “LNNK” dibinātājiem un LTF kandidāts 1990. gada vēlēšanās Einars Repše. Vienlaikus

iepriekš valdību un koalīciju veidojošās partijas zaudēja pievilcību vēlētāju acīs: “Latvijas ceļš” ieguva vien 4,9 % balsu un netika pārstāvēts Saeimā, bet “TB/LNNK” ieguva 5,4 % un, lai arī iekļuva Saeimā, tomēr ievērojami zaudēja mandātu skaitu. Partija “Jaunais laiks” sevi pozicionēja kā “labējā spārna partiju”, tomēr veselības jomā priekšvēlēšanu programmā iekļautās apņemšanās vairāk bija tuvas Skandināvijas labklājības valsts modelim un sociāldemokrātiskai ideoloģijai, jo paredzēja, ka “veselības aprūpe būs pieejama ikvienam un lielāks cilvēku skaits saņems zāles par brīvu. Valsts Tavu veselību apdrošinās bez maksas, nodrošinot veselības aprūpes finansējuma pamatu” (DELFI, 06.08.2002.).

Kā viena no būtiskām izmaiņām šajā laika posmā bija politiskās vadības pārņemšana, par Labklājības ministriju atbildību uzticot Zaļo un Zemnieku savienībai, bet veselības jautājumu risināšanai – apņemšanās izveidot Veselības aprūpes ministriju. Tā laika valdības “Deklarācijā par Einara Repšes vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību” (2002) kā prioritātes norādītas: Latvijas dalība NATO un ES, integrēta pilsoniskā sabiedrība un sabiedrības veselības kvalitāte. Veselības jomā – Veselības aprūpes ministrijas izveidošana, veselības aprūpes pakalpojumu valsts garantētā groza izveide, “nauda seko pacientam” principa iedzīvināšana, kā arī veselības aprūpes finansējuma budžets 7 % apmērā no IKP. (Sīkāk skatīt 5. pielikuma P.13. tabulu.)

Einara Repšes valdības darbības laikā tika izveidots veselības ministra amats, kuru sākotnēji ieņēma tajā laikā bezpartejiskais Āris Auders, neiroķirurgs. 2003. gada 20. martā premjers Einars Repše pieprasīja veselības ministra demisiju saistībā ar KNAB ierosinātu krimināllietu kā pret bijušo Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīcas Mugurkaula ķirurģijas centra vadītāju (TVNET, 23.01.2003.; LETA, 20.03.2003.). Āra Audera vietā veselības ministra amatu kopš 10.04.2003. ieņēma Ingrīda Circene, ginekoloģe, no partijas “Jaunais laiks”, kas bija tā laika premjera Einara Repšes pārstāvētā partija.

Arī nākamās 8. Saeimas valdības, Induļa Emša (ZZS) vadītā valdība, kas apstiprināta 2004. gada 9. martā, “Deklarācijā par Induļa Emša vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību” (2004) paredzēja identiskas prioritātes veselības aprūpes jomā, kā iepriekšējā valdība, nosakot trīs pamatprioritātes: 1) ieviest principu – nauda seko pacientam; 2) ieviest taisnīgu un stimulējošu ģimenes ārsta apmaksas kārtību un 3) palielināt valsts finansējumu medicīnai ne mazāk kā 15 % apmērā pret iepriekšējo gadu. Papildus iepriekš iekļautajiem darbiem iekļauta norāde par modernu informācijas tehnoloģiju sistēmu ieviešanu veselības organizēšanas un finanšu pārskatāmības nodrošināšanai, kā arī telemedicīnas pakalpojumu ieviešanu, kas skaidrojams ar straujo tehnoloģisko progresu informācijas un komunikāciju tehnoloģiju jomā, kā arī izmantoto praksi privātajā sektorā un kopēju ES virzienu, veidojot e-veselības sistēmas. (Sīkāk skatīt 5. pielikuma P.14. tabulu.)

Šīs valdības darbības laikā, 13.04.2004., ar Ministru kabineta noteikumiem (2004, Nr. 286) tika apstiprināts Veselības ministrijas nolikums un noteikti tās uzdevumi sabiedrības veselības jomā, veselības aprūpes jomā un farmācijas jomā, pārņemot šos uzdevumus no Labklājības ministrijas. Nolikumā noteiktie Veselības ministrijas uzdevumi bija atbilstoši starptautiskajai pieredzei par uzņēmējdarbības regulēšanu veselības nozarē un saskaņā ar PVO ieteikumiem. Veselības ministrijas nolikumā iekļauti PVO norādītie sociāli ekonomiskās politikas virzieni: vienlīdzība un taisnīgums, sociāla vienotība, ekonomiska efektivitāte, veselības un vides aizsardzība, iedzīvotāju informētība un izglītošana un indivīda izvēles iespējas. Kā arī iestrādāti veselības jomas vadības mehānismu aspekti – kvalitāte un efektivitāte, pacienta piekļuve pakalpojumam, pakalpojumu sniedzēju uzvedība, norēķinu kārtība, farmācijas produktu apmaksas kārtība un pieejamība pacientiem, ārstniecības personāla attīstība (Saltman et al., 2002, 14–15).

Astotās Saeimas pēdējā valdība premjera Aigara Kalvīša (Tautas partija) vadībā, kas apstiprināta 2004. gada 2. decembrī, “Deklarācijā par Aigara Kalvīša vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību” (2004) veselības aprūpes jautājumi norādīti kā būtiski risināmi jautājumi, paredzot vairākas nozīmīgas apņemšanās, piemēram, nekavējoties izstrādāt rīcības plānu veselības aprūpes attīstībai 2005.–2010. gadam; apstiprināt vienotu primārās veselības finansēšanas un organizēšanas modeli; uzlabot speciālistu pieejamību, mazinot rindas; izstrādāt programmu ārstniecības personu atalgojuma palielinājumam un cilvēkresursu attīstībai. (Sīkāk skatīt 5. pielikuma P.15. tabulu.) Visi šajā deklarācijā iekļautie darbi bija politiski pēctecīgi un atbilda gan iepriekšējās valdības deklarācijās norādītajām prioritātēm, gan apstiprinātajam reformu plānam un ambulatoro un stacionāro pakalpojumu sniedzēju attīstības stratēģijai.

Apskatot politisko pēctecību un personas, kuras ieņem Ministru prezidenta amatu, un atbildīgo personu par veselības jomu (skatīt 3.5. tabulu), ir redzams, ka politiskā pēctecība šajā periodā nesaglabājas, bet katra nākamā valdība un tās vadītājs pārstāv citu politisko spēku un arī atbildīgā persona par veselības nozari katrā nākamajā valdībā ir cita.

1998.–2006. gada valdību pārskats

Saeima	Valdība	Ministru prezidents	Par veselības jomu atbildīgs
7. Saeima	26.11.1998.– 16.07.1999.	Vilis Krištopans (LC)	Veselības valsts ministrs Labklājības ministrijā Viktors Jaksons (TB/LNNK)
	19.07.1999.– 05.05.2000.	Andris Šķēle (TP)	Nav veselības ministra posteņa. Labklājības ministrs Roberts Jurdžs (TB/LNNK)
	05.05.2000.– 07.11.2002.	Andris Bērziņš (LC)	Nav veselības ministra posteņa. Labklājības ministrs līdz 02.05.2002. Andrejs Požarnovs (TB/LNNK) Labklājības ministrs no 22.05.2002. Viktors Jaksons (TB/LNNK)
8. Saeima	07.11.2002.– 09.03.2004.	Einars Repše (JL)	Veselības ministrs Āris Auders (bp) 16.01.2003.–20.03.2003. Ingrīda Circere (JL) no 10.04.2003.
	09.03.2004.– 02.12.2004.	Indulis Emsis (ZZS)	Veselības ministrs Rinalds Muciņš (bp)
	02.12.2004.– 07.11.2006.	Aigars Kalvītis (TP)	Veselības ministrs Gundars Bērziņš (TP)

Avots: autores izveidota tabula, izmantojot Ministru kabineta mājaslapas datus par valdību sastāvu.

Kā jau iepriekš tika minēts, lai gan pēc 7. Saeimas vēlēšanām uzvaru guva konservatīvi labējā Tautas partija, pirmo valdību veidoja “Latvijas ceļa” pārstāvis un šajā pirmās valdības koalīcijā Tautas partija nemaz netika iekļauta. Pēc mazākuma valdības krišanas tika izveidota koalīcija un valdība, kurā tika pārstāvēta Tautas partija un vadību uzņēma Andris Šķēle, kas kā premjerministrs vadīja jau trešo valdību. Savukārt, ņemot vērā iepriekšējo politisko vēsturi, var secināt, ka visas trīs valdības, kas darbojās 7. Saeimas laikā, turpināja pārstāvēt “Latvijas ceļa” jeb labēji liberālas politikas virzienu. Arī veselības jomas atbildība joprojām tika saglabāta to pašu politisko spēku rokās, kuri par to bija atbildīgi kopš 6. Saeimas laikiem – “TB/LNNK” vadībā. Ņemot vērā to, ka tika likvidēts veselības valsts ministra postenis, pienākumus nododot labklājības ministram, var secināt, ka veselības joma kā prioritārā bija vien “uz papīra” valdības deklarācijā. Iespējams, kapacitātes trūkums Labklājības ministrijā bija viens no faktoriem, kas kavēja nozīmīgas pozitīvas pārmaiņas veselības aprūpes nozarē.

Ar 8. Saeimas ievēlšanu var uzskatīt, ka tika mainīts politiskais virziens veselības jomas pārvaldībā, kopš 8. Saeimas laikiem atjaunojot veselības ministra amatu un izveidojot atsevišķu institūciju – Veselības ministriju. Šajā laika periodā papildus tiem likumiem un grozījumiem, kas minēti regulatīvā pīlāra raksturojuma sadaļā, tika izstrādātas un apstiprinātas vairākas nozīmīgas programmas un attīstības stratēģijas. Jaunas institūcijas – Veselības ministrijas – izveidošana radīja ievērojamas pārmaiņas veselības aprūpes nozarē un politikā, nodrošinot nepieciešamo kapacitāti veselības politikas aktuālo problēmu identificēšanai un politikas dokumentu izstrādei. Minētā rīcība liecina arī par to, ka izveidotā Veselības ministrija

pilnvērtīgi uzsākusi veselības nozares pārvaldību un darbu pie tiem uzdevumiem, kas kopš Veselības aizsardzības ministrijas likvidēšanas 1991. gadā bija pamesti novārtā.

Aktīva reformu virzība, “uz papīra” izstrādājot un apstiprinot veselības politikas dokumentus – stratēģijas, koncepcijas, attīstības plānus –, bija novērojama no 2004. gada otrās puses, kas saistāms ar laika posmu no 8. Saeima otrās valdības, kad veselības ministrs bija tolaik bezpartejiskais Rinalds Muciņš (09.03.2004.–02.12.2004.), kurš vēlāk kļuva par Tautas partijas biedru (TVNET, 17.01.2007.) un koalīciju vadīja ZZS. Savukārt no 02.12.2004. veselības ministra amatu ieņēma Gundars Bērziņš no Tautas partijas un arī koalīciju vadīja Aigars Kalvītis no Tautas partijas. Tomēr, tā kā 8. Saeimas laikā izveidotie politikas dokumenti – koncepcijas, stratēģijas, attīstības plāni – bija tikai izstrādāti un apstiprināti, bet šo reformu ieviešana nebija uzsākta, nebija iespējams novērtēt un prognozēt to, cik sekmīgi iepriekšējā periodā šis regulētās konkurences princips darbojās realitātē.

Analizējot šo laika posmu atbilstoši tajā laikā pasaulē vadošajām pārvaldības teorijām, Latvijā sāka iezīmēties “klasisks” Rietumeiropas izpratnei atbilstošs tīkla pārvaldības (*Network governance*) modelis. Šāds modelis paredz: lai arī darbojas brīvā tirgus un konkurences principi, tomēr valsts ir tā, kas nosaka regulējumu, arī nosakot kvalitātes, apmaksas un citus kritērijus. Pieeja paredz veidot kompensējošus mehānismus, lai nodrošinātu pakalpojumu pieejamību iedzīvotājiem tajos gadījumos, kad privātais pakalpojumu sniedzējs nav ieinteresēts vai motivēts sniegt pakalpojumus brīvā tirgus regulētas konkurences apstākļos, piemēram, gadījumā, kad nav pietiekami liels pieprasījums pēc pakalpojuma vai pakalpojuma sniegšana nenes pietiekamu peļņu.

Viens no lielākajiem valsts izaicinājumiem šajos apstākļos ir, kā nodrošināt legitimitāti, efektivitāti un aktīvu privātā sektora līdzdalību, regulējot pašregulējošos privāto pakalpojumu sniedzējus, bet nepieļaujot deregulāciju. Šajā mehānismā valsts iestādēm ir jākoncentrējas nevis uz materiālās peļņas gūšanas ierobežošanu vai mākslīgu konkurences veidošanu, bet jāveido sadarbības mehānismi, kas veicina privātā sektora spēlētāju ienākšanu esošajā regulējuma ietvarā. Kā norāda O. Lobels: nevis pārmērīgu ierobežojošu regulējumu izstrāde, paredzot aizliedzošus standartus un pārmērīgu uzraudzību un kontroli, bet gan pašregulējošu mehānismu izstrāde jomās, kurās ir iespējama konkurence un sadarbības programmu veidošana, kā arī jaukta veida sadarbības formas jomās, kurās privātā sektora ienākšanai nav pietiekami motivējoši stimuli (Lobel, 2012, 65; Lobel, 2012, 70).

Raksturojot šo laikposmu Latvijā, norādīts, ka daudzas no izmaiņām šķita kā reakcija uz sekām, nevis kā proaktīva rīcība izmaiņu ieviešanā, un trūka konceptuāli stratēģiska redzējuma, kas ir galvenie mērķi un kā tie sasniedzami. O. Avdejeva un M. Šefers norāda: “Ir vairāki galvenie mērķi, ko atbalsta lielākā daļa jebkuras valsts politikas veidotāju un

veselības sistēmu administratori, kaut arī tie, iespējams, netiek tiešā veidā formulēti politikas dokumentos. Šie mērķi ir: a) piekļuves un finansēšanas vienlīdzība; b) resursu piešķiruma efektivitāte; c) veselības aprūpes nodrošināšanas efektivitāte; d) veselības aprūpes kvalitāte un e) veselības stāvokļa uzlabošana.” (Avdejeva un Šefers, 2008, 228).

Kā viens no būtiskiem kavējošiem faktoriem reformu ieviešanā un noteikto rezultātu sasniegšanā šajā laikposmā bija nepietiekamais valsts finansējums, kas radīja gan pakalpojumu nepieejamību rindu dēļ, gan iestāžu nespēju veikt atbilstošas investīcijas medicīnas tehnoloģiju iepirkšanā, gan cilvēkresursu pieejamībā. Savukārt otrs nozīmīgākais faktors bija atbildīgās ministrijas administratīvās kapacitātes trūkums, kas arī netieši negatīvi ietekmēja jomas papildu finansēšanas iespējas, ierobežojot iespējas paust un aizstāvēt veselības prioritātes Ministru kabinetā, kā arī gatavot normatīvos aktus nozares uzlabošanai.

Raksturojot veselības nozares pārvaldību, kopumā lielā mērā valsts pārvalde joprojām darbojās atbilstoši iepriekšējiem pārvaldības modeļiem un lielākoties pūles veltīja tam, lai cīnītos ar tām sekām, kas radītas iepriekš. Šajā laikposmā, lai arī vērojama virzība uz ES, kas liecinātu par nepieciešamību aktīvāk iesaistīt sabiedrību un veidot dažādas valsts pārvaldes un NVO sadarbības formas, tas nebija novērojams. Veselības jomas izmaiņas šajā laikposmā raksturo D. Behmane: “Protams, ka, pārveidojot veselības jomas sistēmu, bija vēlme iet uz eiropisku veselības aprūpi, taču cilvēkiem trūka zināšanas un mūžīgās politiskās pārmaiņas spiež Latvijā darīt to – kas ir iepriekš izdarīts, pateikt, ka ir slikti. Un šajā valstī nav arī tik daudz cilvēku, kas ir ar tādām zināšanām, kas arī varētu izveidot labu pārvaldības sistēmu, nu tā ir pamata problēma.”

Kā vēl viens būtisks pārvaldības trūkums veselības jomā tika novērota nepietiekama jomas attīstības plānošana un pārraudzība, apgūstot ES piedāvāto struktūrfondu finansējumu. Kā, raksturojot šo laika periodu, intervijā norāda J. Abāšins (2017): “Man liekas, ka bija 2000. gadu sākums, kad bija šī te Eiropas nauda un valsts slimnīcas pirka pa labi, pa kreisi – pirka tos datortomogrāfus un dažādu tehniku. Un tajā mirklī netika veikts aprēķins – vai Ludzā, kas ir no Rēzeknes 20 kilometri, vajadzīgs datortomogrāfs vai nav vajadzīgs, un to slimnīcu kapitāli izremontē, bet viņa stāv tukša! Nu tā Eiropas un valsts nauda tur iegāja, nu tanī mirklī bija citas intereses, un neviens nedomāja par to, kas pēc tam ar to slimnīcu notiks.”

Saskaņā ar institucionālismu šajā laika periodā izveidotām institūcijām būtu jāiemiešo tajā laikā sabiedrībā aktuālās vērtības, un, kā jau iepriekš tika secināts, “problēmas institucionalizācija” bija veiksmīga tādā ziņā, ka tika stiprināta valsts pārvaldes administratīvā kapacitāte, izveidojot jaunu institūciju, par ko liecināja arī šajā laika periodā radītie normatīvie akti. Ņemot vērā, ka Veselības ministrija tika radīta laika posmā, kad aktuāla bija jaunās pārvaldības forma, paredzot NVO sektora iesaisti, tomēr, ņemot vērā institūciju inertumu un

ierasto prakšu nostiprināšanos, jaunizveidotā ministrija darbojās pēc valsts pārvaldē ierastiem principiem. Kā, intervijā raksturojot Veselības ministrijas īstenoto pārvaldību, norāda D. Behmane (2016): “Sistēmas pārvaldība ir ļoti vāja. Izpratne par pārvaldību, un tas ir saistīts vēsturiski, ka mēs esam pārgājuši no Semaško sistēmas, kur viss bija centralizēts, un daudzi cilvēki joprojām strādā tie paši, kas tad strādāja.” Līdz ar to var secināt, ka Veselības ministrijas izveidošana bija nozīmīgs solis, kas bija valsts pārvaldes kapacitātes stiprināšana attiecīgajā jomā, bet nebija pavērsiena punkts jaunam pārvaldības modelim.

Šo apgalvojumu, ka valsts pārvaldes institūcijas joprojām darbojas pēc agrākajiem paterniem un ierastajām praksēm un netiek veicināta pilsoniskas sabiedrības attīstība, apliecina arī Valsts pārvaldes reformu ziņojumā (1998) norādītais, ka ir apzinātas problēmas sadarbībā ar sabiedrību, un “Valsts pārvaldes iekārtas likumā” (2002) ierakstītā nodaļa par nepieciešamību iesaistīt sabiedrību, sniedzot tai iespējas līdzdarboties reformu veidošanā un ieviešanā.

3.2.3. Pārregulācijas periods Latvijas veselības aprūpes jomā

Latvijas veselības aprūpes politikā 2006. gads pēc 9. Saeimas ievēlēšanas iezīmējās ar jaunu pavērsienu veselības politikas veidošanā, jo iepriekšējā periodā bija notikušas vairākas nozīmīgas izmaiņas, kas radīja pavisam jaunus apstākļus veselības politikas veidošanā un reformas īstenošanā. Šis ir uzskatāms par nozīmīgu pārmaiņu posmu saskaņā ar normatīvā institucionālisma teoriju, jo novērojama gan ārējo faktoru ietekme, kļūstot par starptautisko organizāciju biedru, kas uzliek pienākumu mainīt esošās institucionālās prakses, gan iekšējo faktoru ietekme, nomainoties valdošās koalīcijas sastāvam un izvirzot jaunus uzdevumus politikas veidošanai, kā arī pārmaiņām valsts pārvaldē – jaunas ministrijas izveidošanu.

Būtiskākās pārmaiņas, kuras notikušas un radījušas jaunus apstākļus šī laika perioda sākumā:

- 1) ir mainījies valsts attīstības ideoloģiskais virziens no sākotnēji dominējošā brīvā tirgus principa, notiek pārorientēšanās uz ES valstīs dominējošām vērtībām un vēlme tuvināties ES valstu izaugsmes un labklājības rādītājiem, arī veselības aprūpes jomā;
- 2) veselības joma atzīta par prioritāru un nozīmīgu politiski risināmu jautājumu, ko apliecina veselības ministra posteņa un Veselības ministrijas kā atsevišķas institūcijas izveidošana, kas pilnībā pārņēma politisko vadību un atbildību par veselības nozari, par kuru iepriekš bija atbildīga Labklājības ministrija;

- 3) Latvija ir kļuvusi par pilnvērtīgu NATO un ES dalībvalsti, kas rada ārēju ietekmi uz Latvijas veselības aprūpes sistēmu. Latvijas pilsoņu pārvietošanās ES ietvaros un iespēja saņemt veselības aprūpes pakalpojumus citās dalībvalstīs rada pieaugošu pieprasījumu no pacientu puses – vēlmi saņemt kvalitatīvākus, modernākus, inovatīvus pakalpojumus un medikamentus, kā arī prasības palielināt valsts apmaksāto pakalpojumu klāstu, kas izriet no salīdzinājuma ar citām ES dalībvalstīm. Savukārt brīvā darba tirgus iespējas rada izaicinājumus darbaspēka noturēšanai Latvijā, jo ir radušies jauni stimuli izbraukšanai strādāt uz ārvalstīm, kur, veicot līdzvērtīgu darbu, iespējams saņemt ievērojami lielāku atalgojumu;
- 4) dalība ES veicina iespējas apgūt Eiropas struktūrfondu līdzekļus un piedalīties dažādās starptautiskās sadarbības programmās. Tas savukārt maina veidu, kā tiek plānota līdzekļu apguve, nosakot specifiskus kritērijus un sasniedzamos rezultātus, kā arī maina praksi, kā tiek veidoti politikas dokumenti, paredzot dažādu politisku apņemšanos jeb plānu izstrādi noteiktās politikas jomās un apakšjomās, ko paredz dalība ES;
- 5) 2005. gadā Saeimā pieņemtas Pilsoniskās sabiedrības stiprināšanas politikas pamatnostādnes, kurās paredzēts būtisks atbalsts nevalstisko organizāciju veidošanai un kapacitātes stiprināšanai, ietekmējot attiecības starp sabiedrību un politikas veidotājiem un ieviesējiem, paredzot arvien lielāku sabiedrības iesaistīšanos politikas veidošanā, īstenošanā un novērtēšanā – gan līdzdalības, gan līdzdarbības formā.

Šajā laikposmā ir vērojamas būtiskas pārmaiņas visā valsts pārvaldē, kas saistīta ar ekonomisko krīzi un nepieciešamību veikt budžeta konsolidācijas pasākumus 2009.–2011. gada periodā. Tas noved pie izteiktas sabiedrības neapmierinātības ar valsts pārvaldi un rezultējas 10. Saeimas atlaišanā, augstos emigrācijas rādītājos, nepieciešamībā pēc būtiska sociālā atbalsta un nepārtrauktas cīņas starp nozarēm par papildu finansējuma piešķiršanu.

Arī veselības nozarē šajā laika periodā ir novērojamas pārmaiņas gan institucionālā kārtībā, veicot pārmaiņas Veselības ministrijas pakļautības iestādēs, vairākkārt pārskatot un pārdalot funkcijas, gan mēģinājumos veikt finansēšanas likuma grozījumus ar mērķi panākt vairāk finansējuma nozarei. Šajā laika posmā pēc būtības netiek virzītas jaunas pārmaiņas, bet turpināta jau iepriekšējā periodā uzsāktā reforma, primārās un sekundārās veselības aprūpes sistēmas pārmaiņas, cīnoties ar izaicinājumiem cilvēkresursu attīstības jomā, kā arī turpinot darbu pie nozares informācijas sistēmu ieviešanas.

Pārregulācijas perioda kulturāli kognitīvā pīlāra raksturojums

Apskatot valsts ekonomiskos rādītājus šajā laika periodā, ir novērojams, ka no 2005. līdz 2008. gadam bija vērojams gan valsts budžeta ieņēmumu, gan izdevumu pieaugums, bet 2009. gads sekoja ar būtisku ieņēmumu kritumu (CSP, VFG010, 2005–2011). Papildus ieņēmumu kritumam 2008. gadā valsts budžeta izdevumi būtiski pārsniedza ieņēmumus, radot budžeta deficītu, kas, izsakot pret iekšzemes kopproduktu, veidoja 4,3 %. Lai arī iepriekšējos gados budžetā bija novērojams deficīts, salīdzinot 2008. gada deficītu pret 2005. gada, tas pieauga desmitkārt no 0,48 % uz 4,3 % no IKP. Savukārt 2009. gadā valsts budžeta deficīts jau sasniedza 9,6 % no IKP. Budžeta izdevumu deficīta straujais pieaugums no 2008. gada un budžeta ieņēmumu samazinājums, sākot ar 2009. gadu, noveda pie valdības lēmuma veikt budžeta konsolidāciju, samazinot budžeta deficītu, gan veicot pasākumus ieņēmumu palielināšanai – nodokļu celšanu, gan izdevumu samazināšanai (Latvijas Vēstnesis, 2011, Nr. 178). Tomēr būtiskāko deficīta daļu bija plānots mazināt, samazinot izdevumus. 2009. gadā konsolidācija tika veikta kopējā apjomā par 1248 miljoniem, no tiem par 370 miljoniem palielinot ieņēmumus, savukārt izdevumus samazinot par 878 miljoniem.

2009. gads un sekojošais laika posms iezīmēja taupības politiku un tika attiecināts uz pilnīgi visām jomām, tajā skaitā veselības aprūpi. Tā ietekmē ne vien netika turpinātas uzsāktās pārmaiņas, virzot Latviju tuvāk ES rādītājiem, bet tika iets pretējā virzienā, samazinot finansējumu cilvēkresursu nodrošināšanai un ārstniecības personāla sociālās garantijas, radot jaunu krīzi.

Nespēja pietiekami aizstāvēt veselības jomas tiesības uz papildu finansējumu pirms krīzes – laika posmā, kad tautsaimniecības vidējā darba samaksa pieauga daudz straujāk nekā plānotā vidējā darba samaksa, kas liedza sasniegt izvirzītos plānus un nespēja saglabāt vismaz nemainīgu finansējumu nozarei 2009. gadā, – ir saistāma ar politisko situāciju un koalīcijas izmaiņām. Kopš 20.12.2007. Tautas partijas ietekme mazinājās, mainoties Ministru prezidentam no Aigara Kalvīša uz Ivaru Godmani, kas pārstāvēja “LPP / Latvijas ceļš” un jau vēsturiski neatzina veselības jomu kā prioritāti valsts un tautsaimniecības izaugsmē, bet galvenokārt kā prioritāras atzina “pelnošās” nozares.

Laika periods no 2006. līdz 2009. gadam veselības aprūpes jomā Latvijā, analizējot veiktās reformas un sasniegtos rezultātus, raksturojams kā nozīmīgs veiksmīgu pārmaiņu periods kopš neatkarības atgūšanas. Tomēr šis strauji uzņemtais un realizētais pārmaiņu kurss sāka bremsēties brīdī, kad Latviju skāra pasaules ekonomiskā krīze un reformas īstenošanu kavēja nepietiekams finansējums. Par to liecināja veselības ministra demisijas iemesli 2009. gada vasarā, kā arī tālākie notikumi ar koalīcijas šķelšanos un mazākuma valdību bez veselības ministra 2010. gada martā.

Lai arī kopumā šajā laika periodā dažādos dokumentos tiek akcentēta veselības jomas nozīme un tautas veselības faktors kā būtisks kopējais valsts attīstību ietekmējošs aspekts, tomēr joprojām šī izpratne sabiedrībā un politiskajā elitē ir fragmentāra. Kā norāda bijusī veselības ministre I. Circene (2016), raksturojot 2011.–2014. gada laikā esošo izpratni veselības jomā: “Viņi tik tālu neaizdomājās, ka vesels cilvēks viņiem ienestu daudz vairāk naudas un netērētu [...], jo tas ir stabili un pamatoti – ka slimis cilvēks nodara trīs zaudējumus: 1) viņš nevar strādāt un maksāt nodokļus, jo viņš ir slimis; 2) viņa vietā ir kādam jāstrādā, tātad darba devējam ir papildus izdevumi un 3) valsts tērē budžeta līdzekļus vairāk vai mazāk kā nu kurā reizē, šos līdzekļus, kas ir vajadzīgi šī slimnieka ārstēšanai.”

Pārregulācijas perioda regulatīvā pīlāra raksturojums

Laika posmā no 2006. gada turpināja darboties iepriekš pieņemtie normatīvie akti, kas regulēja valsts pārvaldes organizāciju un darbību. Kā minēts iepriekšējā perioda raksturojumā, ar “Valsts pārvaldes iekārtas likuma” (2002) pieņemšanu plānots attīstīt valsts pārvaldi ar šādām vērtībām – “demokrātiska, tiesiska, efektīva, atklāta un sabiedrībai pieejama valsts pārvalde”. 2008. gadā tika pieņemts jauns “Ministru kabineta iekārtas likums” (2008), kura mērķis bija “nodrošināt tiesisku, efektīvu, nepārtrauktu un demokrātiskai iekārtai atbilstošu Ministru kabineta darbību”. Savukārt 2009. gadā ar Ministru kabineta noteikumiem (2009, Nr. 30) tika apstiprināts “Ministru kabineta kārtības rullis”. Šajā dokumentā līdzīgi kā Saeimas kārtības rullī detalizēti noteikta likumprojektu pieņemšanas, saskaņošanas un virzīšanas kārtība.

Normatīvie akti saskaņā ar “Ministru kabineta kārtības rullī” 10., 13., 17., 65., 78., 88., 91., 96., 100., 108. un 144. punktu, kas virzīti un pieņemti Ministru kabinetā, tajā skaitā attīstības plānošanas dokumenti, ārējie tiesību akti (starptautiskie līgumi, likumprojekti, Ministru kabineta noteikumi, nacionālās pozīcijas dokumenti) un informatīvie ziņojumi, netika apstiprināti ar Saeimas balsojumu. Vispārējā kārtība noteica, ka pēc dokumenta sagatavošanas par attiecīgo jautājumu atbildīgais ministrs lemj par dokumenta virzīšanu skatīšanai Ministru kabinetā. Atbildīgās ministrijas valsts sekretārs iesniedz dokumentu skatīšanai valsts sekretāru sanāksmē, iesniedzot to Valsts kancelejā. Valsts kancelejā iesniegtais projekts tiek skatīts valsts sekretāru sanāksmē, kura lemj par attiecīgā dokumenta projektu, tā saskaņošanu un izsludināšanu. Pēc dokumenta projekta izsludināšanas tiek veikta dokumenta saskaņošana un atzinumu sniegšanas pieteikšana. Pēc atzinumu un saskaņojumu vai iebildumu saņemšanas nozares ministrija izvērtē tos un precizē attiecīgo dokumenta projektu, kā arī veic tā atkārtotu saskaņošanu. Ja projekts tiek saskaņots, tas tiek virzīts izskatīšanai Ministru kabinetā. Ja projektu nav iespējams saskaņot, jo netiek ņemtas vērā noteiktas saskaņošanas procesā iesaistīto dalībnieku iebildes, atbildīgā ministrija organizē starpinstitūciju sanāksmi. Pēc

starpinstitūciju sanāksmes, ja tiek panākta saskaņošana, projekts tiek virzīts uz Ministru kabineta sēdi. Ja starpinstitūciju sanāksmē projekts joprojām nav saskaņots, nozares ministrija var pieņemt lēmumu veikt atkārtotu dokumenta precizēšanu un saskaņošanu vai virzīt dokumentu skatīšanai valsts sekretāru sanāksmē vai Ministru kabineta sēdē. Nozares ministrija ir atbildīga par sabiedrības informēšanu par izskatāmā projekta saturu un būtiskajām izmaiņām.

Ņemot vērā jebkura normatīvā dokumenta garo ceļu, sākot no idejas jeb projekta pirmās versijas līdz tā pieņemšanai un izsludināšanai – neatkarīgi no tā, vai tas ir likumprojekts, kas tiek skatīts Saeimā divos vai trijos lasījumos, vai tas ir dokuments, kurš tiek apstiprināts Ministru kabinetā, veicot starpinstitucionālu saskaņošanu, – dokumentā ietvertā reformas ideja var tikt nebūtiski precizēta, bet var tikt arī pārveidota pilnībā pat tādā mērā, ka normatīvā akta galaversija ir pretrunā dokumenta sākotnējās izstrādes idejai.

Likumprojekta virzīšana un skatīšana, sākot no tā inicializēšanas līdz pieņemšanai, var noritēt ļoti ātri – sākot no dažām nedēļām, līdz pat laikam, kas var pārsniegt piecus un vairāk gadus. Piemēram, Veselības aprūpes finansēšanas likums Ministru kabinetā skatīts un apstiprināts 2013. gada novembrī un Saeimā 1. lasījumā pieņemts 2013. gada 5. decembrī. Tomēr pēc tā pieņemšanas pirmajā lasījumā tā tālākā virzīšana tika apturēta, un pēc labojumu iestrādes likums tika pieņemts galīgajā lasījumā tikai 2017. gada 14. decembrī – pēc vairāk nekā četriem gadiem no pieņemšanas 1. lasījumā Saeimā un vairāku valdību un veselības ministru nomaiņas, bet tā arī nestājās spēkā sākotnēji plānotajā redakcijā.

Latvijā lielākā daļa likumdošanas izmaiņu tiek inicializētas no Ministru kabineta puses, kurā savukārt likumprojektus iesniedz attiecīgā ministrija. Vislielākā ietekme uz likumdošanas izmaiņām konkrētā jomā ir attiecīgo jomu pārstāvošajai ministrijai, kas ir atbildīga par likumprojekta virzību līdz tā pieņemšanai Ministru kabinetā. Lai arī likumprojektu izstrādā konkrētā ministrija, pirms iesniegšanas Saeimai to apstiprina Ministru kabinets un likumprojekts tiek iesniegts Saeimai nevis ministrijas, bet visa Ministru kabineta vārdā, pārstāvot koalīcijā saskaņotu un virzītu viedokli. No 2011. gada valsts pārvaldē darbību uzsāka Ministru prezidenta padotības iestāde “Pārresoru koordinācijas centrs”, kas ir tiešās pārvaldes iestāde, un tā “ir vadošā valsts attīstības plānošanas iestāde Latvijā, kas nodrošina vienotu valsts attīstības plānošanu un kapitāla daļu pārvaldības koordināciju” (PKC, Kas ir PKC).

Veselības jomā šajā periodā notika vairākās nozīmīgas pārmaiņas Veselības ministrijas padotības iestāžu struktūrā un funkciju sadalē. 2009. gada oktobrī, pieņemot Ministru kabineta noteikumus (2009, Nr. 1149), tika reorganizēta Valsts obligātās apdrošināšanas veselības aģentūra, pārveidojot to par Veselības norēķinu centru. Savukārt 2011. gadā ar Ministru kabineta rīkojumu (2009, Nr. 436) tika apvienots Veselības norēķinu centrs ar Veselības ekonomikas centru, izveidojot jaunu iestādi – Nacionālo veselības dienestu. Šo reformu

rezultātā “Nacionālās veselības dienests ir kļuvis par vissvarīgāko valsts iestādi, kas īsteno veselības politiku, administrē valsts finanšu resursus, nosaka garantēto veselības aprūpes pakalpojumu apjomu, slēdz līgumus ar pakalpojumu sniedzējiem, ievieš e-veselības sistēmu, kā arī reģistrē klīniskās vadlīnijas un medicīnas tehnoloģijas” (European Observatory, 2011, 13).

Kā nozīmīgākie likumi, kas pieņemti šajā laikposmā, ir “Pacientu tiesību likums” (2010), kura mērķis ir “veicināt labvēlīgas attiecības starp pacientu un veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju, sekmējot pacienta aktīvu līdzdalību savas veselības aprūpē, kā arī nodrošināt viņam iespēju īstenot un aizstāvēt savas tiesības un intereses”. Otrs nozīmīgākais šī perioda dokuments ir 2017. gada “Veselības aprūpes sistēmas reforma”, pēc kuras, sākot ar 2017. gadu, tika piešķirts ievērojami lielāks finansējums veselības nozarei.

Pārregulācijas perioda normatīvā pilāra raksturojums

Devītās Saeimas vēlēšanas notika 2006. gada 7. oktobrī, un tajās procentuālu pārsvaru guva Tautas partija, kas arī veidoja nākamo valdību, saglabājot premjera amatā Aigaru Kalvīti, savukārt veselības ministra amatu turpināja ieņemt Gundars Bērziņš. Šāds vēlēšanu rezultāts veicināja politisko pēctecību un iespēju turpināt realizēt iepriekš apstiprinātās programmas, kas arī bija norādīts Tautas partijas priekšvēlēšanu programmā: “Turpināt veselības aprūpes jomas sakārtošanu, kas veiksmīgi iesākta ministra Gundara Bērziņa laikā un kuras mērķu sasniegšanai ir vajadzīgi vēl vismaz četri gadi.” Arī pārējo 6 no 7 Saeimā ievēlēto politisko spēku priekšvēlēšanu programmās tika akcentēta nepieciešamība turpināt iesāktās reformas veselības aprūpē – nodrošinot racionālu un efektīvu veselības aprūpi, pilnveidojot valsts programmu finansēšanu, veicināt pakalpojumu pieejamību, paaugstināt veselības jomas finansējumu. (Sīkāk skatīt 6. pielikumu.)

Valdības dokumentā “Deklarācija par Aigara Kalvīša vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību” (2006) kā neatliekamais uzdevums minēts – “izveidosim funkcionējošu veselības aprūpes sistēmu” – un veicamo uzdevumu sarakstā veselības aprūpē norādot šādus virzienus: 1) cilvēkresursu attīstība, jo īpaši reģionos; 2) informācijas pieejamība par valsts apmaksātiem pakalpojumiem; 3) pakalpojumu pieejamības un kvalitātes nodrošināšana; 4) e-veselības risinājumu ieviešana; 5) infrastruktūras attīstība un iestāžu tīkla efektīvizēšana (strukturplāna realizēšana); 6) kompensējamo medikamentu sistēmas pilnveidošana. Visas minētās apņemšanās tieši sasauca ar tām pārmaiņām, kuras “uz papīra” tika izstrādātas un pieņemtas jau 8. Saeimas pēdējo divu valdību laikā un šajā gadījumā norāda uz politisko pēctecību veselības reformas īstenošanā. Lai arī tālākā 9. Saeimas darbības laikā notika valdību nomaiņa un mainījās gan Ministru prezidenti, gan veselības ministri, visā 9. Saeimas darbības laikā

veselības ministra amatu ieņēma Tautas partijas pārstāvji. Gundars Bērziņš (kopš 8. Saeimas laika no 02.12.2004. līdz 17.01.2007.) – zemnieks, politiķis (CVK, 5. Saeimas kandidātu saraksti). No amata atkāpjas personīgu iemeslu dēļ: nogurums un veselības stāvokļa dēļ (TVNET, 17.01.2007.). Vinets Veldre (25.01.2007.–20.12.2007.) – veterinārārsts, pirms ministra amata Pārtikas un veterinārā dienesta ģenerāldirektors (DELFI, 25.01.2007.). Ministra amatā līdz nākamās valdības izveidošanai. Ivars Eglītis (20.12.2007.–17.06.2009.) – terapeits, pirms ministra amata SIA “Kuldīgas slimnīca” valdes priekšsēdētājs kopš 1995. gada (MEDICINE.LV, 21.12.2007.). Ieņem ministra amatu gan Ivara Godmaņa (“LPP/LC”) vadītajā valdībā, gan nākamajā Valda Dombrovska (“Jaunais laiks”) vadītajā valdībā. No amata atkāpjas, kā demisijas iemeslu norādot nespēju vadīt veselības aprūpes jomu situācijā, kad tiek samazināts jau tā nepietiekamais veselības jomas finansējums (LSM, 17.06.2009.). Baiba Rozentāle (29.06.2009.–22.03.2010.) – ārste, pirms ministra amata Latvijas Infektoloģijas centra vadītāja kopš 2001. gada; politiķe – ieņēmusi deputāta amatu Rīgas domē no 2001. līdz 2005. gadam no partijas “LSDSP” (DELFI, 25.06.2009.). Veselības ministres amatu atstāj kopā ar citiem Tautas partijas ministriem, izstājoties no Valda Dombrovska (“Jaunais laiks”) vadītās valdības (DELFI, 22.03.2010.). Tautas partijas izstāšanās no valdības saistīta ar atšķirīgu redzējumu par ekonomiskās krīzes pārvarēšanas risinājumiem (APOLLO, 17.03.2010.).

Neņemot vērā 9. Saeimas laikā notikušās izmaiņas valdību sastāvā, premjeru pārstāvētajās partijās un koalīcijā veselības nozarē tika saglabāta politiskā pēctecība un turpināts darbs pie tiem pašiem uzdevumiem reformas ieviešanā. Līdz ar to var teikt, ka 9. Saeimas laikā Veselības ministrijai tika nodrošināta pilna politiskā pēctecība un iespēja turpināt darbu pie iepriekš izstrādātajām reformām, kuras tika uzsāktas jau 8. Saeimā, kad veselības ministra amatu ieņēma ar Tautas partiju saistīti ministri Rinalds Muciņš un Gundars Bērziņš.

Desmitās Saeimas vēlēšanas notika 2010. gada 2. oktobrī ekonomiskās krīzes smagākajā posmā, kad gan 2009., gan 2010. gada budžets tika konsolidēts, veidojot “taupības budžetu”, ceļot nodokļus un samazinot finansējumu pilnīgi visās jomās, tostarp gan sociālo pakalpojumu, gan veselības aprūpes pakalpojumu budžetu. Iepriekš pie varas bijusi Tautas partija šajās vēlēšanās startēja no kopīga saraksta “Par labu Latviju!”, kurā apvienojās ar “Latvijas Pirmo partiju / Latvijas ceļu” un trim reģionālām partijām. Saeimas vēlēšanās jaunizveidotā apvienība “Par labu Latviju!” ieguva vien astoņas vietas. Vēlēšanās vairākumu ieguva “Vienotība”, iegūstot 33 vietas. Koalīciju izveidoja “Vienotība” un Zaļo un Zemnieku savienība, premjera amatā atkārtoti apstiprinot Valdi Dombrovski. Koalīcijā netika iekļauti citi politiskie spēki, kas skaidrojams ar iepriekšējām nesaskaņām, kad, nespējot vienoties par krīzes pārvarēšanas risinājumiem, valdību pameta Tautas partija. Veselības ministra amatā tika

apstiprināts ZZS pārstāvis, un ZZS partijas priekšvēlēšanu programmā veselības jomā bija norādīts mērķis “paplašināt iespēju visiem iedzīvotājiem saņemt kvalitatīvu un savlaicīgu veselības aprūpi”. (Sīkāk skatīt 7. pielikumu.)

Lai arī 10. Saeimas izveidotās valdības deklarācijā bija ierakstīta virkne dažādu apņemšanos un pārmaiņu jomas uzlabošanā, tomēr tajā netika minēti nekādi izmērāmi sasniegumi rādītāji (izņemot, sākot ar 2011. gadu, finansējumu ne mazāku kā iepriekšējā gadā, kas pēc būtības jau 2010. gadā bija būtiski zemāks nekā 2008. gadā) un dominēja frāzes “turpināsim, ieviesīsim, pabeigsim, veicināsim, uzlabosim”. (Sīkāk skatīt 7. pielikumu.) Desmitās Saeimas darbības laikā veselības ministra amatu ieņēma Juris Bārzdiņš, ārsts, pirms ministra amata ieņemšanas Liepājas slimnīcas valdes priekšsēdētājs kopš 2007. gada. Jau stājoties amatā, Juris Bārzdiņš pauda bažas par iespējām veikt nepieciešamos uzlabojumus veselības nozarē, kā iemeslu minot iespējamo atšķirīgo redzējumu par veselības jomas attīstību koalīcijā, kas rada riskus, kā arī finanšu ministra piederību otrai politiskajai partijai “Vienotība”, kas saistās ar iepriekšējo pieredzi, kad 2009.–2010. gadā tika veikts iepriekš minētais nozari smagi ietekmējošais finansējuma samazinājums (LETA, 28.10.2010.). Pēc 10. Saeimas pusgada darba, 28. maijā, prezidents Valdis Zatlers izdeva Valsts prezidenta rīkojumu (2011, Nr. 2), ar kuru ierosināja referendumu par Saeimas atlaišanu. 2011. gada 23. jūlija referendumā par Saeimas atlaišanu nobalsoja 94,3 % balsotāju (CVK, Tautas nobalsošana). Kopumā 10. Saeima strādāja mazāk par gadu, līdz 11. Saeimas vēlēšanām 2011. gada 17. septembrī.

11. Saeimas vēlēšanās uzvaru guva “Saskaņas centrs”, iegūstot 31 vietu, bet otro labāko rezultātu ar 22 vietām ieguva “Zatlera reformu partija”, kas tika izveidota īsi pirms vēlēšanām un savu popularitāti lielā mērā ieguva, balstoties uz tolaik jau bijušā prezidenta Valda Zatlera popularitāti, kas bija saistīta ar īsi pirms prezidenta termiņa beigām izdoto rīkojumu Nr. 2 “Par 10. Saeimas atlaišanu”. “Vienotība” vēlēšanas ieguva trešo labāko rezultātu un 20 vietas, savukārt iepriekšējo koalīciju veidojušā Zaļo un Zemnieku savienība tikai 13 vietas. (Sīkāk skatīt 8. pielikumu.)

Apskatot 11. Saeimā iekļuvušo partiju sarakstu, kas šīs Saeimas darbības laikā veidoja vadošo koalīciju, priekšvēlēšanu programmas un piedāvātās pārmaiņas veselības jomā, tiek norādīts: “Kvalitatīvas veselības aprūpes pieejamība. Veicināt veselīgu dzīvesveidu” (“Vienotība”); “Pārveidosim veselības sistēmu, kas atbalstīs un ieinteresēs iedzīvotājus aktīvi līdzdarboties sava veselības stāvokļa uzlabošanā un saglabāšanā” (“Zatlera Reformu partija”); “Nodrošināt efektīvu bezmaksas neatliekamo palīdzību un kvalitatīvu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību visos reģionos” (Zaļo un Zemnieku savienība). (Sīkāk skatīt 8. pielikumu.) Kā redzams no programmām, galvenokārt akcentēta veselīga dzīvesveida

nozīme un iedzīvotāja paša atbildība par savu veselības stāvokli. Savukārt, ņemot vērā iepriekš aprakstītās problēmas veselības aprūpes jomā ekonomiskās krīzes laikā, šajā laikā veselības aprūpes pieejamību visvairāk ietekmēja tieši finansējuma samazinājums, kas piešķirts veselības pakalpojumu nodrošināšanai no valsts budžeta, kā arī augstais pakalpojumu izmaksu kāpums, kas bija saistīts ar inflāciju ekonomiskās izaugsmes periodā. Tomēr nevienā no priekšvēlēšanu programmām neparādījās apņemšanās palielināt (atjaunot vismaz 2008. gada līmenī) veselības aprūpes finansējumu.

Neņemot vērā ekonomisko krīzi un iedzīvotāju neapmierinātību ar pastāvošo kārtību valstī, kā arī to, ka “Vienotība” vēlēšanās ieguva tikai 3. rezultātu, premjera amatā jau trešo reizi pēc kārtas tika apstiprināts “Vienotības” pārstāvis Valdis Dombrovskis, bet koalīcija tika veidota ar jaunizveidoto “Zatlera Reformu partiju” un Nacionālo apvienību. Veselības ministra amats tika uzticēts Ingrīdai Circenei (“Vienotība”) – ginekoloģei, pieredzējušai politiķei, kas bija ievēlēta 8. un 9. Saeimā no “Jaunā laika” saraksta un 10. Saeimā no “Vienotības” saraksta, savukārt 11. Saeimā netika ievēlēta. Savulaik ieņēma veselības ministres amatu Einara Repšes vadītajā valdībā laikposmā 10.04.2003.–09.03.2004. (LETA, 24.10.2011.)

Ekonomiskās krīzes pārvarēšanas sākumposms veselības jomā sākās ar 11. Saeimas vēlēšanām, kad atbildību par veselības nozari Latvijā uzņēmās “Vienotība”, ieņemot Veselības ministra amatu un premjera amatu. Tomēr netieši var uzskatīt, ka “Vienotība” savā ziņā bija atbildīga par veselības reformu īstenošanu jau kopš 2009. gada, kad premjera Valda Dombrovska vadītā valdība pieņēma lēmumus par budžeta konsolidāciju un būtisku izdevumu samazinājumu veselības aprūpē, kas noveda pie tā laika veselības ministra Ivara Eglīša demisijas 2009. gada vasarā, kam sekoja arī nākamās veselības ministres Baibas Rozentāles izstāšanās no valdības, un tāpat arī nākamais 10. Saeimas veselības ministrs Juris Bārzdīņš, jau stājoties amatā, izteica riskus veselības aprūpes sistēmas attīstīšanai, ņemot vērā “Vienotības” noteikto finanšu jautājumā.

Izveidotās valdības “Deklarācijā par Valda Dombrovska vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību: Nacionālajai izaugsmei un vienotībai” (2011) kā veicamās pārmaiņas veselības jomā tika norādīta apņemšanās palielināt veselības aprūpes kopējo finansējumu, pilnveidojot finansēšanas sistēmu, sasaistot personificēto nodokļu maksāšanu ar saņemamiem veselības aprūpes pakalpojumiem. Šī plānotā pārmaiņa uzskatāma par jaunu pavērsienu veselības aprūpes finansēšanas modeļa maiņā, ieviešot cita veida obligāto veselības apdrošināšanu. Ja iepriekšējos gados veselības apdrošināšana tika veidota kā nacionālā veselības apdrošināšana, veselības aprūpes budžetu veidojot no pamatbudžeta (vai līdz 2005. gadam no pamatbudžeta un speciālā budžeta), bet neveicot personificēta līmeņa sasaisti, tad šajā gadījumā pieeja tika mainīta, nosakot, ka valsts apmaksātie pakalpojumi būs pieejami

tikai tām personām, kas tieši piedalās noteikta veida iemaksu veikšanā. Valdības deklarācijā papildus apņēmībai ieviest jauna modeļa veselības apdrošināšanu bija arī tādas apņemšanās kā ieviest e-veselības sistēmu, nodrošināt cilvēkresursu attīstības programmu, nodalīt valsts un maksas pakalpojumus, panākt efektīvu līdzekļu izlietojumu un citas apņemšanās. (Sīkāk skatīt 12. pielikumu.) Tomēr liela daļa valdības deklarācijā iekļauto apņemšanos realizācija ir tieši atkarīga no pieejamā finansējuma šo pārmaiņu īstenošanai.

Valdība nostrādāja vairāk nekā divus gadus, un tās darbība beidzās ar premjera Valda Dombrovskā demisiju, uzņemoties politisku atbildību par Zolitūdes traģēdiju (LETA, 27.11.2013.a). Nākamā valdība tika izveidota, paplašinot iepriekšējās valdības koalīciju un papildus iekļaujot Zaļo un Zemnieku savienību, kas skaidrojams ar iepriekšējā premjera V. Dombrovskā demisijas pieteikumā norādīto: “Pašreiz ir nepieciešama jauna valdība, kurai ir skaidrs Saeimas vairākuma atbalsts un kura ar jaunu uzticības mandātu spēs risināt valstī esošās problēmas.” (LETA, 27.11.2013.b). Par jaunizveidotās valdības ar paplašinātu koalīciju vadītāju tika apstiprināta Laimdota Straujuma, kura iepriekšējā valdībā ieņēma zemkopības ministres amatu (tajā laikā nebūdama nevienas politiskās partijas biedre). Laimdota Straujuma iestājās partijā “Vienotība”, kļūstot par tās biedri vien jaunās valdības veidošanās laikā (Žurnāls “IR”, 05.01.2014.). Veselības ministres amatu šajā valdībā saglabāja Ingrīda Circene.

Atšķirībā no iepriekšējās valdības deklarācijas, kurā bija uzskaitītas vairākas plānotās reformas veselības nozarē, šajā “Deklarācijā par Laimdotas Straujumas vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību” (2014a) veselības jomā vairs bija tikai četri punkti. Tāpat bija mainījusies to secība – ja iepriekš kā numur viens tika norādīta pakāpeniska finansējuma palielināšana, tad šajā atkal dominēja veselīgs dzīvesveids, veselīga vide un veselīga pārtika. Kā nākamie valdības uzdevumi deklarācijā saglabāti: pakāpeniski palielināt finansējumu, ieviešot veselības aprūpes finansēšanas likumu, turpināt e-veselības ieviešanu un panākt efektīvu valsts budžeta līdzekļu izlietošanu, izstrādājot kvalitātes sistēmu. (Sīkāk skatīt 8. pielikumu.)

Veselības ministre Ingrīda Circene amatu atstāja 2014. gada jūlijā pēc ilgstošas slimības, ar ko neapmierinātību puda gan premjerministre, gan nozare (LSM, 20.06.2014.). Demisijas rakstā ministre kā darba atstāšanas pamatu norādīja politisku spiedienu, valdības atbalsta trūkumu veselības jomas finansējuma palielināšanā, kā arī “atšķirīgo izpratni par veselības aprūpes nozarē būtiskāko un faktu, ka nav tikusi panākta konstruktīva sadarbība neatliekamam uzdevumu izpildē” (LETA, 08.07.2014.). Kā intervijā norāda I. Circene, raksturojot šo laika periodu: “Mainījās valdības, mainījās premjers, un jebkurā valdībā premjers ir virzošais spēks. Un, ja premjers, teiksim, to vienu vai otru politisko uzstādījumu atzīst par pareizu, tad tādā gadījumā arī šķēršļi principā nav, jo politiskiem lēmumiem vienmēr būs

opponenti, nav nekādu virzītu lēmumu, vienalga būs pretestība.” Pēc Ingridas Čircenes veselības ministres amata atstāšanas jauns veselības ministrs netika virzīts, bet veselības jomas vadība tika uzticēta šim mērķim izveidotai darba grupai, kuru vadīja Ilze Viņķele (LETA, 28.07.2014.) – tobrīd 11. Saeimas deputāte, Sociālo un darba lietu komisijas priekšsēdētāja biedre (Saeima, Deputāti).

Pirms 12. Saeimas vēlēšanām 2014. gada oktobrī visu Saeimas vēlēšanās ievēlēto politisko partiju priekšvēlēšanu programmās tika iekļautas apņemšanās uzlabot veselības aprūpes nozari Latvijā. Priekšvēlēšanu programmās galvenokārt akcentēta nepieciešamība mazināt rindas un veicināt pieejamību, kā arī rūpēties par sociāli mazāk aizsargātajām sabiedrības grupām. (Sīkāk skatīt 9. pielikumu.) Pēc neveiksmīgās finansēšanas reformas virzības 11. Saeimā 12. Saeimas priekšvēlēšanu programmās starp partiju solījumiem vairs nebija apņemšanās mainīt veselības aprūpes finansēšanas modeli.

12. Saeimas vēlēšanās vairākumu guva partija “Saskaņa”, tomēr tāpat kā iepriekš ideoloģiski nacionālu apsvērumu dēļ tā netika iekļauta koalīcijā un valdību veidoja partija “Vienotība”, Zaļo un Zemnieku savienība un Nacionālā apvienība, nodrošinot stabilu vairākuma valdību ar 61 deputātu koalīcijā. (Sīkāk skatīt 9. pielikumu.) Premjera vietu saglabāja iepriekšējā Ministru prezidente Laimdota Straujuma no “Vienotības”, savukārt veselības ministra amatā tika apstiprināts Guntis Belēvičs no Zaļo un Zemnieku savienības – biologs un farmaceits, zāļu lieltirgotavas, aptieku tīkla un SIA “Centrālā laboratorija” izveidotājs (MEDICINE.LV, 05.11.2014.).

Izveidotās valdības deklarācijā “Deklarācija par Laimdotas Straujumas vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību” (2014b) no priekšvēlēšanu programmu solījumiem nebija iekļauts it nekas, bet tajā bija iekļauta virkne pavisam citu apņemšanos: 1) izstrādāt obligātās veselības apdrošināšanas modeli; 2) pārskatīt veselības aprūpes pakalpojumu tarifus un samaksas nosacījumus, pakalpojumu kvalitāti, plānošanu un pakalpojumu sniedzēju izvietojumu; 3) pabeigt un pilnvērtīgi attīstīt un iedarbināt e-veselības sistēmu; 4) īstenot veselības aprūpes cilvēkresursu attīstības politiku, īpaši reģionos. Papildus tāpat kā visās iepriekšējās valdībās jau kopš Latvijas neatkarības atgūšanas laikiem, arī šajā tika iekļauta apņemšanās ierobežot veselībai kaitīgo produktu un ieradumu izplatību. Savukārt kā pilnīgi jauns virziens parādījās reformu gaitā stiprināt produktīvu sadarbību un dialogu ar veselības nozares darba ņēmēju un darba devēju organizācijām, kā arī profesionālajām organizācijām, kas, iespējams, skaidrojams ar problēmām, ar ko saskārās iepriekšējā valdība, izstrādājot veselības aprūpes finansēšanas likumu, jo tieši šo organizāciju aktīvas darbības dēļ to nācās apturēt. Kā vēl viens jauns virziens iezīmējās kurortoloģijas kā veselības tūrisma eksportspējīgas nozares attīstība. (Sīkāk skatīt 9. pielikumu.)

Kā redzams no valdības deklarācijas, faktiski ir apņemšanās turpināt visas tās pašas pārmaiņas, kuras iesāktas teju pirms 10 gadiem Tautas partijas laikā, papildinātas tikai ar konkrētu apņemšanos – izstrādāt veselības apdrošināšanas sistēmas modeli, kas varētu risināt nozares finansējuma trūkuma problēmu. Valdība atkāpās pēc premjerministres Laimdotas Straujumas demisijas, kas sekoja satiksmes ministra Anrija Matīsa demisijas pieprasījumam un bija saistīts ar premjeres neapmierinātību *AirBaltic* investoru piesaistes procesā (LETA, 07.12.2015.).

Kā nākamās valdības vadītājs tika apstiprināts Māris Kučinskis (Zaļo un Zemnieku savienība), savukārt veselības ministra amatu saglabāja Guntis Belēvičs. No šī brīža var teikt, ka tiek stiprinātas veselības ministra pozīcijas, jo gan premjerministrs, gan veselības ministrs pārstāvēja vienu politisko partiju apvienību. Apskatot “Deklarāciju par Māra Kučinska vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību” (2016) veselības jomas sadaļā, tā pilnībā sakrīt ar iepriekšējās valdības deklarācijā rakstītajiem uzdevumiem. Vienīgā atšķirība ir papildu rindkopa, kurā raksturots veselības aprūpes nepietiekamais finansējums Latvijā un salīdzinājumā ar citām ES valstīm, kā arī akcentēta tautas veselības nozīme gan nodarbinātības, gan ilgtspējīgas ekonomikas attīstības pamatā. (Sīkāk skatīt 9. pielikumu.)

Guntis Belēvičs no amata atkāpās pēc dienesta stāvokļa izmantošanas, izmantojot personiskus sakarus un rindas apiešanu Latvijas Onkoloģijas centrā, sākotnējiem meliem, kam sekoja publiska atzīšanās. Notikums radīja virkni pārbaužu un slimnīcu valdes pārstāvju atstādināšanas. Tomēr arī pirms šī notikuma ar ministra darbu neapmierinātību pauda gan premjers, aicinot aktīvāk strādāt pie reformu ieviešanas, gan nozares pārstāvji, izsakot neizpratni par veselības ministra piedāvātajām pārmaiņām un risinājumiem. Veselības ministra darbībā tika pārmesta privāto interešu jeb dēla farmācijas firmas interešu lobēšana, kā arī nekorekta komunikācija ar presi un sabiedrību par veselības nozares problēmām (LSM, 10.06.2016.). Pēc Gunta Belēviča demisijas par nākamo veselības ministru izvirzīja tobrīd partijām nepiederošo Andu Čakšu, kas iepriekš ieņēma veselības ministra padomnieka amatu, kā arī Bērnu klīniskās universitātes slimnīcas valdes priekšsēdētāja amatu, iepriekš bijusi arī Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas valdes locekļa amatā (LETA, 13.06.2016.). Anda Čakša, līdzīgi kā iepriekš Laimdota Straujuma, pēc amata iegūšanas iestājās partijā, kuru tā izvirzīja, kļūstot par ZZS biedru (LSM, 29.11.2017.).

2018. gada 6. oktobrī notika 13. Saeimas vēlēšanas. Saeimā ievēlēto politisko spēku sarakstu priekšvēlēšanu programmās iezīmējās vēlme turpināt veselības aprūpes jomas reformas – palielinot veselības aprūpes finansējumu, palielināt medicīnas darbinieku atalgojumu, samazināt rindas jeb veicināt pieejamību, mazināt pacientu līdzmaksājumus. (Sīkāk skatīt 10. pielikumu.) Vēlēšanās Saeimā iekļuva septiņu politisko spēku saraksti, no

kuriem pārsvaru (23 balsis) ieguva “Saskaņa”, kura netika izskatīta kā vadošās koalīcijas veidotāja, bet kā nākamās ar 16 vietām bija divas Saeimā ievēlētas jaunās partijas, kurām tika uzticēta valdības veidošana, bet process beidzās nesekmīgi. Rezultātā 13. Saeimas pirmā valdība tika apstiprināta vien 2019. gada 23. janvārī.

Izveidojušās politiskās situācijas dēļ bija jauna sasaukuma Saeima, bet joprojām ilgstoši darbojās iepriekšējā valdība, un gan veselības jomu pārstāvēja iepriekšējā ministre Anda Čakša, gan 2019. gada budžetu veidoja un virzīja iepriekšējās Saeimas apstiprinātā valdība un ministri. 2018. gada nogalē, virzot un pieņemot budžetu 2019. gadam, tika stiprinātas politiskās apņemšanās turpināt veselības jomas reformu, par ko liecina pieņemtais “Grozījums Veselības aprūpes finansēšanas likumā” (2018), ierakstot apņemšanos nodrošināt zemākās mēnešalgas pieaugumu. Kā arī pieņemtie “Grozījumi Ārstniecības likumā” (2018), nosakot iespēju medicīnas darbiniekiem strādāt virsstundu darbu lielākā stundu apmērā, nekā to nosaka Darba likums, bet par to saņemot Darba likumā noteikto virsstundu apmaksu.

Lai arī 2018. gada nogalē bija šaubas par to, vai tiks nodrošinātas iespējas rast finansējumu likuma normas izpildei, līdz likumprojekta pieņemšanai apzinātas finansēšanas iespējas, Veselības ministrijai cieši sadarbojoties un gūstot politisku atbalstu gan no Finanšu ministrijas, gan premjerministra (LETA, 10.12.2018.), kas visi trīs pārstāvēja vienu politisko spēku. Tādēļ, pieņemot 2019. gada budžetu, tika rastas iespējas nodrošināt finansējumu gan medicīnas darbinieku atalgojuma palielināšanai, gan vēl 154 miljonus eiro citu veselības aprūpes jomas pārmaiņu īstenošanai 2019. gadā. Papildus iegūtais finansējums reformas īstenošanai (kas paredzēts saistītā ar Eiropas Komisijas pieļaujamo atkāpi no budžeta deficīta) paredzēts vairāku agrāk iesākto pārmaiņu sekmīgai turpināšanai – uzlabojot veselības aprūpes pieejamību, ieviešot uzlabojumus onkoloģijā, infekcijas slimību mazināšanai, primārai veselības aprūpei un citu veselības programmu īstenošanai, kā arī ārstniecības iestāžu tīkla reformas (slimnīcu līmeņošana) realizēšanai, stratēģisko iepirkumu īstenošanai un medicīnas iekārtu atjaunošanai (MEDICINE.LV, 08.01.2019.).

Tikai 2019. gada 23. janvārī tika apstiprināta jaunā valdība, kuru veidoja seši politiskie spēki: premjera amatu ieņēma Arturs Krišjānis Kariņš (“Vienotība”), savukārt veselības ministra amatu ieņēma Ilze Viņķele, kas šoreiz pārstāvēja politisko apvienību “Attīstībai/Par”. Apstiprinātās valdības “Deklarācijā par Artura Krišjāņa Kariņa vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību” (2019), veselības jomas sadaļā, norādītas apņemšanās uzlabot pieejamību, izveidojot ilgtspējīgu veselības aprūpes finansēšanas modeli, un atšķirībā no iepriekšējiem mēģinājumiem veidot apdrošināšanas sistēmu, šajā gadījumā izvēlēts modelis, kas “paredz obligātu visu Latvijas rezidentu iekļaušanu”. Tāpat ir apņemšanās palielināt veselības aprūpes finansējumu un paaugstināt veselības darbinieku atalgojumu, veicināt pieejamību, nosakot

maksimālo gaidīšanas laiku un atsakoties no kvotām. Savukārt sadaļā “Pārvaldība un kvalitāte” – sekmēt ģimenes ārstu komandas darbu, pilnveidot uzraudzību un pārraudzību, turpināt slimnīcu tīkla optimizāciju. (Sīkāk skatīt 10. pielikumu.)

Šīs valdības darbības laikā, darbā apskatāmajā periodā līdz 2020. gada 12. martam, kad ar Ministru kabineta rīkojumu (2020, Nr. 103) tika izsludināta ārkārtas situācija valstī saistībā ar Covid-19 epidēmiju, pieņemti “grozījumi Veselības aprūpes finansēšanas likumā” (2019), kuros noteikts, ka tiek pagarināta likuma stāšanās spēkā daļā, kas paredzēja “divu grozu principu”, un pārejas periods, kurā visiem iedzīvotājiem pienākas valsts apmaksātie pakalpojumi, ir spēkā arī 2020. gadā. Papildus noteikts, ka Ministru kabinetam līdz 2020. gada 31. martam ir jāiesniedz likumprojekts, pēc kura tiks izveidota visaptveroša valsts obligātās veselības apdrošināšanas sistēma.

2019. gada nogalē pastāvošā valdība un Saeima saskārās ar būtisku problēmu saistībā ar nepieciešamību nodrošināt finansējumu medicīnas darbinieku atalgojumam saskaņā ar 2018. gada nogalē pieņemtajiem grozījumiem Veselības aprūpes finansēšanas likumā. 2019. gada novembrī, ņemot vērā valdības retoriku, ka nebūs iespējams nodrošināt likumā paredzēto pieaugumu medicīnas darbinieku atalgojumiem, notika mediķu streiki un protesta akcijas ar rosinājumu prasīt veselības ministres demisiju (LETA, 11.11.2019.). Pēc dažādām akcijām 2019. gada novembra beigās mediķi pārtrauca protesta akcijas, lai gan nebija panākta vienošanās par solītā veselības aprūpes budžeta nodrošinājumu medicīnas darbinieku atalgojuma paaugstināšanai (LETA, 28.11.2019.). Arī Tiesībsargs norādīja uz nekorektu situāciju un likuma “Par valsts budžetu 2020. gadam” neatbilstību, norādot, ka ir nepieciešams pildīt Veselības aprūpes finansēšanas likumā ierakstītās prasības (LR Tiesībsargs, 20.02.2020.), tomēr, neskatoties uz iebildumiem, likums par budžetu 2020. gadam tika pieņemts esošajā redakcijā, sniedzot solījumus nozarei, ka tiks meklētas iespējas risināt atalgojuma palielināšanas jautājumu. 2021. gada maijā Satversmes tiesa, izskatot šo neatbilstību, sniedza atzinumu, ka likums “Par valsts budžetu 2020. gadam” ir atbilstošs Satversmes 1. un 66. pantam (Jurista Vārds, 08.05.2021.).

Veselības ministrija 2020. gada budžetā norādīja uz būtiskajiem uzdevumiem, kas risināmi 2020. gadā: 1) turpināt 2017. gadā uzsākto veselības reformu; 2) cilvēkresursu nodrošināšanu nozarē; 3) e-veselības sistēmas attīstību un citus pasākumus (VM Plānotie izdevumi 2020. gadā). 2020. gada martā saistībā ar Covid-19 epidēmiju ar Ministru kabineta rīkojumu (2020, Nr. 103) Latvijā tika izsludināta ārkārtējā situācija, un, tā kā ārkārtējā situācija paredzēja virkni dažādu ierobežojumu, tad tālākais periods, kas iezīmējās ar citādiem apstākļiem politikas veidošanas un ieviešanas nosacījumos, šajā darbā netika apskatīts.

Lai apkopotu notikumus un varas maiņu parlamentā un valdībā šajā periodā, tāpat kā iepriekšējos periodos ir veikts Saeimu un ministru apkopojums, lai izdarītu secinājumus par politisko pēctecību (skatīt 3.6. tabulu). Kā redzams no valdību pārskata, atšķirībā no iepriekšējiem periodiem šajā laikā ir vērojama politiskā pēctecība veselības ministra amatos personāliju līmenī (viens un tas pats ministrs turpina darbu arī nākamajā valdībā), kā arī politisko spēku pēctecība ministru amatā, mainoties valdībām. Līdz ar to var apgalvot, ka 9. Saeimas laikā veselības joma bija Tautas partijas pārziņā, nodrošinot iespēju turpināt uzsāktās reformas jau 8. Saeimas laikā, kad Gundars Bērziņš ieņēma veselības ministra amatu, tādējādi Tautas partija veselības jomu pārvaldīja gandrīz sešus gadus, 01.12.2004.–22.03.2010.

Savukārt nākamajā periodā, sākot ar 11. Saeimu, veselības joma bija “Vienotības” pārziņā. Turklāt 11. Saeimas laikā, kā redzams “Vienotības” pārziņā, bija arī premjera amats, kas saskaņā ar politikas teoriju sniedz papildu ietekmes sviras politisko procesu virzīšanā. Šī papildu ietekme arī tika izmantota, ko apliecina veiksmīgi virzītais, tomēr galīgajā lasījumā nepieņemtais veselības aprūpes finansēšanas likums. Līdz ar to “Vienotība” šajā laika periodā par veselības jomu atbildīga bija trīs gadus: 24.10.2011.–04.11.2014. Nākamos četrus gadus to pārvaldīja ZZS pārstāvji, 05.11.2014.– 23.01.2019., un arī šajā laikā bija periods, kad gan premjers, gan veselības ministrs bija no viena un tā paša politiskā spēka, sniedzot īpaši labvēlīgus apstākļus pārmaiņu īstenošanai, kas arī tika izmantots, ieviešot 2017. gada reformu un nozarē uzsākot veselības aprūpes darbinieku atalgojuma būtisku palielināšanu.

3.6. tabula

2006-2020.gada valdību pārskats

Saeima	Valdība	Ministru prezidents	Veselības ministrs
9. Saeima	07.11.2006.– 20.12.2007.	Aigars Kalvītis (TP)	Gundars Bērziņš (TP) 07.11.2006.– 17.01.2007. Vinets Veldre (TP) 25.01.2007.–20.12.2007.
	20.12.2007.– 12.09.2009.	Ivars Godmanis (LPP/LC)	Ivars Eglītis (TP)
	12.03.2009.– 02.11.2010.	Valdis Dombrovskis (Jaunais laiks)	Ivars Eglītis (TP) 12.03.2009.–17.06.2009. Baiba Rozentāle (TP) 29.06.2009.– 22.03.2010.
10. Saeima	03.11.2010.– 24.10.2011.	Valdis Dombrovskis (Vienotība)	Juris Bārzdīņš (ZZS)
11. Saeima	24.10.2011.– 22.01.2014.	Valdis Dombrovskis (Vienotība)	Ingrīda Circene (Vienotība)
	22.01.2014.– 04.11.2014.	Laimdota Straujuma (Vienotība)	Ingrīda Circene (Vienotība) 22.01.2014.– 10.07.2014. Ilze Viņķele kā darba grupas vadītāja 10.07.2014.–04.11.2014.

Saeima	Valdība	Ministru prezidents	Veselības ministrs
12. Saeima	05.11.2014.– 11.02.2016.	Laimdota Straujuma (Vienotība)	Guntis Belēvičs (ZZS)
	11.02.2016.– 23.01.2019.	Māris Kučinskis (ZZS)	Guntis Belēvičs (ZZS) 11.02.2016.– 10.06.2016. Anda Čakša (b/p) 16.06.2016.–23.01.2019.
13. Saeima	23.01.2019.– 12.03.2020.	Artūrs Krisjānis Kariņš (JV)	Ilze Viņķele (AP!)

Avots: autores izveidota tabula, izmantojot Ministru kabineta mājaslapas datus par valdību sastāvu.

Kā jauna reforma šajā laika periodā ir Veselības aprūpes finansēšanas likuma izmaiņu virzīšana, kas tika uzsākta posmā, kad veselības nozares pārvaldību pārņēma “Vienotības” pārstāvji. Lai arī obligātās veselības apdrošināšanas ieviešana nebija jauna ideja un palaikam tika aktualizēta jau kopš neatkarības atgūšanas laikiem, skatoties laika periodu no 2006. gada, tieši “Vienotības” laikā tā ieguva aktīvu virzību. Veselības apdrošināšanas sistēmas ieviešana tika vērtēta jau iepriekš, un saskaņā ar izveidotās darba grupas ziņojumu 2010. gadā, veicot dažādu iespējamo veselības apdrošināšanas modeļu ieviešanas analīzi, tika secināts, ka veselības aprūpes finansēšanas sistēmas maiņa neatrisinās veselības aprūpes sistēmas problēmas, un rekomendēts saglabāt pastāvošo finansēšanas modeli (VM, 01.04.2010.). Raksturojot šādas vairākkārt analizētas un noraidītas reformas atkārtotu virzīšanu, profesors G. Briģis intervijā norāda: “Kāpēc politiski tas ir vajadzīgs? Tāpēc – ka ir krīze. Politikiem ir jāparāda cilvēkiem, ka mēs kaut ko darām, lai novērstu krīzi. Un tāpat, mēs kaut ko darām – ir lozungs “ieviešam veselības apdrošināšanu!”, pie kam neatšifrējot, ko domā ar šo terminu. [..] lielākai daļai ārstiem pat nav skaidrs, kas slēpjas zem šī termina “veselības apdrošināšana”, bet tas ir lozungs, ar kuru pašlaik var rullēt. Un politiķi var iet uz priekšu un izdzīvot politiskā vidē.”

Tomēr, neskatoties uz šo darba grupas atzinumu, valdība 2012. gada valdības rīcības plānā, kas apstiprināts ar Ministru kabineta rīkojumu (2012, Nr. 84) iekļāva apņemšanos ieviest obligāto veselības apdrošināšanu, 18.1. punktā nosakot: “Izstrādāt un iesniegt apstiprināšanai Ministru kabinetā koncepciju par veselības apdrošināšanas sistēmas izveidi un izstrādāt nepieciešamos normatīvos aktus par veselības aprūpes finansēšanu”, – kā šīs koncepcijas izstrādes mērķi nosakot, “nodrošināt noteiktu valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību sociāli mazāk aizsargāto sabiedrības grupu locekļiem un tiem iedzīvotājiem, par kuriem ieturēts veselības nodoklis vai tie veic speciālas iemaksas veselības jomas budžetā.” Kā norāda I. Viņķele (2016): “Circenes kundzes uzstājība vainagojās ar ierakstu deklarācijā, bet jāsaka, ka šis ir tas gadījums, kad, ja mēs runājam par tādu vienu konceptuālu lielu reformu, tad nebija skaidrības – ne priekš kam tas ir vajadzīgs, ne ko ar to taisās sasniegt – jo šī ideja

piedzīvoja ļoti būtiskas transformācijas un sākotnēji radās tādēļ, ka nebija idejas, kur ņemt vairāk naudas.” Atbilstoši valdības rīcības plānam 2012. gadā tika izstrādāts un 2013. gadā apstiprināts “Konceptijas projekts par veselības aprūpes sistēmas finansēšanas modeli” (2013), paredzot ieviest apdrošināšanas sistēmu.

Saskaņā ar izstrādāto koncepciju piedāvāti trīs iespējamie modeļi finansēšanas sistēmas maiņai. Apspriežot plānotās pārmaiņas un reformas ieviešanu, kā galvenais motīvs reformas ieviešanai dominēja veselības aprūpes finansējuma pieaugums līdz 4,5 % no IKP, kas atbilstoši pieejamiem materiāliem par koncepcijas un plānotās reformas virzīšanu ir galvenais un teju vienīgais arguments. Kā, raksturojot šī perioda notikumus, norāda I. Viņķele (2016): “Latvijas politiskajā doktrīnā sekmīgs ministrs ir tas ministrs – kurš atnes vairāk naudas, un diemžēl tas reizēm ne vien noklusina, bet arī debilizē vispār diskursu par nepieciešamajām reformām un izmaiņām, jo par katru cenu – loģiski, neloģiski – tiek nolikts tas mērķis – atnest vairāk naudas.” Savukārt attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju dalīšanu apdrošinātos un neapdrošinātos tiek izmantota veselības aprūpes pieejamība kā līdzeklis cīņai pret ēnu ekonomiku.

Likumprojekta tapšanas gaitā bija novērojamas viedokļu sadursmes gan Veselības un Finanšu ministrijas redzējumā, gan valdībā, gan veselības aprūpes speciālistu un ekspertu viedokļos (Bikava, 2016, 55–61). Kā viena no aktīvākajām grupām, kas nostājās pret šī likuma ieviešanu gan iepriekšējā, gan šajā laika posmā, bija abas ģimenes ārstu apvienības. Raksturojot šīs pretestības iespējamus iemeslus, I. Viņķele norāda: “Ģimenes ārsti, viņi ir ļoti inerta grupa, skaidrs. Bet es savā veidā viņus varu saprast, jo viņi ir tik, nu tā kā cietuši un iebaidīti no tādām neskaidrām politiskām iniciatīvām, ka viņu absolūtā vērtība ir tas *status quo*, jo tās bažas, ka viss, kas būs jauns, būs sliktāk – nu ir paralizējošas.”

Neskatoties uz nesaskaņām valdībā un viedokļu atšķirībās ministrijās par koncepcijas un likumprojekta tālāku izstrādi, Veselības ministrija turpināja izstrādāt likumprojektu atbilstoši apstiprinātajai koncepcijai, un 2013. gada 5. decembrī tas nodots skatīšanai komisijām, bet jau 19. decembrī skatīts Saeimā pirmajā lasījumā. Veselības aprūpes finansēšanas likums, kaut gan tieši skāra veselības aprūpes jomu, kuru pamatā pārraudzīja Sociālo un darba lietu komisija, tika nodots skatīšanai Budžeta komisijā, un Saeimas pirmā lasījuma sēdē par likumprojektu ziņoja Finanšu ministrijas pārstāvis Romualds Ražuks, norādot, ka šis likums nav par veselības aprūpi, bet par nodokļu nomaksu un veselības aprūpes finansēšana jāvada nevis ārstiem, bet finansistiem. Lai arī Saeimas sēdes laikā bija pietiekami daudz argumentu pret šī likuma ieviešanu, likums pirmajā lasījumā tika pieņemts (Bikava, 2016, 64–68). Pēc likumprojekta pieņemšanas pirmajā lasījumā sabiedriskajā telpā arvien vairāk tika diskutēts par šī likuma neatbilstību valsts un iedzīvotāju interesēm, pret likuma

virzīšanu iebilda gan Tiesībsargs, gan veselības nozares profesionāļu asociācijas, gan citas sabiedrības grupas (Bikava, 2016, 68–69).

Likumprojektu gatavojot 2. lasījumam, pēc “Zolitūdes traģēdijas” sekoja premjera Valda Dombrovska demisija un premjerministra amatā apstiprināja Laimdotu Straujumu, veselības ministrei Ingrīdai Circenei mazinājās politiskais atbalsts šīs reformas virzībai (Circene, 2016). Šī likumprojekta tālākā virzība nenotika veselības ministres demisijas dēļ, kas tika pamatota ar politiskā atbalsta trūkumu un veselības problēmām, kā arī premjeres Laimdotas Straujumas norādījumiem apturēt tālāku likuma virzību. Kā norāda premjere: “Vispirms gribu teikt, ka Circenes kundzes ideja bija laba. Rezultāts ir tāds, ka ārstu sabiedrība ir pret. Es nekad nepiekritīšu tam – ja mēs virzām kādu reformu, visa nozare nostājas pret, jo nozare parasti grib sakārtot sistēmu. Bet, ja nozare un pašvaldības nostājušās pret, es neredzu, kā mēs šo likumu varam pieņemt.” (LSM, 20.06.2014.)

Veselības aprūpes finansēšanas likuma virzība un pieņemšana 1. lasījumā, kā arī tālākā virzība līdz premjera demisijai un tā nomaiņai ir piemērs, kurš ilustrē to, kādas ir iespējas apstiprināt reformu ar nosacījumu, ja attiecīgās jomas ministrs pārstāv to pašu politisko spēku, kuru Ministru prezidents, un plānotā reforma atbilst kopējiem koalīcijas nosacījumiem. Šo likumsakarību ilustrē arī iepriekš apskatītais Tautas partijas laiks un pieņemtās reformas laika posmā, kad gan premjera, gan veselības ministra amatu ieņēma Tautas partijas pārstāvji, savukārt nespēju tālāk vadīt jomu brīdī, kad notika premjera maiņa un mainījās valdošās koalīcijas noteikumi.

Veselības aprūpes reformu neizdevās pieņemt, un jautājums tā arī palika neatrisināts līdz nākamās Saeimas nākšanai pie varas un veselības jomas pārņemšanas ZZS vadībā. 2017. gadā pēc iepriekšminētā konceptuālā ziņojuma apstiprināšanas valdībā tika noteikts nozares reformu ieviešanai nepieciešamais finansējums. Saskaņā ar koalīcijas padomē pieņemto lēmumu bija nepieciešams palielināt obligātās sociālās apdrošināšanas likmi par 1 %, finansējumu novizot veselības aprūpes budžeta pieaugumam, jau 2017. gadā pieņemot grozījumus likumā “Par valsts sociālo apdrošināšanu” un šo apņemšanos ierakstot Veselības aprūpes finansēšanas likuma anotācijā (2017).

Šis laika posms pamatā raksturīgs ar agrāk sāktās reformas turpināšanu, meklējot jaunas iespējas un risinājumus jomas finansēšanas problēmu risināšanai. Tāpat virzītas jaunas pārmaiņas, kuras inicializētas tehniskā progresa un kaimiņvalstu pieredzes ietekmē, – informācijas un komunikāciju tehnoloģiju attīstība radīja pieprasījumu pēc datu pieejamības, datu uzskaites un analīzes jeb “e-veselības” ieviešanas, attālinātas pakalpojumu saņemšanas jeb “telemedicīnas” un virknes plānošanas un attīstības dokumentu izstrādes, ko pieprasīja dalība ES. Raksturojot nozares attīstību šajā periodā, būtiskākais kavējošais faktors bija neveiktie

ieguldījumi cilvēkresursos jeb medicīnas darbinieku atalgojuma jautājums. Cilvēkresursu trūkums, jo īpaši māsu trūkums, būtiski pasliktināja situāciju veselības aprūpes jomā gadu gaitā. Ja sākotnēji valsts apmaksātie pakalpojumi nebija pieejami galvenokārt tādēļ, ka bija izsmeltas kvotas, tad pēdējos gados noteiktiem pakalpojumiem paredzētais valsts finansējums netika izlietots plānotajā apmērā tādēļ, ka nebija pieejami nepieciešamie speciālisti.

Vērtējot veselības politikas īstenošanu un reformas ieviešanu šajā laika posmā, novērojams, ka: 1) netiek pienācīgi analizētas veselību veidojošās sociālās determinantes, kas noved pie tautas veselības stāvokļa kopējās pasliktināšanās; 2) neskatoties uz visu starptautisko institūciju rekomendācijām un ieteikumiem, netiek būtiski palielināts veselības jomas finansējums; 3) nav pietiekami attīstīta primārā veselības aprūpe un tās pieejamība, kas noved pie nesamērīgām un nelietderīgām izmaksām stacionārā un terciārās aprūpes līmenī, kā arī būtiskiem novēršanās mirstības rādītājiem; 4) pieejamais jomas finansējums netiek izmantots pietiekami efektīvi un lietderīgi saskaņā ar pasaules praksi, jo trūkst tehnoloģiju novērtējums un ārstēšanas galarezultātu uzskaites un novērtēšana. Kopējais secinājums par šo periodu ir, ka veselības politika Latvijā netiek veidota un ieviesta, balstoties uz ilgtermiņa stratēģiju un plānu, bet tiek veidotas atsevišķas politiskas pārmaiņas kā atbildes reakcijas uz kādu noteiktu notikumu vai iniciatīvu (Bikava and Skride, 2018).

Pilsoniskās sabiedrības attīstības programmas, nodrošinot nevalstiskām organizācijām (NVO) pieejamus dažādu ārvalstu fondu un starpvalstu programmu finansējumus, veicināja strauju nevalstiskā sektora uzplaukumu. NVO straujā attīstība savukārt radīja jaunus izaicinājumus valsts pārvaldei, paredzot mainīt darbības un saskarsmes modeļus, kā arī ierasto kārtību, arvien vairāk iesaistot pilsonisko sabiedrību visos pārvaldes līmeņos. Speciāli izstrādātās programmas NVO kapacitātes attīstībai veicināja NVO izveidi un izaugsmi, pieejamas zināšanas un pieredzi interešu aizstāvībā, kas tika gūta, pateicoties dažādu ārvalstu fondu atbalstam. Tas sniedza iespējas interešu grupām aktīvi darboties un izmantot dažādas lobēšanas taktikas gan vēlamo lēmumu virzīšanai, gan to bloķēšanai. Politiskās pārmaiņas un plānotās reformas kļuva par aktuālu tematu gan sabiedrībā, gan medijos un radīja jaunus apstākļus, un pieprasīja specifiskas zināšanas un prasmes valsts iestādēm sadarbībā ar sabiedrību.

Skatot no mūsdienu pārvaldības teorijas (*Governance*) viedokļa, valstij ir tiesības noteiktus uzdevumus un pienākumus deleģēt privātajam sektoram gadījumā, ja privātais sektors tos var realizēt efektīvāk, jo tam ir noteiktas zināšanas, kompetence un resursi. Bet saskaņā ar pārvaldības teoriju un Valsts pārvaldes iekārtas likumu valsts nevar deleģēt pārraudzības un projekta uzraudzības funkciju ārējam pakalpojumu sniedzējam. Tomēr, kā tika novērots “E-veselības Latvijā” ieviešanas ziņojumā, šie uzdevumi tika uzticēti ārējam pakalpojumu

sniedzējam. Tāpat mūsdienu pārvaldībai, jo īpaši realizējot projektus, kur iesaistītas vairākas puses, visā projekta izstrādes ciklā no idejas līdz novērtēšanai nepieciešama visu iesaistīto pušu aktīva iesaiste, nodrošinot gan līdzdalības, gan līdzdarbības iespējas. Lai arī finansiālie ierobežojumi būtiski kavēja reformas īstenošanu, šajā laika posmā bija pārmaiņas izpratnē par valsts pārvaldes un sabiedrības mijiedarbību, līdzdalību un līdzdarbību. Jau 2002. gadā pieņemtais “Valsts pārvaldes iekārtas likums” paredzēja sabiedrības līdzdalību, nosakot, ka “iestāde savā darbībā iesaista sabiedrības pārstāvjus (sabiedrisko organizāciju un citu organizētu grupu pārstāvjus, atsevišķas kompetentas personas), iekļaujot viņus darba grupās, konsultatīvajās padomēs vai lūdzot sniegt atzinumus”, kā arī paredzot sabiedrisko apspriešanu un citas pieļaujamās formas sabiedrības iesaistei politikas veidošanā, īstenošanā un novērtēšanā. Tomēr līdz reālai sabiedrības un valsts pārvaldes sadarbības īstenošanai pagāja vairāk nekā 10 gadi kopš šīs apņemšanās.

Par sabiedrības iekļaušanas valsts pārvaldes darbā un sadarbībā apliecinājumu var uzskatīt 2014. gadā noslēgto “Nevalstisko organizāciju un Ministru kabineta sadarbības memorandu”. Šī memoranda mērķis bija “sekmēt efektīvas un sabiedrības interesēm atbilstošas valsts pārvaldes darbību, nodrošinot pilsoniskās sabiedrības attīstību un iesaisti lēmumu pieņemšanas procesos visos līmeņos un posmos”. Vienlaikus veselības nozarē šajā posmā joprojām nebija izplatīta sadarbība ne tikai ar sabiedrību, bet arī ar nozares pārstāvjiem, par ko liecināja notikumi ar veselības ministres Ingrīdas Circenes demisiju 2014. gadā, kad saasinājās pretrunas starp nozari un ministriju reformu ieviešanā. Laika posms pēc veselības ministres Ingrīdas Circenes demisijas, kur kā viens no iemesliem minēts nozares atbalsta trūkums, iezīmē salīdzinoši jaunu politikas veidošanas kultūru Latvijas veselības aprūpes jomā, apzinoties sadarbības un līdzdarbības nozīmi politikas veidošanas un ieviešanas procesos.

Nākamais ministrs Dainis Belēvičs, sākot ar 2016. gadu, uzsāka veidot sadarbību ar nozari, slēdzot sadarbības memorandus, veicinot sadarbību starp ministriju un nevalstisko sektoru. Tomēr, kā var secināt no paustajiem viedokļiem, valdības deklarācijā ierakstīto apņemšanos stiprināt produktīvu sadarbību ar nozari izdevies tikai “uz papīra” – parakstot sadarbības memorandus ar lauku ģimenes ārstiem (LETA, 26.02.2016.), Veselības aprūpes darba devēju asociāciju, kas pārstāv privātātā sektora veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējus (LETA, 08.03.2016.), Latvijas Māsu asociāciju (MEDICINE.LV, 15.04.2016.). Tomēr realitātē šajā laikā neizdevās panākt veiksmīgu sadarbību, jo, kā norāda Latvijas Ģimenes ārstu asociācija, “memorandiem nav nekāda saistoša spēka un ministriem darba kārtību nosaka likumi un Ministru kabineta noteikumi” (LSM, 04.03.2016.). Kritisku attieksmi par ministra darbu pauda ne tikai ģimenes ārsti, bet arī Latvijas Ārstu biedrības pārstāvji, piemēram, par

plānotajām reformām rezidentūras modelī, apšaubot ministra kompetenci un spējas jebkāda veidā atrisināt šos jautājumus (NRA, 16.03.2016.).

Saskaņā ar mūsdienu demokrātiskas valsts pārvaldību reformu ieviešana ir jārealizē nevis pa varas vertikāli, nosakot kārtību, kā īstenot pārmaiņas, un uzspiežot to realizēšanu, bet horizontāli, nodrošinot visu ar pārmaiņām saistīto pušu iesaisti un līdzdarbību. Realizējot labas pārvaldības likumiem atbilstošu procesu, ekspertu sarunu un diskusiju rezultātā, izstrādājot tādu sinerģisku risinājumu, kurš ir pamatots un skaidrots visiem iesaistītajiem un guvis visu iesaistīto pušu akceptu, lai arī ne vienmēr pilnībā realizējot katras puses intereses. Arī Pasaules Bankas ziņojumā (WorldBank, 2016) par veselības aprūpes nozares reformu iespējām Latvijā ir norādīts: “Lai reformas būtu sekmīgas, ir jāiesaista plašs ieinteresēto pušu loks, tostarp veselības aprūpē strādājošie, medicīnas speciālisti, pašvaldības, privātais sektors un patērētāji. Reformām vienmēr būs pretinieki, kuri ir aktīvi jāiesaista procesā, regulāri ar tiem komunicējot un mēģinot viņus pārliecināt.” Jauns pavērsiens politikas veidošanas kultūrā un īstenošanā nenotika pēc parakstītā memoranda, bet prakse tika iedzīvināta pakāpeniski. Veicot nozares pārstāvju intervēšanu, aktīva sadarbība un līdzdarbība starp Veselības ministriju un nozares pārstāvjiem, kā arī pacientiem tiek saistīta tikai, sākot ar ministres Andas Čakšas laiku.

Raksturojot sadarbību ar Veselības ministriju, privātās veselības apdrošinātāju pārstāvis J. Abāšins (2017) norāda, ka līdz šim nav ticis analizēts kopējais iedzīvotājiem sniegto pakalpojumu apjoms un “ar Andas Čakšas ienākšanu tā bilde mazliet mainījās, jo viņa teica: paga – bet nu arī privātie ir tie, kuru nauda ieplūst slimnīcās. Mums tā kā būtu jāredz tā kopējā bilde, jo citādi mēs to kopējo bildi tā sakarīgi neredzam. Tas finansējums jau nāk no 3 avotiem: 1) valsts budžets; 2) pašvaldību budžets un 3) apdrošināšana, caur ko tās naudas ienāk tajās pašās slimnīcās”. Kā būtiskākās problēmas privāto veselības apdrošinātāju sadarbībā ar Veselības ministriju un tās iestādēm laika gaitā norādītas problēmas, kas saistītas ar dažādo darbības kursa maiņu, kas saistāma ar ministru nomaiņu un citu dienaskārtību. Kopumā raksturojot pārmaiņas nozarē, tiek norādīts, ka situācija sāk stabilizēties, jo, salīdzinot ar ministra D. Belēviča laiku, “kad ministrijas darbības virziens bija tāds nesaprotams: bija rīta stratēģija un vakara stratēģija! Un tad nevarēja saprast” (Abāšins, 2017) – tad šobrīd situācija ir uzlabojusies un rodas iespaids, sākot ar A. Čakšas vadību, ir iestājusies tāda lielāka stabilitāte, bez eksperimentēšanas un mētāšanās.

Kā intervijā norāda Latvijas Ārstu biedrības pārstāvis A. Baumanis (2017), ieviešot e-veselības sistēmu, galvenie lietotāji pamatā bija ārstniecības personas: “No Ārstu biedrības un Ģimenes ārstu asociācijas bija tikai daži cilvēki, ar kuriem vispār bija paredzēts kontaktēties.” Tas liecina par to, ka valsts, pasūtot risinājumu, kura galvenie lietotāji ir ārstniecības personas, nenoskaidroja vajadzības, kas ir nepieciešamas ārstniecības personām. Īstenojot pārvaldības

prakse, realizējot sistēmu, kuras plānošanā un definēšanā netika iesaistīti gala lietotāji, noveda pie ārstniecības personu protestiem un sabotāžas sistēmas ieviešanā (Bikava and Kreituse, 2018a) un pārvaldības kā būtiskā kavējošā faktora ietekmi uz e-veselības ieviešanu Latvijā (Bikava and Kreituse, 2018b). Raksturojot sadarbību no Veselības aprūpes darba devēju asociācijas (VADDA) puses, kas pārstāv privātā sektora veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējus, Ināra Pētersone (2018) norāda: “Neraugoties uz to, ka jau Belēviča kunga laikā bija noslēgts memorands arī ar mūsu asociāciju, parasti jau ir kā – viens ir dokumenti, bet galvenais ir no abu pušu vēlmes sadarboties. Un vai tā sadarbība nāk no sirds, vai viņa nāk, teiksim, vienkārši tāpēc, ka ir ķeksītis jāatķeksē. Un man Veselības ministrijas sadarbība, it sevišķi ar privātajiem, nosliecas uz ķeksīša pusi.” Šāds secinājums ir saistīts ar to, ka pārstāvji tiek iesaistīti dažādās darba grupās, tie gatavo un sūta atzinumus, iebildumus, ierosinājumus un viedokļus, bet tie bieži netiek ņemti vērā. Savukārt kvalitatīvas sadarbības trūkums noved pie tā, ka “normatīvie akti, kas ir veselības aprūpē, kvalitāte viņiem ir, tādā steigā darot, neizdiskutējot ir zema, tas ir viens, bet arī veidojas nesaskaņa – teiksim, varbūt pat citreiz ir labi domāts no Veselības ministrijas, bet neizdiskutējot, neizrunājot, nu tāds rūgtums paliek, nu tādas mieles savstarpēji” (Pētersone, 2017).

Raksturojot ģimenes ārstu sadarbību ar Veselības ministriju, kā norāda Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācijas valdes locekle Sandra Gintere, “viss nav tik melns, kā viņu mālē, un nav arī tik balts!”, atzīstot, ka viss lielā mērā ir atkarīgs no personām un tā, ar kādiem uzstādījumiem tiek iets uz sarunu. “Ja cilvēks iestājas pozā – nē, un cauri! Un visa saruna, kur vajadzētu runāt pēc būtības, aiziet par punktiem un komatiem – dabīgi, ka tur nebūs rezultāta!” Savukārt gadījumos, kad abas puses ir spējīgas meklēt kopīgus mērķus un saskarsmes punktus, kā arī iziet uz kompromisiem, tad var panākt pārmaiņas un izpratni. Raksturojot sadarbību 2017. gadā un skatoties nākotnē, S. Gintere (2017) stāsta: “Principā tagad, kad vismaz Čakša bija un Belēvičs, nu mums bija labas iestrādnēs. Arī tagad mums ir labas iestrādnēs – protams, nomainīsies ministrs, viņiem jau tā pārmantotība, secība nav – ja viņi visu to kancelē, nu tad viss ir slikti! Un viss – sāk atkal! Paiet tie daži gadi, kad nu jau atkal ir sapratis, par ko iet runa, a termiņš jau beidzies!”

Mūsu asociācija, raksturojot sadarbību, apgalvo, ka sadarbība gan ar Veselības ministriju, gan arodbiedrību, gan ārstu profesionālajam asociācijām ir veiksmīga. Lai arī ir problēmas, kuras ministrija daudzus gadus nav spējusi atrisināt, piemēram, attiecībā uz algu pieaugumu māsām, kā norāda D. Raiska (2018): “Jā, mēs labi zinām šobrīd, ka tas ir budžeta jautājums – visas lietas ir iezīmētas, bet kā tas realizēsies?” Bet tajā pašā laikā, neskatoties uz šo nozīmīgo jautājumu, tiek virzīti arī citi jautājumi, kā atzīst D. Raiska (2018): “Viena lieta ir algas paaugstinājums, viena lieta ir motivējošās programmas, bet otra lieta ir profesionālā

atbildība.” Un, sadarbojoties ar visām iesaistītajām pusēm, aktīvi līdzdarbojoties, tiek virzīti jautājumi par pārmaiņām māsas profesijā, “ja māsa spēs uzņemties vairāk, sabiedrība vairāk viņas sadzirdēs – jau var teikt, solīti pa solītim uz to ejam sadarbībā ar Veselības ministriju, kas arī iezīmēsies primārajā aprūpē. Tāpēc jau mēs šodien esam pie apaļā galda, mēs esam pie diskusiju galda”.

Farmācijas nozare aktīvi sadarbojas ne vien ar ministriju, bet arī ar citiem nozares pārstāvjiem. Lielā mērā farmācija ir nozare, kas pati sniedz un virza priekšlikumus nozares regulējuma sakārtošanai. Latvijas Patentbrīvo medikamentu asociācijas valdes priekšsēdētājs Egils Einārs Jurševics (2019), norādot par ētikas kodeksa izstrādi, kas vēlāk tapa par Ministru kabineta noteikumiem par zāļu izplatīšanu un reklamēšanu, stāsta: “Mēs paši stimulējam tolaik, lai tas būtu iekļauts Ministru kabineta noteikumos un lai tas attiektos uz visiem. Nu tad tas mums diezgan ilgi gāja, bet beigās tomēr pieņēma šos grozījumus. Patreiz mēs esam ierosinājuši, ka tam būtu jāattiecas arī uz medicīnisko preču ražotājiem, jo tur arī ļoti lielas naudas un tur arī viss nav tīrs. Un, pateicoties visiem šiem pasākumiem, tomēr tā situācija tirgū ir uzlabojusies.” Raksturojot sadarbību ar Veselības ministriju, E. E. Jurševics (2019) atzīst: “Izņemot Belēviča laiku, ar Čakšu nebija nekādu īpašu problēmu, viss notika, bet nu nebija tā Farmācijas jomas konsultatīvā padome, bet tā globāli farmācijas politiku mazāk runājām. Bet par tām visām iniciatīvām, izmaiņām normatīvajos aktos bija tās sabiedriskās apspriedes. Mēs tikāmies un savas iebildes varējām sniegt un runājām.”

Savukārt, raksturojot sadarbību ar pacientu organizācijām, E. E. Jurševics norāda uz pacientu biedrību neatkarības trūkumu, sakot, ka “ar pacientu biedrībām ir tā, ka, teikšu pilnīgi atklāti, mums ir problēma. Pacientu biedrības, izņemot “Sustento”, vairāk vai mazāk, es jums nevaru pateikt tādu kārtīgu pacientu biedrību, kurai aizmugurē nestāvētu kāds ražotājs ar savu interesi.” Lai arī par šo problēmu tiek runāts samērā maz, E. E. Jurševica izteikums ir ļoti pamatots, jo valsts finansējums neparedz sniegt finansējumu un atbalstīt pacientu biedrības, kā rezultātā, apskatot pacientu biedrību gada pārskatus un finansējuma avotus, nozīmīgu daļu no tiem veido zāļu ražotāju vai izplatītāju ziedojumi.

Skatoties no pacientu organizāciju viedokļa, pacientu biedrības *AGIHAS* pārstāvis Andris Veīķenīks (2019) atzīst, ka “Veselības ministrijai ar mums sadarbība ir izveidojusies visai laba. Mums ne vienmēr ir bijušas labas attiecības. Bet ļoti nepopulāri es tagad runāšu, bet Andas Čakšas laikā patiesībā mūsu nozarē izdevās sasniegt to, kas visus iepriekšējos 20 gadus nebija izdevies. Mēs gājām ar konstruktīviem priekšlikumiem, ne tikai mēs, bet praktiski visa nozare”. Raksturojot veiksmīgas sadarbības faktoros, pacientu biedrības pārstāvis norāda uz pašas biedrības nepieciešamību pēc kompetences un aktīvas līdzdarbošanās, atsaucoties uz divām nozīmīgām programmām, kas tagad ir iekļautas kā valsts apmaksātās programmas:

1) piena maisījumu apmaksā bērniem, kuru māmiņas ir HIV pozitīvas, un 2) HIV pacientu līdzestības kabinetu izveide. Abas iniciatīvas sākotnēji tika realizētas, piesaistot fondu finansējumu vai ziedotāju atbalstu, un pēc tam, kad to realizācija bija sekmīga un varēja uzrādīt konkrētus izmērāmus sniegtumus un ietekmi uz sabiedrības kopējo veselību, tās veiksmīgi izdevās iekļaut valsts finansētajās programmās. Kā norāda A. Veikēnieks (2019): “Ja tu ej un ar ministriem konstruktīvi komunicē un pamato – kāpēc tas ir vajadzīgs? Tu vari sasniegt to! Caur medijiem cilvēki raud un runā, ka valstī neko nevar panākt, ka neko nevar izdarīt – bet Tu pamēģini! Var! Patiešām var! Tu nevari iet tā – dodiet naudu! Tā tas nestrādā! Tev ir jāiziet tam konstruktīvi. Un tur viņi vērtē – vai patiešām tas kaut ko dod vai nedod! Vai ir labums sabiedrībai, pacientiem.”

Savukārt, raksturojot sadarbību ar nozari no Veselības ministrijas puses, veselības ministre Anda Čakša (2018) stāsta: “Ir ļoti daudz dažādas interešu grupas, un tad, kad Veselības ministrija gatavo vai nu Ministru kabineta noteikumus, vai priekšlikumus likumprojektam, tad tas mērķis ir nevis izpildīt kādas asociācijas vēlmes, bet sakārtot to procesu tā, lai pacients, kurš ir tā kā gala patērētājs šim produktam, ko mēs kopīgi radām visvienkāršākajā, labākajā veidā, šo pakalpojumu var saņemt.” Raksturojot projektu apspriešanas, saskaņošanas un virzīšanas procesu mūsdienu Latvijas valsts pārvaldes sistēmā, projekta skaņošanā un pilnveidē ir iesaistīti ne tikai nozares pārstāvji, starp kuriem jau pašiem reizēm ir novērojamas pretrunas, bet papildus ir iesaistītas citas ministrijas. Kā būtiskākos projektu grozījumu iemeslus norādot, ka bieži vien tiek saņemti iebildumi no Tieslietu vai Finanšu ministrijas pārstāvjiem, kuru iesaiste tālākā projekta virzīšanā ir būtiska, un tādējādi bieži vien nākas ievērojami labot, grozīt vai pat izņemt priekšlikumus, kas ir saņemti un iestrādāti no nozares puses projekta izstrādes vai apspriešanas iepriekšējos posmos. Kā šo procesu raksturo A. Čakša (2018): “Ja jūs aptaujāsi citus ministrus, tad jūs varat sagatavot kaut ko vienu, nu jūs griežat rasolu vai cepat kūku – a tur galā iznāk kanapē ar kaut kādiem spargeļiem, ja nu, es atvainojos!”

Raksturojot sadarbību ar nozari, valsts sekretāre un bijusī Nacionālā veselības dienesta vadītāja Daina Mūrmane-Umbraško (2018) norāda: “Daudz kas ir atkarīgs no vadītājiem, pat ļoti vienozīmīgi. Mūsu asociācija laikam ir vispilgtākais piemērs: viņi patiešām atnāk ar ļoti konkrētu, skaidru priekšlikumu. Jā, tur ir daudz darbi, kas jādara arī ministrijai. Bet viņi atnāca ar piedāvājumu, un mēs tajā redzējām milzīgu pievienoto vērtību. Un ejam, jā – varbūt ne tik ātri, kā gribam.” Līdzīgi kā ļoti veiksmīga raksturota sadarbība ar ginekologu asociāciju: “Viņi nāk jau ar profesionāliem piedāvājumiem, skaidriem datiem, kur mēs tad jau varam strādāt pie tā, nevis paši vēl meklēt un saprast, vai tas ir tā vai nē.” (Mūrmane-Umbraško, 2018). Līdz ar to, kopumā raksturojot sadarbību ar nozari, tiek norādīts, ka veiksmīga tā ir ar asociācijām, kuras pašas aktīvi virza un iesaistās pārmaiņu rosināšanā un veidošanā ar savu kompetenci un

ekspertīzi. Tā rezultātā reizēm rodas iespāids par noteiktu asociāciju vadītāju lobismu, kā norāda D. M. Umbraško (2018): “Vienmēr tiek pārņemts, jā – bet lielā mērā dēļ viņu ekspertīzes viņi ir izlobējuši to savu vajadzību, jo, ja viņi atnāk un konkrēti pierāda, nu mēs jau nesakām nē!” Līdzīgi tiek raksturota arī sadarbība ar farmācijas jomu: “Resurss viņiem ir liels, un viņiem tiešām ir kompetence. Varbūt vēl arī drusciņ sarežģītāk, jo te ir jāņem vērā tas lobija faktors. Un tad ir tiešām jāsaprot, vai tas jautājums, ko virza, ir tāpēc, ka tas ir lobēts kāda konkrēta interesēs, vai tas tomēr ir sistēmu kopēji uzlabojošs?”

Kopumā novērtējot un raksturojot Veselības ministrijā īstenoto sadarbības praksi, kā norāda Veselības ministrijas valsts sekretāre D. M. Umbraško (2018): “Mēs esam paši kā ministrija mainījuši savu pieeju. Mēs uz darba grupām tagad nesaucam saukšanas pēc, mēs saucam tad – ja mēs kā ministrija paši esam gatavi runāt, un nevis kā kādreiz – kad mums vienkārši vajag viedokli.” Šāda prakses maiņa ir saistīta ar agrāko pieredzi, kad bieži vien darba grupās darbs bija neproduktīvs un daudz laika tika patērēts, analizējot un uzklusot viedokļus, bet vēlāk nonākot pie atziņas, ka pie šīs izmaiņas nav vērts strādāt, kas noveda pie kopējās motivācijas trūkuma iesaistīties jautājuma risināšanā. D. M. Umbraško, runājot par jauno praksi, pauž: “Mēs jau pēc iespējas paši sagatavojamies, lai tiešām tā saruna ir ar kaut kādu mērķi. Tad tā kā vienu brīdi bija skepse, ka neko vairs tā īsti negrib darīt, bet tā kā tieši pēdējos tos divus gadus, es te pat teiktu, tā riktīgi ir lietas, ko viņi tomēr atzīst, ka ir aizgājušas.”

Ņemot vērā D. M. Umbraško ilgo pieredzi, darbojoties veselības jomā dažādās iestādēs un amatos, vērojot kopējo pārvaldības maiņu sistēmā, raksturojot sadarbību ar slimnīcu vadītājiem, tiek novērots, ka “jaunā ārstu paaudze, kas ienāk – ir pilnīgi atšķirīga, nekā vecā! Viņi ir gatavi nākt ar priekšlikumiem, protams – viņi ir jāiesaista. Viņi noteikti ir jānovērtē, viņi ir gatavi kaut ko mainīt, un īstenībā mēs to redzam arī ministrijā. Savukārt, vecie – teiksim, tā paaudze ir vairāk tādi – ja pateiks man ar rīkojumu, ka man tā ir jādara, tad es to darīšu, bet ar savu iniciatīvu īpaši nenākšu” (Mūrmane-Umbraško, 2018). Papildus valsts sekretāre D. M. Umbraško (2018) norāda uz vēl vienu darbinieku grupu, kas vērojami katrā pusē, gan nozares, gan ministrijas: “Ir cilvēki, kas iesprūst... bet es domāju, ka mums katram ir kaut kāds tāds brīdis, un to mēs redzam arī pēc mūsu sadarbības partneriem, un arī mēs kā ministrija – reizēm iesprūstam uz kaut ko... Tās iepriekšējās neveiksmes un ieradumi bieži kavē.”

Apkopojot dažādos sadarbību raksturojošos viedokļus, var secināt, ka, neskatoties uz normatīvo prasību par sadarbību un līdzdarbību politikas veidošanā, veiksmīga sadarbība starp jomas pārstāvjiem un nozares ministriju ir izveidojusies atsevišķām NVO. Tomēr, kā intervijās norāda abas puses, sadarbības rezultāti un veiksmē lielā mērā ir saistīta ar pašu NVO spēju aktīvi līdzdarboties un iesaistīties, kā arī patstāvīgi un pastāvīgi virzīt noteiktas jomai nepieciešamās pārmaiņas. Detalizētāk sadarbības prakse ir analizēta un aprakstīta publikācijā

par to, cik spēcīga un ietekmīga ir sabiedrības balss veselības politikā (Bikava, Kreituse un Skride, 2020). No tā var secināt, ka pilnvērtīgu “labas pārvaldības principu” īstenošanai un iedzīvināšanai Latvijas veselības jomā bija nepieciešami teju 20 gadi pēc šo principu iekļaušanas likumā.

Salīdzinot ar starptautisko pieredzi, kurā ārstniecības personām un jo īpaši ārstiem tiek piedēvēta ļoti ietekmīga loma un veto tiesības noteiktu pārmaiņu rosināšanai, ieviešanai vai kavēšanai, kā rāda Latvijas pieredze, ārstu politiskā ietekme Latvijā nav novērojama kā nozīmīga. Lai arī ārstus, māsas un citas ārstniecības personas pārstāv biedrības, asociācijas un arodbiedrības un ir notikušas dažādas protesta akcijas, lai pievērstu sabiedrības un politiķu uzmanību nozarē būtiskiem jautājumiem, tomēr šīs aktivitātes nav sniegušas noteiktus rezultātus. Līdz ar to var secināt, ka Latvijā šo ārstniecības personu un ārstu pārstāvošo NVO ietekme un politiskā vara ir relatīvi neliela un nepietiekama, salīdzinot ar citu valstu aprakstīto praksi.

Analizējot un novērtējot veselības politikas reformu 30 gadu laika periodā un domājot par tālāko pārmaiņu sekmīgāku īstenošanu nākotnē, politikas veidotājiem un īstenotājiem ir jāņem vērā Valsts kontroles Revīzijas ziņojumā (2020, 6) norādītais: “Lai jebkura reforma būtu jēgpilna un sasniegtu tajā izvirzītos mērķus, reformu sagatavošanas procesam un reformu īstenošanai ir vairāki būtiski priekšnoteikumi – skaidri definēti mērķi, mērķu un rezultātīvo rādītāju sistēma, kvalitatīvi dati pierādījumos balstītas politikas definēšanai un īstenošanai, atbilstoši finanšu un cilvēkresursi, efektīva reformu administratīvā un politiskā vadība un mērķtiecīga visu iesaistīto iestāžu darbība.” Kā, runājot par kvalitatīvu veselības reformu iespējamību, norāda veselības ekonomiste D. Behmane: “Ja mēs gribam mainīt sistēmu kopumā, mums ir jābūt pietiekamam resursam, tiem cilvēkiem, kas to izstrādā, lai tiešām nopamato. Lai politiķiem spētu pamatot, ka mēs ejam vienā vai otrā virzienā. Droši vien, ka tas arī bija klupšanas akmens, ka tur to nevarēja nopamatot, vai arī – ja tas piedāvājums pats bija tāds, kurš pats bija ļoti diskutabls.”

Secinājumi

Latvijas veselības politikas pārmaiņas, kas notika laika posmā no 1990. līdz 2020. gadam un saistītas ar politiskās un ekonomiskās iekārtas maiņu pēc neatkarības atjaunošanas, ir daļa no nozīmīgām kopējām valsts režīma un valsts iekārtas pārmaiņām. Kopējais valsts attīstības kurss, mainot politisko un ekonomisko iekārtu no plānveida centralizētas ekonomikas uz brīvā tirgus principos balstītu iekārtu, bija nozīmīgs izaicinājums visām bijušās PSRS valstīm, arī Latvijai. Latvijā veselības reforma ar uzstādījumu mainīt veselības aprūpes organizēšanas modeli, atsakoties no PSRS laikā eksistējošā “Semaško” modeļa un ieviešot jaunu decentralizētu un deregulētu modeli, kurā veselības aprūpes nozarē tiek veicināta uzņēmējdarbība un ieviesta brīvā tirgus un konkurences principi, tika uzsākta uzreiz pēc neatkarības atjaunošanas 1990. gadā. Reforma tika īstenota ar mērķi uzlabot veselības aprūpes sistēmu, nodrošinot modernus un mūsdienīgus pakalpojumus, kas tiek sniegti atbilstoši iedzīvotāju vajadzībām, par atbilstošām cenām un kvalitāti.

Promocijas darba ietvaros, lai sasniegtu izvirzīto mērķi *“izvērtēt Latvijas veselības aprūpes reformu laikposmā no 1990. līdz 2020. gadam vēsturiskā institucionālisma skatījumā”*, veikta ilgtermiņa veselības aprūpes sistēmas pārmaiņu analīze. Pētījuma analīzes pirmajā daļā saskaņā ar pētniecisko jautājumu *“PJI: Kādas veselības politikas pārmaiņas tika realizētas veselības aprūpes reformas ietvaros laika periodā no 1990. līdz 2020. gadam?”* raksturotas veselības politikā realizētās pārmaiņas šajā laika periodā, balstoties uz dokumentu izpēti un citu pētnieku darbiem par veselības politikas veidošanu un rezultātiem. Secīgs veselības politikas pārmaiņu raksturojums saskaņā ar vēsturiskā institucionālisma pieeju nodrošina iespēju izsekot pārmaiņām, tādējādi nodrošinot nepieciešamo analītisko skaidrību. Šādas aprakstošas pieejas trūkums ir atkarība no interpretācijas un citu autoru ietekmes skaidrojuma sniegšanā, kā arī objektivitātes trūkums. Lai kompensētu šo objektivitātes trūkumu, ir apskatīti kvantitatīvie rādītāji, kas raksturo sabiedrības veselības stāvokli un tiek izmantoti veselības aprūpes sistēmu raksturošanā un starptautiskā salīdzināšanā.

Saskaņā ar veikto izpēti veselības reformas ietvaros tika realizētas pārmaiņas šādos ar veselības aprūpi saistītos aspektos: 1) izmaiņas veselības aprūpes finansēšanas modelī – kur pirmās izmaiņas notika jau 1993. gadā; 2) veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanas modelī – kur pirmās izmaiņas sākās 1996. gadā, uzsākot primārās, sekundārās un terciārās veselības aprūpes pārmaiņas. Papildus pārmaiņām šajos divos būtiskākajos veidos, kā tiek finansēta veselības aprūpe un kā tiek nodrošināta pakalpojumu sniegšana iedzīvotājiem, izdalāmas vēl divas būtiskas pārmaiņas, kas raksturīgas Latvijas veselības aprūpes jomai: cilvēkresursu nodrošinājuma politikas pārmaiņas un elektroniskā veselības ieraksta ieviešana. Lai gan ir pagājuši 30 reformas ieviešanas gadi kopš tās uzsākšanas, veselības aprūpes

pieejamības problēma un nepieciešamība pēc veselības nozares pārmaiņām aktualitāti nav zaudējusi arī apskatāmā perioda beigū posmā.

Veselības aprūpes modeļa pārmaiņu analīze atklāja, ka pārmaiņas finansēšanas modelī reformas laikā ir veiktas vairākkārt, jo īpaši daudz reformas pirmajos 10 gados. Laika gaitā ir būtiski audzis veselības jomas finansējums absolūtā naudas apmērā, bet, izskatot šo finansējumu kā daļu no kopējiem valsts budžeta izdevumiem vai kā daļu no IKP, šie rādītāji arī gados ar visaugstāko finansējumu sasniedz vien 11 % no valsts kopējiem budžeta izdevumiem un nedaudz virs 4 % no IKP, kas ir ievērojami zemāks, salīdzinot ar vidējiem ES rādītājiem. Nepietiekamais finansējums ir viens no biežāk norādītajiem iemesliem gandrīz visos ziņojumos un Latvijas veselības jomas pārskatos, kādēļ nav sasniegts mērķis nodrošināt iedzīvotājiem pieejamu veselības aprūpi un būtiski uzlabot sabiedrības veselības rādītājus. Nepietiekamais finansējums ir tieši saistīts ar vairākām problēmām veselības aprūpē: ļoti ierobežotām iespējām pārskatīt un noteikt reālām izmaksām atbilstošus veselības aprūpes pakalpojumu tarifus; palielināt valsts apmaksāto pakalpojumu kvotas, tā mazinot rindas; iekļaut valsts kompensējamo medikamentu sarakstā jaunus medikamentus un paplašināt diagnozes, kurām tie tiek apmaksāti; iekļaut valsts apmaksāto pakalpojumu grozā jaunus diagnostikas un ārstēšanas pakalpojumus. Nepietiekamais finansējums ir arī būtiskākais šķērslis paaugstināt ārstniecības personu atalgojumu, kas savukārt kavē ārstniecības personāla pietiekama nodrošinājuma problēmas risināšanu un paaudžu nomaiņu.

Veselības aprūpes organizēšanas pārmaiņu analīze atklāja, ka viena no nozīmīgākām pārmaiņām, kas reformas ietvaros ir realizēta, sākās 1996. gadā, būtiski mainot veselības aprūpes sistēmu – ieviešot primāro, sekundāro, terciāro un neatliekamo palīdzību, kā arī ģimenes ārsta prakses. Pārmaiņas šajā jomā notika ļoti pakāpeniski, un reformas sākuma posmā nebija novērojams būtisks primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju pieaugums. Kopējās jomas pārraudzības trūkuma dēļ nebija realizēta centralizēta jomas pārvaldība un tās vienots attīstības plāns, kā dēļ bija problēmas ar investīciju piesaisti atkarībā no iestādes piederības veida. Nākamajos periodos, kad investīcijas bija pieejamas, tās tika apgūtas bez kopēja valsts plāna, kā ietekmē noveda pie neefektīvas pakalpojumu alokācijas un no izmaksu viedokļa nelietderīgi ieguldītiem līdzekļiem. Reformas vidus posmā, 2004. gadā, tika izstrādāts pakalpojumu sniedzēju māsterplāns, ar kura apstiprināšanu laika posmā no 2005. līdz 2010. gadam tika uzsākta valsts vadīta plānveidīga pakalpojumu attīstība. Atbilstoši kvantitatīvo datu rādītājiem reformas laikā ir novērojamas būtiskas izmaiņas ambulatoro un stacionāro pakalpojumu sniedzējos: slimnīcu skaits un gultasvietu skaits samazināts par divām trešdaļām, ambulatoro iestāžu skaits pieaudzis desmitkārt, ieviestas ģimenes ārstu prakses un veikta NMP reforma. No tā var secināt, ka reforma daļā, kas attiecās uz pakalpojumu sniedzēju reformu, ir

bijusi sekmīga, jo izdevies izveidot tādu no izmaksu viedokļa efektīvu slimmīcu un ambulatoro pakalpojumu tīklu, kas nodrošina iedzīvotājiem ģeogrāfiski pieejamus pakalpojumus.

Īstenojot pārmaiņas pakalpojumu sniegšanā, ir izdevies sasniegt reformas mērķi, ieviešot modernu un efektīvu veselības aprūpi, par ko liecina uz pusi samazinājies vidējais ārstēšanas ilgums slimmīcā. Lai arī pārmaiņas pakalpojumu sniedzēju tīkla nodrošināšanā ir bijušas sekmīgas, kā liecina informatīvie ziņojumi par veselības aprūpes jomu, kā arī dati par stacionēšanas gadījumu skaitu un ambulatoro apmeklējumu skaitu, nav izdevies veiksmīgi ieviest šo principu, jo iedzīvotāji mazāk apmeklē ārstus ambulatori un joprojām ir augsts hospitalizēto pacientu īpatsvars. Kā izriet no pētījumā apskatītajiem ziņojumiem un analizētajiem datiem, veselības aprūpes pieejamības problēmas ir saistītas ar trim faktoriem: 1) nepietiekamais veselības aprūpes finansējums, kas rada ierobežotu pakalpojumu pieejamību, saistīts ar kvotām un gaidīšanas laiku; 2) pakalpojumu sniedzēju nespēja sniegt pakalpojumus atbilstoši noteiktajam valsts tarifam, kas ir neatbilstošs pakalpojuma reālajām izmaksām; 3) cilvēkresursu trūkums – kad pakalpojums netiek nodrošināts, jo nav pietiekamā apjomā pieejams nepieciešamais medicīnas personāls pakalpojuma sniegšanai.

Nozīmīga problēma Latvijas veselības aprūpes jomā visā apskatītajā periodā ir bijusi cilvēkresursu nodrošinājuma problēma. Kā rāda analīzes rezultāti, ir realizētas noteiktas pārmaiņas un fragmentāri šīs problēmas risinātas, gan ierobežotā finansējuma ietvaros palielinot atalgojumu iespēju robežās gados, kad tas bija iespējams, gan izmantojot dažādas specializētas ES finansējuma programmas, risinot problēmas reģionos. Tomēr, kā redzams no kopējiem rādītājiem perioda beigās, lai arī ir izdevies nedaudz uzlabot situāciju ar ārstu skaitu, tomēr māsu skaits, neskatoties uz realizētajām pārmaiņām, katru gadu turpina samazināties un, salīdzinot ar 1990. gadu, ir samazinājies par divām trešdaļām. Salīdzinājumā ar ES vidējiem rādītājiem Latvijā ir uz pusi mazāk māsu, nekā būtu nepieciešams atbilstoši iedzīvotāju skaitam. Ņemot vērā ārstniecības personāla nozīmīgo lomu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā, var secināt, ka cilvēkresursu trūkums un arvien turpinošais samazinājums īpaši māsu jomā ir būtisks drauds veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai, pat gadījumā, ja tiktu atrisināts finansējuma jautājums un tiktu rasta iespēja būtiski palielināt veselības aprūpes finansējumu.

Mainoties veselības aprūpes finansēšanas un organizēšanas principiem, kas ievieša praksi, kad “nauda seko pacientam” un nodrošināja iespēju, ka pacients var saņemt pakalpojumu jebkurā no iestādēm, kura tos sniedz, nevis tikai savas administratīvās teritorijas ietvaros, palielinājās iedzīvotāju mobilitāte. Līdz ar to kļuva aktuālāks arī jautājums par pacienta medicīniskās dokumentācijas pieejamību gadījumos, kad pacients dodas pakalpojumus saņemt citā iestādē, nevis tajā, kurā atrodas viņa “pacienta kartīte”, un vajadzība pēc elektroniskā veselības ieraksta. Izpētes rezultāti liecina, ka šo pārmaiņu ieviešana nav

īstenota sekmīgi, kas tiek skaidrots ar vairākiem faktoriem. Sākuma posmā – nepietiekams finansējums, kā rezultātā darbs pie pārmaiņu ieviešanas tiek uzsākts tikai 2008. gadā, kad ir pieejams ERAF finansējums. Otrs kavējošais faktors bija administratīvās kapacitātes projekta vadībai un kompetences trūkums, kā dēļ netika sekmīgi īstenota projekta pārvaldība, par ko liecināja gan intervijās paustais viedoklis, gan citi pētījumi par e-veselības ieviešanu.

Atbildot uz otro pētniecisko jautājumu “*PJ2: Kādi reformas mērķi tika sasniegti, veicot veselības aprūpes sistēmas reformu laika periodā no 1990. līdz 2020. gadam?*”, atbilstoši reformas ietvaros veikto pārmaiņu apskatam un rezultātiem var secināt, ka atsevišķos aspektos reforma bija sekmīga, piemēram, efektivitātes uzlabošana stacionāro pakalpojumu un medicīnas tehnoloģiju jomā, samazinot slimnīcu un gultasvietu skaitu, kā arī dienu skaitu, ko pacients vidēji pavada stacionārā. Reformas ietvaros izveidotā efektīvāka un modernāka medicīna diagnostikas un ārstēšanas ziņā nenoliedzami ir uzlabojusi kopējo veselības aprūpi valstī, par ko liecina arī iedzīvotāju mūža ilguma pieaugums, jaundzimušo vidējam paredzamam mūža ilgumam laika periodā no 1990. līdz 2020. gadam pieaugot no 69,5 līdz 75,1 gadam. Līdz ar to var secināt, ka ir izdevies sasniegt vienu no trim 1993. gadā uzsāktās reformas pamatmērķa uzdevumiem – “efektīvas veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju struktūras izveidošana”.

Savukārt sasniegt mērķa daļu “uz iedzīvotāju vērsta, racionālas un pieejamas veselības aprūpes sistēmas ieviešana”, kas paredzēja uzlabot veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, nodrošinot iedzīvotājiem iespējas laikus iegūt valsts apmaksātus pakalpojumus, – īstenot nav izdevies, par ko liecina vairāki rādītāji: augstais hospitalizācijas rādītājs un zemais ambulatoro apmeklējumu skaits, iedzīvotāju vērtējums par gadījumiem, kad nav veikta ārstēšanās vai pārbaude, kur dominējošais iemesls ir saistīts ar pakalpojumu izmaksām. Veselības aprūpes pieejamība tieši primārajā aprūpē ir apgrūtināta, kas ir saistīts gan tieši ar pakalpojumu pieejamību – cilvēkresursu nodrošinājumu, tarifiem un kvotām –, gan ar augstajiem pacientu maksājumiem.

Darba analīzes otrajā daļā veikta veselības reformas procesa analīze, lai atbildētu uz trešo pētniecisko jautājumu “*PJ3: Kāpēc kavējās izvirzīto mērķu sasniegšana, reformējot Latvijas veselības politiku laikposmā no 1990. līdz 2020. gadam?*” un sniegtu skaidrojumu, kādēļ nav izdevies sasniegt reformas izvirzīto mērķi – uzlabot veselības aprūpes pieejamību. Izpēte veikta saskaņā ar vēsturiskā institucionālisma un procesu izsekošanas pieeju, analizējot katra laika perioda kognitīvo, regulatīvo un normatīvo pīlāru, lai atklātu faktorus, kas sekmēja vai kavēja reformas ieviešanu.

Saskaņā ar teorijas atziņām nozīmīgu reformu īstenošanai labvēlīgākais periods ir tad, kad paveras “iespēju logs”, ko rada vai nu starptautiski notikumu vai būtiskas nacionāla līmeņa

izmaiņas vai satricinājumi, visbiežāk tās ir krīzes, varas maiņa pēc demokrātiskām vēlēšanām vai sociālie konflikti. Šāds iespēju logs ar politiskās iekārtas un režīma maiņu bija 90. gadu sākumā, kad Latvija atguva neatkarību un, kā tika secināts pētījumā, tieši sākotnējos gados visaktīvāk tika veiktas reformas valsts pārvaldē. Kā atklāja pētījums, Latvijā 90. gadu sākumā pastāvošais uzskats, ka ir radikāli jāmaina valsts loma ekonomiskajos procesos, atsakoties no centralizācijas un regulēšanas, bija saistīts ar padomju okupācijas gados īstenoto politiku, kas bija negatīvi ietekmējusi lauksaimniecību un ražošanu. Šis dominējošais uzskats tika izmantots vispārēji un piemērots visās jomās un politikās, tostarp veselības nozarē. Kopējais uzstādījums atteikties no valsts regulējošās lomas, ieviešot decentralizētus pakalpojumus, veselības nozarē izpaudās divos veidos: pirmkārt, deleģējot pašvaldībām pienākumu organizēt un nodrošināt veselības aprūpi iedzīvotājiem un, otrkārt, likvidējot institūciju – Veselības aizsardzības ministriju. Šo valdošo ideju ietekmē tika pārskatīti Veselības aizsardzības ministrijas uzdevumi un Sociālās nodrošināšanas ministrijas uzdevumi un, atsakoties no valsts regulējošajiem uzdevumiem, 1991. gadā veikta šo institūciju apvienošana, izveidojot Labklājības ministriju. Saskaņā ar jaunizveidotās Labklājības ministrijas nolikumu virkne uzdevumu, kas agrāk bija Veselības aizsardzības ministrijas pārziņā, netika vairs īstenoti jaunajā pārvaldes modelī.

Tādējādi valsts pārvalde atteicās no vairāku regulatīvo funkciju īstenošanas, tostarp izstrādāt un realizēt veselības aizsardzības sistēmas attīstības galvenos virzienus; nodrošināt ārstniecisko un medicīnisko palīdzību iedzīvotājiem; nodrošināt medicīnas kadru sagatavošanu; pētīt medicīnas sasniegumus un veicināt to ieviešanu veselības aizsardzības iestāžu praktiskajā darbībā; izstrādāt medicīniskās palīdzības standartus un ieteicamos pakalpojumu tarifus; noskaidrot un apmierināt veselības aizsardzības iestāžu un iedzīvotāju vajadzības pēc medicīnas pakalpojumiem, kā arī saņemt un sadalīt centralizētos iekārtu limitus.

Perioda sākumposmā pieņemtie lēmumi skaidrojami ar to, ka veselības nozarei tika piemēroti klasiskā brīvā tirgus ekonomikas principi, kuri balstīti uz pieprasījuma un piedāvājuma mehānismu, aizgūti no ražošanas jomas un kuros galvenais faktors tirgus regulēšanā – pircējs izvērtē piedāvājumu un veic izvēli, kad, no kā un par kādu cenu iegādāties preci vai pakalpojumu vai to neiegādāties nemaz. Šādas pārmaiņas ar valsts atteikšanos no minēto uzdevumu realizācijas atbilda tobrīd noteiktajam politiskajam mērķim noņemt valsts regulējošos mehānismus, kas, iespējams, traucē nozares pašsakārtošanās procesam, cerot uz to, ka brīvais tirgus un konkurence radīs pašregulējošos procesus un šīs jomas pašas regulēsies atbilstoši iedzīvotāju vajadzībām un pieprasījumam, kā tas identiski ir saimniecības preču ražošanas vai lauksaimniecības nozarē.

Tajā pašā laikā ASV jau 70. gados strauji attīstījās veselības ekonomika kā atsevišķa disciplīna (*Health Economics*), secinot, ka klasisko brīvā tirgus likumu akla piemērošana

veselības aprūpei nav iespējama un valstij ir vairāk jāregulē šie jautājumi, jo indivīda veselības stāvoklim ir ne tikai ietekme uz pašu indivīdu, bet arī ļoti liela ietekme uz sabiedrību un tautsaimniecības attīstību kopumā. Veselības pakalpojumu jomā piedāvājums un pieprasījums nav atkarīgs tikai no patērētāja brīvas gribas un brīvas izvēles, proti, kad, cik daudz un kādus pakalpojumus iegādāties un uz cik ilgu laiku atlikt pakalpojuma iegādi, kā tas ir gadījumā ar jaunu apavu vai automašīnas iegādi. Medicīniskās palīdzības vai veselības aprūpes nozarē šie brīvo tirgu regulējošie mehānismi nedarbojas. Papildus tam, kā norāda veselības ekonomisti, ir jāņem vērā, ka indivīda veselības stāvoklis ir nozīmīga determinante, kas ietekmē visu citu lietu un preču vērtību un izvēli, kā arī iespaido ne tikai pašu indivīdu, bet sliktā veselības stāvokļa gadījumā arī indivīda ģimeni un sociālo un tautsaimniecības izaugsmes potenciālu kopumā (Palmer, 2007, 28).

Šādu lēmumu pieņemšana ir skaidrojama ar tā laika izpratnes trūkumu par valsts lomu veselības aprūpes nodrošināšanā, iedzīvotāju veselības ietekmi uz kopējo tautsaimniecību un pārāk šauru skatījumu uz valsts tiesībām iejaukties veselības jomas regulēšanā. Savukārt saskaņā ar vēsturiskā institucionālisma pieeju un pagātnes atkarības faktoru institūcijas turpina darboties atbilstoši iepriekš pastāvējušajām praksēm līdz brīdim, kad tās tiek būtiski izsistas no līdzsvara perioda vai ir apdraudējums to pastāvēšanai. Ar to, iespējams, ir arī skaidrojams inertums, kas pastāvēja veselības jomā pēc šo pārmaiņu pieņemšanas “uz papīra”, un, tā kā šāds regulējums neuzlika jaunus pienākumus, bet tieši otrādi – pienākumus nodrošināt veselības aprūpi decentralizēja uz pašvaldību atbildību, bet no jomas uzraudzības, attīstības plānošanas un pārvaldības atteicās, tad attiecīgi nebija neviena pārmaiņu virzītāja vai īstenotāja, kas veicinātu šo uzņēmējdarbības attīstību un jomas pašsakaršanos. Šīs pārmaiņas, kas Latvijā tika realizētas 1991. gadā, bija pretrunā PVO rekomendācijām par valsts lomu un regulēšanas principiem, kādi ir jāīsteno, mainot veselības aprūpes modeli no centralizēta uz decentralizētu, ieviešot uzņēmējdarbības formu.

Pētījums atklāja, ka šo valdošo ideju par brīvā tirgus pašregulējošiem mehānismiem rezultātā īstenotās institucionālās pārmaiņas, atsakoties no jomas uzraudzības, attīstības plānošanas un ilgtspējas nodrošināšanas uzdevumiem, būtiski vājināja institūciju kapacitāti un attiecīgi arī spējas īstenot reformas ieviešanu. Veselības aizsardzības ministrijas likvidēšana un tās agrākajā pārziņā esošo valsts uzdevumu nenodošana izveidotajai Labklājības ministrijai, tādējādi valstij atsakoties no vairākiem veselības jomu regulējošiem pasākumiem, radīja būtiskas ilgtermiņa problēmas nozares tālākā attīstībā un reformas veiksmīgā ieviešanā. Tā kā vienīgā regulējošā būtiskā valsts funkcija, kas bija atstāta jaunizveidotās institūcijas Labklājības ministrijas pārziņā, bija finansējuma sadale un novirzīšana no valsts budžeta caur pašvaldībām pakalpojumu sniedzējiem, tad nozīmīgākās reformas tika īstenotas tieši šajā aspektā. Laika

periodā, kad par jomu atbildīgā bija Labklājības ministrija, vairākkārt tika mainīti finansēšanas sadales un pakalpojuma apmaksas nosacījumi, kas ilgākā periodā noveda pie secinājuma, ka ir nepieciešama veselības jomas finansējuma centralizēta pārvaldība, izveidojot vienu valsts veselības apdrošināšanas aģentūru. Tomēr šo reformu pakāpeniska ieviešana un ilgstošās vairākās pārmaiņas radīja nestabilitāti un neparedzamību, kā arī neskaidriības pakalpojumu saņemšanas ziņā, kopumā pasliktinot stāvokli veselības aprūpes pieejamībā.

Īstenoto pārmaiņu šajā laika periodā, kad notikta atteikšanās no valsts regulatīvām funkcijām veselības jomā, saglabājot vien finansējuma sadales funkciju un atsevišķas kontroles funkcijas, analīzes rezultāti liecināja par būtisku jaunu problēmu rašanos veselības jomā. Kā rāda veiktā pētījuma kvantitatīvie dati, atteikšanās no valsts uzdevuma “nodrošināt medicīnas kadru sagatavošanu” tieši reformas pirmajos sešos gados radīja negatīvu ietekmi uz ārstniecības personāla pieejamību, būtiski mazinoties gan ārstu, gan māsu skaitam tik nozīmīgā apmērā, ka bija apdraudēta pakalpojumu sniegšana, un šī problēma, jo īpaši ar māsu nodrošinājumu, joprojām apdraud pakalpojumu nodrošināšanu.

Atteikšanās no pakalpojumu kvalitātes noteikšanas un tarifu noteikšanas radīja situāciju, kad pakalpojuma sniedzēji nodrošināja dažādas kvalitātes un cenas pakalpojumus, kur cena nebija piesaistīta pakalpojuma kvalitātei, savukārt atteikšanās no uzdevuma nodrošināt iedzīvotājiem veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, deleģējot to pašvaldībām, – situāciju, kad iedzīvotāju iespējas saņemt noteiktu pakalpojumu bija ļoti ierobežotas un atkarīgas no iedzīvotāja dzīvesvietas. Atteikšanās no medicīnas iekārtu nodrošinājuma plānošanas valstiskā līmenī un pakalpojumu pieejamības plānošanas valsts līmenī radīja situāciju, kad, kļūstot pieejamām investīcijām, ārstniecības iestādes iekārtas iegādājās nekoordinēti un nesaistīti ar pakalpojumu nodrošināšanas vajadzībām, kas izraisīja neefektīvu veselības aprūpes pakalpojumu uzlabošanai pieejamā finansējuma izlietošanu.

Iespējams, ka tieši institucionālais inertums un ierastās prakses, kā arī novērojums, ka amatus jaunizveidotajā Labklājības ministrijā ieņēma cilvēki, kas agrāk strādāja Veselības aizsardzības ministrijā, bija iemesls, kādēļ, neskatoties uz to, ka normatīvi Labklājības ministrijas nolikumā netika noteikts pienākums īstenot veselības aprūpes sistēmas stratēģisko attīstību, šādas idejas izpildvaras pusē tomēr bija aktuālas. Jau 1995. gadā tika pieņemti grozījumi Labklājības ministrijas nolikumā, uzdodot jaunas funkcijas un uzdevumus, kas pēc būtības atjaunoja agrāk likvidētas Veselības aizsardzības ministrijas uzdevumus un “uz papīra” atjaunoja Labklājības ministrijai regulatīvo lomu. Tam sekoja pirmās reformas pie plānveidīgas veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju plānošanas, par ko liecināja 1996. gadā uzsāktais darbs sadarbībā ar Pasaules Bankas ekspertiem pie veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju reformas izstrādes.

Lai arī kopš 1995. gada ar Labklājības ministrijas nolikuma pārmaiņām tika atjaunotas veselības jomas regulatīvās funkcijas “uz papīra”, kā liecina analīzes rezultāti, ierēdņu kapacitāte nebija pietiekama, lai šos uzdevumus realizētu un pieņemtu noteiktus grozījumus normatīvajā kārtībā. Pārmaiņas, kad veselības jomā tika atsākta tās attīstības vadība un regulēšana, ir novērojamas tikai kopš Veselības ministrijas izveidošanas, ko apliecināja virkne pārmaiņu, kuras pieņemtas un uzsāktas 2004. un 2005. gadā. Tas saskaņā ar institucionālisma teoriju apstiprina to, ka izpildvaras institūcijām piemīt nozīmīgs inertums un agrāk izstrādātie patēriņi turpina darboties arī apstākļos, kad notiek politiskas izmaiņas. Savukārt reformas, kuras izpildvaras institūcijas turpina virzīt un pie kurām strādāt neatkarīgi no politiskajiem uzstādījumiem, ir tās, kas tieši ir saistītas ar esošās institūcijas vērtībām, ētosu un pastāvēšanu.

Šajā laika periodā saskaņā ar kulturāli kognitīvā pīlāra izpēti valdīja vēlme virzīties uz brīvā tirgus principiem un tika izveidota jaukta finansēšanas un pakalpojumu nodrošināšanas sistēma. Analizējot dominējošo vērtību modeli, tas atbilda tehnokrātiskam modelim, pēc kura modeļa pamatā ir paļaušanās uz ierēdņiem, kuri veic sistēmas uzraudzību un novērtēšanu, bet salīdzinājumā ar agrāko PSRS laika modeli, būtiski samazinot valsts lomu un funkcijas. Būtiskā atšķirība, kas novērojama laikposmā, kad par nozari atbildīga ir Labklājības ministrija un Veselības ministrija, ir tieši administratīvajā kapacitātē: cik daudz pārmaiņu tiek virzīts, ieviests un īstenots, kas lielā mērā ir skaidrojams ar katrai institūcijai noteikto atšķirīgu institūcijas izveidošanas nolikumā iekļauto uzdevumu apjomu. Problēmas, kas tika radītas, 1991. gadā atsakoties no valsts regulatīvās lomas veselības jomā, atstāja smagas negatīvas ietekmes uz nozares attīstību, jo tā netika centralizēti vadīta, kas noveda pie problēmām, kuras nenoliedzami bija saistītas ar nepietiekamu finansējumu veselības jomai, bet tikpat būtiski ar jomas vadības attīstības un pārvaldības neesamību, ko saskaņā ar institucionālisma teoriju apliecina lēmums izveidot Veselības ministriju. Ar jaunās institūcijas – Veselības ministrijas – izveidošanu 2004. gadā var uzskatīt, ka valsts pārvaldei tiek atjaunoti tie uzdevumi, kas tika noņemti 1991. gadā, tādējādi uz 13 gadiem savā ziņā atstājot nozari bez plānveida attīstības plānošanas un vadības, uzraudzības un regulēšanas.

Nākamajos periodos, kad tika atjaunota valsts regulatīvā loma, kuru īstenoja Veselības ministrija, tika īstenota veselības jomas reforma un risinātas iepriekšējā laika periodā ilgstoši pastāvējušās problēmas: izstrādājot attīstības plānus gan pakalpojumu nodrošināšanā, gan cilvēkresursu attīstības jomā, gan informācijas sistēmu ieviešanā. Tomēr visu šo stratēģiju, koncepciju, pamatnostādņu un plānu īstenošanai būtisks priekšnoteikums bija veselības aprūpes finansējums. Lai arī, skatoties veselības aprūpes finansējumu absolūtos skaitļos, tas ir būtiski pieaudzis veselības jomai, tomēr, salīdzinot veselības aprūpes izdevumus kā daļu no kopējiem budžeta izdevumiem vai daļu no IKP, nav novērojams būtisks veselības aprūpes finansējuma

pieaugums. Tas ir skaidrojams ar vēsturisko institucionālisma un pagātnes atkarību, kas nosaka to, ka agrāk pastāvošās prakses un patēriņi turpina pastāvēt līdz krīžu brīžiem. Ar to arī ir skaidrojama situācija, ka veselības aprūpes finansējums tiek palielināts tikai krīzes brīžos, kad sabiedrībā ir novērojamas būtiskas problēmas ar veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un pilsoniskā sabiedrība veic noteikta veida aktivitātes – piesaka streikus, veido protesta akcijas un cita veida aktivitātes, kas savā ziņā piespiež politiķus reaģēt uz sabiedrības spiedienu.

Papildus šiem pamatnovērojumiem par institucionālās kapacitātes trūkumu un jomai piešķirto nepietiekamo finansējumu izpētes procesā ir veikti vairāki novērojumi par veselības politikas īstenošanu un ieviešanu Latvijā. Analizējot politisko partiju priekšvēlēšanu programmas un salīdzinot ar virzītajām un īstenotajām politiskajām pārmaiņām veselības politikā, secināts, ka Saeimā ievēlētajām politiskajām partijām nav novērojama būtiska loma vai ietekme veselības politikas īstenošanā. Par to liecina politisko partiju priekšvēlēšanu programmās ierakstīto prioritāšu “pazušana” no politikas dienaskārtības brīžos, kad tiek veidota un apstiprināta valdība un valdības deklarācija.

Kaut arī Latvijā lēmējvara ir Saeimai, tomēr visas reformas, kas realizētas veselības jomā laikposmā no 1990. līdz 2020. gadam, ir inicializētas, virzītas un īstenotas ar izpildvaru – Veselības ministriju (vai Labklājības ministriju līdz Veselības ministrijas izveidošanai), kura ir gan likumprojekta rakstītāja un virzītāja, gan realizētāja. Ņemot vērā to, ka vadošais likumdošanas izmaiņu virzītājs veselības aprūpes jomā ir valsts pārvalde – sākotnēji Labklājības ministrija, vēlāk Veselības ministrija –, tās kā publiskas organizācijas ir tendētas rutinizēt savas aktivitātes un veidot standarta procedūras, kas rada inertumu, kam ir nozīmīga ietekme valdības darbā, bet kavējoša ietekme uz jebkādu pārmaiņu ieviešanu. Pagātnes ietekmes tendences var izpausties ne vien šādā primitīvi kavējošā veidā, bet reizēm ir novērojamas arī citādi – radot jaunus noteikumus, lai kompensētu cita noteikuma radīto ietekmi, nevis pieņemot lēmumu atcelt iepriekš izveidoto nepilnīgo noteikumu vai likumu.

Analizējot politisko procesu reformu ieviešanā veselības jomā, savu lomu pilnvērtīgi nepilda arī izveidotās Saeimas komisijas, kuru atbildībā ir šī nozare. Piemēram, Sociālo un darba lietu komisijā paustajiem viedokļiem pamatā ir informatīvs raksturs un tie neietekmē likumprojektu pieņemšanu Saeimā, jo Saeimas balsojumos novērojams vadošās koalīcijas un opozīcijas motivēts balsojums, un, pat ja debatēs komisijās attiecīgo politisko partiju pārstāvji ir pret likumprojektu, nonākot tam Saeimā, balsojums notiek pēc iesniedzēja un virzītāja politikās piederības un atbalsta koalīcijā, nevis pēc būtības. Šī parādība ir skaidrojama saskaņā ar racionālās izvēles institucionālismu un to, ka balsojumi parlamentā neatspoguļo konkrēto politiķu personīgo attieksmi un izvēli, bet balsojumi ir jāskata kā stratēģiski lēmumi, kuri tiek pieņemti, balstoties konkrētās grupas stratēģiskos lēmumos un ņemot vērā kopējās būtiskas

vērtības un vienošanās. Šāds novērojums, kad komisijās paustais viedoklis ir atšķirīgs no balsojuma Saeimā, ir skaidrojams ar koalīcijas vai politiskās partijas (apvienības) kopējo vienošanos un koalīcijas vienošanos par atbalstu stratēģiskos jautājumos. Vēl viens nozīmīgs nosacījums reformu pieņemšanai ir laika periods un tuvums nākamajām vēlēšanām, īpaši gadījumā, kad izmaiņas ir saistītas ne vien ar grozījumiem Ministru kabineta noteikumos, bet arī grozījumiem likumos.

Procesa ilgtermiņa izpētes rezultātā novērots, ka izšķiroša loma noteiktas reformas virzībā ir ne vien attiecīgas jomas ministra piederībai noteiktai politiskajai partijai, bet arī šīs reformas atbalstam no premjera puses un finanšu ministra, pat gadījumos, ja ministrs sākotnēji ir bezpartejiska persona, bet izvirzīts no noteiktas partijas un bauda tās politisku atbalstu. Šo gadījumu spilgti apliecina reformu īstenošanas analīze un laika posmi, kad veselības joma tika atzīta par kopēju valdošās koalīcijas politisku prioritāti, piešķirot tai nepieciešamo finansējumu, kas saistīts ar “dzelzs trīsstūra” esamību – kad vienu politisko spēku pārstāv veselības ministrs, finanšu ministrs un Ministru prezidents. Šis novērojums, balstoties uz institucionālisma teoriju, ir skaidrojams ar normatīvo pārsvaru, kad vienas partijas pārstāvētie ministri, balstoties uz normatīvi noteiktām priekšrocībām, ir apveltīti ar būtiski lielāku varu un resursiem, tiem institucionāli ir lielāka ietekme resursu pārdales jautājumos, kas sniedz būtiskas priekšrocības, salīdzinot ar gadījumiem, kad ministrs pārstāv citu politisko spēku. Šis normatīvais varas pārsvars arī norāda uz to, ka daudz lielāka nozīme par indivīda, konkrētā ministra, spējām ir institūcijai, kuras ietvaros tas atrodas, un, lai arī formāli deleģētā vara un tiesības visiem veselības ministriem ir vienādas, esot daļai no šīs institūcijas, konkrētā indivīda ietekme ir būtiski lielāka.

Analizējot faktoros, kas, skatoties no kulturāli kognitīvā aspekta, ietekmē veselības politikas veidošanu un īstenošanu, laika gaitā ir novērojama regulāra ideoloģiskā kursa nomaiņa, kas kavē politisko pārmaiņu ieviešanu starp labēji liberālu un sociāldemokrātisku virzienu. Pēc neatkarības atgūšanas 1990. gadā ir novērojama valdošo politisko spēku pārliecība par veselības jomu kā izteiktu brīvā tirgus precī, kā rezultātā netiek atbalstīta pieeja jomas regulēšanā un finansēšanā no kopējā budžeta, aicinot ieviest brīvā tirgus un konkurences principus, bet atbildību par indivīda veselības stāvokli un veselības problēmām pilnībā atstāt indivīda pārziņā. Savukārt, saskaroties ar šādu pārmaiņu sekām – nevienlīdzību un pakalpojumu pieejamības problēmām, kā arī vēlmi tuvuoties Eiropas labklājības valstu līmenim un sociāldemokrātiskām vērtībām, mainās ideoloģiskais kurss, veicinot veselības jomas finansējuma palielināšanu. Savukārt ekonomiskās krīzes apstākļos kā dominējošie spēki atkal pārsvaru gūst tie paši brīvā tirgus aizstāvji, tādējādi atkal mainot un jaucot šo uzņemto Eiropas sociāldemokrātijas virzienu. Šāda ideoloģiska svārstīšanās un vienota atzīta skaidra vērtību

modeļa neesamība rada situāciju, kad tiek veiktas pārmaiņas, bet netiek nodrošināts pārmaiņu īstenošanai nepieciešamais finansējums, tādēļ netiek sasniegti reformas mērķi.

Ilgtermiņā raksturojot veselības politikas veidošanu un īstenošanu Latvijā, ir skaidri novērojamas jaunā institucionālisma atziņas par pagātnes ietekmi un institucionālā līdzsvara saglabāšanu, kas izpaužas kā institucionālais inertums. Reformu uzsākšanas sākumposmā 90. gadu sākumā, kas iezīmējas ar globālu politiski ideoloģiskā kursa maiņu, kurš tiek pozicionēts kā pilnīgs pretstats esošajai kārtībai un saistāms ar atgriešanos pirmsokupācijas izaugsmes posmā, ir “iespēju logs” reformu straujai un nozīmīgai realizēšanai, no pamatiem būvējot pilnīgi jaunu sistēmu. Šajā pārmaiņu laikā, kad tiek veikta pilnīga vērtību, prakšu un kultūras maiņa, nepastāv būtiski ierobežojošie faktori, kas veicinātu institucionālo inertumu. Savukārt vēlākā laikposmā, kad jau izveidojušās noteiktas institucionālās prakses, normas, vērtības, būtiska pārmaiņu veikšana, piemēram, atceļot iepriekš uzņemto un neveiksmīgo kursu uz brīvā tirgus principiem, nav iespējama, un nākamajos posmos notiek tikai nelielas inkrementālas pārmaiņas esošās prakses uzlabošanā un pilnveidošanā.

Tāpat institucionālais inertums un pagātnes ietekme novērojama pārvaldības modeļa maiņā, kas atbilstoši pētījuma rezultātiem veselības politikā ar pilnvērtīgu sabiedrības (gan nozares pārstāvju, gan pacientu pārstāvju) iesaisti iezīmējās vien 2016. gadā, kā to norādīja intervētie nevalstiskā sektora pārstāvji. Savukārt iepriekšējos periodos sadarbība netika raksturota kā līdzdarbība un partneru iesaiste, bet NVO sektors vairāk tika skatīts tikai kā viens no potenciālajiem izpildītājiem, kam deleģēt noteiktu uzdevumu vai funkciju. Šis novērojums ir pretējs aprakstītajai citu valstu praksei, kur ārstiem tiek piedēvētas veto tiesības daudzu politisku jautājumu virzīšanai un reformu ieviešanā vai to ieviešanas kavēšanā. Kā rāda Latvijas reformu virzības izpēte, Latvijā ārstniecības personas, pacientus un pakalpojumu sniedzēju pārstāvošas asociācijas, biedrības un arodbiedrības savu iesaisti, līdzdarbošanos sāk apzināt un aktīvi izmantot tikai pēdējos gados. Lai arī ārstniecības personas pārstāvošas organizācijas ir īstenojušas dažādas aktivitātes, tai skaitā protesta akcijas un streikus, veto tiesības noteiktu jautājumu politiskā lemšanā līdz šim nav novērotas. Tādējādi var secināt, ka nozares pārstāvniecība un ietekme politisku jautājumu lemšanā ir relatīvi neliela un nepietiekama.

Tas liecina, ka Latvijas veselības politikas jomā, lai sasniegtu labas pārvaldības principus, kas Eiropā darbojās jau kopš 90. gadiem, bija nepieciešami 25 gadi, lai atbrīvotos no institūciju pagātnes paterniem un spētu inkrementālā ceļā mainīt politikas veidošanas un īstenošanas praksi.

Apkopojot analīzes rezultātus, jāsecina, ka veselības sistēma Latvijā 30 gados ir piedzīvojusi fundamentālas pārmaiņas un politiskā kursa maiņu – no izteikti centralizētas plānveida ekonomikas, izejot brīvā tirgus pieejas vadītu decentralizācijas un deregulācijas

periodu un beigās nonākot pie jauna veida pārregulācijas pieejas. Šo procesu laikā ir vērojamas ne vien pārmaiņas realizētajās praksēs, pieņemot noteikta veida politiskos lēmumus, bet arī pārmaiņas sabiedrībā un izpratnē par veselības nozīmi kopējā tautsaimniecībā un uzskatu maiņā – no veselības aprūpes kā pakalpojuma uz veselības aprūpi kā daļu no cilvēktiesībām.

Izmantotā pētījuma pieeja, analizējot ne tikai atsevišķi veselības jomu, bet arī skatot kopumā valsts politikas veidošanas un īstenošanas praksi, analizējot kulturāli kognitīvo, regulatīvo un normatīvo pīlāru, atklāja plašākus sabiedrībā dominējošos konceptus, valsts attīstības prioritāros virzienus, kā arī izgaismoja atšķirīgās izpratnes starp likumdevēja, izpildvaras un pašas nozares skatījumu uz veselības politiku un tās vērtībām. Šāda vēsturiskā institucionālisma un procesu izsekošanas pieeja papildus jau agrāk zināmajiem iemesliem – nepietiekamu nozares finansējumu – atklāja pagātnes notikumu ietekmi uz pieņemtajiem lēmumiem: 90. gados pastāvošo zināšanu trūkumu par veselības ekonomikas atšķirībām no ražošanas ekonomikas, brīvā tirgus un deregulācijas negatīvajiem aspektiem uz veselības jomas attīstību. Savukārt regulatīvā pīlāra analīze atklāja un palīdzēja skaidrot vispārējos valsts uzstādījumus un izvirzītās prioritātes likumdošanas un izpildvaras organizēšanas jomā, kas sniedza skaidrojumus, kādēļ veselības nozare netika atzīta par prioritāti un tās attīstība netika mērķēti virzīta. Normatīvā pīlāra analīze atklāja atšķirības starp likumdevēja un izpildvaras izpratni par jomas attīstību, tajā pastāvošām problēmām un risināmiem jautājumiem. Notikumu trasēšanas pieeja un sistēmisks skatījums uz visiem trim pīlāriem, kas papildināts ar kvantitatīvo datu analīzi, papildus atklāja atšķirības starp izpildvarai sniegtajiem uzdevumiem un rezultātiem, kas atklāja institucionālās kapacitātes trūkumu. Intervijas ar veselības jomu saistītajiem dažādajiem aktoriem atklāja plaisas starp teorētisko, likumdošanā noteikto valsts pārvaldības lomu un uzdevumiem un faktisko jomas pārvaldību. Paustie viedokļi par sadarbību un tās raksturojumu atklāja atšķirīgo redzējumu par valsts pārvaldes sadarbību ar nevalstisko sektoru, tā lomu, nozīmi un uzdevumiem, kā arī to, ka regulatīvi noteiktās normas iedzīvināšanai institūciju praksē ir nepieciešams ilgs pārmaiņu laiks un, iespējams, paaudžu nomaiņa. Līdz ar to var secināt, ka veselības jomas reformu ieviešana nav uzskatāma tikai par tehnisku pārmaiņu ieviešanas procesu, bet primāri par politisku procesu, kuru ietekmē daudz dažādu politisko aspektu, kā arī ekosistēma, kurā šīs pārmaiņas tiek īstenotas, un ārējie apstākļi.

Pētījumā izmantotais modelis, lietojot vēsturiskā institucionālisma pieeju un procesu izsekošanas pieeju, analizējot kulturāli kognitīvo, regulatīvo un normatīvo pīlāru, var tikt izmantots ne tikai veselības politikas, bet arī citu sociāli nozīmīgu politisko procesu un pārmaiņu analīzei, piemēram, analizējot pārmaiņas sociālā nodrošinājuma jomā (pensiju, pabalstu sistēmas) vai izglītības jomā. Tik plaša un visaptveroša lauka izpēte nebūtu lietderīga

jomām, kuras rada finansējumu, tā sauktajām pelnošajām nozarēm, bet varētu sniegt skaidrojumus un pamatot lēmumus, kādēļ nozīmīga budžeta daļa tiek vai netiek piešķirta noteiktai sociālai funkcijai, jo šāda pieeja atklāj vispārējus konceptus, kas ir ilgtermiņā pastāvoši un globāli ietekmē sabiedrību, tajā valdošās vērtības, ideoloģijas un prioritātes.

Publikācijas un ziņojumi par promocijas darba tēmu

Promocijas darba rezultāti ir publicēti šādos zinātniskajos izdevumos:

1. Bikava, I., Kreituse, I., Skride, A. 02.12.2020. The voice of Society in Healthcare politics in Latvia. Proceedings of Conference "Society. Health. Welfare 2018". DOI: <https://doi.org/10.1051/shsconf/20208501001>.
2. Bikava, I., Kreituse, I. 25.11.2019. How will Future Health Policy Impact Regional Disparities and Healthcare in Latvia. Proceedings of Conference "Society. Health. Welfare 2018". DOI: <https://doi.org/10.1051/shsconf/20196802001>.
3. Bikava, I., Skride, A. 25.11.2019. Healthcare Accessibility and Disparities in Medical Staff Availability in Latvia. Proceedings of Conference "Society. Health. Welfare 2018". DOI: <https://doi.org/10.1051/shsconf/20196802003>.
4. Bikava, I., Kreituse, I. 2019. Cooperation and Collaboration Impact on Policy Development: HIV/AIDS Policy in Latvia. Sociology Study, March 2019, Vol. 9, No. 3, doi: 10.17265/2159-5526/2019.03.001.
5. Bikava, I., Kreituse, I. 2018. Governance – the key factor of E-health implementation in Latvia. 5th International Multidisciplinary Scientific Conference on Social Science and Arts SGEM Vienna 2018. Volume 5. Political science. DOI: 10.5593/SGEMSOCIAL2018H/11/S01.002.
6. Bikava, I., Kreituse, I. 31.01.2018. Interest group impact on E-health implementation in Latvia. SHS Web of Conferences 40, 02001 (2018) Int.Conf. SOCIETY. HEALTH. WELFARE 2016. DOI: <https://doi.org/10.1051/shsconf/20184002001>.
7. Bikava, I., Skride, A. 31.01.2018. Evaluation of healthcare policy in Latvia. SHS Web of Conferences 40, 02002 (2018) Int.Conf. SOCIETY. HEALTH. WELFARE 2016. DOI: <https://doi.org/10.1051/shsconf/20184002002>.
8. Bikava, I., Skride, A. 2017. Latvijas veselības aprūpes finansēšanas modeļa maiņas lietderības novērtējums. RSU Zinātniskie raksti 2016 sociālo zinātņu nozares pētnieciskā darba publikācijas. Politika, Rīga, RSU, 5–12.

Promocijas darba rezultāti ir prezentēti šādās starptautiskajās zinātniskajās konferencēs:

1. Bikava, I., Kreituse, I. 03.2021. Path Dependency and Institutional Inertia in Health Politics in Latvia. The 63rd International Scientific Conference of Daugavpils University.
2. Bikava, I., Kreituse, I. 04.2019. Cooperation and Collaboration impact on Policy Development: HIV/AIDS policy in Latvia. PLACES in Knowledge for Use in Practice. Rīga Stradiņš University, Rīga.
3. Bikava, I., Skride, A. 10.–12.10.2018. Healthcare Accessibility and Disparities in Medical Staff Availability in Regions of Latvia. 7th International Interdisciplinary Scientific Conference "Health, Society, Welfare", Rīga.
4. Bikava, I., Kreituse, I. 10.–12.10.2018. How Strong is the Voice of Society in Healthcare Politics in Latvia? 7th International Interdisciplinary Scientific Conference "Health, Society, Welfare", Rīga.
5. Bikava, I., Kreituse, I. 10.–12.10.2018. How Will Future Health Policy Impact Regional Disparities and Healthcare in Latvia? 7th International Interdisciplinary Scientific Conference "Health, Society, Welfare", Rīga.
6. Bikava, I., Kreituse, I. 22.03.2018. Programmas nozīme Latvijas politisko partiju mērķu noteikšanā. RSU zinātniskā konference.
7. Bikava, I., Kreituse, I. 20.03.2018. Governance – the key factor of E-health implementation in Latvia. 5th International Multidisciplinary Scientific Conference on Social Science and Arts SGEM Vienna 2018.

8. Bikava, I., Kreituse, I. 06.04.2017. Veselības sistēmas reformas: no solījuma līdz ieviešanai. RSU zinātniskā konference.
9. Bikava, I., Kreituse, I. 23.–25.11.2016. Interest Group Impact on E-Health Implementation in Latvia. 6th International Interdisciplinary Scientific Conference SOCIETY, HEALTH, WELFARE.
10. Bikava, I., Skride, A. 23.–25.11.2016. Evaluation of Health Policy in Latvia. 6th International Interdisciplinary Scientific Conference SOCIETY, HEALTH, WELFARE.
11. Bikava, I., Skride, A. 18.03.2016. Obligātās veselības apdrošināšanas ieviešana Latvijā: piemērotākā modeļa izvēle. RSU zinātniskā konference.
12. Bikava, I., Skride, A. 18.03.2016. Reto slimību pacientu stāvoklis Latvijā un iespējas ietekmēt valdību lēmumu pieņemšanā. RSU zinātniskā konference.

Literatūras saraksts

Avoti:

1. Aigara Kalvīša Ministru kabinets. 2004. Deklarācija par Aigara Kalvīša vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību. 02.12.2004. Iegūts no: https://www.mk.gov.lv/sites/mk/files/media_file/kalvitis-deklaracija_0.pdf [skatīts 15.04.2022.]
2. Aigara Kalvīša Ministru kabinets. 2006. Deklarācija par Aigara Kalvīša vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību. 07.11.2006. Iegūts no: https://www.mk.gov.lv/sites/mk/files/media_file/kalvitis-2-deklaracija_0.pdf [skatīts 15.04.2022.]
3. Andra Bērziņa Ministru kabinets. 2000. Deklarācija par Andra Bērziņa vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību. 05.05.2000. Iegūts no: https://www.mk.gov.lv/sites/mk/files/media_file/berzins-deklaracija.pdf [skatīts 15.04.2022.]
4. Andra Šķēles Ministru kabinets. 1995. Deklarācija par Ministru kabineta darbu. 21.12.1995. Iegūts no: https://www.mk.gov.lv/sites/mk/files/media_file/skele1-deklaracija.pdf [skatīts 15.04.2022.]
5. Andra Šķēles Ministru kabinets. 1997. Deklarācija par Ministru kabineta darbu. 13.02.1997. Iegūts no: https://www.mk.gov.lv/sites/mk/files/media_file/skele2_0.pdf [skatīts 15.04.2022.]
6. Andra Šķēles Ministru kabinets. 1999. Deklarācija par Ministru kabineta darbu. 16.07.1999. Iegūts no: https://www.mk.gov.lv/sites/mk/files/media_file/skele3-deklaracija.pdf [skatīts 15.04.2022.]
7. Artura Krišjāņa Kariņa Ministru kabinets. 2019. Deklarācija par Artura Krišjāņa Kariņa vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību. 23.01.2019. Iegūts no: https://www.mk.gov.lv/sites/mk/files/media_file/kk-valdibas-deklaracija_red-gala-1.pdf [skatīts 15.04.2022.]
8. Centrālā statistikas pārvalde [CSP].PCG021. PCG021. Patēriņa cenu indeksi un pārmaiņas grupās un apakšgrupās (ECOICOP). Iegūts no: https://data1.csb.gov.lv/pxweb/lv/ekfin/ekfin_PCI_ikgad/PCG021.px/table/tableViewLayout1/ [skatīts 15.04.2022.]
9. CSP.IKP010. *Iekšzemes kopprodukts pavisam*. No: Valsts un ekonomika. Oficiālais statistikas portāls. Iegūts no: https://data.stat.gov.lv/pxweb/lv/OSP_PUB/START_VEK_IK_IKP/IKP010/table/tableViewLayout1/ [skatīts 15.04.2022.]
10. CSP. IRP010. *Jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums (gados)*. No: Iedzīvotāji. Iedzīvotāju skaits un raksturojošie rādītāji. Oficiālais statistikas portāls. Iegūts no: https://data.stat.gov.lv/pxweb/lv/OSP_PUB/START_POP_IR_IRP/IRP010/?loadedQueryId=504&timeType=from&timeValue=1896 [skatīts 15.04.2022.]
11. CSP. IRS010. *Iedzīvotāju skaits gada sākumā, tā izmaiņas un dabiskās kustības galvenie rādītāji*. No: Iedzīvotāji. Iedzīvotāju skaits un to raksturojošie rādītāji. Iedzīvotāju skaita izmaiņas. Oficiālais statistikas portāls. Iegūts no: https://data.stat.gov.lv/pxweb/lv/OSP_PUB/START_POP_IR_IRS/IRS010/table/tableViewLayout1/ [skatīts 15.04.2022.]
12. CSP.IVP070. Pārbaužu veikšana vai ārstēšanās pie medicīnas speciālista (izņemot zobārstu) un apstākļi, kas traucējuši veikt pārbaudes vai ārstēšanos 16 gadus un vecākiem iedzīvotājiem. Iegūts no: https://data.stat.gov.lv/pxweb/lv/OSP_PUB/START_VES_IV_IVP/IVP070/ [skatīts 15.04.2022.]
13. CSP. IVP080. Apstākļi, kas traucējuši veikt pārbaudes vai ārstēšanos pie medicīnas speciālista (izņemot zobārstu) 16 gadus veciem un vecākiem iedzīvotājiem. Iegūts no: https://data.stat.gov.lv/pxweb/lv/OSP_PUB/START_VES_IV_IVP/IVP080/ [skatīts 15.04.2022.]
14. CSP. VAG010. *Veselības aprūpes pamatrādītāji gada beigās*. No: Sociālie procesi. Veselība. Ārstniecības iestādes un personāls. Oficiālās statistikas portāls. Iegūts no: https://data.stat.gov.lv/pxweb/lv/OSP_OD/OSP_OD_sociala_veseliba_iestades/VAG010.px/ [skatīts 15.04.2022.]

15. CSP. VAG150. *Ārstu skaits pa specialitātēm gada beigās*. No: Sociālie procesi. Veselība. Ārstniecības iestādes un personāls. Oficiālais statistikas portāls. Iegūts no: https://data.stat.gov.lv/pxweb/lv/OSP_OD/OSP_OD__sociala__veseliba__iestades/VAG150.px/table/tableViewLayout1/ [skatīts 15.04.2022.]
16. CSP. VAG160. *Ārstniecības personas ar vidējo medicīnisko izglītību pa specialitātēm gada beigās*. No: Sociālie procesi. Veselība. Ārstniecības iestādes un personāls. Oficiālais statistikas portāls. Iegūts no: https://data.stat.gov.lv/pxweb/lv/OSP_OD/OSP_OD__sociala__veseliba__iestades/VAG160.px/table/tableViewLayout1/ [skatīts 15.04.2022.]
17. CSP. VAG170. *Slimnīcu gultu fonda specializācija vidēji gadā*. No: Sociālie procesi. Veselība. Ārstniecības iestādes un personāls. Oficiālais statistikas portāls. Iegūts no: https://data.stat.gov.lv/pxweb/lv/OSP_OD/OSP_OD__sociala__veseliba__iestades/VAG170.px/ [skatīts 15.04.2022.]
18. CSP. VAG190. *Ambulatoro apmeklējumu skaits*. No: Sociālie procesi. Veselība. Iedzīvotāju veselība. Oficiālais statistikas portāls. Iegūts no: https://data.stat.gov.lv/pxweb/lv/OSP_OD/OSP_OD__sociala__veseliba__vesel/VAG190.px/ [skatīts 15.04.2022.]
19. CSP. VAG200. *Neatliekamās medicīniskās palīdzības pakalpojumi*. No: Sociālie procesi. Veselība. Iedzīvotāju veselība. Oficiālais statistikas portāls. Iegūts no: https://data.stat.gov.lv/pxweb/lv/OSP_OD/OSP_OD__sociala__veseliba__vesel/VAG200.px/ [skatīts 15.04.2022.]
20. CSP. VAG210. *Iedzīvotāju hospitalizācija*. No: Sociālie procesi. Veselība. Iedzīvotāju veselība. Oficiālais statistikas portāls. Iegūts no: https://data.stat.gov.lv/pxweb/lv/OSP_OD/OSP_OD__sociala__veseliba__vesel/VAG210.px/table/tableViewLayout1/ [skatīts 15.04.2022.]
21. CSP.VFG010. *Vispārējās valdības sektora galvenie rādītāji*. Iegūts no: http://data1.csb.gov.lv/pxweb/lv/ekfin/ekfin__valdfin__ikgad/VFG010.px/ [skatīts 15.04.2022.]
22. CSP. VFV040. *Vispārējās valdības sektora izdevumi pēc valdības funkcijām sadalījumā pa apakšsektoriem (mil.eiro)*. Iegūts no: https://data.stat.gov.lv/pxweb/lv/OSP_PUB/START__VEK__VF__VFV/VFV040/table/tableViewLayout1/ [skatīts 15.04.2022.]
23. Centrālā vēlēšanu komisija [CVK]. *5. Saeimas vēlēšanu rezultāti*. No: Centrālā vēlēšanu komisija. Saeimas vēlēšanas. Iegūts no: <https://www.cvk.lv/lv/velesanas/saeimas-velesanas/5-saeimas-velesanas> [skatīts 15.04.2022.]
24. CVK. *5. Saeimas kandidātu saraksti*. Gundars Bērziņš, Latvijas Zemnieku savienība. Iegūts no: https://www.cvk.lv/upload_file/vesture/Saraksti%205.Saeima.pdf [skatīts 15.04.2022.]
25. CVK. *6. Saeimas vēlēšanas*. No: Centrālā vēlēšanu komisija. Saeimas vēlēšanas. Iegūts no: <https://www.cvk.lv/lv/velesanas/saeimas-velesanas/6-saeimas-velesanas> [15.04.2022.]
26. CVK. *7. Saeimas vēlēšanas*. No: Centrālā vēlēšanu komisija. Saeimas vēlēšanas. Iegūts no: <https://www.cvk.lv/lv/velesanas/saeimas-velesanas/7-saeimas-velesanas> [skatīts 15.04.2022.]
27. CVK. *8. Saeimas vēlēšanas*. No: Centrālā vēlēšanu komisija. Saeimas vēlēšanas. Iegūts no: <https://www.cvk.lv/lv/velesanas/saeimas-velesanas/8-saeimas-velesanas> [skatīts 15.04.2022.]
28. CVK. *9. Saeimas vēlēšanas*. No: Centrālā vēlēšanu komisija. Saeimas vēlēšanas. Iegūts no: <https://www.cvk.lv/lv/velesanas/saeimas-velesanas/9-saeimas-velesanas> [skatīts 15.04.2022.]
29. CVK. *10. Saeimas vēlēšanas*. No: Centrālā vēlēšanu komisija. Saeimas vēlēšanas. Iegūts no: <https://www.cvk.lv/lv/velesanas/saeimas-velesanas/10-saeimas-velesanas> [skatīts 15.04.2022.]
30. CVK. *11. Saeimas vēlēšanas*. No: Centrālā vēlēšanu komisija. Saeimas vēlēšanas. Iegūts no: <https://www.cvk.lv/lv/velesanas/saeimas-velesanas/11-saeimas-velesanas> [skatīts 15.04.2022.]
31. CVK. *12. Saeimas vēlēšanas*. No: Centrālā vēlēšanu komisija. Saeimas vēlēšanas. Iegūts no: <https://www.cvk.lv/lv/velesanas/saeimas-velesanas/12-saeimas-velesanas> [skatīts 15.04.2022.]
32. CVK. *13. Saeimas vēlēšanas*. No: Centrālā vēlēšanu komisija. Saeimas vēlēšanas. Iegūts no: <https://www.cvk.lv/lv/velesanas/saeimas-velesanas/13-saeimas-velesanas> [skatīts 15.04.2022.]

33. CVK. Tautas nobalsošana "Par 10. Saeimas atlaišanu". Iegūts no: <https://www.cvk.lv/lv/tautas-nobalsošanas/par-10-saeimas-atlaisanu-2011> [skatīts 15.04.2022.]
34. Einara Repšes Ministru kabinets. 2002. Deklarācija par Einara Repšes vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību. 07.11.2002. Iegūts no: <https://www.mk.gov.lv/lv/media/9467/download> [skatīts 15.04.2022.]
35. Guntara Krasta Ministru kabinets. 1997. Deklarācija par Ministru kabineta iecerēto darbību. 07.08.1997. Iegūts no: https://www.mk.gov.lv/sites/mk/files/media_file/krasts_deklaracija.pdf [skatīts 15.04.2022.]
36. Induļa Emša Ministru kabinets. 2004. Deklarācija par Induļa Emša vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību. 09.03.2004. Iegūts no: https://www.mk.gov.lv/sites/mk/files/media_file/emsis-deklaracija.pdf [skatīts 15.04.2022.]
37. Ivara Godmaņa Ministru kabinets. 2007. Deklarācija par Ivara Godmaņa vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību. 20.12.2007. Iegūts no: https://www.mk.gov.lv/sites/mk/files/media_file/godmanis-deklaracija.pdf [skatīts 15.04.2022.]
38. Laimdotas Straujumas Ministru kabinets. 2014a. Deklarācija par Laimdotas Straujumas vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību. 22.01.2014. Iegūts no: https://www.mk.gov.lv/sites/mk/files/media_file/111s_deklaracija_21012014_gala_red.pdf [skatīts 15.04.2022.]
39. Laimdotas Straujumas Ministru kabinets. 2014b. Deklarācija par Laimdotas Straujumas vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību. 05.11.2014. Iegūts no: https://www.mk.gov.lv/sites/mk/files/media_file/05_deklaracija.pdf [skatīts 15.04.2022.]
40. LR Ministru Padome. 1990. Latvijas Republikas valdības tautsaimniecības attīstības programma. Iegūts no: https://www.mk.gov.lv/sites/mk/files/media_file/godmanis_programma_1990_i.pdf [skatīts 15.04.2022.]
41. Māra Gaiļa Ministru kabinets. 1994. Ziņojums par Ministru kabineta sastādīšanu un deklarācija par valdības iecerēto darbību. 19.09.1994. Iegūts no: https://www.mk.gov.lv/sites/mk/files/media_file/gaila_vald_deklaracija-1.tif [skatīts 15.04.2022.]
42. Māra Kučinska Ministru kabinets. 2016. Deklarācija par Māra Kučinska vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību. 11.02.2016. Iegūts no: https://www.mk.gov.lv/sites/mk/files/media_file/20160210_mkucinskis_vald_prior_gala_vers_0.pdf [skatīts 15.04.2022.]
43. Uzņēmumu reģistrs. Politisko partiju reģistrs. Tautas partija. Iegūts no: <https://www.ur.gov.lv/lv/legal-entity/?id=40008045263> [skatīts 15.04.2022.]
44. Uzņēmumu reģistrs. LURSOFT datu bāze. Tautas partija. Iegūts no: <https://company.lursoft.lv/tautas-partija/40008045263> [skatīts 15.04.2022.]
45. Valda Dombrovska Ministru kabinets. 2009. Deklarācija par Vlada Dombrovska vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību. 12.03.2009. Iegūts no: https://www.mk.gov.lv/sites/mk/files/media_file/dombrovskis-1-deklaracija.pdf [skatīts 15.04.2022.]
46. Valda Dombrovska Ministru kabinets. 2011. Deklarācija par Vlada Dombrovska vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību: Nacionālajai izaugsmei un vienotībai. 24.10.2011. Iegūts no: https://www.mk.gov.lv/sites/mk/files/media_file/dombrovskis-2-deklaracija.pdf [skatīts 15.04.2022.]
47. Valda Birkava Ministru kabinets. 1993. Ziņojums par kabineta sastādīšanu un deklarāciju par kabineta iecerēto darbību. Iegūts no: https://www.mk.gov.lv/sites/mk/files/media_file/birkavs_zinojums.pdf [skatīts 15.04.2022.]
48. Viļa Krištopana Ministru kabinets. 1998. Deklarācija par Ministru kabineta iecerēto darbību. Iegūts no: https://www.mk.gov.lv/sites/mk/files/media_file/kristopans-deklaracija.pdf [skatīts 15.04.2022.]
49. World Health Organization [WHO]. Global Health Expenditure Database. Iegūts no: <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en> [skatīts 15.04.2022.]

50. World Bank. 2000a. Physicians (per 1000 people). Iegūts no: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS?end=2019&start=1960&view=map&y ear=1997> [skatīts 15.04.2022.]
51. World Bank. 2000b. Nurses and midwives (per 1000 people). Iegūts no: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.NUMW.P3> [skatīts 15.04.2022.]

Normatīvie akti:

52. 15.02.1922. Satversmes Sapulce. "Latvijas Republikas Satversme". Iegūts no: <https://likumi.lv/doc.php?id=57980> [skatīts 15.04.2022.]
53. 15.02.1990. LPSR likums "Par pilsētu pašvaldību". Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/279723-par-pilsetu-pasvaldibu> [skatīts 15.04.2022.]
54. 04.05.1990. LPSR Augstākā Padome. Deklarācija "Par Latvijas Republikas neatkarības atjaunošanu". Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/75539-par-latvijas-republikas-neatkaribas-atjaunosanu> [skatīts 15.04.2022.]
55. 19.09.1990. LPSR Ministru Padome. Lēmums Nr. 131 "Par Latvijas Republikas Veselības aizsardzības ministrijas nolikumu". Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/72804-par-latvijas-republikas-veselibas-aizsardzibas-ministrijas-nolikumu> [skatīts 15.04.2022.]
56. 24.04.1991. Augstākā Padome. Likums "Par pilsētas pašvaldību". Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/67903-par-pilsetas-pasvaldibu> [skatīts 15.04.2022.]
57. 21.08.1991. Augstākā Padome. Konstitucionālais likums "Par Latvijas Republikas valstisko statusu". Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/69512-par-latvijas-republikas-valstisko-statusu> [skatīts 15.04.2022.]
58. 13.11.1991. Augstākā Padome. Likums "Par Latvijas Republikas ministrijām". Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/70449-par-latvijas-republikas-ministrijam> [skatīts 15.04.2022.]
59. 17.12.1991. Augstākā Padome. Likums "Par Latvijas Republikas Valsts kontroli". Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/72351-par-latvijas-republikas-valsts-kontroli> [skatīts 15.04.2022.]
60. 18.03.1992. Augstākā Padome. Likums "Par Latvijas Republikas Ministru Padomi. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/65474-par-latvijas-republikas-ministru-padomi> [skatīts 15.04.2022.]
61. 15.04.1992. Augstākā Padome. Likums "Par Latvijas Republikas iestāšanos Starptautiskajā rekonstrukcijas un attīstības bankā, tās apvienotajās organizācijās un Eiropas rekonstrukcijas un attīstības bankā". Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/65511-par-latvijas-republikas-iestasanos-starptautiskaja-rekonstrukcijas-un-attistibas-banka-tas-apvienotajas-organizacijas-un> [skatīts 15.04.2022.]
62. 21.04.1992. Ministru Padome. Lēmums Nr. 135 "Par Latvijas Republikas Labklājības ministrijas nolikumu". Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/65323-par-latvijas-republikas-labklajibas-ministrijas-nolikumu> [skatīts 15.04.2022.]
63. 25.08.1992. Augstākā Padome. Likums "Par Latvijas Republikas Augstākās Padomes darba organizāciju līdz Saeimas sanāksšanai". Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/74902-par-latvijas-republikas-augstakas-padomes-darba-organizaciju-lidz-saeimas-sanaksanai> [skatīts 15.04.2022.]
64. 20.10.1992. Augstākā Padome. Par 5. Saeimas vēlēšanām. Iegūts no <https://likumi.lv/ta/id/66524-par-5-saeimas-velesanam> [skatīts 15.04.2022.]
65. 15.12.1992. Augstākā Padome. Likums "Par miruša cilvēka ķermeņa aizsardzību un cilvēka audu un orgānu izmantošanu medicīnā". Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/62843-par-mirusa-cilveka-kermena-aizsardzibu-un-cilveka-audu-un-organu-izmantosanu-medicina> [skatīts 15.04.2022.]
66. 15.07.1993. Saeima. Likums "Ministru kabineta iekārtas likums". Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/59281-ministru-kabineta-iekartas-likums> [skatīts 15.04.2022.]
67. 09.11.1993. Ministru kabineta lēmums Nr. 46 "Par Valsts reformu ministrijas pagaidnolikumu". Iegūts no: <https://www.vestnesis.lv/ta/id/59935> [skatīts 15.04.2022.]

68. 19.05.1994. Saeima. Likums "Par pašvaldībām". Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/57255-par-pasvaldibam> [skatīts 15.04.2022.]
69. 28.07.1994. Saeima. Likums "Saeimas kārtības rullis". Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/57517-saeimas-kartibas-rullis> [skatīts 15.04.2022.]
70. 03.01.1995. Ministru kabineta lēmums Nr. 3 "Par Valsts reformu ministrijas nolikumu". Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/33549> [skatīts 15.04.2022.]
71. 11.04.1995. Ministru kabineta lēmums Nr. 94 "Labklājības ministrijas nolikums". Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/34797-labklajibas-ministrijas-nolikums> [skatīts 15.04.2022.]
72. 25.05.1995. Saeima. Likums "Saeimas vēlēšanu likums". Iegūts no: <https://likumi.lv/doc.php?id=35261> [skatīts 15.04.2022.]
73. 29.06.1995. Ministru kabineta rīkojums Nr. 352 "Par Valsts reformu ministrijas likvidāciju". Iegūts no: <https://m.likumi.lv/doc.php?id=35673> [skatīts 15.04.2022.]
74. 10.04.1997. Saeima. Likums "Farmācijas likums". Iegūts no: <https://likumi.lv/doc.php?id=43127> [skatīts 15.04.2022.]
75. 24.04.1997. Saeima. Likums "Par prakses ārstiem". Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/43338-par-prakses-arstiem> [skatīts 15.04.2022.]
76. 12.06.1997. Saeima. Likums "Ārstniecības likums". Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/44108> [skatīts 15.04.2022.]
77. 05.08.1997. Ministru kabineta noteikumi Nr. 286 "Labklājības ministrijas nolikums". Iegūts no: <https://m.likumi.lv/doc.php?id=44593> [skatīts 15.04.2022.]
78. 21.10.1997. Ministru kabineta noteikumi Nr. 360 "Slimokasu izveides un darbības noteikumi". Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/45552-slimokasu-izveides-un-darbibas-noteikumi> [skatīts 15.04.2022.]
79. 11.12.1997. Saeima. Likums "Epidemioloģiskās drošības likums". Iegūts no: <https://www.vestnesis.lv/ta/id/52951-epidemiologiskas-drosibas-likums> [skatīts 15.04.2022.]
80. 12.01.1999. Ministru kabineta noteikumi Nr. 13 Veselības aprūpes finansēšanas noteikumi. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/20804-veselibas-aprupes-finansesanas-noteikumi> [skatīts 15.04.2022.]
81. 09.09.1999. Labklājības Ministrijas rīkojums Nr. 290 "Par primārās veselības aprūpes organizācijas un apmaksas kārtību". Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/17706-par-primaras-veselibas-aprupes-organizācijas-un-apmaksas-kartibu> [skatīts 15.04.2022.]
82. 19.10.1999. Labklājības Ministrijas rīkojums Nr. 329 "Par primārās un sekundārās veselības aprūpes sistēmas attīstības stratēģiju". Iegūts no: <https://m.likumi.lv/doc.php?id=16617> [skatīts 15.04.2022.]
83. 06.06.2002. Saeima. Valsts pārvaldes iekārtas likums. Iegūts no: <https://likumi.lv/doc.php?id=63545> [skatīts 15.04.2022.]
84. 26.07.2002. Ministru kabineta rīkojums Nr. 401 "Par streika prasību izpildi". Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/64838-par-streika-prasibu-izpildi> [skatīts 15.04.2022.]
85. 15.08.2002. Ministru kabineta rīkojums Nr. 436 "Par Latvijas ilgtspējīgas attīstības pamatnostādņem". Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/65563-par-latvijas-ilgtspejigas-attistibas-pamatnostadnem> [skatīts 15.04.2022.]
86. 30.09.2002. Ministru kabineta rīkojums Nr. 547 "Par Veselības aprūpes reformas vidus posma un tālākās attīstības nodrošināšanas pamatnostādņem". Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/67036-par-veselibas-aprupes-reformas-vidusposma-un-talakas-attistibas-nodrosinasanas-pamatnostadnem> [skatīts 15.04.2022.]
87. 27.12.2002. Ministru kabineta noteikumi Nr. 583 "Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūras nolikums". Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/69950-veselibas-obligatas-apdrosinasanas-valsts-agenturas-nolikums> [skatīts 15.04.2022.]

88. 07.01.2003. Ministru kabineta noteikumi Nr. 2 “Grozījumi Ministru kabineta iekārtas likumā”. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/70037-grozijumi-ministru-kabineta-iekartas-likuma> [skatīts 15.04.2022.]
89. 27.11.2003. Ministru kabineta rīkojums Nr. 733 “Par Cilvēka imūndeficīta vīrusa (HIV) un AIDS izplatības ierobežošanas programmu 2003.–2007. gadam”. Iegūts no: <http://polsis.mk.gov.lv/documents/1043> [skatīts 15.04.2022.]
90. 09.03.2004. Ministru kabineta rīkojums Nr. 150 “Par Sabiedrības veselības stratēģijas ieviešanas rīcības programmu 2004.–2010. gadam”. Iegūts no: <http://polsis.mk.gov.lv/documents/1193> [skatīts 15.04.2022.]
91. 20.05.2003. Ministru kabineta noteikumi Nr. 263 “Valsts kancelejas nolikums”. Iegūts no: <https://likumi.lv/doc.php?id=75201> [skatīts 15.04.2022.]
92. 29.05.2003. Ministru kabineta rīkojums Nr. 359 “Par Konceptiju par darba samaksas sistēmas regulējumu no valsts budžeta finansējamo iestāžu, valsts uzņēmumu un statūsabiedrību ārstniecības personām un sociālā darba speciālistiem”. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/75576-par-koncepciju-par-darba-samaksas-sistemas-regulejumu-no-valsts-budzeta-finansejamo-iestazu-valsts-uznemumu-un-statutsabiedribu> [skatīts 15.04.2022.]
93. 13.04.2004. Ministru kabineta noteikumi Nr. 286 “Veselības ministrijas nolikums”. Iegūts no: <https://likumi.lv/doc.php?id=87141> [skatīts 15.04.2022.]
94. 22.04.2004. Saeima. Likums “Grozījumi Epidemioloģiskās drošības likumā”. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/88025-grozijumi-epidemiologiskas-drosibas-likuma> [skatīts 15.04.2022.]
95. 27.05.2004. Saeima. Likums “Grozījumi Ārstniecības likumā”. Iegūts no: <https://www.vestnesis.lv/ta/id/90024-grozijumi-arstniecibas-likuma> [skatīts 15.04.2022.]
96. 14.12.2004. Ministru kabineta noteikumi Nr. 1024 “Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnas ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība”. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/98295-ambulatorajai-arstesanai-paredzeto-zalu-un-medicinisko-iericu-iegades-izdevumu-kompensacijas-kartiba> [skatīts 15.04.2022.]
97. 20.12.2004. Ministru kabineta rīkojums Nr. 1003 “Par Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programmu”. Iegūts no: <http://polsis.mk.gov.lv/documents/1675> [skatīts 15.04.2022.]
98. 20.12.2004. Ministru kabineta rīkojums Nr. 1002 “Par Konceptiju par finanšu resursiem zāļu pieejamības nodrošināšanai pacientu ambulatorai ārstēšanai Latvijā nākamo piecu līdz desmit gadu laikā, valsts lomu un atbildību šajā procesā”. Iegūts no: <http://polsis.mk.gov.lv/documents/1674> [skatīts 15.04.2022.]
99. 21.12.2004. Ministru kabineta noteikumi Nr. 1036 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/99669-veselibas-aprupes-organizesanas-un-finansesanas-kartiba> [skatīts 15.04.2022.]
100. 18.05.2005. Ministru kabineta rīkojums Nr. 326 “Par pamatnostādņem “Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē””. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/108598-par-pamatnostadnem-cilvekresursu-attistiba-veselibas-aprupe> [skatīts 15.04.2022.]
101. 19.07.2005. Ministru kabineta rīkojums Nr. 444 “Par Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta attīstības pamatnostādņem”. Iegūts no: <http://polsis.mk.gov.lv/documents/1821> [skatīts 15.04.2022.]
102. 17.08.2005. Ministru kabineta rīkojums Nr. 560 “Par pamatnostādņem “e-veselība Latvijā””. Iegūts no: <http://polsis.mk.gov.lv/documents/1829> [skatīts 15.04.2022.]
103. 22.09.2005. Saeima. Likums “Grozījumi Seksuālās un reproduktīvās veselības likumā”. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/118700-grozijumi-seksualas-un-reproduktivas-veselibas-likuma> [skatīts 15.04.2022.]
104. 28.12.2005. Ministru kabineta rīkojums Nr. 854 “Par Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programmas ieviešanas plānu 2005.–2010. gadam”. Iegūts no: <http://polsis.mk.gov.lv/documents/3470> [skatīts 15.04.2022.]

105. 12.06.2006. Veselības ministrijas informatīvai ziņojums “Informatīvais ziņojums par pamatnostādņu “Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē” ieviešanas gaitu”. Iegūts no: <http://polsis.mk.gov.lv/documents/1774> [skatīts 15.04.2022.]
106. 28.08.2007. Veselības ministrijas informatīvais ziņojums “Informatīvais ziņojums par Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta attīstības pamatnostādņu ieviešanu no 2005.–2006. gadam”. Iegūts no: <http://polsis.mk.gov.lv/documents/1821> [skatīts 15.04.2022.]
107. 23.04.2008. Veselības ministrijas informatīvais ziņojums “Informatīvais ziņojums par pamatnostādņēm “e-Veselība Latvijā” un īstenošanas plāna 2008.–2010. gadam ieviešanu 2007. gadā”. Iegūts no: <http://polsis.mk.gov.lv/documents/1829> [skatīts 15.11.2022.]
108. 15.05.2008. Saeima. Ministru kabineta iekārtas likums. Iegūts no: <https://likumi.lv/doc.php?id=175919> [skatīts 15.04.2022.]
109. 07.04.2009. Ministru kabineta noteikumi Nr. 300 “Ministru kabineta kārtības rullis”. Iegūts no: <https://likumi.lv/doc.php?id=190612> [skatīts 15.04.2022.]
110. 08.04.2009. Saeima. Grozījumi Ārstniecības likumā. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/191211-grozijumi-arstniecibas-likuma> [skatīts 15.04.2022.]
111. 06.10.2009. Ministru kabineta noteikumi Nr. 1149 “Veselības norēķinu centra nolikums”. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/198902-veselibas-norekinu-centra-nolikums> [skatīts 15.04.2022.]
112. 17.12.2009. Saeima. Pacientu tiesību likums. Iegūts no: <https://likumi.lv/doc.php?id=203008> [skatīts 15.04.2022.]
113. 21.09.2010. Veselības ministrijas informatīvais ziņojums. “Informatīvais ziņojums par Ambulatorās un Stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programmas un Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programmas ieviešanas plāna 2005.–2010. gadam īstenošanu 2005.–2009. gadā”. Iegūts no: <http://polsis.mk.gov.lv/documents/1675> [skatīts 15.04.2022.]
114. 07.09.2011. Ministru kabineta rīkojums Nr. 436 “Par Veselības norēķinu centra un Veselības ekonomikas centra reorganizāciju”. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/235650-par-veselibas-norekinu-centra-un-veselibas-ekonomikas-centra-reorganizaciju> [skatīts 15.04.2022.]
115. 24.11.2010. Veselības ministrijas informatīvais ziņojums “Informatīvais ziņojums par pamatnostādņu “Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē” un programmas “Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē 2006.–2015. gadam” ieviešanas gaitu”. Iegūts no: <http://polsis.mk.gov.lv/documents/1774> [skatīts 15.04.2022.]
116. 03.04.2012. Ministru kabineta noteikumi Nr. 241 “Slimību profilakses un kontroles centra nolikums”. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/246288-slimibu-profilakses-un-kontroles-centra-nolikums> [skatīts 15.04.2022.]
117. 28.05.2011. Valsts prezidenta rīkojums Nr. 2 “Par Saeimas atlaišanu”. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/230900-par-saeimas-atlaisanas-ierosinasanu> [skatīts 15.04.2022.]
118. 16.02.2012. Ministru kabineta rīkojums Nr. 84 “Par Valdības rīcības plānu Deklarācijas par Valda Dombrovska vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību īstenošanai”. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/244182-par-valdibas-ricibas-planu-deklaracijas-par-valda-dombrovska-vadita-ministru-kabineta-iecereto-darbibu-istenosana> [skatīts 15.04.2022.]
119. 26.10.2012. Līguma par Eiropas Savienības darbību konsolidētā versija. Eiropas Savienības oficiālais vēstnesis. Iegūts no: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/LV/TXT/PDF/?uri=CELEX:12012E/TXT&from=LV> [skatīts 15.04.2022.]
120. 27.12.2013. Veselības ministrijas informatīvais ziņojums. “Informatīvais ziņojums par Ambulatorās un Stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programmas un Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programmas ieviešanas plāna 2005.–2010. gadam īstenošanu 2005.–2010. gadā”. Iegūts no: <http://polsis.mk.gov.lv/documents/3470> [skatīts 15.04.2022.]
121. 07.01.2014. Nevalstisko organizāciju un Ministru kabineta sadarbības memorands. Iegūts no: <https://www.mk.gov.lv/lv/media/7663/download> [skatīts 15.04.2022.]

122. 14.10.2014. Ministru kabineta rīkojums Nr. 589 “Par Sabiedrības veselības pamatnostādņem 2014.–2020. gadam”. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/269591-par-sabiedribas-veselibas-pamatnostadnem-20142020gadam> [skatīts 15.04.2022.]
123. 06.11.2014. Veselības ministrijas informatīvais ziņojums “Informatīvais ziņojums par pamatnostādņem “e-Veselība Latvijā” ieviešanu 2008.–2013. gadā un pamatnostādņu īstenošanas plāna 2008.–2010. gadam ieviešanu”. Iegūts no: <http://polsis.mk.gov.lv/documents/1829> [skatīts 15.04.2022.]
124. 14.06.2015. Ministru kabineta noteikumi Nr. 418 “Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes kompensācijas kārtība”. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/111208-ambulatorajai-arstesanai-paredzeto-zalu-un-medicinisko-iericu-iegades-izdevumu-kompensacijas-kartiba> [skatīts 15.04.2022.]
125. 07.08.2017. Ministru kabineta rīkojums Nr. 394 “Konceptuālais ziņojums “Par veselības aprūpes sistēmas reformu””. Iegūts no: <https://www.vm.gov.lv/lv/media/6086/download> [skatīts 15.04.2022.]
126. 22.11.2017. Saeima. Likums “Grozījumi Ārstniecības likumā”. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/295574-grozijumi-arstniecibas-likuma> [skatīts 15.04.2022.]
127. 14.12.2017. Saeima. Likums “Veselības aprūpes finansēšanas likums”. Iegūts no: <https://likumi.lv/doc.php?id=296188> [skatīts 15.04.2022.]
128. 19.12.2017. Ministru kabineta noteikumi Nr. 781 “Grozījumi Ministru kabineta noteikumos Nr. 595 “Noteikumi par zemāko mēnešalgu un speciālo piemaksu ārstniecības personām””. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/296035-grozijumi-ministru-kabineta-2010-gada-29-junija-noteikumos-nr-595-noteikumi-par-zemako-menesalgu-un-specialo-piemaksu-arstnieci...> [skatīts 15.04.2022.]
129. 13.12.2018. Saeima. Likums “Grozījums Veselības aprūpes finansēšanas likumā”. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/303795-grozijums-veselibas-aprupes-finansesanas-likuma> [skatīts 15.04.2022.]
130. 20.12.2018. Saeima. Likums “Grozījumi Ārstniecības likumā”. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/304004-grozijumi-arstniecibas-likuma> [skatīts 15.04.2022.]
131. 17.01.2019a. Saeima. Likums “Grozījumi Veselības aprūpes finansēšanas likumā”. Iegūts no: <https://www.vestnesis.lv/op/2019/15.1> [skatīts 15.04.2022.]
132. 16.05.2019. Saeima. Likums “Grozījumi likumā “Par miruša cilvēka ķermeņa aizsardzību un cilvēka audu un orgānu izmantošanu medicīnā””. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/307176-grozijumi-likuma-par-mirusa-cilveka-kermena-aizsardzibu-un-cilveka-audu-un-organu-izmantosanu-medicina> [skatīts 15.04.2022.]
133. 13.06.2019b. Saeima. Likums “Grozījumi Veselības aprūpes finansēšanas likumā”. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/307619-grozijumi-veselibas-aprupes-finansesanas-likuma> [skatīts 15.04.2022.]
134. 12.03.2020. Ministru kabineta rīkojums Nr. 103 “Par ārkārtējās situācijas izsludināšanu”. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/313191-par-arkartejas-situacijas-izsludinasanu> [skatīts 15.04.2022.]
135. 17.12.2020. Saeima. Likums “Grozījumi Veselības aprūpes finansēšanas likumā”. Iegūts no: <https://www.vestnesis.lv/op/2020/247.6> [skatīts 15.04.2022.]
136. 09.12.2021. Saeima. Likums “Grozījumi Veselības aprūpes finansēšanas likumā”. Iegūts no: <https://www.vestnesis.lv/op/2021/239A.3> [skatīts 15.04.2022.]

Literatūra:

137. Abāšins, J. 2017. Intervija. Rīgas Stradiņa universitāte. Intervētājs: Ieva Bikava. 25.01.2017.
138. Avdejeva, O. un Šefers, M. 2008. *Veselības aprūpes sistēmas pārejas periodā. Latvija. Pārskats par veselības aprūpes reformu*. LR Veselības ministrijas Medicīnas profesionālās izglītības centrs: WHO Regional Office for Europe. On Behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

139. Barbazza, E., Tello, J. E. 2014. A review of health governance: Definitions, dimensions and tools to govern. WHO Regional Office for Europe. Elsevier, 2014. doi: org/10.1016/j.healthpol.2014.01.007. Iegūts no: <https://www.jstor.org/stable/2131866?seq=1> [skatīts 15.04.2022.]
140. Barbazza, E., Langins, M., Kluge, H., Tello, J. 2015. Health workforce governance: Processes, tools and actors towards a competent workforce for integrated health service delivery. *Health Policy* 119, 1645–1654. Iegūts no: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5357726/> [skatīts 15.04.2022.]
141. Baumanis, A. 2017. Intervija. Rīgas Stradiņa universitāte. Intervētājs: Ieva Bikava. 03.03.2017.
142. Baumgartner, F. R., Jones B. D. 1991. Agenda Dynamics and Policy Subsystems. *The Journal of Politics*. 53(4), 1044–1074. doi:org/10.2307/2131866
143. Behmane, D. 2016. Intervija. Rīgas Stradiņa universitāte. Intervētājs: Ieva Bikava. 30.03.2016.
144. Bikava, I. 2016. *Valsts un privāto interešu sadursme Obligātās veselības apdrošināšanas ieviešanā Latvijā*. Maģistra darbs. RSU, Rīga, 2016.
145. Bikava, I., Skride, A. 2017. Latvijas veselības aprūpes finansēšanas modeļa maiņas lietderības novērtējums. *RSU Zinātniskie raksti 2016 sociālo zinātņu nozares pētnieciskā darba publikācijas*. Politika, Rīga, RSU, 5–12. Iegūts no: <https://www.rsu.lv/zinatniskie-raksti/latvijas-veselibas-aprupes-finansesanas-modela-mainas-lietderibas-novertejums> [15.04.2022.]
146. Bikava, I., Skride, A. 2018. Evaluation of healthcare policy in Latvia. SHS Web of Conferences 40, 02002 (2018). Iegūts no: https://www.shs-conferences.org/articles/shsconf/abs/2018/01/shsconf_shw2018_02002/shsconf_shw2018_02002.html [skatīts 15.04.2022.]
147. Bikava, I., Skride, A. 2019. Health care accessibility and disparities in medical staff availability in Latvia. Iegūts no: <https://doi.org/10.1051/shsconf/20196802003> [skatīts 15.04.2022.]
148. Bikava, I., Kreituse, I. 2018a. Interest Group Impact on E-health implementation in Latvia. Iegūts no: https://www.shs-conferences.org/articles/shsconf/pdf/2018/01/shsconf_shw2018_02001.pdf. [skatīts 15.04.2022.]
149. Bikava, I., Kreituse, I. 2018b. Governance – the key factor of E-health implementation in Latvia. 5th International Multidisciplinary Scientific Conference on Social Science and Arts SGEM Vienna 2018. Volume 5. Political science. DOI: 10.5593/SGEMSOCIAL2018H/11/ S01.002 Iegūts no: <http://92.247.39.219/ssgemlib/spip.php?article5363>
150. Bikava, I., Kreituse, I., Skride, A. 2020. The voice of society in healthcare politics in Latvia. Iegūts no: https://www.shs-conferences.org/articles/shsconf/abs/2020/13/shsconf_shw2020_01001/shsconf_shw2020_01001.html [skatīts 15.04.2022.]
151. Bleire, D. 2005. Okupācijas sekas. Baltijas brīvības ceļš. No: *Latvijas inteliģences apvienība. Baltijas valstu nevardarbīgās cīņas pieredze pasaules kontekstā*. Zelta grauds, 31–37.
152. Bogason, P. 2013. Institutional Theory and Democracy. In: *Debating Institutionalism*, edited by Pierre J, 22–41.
153. Briģis, G. 2016. Intervija. Rīgas Stradiņa universitāte. Intervētājs: Ieva Bikava. 30.03.2016.
154. Bušmane, M. 2007. *Problemātiski aspekti veselības aprūpes vadībā Latvijā*. Maģistra darbs. RISEBA, Rīga.
155. Cerna, L. 2013. The Nature of Policy Change and Implementation: A review of Different Theoretical Approaches. OECD. Iegūts no: <https://www.oecd.org/education/ceri/The%20Nature%20of%20Policy%20Change%20and%20Implementation.pdf> [skatīts 15.04.2022.]
156. Cilinskis, E. 2005. Nenovērtējam ekonomisko aspektu. Par radikālo un mēreno. No: *Latvijas inteliģences apvienība. Baltijas valstu nevardarbīgās cīņas pieredze pasaules kontekstā*. Zelta grauds, 131–136.
157. Circene, I. 2016. Intervija. Rīgas Stradiņa universitāte. Intervētājs: Ieva Bikava. 24.03.2016.

158. Contandriopoulos, A. P., Lauristin, M., Leibovich, E. 1998. Values, norms and the reforms of health care systems. In: *Challenges for health care reform in Europe*. Open University Press, Balmoor, 339–361.
159. Čakša, A. 2018. Intervija. Rīgas Stradiņa universitāte. Intervētājs: Ieva Bikava. 07.11.2018.
160. Dunn, W. N. 2014. The Process of Policy Analysis. Public Policy Analysis. *New International Edition*. 5th edition, 1–30.
161. European Observatory. 2008. European Observatory on Health Systems and Policies. Latvia: Health system review. *Health systems in Transition*. 10, 2. Iegūts no: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/95124/E91375.pdf [skatīts 15.04.2022.]
162. European Observatory. 2012. European Observatory on Health Systems and Policies. Latvia: Health system review. *Health systems in Transition*. 14, 8. SPKC tulkojums “Pārskats par veselības sistēmu līdz 2011. gadam”. Iegūts no: https://www.spkc.gov.lv/lv/starptautiskie-dokumenti/veselibas_sist_parejas_perioda_lv1.pdf [skatīts 15.04.2022.]
163. European Observatory. 2019. European Observatory on Health Systems and Policies. Latvia: Health system review. *Health systems in Transition*. 21, 4. Iegūts no: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331419/HiT-21-4-2019-eng.pdf?ua=1> [skatīts 15.04.2022.]
164. Freimanis, J. 2005. Trešā atmoda: inteliģences spožums un posts. No: *Latvijas inteliģences apvienība. Baltijas valstu nevardarbīgas cīņas pieredze pasaules kontekstā*. Zelta grauds, 72–76.
165. Gintere, S. 2018. Intervija. Rīgas Stradiņa universitāte. Intervētājs: Ieva Bikava. 24.03.2016.
166. Godmanis, I. 2005. Izaicinājumi turpmākai cīņai. No: *Latvijas inteliģences apvienība. Baltijas valstu nevardarbīgas cīņas pieredze pasaules kontekstā*. Zelta grauds, 192–195.
167. Hall, P. A., Taylor, R. C. 1996. *Political Science and the Three New Institutionalism*. MPIFG Discussion Paper, 96(6).
168. Hawkins, B., Holden, C. 2016. A Corporate Veto on Health Policy? Global Constitutionalism and Investor-State Dispute Settlement. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 41(5), doi: 10.1215/3616878-362203, 976–977.
169. Hofmeister, W., Grabow, K. 2011. *Political Parties. Functions and Organization in Democratic Societies*. Konrad Adenauer Stiftung.
170. Hunter, D., Vienonen, M., Wlodarczyk, W. C. 1998. Optimal balance and decentralized management. In: *F. J. Saltman R (ed). Critical challenges for health care reform in Europe*. Balmoor: Open University Press, 308–324.
171. Immergut, E. 1990. Institutions, Veto Points, and Policy Results: A comparative Analysis of Health Care. *Journal of Public Policy*, 10(4), doi:10.1017/S0143814x00006061, 391–416.
172. Immergut, E. I. 1992. *Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe*. New York, Cambridge. ISBN:9780521413350.
173. Immergut, E. M. 1998. The Theoretical Core of the New Institutionalism. *Politics and Society*. 26(1). *Sage Journals*. doi:10.1177/0032329298026001002. Iegūts no: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0032329298026001002> [skatīts 15.04.2022.]
174. Immergut, E. M. 2002. The rules of the game. The logic of health policy making in France, Switzerland and Sweden. In: *Structuring Politics. Historical Institutionalism in Comparative Analysis*, edited by Steinmo S. Cambridge University Press, 57–89.
175. Isaksens, A. J., Hamiltons, K. B., Gilfasons, T. 1992. *Pārejas ekonomika: No plāna uz tirgu*. Rīga: Zinātne.
176. Judge, D. 2013. Institutional Theory and Legislatures. In: *Debating Institutionalism*, edited by Pierre J. Manchester University Press, 115–151.
177. Jurševics, E. E. 2019. Intervija. Rīgas Stradiņa universitāte. Intervētājs: Ieva Bikava. 28.02.2019.

178. Kaplan, R. M., Babad, Y. M. 2011. Balancing influence between actors in healthcare decision making. *BMC Health Services Research*. April 2011. Doi: 10.1186/1472-6963-11-85
179. Karaškēvica, J. 2004. *Latvijas veselības aprūpes reforma un iedzīvotāju veselība laikposmā no 1993. gada līdz 2003. gadam*. Promocijas darbs. Rīga, RSU.
180. Karaškēvica, J. 2010. *Latvijas veselības aprūpes sistēma: organizācija, reforma un mana līdzdalība*. Medicīnas apgāds.
181. Kokko, S., Hava, P., Otrun, V., Leppo, K. 1998. The role of the state in health care reform. In: *Critical Challenges for health care reform in Europe*. Open University Press, Balmoor, 289–307.
182. Krastiņš, E. 2005. Latvijas ekonomiskās sistēmas izveide 1988.–1991. gadā. No: *Latvijas inteliģences apvienība. Baltijas valstu nevardarbīgas cīņas pieredze pasaules kontekstā*. Zelta grauds, 401–410.
183. Ladyman, J. 2007. Ontological, Epistemological, and Methodological Positions. In: *General Philosophy of Science. Handbook of Philosophy of Science*. North Holland. doi:org/10.1016/B978-044451548-3/50008-2, 303–376.
184. Lazdāne, G. 2017. Intervija. Rīgas Stradiņa universitāte. Intervētājs: Ieva Bikava. 02.03.2017.
185. Lecours, A. 2011. *New Institutionalism: Theory and Analysis*. University of Toronto Press.
186. Lobel, O. 2012. New Governance as Regulatory Governance. In: *Oxford Handbook of Governance*, edited by Levi-Faur, D. Oxford University Press, 65–81.
187. Lowndes, V., Roberts, M. 2003. Why Institutions Matter. *The New Institutionalism in Political Science*. Palgrave Macmillan.
188. LR Valsts kontrole. 2003. Ziņojums par veselības aprūpes sistēmu. Revīzijas, metodoloģijas, analīzes un attīstības departaments. Publiskošanas datums 14.03.2003. Iegūts no: <https://lrvk.gov.lv/lv/revizijas/revizijas/noslegtas-revizijas/par-veselibas-aprupes-sistemu> [skatīts 15.04.2022.]
189. LR Valsts kontrole. 2015. Revīzijas ziņojums “Informācijas sistēmas veselības aprūpē. Vai projekts “e-Veselība Latvijā” ir solis pareizajā virzienā”. Valsts kontroles Trešais revīzijas departaments. Publiskots 08.09.2015. Iegūts no: <https://www.lrvk.gov.lv/lv/revizijas/revizijas/noslegtas-revizijas/informacijas-sistemas-veselibas-aprupe> [skatīts 15.04.2022.]
190. LR Valsts kontrole. 2019. Revīzijas ziņojums “Cilvēkresursi veselības aprūpē”. Trešais revīzijas departaments. Iegūts no: <https://www.lrvk.gov.lv/lv/revizijas/revizijas/noslegtas-revizijas/cilvekresursi-veselibas-aprupe> [skatīts 15.04.2022.]
191. LR Valsts kontrole. 2020. Revīzijas ziņojums “Valsts pārvalde – quo vadis?”. Valsts pārvaldes reformā plānotais un sasniegtais. Valsts kontroles Centrālais revīzijas departaments. Iegūts no: <https://www.lrvk.gov.lv/lv/revizijas/revizijas/noslegtas-revizijas/vai-valsts-parvaldes-reformas-plans-2020-norit-saskana-ar-planoto-un-tiek-panakts-ieveretais-efekts> [skatīts 15.04.2022.]
192. March, J. G., Olsen, J. P. 2009. Elaborating the “New Institutionalism”. *The Oxford Handbook of Political Institutions*. doi:10.1093/oxfordhb/9780199548460.003.0001. Iegūts no: <https://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780199548460.001.0001/oxfordhb-9780199548460-e-1> [skatīts 15.04.2022.]
193. Marks, L., Cave, S., Hunter, D. J. 2010. Public health governance: views of key stakeholders. *Public Health* 124, 55–59. Iegūts no: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2009.11.006> [skatīts 15.04.2022.]
194. Mūrmane-Umbraško, D. 2018. Intervija. Rīgas Stradiņa universitāte. Intervētājs: Ieva Bikava. 07.11.2018.
195. OECD. 2021. State of Health in the EU. Latvia. Country Health profile 2021. Iegūts no: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/919f55f0-en.pdf?expires=1654435198&id=id&accname=guest&checksum=8636B258C9D5C5EC0E1E0FAC9032BEA7> [skatīts 15.04.2022.]

196. Ornerheim, M., Wihlborg, E. 2014. Path Dependence on New Roads. Institutional Development of Quality Registers. *Scandinavian Journal of Public Administration*. 18(2), 3–22. Iegūts no: <https://ojs.ub.gu.se/ojs/index.php/sjpa/article/view/2936> [skatīts 15.04.2022.]
197. Palmer, G. R., Theresa, M. 2007. *Health Economics. A Critical and Global Analysis*. Palgrave Macmillan.
198. Peters, B. G. 2000. *Institutional Theory in Political Science. The “New Institutionalism”*. Continuum, London and New York.
199. Peters, B. G. 2005. *Institutional Theory in Political Science. The “New Institutionalism” 2nd edition*. Continuum, London and New York.
200. Peters, B. G. 2012. *Institutional Theory in Political Science. The “New Institutionalism” 3rd edition*. Continuum.
201. Peters, B. G. 2013. Institutional Theory: Problems and Prospects. In: *Debating Institutionalism*, edited by Pierre J. Manchester University press, 1–21.
202. Pētersone, I. 2018. Intervija. Rīgas Stradiņa universitāte. Intervētājs: Ieva Bikava. 07.09.2018.
203. Pierson, P. 2000. Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics. *The American Political Science Review*. 94, 2. Jun, 2000. Doi: or/10.2307/2586011. Iegūts no: <http://urban.hunter.cuny.edu/~schram/Grad%20American/Overviews%20&%20Syntheses/Pierson.Increasing%20Returns,%20Path%20Dependence,%20and%20Study%20of%20Politics.pdf> [skatīts 15.04.2022.]
204. Pierson, P., Skocpol, T. 2002. Historical Institutionalism in Contemporary Political Science. In: *Political Science. State of the Discipline*, edited by Katznelson I. New York: W.W.Norton&Company, 693–721.
205. Raiska, D. 2018. Intervija. Rīgas Stradiņa universitāte. Intervētājs: Ieva Bikava. 22.10.2018.
206. Reich, M. 1995. The politics of health sector reform in developing countries: three cases of pharmaceutical policy. *Health Policy*, 32, 47–77. doi:org/10/1016/0168-8510(95)00728-B. Iegūts no: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/016885109500728B> [skatīts 15.04.2022.]
207. Rhodes, R. A. W. 2012. Waves of Governance. In: *Oxford Handbook of Governance*, edited by Levi-Faur, D. Oxford University Press, 33–48.
208. Sabatier, P. 1988. An Advocacy Coalition framework of Policy Change and the Role of Policy-Oriented Learning. *Policy Sciences*. 21(2/3), 129–168. Iegūts no: <https://www.jstor.org/stable/4532139> [skatīts 15.04.2022.]
209. Saltman, R. B., Busse, R., Mossialos, E. 2002. Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems. European Observatory on Health Care Systems Series. World Health Organization. Iegūts no: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98430/E74487.pdf [skatīts 15.04.2022.]
210. Scott, W. R. 2013. *Institutions and Organizations: Ideas, Interests and Identities*. SAGE Publications.
211. Siddigi, S., Masud, T. I., Nishtar, S., Peters, D. H., Sabri, B., Bile, K. M., Jama, M. A. 2009. Framework for assessing governance of the health system in developing countries: Gateway to good governance. *Health Policy* 90, 13–25. doi: 10.1016/j.healthpol.2008.08.005. Iegūts no: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18838188/> [skatīts 15.04.2022.]
212. Smith, P. C., Anell, A., Busse, R., Crivelli, L., Healy, J., Lindahl, A. K., Westert, G., Kene, T. 2012. Leadership and governance in seven developed health systems, *Health Policy* 106, 37–49. Iegūts no: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22265340/> [skatīts 15.04.2022.]
213. Steinmo, S. 2013. Historical Institutionalism. In: *Approaches and methodologies in the social sciences: a pluralistic perspective*, edited by Porta D. Cambridge University Press, 118–138. doi:org/10.1017/CBO9780511801938.008.

214. Streeck, W., Thelen, K. 2005. Introduction: institutional change in advanced political economics. In: *Beyond Continuity: Institutional Change in Advanced Political Economics*. Oxford University press, 1–39. Iegūts no: https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/19498/ssoar-2005-streeck_et_al-introduction_institutional_change_in_advanced.pdf?isAllowed=y&lnkname=ssoar-2005-streeck_et_al-introduction_institutional_change_in_advanced.pdf&sequence=1 [skatīts 15.04.2022.]
215. Thelen, K., Steinmo, S. 1992. Historical Institutionalism in Comparative Politics. In: *Structuring Politics. Historical Institutionalism in Comparative Analysis*, edited by Steinmo S. Cambridge University Press, 1–32.
216. Veīķenieks, A. 2019. Intervija. Rīgas Stradiņa universitāte. Intervētājs: Ieva Bikava. 04.03.2019.
217. Viņķele, I. 2016. Intervija. Rīgas Stradiņa universitāte. Intervētājs: Ieva Bikava. 21.03.2016.
218. Walt, G. 1998. Implementing health care reform: A framework for discussion. In: *Challenges for health care reform in Europe*. Open University Press, Balmoor, 366–384.
219. World Health Organization [WHO]. 1998. WHO Declaration “Health for All in the 21st century”. Iegūts no: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55721/WHSQ_1998_51_1_p3-6_eng.pdf;sequence=1 [skatīts 15.04.2022.]
220. WorldBankGroup. 2016. Pasaules Bankas atmaksājami analītiskie pakalpojumi. Veselības aprūpes nozares reformu iespējas Latvijā. Iegūts no: https://www.rsu.lv/sites/default/files/imce/Zinas/Zinu%20pielikumi/Veselibas_aprupes_nozares_reformu_iespejas_LV.pdf [skatīts 15.04.2022.]
221. Zalcmane, L. 2018. Intervija. Rīgas Stradiņa universitāte. Intervētājs: Ieva Bikava. 17.10.2018.
222. Žurovska, L. 2018. Intervija. Rīgas Stradiņa universitāte. Intervētājs: Ieva Bikava. 17.10.2018.

Interneta avoti:

223. APOLLO. 17.03.2010. Tautas partija pamet valdību. Premjers sola darbu turpināt. <https://www.apollo.lv/5556194/tautas-partija-pamet-valdibu-premjers-sola-darbu-turpinat> [skatīts 22.07.2020.]
224. DELFI. 06.08.2002. Partijas “Jaunais laiks” priekšvēlēšanu programma. Iegūts no: <https://www.delfi.lv/news/national/politics/partijas-jaunais-laiks-prieksvelesanu-programma.d?id=3626271> [skatīts 15.04.2022.]
225. DELFI. 25.01.2007. Veselības ministra amatā apstiprina Veldri. Iegūts no: <https://www.delfi.lv/news/national/politics/veselibas-ministra-amata-apstiprina-veldri.d?id=16691283> [skatīts 15.04.2022.]
226. DELFI. 25.06.2009. Veselības ministres amatam virza Baibu Rozentāli. <https://www.delfi.lv/news/national/politics/veselibas-ministres-amatam-virza-baibu-rozentali.d?id=25351211> [skatīts 15.04.2022.]
227. DELFI. 22.03.2010. Rozentāle darbu pamet ar labi padarīta darba sajūtu. <https://www.delfi.lv/news/national/politics/rozentale-amatu-pamet-ar-labi-padarita-darba-sajutu-kompensaciju-pienems.d?id=30769367> [skatīts 15.04.2022.]
228. Īvāns, D. 2018. Mozus misija. LTF pēdas laikā un telpā. No: *Eiropas Latviešu laikraksts “Brīvā Latvija”*. 16.10.2018. Iegūts no: <https://brivalatvija.lv/sakumlapa/mozus-misija-ltf-pedas-laika-un-telpa?pp=> [skatīts 15.04.2022.]
229. Jurista Vārds. 08.05.2021. 2020. gada valsts budžeta norma, kas paredzēja ārstniecības personai darba atalgojuma finansējumu, atbilst Satversmei. Iegūts no: <https://juristavards.lv/zinas/278825-2020-gada-valsts-budzeta-normas-kas-paredzeja-arstniecibas-personu-darba-atalgojuma-finansejumu-atbi/> [skatīts 15.04.2022.]
230. Latvijas Vēstnesis. (1995, Nr. 49). Latvijas valsts pārvaldes reformas koncepcijas projekts. 30.03.1995. Iegūts no: <https://www.vestnesis.lv/ta/id/34450> [skatīts 15.04.2022.]

231. Latvijas Vēstnesis. (1998, Nr. 79/80). Latvijas valsts pārvaldes reformas koncepcija. 25.03.1998. Iegūts no: <https://www.vestnesis.lv/ta/id/31680> [skatīts 15.04.2022.]
232. Latvijas Vēstnesis. (1998, Nr. 255/256). Pasaules Bankas projekts: Latvijas veselībai. 08.09.1998. Iegūts no: <https://www.vestnesis.lv/ta/id/49611> [skatīts 15.04.2022.]
233. Latvijas Vēstnesis. (1998, Nr. 288). Svēts laiks, kas piederēja mums visiem. No: *Atceres. Atgādnēs*. 08.10.1998. Iegūts no: <https://www.vestnesis.lv/ta/id/32951> [skatīts 15.04.2022.]
234. Latvijas Vēstnesis (2011, Nr. 178). Finanšu ministrija: Par budžeta konsolidāciju no 2008. līdz 2011. gadam. 10.11.2011. Iegūts no: <https://www.vestnesis.lv/ta/id/239254> [skatīts 15.04.2022.]
235. LA. 29.09.2016. Ilze Lavrinoviča. Vai slimnīca kļuvusi par lieljaudas polikliniku. Iegūts no: <https://www.la.lv/vai-slimnica-kluvusi-par-lieljaudas-polikliniku> [skatīts 15.04.2022.]
236. LETA. 20.03.2003. Repše pieprasa Audera demisiju. Iegūts no: <https://www.tvnet.lv/6254743/repse-pieprasa-audera-demisiju> [skatīts 15.04.2022.]
237. LETA. 28.10.2010. Veselības ministra amatam jauns kandidāts. 28.10.2010. <https://www.tvnet.lv/4940472/veselibas-ministra-amatam-jauns-kandidats> [skatīts 15.04.2022.]
238. LETA. 24.10.2011. Veselības ministra amata kandidātes Ingrīdas Circenes biogrāfija. <https://www.tvnet.lv/5085599/veselibas-ministra-amata-kandidates-ingridas-circenes-biografija> [skatīts 15.04.2022.]
239. LETA. 27.11.2013a. Valdis Dombrovskis paziņo par atkāpšanos no amata. Iegūts no: <https://www.tvnet.lv/5270341/valdis-dombrovskis-pazino-par-atkapsanos-no-amata> [skatīts 15.04.2022.]
240. LETA. 27.11.2013b. Valdība ir kritusi. Premjers Dombrovskis paziņo par atkāpšanos no amata. Iegūts no: <https://jauns.lv/raksts/zinas/101788-valdiba-ir-kritusi-premjers-dombrovskis-pazino-par-atkapsanos-no-amata-video> [skatīts 15.04.2022.]
241. LETA. 08.07.2014. Circene ministres amatu pametīs šonedēļ vai nākamās nedēļas sākumā. Iegūts no: <https://bnn.lv/circene-ministres-amatu-pametis-sonedel-vai-nakamas-nedelas-sakuma-138218> [skatīts 15.04.2022.]
242. LETA. 28.07.2014. Veselības nozares darba grupu vadīs Viņķele. Iegūts no: <https://www.la.lv/veselibas-nozares-darba-grupu-vadis-vinkele> [skatīts 15.04.2022.]
243. LETA. 07.12.2015. Straujuma paziņo par demisiju; krīt valdība. Iegūts no: <https://www.apollo.lv/5939993/straujuma-pazino-par-demisiju-krit-valdiba> [skatīts 15.04.2022.]
244. LETA. 26.02.2016. Sadarbības memorandu VM paraksta tikai ar lauku ģimenes ārstiem. Iegūts no: <https://www.la.lv/sadarbibas-memorandu-vm-paraksta-tikai-ar-lauku-gimenes-arstiem> [skatīts 15.04.2022.]
245. LETA. 08.03.2016. Belēvičs ar privāto pakalpojumu sniedzējiem parakstīs sadarbības memorandu. Iegūts no: <https://medicine.lv/raksti/belevics-ar-privato-medicinas-pakalpojumu-sniedzjiem-parakstis-sadarbibas-memorandu> [skatīts 15.04.2022.]
246. LETA. 13.06.2016. ZZS veselības ministra amatam virza Čakšu. Iegūts no: <https://www.tvnet.lv/4711691/zzs-veselibas-ministra-amatam-virza-caksu> [skatīts 15.04.2022.]
247. LETA. 10.12.2018. Čakša: Ir atrasts finansējums mediķu atalgojuma palielināšanai nākamajā gadā. Iegūts no: <https://www.apollo.lv/6473883/caksa-ir-atrasts-finansejums-mediku-atalgojuma-palielinasanai-nakamaja-gada> [skatīts 15.04.2022.]
248. LETA. 05.09.2019. Vairākums iedzīvotāju uzskata, ka prioritāri vairāk finansējuma jānovirza veselības aptaujai. SKDS pētījums 2019. gada augustā. Iegūts no: <https://www.tvnet.lv/6770484/vairakums-iedzivotaju-uzskata-ka-prioritari-vairak-finansejuma-janovirza-veselibas-aprupei> [skatīts 15.04.2022.]
249. LETA. 11.11.2019. Ja netiks izpildītas prasības, mediķi streikos un prasīs Viņķeles demisiju. Iegūts no: <https://jauns.lv/raksts/par-veselibu/357926-ja-netiks-izpilditas-prasibas-mediki-streikos-un-prasis-vinkeles-demisiju> [skatīts 15.04.2022.]

250. LETA. 28.11.2019. Medicīnas darbinieki pašlaik īsti neizskata iespēju streikot, atzīst Rāčenis. Iegūts no: <https://www.delfi.lv/news/national/politics/medicinas-darbinieki-paslaik-isti-neizskata-iespejas-streikot-atzist-racenis.d?id=51674961> [skatīts 15.04.2022.]
251. LSM. 17.06.2009. Atkāpjas veselības ministrs Eglītis. Iegūts no: <https://www.lsm.lv/raksts/zinas/latvija/atkapjas-veselibas-ministrs-eglitis.a47510/> [skatīts 15.04.2022.]
252. LSM. 22.09.2013. Inga Šnore. DeFacto. Slimnīcas reģionos paliek bez ārstiem. Iegūts no: <https://www.lsm.lv/raksts/zinas/latvija/slimnicas-regionos-paliek-bez-arstiem.a65941/> [skatīts 15.04.2022.]
253. LSM. 20.06.2014. Artjoms Konohovs. Premjere: Circene pati varētu pamest amatu. 20.06.2014. <https://www.lsm.lv/raksts/zinas/latvija/premjere-circene-pati-varetu-pamest-amatu.a89208/> [skatīts 15.04.2022.]
254. LSM. 10.06.2016. Veselības ministrs Belēvičs paziņo par demisiju. Iegūts no: <https://www.lsm.lv/raksts/zinas/latvija/veselibas-ministrs-belevics-pazino-par-demisiju.a187075/> [skatīts 15.04.2022.]
255. LSM. 29.03.2019. Aija Kinca, Liene Barisa-Sermule. Latvijas medmāsas Igaunijas slimnīcā: pārstrādājamies mazāk un nopelnām vairāk. Iegūts no: <https://www.lsm.lv/raksts/zinas/zinu-analize/latvijas-medmasas-igaunijas-slimnica-parstradajamies-mazak-un-nopelnam-vairak.a314375/> [skatīts 15.04.2022.]
256. LSM. 30.12.2022. Ar ES fondu atbalstu Rīgas slimnīcām un NMPD piesaistīti 177 speciālisti, reģioniem – 322. Iegūts no: <https://www.lsm.lv/raksts/zinas/latvija/ar-es-fondu-atbalstu-rigas-slimnicam-un-nmpd-piesaistiti-177-specialisti-regioniem-322.a489430/> [skatīts 30.12.2022.]
257. LR Tiesībsargs. 20.02.2020. Likums “Par valsts budžetu 2020. gadam” neatbilst Satversmei ciktāl tajā nav paredzēts finansējums veselības aprūpes darbinieku algām atbilstoši likumā noteiktajam. Iegūts no: <https://www.tiesibsargs.lv/news/lv/likums-par-valsts-budzetu-2020-gadam-neatbilst-satversmei-ciktal-taja-nav-paredzets-finansejums-veselibas-aprupes-darbinieku-algam-atbilstosi-likuma-noteiktajam?fbclid=IwAR1lp5shqqGffb7MNBZjgh8mY-kH7LGTQ3WI9ubVPy2mjn7AYM-LwrgH5hs> [skatīts 15.04.2022.]
258. LSM. 20.06.2014. Artjoms Konohovs. Premjere: Circene pati varētu pamest amatu. Iegūts no: <https://www.lsm.lv/raksts/zinas/latvija/premjere-circene-pati-varetu-pamest-amatu.a89208/> [skatīts 15.04.2022.]
259. LSM. 04.06.2016. Liene Barisa-Sermule. Belēvičs aizvien nerod kopīgu valodu ar Ģimenes ārstu asociāciju. 04.03.2016. <https://www.lsm.lv/raksts/zinas/latvija/belevics-aizvien-nerod-kopigu-valodu-ar-gimenes-arstu-asociaciju.a172141/> [skatīts 15.04.2022.]
260. LSM. 10.06.2016. Veselības ministrs Belēvičs paziņo par demisiju. 10.06.2016. <https://www.lsm.lv/raksts/zinas/latvija/veselibas-ministrs-belevics-pazino-par-demisiju.a187075/> [skatīts 15.04.2022.]
261. LSM 29.11.2017. Veselības ministre Čakša iestājas Latvijas Zaļajā partijā. Iegūts no: <https://www.lsm.lv/raksts/zinas/latvija/veselibas-ministre-caksa-iestajas-latvijas-zalaja-partija.a259165/> [skatīts 15.04.2022.]
262. LSM. 12.02.2019. Sintija Ambote. LSM ziņu redakcija. Brīvprātīgās veselības apdrošināšanas iemaksas lūguši atmaksāt 180 cilvēki. Iegūts no: <https://www.lsm.lv/raksts/zinas/latvija/briVPratigas-veselibas-apdrosinasanas-iemaksas-lugusi-atmaksat-180-cilveki.a309212/> [skatīts 15.04.2022.]
263. MEDICINE.LV. 21.12.2007. Par veselības ministru apstiprina Ivaru Eglīti. Iegūts no: <https://medicine.lv/raksti/par-veselibas-ministru-apstiprina-ivaru-egliti> [skatīts 15.04.2022.]
264. MEDICINE.LV. 05.11.2014. Veselības ministra amatā apstiprina Gunti Belēviču. Iegūts no: <https://lvportals.lv/dienaskartiba/266520-veselibas-ministra-amata-apstiprina-gunti-belevicu-2014> [skatīts 15.04.2022.]

265. MEDICINE.LV. 15.04.2016. Veselības ministrs vienojas par turpmāko sadarbību ar Latvijas Māsu asociāciju. Iegūts no: <https://medicine.lv/raksti/veselibas-ministrs-vienojas-par-turpmako-sadarbibu-ar-latvijas-masu-asociaciju> [skatīts 15.04.2022.]
266. MEDICINE.LV. 08.01.2019. Veselības reformas turpināšanai šogad paredzēti 154,2 miljoni eiro. Iegūts no: <https://medicine.lv/raksti/veselibas-reformu-turpinasanai-sogad-paredzeti-154-2-miljoni-eiro> [skatīts 15.04.2022.]
267. NRA. 16.03.2016. Roberts Fūrmanis. LĀB viedoklis par Rezidentu sadales un rezidentūras finansēšanas noteikumiem. Iegūts no: <https://nra.lv/viedokli/roberts-furmanis/166689-lab-viedoklis-par-rezidentu-sadales-un-rezidenturas-finansesanas-noteikumiem.htm> [skatīts 15.04.2022.]
268. Pārresoru koordinācijas centrs [PKC]. Kas ir PKC? Iegūts no: <https://pkc.gov.lv/index.php/lv/par-pkc/kas-ir-pkc> [skatīts 15.04.2022.]
269. Nacionālais veselības dienests [NVD]. Veselības aprūpes pakalpojumi Eiropas Savienībā. Iegūts no: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/veselibas-aprupes-pakalpojumi-es> [skatīts 15.04.2022.]
270. SAEIMA. Deputāti. Ilze Viņķele. Iegūts no: https://titania.saeima.lv/Personal/Deputati/Saeima11_DepWeb_Public.nsf/0/F02EA4CB9E238F70C22579100046C515?OpenDocument&lang=LV [skatīts 15.04.2022.]
271. TVNET. 23.01.2003. Pieprasa Audera demisiju. Iegūts no: <https://www.tvnet.lv/6260336/pieprasa-audera-demisiju> [skatīts 15.04.2022.]
272. TVNET. 17.01.2007. Gundars Bērziņš atkāpsies no veselības ministra amata. Iegūts no: <https://www.tvnet.lv/5695461/gundars-berzins-atkapsies-no-veselibas-ministra-amata> [skatīts 15.04.2022.]
273. Veselības ministrija [VM]. 10.11.2020. Plānotie izdevumi 2020. gadā. Iegūts no: <https://www.fm.gov.lv/lv/planotie-izdevumi-2020-gada-12192-miljoni-euro> [skatīts 15.04.2022.]
274. VM. 01.04.2010. Informatīvais ziņojums par obligātās veselības apdrošināšanas ieviešanas lietderību. Iegūts no: http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/phoebe/tiesibu_akti_informativie_zinojumi_bda100dbcea27d1dc22576f800338630/vmzino_010410_apdros.doc [skatīts 15.04.2022.]
275. VM 12.03.2013. Konceptijas projekts par veselības aprūpes finansēšanas modeli. Konceptijas informatīvā daļa. Iegūts no: <https://www.vm.gov.lv/lv/koncepcijas-projekts-par-veselibas-aprupes-sistemas-finansesanas-modeli> [skatīts 15.04.2022.]
276. ŽURNĀLS IR. 05.01.2014. Straujuma iestājas “Vienotībā”, viņu virza premjera amatam. Iegūts no: <https://ir.lv/2014/01/05/panorama-panakta-neoficiala-vienosanas-par-straujumas-virzisanu-premjera-amatam/> [skatīts 15.04.2022.]

Pielikumi

Augstākās Padomes attīstības programma

Augstākās Padomes laikā, pēc Latvijas neatkarības atjaunošanas 1990. gada 4. maijā, tiek izveidota valdība, kas darbojas no 1990. gada 7. maija līdz 5. Saeimas vēlēšanām. Augstākā Padome 1990. gada jūlijā apstiprināja izstrādāto Latvijas Republikas valdības attīstības programmu, tai skaitā nosakot veicamās izmaiņas veselības aizsardzības jomā.

P.1. tabula

Ivara Godmaņa valdība (07.05.1990.–03.08.1993.)

Amats	Persona
Ministru padomes priekšsēdētājs	Ivars Godmanis (Latvijas Tautas fronte)
Veselības aizsardzības ministrs	Edvīns Platkājis (bezpartejisks) līdz 13.11.1991.
Sociālās nodrošināšanas ministrs	Uldis Gundars (bezpartejisks) līdz 13.11.1991.
Labklājības ministrs	Teodors Eniņš (Latvijas Tautas fronte) no 19.11.1991.
Koalīciju veido	Latvijas Tautas fronte
<p>Veselības joma Latvijas Republikas valdības tautsaimniecības attīstības programmā:</p> <p>Veselības aizsardzība:</p> <p>Veselības aizsardzības darbība būs vērsta uz iedzīvotāju dzīves apstākļu uzlabošanu. Valdība stimulēs iedzīvotāju ieinteresētību veselības saglabāšanā un veicinās medicīnas darbinieku ekonomisko atkarību no apkalpošanas kvalitātes.</p> <p>Jādod iedzīvotājiem pietiekamas iespējas un motivējums ievērot veselīgu dzīves veidu.</p> <p>Jādemokratizē maksas pakalpojumu, saimnieciskā aprēķina iestāžu, kā arī to struktūrvienību sniedzamo pakalpojumu cenu izstrādāšanas principi. Jārada brīva konkurence starp dažādām īpašuma formām veselības un sociālajā aprūpē.</p> <p>Šo mērķu sasniegšanai valdība atzīst par nepieciešamu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Izveidot valsts pārziņā esošu, neatkarīgu sociālās palīdzības un sociālās apdrošināšanas sistēmu, saglabājot finansēšanu no budžeta. Šajā nolūkā no budžeta finansējamās valsts sociālās apdrošināšanas pārvaldes funkcijas nodot no sabiedriskas organizācijas (arodbiedrību savienība) pārziņas valsts pārvaldes orgāna – Sociālās nodrošināšanas ministrijas – pārziņā, izveidojot valsts sociālās nodrošināšanas fondu. 2. Veselības aizsardzībai un sociālajai aprūpei izmantot papildus līdzekļus no dažādiem finansēšanas avotiem, ieviešot šo iestāžu un pasākumu finansēšanā obligāto veselības apdrošināšanu. Valdība attiecīgos likumus iesniegs jau šajā gadā. Tas ļaus tuvākajos gados palielināt kopējos līdzekļus veselības aizsardzībai 2–2,5 reizes. 3. Līdz veselības apdrošināšanas jaunās sistēmas ieviešanai republikā veselības aizsardzības vietējā budžeta finansēšana veicama pēc normatīva uz vienu iedzīvotāju. 4. Pēctecīga slimnieku rehabilitācijas procesa nodrošināšanai republikā sanatorijas nododamas republikas arodbiedrību īpašumā. Uzturzīmju sadali veikt ar Latvijas medicīnisko iestāžu starpniecību. 5. Pakāpeniski pārtraukt resoru, iestāžu un uzņēmumu medicīniski sanitāro daļu, ārstu, cehu terapeitisko iecirkņu un veselības punktu finansēšanu no republikas vai vietējiem veselības aizsardzības budžeta līdzekļiem. 6. Pārskatīt darba nespēju apstiprinošo dokumentu izsniegšanas kārtību. Piešķirt ārstiem neatkarīgi no tās iestādes īpašuma formas, kurā viņš strādā, tiesības izsniegt šādus dokumentus, kā arī pārskatīt kārtību, kādā apmaksājamas darbnespējas lapas. Diferencēt darba nespējas lapu apmaksu atkarībā no tā, vai slimnieki ārstējas ambulatori vai stacionārā iestādē. 	

7. Izveidot principiāli jaunu pieeju cīņai ar alkoholismu un narkomāniju, tās degradējošo ietekmi uz tautu. Izstrādāt narkoloģiskā dienesta uzturēšanas mehānismu, kurā līdzekļi veidotos nevis no tautas veselības aizsardzības līdzekļiem, bet gan no atskaitījumiem (ne mazāk kā 2 %) no alkoholisko dzērienu realizācijas rezultātā iegūtās peļņas. Šim nolūkam izveidos speciālu atturības fondu.
8. Uzlabot ārsta palīdzību lauku iedzīvotājiem, pakāpeniski, kopīgi ar pašvaldības orgāniem un iestādēm pārveidojot esošos feldšeru punktus par ambulancēm (doktorātiem).
9. Iedzīvotāju veselības profilaksei veidot valsts sanitārā dienesta saistību ar citām valsts uzraudzības inspekcijām (dabas aizsardzības komiteja, veterinārais, hidro-meteoroloģiskais dienests u. c.), radot vienotu republikas datu banku, kas dotu vispusīgu informāciju par apkārtējās vides reālo stāvokli.
10. Paredzēt izveidot vienotu Baltijas valstu Sociālās apdrošināšanas un nodrošināšanas asociāciju un kopējā līguma ietvaros veidot Baltijas iekšējo tirgu, saglabāt līgumattiecības ar PSRS apvienībām "Medtehnika" un "Farmācija". Krasi paplašināma tiešo līgumu slēgšana ar PSRS uzņēmumiem un rūpnīcām, kā arī ārzemju firmām. Veidojot kopuzņēmumus, rast iespēju republikā ražot medicīnisko aparatūru vispirms Baltijas tirgum.

Dati iegūti no Ministru kabineta mājaslapas [https://mk.gov.lv/lv/content/ministru-kabineta-vesture un https://mk.gov.lv/sites/default/files/editor/godmanis_programma_1990_ii.pdf](https://mk.gov.lv/lv/content/ministru-kabineta-vesture-un-https://mk.gov.lv/sites/default/files/editor/godmanis_programma_1990_ii.pdf) [skatīts 15.04.2022.]

5. Saeimas sastāvs, programma, valdības un deklarācijas

Piektās Saeimas vēlēšanas noslēdzās 1993. gada 6. jūnijā. Vēlēšanās kandidēja 23 politiskie spēki, no kuriem tika ievēlēti 8 politiskie spēki. Piektās Saeimas laikā tika izveidotas 2 valdības:

1. 03.08.1993.–19.09.1994. premjera Valda Birkava vadībā;
2. 19.09.1994.–21.12.1995. premjera Māra Gaiļa vadībā.

P.2. tabula

5. Saeimā ievēlētās partijas un partiju apvienības

Partija / partiju apvienība	Vietas	Veselība partiju programmā
Savienība "Latvijas ceļš"	36	Dati nav pieejami
Latvijas Nacionālās neatkarības kustība	15	Dati nav pieejami
"Saskaņa Latvijai – Atdzimšana tautsaimniecībai"	13	Dati nav pieejami
Latvijas Zemnieku savienība	12	Dati nav pieejami
"Līdztiesība"	7	Dati nav pieejami
Vēlēšanu apvienība "Tēvzemei un Brīvībai"	6	Dati nav pieejami
Latvijas Kristīgo demokrātu savienība	6	Dati nav pieejami
Demokrātiskā Centra partija	5	Dati nav pieejami

Dati iegūti no Centrālās vēlēšanu komisijas mājaslapas <https://www.cvk.lv/lv/velesanas/saeimas-velesanas/5-saeimas-velesanas>. [skatīts 15.04.2022.]

P.3. tabula

Valda Birkava valdība (03.08.1993.–19.09.1994.)

Amats	Persona
Ministru prezidents	Valdis Birkavs ("Latvijas ceļš")
Labklājības ministrs	Jānis Ritenis ("Latvijas ceļš")
Veselības valsts ministrs (Labklājības ministrija)	Normunds Zemvaldis (bezpartejisks)
Koalīciju veido	"Latvijas ceļš" / Latvijas Zemnieku savienība
Veselības joma valdības deklarācijā:	
<p>V. Tautas veselība</p> <p>Tautas veselība ir kritiskā stāvoklī. Tas apdraud tautas tālāko izdzīvošanu. Mēs piedāvājam:</p> <ul style="list-style-type: none"> • veicināt tādu apstākļu veidošanos, kuros katrs cilvēks būtu ieinteresēts saglabāt un kopt savu veselību; • attīstīt profilaktisko, neatliekamo un katastrofu medicīnu un izkopt tautas veselības izglītību, īpašu vērību veltot AIDS slimības, alkoholisma un narkomānijas izplatīšanas ierobežošanai; • popularizēt veselīgu dzīves veidu, nodrošinot tam nepieciešamos materiālos apstākļus un risinot ekoloģiskās problēmas; • attīstīt masu sportu kā efektīvu līdzekli sabiedrības atveseļošanai; • veikt ātru un plašu ambulatoro medicīnas iestāžu privatizāciju, daļai no slimnīcām sākotnēji paliekot valsts un pašvaldību pārziņā; 	

<ul style="list-style-type: none"> • līdz ar maksas medicīnisko pakalpojumu attīstīšanos noteikt minimālās, no valsts budžeta apmaksātās, katram iedzīvotājam pieejamās medicīnas pakalpojumu garantijas. No valsts un pašvaldību budžeta pilnībā subsidējamas šādas veselības aizsardzības valsts programmas: mātes un bērna veselības aprūpe, sabiedriski bīstamu slimību profilakse un ārstēšana, onkoloģija un hematoloģija, visa ātrā un neatliekamā medicīniskā palīdzība; • saimnieciskajam stāvoklim stabilizējoties, pakāpeniski ieviest obligāto medicīnisko apdrošināšanu; • turpināt veselības aprūpes decentralizāciju – ieviest apdrošināšanas medicīnu, privātprakses, atjaunot Latvijā tradicionālo ģimenes ārstu institūciju; • attīstīt reģionālos centrus ar kvalitatīvām pasaules līmeņa medicīnas iekārtām; • veikt reformu ārstu sagatavošanā un kvalifikācijā; • saglabāt vadošās valsts klīnikas kā maznodrošināto iedzīvotāju bezmaksas ārstēšanas bāzi; • veidot laikmetīgu garīgo slimību, alkoholisma un narkomānijas ārstēšanas sistēmu; • panākt to, ka sabiedrība un valsts spēj nodrošināt pienācīgu medicīniskā personāla atalgojumu. <p>Mūsu ideāls ir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tauta, kas apzinīgi un apzināti kopj savu veselību; • sabiedrība, kas vienādi ciena un respektē veselos, slimos un invalīdus; • valsts, kas rada maksimālas iespējas bērniem izaugt veseliem, saprotot, ka veseli bērni ir nācijas izdzīvošanas un tālākas attīstības vienīgais garants. • Mēs atbalstīsim labvēlības statusa piešķiršanu kapitālam, kas tiek ieguldīts ar cilvēku veselības veicināšanu saistītos pasākumos. Mēs veicināsim fizisko kultūru un sportu skolās, saglabājot sporta skolu sistēmu, kurā slīpējas mūsu talanti lielajam sportam. Mēs apliecinām savu atbalstu sportam kā tautas nacionālās pašapziņas veidotājam un veicinātājam.
--

Dati iegūti no Ministru kabineta mājaslapas [https://mk.gov.lv/lv/content/ministru-kabineta-vesture un https://mk.gov.lv/sites/default/files/editor/birkavs_zinojums.pdf](https://mk.gov.lv/lv/content/ministru-kabineta-vesture-un-https://mk.gov.lv/sites/default/files/editor/birkavs_zinojums.pdf) [skatīts 15.04.2022.]

Māra Gaiļa valdība (19.09.1994.–21.12.1995.)

Amats	Persona
Ministru prezidents	Māris Gailis (“Latvijas ceļš”)
Labklājības ministrs	Andris Bērziņš (“Latvijas ceļš”)
Veselības aizsardzības valsts ministrs (Labklājības ministrija)	Normunds Zemvaldis (bezpartejisks) līdz 16.01.1995. Andris Bērziņš (“Latvijas ceļš”) 17.01.1995.–03.02.1995. Pēteris Apinis (“Latvijas ceļš”) 03.02.1995.–21.12.1995.
Koalīciju veido	“Latvijas ceļš” / Latvijas Zemnieku savienība / Tautsaimnieku politiskā apvienība / “Tēvzemei un Brīvībai”
Veselības joma valdības deklarācijā:	
Tautas veselība	
Veselības aprūpes jautājumos valdības pienākums ir:	
<ul style="list-style-type: none"> • veicināt apstākļus, kas palīdzētu Latvijas iedzīvotājiem sasniegt iespējamo veselības stāvokli sociāli pilnvērtīgai dzīvei; • bāzes programmas ietvaros nodrošināt kvalitatīvu un pieejamu veselības aprūpi katram, neatkarīgi no ienākumiem un sociālā stāvokļa; • nodrošināt veselības aprūpes pakalpojumus iespējami tuvāk dzīves vietai (Likums par ārsta praksi un Likums par ārstu pašpārvaldi); 	

<ul style="list-style-type: none"> • veicināt visas sabiedrības iesaistīšanu veselības problēmu risināšanā; • panākt racionālu finanšu līdzekļu sadali un izmantošanu veselības aprūpei. <p>Šo mērķu realizācijai valdība piedāvā izveidot optimālu veselības aprūpes plānošanas vadīšanu un finansēšanu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • izveidot reģionālās veselības aizsardzības nodaļas un veikt finanšu līdzekļu pārdali atbilstīgi padarītajam darbam; • reorganizēt primāro veselības aprūpi, par pamatu ņemot ģimenes ārsta praksi, pārorientēt primāro veselības aprūpi uz slimību profilaksi un veselības veicināšanu; • nodrošināt primāro veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un atbilstību iedzīvotāju vajadzībām; • ieviest jaunas, modernas tehnoloģijas stacionārajā ārstniecībā un slimību diagnostikā, radot priekšnoteikumus ārstniecisko gultu fonda samazināšanai; • hroniski slimojošu slimnieku aprūpei radīt īslaicīgas aprūpes stacionārus; • optimizēt augsti specializēto veselības aprūpi, nostiprinot nacionālos un reģionālos specializētos centrus augsti kvalificētas palīdzības sniegšanai un metodiskai medicīnas nozares vadīšanai; • izstrādājot veselības veicināšanas programmas, radīt priekšnoteikumu pēc iespējas pilnvērtīgākai indivīda dzīvei; • samazinot vides kaitīgo faktoru (pārtika, dzeramais ūdens, arodvide) ietekmi, radīt priekšnoteikumus indivīda veselībai. <p>Valdība paredz izstrādāt un realizēt šādas Valsts programmas: “Mātes un bērna veselības aizsardzība”; “Onkoloģija”; “Hroniskās asinsvadu slimības”; Hroniskās plaušu slimības un TBC”; “Traumatisms”; “Cukura diabēts”; “Narkoloģija”; “Psihiskās slimības”; “Infekcijas slimības”; “Seksuāli transmisīvās slimības un AIDS”; “Ātrā un neatliekamā medicīniskā palīdzība”. Katrā no šīm programmām tiks ietverti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • veselības veicināšanas un izglītošanas pasākumi; • profilaktiskie pasākumi veselības aprūpes un citās nozarēs; • ārstnieciskie pasākumi un medicīnas tehnoloģijas, kas nepieciešamas programmatisko uzdevumu veikšanai; • rehabilitācijas pasākumi un izglītības programmas minēto pasākumu realizēšanai. <p>Atbilstīgi mūsu mērķiem esam paredzējuši:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nodrošināt visiem Latvijas iedzīvotājiem pieejamu, valdības noteiktu un no valsts budžeta finansētu veselības aprūpes bāzes programmu; • pārējo medicīnisko pakalpojumu sniegšanai piesaistīt veselības apdrošināšanas līdzekļus.
--

Dati iegūti no Ministru kabineta mājaslapas <https://mk.gov.lv/lv/content/ministru-kabineta-vesture> un https://mk.gov.lv/sites/default/files/editor/gaila_vald_deklaracija.tif [skatīts 15.04.2022.]

6. Saeimas sastāvs, programmas, valdības un deklarācijas

Sestās Saeimas vēlēšanas noslēdzās 1995. gada 30. septembrī. Vēlēšanās kandidēja 19 politiskie spēki, no kuriem tika ievēlēti 9. Sestās Saeimas laikā tika izveidotas 3 valdības:

1. 21.12.1995.–13.02.1997. premjera Andra Šķēles vadībā;
2. 13.02.1997.–07.08.1997. premjera Andra Šķēles vadībā;
3. 07.08.1997.–26.11.1998. premjera Guntara Krasta vadībā.

P.5. tabula

6. Saeimā ievēlētās partijas un partiju apvienības

Partija / partiju apvienība	Vietas	Veselības reformas partiju programmā
Demokrātiskā partija "Saimnieks"	18	Būtiska ir pacienta un ārsta attiecību sakārtošana. Pensionāriem, maznodrošinātajiem, invalīdiem un bērniem paredzēto medicīnisko palīdzību jāsubsidē valstij, visiem iedzīvotājiem nodrošinot valsts garantēto minimumu. Pacienta brīvība lūgt palīdzību paša izvēlētam ārstam ir pamats labu medicīnas darbinieku labam atalgojumam. Veselības apdrošināšana un slimokases ir kvalitatīvas palīdzības stūrakmens.
"Latvijas ceļš"	17	Jāsāk atsevišķu iedzīvotāju grupu obligātā veselības apdrošināšana.
Tautas kustība Latvijai (Zīgerista partija)	16	Nav
"Tēvzemei un Brīvībai"	14	Nodrošināt bezmaksas veselības aprūpi trūcīgajiem Latvijas pilsoņiem. Veselības aprūpē ieguldīt līdzekļus no akcīzes nodokļa, konfiscēto kontrabandas preču pārdošanas, soda naudām par kaitējumu videi.
Latvijas Vienības partija	8	LVP nodrošinās: bezmaksas kvalitatīvu vispārējo veselības aprūpi; LVP paredz: skolotāju, zinātnieku, medicīnas darbinieku, mākslas, kultūras un citu inteliģences darbinieku algas pielīdzināt atbilstošu kategoriju ierēdņu atalgojumam.
Latvijas Zemnieku savienība un Kristīgo demokrātu savienība	8	Nav
Latvijas Nacionālās neatkarības kustība (LNNK) un Latvijas Zaļā partija	8	Sekmēt obligātās veselības apdrošināšanas ieviešanu.
Tautas saskaņas partija	6	Bezmaksas veselības aprūpes nodrošināšana tiem iedzīvotājiem, kuru ienākumi nepārsniedz iztikas minimumu.
Latvijas Sociālistiskā partija	5	Nav

Dati iegūti no Centrālās vēlēšanu komisijas mājaslapas <https://www.cvk.lv/lv/velesanas/saeimas-velesanas/6-saeimas-velesanas> [skatīts 15.04.2022.]

Andra Šķēles 1. valdība (21.12.1995.–13.02.1997.)

Amats	Persona
Ministru prezidents	Andris Šķēle (bezpartejisks)
Labklājības ministrs	Vladimirs Makarovs (“Tēvzemei un Brīvībai”)
Veselības valsts ministrs (Labklājības ministrija)	Juris Viņķelis (“Tēvzemei un Brīvībai”)
Koalīciju veido	Demokrātiskā partija “Saimnieks” / Savienība “Latvijas ceļš” / Apvienība “Tēvzemei un Brīvībai” / Latvijas Nacionālās neatkarības kustība un Zaļā partija / Latvijas Zemnieku savienības, Kristīgo demokrātu savienības un Latgales Demokrātiskās partijas koalīcija / Latvijas Vienības partija
<p>Veselības joma valdības deklarācijā:</p> <p>Valdība apņemas sadarbībā ar pašvaldībām un medicīnas profesionālu sabiedriskajām organizācijām koordinēt un kontrolēt tirgus elementu pielietojumu veselības aprūpē. Vienlaicīgi jāattīsta un jāstimulē ārstu profesionālā pašpārvalde. Veselības aprūpes finansēšana jāveido uz obligātās veselības apdrošināšanas bāzes, saglabājot stratēģisko veselības aprūpes programmu finansējumu no valsts budžeta. Pārejas posmā jāatbalsta brīvprātīgā veselības apdrošināšana kā veselības aprūpes finansēšanas sastāvdaļa. Vistuvākajā laikā nepieciešams:</p> <ul style="list-style-type: none"> • izstrādāt un pieņemt likumu par obligāto veselības apdrošināšanu; • izdarīt izmaiņas nodokļu likumdošanā, samazinot iedzīvotāju ienākuma nodokļa un sociālā nodokļa apjomu proporcionāli veselības apdrošināšanas obligātā maksājuma apmēram, kā arī optimizēt pārējo nodokļu politiku; • izstrādāt un apstiprināt kārtību, kas nosaka veselības apdrošināšanu pensionāriem, nestrādājošiem invalīdiem un citām sociāli neaizsargātām iedzīvotāju kategorijām uz valsts un pašvaldību līdzekļu rēķina; • nodrošināt pacientam brīvu ārsta un ārstniecības iestādes izvēli; • paplašināt primārās veselības aprūpes apjomu, veicinot ambulatorās medicīnas privatizāciju un vispārējās prakses ārstu dienesta veidošanu; • izstrādāt, apstiprināt un veikt valsts, pašvaldību un privāto veselības aprūpes iestāžu un tajos esošo medicīnisko tehnoloģiju akreditēšanu; • pieņemt likumus par ārstniecību, ārstu praksi, ārstu pašpārvaldi. 	

Dati iegūti no Ministru kabineta mājaslapas <https://mk.gov.lv/lv/content/ministru-kabineta-vesture> un <https://mk.gov.lv/sites/default/files/editor/skele1-deklaracija.pdf> [skatīts 15.04.2022.]

Andra Šķēles 2. valdība (13.02.1997.–07.08.1997.)

Amats	Persona
Ministru prezidents	Andris Šķēle (bezpartejisks)
Labklājības ministrs	Vladimirs Makarovs (“Tēvzemei un Brīvībai”)
Veselības valsts ministrs (Labklājības ministrija)	Juris Viņķelis (“Tēvzemei un Brīvībai”)
Koalīciju veido	Demokrātiskā partija “Saimnieks” / Savienība “Latvijas ceļš” / Apvienība “Tēvzemei un Brīvībai” / Latvijas Nacionālās neatkarības kustība un Zaļā partija / Latvijas Zemnieku savienības frakcija “Tautai un taisnībai”
Veselības joma valdības deklarācijas sadaļā “Sociālā attīstība un valsts pārvalde”:	
<ul style="list-style-type: none"> • 3.15. Turpināt veidot universālu, efektīvu un vienotu veselības apdrošināšanas sistēmu, kurai būtu atbilstoša izmaksu kontroles sistēma. 1997. gadā pāriet uz 5–7 reģionālo slimokasu sistēmu. Nodrošināt iedzīvotāju veselības aprūpes finansējuma stabilitāti. • 3.16. Līdz 1.01.98. nodrošināt likuma “Par prakses ārstiem” un Ārstniecības likuma pieņemšanu. 	

Dati iegūti no Ministru kabineta mājaslapas <https://mk.gov.lv/lv/content/ministru-kabineta-vesture> un <https://mk.gov.lv/sites/default/files/editor/skele2-deklaracija.pdf> [skatīts 15.04.2022.]

Guntara Krasta valdība (07.08.1997.–26.11.1998.)

Amats	Persona
Ministru prezidents	Guntars Krasts (“Tēvzemei un Brīvībai” / Latvijas Nacionālās neatkarības kustība)
Labklājības ministrs	Vladimirs Makarovs (“Tēvzemei un Brīvībai” / Latvijas Nacionālās neatkarības kustība)
Veselības valsts ministrs (Labklājības ministrija)	Viktors Jaksons (“Tēvzemei un Brīvībai” / Latvijas Nacionālās neatkarības kustība)
Koalīciju veido	Savienība “Latvijas ceļš” / Apvienība “Tēvzemei un Brīvībai” / LNNK / Latvijas Nacionālās neatkarības kustība un Zaļā partija / Latvijas Zemnieku savienības un Kristīgo demokrātu savienība
Veselības joma valdības deklarācijas sadaļā “Sociālā drošība un veselība”:	
<ul style="list-style-type: none"> • Turpināt uzsākto veselības aprūpes reformu. Lai nodrošinātu iedzīvotājiem vienlīdzīgu, pieejamu un kvalitatīvu veselības aprūpi: • līdz 1998. gada 1. janvārim izveidot slimokases ar vienotu teritoriju un iedzīvotāju skaitu ne mazāku par 200 tūkstošiem, kā arī panākt pašvaldību līdzdalību slimokasu darbības nodrošināšanā; • veicināt primārās veselības aprūpes attīstību, līdz 1998. gada 1. janvārim izveidojot apmaksas sistēmu, kas vērsta uz iedzīvotāju veselības saglabāšanu. <p>8. Pilnveidot sabiedrības veselības veicināšanas sistēmu, kā arī rosināt cilvēku ieinteresētību savas veselības saglabāšanā.</p> <p>9. Attīstīt valsts uzraudzību pār kvalitātes nodrošināšanas sistēmu, samazināt kaitīgo un riska faktoru ietekmi uz iedzīvotāju veselību.</p>	

Dati iegūti no Ministru kabineta mājaslapas <https://mk.gov.lv/lv/content/ministru-kabineta-vesture> un https://mk.gov.lv/sites/default/files/editor/krasts_deklaracija.pdf [skatīts 15.04.2022.]

7. Saeimas sastāvs, programmas, valdības un deklarācijas

Septītās Saeimas vēlēšanas notika 1998. gada 3. oktobrī. Vēlēšanās kandidēja 21 politiskais spēks, no kuriem tika ievēlēti 6. Septītās Saeimas laikā tika izveidotas 3 valdības:

1. 26.11.1998.–16.07.1999. premjera Viļa Krištopana vadībā;
2. 16.07.1999.–05.05.2000. premjera Andra Šķēles vadībā;
3. 05.05.2000.–07.11.2002. premjera Andra Bērziņa vadībā.

P.9. tabula

7. Saeimā ievēlētās partijas un partiju apvienības

Partija / partiju apvienība	Vietas	Veselības reformas partiju programmā
Tautas partija	24	Veselības aizsardzībai jāpāriet uz individualizētu apdrošināšanas sistēmu, vienlaikus samazinot ienākuma nodokli un valstij uzņemoties rūpes par maznodrošinātajiem.
“Latvijas ceļš”	21	Veselības aprūpi uzlabos ieguldījumi medicīnas nozarē un mediķu algu palielināšanā.
“Tēvzemei un Brīvībai”	17	Panāksim kultūras, izglītības un veselības aizsardzības nozarē strādājošo vidējo algu tuvināšanu valsts vidējām algām. Īstenosim principu – veselības aprūpe ir visiem pieejama un kvalitatīva. Veselības aprūpes finansēšana atbilst principam – veselais maksā par slimo, jaunais par veco, bagātais par mazturīgo.
Tautas saskaņas partija	16	Nav
Latvijas Sociāldemokrātu apvienība	14	Nav
Jaunā partija	8	Sociālo palīdzību un veselības aprūpi cilvēkiem, kuri nespēj sevi nodrošināt. Izglītības, zinātnes, kultūras un veselības aprūpes darbinieku apmaksas paaugstināšanu. Pārkārtotu veselības aprūpes finansēšanas sistēmu, paredzot obligātu strādājošo veselības apdrošināšanu.

Dati iegūti no Centrālās vēlēšanu komisijas mājaslapas <https://www.cvk.lv/lv/velesanas/saeimas-velesanas/7-saeimas-velesanas> [skatīts 15.04.2022.]

Viļa Krištopana valdība (26.11.1998.–16.07.1999.)

Amats	Persona
Ministru prezidents	Vilis Krištopans (“Latvijas ceļš”)
Labklājības ministrs	Vladimirs Makarovs (“Tēvzemei un Brīvībai” / Latvijas Nacionālās neatkarības kustība)
Veselības valsts ministrs (Labklājības ministrija)	Viktors Jaksons (“Tēvzemei un Brīvībai” / Latvijas Nacionālās neatkarības kustība)
Koalīciju veido	Savienība “Latvijas ceļš” / Apvienība “Tēvzemei un Brīvībai” / LNNK / Jaunā partija
<p>Veselības joma valdības deklarācijas sadaļā “Sociālā palīdzība un aprūpe”:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Veidot vienotus sociālās un primārās veselības aprūpes centrus un kā alternatīvu attīstīt mājas aprūpi un dienas centrus, kas papildinātu pastāvošo pansionātu sistēmu. Radīt aprūpējamām personām maksimālas iespējas palikt savā dzīvesvietā. <p>Veselības joma valdības deklarācijas sadaļā “Veselības aprūpe”:</p> <p>Viens no veselības politikas pamatprincipiem ir uzskatīt veselību par neatņemamu dzīves kvalitātes sastāvdaļu. Politika, kas balstās uz šādu principu, veicinās valsts attīstību kopumā. Veselības aprūpes pamatā ir iedzīvotāju vajadzībām atbilstošas, brīvi pieejamas, taisnīgas sistēmas izveide, kuras būtiska sastāvdaļa ir veselības veicināšana un profilakse.</p> <p>Šādas sistēmas iedzīvināšanai Ministru kabinets līdz 1999. gada 31. decembrim izstrādās un iesniegs Saeimā likumprojektu “Par veselības aprūpes organizācijas pamatprincipiem”.</p> <p>Lai nodrošinātu ārstniecības kvalitātes un veselības aprūpes pilnveidošanu, kā arī citu iepriekšminēto nodomu realizāciju, līdz 2002. gada 1. janvārim Ministru kabinets veiks šādus pasākumus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Izveidos stabilu ārstnieciskās palīdzības finansēšanas sistēmu, kas balstīsies uz obligātām, individuālām fizisko personu – nodokļu maksātāju iemaksām Valsts obligātās veselības apdrošināšanas aģentūrā un valsts budžeta iemaksām par pārējām personām. Nodrošinās pakāpenisku obligātās veselības apdrošināšanas ieviešanu. • Turpinās piesaistīt veselības aprūpei investīcijas no valsts budžeta un citiem avotiem, balstoties uz Valsts veselības aprūpes sistēmas attīstības teritoriālo plānu, kā arī kredītus ārstniecisko iestāžu rekonstrukcijai, medicīnisko tehnoloģiju iegādei un pašas sistēmas pilnveidošanai. • Nodrošinās veselības aprūpes finansēšanas caurskatāmību un sabiedrības informētību par katra iedzīvotāja tiesībām un iespējām saņemt kvalificētu medicīnisko aprūpi. • Pilnveidos darba samaksas sistēmu ārstniecības iestādēs un ieviesīs ārstniecisko pakalpojumu sniedzēju – slimnīcu, doktorātu, prakses ārstu u. c. – finansēšanu, kas balstīta uz samaksu pēc padarītā darba (ievērojot kapitācijas principu un samaksu par diagnozi). • Turpinās iedzīvotāju reģistrāciju pie primārās veselības aprūpes ārstiem. • Paplašinās bezmaksas un daļēji apmaksātu medikamentu lietošanas ieviešanu atbilstoši slimību diagnožu nopietnībai, zāļu izvēlē ievērojot farmakoekonomiskos faktorus un cenu regulācijas kritērijus. • Radīs priekšnoteikumus veselības aprūpes finansēšanas apjoma palielināšanai un progresīvākas kārtības ieviešanai, kas ietvers: <ul style="list-style-type: none"> ○ tādu finansēšanas kritēriju izstrādi, saskaņā ar kuriem darbības un pasākumus veselības aprūpē varēs grupēt primārajā, sekundārajā un terciārajā līmenī; ○ detalizētu primārā, sekundārā un terciārā veselības aprūpes līmeņa aprakstu; ○ plāna izstrādāšanu pasākumiem, celtniecībai, medicīnisko tehnoloģiju rekonstrukcijai, kuru realizācija vai iegāde neietilpst veselības aprūpes finansēšanas pamatsistēmā. 	

Pakāpeniski mainīs veselības aprūpes finansēšanas apjomu un kārtību, paredzot:

- saraksta, kurā ietverta samaksa par “gadījumu” vai “diagnozi”, būtisku paplašināšanu, attiecīgi koriģējot apmaksas kārtību pēc punktu sistēmas;
- valsts programmas pilnveidošanu terciārā līmeņa veselības aprūpē, medicīniskajā izglītībā un pētniecībā.

Optimizēs ārstniecības iestāžu skaitu un darbības profilu, balstoties uz šādiem principiem:

- visu līmeņu medicīniskās palīdzības organizācijās tiek nodrošināta kvalitāte, pieejamība, iespējami zemākas izmaksas;
- Labklājības ministrija noteiks terciārā līmeņa pakalpojumu sniedzējus, un tie netiks pakļauti iekšējai konkurencei
- Latvijā;
- primārās un sekundārās palīdzības iestāžu skaits un to darbības profils būs atkarīgs no slimo kasu finansēšanas apjoma, to līgumiem ar pašvaldībām un ārstniecības iestādēm;
- precīzi tiks norobežots darba saturs un finansējums primārajā, sekundārajā un terciārajā līmenī, ārstniecības iestādēm un pakalpojumu sniedzējiem būs iespēja darboties dažādos līmeņos;
- pacientam tiks nodrošināta brīva ārsta un ārstniecības iestādes izvēle primārajā un sekundārajā līmenī;
- ģimenes ārstiem tiks nodrošināta brīva stacionāra izvēle saviem pacientiem;
- ārstniecības iestāžu atbilstības novērtēšanai tiks paredzēts valsts finansējums.

Noteiks rehabilitācijas sistēmu kā īpašu pasākumu kopumu, kas integrē medicīnisko un sociālo palīdzību, veidojot pamatu sociālajai drošībai.

Medicīnisko izglītību un zinātņi kā būtiskas veselības aprūpes sistēmas sastāvdaļas ietvers speciālā valsts programmā, kas nodrošinās medicīniskās palīdzības mūsdienīgu kvalitāti un cilvēku resursu atjaunošanu veselības aprūpes sistēmā.

Virzība uz Eiropas Savienību: (deklarācija ietver ļoti daudz punktus, praktiski visās jomās, kas saistīti ar virzību integrācijā Eiropas Savienībā). Daži no tiem:

- Latvijas likumi četru gadu laikā pilnībā tiks saskaņoti ar Eiropas Savienības valstu nostādņēm.
- Līdz 2000. gadam iesniegt ratificēšanai Saeimā Eiropas sociālo hartu.
- Pilnībā nodrošināma valsts austrumu robežas izbūve atbilstoši tām prasībām, kādas tiek izvirzītas Eiropas Savienības ārējai robežai.
- Atbilstoši Eiropas Padomes rekomendācijām 4 gados tiks paaugstināti ģimenes valsts pabalsti.
- Ieviest vienotu Valsts ieņēmumu dienesta informātikas sistēmu, ievērojot muitas specifiku un tās nozīmi Eiropas integrācijas procesos.
- Nodrošināt ekonomiski motivētu Latvijas integrāciju Eiropas Savienības enerģijas tirgū...
- Ministru kabinets veicinās konkurenci, monopolu ierobežošanu un patērētāju tiesību aizsardzību, lai uzlabotu pakalpojumu kvalitāti un nodrošinātu Eiropas Savienības prasībām atbilstošus drošības un ekoloģijas kritērijus.
- Pilnveidos nacionālās zivsaimniecības likumdošanu atbilstoši Eiropas Savienības prasībām
- atbalstu ģimenēm ar bērniem atbilstoši Eiropas Padomes rekomendācijām;
- Ministru kabinets apzinās un adaptēs Eiropas Savienības valstu praksi alkohola jomā [..]. Likumdošanā tiks piemērotas Eiropas Savienības normas attiecībā uz darvas un nikotīna daudzumu tabakas izstrādājumos;
- tiks izstrādāta valsts inovatīvās attīstības politika, to iekļaujot Eiropas Savienības struktūrās, t. sk. Eiropas Savienības 5. ietvara programmā “Zinātne un tehnoloģija”.

- Līdz 2001. gada 31. decembrim realizēt Latvijas un Eiropas Padomes projektu likumdošanas pilnveidošanai kultūras mantojuma jomā atbilstoši Eiropas valstu pieredzei un Latvijas īpatnībām.
- Pildīt starptautiskas saistības kultūras nozarē, kuras Latvijas valsts ir uzņēmusies sakarā ar līdzdalību Eiropas Savienības un Eiropas Padomes programmās, kā arī saskaņā ar noslēgtajiem starptautiskajiem līgumiem.

Dati iegūti no Ministru kabineta mājaslapas <https://mk.gov.lv/lv/content/ministru-kabineta-vesture> un <https://mk.gov.lv/sites/default/files/editor/kristopans-deklaracija.pdf> [skatīts 15.04.2022.]

Andra Šķēles 3.valdība (16.07.1999.–05.05.2000.)

Amats	Persona
Ministru prezidents	Andris Šķēle (Tautas partija)
Labklājības ministrs	Roberts Jurdžs (“Tēvzemei un Brīvībai” / Latvijas Nacionālās neatkarības kustība)
Veselības ministrs	Nav paredzēts
Koalīciju veido	Tautas partija / Savienība “Latvijas ceļš” / Apvienība “Tēvzemei un Brīvībai” / LNNK
<p>Veselības joma valdības deklarācijas sadaļā “10. Lai pārvarētu demogrāfisko krīzi un veidotu apstākļus veselīgas un stipras ģimenes pastāvēšanai”:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nodrošināsim brīvi pieejamu, taisnīgu un solidāru veselības aprūpes sistēmu, kuras būtiskas sastāvdaļas ir veselības veicināšana, slimību profilakse, ārstēšana, rehabilitācija un izmaksu efektivitāte; • harmonizēsim veselības aprūpes un sociālās palīdzības likumdošanu, izstrādāsim un iesniegsim Saeimā Veselības aprūpes organizācijas likumu un Iedzīvotāju reprodūktīvās veselības likumu; • pilnveidosim obligātās veselības apdrošināšanas sistēmu, personificējot obligātās veselības apdrošināšanas maksājumus, kā arī atbalstīsim brīvprātīgo veselības apdrošināšanu; • par svarīgāko virzienu uzskatīsim primārās veselības aprūpes attīstību, veicinot sadarbību ar sociālās aprūpes sistēmu; • ar izglītības kredītu politiku veicināsim medicīnas darbinieku piesaisti Latvijas lauku rajoniem; • izstrādāsim primārās veselības aprūpes optimālu un racionālu sistēmu teritorijās un nodrošināsim nepieciešamos finanšu resursus prakšu aprīkošanai; • atbalstīsim ziedojumu piesaisti primārās veselības aprūpes atbalsta fondam; • radīsim ekonomiskus nosacījumus sekundārās veselības aprūpes teritoriālajai pārstrukturizēšanai, lai nodrošinātu racionālu stacionāru kapacitātes, kā arī dienas stacionāru izmantošanu atbilstoši iedzīvotāju vajadzībām un izmaksas efektivitātes principiem; • veicināsim iedzīvotāju ieinteresētību savas veselības saglabāšanā un uzlabošanā, plaši informējot viņus par dažādu slimību izcelsmi, riska faktoriem, profilaksi, ārstēšanu un diagnostikas iespējām; • uzlabosim un veicināsim slimību agrīnas diagnostikas un profilakses pasākumus, kā arī paplašināsim valsts pilnīgi vai daļēji apmaksāto medikamentu lietošanu; • ar likumdošanas palīdzību ierobežosim atkarības vielu pieejamību, alkohola tirdzniecības vietu skaitu un darba laiku, ieviesīsim Latvijas narkotiku kontroles un narkomānijas profilakses stratēģiju programmu; • veiksīm pret-epidēmiskus pasākumus, realizējot Nacionālo tuberkulozes apkarošanas programmu, kā arī ierobežosim ērcu encefalīta, difterijas, HIV infekcijas un seksuāli transmisīvo slimību izplatību; • ieviesīsim skolu mācību programmās obligātu veselības mācību; • izveidosim mātes un bērna veselības aprūpes programmu un sāksim tās īstenošanu. 	

<p>Kā viens no valdības pamatmērķiem tiek noteikts:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nodrošinātu Latvijas iestāšanos Eiropas Savienībā un NATO un efektīvi īstenotu valsts ārpolitiku; • un deklarācijā atsevišķa nodaļa ar darbu uzskaitījumu paredzēta šo mērķu izpildei. <p>Tāpat parādās jauns virziens “12. Lai nodrošinātu apstākļus pilsonisks sabiedrības veidošanai”, kas paredz tādas uzdevumus kā “sāksim plašu iedzīvotāju tiesisko izglītošanu”, “atbalstīsim sabiedrisko un reliģisko organizāciju iesaistīšanos iedzīvotāju tiesiskajā un tikumiskajā audzināšanā”, “iesaistīsim likumu sagatavošanā nevalstiskās organizācijas”.</p>
--

Dati iegūti no Ministru kabineta mājaslapas <https://mk.gov.lv/lv/content/ministru-kabineta-vesture> un <https://mk.gov.lv/sites/default/files/editor/skele3-deklaracija.pdf> [skatīts 15.04.2022.]

Andra Bērziņa valdība (05.05.2000.–07.11.2002)

Amats	Persona
Ministru prezidents	Andris Bērziņš (“Latvijas ceļš”)
Labklājības ministrs	Andrejs Požarnovs (TB/LNNK) 05.05.2000.–02.05.2002.; Viktors Jaksons (TB/LNNK) 22.05.2002.–07.11.2002.
Veselības valsts ministrs	Nav paredzēts
Koalīciju veido	Tautas partija / Savienība “Latvijas ceļš” / Apvienība “Tēvzemei un Brīvībai” / LNNK / Jaunā partija
<p>Deklarācijas sadaļā “10.3. Veselības aprūpe”:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10.3.1. nodrošināsim pieejamu, taisnīgu un solidāru veselības aprūpes sistēmu, kuras būtiskas sastāvdaļas ir veselības veicināšana, slimību profilakse, ārstēšana, rehabilitācija un izmaksu efektivitāte; • 10.3.2. harmonizēsim veselības aprūpes un sociālās drošības likumdošanu, izstrādāsim un iesniegsim Saeimā Veselības aprūpes organizācijas likumu un Iedzīvotāju reproduktīvās veselības likumu; • 10.3.3. pilnveidosim valsts obligātās veselības apdrošināšanas sistēmu, veicināsim brīvprātīgās veselības apdrošināšanas attīstību; • 10.3.4. par svarīgāko uzskatīsim primārās veselības aprūpes attīstību un veicināsim veselības aprūpes un sociālās sistēmas (sociālā aprūpe, sociālā palīdzība, sociālā rehabilitācija) integrāciju; • 10.3.5. veicināsim primārās veselības aprūpes attīstību reģionos un paplašināsim ambulatorās ārstēšanas iespējas slimokasu dalībniekiem, turpināsim pilnveidot valsts medikamentu iegādes kompensācijas sistēmu; • 10.3.6. nodrošināsim nepieciešamos finansu resursus Primārās veselības aprūpes atbalsta fondā ārstu prakses izveidošanai un aprīkošanai; • 10.3.7. veicināsim iedzīvotāju ieinteresētību savas veselības saglabāšanā un uzlabošanā, plaši informējot viņus par dažādu slimību izcelsmi, riska faktoriem, profilaksi, ārstēšanu un diagnostikas iespējām; • 10.3.8. nodrošināsim vienlīdzīgu, kvalitatīvu un savlaicīgu neatliekamo palīdzību visiem Latvijas iedzīvotājiem; • 10.3.9. uzlabosim un veicināsim slimību agrīnas diagnostikas un profilakses pasākumus, kā arī paplašināsim valsts pilnīgi vai daļēji apmaksāto medikamentu lietošanu; • 10.3.10. ar likumdošanas palīdzību ierobežosim atkarības vielu pieejamību, alkohola tirdzniecības vietu skaitu un darba laiku, ieviešim Latvijas narkotiku kontroles un narkomānijas profilakses stratēģiju programmu; 	

- 10.3.11. veiksīm pret-epidēmiskus pasākumus, realizējot Nacionālo tuberkulozes apkarošanas programmu, kā arī ierobežosim ērcu encefalīta, difterijas, HIV infekcijas un seksuāli transmisīvo slimību izplatību;
 - 10.3.12. nodrošināsim Vides veselības dienesta pārveidi par Sabiedrības veselības aģentūru ar mērķi īstenot efektīvu sabiedrības veselības politiku valstī;
 - 10.3.13. ieviesīsim skolu mācību programmās obligātu veselības mācību;
 - 10.3.14. turpināsim mātes un bērna veselības aprūpes programmas īstenošanu;
- 10.3.15. lai nodrošinātu atbalstu personām ar īpašām vajadzībām integrācijai sabiedrībā, īstenosim koncepciju “Vienādas iespējas visiem”, atbalstīsim dienas centru izveidi personām ar garīgās attīstības traucējumiem.

Dati iegūti no Ministru kabineta mājaslapas <https://mk.gov.lv/lv/content/ministru-kabineta-vesture> un <https://mk.gov.lv/sites/default/files/editor/berzins-deklaracija.pdf> [skatīts 15.04.2022.]

8. Saeimas sastāvs, programmas, valdības un deklarācijas

Astotās Saeimas vēlēšanas notika 2002. gada 5. oktobrī. Vēlēšanās kandidēja 20 politiskie spēki, no kuriem tika ievēlēti 6. Astotās Saeimas laikā tika izveidotas 3 valdības:

1. 07.11.2002.–09.03.2004. premjera Einara Repšes vadībā;
2. 09.03.2004.–02.12.2004. premjera Induļa Emša vadībā;
3. 02.12.2004.–07.11.2006. premjera Aigara Kalvīša vadībā.

P.13. tabula

8. Saeimā ievēlētās partijas un partiju apvienības

Partija / partiju apvienība	Vietas	Veselības reformas partiju programmā
“Jaunais laiks”	26	Jaunais laiks divkārtos veselības aprūpes budžetu, un šī nauda nepazudīs birokrātu kabinetos. Veselības aprūpe būs pieejama ikvienam, un lielāks cilvēku skaits saņems zāles par brīvu. Valsts Tavu veselību apdrošinās bez maksas, nodrošinot veselības aprūpes finansējuma pamatu. Pacienti varēs paši izvēlēties ārstu un ārstniecības iestādi, bet mediķiem būs atbilstīga samaksa par godīgu darbu.
“Par cilvēka tiesībām vienotā Latvijā”	25	Veselības aprūpes budžetam piešķirs 6–8 % no valsts iekšējā kopprodukta, noteiks bezmaksas medicīniskās aprūpes minimumu.
Tautas partija	20	Veselības aprūpes finansējumā atcelsim neprognozējamo un grūti administrējamo iezīmētā nodokļa kārtību. Veselībai jāsaņem stabils, tiešs budžeta finansējums. Balstoties uz mūsu nacionālā kopprodukta ikgadējā pieauguma prognozi 6 % apmērā, turpmāko četru gadu laikā nodrošināsim veselības aprūpes budžeta pieaugumu par 10 % katru gadu. Koncentrējot visu uzmanību un piepūli veselības sistēmas reorganizācijā, uzsāksim medicīniskā personāla un ģimenes ārstu atalgojumu palielināšanu.
Zaļo un Zemnieku savienība	12	Mēs apturēsim bezjēdzīgos eksperimentus veselības aizsardzības jomā. Palielinot līdzekļus veselības aizsardzībai, vienlaicīgi tiks panākts, lai katrs cilvēks varētu brīvi apmeklēt vēlamo ārstu. Tiks uzlabota bērnu un veco ļaužu aprūpe, aktivizēta personiskā atbildība par veselību. Katra iedzīvotāja personiskajā kontā tiks uzkrāti veselības uzturēšanai nepieciešamie līdzekļi.
Latvijas Pirmā partija	10	Veselības aprūpes sistēmas reformai ir jānodrošina kvalitatīvāka ārstēšana un caurskatāmība finanšu plūsmā.
“Tēvzemei un Brīvībai” / LNNK	7	Nav

Dati iegūti no Centrālās vēlēšanu komisijas mājaslapas <https://www.cvk.lv/lv/velesanas/saeimas-velesanas/8-saeimas-velesanas> [skatīts 15.04.2022.]

Einara Repšes valdība (07.11.2002.–09.03.2004.)

Amats	Persona
Ministru prezidents	Einars Repše (“Jaunais laiks”)
Labklājības ministre	Dagnija Staķe (Zaļo un Zemnieku savienība)
Veselības ministrs	Āris Auders (bezpartejisks) 16.01.2003.–20.03.2003.; Ingrīda Circene (“Jaunais laiks”) 10.04.2003.–09.03.2004.
Koalīciju veido	“Jaunais laiks” / Latvijas Pirmā partija / Zaļo un Zemnieku savienība / Apvienība “Tēvzemei un Brīvībai” / LNNK
<p>Deklarācijā kā dažas no prioritātēm norādītas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Latvijas pilntiesīga līdzdalība NATO un Eiropas Savienības lēmumu pieņemšanā; • sabiedrības veselības kvalitāte; • integrēta pilsoniskā sabiedrība, spēcīga laikmetīga nacionālā identitāte. <p>Sadaļā “Veselības aprūpe” norādīts:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 13.1. Kā vienu no valsts prioritātēm noteiksim solidāru, kvalitatīvu un visiem pieejamu veselības aprūpi katram Latvijas iedzīvotājam neatkarīgi no viņa sociālā stāvokļa, vecuma un dzīvesvietas. • 13.2. Izveidosim Veselības aprūpes ministriju. • 13.3. Ieviesīsim medicīnas darbinieku obligāto civiltiesisko apdrošināšanu. • 13.4. Noteiksim veselības aprūpes pakalpojumu valsts garantētā groza saturu. • 13.5. Nodrošināsim principa “nauda seko pacientam” reālu funkcionēšanu. • 13.6. Definēsim veselības aprūpes pakalpojumu reālo cenu, paredzot līdzekļus veselības aprūpes un profilakses institūciju saimniecisko izdevumu segšanai, attīstībai un modernizācijai, kā arī adekvātu atalgojumu medicīniskajam personālam. • 13.7. Paaugstināsim veselības aprūpes budžetu līdz 7 % no IKP. • 13.8. Ieviesīsim un attīstīsim obligātās bezmaksas veselības apdrošināšanas sistēmu. • 13.9. Noteiksim sabiedrības drošībai nozīmīgās veselības aprūpes nozares, kuru finansēšana ir jārealizē kā valsts pasūtījums (AIDS, narkoloģija, psihiatrija, fiziatrija, katastrofu medicīna un neatliekamā palīdzība). • 13.10. Pilnveidosim primārās veselības aprūpes sistēmu, ieviešot daļējas kapitācijas principu ģimenes ārstu darba samaksā. • 13.11. Pilnveidosim neatliekamās medicīniskās palīdzības sistēmu. • 13.12. Izstrādāsim programmu ārstniecības personāla sagatavošanai atbilstošā skaitā un kvalitātē. • 13.13. Farmācijas jomā par prioritāti noteiksim medikamentu pieejamības nodrošināšanu un racionālu valsts līdzekļu izlietojumu. 	

Dati iegūti no Ministru kabineta mājaslapas <https://mk.gov.lv/lv/content/ministru-kabineta-vesture> un <https://mk.gov.lv/sites/default/files/editor/repse-deklaracija.pdf> [skatīts 15.04.2022.]

Induļa Emša valdība (09.03.2004.–02.12.2004.)

Amats	Persona
Ministru prezidents	Indulis Emsis (Zaļo un Zemnieku savienība)
Labklājības ministre	Dagnija Staķe (Zaļo un Zemnieku savienība)
Veselības ministrs	Rinalds Muciņš (bezpartejisks)
Koalīciju veido	Zaļo un Zemnieku savienība / Tautas partija / Latvijas Pirmā partija
<p>Sadaļā “VII Izveidot funkcionējošu un pieejamu veselības aizsardzības sistēmu” norādīts:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A. ieviešot principu: nauda seko pacientam; • B. ieviešot taisnīgu un stimulējošu ģimenes ārstu apmaksas kārtību; • C. palielinot valsts finansējumu medicīnai ne mazāk kā par 15 % no iepriekšējā gada līmeņa; • atbalstot sportu un veselīgu dzīvesveidu kā priekšnosacījumus labai dzīves kvalitātei, samazinot nepieciešamību pēc medicīniskas iejaukšanās. <p>Sadaļā “Veselības sistēma un aprūpe” iekļautie uzdevumi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1. Ar mērķi veicināt slimību agrīnu diagnostiku, adekvātu ārstēšanu un tās kvalitātes celšanos garantēsim ikvienam valsts iedzīvotājam noteiktu bezmaksas medicīnas pakalpojumu minimālo grozu, ieskaitot neatliekamo palīdzību un plānveida ārstēšanu, regulāras profilaktiskās apskates, zāļu izsniegšanu / pirkšanu, rehabilitāciju utt. • 2. Izveidosim izmaksām atbilstošu medicīnas pakalpojumu cenrādi, dodot iespēju mediķiem nopelnīt viņu darbam un kvalifikācijai atbilstošu samaksu. • 3. Skaidri definēsim medicīnas pakalpojumu klāstu, kas atbilstu valsts rocībai. • 4. Nodrošināsim vienādas darbības iespējas visiem medicīnas pakalpojumu sniedzējiem neatkarīgi no to uzņēmējdarbības formas un izslēgsim subjektivitāti līgumu slēgšanā ar pakalpojumu sniedzējiem. • 5. Izstrādāsim un sāksim īstenot slimnīcu remonta un atjaunošanas programmu. • 6. Slimnīcu tīkla optimizāciju veiks, ievērojot nepieciešamību nodrošināt ārstniecības iestāžu pieejamību arī lauku iedzīvotājiem. • 7. Reorganizēsim zāļu iepirkuma sistēmu, samazinot iepirkšanas izmaksas, plašāk pielietojot iepirkumu lielās partijās. • 8. Atbalstīsim modernu IT ieviešanu veselības sistēmas organizēšanai un finanšu pārskatāmības nodrošināšanai. • 9. Veselības aizsardzības programmā ar 2005. g. ietversim telemedicīnas pasākumus: diagnostiku, attālnā konsultācijas, apmācību, uzskaiti, pacientu informāciju. • 10. 2005. g. izveidosim valstī telemedicīnas pakalpojumu dienestu diennakts konsultācijām dažādās jomās kā pacientiem, tā medicīnas profesionāļiem, izmantojot telefona un Interneta sakarus. • 11. Nodrošināsim vienotas pacientu elektroniskās slimības vēstures ieviešanu valstī 2006. g. <p>Deklarācijā iekļauta sadaļa “Pilsoniska sabiedrība”, tai skaitā ar sekojošiem punktiem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1. Pilsoniskās sabiedrības attīstībai ir nepieciešama labvēlīga likumdošanas un finansiālā vide. Mēs sekmēsim efektīvu sabiedriskā labuma organizāciju darbību, atbalstot tās ar dažādiem nodokļu un nodevu atvieglojumiem. • 4. Pieņemsim un finansiāli nodrošināsim valsts programmu pilsoniskās sabiedrības attīstībai, lai veicinātu sabiedrisko organizāciju darbību, brīvprātīgo kustību, kopienu filantropiju un sociāli atbildīgu uzņēmējdarbību. 	

Dati iegūti no Ministru kabineta mājaslapas <https://mk.gov.lv/lv/content/ministru-kabineta-vesture> un <https://mk.gov.lv/sites/default/files/editor/emsis-deklaracija.pdf> [skatīts 15.04.2022.]

Aigara Kalvīša valdība (02.12.2004-07.11.2006)

Amats	Persona
Mīnstru prezidents	Aigars Kalvītis (Tautas partija)
Labklājības ministre	Nav aktuāli (ir izveidota Veselības ministrija, kuras nolikums apstiprināts ar MK 286. no 13.04.2004.)
Veselības ministrs	Gundars Bērziņš (Tautas partija)
Koalīciju veido	Tautas partija / "Jaunais laiks" / Latvijas Pirmā partija / Zaļo un Zemnieku savienība
Sadaļā "Veselības aprūpe" iekļautie uzdevumi:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Nekavējoties izstrādāsim rīcības plānu veselības aprūpes attīstībai 2005. – 2010. gadam. 2. 2004. gada decembrī akceptēsim veselības aprūpes finansēšanas un organizācijas noteikumus, nodrošinot veselības aprūpes pakalpojumu cenu regulāciju, veselības aprūpes izdevumu riska sadalīšana starp pakalpojumu sniedzēju un valsti, ārstniecības pakalpojumu sniedzēja ieinteresētības veselā cilvēkā veicināšanu un uz budžetēšanu vērstu samaksas sistēmas ieviešanu norēķinos ar pakalpojumu sniedzējiem, kā arī pacientu personiskās līdzdalības un ieinteresētības veselības saglabāšanā nostiprināšanu. 3. Apstiprināsim profilaktisko apskašu programmu un nodrošināsim tās īstenošanas uzsākšanu 2005. gadā. 4. Apstiprināsim vienotu primārās aprūpes finansēšanas un organizēšanas modeli līdz 2005. gada 1. janvārim un uzsāksim tā ieviešanu visā valstī ar 2005. gada 1. maiju, paaugstinot ģimenes ārstu kompetenci un uzlabojot pieejamību. 5. Izveidosim institucionāli, informatīvi, materiāli-tehniski vienotu neatliekamās palīdzības dienestu. Jau 2005. gadā uzlabosim neatliekamās palīdzības tehnisko bāzi. 6. Sākot ar 2005. gadu uzlabosim ārstu speciālistu pieejamību, mazinot rindas. Attīstīsim terciārā līmeņa veselības aprūpes pakalpojumus universitātes tipa slimnīcās (P. Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca un Bērnu klīniskā universitātes slimnīca). 7. Līdz 2005. gada martam apstiprināsim ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programmu. 8. Īstenosim ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programmu, lai: <ul style="list-style-type: none"> • attīstītu primārās veselības aprūpes sistēmu un izveidotu primārās veselības aprūpes sistēmas pakalpojumu sniedzēju tīklu; • izveidotu kvalitatīvu, iedzīvotājiem pieejamu un izmaksu efektīvu neatliekamās medicīniskās palīdzības sistēmu valstī; • izveidotu augsti specializētu, kvalitatīvu, savstarpēji koordinētu un izmaksu efektīvu sekundārā un terciārā līmeņa veselības aprūpes sistēmu; • optimizētu veselības aprūpes sekundārā un terciārā līmeņa pakalpojumu sniedzēju struktūru; • izveidotu medicīniskās rehabilitācijas sistēmu ar reģionālu rehabilitācijas iestāžu tīklu; • racionāli, iedzīvotājiem pieejami izvietotu un noslogotu medicīnas tehnoloģijas. 9. 2005. gadā izstrādāsim un pieņemsim pacientu tiesību likumu. 2005. gada janvārī izveidosim Pacientu pārstāvju konsultatīvo padomi. 10. Izstrādāsim un pieņemsim Veselības aprūpes organizācijas likumu. 11. Ārstnieciskā personāla attīstībai izstrādāsim ārstniecības cilvēkresursu attīstības programmu, izveidosim studiju atbalsta fondu un atbalsta programmu ārstiem, kas strādā attālos reģionos. 12. Izstrādāsim programmu ārstniecības personu algu palielinājumam 2005. un 2006. gadam, paredzot algu pārskatīšanu ik pusgadu, un uzsāksim tās realizāciju sākot ar 2005. gada 1. jūliju. Ārstniecības personu alga tiks regulēta saistībā ar vidējo algu Latvijā, nosakot minimālās algas likmes ārstiem, kas sniedz valsts apmaksātus pakalpojumus 13. Izveidosim Nacionālo veselības dienestu (servisu), kuru administrēs viena valsts aģentūra. 14. Izstrādāsim un noslēgsim savstarpēju līgumu un vienošanos ar Eiropas Savienības dalībvalstīm veselības aprūpes dalībnieku brīvās kustības nodrošināšanai. 	

15. Ar mērķi samazināt perinatālo mirstību un māšu mirstību, attīstīsim vispārpieejamu, kvalitatīvu dzemdībpalīdzību.
16. Veicināsim modernu informācijas tehnoloģiju izmantošanu veselības sistēmas organizēšanai, finanšu pārskatāmības un pacientu datu glabāšanas nodrošināšanai.

Sadaļā “Sabiedrības veselība”:

17. Iedzīvotāju pozitīvas attieksmes un atbildības veidošanai par savu veselību un dzīves kvalitāti, sekmēsīm veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumus.
18. Noteiksim sabiedrības veselības jautājumus kā prioritāri risināmus jautājumus, īpašu uzmanību pievēršot:
 - a) infekcijas slimību izplatības mazināšanai, īpaši:
 - HIV/AIDS izplatības ierobežošanai, turpinot attīstīt HIV/AIDS konsultāciju centru tīklu un izglītojot sabiedrību HIV/AIDS profilakses jautājumos, kā arī nodrošinot ārstniecības pakalpojumu pieejamību;
 - nodrošinot vakcināciju atbilstoši Imunizācijas valsts programmai, t. sk. vakcinējot pusaudžus pret B hepatītu un bērnus pret ērcu encefalītu augsti endēmiskajās ērcu encefalīta teritorijās;
 - nodrošinot gatavību iespējamai gripas pandēmijai un bioterrorisma izpausmēm, t. sk. nodrošinot nepieciešamo vakcīnu pieejamību.
 - b) neinfekcijas slimību izplatības mazināšanai, īpaši:
 - aktivizējot sirds–asinsvadu slimību profilakses pasākumus;
 - mazinot atkarību izplatību (smēķēšana, alkoholisms, narkomānija, azartspēles);
 - realizējot uzturpolitiku;
 - turpinot izstrādāt prasības nekaitīgas pārtikas nodrošināšanai;
 - turpinot izstrādāt prasības un pasākumus veselīgas vides nodrošināšanai, t. sk. izstrādāsim jaunu Sabiedrības veselības rīcības plānu, īpaši akcentējot veselīgas vides nodrošināšanu bērniem.

Sadaļā “Farmācija”:

19. Sākot ar 2005. gadu nodrošināsim zāļu pieejamības uzlabošanu, pārskatot zāļu sadalījumu receptu un bez receptu zālēs, kā arī pilnveidojot receptu aprites noteikumus.
20. Nodrošināsim zāļu iegādes izdevumu kompensācijas sistēmas stabilu ilgtermiņa attīstību, veicinot zāļu pieejamību pacientiem ar smagām un hroniskām slimībām, un sasniedzot valsts / pacienta izdevumus zālēm 70 % / 30 % apmērā, pašreizējo 40 % / 60 % vietā.
21. Turpināsim medikamentu centralizēto iepirkumu sistēmas reorganizāciju, pabeidzot iekļaut kompensējamo zāļu sarakstā zāles, kas paredzētas ambulatorai lietošanai.
22. Nodrošināsim ārstniecības iestāžu veikto medikamentu iepirkumu atbilstību likuma “Par iepirkumu valsts un pašvaldību vajadzībām” prasībām, kā arī slimnīcu zāļu sarakstu atbilstību izmaksu efektivitātes principiem, t. sk. aktīvi veicinot “slimnīcu iepakojumu” iepirkšanu.
23. Ar regulāras zāļu tirgus attīstības (konkurences veicināšana, esamība tirgū, “generic” zāles u. c.) un zāļu cenu uzraudzības palīdzību veicināsim zāļu pieejamību iedzīvotājiem.
24. Veicināsim racionālu zāļu lietošanu, nodrošinot objektīvas, no ražotāja neatkarīgas informācijas par zālēm pieejamību sabiedrībai.

Dati iegūti no Ministru kabineta mājaslapas <https://mk.gov.lv/lv/content/ministru-kabineta-vesture> un https://mk.gov.lv/sites/default/files/editor/kalvitis-deklaracija_0.pdf [skatīts 15.04.2022.]

9. Saeimas sastāvs, programmas, valdības un deklarācijas

Devītās Saeimas vēlēšanas notika 2006. gada 7. oktobrī. Vēlēšanās kandidēja 19 politiskie spēki, no kuriem tika ievēlēti 7. Devītās Saeimas laikā tika izveidotas 3 valdības:

1. 07.11.2006.–20.12.2007. premjera Aigara Kalvīša vadībā;
2. 20.12.2007.–12.03.2009. premjera Ivara Godmaņa vadībā;
3. 12.03.2009.–02.11.2010. premjera Valda Dombrovska vadībā.

P.17. tabula

9. Saeimā ievēlētās partijas un partiju apvienības

Partija / partiju apvienība	Vietas	Veselības reformas partiju programmā
Tautas partija	23	Turpināt veselības aprūpes jomas sakārtošanu, kas veiksmīgi iesākta ministra Gundara Bērziņa laikā un kuras mērķu sasniegšanai ir vajadzīgi vēl vismaz četri gadi.
Zaļo un Zemnieku savienība	18	Nodrošināsim racionālu un efektīvu veselības aprūpi iedzīvotājiem, uzlabojot neatliekamās palīdzības infrastruktūru, ģimenes ārstu, speciālistu un stacionāru pieejamību. Pilnveidosim valsts programmu finansēšanu veselības aizsardzības un profilakses pasākumiem. Īpašu vērību pievērsīsim alkoholisma, narkomānijas un smēķēšanas ierobežošanai.
“Jaunais laiks”	18	Veselības aprūpi – pilnvērtīgam un ilgam cilvēka mūžam. To nodrošinās pieejamība veselības pakalpojumiem un profilakse. Ik gadu palielināsim veselības aprūpes budžetu par 0,5 % no iekšzemes kopprodukta.
“Saskaņas centrs”	17	Medicīna – cilvēku labā, nevis peļņas iegūšanai. Efektīva ārstēšana visiem, neatkarīgi no ienākumiem un dzīvesvietas. Jāpaaugstina veselības aizsardzības finansēšana no valsts budžeta, jāpaplašina bezmaksas medicīniskā aprūpe un zāļu subsidēšana, jāsamazina pacientu iemaksas.
Latvijas Pirmā partija un “Latvijas ceļš”	10	Kvalitatīvu veselības aprūpi padarīsim pieejamu visiem. Pensionāriem nodrošināsim daudz lielāku skaitu bezmaksas medikamentu. Rūpēsimies, lai Eiropā pieprasītus medicīnas pakalpojumus varētu sniegt arī Latvijā, tādējādi piesaistot medicīnas nozarei ievērojamus līdzekļus.
“Tēvzemei un Brīvībai” / LNNK	7	Nav
“Par cilvēka tiesībām vienotā Latvijā”	6	PCTVL iestājas par kvalitatīvu medicīnisko aprūpi visiem, par bērnu, pensionāru un invalīdu bezmaksas ārstēšanu. Strādājošajiem tiks paredzēta jaukta medicīnas pakalpojumu sistēma (valsts garantētais minimums plus obligātā medicīniskā apdrošināšana uz iekasēto nodokļu rēķina). Veselības aprūpes finansējums – ne mazāks par 8 % no iekšzemes kopprodukta.

Dati iegūti no Centrālās vēlēšanu komisijas mājaslapas <https://www.cvk.lv/lv/velesanas/saeimas-velesanas/9-saeimas-velesanas> [skatīts 15.04.2022.]

Aigara Kalviša 2. valdība (07.11.2006.–20.12.2007.)

Amats	Persona
Ministru prezidents	Aigars Kalvītis (Tautas partija)
Veselības ministrs	Gundars Bērziņš (Tautas partija) 07.11.2006.–17.01.2007.; Vinets Veldre (Tautas partija) 25.01.2007.–20.12.2007.
Koalīciju veido	Tautas partija / Latvijas Pirmā partija / Zaļo un Zemnieku savienība / “Latvijas ceļš”/ TB/LNNK
Sadaļā “Neatliekamie uzdevumi” norādīts:	
<ul style="list-style-type: none"> • 9. Izveidosim funkcionējošu veselības aprūpes sistēmu 	
Sadaļā “Veselības aprūpe” iekļautie uzdevumi:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizējot programmu par Cilvēkresursu attīstību veselības aprūpē 2006. – 2015. g., nodrošināsim veselības aprūpes nozari ar labi izglītotiem profesionāļiem, īpašu uzmanību pievēršot viņu līdzsvarotam reģionālajam izvietojumam. 2. Krasi uzlabosim informācijas pieejamību sabiedrībai par valsts garantēto veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas iespējām. 3. Attīstīsim veselības aprūpes pakalpojumus, mazinot atšķirības medicīnas pakalpojumu saņemšanā, lai kvalitatīvs medicīnas pakalpojums (neatliekamā un plānveida palīdzība, slimību agrīna diagnostika, adekvāta ārstēšana un rehabilitācija u. c.) un iespēju robežās brīva ārsta izvēle tiktu garantēti katram valsts iedzīvotājam, neatkarīgi no dzīvesvietas. 4. Īpašu uzmanību pievēršīsim primārās veselības aprūpes un neatliekamās medicīniskās palīdzības kvalitātes attīstībai un pakalpojuma saņemšanas pilnveidošanai; uzlabosim ārstu speciālistu pieejamību, mazinot rindas. 5. Īstenojot pamatnostādnes E-veselība Latvijā, sekmēsīsim e-veselības risinājumu ieviešanu, veicinot modernu informācijas tehnoloģiju ienākšanu ģimenes ārstu praksēs, aptiekās un slimnīcās, nodrošinot iedzīvotājam un ārstiem konsultācijas, iespēju operatīvi iegūt informāciju par veselību, iespējamajiem draudiem veselībai, diagnozi un iespējamo ārstēšanu, ieviešot elektroniskās slimības vēstures un nosūtījumus; veidosim vienotu bērnu traumu reģistru. 6. Veiksīsim infrastruktūras uzlabošanu un personāla apmācību slimnīcās, kas sniedz dzemdību palīdzību, lai nodrošinātu uz bērna un ģimenes vajadzībām orientētu, kvalitatīvu pakalpojumu saņemšanu un ģimenei draudzīgu attieksmi; veiksīsim pasākumus bērnu un mātes mirstības samazināšanai, nodrošinot kvalitatīvu grūtniecības aprūpi, dzemdību un pēcdzemdību palīdzību sievietēm, kā arī augsta līmeņa jaundzimušo veselības aprūpi. 7. Nodrošināsim savlaicīgu ārstēšanu (tai skaitā ķirurģisko) sirds un asinsvadu saslimšanas un ļaundabīgo audzēju gadījumos. 8. Veicināsim klīnisko vadlīniju izstrādi, sevišķi vecu cilvēku aprūpē, hroniski slimu cilvēku aprūpē, paliatīvā aprūpē un invalīdu aprūpē. 9. Turpināsim neatliekamās palīdzības dienestu un publiskā slimnīcu tīkla tālāku optimizāciju un modernizāciju, lai izveidotu augsti specializētu, kvalitatīvu, savstarpēji koordinētu un izmaksās efektīvu neatliekamās, primārā, sekundārā un terciārā līmeņa veselības aprūpes un medicīniskās rehabilitācijas sistēmu. 10. Nostiprināsim spēcīgas reģionālās slimnīcas, veidosīsim tās par prestižām izglītības un zinātnes bāzēm; uzstādīsim modernas ārstniecības un diagnostikas iekārtas. 11. Turpināsim lokālo slimnīcu ēku remontu un renovāciju, ar mērķi tās izmantot lokālajai neatliekamajai, ambulatorajai un sociālai aprūpei. 	

Sadaļā "Farmācija":	
1.	Turpināsim vispārējas zāļu pieejamības uzlabošanu; palielināsim valsts izdevumu īpatsvaru, kompensējot medikamentus pacientiem ar smagām un hroniskām slimībām.
2.	Iekļausim kompensējamo zāļu sarakstā jaunas diagnožu grupas un zāles, lai nodrošinātu to plašāku pieejamību.
3.	Pilnveidosim recepšu aprites noteikumus; uzsāksim elektronisko recepšu ieviešanu.
4.	Stiprināsim izmaksu efektivitātes kontroli zāļu iepirkšanā slimnīcu vajadzībām. Sākot ar 2005. gadu nodrošināsim zāļu pieejamības uzlabošanu, pārskatot zāļu sadalījumu recepšu un bez recepšu zālēs, kā arī pilnveidojot recepšu aprites noteikumus.

Dati iegūti no Ministru kabineta mājaslapas <https://mk.gov.lv/lv/content/ministru-kabineta-vesture> un <https://mk.gov.lv/sites/default/files/editor/kalvitis-2-deklaracija.pdf> [skatīts 15.04.2022.]

Ivara Godmaņa 2. valdība (20.12.2007.–12.03.2009.)

Amats	Persona
Ministru prezidents	Ivars Godmanis (LPP un "Latvijas ceļš")
Veselības ministrs	Ivars Eglītis (Tautas partija)
Koalīciju veido	Tautas partija / Zaļo un Zemnieku savienība / Latvijas Pirmā partija un "Latvijas ceļš" / TB/LNNK
Sadaļā "Neatliekamie uzdevumi" norādīts:	
<ul style="list-style-type: none"> 10. Valdībai nepieciešams pilnveidot primārās veselības aprūpes sistēmu Latvijā. 	
Sadaļā "4. Veselības" norādītais pamatmērķis "Rīkosimies tā, lai Latvijas iedzīvotāju veselība un veselības aprūpes sistēma pēc iespējas ātrāk tuvinātos Eiropas valstu līmenim":	
<ul style="list-style-type: none"> 4.1. Aktīvi rīkosimies, lai iedzīvotāji veiktu profilaktiskus un regulārus veselības aprūpes pasākumus, ievērotu veselīgu dzīvesveidu, zinātu savas pacienta tiesības un veselības sistēmai nebūtu jānodarbojas ar jau neatgriezenisku seku novēršanu. 4.2. Sakārtosim stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju sistēmu, organizējot daudzprofilu un specializēto slimnīcu, aprūpes slimnīcu, rehabilitācijas iestāžu un sociālās aprūpes centru darbību saskaņā ar to mērķiem. 4.3. Veicināsim tādu veselības aprūpes politiku, kas orientēta uz savlaicīgu un pēctecīgu medicīnisko pakalpojumu pieejamību ikvienam Latvijas iedzīvotājam neatkarīgi no dzīvesvietas un nepieciešamā pakalpojuma veida. 4.4. Uzlabosim medicīnisko pakalpojumu apmaksas sistēmu, lai ārstniecības iestādes saņemtu adekvātu samaksu par sniegtajiem pakalpojumiem, tai pat laikā nesamazinot maznodrošināto iedzīvotāju iespējas saņemt kvalitatīvus valsts apmaksātus pakalpojumus. 4.5. Celsim Latvijas ārstu, medmāsu un citu ārstniecības personu profesiju prestižu un veiksime atalgojuma sistēmas pilnveidošanu, tuvinot to Eiropas līmenim. 4.6. Turpināsim vienota neatliekamās palīdzības dienesta izveidošanu un uzlabosim tā sadarbību ar ārstniecības iestāžu neatliekamās palīdzības nodaļām un ģimenes ārstiem. 4.7. Pilnveidosim ģimenes ārstu sniegto pakalpojumu sistēmu, kā arī veiksime turpmākus pasākumus zāļu kompensācijas mehānismu uzlabošanai. 4.8. Izstrādāsim Lauku ģimenes ārstu prakšu vietu attīstības pasākumu plānu. 4.9. Izvērtēsim tiešās pieejamības speciālistu darba organizācijas kārtību. 4.10. Nodrošināsim ārstniecības personu līdzipilna un pēcdiploma apmācības pilnveidošanu. 	

Dati iegūti no Ministru kabineta mājaslapas <https://mk.gov.lv/lv/content/ministru-kabineta-vesture> un <https://mk.gov.lv/sites/default/files/editor/godmanis-deklaracija.pdf> [skatīts 15.04.2022.]

Valda Dombrovska valdība (12.03.2009.–02.11.2010.)

Amats	Persona
Ministru prezidents	Valdis Dombrovskis (“Jaunais laiks”)
Veselības ministrs	Ivars Eglītis (Tautas partija) 12.03.2009.–17.06.2009.; Baiba Rozentāle (Tautas partija) 29.06.2009.–22.03.2010.
Koalīciju veido	Tautas partija / Zaļo un Zemnieku savienība / “Jaunais laiks” / Pilsoniskā savienība / TB/LNNK
Sadaļā “16. Veselības aizsardzībā”:	
<ul style="list-style-type: none"> • 16.1. Novērsīsim nelietderīgu valsts līdzekļu izmantošanu un konkurences kropļošanu, veselības aprūpē nosakot vienotus kritērijus pakalpojumu cenu noteikšanai. • 16.2. Mazināsim birokrātijas un administratīvo slogu, turpinot veselības nozares tiesās pārvaldes institūciju (aģentūru) reorganizāciju. • 16.3. Īstenosim veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju tīkla reorganizāciju, stingri balstoties uz ekonomiskiem aprēķiniem un nepasliktinot pakalpojumu pieejamību un kvalitāti. • 16.4. Sabiedrības veselības uzlabošanā iesaistīsim citu nozaru ministrijas: Vides, Izglītības un zinātnes, Labklājības un Zemkopības ministrijas, kā arī pašvaldības un nevalstiskās organizācijas. • 16.5. Lai veicinātu veselīgu dzīvesveidu un slimību profilaksi, atjaunosim veselības mācību skolās, kā arī skaidri definēsim un iedzīvotājiem garantēsim profilaktisko apskašu pieejamību neatkarīgi no dzīves vietas. • 16.6. Skaidri nodalīsim valsts finansētos veselības aprūpes pakalpojumus no maksas pakalpojumiem, iedzīvotājiem sniedzot precīzu informāciju par pakalpojumu saņemšanas kārtību. • 16.7. Par prioritāti noteiksim ambulatoro veselības aprūpi pēc iespējas tuvāk dzīves vietai. Nodrošināsim vienlīdzīgas veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas iespējas, attīstot ārstniecības vadlīnijas un kvalitātes novērtēšanas sistēmu. • 16.8. Pieņemsim “Pacientu tiesību” likumu, kurā tiktu paredzēta gan pacientu, gan ārstu tiesību aizsardzība. • 16.9. Turpināsim attīstīt vienotu neatliekamās medicīniskās palīdzības sistēmu, vienlaicīgi izstrādājot alternatīvu palīdzības saņemšanu tuvāk dzīves vietai, ko nodrošinātu ģimenes ārsti, feldšeri, traumu punkti. • 16.10. Paātrināsim e-veselības ieviešanu, izmantojot modernās tehnoloģijas. 	

Dati iegūti no Ministru kabineta mājaslapas [https://mk.gov.lv/lv/content/ministru-kabineta-vesture un https://mk.gov.lv/sites/default/files/editor/dombrovskis-1-deklaracija.pdf](https://mk.gov.lv/lv/content/ministru-kabineta-vesture-un-https://mk.gov.lv/sites/default/files/editor/dombrovskis-1-deklaracija.pdf) [skatīts 15.04.2022.]

10. Saeimas sastāvs, programmas, valdības un deklarācijas

Desmitās Saeimas vēlēšanas notika 2010. gada 2. oktobrī. Vēlēšanās kandidēja 13 politiskie spēki, no kuriem tika ievēlēti 5.

Desmitās Saeimas laikā tika izveidota viena valdība premjera Valda Dombrovska vadībā laikā no 03.11.2010. līdz 24.10.2011. Desmitā Saeima tika atlaista, balstoties uz tautas nobalsošanas rezultātiem, 23.07.2011.

P.21. tabula

10. Saeimā ievēlētās partijas un partiju apvienības

Partija / partiju apvienība	Vietas	Veselības reformas partiju programmā
“Vienotība”	33	Vesela sabiedrība. Veselības veicināšana, ikvienam pieejama veselības aprūpe. Uzsvars uz veselīgu dzīvesveidu, profilaksi, priekšlaicīgas nāves cēloņu novēršanu, primāro aprūpi un patentbrīviem medikamentiem.
“Saskaņas centrs”	29	Nav
Zaļo un Zemnieku savienība	22	Paplašināt iespēju visiem iedzīvotājiem saņemt kvalitatīvu un savlaicīgu veselības aprūpi.
“Par labu Latviju!”	8	Bezmaksas veselības aprūpe bērniem un pensionāriem.
Nacionālā apvienība	8	Ārstiem un pacientiem. Pārskatīsim un optimizēsim veselības aprūpes resursus un to izmantošanu atbilstoši krīzes situācijai. Darīsim to izlietojumu saprotamu gan pilsoņiem, gan medicīnas personālam. Par prioritāti noteiksim neatliekamo medicīnisko palīdzību, bērnu un mazturīgo aprūpi. Nodrošināsim, ka valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus pērk no izmaksu efektīvākā pakalpojuma sniedzēja.

Dati iegūti no Centrālās vēlēšanu komisijas mājaslapas <https://www.cvk.lv/lv/velesanas/saeimas-velesanas/10-saeimas-velesanas> [skatīts 15.04.2022.]

P.22. tabula

Valda Dombrovska 2. valdība (03.11.2010.–24.10.2011.)

Amats	Persona
Ministru prezidents	Valdis Dombrovskis (“Vienotība”)
Veselības ministrs	Juris Bārzdīņš (ZZS)
Koalīciju veido	“Vienotība” / Zaļo un Zemnieku savienība
Sadaļā “10. Veselības jomā”:	
<ul style="list-style-type: none"> 10.1. Pārorientēsim veselības aprūpes sistēmu prioritāri uz pacientu interesēm. Nodrošināsim vienmērīgu veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu visā valsts teritorijā, stiprinot primāro veselības aprūpi, nodrošinot, lai pēc iespējas tuvāk dzīvesvietai būtu pieejami valsts finansēti ārstu vai ārstu palīgu pakalpojumi. Pilnveidosim valsts pasūtījumu ģimenes ārstiem, paplašinot profilaktiskā darba apjomu. Palielināsim primārās aprūpes ārstu (tai skaitā ģimenes ārstu) atbildību par pacientu veselību. Nodrošināsim kvalitatīvas stacionārās medicīniskās palīdzības pieejamību reģionos un pilnveidosim terciārā līmeņa medicīniskās palīdzības sniegšanu daudzprofilu reģionālajās slimnīcās. 10.2. Izstrādāsim un ieviesīsim vadlīnijas gan izmeklēšanas, gan ārstēšanas procesā, tādējādi beidzot nelietderīgu valsts budžeta līdzekļu tērēšanu nevajadzīgiem tehnoloģiju iepirkumiem. Izstrādāsim un ieviesīsim kvalitātes kritērijus ārstniecības iestādēm, tai skaitā ģimenes ārsta praksēm ārstniecības kvalitātes un pacientu drošības uzlabošanai. Stiprināsim pacientu iespēju brīvi izvēlēties pakalpojumu saņemšanu. 	

- 10.3. Sadarbībā ar sociālajiem partneriem aktualizēsīm un realizēsīm cilvēkresursu attīstības programmu veselības aprūpē.
- 10.4. Pabeigsīm veselības aprūpes pakalpojuma sniedzēju tīkla reorganizāciju, pārprofilējot daļu stacionāru gultu par dienas stacionāru un sociālās aprūpes gultām, tādējādi palielinot finansējuma izlietošanas efektivitāti.
- 10.5. Turpināsīm birokrātijas un administratīvā sloga mazināšanu, pārejot uz e-pārvaldi un epacienta kartes ieviešanu, vienkāršojot veselības aprūpes plānošanu, koordināciju un informācijas apriti, uzlabojot pacientu apkalpošanas kvalitāti un efektivitāti, nodrošinot augstu datu aizsardzību.
- 10.6. Izstrādāsīm veselības aprūpes organizācijas normatīvos aktus, kuri noteiks valsts un privāto veselības aprūpes iestāžu un pakalpojumu sniedzēju, pašvaldību, kā arī medicīnas darbinieku un pacientu pienākumus, tiesības un atbildību.
- 10.7. Pilnveidosīm veselības aprūpes organizatorisko modeli un finansēšanas sistēmu. Maksimāli informēsīm iedzīvotājus par iespēju izmantot sociālās palīdzības finansējumu trūcīgām un maznodrošinātām personām
- 10.8. Sākot ar 2011. gadu, nodrošināsīm veselības aprūpes jomas pamatfunkciju budžetu ne mazāku kā iepriekšējā gada faktiskā finansējuma līmenī, neieskaitot ES finansējumu investīciju projektiem un tam paredzēto līdzfinansējumu. Pakāpeniski palielināsīm veselības aprūpes jomas pamatfunkciju finansējumu atbilstoši valsts budžeta iespējām.
- 10.9. Saglabāsīm samazināto PVN likmi medikamentiem un medicīnas precēm.
- 10.10. Veiksīm pasākumus veselīgas vides nodrošināšanai, iesaistot sabiedrības veselības uzlabošanā citu nozaru ministrijas, kā arī pašvaldības un nevalstiskās organizācijas.
- 10.11. Ierobežosīm medikamentu cenu kāpumu. Pilnveidosīm kompensējamo medikamentu sarakstu, atlaižu apjomus, ierobežosīm farmācijas industrijas ietekmi uz ārstiem, pārskatīsīm zāļu reklāmu noteikumus, mazināsīm aptieku ķēžu veidošanas iespējas.
- 10.12. Nodrošināsīm vienādu pakalpojumu kvalitāti un vienlīdzīgu darba samaksu par vienādu pakalpojumu neatkarīgi no tā, kas ir pakalpojuma sniedzējs. Precīzi definēsīm valsts apmaksātos medicīniskos pakalpojumus un maksas pakalpojumus, skaidri nodalot valsts un privāto institūciju darbu, novēršot interešu konfliktu. Sniegsīm iedzīvotājiem skaidru un nepārprotamu informāciju par pakalpojumu saņemšanas kārtību un apmaksu.
- 10.13. Veicināsīm ģimenes ārstu pieejamību akūtās palīdzības sniegšanā iedzīvotājiem, nodrošinot telefonpalīdzību un ārstu prakšu sadarbību ārpus veselības aprūpes iestāžu darba laika.
- 10.14. Nodrošināsīm efektīvu finanšu un cilvēkresursu izmantošanu Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestā.
- 10.15. Veidosīm ciešu un efektīvu Baltijas valstu sadarbību medicīnas jomā attiecībā uz kopīgu kompensējamo zāļu iepirkumu, pierobežu NMP dienestu sadarbību, transplantāciju, retu slimību diagnostiku un ārstēšanu u. c.
- 10.16. Veicināsīm veselības pakalpojumu un medicīnas izglītības eksportu.
- 10.17. Uzlabosīm ES līdzekļu apguvi veselības aprūpē mediķu kvalifikācijas paaugstināšanai un infrastruktūras uzlabošanai.
- 10.18. Veicināsīm sabiedrības informētību, veselīgu dzīvesveidu, traumu un slimību profilaksi, lai samazinātu priekšlaicīgu mirstību. Veicināsīm veselīgu dzīvesveidu kā prioritāti, veselīga uztura lietošanu, sportu un fiziskās aktivitātes, samazināsīm smēķēšanas un alkohola kaitējumu sabiedrības veselībai. Atjaunosīm veselības mācību skolās kā atsevišķu priekšmetu.

Dati iegūti no Ministru kabineta mājaslapas <https://mk.gov.lv/lv/content/ministru-kabineta-vesture> un <https://mk.gov.lv/sites/default/files/editor/dombrovskis-2-deklaracija.pdf> [skatīts 15.04.2022.]

11. Saeimas sastāvs, programmas, valdības un deklarācijas

11. Saeimas vēlēšanas notika 2011. gada 17. septembrī. Vēlēšanās kandidēja 13 politiskie spēki, no kuriem tika ievēlēti septiņi. 11. Saeimas laikā tika izveidotas 2 valdības:

- 1) 24.10.2011.–22.01.2014. premjera Valda Dombrovska vadībā;
- 2) 04.01.2014.–04.11.2014. premjeres Laimdotas Straujumas vadībā.

P.23. tabula

11. Saeimā ievēlētās partijas un partiju apvienības

Partija / partiju apvienība	Vietas	Veselības reformas partiju programmā
“Vienotība”	20	Nodrošināt konkurētspējīgas izglītības, kvalitatīvas veselības aprūpes un tainīga sociālā atbalsta pieejamību. Veicināt veselīgu dzīvesveidu.
Zatlera Reformu partija	22	4. Pārveidosim veselības sistēmu, kas atbalstīs un ieinteresēs iedzīvotājus aktīvi līdzdarboties sava veselības stāvokļa uzlabošanā un saglabāšanā. Izveidosim produktīvu integrāciju starp veselības un sociālās aprūpes iestādēm. Nodrošināsim ilgtermiņa aprūpes sistēmu rehabilitācijai darba spēju zuduma gadījumos un aprūpei vecumdienās.
“Saskaņas centrs”	31	Jāveic valsts pārvaldes sistēmas decentralizācija. Daļa pilnvaru jānodod pašvaldībām (sociālo jautājumu, veselības aizsardzības, vidējās izglītības, kultūras, sporta, drošības un sabiedriskās kārtības jomā), būtiski pārdalot arī nodokļu ieņēmumus.
Zaļo un Zemnieku savienība	13	Nodrošināt efektīvu bezmaksas neatliekamo palīdzību un kvalitatīvu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību visos reģionos neatkarīgi no iedzīvotāju materiālā stāvokļa.
Nacionālā apvienība	14	Nav

Dati iegūti no Centrālās vēlēšanu komisijas mājaslapas <https://www.cvk.lv/lv/velesanas/saeimas-velesanas/11-saeimas-velesanas> [skatīts 15.04.2022.]

P.24. tabula

Valda Dombrovska 3. valdība (24.10.2011.–22.01.2014.)

Amats	Persona
Ministru prezidents	Valdis Dombrovskis (“Vienotība”)
Veselības ministrs	Ingrīda Circene (“Vienotība”)
Koalīciju veido	“Vienotība” / Zatlera Reformu partija / Nacionālā apvienība / Neatkarīgie deputāti (no Zatlera Reformu partijas)
Sadaļā “Veselība”:	<ul style="list-style-type: none"> • Pakāpeniski palielināsim veselības aprūpes kopējo finansējumu un pilnveidosim finansēšanas sistēmu, saistot personificēto nodokļu maksāšanu valsts budžetā ar plānveida veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu. • Izstrādāsim un pieņemsim normatīvo regulējumu sabiedrības veselības aprūpes organizācijai, kura noteiks valsts un privāto veselības aprūpes iestāžu un pakalpojumu sniedzēju un pašvaldību atbildību un tiesības. • Nodrošināsim cilvēkresursu attīstības programmu medicīnā, veicinot speciālistu palikšanu Latvijā. • Ieviesīsim e-veselības pakalpojumus, t. sk. e-pacientu kartes (izvērtējot iespēju šim nolūkam izmantot plānotās identifikācijas kartes), padarot efektīvu veselības aprūpes plānošanu, koordinēšanu un datu aizsardzību, kā arī pacientam – pakalpojuma saņemšanu. • Nodrošināsim vienādu veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti un vienlīdzīgu darba samaksu par vienādu veselības aprūpes pakalpojumu neatkarīgi no pakalpojuma sniedzēja.

- Nodrošināsim veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību vienmērīgi visā valsts teritorijā.
- Panāksim efektīvu valsts budžeta līdzekļu izmantošanu, paplašinot ambulatoro pakalpojumu pieejamību, dienas stacionāru darbu, sadarbojoties ar sociālo pakalpojumu sniedzējiem. Paplašināsim iespēju saņemt neatliekamo palīdzību ģimenes ārstu praksēs, tādējādi samazinot neatliekamās palīdzības izmaksas.
- Definēsim un nodalīsim valsts apmaksātos medicīnas pakalpojumus un maksas pakalpojumus, sniedzot iedzīvotājiem skaidru un nepārprotamu informāciju par pakalpojumu saņemšanas kārtību un apmaksu.
- Stiprināsim ģimenes ārstu komandas darbu, paplašināsim sadarbību starp ģimenes ārstu un pacientu, veicinot iedzīvotāju aktīvāku iesaisti savas veselības uzturēšanā. Paplašināsim pacientu iespēju brīvi izvēlēties pakalpojumu saņemšanas vietu.
- Veicināsim veselīga dzīvesveida un uztura popularizēšanu sabiedrībā, kā arī atjaunosim veselības mācību skolās kā atsevišķu mācību priekšmetu. Sadarbojoties ar pašvaldībām un NVO, nodrošināsim iespējami veselīgu vidi.
- Uzlabosim ES līdzekļu apguvi veselības aprūpē, mediķu kvalifikācijas un infrastruktūras uzlabošanā, ieguldīsim tos cilvēkresursos.
- Mazināsim farmācijas industrijas un lieltirgotavu ietekmi uz medikamentu apriti, dodot iespēju pacientiem izvēlēties lētākos medikamentus.
- Turpināsim Baltijas valstu sadarbību medicīnas jomā, nodrošinot NMP dienestu sadarbību, transplantāciju, retu slimību diagnostiku un ārstēšanu, kā arī sadarbību medicīnas izglītībā.

Dati iegūti no Ministru kabineta mājaslapas <https://mk.gov.lv/lv/content/ministru-kabineta-vesture> un <https://mk.gov.lv/sites/default/files/editor/dombrovskis-3-deklaracija.pdf> [skatīts 15.04.2022.]

Laimdotas Straujumas valdība (22.01.2014.–04.11.2014.)

Amats	Persona
Ministru prezidents	Laimdota Straujuma (“Vienotība”)
Veselības ministrs	Ingrīda Circene (“Vienotība”) 22.01.2014.–10.07.2014.
Koalīciju veido	“Vienotība” / Reformu partija / Nacionālā apvienība / Zaļo un Zemnieku savienība / Neatkarīgie deputāti (no Zatlera Reformu partijas)
Sadaļā “Veselība”:	
<ul style="list-style-type: none"> • 32. Saskaņā ar starptautisko principu “veselība visās politikās” veicināsim veselīga dzīvesveida un uztura popularizēšanu sabiedrībā, kā arī atjaunosim veselības mācību skolās. Sadarbojoties ar pašvaldībām un NVO, nodrošināsim iespējami veselīgu vidi un veselīgas pārtikas pieejamību izglītības iestādēs. Veicināsim pacientu personīgo atbildību savas veselības uzturēšanā. • 33. Pakāpeniski palielināsim veselības aprūpes kopējo finansējumu, sagatavosim normatīvos aktus veselības aprūpes finansēšanas likuma ieviešanai, nodrošinot likumā paredzēto cilvēkresursu attīstību. • 34. Turpināsim e-veselības pakalpojumu ieviešanu, padarot efektīvu veselības aprūpes plānošanu, koordinēšanu un datu aizsardzību, kā arī nodrošinot pacientam atbilstoša pakalpojuma saņemšanu. • 35. Panāksim efektīvu valsts budžeta līdzekļu izmantošanu, izstrādājot veselības aprūpes kvalitātes sistēmu saskaņā ar starptautiskiem standartiem. Stiprināsim ģimenes ārsta komandas darbu, paplašinot sadarbību starp ģimenes ārstu un pacientu. Paplašināsim ambulatoro pakalpojumu pieejamību un dienas stacionāru darbu. Stacionārajā veselības aprūpē turpināsim izstrādāt ar konkrētām diagnozēm saistītu darba apmaksas modeli. Sadarbosimies ar sociālo pakalpojumu sniedzējiem. 	

Dati iegūti no Ministru kabineta mājaslapas <https://mk.gov.lv/lv/content/ministru-kabineta-vesture> un https://mk.gov.lv/sites/default/files/editor/11ls_deklaracija_21012014_gala_red.pdf [skatīts 15.04.2022.]

12. Saeimas sastāvs, programmas, valdības un deklarācijas

12. Saeimas vēlēšanas notika 2014. gada 4. oktobrī. Vēlēšanās kandidēja 13 politiskie spēki, no kuriem tika ievēlēti seši. 12. Saeimas laikā tika izveidotas 2 valdības:

1. 05.11.2014.–11.02.2016. premjeres Laimdotas Straujumas vadībā;
2. 11.02.2016.–23.01.2019. premjera Māra Kučinska vadībā.

P.26. tabula

12. Saeimā ievēlētās partijas un partiju apvienības

Partija / partiju apvienība	Vietas	Veselības reformas partiju programmā
“Vienotība”	23	Nodrošināt pieejamu primāro veselības aprūpi, samazināt līdzmaksājumus sociāli neaizsargātākajām sabiedrības grupām. Īstenot veselības veicināšanas programmas, ieviest ārstniecības procesa kvalitātes un efektivitātes kontroles sistēmu.
Latvijas Reģionu apvienība	8	3. Veselības aprūpe. Noteikts valsts apmaksāts veselības aprūpes minimums ikvienam iedzīvotājam. Ģimenes ārsta pieejamība primārās veselības aprūpes nodrošināšanai, tieši tajā brīdī, kad cilvēkam tas ir nepieciešams. Rindu mazināšana plānveida veselības aprūpei, tajā skaitā sakārtojot rindu plānošanas sistēmu.
“Saskaņa”	24	Samazināsim PVN likmi precēm un pakalpojumiem, kas ir svarīgi sociāli mazāk aizsargātajiem, t.sk. atsevišķām medikamentu grupām un sabiedriskajam transportam.
Zaļo un Zemnieku savienība	21	Stiprināsim veselības aprūpi reģionos, samazināsim rindas pie ārstiem. Mazināsim pacientu iemaksas, medikamentu līdzmaksājumus. Palielināsim veselības aprūpē strādājošo atalgojumu.
“No sirds Latvijai”	7	Veselība. Nodrošināsim savlaicīgu ārstniecības pakalpojumu un medikamentu pieejamību, sakārtojot un padarot caurskatāmu veselības nozares finansējumu. Īstenosim principu – veselības visās politikās.
Nacionālā apvienība	17	Vienota tautas veselības un labklājības politika nolūkā pagarināt tautas veselīgi nodzīvotā mūža ilgumu, mazināt veselības nevienlīdzību un cēloņus priekšlaicīgai nāvei, invaliditātei un pārejošai darbnespējai; samazināti pacientu maksājumi slimības gadījumā un uzlabota veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība.

Dati iegūti no Centrālās vēlēšanu komisijas mājaslapas <https://www.cvk.lv/lv/velesanas/saeimas-velesanas/12-saeimas-velesanas> [skatīts 15.04.2022.]

Laimdotas Straujumas 2. valdība (05.11.2014.–11.02.2016.)

Amats	Persona
Ministru prezidents	Laimdota Straujuma (“Vienotība”)
Veselības ministrs	Guntis Belēvičs (ZZS)
Koalīciju veido	“Vienotība” / Zaļo un Zemnieku savienība / Nacionālā apvienība
<p>Sadaļā “Sociālās un ienākumu nevienlīdzības mazināšana, veselība”:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 128. Izstrādāsim obligātās veselības apdrošināšanas sistēmas modeli, nosakot veselības obligāto iemaksu bāzes avotu un likmes apmēru. • 129. Pārskatīsim veselības aprūpes pakalpojumu tarifus un samaksas nosacījumus, nosakot valsts apmaksāto pakalpojumu grozu. Pēc Latvijas nodokļu sistēmas izvērtējuma izskatīsim iespēju palielināt veselības nozares finansējuma proporciju no IKP. • 130. Lai nodrošinātu vienmērīgu sistēmas pakalpojuma kvalitāti, pārskatīsim veselības aprūpes pakalpojumu plānošanu un pakalpojumu sniedzēju izvietojumu, ievērojot integrētas veselības aprūpes pakalpojumu attīstības pieeju. • 131. Pabeigsim vienotās veselības nozares elektroniskās informācijas sistēmas ieviešanu, nodrošināsim pilnvērtīgu tās darbību un attīstību. • 132. Ierobežosim veselībai kaitīgo produktu un ieradumu izplatību. • 133. Īstenosim mērķtiecīgu veselības aprūpes cilvēkresursu attīstības politiku (īpaši reģionos), sakārtojot veselības nozares darbinieku atlīdzības un profesionālās pilnveides sistēmu. • 134. Veselības aprūpes reformu un strukturālu izmaiņu gaitā stiprināsim produktīvu sadarbību un dialogu ar veselības nozares darba ņēmēju un darba devēju organizācijām, kā arī profesionālajām asociācijām. • 135. Sekmēsīm veselības tūrisma kā eksportspējīgas nozares attīstību, pilnveidojot pakalpojumu piedāvājumu, tai skaitā attīstot kurortoloģiju. 	

Dati iegūti no Ministru kabineta mājaslapas [https://mk.gov.lv/lv/content/ministru-kabineta-vesture un https://www.mk.gov.lv/sites/default/files/editor/05_deklaracija.pdf](https://mk.gov.lv/lv/content/ministru-kabineta-vesture-un-https://www.mk.gov.lv/sites/default/files/editor/05_deklaracija.pdf) [skatīts 15.04.2022.]

Māra Kučinska valdība (11.02.2016.–23.01.2019.)

Amats	Persona
Ministru prezidents	Māris Kučinskis (ZZS)
Veselības ministrs	Guntis Belēvičs (ZZS) 11.02.2016.–10.06.2016.; Anda Čakša (bezpartejiska) 16.06.2016.–23.01.2019.
Koalīciju veido	Zaļo un Zemnieku savienība / “Vienotība” / Nacionālā apvienība
<p>Sadaļā “Reformas veselības aprūpē”:</p> <p>Veselības aprūpes sistēma Latvijā no valsts budžeta līdzekļiem saņem ievērojami mazāk līdzekļu nekā citās Eiropas Savienības valstīs, tādēļ pacientu līdzmaksājumu īpatsvars par veselības aprūpes pakalpojumiem ir viens no augstākajiem Eiropā. Tas būtiski negatīvi ietekmē veselības aprūpes pieejamību un ir nevienlīdzību veicinošs faktors veselības jomā. Jāreformē veselības aprūpes finansēšanas sistēma, lai sekmētu iedzīvotāju veselības saglabāšanu un uzlabošanu, kas ir pamats ilgam un produktīvam darba mūžam, kā arī lai uzlabotu tautas ataudzi un veicinātu nodarbinātību valstī, tādējādi nodrošinot ilgtspējīgu ekonomisko attīstību.</p> <p>Ilgtspējīgas veselības aprūpes finansēšanas sistēmas izstrāde pakalpojumu pieejamības uzlabošanai visos veselības aprūpes līmeņos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 128. Izstrādāsim obligātās veselības apdrošināšanas sistēmas modeli, nosakot veselības obligāto iemaksu bāzes avotu un likmes apmēru. • 129. Pārskatīsim veselības aprūpes pakalpojumu tarifus un samaksas nosacījumus, nosakot valsts apmaksāto pakalpojumu grozu. Pēc Latvijas nodokļu sistēmas izvērtējuma izskatīsim iespēju palielināt veselības nozares finansējuma proporciju no IKP. 	

- 130. Lai nodrošinātu vienmērīgu sistēmas pakalpojuma kvalitāti, pārskatīsim veselības aprūpes pakalpojumu plānošanu un pakalpojumu sniedzēju izvietojumu, ievērojot integrētas veselības aprūpes pakalpojumu attīstības pieeju.
- 131. Pabeigsim vienotās veselības nozares elektroniskās informācijas sistēmas ieviešanu, nodrošināsim pilnvērtīgu tās darbību un attīstību.
- 132. Ierobežosim veselībai kaitīgo produktu un ieradumu izplatību.
- 133. Īstenosim mērķtiecīgu veselības aprūpes cilvēkresursu attīstības politiku (īpaši reģionos), sakārtojot veselības nozares darbinieku atlīdzības un profesionālās pilnveides sistēmu.
- 134. Veselības aprūpes reformu un strukturālu izmaiņu gaitā stiprināsim produktīvu sadarbību un dialogu ar veselības nozares darba ņēmēju un darba devēju organizācijām, kā arī profesionālajām asociācijām.
- 135. Sekmēsīm veselības tūrisma kā eksportspējīgas nozares attīstību, pilnveidojot pakalpojumu piedāvājumu, tai skaitā attīstot kurortoloģiju.

Dati iegūti no Ministru kabineta mājaslapas <https://mk.gov.lv/lv/content/ministru-kabineta-vesture> un https://www.mk.gov.lv/sites/default/files/editor/20160210_mkucinskis_vald_prior_gala_vers_0.pdf [skatīts 15.04.2022.]

13. Saeimas sastāvs, programmas, valdības un deklarācijas

13. Saeimas vēlēšanas notika 2018. gada 6. oktobrī. Vēlēšanās kandidēja 16 politiskie spēki, no kuriem tika ievēlēti 7.

13. Saeimas laikā (līdz 15.04.2022.) ir izveidota viena valdība premjera Artura Krišjāņa Kariņa vadībā, kas darbojas kopš 23.01.2019.

P.29. tabula

13. Saeimā ievēlētās partijas un partiju apvienības

Partija / partiju apvienība	Vietas	Veselības reformas partiju programmā
“Saskaņa”	23	Palielināsim veselības aprūpes finansējumu ilgtermiņā līdz 7 % no IKP. • Izveidosim iedzīvotājiem un mediķiem saprotamu veselības aprūpes sistēmu, kas noteiks valsts, pašvaldību un iedzīvotāju tiesības un pienākumus. • Nodrošināsim visu resursu, tostarp cilvēkresursu, racionālu izmantošanu un atjaunošanu. • Samazināsim rindas uz veselības pakalpojumiem, uzlabosim reālu pieejamību speciālistiem. • Samazināsim pacientu iemaksas, paplašināsim kompensējamo medikamentu pieejamību. • Novērsīsim medikamentu nepamatotu sadārdzinājumu, atbalstot pašvaldības municipālo aptieku izveidē.
Jaunā konservatīvā partija	16	Finansiālais atbalsts prioritāri efektīvas primārās aprūpes, kā arī profilaktiskā darba ar riska grupām nodrošināšanai. Veselības finansējuma sadalē galvenais faktors – pakalpojumu kvalitāte. Ārstu algas – vismaz 1700 eiro “uz rokas”; māsiņu algas – vismaz 800 eiro “uz rokas”. Pārrunas ar medikamentu ražotājiem, panākot vismaz 30 % medikamentu cenu samazinājumu. Ģimenes ārstu kvalitātes kritēriju pamatā – pacientu veselības un dzīvildzes rādītāji.
KPV LV	16	8. Samazināt medikamentu cenas, liberalizējot farmācijas nozari.
Nacionālā apvienība	13	Nav
“Attīstībai/Par!”	13	Taisnīgā Latvijā laba veselības aprūpe bez garām rindām ir pieejama visiem. Par veselības aprūpi ikvienam gādā valsts. Pacientu līdzmaksājumi ir divreiz mazāki, bet mediķu algas neliek viņiem emigrēt. Mūsu plāns... - ievērojami samazināt pacientu līdzmaksājumus un atcelt veselības aprūpes ierobežošanas likumu; - divkāršot medicīnas māsu algas.
Zaļo un Zemnieku savienība	11	Turpināsim reformas veselības aprūpes pieejamības un kvalitātes uzlabošanai visiem Latvijas iedzīvotājiem, sakārtojot veselības aprūpes iestāžu tīklu un pabeidzot e-veselības sistēmas ieviešanu, kā arī nodrošinot bezmaksas pieejamību sirds–asinsvadu slimību un vēža agrīnai diagnostikai.
“Jaunā Vienotība”	8	2. Veselības aprūpe a. Valsts veselības apdrošināšanas sistēma, kurā nauda seko pakalpojumam valsts un privātās ārstniecības iestādēs. b. Bezmaksas ikgadēja veselības profilakse. c. Kvalitatīva, pieejama veselības aprūpe visā Latvijā, vienoti Nacionālās veselības standarti. d. Samazinātas zāļu cenas, ieviešot godīgu konkurenci.

Dati iegūti no Centrālās vēlēšanu komisijas mājaslapas <https://www.cvk.lv/lv/velesanas/saeimas-velesanas/13-saeimas-velesanas> [skatīts 15.04.2022.]

Artura Krišjāņa Kariņa valdība (23.01.2019.–12.03.2020.)

Amats	Persona
Ministru prezidents	Arturs Krišjānis Kariņš (“Jaunā Vienotība”)
Veselības ministrs	Ilze Viņķele (“Attīstībai/Par!”)
Koalīciju veido	“Jaunā Vienotība” / KPV LV / Jaunā konservatīvā partija / “Attīstībai/Par!” / Nacionālā apvienība
<p>Sadaļā “Veselības aprūpe” Pieejamība:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 135. Izveidosim ilgtspējīgu veselības aprūpes finansēšanas modeli, kas paredz obligātu visu Latvijas rezidentu iekļaušanu. • 136. Nodrošināsim Veselības aprūpes finansēšanas likumā noteikto normu izpildi, palielinot publiskā sektora finansējumu veselības aprūpei un paaugstinot veselības aprūpē strādājošo darba samaksu. • 137. Noteiksim pacientiem un ārstniecības personālam saprotamu valsts apmaksāto veselības pakalpojumu apjomu un definēsim saprātīgu maksimāli pieļaujamo gaidīšanas laiku valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai, pakāpeniski atsakoties no kvotām. • 138. Noteiksim pierādījumos balstītu vienotu valsts apmaksāto pakalpojumu grozu, kas tiek nodrošināts visiem Latvijas rezidentiem. • 139. Nodrošināsim brīvāku un godīgāku konkurenci medikamentu tirgū, izveidojot nacionālo farmācijas politiku, lai uzlabotu zāļu pieejamību un samazinātu to cenas. Izvērtēsim lietderību nodrošināt bezrecepšu medikamentu pieejamību ārpus aptiekām. <p>Pārvaldība un kvalitāte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 140. Stiprināsim ģimenes ārstu komandas darbu, paplašinot primārās veselības aprūpes lomu un uzlabojot primārās veselības aprūpes kvalitāti, kā arī sekmējot komandas iesaisti veselības veicināšanas un profilakses pasākumu īstenošanā. • 141. Lai sekmētu kvalitātes paaugstināšanu un pakalpojumu pieejamību, izvērtēsim iespēju Latvijas rezidentiem paplašināt no valsts budžeta daļēji finansētu veselības aprūpes pakalpojumu klāstu. • 142. Pilnveidosim valsts un pašvaldības veselības aprūpes uzņēmumu pārvaldību un pārraudzību. Turpināsim slimnīcu tīkla optimizāciju. • 143. Medicīnas tehnoloģiju izvēlē stingri vadīsimies pēc zinātniski pamatotām un starptautiski atzītām vadlīnijām. • 144. Ieviesīsim efektīvu valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes novērtējuma sistēmu un pakalpojumu tarifu pielāgošanu reālajām izmaksām. • 145. Nodrošināsim vienotās veselības nozares elektroniskās informācijas sistēmas attīstību un lietojamību, kā arī palielināsim piedāvāto e-veselības pakalpojumu klāstu. <p>Atbalsts mērķa grupām:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 146. Palielināsim sabiedrības iesaisti un izpratni par veselības veicināšanas un profilakses programmām. Veselības veicināšanas un profilakses programmas veidosim, balstoties uzvedības ekonomikas pieejā, izstrādājot dažādu sabiedrības grupu uzvedības modeļiem atbilstošas programmas. • 147. Ieviesīsim personalizētu veselības aprūpi, kas, balstoties uz risku izvērtējumu, nodrošina savlaicīgu un efektīvu profilaksi un ārstniecību ikvienam. • 148. Īstenošim atkarību kaitējuma samazināšanas programmu. Lai mazinātu atkarību, īpaši vielu un azartspēļu atkarību izplatību Latvijā, nodrošināsim atbilstošu finansējumu atkarību profilakses, ārstēšanas un rehabilitācijas programmām, kā arī atbalstīsim iniciatīvas, kas sekmē patēriņa un pieejamības samazināšanos. • 149. Pakāpeniski palielināsim zāļu kompensācijas apmēru bērniem līdz astoņpadsmit gadu vecumam. Nodrošināsim mobilo veselības aprūpes pakalpojumus, uzlabojot pakalpojumu pieejamību bērniem attālos reģionos. 	

- 149. Pakāpeniski palielināsim zāļu kompensācijas apmēru bērniem līdz astoņpadsmit gadu vecumam. Nodrošināsim mobilos veselības aprūpes pakalpojumus, uzlabojot pakalpojumu pieejamību bērniem attālos reģionos.
- 150. Turpināsim pakalpojumu kvalitātes uzlabošanu sirds un asinsvadu, onkoloģisko slimību un perinatālās aprūpes jomās. Uzsāksim aktīvu rīcību profilakses, diagnostikas un ārstniecības kvalitātes un pieejamības uzlabošanai garīgās veselības jomā.

Dati iegūti no Ministru kabineta mājaslapas <https://mk.gov.lv/lv/content/ministru-kabineta-vesture> un https://mk.gov.lv/sites/default/files/editor/kk-valdibas-deklaracija_red-gala.pdf [skatīts 15.04.2022.]