

Par jaunas ārstniecības personu darba samaksas kārtības izstrādāšanu

INFORMATĪVAIS ZIŅOJUMS

Saturs

Jēdzienu un saīsinājumu saraksts	2
KOPSAVILKUMS	5
Ievads.....	13
I Ārstniecības personu atalgojuma modeļa izstrādes process.....	14
1.1. Inovācijas laboratorija #GovLabLatvia	14
1.2. Domnīcas darba process	14
1.3. Ārstniecības personu atalgojuma modeļa testēšana	16
II Esošās situācijas raksturojums: problēmu analīze.....	18
2.1. Ko sagaida ārstniecības personas? Domnīcas dalībnieku veiktā problēmu izpēte	18
2.2. Atalgojuma sistēmas elementu izvērtējums	19
2.3. Identificētās problēmas.....	22
III Esošās situācijas raksturojums: datu analīze	24
3.1. Ārstniecības personu apmaksas sistēma.....	24
3.2. Slodžu skaits	25
3.3. Atalgojuma līmenis un izmaiņas.....	29
3.4. Atalgojuma izmaiņas pret noteikto mērķa algu	33
3.5. Veiktais darba apjoms	35
3.6. Atalgojums dažādu līmeņu slimnīcās	39
3.7. Darba vietu skaits.....	41
IV Ārstniecības personu atalgojuma modelis: piedāvājums	44
4.1. Efektīvas atalgojuma sistēmas veidošana	44
4.2. Domnīcas dalībnieku izvēlētie virzieni risinājumu izstrādei	47
1. Mērķa atalgojuma noteikšana	48
2. Pilna laika ekvivalents (PLE)	54
3. Individuālā atalgojuma kritēriji	62
4. Atalgojuma mainīgā daļa: īpatsvars un kritēriji	66
5. Algu aprēķināšanas shēma "Režģis"	71
4.3. Atalgojuma modeļa testēšanas rezultāti un secinājumi	73
V Turpmākā rīcība.....	76
5.1. PLE ieviešana	76
5.2. Mērķa algas sasniegšana.....	77
5.3. Atalgojuma mainīgās daļas ierobežošana	78
5.4. Veselības aprūpes tarifu pārskatīšana	78
VI Finansējums ārstniecības personu darba samaksai atbilstoši domnīcā izstrādātajam modelim	80
1. pielikums: Domnīcas dalībnieki	92
2. pielikums: Domnīcas norise: problēmu analīze un risinājuma izstrāde	86
3. pielikums: Ārstniecības personu atalgojuma modeļa testēšanas plāns	90

Jēdzienu un saīsinājumu saraksts

Jēdzieni, kas raksturo atalgojumu jeb darba samaksu:

1. **Darba samaksa (atalgojums, kopējā alga)** - aprēķinātā bruto darba samaksa konkrētā laika periodā (mēnesī), kas ietver pamatalgu un mainīgo daļu;
2. **Pamatalga (amatalga, mēnešalga)** – ārstniecības personai noteiktā algas fiksētā (nemainīgā) daļa mēnesim par pilna laika darbu (40 stundas nedēļā vai atsevišķām specialitātēm 35 stundas nedēļā), par kuru vienojušies darba devējs (ārstniecības iestāde) un darba ņēmējs (ārstniecības persona) saskaņā ar tiesību aktiem par amata aprakstā minēto pienākumu izpildi;
3. **Darba samaksas mainīgā daļa** – samaksa, kas tiek maksāta papildus pamatalgai par papildu darbu, dažādiem pamatalgā neietvertiem darba faktoriem vai noteiktu prasību izpildi un mērķu sasniegšanu. Mainīgā daļa nav garantēta un tiek noteikta ar rīkojumu ik pēc noteikta perioda vai par atsevišķu notikumu;
4. **Mērķa alga** – amata vērtībai un darba tirgus tendencēm atbilstošā darba samaksa (atalgojums, kopējā alga) mēnesī;
5. **Atlīdzības fonds** – ārstniecības iestādes ikgadējā budžetā apstiprinātais izdevumu apmērs darba samaksai, valsts sociālās apdrošināšanas obligātajām iemaksām, pabalstiem un kompensācijām;
6. **Vidējā darba samaksa tautsaimniecībā** - Centrālās statistikas pārvaldes oficiālajā statistikas paziņojumā publicētais valstī strādājošo mēneša vidējās darba samaksas apmērs;
7. **Atlīdzības uzskaites sistēma (AUS)** – datu sistēma, kurā iestādes, tai skaitā arī valsts un pašvaldību kapitālsabiedrības, kuras sniedz valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus, sniedz datus par darba samaksu un nostrādāto stundu skaitu sadalījumā pa ārstiem (Ministru kabineta 2017. gada 7. novembra noteikumi Nr. 662 "Noteikumi par valsts tiešās pārvaldes iestāžu un citu valsts un pašvaldību institūciju amatpersonu (darbinieku) atlīdzības un personu uzskaites sistēmu"). AUS turētājs ir Valsts kanceleja.

Jēdzieni, kas raksturo amatus un darba organizāciju ārstniecības iestādēs:

1. **Ārsti** – šī ziņojuma izpratnē profesiju grupā “Ārsti” ietilpst tādas ārstniecības personu profesijas kā sertificēti/reģistrēti ārsti, zobārsti, funkcionālie speciālisti, kā arī rezidenti;
2. **Ārstniecības persona** - persona, kurai ir medicīniskā izglītība un kura nodarbojas ar ārstniecību;
3. **Ārstniecības un pacientu aprūpes personas** - šajā ziņojumā profesiju grupā “Ārstniecības un pacientu aprūpes personas” ietilpst tādas ārstniecības personu profesijas kā sertificēti/reģistrēti ārsta palīgi, māsas, vecmātes, biomedicīnas laboranti, radiologa asistenti, radiogrāferi, masieri, ergoterapeita asistenti, fizioterapeita asistenti, zobu higiēnisti, zobārstniecības māsas, podologi, zobu tehniķi;
4. **Ārstniecības un pacientu aprūpes atbalsta personas** - šajā ziņojumā profesiju grupā “Ārstniecības un pacientu aprūpes atbalsta personas” ietilpst tādas ārstniecības personu profesijas kā māsu palīgi, zobārsta asistenti;
5. **Ārstniecības iestāde** - ārstu prakses, valsts un pašvaldību iestādes, saimnieciskās darbības veicēji un komercsabiedrības, kas reģistrētas ārstniecības iestāžu reģistrā, atbilst normatīvajos aktos noteiktajām obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām un nodrošina ārstniecības pakalpojumus;
6. **Pilna laika ekvivalents (PLE)**: darba apjoms, kas noteikts vienam darbiniekam (ārstniecības personai) atbilstoši normālajam darba laikam (par 40 stundu vai atsevišķās specialitātēs 35 stundu darba nedēļā veicamajiem pienākumiem), ņemot vērā profesiju, specialitāti un darba apstākļus;
7. **Slodze** - konkrētas ārstniecības personas normatīvajos aktos paredzētais normālais darba laiks.

Saīsinājumi

BKUS – VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca”

CIPD - The Chartered Institute of Personnel and Development

CK – PSIA “Cēsu klīnika”

EEG – elektroencefalogramma

FM – Finanšu ministrija

LĀB - Latvijas Ārstu biedrība

LU - Latvijas Universitāte

LLSA – Latvijas lielo slimnīcu asociācija

MK – Ministru kabinets

NVD - Nacionālais veselības dienests

NMP – neatliekamā medicīniskā palīdzība

NMPD – Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests

OECD – Eiropas ekonomiskās sadarbības organizācija

PKS – pašvaldību kapitālsabiedrības

PSKUS – VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca”

RAKUS – SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca”

RSU - Rīgas Stradiņa Universitāte

TOS – VSIA “Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca”

VKS – valsts kapitālsabiedrības

VM - Veselības ministrija

VI – Veselības inspekcija

VID - Valsts ieņēmumu dienests

VK – Valsts kanceleja

#GovLabLatvia – Valsts kancelejas izveidotā [publiskā sektora inovācijas laboratorija](#), kuras ietvaros izstrādāta metodoloģiskā bāze inovācijas procesa veicināšanai publiskajā sektorā

KOPSAVILKUMS

Lai nodrošinātu labus sabiedrības veselības rādītājus, svarīgas ir ne tikai modernas tehnoloģijas, jauni, efektīvi medikamenti un progresīvas diagnostikas un ārstniecības metodes, bet neaizvietoājama loma ir veselības aprūpē iesaistītajiem cilvēkresursiem, kas ir nozīmīga un neaizstājama veselības aprūpes nozares sastāvdaļa.

Latvijā ir viens no zemākajiem māsu skaita rādītājiem OECD valstīs (4.6 uz 1000 iedzīvotāju, salīdzinot ar 8.8 OECD vidēji) un par OECD vidējo rādītāju nedaudz zemāks ārstu skaits (3.2 uz 1000 iedzīvotāju, salīdzinot ar 3.5 OECD vidēji).

Veselības nozares izaicinājums ir saglabāt pietiekamu skaitu kvalificētu darbinieku, kas ir problēma galvenokārt zemā atalgojuma dēļ. Vienlaikus sabiedrībā, kā arī veselības aprūpes finansētāju un pašu ārstniecības personu vidū nav vienprātības par atalgojuma taisnīgumu, caurskatāmību un saprotamību.

Meklējot efektīvāko risinājumu, lai uzlabotu ārstniecības personu atalgojuma sistēmu, kā arī, lai nodrošinātu Ministru prezidenta 2019. gada 27. novembra rezolūcijas Nr.2019-1.1.1/47-47 izpildi, ar kuru tika uzdots izstrādāt jaunu ārstniecības personu darba samaksas kārtību, Veselības ministrija sadarbībā ar Valsts kanceleju 2019. gada novembrī uzsāka darbu pie ārstniecības personu atalgojuma modeļa izstrādes, ņemot vērā Valsts kancelejas pieredzi publiskā sektora atlīdzības sistēmas attīstības jautājumos un inovācijas laboratorijas #GovLabLatvia darbā. Lai vispusīgi izvērtētu esošā ārstniecības personu atalgojuma modeļa problēmas un izstrādātu jaunu risinājumu, kā piemērotākā metode tika izvēlēta inovācijas domnīcas izveide ar iespējami plašu nozares ekspertu iesaisti.

Atalgojuma modeļa izstrādes process

Sākot ar 2020. gada 10. janvāri, ik nedēļu tika organizētas ārstniecības personu atalgojuma modeļa izstrādes 6 darbnīcas (katras darbnīcas ilgums 4 stundas). Darbnīcās kā eksperti un dalībnieki tika pieaicināti dažādu jomu pārstāvji, lai nodrošinātu skatu uz problēmām no dažādām perspektīvām:



Ārstniecības personas un to profesionālo asociāciju pārstāvji:
ārsti un māsas: Latvijas ārstu biedrība, Latvijas māsu biedrība, Jauno ārstu asociācijas pārstāvji

13 dalībnieki



Veselības aprūpes nozares darba devēji un augstskolu mācībspēki:
universitātes, reģionālo un lokālo slimnīcu administrācijas pārstāvji, ambulatoro iestāžu vadītāju asociāciju pārstāvis, LU un RSU mācībspēki

11 dalībnieki

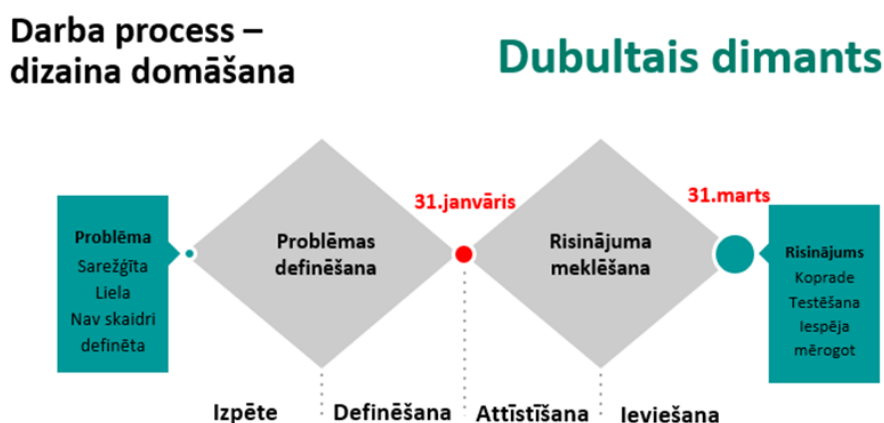


Veselības aprūpes politikas veidotāju un ieviesēju pārstāvji, kā arī valsts pārvaldes attīstības un atlīdzības politikas veidotāji:
Veselības ministrijas, Nacionālā veselības dienesta, Finanšu ministrijas un Valsts kancelejas pārstāvji

10 dalībnieki

Domnīcas darba process tika organizēts, izmantojot dizaina domāšanas metodi, kas ir radoša un risinājumos balstīta pieeja problēmu risināšanai. Tā rada iespēju nodrošināt "lietotāja centriskumu" (koncentrēšanos uz lietotāju) visos problēmas risināšanas posmos: gan problēmas izpētes, gan risinājumu modelēšanas un testēšanas laikā.

Domnīcas darbs tika virzīts, balstoties uz dizaina domāšanas metodes “dubultā dimanta” pieeju, kur katras tikšanās laikā tiek izvērsti un pēc tam fokusēti noteiktās fāzes uzdevumi:



Dizaina domāšana ir radošs, iesaistošs un uz rezultātu orientēts process, kas paredz nemitīgus testēšanas atkārtojumus.

Lai nodrošinātu kvalitatīvu atgriezenisko saiti par izstrādātajiem risinājumiem, 5. un 6. darbnīcā piedalījās arī sistēmas potenciālie “lietotāji” - veselības nozares pārstāvji, kuri sniedza vērtējumu par izstrādāto ārstniecības personu atalgojuma modeli.

Pēc atalgojuma modeļa izstrādes darba domnīcās noslēgšanas tika uzsākta tā testēšana, kura klātienē tikšanās veidā notika laika posmā no 20.02.2020. līdz 12.03.2020. Testēšanās procesā notika 4 grupu pārstāvju tikšanās, kuru laikā izstrādātais atalgojuma modelis tika testēts, balstoties uz 3 slimnīcu - Cēsu klīnikas, PSKUS un RAKUS datiem.

Identificētās problēmas

Domnīcas dalībnieki, vadoties no savas pieredzes, kā arī, iejūtoties attiecīgi ārstniecības personas, ārstniecības iestādes vadītāja vai politikas veidotāja lomā, kopīgi ilustrēja, kāds ir šo veselības aprūpes sistēmas galveno dalībnieku darbības mērķis, kas ir galvenās grūtības un ko viņi sagaida, lai varētu īstenot savas darbības mērķus:

- **Ārstniecības personas** sagaida adekvātu atalgojumu, kurš atbilst noslodzei, izglītībai un profesionalitātei, un vienlaikus cer, ka uzlabosies profesijas prestižs, būs iespēja profesionāli realizēties, būs gandarījums un sabiedrības novērtējums par darbu, atbilstoša darba vide un darba pēctecība.
- **Ārstniecības iestāžu vadītāji** sagaida skaidru nozares ilgtermiņa stratēģiju un stabilitāti, iespēju attīstīties un sasniegt labākos rezultātus, proti, skaidrus “spēles noteikumus”.
- **Veselības politikas veidotāji** sagaida, ka veidosies izpratne par to, cik maksā veselības aprūpe, atbilstoša finansējuma nodrošināšanu nozarei, lai varētu nodrošināt kvalitatīvu, pieejamu, efektīvu uz personu orientētu veselības aprūpi. Veselības nozares politikas veidotāji vēlas strādāt dialoga režīmā ar nozari, politiķiem un citām nozarēm un ar sabiedrību kopumā.

Domnīcas dalībnieki darba sākumposmā izvērtēja esošās atalgojuma sistēmas atbilstību veselīgas atalgojuma sistēmas prasībām un konstatēja, ka **neviens no elementiem nav pietiekami skaidrs un atbilstošs veselīgas jeb efektīvas atalgojuma sistēmas prasībām un mērķgrupu vajadzībām.** Ņemot vērā veikto situācijas un problēmu izpēti, domnīcas dalībnieki

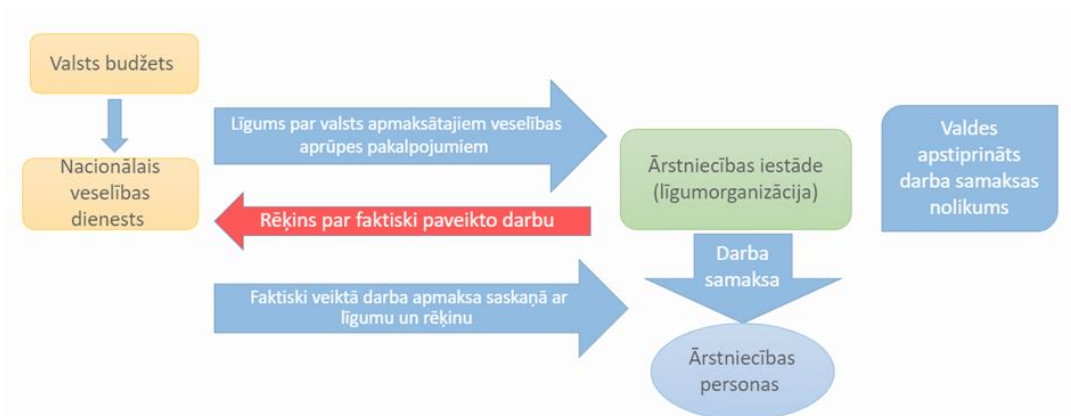
vienojās fokusēties uz tām problēmām, kuras ir tieši saistītas ar ārstniecības personu atalgojuma modeļa dažādiem aspektiem un kuriem domnīcas ietvaros iespējams izstrādāt risinājumus:

- Nav pietiekamas skaidrības un argumentu **mērķa algas apjomam**;
- Nav definēta **vēlamā proporcija starp pamatalgu un atalgojuma mainīgo daļu**;
- Nav **definēts ārstniecības personu darba apjoms** pilna laika ekvivalenta ietvaros;
- Nav skaidrības par personas **kvalifikācijas, darba apjoma un darba kvalitātes** saistību ar atalgojumu par 1 slodzi;
- Trūkst skaidru, **vienotu kritēriju** algu fonda un ārstniecības nozares finansējuma sadalei; sistēma nav caurskatāma ne lietotājam, ne finansējuma piešķirējam.

Domnīcas dalībnieki bija vienprātis, ka veselības nozares finansējums ir neatbilstošs sabiedrības vajadzībām, un domnīcas darba rezultātam jāklūst par ceļa karti papildu finansējuma piešķiršanai un tā pamatotai un mērķtiecīgai sadalei.

Izstrādes procesā veiktā datu analīze

Ārstniecības personu kopējo apmaksas apjomu nosaka NVD atbilstoši noteiktajam pakalpojumu plānojumam un kartējumam, nosakot katrai līgumorganizācijai veicamā (pasūtītā) darba apjomu un nosakot (aprēķinot) pakalpojuma tarifu (t.sk. atalgojuma elementu tarifā):

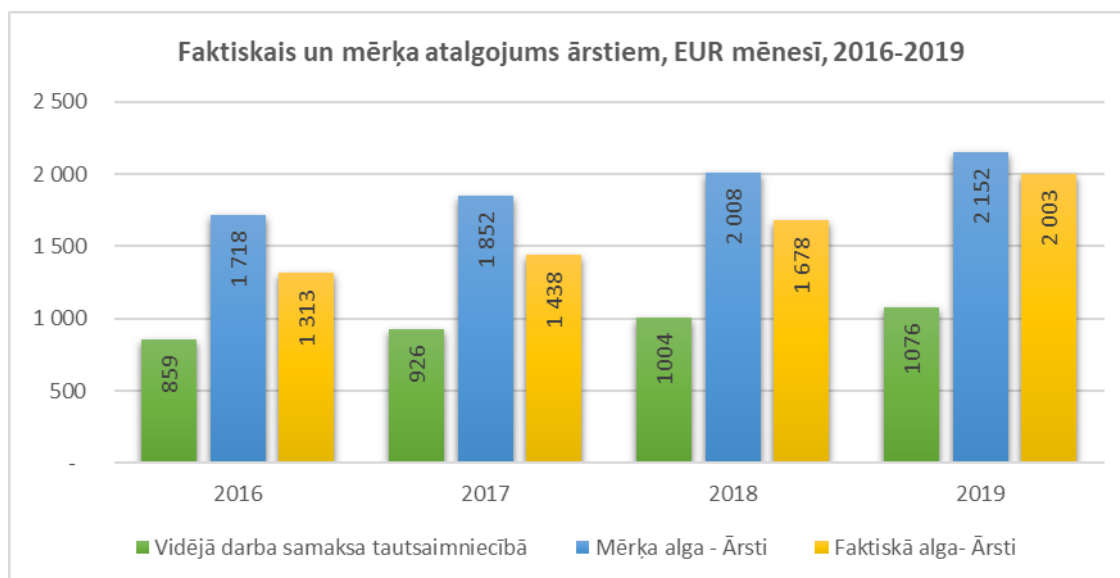


Datu analīze liecina, ka kopējais veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā iesaistīto slodžu skaits samazinās (piemēram, mūsu slodzes samazinājušās no 11 554 2018. gadā līdz 11 336 2020. gadā), taču no valsts budžeta līdzekļiem finansēto slodžu skaits pieaug (māsām attiecīgi no 91.5% līdz 93.0%, ārstiem no 89,2% līdz 91.3%). Tas liecina, ka notiek darbaspēka pārvirzīšanās no maksas pakalpojumu segmenta uz valsts apmaksāto pakalpojumu segmentu, līdz ar to valsts cilvēkresursu pārvaldības politikas ietekme uz atalgojuma līmeni nozarē pieaug.

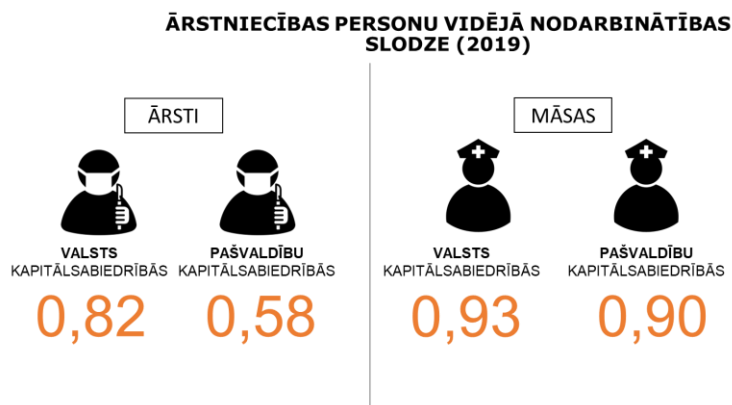
Atbilstoši politikas plānošanas dokumentos noteiktajiem mērķiem (Valdības rīcības plāna Deklarācijas par Artura Krišjāņa Kariņa vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību īstenošanai 136.1. pasākuma 2. punkts.; Konceptuālā ziņojuma "Par veselības aprūpes sistēmas reformu", kas apstiprināts ar MK 2017. gada 7. augusta rīkojumu Nr. 394, 281.punkts), **ārstu vidējai darba samaksai 2021. gadā ir jāatbilst divkārtšai tautsaimniecībā nodarbināto vidējai darba samaksai. Mūsu darba samaksai nepieciešams sasniegt 60%, bet aprūpes atbalsta personu**

vidējā darba samaksai nepieciešams sasniegt 40% no ārstu vidējās darba samaksas, lielāku finansējuma apjomu paredzot stacionārajām ārstniecības iestādēm.

2016. gadā faktiskais atalgojums bija 76% no mērķa algas ārstiem, 74% māsām, 78% aprūpes atbalsta personām. Ārstniecības personu atalgojuma mērķtiecīgas palielināšanas rezultātā 2019. gadā ārsta atalgojums bija jau 93% no mērķa atalgojuma (+17 procentpunkti pret 2016. gadu), māsām 89% no mērķa algas (+15 procentpunkti) un aprūpes atbalsta personām 89% no mērķa algas (+12 procentpunkti):



Negatīva tendence ir tas, ka pašvaldību kontrolētajās kapitālsabiedrībās krītas ārstu vidējā nodarbinātības slodze (no 0.67 2017. gadā līdz 0.58 2019. gadā), kas atšķiras no valsts kapitālsabiedrību slodzes (2019. gadā vidēji 0.82). Tendence skaidrojama ar ārstu piesaisti reģionos uz nepilnas slodzes apmaksas pamata:



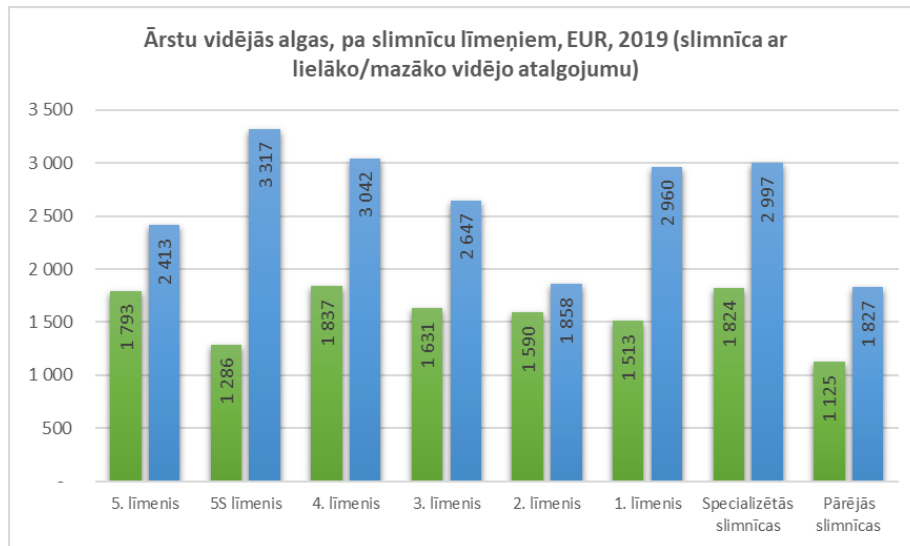
Līdz 2019. gadam ir realizēta plānošanas dokumentos noteikto mērķu izpilde, nodrošināta faktiskā atalgojuma tuvināšanās mērķa algai, nodrošināts straujāks atalgojuma pieaugums stacionārajās ārstniecības iestādēs.

Latvijas ārstu skaits tuvinās vidējam OECD rādītājam, taču māsu skaits ir kritiski zems un ir nepieciešams veikt pasākumus ārstniecības un pacientu aprūpes personu skaita palielināšanai. Latvijā ir nepietiekams māsu skaits (**māsu/ārstu attiecība ir 1.4, vidēji OECD 2.7**), māsas nav sadalītas par labu terciārā un reģionālā līmeņa slimnīcām un māsu atalgojuma līmenis nepieaug tik strauji kā ārstu atalgojums.

Ir novērojama nozīmīga atšķirība starp Latvijas slimnīcu līmeņiem – neskatoties uz pacientu ārstniecības sarežģītības līmeņa atšķirībām, aprūpes līmeņa slimnīcās ārstu skaits uz pacientu

skaitu ir līdzvērtīgs terciārā līmeņa slimnīcām (gan augstākā līmeņa slimnīcās, gan aprūpes slimnīcās ārstē 55-57 pacientus uz ārstu gadā).

Nav novērojama tieša korelācija starp vidējā atalgojuma līmeni un slimnīcas līmeni, tieši otrādi - zemākā līmeņa slimnīcas ārstiem tiek maksāts lielāks atalgojums kā augstākā līmeņa slimnīcās, neskatoties uz mazāku noslodzi. Ir novērojama liela ārstu vidējā atalgojuma amplitūda starp vienāda līmeņa Latvijas slimnīcām pat līdzīgu monopofila slimnīcu iestāžu starpā.



Lai arī vidējais atalgojuma līmenis tuvojas valdības deklarācijā izvirzītajam mērķim par mērķa algu ārstniecības personām, var secināt, ka atalgojums ir ļoti atšķirīgs katrā no slimnīcām gan līdzīga, gan atšķirīga līmeņa slimnīcu starpā, un saglabājas tendence vienai fiziskai ārstniecības personai strādāt pie vairākiem darba devējiem vienlaikus.

Rezultāti, secinājumi un tālākā rīcība

Mērķa algas noteikšana

Izvērtējot OECD datus, tika konstatēts, ka periodā no 2010. līdz 2017. gadam vidējais OECD rādītājs ārsta atalgojumam bija **2,74** pret vidējo darba samaksu tautsaimniecībā attiecīgajā valstī, kas pārsniedz valdības deklarācijā noteikto mērķa algu **2,00**.

Domnīcā, izmantojot intelektuālā darba novērtēšanas metodi, tika noteikta **ārstniecības personu amata vērtībai atbilstoša mērķa algebra**, kuras lielums, ņemot vērā atalgojuma līmeni Latvijas darba tirgū 2019. gadā sertificētam ārstam ir **3086 EUR** un sertificētai mātai ar koledžas izglītību - **1820 EUR**. Šīs, kā arī citu vērtēto "mērķa algas" izmantojamas, nosakot ārstniecības personu mērķa algu nākotnē un veicot nepieciešamā papildu finansējuma aprēķinus.

Mērķa algebra veidotu algu intervāla viduspunktu, paredzot ārstniecības personu algas variācijas iespēju amplitūdā +/-30% no mērķa algas. Tas nozīmē, ka, piemēram, ārsta algebra var atrasties robežās no 2160 līdz 4012 EUR, bet māsas algebra robežās no 1274 līdz 2366 EUR. Ārstniecības iestāžu atalgojuma stratēģijas virzāmas uz to, lai visu ārstniecības personu atalgojums nākotnē pakāpeniski iekļautos šī intervāla robežās. Paredzēts, ka ārstniecības personu mērķa algebra tiek **ikgadēji indeksēta**, ņemot vērā situāciju darba tirgū, t.i., pieaugot atalgojuma darba tirgū, pieaug arī mērķa algas apmērs.

Pilna laika ekvivalents (PLE)

PLE ir koncepts, kura ietvaros tiek definēts, kādas darbības veicamas ārstniecības personai vienas slodzes ietvaros, par kuru maksājama mērķa alga. Pētot, par ko ārstniecības personām tiek maksāta pamatalga un par ko ir noteiktas piemaksas, tika secināts, ka slimnīcās strādājošajiem ārstiem piemaksas pamatā tiek noteiktas par veikto ambulatoro darbu un sniegtajiem maksas pakalpojumiem, bet medicīnas māsām jau šobrīd lielākā daļa pienākumu ietilpst PLE ietvaros, tiek apmaksātas ar pamatalgu un piemaksu īpatsvars ir neliels. Ārstniecības personu atalgojuma mainīgā daļa ietver dažāda veida piemaksas, kuras katrā ārstniecības iestādē ir nosauktas dažādi vai arī tām dažādās ārstniecības iestādēs ir atšķirīgs pielietojums.

PILNA LAIKA EKVIVALENTS ĀRSTIEM

TAGAD		PAMATALGA MAINĪGĀ DAĻA	PĒC IZMAIŅĀM	
PĒTNIECĪBA	IZGLĪTOŠANA		PĒTNIECĪBA	IZGLĪTOŠANA
KONSULTĀCIJAS (IEKŠĒJĀS)	KONSĪLIJI		KONSULTĀCIJAS (IEKŠĒJĀS)	KONSĪLIJI
DARBS STACIONĀRĀ	METODISKAIS DARBS		DARBS STACIONĀRĀ	METODISKAIS DARBS
DARBS DIENAS STACIONĀRĀ	OPERĀCIJAS UN MANIPULĀCIJAS		DARBS DIENAS STACIONĀRĀ	OPERĀCIJAS UN MANIPULĀCIJAS
AMBULATORAIS DARBS	TĀLĀKIZGLĪTĪBA (ĀRSTA TURPMĀKĀ IZGLĪTOŠANĀS)		AMBULATORAIS DARBS	TĀLĀKIZGLĪTĪBA (ĀRSTA TURPMĀKĀ IZGLĪTOŠANĀS)
IZGLĪTOJOŠAIS DARBS AR PACIENTIEM	DEŽŪRAS		IZGLĪTOJOŠAIS DARBS AR PACIENTIEM	DEŽŪRAS
ADMINISTRĀTĪVAIS DARBS			ADMINISTRĀTĪVAIS DARBS	

Saskaņā ar izstrādāto modeli, ārstniecības iestādei ir jāizstrādā ārstniecības personām PLE ietvaros veicamo pienākumu saraksti, kas ir atkarīgi no iestādes darbības specifikas un sniedzamo veselības aprūpes pakalpojumu sastāva.

Individuālā atalgojuma noteikšana

Darbinieka individuālā alga ir viņa individuālais algas līmenis intervāla ietvaros. Veidojot intervālu, tiek pieņemts, ka vidējā alga intervālā jeb mērķa alga tiek maksāta par optimālu – amatam atbilstošu kvalifikāciju, prasmēm un sniegumu. Algu līmenis, kas pārsniedz vidējo, būtu atbilstošs darbiniekiem, kuri parāda augstākas prasmes/kvalifikāciju nekā vidusmērs, savukārt, algu līmeni zem vidējās algas intervālā saņemtu darbinieki, kuri vēl atrodas optimālās kvalifikācijas un snieguma līmeņa sasniegšanas procesā. Svarīgi, lai tiktu izmantoti relatīvi vienkārši kritēriji, kuri atspoguļotu objektīvas atšķirības starp darba veicējiem – tas nozīmē, ka nevajadzētu būt pārāk daudz individuālās algas līmeņu un nebūtu jāveido sarežģītas individuālās algas sistēmas. Īpaši retu vai darba tirgū nepietiekami pieejamu vai unikālu speciālistu vai specialitāšu piesaistei pieļaujama tā saucamo “tirgus indeksu” izmantošana, tādējādi palielinot atsevišķu ārstniecības personu vai reto specialitāšu pārstāvju darba samaksu līdz pat 50% apmērā.

Atalgojuma mainīgā daļa

Algu datu izpēte liecina, ka "klasiska" mainīgā daļa kā finansiāls stimuls par rezultātu sasniegšanu testēšanā iesaistītajās slimnīcās nav izplatīta. Lielākoties papildus pamatalgai tiek maksātas tā saucamās "obligātās" (ārējos normatīvajos aktos noteiktās) piemaksas, kā arī piemaksas par dažāda veida ārstniecības pakalpojumiem, samaksa par kuriem nav iekļauta pamatalgā. Piemaksu daļa veido vidēji 38 % no kopējā atalgojuma mēnesī ārstiem un 29% māsām. Nākotnē samaksas sistēmu plānots veidot tā, lai samaksa par pilna laika ekvivalenta ietvaros paveikto ietilptu pamatalgā, mazinot mainīgo atalgojuma daļu. Mainīgās daļas īpatsvaram atalgojumā jābūt ne lielākam kā 30% gan māsām, gan ārstiem, jo lielāks pamatalgas īpatsvars veicinās lielāku stabilitāti, paredzamību un drošības sajūtu – pie nosacījuma, ka pamatalga ir konkurētspējīga. Mainīgās daļas izmantošanas nolūks nākotnē būtu atalgot ārstniecības personu iniciatīvu, palielinātu intensitāti un izcilību sniegumā, priekšroku dodot komandas, nevis individuāliem materiālās stimulēšanas risinājumiem.

Atalgojuma fonda taisnīga sadale

Atšķirības ārstniecības iestādēs atalgojuma fondā un tā sadalē nosaka valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas modelis un atšķirības pakalpojumu tarifā iestrādātajā atalgojuma komponentē. Līdz ar to plānots izvērtēt nepieciešamās izmaiņas pakalpojumu apmaksas modelī:

- **Līdz 2020. gada 31. decembrim** valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu tarifos aktualizēt faktisko darba samaksas apmēru (vidējā darba samaksa pēc NVD datiem, ko iestādēs faktiski maksā ārstniecības personām), samazinot pārējo veselības aprūpes tarifa elementu vērtības koeficientus;
- **Līdz 2021. gada 31. decembrim** izvērtēt iespējamus risinājumus tarifu apmaksas sistēmas pārskatīšanai:
 - saglabājot tarifu sistēmu un nosakot veselības aprūpes pakalpojumam atbilstošu tarifa darba algas (D un S) elementa apmēru atbilstoši noteiktajai mērķa algai un faktiskajam pakalpojumam izmantojamajam laikam;
 - darba samaksas tarifa elementus izceļot no veselības aprūpes pakalpojuma tarifa un apmaksājot ārstniecības iestādei atbilstoši pakalpojuma izpildes normām aprēķinātam slodžu apmēram;
 - stacionārajās ārstniecības iestādēs veidojot tāmes finansējuma apmaksas modeli.
- **Līdz 2023. gada 1.janvārim** ieviest atbalstīto risinājumu tarifu apmaksas sistēmas pārskatīšanai.

Piedāvātais finansējuma modelis mērķa algas sasniegšanai

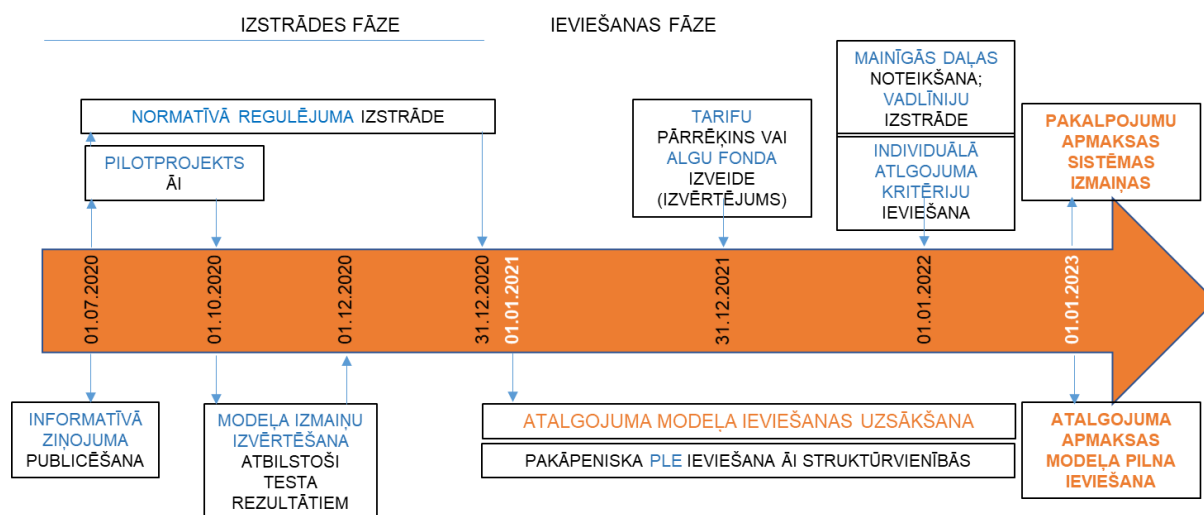
Mērķa algu katrai ārstniecības personu amatu grupai atbilstoši amatu vērtībai **plānots sasniegt pakāpeniski septiņu gadu laikā laika periodā no 2021. gada līdz 2027. gadam**, paredzot pieaugumu – katru gadu atalgojums tiek palielināts par attiecīgu summu jeb noteiktu procentu pret faktisko vidējo darba algu 2020. gadā.

Atbilstoši iepriekš aprakstītajam plānotajam ārstniecības personu vidējās darba samaksas pieaugumam, 2021. - 2027. gadam indikatīvi novērtētais nepieciešamais papildu finansējums pret 2020. gadu ir **477,80 milj. EUR**.

Plānotais laika grafiks

Nemot vērā informatīvajā ziņojumā definētos ārstniecības personu atalgojuma problēmu jautājumus un to risinājumus, tiek piedāvāts vērst mērķtiecīgu darbību tālāk minētajos virzienos:

PLĀNOTAIS LAIKA GRAFIKS



Papildus minētajam, nepieciešams:

- **pilnveidot NVD veselības aprūpes pakalpojumu plānošanu katrai ārstniecības iestādei** (gan ambulatoriem, gan stacionāriem veselības aprūpes pakalpojumiem), nodrošinot ārstniecības iestādēm iespēju plānot atalgojuma apmēru un samazinot pakalpojuma apjoma pārplānošanas nepieciešamību.
- **līdz 2022. gada 1. janvārim izveidot ticamu, publisku un pārbaudītu ārstniecības personu atalgojuma datu bāzi**, kurā tiktu apvienotas AUS datus bāze un NVD datu bāze. Apvienojot datu bāzes un datu vākšanas metodoloģiju, jāizveido pilnvērtīga kopīga datu bāze, kas apvieno visu ārstniecības personu datus.
- **turpināt ārstniecības personu atalgojuma datu publiskošanu, nodrošinot detalizētāku informāciju**. Lai nodrošinātu ārstniecības personu atalgojuma datu caurskatāmību, salīdzināmību un publisko pieejamību, nodrošināt ārstniecības personu apkopotu un sistematizētu atalgojuma datu publiskošanu NVD vai VM tīmekļvietnē. Līdz ar to nepieciešams līdz **2022. gada 1. janvārim** izvērtēt publicējamās informācijas apjomu.

Ievads

Meklējot efektīvāko risinājumu, lai uzlabotu ārstniecības personu atalgojuma sistēmu, padarot to caurskatāmāku, taisnīgāku un konkurētspējīgāku, kā arī, lai nodrošinātu Ministru prezidenta 2019. gada 27. novembra rezolūciju Nr.2019-1.1.1/47-47, ar kuru tika uzdots izstrādāt jaunu ārstniecības personu darba samaksas kārtību, nosakot ārstniecības personas pilna laika slodzes ekvivalentu un ziņot Ministru kabinetam par progresu, Veselības ministrija sadarbībā ar Valsts kanceleju ir izstrādājusi informatīvo ziņojumu **“Par jaunas ārstniecības personu darba samaksas kārtības izstrādāšanu”**.

Arī šis ziņojums, tāpat kā ārstniecības personu darba samaksas modelis, ir tapis starpinstitūciju sadarbības rezultātā:

Kopsvilkumu izstrādāja **Kārlis Smilga** un **Āris Kasparāns (VM)**;

I nodaļu “Ārstniecības personu atalgojuma modeļa izstrādes process” izstrādāja **Laura Dimitrijeva (VK)**, **Miķelis Bendiks**, **Ilze Saleniece** (domnīcas fasilitori) un **Katri Vintiša (VK)**;

II nodaļu “Esošās situācijas raksturojums: problēmu analīze” izstrādāja **Kristīne Kļaviņa (VM)** un **Katri Vintiša (VK)**;

III nodaļu “Esošās situācijas raksturojums: datu analīze” izstrādāja **Kārlis Smilga (VM)** un **Laila Ruškule (VK)**;

IV nodaļu “Ārstniecības personu atalgojuma modelis: piedāvājums” izstrādāja **Katri Vintiša (VK)**, **Kārlis Smilga (VM)** un **Liene Ābola (VM)**;

V nodaļu “Turpmākā rīcība” izstrādāja **Āris Kasparāns (VM)**.

VI nodaļu “Finansējums ārstniecības personu darba samaksai atbilstoši domnīcā izstrādātajam modelim” izstrādāja **Gundega Ozoliņa (VM)**, **Sandra Kasparenko (VM)** un **Liene Ābola (VM)**.

I Ārstniecības personu atalgojuma modeļa izstrādes process

1.1. Inovācijas laboratorija #GovLabLatvia

Veselības ministrija sadarbībā ar Valsts kanceleju 2019. gada novembrī uzsāka darbu pie ārstniecības personu atalgojuma modeļa izstrādes, ņemot vērā Valsts kancelejas pieredzi publiskā sektora atlīdzības sistēmas attīstības jautājumos un inovācijas laboratorijas #GovLabLatvia darbā. Jautājuma risināšanai, ņemot vērā izaicinājuma sarežģītību un samilzušās problēmas, tika izraudzīts tāds process, kas nodrošinātu visu iesaistīto pušu efektīvu iesaisti, sistēmas lietotāju vajadzību izpēti un mērķtiecīgu darbu risinājumu meklēšanā, izmantojot inovatīvu pieeju (strādājot iteratīvā jeb atkārtošanas procesā, pārbaudot darbību praksē, izmantojot inovatīvas metodes).

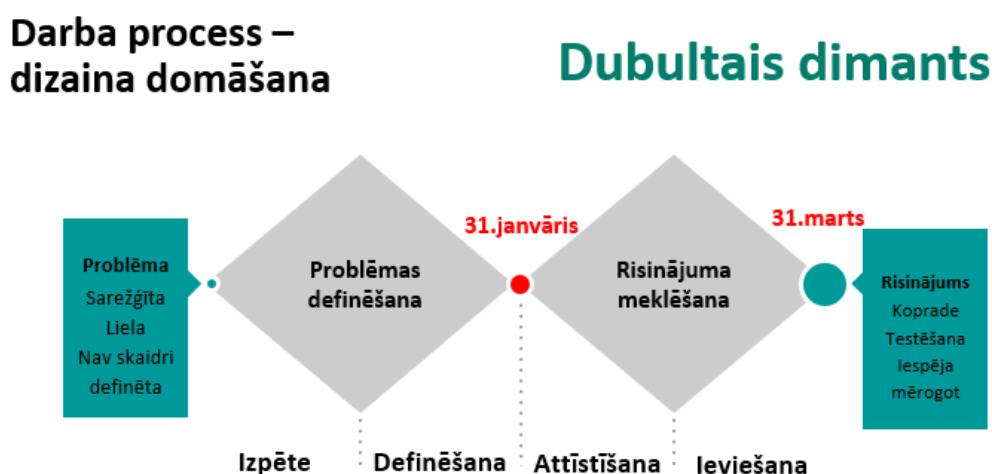
#GovLabLatvia ir Valsts kancelejas iniciatīva, kuras ietvaros 2019. gadā tika radīts un praksē pielietots metodoloģisks materiāls publiskā sektora inovācijas procesam, lai sekmētu publiskā sektora pakalpojumu, procesu, iniciatīvu un reformu kvalitāti, kas veido pamatu arī ārstniecības personu atalgojuma modeļa izstrādei.

Lai vispusīgi izvērtētu esošā ārstniecības personu atalgojuma modeļa problēmas un izstrādātu jaunu risinājumu, tādējādi ieviešot caurskatāmu un vienotu nozarē strādājošo atalgojuma sistēmu, kā piemērotākā metode tika izvēlēta **inovācijas domnīcas izveide ar iespējami plašu nozares ekspertu iesaisti**.

1.2. Domnīcas darba process

Domnīcas darba process tika organizēts, izmantojot **dizaina domāšanas** metodi¹, kas ir radoša un risinājumos balstīta pieeja problēmu risināšanai. Tā paredz visos problēmas risināšanas posmos virzīties no lietotāja perspektīvas: gan problēmas izpēti, gan risinājumu modelēšanu un testēšanu laikā (lietotājs – centrā).

Domnīcas darbs tika virzīts, balstoties uz dizaina domāšanas metodes **“dubultā dimanta”** pieeju, kur katras tikšanās laikā tiek izvērtēts un pēc tam fokusēts noteiktās fāzes uzdevums (1.1. attēls).



1.1. attēls: Domnīcas darba process: dubultā dimanta metode.

¹ Dizaina domāšana ir radošs, iesaistošs un uz rezultātu orientēts process, kas paredz nemitīgus testēšanas atkārtojumus. Avots: Inovācijas process administratīvā sloga samazināšanai. Valsts kanceleja, PwC, 2019. Pieejams: https://www.mk.gov.lv/sites/default/files/editor/Infografikas/admin_simplification_methodology_16.08.pdf

Pirmās fāzes ietvaros **tiek izpētīta problēma**, sākot no konkrēta, bet šaura skatījuma, uz plašāku, pēc tam atkal fokusējoties uz konkrētiem problēmas aspektiem, kuri darba gaitā ir noskaidrojušies kā **svaīgākie jeb kritiskie**. Otrās fāzes laikā dalībnieki **izstrādā problēmu risinājumus** – sāk ar risinājuma ieskici, pēta un rada idejas, līdz nonāk līdz risinājuma piedāvājumiem (prototipiem).

Tā kā sarežģītu problēmu risināšana nav lineārs process, darbnīcās tika paredzēta iespēja atgriezties pie iepriekšējās darba fāzes, ja bija pārlicība, ka tas palīdzēs rezultāta sasniegšanā.

Domnīcas dalībnieki mērķtiecīgi tika sadalīti grupās, nodrošinot to sastāva dažādību, lai koprades procesā tiktu apskatītas dažādas perspektīvas. Domnīcā pielietotās metodes tika izraudzītas ar mērķi veicināt radošumu, dažādu pieeju izmēģināšanu, lai veicinātu jaunu risinājumu izstrādi, pārbaudītu tos un nodrošinātu tiem pamatu tikt īstenotiem reālajā dzīvē.

Domnīcas darbā tika izmantoti šādi dizaina **domāšanas principi**:

- koncentrēšanās uz lietotāju (radīt lietotājam; radīt kopā ar lietotāju);
- koncentrēšanās uz nākotni;
- multidisciplināra sadarbība;
- **RADOŠUMS**;
- pārmaiņu pieņemšana un veicināšana;
- eksperimentēšana un testēšana;
- atkārtošana (iterācija);
- disciplinēts un konstruktīvs process.

Sākot ar 2020. gada 10. janvāri, ik nedēļu Veselības ministrija sadarbībā ar Valsts kanceleju organizēja ārstniecības personu atalgojuma modeļa izstrādes darbnīcas. Darbnīcās kā eksperti un dalībnieki tika pieaicināti šādu jomu pārstāvji²:

- **ārstniecības personas un to profesionālo asociāciju pārstāvji** (ārsti un māsas: Latvijas ārstu biedrības, Latvijas māsu biedrības, Jauno ārstu asociācijas pārstāvji - kopā 13 dalībnieki);
- **veselības aprūpes nozares darba devēji un augstskolu mācībspēki** (universitātes, reģionālo un lokālo slimnīcu administrācijas pārstāvji, privāto ambulatoro ārstniecības iestāžu asociācijas pārstāvis, LU un RSU mācībspēki - kopā 11 dalībnieki);
- **veselības aprūpes politikas veidotāju un ieviesēju pārstāvji, kā arī valsts pārvaldes attīstības un atlīdzības politikas veidotāji** (pārstāvji no Veselības ministrijas, Nacionālā veselības dienesta un Valsts kancelejas pārstāvis no Finanšu ministrijas, kopā 10 dalībnieki).

Domnīcas dalībnieki bija sadalīti 6 grupās pa 5 dalībniekiem, katrā no tām nodrošinot pārstāvniecību no katras iepriekš minētās jomas (dalībnieku saraksts pievienots 1. pielikumā).

² Katrs domnīcas dalībnieks saņēma individuālu uzaicinājumu piedalīties domnīcas darbā. Visi uzaicinātie piekrita piedalīties un aktīvi iesaistījās visā domnīcas darba procesā; vienīgi no LVSADA netika saņemta atbilde par tās pārstāvja dalību domnīcas darbā.

Neviens no domnīcas dalībniekiem par darbu domnīcā nesaņēma samaksu. Apmaksāts tika domnīcas fasilitatoru Ilzes Salenieces un Miķeļa Bendika darbs saskaņā ar Veselības ministrijas līgumu Nr. 12-10/39.

Kopumā notika **6 darbnīcas** (2. pielikumā sniegts detalizēts katras darbnīcas darba procesa apraksts) un pēc tām - **4 grupu pārstāvju tikšanās, modeli testējot** (3. pielikumā sniegts testēšanas plāns (19.03.2020. plānotā tikšanās nenotika ārkārtējās situācijas dēļ)).

Domnīcas procesa virzītāji (fasilitatori): Miķelis Bendiks, Ilze Saleniece, Agita Kalviņa;

Eksperti, kas piedalījās domnīcas satura plānošanā un nodrošināšanā: Inita Pauloviča (pārvaldības eksperte, Valsts kanceleja), Katri Vintiša (atlīdzības eksperte, Valsts kanceleja), Laura Dimitrijeva (inovāciju eksperte, Valsts kanceleja).

Domnīcu norisei izmantotās metodes ir domnīcas procesa virzītāju izvēlētas un konkrētajai grupai un tematikai pielāgotas pieejas un rīki, kas balstās uz Kārdifas Metropolitēna universitātes starptautiskā dizaina un pētniecības centra (PDR), McKinsey konsultāciju grupas (IDEO) materiāliem un pieejām dizaina domāšanai, kā arī #GovLabLatvia materiāliem.

Pieaicinātie viesi: lai nodrošinātu kvalitatīvu atgriezenisko saiti par domnīcas dalībnieku radītajiem problēmjautājuma risinājumiem, noslēdzošajās darbnīcās (5. un 6.) piedalījās eksperti – veselības nozares pārstāvji, kuri testēja izstrādāto ārstniecības personu atalgojuma modeli:

1. **Aija Jansone**, RAKUS, Iekšējīgo slimību klīnikas māsa;
2. **Lilija Antoneviča**, PSKUS, galvenās māsas vietniece internajā aprūpē;
3. **Lauris Repša**, TOS, traumatologs, ortopēds;
4. **Mārtiņš Malzubris**, TOS, traumatologs;
5. **Jurģis Straumanis**, BKUS, neirologs, EEG speciālists;
6. **Edgars Labsvīrs**, NVD direktors;
7. **Līga Šerna**, VM valsts sekretāra vietniece veselības politikas jautājumos;
8. **Rinalds Muciņš**, PSKUS valdes priekšsēdētājs.

1.3. Ārstniecības personu atalgojuma modeļa testēšana

Pēc tam, kad noslēdzās darbs pie atalgojuma modeļa izstrādes, tika uzsākta tā testēšanā, kura klātienē tikšanos veidā notika laika posmā **no 20.02.2020. līdz 12.03.2020.** Klātienē tikšanās tika apturētas saistībā ar Covid-19 pandēmiju saistītajiem pulcēšanās ierobežojumiem un, ņemot vērā palielināto slodzi slimnīcu pārstāvjiem, kura radās Covid-19 pandēmijas dēļ.

Testēšanās procesā notika 4 grupu pārstāvju tikšanās, kuru laikā izstrādātais atalgojuma modelis tika testēts, balstoties uz 3 slimnīcu - Cēsu klīnikas, PSKUS un RAKUS - datiem.

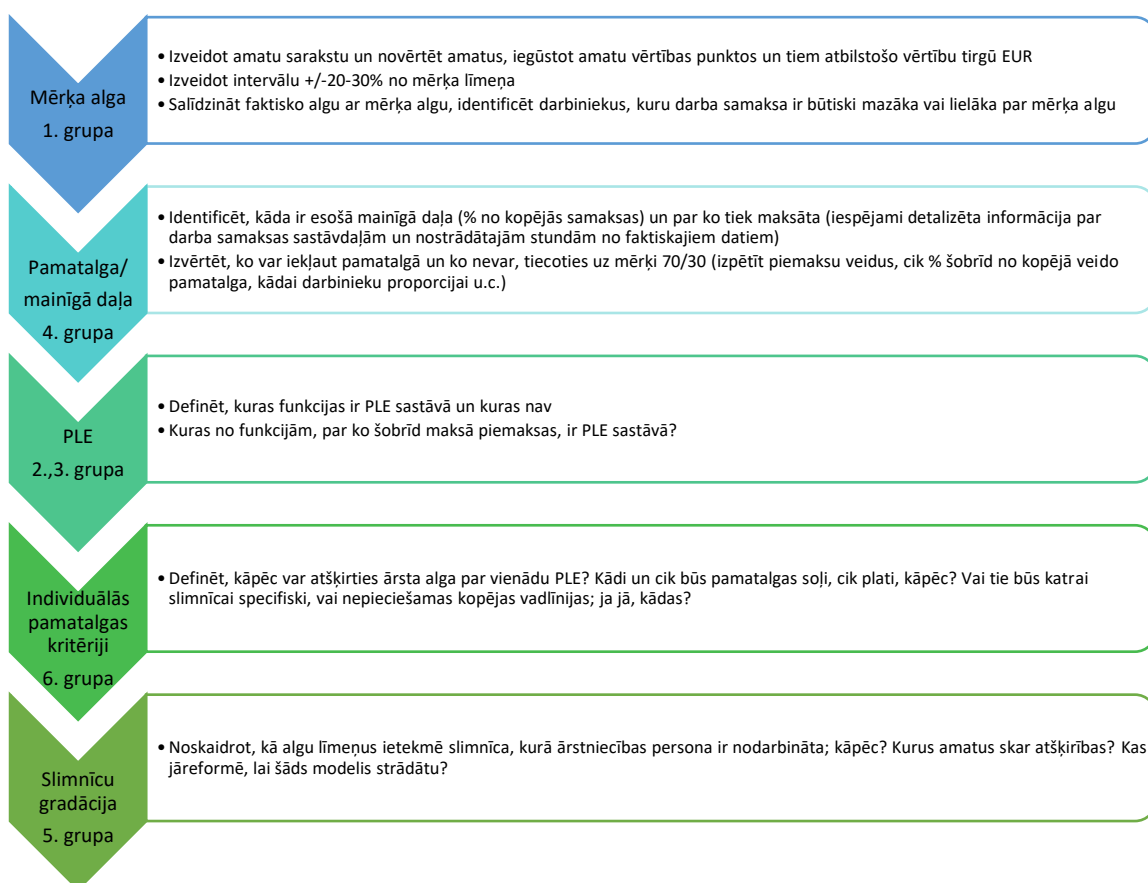
Diskusijās tika atzīts, ka NM ārsta palīga kā brigādes vadītāja darba saturs un atbildība ir būtiski atšķirīga no ārsta palīgu darba satura jebkurā citā ārstniecības iestādē vai ārstu praksē. Ir būtiski atšķirīgi vides apstākļi, kad tehniski sarežģīti veikt nepieciešamos NMP pasākumus (dzīvokļos, publiskās vietās, ielu un ceļu malās, ierobežotas iespējas saņemt citu kolēģu konsultāciju, atbalstu – tikai telefoniski vai pieaicinot ārsta speciālista brigādi, kas ir papildus laiks).

Testēšanā gaitā tika veiktas šādas darbības:

1. **Amatu vērtēšana** ar intelektuālā darba punktu/faktoru metodi – mērķa algas lieluma noteikšanai;

2. **Atalgojuma datu analīze:** salīdzinājums ar atalgojuma līmeni darba tirgū, balstoties uz amatu vērtību – lai noskaidrotu, kāds ir nepieciešamais budžeta apjoms, lai ārstniecības personām vidēji nodrošinātu mērķa algu;
3. **Darbinieku, kuru darba samaksa ir būtiski mazāka vai lielāka par mērķa algu, identificēšana** – lai noskaidrotu, cik daudz ir ārstniecības personu, kurām šobrīd mērķa alga jau ir sasniegta un cik ir tādu, kurām samaksa nesasniedz mērķa algas līmeni un cik lielā mērā;
4. **Fiksētās un mainīgās daļas īpatsvara un sastāvdaļu analīze** – lai noskaidrotu faktisko atalgojuma struktūru un atalgojuma elementu īpatsvaru;
5. **Pilna laika ekvivalenta elementu izvērtēšana no atalgojuma viedokļa** – lai noskaidrotu, vai tās darbības, kas provizoriski būtu jāietver pilna laika ekvivalentā, šobrīd tiek apmaksātas pamatalgas vai piemaksu veidā;
6. **Individuālā atalgojuma kritēriju izvērtējums** no labās prakses un esošā slimnīcu iekšējā regulējuma viedokļa – lai pārliecinātos, kā domnīcas darba rezultāts atbilst jaunākajām atziņām atalgojuma sistēmu veidošanā un darbinieku motivēšanā un slimnīcu faktiskajām iespējām un paradumiem.

Detalizēts testēšanas plāns norādīts 1.2. attēlā un 3. pielikumā.



1.2. attēls: Domnīcā izstrādātā ārstniecības personu atalgojuma modeļa testēšanas plāns.

Testēšanas rezultāti un secinājumi sniegti ziņojuma IV nodaļā.

II Esošās situācijas raksturojums: problēmu analīze

2.1. Ko sagaida ārstniecības personas? Domnīcas dalībnieku veiktā problēmu izpēte

Ministru kabineta 2018. gada 18. decembra noteikumos Nr. 851 „Noteikumi par zemāko mēnešalgu un speciālo piemaksu veselības aprūpes jomā nodarbinātiem” (turpmāk – MK noteikumi Nr. 851) ir noteiktas 6 ārstniecības personu, kas sniedz valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus, amatu klasifikācijas kategorijas un tām atbilstošā zemākā mēnešalgas likme par slodzi. Ņemot vērā MK noteikumos Nr. 851 noteiktās zemākās mēnešalgas likmes un darba samaksas mainīgo daļu, tiek aprēķināts valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu tarifu aprēķinā izmantojamais darba samaksas lielums, ņemot vērā arī patērēto laiku veselības aprūpes pakalpojuma sniegšanai.

NVD atbilstoši valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojuma tarifiem un pakalpojumu struktūrai un apjomam slēdz līgumus ar ārstniecības iestādēm par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu. Tālāk katra ārstniecības iestāde atbilstoši pieejamajam finansējumam pati lemj par atalgojuma apmēru katrai ārstniecības personai individuāli, ņemot vērā Noteikumos Nr. 851 noteikto zemāko mēnešalgas likmi par slodzi katrai ārstniecības personu kvalifikācijas kategorijai, par kuru zemāk maksāt nedrīkst, katras iestādes valdes apstiprināto darba samaksas nolikumu un iestādē apstiprināto atlīdzības fondu.

Problēmas definēšanas fāzē domnīcas dalībnieki izvērtēja esošo ārstniecības personu atalgojuma modeli un formulēja, kādas ir galvenās problēmas ārstniecības atalgojuma sistēmā.

Domnīcas dalībnieki, vadoties no savas individuālās pieredzes, kā arī, iejūtoties attiecīgi ārstniecības personas, ārstniecības iestādes vadītāja vai politikas veidotāja lomā, ilustrēja, kāds ir šo veselības aprūpes sistēmas galveno dalībnieku darbības mērķis, kas ir galvenās grūtības jeb “sāpju punkti” un ko viņi sagaida, lai varētu īstenot savas darbības mērķus.

Šīs aktivitātes rezultāti skaidri apliecināja, ka ārstniecības personas strādā ar mērķi ārstēt, aprūpēt, saglabāt/uzturēt dzīves kvalitāti, palīdzēt pacientam atveseļoties vai sadzīvot ar slimību, nodrošināt pašrealizāciju, tomēr viņi jūtas nenovērtēti, veselības nozarē ir kritisks cilvēkresursu trūkums, tāpēc ir neprognozējams darba apjoms un pārslodze, izdegšana un cilvēkresursu aizplūšana uz privāto sektoru un ārvalstīm. Ārstniecības personas ir buferis starp medicīnas sistēmas nepilnībām un pacientu. Ārstniecības personu darbs nav finansiāli novērtēts, ir psiholoģiska nedrošība par nākotni.

Ārstniecības personas sagaida adekvātu atalgojumu, kurš atbilst noslodzei, izglītībai un profesionalitātei, un vienlaikus cer, ka uzlabosies profesijas prestižs, būs iespēja profesionāli realizēties, būs gandarījums un sabiedrības novērtējums par darbu, atbilstoša darba vide un darba pēctecība.

Savukārt **ārstniecības iestāžu vadītājiem** ar pieejamo ierobežoto resursu ir jānodrošina efektīva darba organizācija, mūsdienīga, kvalitatīva un pieejama medicīniskā aprūpe, tai skaitā līguma saistību izpilde ar NVD, godīga atalgojuma noteikšanas kārtība un īpašnieka (valsts, pašvaldības u.c.) doto uzdevumu izpilde, kas bieži ir salīdzināma ar “ugunsgrēka dzēšanu”. Ir jāpanāk pacientu un personāla apmierinātība un jāuztur iestādes prestižs.

Ārstniecības iestāžu vadītāji nejūt īpašnieka un valsts atbalstu, ir nevienlīdzība pieejamajā finansējuma salīdzinājumā ar privāto sektoru, ir bažas par straujām likumdošanas izmaiņām, par nozares ilgtermiņa stratēģiju un sadarbību visos līmeņos. Darbs pastāvīga resursu - gan finansiālo, gan tehnisko, gan darbinieku trūkuma apstākļos.

Tāpēc ārstniecības iestāžu vadītāji sagaida skaidru nozares ilgtermiņa stratēģiju un stabilitāti, iespēju attīstīties un sasniegt labākos rezultātus, proti, skaidrus “spēles noteikumus”.

Visbeidzot, **veselības politikas izstrādātāju un ieviesēju**, šeit domājot VM un NVD, darbības mērķis ir resursu plānošana, sadalīšana, lai nodrošinātu veselības aprūpes sistēmas darbību un attīstību, veidot kvalitatīvas veselības aprūpes stratēģiju ar atbilstošu finansējumu, pieņemot visaptverošus un reizēm nepopulārus lēmumus, nodrošināt cilvēkresursu pietiekamību nozarē.

Veselības politikas veidotāji un izstrādātāji izjūt nestabilitāti, izteiktu ārējo ietekmi (nozares “smagsvaru”, politiķu, pacientu) uz lēmumu pieņemšanu, neviennozīmīgu sabiedrības attieksmi un izpratni, tai skaitā, negatīvu attieksmi pret reformām. Kā panākt labāko rezultātu ar ierobežotiem finanšu un administratīvajiem resursiem, ievērot un aizstāvēt pacientu un mediķu intereses?

Veselības politikas veidotāji sagaida, ka veidosies izpratne par to, cik maksā veselības aprūpe, atbilstoša finansējuma nodrošināšanu nozarei, lai varētu nodrošināt kvalitatīvu, pieejamu, efektīvu uz personu orientētu veselības aprūpi. Veselības nozares politikas veidotāji vēlas strādāt dialoga režīmā ar nozari, politiķiem un citām nozarēm un ar sabiedrību kopumā.

Veselības aprūpes sistēmas dalībnieki visos līmeņos šobrīd ir vienoti savā izpratnē par kopējām veselības aprūpes sistēmas problēmām un sagaidāmo “labumu”, kas ir nozīmīgs ieguldījums kopīgā ceļā uz risinājumu, tomēr nav skaidrs, kā to izdarīt un tieši kādam ir jābūt galarezultātam.

2.2. Atalgojuma sistēmas elementu izvērtējums

Domnīcas dalībnieki darba sākumposmā arī izvērtēja esošās atalgojuma sistēmas atbilstību veselīgas atalgojuma sistēmas prasībām. Katra grupa vērtēja katru no efektīvas jeb “veselīgas” atalgojuma sistēmas kritērijiem, vadoties no savas pieredzes ārstniecības iestādēs. Atalgojuma sistēmas izveides prasības balstās uz labo praksi atalgojuma sistēmu veidošanā un OECD un citu organizāciju pārvaldības, personāla vadības un atalgojuma sistēmu ekspertu ieteikumiem (Cardona 2007, Armstrong 2011). Izvērtējuma apkopojums sniegts 2.1. tabulā.

Esošās ārstniecības personu atalgojuma sistēmas novērtējums (domnīcas dalībnieku viedoklis)

Kritērijs	Nr.	Atalgojuma sistēmas elements	Domnīcas darba grupas											
			1.	2.	3.	4.	5.	6.	1.	2.	3.	4.	5.	6.
Konkurētspēja, mērķtiecīgums	1.	Ir zināms ārstniecības personu atalgojuma mērķa (vēlamais) līmenis un tā pamatojums	Red	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Red	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Caurskatāmība	2.	Ir definēti atalgojuma elementi un to loma atalgojuma sistēmā, tie ir skaidri darbiniekiem	Yellow	Yellow	Red	Yellow	Red	Yellow	Yellow	Yellow	Red	Yellow	Red	Yellow
Caurskatāmība	3.	Ir definēts pamatalgas un mainīgās daļas optimālais samērs (fiksētās un mainīgās daļas % īpatsvars kopējā samaksā)	Red	Red	Red	Red	Red	Yellow	Red	Red	Red	Red	Red	Green
Konkurētspēja	4.	Ir zināma esošā atalgojuma atšķirība no mērķa līmeņa (noteikta esošā atalgojuma konkurētspēja)	Yellow	Yellow	Red	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Red	Yellow	Red	Yellow
Konkurētspēja, elastīgums	5.	Ir definēts vēlamais atalgojuma diapazons (+/- % no mērķa līmeņa)	Red	Red	Red	Red	Red	Yellow	Red	Red	Red	Red	Red	Yellow
Taisnīgums	6.	Ir definēti kritēriji individuālās algas noteikšanai diapazona ietvaros	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red
Taisnīgums	7.	Ir definēta kārtība individuālās algas kritēriju vērtēšanai un individuālās algas noteikšanai	Red	Yellow	Red	Red	Red	Yellow	Red	Yellow	Red	Red	Red	Red
Caurskatāmība, taisnīgums	8.	Ir definēti piemaksu veidi un pamatojums	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Green
Amatu grupa:			Ārsti						Māsas					
Atbilst			Daļēji atbilst						Neatbilst					

Kā redzams no izvērtējuma, grupām dažos gadījumos atšķirās viedokļi par konkrēta atalgojuma sistēmas elementa atbilstību vai neatbilstību veselības atalgojuma sistēmas pamatprincipiem, bet vienlaikus iezīmējās skaidra kopējā tendence. Atšķirības vērtējumos bija saistītas ar grupas dalībnieku uztveri par to, kā interpretēt attiecīgo principu – iestādes vai valsts kopējās sistēmas līmenī? Jāuzsver, ka ārstniecības iestādes ir patstāvīgas savas darba samaksas sistēmas izveidē, valsts to neregulē; tām saistošs ir vienīgi zemākās mēnešalgas un piemaksu regulējums.³

Ņemot vērā atalgojuma sistēmu veidošanas metodoloģiju, domnīcas dalībnieku grupas sniedza šādu vērtējumu dažādiem esošās ārstniecības personu atalgojuma sistēmas elementiem:

1. **Ir zināms ārstniecības personu atalgojuma mērķa (vēlamais) līmenis un tā pamatojums.** Valsts noteiktais mērķa algas līmenis ir 2 vidējās algas tautsaimniecībā ārstam⁴ 2021. gadā, māsām⁵ – 60% no ārsta algas un māsu palīgiem, zobārsta asistentiem - 40% no ārsta algas.⁶ Domnīcas dalībnieku vidējais vērtējums šim kritērijam caurmērā bija **“daļēji atbilst”**, jo, kaut arī ir definēts mērķa algas līmenis, nav saprotams, kāpēc mērķis ir tieši 2 algas un kāds ir pamatojums sasaistei ar vidējo algu tautsaimniecībā. Tāpēc būtu nepieciešams pārskatīt noteikto mērķa līmeni un tā kritērijus.
2. **Ir definēti atalgojuma elementi un to loma atalgojuma sistēmā, tie ir skaidri darbiniekiem.** Vērtējums šim kritērijam ir **“drīzāk neatbilst”** (4 grupas – “daļēji neatbilst”, 2 grupas – “neatbilst”). Pamatojums grupu vērtējumam – atalgojuma elementi ir zināmi (pamatalga, piemaksas, samaksa par ambulatoro darbu un maksas pakalpojumiem, prēmijas u.c.), tomēr nav vienotas izpratnes par šo elementu mērķi, pielietojumu, apjomu un pieejamību konkrētās ārstniecības iestādēs. Būtu nepieciešams skaidri definēt vadlīnijas, kādi atalgojuma elementi tiek lietoti, ar kādu mērķi un kādā apmērā.
3. **Ir definēts pamatalgas un mainīgās daļas optimālais samērs (fiksētās un mainīgās daļas % īpatsvars kopējā samaksā).** Šī kritērija vērtējums ir “neatbilst” visām ārstniecības personu profesiju grupām. Tas, cik paredzama ir samaksa, nozīmīgi ietekmē personas motivāciju un stabilitātes sajūtu. Kā liecina atalgojuma pētījumi, publiskajā sektorā pamatalga darba samaksā tipiski veido 70-90%⁷ no kopējās darba samaksas, retos gadījumos - 40-60% (savukārt Latvijas valsts pārvaldē nodarbinātajiem pamatalga vidēji veido 82%, bet atsevišķos vadoša līmeņa amatos 69-75%⁸ no kopējās darba samaksas). Tādējādi, lai veicinātu ārstniecības personu stabilitātes sajūtu, nepieciešams definēt vēlamo samēru starp pamatalgu un mainīgo daļu, kas būtu ne mazāka par 70% no kopējās darba samaksas.
4. **Ir zināma esošā atalgojuma atšķirība no mērķa līmeņa (noteikta esošā atalgojuma konkurētspēja).** Kaut arī atsevišķām ārstniecības iestādēm ir pieredze dalībai atalgojuma pētījumā, lai noteiktu samaksas konkurētspēju, kopumā trūkst pietiekamas skaidrības par ārstniecības personu atalgojuma līmeni salīdzinājumā ar atalgojumu Latvijas un Eiropas darba tirgū. Būtu nepieciešams veikt detalizētu izvērtējumu, analizējot konkrētu

³ Valdības rīcības plāna Deklarācijas par Artura Krišjāņa Kariņa vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību īstenošanai 136.1. pasākuma 2. punkts.

⁴ Tiek attiecināts arī uz zobārstiem, funkcionālajiem speciālistiem un rezidentiem.

⁵ Tiek attiecināts arī uz ārsta palīgiem, vecmātēm, biomedicīnas laborantiem, radiologa asistentiem, radiogrāferiem, masieriem, ergoterapeita asistentiem, fizioterapeita asistentiem, zobu higiēnistiem, zobārsta iestādēs māsām, podologiem, zobu tehniķiem.

⁶ Konceptuālā ziņojuma "Par veselības aprūpes sistēmas reformu", kas apstiprināts ar MK 2017. gada 7. augusta rīkojumu Nr. 394, 281. punkts.

⁷ CIPD. Reward Management Report 2019.

⁸ Atlīdzības uzskaites sistēmas dati par 2019. gadu, 14. pielikums.

ārstniecības personu darba samaksu pa elementiem, salīdzinot to ar darba samaksas apmēru darba tirgū Latvijā un, vēlams, arī Eiropā un OECD valstīs. Ārstniecības iestādēm šāds izvērtējums ļautu plānot stratēģiju darba samaksas fonda izlietojumam un paredzamajam palielinājumam. Ārstniecības personām tas sniegtu lielāku skaidrību par viņu perspektīvām darba samaksas ziņā.

5. **Ir definēts vēlamais atalgojuma diapazons (+/- % no mērķa līmeņa).** Diapazons nozīmē iespējamo darba samaksas variāciju vienas vērtības amatam. Kā liecina grupu viedokļi, lielākoties nav skaidrības par vēlamo diapazonu un tāds netiek definēts. Vienlaikus, nosakot intervālu jeb diapazonu, tiek iezīmētas vēlamās algas minimālās un maksimālās robežas, jo speciālistu kvalifikācija un prasmes ir atšķirīgas, tāpēc būtu pamatoti atšķirties arī to darba samaksai.
6. **Ir definēti kritēriji individuālās algas noteikšanai diapazona ietvaros.** Izmantojot diapazonu, nepieciešami kritēriji, kas noteiks individuālās algas līmeni tajā. Tā kā pašlaik netiek izmantoti algu diapazoni, trūkst arī kritēriju.
7. **Ir definēta kārtība individuālās algas kritēriju vērtēšanai un individuālās algas noteikšanai.** Šāda kārtība ir nepieciešama, lai darbinieki skaidri zinātu, kas un kādā vēdā tiek ņemts vērā, nosakot viņu atalgojumu, ko viņi var darīt, lai nonāktu nākamajā algu līmenī (ja ir izveidotas pakāpes), kādām prasībām jāatbilst minimāli, optimāli vai maksimāli. Domnīcas dalībnieku vērtējums liecina, ka šādas kārtības sistēmā trūkst. Dalībnieki arī komentēja, ka atsevišķas ārstniecības iestādes ir izstrādājušas savus risinājumus, bet tā nav vispārpieņemta prakse un trūkst kopēju vadlīniju nozarē.
8. **Ir definēti piemaksu veidi un pamatojums** – šajā jautājumā bija visvairāk pozitīvo vērtējumu, t.i., grupu dalībnieki atzina, ka lielākoties piemaksas un to pamatojums ir zināms. Tomēr šī skaidrība attiecas vienīgi uz t.s. “obligātajām piemaksām”, kuras noteiktas MK noteikumi Nr. 851 (3. pielikums). Vienlaikus ārstniecības iestādēs par piemaksām sauc ne tikai obligātās piemaksas, bet arī jebkurus citus papildu maksājumus, kurus saņem darbinieki, tajā skaitā samaksu par ambulatoro darbu, par maksas pakalpojumu sniegšanu u.c., nereti arī samaksu par ieguldījumu mērķu sasniegšanā jeb tā saucamās prēmijas. 4 no 6 grupām tomēr uzskatīja, ka arī piemaksu jomā nepieciešama lielāka skaidrība un kopējas vadlīnijas.

Ārstniecības personu atalgojuma modelī neviens no elementiem nav pietiekami skaidrs un atbilstošs veselīgas jeb efektīvas atalgojuma sistēmas prasībām un mērķgrupu vajadzībām. Zināma skaidrība ir par obligātajām piemaksām un mērķa algas līmeni, tomēr tā nav pietiekama, lai varētu apgalvot, ka atalgojuma sistēma var veiksmīgi funkcionēt ilgtermiņā.

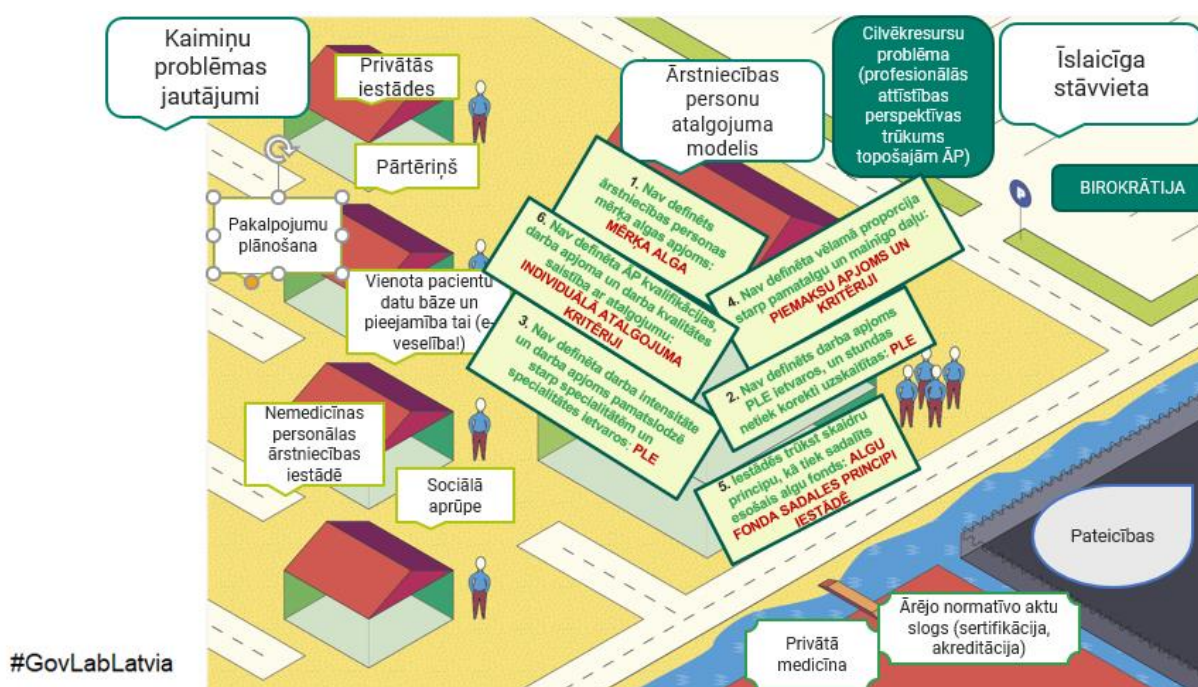
2.3. Identificētās problēmas

Ņemot vērā veikto situācijas un problēmu izpēti, domnīcas dalībnieki vienojās fokusēties uz tām problēmām, kuras ir tieši saistītas ar ārstniecības personu atalgojuma modeļa dažādiem aspektiem un kuriem domnīcas ietvaros iespējams izstrādāt risinājumus (2.1. attēls):

1. Nav pietiekamas skaidrības un argumentu **mērķa algas apjomam** (vēlamo algu ārstniecības personām);
2. Nav definēta **vēlamā proporcija starp pamatalgu un atalgojuma mainīgo daļu**

- (mainīgās daļas (piemaksu) apjoms daudzām ārstniecības personām nereti pārsniedz pamatalgu);
- Nav definēts ārstniecības personu darba apjoms **pilna laika ekvivalenta** (turpmāk – PLE) ietvaros;
 - Nav skaidrības par **personas kvalifikācijas, darba apjoma un darba kvalitātes saistību ar atalgojumu** par 1 slodzi;
 - Trūks **skaidru, vienotu kritēriju** algu fonda un ārstniecības nozares finansējuma sadalei - sistēma nav caurskatāma ne lietotājam, ne finansējuma piešķirējam.

Domnīcas dalībnieki modeļa izstrādē balstījās uz pieņēmumu, ka minētie iemesli veicina ārstniecības personu pārslodzi, pārstrādāšanos un izdegšanu, kā arī aprūpina kvalitatīva pakalpojuma nodrošināšanu ilgtermiņā.



2.1. attēls: Ārstniecības nozares svarīgāko problēmu ilustratīvs apkopojums, izmantojot mājas metaforu.

Vienlaikus ir svarīgi apzināties visu pārējo nozares problēmu kopējo kontekstu, tāpēc, kaut arī šajā ziņojumā ir piedāvāti risinājumi tieši attiecībā uz atalgojuma modeli, pārējie identificētie problēmu jautājumi tiks risināti ar citu VM aktivitāšu ietvaros, nodrošinās visaptverošu sistēmas reformu.

Domnīcas dalībnieki bija vienprātis, ka veselības nozares finansējums ir neatbilstošs sabiedrības vajadzībām, un domnīcas darba rezultātam jāklūst par ceļa karti papildu finansējuma piešķiršanai, tā pamatotai un mērķtiecīgai sadalei.

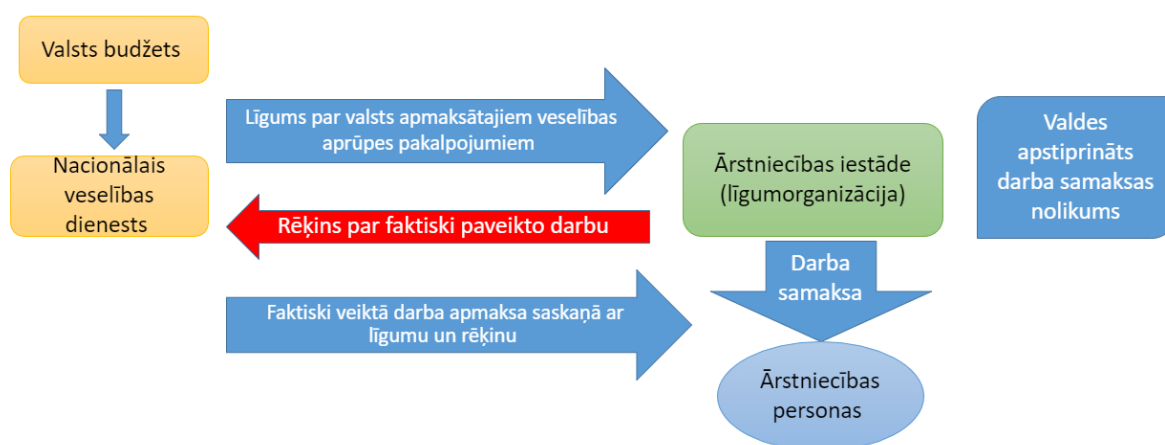
III Esošās situācijas raksturojums: datu analīze

Lai izvērtētu un pamatotu Domnīcas darba grupu veiktos secinājumus, tika veikta ārstniecības personu atalgojuma datu analīze, izmantojot datus no diviem nesaistītiem datu avotiem - AUS datiem un NVD sagatavotajam atalgojuma pārskatiem.

NVD kopā ar VK ir konstatējis, ka ārstniecības iestādes sniedz līdzīga veida informāciju gan NVD, gan arī VK. Abas minētās iestādes analizē gan ārstniecības personu noslodzi, gan arī darba samaksu. Ir uzsākts darbs, lai definētu vienveida informācijas sniegšanu tikai vienā vietā un ieinteresētās puses to izmantotu analīzei atbilstoši kompetencei un vajadzībām.

3.1. Ārstniecības personu apmaksas sistēma

Ārstniecības personu apmaksas sistēmu (naudas plūsmu no valsts budžeta līdz ārstniecības personai) raksturo 3.1. attēls:



3.1. attēls: Naudas plūsma no valsts budžeta līdz ārstniecības personai.

Ārstniecības personu kopējo apmaksas apjomu nosaka NVD atbilstoši noteiktajam pakalpojumu plānojumam un kartējumam, nosakot katrai līgumorganizācijai veicamā (pasūtītā) darba apjomu un nosakot (aprēķinot) pakalpojuma tarifu (t.sk. atalgojuma elementu tarifā). Atbilstoši noslēgtajam līgumam ar NVD līgumorganizācijas, lai izpildītu veselības aprūpes pakalpojumu pasūtījumu, piesaista darbaspēku un veic apmaksu saskaņā ar iestādes apstiprināto darba samaksas nolikumu.

Precīzi plānots darba apjoms katrai ārstniecības iestādei ar iespējami zemāku pārplānošanas skaitu gadā un pakalpojuma tarifs ar pamatotu darba laika elementu (D) un aprēķinos izmantotu mērķa algu ir pamats skaidrai atalgojumam pārdalāmajai finanšu daļai konkrētai ārstniecības iestādei un tās darbiniekiem atbilstoši veiktajam darbam.

Novecojušu, neaktuālu tarifu dēļ, ņemot vērā profesionālo organizāciju ietekmi un citus vēsturiski radušos apstākļus ir izveidojusies sarežģīta, novecojusi un nepārskatāma tarifu sistēma, kā rezultātā ārstniecības iestāde var nonākt labi apmaksātā zonā vai “zaudējumu” zonā un spiesta pielāgot savu atalgojuma sistēmu ar visiem pieejamajiem līdzekļiem.

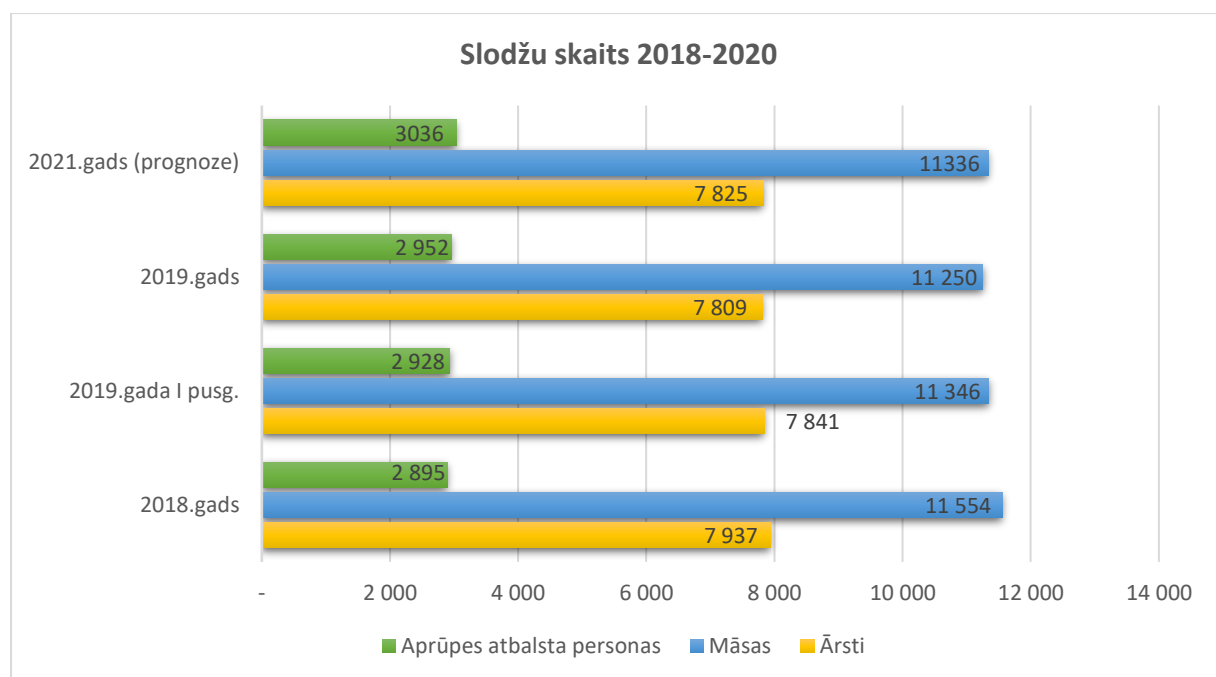
NMPD ir tieši no budžeta finansēta VM tiešās pārvaldes iestāde, kam vienlaicīgi ir arī ārstniecības iestādes statuss un kura organizē un nodrošina neatliekamo medicīnisko palīdzību iedzīvotājiem pirmsslimnīcas etapā visā valsts teritorijā, kā arī organizē un nodrošina

neatliekamo medicīnisko palīdzību gadījumos, ja nepieciešamais medicīniskās palīdzības apjoms pārsniedz ārstniecības iestādes resursu iespējas, kā arī ārkārtas medicīniskajās situācijās un katastrofās. Veicot datu analīzi, NMPD dati atspoguļoti AUS apkopoto datu grafikos kā valsts budžeta iestādes (VBI) informācija.

3.2. Slodžu skaits

Atbilstoši NVD sagatavotajam pārskatam "Pārskats par strādājošo faktisko vidējo atlīdzību, vidējo atalgojumu un vidējo mēneša amat algu un izlietotajiem līdzekļiem atlīdzības pieaugumam"⁹ par 2019. gadu (12 mēnešiem), Latvijas primārās aprūpes, stacionārajās un ambulatorajās (privātajās un publiskajās) ārstniecības iestādēs 2019. gadā tika veikts **ārsta darbs**, kas atbilst **7 808,71** slodzēm¹⁰, **māsu darbs**, kas atbilst **11 250,17** slodzēm un **aprūpes atbalsta personu darbs**, kas atbilst **2 952,25** slodzēm. Kopš 2018. gada ārstu slodžu skaits ir samazinājies par 128 slodzēm jeb 1,6%, māsu skaits par 304 slodzēm jeb 2,6%, aprūpes atbalsta personu skaits pieaudzis par 58 slodzēm jeb 2%, kas nozīmē, ka ārstniecības iestādes piesaista vairāk mazāk kvalificētus darbiniekus, lai kompensētu pacientu aprūpes personu trūkumu valstī.

2020. gadā atbilstoši plānotajam slodžu skaitam no valsts budžeta apmaksāto pakalpojumu sniegšanai pēc štatu saraksta saskaņā ar NVD aprēķiniem plānots nodrošināt **7825** ārstu slodzes, **11 336** māsu slodzes un **3036** aprūpes atbalsta personu slodzes.



3.2. attēls: Slodžu skaits 2018.-2020. gadā.

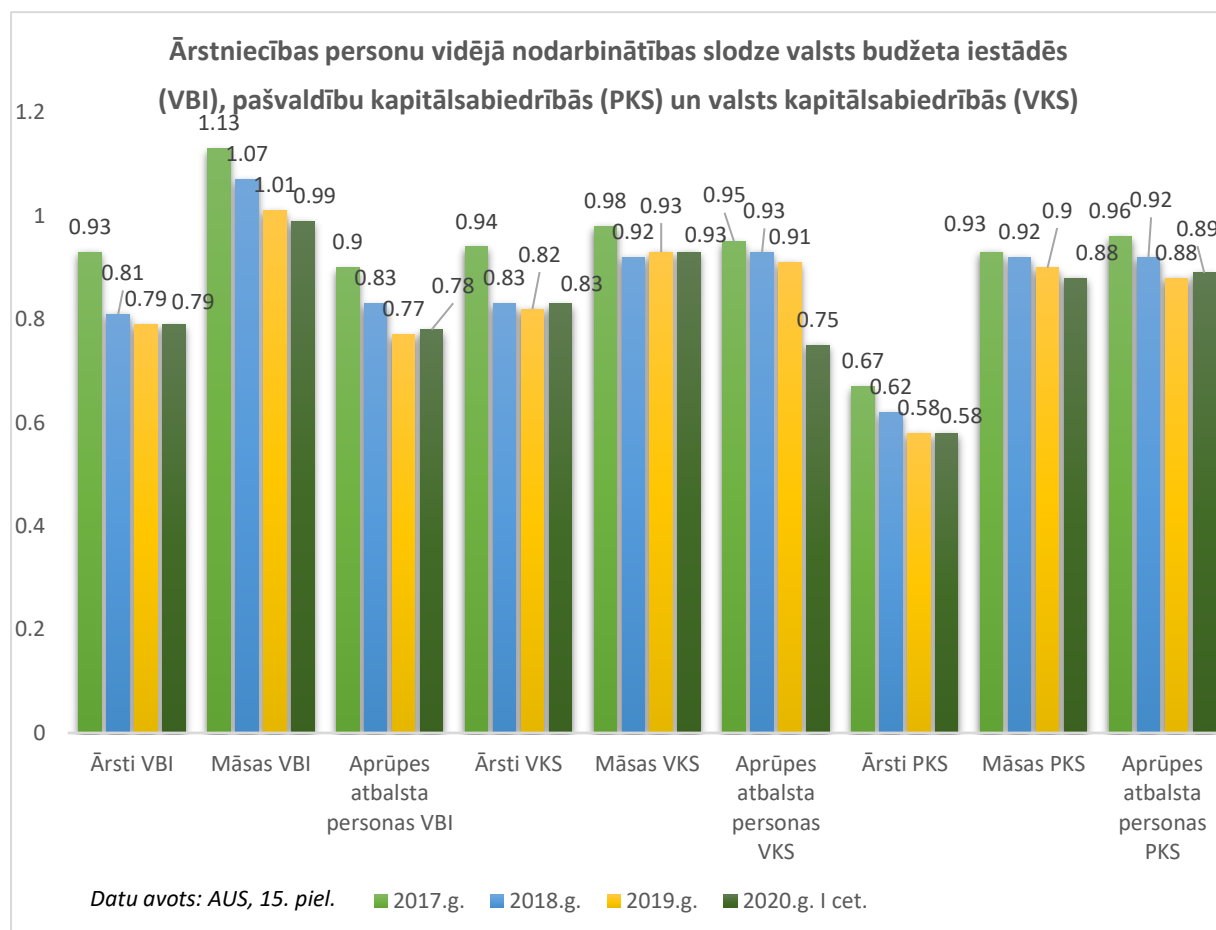
*Piezīme: **Ārsti**: ietver informāciju par sertificētiem un reģistrētiem ārstiem, zobārstiem, funkcionālajiem speciālistiem. **Māsas**: ietver informāciju par sertificētiem un reģistrētiem ārsta palīgiem, māsām, vecmātēm, biomedicīnas laborantiem, radiologa asistentiem, radiogrāferiem, masieriem, ergoterapeita asistentiem,*

⁹ Informācijas apkopojums par iestādēm (valsts, pašvaldības, privāta kapitāla kapitālsabiedrības, ārstu prakses u.c.) , ar kurām NVD ir noslēdzis līgumus par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu (primārā, sekundārā un stacionārā pakalpojumu sniegšana, bez rezidentiem), kur tiek uzskaitīts kopējais pārskata periodā izmaksātais izdevumu apmērs atalgojumam.

¹⁰ Slodžu skaits - normāla un nepilna laika darbiniekiem, kuriem tiek veikta darba laika uzskaitē, vidējais skaits pārrēķināts nosacītās normālā darba laika vienībās, izmantojot informāciju par nostrādātajām stundām.

fizioterapeita asistentiem, zobu higiēnistiem, zobārstniecības māsām, podologiem un zobu tehniķiem. **Aprūpes atbalsta personas:** ietver informāciju par māsu palīgiem un zobārsta asistentiem.

Saskaņā ar AUS datiem, kurus sniedz ārstniecības iestādes, vidējo faktisko nodarbināto skaitu un vidējo darba apmēru slodzēs raksturo tālākie grafiskie attēli.



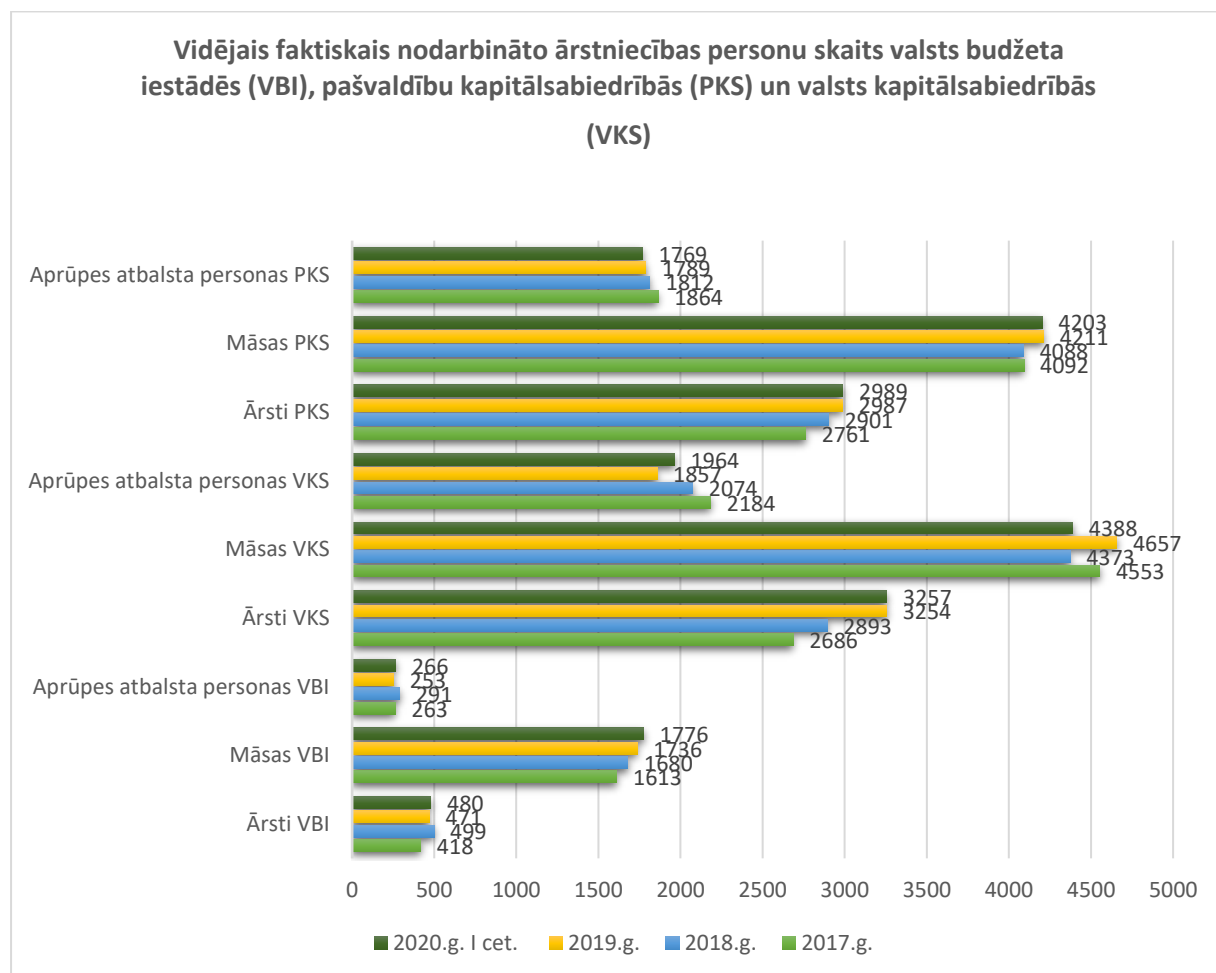
3.3. attēls: Ārstniecības personu vidējā nodarbinātības slodze valsts budžeta iestādēs (VBI), pašvaldību kapitālsabiedrībās (PKS) un valsts kapitālsabiedrībās (VKS).

*Piezīme: **Ārsti:** ietver informāciju par sertificētiem un reģistrētiem ārstiem, zobārstiem, funkcionālajiem speciālistiem un rezidenti. **Māsas:** ietver informāciju par sertificētiem un reģistrētiem ārsta palīgiem, māsām, vecmātēm, biomedicīnas laborantiem, radiologa asistentiem, radiogrāferiem, masieriem, ergoterapeita asistentiem, fizioterapeita asistentiem, zobu higiēnistiem, zobārstniecības māsām, podologiem un zobu tehniķiem. **Aprūpes atbalsta personas:** ietver informāciju par māsu palīgiem un zobārsta asistentiem.*

Analizējot AUS datus, kas atspoguļo ārstniecības personu vidējo nodarbinātības slodzi, var konstatēt kritisku situāciju, ka nozīmīgi atšķiras vidējā nodarbinātības slodze atkarībā no ārsta darbavietas- 2020.gadā valsts kapitālsabiedrībās (galvenokārt 5.līmeņa un specializētās slimnīcas) viens ārsts vidēji strādā 0,83 slodzes un ir tendence slodzes apmēram pieaugt, taču pašvaldības kapitālsabiedrībās viens ārsts vidēji strādā 0,58 slodzes un ir tendence samazināties, kas liecina, ka pašvaldību kapitālsabiedrībās tie praktizēta nodarbinātība uz nepilnu darba slodzi, lai piesaistītu nepieciešamos speciālistus. Savukārt, māsas tiek nodarbinātas tuvāk savai dzīvesvietai (pašvaldību slimnīcās 2020.gadā vidēji 0,88 slodzes, valsts kapitālsabiedrībās 0,93 slodzes, valsts budžeta iestādēs 0,99 slodzes).

Lai noteiktu slodzi, cik vidēji katra no ārstniecības personām strādā, kopējais nostrādāto stundu skaits tiek attiecināts pret nodarbināto skaitu un darba nedēļas ilgumu (40 stundas nedēļā). Kopējās nostrādātās stundas ietver arī nakts stundas, virsstundas un darbu svētku dienās. Jāņem vērā, ka AUS dati satur informāciju tikai no valsts un pašvaldību kapitālsabiedrībām, kurām ir noslēgts līgums ar NVD par valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu iedzīvotājiem, bet tās rīcībā nav informācijas no privātajiem veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, kuriem ir līgumattiecībās ar NVD. Līdz ar to AUS datos norādītā informācija nav tiešā veidā salīdzināma ar informāciju, kura ir NVD rīcībā, savukārt NVD dati satur informāciju par līgumpartneriem, ar kuriem ir slēgti līgumi par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu (valsts, pašvaldības un privātā kapitāla kapitālsabiedrības, ārstu prakses, ģimenes ārstu prakses u.c. pakalpojumu sniedzēji, bet ne rezidenti un valsts iestāžu darbinieki).

Analizējot datus, atbilstoši esošajai sistēmai ārstniecības personas un ārstniecības atbalsta personas ir sagrupētas trīs lielās grupās, apvienojot vairākas savstarpēji nesaistītas profesijas vienā grupā, piemēram, māsu profesija ir apvienota ar masieriem un radiologa asistentiem, kas neļauj pilnvērtīgi analizēt konkrētās profesijas atalgojuma tendences.



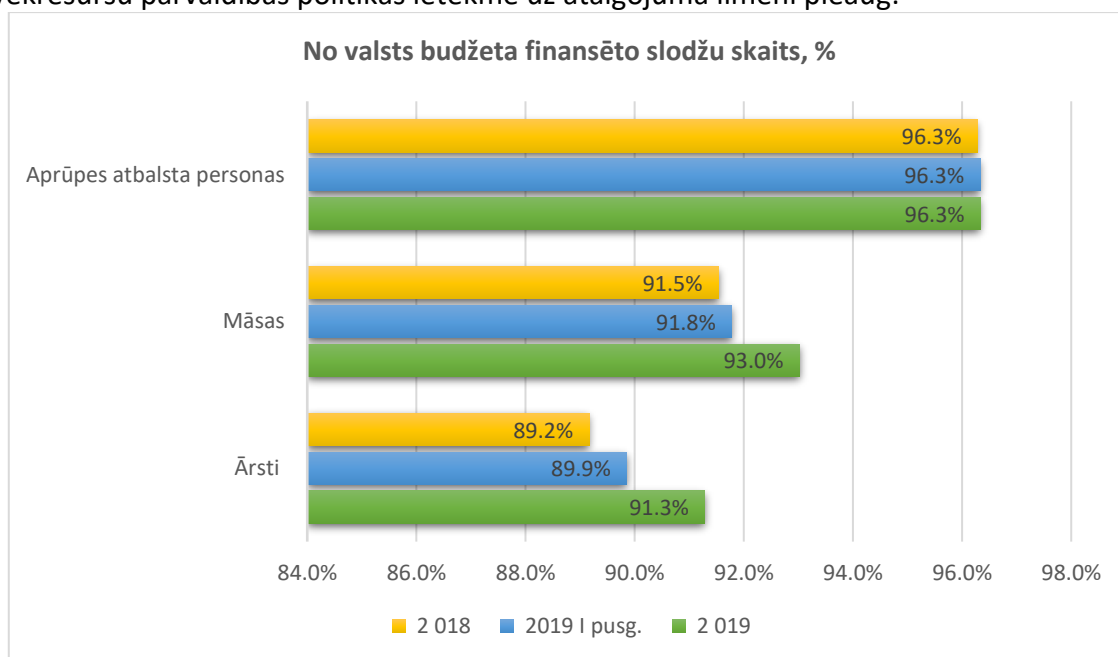
3.4. attēls: Vidējais faktiskais nodarbināto ārstniecības personu skaits valsts budžeta iestādēs (VBI), pašvaldību kapitālsabiedrībās (PKS) un valsts kapitālsabiedrībās (VKS).

*Piezīme: **Ārsti**: ietver informāciju par sertificētiem un reģistrētiem ārstiem, zobārstiem, funkcionālajiem speciālistiem un rezidentiem. **Māsas**: ietver informāciju par sertificētiem un reģistrētiem ārsta palīgiem, māsām, vecmātēm, biomedicīnas laborantiem, radiologa asistentiem, radiogrāferiem, masieriem, ergoterapeita*

asistentiem, fizioterapeita asistentiem, zobu higiēnistiem, zobārstniecības māsām, podologiem un zobu tehniķiem. **Aprūpes atbalsta personas:** ietver informāciju par māsu palīgiem un zobārsta asistentiem.

Kopējā novērojumu tendence no AUS datiem rāda, ka, neskatoties uz papildus ieguldītajiem finanšu resursiem gan veselības aprūpes pakalpojumu skaita un veidu palielinājumiem, gan arī papildus piešķirtajiem finanšu līdzekļiem atalgojuma palielināšanai, samazinās faktiski nostrādātais slodzes apmērs, bet vienlaikus arī palielinās faktiski nodarbināto personu skaits.

Lai arī kopējais slodžu skaits samazinās, no valsts budžeta līdzekļiem finansēto slodžu skaits pieaug, kas saistīts ar veiktajiem pasākumiem valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanai; kopējais samazinājums ir uz ārstniecības iestāžu no pašu ieņēmumiem finansēto slodžu rēķina. Notiek darbaspēka pārvirzīšanās no maksas pakalpojumu segmenta uz valsts apmaksāto pakalpojumu segmentu, līdz ar to valsts cilvēkresursu pārvaldības politikas ietekme uz atalgojuma līmeni pieaug:



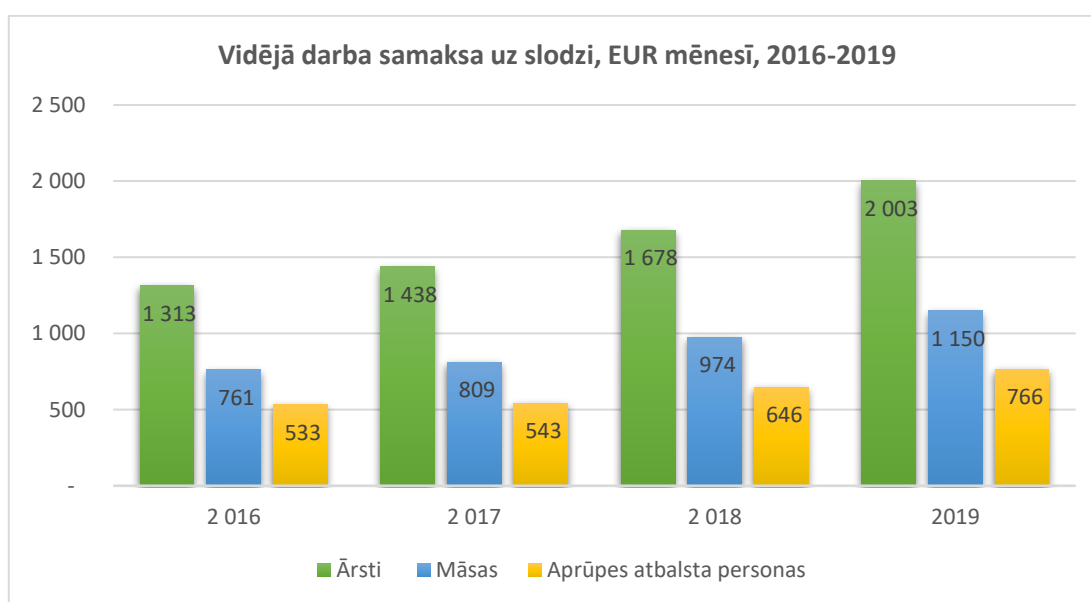
3.5. attēls: No valsts budžeta finansēto slodžu skaits, %.

*Piezīme: **Ārsti:** ietver informāciju par sertificētiem un reģistrētiem ārstiem, zobārstiem, funkcionālajiem speciālistiem. **Māsas:** ietver informāciju par sertificētiem un reģistrētiem ārsta palīgiem, māsām, vecmātēm, biomedicīnas laborantiem, radiologa asistentiem, radiogrāferiem, masieriem, ergoterapeita asistentiem, fizioterapeita asistentiem, zobu higiēnistiem, zobārstniecības māsām, podologiem un zobu tehniķiem. **Aprūpes atbalsta personas:** ietver informāciju par māsu palīgiem un zobārsta asistentiem.*

Ārstniecības iestādes informāciju par nodarbināto nostrādātajām stundām un aprēķināto darba samaksu sniedz arī VID. Arī VID datus atspoguļots tikai kopējais nostrādāto stundu skaits, neizdalot virsstundas, nakts stundas u.c. Šī informācija ir analizēta tālāk.

3.3. Atalgojuma līmenis un izmaiņas

2019. gadā vidējā darba samaksa uz slodzi ārstniecības iestādēs un ārstu praksēs, kuras veic no valsts budžeta apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus, **ārstiem** bija 2 003 EUR, **māsām** – 1 150 EUR, **aprūpes atbalsta personām** – 766 EUR.



3.6. attēls: Vidējā darba samaksa uz slodzi, EUR mēnesī, 2016.-2019. gadā.

Šobrīd ārstniecības iestādes līdzīgu informāciju sniedz vairākām valsts iestādēm, kuras to izmanto atbilstoši savai darba specifikai – šī situācija ir jāmaina, optimizējot gan ārstniecības iestāžu darbu, gan arī radot iespēju iestādēm interpretēt identiskus datus, lai informācija būtu savstarpēji salīdzināma.

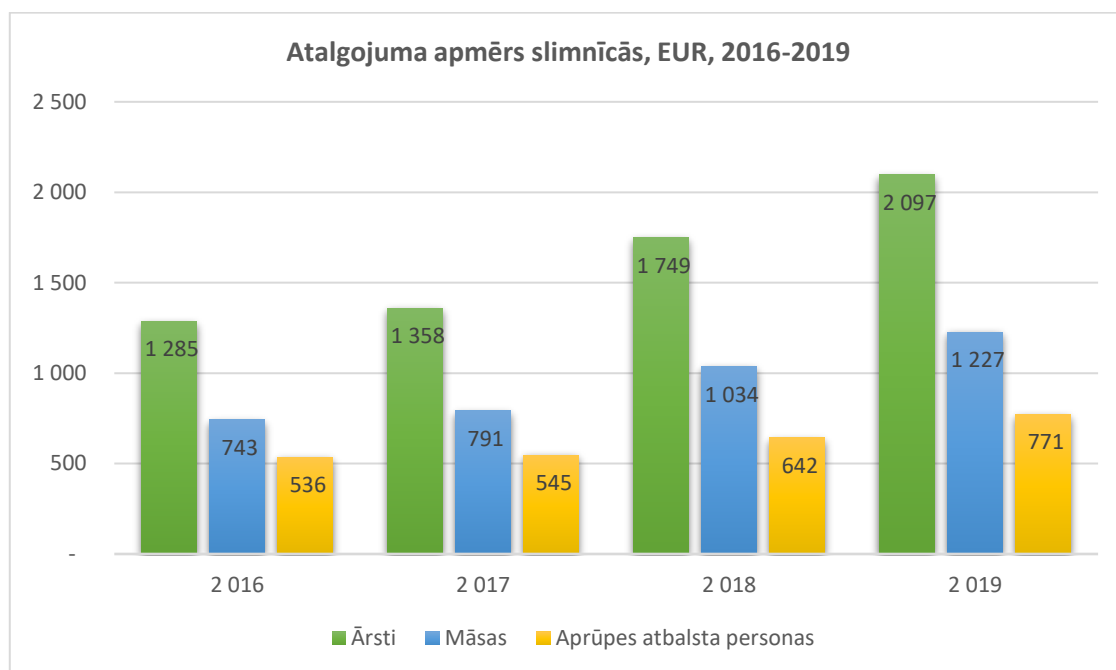
*Piezīme: **Ārsti**: ietver informāciju par sertificētiem un reģistrētiem ārstiem, zobārstiem, funkcionālajiem speciālistiem. **Māsas**: ietver informāciju par sertificētiem un reģistrētiem ārsta palīgiem, māsām, vecmātēm, biomedicīnas laborantiem, radiologa asistentiem, radiogrāferiem, masieriem, ergoterapeita asistentiem, fizioterapeita asistentiem, zobu higiēnistiem, zobārstniecības māsām, podologiem un zobu tehniķiem. **Aprūpes atbalsta personas**: ietver informāciju par māsu palīgiem un zobārsta asistentiem.*

Ārstniecības personu atalgojums kopš 2016. gada pastāvīgi pieaug. Ārstu atalgojums ir pieaudzis 1,53 reizes, māsām 1,51 reizi, aprūpes atbalsta personām – 1,44 reizes. Visstraujāk atalgojums ir pieaudzis 2019. un 2018. gadā.

Ja salīdzina stacionārās iestādes un ambulatorās iestādes (t.sk. ārstu prakses), tad straujākais atalgojuma kāpums un augstākais atalgojums ir stacionārajās ārstniecības iestādēs. Ārstu atalgojums slimnīcās kopš 2016. gada līdz 2019. gadam ir pieaudzis **1,63 reizes** (vidēji veselības aprūpes nozarē 1,53, ambulatorajās iestādēs 1,36 reizes), māsām **1,65** reizi (vidēji nozarē 1,51, ambulatorajās iestādēs- 1,23 reizi), aprūpes atbalsta personām – **1,44** reizes (vidēji nozarē 1,44 reizes, ambulatorajās iestādēs- 1,41 reizi).

Atalgojums slimnīcās **ārstiem** 2019. gadā bija par 12 % lielāks nekā ambulatorajās iestādēs un ģimenes ārstu praksēs (slimnīcās vidējais atalgojums - 2097 EUR, ambulatorajās iestādēs 1871 EUR), savukārt 2016. gadā ambulatorajās iestādēs vidējais atalgojums bija par 7% lielāks nekā slimnīcās (slimnīcās 1285 EUR, ambulatorajās iestādēs - 1374 EUR).

Atalgojums slimnīcās **māsām** 2019. gadā bija par 22 % lielāks nekā ambulatorajās iestādēs un ģimenes ārstu praksēs (slimnīcās vidējais atalgojums - 1227 EUR, ambulatorajās iestādēs 1009 EUR), savukārt 2016. gadā ambulatorajās iestādēs vidējais atalgojums bija par 11% lielāks nekā slimnīcās (slimnīcās 743 EUR, ambulatorajās iestādēs - 823 EUR).

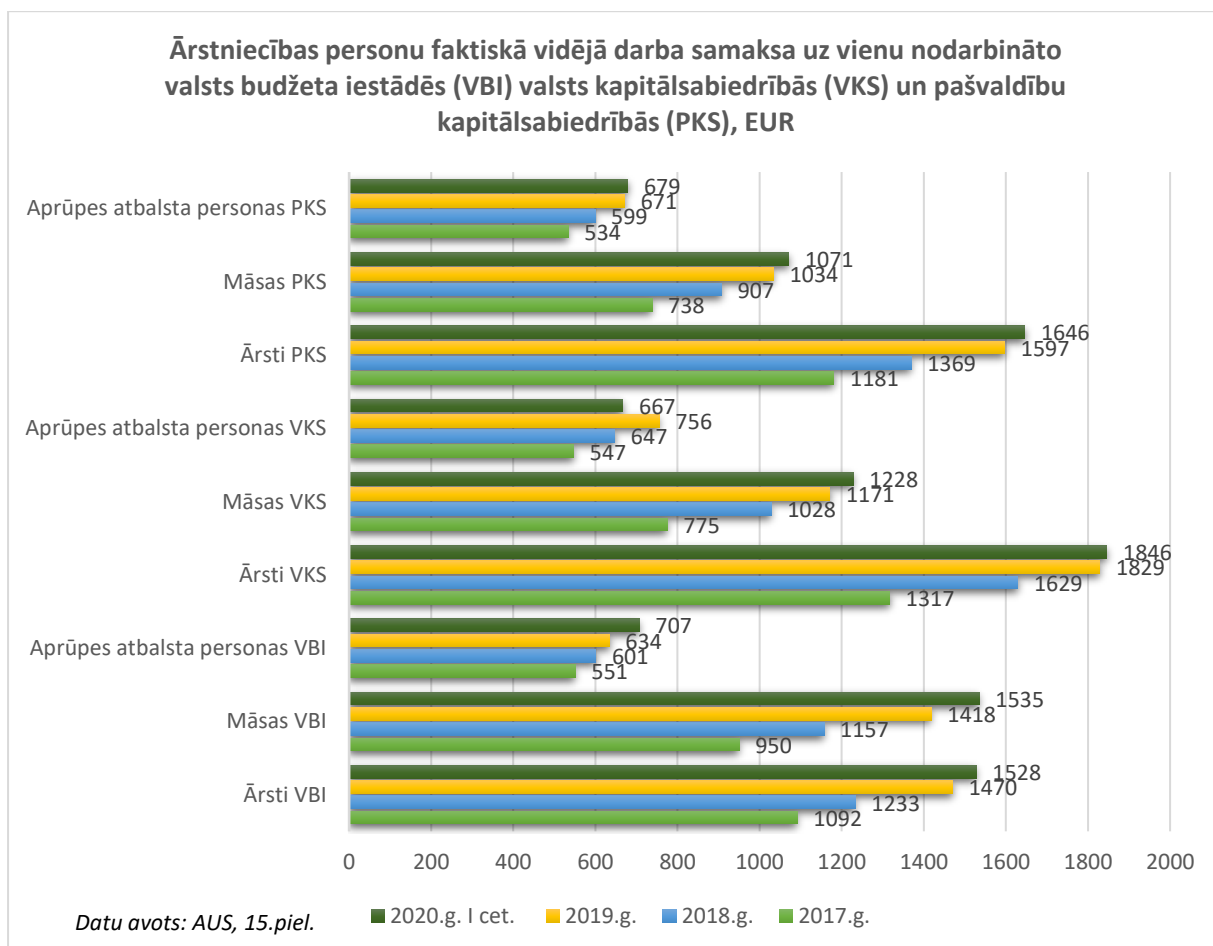


3.7. attēls: Atalgojuma apmērs slimnīcās, EUR, 2016. - 2019. gadā.

*Piezīme: **Ārsti**: ietver informāciju par sertificētiem un reģistrētiem ārstiem, zobārstiem, funkcionālajiem speciālistiem. **Māsas**: ietver informāciju par sertificētiem un reģistrētiem ārsta palīgiem, māsām, vecmātēm, biomedicīnas laborantiem, radiologa asistentiem, radiogrāferiem, masieriem, ergoterapeita asistentiem, fizioterapeita asistentiem, zobu higiēnistiem, zobārstniecības māsām, podologiem un zobu tehniķiem. **Aprūpes atbalsta personas**: ietver informāciju par māsu palīgiem un zobārsta asistentiem.*

Kopš 2016. gada nozīmīgi ir izmainījusies atalgojuma apmēra attiecība starp slimnīcām un ambulatorajām iestādēm – papildu finansējums atalgojuma palielinājumam vairāk ir novirzīts stacionārajām ārstniecības iestādēm nekā ambulatorajām, kā rezultātā 2019.gadā vidējais atalgojums slimnīcās ir augstāks kā ambulatorajās iestādēs (2016.gadā - pretēja situācija).

Savukārt AUS datus par darba samaksas lielumu raksturo tālākie grafiskie attēli.



3.8. attēls: Ārstniecības personu faktiskā vidējā darba samaksa uz vienu nodarbināto valsts budžeta iestādēs (VBI) valsts kapitālsabiedrībās (VKS) un pašvaldību kapitālsabiedrībās (PKS), EUR.

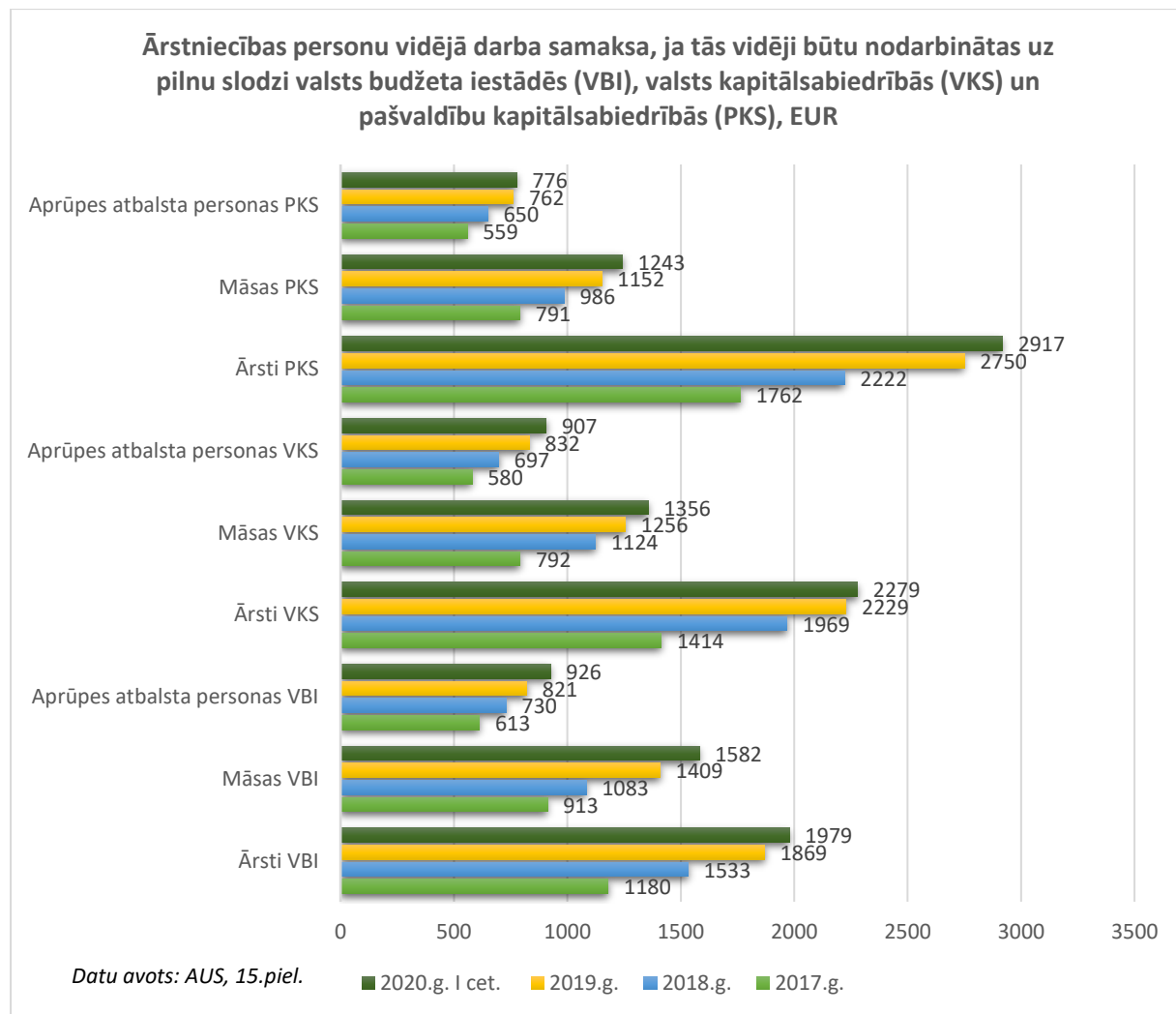
*Piezīme: **Ārsti**: ietver informāciju par sertificētiem un reģistrētiem ārstiem, zobārstiem, funkcionālajiem speciālistiem un rezidentiem. **Māsas**: ietver informāciju par sertificētiem un reģistrētiem ārsta palīgiem, māsām, vecmātēm, biomedicīnas laborantiem, radiologa asistentiem, radiogrāferiem, masieriem, ergoterapeita asistentiem, fizioterapeita asistentiem, zobu higiēnistiem, zobārstniecības māsām, podologiem un zobu tehniķiem. **Aprūpes atbalsta personas**: ietver informāciju par māsu palīgiem un zobārsta asistentiem.*

Nosakot vidējo darba samaksu uz vienu nodarbināto vidēji mēnesī, tiek ņemts vērā darba samaksai iztērēto līdzekļu apmērs konkrētā laika periodā un attiecināts pret kopējo faktiski nodarbināto skaitu konkrētajā laika periodā. Tas parāda, cik vidēji liela bruto darba samaksa ir katram nodarbinātajam, taču ne visos gadījumos šī samaksa ir par pilnu darba slodzi. Savukārt, lai pieprasītu papildu līdzekļus darba samaksas nodrošināšanai no valsts budžeta, tiek izmantots pilnas slodzes rādītājs.

Iepriekšējie attēli parāda - neskatoties uz to, ka būtisks līdzekļu apmērs tiek ieguldīts ārstniecības personu atalgojuma palielināšanā un pieaug valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu apjoms, katastrofāli trūkst ārstniecības personu, kuras sniedz šos pakalpojumus. Arī papildu līdzekļi nav spējuši piesaistīt papildu ārstniecības personas, kā rezultātā vērojama tendence, ka, neskatoties uz straujo darba samaksas pieaugumu, **samazinās vidējā slodze vienai personai pie viena darba devēja, kas attiecīgi arī ietekmē darba samaksas apmēru**. No minētajiem datiem nav iespējams noteikt, pie cik darba devējiem konkrētā persona ir nodarbināta vienlaikus, līdz ar ko kopējais nodarbināto personu skaits var būt atšķirīgs no faktiski nodarbināto personu skaita, kuras sniedz valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus.

Jāņem vērā, ka slodzes apmērs uz 1 nodarbināto ir rēķināts no iestāžu uzrādītā faktiski nostrādāto stundu skaita, no kurām nav iespējams nodalīt virsstundas, un tiek pieņemts, ka slodze ir darbs, kas tiek veikts 40 stundas nedēļā. Aprēķinos nav veiktas arī korekcijas par tiem nodarbinātajiem, kuriem ir noteikta darba slodze 36 stundas nedēļā.

Analizējot ārstniecības iestāžu sniegto datus no cita skatupunkta, ir iespējams aprēķināt, cik ārstniecības persona varētu nopelnīt, ja tā vidēji būtu strādājusi pilnu darba slodzi pie darba devēja, kas atspoguļots 3.9. attēlā.



3.9. attēls: Ārstniecības personu vidējā darba samaksa, ja tās vidēji būtu nodarbinātas uz pilnu slodzi valsts budžeta iestādēs (VBI), valsts kapitālsabiedrībās (VKS) un pašvaldību kapitālsabiedrībās (PKS), EUR.

*Piezīme: **Ārsti**: ietver informāciju par sertificētiem un reģistrētiem ārstiem, zobārstiem, funkcionālajiem speciālistiem un rezidenti. **Māsas**: ietver informāciju par sertificētiem un reģistrētiem ārsta palīgiem, māsām, vecmātēm, biomedicīnas laborantiem, radiologa asistentiem, radiogrāferiem, masieriem, ergoterapeita asistentiem, fizioterapeita asistentiem, zobu higiēnistiem, zobārstniecības māsām, podologiem un zobu tehniķiem. **Aprūpes atbalsta personas**: ietver informāciju par māsu palīgiem un zobārsta asistentiem.*

Minētā aplēse ir vairāk teorētiska, īpaši ņemot vērā kopā nostrādāto stundu skaitu, no kura nav iespējams nodalīt virsstundu darbam patērēto laiku. Taču vienlaikus tā parāda, ka, ja ārstniecības personai būtu iespēja strādāt pilnu darba laika slodzi, tad atsevišķos gadījumos darba samaksas atšķirības svārstītos pat līdz 77% (ārsta darba samaksa pašvaldību

kapitālsabiedrībā pilna laika vienībās 2020. gada 1. ceturksnī (2917 *euro*) attiecināta pret vidējo faktisko samaksu uz vienu strādājošo (1646 *euro*)). Arī medmāsu darba samaksai vērojama līdzīga aina - medmātai, kura nodarbināta valsts kapitālsabiedrībā šī starpība būtu 10% (medmāsu darba samaksa valsts kapitālsabiedrībā (1356 *euro*) par pilnu laiku 2020. gada 1. ceturksnī attiecinot pret vidējo faktisko samaksu uz vienu strādājošo (1228 *euro*)).

Korektu, pilnvērtīgu datu trūkums nedod iespēju precīzi noteikt, vai valsts piešķirtie līdzekļi ārstniecības personu darba samaksas palielinājumam ir sasnieguši tiem izvirzīto mērķi pilnā vai daļējā apmērā un bieži var radīt mulsinošu priekšstatu par reālo situāciju.

Katrs no datu avotiem (NVD vai AUS) nedaudz atšķiras, piemēram, atšķiras sektori, par kuriem dati tiek sniegti (piemēram, ārstniecības personu darba samaksa privātajās ārstniecības iestādēs, kuras sniedz valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus, un ģimenes ārstu prakses nav AUS tvērumā, bet gan tikai NVD rīcībā u.tml.), nav viennozīmīgas izpratnes, kurā no nodarbināto grupām tiek ietverti rezidenti u.tml.

Arī VID datos ir vērojamas atšķirības no NVD un AUS datiem, jo VID dati tiek sniegti pēc nodokļu maksātājiem, t.i., tie ir pilnībā personificēti.

Lai novērstu konstatētās datu atšķirības, kā arī nākotnē atvieglotu ārstniecības iestāžu datu sniegšanu, ir nepieciešama datu konsolidācija, to iesniegšanas vietu samazināšanu un jādefinē skaidrāki nosacījumi par datu tvērumu un to turpmāku izmantošanu no viena datu avota.

3.4. Atalgojuma izmaiņas pret noteikto mērķa algu

Atbilstoši politikas plānošanas dokumentiem, ārstu vidējai darba samaksai 2021. gadā ir jāatbilst **divkārtšai tautsaimniecībā nodarbināto vidējai darba samaksai**¹¹. Māsu darba samaksai nepieciešams sasniegt 60%, bet aprūpes atbalsta personu vidējā darba samaksai nepieciešams sasniegt 40% no ārstu un funkcionālo speciālistu vidējās darba samaksas, lielāku finansējuma apjomu paredzot stacionārajām ārstniecības iestādēm¹².

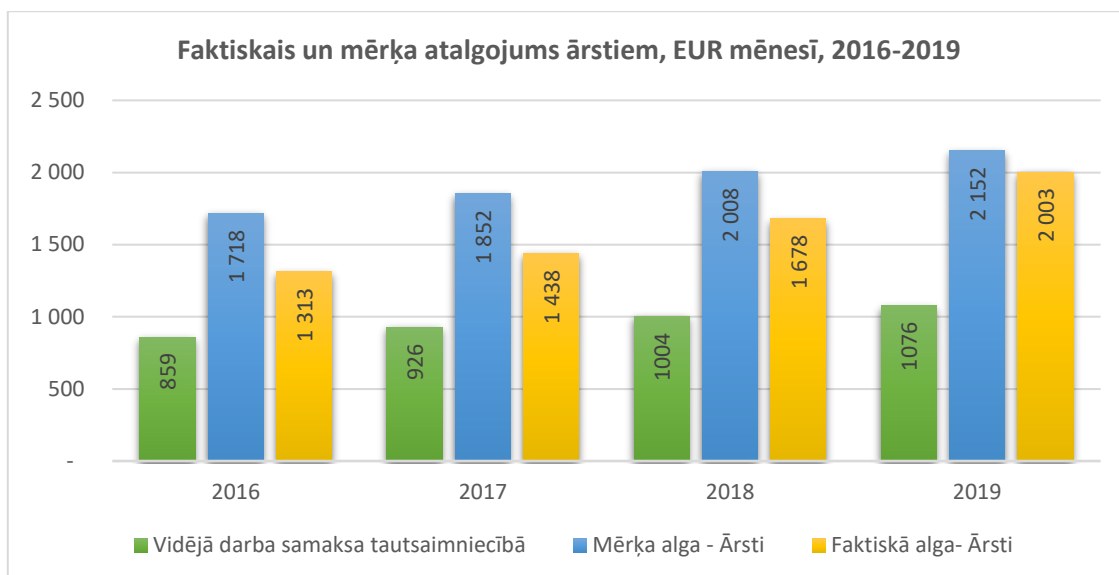
2019. gadā vidējā tautsaimniecībā nodarbināto darba samaksa Latvijā bija **1076 EUR**¹³, kas nozīmē, ka mērķa alga 2019. gadā būtu **2152 EUR**, māsām **1291 EUR**, aprūpes atbalsta personām - **861 EUR**.

Kopš 2016. gada, atbilstoši konceptuālajā ziņojumā "Par veselības aprūpes sistēmas reformu" minētajam, samazinās starpība starp noteiktajām mērķa algām un faktisko atalgojumu, kā arī tiek realizēts mērķis lielāku finansējuma apjomu paredzēt stacionārajām ārstniecības iestādēm (3.10. un 3.11. attēls).

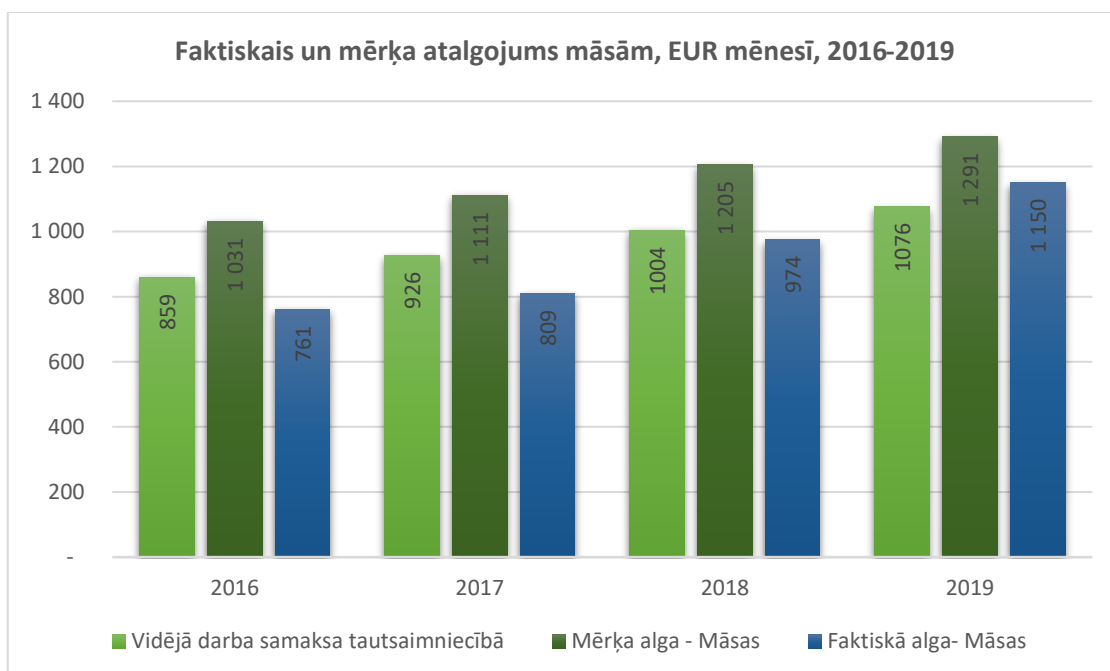
¹¹ Valdības rīcības plāna Deklarācijas par Artura Krišjāņa Kariņa vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību īstenošanai 136.1. pasākuma 2. punkts.

¹² Konceptuālā ziņojuma "Par veselības aprūpes sistēmas reformu", kas apstiprināts ar MK 2017. gada 7. augusta rīkojumu Nr. 394, 281.punkts.

¹³ <https://www.csb.gov.lv/lv/statistika/statistikas-temas/socialie-procesi/darba-samaksa/meklet-tema/2635-darba-samaksas-parmainas-2019-gada-4>.



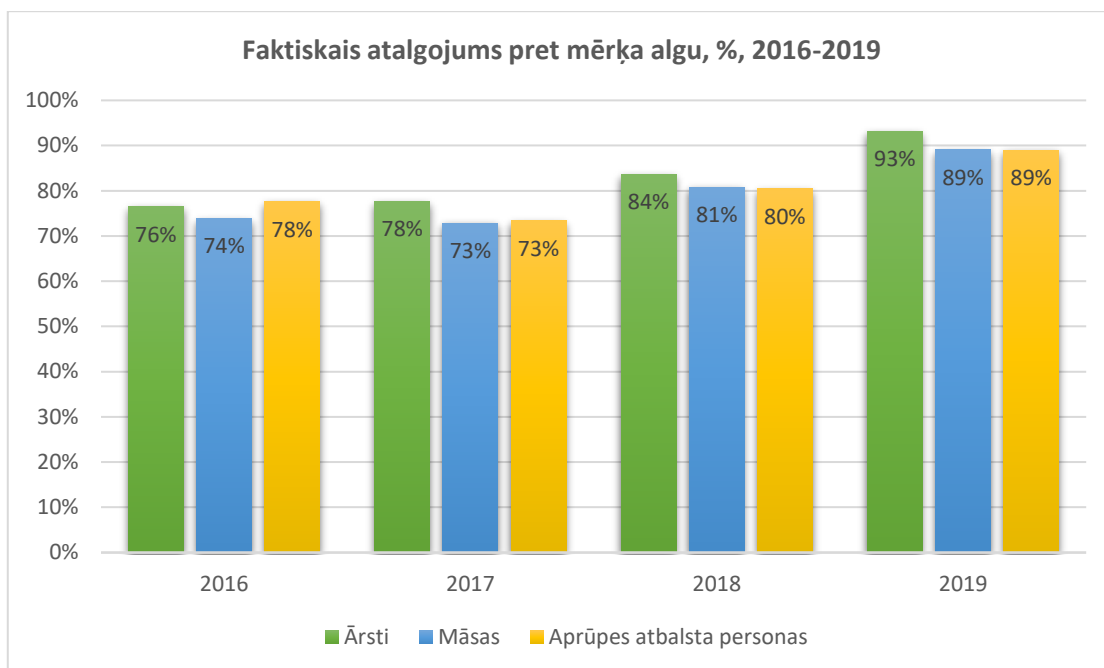
3.10. attēls: Faktiskais un mērķa atalgojums ārstiem, EUR mēnesī, 2016. - 2019. gadā.



3.11. attēls: Faktiskais un mērķa atalgojums māsām, EUR mēnesī, 2016. - 2019. gadā.

*Piezīme: **Ārsti:** ietver informāciju par sertificētiem un reģistrētiem ārstiem, zobārstiem, funkcionālajiem speciālistiem. **Māsas:** ietver informāciju par sertificētiem un reģistrētiem ārsta palīgiem, māsām, vecmātēm, biomedicīnas laborantiem, radiologa asistentiem, radiogrāferiem, masieriem, ergoterapeita asistentiem, fizioterapeita asistentiem, zobu higiēnistiem, zobārstniecības māsām, podologiem un zobu tehniķiem. **Aprūpes atbalsta personas:** ietver informāciju par māsu palīgiem un zobārsta asistentiem.*

2016. gadā faktiskais atalgojums bija 76% no mērķa atalgojuma ārstiem, 74% māsām, 78% aprūpes atbalsta personām. Ārstniecības personu atalgojuma mērķtiecīgas palielināšanas rezultātā 2019. gadā ārsta atalgojums bija 93% no mērķa atalgojuma (+17 procentpunkti pret 2016. gadu), māsām 89% no mērķa atalgojuma (+15 procentpunkti) un aprūpes atbalsta personām 89% no mērķa atalgojuma (+12 procentpunkti). Visstraujākais pieaugums attiecībā pret mērķa atalgojumu ir sasniegts 2019. gadā. No ārstniecības personām visstraujākais atalgojuma kāpums ir ārstiem (3.12. attēls).



3.12. attēls: Faktiskais atalgojums pret mērķa algu, %, 2016. - 2019. gadā.

*Piezīme: **Ārsti**: ietver informāciju par sertificētiem un reģistrētiem ārstiem, zobārstiem, funkcionālajiem speciālistiem. **Māsas**: ietver informāciju par sertificētiem un reģistrētiem ārsta palīgiem, māsām, vecmātēm, biomedicīnas laborantiem, radiologa asistentiem, radiogrāferiem, masieriem, ergoterapeita asistentiem, fizioterapeita asistentiem, zobu higiēnistiem, zobārstniecības māsām, podologiem un zobu tehniķiem. **Aprūpes atbalsta personas**: ietver informāciju par māsu palīgiem un zobārsta asistentiem.*

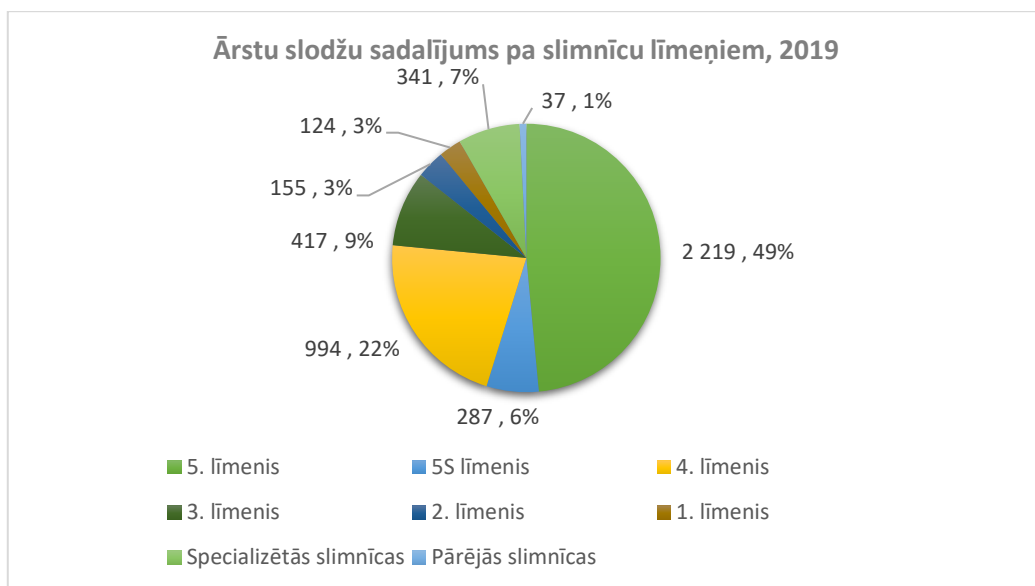
Līdz 2019. gadam ir realizēta plānošanas dokumentos noteikto mērķu izpilde, nodrošināta faktiskā atalgojuma tuvināšanās mērķa atalgojumam, nodrošināts straujāks atalgojuma pieaugums stacionārajās ārstniecības iestādēs.

3.5. Veiktais darba apjoms

Analizējot ārstu slodžu skaitu pēc slimnīcu līmeņiem, var secināt, ka 49% jeb 2 219 slodzes tiek nodarbinātas 5. līmeņa¹⁴ slimnīcās, kopā ar 5. līmeņa specializētajām slimnīcām un 4. līmeņa reģionālajām slimnīcām - 3500 slodzes jeb 77% no visām slimnīcu slodzēm (3.13. un 3.14. attēls).

77% no slimnīcās nodarbinātajiem ārstiem strādā 13 lielākajās Latvijas slimnīcās (kopā no 40 slimnīcām), kurās hospitalizē 76% no kopējā pacientu skaita.

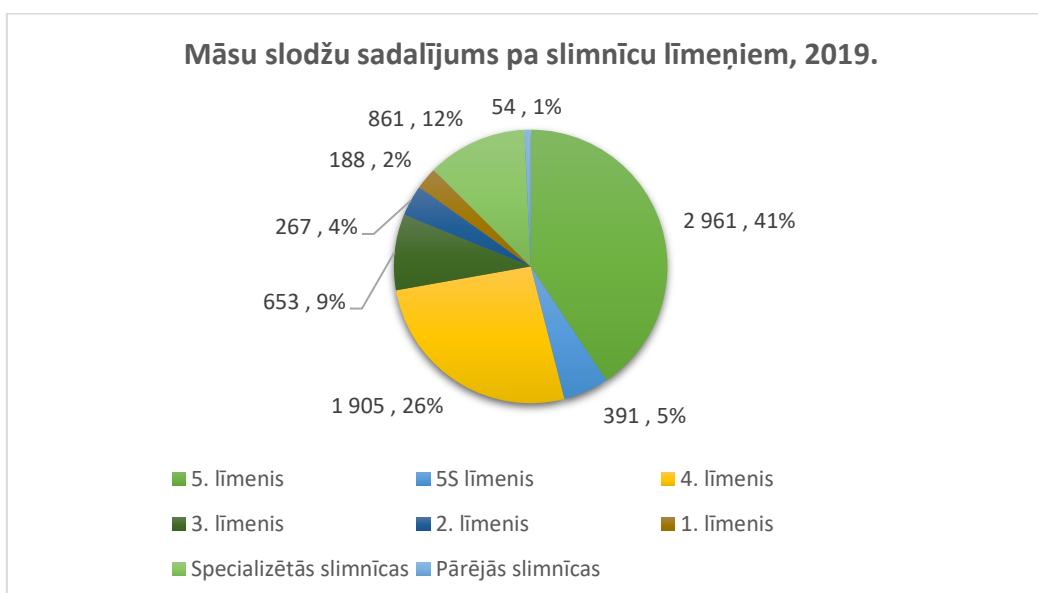
¹⁴ Atbilstoši MK 2018. gada 28. augusta noteikumu Nr. 555 "Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība" 6.pielikumam.



3.13. attēls: Ārstu slodžu sadalījuma pa slimnīcu līmeņiem 2019. gadā.

Analizējot māsu slodžu skaitu pēc slimnīcu līmeņiem, var secināt, ka 41% jeb 2 961 slodzes tiek nodarbinātas 5. līmeņa slimnīcās (proporcija ir mazāka nekā ārstiem), kopā ar 5. līmeņa specializētajām slimnīcām un 4. līmeņa reģionālajām slimnīcām - 5 257 slodzes jeb 72% no visām slimnīcu slodzēm, t.i. 72% māsu strādā 33% lielākajās Latvijas slimnīcās.

Ja ārstu skaits (77% no kopējā slodžu skaita) lielākajās Latvijas slimnīcās pārsniedz hospitalizāciju skaitu šajās slimnīcās (76%), tad ārstniecības un pacientu aprūpes personu skaits ir mazāks (72% no kopējā ārstniecības un pacientu aprūpes personu skaita).

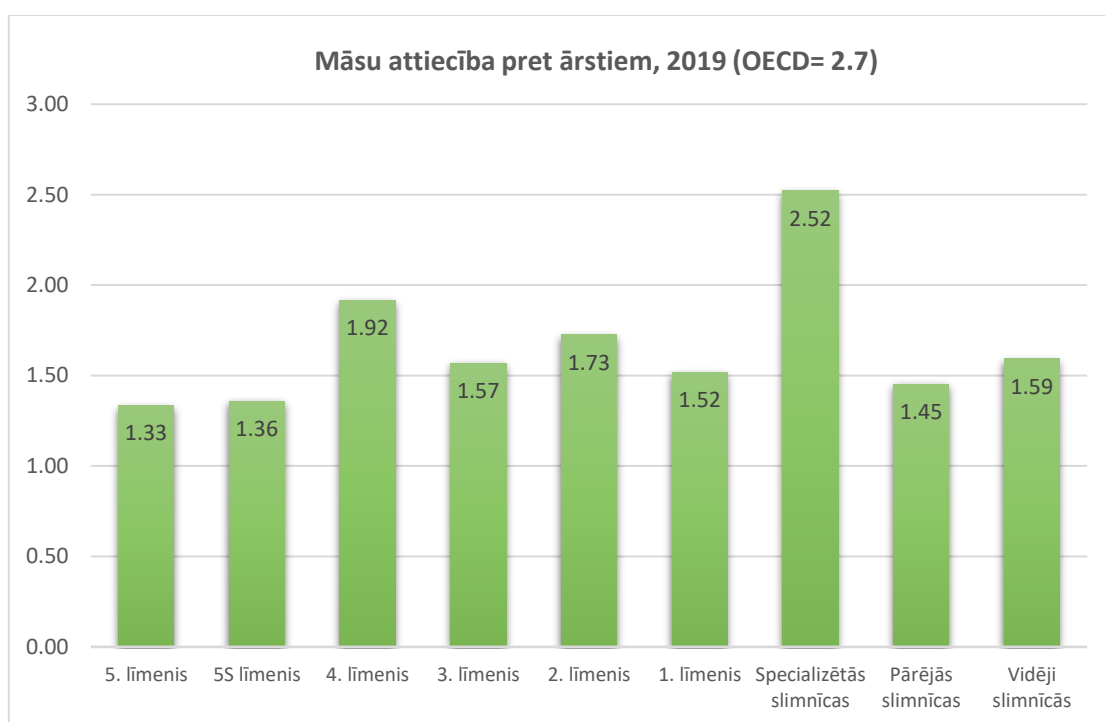


3.14. attēls: Māsu slodžu sadalījums pa slimnīcu līmeņiem 2019. gadā.

Atbilstoši OECD datiem, Latvijas ārstu skaits uz 1000 iedzīvotājiem ir 3.2, kas ir tuvu OECD vidējam rādītājam (3.5), taču **ārstu vidējais vecums ir 3. augstākais OECD valstu starpā (48% ārstu ir vecāki par 55 gadiem)**¹⁵.

Latvijas māsu skaits uz 1000 iedzīvotājiem ir 4.6, kas ir atšķirīgs gan no OECD vidējā rādītāja (8.8), gan no Lietuvas (7.7) un Igaunijas (6.2)¹⁶.

Atbilstoši OECD salīdzinošajiem datiem ir secināms, ka Latvijas ārstu skaits atbilst vidējam OECD rādītājam, taču māsu skaits ir kritiski zems un ir nepieciešams veikt pasākumus ārstniecības un pacientu aprūpes personu skaita palielināšanai. Latvijā ir nepietiekams māsu skaits (t.i. 2 reizes mazāks nekā OECD vidējais), māsas nav sadalītas par labu terciārā un reģionālā līmeņa slimnīcām (esošās izvēlas mazāk intensīvu darbu zemāka līmeņa slimnīcās) un māsu atalgojuma līmenis nepieaug tik strauji kā ārstu atalgojums.



3.15. attēls: Māsu attiecība pret ārstiem, 2019 (OECD= 2.7).

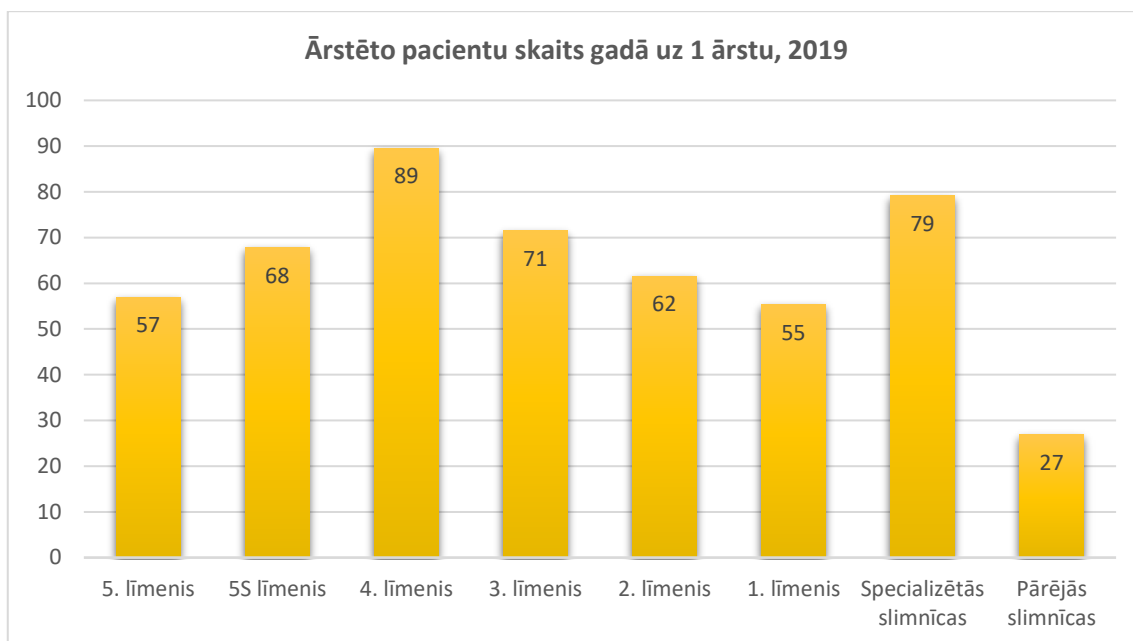
*Piezīme: **Ārsti**: ietver informāciju par sertificētiem un reģistrētiem ārstiem, zobārstiem, funkcionālajiem speciālistiem. **Māsas**: ietver informāciju par sertificētiem un reģistrētiem ārsta palīgiem, māsām, vecmātēm, biomedicīnas laborantiem, radiologa asistentiem, radiogrāferiem, masieriem, ergoterapeita asistentiem, fizioterapeita asistentiem, zobu higiēnistiem, zobārstniecības māsām, podologiem un zobu tehniķiem. **Aprūpes atbalsta personas**: ietver informāciju par māsu palīgiem un zobārsta asistentiem.*

Vērtējot **māsu** attiecību pret **ārstu** skaitu pēc slimnīcu līmeņiem, var konstatēt, ka starp slimnīcu līmeņiem ir lielas atšķirības - 5. līmeņa slimnīcas (universitātes slimnīcas un specializētās) proporcija ir 1.33 līdz 1.36 uz ārstu, bet 4. un 2. līmeņa slimnīcās 1,73 – 1.92, kas atbilst OECD vidējam rādītājam¹⁷. Lai arī Latvijas vidējais rādītājs **māsu** skaits pret **ārstu** skaitu ir 2.16, taču ir novērojamas lielas atšķirības starp dažādu līmeņu slimnīcām.

¹⁵ Health at a Glance 2019, OECD, 2019 (173.-175.lpp.)

¹⁶ Health at a Glance 2019, OECD, 2019 (179. lpp.)

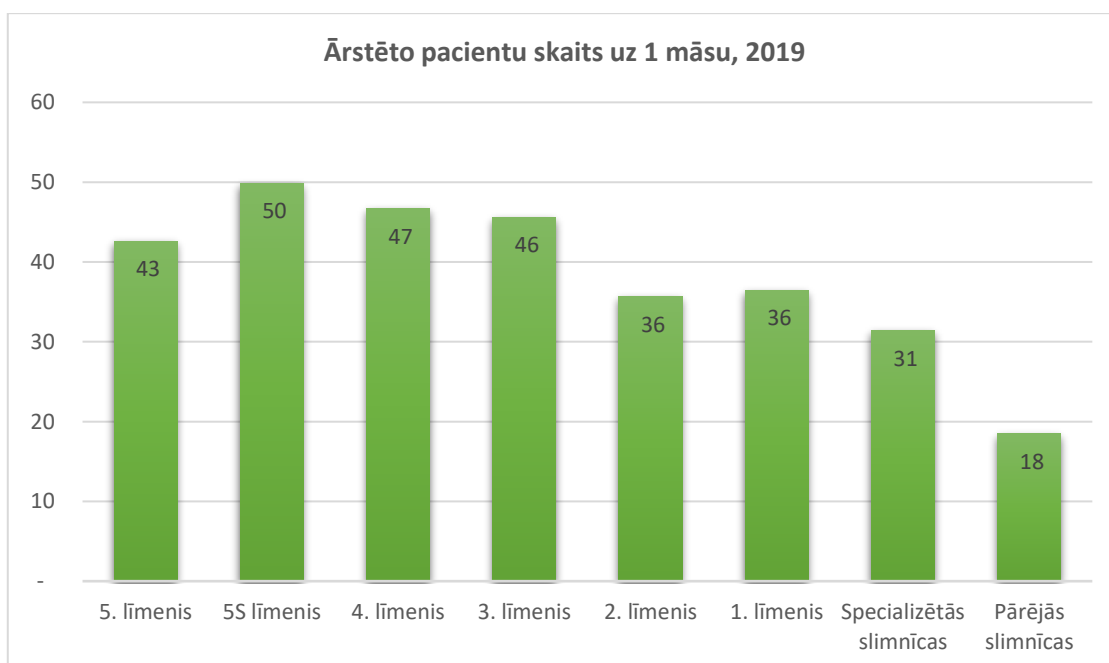
¹⁷ Turpat.



3.16. attēls: Ārstēto pacientu skaits gadā uz 1 ārstu 2019. gadā.

Vērtējot atsevišķi ārstēto pacientu skaitu uz vienu ārstu, novērojama darba sarežģītībai un intensitātei atbilstoša attiecība starp terciārā un reģionālā līmeņa slimnīcām, taču zemākā līmeņa slimnīcās ārstēto pacientu skaits uz 1 ārstu ir ļoti zems.

Lai arī ārstu skaits uz 1000 iedzīvotājiem atbilst OECD vidējiem rādītājiem, ir novērojama ievērojama atšķirība starp Latvijas slimnīcu līmeņiem – neskatoties uz pacientu ārstniecības sarežģītības līmeņa atšķirībām, aprūpes līmeņa slimnīcās ārstu skaits uz pacientu skaitu ir līdzvērtīgs terciārā līmeņa slimnīcām.

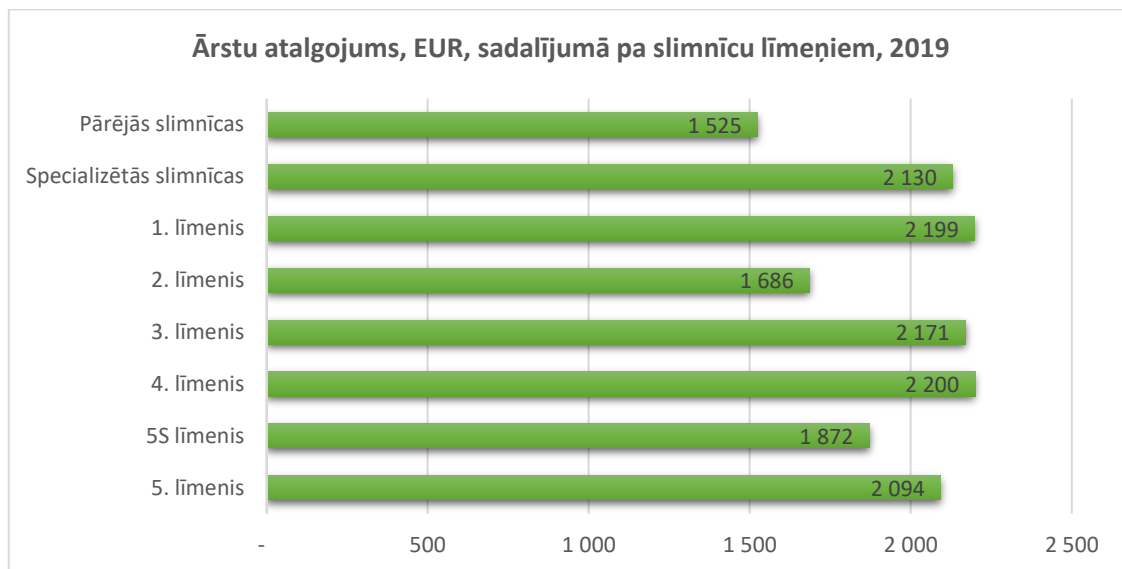


3.17. attēls: Ārstēto pacientu skaits uz 1 māsu 2019. gadā.

Vērtējot ārstēto pacientu skaitu uz vienu māsu, novērojams, ka starp slimnīcu līmeņiem nav novērojama tik liela atšķirība, kā, vērtējot ārstēto pacientu skaitu uz vienu ārstu. 3. - 5. līmeņa slimnīcās tiek ārstēts līdzīgs pacientu skaits uz vienu māsu, kamēr 1., 2. un specializētajās slimnīcās ārstēts pat mazāks pacientu skaits uz māsu kā 5. līmeņa slimnīcās.

3.6. Atalgojums dažādu līmeņu slimnīcās

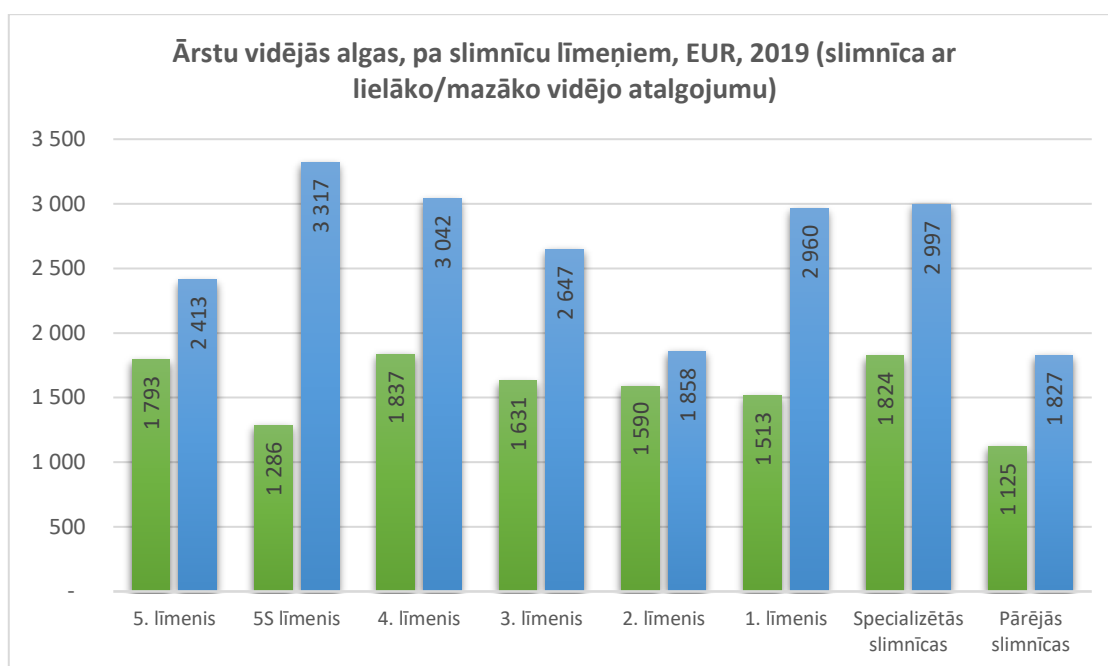
Lai arī vidējais Latvijas ārstu atalgojums tuvojas noteiktajam mērķa atalgojumam (vidējais ārsta atalgojums 2019. gadā bija 2003 EUR, stacionārajās ārstniecības iestādēs- 2097 EUR, kas ir 97% no mērķa atalgojuma), ir konstatējamas lielas atšķirības starp ārstniecības iestādēm (3.18. attēls).



3.18. attēls: Ārstu atalgojums, EUR, sadalījumā pa slimnīcu līmeņiem 2019. gadā.

Lai arī 2019. gadā 21 no 40 slimnīcām ir nodrošinājuši valdības deklarācijā izvirzīto mērķi par mērķa atalgojumu, nav novērojama tieša korelācija starp vidējā atalgojuma līmeni un slimnīcas līmeni, tieši otrādi - zemākā līmeņa slimnīcas ārstiem var maksāt lielāku atalgojumu kā 5. līmeņa slimnīcās, neskatoties uz mazāku noslodzi (pacientu skaitu uz 1 ārstu gadā).

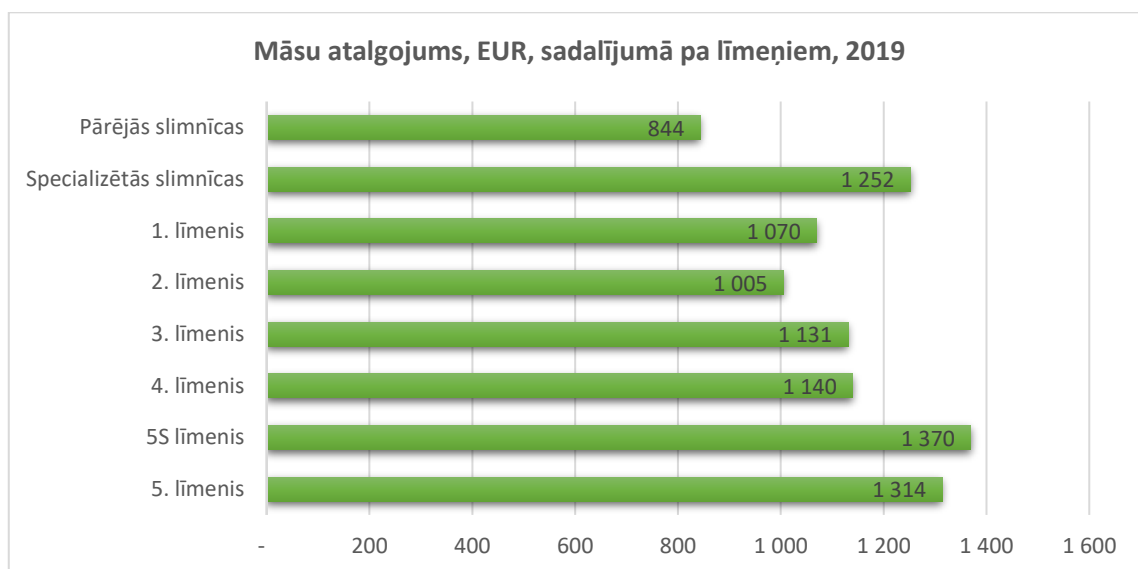
Visaugstākais vidējais atalgojums ir reģionālā līmeņa slimnīcām (4. līmenis) un 1. līmeņa slimnīcām (3.19. attēls). 5.līmeņa slimnīcu vidū var izcelt RAKUS, kas var nodrošināt tikai 86% no valsts vidējā līmeņa atalgojuma, visas 5., 4. un specializētā līmeņa, kā arī 3. līmeņa slimnīcas (izņemot 2 slimnīcas) nodrošina lielāku vidējo atalgojumu par RAKUS. Ja neņemtu vērā RAKUS rādītāju, 5. līmeņa slimnīcu vidējais atalgojuma līmenis būtu par 15% lielāks kā vidēji valstī.



3.19. attēls: Ārstu vidējās algas, pa slimnīcu līmeņiem, EUR, 2019. gadā (slimnīca ar lielāko/mazāko vidējo atalgojumu).

Ir novērojama liela ārstu vidējā atalgojuma amplitūda starp vienāda līmeņa Latvijas slimnīcām pat līdzīgu monopfila slimnīcu iestāžu starpā.

Vidējais Latvijas māsu atalgojums tuvojās noteiktajam mērķa atalgojumam (vidējais māsu atalgojums 2019. gadā bija 1 150 EUR, stacionārajās ārstniecības iestādēs - 1 227 EUR, kas ir 95% no mērķa atalgojuma, 3.20. attēls).



3.20. attēls: Māsu atalgojums, EUR, sadalījumā pa līmeņiem 2019. gadā.

Stacionāro ārstniecības iestāžu māsu vidējais atalgojums atbilst slimnīcu līmeņu gradācijai - augstāka līmeņa slimnīcās ārstniecības un pacientu aprūpes personas saņem lielāku vidējo atalgojumu pie līdzvērtīgas noslodzes kā zemāka līmeņa slimnīcās. 2019. gadā 7 no 40 slimnīcām ir nodrošinājuša valdības deklarācijā izvirzīto mērķi par mērķa atalgojumu (1291 EUR).

3.7. Darba vietu skaits

Lai izvērtētu ārstu un māsu noslodzi, tika analizēti anonimizēti VID dati – darba devēja sniegtie ziņojumi par darba ņēmēja ienākumiem (publiskais un privātais sektors)¹⁸ un konstatēts, ka tikai viena pastāvīga darba vieta bija 32% ārstu un 66% māsām, savukārt 3 un vairāk darba vietās tika nodarbināti 38% ārstu un 8% māsas (3.1., 3.2. tabula).

3.1. tabula

Ārstu skaits, vidējā noslodze un vidējā darba samaksa par pilnas slodzes darbu 2018. gadā

Darba devēju skaits (visi darba devēji kopā)	Ārstu skaits (personas)	Īpatsvars % kopējā ārstu skaitā	Vidējais nostrādāto slodžu (*) kopējais apmērs pie visiem darba devējiem	Vidējā darba samaksa par pilnas slodzes darbu, pildot tikai ārsta pienākumus	Piezīmes, komentāri
1	1294	32,14%	0,77	2167	Nostrādāto slodžu kopējo apjomu ietekmē neuzrādītās stundas, pildot pasniedzēja pienākumus u.tml.
2	1231	30,58%	1,05	2184	
3	791	19,65%	1,21	2334	
4	397	9,86%	1,29	2578	
5	179	4,45%	1,31	2788	
6	76	1,89%	1,53	2686	
7	33	0,82%	1,62	2345	
8	15	0,37%	1,84	2596	
9	7	0,17%	1,24	3851	
10	2	0,05%	1,85	2006	
12	1	0,02%	1,83	2445	
Kopā:	4026	100,00%			

Avots: VID dati (darba devēja ziņojumi par darba ņēmēju ienākumiem)
(*) slodze = nostrādātas 40 stundas nedēļā

Tabulas skaidrojums:

- "Darba devēju skaits" - ilustrē darba devēju skaitu, pie kuriem strādā konkrēts darbinieks (persona)
- "Vidējais nostrādāto slodžu kopējais apmērs pie visiem darba devējiem" – vidējā ārsta slodzes kopsumma pie visiem darba devējiem (tai skaitā arī tiem, kur persona netiek nodarbināta kā ārsts). Parāda maksimālo nodarbinātības apmēru vidēji vienai personai.

NB! Jāņem vērā, ka atsevišķi darba devēji atskaitēs nav norādījuši nostrādāto stundu skaitu.

- "Vidējā darba samaksa par pilnas slodzes darba laiku" - parāda vidējo faktisko darba samaksu par pilnas slodzes darbu (ja persona strādātu pilnu darba laiku slodzi 40 h nedēļā) tikai kā ārsts, izslēdzot amatus, kas nav ārsts (piem., lektors, zinātniskais asistents u.tml.). Jāņem vērā, ka virsstundas ir ieskaitītas kopējo stundu skaitā un tās nav iespējams nodalīt atsevišķi, līdz ar ko kopējais slodzes apmērs ir aprēķināts, faktiski nostrādāto stundu skaitu dalot ar 40 h nedēļā.

¹⁸ VID iesniegtā Informācija par ienākumiem un nostrādātām stundām un citām profesijām 2018.gadā un 2019.gada 11 mēnešos darba ņēmējiem, kuri nodarbināti medicīnas profesijās

**Māsu skaits, vidējā noslodze un vidējā darba samaksa
par pilnas slodzes darbu 2018. gadā**

Darba devēju skaits (visi darba devēji kopā)	Māsu skaits (personas)	Īpatsvars % kopējā māsu skaitā	Vidējais nostrādāto slodžu (*) kopējais apmērs pie visiem darba devējiem	Vidējā darba samaksa par pilnas slodzes darbu, pildot tikai māsas pienākumus
1	4036	65,73%	0,91	1131
2	1617	26,34%	1,26	1145
3	382	6,22%	1,43	1208
4	77	1,25%	1,51	1185
5	24	0,39%	1,62	1267
6	2	0,03%	0,98	2198
7	2	0,03%	1,83	2781
Kopā	6140	100,00%		

*Avots: VID dati (darba devēja ziņojumi par darba ņēmēju ienākumiem)
(*) slodze = nostrādātas 40 stundas nedēļā*

Tabulas skaidrojums:

- **"Darba devēju skaits"** - ilustrē darba devēju skaitu, pie kuriem strādā konkrēts darbinieks (persona)
- **"Vidējais nostrādāto slodžu kopējais apmērs pie visiem darba devējiem"** – vidējā māsas slodzes kopsumma pie visiem darba devējiem (tai skaitā arī tiem, kur persona netiek nodarbināta kā māsa). Parāda maksimālo nodarbinātības apmēru vidēji vienai personai.

NB! Jāņem vērā, ka atsevišķi darba devēji atskaitēs nav norādījuši nostrādāto stundu skaitu.

- **"Vidējā darba samaksa par pilnas slodzes darba laiku"** - parāda vidējo faktisko darba samaksu par pilnas slodzes darbu (ja persona strādātu pilnu darba laiku slodzi 40 h nedēļā) tikai kā māsa, izslēdzot amatus, kas nav māsa (piem., lektors, pasniedzējs u.tml.). Jāņem vērā, ka virsstundas ir ieskaitītas kopējo stundu skaitā un tās nav iespējams nodalīt atsevišķi, līdz ar ko kopējais slodzes apmērs ir aprēķināts, faktiski nostrādāto stundu skaitu dalot ar 40 h nedēļā.

VID datus darba devējs sniedz informāciju par kopējām nostrādātajām stundām, kur nav iespējams izdalīt nostrādātās virsstundas, darbu svētku dienās, kā arī nakts stundas, un, analizējot datus, tiek pieņemts, ka vienai darba slodzei atbilst nostrādātais normālais darba laiks – 40 stundas nedēļā. Atsevišķās ārstniecības specialitātēs ir noteikts nedaudz mazāks darba laiks – 35 stundas nedēļā, bet no iesniegtajiem datiem nav iespējams izdalīt šādu personu skaitu, līdz ar to arī šādām ārstniecības personām slodzes apmērs tiek rēķināts uz 40 stundām nedēļā.

Līdzīga tendence, vienai fiziskai ārstniecības personai strādājot pie vairākiem darba devējiem vienlaikus, saglabājas arī 2019. gadā, kas saistīts gan ar nepieciešamību nopelnīt pietiekamus finanšu līdzekļus, kā arī ārstniecības personu deficītu lielākajā daļā specialitāšu, lai nodrošinātu veselības aprūpes pakalpojumus iedzīvotājiem (gan no valsts finansēto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, gan arī tādu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, kuru izmaksas pilnā apmērā sedz pacients vai kāda trešā persona pacienta vietā).

Arī, analizējot vidējo darba samaksu, ir redzama tendence, ka ārsti pamatā strādā pie 1 līdz 3 darba devējiem vienlaikus, lai nopelnītu nepieciešamos līdzekļus savu vajadzību nodrošināšanai. Vienlaikus darbs pie vairākiem darba devējiem prasa arī lielākus laika resursus, jo jāpārvietojas starp dažādiem darba devējiem. Šāda situācija būtu novēršama, ņemot vērā arī riskus, kas saistīti ar dažādu infekciju izplatību un pārnesi, tai skaitā arī Covid-19 sakarā.

Lai arī vidējais atalgojuma līmenis tuvojās valdības deklarācijā izvirzītajam mērķim par mērķa atalgojumu ārstniecības personām, var secināt, ka atalgojums ir ļoti atšķirīgs katrā no slimnīcām gan līdzīga, gan atšķirīga līmeņa slimnīcu starpā, un saglabājas tendence vienai fiziskai ārstniecības personai strādāt pie vairākiem darba devējiem vienlaikus.

IV Ārstniecības personu atalgojuma modelis: piedāvājums

Šajā nodaļā sniegts ieskats atalgojuma sistēmu veidošanas teorijā, kas pamato domnīcas darba grupu izstrādātos risinājumus, un domnīcā izstrādātā ārstniecības personu atalgojuma modeļa elementi.

4.1. Efektīvas atalgojuma sistēmas veidošana

Atalgojums ir nozīmīgs ietekmējošs aspekts cilvēka motivācijā. Saskaņā ar Maslova vajadzību hierarhijas teoriju (Maslow 1943) zemāko līmeņu jeb bāzes vajadzību (fizioloģisko un drošības vajadzību) apmierināšana mūsdienu sabiedrībā lielā mērā ir atkarīga no finansiālajām iespējām. Mūsdienīgojot Maslova teoriju, motivācijas eksperti un treneri Gostiks un Eltons (Gostick, Elton 2009) definēja **taisnīgu atalgojumu un vajadzībām atbilstošus labumus kā vajadzību hierarhijas bāzi organizācijā**.¹⁹ Hercbergs (Herzberg 1959), kurš atalgojumu iedalīja pie "higiēnas", nevis motivējošajiem faktoriem, uzskatīja, ka higiēnas faktori paši par sevi nemotivē, bet var demotivēt, ja nav apmierināti. Savukārt, saskaņā ar Adamsa taisnīguma teoriju (Adams 1963), **cilvēku motivāciju paaugstina pārliecība, ka pret viņiem izturas taisnīgi** (angļu val.: *equity theory*), bet Vrūma gaidu teorija (Vroom 1964) apgalvoja, ka **cilvēks ir motivēts strādāt tad, ja ir pārliecināts, ka viņa pūles darba vietā pārvērtīsies vēlamajos rezultātos** (angļu val.: *expectancy theory*).

Šis atziņas ir būtiski ņemt vērā, veidojot atalgojuma sistēmas organizācijās, jo atalgojums ir finansiālais un nefinansiālais novērtējums cilvēka darbam organizācijas labā. Tas, kā praksē pierādās šo teoriju patiesums, saskatāms arī organizāciju iesaistīšanās pētījumu rezultātos. Piemēram, 2018. gada globālajā AON iesaistīšanās pētījumā "atlīdzība un atzinība" ir izcelts kā **visietekmīgākais iesaistīšanās veicinātājs, uzsverot "atbilstošu ieguldījuma novērtējumu" kā vadošo iesaistošo aspektu**.²⁰ Savukārt Latvijas valsts pārvaldes iesaistīšanās pētījumā 2018. gadā starp visiem iesaistīšanās faktoriem atalgojums ir novērtēts viszemāk (vidējais vērtējums 4,27 7 ballu skalā pretstatā augstāk novērtētajam faktoram "Komanda", kura vidējais vērtējums ir 5,62), un visaugstākie izdegšanas rādītāji ir respondentiem ar lielākajām algām.²¹ Arī 2019. gada iesaistīšanās pētījumā atalgojuma faktoram ir viszemākais vērtējums, īpaši negatīvi vērtējot tieši atalgojuma apjomu, bet pozitīvāk – saprotamību). 2019. gada pētījuma faktoru analīze liecina, ka **valsts pārvaldē atalgojums iesaistīšanos ietekmē negatīvi**.²²

Tāpēc **taisnīgums, konkurētspēja, saprotamība un mērķtiecība**²³ ir pamata principi, kurus ieteicams ņemt vērā, veidojot atalgojuma sistēmas. Papildus tiem, OECD eksperts F. Kardona uzsver, ka publiskajā sektorā svarīga ir arī **atalgojuma atbilstība budžeta iespējām**.²⁴ (4.1. tabula). Savukārt, prakse pierāda, ka arī **elastība** ir svarīgs atalgojuma sistēmu veidošanas pamatprincips, kas nozīmīgi ietekmē organizācijas dzīvotspēju dažādos ekonomikas cikla

¹⁹ Gostick, A., Elton, C. The Carrot Principle. 2009 Simon & Schuster UK, pp. 235, p.59.

²⁰ 2018 Trends in Global Employee Engagement Global Employee Engagement Rebounds to Match Its All-Time High, <http://www.aon.com/2018-global-employee-engagement-trends/index.html>

²¹ Valsts pārvaldē nodarbināto iesaistīšanās pētījums, Valsts kanceleja, 2018.

https://www.mk.gov.lv/sites/default/files/editor/valsts_parvaldes_darbinieku_iesaistisanas_aptauja_2018.pdf

²² Valsts pārvaldē nodarbināto iesaistīšanās pētījums, Valsts kanceleja, 2019.

https://mk.gov.lv/sites/default/files/editor/Valsts_kanceleja/iesaistisanas_aptauja_2019_rezultati.pdf

²³ Piemēram, Armstrong M. How to manage people. Kogan Page, London, Philadelphia, New Delhi: 2011, 175 p.;

²⁴ Performance Related Pay in the Public Service In OECD and EU Member States, OECD, F.Cardona, 2007.

posmos. To uzskatāmi demonstrēja 2009. gada ekonomiskā krīze, izceļot atsevišķu organizāciju atalgojuma un it īpaši prēmēšanas politikas ilgtspējas trūkumu.

4.1. tabula.

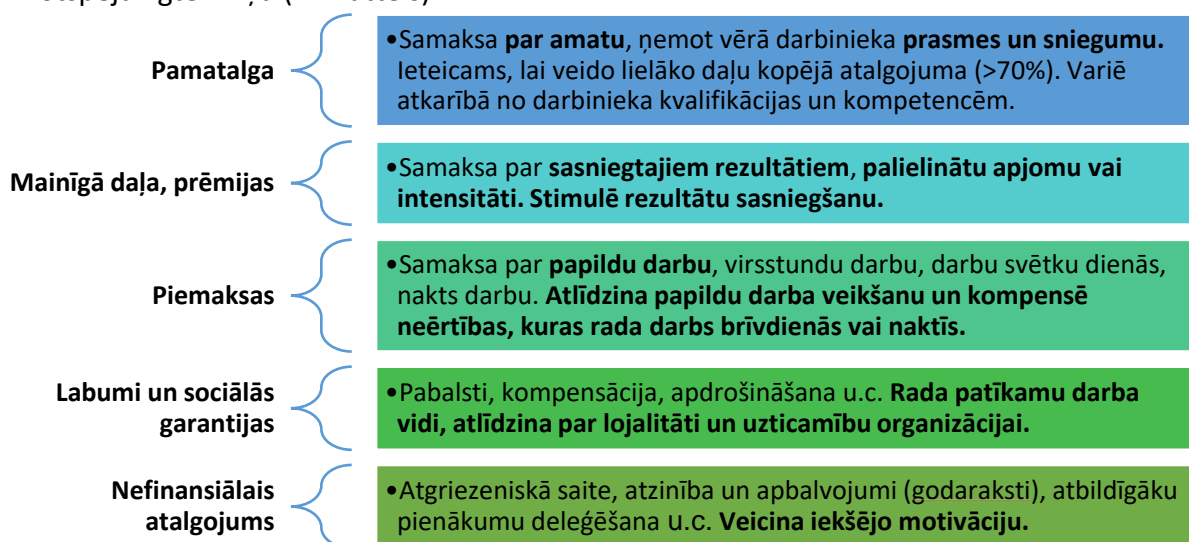
Atalgojuma sistēmu veidošanas principi

Kritērijs	Skaidrojums
1. Taisnīgums	Sistēma nodrošina līdzīgu samaksu par tādas pašas vai līdzīgas vērtības darbu
2. Konkurētspēja darba tirgū	Sistēma ļauj piesaistīt un noturēt kvalificētus darbiniekus
3. Caurskatāmība un saprotamība	Sistēma ir saprotama vadītājiem un darbiniekiem
4. Elastība	Sistēma ātri pielāgojas mainīgajai situācijai darba tirgū, kā arī darba apjoma izmaiņām
5. Mērķtiecība	Sistēma palīdz sasniegt mērķus, kuru dēļ ir izveidota
6. Atbilstība budžeta iespējām	Sistēmas ieviešanas un uzturēšanas izmaksas atbilst pieejamajam budžetam

Organizācijas veidot atalgojuma sistēmas, lai veicinātu un atbalstītu organizācijas stratēģijas īstenošanu:

- nodrošinot **nepieciešamo prasmju un zināšanu** esamību organizācijā, piesaistot un noturot atbilstošus darbiniekus;
- veicinot darbinieku **efektīvu (mērķtiecīgu) rīcību**, kas nodrošina organizācijas mērķu sasniegšanu.²⁵

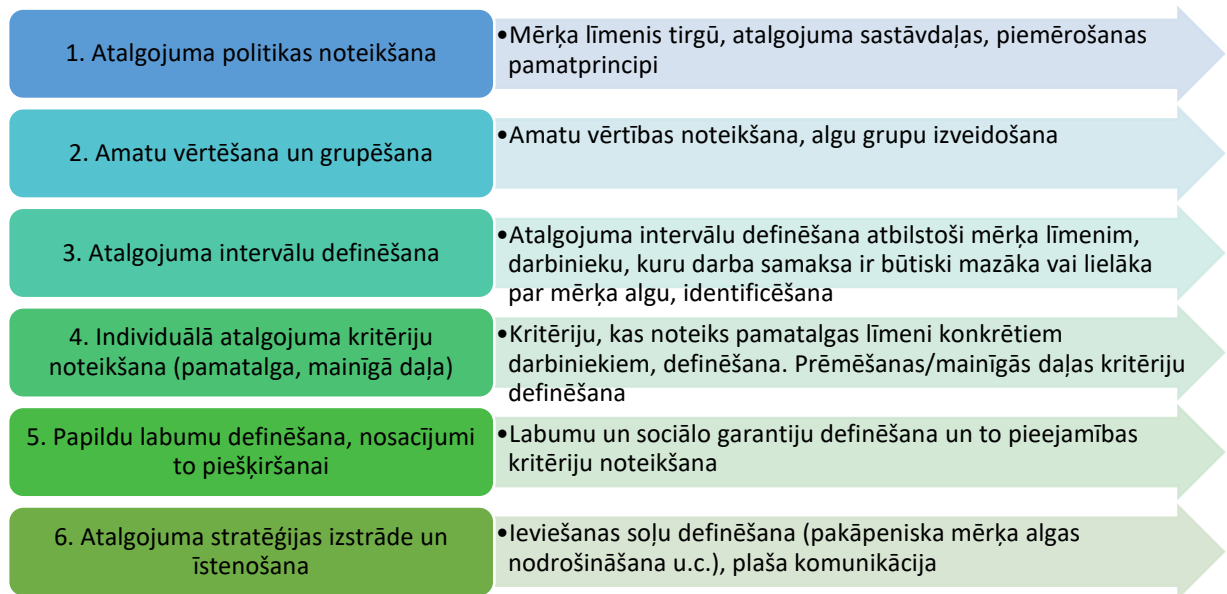
Atalgojuma sistēmu veido vairāki elementi ar skaidri iezīmētu lomu tajā. Šo lomu ir svarīgi izprast, lai pamatoti prognozētu tā ietekmi gan uz darbinieku rīcību, gan uz organizācijas dzīvotspēju ilgtermiņā (4.1. attēls).



4.1. attēls. Atalgojuma sistēmas struktūra (sastāvdaļas).

²⁵ Armstrong, M. *Handbook of Human Resource Management Practice* (10th Edition). Kogan Page, Limited, 2006, p. 624.

Minētajiem principiem atbilstošas atalgojuma sistēmas veidošanas svarīgākie soļi ietver atalgojuma mērķa (vēlamā) līmeņa noteikšanu, amatu sakārtošanu grupās hierarhiskā secībā atbilstoši to vērtībai, algu intervālu noteikšanu un kritēriju definēšanu dažādiem tā elementiem (pamatalgai, mainīgajai daļai), un papildu labumu groza izstrādi (4.2. attēls):



4.2. attēls. Atalgojuma sistēmas veidošanas soļi

Savukārt, atalgojuma sistēmas ieviešanas procesā vissvarīgākā loma ir **komunikācijai**, jo, saskaņā ar taisnīguma teoriju, cilvēki akceptē un jūtas apmierināti ar atalgojumu tad, ja uzskata, ka tas ir taisnīgs, savukārt, **sliecas uzskatīt par netaisnīgām tādās atalgojuma sistēmas, kuras nesaprot.**²⁶

²⁶ Day, N.E. Perceived pay communication, justice and pay satisfaction. *Employee relations*. Vol. 33 No.5, 2011, pp. 476-497

4.2. Domnīcas dalībnieku izvēlētie virzieni risinājumu izstrādei

Ņemot vērā veikto izpēti, datus par ārstniecības personu nodarbinātību un atlīdzību, kā arī atalgojuma sistēmu veidošanas labās prakses vadlīnijas, domnīcas dalībnieku grupas uzsāka darbu pie risinājumu izstrādes šādos virzienos (4.2. tabula):

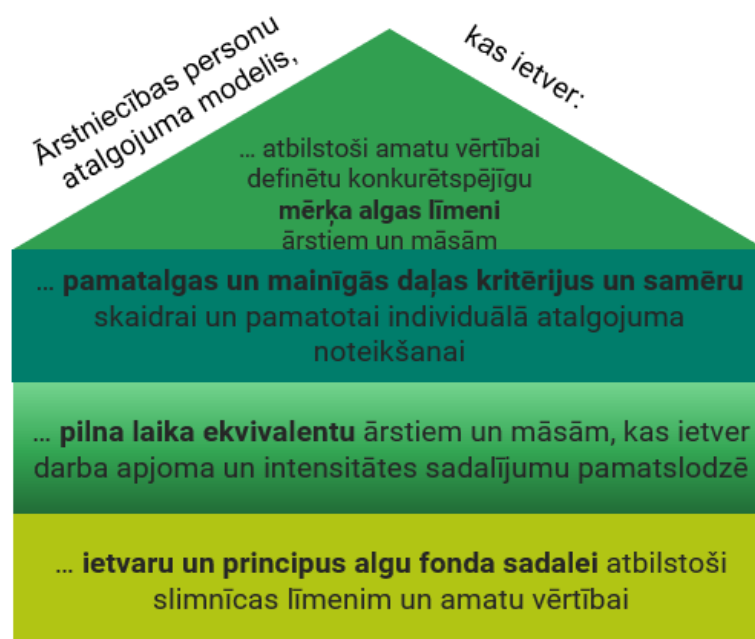
1. Atalgojuma mērķa līmeņa definēšana un ilgtspējīgas indeksācijas mehānisma izveide;
2. Ārstu un māsu pilna laika ekvivalenta izstrāde, nodrošinot korektu laika uzskaiti (2 darba grupas);
3. Pamatalgas un mainīgās daļas (piemaksu) kritēriju izstrāde (2 darba grupas);
4. Algu fonda caurskatāma un taisnīga sadalījuma modeļa (“režģa”) izstrāde.

4.2. tabula.

Domnīcas grupu definētās problēmas un atalgojuma modeļa elementi

Grupas nr.	Problēmas formulējums	Atalgojuma modeļa elements
1.	Nav definēts ārstniecības personas mērķa algas apjoms	MĒRĶA ALGA
2.	Nav definēts darba apjoms PLE ietvaros, un stundas netiek korekti uzskaitītas	PILNA LAIKA EKVIVALENTS (māsām)
3.	Nav definēta darba intensitāte un darba apjoms pamatslodzē starp specialitātēm un specialitātes ietvaros	PILNA LAIKA EKVIVALENTS (ārstiem)
4.	Nav definēta vēlamā proporcija starp pamatalgu un mainīgo daļu	PIEMAKSU APJOMS UN KRITEĪRIJI
5.	Iestādēs trūkst skaidru principu, kā tiek sadalīts esošais algu budžets	ALGU FONDA SADALES PRINCIPI IESTĀDĒ
6.	Nav definēta ārstniecības personas kvalifikācijas, darba apjoma un darba kvalitātes saistība ar atalgojumu uz 1 slodzi	INDIVIDUĀLĀ ATALGOJUMA (pamatalgas) KRITEĪRIJI

Domnīcas ietvaros darba grupas arī vienojās par atalgojuma modeļa ietvaru nākotnei, kas shematiski, izmantojot domnīcas darba sākumā izraudzīto mājas metaforu, ir šāds (4.3. attēls):



4.3. attēls. Ārstniecības personu atalgojuma modelis, balstoties uz darba grupu izstrādātājiem elementiem.

1. MĒRĶA ATALGOJUMA NOTEIKŠANA

- **Galvenā risināmā problēma: Kā varētu noteikt ārstniecības personu mērķa algas apmēru, kurš būtu atbilstošs amata vērtībai, un kāds tas būtu?**
- **Lietotāji:** ārstniecības personas; ārstniecības iestāžu vadītāji.
- **Lietotāju “sāpju punkti”²⁷:**
 - *Ārstniecības personas:* zems atalgojums; atalgojuma atšķirības starp iestādēm; neskaidrs finansējums un zemi tarifi atsevišķiem pakalpojumiem; vienlīdzīga bāzes darba samaksa; ārstu un māsu deficīts; atalgojuma nevienlīdzība; jācinās par savu atalgojumu, lai tas būtu adekvāts ieguldījumam.²⁸
 - *Ārstniecības iestāžu vadītāji:* kā nodrošināt konkurētspējīgu atalgojumu, lai darbinieki neaiziet strādāt citur; valsts pārvaldē grūti nodrošināt atbilstošus citus labumus; mikroklimats iestādē; kā sabalansēt situāciju starp finansējumu un darbiniekiem.
- **Risinājums:**

Kā minēts iepriekš, “Valdības rīcības plānā Deklarācijas par Artura Krišjāņa Kariņa vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību īstenošanai” noteikts, ka 2021. gadā ārstu vidējai darba samaksai jāsasniedz divkārtšu tautsaimniecībā nodarbināto darba algu. Konceptuālajā ziņojumā “Par veselības aprūpes sistēmas reformu” ir noteikts, ka ārstu un funkcionālo speciālistu vidējai darba samaksai 2021. gadā par mērķi nosakot divkārtšu tautsaimniecībā nodarbināto vidējo darba samaksu un māsu darba samaksai nepieciešams sasniegt 60%, bet aprūpes atbalsta personu vidējai darba samaksai nepieciešams sasniegt 40% no ārstu un funkcionālo speciālistu vidējās darba samaksas. Esošā mērķa alga 2021. gadam ir 2 vidējā darba samaksa tautsaimniecībā ārstam, 1,2 vidējā darba samaksa tautsaimniecībā samaksas māsām, 0,8 vidējā darba samaksa tautsaimniecībā aprūpes atbalsta personām.

Domnīcas ietvaros darba grupa izvērtēja trīs scenārijus ārstniecības personu mērķa atalgojuma noteikšanai:

- 1) balstīties uz **salīdzinošo pētījumu par OECD valstu vidējo rādītāju** ārstu atalgojumam pret vidējo darba samaksu tautsaimniecībā konkrētajā valstī noteiktā laika periodā;
- 2) balstīties uz **ārstniecības personu amatu novērtēšanas datiem** divās no Latvijas lielākajām slimnīcām 2017. - 2018. gadā un atbilstoši tiem noteikt mērķa algu, izmantojot Valsts kancelejas veikto salīdzinošo pētījumu par valsts pārvaldē nodarbināto atalgojumu;
- 3) balstīties uz **valsts un pašvaldību institūciju amatpersonu un darbinieku atlīdzības sistēmā noteikto ārstniecības amatu vērtību**²⁹ un pārskatīt tās atbilstību faktiskajai ārstniecības personu amatu vērtībai.

Izvērtējot OECD datus³⁰, darba grupa konstatēja, ka periodā no 2010. līdz 2017.gadam, ņemot vērā to valstu (28 valstis), kuras ir iesniegušas informāciju par vidējo rādītāju ārstu

²⁷ Lietotāju “sāpju punkti” dizaina domāšanas pieejā ir, piemēram, lielākie šķēršļi, ar kuriem lietotājs saskaras, galvenās problēmas, ko konkrētā grupa piedzīvo un kurus cer pārvarēt.

²⁸ Šeit un turpmāk sadaļā Lietotāju “sāpju punkti” sniegts izvilkums no Empātijas kartes atbilstoši attiecīgajam atalgojuma modeļa elementam (1. darbnīca).

²⁹ Ministru kabineta 2010. gada 30.novembra noteikumos Nr.1075 “Valsts un pašvaldību institūciju amatu katalogs” ietverta 5. amatu saime “Ārstniecība” ar apakšsaimēm 5.1. Ārstniecības pakalpojumi, 5.2. Aprūpe, 5.3. Farmācija, 5.4. Neatliekamā medicīniskā palīdzība, kurām ir noteikta vērtība punktos, atbilstoši kurai tās iekļautas valsts un pašvaldību institūciju atlīdzības sistēmas mēnešalgu grupās.

³⁰ HEALTH AT A GLANCE 2019 © OECD 2019, Figure 8.8. Remuneration of doctors, ratio to average wage, 2017 (or nearest year), StatLink 2 <https://doi.org/10.1787/888934017348>

atalgojumam pret vidējo darba samaksu tautsaimniecībā konkrētajā valstī, atņemot 2 lielākos un 2 mazākos rādītājus, **vidējais OECD rādītājs ārsta atalgojumam 2010. līdz 2017.gadam bija 2,74 pret vidējo darba samaksu tautsaimniecībā attiecīgajā valstī.**

Minētais rādītājs atšķiras no Latvijā definētā mērķa atalgojuma līmeņa 2.00, kas ir zemākais starp OECD valstīm, ņemot vērā OECD valstu faktisko atalgojumu. Darba grupas ieskatā, vēlamais mērķa rādītājs pret vidējo darba samaksu tautsaimniecībā ir **2.74**. Atbilstoši 2019. gada vidējai darba samaksai tautsaimniecībā (1 076 EUR), ārsta mērķa alga 2019. gadā būtu 2 948 EUR mēnesī. Darba grupas ieskatā būtu saglabājams 60% mērķa atalgojuma kritērijs **māsām** un 40% **aprūpes atbalsta** personālam – attiecīgi 1769 EUR māsām un 1179 EUR aprūpes atbalsta personālam.

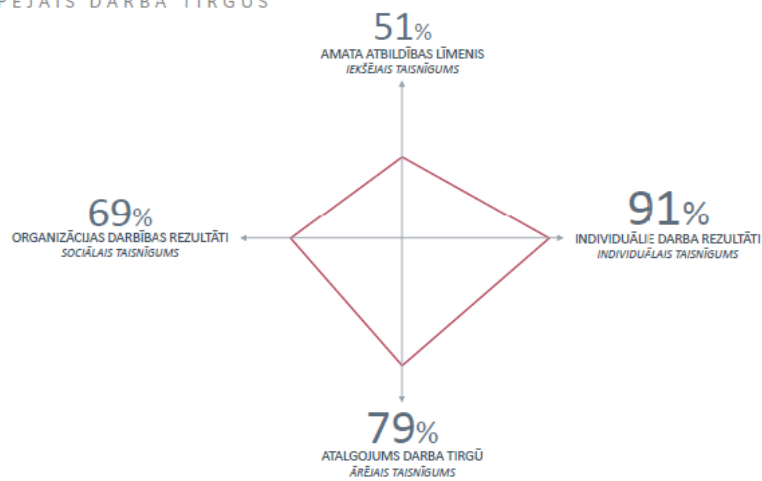
Salīdzinot OECD rādītājus ar divās no lielākajām Latvijas slimnīcās veikto amatu novērtēšanu, pēc tajās noteiktās ārsta amata vērtības mērķa alga ārstam 2019. gadā būtu **2784 EUR un 2536 EUR** apmērā, kas atbilstu koeficientam **2.77 un 2.53** pret vidējo darba samaksu tautsaimniecībā 2018. gadā.

Savukārt, lai iekļautos kopējās Latvijas tautsaimniecības attīstības tendencēs, atalgojumam būtu jābūt salīdzināmam ne tikai slimnīcas vai nozares griezumā, bet arī visas tautsaimniecības griezumā (gan publiskajā, gan privātajā sektorā starp dažādiem amatiem), tāpēc darba grupas ieskatā trešā alternatīva būtu **veikt ārstniecības amatu vērtēšanu ekspertu vadībā un noteikt amatu vērtību, koriģējot ārstniecības amatu līmeņu sadalījumu mēnešalgu grupās Valsts pārvaldes un pašvaldību institūciju amatu katalogā.** Tāpēc risinājumu testēšanas un atalgojuma modeļa detalizētas izstrādes fāzē domnīcas darba grupas pārstāvju izvirzītie eksperti veica konkrētu ārstniecības amatu atkārtotu detalizētu novērtēšanu atbilstoši amatu vērtēšanas metodoloģijai, lai pēc tam iegūtajai amatu vērtībai noteiktu atalgojuma līmeni darba tirgū.

Kā liecina Salīdzinošais pētījums par atalgojuma apmēru³¹, atalgojuma līmenis darba tirgū ir viens no galvenajiem virzītājspēkiem atalgojuma līmeņa noteikšanā (4.4. attēls) (vēl biežāk izmantotais faktors ir individuālie darba rezultāti, kas šī atalgojuma modeļa ietvaros vairāk attiecināms uz individuālās algas un mainīgās daļas kritērijiem), tāpēc ir svarīgi sekot līdzi atalgojuma līmeņa izmaiņām darba tirgū, atbilstoši koriģējot mērķa algas lielumu. Tas nepieciešams, lai nodrošinātu atalgojuma konkurētspēju. Vienlaikus atalgojuma līmenim jābūt samērojamam ar organizācijas finansiālajām iespējām, tāpēc paralēli ieguldījumiem atalgojumā nepieciešams rūpēties par procesu efektivitāti, līdzekļu racionālu izmantošanu un vadītāju prasmju attīstību ikdienas darba organizēšanā un darbinieku motivēšanā.

³¹ Salīdzinošais pētījums par atalgojuma apmēru, 2019. SIA "Fontes Vadības konsultācijas", saskaņā ar 2019.gada 13.decembra pakalpojuma līgumu Nr. 2019/077 "Salīdzinošā pētījuma par atalgojuma apmēru datu aktualizēšana" https://mk.gov.lv/sites/default/files/editor/Valsts_kanceleja/valsts_kanceleja_-_salidzinosaurs_petijums_2019.pdf, nepublicētā daļa.

FAKTORI, KAS IETEKMĒ IZMAIŅAS ATALGOJUMĀ
KOPĒJAIS DARBA TIRGUS



4.4. attēls: Faktori, kas ietekmē izmaiņas atalgojumā. Salīdzinošais pētījums par atalgojuma apmēru, 2019.

- **Diskusija:**

Darba grupas izstrādātā risinājuma izvērtēšanas diskusijā tika izteikti šādi komentāri un problēmjautājumi:

- Argumenti ir spēcīgi, jo ir pamatoti ar starptautisko praksi;
- Pirmais, kas jā dara - kataloga izveide ārstniecības personu amatiem, jāpārskata esošais katalogs;
- Ieteikums sarakstīt blakus ne-finansiālus aspektus, kas jā dara, lai šo modeli īstenotu un otrs – ja šo atrisina, kas ir ar ne-finansiālo ieguvumu pēc tam.

- **Testēšanas metodoloģija un rezultāti:**

Risinājuma testēšanas procesā tika veikta **ārstniecības personu amatu vērtēšana**, izmantojot intelektuālā darba punktu/faktoru metodi.

Amatu vērtēšana ir formalizēta procedūra hierarhiskai amatu sakārtošanai, ievērojot to **vērtību**, ar mērķi noteikt atbilstošu atalgojumu,³²savukārt, **amata vērtība** jeb lielums ir **amata nozīmības novērtējums**, salīdzinājumā ar citiem amatiem vienā vai atšķirīgās organizācijās.

Izmantojot amatu vērtēšanu, galvenie soļi, lai nonāktu līdz skaidrībai par vēlamo algu līmeni ir:

- 1) amatu novērtēšana ar kādu no amatu vērtēšanas metodēm (4.3. tabula);
- 2) amatu grupēšana, vienā grupā iekļaujot amatus ar līdzīgu vērtību;
- 3) mērķa algas noteikšana amatu grupām, izmantojot informāciju par līdzīgu amatu atalgojumu darba tirgū un/vai nozarē;
- 4) intervāla definēšana individuālās algas atšķirībām;
- 5) esošā atalgojuma salīdzināšana ar mērķa algu, noskaidrojot darbiniekus, kuru darba samaksa ir būtiski mazāka vai lielāka par mērķa algu;
- 6) plāna izstrāde darbinieku atalgojuma tuvināšanai mērķa algai.

Amatu vērtēšana ir bieži izmantota metode atalgojuma sistēmu veidošanā (4.3. tabula):

³² US National Academy of Sciences.

Kāda ir biežāk izmantotā metode algu noteikšanai esošās algu sistēmas ietvaros (%)?³³

Gads	Budžeta iespējas	Tirgus līmenis, izmantojot amatu vērtēšanu	Tirgus līmenis, neizmantojot amatu vērtēšanu	Pārrunas ar arodbiedrību	Dzīvošanas izmaksu aprēķins
2019	35	34	26	21	17
2017	35	45	25	16	-
2014	46	30	18	7	-

Amatu vērtēšanas metodes tiek iedalītas divās pamatgrupās (4.4. tabula):

- **analītiskās metodes**, kas paredz amatu sadalīšanu sastāvdaļās;
- **neanalītiskās metodes**, kas vērtē amatu kā vienu veselumu.³⁴

Amatu vērtēšanas metodes

	Analītiskās metodes	Neanalītiskās metodes
Būtība	Sadala amatu sastāvdaļās	Amats tiek apskatīts kopumā
Raksturojums	Amati tiek vērtēti, pamatojoties uz to sastāvdaļu (faktoru) analīzi, analizējot, cik lielā mērā katrs no faktoriem amatā ir pārstāvēts. Šī ir visbiežāk izmantotā amatu vērtēšanas pieeja	Amati tiek salīdzināti savā starpā, lai iekļautu tos noteiktā rangu skalā vai grupu struktūrā – tie netiek analizēti atbilstoši faktoriem vai elementiem
Metožu veidi	Punktu/faktoru shēmas: tiek izvērtēti amata faktori, piešķirot punktus atbilstoši faktora līmenim	Amatu ranžēšana (piemērota mazām organizācijām): visvienkāršākā metode – amati tiek savstarpēji salīdzināti un sakārtoti sistēmā, izmantojot iekšēji pieņemto amatu nozīmīgumu
	Analītiskā pielīdzināšana (no angļu val. <i>analytical matching</i>): amati tiek pielīdzināti standarta vai paraugamatiem, kuri jau ir sakārtoti algu grupās, analizējot tos pa faktoriem	Amatu klasificēšana: visizplatītākā neanalītiskā metode. Amati pēc to aprakstiem tiek sadalīti amatu grupās hierarhijā, salīdzinot amatu ar amatu grupas definīciju un pielāgojot amatam atbilstošāko amatu grupu
		Iekšējā pielīdzināšana (no angļu val. <i>internal benchmarking</i>): paraugamatu definēšana un pārējo amatu pielīdzināšana standarta jeb paraugamatiem, nesadalot amatu faktoros

Domnīcas darba grupu pārstāvji novērtēja ārstniecības personu amatus, izmantojot **analītisko intelektuālā darba vērtēšanas punktu/faktoru metodi**, kura izstrādāta 1996. gadā, pamatojoties uz Starptautiskās darba organizācijas (ILO) "Ženēvas shēmu" (pamatprincipiem amatu vērtības noteikšanā) un 28.05.1996. MK noteikumiem Nr.185 "Noteikumi par intelektuālā darba novērtēšanas un kvalifikācijas kategoriju noteikšanas pamatmetodiku"

³³ "Reward Management Report 2019", CIPD - The Chartered Institute of Personnel and Development, 13. lpp.

³⁴ Armstrong, M. *Handbook of Human Resource Management Practice* (10th Edition). Kogan Page, Limited, 2006, p. 659.

("LV", 96 (581), 05.06.1996., stājās spēkā 06.06.1996.; zaudējuši spēku 26.09.2003.). Metodes autors: SIA "Fontes R&I", īpašnieks: SIA «Fontes Vadības konsultācijas». Valsts kancelejai pieder metodes lietošanas tiesības valsts sektorā nodarbināto darba samaksas sistēmas uzturēšanas vajadzībām saskaņā ar 2004. gada 16. aprīļa līgumu Nr. PSALIII/PHRD/B (IV).

Domnīcas pārstāvju grupa vērtēja ārstniecības personu amatus saskaņā ar šādiem intelektuālā darba novērtēšanas kritērijiem:

- **Izglītība un profesionālā pieredze:** Amatam nepieciešamā izglītība; Amatam nepieciešamā profesionālā un vadības pieredze.
- **Darba raksturojums:** Darba sarežģītība; Domāšanas sarežģītība; Sadarbība un vadība.
- **Atbildība:** Atbildība par darba norisi un rezultātiem; Atbildība par lēmumiem.

Metode paredz katra kritērija ietvaros amatam piešķirt noteiktu punktu skaitu, ņemot vērā pieejamo informāciju par vērtējamo amatu. Amatu novērtēšanas noslēgumā tika veikta vērtēšanas rezultātu pārskatīšana un kalibrēšana.

Vērtēšana tika veikta atbilstoši šādiem principiem, kas atbilst labajai praksei amatu vērtēšanā:

- tiek analizēts amats, nevis konkrēts cilvēks (darbinieks);
- tiek analizēts amats, kas tiek veikts normālas slodzes situācijā – nevis pārslodzes vai nepilnas slodzes situācijā;
- amats tiek vērtēts pēc pamatnodarbošanās (kas aizņem vismaz 80-90% laika);
- tiek analizēts amats, kāds tas ir šobrīd, nevis bija iepriekš vai būs nākotnē;
- amatu analizē jābalstās uz visaptverošu, objektīvu informāciju par amatu (vērtētāju pieredze attiecīgajā amatā, amata apraksti un intervijas);
- amatu sadalījumam grupās vērtēšanas rezultātā jāatspoguļo iekšējais taisnīgums (izpratne par to, kuri amati ir savstarpēji līdzīgi);
- vērtēšanas process jāvada, lai izvairītos no nepamatotiem, subjektīviem spriedumiem;
- vērtēšanas rezultātus nepieciešams pārbaudīt un kalibrēt.

Amatu vērtēšanas rezultātā tika noteiktas ārstniecības personu amatu vērtības (4.5. tabula) un tām atbilstoši, izmantojot Valsts kancelejas veiktā Salīdzinošā pētījuma par atalgojuma apmēru valsts un privātajā sektorā datus³⁵, tika noteikta to vērtībai atbilstošā darba samaksa (mērķa alga) 2020. gadā, iezīmējot arī iespējamo darba samaksas intervālu: +/- 30 % no mērķa algas, kas veidotu minimālo un maksimālo ārstniecības personas darba samaksu.

Ņemot vērā darba grupas pētīto iespējamo risinājumu izmantot Valsts un pašvaldību institūciju amatu katalogā iekļautās ārstniecības amatu saimes, mērķa alga tika atspoguļota, iekļaujot amatus attiecīgajās valsts mēnešalgu grupās (4.5. tabulā: **Mērķa kopējā alga* pēc grupas punktiem EUR**).³⁶

³⁵ Salīdzinošais pētījums par atalgojuma apmēru, 2019. SIA "Fontes Vadības konsultācijas", saskaņā ar 2019. gada 13. decembra pakalpojuma līgumu Nr. 2019/077 "Salīdzinošā pētījuma par atalgojuma apmēru datu aktualizēšana" https://mk.gov.lv/sites/default/files/editor/Valsts_kanceleja/valsts_kanceleja_-_salidzinosaurs_petijums_2019.pdf, nepublicētā daļa.

³⁶ Mērķa algas norādītas, balstoties uz aktuālajiem salīdzinošā pētījuma datiem, kas ļauj novērtēt mērķa algas apjomu atbilstoši amatu grupas viduspunkta vērtībai.

Ārstniecības personu amatu vērtējumi un atbilstošās mērķa algas

Amats	Punkti kopā	Punktiem atbilstošā algu grupa valsts amatu katalogā	Mērķa alga -30% EUR	Mērķa kopējā alga* pēc grupas punktiem EUR	Mērķa alga +30% EUR	Amata mērķa alga pret ārsta mērķa algu %	Koeficients pret vidējo darba samaksu tautsaimniecībā 2019.gadā (1076 €)	Koeficients pret vidējo prognozēto darba samaksu tautsaimniecībā 2020.gadā (FM progn.) (1141 €)
Māsas palīgs	128	5.	618	883	1148	28,61	0,82	0,77
Biomedicīnas laborants (sertificēts)	169	7.	890	1272	1654	41,22	1,18	1,11
Radiologa asistents	167	7.	890	1272	1654	41,22	1,18	1,11
Medicīnas māsa (reģistrēta)	193	8.	1070	1528	1986	49,51	1,42	1,34
Radiogrāfers	209	8.	1070	1528	1986	49,51	1,42	1,34
Vecmāte	239	9.	1274	1820	2366	58,98	1,69	1,60
Medicīnas māsa (sertificēta) - koledžas izgl.	229	9.	1274	1820	2366	58,98	1,69	1,60
Ārsta palīgs (reģistrēts) stacionārā	232	9.	1274	1820	2366	58,98	1,69	1,60
Ārsta palīgs (sertificēts) stacionārā	260	9.	1274	1820	2366	58,98	1,69	1,60
Ārsts stažieris/rezidents	307	10.	1523	2175	2828	70,48	2,02	1,91
Ergoterapeits	308	10.	1523	2175	2828	70,48	2,02	1,91
Audiologopēds	308	10.	1523	2175	2828	70,48	2,02	1,91
Fizioterapeits	314	11.	1818	2597	3376	84,15	2,41	2,28
Ārsts (sertificēts)	410	12.	2160	3086	4012	100	2,87	2,70

*Kopējā alga = kopējā darba samaksa (ietver pamatalgu un visus pārējos darba samaksas elementus)

- **Ieguvumi no risinājuma ieviešanas, potenciālie rādītāji:**

- 1) metodoloģiski pamatots atalgojuma mērķa līmenis (mērījums - faktiskā atalgojuma % pret mērķa atalgojumu katram amatam);
- 2) mērķa algas noteikta analītiski izvērtējot un salīdzinot amatam nepieciešamās prasmes un izglītību;
- 3) mērķa alga salīdzināma ne tikai slimnīcas, nozares griezumā, bet arī visas tautsaimniecības griezumā (gan publiskajā, gan privātajā sektorā starp dažādiem amatiem);
- 4) iespēja piesaistīt mērķa algu vidējai darba samaksai tautsaimniecībā, nosakot kā koeficientu, un nodrošināt mērķa algas atkarību no valsts ekonomiskās situācijas;
- 5) risinājuma ieviešana nodrošina atbilstošu mērķa algas līmeni vidējam OECD valstu līmenim, attiecībā pret vidējo darba samaksu tautsaimniecībā.

- **Risinājuma ieviešanas priekšnosacījumi:**

- 1) Veikt izvēlēto amatu vērtēšanu ekspertu vadībā un noteikt amatu vērtību;

- 2) Veikt amatu nosaukumu definēšanu, precizēšanu un iekļaušanu Valsts kancelejas uzturētajā Valsts un pašvaldību institūciju amatu katalogā;
- 3) Noteikt atkāpes un izņēmumus amatiem (specialitātēm), kuriem valstī ir trūkums;
- 4) Noteikt pakāpenisku atalgojuma pieauguma tempu un nepieciešamo finansējumu;
- 5) Atbilstoši mērķa algas līmenim katrā no posmiem, veikt atbilstošu veselības aprūpes pakalpojuma darba algas tarifa elementa aprēķinu un iekļaušanu pakalpojuma tarifā.

2. PILNA LAIKA EKVIVALENTS (PLE)

- **Galvenā risināmā problēma: Kā varētu raksturot ārstniecības personu darba intensitāti un apjomu pamatslodzē, korekti uzskaitot darba stundas?**
- **Lietotāji:** ārstniecības personas, ārstniecības iestāžu vadība, struktūrvienību vadītāji
- **Lietotāju "sāpju punkti":**
 - *ārstniecības personas:* individuālā atalgojuma atšķirības starp iestādēm; pārslodze, izdegšana, strādājot vairākās darba vietās; laika trūkums sev un ģimenei; noteikts/zināms darba apjoms (pacientu skaits);
 - *ārstniecības iestāžu vadība:* cilvēkresursu deficīts; neapmierināti pacienti, darbinieki; kā sabalansēt situāciju starp finansējumu un darbiniekiem; neprognozējams pasūtījuma un finansējuma apjoms; nesaprotami ilgtermiņa noteikumi; nepazaudēt kvotas, finansējumu;
- **Risinājums:**

Ar pilna laika ekvivalenta izstrādi strādāja divas grupas: viena strādāja ar ārstu PLE, otra ar māsu PLE (grupu izstrādāto PLE elementu uzskaitījums 4.6. tabulā).

4.6. tabula.

Pilna laika ekvivalenta elementi ārstu un māsu amatiem

Nr.	PLE elementi ārstiem	PLE elementi māsām
1.	Darbs stacionārā	Aprūpes plānošana, sniegšana, veiktās aprūpes izvērtēšana
2.	Ambulatorais darbs	Pacientu uzraudzības nodrošināšana
3.	Darbs dienas stacionārā	Medikamentu saņemšana, administrēšana
4.	Konsultācijas (iekšējās)	Diagnostisko un ārstniecisko procedūru veikšana, NMP sniegšana
5.	Izglītojošais darbs ar pacientiem	Darba vides un drošības uzturēšana
6.	Metodiskais darbs	Dokumentācijas nodrošināšana
7.	Tālākizglītība (ārsta turpmākā izglītošanās)	Tālākizglītība (māsu turpmākā izglītošanās)
8.	Administratīvais darbs	Pacientu izglītošana
9.	Konsīļi	Studentu izglītošana
10.	Pētniecība	Higiēnas procedūru izpilde un pēcnāves aprūpe*
11.	Izglītošana	Klīniskās nodaļas administratora, reģistratora, sociālā darbinieka, klientu speciālista u.tml. *
12.	Dežūras	Pacientu aprūpe ar zemu pašaprūpi, higiēnas procedūru izpilde un pēcnāves aprūpe, izņēmums varētu būt reanimācijas, intensīvās terapijas, un zīdaiņu aprūpe*
13.	Operācijas un manipulācijas	

* Neatbilst māsu profesijas standartam, nebūtu jāveic.

Darba grupas pieņēmums par māsu pilna laika (PLE) % sadalījumu pa galvenajiem blokiem ir šāds:

- 90 – 80 % - vispārējās un/vai speciālās medicīniskās aprūpes veikšana, atbilstoši aktuālajam māsas profesijas standartam,
- 2 – 1 % - laiks kvalifikācijas uzturēšanai, treniņnodarbībām un tālākizglītībai, kas var tikt uzkrāts, līdzīgi atvaļinājumam,
- 8 – 19% - māsas profesijas standartam neatbilstoši darbi, kas jānovirza apmācītam neārstniecības personālam un jāveicina IT tehnoloģiju izmantošana māsas ikdienas darbā.

- Diskusija

Darba grupas izstrādātā risinājuma izvērtēšanas diskusijā tika izvirzīti šādi komentāri un problēmjautājumi:

- Šis paver ļoti labi daudz jautājumu, kas būs jārisina, kas nav līdz šim risinātas. Būs jāizlemj vairākas lietas, kas laužīs esošās tradīcijas;
- Jau šobrīd ir zināms pa specialitātēm - ir rekomendēts noteiktais pacietu skaits, bet tam nav likuma spēka;
- Katrai ārstniecības personai var būt atšķirīgs PLE. Reģionālajā slimnīcā mozaīka noteikti būtu atšķirīga no universitātes slimnīcas;
- Darbs un alga prasa uzskaiti un atskaiti. Vai iespējama PLE uzskaitē? Priekšnosacījums - ļoti atšķiras pēc specialitātēm. Ir jābūt darba laika uzskaitē;
- Būtu labi, ja obligātās lietas, kas veido PLE, būtu standartizētas. Obligātie bloki (piemēram, ārstniecības/konsultāciju daļa) veidotu lielāku svaru – ietekmi uz pamatalgu. Ja operē punktu sistēmā, tad varētu darboties labāk. Kurš sekos punktu sistēmai? Darba laika uzskaitē ir liela problēma. Uzskaitījumam jābūt automatizējamam. Jāpiedomā, lai tas nebūtu apgrūtinājis ārstniecības personām.

- Testēšanas metodoloģija un rezultāti:

Izstrādāto PLE elementu testēšanas metodes bija šādas:

- 1) ārstu un māsu "dienasgrāmatu"³⁷ izpēte (6 dienasgrāmatas);
- 2) vairāku PLE pilotprojektu materiālu izpēte (pilotprojekti organizēti neatkarīgi no domnīcas darba);
- 3) faktiskās darba samaksas analīze testa slimnīcās, izvērtējot, vai samaksa par tiem tiek ietverta pamatalgā vai mainīgajā daļā.

NVD pārskatā par strādājošo faktisko vidējo atlīdzību, vidējo atalgojumu un vidējo mēneša amatalgu un izlietotajiem līdzekļiem atlīdzības pieaugumam par 2019.gadu³⁸ redzams, ka lielākā ārstniecības personu atalgojuma mainīgā daļa (piemaksas un prēmijas) ir stacionārajās ārstniecības iestādēs (skat. 4.7. tabulā).

³⁷ "Dienasgrāmata" – pēc domnīcas fasilitatoru lūguma ārstniecības personas noteiktā periodā pieraksti par veiktajām darbībām darba dienas laikā.

³⁸ <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/ligumpartneriem/operativa-budzeta-informacija/arstniecibas-iestazu-parskatu-apkopojums>

Atalgojuma sadalījums pēc NVD datiem, %

Iestādes	Pamatalga	Mainīgā daļa (piemaksas un prēmijas)
ĀRSTI		
Ambulatorās ārstniecības iestādes	98,78	1,22
Stacionārās ārstniecības iestādes	77,1	22,9
MĀSAS		
Ambulatorās ārstniecības iestādes	97,17	2,83
Stacionārās ārstniecības iestādes	76,92	23,08

Ambulatorajās ārstniecības iestādēs ārstniecības personām par padarīto darbu ir noteikta konkrēta mēnešalga (arī gabaldarba apmaksā) un paredzēta tikai neliela daļa atalgojuma mainīgajā daļā. Stacionāro ārstniecības iestāžu darba specifika ietekmē atalgojuma mainīgās daļas palielinājumu, jo, tā kā stacionārās ārstniecības iestādes strādā 24 h režīmā, tad tām jānodrošina normatīvajos aktos noteiktās piemaksas par nakts darbu, par darbu svētku dienās, kā arī virsstundu darbu. Tāpat jāņem vērā, ka darbs stacionārā ietver darbu stacionāra nodaļās, ambulatorajā pieņemšanā, dežūrās u.c., kas ir ievērojami daudzveidīgāks, salīdzinot ar ambulatoro pieņemšanu ambulatorajās ārstniecības iestādēs.

Jaunā ārstniecības modeļa izstrādes laikā tika iesaistītas **trīs stacionārās ārstniecības iestādes**, kurās tika apzināta esošā situācija atalgojuma elementu procentuālā sadalījumā (4.8. tabula). Dati parādīti vidēji kopā trīs testējamās stacionārajās ārstniecības iestādēs par 2019. gadu.

4.8. tabula

Testēšanas stacionāro ārstniecības iestāžu dati par pašreizējo atalgojuma sadalījumu, vidēji, %

Amats	Pamatalga	Normatīvajos aktos noteiktās piemaksas	Piemaksu mainīgā daļa
ĀRSTI			
Ārsti	62	14	24
Māsas	71	17	12

Tādējādi secināms, ka stacionārā strādājošajiem ārstiem tiek noteiktas piemaksas pamatā par veikto ambulatoro darbu, maksas pakalpojumiem un otrādi un tās vairāk skar ārstus, bet medicīnas māsām jau šobrīd ir noteikti pamatpienākumi PLE ietvaros, kurus daudz mazāk ietekmē strādāšana stacionārā vai ambulatorajā daļā. Turklāt ir redzams, ka atalgojuma mainīgā daļa, lai arī nav procentuāli ļoti liela, ietver dažāda veida piemaksas, kuras katrā ārstniecības iestādē ir nosauktas dažādi vai arī ar līdzīgu nosaukumu, bet ir atšķirīgs to pielietojums pa ārstniecības iestādēm. Testa ārstniecības iestāžu darba samaksas sistēmas elementi apkopoti 4.9. tabulā.

Darba samaksa testa ārstniecības iestādēs

Pamatalga	Normatīvajos aktos noteiktās piemaksas	Citas piemaksas un mainīgā daļa
Darba alga	1) Par nakts darbu 2) Par darbu svētku dienās 3) Virsstundas 4) Par risku 5) Materiālie pabalsti	1) Par ambulatoro darbu 2) No ambulatorajiem un stacionārajiem maksas pakalpojumiem 3) Par darbu dienas stacionārā 4) Par veiktajām operācijām, onkoloģijas pacientiem 5) Par izglītības un zinātnes darbu 6) Par doktora grādu 7) Par mājas dežūru (gaidīšanas režīmu) 8) Par papildu darbu 9) Mainīgā daļa 10) Prēmijas, naudas balvas 11) Par darbu ar rezidentiem 12) Par darba intensitāti 13) Speciālā piemaksa

Lai definētu, kādām darbībām un kādā apjomā ir jāietilpst ārstniecības personu PLE, domnīcas darba grupu pārstāvji izveidoja tabulas ar darba samaksas (kopējās algas) sastāvdaļām ārstiem un māsām jeb pienākumiem, balstoties uz PLE. Testēšanā iesaistītās stacionārās ārstniecības iestādes aizpildīja izveidotās tabulas, norādot pie katra pienākuma, kā tas tiek apmaksāts šobrīd – kā pamatalga vai kā piemaksa (4.10. tabula).

4.10. tabula

Darba samaksas (kopējās algas) sastāvdaļu sadalījums (balstoties uz PLE) trīs testēšanas stacionārajās ārstniecības iestādēs

Pienākums	Pamatalga	Normatīvajos aktos noteiktās piemaksas	Citas piemaksas, mainīgā daļa	Paskaidrojums par citas piemaksas, mainīgā daļa
ĀRSTIEM				
Darbs stacionārā	x		x	Piemaksa par konsultēšanu citā struktūrvienībā
Ambulatorais darbs	x		x	Gabaldarba samaksa tiek noteikta kā piemaksa
Darbs dienas stacionārā	x		x	Daļai struktūrvienību piemaksa integrēta mainīgajā daļā kā par gabaldarbu
Konsultācijas (iekšējās)	x		x	
Izglītojošais darbs ar pacientiem	x			
Metodiskais darbs	x		x	Var būt kritērijs, lai saņemtu lielāku mainīgo daļu konkrētā mēnesī
Tālākizglītība (ārsta turpmākā izglītošanās)			x	Mēneša piemaksa par doktora grādu, papildus atvaļinājums mācībām
Administratīvais darbs	x			
Konsīļi	x		x	Stacionārie konsīļi pamatalgā, ambulatorie - gabaldarbs

Pienākums	Pamatalga	Normatīvajos aktos noteiktās piemaksas	Citas piemaksas, mainīgā daļa	Paskaidrojums par citas piemaksas, mainīgā daļa
Pētniecība	x		x	
Izglītošana	x		x	Vada rezidentus, apmāca māsas
Dežūras	x			
Operācijas un manipulācijas	x		x	Par stacionāra pacientiem veiktajām valsts operācijām papildus piemaksas nav, izņemot par sarežģītajām operācijām pacientiem, kuriem ir primāri diagnosticēta onkoloģiskā saslimšana. Papildu piemaksa par stacionārajām operācijām, kas veiktas maksas pacientiem. Ambulatorās manipulācijas pēc gabaldarba principa, tāpat kā par ambulatorajām konsultācijām.
MĀSĀM				
Aprūpes plānošana, sniegšana, veiktās aprūpes izvērtēšana	x			
Pacientu uzraudzības nodrošināšana	x			
Medikamentu saņemšana, administrēšana	x		x	Operāciju blokā dažām māsām, kas atbild par noliktavu
Diagnostisko un ārstniecisko procedūru veikšana, NMP sniegšana	x		x	Par manipulāciju, ja asistē ārstam
Darba vides un drošības uzturēšana	x			
Dokumentācijas nodrošināšana	x			
Tālākizglītība (māsas turpmākā izglītošanās)				
Pacientu izglītošana	x			
Studentu izglītošana			x	Slimnīca papildus nemaksā, maksā augstskola
Higiēnas procedūru izpilde un pēcnāves aprūpe	x			

Balstoties uz veikto atalgojuma elementu analīzi, var konstatēt šādus secinājumus par ārstu un māsu atalgojuma elementiem (4.11. tabula):

Secinājumi par atalgojuma ārstu un māsu atalgojuma elementu analīzi

Ārsti	Māsas
<ul style="list-style-type: none"> • Darbs stacionārā pamatā tiek apmaksāts ar pamatalgu, atskaitot gadījumus, kad piemaksas (mainīgā daļa) tiek noteiktas par darbu/konsultēšanu citā struktūrvienībā; • Ambulatorais darbs un darbs dienas stacionārā (kas arī ir ambulatorais darbs) lielākoties tiek apmaksāts ar mainīgās daļas piemaksām kā gabaldarbs vai samaksa par veiktajām manipulācijām, atskaitot gadījumus, kad ārsts pilnībā stacionārajās iestādēs tiek nodarbināts tikai ambulatoro pakalpojumu sniegšanā (ņemot vērā stacionāro iestāžu darbības pamatfunkciju, tādu gadījumu ir maz); • Konsultācijas (iekšējās) tiek apmaksātas !oti dažādi – gan pamatalgā, gan viena daļa konsultāciju pamatalgā, otra daļa ar mainīgām piemaksām vai arī pilnībā tikai ar mainīgām piemaksām; • Izglītojošais darbs ar pacientiem, metodiskais darbs, administratīvais darbs: divās slimnīcās ir pamatalgas sastāvā, vienā slimnīcā metodiskais darbs tiek apmaksāts ar mainīgās daļas piemaksām, bet attiecīgi šajā slimnīcā izglītojošais darbs ar pacientiem un administratīvais darbs ir pamatalgas sastāvā; • Konsīliji un dežūras visās slimnīcās ir pamatalgas sastāvā, atskaitot vienu slimnīcu, kurā konsīliji var tiks apmaksāti gan ar pamatalgu, gan ar mainīgās daļas piemaksām (ambulatorie konsīliji gabaldarbs); • Pētniecība (klīniskie pētījumi) – dažādi: vienā slimnīcā ir pamatalgas sastāvā, otrā slimnīcā - tiek apmaksāta ar mainīgās daļas piemaksām, trešajā slimnīcā – pētījumi netiek veikti; • Izglītošana (rezidentu, studentu) – dažādi: vienā slimnīcā ir pamatalgas sastāvā, divās slimnīcās - tiek apmaksāts ar mainīgās daļas piemaksām; • Operācijas un manipulācijas – visās slimnīcās tiek veikta apmaksāta gan kā pamatalgas sastāvdaļa (stacionārā lielākoties, atskaitot sarežģītās onkoloģiskās operācijas, par kurām ir noteikta valsts apmaksātā piemaksa, kā arī par maksas pakalpojumu ietvaros veiktās operācijās un manipulācijās), gan ambulatori lielākoties tās tiek apmaksātas ar mainīgās daļas piemaksām tāpat kā ambulatorās konsultācijas (gabaldarbs). 	<p>Pamatā visi tabulās minētie pienākumi tiek iekļauti pamatalgā un tā arī tiek apmaksāti, atskaitot gadījumus, kad māsas veic studentu izglītošanu, piedalās atsevišķu diagnostisko un ārstniecisko manipulāciju veikšanā, vai arī veic kādus atsevišķus pienākumus (piemēram, atbildība par medikamentu noliktavu) par kuriem ir noteiktas mainīgās daļas piemaksas.</p>

Papildus jānorāda, ka viena testēšanā iesaistītā ārstniecības iestāde minēja, ka iestādē PLE sadalījums pa elementiem faktiski izskatās savādāks – pamatslodzē ārstam nav iekļauts vienlaicīgi darbs gan stacionārā, gan dežūrās un ambulatorajā darbā (darbs dienas stacionārā ir noteikts kā ambulatorā darba sastāvdaļa). Tās ir atsevišķas slodzes vienai ārstniecības personai ar dažādu stundu likmi un dažādām piemaksām un/vai mainīgo daļu. Ir ārsti, kuri strādā tikai ambulatori vai tikai stacionārā, vai nodrošina dežūras neatliekamās medicīniskās palīdzības un uzņemšanas nodaļā.

Savukārt medicīnas māsām pie stundas likmes papildus tiek maksātas piemaksas atbilstoši ārējiem normatīviem aktiem (stāžs, nakts stundas, kaitīgums u.c.) un mainīgā daļa papildus pie ambulatorā darba, kur noteikta cita stundas likme nekā stacionārā strādājošām. Viss darba laiks sadalīts slodzēs atbilstoši ambulatorajā darbā vai stacionārā nostrādātajām stundām. Tāpat šajā ārstniecības iestādē ir noteikti normatīvi darba apjomam pilna darba laika, t.i., 1 slodzes ietvarā (vidēji aprūpējamo pacientu skaits pa stacionāra gultu profiliem vienam māsū

postenim, veicamo diagnostisko izmeklējumu vai konsultāciju skaits vienas darbdienas (8 stundu) laikā). Dežūras ir noteiktas stundās.

Paralēli darba samaksas (kopējās algas) sastāvdaļu sadalījuma izpētei, samērojot to ar darba grupu noteiktajiem PLE elementiem, domnīcas eksperti arī **izvērtēja ārstu un medicīnas māsu veicamos pienākumus ar mērķi tos sadalīt, vai tie būtu veicami pamatalgas ietvaros vai arī to apmaksā būtu turpmāk nodrošināma ar piemaksu mainīgo daļu**. Eksperti kopīgi nonāca pie viedokļa, ka ārstiem pētniecība un izglītošana ir uzskatāmi kā **papildu pienākumi**, par kuriem būtu maksājama mainīgā daļa. Savukārt māsām pienākumi, par kuriem būtu maksājama piemaksu mainīgā daļa, būtu **māsas tālākizglītības pienākumi un studentu izglītošana** (4.12. tabula).

4.12. tabula

Domnīcas ekspertu izstrādātais sadalījums darba samaksas sastāvdaļām (balstoties uz PLE)

Pienākums	Pamatalga	Obligātā piemaksa	Citas piemaksas, mainīgā daļa
ĀRSTIEM			
Darbs stacionārā	x		
Ambulatorais darbs	x		
Darbs dienas stacionārā	x		
Konsultācijas (iekšējās)	x		
Izglītojošais darbs ar pacientiem	x		
Metodiskais darbs	x		
Tālākizglītība (ārsta turpmākā izglītošanās)	x		
Administratīvais darbs	x		
Konsīliji	x		
Pētniecība	x		x
Izglītošana			x
Dežūras	x		
Operācijas un manipulācijas	x		
MĀSĀM			
Aprūpes plānošana, sniegšana, veiktās aprūpes izvērtēšana	x		
Pacientu uzraudzības nodrošināšana	x		
Medikamentu saņemšana, administrēšana	x		
Diagnostisko un ārstniecisko procedūru veikšana, NMP sniegšana	x		
Darba vides un drošības uzturēšana	x		
Dokumentācijas nodrošināšana	x		
Tālākizglītība (māsas turpmākā izglītošanās)	x		
Pacientu izglītošana	x		
Studentu izglītošana			x
Higiēnas procedūru izpilde un pēcnāves aprūpe	x		

- **leguvumi no risinājuma ieviešanas, potenciālie rādītāji:**

Definējot pilna laika ekvivalentu ārstniecības personu amatiem, būtu iespējams:

- veidot pārskatāmu atalgojuma sistēmu ārstniecības iestādē, kur ārstniecības personai tiktu definēts darba apjoms un intensitāte, ņemot vērā specialitāti un darba apstākļus pamatslodzē;
- uzlabot ārstniecības iestādes darba apmaksas plānošanu un komunikāciju ar veselības aprūpes pakalpojumu finansētājiem (NVD) par finansējuma atbilstību un pamatotību;
- veikt precīzu darba laika uzskaiti un noteikt sadalījumu starp veiktajiem darba pienākumiem un veidiem.

- **Risinājuma ieviešanas priekšnosacījumi:**

Darba grupa, kur izstrādāja PLE **ārstu amatiem**, iezīmēja šādus svarīgākos virzienus ieviešanas procesā (4.5. attēls):



4.5. attēls: PLE ieviešana ārstu amatiem: soļi.

Darba grupa, kur izstrādāja **PLE māsu amatiem**, iezīmēja šādus aspektus, kas jāņem vērā ieviešanas procesā:

- 1) Katrā ārstniecības iestādē ir jāizstrādā ārstniecības personām PLE ietvaros darāmo darbu un pienākumu sadaļa, kas ir tieši atkarīga no iestādes darbības specifikas un sniedzamo veselības aprūpes pakalpojumu sastāva;
- 2) Iespējamie risinājumi māsas profesijas standartam neatbilstošo darbu mazināšanai:
 - jāveicina IT tehnoloģiju izmantošana māsas ikdienas darbā;
 - pienākumi, kas jānovirza apmācītam neārstniecības personālam;
 - arvien vairāk pienākumus jānodod māsu palīga aprūpei;
 - kopā ar asociācijām jāpārskata šī sadaļa, lai mazinātu % īpatsvaru māsu PLE.

- 3) PLE izstrāde kopā ar māsu asociācijām, ņemot vērā:
- aprūpes veidu (ambulatorā, stacionārā māsa);
 - slimnīcu līmeņus (universitātes, IV, III un citi līmeņi);
 - profilu (ķirurģija, terapija, anestezioloģija u.c.);
 - hierarhiju (virsmāsa, galvenā māsa, nodaļas māsa u.c.);
 - izņēmumus (asins sagatavošanas nodaļas māsa, sabiedrības veselības u.c.);
 - darba vietu (pansionāti, sociālās aprūpes centri, izglītības iestāde u.c.).
- 4) Papildu aspekti:
- māsu bankas izveide – gaidīšanas jeb mājas dežūru režīma legalizēšana;
 - faktiskā darba laika atspoguļošana pie visiem darba devējiem.

3. INDIVIDUĀLĀ ATALGOJUMA KRITĒRIJI

- **Galvenā risināmā problēma: Kā varētu novērtēt un atalgot ārstniecības personas kvalifikāciju, darba apjomu un kvalitāti slodzes (PLE) ietvaros?**
- **Lietotāji:** ārstniecības personas, ārstniecības iestāžu vadība
- **Lietotāju "sāpju punkti":** individuālais atalgojums, tā atšķirības starp iestādēm; *"esmu ilgstoši izglītojis, bet tas netiek novērtēts"*; vienlīdzīga bāzes darba samaksa.
- **Risinājums:**

Darba grupa fokusējās uz **kvalifikācijas, darba apjoma un darba kvalitātes** saistību ar atalgojumu uz 1 slodzi, ietverot gan pamatalgu, gan daļēji arī mainīgo daļu. Grupas piedāvājums individuālā snieguma vērtēšanai sniegts 4.13. tabulā.

4.13. tabula

Kvalifikācijas vērtēšana individuālā atalgojuma noteikšanai (grupas piedāvājums)

	Īpatsvars %	Kritērijs	Pakāpe	Koeficients	Rezultāts
Kvalifikācija (amatam) - algas fiksētā daļa	15%	Izglītība	Diploms	1	0,15
			Sertifikāts	1,7	0,255
			Metodes	2	0,3
	15%	Amata praktizēšanas ilgums	"Zellis" 1-3 gadi	1	0,15
			"Meistars I" 4-7 gadi	1,8	0,27
			"Meistars II" 8-11 gadi	2,5	0,375
			"Eksperts I" 12 - 16 gadi	3,3	0,495
			"Eksperts II" 17 - 21 gads	4,2	0,63
			"Eksperts III" 18 - 22 gadi	5,2	0,78
	35%	Praktisko iemaņu līmenis	Zemākais līmenis	1	0,35
			Vidējais līmenis	2,9	1,015
			Augstākais līmenis	5,2	1,82
	15%	Atbildība par pieņemtajiem lēmumiem	Patstāvīgi lēmumus nepieņem	1	0,15
			Atbild par sevi	1,8	0,27
			Atbild par sevi + citiem	2,7	0,405
20%	Amata riska grupa	Zema	1	0,2	
		Vidēja	2	0,4	
		Augsta	3	0,6	

Darba grupa izstrādāja arī papildu aprēķinus pamatalgas/mainīgās daļas proporciju noteikšanai un definēja iespējamo algu intervālu, bet, tā kā ar šiem atalgojuma modeļa elementiem padziļināti strādāja citas grupas, tie nav iekļauti šajā ziņojumā.

- Diskusija

Darba grupas izstrādātā risinājuma izvērtēšanas diskusijā tika izvirzīti šādi komentāri un problēmjautājumi:

- Sertifikācija esamība neatspoguļo ārsta praktiskās iemaņas. Ar vienādu sertifikātu var veikt dažādas sarežģītības pakalpojumus (ir minimālais komplekts);
- Jādiskutē būtu, kā tiktu lemts par šīm kategorijām;
- Šobrīd iegūstot diplomu, ir atbilstošas profesionālās iemaņas. Tādēļ tas lielā mērā dublējas. Vai vieglāk to nav darīt caur ārstniecības iestādēm, kas nodrošina dažādus līmeņus?

- Testēšanas metodoloģija un rezultāti:

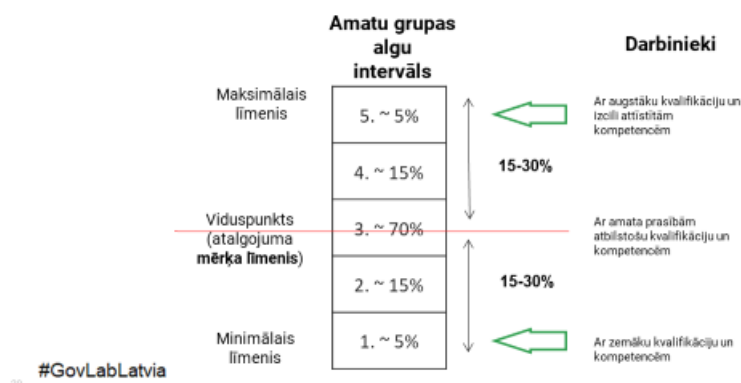
Praksē testēt darbinieku novērtēšanu ar piedāvātajiem individuālā atalgojuma kritērijiem (t.i., lūgt testa slimnīcu struktūrvienību vadītājiem novērtēt darbiniekus atbilstoši definētajiem kritērijiem) nebija iespējams, jo sākās ārkārtējā situācija Covid-19 pandēmijas dēļ, kas ārstniecības personām radīja paaugstinātu noslodzi un paaugstinātu stresu. Tāpēc šajā sadaļā sniegti komentāri par izstrādāto risinājumu no labās prakses atalgojuma sistēmu veidošanā viedokļa un ieteikumi ārstniecības iestādēm šādas pieejas ieviešanā.

Darbinieka individuālā alga ir viņa **individuālais algas līmenis intervāla ietvaros**. Veidojot intervālu, tiek pieņemts, ka vidējā alga intervālā jeb mērķa alga tiek maksāta par optimālu – amatam atbilstošu kvalifikāciju, prasmēm un sniegumu. Algu līmenis, kas pārsniedz vidējo, būtu atbilstošs darbiniekiem, kuri parāda augstākas prasmes/kvalifikāciju nekā vidusmērs, savukārt, zem vidējās algas intervālā saņem darbinieki, kuri vēl atrodas optimālās kvalifikācijas un snieguma līmeņa sasniegšanas procesā.

Algu sadalījums intervālā ideālā gadījumā varētu līdzināties normālajam sadalījumam: vidējā alga būtu jāsaņem lielākajai daļai (60-70%) darbinieku, maksimālas un minimālās algas saņemtu līdz 5 % darbinieku, un pārējie salītos aptuveni līdzīgi starp šiem trim līmeņiem (x attēls).

Realitātē parasti nepieciešams ilgāks laika periods un izstrādāta atalgojuma stratēģija 3 - 5 gadiem, lai no esošā algu sadalījuma pakāpeniski nonāktu līdz tādām, kas atbilst vēlamajam.

Individuālās algas noteikšana: kritēriji



4.6. attēls. Individuālās algas noteikšana intervālā.

Lai izveidotu tādu algu sistēmu, kurā darbojas individuālā atalgojuma kritēriji, nepieciešams veikt šādus pasākumus (4.7. attēls):

1. **Definēt pamatalgas vai kopējās algas intervālu**, kura ietvaros jāatrodas darbinieka samaksai. Vienai organizācijai tā ieteicamais platums ir +/- 15-20% no mērķa algas, bet lielām organizācijām vai organizāciju grupām atalgojuma var variēt platākā amplitūdā, piemēram, +/-25-30% no mērķa algas;
2. **Definēt kārtību, kā progresēs darbinieka samaksa intervāla ietvaros**, piemēram, soļus, līmeņus vai pakāpes - individuālās algas iespējamās līmeņus, paredzot, ka intervāla viduspunkts atbilstīs organizācijas mērķa algai, virs tās var būt darbinieki, kuru prasmes un darba kvalitāte pārsniedz optimālo, bet zem – to, kuri vēl aug savā profesijā;
3. **Definēt kritērijus katra līmeņa atalgojuma saņemšanai**. Pamatalgas kritērijiem vajadzētu būt saistītiem ar tādiem faktoriem, kuri ir pietiekami stabili un progresējoši – piemēram, prasmes, kvalifikācija, darba ētika jeb attieksme pret darbu, kompetences jeb rīcība darba situācijās, savukārt, faktori, kuri ir mainīgi, piemēram, padarītā darba rezultāti un apjoms vairāk būtu jāsaista ar darba samaksas mainīgo daļu. Piemēram, CIPD pētījumā “Reward management report 2019” sniegts šāds ieskats kritērijos, kas nosaka darbinieka atalgojuma progresu (4.14. tabula).

4.14. tabula

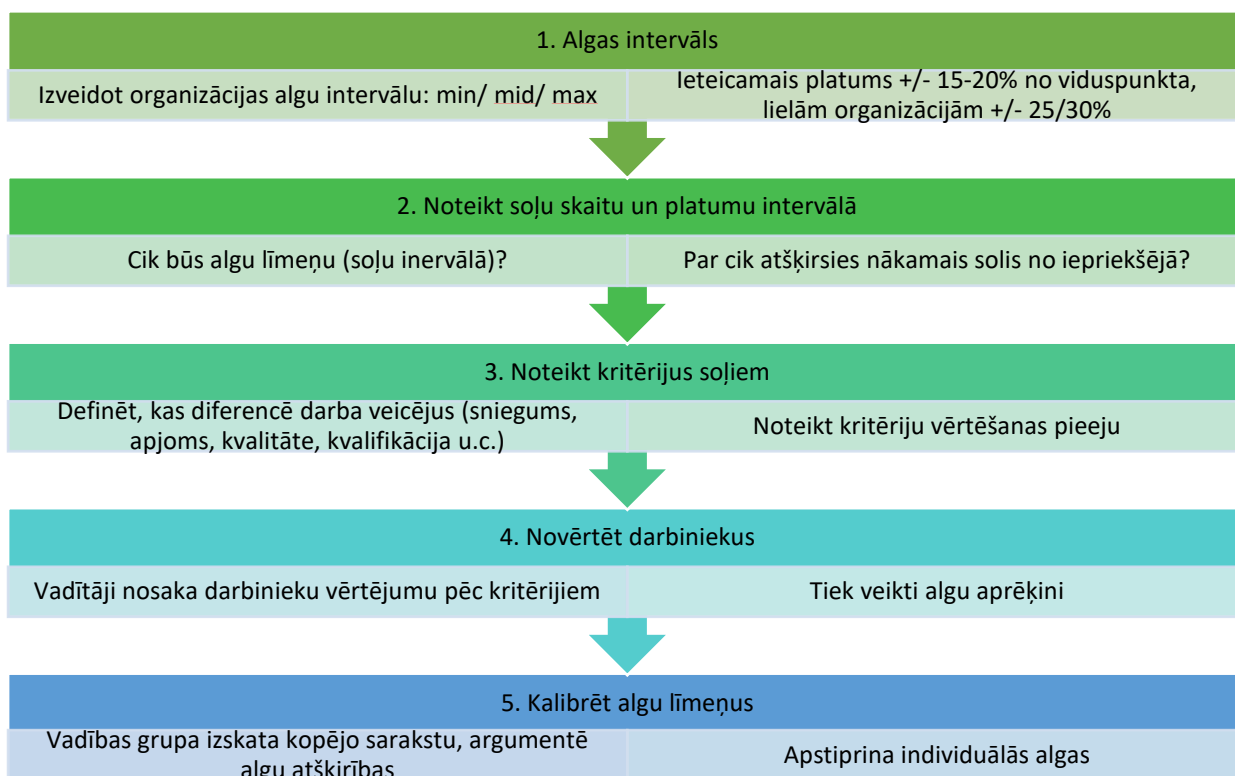
Kādi kritēriji tiek izmantoti darbinieku progresam pa algu līmeņiem? (%)³⁹

Gads	Individuālais sniegums	Kompetences	Prasmes	Darbinieka potenciāls/noturēšana	Atalgojums darba tirgū	Darba stāžs	Pārrunas ar arodbiedrību
2019	75	62	56	55	55	29	21
2017	74	61	57	53	41	29	24
2014	74	64	60	52	61	35	-
2013	72	65	58	51	64	31	-
2012	79	49	44	48	57	29	-
Publiskajā sektorā	48	51	30	21	18	48	56

³⁹ “Reward Management Survey 2019”, CIPD - The Chartered Institute of Personnel and Development.

Gads	Individuālais sniegums	Kompetences	Prasmes	Darbinieka potenciāls/ noturēšana	Atalgojums darba tirgū	Darba stāžs	Pārrunas ar arodbiedrību
Vadītāju amatiem	73	59	49	50	47	23	13
Pārējiem darbiniekiem	62	52	48	41	49	24	20

- Izveidot darbinieku vērtēšanas pieeju**, lai noteiktu individuālā atalgojuma līmeni. Publiskajā sektorā, piemēram, valsts pārvaldē individuālas darba samaksas noteikšana ir cieši saistīta ikgadējo darba izpildes novērtēšanu, kuras ietvaros tiek vērtēta mērķu sasniegšana, amata pienākumu izpilde, profesionālā kvalifikācijas (izglītība, profesionālā pieredze, profesionālās zināšanas un prasmes un vispārējās zināšanas un prasmes) un kompetences (rīcība darba situācijās atbilstoši kompetenču modelim). Novērtēšana ietekmē gan pamatalgas jeb mēnešalgas līmeni, gan mainīgo daļu – prēmiju par darba rezultātiem. Vienlaikus jaunākās tendences personāla vadībā liecina par to, ka šāda cieša sasaiste starp ikgadējo novērtēšanu un atalgojumu mazina novērtēšanas objektivitāti, it īpaši, ja spēkā esošā atalgojuma sistēma nav pietiekami konkurētspējīga. Tāpēc ieteicams veidot vienkāršākus risinājumus darbinieku novērtēšanai, lai vadītāji novērtētu darbiniekus pēc vienkāršiem, objektīviem kritērijiem vienkāršā procesā (piemēram, aizpildot MS Excel datnes vai izmantojot citu IT rīku) tieši atalgojuma noteikšanai.
- Pēc sākotnējo vērtējumu apkopošanas nepieciešams tos kalibrēt** – pārskatīt organizācijas ietvaros, lai nodrošinātu vienotu pieeju un atbilstību budžeta iespējām;
- Pēc kalibrēšanas tiek apstiprināts galīgais individuālo algu (pamatalgu) saraksts.**



4.7. attēls: Individuālā atalgojuma kritēriju izstrāde: soļi.

Veidojot individuālā atalgojuma kritērijus, jāievēro, lai:

- kritēriju varētu **objektīvi novērtēt** un tas parādītu **uzskatāmu atšķirību** starp darbiniekiem (piemēram, izglītības līmeni un pieredzes ilgumu var objektīvi novērtēt);
 - kritērijs raksturotu tieši **darbinieku, viņa prasmes un sniegumu**, nedublējot tos kritērijus, kuri jau ir ņemti vērā, vērtējot amatu. Tomēr ir pieļaujams algu gradācijai izmantot tādus amatu raksturojošus kritērijus, kuri nav ņemti vērā, vērtējot amatu (piemēram, **atbildības līmenis** ir novērtēts, vērtējot amatu, savukārt **riska līmenis** nē);
 - būt skaidri definēts, kā katrs no kritērijiem izaužas, piemēram, **praktisko iemaņu līmeņi** būtu jāapraksta, lai tos varētu diferencēt;
 - kritēriju īpatsvars neveidotu ilgtermiņā nevēlamas ietekmes, piemēram, pārāk lielu īpatsvaru piešķirot **profesionālās pieredzes ilgumam** un veidojot detalizētu gradāciju ilgā periodā (piemēram, 6 soļi, kas aptver 22 gadu periodu), tiek bremsēta jauno ārstniecības personu ienākšana darba tirgū un viņu karjeras attīstība, savukārt tiek veicināta ilgāka karjera organizācijā. Gan izglītība, gan profesionālā pieredze, kaut arī nav nesvarīgi faktori, mūsdienu personāla vadībā tiek uzskatīti par mazāk nozīmīgiem salīdzinājumā ar faktiskajām darbinieka prasmēm un spējām darba veikšanā. Lai tās raksturotu un novērtētu, tiek veidoti kompetenču modeļi, kas palīdz skaidrot vēlamo rīcību, balstoties uz organizācijas vērtībām, kā arī prasmju matricas. Kompetenču modeļi un prasmju matricas kopumā dod daudz niansētāku izpratni par vēlamajiem darba izpildes standartiem, nekā tipisks amata apraksts, kurā ir uzskaitīti veicamie pienākumi un definētas amata kvalifikācijas prasības.
- **Ieguvumi no risinājuma ieviešanas, potenciālie rādītāji:**
 - Salīdzināmība;
 - Vienoti principi;
 - Pamatojums finansējuma pieprasījumam.
 - **Risinājuma ieviešanas priekšnosacījumi:**
 - Ārstniecības iestāžu līmeņošana;
 - Profesionālo asociāciju iesaiste praktisko iemaņu līmeņa definēšanā;
 - Atbilstoša atalgojuma iestrādāšana tarifā.

4. ATALGOJUMA MAINĪGĀ DAĻA: ĪPATSVARŠ UN KRITĒRIJI

- **Galvenā risināmā problēma: Kā varētu noteikt, cik lielām jābūt piemaksām un par ko tās jāmaksā, un cik liela mainīgā daļa kopējā atalgojumā būtu jāveido?**
- **Lietotāji:** ārstniecības personas, ārstniecības iestāžu vadība
- **Lietotāju sāpju punkti:**

Ārstniecības personas: Individuālais atalgojums, tā atšķirības starp iestādēm; pārslodze, izdegšana; neprognozējams apjoms; *Kā nopelnīt, strādājot normālu darba laiku? Apnicis skriet no darba uz darbu;* neskaidrs finansējums un zemi tarifi atsevišķiem pakalpojumiem; jācinās par savu atalgojumu, lai tas būtu adekvāts ieguldījumam.

Ārstniecības iestāžu vadība: Grūti kontrolēt naudas plūsmu; visa veida resursu trūkums, arī tehnoloģijām, telpām, finanšu; tarifu neatbilstība reālajām cenām; neprognozējams pasūtījuma un finansējuma apjoms.

- **Risinājums:**

Darba grupa piedāvāja noteikt, ka

- proporcija starp fiksēto un mainīgo atalgojuma daļu varētu būt 70%/30%;
- par mainīgo atalgojuma daļu netiek uzskatītas darba likumā un MK noteikumos Nr.851 noteiktās piemaksas (nakts darbs, darbs svētkos, piemaksa par stāžu, piemaksa par risku);
- struktūrvienībai tiktu piešķirts budžets mainīgās daļas izmaksai par noteiktu rezultātu sasniegšanu;
- mainīgās daļas budžeta lieluma noteikšanai varētu izmantot, piemēram, šādus principus:
 - kopējais iestādes atalgojuma budžeta apmērs;
 - konkrētās struktūrvienības slodžu skaits;
 - struktūrvienības nozīmīgums un loma kopējo iestādes mērķu sasniegšanā u.c.
- struktūrvienību mērķi varētu būt, piemēram, šādi:
 - plānotā darba apjoma jeb «kvotu» izpilde (stacionāra, dienas stacionāra, ambulatorā);
 - medikamentu un vienreizējo preču budžeta limita ievērošana;
 - iekšējo izmeklējumu limita ievērošana;
 - vidējais ārstēšanās ilgums;
 - aptiekas krājumu limita ievērošana;
 - pacientu dokumentācijas korekta noformēšana (nodoto vēsturu skaits/IS ievadītās informācijas korektums u.tml.);
 - operācijas zāļu noslodze;
 - pacientu apmierinātības vērtējums;
 - un citi tamlīdzīgi izmērāmi mērķi, kas izriet no iestādes mērķiem.
- katram darbiniekam mainīgo atalgojuma daļu varētu noteikt, pamatojoties uz viņa paveikto darba apjomu, veiktajiem papildu pienākumiem, darba kvalitāti, darba disciplīnu. Kritēriji varētu būt, piemēram, šādi:
 - ārstēto pacientu skaits;
 - pacientu skaits ar sarežģītām diagnozēm (DRG punktu skaits);
 - vidējais ārstēšanas ilgums;
 - veikto operāciju skaits/veikto sarežģīto operāciju skaits;
 - pacientu vidējais ārstēšanas ilgums;
 - savlaicīgi nodoto vēsturu skaits;
 - higiēnas un pretepidemioloģiskā plāna ievērošana;
 - disciplīna un darba kvalitāte;
 - papildu pienākumu veikšana;

- citām struktūrvienībām sniegto konsultāciju skaits;
- aprūpes kvalitātes kritēriji (izgulējumu uzskaitē, riski, profilakses plāns, plāna realizācija; asinsvadu pieejas vietu aprūpe; pacientu drošības ziņojumi, preventīvās darbības; sāpju vērtēšana, u.c.).

- Diskusija

Darba grupas izstrādātā risinājuma izvērtēšanas diskusijā tika izvirzīti šādi komentāri un problēmjasautājumi:

- Patīk, ka ideja ir stimulēt efektivitāti, bet nevajadzētu aiziet atpakaļ uz individuālo līmeni. Labā prakse būtu stimulēt struktūrvienību. Šis prasa lielu administrēšanu un milzīgu atbildību vadītājiem;
- Caurskatāmībai un saprotamībai būtu jābūt prioritātei;
- Vidējais ārstēšanas ilgums nav saistīts ar konkrētā ārsta darba kvalitāti. Ārsta individuālā darba kvalitātes kritēriju nav – neviens tos līdz šim nav nodefinējis;
- Iestādes noteiktie kritēriji ir neētiski, jo ārstam nebūtu jāzina, cik izmaksā medikamenti, bet būtu jāfokusējas uz labāko veidu, kā kvalitatīvi izārstēt.

- Testēšanas metodoloģija un rezultāti:

Arī šo risinājuma elementu nebija iespējams pilnvērtīgi notestēt praksē, jo sākās ārkārtējā situācija Covid-19 pandēmijas dēļ, tomēr tika veikta testa slimnīcu 2019. gada atalgojuma datu izpēte par izmaksāto mainīgo atalgojuma daļu un tās proporciju pret pamatalgu, kā arī pamatojums mainīgās daļas izmaksai.

Kā redzams no testa slimnīcu datiem (apskatīti arī sadaļā par pilna laika ekvivalentu), darba samaksas daļa, kas tiek maksāta papildus pamatalgai, variē no 31 līdz 41 % ārstu amatiem un no 25 līdz 32 % māsū amatiem. "Obligātās piemaksas" ārstiem veidoja vidēji 14% kopējā darba samaksām un māsū 17% kopējā darba samaksā. Atalgojuma elements ar nosaukumu "mainīgā daļa" bija norādīts tikai vienā no 3 testa slimnīcām. Samaksa ārpus pamatalgas un obligātajām piemaksām veidojas no šādiem elementiem (dažādās iestādēs tiek lietoti dažādi samaksas veidu nosaukumi, kā arī par viena veida pakalpojumu, piemēram, ambulatoro darbu, atkarībā no finansējuma veida var būt 3 dažāda veida piemaksas):

- Piemaksa par valsts ambulatoro darbu;
- Atalgojuma mainīgā daļa par ambulatoro darbu;
- Akordsamaksa par ambulatoro darbu;
- Piemaksa par maksas ambulatorajiem pakalpojumiem;
- Prēmijas/naudas balvas;
- Piemaksa par darbu dienas stacionārā;
- Piemaksa no stacionārajiem maksas pakalpojumiem;
- Piemaksa par veiktajām operācijām;
- Piemaksa par darbu ar rezidentiem;
- Piemaksa par papildu darbu;
- Piemaksa par intensitāti;
- Speciālā piemaksa;
- Materiālie pabalsti.

Datu analīze parāda, ka pašlaik darba samaksas mainīgo elementu lielākoties veido dažādi samaksas veidi **par paveikto darba apjomu**, kas piemaksas veidā tiek izmaksāti atšķirīgo

finansēšanas avotu dēļ (valsts apmaksāts vai maksas pakalpojums); atšķirīgo tarifu dēļ (stacionārais, dienas stacionāra vai ambulatorais pakalpojums) vai atšķirīga pakalpojuma apmaksas veida dēļ (NVD līgumā noteiktie fiksētie maksājumi tiek apmaksāti neatkarīgi no apjoma, vai no pakalpojuma apjoma atkarīgā apmaksas veidi, kas ārstniecības iestādei liek motivēt darbiniekus sasniegt noteiktu pakalpojuma apjomu).

Turpretim darba grupas piedāvātajā modelī mainīgā daļa tiek paredzēta kā samaksa par noteiktu darba kvalitātes standartu izpildi un struktūrvienības mērķu sasniegšanu, un šāda pieeja šobrīd darbojas praksē tikai vienā no testa slimnīcām.

Tāpēc jautājumi, uz kuriem būtu nepieciešams rast atbildes, ieviešot jaunu atalgojuma modeli ārstniecības personām:

1. Vai nepieciešams veidot ar darba kvalitāti un sasniegtajiem rezultātiem saistītu mainīgās daļas elementu atalgojumā?
2. Ja tāds tiek veidots, kādi ir vispārējie principi un kārtība, lai neveidotos negatīva ietekme uz darba izpildi un darba ētiku (piemēram, darbinieks atsakās veikt darbu, par kuru nav iespējams saņemt papildu samaksu vai kurš tiek zemāk novērtēts)?;
3. Vai ir pamatoti maksāt daudzveidīgas piemaksas par darbu, kas ietilpst ārstniecības personas pilna laika ekvivalentā? Kā būtu jāmainās nozares finansēšanas sistēmai, lai tas nebūtu nepieciešams?

Uz šiem jautājumiem jārod atbildes tālākajā modeļa izstrādes un ieviešanas procesā, ņemot vērā arī jaunākās tendences "atalgojuma par sniegumu" (angļu val.: *performance related pay*) tendencēs. Piemēram, CIPD pētījuma "Reward Management Report 2019"⁴⁰ sadaļā par atalgojuma mainīgo daļu, balstoties uz pēdējo gadu (2012-2019) datu salīdzinājumu, secināts, ka **pakāpeniski samazinās organizāciju īpatsvars, kas izmanto ar sniegumu saistītos atalgojuma elementus, t.sk. mainīgās daļas shēmas** (4.15. tabula).

4.15. tabula.

Kas izmanto ar sniegumu saistītās finansiālās vai nefinansiālās mainīgās daļas shēmas? (%)

2019	44
2017	48
2015	49
2013	55
2012	65
Publiskais sektors	26

Minētajos 44 % organizāciju sniegums tiek atalgots šādā veidā (4.16. tabula):

⁴⁰ "Reward Management Survey 2019", CIPD - The Chartered Institute of Personnel and Development, 17.-19. lpp.

Kādi individuālā snieguma apmaksas veidi tiek izmantoti? (%)

Gads	Individuālās prēmijas	Algas palielinājums, sasniedzot noteiktus kritērijus ⁴¹	Pārdošanas komisija	Kombinētās shēmas	Individuāls nefinansiāls bonuss par izcilu sasniegumu	Ad hoc/ uz projektiem balstīts	Gabaldarbs samaksa
2019	62	61	46	40	38	33	5
2017	66	58	43	43	43	23	4
2015	57	51	29	46	-	24	3
2013	60	56	37	49	-	20	0
2012	67	57	37	40	-	18	2
Publiskajā sektorā	57	57	7	21	50	43	0
Vadītāju amatiem	57	56	28	33	26	26	3
Pārējiem darbiniekiem	48	51	36	35	38	22	2

Pētījuma komentāros uzsvērts **lielais individuālu nefinansiālu bonusu par izcilu sniegumu īpatsvars publiskā sektora organizācijās**, skaidrojot, ka publiskajā sektorā ir sarežģīti definēt izmērāmus mērķus, kā arī var nebūt budžeta līdzekļu, lai atalgotu izcilu sniegumu monetārā veidā.

To organizāciju vidū, kuras lieto mainīgās daļas shēmas, lielākoties mainīgā daļa veido nelielu proporciju no kopējā atalgojuma (4.17. tabula).

Kāds ir samērs starp fiksēto un mainīgo atalgojuma daļu? (%)

Nozare	Fiksētā daļa veido 70-90%	Fiksētā daļa veido 40-60%	Fiksētā daļa veido 10-30%
Kopā	92	5	3
Ražošana	91	6	3
Vairumtirdzniecība, viesmīlība, ēdināšana, aktīvā atpūta un uzkopšana	93	6	3
Juridiskie, finanšu, tehnoloģiju un citi profesionālie pakalpojumi	94	6	0
Citas privātā sektora jomas	97	0	3
Publiskais sektors	91	9	0
Brīvprātīgo un bezpeļņas organizācijas	93	7	0

Tādējādi var apgalvot, ka apjomīga mainīgā daļa, kas saistīta ar personas sniegumu, kļūst arvien mazāk izplatīta, īpaši publiskā sektora organizācijās.

No motivācijas viedokļa ar sniegumu saistītie samaksas elementi ne tikai var nesniegt gaidīto pozitīvo ietekmi, bet ilgtermiņā var pat ietekmēt negatīvi šādu iemeslu dēļ:

- **Tie iznīcina iekšējo motivāciju un interesi par darbu:**

jo netieši liecina, ka darbs pats par sevi nav vērtīgs, tāpēc par to papildus jāpiemaksā;

⁴¹ Angļu val.: *merit pay rise*, lielākoties tiek automātiski ieļauta pamatalgā kā algas palielinājums.

- **Tos uztver kā sodīšanas rīku un rada bailes:**

prēmijas nepiešķiršanas gadījumā darbinieks jūtas sodīts. Bailes zaudēt prēmiju rada stresu, kas var pasliktināt darba izpildi;

- **Tie bojā attiecības:**

vadītājs tiek uztverts kā "labumu izdalītājs", kolēģi - kā konkurenti cīņā par prēmiju;

- **Tie veicina rīcību, kas var nebūt organizācijas interesēs:**

orientēti uz īstermiņa mērķi – prēmiju, darbinieki nedomā par organizācijas ilgtermiņa interesēm;

- **Tie atņem drosmi riskēt, būt radošiem un risināt problēmas:**

lieks risks var mazināt iespēju izpildīt uzdevumu un saņemt prēmiju.⁴²

Ar sniegumu saistīto atalgojuma shēmu vietā ieteicams:

1. Noteikt **taisnīgu** atalgojumu:

- atbilstošu **tirgus tendencēm**;
- par līdzīgu darbu maksāt **līdzīgu algu**.

2. Mazināt **koncentrēšanos uz atalgojumu**:

- cilvēki ir orientēti **domāt par to, kā viņiem nav**;
- ja atalgojumu neizmanto kā motivēšanas rīku (*izdari to un saņemsi šo*), cilvēki vairāk koncentrējas **uz darbu, nevis uz prēmiju pelnīšanu**,⁴³

Šie pasākumi ilgtermiņā palīdzētu darbinieku atrast iekšējo jeb autentisko motivāciju (Pink 2009, 2011), kuras pamatā ir

- **autonomija** (angļu val.: *autonomy*);
- **meistarība** (angļu val.: *mastery*);
- **mērķis** (angļu val.: *purpose*).⁴⁴

Mainīgās daļas izmantošanas nolūks nākotnē būtu atalgot ārstniecības personu iniciatīvu, palielinātu intensitāti un izcilību sniegumā, priekšroku dodot komandas, nevis individuāliem materiālās stimulēšanas risinājumiem.

5. ALGU APRĒĶINĀŠANAS SHĒMA "REŽĢIS"

- **Galvenā risināmā problēma: Kā varētu caurskatāmi un taisnīgi sadalīt ārstniecības iestādes atalgojuma fondu tā, lai tas atbilstu ārstniecības iestādes sniegto pakalpojumu struktūrai un individuālajam novērtējumam, nodrošinot nozares ilgspēju?**

- **Lietotāji:** ārstniecības personas, ārstniecības iestāžu vadība

⁴² Kohn A. Punished by rewards. The trouble with gold stars, incentive plans, A's, praise and other bribes. Houghton Mifflin Company, Boston, New York: 1999, 430 p., pp. 135-140.

⁴³ Kohn A. Punished by rewards. The trouble with gold stars, incentive plans, A's, praise and other bribes. Houghton Mifflin Company, Boston, New York: 1999, 430 p., pp. 181-197.

⁴⁴ Pink, D. Drive: The Surprising Truth About What Motivates Us. Riverhead Books 2011, 288 p., kā arī https://www.ted.com/talks/dan_pink_the_puzzle_of_motivation (2009).

- **Lietotāju “sāpju punkti”:** Nav skaidras, saprotamas, caurskatāmas atalgojuma sistēmas; nepietiekams nozares finansējums; personāla trūkums; strupceļš, nevirza uz attīstību, nerisina pamatproblēmu, bet dzēš ugunsgrēku, tieši radot necaurskatāmību un mazinot uzticību sistēmai; personāls strādā vairākās vietās un vairākas slodzes. Izkropļo sistēmu, lai ierobežotos apstākļos risinātu akūtās problēmas; dusmīgs, neapmierināts pacients; tas ietekmē veselību un sabiedrības veselības rādītājus.
- **Risinājums:**⁴⁵

Atalgojuma/amatu «režģis»:

- Ārstniecības iestāžu (vai aprūpes) līmeņi – šobrīd nav ieviesti;
- 1-5.

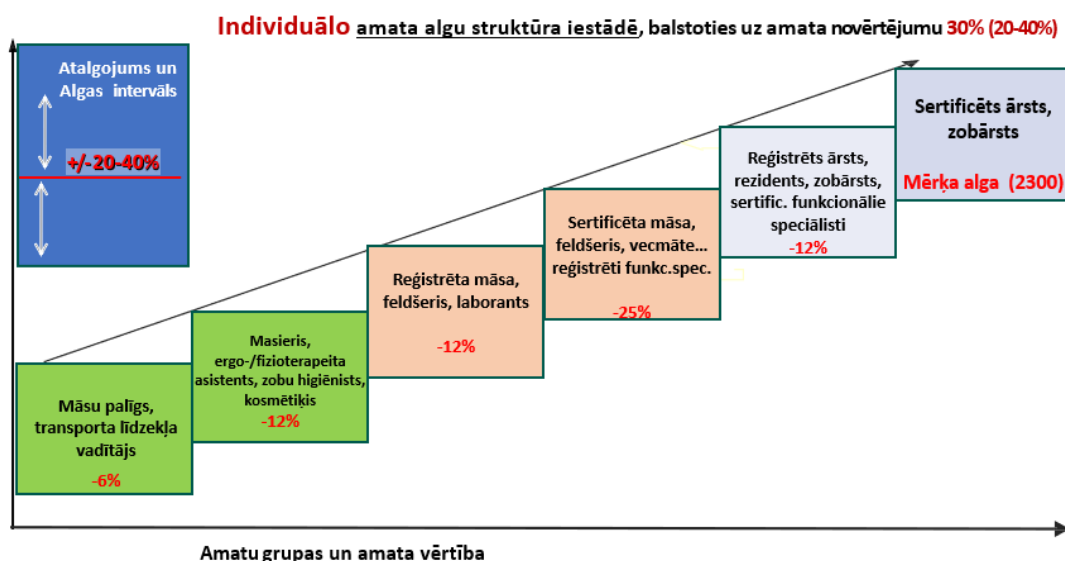
Ārstniecības personu amatu kvalifikācijas kategorijas MK noteikumi Nr. 851:

- Ārstniecības personu kategorijas 1-6;
- Amatu kvalifikācijas kategorijas robežās atļaut ārstniecības iestādes ietvaros algu aprēķināt +/- 15%, ņemot vērā ārsta specialitāti, darba intensitāti, darba kvalitāti, (ārsta reitingu?) u.c.

Principi:

- 70% algas nemainīgā daļa, apmaksā par PLE;
- 30% mainīgā daļa (īpašos gadījumos piešķir ārstniecības iestādē atbilstoši darba samaksas nolikumam, kura sastāv no individuālā novērtējuma (15%), kolektīvā mērķu īstenošanas izpildes (15%));
- PLE – pilna laika ekvivalents (darba apjoms uz 1 darba slodzi – ieskaitot manipulācijas, operāciju stundas, ārstējamo / aprūpējamo pacientu skaitu stacionārā / ambulatorajā pieņemšanā u.c.)
- Mazināt algas mainīgajā daļā (30%) iekļaujamās manipulācijas, aktivitātes.

4.8. attēlā sniegts risinājuma shematiskais attēlojums.



⁴⁵ Darba grupas risinājums faktiski aptver visu grupu kopīgi izveidoto konceptu, tāpēc šeit sniegts tikai galveno principu kopsavilkums.

4.8. attēls: Amatu grupu atalgojuma "režģis".

- **Diskusija:**

Darba grupas izstrādātā risinājuma izvērtēšanas diskusijā tika izvirzīti šādi komentāri un problēmjautājumi:

- Šis risinājums pasliktinās pieejamību, bet uzlabos kvalitāti. Ja strādās tikai uz pieejamību, tad tiks pazaudēta kvalitāte.
- Motivācijas faktors - fiskālais vai profesionālais? Šajā gadījumā izvēlējas ceļu pa vidu.

- **Testēšanas metodoloģija un rezultāti:**

Risinājums paredzēja noteikt papildu koeficientu piemērošanu atbilstoši augstākam ārstniecības iestādes līmenim vai ārstniecības procesa sarežģītībai, tomēr priekšlikums šobrīd netiek virzīts tālāk, paralēli veicot stacionāro ārstniecības iestāžu līmeņošanu un vēloties sagaidīt šī procesa rezultātus, lai tos ņemtu vērā atalgojuma sistēmas detalizētā izstrādē un ieviešanā.

4.3. Atalgojuma modeļa testēšanas rezultāti un secinājumi

Apkopojot domnīcā radītā ārstniecības personu atalgojuma modeļa testēšanas rezultātus, var secināt, ka risinājuma elementi kopumā ir izmantojami veselīgas un efektīvas atalgojuma sistēmas veidošanai valstī kopumā un katrā ārstniecības iestādē atsevišķi. To ieviešanas gaitā ieteicams ņemt vērā atalgojuma modeļa testēšanas rezultātus un secinājumus (4.18. tabula).

4.18. tabula

Ārstniecības personu atalgojuma modeļa testēšanas rezultāti un secinājumi

Nr.	Problēmjautājums	Uzdevumi testēšanas procesā	Testēšanas rezultāti un secinājumi
1.	Kā varētu noteikt ārstniecības personu mērķa algas apmēru, kurš būtu atbilstošs amata vērtībai, un kāds tas būtu?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Izveidot amatu sarakstu un novērtēt amatus, iegūstot amatu vērtības punktus un tiem atbilstošo vērtību tirgū EUR 2. Izveidot intervālu +/-20-30% no mērķa līmeņa 3. Salīdzināt faktisko algu ar mērķa algu, identificēt darbiniekus, kuru darba samaksa ir būtiski mazāka vai lielāka par mērķa algu 	<p>Domnīcā izstrādātā mērķa algas noteikšanas metode ļauj noteikt amata vērtībai atbilstošu mērķa algu ārstniecības personām. Atalgojuma modeļa testēšanas procesā noteiktais mērķa algas lielums (3086 EUR) izmantojams, nosakot ārstniecības personu mērķa algu nākotnē un veicot nepieciešamā budžeta aprēķinus (ārsta mērķa alga: 3086 EUR bruto, attiecīgi 60% no ārsta algas veidotu māsas algu un 40% no ārsta algas – ārstniecības atbalsta personu algu.)</p> <p>Ieteicamais algu intervāls sākotnēji būtu veidojams +/-30% no mērķa algas, nākotnē pakāpeniski to sašaurinot. Ārstniecības iestāžu atalgojuma stratēģijas virzāmas uz to, lai visu ārstniecības personu atalgojums nākotnē pakāpeniski iekļautos šī intervāla robežās.</p>
2.	Kā varētu noteikt, cik lielām jābūt piemaksām un par ko tās jāmaksā un cik liela mainīgā	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificēt, kāda ir esošā mainīgā daļa (% no kopējās samaksas) un par ko tiek maksāta (iespējami detalizēta informācija par 	<p>Algu datu izpēte liecina, ka "klasiska" mainīgā daļa kā finansiāls stimuls par rezultātu sasniegšanu testēšanā iesaistītajās slimnīcās nav izplatīta. Lielākoties papildus pamatalgai tiek maksātas tā saucamās</p>

Nr.	Problēmjaudājums	Uzdevumi testēšanas procesā	Testēšanas rezultāti un secinājumi
	daļa kopējā atalgojumā būtu jāveido?	<p>darba samaksas sastāvdaļām un nostrādātajām stundām no faktiskajiem datiem)</p> <p>2. Izvērtēt, ko var iekļaut pamatalgā un ko nevar, tiecoties uz mērķi 70/30 (izpētīt piemaksu veidus, cik % šobrīd no kopējā veido pamatalga, kādai darbinieku proporcijai u.c.)</p>	<p>“obligātās” piemaksas, kā arī piemaksas par dažāda veida ārstniecības pakalpojumiem, samaksa par kuriem nav iekļauta pamatalgā. Piemaksu daļa veido vidēji 38 % no kopējā atalgojuma mēnesī ārstiem un 29% māsām. Pakalpojumi, par kuriem tiek maksātas piemaksas, lielākoties ietilpst darba grupu definēto pilna laika ekvivalenta elementu skaitā.</p> <p>Nākotnē samaksas sistēma jāveido tādējādi, lai samaksa par pilna laika ekvivalenta ietvaros paveikto ietilptu pamatalgā, mazinot mainīgo atalgojuma daļu. Būtu izvērtējams, vai proporcijai starp pamatalgu un mainīgo daļu jābūt 70/30 gan māsām, gan ārstiem: lielāks pamatalgas īpatsvars veicinātu lielāku stabilitāti, paredzamību un drošības sajūtu – pie nosacījuma, ka pamatalga ir konkurētspējīga. Atalgojuma dati neapstiprina, ka no atalgojuma struktūras viedokļa būtu objektīvs pamats 30% un lielākai mainīgās daļas proporcijai.</p>
3.	Kā varētu raksturot ārstniecības personu darba intensitāti un apjomu pamatslodzē, korekti uzskaitot darba stundas?	<p>1. Definēt, kuras funkcijas ir PLE sastāvā un kuras nav</p> <p>2. Kuras no funkcijām, par ko šobrīd maksā piemaksas, ir PLE sastāvā?</p>	<p>Darba grupas izstrādātie individuālā atalgojuma kritēriji “Izglītība”, “Amata praktizēšanas ilgums” un “Iegūto iemaņu līmenis” raksturo personu, tie ir stabili un ar progresējošu tendenci, kā arī varētu būt objektīvi izmērāmi, ja tiktu definēti iegūto iemaņu līmeni raksturojoši kritēriji. Pārējie darba grupas definētie kritēriji (“Atbildība par pieņemtajiem lēmumiem” un “Amata riska grupa”) raksturo amatu, nevis individu, tāpēc tie būtu jāņem vērā, nosakot amata mērķa algu, nevis individuālo algu. Atbildības līmenis ir viens no amata vērtēšanas kritērijiem, bet riska grupa tiešā veidā nav ietverta vērtēšanas kritērijos. To varētu ņemt vērā, koriģējot mērķa algas amatiem, kuru riska līmenis ir augstāks par vidusmēru (nepieciešami kritēriji riska grupas izvērtēšanai). Piemēram, ārstniecības personai, kura ietilpst augstā riska grupā, individuālais atalgojums tiek noteikts vienu pakāpi augstāks, nekā ārstniecības personai ar tādu pašu kvalifikāciju un prasmēm, bet kuras amats ietilpst vidējā riska grupā. Tas, kā variē individuālā alga intervāla ietvaros, var atšķirties starp iestādēm. Svarīgi, lai tiktu izmantoti relatīvi vienkārši kritēriji, kuri atspoguļoto objektīvas atšķirības starp darba veicējiem – tas nozīmē, ka nevajadzētu būt pārāk daudz individuālās alga līmeņu un nebūtu jāveido sarežģītas individuālās algas sistēmas. Valsts līmenī būtu nosakāmas prioritātes, piemēram, ja valsts prioritāte ir</p>
4.	Kā varētu novērtēt un atalgot ārstniecības personas kvalifikāciju, darba apjomu un kvalitāti slodzes (PLE) ietvaros?	<p>1. Definēt, kāpēc var atšķirties ārsta alga par vienādu PLE?</p> <p>2. Kādi un cik būs pamatalgas soļi, cik plati, kāpēc?</p> <p>3. Vai tie būs katrai slimnīcai specifiski, vai nepieciešamas kopējas vadlīnijas; ja jā, kādas?</p>	<p>Darba grupas izstrādātie individuālā atalgojuma kritēriji “Izglītība”, “Amata praktizēšanas ilgums” un “Iegūto iemaņu līmenis” raksturo personu, tie ir stabili un ar progresējošu tendenci, kā arī varētu būt objektīvi izmērāmi, ja tiktu definēti iegūto iemaņu līmeni raksturojoši kritēriji. Pārējie darba grupas definētie kritēriji (“Atbildība par pieņemtajiem lēmumiem” un “Amata riska grupa”) raksturo amatu, nevis individu, tāpēc tie būtu jāņem vērā, nosakot amata mērķa algu, nevis individuālo algu. Atbildības līmenis ir viens no amata vērtēšanas kritērijiem, bet riska grupa tiešā veidā nav ietverta vērtēšanas kritērijos. To varētu ņemt vērā, koriģējot mērķa algas amatiem, kuru riska līmenis ir augstāks par vidusmēru (nepieciešami kritēriji riska grupas izvērtēšanai). Piemēram, ārstniecības personai, kura ietilpst augstā riska grupā, individuālais atalgojums tiek noteikts vienu pakāpi augstāks, nekā ārstniecības personai ar tādu pašu kvalifikāciju un prasmēm, bet kuras amats ietilpst vidējā riska grupā. Tas, kā variē individuālā alga intervāla ietvaros, var atšķirties starp iestādēm. Svarīgi, lai tiktu izmantoti relatīvi vienkārši kritēriji, kuri atspoguļoto objektīvas atšķirības starp darba veicējiem – tas nozīmē, ka nevajadzētu būt pārāk daudz individuālās alga līmeņu un nebūtu jāveido sarežģītas individuālās algas sistēmas. Valsts līmenī būtu nosakāmas prioritātes, piemēram, ja valsts prioritāte ir</p>

Nr.	Problēmjaautājums	Uzdevumi testēšanas procesā	Testēšanas rezultāti un secinājumi
			civēkresursu atjaunošanās un skaita pieaugums, tad nebūtu piešķirams pārāk liels īpatsvars profesionālās pieredzes ilgumam, tādējādi mazinot jauno speciālistu interesi uzsākt ārstniecības personas karjeru.
5.	Kā varētu caurskatāmi un taisnīgi sadalīt ārstniecības iestādes atalgojuma fondu tā, lai tas atbilstu ārstniecības iestādes sniegto pakalpojumu struktūrai un individuālajam novērtējumam, nodrošinot nozares ilgtspēju?	<ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="584 367 935 495">1. Noskaidrot, kā algu līmeņus ietekmē slimnīca, kurā ārstniecības persona ir nodarbināta; kāpēc? <li data-bbox="584 495 935 562">2. Kurus amatus skar atšķirības? <li data-bbox="584 562 935 629">3. Kas jāreformē, lai šāds modelis strādātu? 	<p>Salīdzinot testēšanā iesaistīto slimnīcu datus, var secināt, ka lielākā slimnīcā ir lielāka darba samaksas izkliede (starpība starp zemāko un augstāko kopējo algu), zemāks vidējais atalgojums un lielāka piemaksu daudzveidība nekā tas ir mazākā (reģionālā) slimnīcā, bet lielāks pamatalgas īpatsvars kopējā darba samaksā. Turklāt, jo lielāka slimnīca, jo vairāk ārstniecības personu, kuru esošā samaksa pašlaik ir zemāka par iespējamo minimālo intervāla robežu. Daļēji tas izskaidrojams ar lielo ārstniecības personu skaitu, kuras nodarbinātas lielajās slimnīcās uz nelielu slodzi.</p> <p>Tāpat atšķirības ārstniecības iestādēs atalgojuma fondā un tā sadalē nosaka valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas modelis un atšķirības pakalpojumu tarifā iestrādātajā atalgojuma komponentē. Līdz ar to nepieciešams izvērtēt iespējamās izmaiņas pakalpojumu apmaksas modelī.</p>

Kaut arī atalgojuma sistēma plašākā nozīmē ietver ne tikai finansiālos, bet arī nefinansiālos aspektus kā, piemēram, darba vidi, attīstības iespējas, karjeras izaugsmi un darba un privātās dzīves līdzsvara nodrošināšanas iespējas, šis ziņojums, ņemot vērā kritisko situāciju cilvēkresursu jomā daudzās ārstniecības personu grupās, piedāvā risinājumus tikai atalgojuma finansiālajai pusei. Tomēr, paralēli konkurētspējīga atalgojuma nodrošināšanai ārstniecības iestādēm jau tagad jāveido tāda darba vide, kurā tiek atbalstīta un veicināta ārstniecības personu un citu darbinieku labklājība, vēršot uzmanību gan uz finansiālajiem, gan nefinansiālajiem aspektiem. Nākotnē, kad visā sistēmā būs uzlabota atalgojuma konkurētspēja, tieši nefinansiālajiem atalgojuma aspektiem būs izšķirošā nozīme darbinieku noturēšanā un darba kvalitātē, jo tie pozitīvā veidā ietekmē cilvēku iekšējo motivāciju.

V Turpmākā rīcība

Ņemot vērā informatīvajā ziņojumā definētos ārstniecības personu atalgojuma problēmu jautājumus un to risinājumus, tiek piedāvāts vērst mērķtiecīgu darbību tālāk minētajos virzienos.

5.1. PLE ieviešana

No **2020.gada 1. jūlija** līdz **2020. gada 1. oktobrim** trīs modeļa testēšanā iesaistītajās stacionārajās ārstniecības iestādēs pilotprojekta veidā atsevišķās struktūrvienībās (katrā iestādē līdz trīs struktūrvienībām) ieviest uz PLE bāzētu darba organizāciju un samaksu.

Atbilstoši PLE saturam, no **2020. gada 1. oktobra** līdz **2020. gada 1. decembrim** testēšanas struktūrvienībās tiktu pārrēķināta iespējamā ārstniecības personu darba samaksa.

No **2020. gada 1. decembra līdz 31. decembrim** tiktu izvērtēti pilotprojekta testa rezultāti, apzinātas problēmu vietas un vajadzības gadījumā tiktu veiktas korekcijas PLE saturā un pamatprincipu projektā.

Paralēli tam no **2021. gada 1. janvāra** tiktu strādāts pie jauna Ministru kabineta noteikumu projekta sagatavošanas, kur tiktu iestrādāts PLE saturs un tā veidošanas pamatprincipi. Normatīvā akta paredzamais spēkā stāšanās laiks - **2021. gada 1. jūlijs**.

No MK noteikumu stāšanās spēkā dienas visām stacionārajām ārstniecības iestādēm, kas sniedz valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus, un NMPD līdz **2022. gada beigām** tiek dots laiks, lai pakāpeniski ieviestu PLE saturu visās savās struktūrvienībās.

Jaunais ārstniecības personu atalgojuma modelis sāktu pilnībā darboties ar **2023. gada 1. janvāri** (5.1. tabula).

Atalgojuma modelis pilnā apmērā ieviešams pašvaldību iestādēs, valsts iestādēs, valsts un pašvaldību kapitālsabiedrībās vai publiski privātajās kapitālsabiedrībās, kas sniedz stacionāros un ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus. Savukārt, privātās ārstniecības iestādēs valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegtajā apjomā, ievērojot noteiktās mērķa algas robežvērtības, atbilstoši pilna laika ekvivalentam.

5.1. tabula

PLE ieviešana: soļi

Nr.	Aktivitāte	Termiņš	Iesaistītās institūcijas
1.	Testēšanā iesaistītajās stacionārajās ārstniecības iestādēs pilotprojekta veidā atsevišķās struktūrvienībās (katrā iestādē līdz trīs struktūrvienībām) ieviest uz PLE bāzētu darba organizāciju un samaksu	01.07.2020.- 01.10.2020.	Testēšanas ārstniecības iestādes, VM
2.	Atbilstoši ieviestajam PLE saturam testēšanas struktūrvienībās pārrēķināt iespējamo ārstniecības personu darba samaksa	01.10.2020.- 01.12.2020.	Testēšanas ārstniecības iestādes, VM

3.	Izvērtēt pilotprojekta rezultātus, apzināt problēmu vietas, vajadzības gadījumā veikt korekcijas PLE saturā un pamatprincipos	01.12.-31.12.2020.	Testēšanas ārstniecības iestādes, VM, VK
4.	Ministru kabineta noteikumu projekta sagatavošanas, kur tiktu iestrādāts PLE saturs un tā veidošanas pamatprincipi	no 01.01.2021. Spēkā stāšanās: 01.07.2021.	Ārstniecības iestādes, VM, NVD
5.	PLE ieviešana ārstniecības iestādēs, kas sniedz valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus	Līdz 31.12.2022.	Ārstniecības iestādes, VM, NVD
6.	Jaunā modeļa darbības sākums	01.01.2023.	Ārstniecības iestādes, VM, NVD

5.2. Mērķa algas sasniegšana

Ņemot vērā, ka ārstniecības personu vidējais atalgojums ir nepietiekams, tad līdz PLE ieviešanai ir jāveic pakāpeniska atalgojuma palielināšana.

Līdz **2021. gada 1. martam** būtu nepieciešams veikt grozījumus normatīvajos aktos, iekļaujot normu, ka turpmāk ārstniecības personu mērķa alga ir domnīcā ar analītisko intelektuālā darba vērtēšanas punktu/faktoru metodi noteiktā mērķa alga, kura turpmāk tiks indeksēta ik gadu atbilstoši indeksācijas mehānismam, kurā vidējā bruto mēneša darba samaksas izmaiņas un patēriņu cenu indekss veido katrs 50% ietekmi uz ārstniecības personu mērķa algu (sk. 6. nodaļa 6.2. tabulu), kas stātos spēkā reizē ar jauno ārstniecības personu atalgojuma modeli.

Līdz **2023. gada 1. janvārim** tiek sagatavoti un stājas spēkā grozījumi MK noteikumos Nr. 851, nosakot vidējo mērķa algu katrai ārstniecības personu kvalifikācijas kategorijai un intervālu +/- 30%, kas tiek vērtēts pēc individuālā darba snieguma vērtēšanas kritērijiem. Pie atalgojuma palielināšanas tiks palielināta to ārstniecības personu darba samaksa, kas tai brīdī būs zemāka par noteikto mērķa algu. Savukārt, ārstniecības personu darba samaksa, kas tai brīdī būs lielāka par noteikto mērķa algu, pie atalgojuma palielināšanas vairs netiks palielināta, bet tai pat laikā tā netiks samazināta.

No **2021. gada 1. janvāra** mērķa algas ārstniecības personu grupām pakāpeniski tiek sasniegtas atbilstoši aprēķinu variantiem 7 gadu laikā (Informatīvā ziņojuma VI sadaļa) (5.2. tabula).

5.2. tabula

Mērķa algas ieviešana: soļi

Nr.	Aktivitāte	Termiņš	Iesaistītās institūcijas
1.	Grozījumi normatīvajos aktos, paredzot jaunu mērķa algu	01.03.2021.	VM, NVD
2.	Grozījumi MK Noteikumos Nr. 851, nosakot vidējo mērķa algu katrai ārstniecības personu kvalifikācijas kategorijai un intervālu +/-30%	01.01.2023.	VM, NVD
3.	Pakāpeniska mērķa algas sasniegšana ārstniecības personām	No 01.01.2021. 7 gadu laikā	VM, NVD

5.3. Atalgojuma mainīgās daļas ierobežošana

Atbilstoši pakāpeniskai PLE satura ieviešanai visās ārstniecības iestādēs, kuras sniedz valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus, normatīvajos aktos tiks veikti grozījumi, lai no **2022. gada 1. janvāra** tiktu noteikts, ka atalgojuma mainīgā daļa nepārsniedz 30% no kopējās ārstniecības personas darba samaksas.

Ar **2023. gada 1. janvāri**, atbilstoši jaunajam ārstniecības personu atalgojuma modelim, ārstniecības personas atalgojuma mainīgā daļa nepārsniedz 30% no pamatalgas katrai ārstniecības personu grupai. Pamatalga un mainīgā daļa tiek diferencēta pēc individuālā darba snieguma vērtēšanas kritērijiem (5.3. tabula).

5.3. tabula

Atalgojuma mainīgās daļas ierobežošana: soļi

Nr.	Aktivitāte	Termiņš	Iesaistītās institūcijas
1.	Grozījumi normatīvajos aktos, nosakot, ka ārstniecības personas mainīgā daļa nedrīkst pārsniegt 30% no pamatalgas	Spēkā no 01.01.2022.	VM, NVD
2.	Ārstniecības personas darba samaksas mainīgā daļa nepārsniedz 30% no pamatalgas. Pamatalga un mainīgā daļa tiek noteikta, balstoties uz individuālā darba snieguma vērtēšanas kritērijiem.	No 01.01.2023.	VM, NVD

5.4. Veselības aprūpes tarifu pārskatīšana

Līdz **2020. gada 31. decembrim** izvērtēt iespēju valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu tarifos atspoguļot faktisko darba samaksas apmēru (vidējā darba samaksa pēc NVD datiem, ko iestādēs faktiski maksā ārstniecības personām;

Līdz **2021. gada 31. decembrim** izvērtēt iespējamās risinājums tarifu apmaksas sistēmas pārskatīšanai:

- Saglabājot tarifu sistēmu un nosakot veselības aprūpes pakalpojumam atbilstošu tarifa darba algas (D un S) elementa apmēru atbilstoši noteiktajai mērķa algai un faktiskajam pakalpojumam izmantojamajam laikam;
- Darba samaksas tarifa elementus izceļot no veselības aprūpes pakalpojuma tarifa un apmaksājot ārstniecības iestādei atbilstoši pakalpojuma izpildes normām aprēķinātam slodžu apmēram;
- Stacionārajās ārstniecības iestādēs veidojot tāmes finansējuma apmaksas modeli.

Līdz **2023. gada 1.janvārim** ieviest atbalstīto risinājumu tarifu apmaksas sistēmas pārskatīšanai.

Veselības aprūpes tarifu pārskatīšana: soļi

Nr.	Aktivitāte	Termiņš	Iesaistītās institūcijas
1.	Valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu tarifos aktualizēt faktisko darba samaksas apmēru, samazinot pārējo veselības aprūpes tarifa elementu vērtības koeficientus	Līdz 31.12.2020.	VM, NVD
2.	Izvērtēt iespējamus risinājumus tarifu apmaksas sistēmas pārskatīšanai	Līdz 31.12.2021.	VM, NVD
3.	Ieviest atbalstīto risinājumu tarifu apmaksas sistēmas pārskatīšanai	Līdz 01.01.2023.	VM, NVD

Papildus minētajam, nepieciešams arī:

- Pilnveidot NVD veselības aprūpes pakalpojumu plānošanu** katrai ārstniecības iestādei (gan ambulatoriem, gan stacionāriem veselības aprūpes pakalpojumiem), nodrošinot ārstniecības iestādēm iespēju plānot atalgojuma apmēru un samazinot pakalpojuma apjoma pārplānošanas nepieciešamību.
- Izveidot ticamu, publisku un pārbaudītu ārstniecības personu atalgojuma datu bāzi**, kurā tiktu apvienotas AUS datu bāze un NVD datu bāze. Apvienojot datu bāzes un datu vākšanas metodoloģiju, jāizveido pilnvērtīga kopīga datu bāze, kas apvieno visu ārstniecības personu datus (šobrīd katra datu bāze atspoguļo dažādas ārstniecības personu grupas atkarībā no to darba vietas, finansēšanas avota). Kā viens no iespējamiem risinājumiem ir informācijas sniegšana tikai AUS, attiecīgi arī pilnveidojot tiesību aktus. Šāds solis atvieglos darbu ārstniecības iestādēm un turpmāk analītiskiem mērķiem dati tiks izmantoti no viena avota ar vienādu iestāžu tvērumu. Arī turpmāk tiek paredzēts, ka dati tiek vākti pa ārstniecības personu grupām, neapkopojot personificētu informāciju, kura savukārt tiek sniegta VID. Līdz ar to nepieciešams līdz **2022. gada 1. janvārim** izvērtēt iespēju izveidot vienotu ārstniecības personu atalgojuma atskaišu datu bāzi.
- Turpināt ārstniecības personu atalgojuma datu publiskošanu, nodrošinot detalizētāku informāciju.** Lai nodrošinātu ārstniecības personu atalgojuma datu caurskatāmību, salīdzināmību un publisku pieejamību, nodrošināt ārstniecības personu apkopotu un sistematizētu atalgojuma datu publiskošanu NVD vai VM tīmekļvietnē. Izvērtēt nepieciešamību veikt publiskojamo ārstniecības personu grupu dalījumu, piemēram izdalot māsas profesiju, rezidentus. Līdz ar to nepieciešams līdz **2022. gada 1. janvārim** izvērtēt publicējamās informācijas apjomu.

VI Finansējums ārstniecības personu darba samaksai atbilstoši domnīcā izstrādātajam modelim

Veselības aprūpes cilvēkresursu trūkums un attiecīgi darba samaksas palielinājums veselības nozarē strādājošajiem ir bijusi viena no Veselības ministrijas galvenajām prioritātēm iepriekšējos gados. Kopumā no 2018. gada līdz 2020. gadam ikgadēji ir noticis ārstniecības personu vidējās darba samaksas pieaugums, kas rēķinot pret 2017. gadu trīs gadu laikā ārstiem ir bijis 61%, ārstniecības un pacientu aprūpes personām – 56%, ārstniecības un pacientu aprūpes atbalsta personām – 43%.

6.1. tabula

Valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu tarīfos ārstniecības personām iekļautais darba samaksas apmērs, EUR un pieaugums % pret iepriekšējo gadu

	2017	2018	2019	2020
Ārsti	859	1125 (+31%)	1350 (+20%)	1485 (+10%)
Ārstniecības un pacientu aprūpes personas -	537	675 (+26%)	810 (+20%)	891 (+10%)
Ārstniecības un pacientu aprūpes atbalsta personas	400	450 (+13%)	540 (+20%)	594 (+10%)

Uzsāktais vidējā darba samaksas palielinājums ir jāturpina arī turpmākajos gados, jo viena no lielākajām risināmajām problēmām Latvijas veselības aprūpē ir nepietiekamais finansējums un cilvēkresursi, kā to ir norādījusi Valsts kontrole ziņojumā "Cilvēkresursi veselības aprūpē"⁴⁶ un Eiropas Komisija nesen sagatavotajā Eiropas Semestra ziņojumā⁴⁷.

Aprēķins par papildus nepieciešamo finansējumu ārstniecības personu mērķa algas sasniegšanai balstās uz iepriekš aprakstītajiem mērķa algas plānotajiem apmēriem.

Aprēķinos tiks ņemta vērā atalgojuma indeksācija atbilstoši Finanšu ministrijas turpmākajiem gadiem prognozētajam vidējās bruto mēneša darba samaksas pieaugumam un patēriņa cenu indeksam⁴⁸ (kurā abu rādītāju ietekmi katrs veido 50%). Bāzes vidējai bruto mēneša darba samaksai, pret ko rēķināta atalgojuma indeksācija turpmākajiem gadiem, ir Finanšu ministrijas sagatavotajā Latvijas Stabilitātes programmā 2020.-2023. gadam⁴⁹ iekļautā informācija par tautsaimniecībā nodarbināto vidējo darba samaksas apmēru 2019. gadam – 1 076 EUR.

⁴⁶ Latvijas Republikas Valsts kontrole, 2019, Lietderības revīzija "Cilvēkresursi veselības aprūpē"

⁴⁷ European Commission Recommendation for a COUNCIL RECOMMENDATION on the 2020 National Reform Programme of Latvia and delivering a Council opinion on the 2020 Stability Programme of Latvia, Brussels, 20.5.2020 COM(2020) 514 final

⁴⁸ https://www.fm.gov.lv/lv/sadalas/tautsaimniecibas_analize/tautsaimniecibas_analize/galvenie_makroekonomiskie_raditaji_un_prognozes/

⁴⁹ https://www.fm.gov.lv/files/fisklpolitika/FMINFO_30042020_SP.pdf

Turpmākajiem aprēķiniem izmantojamā atalgojuma indeksācija

	2019 (fakts)	2020 (prognoze)	2021 (prognoze)	2022 (prognoze)	2023 (prognoze)	2024 un turpmākie gadi* (prognoze)
Patēriņa cenu indekss (gads pret gadu), %	2,8	0,4	1,7	2,0	2,0	2,0
Vidējā bruto mēneša darba samaksa, EUR un pieaugums faktiskajās cenās, %	1076	-3,0	3,0	5,0	5,0	5,0
Atalgojuma indeksācijas koeficients, %		-1,3	2,35	3,5	3,5	3,5

*Informācija par 2024. gada Patēriņa cenu indeksu un vidējās bruto mēneša darba samaksas pieaugumu nav vēl pieejama, līdz ar to 2024. gadam un turpmākajos gados tiek izmantota 2023. gada prognoze.

1. variants - mērķa algas sasniegšana

Ārstniecības personu atalgojums sasniedz domnīcā pēc grupu punktiem izvērtēto mērķa algu katrai ārstniecības personu grupai (ārsti, ārstniecības un pacientu aprūpes personas, ārstniecības un pacientu aprūpes atbalsta personas) (skat. 4.5. tabula). Domnīcā pēc grupu punktiem izvērtētā ārstu mērķa alga nodrošinās ārstiem atalgojuma apmēru - vidējā darba samaksa tautsaimniecībā nodarbinātajiem ar koeficientu 2,74, kas atbilstu OECD valstu vidējam rādītājam.

Veicot indikatīvā papildu finansējuma novērtējumu, par atskaites punktu aprēķiniem ir izmantota 2019. gada faktiskā vidējā darba samaksa pēc NVD^{50[OBJ]} pa ārstniecības personu grupām (6.3. tabula). Aprēķini ir balstīti uz pieņēmumu, ka ārstniecības personu mērķa alga tiek noteikta no 2019. gada faktiskās vidējās darba samaksas, ko ārstniecības iestādes ir nodrošinājušas savās iestādēs strādājošajiem, kas ir palielināta par 6%, balstoties uz AUS datiem par faktisko ārstniecības personu darba samaksas palielinājumu 2020. gada 1. ceturksnī. Šeit ir jāņem vērā, ka ārstniecības iestādes, lai nodrošinātu iepriekš minēto faktisko vidējo darba samaksu, jau kā resursu avotu ir izmantojušas ne tikai tarifa D un S komponentes, bet arī resursus no citām tarifa komponentēm, līdz ar to, iespējams, ārstniecības iestādei būs grūtības segt iestādes citas faktiskās vajadzības. Turpmākajos aprēķinos šo 2019. gada faktisko vidējo darba samaksu ar 6% palielinājumu ir plānots izmantot kā vidējo esošo darba samaksu ārstniecības personām, kura tiek iekļauta valsts apmaksāto veselības aprūpes tarifu aprēķinos, vienlaicīgi turpinot pakāpenisku veselības aprūpes tarifu elementu pārskatīšanu, kā arī, izvērtējot virkni veselības aprūpes pakalpojumu manipulāciju, kuras vairs nebūtu piemaksājamas pie veselības aprūpes pakalpojuma pamatcenās.

1. varianta realizēšanā apskatīti divi iespējamie ieviešanas scenāriji jeb apakšvarianti:

1.1. variantā - mērķa alga tiek sasniegta pakāpeniski

Mērķa alga (ietverot arī attiecīgā gada atalgojuma indeksāciju (6.2. tabula)) katrai ārstniecības personu grupai tiek sasniegta pakāpeniski, paredzot lineāru pieaugumu – katru gadu atalgojums tiek palielināts par attiecīgu summu jeb noteiktam procentu palielinājumam pret faktisko vidējo darba algu 2020. gadā.

1.1.1. variantā - mērķa alga tiek sasniegta 5 gadu laikā

⁵⁰ <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/ligumpartneriem/operativa-budzeta-informacija/arstniecibas-iestazu-parskatu-apkopojums>

Mērķa alga (ietverot arī attiecīgā gada atalgojuma indeksāciju (6.2. tabula)) katrai ārstniecības personu grupām tiek sasniegta pakāpeniski piecu gadu laikā laika periodā no 2021. gada līdz 2025. gadam (6.3. tabula).

6.3.tabula

1.1.1. variants - ārstniecības personu atalgojuma pieaugums, lai sasniegtu mērķa algu, nosakot pakāpenisku pieaugumu, EUR

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
ĀRSTI							
Mērķa alga (ietverot attiecīgā gada atalgojuma indeksāciju)	3086*	3046	3118	3227	3340	3457	3578
Plānotā vidējā alga ar ikgadējo palielinājumu	2003**	2123***	2420	2717	3004	3291	3578
Algas palielinājums ik gadu, laika periodā no 2021.-2025.gadam			297	297	287	287	287
Algas palielinājums % pret faktisko vidējo darba algu 2020.gadā			14,0	14,0	13,5	13,5	13,5
ĀRSTNIECĪBAS UN PACIENTU APRŪPES PERSONAS							
Mērķa alga (ietverot attiecīgā gada atalgojuma indeksāciju)	1820*	1796	1838	1902	1969	2038	2109
Plānotā vidējā alga ar ikgadējo palielinājumu	1150**	1219***	1397	1575	1753	1931	2109
Algas palielinājums ik gadu, laika periodā no 2021.-2025.gadam			178	178	178	178	178
Algas palielinājums % pret faktisko vidējo darba algu 2020.gadā			14,6	14,6	14,6	14,6	14,6
ĀRSTNIECĪBAS UN PACIENTU APRŪPES ATBALSTA PERSONAS							
Mērķa alga (ietverot attiecīgā gada atalgojuma indeksāciju)	883*	872	892	923	955	988	1023
Plānotā vidējā alga ar ikgadējo palielinājumu	766**	812***	861	902	943	984	1023
Algas palielinājums ik gadu, laika periodā no 2021.-2025.gadam			49	41	41	41	39
Algas palielinājums % pret faktisko vidējo			6,0	5,0	5,0	5,0	4,8

darba algu 2020.gadā							
-------------------------	--	--	--	--	--	--	--

* Mērķa alga, kas noteikta, balstoties uz domnīcas ietvaros noteikto amatu vērtību.

**Faktiskā vidējā samaksa pēc NVD datiem.

***Faktiskās vidējās darba samaksas palielinājums 2020.gadā pēc ārstniecības iestāžu atskaitēm, ņemot vērā 2020.gada AUS datus par faktisko ārstniecības personu darba samaksas palielinājumu 2020.gada 1.ceturksnī.

Atbilstoši iepriekš aprakstītajam 1.1.1. variantā plānotajam ārstniecības personu vidējās darba samaksas pieaugumam, 2021.-2025. gadam nepieciešamais indikatīvi novērtētais papildu finansējums pret 2020. gadu ir 400,52 milj. EUR (6.4. tabula).

6.4. tabula

Indikatīvi papildu nepieciešamais finansējums 1.1.1. variantā, milj. EUR

	2021	2022	2023	2024	2025
KOPĀ	88,52	171,44	247,67	324,17	400,52
Veselības ministrija, kopā	84,07	165,55	240,33	315,38	390,27
Rezidenti	11,48	13,09	14,85	16,86	19,13
Ārstniecības personas, kas sniedz valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus*	69,07	147,87	219,82	291,78	363,32
Veselības ministrijas padotības iestādēs strādājošajām ārstniecības personām	3,52	4,59	5,66	6,74	7,82
Citās ministrijās un resoros strādājošajām ārstniecības personām	4,45	5,89	7,34	8,79	10,25

*Tai skaitā paredzēts atalgojuma pieaugums pārējiem darbiniekiem, kas nodarbināti ārstniecības nozarē un sniedz nozīmīgu atbalstu veselības nozares darbībai. Indikatīvi papildu nepieciešamais finansējums pārējiem darbiniekiem (2021.gadam 2,22 milj. EUR, 2022. gadam 14,51 milj. EUR, 2023. gadam 21,12 milj. EUR, 2024. gadam 27,72 milj. EUR, 2025. gadam 34,01 milj. EUR).

1.1.2. variantā - mērķa alga tiek sasniegta 7 gadu laikā

Mērķa alga (ietverot arī attiecīgā gada atalgojuma indeksāciju (6.2. tabula)) katrai ārstniecības personu grupām tiek sasniegta pakāpeniski septiņu gadu laikā laika periodā no 2021. gada līdz 2027. gadam (6.5. tabula).

1.1.2. variants - ārstniecības personu atalgojuma pieaugums, lai sasniegtu mērķa algu, nosakot pakāpenisku pieaugumu, EUR

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
ĀRSTI									
Mērķa alga (ietverot attiecīgā gada atalgojuma indeksāciju)	3086*	3046	3118	3227	3340	3457	3578	3703	3833
Plānotā vidējā alga ar ikgadējo palielinājumu	2003**	2123** *	2367	2611	2855	3099	3343	3587	3833
Algas palielinājums ik gadu, laika periodā no 2021.-2027.gadam			244	244	244	244	244	244	246
Algas palielinājums % pret faktisko vidējo darba algu 2020.gadā			11,5	11,5	11,5	11,5	11,5	11,5	11,6
ĀRSTNIECĪBAS UN PACIENTU APRŪPES PERSONAS									
Mērķa alga (ietverot attiecīgā gada atalgojuma indeksāciju)	1820*	1796	1838	1902	1969	2038	2109	2183	2259
Plānotā vidējā alga ar ikgadējo palielinājumu	1150**	1219** *	1365	1511	1657	1803	1949	2095	2259
Algas palielinājums ik gadu, laika periodā no 2021.-2027.gadam			146	146	146	146	146	146	164
Algas palielinājums % pret faktisko vidējo darba algu 2020.gadā			12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	13,5
ĀRSTNIECĪBAS UN PACIENTU APRŪPES ATBALSTA PERSONAS									
Mērķa alga (ietverot attiecīgā gada atalgojuma indeksāciju)	883*	872	892	923	955	988	1023	1059	1096
Plānotā vidējā alga ar ikgadējo palielinājumu	766**	812***	853	894	935	976	1017	1058	1096
Algas palielinājums ik gadu, laika periodā no 2021.-2027.gadam			41	41	41	41	41	41	38
Algas palielinājums % pret faktisko vidējo darba algu 2020.gadā			5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	4,7

* Mērķa alga, kas noteikta, balstoties uz domnīcas ietvaros noteikto amatu vērtību.

**Faktiskā vidējā samaksa pēc NVD datiem.

***Faktiskās vidējās darba samaksas palielinājums 2020.gadā pēc ārstniecības iestāžu atskaitēm, ņemot vērā 2020.gada AUS datus par faktisko ārstniecības personu darba samaksas palielinājumu 2020.gada 1.ceturksnī.

Atbilstoši iepriekš aprakstītajam 1.1.2. variantā plānotajam ārstniecības personu vidējās darba samaksas pieaugumam 2021.-2027.gadam nepieciešamais indikatīvi novērtētais papildu finansējums pret 2020. gadu ir 477,80 milj. EUR (6.6. tabula).

6.6. tabula

Indikatīvi papildu nepieciešamais finansējums 1.1.2. variantā, milj. EUR

	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
KOPĀ	75,11	144,70	209,74	274,94	340,33	406,52	478,69
Veselības ministrija, kopā	70,92	139,33	203,16	267,14	331,31	396,27	467,16
Rezidenti	10,81	12,05	13,44	14,98	16,71	19,21	24,96
Ārstniecības personas, kas sniedz valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus*	56,77	123,07	184,61	246,15	307,68	369,22	433,42
Veselības ministrijas padotības iestādēs strādājošajām ārstniecības personām	3,34	4,21	5,11	6,01	6,92	7,84	8,78
Citās ministrijās un resoros strādājošajām ārstniecības personām	4,19	5,37	6,58	7,80	9,02	10,25	11,53

*Tai skaitā paredzēts atalgojuma pieaugums pārējiem darbiniekiem, kas nodarbināti ārstniecības nozarē un sniedz nozīmīgu atbalstu veselības nozares darbībai. Indikatīvi papildu nepieciešamais finansējums pārējiem darbiniekiem (2021.gadam 1,86 milj. EUR, 2022.gadam 13,22 milj. EUR, 2023.gadam 19,83 milj. EUR, 2024.gadam 26,44 milj. EUR, 2025.gadam 33,04 milj. EUR, 2026.gadam 36,65 milj. EUR, 2027.gadam 45,77 milj. EUR).

1.2. variantā - mērķa alga tiek sasniegta, nosakot vienreizēju pieaugumu

Mērķa alga (ietverot arī attiecīgā gada atalgojuma indeksāciju (6.2. tabula)) katrai ārstniecības personu grupai, tiek sasniegta jau 2021. gadā, nosakot vienreizēju pieaugumu, un turpmākajiem gadiem tiek plānota attiecīgā gada atalgojuma pieauguma indeksācija. 6.7. tabulā tiek aprēķināts 5 gadu pārskata periods.

1.2. variants - ārstniecības personu atalgojuma pieaugums, lai sasniegtu mērķa algu, nosakot vienreizēju pieaugumu, EUR

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
ĀRSTI							
Mērķa alga (ietverot attiecīgā gada atalgojuma indeksāciju)	3086*	3046	3118	3227	3340	3457	3578
Plānotā vidējā alga ar ikgadējo palielinājumu	2003**	2123***	3118	3227	3340	3457	3578
Algas palielinājums ik gadu, laika periodā no 2021.-2025.gadam			995	109	113	117	121
Algas palielinājums % pret iepriekšējā gada vidējo darba algu			46,9	3,5	3,5	3,5	3,5
ĀRSTNIECĪBAS UN PACIENTU APRŪPES PERSONAS							
Mērķa alga (ietverot attiecīgā gada atalgojuma indeksāciju)	1820*	1796	1838	1902	1969	2038	
Plānotā vidējā alga ar ikgadējo palielinājumu	1150**	1219***	1838	1902	1969	2038	2109
Algas palielinājums ik gadu, laika periodā no 2021.-2025.gadam			619	64	67	69	71
Algas palielinājums % pret iepriekšējā gada vidējo darba algu			50,8	3,5	3,5	3,5	3,5
ĀRSTNIECĪBAS UN PACIENTU APRŪPES ATBALSTA PERSONAS							
Mērķa alga (ietverot attiecīgā gada atalgojuma indeksāciju)	883*	872	892	923	955	988	1023
Plānotā vidējā alga ar ikgadējo palielinājumu	766**	812***	892	923	955	988	1023
Algas palielinājums ik gadu, laika periodā no 2021.-2025.gadam			80	31	32	33	35
Algas palielinājums % pret iepriekšējā gada vidējo darba algu			9,9	3,5	3,5	3,5	3,5

*Mērķa alga, kas noteikta, balstoties uz domnīcas ietvaros noteikto amatu vērtību.

**Faktiskā vidējā samaksa pēc NVD datiem.

***Faktiskās vidējās darba samaksas palielinājums 2020.gadā pēc ārstniecības iestāžu atskaitēm, ņemot vērā 2020. gada AUS datus par faktisko ārstniecības personu darba samaksas palielinājumu 2020.gada 1.ceturksnī.

Savukārt atbilstoši iepriekš aprakstītajam 1.2. variantā plānotajam ārstniecības personu vidējās darba samaksas pieaugumam piecu gadu pārskata periodā (2021.-2025. gadam) nepieciešamais indikatīvi novērtētais papildu finansējums pret 2020. gadu ir 404,69 milj. EUR (6.8. tabula).

Indikatīvi papildu nepieciešamais finansējums 1.2. variantā, milj. EUR

	2021	2022	2023	2024	2025
KOPĀ	271,26	302,82	335,65	369,53	404,69
Veselības ministrija, kopā	263,31	294,33	326,59	359,88	394,44
Rezidenti	20,30	21,01	21,75	22,51	23,30
Ārstniecības personas, kas sniedz valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus*	236,93	266,83	297,92	330,01	363,32
Veselības ministrijas padotības iestādēs strādājošajām ārstniecības personām	6,08	6,49	6,92	7,36	7,82
Citās ministrijās un resoros strādājošajām ārstniecības personām	7,95	8,49	9,06	9,65	10,25

*Tai skaitā paredzēts atalgojuma pieaugums pārējiem darbiniekiem, kas nodarbināti ārstniecības nozarē un sniedz nozīmīgu atbalstu veselības nozares darbībai. Indikatīvi papildu nepieciešamais finansējums pārējiem darbiniekiem (2021. gadam 12,89 milj. EUR, 2022. gadam 17,89 milj. EUR, 2023. gadam 23,05 milj. EUR, 2024. gadam 28,37 milj. EUR, 2025. gadam 34,01 milj. EUR).

Ja mērķa alga tiek noteikta jau 2021. gadā ar vienreizēju pieaugumu un tālāk ik gadu tiek indeksēta ar attiecīgā gada atalgojuma indeksācijas koeficientu un par pārskata periodu tiek izmantots 7 gadu periods (2021. – 2027. gads), tad papildu nepieciešamais finansējums ir: 2021. gadam – 271,22 milj. EUR, 2022. gadam - 302,66 milj. EUR, 2023. gadam 335,34 milj. EUR, 2024. gadam – 369,08 milj. EUR, 2025. gadam – 404,10 milj. EUR, 2026. gadam – 440,35 milj. EUR, 2027. gadam – 477,80 milj. EUR.

2. variants – mērķa alga, kas atbilst divkāršotai tautsaimniecībā nodarbināto vidējai algai

Ārstu mērķa alga jeb vidējā ārstu darba samaksa pakāpeniski sasniedz divkāršu tautsaimniecībā nodarbināto darba samaksu jeb koeficientu 2,0.

2020. gada un turpmāko gadu tautsaimniecībā nodarbināto vidējās algas indikatīvo aprēķinu veikšanai ir izmantots Finanšu ministrijas sagatavotajā Latvijas Stabilitātes programmā 2020.-2023. gadam iekļautā informācija par tautsaimniecībā nodarbināto vidējo darba samaksas apmēru 2019. gadam – 1 076 EUR, kas tiek indeksēts ar iepriekš aprēķināto indeksācijas koeficientu (6.2. tabula).

Ārstu mērķa atalgojums, balstoties uz vidējo darba samaksu tautsaimniecībā nodarbinātajiem, EUR

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
<i>Indikātivi aprēķinātā tautsaimniecībā nodarbināto vidējā darba samaksa (tiek izmantota turpmākajos aprēķinos)</i>	1004	1076 *	1062 **	1087	1125	1164	1205	1247	1291	1336
<i>Divkāršotā tautsaimniecības vidējā darba samaksa jeb koeficients 2,0</i>	2008	2152	2124	2174	2250	2328	2410	2494 ***	2562	2672 ****

*Finanšu ministrijas sagatavotajā Latvijas Stabilitātes programmā 2020.-2023. gadam iekļautā informācija par tautsaimniecībā nodarbināto vidējo darba samaksu 2019.gadam.

**Prognozētā vidējā darba samaksa.

***Mērķa alga 2.1. variantam – vidējā darba samaksa ārstiem sasniedz divkāršu tautsaimniecībā nodarbināto darba samaksu 2025. gadā.

**** Mērķa alga 2.2. variantam – vidējā darba samaksa ārstiem sasniedz divkāršu tautsaimniecībā nodarbināto darba samaksu 2027. gadā.

Ņemot vērā Covid-19 pandēmijas izplatību un tās ietekmi uz valsts ekonomisko situāciju, ir mainījušās prognozes par turpmākajiem gadiem prognozēto vidējo bruto mēneša darba samaksas pieaugumu un patēriņa cenu indeksu. Prognozētā vidējā darba samaksa tautsaimniecībā nodarbinātajiem tiek prognozēts, ka samazināsies, līdz ar to sasniedzamais ārstu mērķa atalgojums, balstoties uz vidējo darba samaksu tautsaimniecībā, samazinās.

Aprēķina variantos pa gadiem un pa soļiem parādīts ārstniecības personu atalgojuma pieaugums, lai sasniegtu izvirzīto mērķa algu ārstiem - divkāršu tautsaimniecībā nodarbināto darba algu jeb koeficientu 2,0 (6.9. tabula). 2020. gadā norādītais atalgojums ārstniecības personām, pret kuru tiek rēķināts ikgadējais pieaugums, lai sasniegtu mērķa atalgojumu, ir Ministru kabineta 2018.gada 28.augusta noteikumu Nr.555 "Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība" noteiktais vidējais atalgojums ārstniecības personām, kas tiek iekļauts veselības aprūpes pakalpojumu tarifiņos, lai veiktu norēķinu ar ārstniecības iestādēm par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu.

2. varianta ieviešanā apskatīti divi iespējamie scenāriji jeb apakšvarianti:

2.1. variantā – mērķa alga, kas atbilst divkāršotai tautsaimniecībā nodarbināto vidējai algai, tiek sasniegta 5 gadu laikā

Tiek plānots, ka vidējā darba samaksa ārstiem sasniedz divkāršu tautsaimniecībā nodarbināto darba samaksu pēc pieciem gadiem (2025. gadā) un tas notiek ar sekojošiem soļiem – plānojamais darba samaksa pieaugums + 30 % - 2021. gadam pret 2020. gadu (10 % 2020. gadā iepriekš plānotais pieaugums un 20 % jauns pieaugums 2021. gadam), + 8 % - plānotais darba samaksas pieaugums 2022. gadam pret 2021. gadā veikto darba samaksas pieaugumu, + 8% 2023. gadam pret 2022. gadā veikto darba samaksas pieaugumu, 2024.gadā + 6% darba samaksas pieaugums pret 2023. gadā veikto un 2025. gadā + 4,5% darba samaksas pieaugums pret 2024.gadā veikto (6.10. tabula).

Ārstniecības personu atalgojuma pieaugums, lai sasniegtu mērķa algu ārstiem 2025. gadā – divkāršotu tautsaimniecības darba samaksu, EUR

	2020*	2021			2022		2023		2024		2025	
		10%	+ 20%, kopā 30%	Koef. **	6%	Koef. **	6%	Koef. **	6%	Koef. **	6%	Koef. **
Ārsti	1485	1634	1931	1,78	2085	1,85	2252	1,94	2387	1,98	2494	2,0
Ārstniecības un pacientu aprūpes personas	891	980	1158	1,07	1251	1,11	1351	1,16	1432	1,18	1496	1,2
Ārstniecības un pacientu aprūpes atbalsta personas	594	653	772	0,71	834	0,74	901	0,77	955	0,79	998	0,8

*MK 2018.gada 28.augusta noteikumos Nr.555 "Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība" norādītais vidējais atalgojums ārstniecības personām, kas tiek iekļauts veselības aprūpes pakalpojumu tarifiņos ar ārstniecības iestādēm par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu.

**Koeficients pret tautsaimniecībā nodarbināto vidējo darba samaksu.

Atbilstoši iepriekš aprakstītajam 2.1.varianta plānotajam ārstniecības personu vidējās darba samaksas pieauguma variantam nepieciešamais indikatīvi novērtētais papildus finansējums pret 2020.gadu ir 440,16 milj. EUR (6.11. tabula).

Indikatīvi papildu nepieciešamais finansējums, lai sasniegtu mērķa algu ārstiem 2025. gadā – divkāršotu vidējo darba samaksu tautsaimniecībā, milj. EUR

	10%	20%	30%, gadam kopā	8%	8%	6%	4,5%
KOPĀ	64,98	129,38	194,36	261,74	334,45	393,16	440,16
Veselības ministrija, kopā	63,13	125,68	188,81	254,27	324,91	381,94	427,60
Rezidenti	1,84	3,7	5,54	7,46	9,54	11,22	12,56
Ārstniecības personas, kas sniedz valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus*	54,46	108,31	162,77	219,20	280,08	329,22	368,59
Veselības ministrijas padotības iestādēs strādājošajām ārstniecības personām	6,83	13,67	20,5	27,61	35,29	41,5	46,45
Citās ministrijās un resoros strādājošajām ārstniecības personām	1,85	3,70	5,55	7,47	9,54	11,22	12,56

*Tai skaitā paredzēts atalgojuma pieaugums pārējiem darbiniekiem, kas nodarbināti ārstniecības nozarē un sniedz nozīmīgu atbalstu veselības nozares darbībai. Indikatīvi papildu nepieciešamais finansējums pārējiem darbiniekiem (2021.gadam 27,88 milj. EUR, 2022.gadam 37,55 milj. EUR, 2023.gadam 48,02 milj. EUR, 2024.gadam 56,40 milj. EUR, 2025.gadam 63,17 milj. EUR).

2.2. variantā - mērķa alga, kas atbilst divkāršotai tautsaimniecībā nodarbināto vidējai algai, tiek sasniegta 7 gadu laikā

Tiek plānots, ka vidējā darba samaksa ārstiem sasniedz divkāršu tautsaimniecībā nodarbināto darba samaksu pēc septiņiem gadiem (2027. gadā) un tas notiek šādos soļos – plānojamais darba samaksa pieaugums + 30 % - 2021. gadam pret 2020. gadu (10 % 2020. gadā iepriekš plānotais pieaugums un 20 % jauns pieaugums 2021. gadam), + 6 % - plānotais darba samaksas pieaugums pret iepriekšējā gadā veikto darba samaksas pieaugumu laika periodā no 2022. gada līdz 2025. gadam, + 5,1% 2026. gadam pret 2025. gadā veikto darba samaksas pieaugumu, 2027. gadā + 4,3% darba samaksas pieaugums pret 2026. gadā veikto (6.12. tabula).

6.12. tabula

Ārstniecības personu atalgojuma pieaugums, lai sasniegtu mērķa algu ārstiem 2027.gadā – divkāršotu tautsaimniecības darba samaksu, EUR

2020*	2021			2022		2023		2024		2025		2026		2027	
	10%	+20% kopā 30%	Koef. **	6%	Koef. **	6%	Koef. **	6%	Koef. **	6%	Koef. **	5,1%	Koef. **	4,3%	Koef. **
ĀRSTI															
1485	1643	1931	1,78	2047	1,82	2170	1,86	2300	1,91	2438	1,96	2562	1,98	2672	2,0
ĀRSTNICĪBAS UN PACIENTU APRŪPES PERSONAS															
891	980	1158	1,07	1227	1,09	1301	1,12	1379	1,14	1462	1,17	1537	1,19	1603	1,2
ĀRSTNICĪBAS UN PACIENTU APRŪPES ATBALSTA PERSONAS															
594	653	772	0,71	818	0,73	867	0,75	919	0,76	974	0,78	1024	0,79	1068	0,8

* MK 2018.gada 28.augusta noteikumos Nr.555 "Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība" norādītais vidējais atalgojums ārstniecības personām, kas tiek iekļauts veselības aprūpes pakalpojumu tarīfos ar ārstniecības iestādēm par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu.

**Koeficients pret tautsaimniecībā nodarbināto vidējo darba samaksu.

Atbilstoši iepriekš aprakstītajam 2.2. variantā plānotajam ārstniecības personu vidējās darba samaksas pieauguma variantam, nepieciešamais indikatīvi novērtētais papildu finansējums pret 2020. gadu ir 517,86 milj. EUR (6.13. tabula).

6.13. tabula

Indikatīvi papildu nepieciešamais finansējums, lai sasniegtu mērķa algu ārstiem 2027.gadā – divkāršotu tautsaimniecības darba samaksu, milj. EUR

	2021			2022	2023	2024	2025	2026	2027
	10%	20%	30%, gadam kopā	6%	6%	6%	6%	5,1%	4,3%
KOPĀ	64,98	129,38	194,36	244,90	298,48	355,41	415,64	469,83	517,86
Veselības ministrija, kopā	63,13	125,68	188,81	237,91	289,97	345,28	403,79	456,43	503,09
Rezidenti	1,84	3,7	5,54	6,98	8,51	10,13	11,85	13,40	14,77
Ārstniecības personas, kas	54,46	108,31	162,77	205,10	249,98	297,68	348,12	393,49	433,71

sniedz valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus*									
Veselības ministrijas padotības iestādēs strādājošajām ārstniecības personām	6,83	13,67	20,5	25,83	31,48	37,47	43,82	49,54	54,61
<i>Citās ministrijās un resoros strādājošajām ārstniecības personām</i>	1,85	3,70	5,55	6,99	8,51	10,13	11,85	13,40	14,77

*Tai skaitā paredzēts atalgojuma pieaugums pārējiem darbiniekiem, kas nodarbināti ārstniecības nozarē un sniedz nozīmīgu atbalstu veselības nozares darbībai. Indikatīvi papildu nepieciešamais finansējums pārējiem darbiniekiem (2021.gadam 27,88 milj. EUR, 2022.gadam 35,13 milj. EUR, 2023.gadam 42,86 milj. EUR, 2024.gadam 51,08 milj. EUR, 2025.gadam 59,78 milj. EUR, 2026.gadam 67,51 milj. EUR, 2027.gadam 74,44 milj. EUR).

Veselības ministre

I. Viņķele

1. pielikums: Domnīcas dalībnieki

1.	Gunta Sumeraga	PSKUS, ārste LORs, arodbiedrības pārstāve
2.	Kārlis Rācenis	Ārsts, rezidents nefroloģijā, RSU Bioloģijas un mikrobioloģijas katedras docētājs, Latvijas Jauno ārstu asociācijas valdes priekšsēdētājs, LĀB valdes loceklis
3.	Signe Šetlere	BKUS, bērnu neiroloģe, Latvijas Jauno ārstu asociācijas valdes locekle
4.	Juris Jansons	RAKUS, uroloģijas rezidents, Latvijas Jauno ārstu asociācijas valdes loceklis
5.	Alla Silova	BKUS, pediatrs, NMP virsārsta vietnieks
6.	Linda Frīdenberga	BKUS, virsmāsa
7.	Ilze Aizsilniece	Ģimenes ārste, LĀB prezidente
8.	Artūrs Ozoliņš	PSKUS, Ķirurģu asociācija
9.	Aldis Strēlnieks	RAKUS, Sirds asinsvadu slimību klīnika, virsārsts
10.	Elmārs Tērauds	Latvijas Psihiatru asociācijas prezidents
11.	Aleksejs Višņakovs	RAKUS, Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas klīnikas vadītājs, NMP ārsts/ķirurgs
12.	Ilze Ortveina	TOS, Latvijas Māsu asociācija
13.	Daina Brūvele	Latvijas Ārstniecības un aprūpes darbinieku arodbiedrības priekšsēdētāja
14.	Jana Pavāre	RSU, Medicīnas fakultātes dekāne
15.	Viesturs Boka	LU, Medicīnas fakultātes profesors
16.	Liene Busele	SIA "Liepājas reģionālā slimnīca" valdes locekle, kuras atbildībā ir finanšu, personāla un administratīvo procesu vadība
17.	Uģis Muskovs	Vidzemes slimnīcas valdes priekšsēdētājs
18.	Ingūna Liepa	Cēsu klīnikas valdes priekšsēdētāja
19.	Undīne Bušmeistere	PSKUS, Personāla vadības daļas vadītāja
20.	Evīta Duļbinska	RAKUS, Personāla vadītāja
21.	Valts Ābols	BKUS valdes priekšsēdētājs, LLSA vadītājs
22.	Ilze Binovska	NMPD, Direktora vietniece administratīvos jautājumos
23.	Ināra Pētersone	Veselības aprūpes darba devēju asociācijas izpilddirektore
24.	Modris Dzenītis	BKUS, Ekonomikas daļas vadītājs
25.	Inga Milaševiča	NVD, Direktora vietniece veselības aprūpes administrēšanas jautājumos
26.	Jurijs Kabakovs	FM, Budžeta politikas attīstības departamenta direktora vietnieks
27.	Inīta Pauloviča	VK, pārvaldības eksperte, Valsts pārvaldes politikas departamenta vadītāja
28.	Laila Ruškule	VK, atlīdzības eksperte, Valsts pārvaldes politikas departamenta Atlīdzības grupas vadītāja
29.	Ilze Viņķele	Veselības ministre
30.	Āris Kasparāns	VM, valsts sekretāra vietnieks finanšu jautājumos
31.	Kārlis Smilga	VM, Kapitālsabiedrību un investīciju uzraudzības nodaļas vadītājs
32.	Kristīne Kļaviņa	VM, Nozares cilvēkresursu attīstības nodaļas vadītāja
33.	Gundega Ozoliņa	VM, Nozares budžeta plānošanas departamenta direktore
34.	Sandra Kasprenko	VM, Nozares budžeta plānošanas departamenta vecākā eksperte

2. pielikums: Domnīcas norise: problēmu analīze un risinājuma izstrāde

N.p.k., datums	Mērķis	Galvenās aktivitātes un dienaskārtība	Izmantotie rīki un metodes	Sasniedzamais rezultāts
1. darbnīca: 01.10.2020.	Iepazīšanās un grupas saliedēšana, kopīgas izpratnes veidošana par galveno problēmjautājumu un darba procesu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atklāšana 2. Prezentācija - Inovācija valsts pārvaldē #GovLabLatvia (VK) 3. Prezentācija: Veselīga atalgojuma sistēma (VK) 4. Prezentācija - Dizains kā metode un darba process (Fasilitatori) 5. Grupu darbs 	<p>Grupas darba noteikumi - procesa vadītāju vienošanās ar dalībniekiem par būtiskākajiem noteikumiem efektīvam darbam; svarīga sākuma aktivitāte, jo grupā pārstāvētas dažādas puses, tā nav iepriekš strādājusi kopā; procesa vadītāji piedāvā punktus diskusijai, dalībnieki tos papildina (regulāra ierašanās, telefons uz klusumu, droša vide visiem, nav dumju ideju, nepārtraukt runātāju u.c.); noslēgumā kopīga vienošanās, piekrišana.</p> <p>“Ko zinām? Ko nezinām?” - gan individuāli, gan grupas ietvaros, gan lielajā grupā tiek fiksēts galvenais, kas ir zināms un kas nav zināms par apskatāmo problēmjautājumu. Tiek identificēti pētāmie (nezināmie) jautājumi, punkti; tiek identificēti grupas iekšējie zināšanu, informācijas resursi; procesā tiek veidota kopīga izpratne par problēmjautājumu - ko ir/nav svarīgi uzzināt; ko zinām tādu, kas parāda, ka tā ir problēma.</p> <p>Empātijas karte - problēmjautājuma detalizēta apskatīšana no t.s. lietotāja perspektīvas, fokusējoties uz tādiem jautājumiem kā “Mērķis”, “Sāpju punkti”, “Domas”, “Ietekmes” u.c. Tika izvēlētas 3 lietotāju grupas, atbilstoši dalībnieku identitātei - ārstniecības personas, ārstniecības iestāžu vadība, veselības politikas veidotāji. Pēc kārtas “iejūtoties katras no lietotāju grupām ādā” tiek panākta iedziļināšanās dažādu lietotāju perspektīvās un padziļināta problēmas izpratne.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Saliedētas un darbam gatavas sešas jauktas grupas, ● Vienošanās par darba procesu un noteikumiem, ● Identificētas grupas kopīgās zināšanas un pieņēmumi, kā arī trūkstošās zināšanas (dati, fakti, izpratne u.c.), ● Vienota un padziļināta izpratne par risināmo problēmjautājumu un kontekstu no trīs iesaistīto pušu perspektīvas (ārstniecības personāls, ārstniecības iestāžu vadība, veselības politikas veidotāji).
2. darbnīca: 17.01.2020.	Kopīgi nonākt pie pārlicības, ka grupa ir aptvērusi visu problēmas lauku un spēj	<ol style="list-style-type: none"> 1. Retrospekcija 2. Grupu darbs 3. Mājas darbs - intervijas par 	<p>Problēmas izpētes karte - formāts, kas palīdz strukturēti aprakstīt problēmu, ietverot tās cēloņus un kontekstu, iesaistītās puses un ietekmi, kā arī apskata esošās</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Definēt saistītās problēmas, identificēt risināmos jautājumus, kas nebūs domnīcas tvērumā,

	izvēlēt konkrētākus risināmos jautājumus un skaidri definēt problēmas ietvaru	definēto problēmu	alternatīvas un to trūkumus, lai izvairītos no nepareizajiem risinājumiem. Problēmas formulējums - īss, kodolīgs problēmas formulējums, kas ietver tās nozīmi, vērienu un iesaistītās puses. Problēmas aprīķis "Māja" - dažādo problēmu formulējumu kategorizācija un problēmas lauka vizualizācija, kurā tiek iezīmētas saistošās, līdzvērtīgās kompleksitātes, problēmas, grupas tabu tēmas, lielāka vēriena problēmas, kā arī izaicinājumi, kuri (konkrētā darba procesa ietvaros) netiks prioritizēti.	<ul style="list-style-type: none"> • Vienošanās par pirmo problēmas definīcijas formulējumu.
3. darbnīca: 23.01.2020.	Objektīvi prezentēt esošo situāciju saistībā ar ārstniecības personu atalgojuma modeli (fakti, dati, esošais modelis) un diskusijas veidā iegūt lietotāju perspektīvu, atgriezenisko saiti par tā trūkumiem. Veidot izpratni par atalgojuma sistēmas veidošanu un labo praksi. Caur secinājumiem un salīdzināšanu "esošais-vēlamais" definēt trūkstošos un nepilnīgos atalgojuma sistēmas elementus.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Retrospekcija 2. Prezentācija par algu modeļiem, esošās un mērķa algas: statistika un darba tirgus pētījuma dati (VK/VM) 3. Atalgojuma sistēmas veidošanas soļi (VK) 4. Prezentācija par finansējuma plūsmu (VM) 5. Diskusijas 6. Problēmas identificēšana 7. Atgriezeniskā saite 	Problēmas koks - cēloņi-sekas analīzes metodes atvasinājums, sadalot problēmas definīciju trīs līmeņos, ievērojot MECE principu (savstarpēji izslēdzošs, visu lauku aptverošs pārskats), lai piemērotu Pareto. Pareto princips - princips paredz izvēlēties tos problēmku atzarus, kurus atrisināt var ar pēc iespējams mazākiem resursiem, iegūstot lielāku ietekmi. Esošās atalgojuma sistēmas novērtējums - grupas diskusiju rezultātā tiek aizpildīta izvērtējuma tabula, kas veidota uz labajām praksēm atalgojuma sistēmu veidošanā.	Kopīga grupu vienošanās par atalgojuma modeļa trūkumiem un konkrētu tā elementu problemātiku.
4. darbnīca: 30.01.2020.	Potenciālo risinājumu aptveršana un radīšana grupu izvēlētajām un iepriekšējā domnīcā definētajām problēmām.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Retrospekcija 2. Atalgojuma sistēmas novērtējuma revīzija 3. Problēmu definīciju pārskatīšana 4. Idejošana 5. Grupu prezentācijas 6. Mājas darbs: Risinājumu prezentācijas lietotājiem 	Esošās atalgojuma sistēmas novērtējums - pēc papildu informācijas, ekspertu skaidrojuma saņemšanas, dalībnieki tiek aicināti izvērtēt iepriekšējā domnīcā radīto novērtējuma tabulu. Tādējādi tiek veidota padziļināta izpratne, dalībnieki sagatavoti tālākajam darbam. "Kā mēs varētu..?" - problēmu formulējumi tiek	Katra grupa ir izveidojusi pirmo konceptuālo piedāvājumu iepriekš formulētās problēmas risināšanai. Pirmās aprises vēlamā atalgojuma modeļa elementu saturam un struktūrai.

			<p>pārveidoti uz risinājumu orientētā definīcijā (no “kas ir problēma/kas ir trūkums” uz “kā mēs varētu”).</p> <p>Idejošanas principu veidošana - pirms idejošanas par risinājumiem katra grupa vienojas par galvenajiem principiem, kas noteikts, kurš no vēlāk radītajiem risinājumiem būs vislabākais (principi balstās vērtībās, lietotāja perspektīvā, stratēģiskā redzējumā).</p> <p>Klusā prāta vētra - grupas prāta vētras veids, kādā īsā laikā iegūt pēc iespējas daudz ideju, redzējumu problēmas risinājumiem. Katrs dalībnieks uz savas lapas fiksē vienu risinājuma ideju, kā varētu risināt konkrēto problēmjautājumu, pēc tam padod to uz priekšu nākamajam dalībniekam, kurš pievieno jaunu ideju, atvasina iepriekšējo. Rakstīšana un lapu padošana notiek klusumā, sekojot procesa vadītāja instrukcijām. Kad katrs saņem savu sākotnējo lapu, grupa kopīgi pārrunā radītās idejas un vienojas par labākajām.</p> <p>Sešas radošās domāšanas cepures - vadoties no dažādām domāšanas perspektīvām (ieguvumi, trūkumi, fakti, dati, cilvēku emocijas, riski, alternatīvas, pozitīvais), dalībnieki kopīgi izvērtē un apspriež radītās idejas, izvēloties pāris labākās idejas. Katrs dalībnieks pārstāv savu domāšanas perspektīvu, balstoties uz sadalījumu pēc Edvarda de Bono sešām domāšanas cepurēm - “Fakti, neitralitāte” (baltā), “Ieguvumi, pozitīvais” (dzeltenā), “Emocijas, izjūtas” (sarkanā) u.c.</p> <p>Risinājumu prezentēšana lietotājiem - labākie priekšlikumi risinājumiem tiek prezentēti pārējiem dalībniekiem un tiek saņemta tūlītēja atgriezeniskā saite.</p>	
<p>5. darbnīca: 06.02.2020.</p>	<p>Saņemt atgriezenisko saiti no lietotājiem, lai uzlabotu konceptuālos risinājumus no</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Retrospekcija 2. Prezentācija: Motivējoša atalgojuma sistēma (VK) 	<p>Speed-dating un koprade ar lietotājiem - grupu patstāvīgs darbs ar risinājuma izstrādi, kurā piedalās uzaicināti viesi (eksperti un lietotāji, kas līdz šim nav</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Pirmā izstrādāto risinājumu (par atalgojuma modeļa elementiem) validācija ar lietotājiem.

	lietotāja pieredzes	<ol style="list-style-type: none"> Risinājumu izstrāde grupās un ar lietotājiem Grupu darbu prezentācija 	bijuši iesaistīti). Grupām ir ne tikai koncentrēti jāprezentē problēma un risinājums, bet arī jāievāc atgriezeniskā saite no lietotājiem un kopīgi jāstrādā pie uzlabota risinājuma.	<ul style="list-style-type: none"> Atalgojuma modeļa elementu detalizētāka izstrāde balstoties uz atgriezenisko saiti.
6. darbnīca: 13.02.2020.	Detalizēts katras grupas izstrādā risinājuma - atalgojuma elementa nodevuma - izstrāde, tā prezentācija un validācija ar citām grupām ekspertiem (t.sk. pieaicinātiem nozares ekspertiem).	<ol style="list-style-type: none"> Retrospekcija Risinājumu pilnveidošana Risinājumu prezentēšana grupās “Cepināšana” Algu modeļa prototipēšana 	<p>Risinājumu “cepināšana” - katra grupa prezentē savu risinājumu (izvērstu konkrētā atalgojuma elementa uzlabojumu priekšlikumu) pieaicinātu nozares ekspertu “žūrijai”; prezentācijai ir noteikta struktūra; pieaicinātie nozares eksperti vērtē, proti, “cepina” piedāvātos risinājumus, pievēršot uzmanību risinājuma kvalitātei un ieviešanas iespējamībai.</p> <p>Uzaicināto ekspertu refleksija - eksperti sniedz atgriezenisko saiti par grupu darbu, par labākajiem aspektiem, galvenajiem trūkumiem, sniedz savu vērtējumu par ieviešanas aspektiem.</p>	Validēti visi izstrādātie atalgojuma modeļa elementi. Vienota atalgojuma modeļa prototipa izstrāde, integrējot visus grupu veidotos elementus.
7. darbnīca: Pārcelta uz nenoteiktu laiku	Noslēguma pasākums, lai noslēgtu domnīcu darbu, prezentētu rezultātus un turpmākos soļus	<ol style="list-style-type: none"> Retrospekcija Prototipa prezentācija Tālākie soļi un komunikācija 	Prezentācijas Diskusijas	<ul style="list-style-type: none"> Skaidri prezentēts modeļa prototips iesaistītajām pusēm. Vienošanas par nākamajiem soļiem un prototipa aktualizēšanas pasākumiem.

3. pielikums: Ārstniecības personu atalgojuma modeļa testēšanas plāns

Solis p.k.	Modeļa elementa autors	Mērķis	Uzdevumi	Resursi	Atbildīgais par datu sagatavošanu	Atbildīgais par datu analīzes veikšanu	Termiņš
1.	1. grupa	Noteikt atalgojuma mērķa līmeni un esošā atalgojuma salīdzinājumu ar to	Izveidot ārstniecības amatu sarakstu	Slimnīcu štatu saraksti, Ministru kabineta 2018. gada 18. decembra noteikumu Nr. 851 1. pielikums	PSKUS, RAKUS, CK personāla vad.	VM, VK	26.02.2019.
2.	1. grupa	Noteikt atalgojuma mērķa līmeni un esošā atalgojuma salīdzinājumu ar to	Noskaidrot amatu vērtību (piemēram, pārskatīt, pārvērtēt ārstniecības saimes amatu katalogā, iegūstot amatu vērtības punktus un tiem atbilstošo vērtību tirgū EUR)	Amatu katalogs, slimnīcas amatu vērtējumi, VK veiktais salīdzinājums ar tirgu (Fontes)	PSKUS, RAKUS, CK personāla vad., 1. grupa + papildu dalībnieki no citām grupām	VK	27.02. 13.00-17.00
3.	1. grupa	Noteikt atalgojuma mērķa līmeni un esošā atalgojuma salīdzinājumu ar to	Sakārtot amatus algu grupās, izveidot atalgojuma salīdzinājuma datni ar vēlamu intervālu (piemēram, +/-30% no mērķa līmeņa (pēc vajadzības var sašaurināt)	Anonimizēta slimnīcu info par algām, piemaksām un mainīgo daļu	PSKUS, RAKUS, CK personāla vad.	VK	05.03.2020.
4.	5. grupa	Diferencēt atalgojuma līmeņus atbilstoši amatu vērtībai un slimnīcas tipam/līmenim	Kā algu līmeņus ietekmē slimnīcas tips pašlaik?	Slimnīcu gradācijas modelis. Anonimizēta slimnīcu info par algām, piemaksām un mainīgo daļu	Tie paši dati, kas 3. solī + slimnīcu tipoloģijas modelis	VM, 5. grupa	Pēc 3. soļa
5.	1. grupa	Noteikt atalgojuma mērķa līmeni un esošā atalgojuma salīdzinājumu ar to	Salīdzināt faktisko atalgojumu ar mērķi, identificēt darbiniekus/amatus, kuru darba samaksa ir būtiski mazāka vai lielāka par mērķa algu			VK	12.03.2020.
6.	4. grupa	Noteikt mainīgās daļas apjomu un kritērijus	Izpētīt, kāda ir esošā mainīgā daļa (% no kopējās samaksas) un par ko tiek maksāta	Anonimizēta slimnīcu info par algām, piemaksām un mainīgo daļu	Tie paši dati, kas 3. solī	6. grupa	12.03.202.
7.	4. grupa	Noteikt mainīgās daļas apjomu un kritērijus	Izvērtēt, ko var iekļaut pamatalgā un ko nevar, tiecoties uz mērķi 70/30	Anonimizēta slimnīcu info par algām, piemaksām un mainīgo daļu	Tie paši dati, kas 3. solī	6. grupa	12.03.2020.
8.	2., 3. grupa	Definēt ārstu un māsu pilna laika ekvivalentu (PLE)	Izvērtēt, kas no tā, par ko šobrīd maksā piemaksas, būtu jābūt PLE sastāvā	Darba procesa info, ārstu un māsu dienasgrāmatas u.c.	CK, konceptuālais ziņojums (par māsām)	2., 3. grupa, VM	12.03.2020.

Solis p.k.	Modeļa elementa autors	Mērķis	Uzdevumi	Resursi	Atbildīgais par datu sagatavošanu	Atbildīgais par datu analīzes veikšanu	Termiņš
9.	2., 3. grupa	Definēt ārstu un māsu pilna laika ekvivalentu (PLE)	Izvērtēt, kāpēc nav iespējams maksāt lielāku pamatalgu/kas jāmaina, lai varētu			2., 3. grupa?	12.03.2020.
10.	6. grupa	Definēt individuālās algas kritērijus	Definēt, kāpēc var atšķirties ārsta alga par vienādu PLE	Grupas piedāvājums, labā prakse, pētījumu dati	6. grupa	2., 3., 6. grupa	19.03.2020. ⁵¹
11.	6. grupa	Definēt individuālās algas kritērijus	Datu analīze par individuālā atalgojuma kritēriju piemērošanu	Darbinieku vērtējuma tests vienā struktūrvienībā	RAKUS, PSKUS, CK	6. grupa, VM, VK	19.03.2020.
12.	6. grupa	Definēt individuālās algas kritērijus	Individuālā atalgojuma līmeņu/pakāpju definēšana testa slimnīcās			6. grupa, VM, VK	19.03.2020.

⁵¹ Tikšanās 19.03.2020. nenotika, jo bija izsludināta ārkārtējā situācija. Modeļa testēšana turpinājās neklātienē.