14.pielikums

Ministru kabineta 2013.gada \_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_

noteikumiem Nr.\_\_\_\_\_\_

**Ģimenes ārsta gada darbības novērtēšanas un maksājuma sadales metodika**

1. Ģimenes ārstam nosaka gada darbības rādītājus šādās jomās:

1.1. profilakse:

1.1.1. veselības pārbaudes:

1.1.1.1. no jauna reģistrēta pacienta veselības stāvokļa novērtēšana;

1.1.1.2. veselības stāvokļa novērtēšana pacientiem no 18 gadu vecuma;

1.1.2. bērnu veselība:

1.1.2.1. bērnu vakcinācijas aptvere;

1.1.2.2. veselības stāvokļa novērtēšana bērniem no 2 gadu vecuma līdz 18 gadu vecumam;

1.1.3. organizētā vēža skrīninga datu uzraudzība:

1.1.3.1. mamogrāfijas un dzemdes kakla vēža skrīnings;

1.1.3.2. veikto slēpto asiņu testu aptvere pie ģimenes ārsta reģistrētajiem pacientiem;

1.2. pacientu ar hroniskām saslimšanām aprūpe:

1.2.1. cukura diabēta pacientu aprūpe:

1.2.1.1. glikohemoglobīna mērījumi 2.tipa cukura diabēta pacientiem;

1.2.1.2. mikroalbuminūrijas noteikšana kvantitatīvi 2.tipa cukura diabēta pacientiem;

1.2.2. pacientu ar arteriālo hipertensiju un pacientu ar koronāro sirds slimību aprūpe:

1.2.2.1. kardiovaskulārā riska noteikšana;

1.2.2.2. ZBL holesterīna noteikšana;

1.2.3. pacientu ar bronhiālo astmu aprūpe – izelpas maksimuma plūsmas mērīšana bronhiālās astmas pacientiem;

1.3. veselības aprūpes pakalpojumu izmaksu efektivitātes paaugstināšana – Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigāžu izbraukumu skaita vērtējums pie ģimenes ārsta pacientiem;

1.4. ģimenes ārstu veikto manipulāciju un papildu pakalpojumu daudzveidība.

2. Kvalitātes rādītāju vērtēšanas kritēriji ir šādi:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.p.k.** | **Darbības joma** | **Kvalitātes kritēriji** | **Definējums** | **Izpildes nosacījumi** | **Robežvērtība** | **Nozīmīguma vērtējums %** |
| 2.1. | I | Veselības pārbaudes | 1.1. Triju mēnešu laikā no datuma, kad pacients reģistrēts pie ģimenes ārsta, viņam ir veikta apskate un veselības stāvokļa novērtējums | 1. Ģimenes ārsts ir novērtējis vismaz 90 % no jauna reģistrētu pacientu | 90 %–95 % | 5 |
| 1.2. Veselības stāvokļa novērtējums pacientiem vecumā no 18 gadiem | 1. Pacients reģistrēts pie viena un tā paša ģimenes ārsta visa iepriekšējā gada laikā. 2. Ģimenes ārsts gada laikā ir novērtējis veselības stāvokli vismaz 65 % savā praksē reģistrētajiem pacientiem | 65 %–75 % | 9 |
| 2.2. | I | Bērnu veselība(0–18 gadi) | 2.1. Bērnu vakcinācijas aptvere | 1. Vismaz 92 % bērnu vecumā līdz 2 gadiem saskaņā ar vakcinācijas kalendāru vakcinēti pret difteriju, stinguma krampjiem, bērnu trieku, garo klepu, meningītu, VHB. 2. Minimālais reģistrēto bērnu skaits praksē vecumā līdz 3 gadiem – 20.3. Aprēķinot vakcinācijas aptveri, izslēdz gadījumus, kad vakcinācija nav veikta kontrindikāciju, pacienta vai vecāku atteikuma dēļ. Šādos gadījumos ambulatorā pacienta talonā uzrāda diagnozi Z28.0 vai Z28.8 | 92 %–98 % | 10 |
| 2.2. Veselības stāvokļa novērtējums pacientiem vecumā no 2 līdz 18 gadiem | 1. Pacients reģistrēts pie viena un tā paša ģimenes ārsta visa iepriekšējā gada laikā. 2. Ģimenes ārsts gada laikā ir novērtējis veselības stāvokli vismaz 75 % savā praksē reģistrētajiem pacientiem | 75 %–95 % | 9 |
| 2.3. | I | Organizētā vēža skrīninga datu uzraudzība | 3.1. Ģimenes ārsta prakse nodrošina dienesta vadības informācijas sistēmas datu apskati par mamogrāfijas skrīningu, dzemdes kakla vēža skrīningu un pacientu informēšanu par iespēju veikt skrīninga izmeklējumus | 1. Aptveres rādītāju aprēķina, dzemdes kakla vēža skrīninga un krūts vēža skrīninga izmeklējumu veikušo pacientu skaitu, kuri vērtējamā periodā bija reģistrēti pie ģimenes ārsta, attiecinot pret kopējo vērtējamā periodā izsūtīto uzaicinājuma vēstuļu skaitu ģimenes ārsta praksē reģistrētajiem pacientiem. 2. Aprēķinātais aptveres rādītājs ir vismaz 36 % | 36 %–50 % | 11 |
| 3.2. Pacientiem vecumā no 50 līdz 74 gadiem, veikts slēpto asiņu tests | 1. Aptveres rādītāju aprēķina, slēpto asiņu izmeklējumu skaitu, kas veikts pacientiem, kuri vērtējamā periodā ir reģistrēti pie ģimenes ārsta un ir vecumā no 50 līdz 74 gadiem, attiecinot pret vērtējamā periodā praksē reģistrēto pacientu skaitu, kas ir vecumā no 50 līdz 74 gadiem. 2. Izmeklējums veikts vismaz 8 % praksē reģistrēto mērķa grupas pacientu | 8 %–25 % | 11 |
| 2.4. | II | Cukura diabēta pacientu uzraudzība | 4.1. Glikohemoglobīna (glikētā Hb) mērījumi 2.tipa cukura diabēta slimniekiem | 1. Diagnoze noteikta iepriekšējos gados. 2. Pacients reģistrēts pie viena un tā paša ģimenes ārsta visa iepriekšējā gada laikā.3. Praksē ir reģistrēti ne mazāk kā 20 cukura diabēta pacienti.4. Vismaz 80 % pie ģimenes ārsta reģistrēto 2.tipa cukura diabēta pacientu ir noteikts glikohemoglobīns (glikētais Hb) un vismaz 60 % pacientu vismaz viens mērījums ir zemāks par 7,5 %.5. Cukura diabēta pacientu skaitu ģimenes ārstam nosaka pēc SPKC cukura diabēta pacientu reģistra datiem | 80 %–90 % 60 %–80 % | 8 |
| 4.2. Mikroalbuminūrijas noteikšana kvantitatīvi 2.tipa cukura diabēta pacientiem | 1. Diagnoze noteikta iepriekšējos gados. 2. Pacients reģistrēts pie viena un tā paša ģimenes ārsta visa iepriekšējā gada laikā.3. Praksē ir reģistrēti ne mazāk kā 20 cukura diabēta pacienti.4. Vismaz 60 % pacientu gada laikā veikts viens izmeklējums mikroalbuminūrijas noteikšanai, neieskaitot izmeklējumus, kas veikti ārstēšanās laikā stacionārā.5. Cukura diabēta pacientu skaitu nosaka pēc SPKC cukura diabēta pacientu reģistra datiem | 60 %–80 % | 6 |
| 2.5. | II | To pacientu veselības aprūpe, kuriem ir arteriālā hipertensija un koronārā sirds saslimšana | 5.1. Kardiovaskulārā riska noteikšana | 1. Diagnoze noteikta iepriekšējos gados. 2. Pacients reģistrēts pie viena un tā paša ģimenes ārsta visa iepriekšējā gada laikā.3. Vismaz 70 % pie ģimenes ārsta reģistrētajiem arteriālās hipertensijas pacientiem vienu reizi gadā ģimenes ārsta konsultācijas laikā noteikts kardiovaskulārais risks pēc SCORE metodes vecumā no līdz 65 gadiem4. Lietojama manipulācija "60233 – Kardiovaskulārā riska noteikšana pacientam ar arteriālo hipertensiju", uzrādītas diagnozes ar SSK-10 kodiem I10; I15; I15.0-I15.9.5. Pacienta ambulatorajā kartē izdarīts ieraksts par kardiovaskulārā riska noteikšanu | 70 %–95 % | 7 |
| 5.2. Zema blīvuma holesterīna līmeņa noteikšana | 1. Diagnoze noteikta iepriekšējos gados. 2. Pacients reģistrēts pie viena un tā paša ģimenes ārsta visa iepriekšējā gada laikā.3. Vismaz 80 % pie ģimenes ārsta reģistrēto arteriālās hipertensijas un 80 % koronārās sirds slimības pacientiem vismaz vienu reizi noteikts ZBL-holesterīns.4. Uzrādīta kāda no šādām manipulācijām "41058 – ZBL holesterīna līmenis asinīs – koncentrācija, mazāka par 2,0 mmol/L" vai "41059 – ZBL holesterīna līmenis asinīs – koncentrācija no 2,0 mmol/L līdz 2,5 mmol/L, vai 41060 – ZBL holesterīna līmenis asinīs – koncentrācija, lielāka par 2,5 mmol/L").5. Norādītas diagnozes ar SSK-10 kodiem arteriālajai hipertensijai – I10; I15; I15.0-I15.9; koronārajai sirds slimībai – I20, I20.0-I20.9; I21; I21.0-I21.9; I22; I22.0-I22.9; I24; I24.0-I24.9; I25; I25.0-I25.9 | 80 %–95 % | 8 |
| 2.6. | II | Pacientu ar bronhiālo astmu veselības aprūpe | Izelpas maksimuma plūsmas mērīšana bronhiālās astmas pacientiem | 1. Diagnoze noteikta iepriekšējos gados. 2. Pacients reģistrēts pie viena un tā paša ģimenes ārsta visa iepriekšējā gada laikā.3. Bronhiālās astmas pacienti vecumā no 6 gadiem.4. Vismaz 75 % pacientu veikta izelpas maksimuma plūsmas mērīšana vismaz reizi gadā.5. Norādīta diagnoze ar SSK-10 kodu J45; J45.0-J45.9 | 75 %–90 % | 4 |
| 2.7. | III | Ģimenes ārsta darbība neatliekamās medicīniskās palīdzības izbraukumu skaita samazināšanai | Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta izbraukumu skaits pie pacientiem ar noteiktām diagnozēm, ja pacientu nepārved uz slimnīcu | 1. Pacients reģistrēts pie viena un tā paša ģimenes ārsta visa iepriekšējā gada laikā. 2. Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta izbraukumu skaits pie pacientiem no 4 gadu vecuma ar brigādes uzstādītām diagnozēm I10-I15, J06, M47.3. Neatliekamās palīdzības dienests pacientus nav pārvedis turpmākai ārstēšanai uz slimnīcu.4. Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta izbraukumu skaits uz 100 reģistrētiem pacientiem vecumā no 4 gadiem ir zemāks nekā vidējais gada rādītājs valstī | 110–100 % | 4 |
| 2.8. | IV | Ģimenes ārsta veikto papildu manipulāciju un papildu pakalpojumu daudzveidība | Ģimenes ārsts savā darbībā izmanto iespējami daudz manipulāciju, kuras ietilpst viņa profesionālajā kompetencē un norādītas šo noteikumu 11.pielikumā | Visas šo noteikumu 11.pielikumā minētās manipulācijas, izņemot 1.–4., 7., 8., 18., 19., 67.–125.manipulāciju (profilaktiskās apskates un vakcinācijas). Diagnožu ierobežojumi noteikti šo noteikumu 11.pielikumā. Gada laikā izmanto vismaz 30 % manipulāciju | 30 %–50 % | 8 |

3. Dienests apkopo vadības informācijas sistēmā ievadīto informāciju par katram pacientam novērtējamā gada laikā sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem un katram ģimenes ārstam nosaka šī pielikuma 1.punktā minētos kvalitātes rādītājus.

4. Iegūtos rādītājus salīdzina ar šī pielikuma 2.punktā noteiktajiem vērtēšanas kritērijiem un aprēķina ģimenes ārstam izmaksājamo naudas summu par kvalitātes rādītājiem, ievērojot šādus nosacījumus:

4.1. ja aprēķinātie rādītāji ir vienādi vai pārsniedz noteikto vērtēšanas kritērija augstāko robežvērtību, ārsts saņem atbilstošajam kvalitātes rādītājam aprēķinātā gada darbības novērtējuma maksājumu 100 % apmērā;

4.2. ja aprēķinātie rādītāji ir robežvērtību intervālā no noteiktajiem vērtēšanas kritērijiem, atbilstošajam kvalitātes rādītājam aprēķināto gada darbības novērtējuma maksājuma apjomu proporcionāli samazina;

4.3. ja aprēķinātie rādītāji ir zemāki par zemāko robežvērtību no noteiktajiem vērtēšanas kritērijiem, atbilstošajam kvalitātes rādītājam aprēķināto maksājuma apjomu ģimenes ārstam neizmaksā;

4.4. ja vērtējamā rādītājā ģimenes ārsta praksei nav datu, atbilstošajam kvalitātes rādītājam aprēķināto maksājuma apjomu ģimenes ārstam neizmaksā.

5. Ja ģimenes ārsts novērtējamā gada laikā mainījis prakses vietu, nesaglabājot pacientu reģistrāciju, vai pārtraucis līgumattiecības ar dienestu, nenostrādājot pilnu gadu, vai līgums par primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu noslēgts novērtējamā gada laikā (līgums nav no gada sākuma), vai ģimenes ārstu novērtējamā gada laikā ir aizvietojis cits ārsts, dienests nevērtē ģimenes ārsta gada darbību atbilstoši šī pielikuma 4.punktam.

6. Ja ģimenes ārsts novērtējamā gada laikā mainījis prakses vietu, nesaglabājot pacientu reģistrāciju, vai pārtraucis līgumattiecības ar dienestu, nenostrādājot pilnu gadu, vai līgums par primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu noslēgts novērtējamā gada laikā (līgums nav no gada sākuma), ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājumu ģimenes ārstam aprēķina, izmantojot šādu formulu:

A = B x %, kur

A – attiecīgajam ģimenes ārstam izmaksājamais ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājums;

B – ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājuma summa par pilniem nostrādātajiem mēnešiem attiecīgajā teritoriālajā nodaļā, ievērojot, ka periodā, kad ģimenes ārsts saņem normatīvajos aktos paredzēto fiksēto maksājumu jaunatvērtai ģimenes ārsta praksei un nesaņem kapitācijas naudu, B = 0;

% – vidējais ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājuma procents attiecīgās teritoriālās nodaļas ģimenes ārsta praksē, ko dienests aprēķina, dalot teritoriālās nodaļas ģimenes ārsta praksēm izmaksājamos ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājumus ar attiecīgajām ģimenes ārsta praksēm aprēķinātajiem ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājuma līdzekļiem un reizinot ar 100.

7. Ja ģimenes ārstu novērtējamā gada laikā ir aizvietojis cits ārsts, ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājumu ģimenes ārstam un viņa aizvietotājam aprēķina, izmantojot šādas formulas:

7.1. ģimenes ārstam, kurš aizvieto:

BA = BAP x %, kur

BA – ģimenes ārsta aizvietotājam izmaksājamais ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājums par aizvietošanas mēnešiem;

BAP – aizvietojamā ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājums par aizvietošanas mēnešiem;

% – ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājuma procents aizvietojamā ģimenes ārsta praksē, ko aprēķina, dalot izmaksājamo ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājumu par visu aizvietojamā ģimenes ārsta pacientu veselības aprūpi novērtējamā gada laikā (A) ar aprēķināto ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājumu aizvietojamajam ģimenes ārstam (B);

7.2. ģimenes ārstam, kuru aizvieto:

BB = A – BA, kur

BB – aizvietojamā ģimenes ārsta izmaksājamais ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājums par nostrādātajiem mēnešiem;

A – izmaksājamais ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājums par visu aizvietojamā ģimenes ārsta pacientu veselības aprūpi novērtējamā gada laikā;

BA – ģimenes ārsta aizvietotājam izmaksājamais ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājuma par aizvietošanas mēnešiem.

8. Ja notikusi ģimenes ārsta juridiskā statusa un darbavietas maiņa, pārejot no darba ņēmēja statusa slimnīcā (poliklīnikā, doktorātā) (turpmāk – ārstniecības iestāde) uz ārsta prakses darba formu vai otrādi, ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājumu izmaksā, ja līgumā starp ģimenes ārstu un viņa darba devēju nav noteikts citādi:

8.1. attiecīgajam ģimenes ārstam, ja pāreja no darba ņēmēja statusa ārstniecības iestādē uz ģimenes ārsta prakses formu notikusi novērtējamā gada laikā;

8.2. attiecīgajam ģimenes ārstam, ieskaitot ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājumu ārstniecības iestādes kontā, ja ģimenes ārsts novērtējamā gada laikā ir beidzis prakses darbību un kļuvis par darba ņēmēju ārstniecības iestādē;

8.3. attiecīgajam ģimenes ārstam, ieskaitot ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājumu tās ārstniecības iestādes kontā, kurā ģimenes ārsts bija darba ņēmējs, ja pāreja no darba ņēmēja statusa ārstniecības iestādē uz ģimenes ārsta prakses formu notikusi pēc novērtējamā gada 31.decembra.

9. Izmaksājamos ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājumu līdzekļus aprēķina pēc stāvokļa uz novērtējamā gada 31.decembri. Izmaksājamos līdzekļus ģimenes ārstam izmaksā līdz nākamā gada 1.maijam neatkarīgi no novērtējamā gada laikā notikušās ģimenes ārsta juridiskā statusa un darba vietas maiņas (pāreja no darba ņēmēja statusa slimnīcā (poliklīnikā, doktorātā) uz ārsta prakses darba formu vai otrādi), ja vien līgumā starp ģimenes ārstu un viņa darba devēju nav noteikts citādi.

Veselības ministre I.Circene

13.12.2013 12:37

1920

L.Eglīte

Leonora.Eglite@vm.gov.lv

A.Reinika 67043780

Alda.Reinika@vmnvd.gov.lv