13. pielikums

Ministru kabineta

2018. gada  .\_\_\_\_\_

noteikumiem Nr.

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

1. Ģimenes ārstam nosaka gada darbības rādītājus šādās jomās:

1.1. veselības pārbaudes un profilakse:

1.1.1. no jauna reģistrēta pacienta veselības stāvokļa novērtēšana;

1.1.2. bērnu vakcinācijas aptvere;

1.1.3. 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 – ZBL holesterīna noteikšana;

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

1.3. ģimenes ārstu veikto manipulāciju un papildu pakalpojumu daudzveidība.

2. Gada darbības rādītāju vērtēšanas kritēriji ir šādi:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr.p. k. | Kvalitātes kritērijs | Kritērija definējums | Izpildes nosacījumi | Robežvērtība | Nozīmīguma vērtējums, % |
| 2.1. | Veselības pārbaudes un profilakse | No jauna reģistrēta pacienta veselības stāvokļa novērtēšana | Ģimenes ārsts ir novērtējis no jauna reģistrētu pacientu triju mēnešu laikā, kopš pacients reģistrēts pie ģimenes ārsta, vai 10 dienu laikā pirms pacienta reģistrācijas viņam ir veikta apskate un veselības stāvokļa novērtējums | 75–90 % | 10 |
| Bērnu vakcinācijas aptvere | 1. Divus gadus veci bērni saskaņā ar vakcinācijas kalendāru ir vakcinēti pret difteriju, stinguma krampjiem, poliomielītu, garo klepu, b tipa *Haemophilus influenzae* infekciju un B hepatītu. 2. Aprēķinot vakcinācijas aptveri, izslēdz gadījumus, ja vakcinācija nav veikta kontrindikāciju, pacienta vai vecāku atteikuma dēļ. Šādos gadījumos ambulatorā pacienta talonā norāda diagnozi Z28.0–Z28.8 | 92–98 % | 15 |
| Pacientiem vecumā no 50 līdz 74 gadiem veikts slēpto asiņu tests | 1. Aptveres rādītāju aprēķina, slēpto asiņu izmeklējumu skaitu, kas veikts pacientiem, kuri vērtēšanas periodā ir reģistrēti pie ģimenes ārsta un ir vecumā no 50 līdz 74 gadiem, attiecinot pret vērtēšanas periodā praksē reģistrēto pacientu skaitu, kas ir vecumā no 50 līdz 74 gadiem. 2. Izmeklējums veikts vismaz 11 % praksē reģistrēto mērķa grupas pacientu | 11–25 % | 15 |
| 2.2. | Pacientu ar hroniskām saslimšanām aprūpe | Cukura diabēta pacientu uzraudzība, veicot glikohemoglobīna (glikētā Hb) mērījumus 2. tipa cukura diabēta slimniekiem | 1. Diagnoze noteikta iepriekšējos gados. 2. Pacients reģistrēts pie viena un tā paša ģimenes ārsta visa vērtēšanas perioda laikā.3. Vismaz 55 % pie ģimenes ārsta reģistrēto 2. tipa cukura diabēta pacientu ir noteikts glikohemoglobīns (glikētais Hb).4. Aptveres rādītāju aprēķina, attiecinot pacientu skaitu, kuriem vismaz viens mērījums ir zemāks par 7,5 %, pret pacientu skaitu, kas atbilst šā punkta trešajam nosacījumam.5. Aprēķinātais aptveres rādītājs ir vismaz 60 % | 55–90 %60–80 % | 15 |
| Cukura diabēta pacientu uzraudzība, veicot mikroalbuminūrijas noteikšanu 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. Vismaz 50 % pacientu gada laikā veikts viens izmeklējums mikroalbuminūrijas noteikšanai, neskaitot izmeklējumus, kas veikti ārstēšanās laikā stacionārā | 50–75 % | 10 |
| Pacientu ar arteriālo hipertensiju un pacientu ar koronāro sirds slimību aprūpe – 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 70 % pie ģimenes ārsta reģistrēto arteriālās hipertensijas un koronārās sirds slimības pacientu vismaz vienu reizi noteikts ZBL holesterīns.4. Norādīta 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 saskaņā 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 | 70–90 % | 10 |
| 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 sešiem gadiem.4. Vismaz 70 % pacientu veikta izelpas maksimuma plūsmas mērīšana vismaz reizi gadā.5. Norādīta diagnoze ar SSK-10 kodu J45; J45.0–J45.9 | 70–90 % | 10 |
| 2.3. | Ģimenes ārsta veikto papildu manipulāciju un papildu pakalpojumu daudzveidība | Ģimenes ārsts savā darbībā izmanto iespējami daudz manipulāciju, kuras ietilpst viņa profesionālajā kompetencē un manipulāciju sarakstā norādītas, kā ģimenes ārstam piemaksājamas manipulācijas | Gada laikā izmanto vismaz 25 % manipulāciju no manipulācijām, kas manipulāciju sarakstā norādītas, kā ģimenes ārstam piemaksājamas manipulācijas, izņemot profilaktiskās apskates un vakcinācijas manipulācijas | 25**–**50 % | 15 |

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 ģimenes ārsta praksē nav reģistrētas personas, kas atbilst vērtēšanas kritērijā noteiktajam pacientu veidam, maksājumu par attiecīgo kvalitātes kritēriju ģimenes ārstam neizmaksā;

4.5. ja ģimenes ārsta pacientu sarakstā ir persona, kuras reģistrācija ir bloķēta, tad šāda persona kvalitātes rādītāju aprēķinos netiek vērtēta.

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.

10. Finanšu līdzekļu apmēru, kas paredzēts ģimenes ārstu gada darbības novērtējuma maksājumiem, un kārtību, kādā tos aprēķina un izmaksā katrai ģimenes ārsta praksei, nosaka līgumā ar dienestu.

Veselības ministre Anda Čakša

Iesniedzējs: Veselības ministre Anda Čakša

Vīza: Valsts sekretārs Aivars Lapiņš