*7.pielikums*

*līgumam par valsts apmaksātu veselības aprūpes*

*pakalpojumu sniegšanu un apmaksu*

**Ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma un skrīninga aptveres maksājumu**

**aprēķina un izmaksas kārtība**

*Attiecas uz tiem IZPILDĪTĀJIEM, kas sniedz 1.pielikumā norādītos*

*ģimenes ārsta prakses pakalpojumus*

**I Ģimenes ārsta gada darbības novērtējums**

1. Nacionālais veselības dienests (turpmāk – Dienests) aprēķina un izmaksā ārstniecības iestādei, kas nodrošina ģimenes ārsta primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, (turpmāk – ģimenes ārsts) ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājumu atbilstoši Ministru kabineta 2018.gada 28.augusta noteikumu Nr.555 „Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 15.pielikuma un šī dokumenta nosacījumiem.
2. Gada darbības novērtējuma maksājums par vienu personu mēnesī ir 0.154891 EUR.
3. Dienests veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas norēķinu sistēmā „Vadības informācijas sistēma” (turpmāk – VIS) veic plānotā maksājuma apjoma aprēķinu un uzrāda to ģimenes ārsta kapitācijas aprēķinā.
4. VIS ģimenes ārsta darbības starprezultātu aprēķins par kārtējā gada pirmo pusgadu tiek veikts līdz 30.augustam. Veiktajam aprēķinam par pirmo pusgadu ir informatīvs raksturs. Dienests aprēķina ģimenes ārsta visa gada darbības rezultātu normatīvajos aktos noteiktajos gadījumos un kārtībā līdz nākamā gada 30. maijam.
5. Vienu reizi gadā ģimenes ārstam tiek izmaksāts, maksājums, kas tiek aprēķināts atbilstoši šī dokumenta 6. punktā noteiktajai vērtēšanas kārtībai.
6. Ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma aprēķinam Dienests izmanto šādus vērtēšanas nosacījumus:

| ***Kvalitātes kritērijs*** | ***Kritērija definējums*** | ***Vērtējamā pacientu kopa*** | ***Vērtēšanas nosacījumi*** |
| --- | --- | --- | --- |
| Veselības pārbaudes un profilakse | No jauna reģistrēta pacienta veselības stāvokļa novērtēšana (Nozīmīguma vērtējums 10%, Robežvērtība 75–90 %) | Kritērijs tiks atzīts par izpildītu, ja ārstam būs no jauna reģistrēti pacienti, kuriem veikta apskate un veselības stāvokļa novērtējums vai nav izpildījies termiņš pacienta novērtēšanai.  | No pacienta reģistrācijas brīža pie ģimenes ārsta VIS ir ievadīts vismaz 1 ambulatorā pacienta talons, kura epizodes sākuma datums ir periodā „–” 10 dienas vai „+” 93 dienas no pacienta reģistrācijas datuma un pakalpojuma sniedzējs ir ģimenes ārsts. Ja no pacienta reģistrācijas brīža nav pagājušas vismaz 93 dienas un ir apmeklējums pie ģimenes ārsta, tad šādu gadījumu uzskata par pozitīvu. |
| Bērnu vakcinācijas aptvere (Nozīmīguma vērtējums 15%, Robežvērtība 92–98 %) | Vērtējamā pacientu kopa–bērni, kuri sasnieguši 24 mēnešu vecumu    | Bērnam, kurš sasniedzis 24 mēnešu vecumu VIS ievadītajos ambulatorā pacienta talonos ir atrodama kaut viena no sekojošām vakcīnas uzskaites manipulācijām: 60264, 60339,60288, 60289, 60290, 60291 vai ambulatorā pacienta talonā uzrādīta kāda no sekojošām diagnozēm vai blakus diagnozēm Z28.0- Z28.8. Tiek apskatīti taloni no bērna dzimšanas datuma līdz divu gadu dzimšanas dienai.  |
| Pacientu ar hroniskām saslimšanām aprūpe | Cukura diabēta pacientu uzraudzība, veicot glikohemoglobīna (glikētā Hb) mērījumus 2. tipa cukura diabēta slimniekiem (Nozīmīguma vērtējums 30%, Robežvērtības 55– 90 %;60–80 %) | Vērtējamā pacientu kopa no diabēta pacientu reģistra. Pacientu skaits no mērķa grupas, kam veikts izmeklējums, tiks attiecināts pret visu mērķa grupu. Pacientu skaits, kam veikts izmeklējums, tiks uzskaitīts summāri iekļaujot datus no gada sākuma. | Pacienti bijuši reģistrēti visu vērtējamo periodu pie viena un tā paša ģimenes ārsta.Ja vismaz 55% no pacientiem ar 2.tipa cukura diabētu VIS ievadītajos ambulatorā pacienta talonos ir atrodama kāda no sekojošām manipulācijām: 41103, 41104, 41105, tad ārstam tiek vērtēts vismaz 60% (no iepriekšējiem 55%) ir ar uzrādītu manipulāciju 41103 vai 41104. |
| Cukura diabēta pacientu uzraudzība, veicot mikroalbuminūrijas noteikšanu kvantitatīvi 2. tipa cukura diabēta pacientiem (Nozīmīguma vērtējums 10%, Robežvērtība 50– 75 %)) | Vērtējamā pacientu kopa no diabēta pacientu reģistra. Pacientu skaits no mērķa grupas, kam veikts izmeklējums, tiks attiecināts pret visu mērķa grupu. Pacientu skaits, kam veikts izmeklējums, tiks uzskaitīts summāriiekļaujot datus no gada sākuma. | Pacienti bijuši reģistrēti visu vērtējamo periodu pie viena un tā paša ģimenes ārsta Pacientam ar 2.tipa cukura diabētu VIS ievadītajos ambulatorā pacienta talonos vērtējamā gada laikā ir atrodama manipulācija: 41101. |
| Pacientu ar arteriālo hipertensiju un pacientu ar koronāro sirds slimību aprūpe – zema blīvuma holesterīna līmeņa noteikšana (Nozīmīguma vērtējums 10%, Robežvērtība 70– 90 %) | Vērtējamā pacientu kopa-arteriālās hipertensijas un koronārās sirds slimības pacienti, kuriem VIS iepriekšējā gadā ir bijuši trīs ambulatorie taloni vai iepriekšējos divos gados bijusi viena stacionārā karte ar sekojošiem diagnožu kodiem: I10; I15; I15.0-I15.9; 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.Pacientu skaits no mērķa grupas, kam veikts izmeklējums, tiks attiecināts pret visu mērķa grupu. Pacientu skaits, kam veikts izmeklējums, tiks uzskaitīts kumulatīviiekļaujot datus no gada sākuma. | Pacienti bijuši reģistrēti visu vērtējamo periodu pie viena un tā paša ģimenes ārsta. Pacientam no mērķa grupas ievadītajos ambulatorā pacienta talonos vērtējamā gada laikā ir atrodama kāda no sekojošām manipulācijām: 41058, 41059, 41060. |
| Pacientu ar bronhiālo astmu veselības aprūpe – izelpas maksimuma plūsmas mērīšana bronhiālās astmas pacientiem (Nozīmīguma vērtējums 10%, Robežvērtība 70– 90 %) | Vērtējamā pacientu kopa- bronhiālās astmas pacienti, kuriem VIS iepriekšējā gadā ir bijuši trīs ambulatorie taloni vai iepriekšējos divos gados bijusi viena stacionārā karte ar sekojošiem diagnožu kodiem: J45; J45.0-J45.9. Pacientu skaits no mērķa grupas, kam veikts izmeklējums, tiks attiecināts pret visu mērķa grupu. Pacientu skaits, kam veikts izmeklējums, tiks uzskaitīts kumulatīviiekļaujot datus no gada sākuma. | Uz vērtējamā perioda sākumu pacienti ir vismaz sešus gadus veci.Pacienti bijuši reģistrēti visu vērtējamo periodu pie viena un tā paša ģimenes ārsta.Pacientam ar iepriekš uzstādītām diagnozēm J45; J45.0-J45.9 VIS ievadītajos ambulatorā pacienta talonos vērtējamā gada laikā ir atrodama kāda no sekojošām manipulācijām:07002, 07004, 07017, 07018. |
| Ģimenes ārsta veikto papildu manipulāciju un papildu pakalpojumu daudzveidība | Ģimenes ārsts savā darbībā izmanto iespējami daudz manipulāciju, kuras ietilpst viņa profesionālajā kompetencē (Nozīmīguma vērtējums 15%, Robežvērtība 25– 50 %), un ir norādītas Dienesta mājas lapas vietnē sadaļā Līgumpartneriem>Līgumu dokumenti> Pakalpojumu tarifi>”Ģimenes ārsta praksei apmaksājamo manipulāciju sarakts” noteiktām atzīmēm. | Pielietoto manipulāciju daudzveidība tiks vērtēta summāri pa ceturkšņiem (1.ceturksnī 3 mēneši; 2. ceturksnī 6 mēneši utt.).  | Vērtē, cik no zemāk minētā manipulāciju klāsta ir pielietotas (norādītas VIS ģimenes ārsta ievadītajos ambulatorā pacienta talonos vērtējamā perioda laikā):01062, 06003, 06004, 07002, 07060, 17010, 18115, 20010, 20013, 20015, 20028, 20030, 40003, 40004, 40005, 40010, 40148, 41056, 41057, 41046, 41047, 41095, 44045, 41101, 60085, 60086, 60230, 60231, 60232, 60233, 60256. |

1. Dienests izmaksā ģimenes ārstam darbības novērtējuma maksājumu par iepriekšējo gadu līdz nākamā gada 1.septembrim.
2. Pēc gada darbības novērtējuma izmaksas, Dienests publicē datus par ģimenes ārsta kritēriju izpildi tīmekļa vietnē <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/gimenes-arstu-darbibas-raditaji>.

**II Skrīninga aptveres maksājums**

9. IZPILDĪTĀJS nodrošina savā praksē reģistrēto pacientu iesaistīšanu valsts organizētā vēža skrīningā, individuāli uzrunājot pacientu un norādot pacientam iespējas veikt izmeklējumus valsts organizētā skrīninga ietvaros.

10. DIENESTS reizi gadā izvērtē IZPILDĪTĀJA sasniegtos zarnu vēža skrīninga un prostatas vēža skrīninga atsaucības rādītājus un divas reizes gadā izvērtē IZPILDĪTĀJA sasniegtos dzemdes kakla vēža skrīninga un krūts vēža skrīninga atsaucības rādītājus praksē reģistrēto mērķa grupas pacientu vidū, un veic IZPILDĪTĀJAM maksājumu par sasniegtajiem atsaucības radītājiem.

11. Ja IZPILDĪTĀJA praksē ir reģistrētas vismaz 20 personas vecuma grupā no 50 līdz 74 gadiem, DIENESTS aprēķina izmaksājamo summu par sasniegtajiem zarnu vēža skrīninga atsaucības rādītājiem, ņemot vērā:

11.1. mērķa grupu, kas ir IZPILDĪTĀJA praksē reģistrēto pacientu skaits vecumā no 50 - 74 gadiem uz vērtējamā perioda (iepriekšējo divu gadu periods no 1.jūlija līdz 30.jūnijam) pēdējo dienu. Aprēķinā netiek ņemti vērā pacienti, kura reģistrācija ir bloķēta;

11.2. pacientiem veikto zarna vēža skrīninga izmeklējumu skaitu, ko iegūst, atlasot datus uz 31.augustu par IZPILDĪTĀJA praksē reģistrētiem pacientiem vērtējamā periodā veiktajām manipulācijām *60126- I-Fobt tests (negatīvs)* un *60127- I-Fobt tests (pozitīvs)*;

11.3. atsaucības rādītāju (%), ko iegūst šī dokumenta 11.2.apakšpunktā norādīto manipulāciju skaitu, dalot ar šī dokumenta 11.1.apakšpunktā norādīto mērķa grupas lielumu;

* 1. atsaucības rādītāja vērību, ko nosaka šādā kārtībā:

11.4.1. ja sasniegtais atsaucības rādītājs (%) ir 20% - 40% robežās, summa izmaksai ir 10 EUR par katru šī dokumenta 11.2.apakšpunktā norādīto izmeklējumu, kas veikts periodā no iepriekšējā gada 1.jūlija līdz tekošā gada 30.jūnijam[[1]](#footnote-1);

11.4.2. ja sasniegtais atsaucības rādītājs (%) ir 41% un vairāk, summa izmaksai ir 20 EUR par katru šī dokumenta 11.2.apakšpunktā norādīto izmeklējumu, kas veikts periodā no iepriekšējā gada 1.jūlija līdz tekošā gada 30.jūnijam[[2]](#footnote-2).

12. Ja IZPILDĪTĀJA praksē ir reģistrēti vismaz 20 vīrieši vecuma grupā no 50 līdz 75 gadiem, DIENESTS aprēķina izmaksājamo summu par sasniegtajiem prostatas vēža skrīninga atsaucības rādītājiem, ņemot vērā:

12.1. mērķa grupu, kas ir IZPILDĪTĀJA praksē reģistrēto vīriešu skaits vecumā no 50 - 75 gadiem uz vērtējamā perioda (iepriekšējo divu gadu periods no 1.jūlija līdz 30.jūnijam) pēdējo dienu[[3]](#footnote-3). Aprēķinā netiek ņemti vērā pacienti, kura reģistrācija ir bloķēta;

12.2. pacientiem veikto prostatas vēža skrīninga izmeklējumu skaitu, ko iegūst, atlasot datus uz 31.augustu par IZPILDĪTĀJA praksē reģistrētajiem pacientiem veiktajām manipulācijām *46143 - PSA – prostatas specifiskais antigēns. Izmeklējuma rezultāts – norma* un *46144 - PSA – prostatas specifiskais antigēns. Izmeklējuma rezultāts – paaugstināts*, izņemot manipulācijas, kuras veiktas pacientiem ar pamata diagnozi C61 vai Z03.161(atbilstoši SSK-10 klasifikācijai)[[4]](#footnote-4);

12.3. atsaucības rādītāju (%), ko iegūst šī dokumenta 12.2.apakšpunktā norādīto manipulāciju skaitu dalot ar šī dokumenta 12.1.apakšpunktā norādīto mērķa grupu;

* 1. atsaucības rādītāja vērību, ko nosaka šādā kārtībā:

12.4.1. ja sasniegtais atsaucības rādītājs (%) ir 60% - 70% robežās, summa izmaksai ir 10 EUR par katru šī dokumenta 12.2. apakšpunktā norādīto izmeklējumu, kas veikts periodā no iepriekšējā gada 1.jūlija līdz tekošā gada 30.jūnijam;

12.4.2. ja sasniegtais atsaucības rādītājs (%) ir 71% un vairāk, summa izmaksai ir 20 EUR par katru šī dokumenta 12.2.apakšpunktā norādīto izmeklējumu, kas veikts no iepriekšējā gada 1.jūlija līdz tekošā gada 30.jūnijam.

13. Ja IZPILDĪTĀJA praksē ir reģistrētas vismaz 20 sievietes vecuma grupā no 25 līdz 70 gadiem, DIENESTS aprēķina izmaksājamo summu par sasniegtajiem dzemdes kakla vēža skrīninga atsaucības rādītājiem, ņemot vērā:

13.1. mērķa grupu, kas ir IZPILDĪTĀJA praksē uz vērtējamā perioda (periods no 1.janvāra līdz 30.jūnijam vai periods no 1.jūlija līdz 31.decembrim) pēdējo dienu reģistrēto to pacienšu skaits, kurām vērtējamā periodā ir izsūtītas dzemdes kakla vēža skrīninga uzaicinājuma vēstules[[5]](#footnote-5);

13.2. IZPILDĪTĀJA praksē reģistrētām pacientēm veikto dzemdes kakla vēža skrīninga izmeklējumu skaitu, ko iegūst, atlasot datus uz tekošā gada 31.jūliju (par periodu no 1.janvāra līdz 30.jūnijam) un uz nākošā kalendārā gada februāra mēneša pēdējo dienu (par periodu no 1.jūlija līdz 31.decembrim) par IZPILDĪTĀJA praksē reģistrētajiem pacientiem veiktajām manipulācijām ;

13.3. atsaucības rādītāju (%), ko iegūst šī dokumenta 13.2.apakšpunktā norādīto izmeklējumu skaitu, dalot ar šī dokumenta 13.1.apakšpunktā norādīto mērķa grupas lielumu;

* 1. atsaucības rādītāja vērtību, ko nosaka šādā kārtībā:

13.4.1. ja sasniegtais atsaucības rādītājs (%) ir 50% - 70% robežās, summa izmaksai ir 10 EUR par katru šī dokumenta 13.2. apakšpunktā norādīto izmeklējumu;

13.4.2. ja sasniegtais atsaucības rādītājs (%) ir 71% un vairāk, summa izmaksai ir 20 EUR par katru šī dokumenta 13.2. apakšpunktā norādīto izmeklējumu.

14. Ja IZPILDĪTĀJA praksē ir reģistrētas vismaz 20 sievietes vecuma grupā no 50 līdz 69 gadiem, DIENESTS aprēķina izmaksājamo summu par sasniegtajiem krūts vēža skrīninga atsaucības rādītājiem, ņemot vērā:

14.1. mērķa grupu, kas ir IZPILDĪTĀJA praksē uz vērtējamā perioda (periods no 1.janvāra līdz 30.jūnijam vai periods no 1.jūlija līdz 31.decembrim) pēdējo dienu reģistrēto to pacienšu skaits, kas kurām vērtējamā periodā ir izsūtītas krūts vēža skrīninga uzaicinājuma vēstules[[6]](#footnote-6);

14.2. IZPILDĪTĀJA praksē reģistrētām pacientēm veikto krūts vēža skrīninga izmeklējumu skaitu, ko iegūst, atlasot datus uz tekošā gada 31.jūliju (par periodu no 1.janvāra līdz 30.jūnijam) un uz nākošā kalendārā gada februāra mēneša pēdējo dienu (par periodu no 1.jūlija līdz 31.decembrim);

14.3. atsaucības rādītāju (%), ko iegūst šī dokumenta 14.2.apakšpunktā norādīto manipulāciju skaitu, dalot ar šī dokumenta 14.1.apakšpunktā norādīto mērķa grupas lielumu;

* 1. atsaucības rādītāja vērtību, ko nosaka šādā kārtībā:

14.4.1. ja sasniegtais atsaucības rādītājs (%) ir 60% - 70% robežās, summa izmaksai ir 10 EUR par katru 14.2 apakšpunktā norādīto izmeklējumu;

14.4.2. ja sasniegtais atsaucības rādītājs (%) ir 71% un vairāk, summa izmaksai ir 20 EUR par katru 14.2 apakšpunktā norādīto izmeklējumu.

15. DIENESTS maksājumu par sasniegtajiem zarnu un prostatas vēža skrīninga atsaucības rādītājiem IZPILDĪTĀJAM izmaksā reizi gadā – līdz 30.septembrim, paredzot, ka ne mazāk kā 30 % no maksājuma IZPILDĪTĀJS izmaksā vidējam medicīnas personālam.

16. DIENESTS maksājumu par sasniegtajiem dzemdes kakla un krūts vēža skrīninga atsaucības rādītājiem IZPILDĪTĀJAM izmaksā divas reizes gadā, līdz 31.augustam (par periodu no 1.janvāra līdz 30.jūnijam) un līdz 31.martam (par periodu no 1.jūlija līdz 31.decembrim) paredzot, ka ne mazāk kā 30 % no maksājuma IZPILDĪTĀJS izmaksā vidējam medicīnas personālam.

1. 2022.gadā summu par sasniegtajiem zarnu vēža skrīninga atsaucības rādītājiem aprēķina par izmeklējumiem, kas veikti no 2022. gada 1. janvāra līdz 2022. gada 30. jūnijam. [↑](#footnote-ref-1)
2. 2022.gadā summu par sasniegtajiem zarnu vēža skrīninga atsaucības rādītājiem aprēķina par izmeklējumiem, kas veikti no 2022. gada 1. janvāra līdz 2022. gada 30. jūnijam. [↑](#footnote-ref-2)
3. 2022.gadā mērķa grupas pacientu skaits tiek noteikts apmērā, kas ir puse no reģistrētajiem vīriešiem attiecīgajā vecumā. [↑](#footnote-ref-3)
4. 2022.gadā summu par sasniegtajiem prostatas vēža atsaucības rādītājiem aprēķina par izmeklējumiem, kas veikti no 2021. gada 1. jūlija līdz 2022. gada 30. jūnijam. [↑](#footnote-ref-4)
5. Vēstules tiek izsūtītas sievietēm, kuras atbilst Ministru kabineta 2018.gada 28.augusta noteikumiem Nr.555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 72.1.apakšpunkta minētajiem nosacījumiem. [↑](#footnote-ref-5)
6. Vēstules tiek izsūtītas sievietēm, kuras atbilst Ministru kabineta 2018.gada 28.augusta noteikumiem Nr.555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 72.2.apakšpunkta minētajiem nosacījumiem. [↑](#footnote-ref-6)