*Līguma par primārās veselības*

*aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu*

*6.1.17.punkts*

**Ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma kārtība**

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 vienai personai 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. Vadības informācijas sistēmā ģimenes ārsta darbības starprezultātu aprēķins tiek veikts katru ceturksni līdz ceturksnim sekojošā mēneša 30.datumam. Veiktajam aprēķinam ceturksnī ir informatīvs raksturs.
5. Ģimenes ārsts saņem pēc katra ceturkšņa darbības novērtējuma starprezultātu maksājumu, kas tiek aprēķināts atbilstoši šī dokumenta 7. punktā noteiktajai vērtēšanas kārtībai.
6. Dienests aprēķina ģimenes ārsta visa gada darbības rezultātu normatīvajos aktos noteiktajos gadījumos un kārtībā un izmaksā ģimenes ārstam maksājuma starpību, ja aprēķinātais ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājums ir lielāks par izmaksāto starprezultātu maksājumu ceturkšņos.
7. Ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma ceturkšņos 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 %) | Ceturksnī kritērijs tiks atzīts par izpildītu, ja ārstam ceturksnī/-šņos būs no jauna reģistrēti pacienti, kuriem veikta apskate un veselības stāvokļa novērtējums vai nav izpildījies termiņš pacienta novērtēšanai. No jauna reģistrētie pacienti, kuri nav novērtēti konkrētā ceturksnī, tiks iekļauti nākamā ceturkšņa kritērija vērtējumā. | 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 vērtējamos ceturkšņos. | 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. |
| Pacientiem vecumā no 50 līdz 74 gadiem veikts slēpto asiņu tests (Nozīmīguma vērtējums 15%, Robežvērtība 11– 25 %) | Vērtējamā pacientu kopa tiek iegūta VIS aprēķinātās mērķa grupas vecumā no 50 līdz 74 gadiem proporcionāli pielīdzinot vērtēšanas periodam. Periodā izmeklējumu veikušo pacientu skaits tiks attiecināts 1.ceturksnī pret ¼ no mērķa grupas, 2.ceturksnī pret ½ no mērķa grupas, 3.ceturksnī pret ¾ no mērķa grupas, 4. ceturksnī pret visu mērķa grupu. Izmeklējumu veikušo pacientu skaits tiks uzskaitīts summāri katra nākošā ceturkšņa uzskaitē iekļaujot datus no gada sākuma. | Pacienti bijuši reģistrēti visu vērtējamo periodu pie viena un tā paša ģimenes ārsta.  Pacientiem vecumā no 50 – 74 gadiem VIS ievadītajos ambulatorā pacienta talonos ir atrodama kāda no sekojošām manipulācijām: 40172, 40173, 40161, un ambulatorā pacienta talonā uzrādīta diagnoze vai blakusdiagnoze Z12.1. |
| Pacientu ar hroniskām saslimšanām aprūpe | Cukura diabēta pacientu uzraudzība, veicot glikohemoglobīna (glikētā Hb) mērījumus 2. tipa cukura diabēta slimniekiem (Nozīmīguma vērtējums 15%, Robežvērtības 55– 90 %;  60–80 %) | Vērtējamā pacientu kopa no diabēta pacientu reģistra. Pacientu skaits no mērķa grupas, kam veikts izmeklējums, tiks attiecināts 1.ceturksnī pret ¼ no mērķa grupas, 2.ceturksnī pret ½ no mērķa grupas, 3.ceturksnī pret ¾ no mērķa grupas, 4. ceturksnī pret visu mērķa grupu. Pacientu skaits, kam veikts izmeklējums, tiks uzskaitīts summāri – katra nākošā ceturkšņa uzskaitē 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 1.ceturksnī pret ¼ no mērķa grupas, 2.ceturksnī pret ½ no mērķa grupas, 3.ceturksnī pret ¾ no mērķa grupas, 4. ceturksnī pret visu mērķa grupu. Pacientu skaits, kam veikts izmeklējums, tiks uzskaitīts summāri – katra nākošā ceturkšņa uzskaitē iekļaujot 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 1.ceturksnī pret ¼ no mērķa grupas, 2.ceturksnī pret ½ no mērķa grupas, 3.ceturksnī pret ¾ no mērķa grupas, 4. ceturksnī pret visu mērķa grupu. Pacientu skaits, kam veikts izmeklējums, tiks uzskaitīts kumulatīvi – katra nākošā ceturkšņa uzskaitē iekļaujot 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 1.ceturksnī pret ¼ no mērķa grupas, 2.ceturksnī pret ½ no mērķa grupas, 3.ceturksnī pret ¾ no mērķa grupas, 4. ceturksnī pret visu mērķa grupu. Pacientu skaits, kam veikts izmeklējums, tiks uzskaitīts kumulatīvi – katra nākošā ceturkšņa uzskaitē iekļaujot 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, 40172, 40173, 41056, 41057, 41046, 41047, 41095, 44045, 41101, 60085, 60086, 60230, 60231, 60232, 60233, 60256. |

1. Dienests izmaksā ģimenes ārstam ceturkšņa darbības starprezultātu novērtējuma maksājumu 60 dienu laikā pēc ceturkšņa beigām, starprezultātu elektroniski nosūtot uz līgumā norādīto elektroniskā pasta adresi.
2. Dienests par gada ceturtā ceturkšņa darbības starprezultātu novērtējuma maksājumu var veikt priekšapmaksu. Priekšapmaksas apjoms tiek noteikts proporcionāli gada iepriekšējos ceturkšņos sasniegtiem rezultātiem. Dienests par pārskaitīto priekšapmaksas līdzekļu apjomu ģimenes ārstu informē elektroniski.
3. Dienests 2020.gadā izmaksā ģimenes ārstam avansu par 2. un 3.ceturkšņa darbības starprezultātu novērtējuma  maksājumu  līdz 2020.gada 1.novembrim.