

NACIONĀLAIS
ATTĪSTĪBAS
PLĀNS 2020



EIROPAS SAVIENĪBA

Eiropas Sociālais
fonds

I E G U L D Ī J U M S T A V Ā N Ā K O T N Ē

Eiropas Savienības fondu darbības programmas “Izaugsme un nodarbinātība” 9.2.3.specifiskā atbalsta mērķa “Atbalstīt prioritāro (sirds un asinsvadu, onkoloģijas, perinatālā un neonatālā perioda un garīgās veselības) veselības jomu veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrādi un ieviešanu, jo īpaši sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju veselības uzlabošanai” ietvaros īstenotais projekta Nr.9.2.3.0/15/I/001 “Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro jomu ietvaros” nodevums Nr.15 – **Pārskats par maksājumiem pakalpojumu sniedzējiem**

Pasaules Bankas apmaksājami konsultāciju pakalpojumi:
Atbalsts veselības aprūpes sistēmas stratēģijas izstrādē prioritārajās slimību jomās Latvijā

Pārskats par maksājumiem pakalpojumu sniedzējiem¹

¹ Autors: šo ziņojumu sagatavojis Tihomirs Strizreps (*Tihomir Strizrep*), MD un Alaka Holla (Alaka Holla), PhD.

Saturs

I.	Ievads	5
II.	Pakalpojumu sniedzēju maksājumu reformu mērķi	5
III.	Maksājumu sistēmas galvenās sastāvdaļas	7
	(i) Izstrādes process	7
	(i) Maksājumu metode	8
	(ii) Maksājumu un pakalpojumu klasifikācija	10
	(iv) Maksājumu likmju noteikšana	11
	(v) Līgumslēgšanas metodes	13
	(vi) Uzraudzība un auditi	17
IV.	Starptautiskās pieredzes sniegtās atziņas	18
	Igaunija	18
	Lietuva	20
	Ungārija	23
	Denmark	25
	Somija	27
	Anglija	29
	Vācija	33
V	Ieteikumi pamatnostādņu jomā	40
	Stratēģisko iepirkumu izmantojums plašāku veselības aprūpes sistēmas mērķu sasniegšanai	40
	Labāka visu pakalpojumu sniedzēju ienākumu avotu pārvaldība	45
	Pilnīgāka DRG ieviešana	45
	Dažāda veida maksājumu metodes dažāda veida aprūpē	48
	Atšķirīgi maksājumi augsta līmeņa (terciārās aprūpes) slimnīcām	51
	Sistemātiska uzraudzība un auditēšana	53
	Maksājumu reformas, kas attiecas uz hroniskām slimībām	56
	Kopsavilkums	56
	Atsauces	62
	1. pielikums: Samaksas par padarīto programmu piemēri	64
	2. pielikums: Pakalpojumu sniedzēju maksājumu modeļi noteiktās Eiropas valstīs	76
	3. pielikums. Stacionāra pacienta klīniskā protokola piemērs	82
	4. pielikums. Izrakstīšanās plānošanas pārbaudes lapas piemērs	95
	5. pielikums: Garīgās veselības aprūpes grupas un Garīgās veselības grupēšanas instruments	102
	6. pielikums: PNP vispārīgas akūtas uzņemšanas anketa	105
	7. pielikums: Austrālijas Slimību pārraudzības programmas veidlapas paraugs	108

1. tabula. Maksājumu reformas potenciālie mērķi 6
 2. tabula. Gadījumu, diagnožu un procedūru klasifikācija izvēlētajās valstīs 11
 3. tabula. Dažādu līgumslēgšanas metožu priekšrocības un trūkumi **Error! Bookmark not defined.**
 4. tabula. Kontroles pasākumu ieviešanas potenciālie darbības lauki **Error! Bookmark not defined.**
 5. tabula. Diagnozes un procedūras, kas saistītas ar hepatobilāro programmu Latvijā **Error! Bookmark not defined.**
 6. tabula. Pacientu uzraudzībai nepieciešamo ziņojumu piemēri **Error! Bookmark not defined.**
 7. tabula. Problēmas, potenciālie risinājumi un iespējamās rīcības **Error! Bookmark not defined.**
-
1. attēls. Pāreja no pasīvas uz stratēģisku iepirkumu veikšanu 41
 2. attēls. Horvātijas DRG grupēšanas rīka interaktīvais ekrānšāviņš **Error! Bookmark not defined.**
 3. attēls. VAFR II kalkulators **Error! Bookmark not defined.**

I. Ievads

1. Šajā pārskatā sniegts izvērtējums par Latvijā pieejamajiem veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju maksājumu mehānismiem. Konkrētāk izsakoties, šī analīze tiecas (i) uzsvērt galvenos lēmumus, kurus jāpieņem gan pakalpojumu pircējiem, gan politikas veidotājiem, izstrādājot un reformējot maksājumu mehānismus; (ii) pārskatīt starptautisko pieredzi primārās aprūpes, speciālistu sniegtās aprūpes un ambulatoro pakalpojumu pirkšanā, kā arī finansiāla atlīdzinājuma sniegšanā hronisku slimību pārvaldībai; (iii) izvērtēt Latvijas šī brīža iepirkumu kapacitāti un izklāstīt dažādas reformas, kuras varētu veikt tuvākajā nākotnē.
2. Šī analīze tika veikta kā daļa no Pasaules Bankas grupas (PBG) apmaksājamo konsultāciju pakalpojumu līguma ar Latvijas Nacionālo veselības dienestu (NVD), kurš noslēgts ar mērķi sniegt "Atbalstu veselības aprūpes sistēmas stratēģijas izstrādē prioritārajās slimību jomās Latvijā". Analīze sagatavota, izmantojot a) intervijas, kuras PBG veica 2015. gada jūnijā un septembrī ar dažādām iesaistītajām pusēm (NVD, Veselības ministriju, ārstu asociācijām), un b) dokumentu pārskatus (piemēram, tiesību aktus un valstu gadījumu pētījumus).
3. Pārskats strukturēts turpinājumā norādītajā veidā. 2. nodaļā īsumā pārskatīti maksājumu reformas mērķi, savukārt 3. nodaļā izklāstītas kvalitatīvas maksājumu sistēmas sastāvdaļas. 4. nodaļā pārskatīta starptautiskā pieredze izvēlētajās valstīs (Igaunijā, Lietuvā, Ungārijā, Dānijā, Apvienotajā Karalistē un Vācijā) saistībā ar maksājumu sistēmām primārajā, speciālistu un ambulatorajā veselības aprūpē, kā arī attiecībā uz hronisku slimību pārvaldību. 5. nodaļā izvērtēti Latvijas šī brīža rādītāji atbilstošu un augstvērtīgu pakalpojumu iepirkšanā, kā arī ieteiktas noteiktas jomas, kurās tuvākajā nākotnē iespējams veikt reformas.

II. Pakalpojumu sniedzēju maksājumu reformu mērķi

4. Lai reformētu veselības aprūpi, viena no galvenajām stratēģijām ir jaunu maksāšanas modeļu izstrāde un ieviešana. Šādas darbības mērķis ir panākt izmaiņas veidā, kā ārstiem, slimnīcām un citiem veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem tiek maksāts, lai panāktu augstāku kvalitāti par mazākām izmaksām, proti, lai veicinātu izdevīgumu. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju maksājumu sistēmās šobrīd notiek paradigmas maiņa. Veselības aprūpes pakalpojumu pircēji novēršas no pasīvas lomas, veicot maksājumus pakalpojumu sniedzējiem, un pievēršas stratēģiskākai pakalpojumu iepirkšanai, kas ļauj izmantot dažādas pieejas, lai uzlabotu veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti, efektivitāti un objektivitāti. Lielākā daļa piekristu, ka pakalpojumu sniedzēju maksājumu sistēmas līmenis un struktūra ir svarīgākais elements, lai ietekmētu pakalpojuma sniedzēju rīcību.
5. Maksājumu sistēmas pārskatīšana vienmēr jāsāk ar veselības aprūpes reformu mērķu noteikšanu. Nevienai maksājumu sistēmai nav izteiktas vērtības; šāda sistēma var būt tikai rīks, lai veicinātu iecerētās izmaiņas. Latvijā iecerētajās maksājumu sistēmas izmaiņās jāņem vērā esošie veselības aprūpes stratēģijas dokumenti. Veselības aprūpes profesionāļiem, kuriem ir liela nozīme maksājumu sistēmas attīstības koordinēšanā, vajadzētu būt skaidrai un noteiktai (kā arī kopīgai) izpratnei par veselības aprūpes sistēmas mērķiem plašākā

nozīmē. 1. tabulā redzams saraksts, kas sagatavots tālākai maksājumu sistēmas attīstīšanai Latvijā un izstrādāts, pamatojoties uz kritērijiem, kas izmantoti citās valstīs ar labi pārvaldītu veselības aprūpes sistēmu.

1. tabula. Maksājumu reformas potenciālie mērķi

<p>A: Labu darbības rezultātu iedrošināšana un atalgošana</p> <p>Mērķis A1: Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju visticamāko reakciju sagaidīšana Mērķis A2: Atalgojums par darbības uzlabojumiem Mērķis A3: Sods par sliktu veselības aprūpi Mērķis A4: Pamudinājums izmantot pareizas veselības aprūpes pieejas Mērķis A5: Pamudinājums koordinēt veselības aprūpi dažādās pakalpojumu sniegšanas vietās un starp dažādiem pakalpojumu sniedzējiem Mērķis A6: Pamudinājums veikt piemērotus nosūtījumus Mērķis A7: Piemērotu mērķu noteikšana, lai pievērstos noteiktajām prioritārajām jomām Mērķis A8: Pamudinājums izkopt nemītīgu uzlabojumu kultūru</p>
<p>B: Taisnīguma nodrošināšana pakalpojumu sniedzējiem un pacientiem</p> <p>Mērķis B1: Vienādi maksājumi par vienādu darbu Mērķis B2: Darba apjoms, kas noteiks atbilstoši attiecīgās pakalpojumu jomas vajadzībām Mērķis B3: Caurredzamība, lai ikviens varētu noteikt, vai maksājumu sistēma ir godīga Mērķis B4: Nemītīgs process, lai apspriestu visu pušu ierosinājumus</p>
<p>C: Viegla darbība un uzlabojumi</p> <p>Mērķis C1: Maksājumu procesa dati, kas lielākoties ir veselības aprūpes nodrošināšanas blakusprodukts Mērķis C2: Vienkārša pacientu ierindošana maksājumu klasēs Mērķis C3: Vienkārša izmaksu, apjoma, aprūpes kvalitātes un atbilstības auditēšana Mērķis C4: Elastība (viegla pārskatāmība, lai uzlabotu darbības rezultātus) Mērķis C5: Robustums (efektivitāte saglabājas, pat ja apstākļi mainās) Mērķis C6: Nemītīgs konsultāciju process pārskatīšanai un uzlabošanai</p>
<p>D: Izdevīga pakalpojumu (rezultātu) klasifikācija</p> <p>Mērķis D1: Efektīva klasifikācijas sistēma, kas nosedz visus veselības aprūpes pakalpojumus Mērķis D2: Rezultātu klases, kas tiek definētas ar atbilstošu precizitāti Mērķis D3: Citviet izmantotas klasifikācijas apsvēršana Mērķis D4: Izmaksu homogenitāte Mērķis D5: Ārstiem saprotama klasifikācija Mērķis D6: Augsta līmeņa pakalpojumu apvienošana Mērķis D7: Kad vien iespējams, maksājumu klases, kas definētas saskaņā ar veselības aprūpes vajadzībām Mērķis D8: To maksājumu klašu samazināšana, kas tiek definētas saskaņā ar ieguldījuma darbībām</p>
<p>E: Maksājumu likmes, kas pamatotas ar labākajiem pieejamajiem datiem</p> <p>Mērķis E1: Kad vien iespējams, maksājumu likmes, kas noteiktas atbilstoši pacientu rezultatīvajiem rādītājiem Mērķis E2: Maksājumu likmes, kurās ņemtas vērā labas veselības aprūpes izmaksas Mērķis E3: Maksājumu likmes, kurās ņemtas vērā aplēses par faktiskajām vidējām izmaksām Mērķis E4: Maksimālie maksājumi veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem (ierobežoti)</p>

F: Efektīvi līgumslēgšanas procesi

Mērķis F1: Selektīva līgumu slēgšana ar aprūpes pakalpojumu sniedzējiem atbilstoši darbības rādītājiem

Mērķis F2: Uzmanīga konkurences uzraudzība

Mērķis F3: Līgumi, kuros precīzi norādīts aprūpējamo pacientu klāsts un tvērums

Mērķis F4: Līgumi, kuros precīzi norādīta sniedzamo veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāte

6. Vissvarīgākie mērķi ir tie, kas atzīmēti sarakstā no A1 līdz A8, savukārt nākamie svarīgākie mērķi ir tie, kas norādīti no B1 līdz B4. Taču nav pilnībā objektīva veida, kā tos sakārtot prioritārā kārtībā. Lielākoties visi mērķi ir savstarpēji atkarīgi. Dažos gadījumos tie ir arī acīmredzami konfliktējoši. Piemēram, ja maksājumu sistēma būs visiem godīga (mērķi no B1 līdz B4), tai jābūt samērā sarežģītai (līdz ar to tā daļēji konfliktēs ar mērķiem no C1 līdz C4).

III. Maksājumu sistēmas galvenās sastāvdaļas

7. Izstrādājot vai reformējot pakalpojumu sniedzēju maksājumu sistēmu, pircējam jāpieņem vairāki lēmumi, kas ietekmēs pakalpojuma sniedzēja atdevi un spēju sniegt pakalpojumus noteiktā kvalitātes līmenī.

- (i) Kurš ir iesaistīts *izstrādes procesā*?
- (ii) Kāda *maksājumu metode* tiek izmantota?
- (iii) Kāda *klasifikācijas metode* tiek izmantota, lai izšķirtu pakalpojumus?
- (iv) Kā tiek noteiktas *maksājumu likmes*?
- (v) Kā tiek strukturēti *līgumi*?
- (vi) Kādi *uzraudzības pasākumi* nepieciešami, lai nodrošinātu pareizu izcenojumu?

Šī sadaļa pievēršas sešām galvenajām maksājumu sistēmas sastāvdaļām (izceltas iepriekš), par kurām nepieciešams pieņemt lēmumu. Tāpat šajā sadaļā izklāstīti labākās prakses piemēri, kurus NVD var apsvērt, turpinot reformēt maksājumu modeļus.

(i) Izstrādes process

8. Maksājumu metodes ir sarežģīti izstrādāt, turklāt tās nemitīgi jāpārskata un jāuzlabo kopīgā darbā. Ar šiem izaicinājumiem vislabāk tik galā, ja liels skaits veselības aprūpes speciālistu ir informēti par apsvērtajām idejām un var nākt klajā paši ar saviem priekšlikumiem, kā arī izteikt komentārus par citu idejām. Lai to panāktu, var nākties iesaistīt dažādu profilu speciālistus – no ārstiem, māsām un slimnīcu vadītājiem līdz ekonomistiem, juristiem un IT speciālistiem.
9. Latvijā nepieciešams nostiprināt esošos konsultatīvos nodibinājumus, kā arī pārskatīt to darbības veidus. Tāpat Veselības ministrija un citi politikas veidotāji veselības aprūpes nozarē var plašāk sadarboties ar veselības aprūpes speciālistiem un panākt, ka visi nozares profesionāļi vienmēr var izteikt savu viedokli. Piemēram, vairākās valstīs ir ieviesta tā sauktā Klīniskās klasifikācijas komiteja, kas atbildīga par jaunu ideju radīšanu saistībā ar

maksājumos izmantoto klasifikāciju. Arī Latvija varētu apsvērt šādas komitejas izveidošanu vai izmantot jau esošos nodibinājumus, lai strādātu ar šiem jautājumiem.

10. Līdztekus plašai sadarbībai maksājumu sistēmas reformu izstrādes ietvaros nepieciešams arī pievērst uzmanību ārējām un iekšējām pieredzēm, kuras tikušas objektīvi izvērtētas. Nemitīgi tiek iegūta jauna informācija, tādēļ pieredzes apmaiņa ar citām veselības aprūpes sistēmām būs nemitīgs process, tāpat kā mācīšanās no Latvijas pieredzes. Lai to panāktu, jānodrošina uzraudzīšanas un izvērtēšanas process.
11. Veselības aprūpes reformu laikā Latvijai nevajadzētu neapdomīgi ievērot citviet izmantotas pieejas, pat ja lielākoties tās tikušas balstītas uz pierādījumiem. Veiksmīgām veselības aprūpes finansēšanas reformām vienmēr jābūt atkarīgām un jātiek balstītām uz valsts vēsturisko un kultūras attīstību, šī brīža sociālekonomisko un politisko situāciju, kā arī visu iesaistīto pušu interesēm.

(i) Maksājumu metode

12. Apmaiņā pret pakalpojumiem to sniedzējiem var maksāt daudzos un dažādos veidos, kas dažādi ietekmē motivāciju un izmaksu ierobežošanu. Piemēram, varētu būt noteikta cena par kādu konkrētu pakalpojumu visas iestādē vai arī maksājumi varētu ietvert specifiskas izmaksu pozīcijas, kas tiktu piemērotas noteiktām iestādēm, līdz ar to atšķīroties starp dažādiem pakalpojumu sniedzējiem. Cenas varētu būt atkarīgas no veltītā laika vienībām vai aprūpes gadījumu skaita.

Maksājums pret izmaksu kompensēšanu

13. Maksājums nozīmē to, ka pakalpojumi tiek noteikti starp pircēju un pakalpojumu sniedzēju slēgtā līgumā līdz ar nolīgto cenu (likmi) par katru pakalpojumu veidu, kur visiem pakalpojumu sniedzējiem tiek piemērota vienāda maksājumu summa neatkarīgi no tā, vai pakalpojumu sniedzēja nodrošinātās aprūpes izmaksas ir lielākas vai mazākas par šo summu.
14. Savukārt izmaksu kompensēšana nozīmē sistēmu, kurā nav nolīgta cena un katram pakalpojumu sniedzējam maksā summu, kas atbilst tā izmaksām; līdz ar to nav ne peļņas, ne zaudējumu. Izmaksu kompensēšanas sistēma ir izdevīgāka izšķērdīgiem pakalpojumu sniedzējiem, bet neizdevīga tiem, kas uzlabo savu darbības efektivitāti.
15. Iepriekš nolīgta summa samaksa ir godīgāka un sniedz pakalpojumu sniedzējiem lielāku stimulu un atbildību par veselības aprūpes metožu uzlabošanu. Latvijā šajā nozarē novērojams progress, jo maksājumu metodes novērsīsies no izmaksu kompensēšanas un pievērsīsies plašākam maksājumu modeļu izmantojumam, piemēram, maksājumiem slimnīcās atbilstoši Diagnozei radniecīgajām grupām (DRG).

Gadījumu skaits pret veltītais laiks, uzskaitot sniegto pakalpojumu daudzumu

16. Uzskaitot pakalpojumu sniedzēju sniegto pakalpojumu daudzumu, vēlams izmantot gadījumu skaitu, nevis veltīto laiku. Izmantojot laikam piesaistītu uzskaites metodi, pārkamās pakalpojumu vienības tiek izteiktas ilguma mērvienībās, piemēram, viena stunda, diena, mēnesis vai gads. Visi šajā laikā sniegtie pakalpojumi tiek iekļauti pirktajā veselības

aprūpes pakalpojumu paketē. Piemēram, Latvijā kapitācijas maksājumu sistēma ģimenes ārstiem izmanto laikam piesaistītu uzskaites sistēmu.

17. Turpretī gadījumam piesaistītas uzskaites metodes ietvaros pirktu pakalpojumu vienību nosaka sākuma notikums un noslēguma notikums, piemēram, uzņemšana slimnīcā un izrakstīšana no tās. Līdz ar to patiesais pakalpojuma ilgums var svārstīties. Šobrīd Latvijā maksājumi par konkrētiem gadījumiem tiek izmantoti stacionāro pakalpojumu sniegšanā, kur visi pakalpojumi no uzņemšanas līdz izrakstīšanai tiek nosegti ar vienu maksājumu².

Gadījumu ilgums

18. Uzskaitot pakalpojumus, maksātājam arī jāpieņem lēmums par to, kā noteikt iepirkamos pakalpojumus, proti, vai iepirkt katru veselības aprūpes elementu atsevišķi (piemēram, katru medikamentu vai izmeklējumu) vai arī iepirkt pakalpojumu paketes (apkopojumus). Par piemēru var izmantot slimnīcas stacionāros pakalpojumus. Vienā no šiem gadījumiem visa veselības aprūpes pakete no uzņemšanas līdz izrakstīšanai tiktu iepirkta kopā, kā tas tiek darīts gadījumam piesaistītu maksājumu apstākļos. Līdz ar to visa veselības aprūpe būtu ietverta šajā paketē vai apkopojumā un par to tiktu veikts viens maksājums. Taču otrā gadījumā katru pakalpojumu uzskaitītu atsevišķi: katru stacionārā pavadīto dienu, operāciju, medikamentu un tā tālāk uzskaitītu un apmaksātu atsevišķi. Parasti to sauc par “detalizētu” maksājumu. Latvijā maksājumi slimnīcām par stacionāra pakalpojumiem tiek balstīti uz gadījumu uzskaiti un maksājumiem par konkrētiem gadījumiem, šādi ņemot vērā tendences visās valstīs ar labi pārvaldītu veselības aprūpes sistēmu.

Izmaksas, kas ietvertas gadījumu sistēmas maksājumos

19. Dažās veselības aprūpes sistēmās gadījumu maksājumu pieejā ietver visas slimnīcas izmaksas – ārstu algas, aprīkojumu, medikamentus, ēkas uzturēšanu, apdrošināšanu un tā tālāk. Taču lielākajā daļā valstu tiek izlaista vismaz viena svarīga izmaksu pozīcija – kapitāla izmaksas. Kapitāla izmaksas gadījumu maksājumu sistēmā netiek ietvertas, piemēram, Slovēnijā, Austrālijā un Vācijā. Pamatlīdzekļiem (piemēram, slimnīcas atrašanās vietai, ēkām un apjomīgām iekārtām) tiek atvēlēts atsevišķs budžets. Latvijā vēl jāpieņem lēmumus par to, vai izslēgt noteiktas izmaksas no gadījumu maksājumu sistēmas, kas tiks piemērota Latvijas veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem. Jāizvirza mērķis iekļaut pēc iespējas vairāk izmaksu.

Izņēmumu maksājumi

20. Neviena klasifikācijas sistēma nevar precīzi kategorizēt ikvienu pacientu. Vienmēr būs daži pacientu aprūpes gadījumi, kuru izmaksas ievērojami pārsniegs vidējās izmaksas šo pacientu maksājumu klasē. Šos gadījumus sauc par augstiem izņēmumiem. Ja tiek izmantoti augstie izņēmumi, nepieciešams pieņemt lēmumu, kādai jābūt papildu maksājumu summai, taču augsto izņēmumu izmantošana vienmēr ir vienkāršota pieeja godīgam maksājumam. Latvijā izņēmumu maksājumus nepieciešams apspriest, ieviešot gadījumiem piesaistītas maksājumu sistēmas agrīnās stadijas atbilstoši DRG. Taču pastāv arī citas pieejas, kas klīniski varētu šķīst

² Pirmkārt un galvenokārt šie iepriekš minētie maksājumi ir fiksētie mēneša maksājumi par slimnīcas darbu, uzņemšanas nodaļas darbu un pacientu novērošanu 24 stundas; maksājumi par slimnīcā pavadītajām dienām; maksājumi par pakalpojumiem personām, kurām nepieciešama ilgstoša mākslīgā elpināšana; un maksājumi par lielo locītavu endoprotezēšanu.

pieņemamākas, piemēram, (i) jāizmanto labāka pieeja, lai noteiktu gadījumu sarežģītību, un (ii) jānošķir neakūta un akūta stacionārā veselības aprūpe (skatīt 5. sadaļu).

21. Zemie izņēmumi ir pacientu veselības aprūpes gadījumi, kad izmaksas ir ievērojami zemākas nekā vidējās izmaksas attiecīgajā maksājumu klasē. Zemie izņēmumi ir krietni retāk izmantoti nekā augstie. Gluži vienkārši nebūtu produktīvi samazināt maksājumu likmes, līdz ar to samazinot slimnīcām paredzēto atlīdzību par gadījumiem, lai samazinātu izmaksas un uzturēšanās ilgumu.

Atlīdzība par neatliekamiem stacionārajiem nosūtījumiem

22. Neatliekamas aprūpes nosūtījums starp slimnīcām attiecas uz pacientu, kurš tiek neatliekami stacionēts vienā slimnīcā, taču vēlāk tiek pārsūtīts uz citu slimnīcu veselības aprūpes turpināšanai viena un tā paša veselības aprūpes gadījuma ietvaros. Pastāv nepiemērotas pārsūtīšanas risks, it īpaši, ja tiek izmantoti maksājumi par gadījumu skaitu. Nepiemērota pārsūtīšana varētu tikt veikta, piemēram, gadījumā, kad tas nemaz nav nepieciešams, taču ir pieļauta klīniska kļūda. Otra šāda pārsūtīšana tiek veikta finansiālu apsvērumu ietekmē. Piemēram, slimnīca varētu pārsūtīt sarežģītu un dārgu ārstēšanas gadījumu, lai izvairītos no finanšu spiediena.
23. Pastāv vairāki veidi, kā kontrolēt neatliekamas stacionēšanās gadījumu pārsūtīšanu starp slimnīcām: neitrālu maksājumu likmju noteikšana, pārsūtīšanas vadlīniju definēšana, nosūtīšanas noteikumu un vadlīniju definēšana, kā arī gadījumu audits, par pamatu izmantojot rutīnas stacionāra datu šablonu analīzi. Taču vispiemērotākā kontroles metode paredz nodrošināt, ka tiek ieviests pienācīgs finansiālais atlīdzinājums. Tas nozīmē, ka neviena slimnīca, pieņemot lēmumu par pārsūtīšanu, nevar būt ne zaudētāja, ne ieguvēja finansiālā ziņā, līdz ar to atbildīgie ārsti var pieņemt lēmumus, pamatojoties tikai uz pacientu veselības stāvokli.

(ii) Maksājumu un pakalpojumu klasifikācija

24. Visā Eiropā atšķiras lietotā gadījumu, diagnožu un procedūru klasifikācija (2. tabula). Latvijā diagnosticēšanai izmantots Starptautiskais slimību klasifikators (ICD – 10), kas nacionālajā veselības aprūpes sistēmā un kompensēšanas sistēmās adekvāti atpazīst retas slimības, savukārt procedūrām izmantots Ziemeļu ķirurģisko procedūru klasifikators (NCSP). 2014. gadā neatliekamajā stacionārajā veselības aprūpē tika uzsākta Ziemeļu DRG varianta ieviešana, tam saturot 764 DRG. Ziemeļu DRG izvēle bija pareizs lēmums vairāku iemeslu dēļ. Pirmkārt, šī pieeja ir klīniski izsmalcināta, jo to regulāri atjaunina atbilstoši padomiem, ko sniedz profesionālu ārstu konsultatīvā komanda. Otrkārt, šī sistēma sniegs labākas iespējas salīdzināt statistikas datus un sniegs vieglāku piekļuvi attiecīgajam programnodrošinājumam un citiem rīkiem sadarbībā ar citām valstīm, kurās izmanto Ziemeļu DRG variantu (var dalīties ar investīcijām).
25. Reto slimību uzskaitē Latvija izmanto SSK-10 klasifikatoru, kurš satur tikai mazu daļu no izmantotajām reto slimību diagnozēm; Orfa koda klasifikatoru; un Starptautisko Funkcionēšanas, Invaliditātes un veselības klasifikatoru.

2. tabula. Gadījumu, diagnožu un procedūru klasifikācija izvēlētajās valstīs

Valsts	Klasifikācijas sistēma	Izmantota maksājumos	Diagnosticēšanas kods	Procedūru kods
Dānija	Ziemeļu DRG, Dk-DRG	Daļēji	ICD-10	NCSP
Lielbritānija	HRG	Jā	ICD-10	OPCS-4
Somija	Ziemeļu DRG	Jā	ICD-10	NCSP
Vācija	G-DRG (AR-DRG)	Jā	ICD-10 SGBV	OPS-301
Norvēģija	Ziemeļu DRG	Jā	ICD-10	NCSP
Zviedrija	Ziemeļu DRG	Jā	ICD-10	NCSP

26. Pakalpojumus nepieciešams grupēt kādā noteiktā veidā. Tos var grupēt atbilstoši izmaksām, darbībām vai rezultātiem. Tos var grupēt arī atbilstoši diagnozei (veselības problēmu veidam) vai ārstēšanas metodei. Var izmantot dažādu faktoru kombināciju. Visplašāk sastopamajā pieejā izmantots klasifikators, kas definē klases robežas, izmantojot trīs pamata mainīgo lielumu apvienojumu: prognozētās izmaksas, diagnozi un ārstēšanas metodi. Tam par piemēru var izmantot DRG klasifikatoru (maksājumiem par neatliekamu stacionāro aprūpi), Funkcijai radniecīgo grupu klasifikatoru (maksājumiem par rehabilitāciju) un Resursu izmantošanas grupu klasifikatoru aprūpei pansionātos. Šī pieeja ir vislabākā lielākajai daļai pakalpojumu, taču daudzām slimnīcās sniegtu pakalpojumu kategorijām nepieciešamas citas maksāšanas pieejas. Labi pārvaldītās veselības aprūpes sistēmās slimnīcu stacionārajiem pakalpojumiem ir definētas turpinājumā norādītās Svarīgāko darbību kategorijas.

<i>Svarīgāko darbību kategorija 1</i>	Intensīvā aprūpe
<i>Svarīgāko darbību kategorija 2</i>	Neatliekama stacionārā aprūpe
<i>Svarīgāko darbību kategorija 3</i>	Stacionārā rehabilitācijas aprūpe
<i>Svarīgāko darbību kategorija 4</i>	Stacionārā paliatīvā aprūpe
<i>Svarīgāko darbību kategorija 5</i>	Stacionārā pacientu apkope
<i>Svarīgāko darbību kategorija 6</i>	Terciārais smaguma līmenis
<i>Svarīgāko darbību kategorija 7</i>	Izpēte
<i>Svarīgāko darbību kategorija 8</i>	Ārstējošā personāla izglītošana (apmācība)

27. Šīs kategorijas ir svarīgas, jo pakalpojumus nepieciešams precīzi noteikt, uzskaitīt un apmaksāt dažādos veidos. Taču Latvijā šobrīd nav ieviesti šie nošķirumi.

(iv) Maksājumu likmju noteikšana

Kurš nosaka likmes?

28. Pastāv trīs galvenās pieejas, kā noteikt, kurš nosaka maksājumu likmes. Pirmkārt, cenas var noteikt tirgū. Pakalpojumu sniedzēji sacenstos un noteiktu maksimālo iespējamo cenu, nezaudējot tirgus daļu. Otrkārt, varētu noturēt pārrunas starp pircēju(-iem) un pakalpojumu sniedzējiem, kas ir izplatītākā prakse daudzās veselības aprūpes sistēmās, kurās lielākā nozīme ir valdībai. Treškārt, cenas pilnībā var noteikt valdība vai tās aģentūras. Latvijā šobrīd izmanto trešo pieeju, taču nākotnē šajā procesā varētu censties vairāk iesaistīt veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējus.

Iepriekšēja maksājumu ierobežošana

29. Lai nepieļautu pircēja budžeta pārtēriņu, kopējām izmaksām jābūt fiksētām jau iepriekš, ierobežojot maksājumus un nosakot maksimālo summu, kas tiks maksāta pakalpojuma sniedzējam. Patiesību sakot, ierobežošana ir nenovēršama, un galvenais jautājums ir par to, vai tā būs formāla, plānota vai galvenokārt nejauša. Līdz ar to vienkārši jāizvēlas starp tiešu un netiešu ierobežošanu.
30. Pastāv vairāki veidi, kā ieviest tiešu ierobežošanu. Piemēram, var noteikt maksājumu likmi katrai darbībai un ierobežot kopējos maksājumus, nosakot limitu pacientu daudzumam, par kuru tiks veikts maksājums. Var noteikt vienu limitu (sedzot visu veidu pacientus) vai arī atsevišķus limitus katram pacientu veidam.
31. Izplatīta netiešās ierobežošanas metode slimnīcās paredz definēt limitu, nosakot izmaksām piesaistīto pacientu skaitu. Ieviešot sākotnējās stadijas maksājumu sistēmai atbilstoši DRG gadījumiem, visticamāk, jāizmanto pieeja, kur kopējie maksājumi būs ierobežoti, pamatojoties uz izmaksām piesaistīto pacientu skaitu. Taču tāpat būs ieviesti apjoma ierobežojumi noteikta veida dārgiem vai sarežģītiem pakalpojumiem. Tas īpaši neatšķiras no esošās situācijas Latvijā, taču maksājumu reformas tālāka ieviešana sniedz iespēju nākotnē būt sistemātiskākiem un caurredzamākiem.

Izmaksu datu pielietojums

32. Dažās valstīs izmanto aptuvenus izmaksu rādītājus, piemēram, pakalpojumu sniedzēju noteiktās cenas vai vidējo uzturēšanās ilgumu, savukārt citās valstīs īpaši lielas pūles tiek veltītas izmaksu noteikšanai ar attiecīgiem pētījumiem. Labi pārvaldītās veselības aprūpes sistēmās ir iestrādāts process, kurā pakalpojumu sniedzēji piedalās ikgadējā piedāvājuma izmaksu aptaujā, jo vecie izmaksu dati ne vienmēr var būt precīzi un ātri vien kļūst novecojuši. Ar regulārām aptaujām var panākt, ka maksājumu likmēs izmantotās izmaksas tiek atjauninātas, tādēļ Latvijā vajadzēs ieviest šādu kārtību. Skatot situāciju īstermiņā, pat ar vienu atsevišķu izmaksu pētījumu iespējams uzlabot izmaksu aplēses, kuras NVD varētu izmantot maksājumu likmju noteikšanai.
33. Pastāv divi dažādi izmaksu datu veidi, kurus var izmantot maksājumu likmju noteikšanai. Pirmkārt, faktiskās veselības aprūpes izmaksas iepriekšējā periodā var palīdzēt noteikt esošās izmaksas. Taču šādas izmaksas varētu atspoguļot nepienācīgas veselības aprūpes metodes un atturēt pakalpojumu sniedzējus no labāku metožu izmantošanas. Otrkārt, maksātājs var paļauties uz "standarta izmaksām" vai izmaksām, kas rastos, ja veselības aprūpes pakalpojumi tiktu sniegti saprātīgākajā iespējamajā veidā.
34. Pakalpojumu sniedzēji norāda, ka saskaņā ar Latvijas šī brīža pieeju maksājumu likmes tiek daļēji balstītas uz faktiskajām veselības aprūpes izmaksām iepriekšējā periodā³. Nepieciešams ieviest labākas izmaksu noteikšanas metodes. Jāveic arī nepieciešamās darbības, lai pakāpeniski pārietu uz standarta izmaksu izmantošanu, atsakoties no faktiskajām vidējām izmaksām. Labākajā gadījumā šis izmaksu noteikšanas veids sākamā

³ Pastāv daži izņēmumi, piemēram, artroplastikas revīzija, kas tiek apmaksāta balstoties uz faktiskajām izmaksām.

tiktu piemērots izplatītiem gadījumiem, kuriem labākā aprūpes metode ir noteikta, izmantojot kādu veselības aprūpes virziena modeli. (Vairāk par veselības aprūpes virzieniem skatīt pievienotajā pārskatā par Pakalpojumu paketi un Pakalpojumu sniegšanas modeli.)

35. Izmaksas ir faktiskā naudas summa, kas iztērēta par vienu veselības aprūpes gadījumu. Pareiza izmaksu noteikšana ietver periodisku izmaksu datu salīdzināšanu, izmaksu salīdzināšanu starp pakalpojumu sniedzējiem, salīdzinājumu ar starptautiskajiem vidējiem rādītājiem, kā arī peļņas un zaudējumu analīzi. Divas veselības aprūpes pakalpojumu pieejas var plaši iedalīt mikro izmaksu noteikšanā (no apakšpuses uz augšpusi) un standarta izmaksu noteikšanā (no augšpuses uz apakšpusi)
36. *Cenu noteikšana no apakšpuses uz augšpusi* nozīmē to, ka tiek ievākti izmaksu dati pacientu līmenī (piemēram, pacientiem izrakstīto medikamentu izmaksas). Aprēķinātās izmaksas atspoguļotu faktiskos izdevumus par vienu aprūpes gadījumu. Tam nepieciešamas grāmatvedības metodes, ar kurām iespējams izsekot katra gadījuma izmaksas. Šis process sniedz labāku izpratni par to, kā pacientu veselības aprūpē rodas izmaksas, bet tas savukārt var sniegt motivāciju radīt inovācijas uzlabotas efektivitātes panākšanai.
37. Ar *cenu noteikšanu no augšpuses uz apakšpusi* parasti saprot “vidējo” izmaksu noteikšanu, jo šīs metodes ietvaros kopējie veselības aprūpes izdevumi tiek sadalīti atbilstoši kopējiem sniegtajiem pakalpojumiem (darbībām), lai noteiktu izmaksas uz vienu pacientu (Jacobs un citi, 1999). Šīs pieejas ietvaros vidējās izmaksas iespējams noteikt kā (i) *per diem izmaksas*, kur kopējie izdevumi par pakalpojumiem tiek dalīti ar kopējo to dienu skaitu, kurās sniegti pakalpojumi, lai šādi iegūtu vidējās izmaksas dienā, vai (ii) *gadījumu apkopojumu izmaksas*, kur pacienti tiek iedalīti medicīniski atbilstošās grupās, kuras izmantos līdzīgu daudzumu slimnīcas resursu. Gadījumu apkopojumu sistēma piedāvē “nosacītu” nozīmi pacientu gadījumiem un pieņem standartizētu resursu patēriņu starp līdzīgiem gadījumiem.

(v) Līgumslēgšanas metodes

38. Ikvienas veiksmīgas veselības aprūpes sistēmas pamatā ir maksājumu metodoloģijas un politikas. Lai izvērtētu maksāšanas modeļus, var izmantot vairākas perspektīvas. Piemēram, var apsvērt ārstu un citu pakalpojumu sniedzēju nosacīto finansiālo risku, kā arī iespējamu pacientu pāraprūpi vai nepietiekamu aprūpi.
39. Visā Eiropā ir vien ierobežots skaits pakalpojumu sniedzēju maksājumu metožu: alga, maksājums uz iedzīvotāju skaitu (kapitācijas maksājums), maksājums par pakalpojumu (MPP), maksājums par dienu, virziena vienības budžets, kopējais budžets, maksājumi par gadījumiem (DRG), maksa par darbību (MPD). Maksājumu režīms veido iedarbīgu atlīdzinājuma sistēmu, kas ietekmē pakalpojumu sniedzēju rīcību un veselības aprūpes sistēmas finanšu reformu efektivitāti, objektivitāti un kvalitāti. 3. tabulā apkopotas dažādu maksāšanas metožu definīcijas, priekšrocības un trūkumi.

3. tabula. Dažādu līgumslēgšanas metožu priekšrocības un trūkumi

Maksājumu metode	Definīcija	Galvenās priekšrocības	Galvenie trūkumi
Alga	Valdība algo veselības aprūpes sniedzējus, maksājot tiem algu.	Netiek veicināta pāraprūpe un liegta pieeja pacientiem.	Var novest pie nepietiekamas pakalpojumu sniegšanas, pārmērīgi daudziem nosūtījumiem, pārāk mazas uzmanības pacientu vēlmēm. Mazāks pamudinājums pievērst uzmanību veselības aprūpes kvalitātei.
Kapitācija	Pakalpojumu sniedzējiem maksā par katru pacientu, kas iekļauts to "sarakstā", parasti pielāgojot maksājumu atbilstoši vecumam, dzimumam un citiem faktoriem. Darbības vienība tiek nosepta visiem iepriekš definētajiem pakalpojumiem par katru cilvēku uz noteiktu laiku – parasti vienu mēnesi vai gadu.	Paredzamas izmaksas finansējuma turētājiem. Pakalpojumu sniedzējiem ir motivācija efektīvai darbībai. Nepieļauj pakalpojuma sniedzēja radītu pieprasījumu.	Liels skaits reģistrētu, bet pakalpojumu nesaņēmušu pacientu. Finansiālais risks var likt pakalpojumu sniedzējam bankrotēt. Pakalpojumu sniedzējs var samazināt risku "nosmeļot krējumu", proti, uzņemot zema riska pacientus. Pakalpojumu sniedzējs var nesniegt pietiekamu daudzumu pakalpojumu.
Maksa par pakalpojumu bez maksājumu grafika	Samaksa par noteiktiem un atsevišķiem pakalpojumiem, kas sniegti pacientiem.	Pamudinājums sniegt pakalpojumus.	Neparedzami izdevumi finansējuma turētājam. Izmaksu pieaugums: izteikts pamudinājums pakalpojuma sniedzēja radītam pieprasījumam.
Maksa par pakalpojumiem ar noteiktu maksājumu grafiku	Samaksa par noteiktiem un atsevišķiem pakalpojumiem, kas sniegti pacientiem.	Pamudinājums efektīvai darbībai. Efektivitāti iespējams ievērojami uzlabot, ja apvieno ar kopējā budžeta ierobežošanu.	Neparedzami izdevumi finansējuma turētājam. Izmaksu pieaugums: izteikts pamudinājums pakalpojuma sniedzēja radītam pieprasījumam. Augsti administrēšanas izdevumi (nepieciešams izstrādāt, periodiski pārskatīt un ieviest cenu kontroles mehānismus).

Maksājumu metode	Definīcija	Galvenās priekšrocības	Galvenie trūkumi
Virziena vienības budžets	Noteikta finansējuma piešķiršana pakalpojuma sniedzējam, lai segtu noteikta virziena vienības (jeb darbības) izmaksas, piemēram, par personālu, komunālajiem pakalpojumiem, medikamentiem un piederumiem, noteiktā laika posmā.	Sniedz iespēju īstenot spēcīgu centralizēto kontroli; tas ir īpaši vēlams vājas vietējās kontroles gadījumos. Paredzami izdevumi finansējuma turētājam (ja vien nav pieļauts papildu budžets)	Nav tieša pamudinājuma efektīvai darbībai. Pakalpojumu sniedzējs var sniegt pārāk maz pakalpojumu. Nosaka konkrētu resursu izmantojumu, tieši ietekmējot efektivitāti Lieki tēriņa gada beigās, "iztērē vai zaudē" attieksme.
Kopējais budžets	Noteikta (kopējā) finansējuma piešķiršana un sadalīšana starp slimnīcām, lai šādi samaksātu par visiem slimnīcā sniegtajiem pakalpojumiem noteiktā laika periodā (parasti gada laikā).	Paredzami izdevumi finansējuma turētājam, zemas administrēšanas izmaksas. Vienots budžets ļauj resursus izmantot efektīvi.	Nav tieša pamudinājuma efektīvai darbībai. Pakalpojumu sniedzējs var sniegt pārāk maz pakalpojumu. Sarežģīti pārdalīt resursus starp slimnīcām vai nodaļām.
Par dienu	Maksātājs atlīdzina pakalpojuma sniedzējam saskaņā ar noteiktu likmi par katru dienu, ko pacients pavada slimnīcā.	Pamudinājums samazināt pakalpojumus dienas ietvaros.	Pamudinājums padarīt uzturēšanās laiku slimnīcā ilgāku un samazināt uzņemšanas rādītājus.

Maksājumu metode	Definīcija	Galvenās priekšrocības	Galvenie trūkumi
Gadījumiem piesaistīts maksājums	Pakalpojumu sniedzēji saņem iepriekš noteiktu maksājumu par katru gadījumu. Ar gadījumiem tiek saprasti pacienti, kas saņem veselības aprūpes pakalpojumus slimības vai kādu veselības traucējumu gadījumā. Vienā grupā klasificētiem pacientiem ir līdzīga diagnozes un tiek piemērota līdzīga ārstēšana, resursu patēriņš un uzturēšanās laiks slimnīcā.	Spēcīgs pamudinājums efektīvai darbībai. Saistās ar vidējā slimnīcā pavadītā laika kritumu.	Neparedzami izdevumi finansējuma turētājam, augsti administrēšanas izdevumi (bet mazāki nekā tad, ja maksa tiek veikta par pakalpojumiem). Pakalpojumu sniedzēji tiek mudināti izvēlēties zema riska pacientus noteiktu gadījumu kategorijās ("krējuma nosmelšana"). Apzināta pacientu pārgrupēšana tādās DRG, kurās pieejams lielāks daudzums resursu, lai šādi palielinātu slimnīcas ienākumus ("DRG kāpums"). Mazāk piemērota ambulatorai aprūpei (sarežģīti definēt gadījumus). Izmaksu pāreja uz pacientiem, kas neatbilst DRG.
Maksa par darbību (sauc arī par "MPD" vai "izdevīgumā balstītu iepirkumu") ⁴	Maksājums vai finansiāla atlīdzība (piemēram, piemaksa) par noteiktu un izmērāmu mērķu sasniegšanu saistībā ar aprūpes procesu un mērķiem, pacientu pieredzi, resursu izmantojumu un citiem faktoriem.	Lielāka motivācija izvirzīt īpašus mērķus. Iespēja novērtēt kvalitāti, kvantitāti un rezultātus. Iespēja sodīt aprūpētājus par sliktiem rezultātiem, medicīniska rakstura kļūdām un palielinātām izmaksām. Iespēja iedrošināt sadarbību un veicināt atbildību starp pakalpojumu sniedzējiem, kā arī iedrošināt uzlabojumus, uzsverot aprūpes rezultātus.	Var radīt nepareizu priekšstatu, ja izmanto tikai rezultātu mērījumus. Pakalpojumu sniedzēji tiek mudināti izvēlēties zema riska pacientus no gadījumu kategorijām ("krējuma nosmelšana"). Programmas ar stingriem mēriem un standartiem var mudināt ārstus nepieņemt augsta riska pacientus un atteikties no neatbilstošiem gadījumiem. Nepieciešams veltīt laiku administratīvajam darbam ar datu apkopošanu un ziņošanu, lai gan šo laiku varētu veltīt arī tiešai pacientu aprūpei.

Avots: Aizgūts no Barnum un citi, 1995.

⁴ 1. Pielikumā aplūkojami piemēri programmām, kurās maksājums tiek veikts par ģimenes ārstu darbību ("Kvalitātes un rezultātu ietvars") vai slimnīcu sniegtajiem pakalpojumiem ("Izdevīgumā balstīta iepirkumu programma").

(vi) Uzraudzība un auditi

40. Visām iesaistītajām pusēm (uzraugošajām iestādēm, pakalpojumu pircējiem un aprūpes sniedzējiem) jā rūpējas, lai iedzīvotāju nauda tiktu izmantota efektīvi un viņu veselība būtu aizsargāta. Tostarp jāpieņem kontroles mēri, kas var būt prospektīvi (pirms kļūdas tiek pieļautas) vai retrospektīvi (pēc kļūdu pieļaušanas). Kontroles pasākumi var būt ārēji (centrālo iestāžu veiktas darbības) vai iekšēji (aprūpes pakalpojumu sniedzēji paši veic darbības, lai kontrolētu sniegtos pakalpojumus). Dažādās pieejas ir savstarpēji atkarīgas, tādēļ nepieciešams tās apvienot. Turpinājumā uzskaitīti potenciālie darbības lauki, kuriem iespējams piemērot kontroles mērus (4. tabula). Šobrīd ārstiem un slimnīcām Latvijā jāsniiedz vairākām aģentūrām liels daudzums datu, arī informācija, kuru varētu izmantot kontroles mēru pamatā 4. tabulā norādītajiem darbības laukiem. Taču nav skaidrs, vai šie dati ir sistemātiski izmantoti uzraudzības mērķiem.
41. Informācija, kas nepieciešama jomu 2, 4, 5, 6, 7, 8 un 9 uzraudzībai var nākt tieši no maksājumu datiem NVD. NVD vajadzētu noteikt mērīšanas nosacījumus katrai jomai (kurā nav iekļauti jebkādi specifiski ICD-10 kodi vai pacientu profili, kurus vajadzētu pārraudzīt atsevišķi) un tad rakstīt kodu, lai iegūtu šo informāciju no eksistējošām datu bāzēm. Šāda veida aktivitātes vislabāk spēj veikt personas, kuras labi pārzina maksājumu datus. Sekojot līdzi slimnīcas izmaksu adekvātumam (1. joma), nespējai uzņemt slimnīcā, kad pastāv medicīniska nepieciešamība (3. joma) un DGR nosūtījuma pareizība (10. joma) prasa gan maksājumu datus, gan ārstu aizpildīto apskates karšu datus. Visbeidzot, lai noteiktu, vai NVD apmaksātais pakalpojums ir augstas kvalitātes, nepieciešama uzmanīga datu analīze no daudzām datu bāzēm (stacionāro un ambulatoro pacientu maksājumu dati līdz ar datiem par mirstību). Šāda veida analīzi vislabāk spēj veikt komanda, kas specializējas medicīnisko datu analīzē. Lai gan NVD šādas analīzes veikšanai varētu nolīgt uzņēmumu, iekšējā komanda, kas apmācīta datu analīzei, ne tikai nodrošinātu operatīvu analīzi par reālo situāciju Latvijā, bet arī spētu izvērtēt izmēģinājuma stratēģijas, kas tiek ieviestas veselības apkalpes pakalpojumu kvalitātes paaugstināšanai.

4. tabula. Kontroles pasākumu ieviešanas potenciālie darbības lauki

	Joma	Atbildīgā iestāde
1.	Slimnīcā uzņemšanas pamatojums	NVD + ārstu komanda
2.	Slimnīcā uzņemto gadījumu skaits attiecībā pret sagaidāmajiem apjoma rādītājiem	NVD
3.	Atteikums uzņemt slimnīcā, lai gan bijis medicīnisks pamatojums	NVD + ārstu komanda
4.	Intensīvās aprūpes uzņemšanas gadījumi un uzturēšanās ilgums	NVD
5.	Akūtu stacionēto pacientu pārsūtīšana starp slimnīcām	NVD
6.	Pārsūtīšana slimnīcas robežās	NVD
7.	Iekšējie un ārējie nosūtījumi	NVD
8.	Diagnostiskās procedūras, piemēram, pataloģijas	NVD

	izmeklējumi un attēlveidošana	
9.	Ārstnieciskās procedūras, piemēram, operācijas un medikamentu izrakstīšana	NVD
10.	Akūtu sacionēto gadījumu iedalīšana kategorijās (DRG piešķiršana)	NVD + ārstu komanda
11.	Aprūpes vērtība (kvalitāte, veselības rādītāji un lietderība)	NVD + ārstu komanda

IV. Starptautiskās pieredzes sniegtās atziņas

42. Šajā sadaļā aprakstītas jaunākās maksājumu pakalpojumu sniedzējiem reformas un pašreizējie mehānismi, kas tiek izmantoti, lai apmaksātu medicīnas pakalpojumus vairākās Eiropas valstīs (Igaunijā, Lietuvā, Ungārijā, Dānijā, Somijā, Lielbritānijā un Vācijā), kas varētu būt interesanti Latvijai vai nu tiešas salīdzināmības dēļ (piemēram, ar Igauniju), vai tādēļ, ka valstī īstenotais mehānisms varētu tikt raksturots kā labākā prakse (piemēram, Vācijā). Pārskats ir balstīts uz Veselības aprūpes sistēmu pārejas periodā (HiT) sēriju un valstu ziņojumiem par Hronisku slimību pārvaldības Eiropas veselības sistēmās izvērtējumu. Katru Veselības aprūpes sistēmas pārskatu izstrādā valstu eksperti sadarbībā ar Eiropas veselības aprūpes sistēmu un politikas novērošanas centru. Lai veicinātu salīdzinājumus starp atsevišķām valstīm, katras attiecīgās valsts iedaļa ir sadalīta sešās daļās, koncentrējoties uz primāro aprūpi, speciālistu ambulatoro aprūpi, akūtu aprūpi slimnīcās, ilgtermiņa aprūpi stacionārā un veselības aprūpes reformām, kas attiecas uz hroniskām saslimšanām (kur piemērojams). 2. pielikumā redzams maksājumu pakalpojumu sniedzējiem modeļi lielākā skaitā Eiropas valstu.

Igaunija

43. Kaimiņvalsts Igaunijas veselības aprūpes sistēma ir viegli salīdzināma ar Latviju. Lai gan Igaunijas un Latvijas veselības aprūpes sistēmām ir vairākas līdzības dažādos aprūpes līmeņos, Igaunija guvusi panākumus, īstenojot finansiālas iniciatīvas primārās aprūpes uzlabošanai un hronisko saslimšanu pārvaldībai.⁵

Primārā aprūpe

44. Ģimenes ārstu apmaksas sistēma ir izstrādāta tā, lai sniegtu tiem pamudinājumu uzņemties vairāk atbildības par diagnostikas pakalpojumiem un ārstēšanu, nodrošināt aprūpes nepārtrauktību un kompensēt finansiālos riskus, kas saistīti ar vecāku cilvēku aprūpi un darbu attālos reģionos. Ģimenes ārsti un māsas, kas noslēgušas līgumu ar Igaunijas Veselības apdrošināšanas fondu (EHIF) saņem atlīdzību, kuru veido pamata summa telpu un ārstu un māsu transporta izmaksu segšanai (11%), kapitācijas maksājumi (67%), pakalpojumu maksas (20%), kvalitātes prēmiju sistēma (1%) un citi atlīdzības veidi (<1%),

⁵ Nākamās sadaļas balstītas uz Lai T, Habicht T, Kahur K, Reinap M, Kiiwet R, van Ginneken E. Estonia: health system review. Veselības aprūpes sistēmas pārejas periodā, 2013; 15(6):1–196

kas kopā veido katras prakses budžetu. Tāpat kā Latvijā, kapitācijas maksa tiek pielāgota vecumam, veidojot piecas kapitācijas maksājumu grupas: pacienti vecumā līdz 3 gadiem, 3-7 gadus veci pacienti, 7-50 gadus veci pacienti, 50-70 gadus veci pacienti un pacienti vecumā virs 70 gadiem. Prakses saņem ikmēneša avansa maksājumus, kas tiek pārrēķināti divas reizes gadā, atspoguļojot izmaiņas pacientu sarakstā (pacienti nomainot ģimenes ārstu).

45. Kvalitātes prēmiju sistēma (KPS) tika ieviesta 2006. gadā. Tā koncentrēta uz trīs aprūpes jomām: (i) slimību novēršanu, (ii) hronisku slimību pārvaldību un (iii) citiem pakalpojumiem, kas kopā veido 45 rādītājus. Ģimenes ārsti saņem punktus, sasniedzot katra rādītāja mērķus. Punkti tiek piešķirti, pamatojoties uz "visu vai neko". Ja ārsts sasniedz mērķi, viņš vai viņa saņem visus punktus. Ja ārsts nespēj sasniegt mērķi, par to netiek doti punkti. Ģimenes ārstiem ir tiesības saņemt prēmijas maksājumus, ja tie iegūst vismaz 80% no visiem iespējamiem punktiem.

Ambulatora speciālistu aprūpe

46. 44. Ambulatorā speciālistu aprūpe tiek sniegta veselības centros, slimnīcu ambulatorajās nodaļās un pie neatkarīgi praktizējošiem speciālistiem. Ambulatoru speciālista aprūpi apmaksā EHIF, pamatojoties uz maksu par pakalpojumu. Pacientam parasti nepieciešams nosūtījums, lai tas tiktu pieņemts kā ne-ārkārtas stacionāra pacients, taču dažu ambulatoro speciālistu jomas ir pieejamas tiešā veidā un bez nosūtījuma.

Akūta aprūpe slimnīcās

47. 45. 2014. gadā EHIF ieviesa uz NordDRG balstītu stacionāra pacientu pakalpojumu apmaksas sistēmu. Lai samazinātu finanšu risku, DRG maksājuma par katru pacientu īpatsvars pakāpeniski tika palielināts no 10% 2004. gadā līdz 70% 2009. gadā. DRG attiecas uz visiem stacionārās aprūpes gadījumiem, kā arī ambulatorās aprūpes gadījumiem, kas ietver ķirurģiskas procedūras. Tomēr dažu veidu aprūpe - piemēram, psihiatriskā aprūpe, rehabilitācija un pēcoperācijas aprūpe - netiek apmaksāta DRG ietvaros. Tāpat pastāv daži izņēmumi, kas ir atkarīgi no pamata diagnozes (piemēram, ķīmijterapija), sniegtajiem pakalpojumiem (piemēram, orgānu transplantācija) un nosūtījumiem. Turklāt, gadījumi, kuru izmaksas ir pārāk zemas vai pārāk augstas, tiek apmaksāti, maksājot par pakalpojumu.
48. 2003. gadā EHIF sāka pārskatīt veselības aprūpes pakalpojumu cenu veidošanas principu, lai uzlabotu pārredzamību. Projektā tika iesaistīti visu galveno medicīnas profesiju un medicīnas specialitāšu pārstāvji. Tika panākta vienošanās, ka veselības pakalpojumu cenas tiks noteiktas saskaņā ar uz darbību balstītu izmaksu aprēķinu un katru gadu tiks atjaunotas vienas vai divu specialitāšu izmaksas. Kopš 2003. gada jūlija maksājumos, ko EHIF maksā pakalpojumu sniedzējiem, tiek iekļautas arī kapitāla izmaksas un kopš 2012. gada iekļautas arī e-veselības pārvaldības izmaksas. Tā kā kapitāla izmaksu finansējums tagad tiek piešķirts, pamatojoties uz darbību, saikne ar kapitāla investīciju nepieciešamībām ir neliela.

Ilgtermiņa aprūpe stacionārā

49. 47. Tika sagatavots Slimnieku aprūpes tīkla attīstības plāns 2004.-2015. gadam (Sociālo lietu ministrija, 2003), lai noteiktu slimnieku aprūpes mērķus, kas atbilst slimnīcu mērķiem, kas noteikti Igaunijas Slimnīcu ģenerālplānā 2015. gadam. Galvenās izmaiņas, ko rekomendē

Slimnīcu ģenerālplāns, bija pārvērst nelielas slimnīcas par pacientu aprūpes iestādēm un attīstīt ne-institucionālus pacientu aprūpes pakalpojumus, kas ietver pacientu aprūpi mājās un pacientu dienas aprūpi. EHIF finansē veselības aprūpes pakalpojumus, bet valsts budžets un pašvaldības finansē sociālos pakalpojumus.

Veselības aprūpes reformas, kas attiecas uz hroniskām slimībām

50. 48. Hronisku slimību pārvaldība nav īpaši izcelta Valsts veselības plānā 2009.-2020. gadam, lai gan dokumentā minēti strukturētu pieeju priekšnoteikumi un vispārīgi principi. Kopumā Igaunijā pastāv trīs galvenās hronisku slimību pārvaldības formas: primārās veselības aprūpes kvalitātes vadība, hronisku slimību pārvaldība saskarposmā starp primāro un sekundāro aprūpi un citas aktivitātes primārās aprūpes ietvaros (attiecībā uz visām citām slimībām). Ģimenes ārsta centrālā loma slimību pārvaldībā tiek atbalstīta ar prēmiju maksājumu sistēmu, kas veicina hronisku saslimšanu novēršanu un pārvaldību.
51. Valsts sistēma aptver visus ģimenes ārstu praksēs diagnosticētos diabēta gadījumus. Diabēta aprūpes kvalitāti nepārtraukti uzrauga EHIF un ģimenes ārstu prakses, saskaņā ar ģimenes ārstu diabēta aprūpes kvalitātes vadības un prakses izvērtējuma sistēmu. Sistēma ietver konkrētus noteikumus attiecībā uz konsultāciju skaitu, pārbaužu veidu, apmēru un biežumu, kas nepieciešams dažādās vecuma, dzimuma, slimības smaguma pakāpes grupās pacientiem ar 2. tipa diabētu. Primārās aprūpes slimību pārvaldība ir saistīta arī ar diabēta speciālistu centriem, kas sniedz papildu atbalstu smagākos gadījumos. Šis speciālistu aprūpes vienības apvienot ambulatoro un stacionāro aprūpi, cieši sadarbojoties ar dietologiem un sociālās aprūpes darbiniekiem.
52. Valsts sistēma ietver arī visus Igaunijā diagnosticētos sirds un asinsvadu sistēmas slimību gadījumus. Galvenais centrs ir ģimenes ārsta prakse, bet būtiska ir arī speciālistu aprūpe, kopienas (pacientu grupas) un sociālās aprūpes sistēma. Tāpat kā diabēta gadījumā, kvalitātes vadības un prakses izvērtējuma sistēma palīdz EHIF un ģimenes ārstu praksēm uzraudzīt aprūpi sirds un asinsvadu sistēmas saslimšanu gadījumā. EHIF nodrošina arī papildu finansiālus atvieglojumus saskaņā ar regulējumu, kas nosaka īpašus noteikumus attiecībā uz medmāsu konsultācijām, dažādām sirds un asinsvadu sistēmas slimību pacientu vecuma, dzimuma, slimības smaguma pakāpes grupām nepieciešamo pārbaužu veidu, apmēru un biežumu.

Lietuva

53. Arī Lietuvā novērojamas vispārējas līdzības ar Latviju, attiecībā uz apmaksas metodēm dažādos aprūpes līmeņos. Var būt vērts aplūkot viņu progresu, izstrādājot finansēšanas mehānismu, kas ļauj integrēt dažādu veidu aprūpi (slimnieku un sociālā aprūpe, slimību pārvaldība primārajā aprūpē un sabiedrības veselība un primārā aprūpe) un pašreizējos pilotprojektus integrētas veselības un sociālās aprūpes nodrošināšanai.⁶

6 Nākamās sadaļas balstītas uz Murauskiene L, Janoniene R, Veniute M, van Ginneken E, Karanikolos M. Lithuania: health system review. Veselības aprūpes sistēmas pārejas periodā, 2013; 15(2):1–150

Primārā aprūpe

54. 52. Uz kapitāciju balstīti maksājumi veido aptuveni 82% kopējo ieņēmumu primārajā aprūpē, maksa par pakalpojumiem veido 7%, maksa par padarīto 6% un finansējums no projektiem 4%. Samaksa par profilakses pakalpojumiem veidojas no dažādiem avotiem - piemēram, kapitācijas maksājumiem, maksu par pakalpojumu maksājumiem prioritāro pakalpojumu ietvaros vai profilakses programmu finansējuma.
55. 2000. gadā tika izstrādāti finansiāli stimuli primārajai aprūpei ar mērķi samazināt hospitalizācijas gadījumu skaitu attiecīgajās populācijās un sasniegt bērnu imunizācijas līmeņa mērķus. 2005. gadā tika izveidots jauns saraksts ar prēmiju maksājumiem, ieskaitot grūtnieču, bērnu un invalīdu aprūpi; atsevišķus diagnostikas testus un mājas aprūpes procedūras un neatliekamo palīdzību neregistrētiem iedzīvotājiem. 2009. gadā prēmiju maksājumi tika vērsti uz pacientu ar hroniskām slimībām hospitalizāciju skaita samazināšanu, lai radītu stimulu nodrošināt plašāku ambulatoro aprūpi un uzlabotu profilakses programmu īstenošanu. Lai saglabātu piekļuvi primārajai veselības aprūpei finanšu krīzes laikā, prēmiju maksājumi par labu sniegumu, kā arī prēmiju maksājumi par reģistrētiem lauku iedzīvotājiem netika samazināti līdz 2009. gadam, salīdzinājumā ar citiem pakalpojumiem, kur finansējums tika samazināts. Ambulatora speciālista aprūpe
56. Ambulatorie pakalpojumi tiek atlīdzināti par katru gadījumu atsevišķi, tāpat tiek segta diagnostikas testu pakalpojumu maksa. Gadījums tiek definēts kā epizode, kuru veido līdz trim speciālista apmeklējumiem, kas saistīti ar vienu un to pašu slimību un tiek saukti par konsultācijām. Gandrīz visas ambulatoro iestāžu regulārās izmaksas, tostarp lielāko daļu laboratorijas testu, sedz konsultācijas maksa. Apmaksas sistēma tika pārveidota no vienas ambulatorās konsultācijas maksas uz diferencētām sekundāri un terciāri noteiktām maksām.

Akūta aprūpe slimnīcās

57. Valsts veselības apdrošināšanas fonds (NHIF) apmaksā neatliekamās palīdzības pakalpojumus atkarībā no iedzīvotāju skaita un ar dzemdībām saistīta transporta izdevumus (atkarībā no gadījuma). Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji maksā par pacientu transportēšanu. Zvanu centri saņem apmaksu uz vienu iedzīvotāju, atkarībā no apkalpojamās zonas lieluma.
58. Pirms DRG ieviešanas 2012. gadā, slimnīcas saņēma maksu par uzņemtajiem pacientiem atkarībā no sniegto pakalpojumu skaita vai vienā specialitātē fiksēto gadījumu skaita (ķirurģija, intensīvā aprūpe, ilgtermiņa kopšana utt.). Garīgās veselības aprūpe un TB ārstēšana tika segta par vienu gultas dienu. Akūti gadījumi tika apmaksāti saskaņā ar indeksēto salīdzināmo cenu (30%, 50%, 100%, 200%), atkarībā no ārstēšanas plāna izpildes ((30%, 50%, 100%) vai uzturēšanās ilguma (200%). Kopš 1999. gada ir noteikti pakalpojumu, kas sniegti līgumu un teritoriālo NHIF filiāļu līgumu ietvaros, griesti, kam sekoja no NHIF pārnestu vispārējo slimnīcu budžetu griesti, kas nozīmēja nelielu stacionāra pacientu uzņemšanas maksu samazinājumu.

59. Lai veicinātu pāreju uz dienas ķirurģiju/aprūpi un ambulatorajiem pakalpojumiem, kopš 2002. tiek pakāpeniski ieviestas šādas stacionāra pacientu uzņemšanas maksas kategorijas: (1) pakalpojumi, kuru salīdzināmā cena tiek apmaksātā pilnā apmērā saskaņā ar līgumā noteikto piegādes apjomu, kur virs noteiktā apjoma piegādātie pakalpojumi tiek apmaksāti tikai daļēji; (2) prioritāri pakalpojumi bez apjoma ierobežojumiem; (3) noteiktu pakalpojumu grupa, kur tiek apmaksāta puse no salīdzināmās cenas, ja tie tiek sniegti stacionārā.
60. Kopš 2012. gada slimnīcās akūtu stacionāra pacientu aprūpes un dienas ķirurģijas pakalpojumu apmaksai tiek izmantota jauna DRG sistēma - *Austrālijas uzlabotās radniecīgas diagnozes grupas*, versija 6.0 (Austrālijas veselības un novecošanās departaments, 2008). Klasifikācija, kura ietver 698 DRG, ļauj ietvert intensīvo aprūpi un augstu izmaksu testus un procedūras, kā arī ņem vērā blakusslimības un komplikācijas, kā arī ārstēšanu, pacienta vecumu, izrakstīšanas statusu un dažus citus mainīgos lielumus. Klasifikācija nenošķir sekundārās un terciārās slimnīcas. 2012. gadā DRG sistēma tika ieviesta 68 slimnīcās visā valstī, kā arī 2 poliklīnikās un 13 privātās iestādēs, kas sniedz dienas ķirurģijas pakalpojumus. Tomēr maksājumu veikšana saskaņā ar DRG tika atlikta līdz 2014. gadam, lai ļautu slimnīcām pielāgoties jaunajai sistēmai. Pēc viena gada, tika ziņots, ka vidējais uzturēšanās ilgums (6,92 dienas) būtiski nav mainījies, kā arī radušās problēmas ar izmaksu noteikšanu un kodēšanas laukiem.

Ilgtermiņa aprūpe stacionārā

61. Ilgtermiņa un aprūpes slimnīcas saņem samaksu par vienu gultas dienu. Pacienti šajās slimnīcās var tikt aprūpēti līdz 120 dienām un vēlāk pārvietoti uz pansionātiem, kur var tikt piemēroti līdzmaksājuma pakalpojumi.
62. Medicīniskā rehabilitācija tiek apmaksāta saskaņā ar salīdzināmo cenu un kopš 2010. gada šīs maksas tiek piemērotas par gultas dienu, ambulatoro apmeklējumu un bērnu un pieaugušo rehabilitāciju mājās.

Veselības aprūpes reformas, kas attiecas uz hroniskām slimībām

63. Hronisku slimību pārvaldība Lietuvā nav skaidri dokumentēta. Neseno aktivitāšu mērķis bija nostiprināt labāk strukturētas hronisku slimību kontroles un pārvaldības sistēmu, kas ietver Valsts ģimenes veselības programmu 2008.-2010. gadam, kura vērsta uz ģimenēm, profilaksi un agrīnu diagnostiku, kā arī labu medicīniskās aprūpes pakalpojumu kvalitāti un pieejamību. Programmas īstenošanas novērtējuma kritēriju vidū ietverta arī jauno māšu ar diagnosticētu pēcdzemdību depresiju skaita samazināšana un plašāks paliatīvās aprūpes un kopšanas pakalpojumu klāsts, kas pieejams mājās vai veselības aprūpes iestādēs. Pēdējais ietver sistemātiskākus centienus panākt nepārtrauktas aprūpes modeļu izstrādi cilvēkiem ar hroniskām slimībām. Programma noteikusi arī garīgās veselības problēmu pārvaldības nepieciešamību, izveidojot jaunus pakalpojumus, tostarp profesionāli, sociāli un mājās pieejamus pakalpojumus, pacientu aizstāvību un ģimenes locekļu iesaistīšanos.

64. Tāpat 2008. gadā valdība uzsāka hronisku neinfekcijas slimību pētniecības programmu. Programmas pamatā bija sirds un asinsvadu saslimšanas, vēzis un diabēts un tās mērķis bija sniegt ieskatu ar hroniskām slimībām saistītās saslimstības un mirstības pārvaldībā. Nesen, 2011. gadā, Lietuvas Veselības aprūpes sistēmas attīstības dimensijas (2011.-2020.) noteica veselības veicināšanas, slimību profilakses un saslimstības un mirstības mazināšanas stratēģiskos mērķus. Tā paredzēta veselības pārvaldības un finansēšanas, kā ar aprūpes pieejamības, kvalitātes un drošības uzlabošanai. Dokuments paredz izveidot finansēšanas mehānismu kopšanas un sociālās aprūpes integrācijai, integrēta primārās aprūpes modeļa pilotprogrammai, kas balstīta uz gadījumu pārvaldību un sabiedrības veselības pakalpojumu integrācijai personīgu primārās aprūpes pakalpojumu sniegšanā.
65. Starpnozaru sadarbības nepilnības, it īpaši starp veselības un sociālās aprūpes sektoriem, likušas Veselības ministrijai un Sociālās drošības un darba ministrijai izdot noteikumus par integrētu veselības un sociālo aprūpi, kas tiks īstenoti pašvaldību līmenī visās 60 pašvaldībās. Problēmu un sasniegumu regulāro novērtējumu veic ārstu, māsu un sociālo darbinieku vairākdisciplīnu komandas, kas atbild par pacientu vajadzību noteikšanu un apmierināšanu attiecībā uz medicīniskajām, sociālajām un finanšu dimensijām. Tiek nodrošināti un finansēti dažādi aprūpes veidi, finansējums galvenokārt nāk no valsts avotiem. Kas attiecas uz piegādes sistēmu izveidi, gadījumu atrašana ir visbiežāk izmantotais instruments hronisku slimību pārvaldībai kopienas līmenī. Uzsākta gadījumu pārvaldība HIV/AIDS pacientiem un pacientiem ar atsevišķām garīgās veselības problēmām. Citi piemēri ietver psihosociālās rehabilitācijas nodrošināšanu cilvēkiem ar hroniskiem garīgiem traucējumiem, kas meklē reintegrāciju darba tirgū. Starpnozaru sadarbība tiek veicināta, pieņemot apvienoto aprūpes un sociālo pakalpojumu vadlīnijas, ko 2007. gadā izdeva Veselības ministrija un Sociālās drošības un darba ministrija. Tajās identificētas galvenās mērķa grupas un definēta ilgtermiņa aprūpes atbildība un mehānismi.

Ungārija

66. Lai gan Ungārija saskaras ar līdzīgiem izaicinājumiem kā Latvija, piemēram, aprūpe integrācija dažādos līmeņos un sektoros, vairākas jaunākās reformas, kas attiecas uz izmaksu ierobežošanu un eksperimentēšanu ar klīniskajām programmām, var kalpot kā vērtīgas mācību pieredzes Latvijai, jo Ungārija vēlas vienlaikus paplašināt pakalpojumu pieejamību un uzlabot aprūpes kvalitāti.⁷

Primārā aprūpe

67. Ģimenes ārsti tiek finansēti ar dažādām maksājumu metodēm, kas ietver perspektīvus un retrospektīvus elementus. Prakses ienākumus galvenokārt veidu kapitācijas maksājumi ar papildu fiksētu summu, kas ir atkarīga no prakses lieluma un atrašanās vietas, kā arī maksa par neregistrētu pacientu gadījumiem.
68. 66. Kapitācijas maksājumi tiek pielāgoti atbilstoši pacientu vecumam un ārsta kvalifikācijai un darba pieredzei. Iedzīvotāji ir iedalīti piecās grupās: par personām līdz 4 gadu vecumam, ģimenes ārsti saņem 4,5 punktus; par 5-14 gadus vecām personām - 2,5 punktus; 15-34 gadus vecām - 1 punktu; par 35 līdz 60 gadus vecām - 1,5 punktus un par personām virs 60

⁷ Nākamās sadaļas balstītas uz Gaál P, Szigeti S, Csere M, Gaskins M, Panteli D. Hungary: Health system review. Veselības aprūpes sistēmas pārejas periodā, 2011; 13(5):1–266

gadu vecuma 2,5 punktus. Virs noteikta punktu skaita (2400 pieaugušo vai bērnu praksei un 2600 jauktai praksei), ģimenes ārsts nesaņem pilnu kapitācijas maksājumu, lai novērstu negatīvo ietekmi, ko uz aprūpes kvalitāti varētu atstāt nepiemērots pacientu skaits. Uz grupu praksēm attiecas dažādi ierobežojumi. Kopējais punktu skaits tiek reizināts ar 1.2, ja ģimenes ārstam ir attiecīgā kvalifikācija (ģimenes medicīnā vai iekšējā medicīnā pieaugušo praksēs vai pediatrijā bērnu praksēs). Koeficients ir 1,1, ja ģimenes ārstam nav atbilstošās kvalifikācijas, taču ir vismaz 25 gadu darba pieredze primārajā aprūpē.

69. 2009. gadā valdība ieviesa snieguma prēmiju maksājumu sistēmu ģimenes ārstiem, balstoties uz kvalitātes rādītājiem. Ģimenes ārsta pakalpojumiem ir jāsasniedz noteikts minimālais punktu skaits, kuru mēra Valsts Veselības apdrošināšanas fonda asociācija (NHIFA) saskaņā ar noteiktiem kvalitātes indikatoriem, lai saņemtu atalgojumu.

Ambulatora speciālista aprūpe

70. Lielākā daļa ambulatoro speciālistu pakalpojumu tiek finansēti, balstoties uz maksu par pakalpojumu, balstoties uz Vācijas punktu sistēmu. Katrai procedūrai tiek piešķirts punktu skaits, balstoties uz tās sarežģītības pakāpi un nepieciešamajiem resursiem. Pakalpojumu sniedzēji iesniedz informāciju par savu mēneša aktivitāti, iekļaujot pacientu līmeņa detaļas, tostarp veikto procedūru kodus. Sākot ar 2004. gadu spēkā ir noteikumi, kas paredz ierobežot pakalpojumu inflāciju. Pakalpojumu sniedzējiem ir tiesības saņemt pilnu atlīdzību tikai par 98% snieguma iepriekšējā gadā. Ja pakalpojumu sniedzējs konkrētā mēnesī sasniedz vairāk punktu, tad papildu punkti līdz 5% tiek apmaksāti 60% apmērā, 5-10% tiek apmaksāti 30% apmērā un virs 10% tiek apmaksāti 10% apmērā no 1 punkta monetārās vērtības. Šī sistēma bija spēkā līdz 2006. gadam, kad valdība ieviesa vēl stingrāku izmaksu ierobežošanas politiku. Kopš 2007. punkti, kas pārsniedz pakalpojumu sniedzēja paša līdždalības robežu, netiek apmaksāti. Ambulatorās aprūpes speciālistiem bija dots pārejas periods.

Akūta aprūpe slimnīcās

71. Stacionārie pakalpojumi tiek atlīdzināti atkarībā no gadījuma veida un smaguma pakāpes. Kopš 1993. gada tiek izmantota uz homogēnām slimību grupām (HSG) balstīta maksājumu sistēma, lai apmaksātu akūtu aprūpi, tajā pašā dienā veicamas operācijas, noteiktus ārstēšanas veidus (piemēram, ķīmijterapiju) un neatliekamo palīdzību (>24h), izņemot dažus terciārās aprūpes gadījumus, kurus apmaksā centrālā valdība. Daži augstu izmaksu ārstēšanas veidi, piemēram, kaulu smadzeņu transplantācija, tiek apmaksāti atkarībā no konkrētā gadījuma. Hroniskā (ilgtermiņa) aprūpe tiek apmaksāta pēc pacientu dienām, pielāgojot pēc gadījuma sarežģītības.
72. Pašreizējā versijā Ungārijas HSG ir 26 galvenās grupas, kas ir tālāk iedalītas simtiem mazāku grupu. Slimnīcām katru mēnesi jāziņo par izrakstītajiem pacientiem un ziņotie gadījumi tiek sagrupēti HSG NHIFA Finansējuma informātikas departamentā, kas vada šo sistēmu. Šī procedūra nosaka, ka slimnīcai ik mēnesi jāiesniedz informācija par HSG un NHIFA veicamajiem izmaksu saskaņā ar kopējo HSG punktu skaitu reizinot ar 1 punkta monetāro vērtību, tā saukto nacionālo pamata likmi NHIFA iepriekš nosaka nacionālo pamata likmi uz vienu gadu un tā attiecas uz visām slimnīcām.

73. Lai veicinātu izmaksu ierobežošanu, Veselības apdrošināšanas fonda akūtas stacionārās aprūpes budžets tiek papildināts arī no valsts līdzekļiem, pārtēriņš tiek ierobežots ar tādiem pašiem līdzekļiem kā ambulatoro pacientu gadījumā.

Ilgtermiņa aprūpe stacionārā

74. 72. Ilgtermiņa aprūpe tiek piedāvāta gan veselības aprūpes, gan sociālajā sektorā. Principā, pakalpojuma sniegšanas vieta tiek noteikta, balstoties uz pacienta veselības vajadzībām. Taču praksē robeža starp abiem sektoriem ir visai neskaidra. Patiešām, pakalpojumu kategorijas var pārklāties un cilvēkiem var tikt piedāvāts nepareizs pakalpojums, piemēram, kad veco ļaužu ilgtermiņa sociālā aprūpe tiek nodrošināta akūtajās palātās, jo pansionātos trūkst vietu. Pakalpojumu sniedzēji saņem apmaksu par dienu.

Veselības aprūpes reformas, kas attiecas uz hroniskām slimībām

75. 73. Šīs koordinācijas starp sektoriem trūkums atklāj hronisku slimību pārvaldības vājo vietu un kavē dažādas nacionāla līmeņa programmas, kas koncentrējas uz sistēmas piegādi un dažādu aprūpes līmeņu integrāciju. Jaunākās pieejas hroniskām slimībām ir mēģinājumi integrēt pastāvošās ambulances (vienas specialitātes iestādes, kas piedāvā ambulatoro speciālistu pakalpojumus) jaunizveidotos reģionālos onkoloģijas centros, reģionālos plaušu klīniku tīklos vai valsts diabēta klīniku tīklos.
76. 2005. gadā tika ieviesti onkoloģijas ārstēšanas protokoli un to galvenais mērķis bija kontrolēt ārstēšanas izmaksas, piemēram, dārgu zāļu izmantošanu vēža ārstēšanai. Galvenā pieeja ir izmantot aprūpes ceļus. Citas slimības, uz kurām šobrīd koncentrējas ārstēšanas protokoli ietver astmu/HOPS un sirds un asinsvadu slimības, tostarp hronisku sirds mazspēju, išēmisko sirds slimību un insultu. Šos ārstēšanas protokolus finansē sociālā veselības apdrošināšana, taču nepastāv īpaši finansiāli ieguvumi vai sodi, par to, vai pakalpojumu sniedzējs ievēro protokolu. Tas, kādā mērā ārsti ievēro ārstēšanas protokolus, nav zināms. Lai gan ārstēšanas protokoliem principā būtu jāaptver visas personas, kam noteikta diagnoze, trūkst informācijas, vai tas tā tiešām ir. Dokumentēta reģionālā nevienlīdzība aprūpes un piekļuves medicīniskajai aprūpei ziņā liek domāt, ka ārstēšanas protokolu ietekme uz pacientiem visticamāk ir dažāda (Gall et al., 2011).

Denmark

77. 75. Dānijas integrētās aprūpes pieredze - precīzāk, klīniskās programmas un slimību pārvaldība - un stratēģiska akūtās aprūpes iegāde sniedz plašas mācīšanās iespējas Latvijas medicīnas aprūpes sistēmai, tai sākot risināt ar aprūpes koordināciju un slimnīcu un klīniku aprūpes kvalitāti saistītās problēmas.⁸

Primārā un ambulatora speciālista aprūpe

78. 76. Ģimenes ārstu ienākumi veidojas no kapitācijas maksājumiem (vidēji, trešdaļa ienākumu) un maksājumiem par sniegtajiem pakalpojumiem (konsultācijām, izmeklējumiem, ārpus darba laika konsultācijām, konsultācijām pa telefonu, konsultācijām

8 Informācija nākamajās sadaļās lielākoties balstīta uz Olejaz M, Juul Nielsen A, Rudkjøbing A, Okkels Birk H, Krasnik A, Hernández-Quevedo C. Denmark: Health systemreview. Veselības aprūpes sistēmas pārejas periodā, 2012, 14(2):1 -192

pa e-pastu, mājas vizītēm, utt.), kas veido atlikušās divas trešdaļas. Valsts valdība un reģioni skaidri nosaka mērķi iedrošināt ģimenes ārstus izmantot vairāk atbalsta personāla (sekretāres un citu atbalsta personālu, piemēram, māsas un laborantus), lai paši ģimenes ārsti varētu koncentrēties uz uzdevumiem, kurus drīkst veikt tikai ārsti.

79. Praktizējoši speciālisti gūst savus ienākumus no maksājumiem, kurus veic reģioni. Katrā specialitātē līgumā tiek norādīti vairāki pakalpojumi un ar tiem saistītās izmaksas. Ja speciālists sasniedz noteiktu apgrozījumu, maksa par papildus sniegtajiem pakalpojumiem tiek samazināta par 40%.

Akūta aprūpe slimnīcās

80. 78. 1982. gadā tika ieviests perspektīva, globāla budžeta plānošana kā galvenā slimnīcu resursu sadales metode. 1980. un 1990. gados, pēc globālā budžeta ieviešanas, mazākas vienības (apgabali) izstrādāja mērķa un snieguma pārvaldību globālā budžeta sistēmā, ieviešot ar finansēm nesaistītus medicīniskās darbības (piemēram, izrakstīto pacientu skaits, gultas dienas un ambulatoro vizīšu skaits) un pakalpojumu līmeņa (piemēram, dažādi ar gaidīšanas laiku saistīti standarti) mērījumus budžeta izvērtēšanai slimnīcās un slimnīcu nodaļās. Šie snieguma mērījumi papildināja globālo budžetu, kas joprojām veidoja galveno apgabalu mērķu un snieguma pārvaldības sistēmas komponentu.

81. Uz darbību valstīta finansēšana nodaļu un slimnīcu līmeņos tika ieviesta 1990. gados. Tajā laikā slimnīcām bija jāizdala 10% vai vairāk no to budžeta, izmantojot uz darbību vērstu finansēšanas modeli. Kopš tā laika uz darbību vērsta finansējuma obligātā daļa tikusi palielināta, vispirms līdz 20% 2004. gada janvārī un tad līdz 50% 2007. gada janvārī. Šie pieaugumi nozīmē finansiālas sekas, ja sniegums ir zem norādītā līmeņa (konkrētās nodaļas pamata rādītāja), nodaļai laika gaitā kļūst smagākas un attiecīgi katrai nodaļai kļūst arvien svarīgāk izvairīties no rezultātiem zem tā sauktā pamata rādītāja, kas ir medicīniskā darbība (mērīta DRG punktos), kas saistīta ar slimnīcas nodaļas sagaidāmo finansiālo budžetu. Šis budžets tiek noteikts ikgadējās sarunās, kurās piedalās reģioni, slimnīcu administratori un nodaļu vadītāji.

Ilgtermiņa aprūpe stacionārā

82. Papildus tradicionālajiem pansionātiem, ir pieejami psihiatriskie pansionāti, nelieli dzīvokļi (kas nodrošina pamata medicīnisko aprūpi un atrodas pansionātu tuvumā), grupu mājas un audžu mājas. Sociālos pakalpojumus sniedz pašvaldības un tie tiek finansēti no nodokļiem un galvenokārt tos nodrošina profesionāli darbinieki, kurus algo pašvaldības medicīnas iestādes. Taču arvien biežāk tiek nolīgtas privātas bezpeļņas organizācijas, cenšoties padarīt pakalpojumus finansiāli izdevīgākus.

Veselības aprūpes reformas, kas attiecas uz hroniskām slimībām

83. Aprūpes koordinācijas un aprūpes kvalitātes uzlabošana bija nozīmīgs virzītājspēks aiz 2007. gada strukturālās reformas (Olejaz et al., 2012). Reforma paredzēja vērst uzmanību uz hroniskām saslimšanām kā «jauno Dānijas veselības aprūpes sistēmas uzmanības centru» un ieviesa obligātas veselības aprūpes vienošanās starp pašvaldībām un reģioniem, lai veicinātu koordināciju pašvaldības aprūpes pakalpojumu, primārās aprūpes un slimnīcu aprūpes līmenī (Vrangbak, 2013). Šīs vienošanās aptvēra vairākus obligātus tematus, kas

saistīti ar uzņemšanu slimnīcā un izrakstīšanu no tās, rehabilitāciju, profilaksi, psihiatrisko aprūpi un IT atbalsta sistēmas. Reģionu un pašvaldību sniegums mērķu sasniegšanā, kā norādīts vienošanās, tiek mērīts saskaņā ar nacionālajiem rādītājiem, kas ir publiski pieejami mājas lapā «e-veselība», kuru vada Dānijas Valsts seruma institūts (Esundhed, 2014).

84. 2007. gadā valdība un Dānijas reģioni vienojās par obligāto integrēto vēža programmu īstenošanu (Olejaz et al., 2012). 2009. gadā Dānijas Veselības aprūpes kvalitātes un akreditācijas institūts (IKAS) izveidoja Dānijas Veselības aprūpes kvalitātes programmu (DDKM), kuru tas šobrīd pārvalda.
85. Vairākas vadlīnijas un stratēģijas ir īpaši paredzētas, lai organizētu hronisku slimību pārvaldības pieeju organizācijai Dānijā (Frolich et al., 2008; Schiotez, Frolich & Krasnik, 2008). 2002. gadā valdība apstiprināja nacionālo stratēģiju Veselība visa mūža garumā - Dānijas valdības sabiedrības veselības pamatnostādņu mērķi un stratēģijas 2002.-2010. gadam, kura vērsa īpašu uzmanību uz galveno novēršamo slimību un traucējumu mazināšanu, it īpaši 2. tipa diabētu, ārstējamu vēzi, sirds un asinsvadu slimībām, osteoporozī, muskuļu un skeleta sistēmas traucējumiem, hipersensitivitātes traucējumiem (astma un alerģijas, garīgajiem traucējumiem un HOPS. Galvenās šo slimību pārvaldības programmu stratēģijas ietver pašpārvaldības atbalsta, piegādes sistēmas izstrādes, lēmumu pieņemšanas atbalsta un medicīniskās informācijas sistēmu elementus.

Somija

86. Kā minēts iepriekš, vēsture un konteksts būtiski ietekmē veselības aprūpes sistēmu institucionālo izveidi un Somijas un Latvijas sistēmas ir ievērojami atšķirīgas. Taču, ņemot vērā lielo privātās medicīnas īpatsvaru Latvijā un augsto ārstu pašnodarbinātības līmeni, Somijas pieredze, kas saistīta ar valsts finansējumu privātajiem pakalpojumiem, ārstu ārpakalpojumu izmantošanu un slimnīcu rajonu izveidi, varētu sniegt vērtīgu informāciju par māsaiemniecību finansiālā sloga mazināšanu un vērst uzmanību uz vairāknosarū prakšu un ārstu trūkumu Latvijā (skat. papildu pārskatu par Cilvēkresursiem).⁹

Primārā aprūpe un ambulatorā speciālistu aprūpe

87. Somijas sistēmu iespējams raksturot kā vienu no visvairāk decentralizētajām sistēmām pasaulē. Pat vismazākās no 342 pašvaldībām uzņemas atbildību par visu «pašvaldības veselības pakalpojumu» organizēšanu un finansēšanu. Vēl viena unikāla sistēmas īpatnība ir tā, ka pastāv sekundāra valsts finansējuma shēma (Nacionālās veselības apdrošināšanas shēma, NHI), kura daļēji atmaksā tos pašus pakalpojumus, kurus sedz uz nodokļiem balstītā sistēma, papildus pakalpojumiem, kuri tiek sniegti privātajā sektorā. NHI daļēji atmaksā arī privātas slimnīcas aprūpes izmantošanu.
88. Pašvaldību veselības centri nodrošina primārās ārstēšanas, profilakses un sabiedrības veselības pakalpojumus. Tie piedāvā plašu pakalpojumu klāstu: ambulatoro medicīnisko aprūpi, stacionāro aprūpi stacionāra nodaļās (lielākās pilsētās tās iespējas klasificēt kā

9 Šī sadaļa pamatā balstīta uz Unto Häkkinen (2010), "Financing of hospital care in Finland"

ģimenes ārsta vadītas slimnīcas), profilakses pakalpojumus, zobārstniecību, grūtnieču aprūpi, bērnu veselības aprūpi, skolēnu veselības aprūpi, vecāku cilvēku aprūpi, ģimenes plānošanu, fizioterapiju un arodveselības aprūpi.

89. Primārajā veselības aprūpē, pašvaldības perspektīvi finansē veselības centru budžetu, kuru tie paši organizē. Parasti budžets tiek balstīts uz iepriekšējiem budžetiem. Tradicionālā maksājumu metode, kura šobrīd attiecas uz 45-50% veselības centru ārstu, ir mēneša algas veidā ar dažiem papildu maksājumiem par atsevišķiem pakalpojumiem - noteiktiem laikietilpīgiem pakalpojumiem vai sīkām procedūrām. Veselības centros, kuros ir ieviesta tā sauktā personīgā ārsta sistēma, ārstiem tiek maksāta pamata alga, kapitācijas maksājums un maksājums par pakalpojumu par vizītēm.
90. 1990. gadu beigās sākās ārstu ārpakalpojumu iepirkšana (Vuorenkoski & Mikkola, 2007) un kopš tā laika parādījušās arvien jauni uzņēmumi, kuri iznomā ārstus valsts sektora primārās veselības aprūpes centriem. Šie uzņēmumi parasti pieder pašiem ārstiem. Šajos uzņēmumos, ārsti ir darba attiecībās ar uzņēmumu un to atalgojumu nosaka uzņēmums. Pašvaldības lielākoties izmanto šos pakalpojumus gadījumos, kad tām rodas grūtības nolīgt ārstus, it īpaši darbam ārpus darba laika, lai gan pēdējā laikā ārstu pakalpojumi tiek nolīgti arī ar ilgtermiņa līgumiem darbam pieņemšanas stundās. Šie uzņēmumi var piedāvāt labākas algas un elastīgākus darba apstākļus nekā pašvaldībās un tādējādi ir pievilcīga alternatīva ārstiem.

Akūta aprūpe slimnīcās

91. Sekundārā aprūpe galvenokārt tiek nodrošināta pašvaldībai piederošos slimnīcu rajonos. Valstī ir 21 slimnīcu rajons. Katrā slimnīcu rajonā ir centrālā slimnīca un dažos rajonos to papildina nelielas vietējās slimnīcas. Slimnīcu rajoni nodrošina specializētu ambulatoro aprūpi, stacionāro aprūpi un dienas ķirurģiju, parasti vienās telpās. Papildus veselības centru un slimnīcu rajonu sniegtajiem pakalpojumiem, pašvaldības var iegādāties pakalpojumus no privātiem pakalpojumu sniedzējiem. Terciārā aprūpe tiek sniegta piecās universitātes slimnīcās, kuras darbojas arī kā slimnīcu rajonu galvenās slimnīcas. Slimnīcas rajonus pārvalda un finansē tajos ietilpstošās pašvaldības.
92. Pastāv dažādi līgumu vai vienošanās mehānismi starp slimnīcu rajoniem un pašvaldībām, lai panāktu vienošanos par mērķa apjomiem un maksājumiem, kas ļauj nošķirt pakalpojumu pircēja un sniedzēja funkcijas. Gan apjomi, gan izmaksas tiek plānotas, balstoties uz iepriekšējo gadu. Parasti netiek piemērotas tiešas sankcijas, ja rodas novirzes no šiem plāniem un mērķiem, un pašvaldības sedz iztrūkumus un uzglabā uzkrājumus savos kontos. Katrs slimnīcas rajons nosaka izmantotās apmaksas metodes, lai atlīdzinātu slimnīcu izdevumus un, tā kā apmaksas metodes ir balstītas uz rajoniem, tās katrā rajonā ir atšķirīgas. Rajonu vidū cenu tendence pastāvīgi virzās prom no cenas par gultas dienu uz cenām, kas balstītas uz gadījumiem, šobrīd 13 no 21 rajona izmanto DRG balstītus maksājumus. Taču DRG principi un noteikumi dažādos slimnīcu rajonos ir ļoti atšķirīgi, jo nepastāv valsts pamatnostādnes.
93. Nedēļas nogalēs un darba dienās pēc 16:00 valsts slimnīcās drīkst piedāvāt privātus pakalpojumus. Sistēma cenšas ārstiem kompensēt speciālo kategoriju maksājumu zaudējumu, taču tādā veidā, kur peļņa tiek vienlīdzīgāk sadalīta starp ārstiem un pārējo slimnīcas personālu.

94. 1996. gadā Nacionālais veselības un labklājības izpētes un attīstības centrs (STAKES) uzsāka Slimnīcu salīdzinošā novērtējuma projektu sadarbībā ar slimnīcu rajoniem. Tā galvenais mērķis bija sniegt slimnīcu vadītājiem salīdzinošā novērtējuma datus, kas ļautu uzlabot un vadīt slimnīcas darbību. Projekta ietvaros tika izstrādāta un ieviesta uz internetu balstīta informācijas sistēma, kas ļauj veikt nepārtrauktu datu apkopošanu un apstrādi, kā arī pie vēlamā apkopošanas līmeņa uzrāda salīdzinošā novērtējuma rezultātus. Produktivitātes un efektivitātes aprēķini tiek veikti ar tradicionālo aktivitātes mērījumu palīdzību, piemēram, DRG uzņemtie pacienti un ambulatorās vizītes, kā arī sarežģītāki DRG svērtās epizodes aprūpes mērījumi. Specializētās aprūpes kvalitāte un efektivitāte kopš 2004. gada tiek mērīta PERFECT projekta ietvaros (sniegums, efektivitāte un ārstēšanas epizožu izmaksas) (www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/perfect). Šajā projektā izveidoti astoņu veselības traucējumu protokoli (akūts miokarda infarkts, revaskulārās procedūras (perkutānā transluminālā koronārā angioplastija, koronāro artēriju šuntēšana), gūžas lūzums, krūts vēzis, gūžas un ceļgala locītavas protēze, ļoti zems piedzimšanas svars zīdaiņiem, šizofrēnija un trieka). Slimību izmaksu aprēķināšanai izmanto DRG.

Anglija

95. Tāpat kā Latvijā, Anglijas Nacionālais veselības dienests plāno iegādāties lielāko daļu veselības aprūpes pakalpojumu, lai apmierinātu visu iedzīvotāju veselības aprūpes vajadzības. Šī ir vecākā un lielākā viena maksātāja veselības aprūpes sistēma pasaulē. Tā ir mainījies kopš pašiem pirmsākumiem 1948. gadā - visnesenāk 2013. gadā - un vairākas līguma izstrādes īpatnības joprojām ir būtiskas Latvijai, pat ja tās vairs netiek piemērotas Anglijā. Īpaši jāpievērš uzmanība tam, ko iespējams mācīties attiecībā uz plašāku riska stratifikācijas izmantojumu maksājumu noteikšanā; pakalpojumu pasūtīšanu no pakalpojumu sniedzēju grupām, nevis atsevišķiem pakalpojumu sniedzējiem; maksājumu sasaisti ar sniegumu primārajā un slimnīcu aprūpē; vienādu tarifu noteikšanu visiem pakalpojumu sniedzējiem un gadījumu pārvaldības un aprūpes koordinācijas uzlabošanu primārajā aprūpē.¹⁰

Primārā aprūpe

96. Pirms Anglijas NHS galvenās pēc 2012. gada Veselības un sociālās aprūpes likuma pieņemšanas, Anglijā pastāvēja četru veidu līgumi ar ģimenes ārstiem, visi saistīti ar primārās aprūpes trastiem (PCT) vai administratīvajām iestādēm, kas atbild par 80% Anglijas NHS kopējā budžeta, lielākoties pasūtot primāros, sabiedrības un sekundāros veselības aprūpes pakalpojumus no pakalpojumu sniedzējiem un reizēm piedāvājot kopienas veselības pakalpojumus tiešā veidā:
- (i) *vispārējās medicīnas pakalpojumi*, kur prakses slēdz līgumu ar PCT uz valstī noteikta pamata (attiecas uz aptuveni 50% ģimenes ārstu);
 - (ii) *personīgie medicīnas pakalpojumi*, kur prakses slēdz līgumu ar PCT uz lokāli noteikta pamata un prakse un PCT vienojas par pakalpojumu prasībām un kvalitātes rādītājiem (attiecas uz aptuveni 45% ģimenes ārstu);

10

Nākamās sadaļas lielākoties balstītas uz Seán Boyle: United Kingdom (England): Health systemreview. Veselības aprūpes sistēmas pārejas periodā, 2011; (13):1 -486

- (iii) *alternatīvi medicīnas pakalpojumu sniedzēji*, kur PCT slēdz līgumu par ģimenes ārsta pakalpojumu sniegšanu ar citiem pakalpojumu sniedzējiem, kas nav ģimenes ārsti (piemēram, veselības aprūpes uzņēmumi); un
- (iv) *PCT medicīniskie pakalpojumi*, kur PCT tiešā veidā vada ģimenes ārsta prakses.

97. Galvenās līgumu īpatnības ir maksa par pamatpakalpojumiem (pamatsumma), papildu pakalpojumiem, aprūpi ārpus darba laika un Kvalitātes rezultātu sistēma (QOF).

Pamatsumma

98. Maksa par pamata pakalpojumu kopumu tika piešķirta praksēm, balstoties uz formulu, ar kuras palīdzību tika sasaistīts prakses finansējums un pacientu vajadzības, balstoties uz statistikas modeli, kurā ņemts vērā pacientu populācijas dzimuma un vecuma sadalījums, populācijas papildu vajadzības, kas saistītas ar saslimstību un mirstību, no jauna reģistrēto pacientu skaitu, kas atspoguļo palielinātu pakalpojumu izmantošanu pirmajā gadā, pacientu skaitu pansionātos un aprūpes namos, atspoguļojot papildu izmaksas, papildu izmaksas, kas saistītas ar Londonu un neizbēgamās izmaksas, kas rodas, sniedzot pakalpojumus lauku teritorijās un zonās ar augstākām dzīves izmaksām. Pamata pakalpojumu kopums netika specifiski uzskaitīts, taču tika sagaidīts, ka ģimenes ārsti veiks to pacientu pārvaldību, kuri ir slimi vai uzskata, ka ir slimi, tostarp hronisku un nedziedināmu slimību gadījumos. Praksēm tika piešķirta arī Minimālā prakses ienākumu garantija, lai nodrošinātu, ka pirmo pāris līguma gadu laikā netiek zaudēti ienākumi, ar nolūku, ka tā pakāpeniski izlīdzināsies.

Papildu pakalpojumi

99. Paredzēts, ka šie pakalpojumi pārsniedz ģimenes ārsta prakses pamata funkcijas, piemēram, pakalpojumi, kuriem nepieciešamas speciālistu prasmes. PCT tika noteikta «tēriņu grīda» šo pakalpojumu pasūtīšanai, kuru bija iespējams pārsniegt. Tika definēti trīs veidu pakalpojumi:
- *virzītie pakalpojumi*, kurus visiem PCT vajadzēja pasūtīt, lai nodrošinātu attiecīgo populāciju (lai gan atsevišķām praksēm tie nebija obligāti jānodrošina), tostarp, piemēram, tādi pakalpojumi kā bērnu vakcinācija, kā arī labākas pacientu pieejas attīstīšana;
 - *nacionālie pakalpojumi*, kurus PCT varēja izvēlēties pasūtīt, piemēram, nelielu traumu ārstēšana, taču atsevišķām praksēm tie nebija obligāti jānodrošina;
 - *vietējie pakalpojumi*, kurus PCT varēja izvēlēties izstrādāt un pasūtīt, vietējā mērogā vienojoties par standartiem un cenām, piemēram, pakalpojumi cilvēkiem ar mācīšanās traucējumiem, un atsevišķām praksēm tie nebija obligāti jānodrošina.

Aprūpe ārpus darba laika

100. Ģimenes ārsts nebija atbildīgs par aprūpi ārpus darba laika (tas ir, par aprūpes sniegšanu ārpus standarta darba laika, kas tiek definēts kā 8:00 - 18:30). Prakses varēja izvēlēties sniegt pakalpojumus ārpus darba laika, noslēdzot atsevišķu līgumu.

Kvalitāti un rezultātu sistēma

101. Kvalitātes un rezultātu sistēma (QOF) tika izstrādāta 2004. gadā un ieviesta kā brīvprātīga maksājumu programma, kas sasaistīja 25% no ģimenes ārsta prakses ienākumiem ar sniegumu (Dorna & Roland, 2010). Līgums bija vienošanās ar ģimenes ārsta praksi, nevis ar atsevišķu ārstu, piešķirot «sasnieguma punktus» praksēm, kas spēja demonstrēt, ka tās atbilst vairākiem noteiktas saslimšanas, parasti, hroniskas, pārvaldības līmeņiem attiecīgajā populācijā, parasti no 40% līdz 90% (Valsts audita birojs, 2008). Lai gan tā pamatā bija finansēšanas shēma, kas sasaista maksājumus ar sniegumu, tā ietvēra stratēģiju kopumu, kas bija vērsts arī uz pakalpojumu piegādes sistēmas izstrādi, lēmumu pieņemšanas atbalstu un medicīniskās informācijas sistēmām. Lai gan QOF panākumu vērtējumi ir dažādi, tika konstatēti ievērojami uzlabojumi, it īpaši attiecībā uz slimību reģistru uzturēšanu un riska faktoru skrīningu vecākiem pacientiem ar sirds un asinsvadu saslimšanām. 1. pielikumā sniegts vairāk informācijas par QOF rādītājiem.

Pārējais ģimenes ārsta prakšu finansējums

102. Ģimenes ārstu praksēm bija pieejams papildu finansējums lielākiem izdevumiem attiecībā uz telpām, informācijas tehnoloģijām, pensijām, hierarhijas reorganizācijas maksājumiem un palīdzībai, kas saistīta ar darbā pieņemšanu un paturēšanu.

Ģimenes ārsti lauku un trūcīgos rajonos

103. Kā minēts iepriekš, līdzekļu piešķiršanas formula tiek pielāgota lauku praksēm. Līgumā tiek ņemta vērā papildu slodze, kas saistīta ar aprūpes nodrošināšanu trūcīgos iekšpilsētas rajonos, izmantojot formulā saslimstības faktoru. Reģioni, kuros ir mazāk ārstu, guva labumu no naudas sadalījuma, balstoties uz pacientu vajadzībām, nevis ārstu skaitu.

Ambulatora speciālista aprūpe

104. NHS konsultanti (speciālisti) Anglijā bija algoti NHS darbinieki. Pēc 2003. gada reformas jaunajos līgumos tika ietverti šādi elementi:

- pilna laika darba saistības, 40 stundas nedēļā;
- brīvprātīgs darbs vakaros un nedēļas nogalēs ne-ārkārtas gadījumos, un pagarināts ikgadējais atvaļinājums pēc septiņiem nostrādātiem gadiem;
- algu veido pieci elementi: pamata maksa, papildus programmas aktivitātes, piemaksas par dežūru, medicīniskās izcilības balvas piemaksas un citas maksas un piemaksas; un
- nekādu ierobežojumu attiecībā uz peļņu no privātprakses.

105. Pilna laika saistības veidoja 10 «programmas aktivitātes» nedēļā, katra četras stundas gara (trīs stundas papildu darba laikā no 19:00 līdz 7:00). Medicīniskās izcilības balvas, kas tiek piešķirtas salīdzinošās pārskatīšanas procesā, papildināja (bieži vien ievērojami) NHS konsultantu algas. Taču tās netika piešķirtas balstoties uz jebkādiem objektīviem aktivitātes vai ietekmes mērījumiem.

Akūta aprūpe slimnīcās

106. Maksas par rezultātiem (MpR) sistēma tika ieviesta 2003.-2004. gadā un noteica regulētu nacionālo tarifu. Valdība ierosināja izmantot jaunas Veselības aprūpes resursu grupas

(VARG), lai izstrādātu standarta tarifu katram ārstēšanas veidam, neatkarīgi no pakalpojumu sniedzēja. Taču, garīgās veselības aprūpes pakalpojumi, kritiskā aprūpe, kopienas veselības pakalpojumi un neatliekamās palīdzības pakalpojumi atradās ārpus MpR jomas un pat slimnīcu akūtu pakalpojumu jomā daudzas aktivitātes netika regulētas. 2010.-2011. gadā tika ieviests valūtu kopums garīgās veselības aktivitātes mērīšanai, taču tas nebija obligātās MpR sistēmas daļa.

107. MpR patiesībā nostiprināja aprūpes sniegšanu akūtu slimnīcu pakalpojumu formā. Lai veicinātu aprūpes programmu, kas veicināja akūtu slimnīcu pakalpojumu sniegšanu, nodalīšanu, lai aprūpi būtu iespējams sniegt citā veidā, Veselības departaments izstrādāja indikatīvus nodalītos tarifus, kas attiecās gan uz aprūpes programmām, gan diagnostiku un sniedza vadlīnijas pakalpojumu nodalīšanai. Piemēram, 2009.-2010. gadā indikatīvie dalītie tarifi tika ieviesti saistībā ar tādu saslimšanu rehabilitācijas aspektiem kā trieka, pneimonija un gūžas protezēšana. Taču nodalīšana palika neobligāta sistēmas daļa.

Ilgtermiņa aprūpe stacionārā

108. 2009. gadā valdība publicēja Zaļo dokumentu, *Kopīgi veidojot aprūpes nākotni*, kurā tika vērsta uzmanība uz ilgtermiņa aprūpi. Apspriešanai tika izvirzītas trīs galvenās pieejas finansējumam:

- *partnerības* pieeja, kas ietvēra aprūpes izmaksu sadali starp indivīdiem un valsti;
- *brīvprātīgās apdrošināšanas* pieeja, kas ļāva cilvēkiem pasargāt sevi no augstu aprūpes un atbalsta izmaksu riska; un
- obligātās *visaptverošās apdrošināšanas* pieeja.

109. Visas trīs pieejas iekļāva līdzekļu testēšanas elementu. Finansējums segtu tikai pamata aprūpi un atbalsta izmaksas (tas ir, lai apmierinātu indivīda novērtētās vajadzības), dodot iespēju cilvēkiem pašiem apmaksāt papildu aprūpi, ja viņi to vēlas. Viesnīcu izmaksas netiktu segtas. Taču valdība ierosināja universālu atliktā maksājuma mehānismu, lai segtu šīs izmaksas, kas tiktu atvilktas no indivīda īpašuma pēc viņa/viņas nāves, nevis liktu pārdot māju brīdī, kad tiem nepieciešama aprūpe.

Veselības aprūpes reformas, kas attiecas uz hroniskām slimībām

Māsu vadīta gadījumu pārvaldība («kopienas virsmāsa»)

110. 1990. gadu sākumā saskaņā ar Vispārējās medicīnas pakalpojumu līgumu, ģimenes ārsti saņēmi atlīdzību par hronisko saslimšanu klīniku un citu pakalpojumu, piemēram, vakcinācijas, nodrošināšanu, kas radīja strauju prakses māsu, kuras iesaistītas hronisku slimību pārvaldībā, skaita palielināšanos (Sibbald, 2008). Ar 2004. gada NHS Uzlabojumu plānu tika mēģināts nostiprināt māsu lomu pacientu ar kompleksām vajadzībām pārvaldībā, ieviešot «kopienas virsmāsa» lomu, kas bija paredzēta kā specializēta, vecākās māsas pozīcija, kas ietvēra intensīvas vecāku ļaužu ar augstu hospitalizācijas risku un citu augstas intensitātes pakalpojumu lietotāju intensīvu mājās bāzētu aprūpi, kam vajadzētu samazināt (ārkārtas) uzņemšanas gadījumu skaitu un galu galā samazināt veselības aprūpes izmaksas.

Gadījumu pārvaldība primārajā aprūpē

111. Lai samazinātu nevajadzīgu ārkārtas uzņemšanas sekundārajā aprūpē gadījumu skaitu 2014/15. gada ģimenes ārstu līgums ietvēra jaunu «neplānotas uzņemšanas papildpakalpojumu», lai veicinātu riska grupā esošu pacientu proaktīvu gadījumu pārvaldību, kas tiek finansēta, pārdalot QOF punktus. Pakalpojuma veikšanai nepieciešams, lai vismaz 2% pacientu populācijas ģimenes ārsta praksē, kuri ir 18 gadus veci vai vecāki, ietilpst šajā shēmā (BMA, 2014) un nosaka, ka praksēm jānodrošina arī:

- konsultācijas pa telefonu tās pašas dienas laikā vai apsekošanas pasākumi identificētajiem neaizsargātajiem pacientiem, kuriem ir steidzami jautājumi;
- savlaicīga piekļuve nelaiemes gadījumu un ārkārtas ārstiem, neatliekamās medicīniskās palīdzības darbiniekiem un aprūpei un pansionātiem, lai atbalstītu lēmumu pieņemšanu par uzņemšanu slimnīcā un pārvešanu uz slimnīcu;
- personalizēti aprūpes plāni (norādot atbildīgo ģimenes ārstu un aprūpes koordinatoru) pacientiem gadījumu pārvaldības reģistrā saskaņā ar valsts paraugu, kuri tiek regulāri pārskatīti atbilstoši medicīniskajām vajadzībām. Aprūpes plānā vajadzētu identificēt arī aprūpes koordinatoru (ja atšķiras no atbildīgā ģimenes ārsta), kurš atbild par nolemtā aprūpes plāna īstenošanas nodrošināšanu un informē pacientu vai aprūpētāju par jebkādām izmaiņām;
- saziņa ar attiecīgo personu pēc izrakstīšanas no slimnīcas, ja pacients identificēts kā neaizsargāts.
- pārskats par pansionātos un aprūpes namos esošo pacientu neatliekamās palīdzības uzņemšanas gadījumiem un ārkārtas slimnīcas apmeklējumiem; regulārs neaizsargāto pacientu neplānotās uzņemšanas un atkārtotas uzņemšanas pārskats, lai noteiktu faktorus, kas būtu jāvušī izvairīties no uzņemšanas slimnīcā.

Vācija

112. Lai gan Vācijas finansējuma un vispārējās institucionālās uzbūves līmenis ir ļoti atšķirīgs no Latvijā novērojamā, vācu veselības aprūpes sistēma piedāvā vairākas labākās prakses pamatnostādnes un pieejas, kurām būtu vērts pievērst uzmanību, ņemot vērā Latvijas pašreizējo slimību profilu un ar pakalpojumu piegādi saistītos iepirkumus. It īpaši būtu vērts uzsākt eksperimentālu pilotprojektu par uz mirstību balstītu cenu noteikšanu, lielāko kvotu elastību un atlīdzības griestiem, kā arī stratēģiskāku iegādi, padarot primāro aprūpi centrālu un labāk integrētu visos līmeņos. Slimību pārvaldības programmas (SPP) sniedz iespēju, ne tikai apvienot kvalitāti un integrāciju līgumos (skat. pievienotos kvalitātes nodrošināšanas un prēmiju paketes pārskatus un pakalpojumu piegādes modeli), bet arī uzlabot pacientu pašpārvaldību, nodrošināt vienotu pieeju prēmiju paketei un radīt datus kvalitātes nodrošināšanas aktivitātēm.¹¹

¹¹ Nākamās sadaļas balstītas uz Busse R, Blümel M. Germany: health system review. Veselības aprūpes sistēmas pārejas periodā, 2014, 16(2):1-296.

Primārā aprūpe un ambulatorā speciālistu aprūpe

113. Vācijā pakalpojumu sniedzēji saņem maksājumus no slimokasēm ar sociālās veselības apdrošināšanas (SVA) starpniecību. Pirmkārt, slimokases veic kopējos maksājumus reģionālajām SVA ārstu asociācijām visu SVA saistīto ārstu atalgojumam, tā vietā, lai maksātu ārstiem tiešā veidā (Izņemot atsevišķus līgumu aprūpes integrācijas veicināšanai). Otrkārt, reģionālās SVA ārstu asociācijas izdala šos kopējos maksājumu SVA akreditētajiem ārstiem saskaņā ar Vienoto vērtību skalu.

Vispārīgais atalgojums

114. Kopš 2009. gada janvāra vispārīgo atalgojumu veido trīs komponenti:

- (i) uz saslimstību balstīts vispārīgais atalgojums, kurš balstās uz pacientu ārstēšanas prasībām, reģionālo vadlīniju vērtību un apdrošināto cilvēku skaitu uz katru slimokases fondu;
- (ii) spēja palielināt slimokases maksājumus vispārīgā atalgojuma palielināšanai, ja rodas neparedzēta vajadzība nodrošināt ārstēšanu (piemēram, epidēmija);
- (iii) atlīdzība par individuāliem pakalpojumiem, par kuriem slimokases maksā fiksētu summu papildus uz saslimstību balstītajam vispārīgajam atalgojumam, kur īpaši derīgiem pakalpojumiem, piemēram, vakcinācijai, skrīninga testiem vai ambulatorajām operācijām nav noteikti apjoma griesti.

115. Atšķirībā no fiksētas sistēmas, kur atlīdzība tiek aprēķināta uz vienu iedzīvotāju, viena uz saslimstību balstīta vispārīga atalgojuma sistēma ļauj novirzīt saslimstības riskus no SVA saistītajiem ārstiem uz slimokasēm. Tomēr, SVA ārstu atalgojumam ir noteikti griesti, lai gan atsevišķu līdzekļu sadalījums ir balstīts uz biedru ārstēšanās vajadzībām, salīdzinot ar skaitu iepriekšējā periodā.

Maksas

116. SVA ārstu reģionālās apvienības nodrošina vispārīgu atalgojumu saviem biedriem atbilstoši nacionālajai Vienoto vērtību skalai un «brīvā sadalījuma skalām», kas tiek pieņemtas reģionālā līmenī, vienojoties ar slimokasēm atsevišķos «brīvā sadalījuma līgumos». Tiek noteikts maksimālais punktu skaits, kurš dažādām slimību grupām ir atšķirīgs, un tādējādi dažādās specialitātēs kopējais punktu skaits ir atšķirīgs. Ja tiek piedāvāti pakalpojumi virs šiem noteiktajiem griestiem, pārpalikums tiek atalgots, balstoties uz zemāku punktu vērtību. Vairāk pakalpojumu tiek piedāvāts, jo zemāka punktu vērtība un zemāks atalgojums. No vienas puses, mērķis bija piedāvāt ārstiem stabilu cenu par noteiktu pakalpojumu skaitu un, no otras puses, efektīvi samazināt iniciatīvu palielināt pakalpojumu apjomus. Tajā pašā laikā pakalpojumi virs budžeta griestiem, piemēram, vakcinācija vai nedziedināmi slimu pacientu aprūpe tiek finansēta.

117. Kopš 2009. gada janvāra katram SVA ārstam un katram ceturksnim tiek aprēķināts praksē balstīts standarta pakalpojumu apjoms. Standarta pakalpojumu apjomi nosaka to pakalpojumu apjomu, par kādu ārsts var pieprasīt samaksu noteiktā periodā un, kuri tiek apmaksāti pēc Eiro maksas koda (87 SGB V). Ārstam tiek paziņots par paredzēto standarta pakalpojumu apjomu katra ceturksņa sākumā. Standarta pakalpojumu apjoms atšķiras no iepriekš piemērotajiem izdevumu griestiem tajā, ka apdrošināto personu aprūpes vajadzības tiek ņemtas vērā ne tikai attiecībā uz noteiktu ārstu grupu, bet arī atsevišķu praksi. Standarta pakalpojumu apjoms tiek aprēķināts sareizinot gadījumu skaitu uz

konkrēto ārstu grupu ar gadījumu skaitu uz ārstu un uz saslimstību balstītu svērto koeficientu. Gadījumu skaits, kurus ārsts var uzņemt, ir atkarīgs no iepriekš noteikta skaita ierobežojuma. Gadījumi, kuri pārsniedz 50% speciālistu grupas vidējā rādītāja tiek iekļauti standarta pakalpojumu apjoma aprēķinā tikai pabeigtā formā. Ja ārsts pārsniedz noteikto standarta pakalpojumu apjomu, tam ir regresīva ietekme uz apjomu, ko attiecīgais ārsts saņem attiecībā uz specifisko pakalpojumu.

118. Līdz 2010. gadam diskrecionārie pakalpojumi tika apmaksāti no uz saslimstību balstītā vispārīgā atalgojuma, taču bez apjoma ierobežojuma un par fiksētu maksu. Tā rezultātā diskrecionāro pakalpojumu, piemēram, akupunktūras un steidzamu mājas vizīšu, skaits strauji pieauga, atstājot mazāk līdzekļu standarta pakalpojumiem. Tādējādi, lai ārstu-speciālistu pakalpojumu klāsta paplašināšana nenotiktu uz ģimenes ārstu rēķina un otrādi, gandrīz visi pakalpojumi, kas tiek apmaksāti no ierobežotā uz saslimstību balstītā vispārīgā atalgojuma līdz šim tikuši pakļauti apjoma griestiem, izmantojot uz kvalifikāciju balstītus papildu apjomus (QZV).
119. SVA ārstu reģionālās apvienības var noteikt uz kvalifikāciju balstītus papildu apjomus pakalpojumiem, kuri iepriekš tika iekļauti regulāro pakalpojumu apjomā, taču par kuriem samaksu pieprasa tikai daži ārsti konkrētajā grupā (piemēram, bronhoskopija vai alergoloģija). Maksa par šādiem pakalpojumiem ir paredzēti konkrētiem ārstiem, kas sniedz šādus pakalpojumus. Gadījuma vērtības piemaksas (piemēram, ultraskaņas izmeklējumi un psihosomatika ģimenes ārstu praksēs, radioloģija, ko nodrošina speciālisti citās nozarēs) ir tikušas aizvietotas ar uz kvalifikāciju balstītiem papildu apjomiem. Sadales apjomi ārstu grupām tika veidoti, balstoties uz standarta pakalpojumu apjomiem un uz kvalifikāciju balstītiem papildu apjomiem, lai sadalītu maksas pēc iespējas taisnīgāk.
120. SVA ārstu reģionālās apvienībām un slimokasēm ir rīcības brīvība reģionālā līmenī izlemt, kādiem pakalpojumiem tiks veidoti uz kvalifikāciju balstīti apjomi un kā tiks aprēķināta samaksa par šiem pakalpojumiem. Katram SVA ārstam tiek piešķirts noteikts apjoms vienam ceturksnim, kuru veido praksei piešķirtie standarta pakalpojumu apjomi un jebkādi papildus piešķirtie uz kvalifikāciju balstīti apjomi. Šis apjoms ir balstīts uz praksē sniegto pakalpojumu apjomu tajā pašā ceturksnī iepriekšējā gadā. Apjoms ir daudzuma ierobežojums līdz kuram prakse saņem samaksu par tās pakalpojumiem pēc Vienotās vērtības skalas cenām. Standarta pakalpojumu apjomi vai uz kvalifikāciju balstīti papildu apjomi tiek apmaksāti pēc diferencētas cenas, kura ir atkarīga no tā, kādā apmērā ārsti-speciālisti un ģimenes ārsti ir pieprasījuši samaksu par standarta pakalpojumiem un uz kvalifikāciju balstītiem papildu pakalpojumiem, pārsniedzot šos ierobežojumus: 2% no speciālistiem un ģimenes ārstiem piešķirtā apjoma tiek atlikti šādu pakalpojumu apmaksai.
121. Pastāv elastīgas iespējas kompensēt standarta pakalpojumu un uz kvalifikāciju balstītu papildu pakalpojumu apjomu. Ja prakse neiztērē visu standarta pakalpojumu apjomu, attiecīgi iespējams pieprasīt vairāk samaksas par uz kvalifikāciju balstītiem papildu apjoma pakalpojumiem saskaņā ar Eiro brīvo kodu un otrādi. Tādi pakalpojumi kā regulārās pārbaudes un ambulatorā ķirurģijas pakalpojumi, ko slimokases apmaksā ārpus uz saslimstību balstītās vispārējās atlīdzības, tiek apmaksāti par Eiro vienotās vērtību skalas cenām bez ierobežojuma.

Akūta aprūpe slimnīcās

122. Kopš 1972. gada likuma par Slimnīcu finansējumu, slimnīcas tiek finansētas no diviem avotiem - investīcijas tiek finansētas no zemju (Länder) budžeta, bet tekošās izmaksas sedz slimokases, privātie veselības apdrošinātāji un paši pacienti. Slimokases finansē lielāko daļu operatīvo izmaksu, tostarp visas medicīnas preču un personāla izmaksas (izņemot nolīgto ārstu un vecmāšu izmaksas). Tāpat tās finansē aktīvu ar vidējo darbmūžu līdz trīs gadiem nomaiņu vai tehnisko apkopi un remontu. Atsevišķas slimnīcas un slimokases vienojas par operatīvo izmaksu finansēšanu, kas parasti notiek ar DRG starpniecību. Sākot ar 2004. gada janvāri visās akūtas aprūpes slimnīcās pakāpeniski jāīsteno Austrijas uzlabotās DRG sistēmas Vācijas modifikācija.
123. DRG jāsedz medicīniskā ārstēšana, māsu aprūpe, medikamenti un ārstēšanas iekārtas, kā arī ēdināšana un uzturēšanās, bet ne kapitāla izmaksas. Turklāt, Vācijas pašpārvaldes sistēmā līgumslēdzējām pusēm ir tiesības veikt sarunas par atlīdzību, kuru nesedz DRG ar papildu piemaksu par noteiktiem sarežģītiem vai dārgiem pakalpojumiem un/vai ļoti dārgām zālēm starpniecību.
124. Pakāpeniska DRG ieviešana ir inovatīva pieeja politikas īstenošanai, kas tikusi raksturota kā mācīšanās spirāli, kur tiek uzsvērtas ilgtermiņa lomas, mērķi un laika ietvari, taču ļaujot valdības pārstāvjiem un korporatīvajām organizācijām SVA pašpārvaldē izdot un uzlabot noteikumus un pastāvīgi uzlabot un attīstīt Vācijas DRG (V-DRG) sistēmu. V-DRG sistēma tiek izmantota visās akūtas aprūpes slimnīcās visiem pakalpojumu veidiem un kopš 2013. gada arī aprūpei visās psihiatrijas, psihoterapijas un psihosomatiskās medicīnas nodaļās.
125. 2012. gada Gadījumu cenu katalogā iekļautas 1148 DRG ar nacionālajām vienotajām svērtajām izmaksām, 40 DRG bez nacionālajām svērtajām izmaksām un 150 papildu maksas. 40 DRG un 64 papildu maksas bez nacionālajām svērtajām izmaksām tiek individuāli noteiktas sarunās ar katru slimnīcu, jo tās tika izslēgtas no nacionālajām vienotajām svērtajām DRG izmaksām, jo to izlases lielums bija nepietiekams aprēķinu veikšanai vai izmaksu starpība pārāk liela. Turklāt, līgumslēdzējām pusēm kopš 2005. gada ir tiesības vienoties par papildu apmaksu, izmantojot uz gadījumiem balstītu atlīdzību par dienu par īpaši specializētiem pakalpojumiem, ja iespējams pierādīt, ka konkrēto pakalpojumu nav iespējams atbilstoši apmaksāt ar DRG starpniecību vai atrisināt, izmantojot Gadījumu cenu kataloga papildu izmaksu sadaļu. Turklāt pastāv vairākas piemaksas, par kurām līgumslēdzējas puses var vienoties, kas ir īpaši būtiski universitātes slimnīcām. Piemēram, ir iespējams vienoties par piemaksām par inovatīvām diagnostikas un ārstēšanas procedūrām un pat pilnībā izslēgt noteiktas īpašas telpas un slimnīcas nodaļas no V-DRG sistēmas un finansēt tās saskaņā ar atsevišķu vienošanos.
126. Vienlīdzīgi svērtās DRG, kā arī visi augstāk aprakstītie atlīdzības komponenti un papildu atlīdzība par pavadīšanu, kvalitātes nodrošināšanu un maksu par pastāvīgu DRG apmaksas sistēmas attīstību veido aptuveni 20% no kopējās atlīdzības ne-psihiatriskās pacientu aprūpes stacionārā. Taču politiskais mērķis ir apmaksāt slimnīcu izdevumus pilnībā ar vienlīdzīgi svērto DRG starpniecību. Reģionālās SVA Medicīniskās pārskata padomes regulāri pārskata gadījumu piemērošanu DRG un to attiecīgo pakalpojumu izmantošanu.

Tās nosūta komandas uz pēc nejaušības principa izvēlētās slimnīcām, kuras atklāj savas medicīniskās un kodēšanas prakses. Gadījumu pārskatīšana kalpo kā preventīvs pasākums pret zemas kvalitātes pakalpojumu sniegšanu vai «augšup kodēšanu», kas ir zināms drauds DRG sistēmām. Gadījumos, kad tiek atklāta tīšas kodēšanas kļūdas, slimnīcas sedz saistītos ieņēmumus. Ja tiek pierādīts, ka slimnīca ir tīši izmantojuši kodēšanu, lai palielinātu ienākumus, tas papildus maksas atgriešanai, tai jāmaksā soda nauda, kuras summa ir vienlīdzīga ar atmaksājamo summu. Strīdi tiek risināti valsts līmenī apvienotas šķīrējtiesas komitejas priekšā.

Integrētā aprūpe

127. Vācu slimnīcas tradicionāli koncentrējas uz stacionāru aprūpi, kas ir stingri nodalīta no ambulatorās aprūpes, taču tā kļuvusi elastīgāka pēdējo gadu laikā, kad slimnīcām ir piešķirtas tiesības sniegt ambulatoros pakalpojumus un piedalīties integrētās aprūpes modeļos un slimību pārvaldības programmās (SPP). Jauni tā sauktās integrētās aprūpes noteikumi tika ieviesti SVA reformu likuma ietvaros 2000. gadā. Šo noteikumu mērķis bija uzlabot sadarbību starp ambulatorajiem ārstiem un slimnīcām, balstoties uz līgumiem, kas noslēgti starp slimokasēm un atsevišķiem pakalpojumu sniedzējiem vai pakalpojumu sniedzēju grupā, kas pieder dažādiem sektoriem. Juridisku un finansiālu ierobežojumu dēļ tika ieviestas tikai dažas iniciatīvas, kas balstījās uz šīm tiesību normām. Kopš SVA modernizācijas likuma pieņemšanas 2004. gadā, integrētā aprūpe tikusi arvien vairāk nostiprināta un tikuši precizēti atbildības noteikumi. Integrētās aprūpes līgumiem nav jāattiecas uz vairākiem sektoriem, taču tiem jāiesaista vismaz dažādu kategoriju pakalpojumu sniedzēji viena sektora ietvaros, piemēram, ģimenes ārsti un ilgtermiņa aprūpes sniedzēji. Integrētās aprūpes līgumiem nav nepieciešams SVA ārstu reģionālo apvienību apstiprinājums.
128. Lai finansētu integrēto aprūpi, slimokasēm bija skaidras tiesības (no 2004. līdz 2008. gadam) atskaitīt 1% no ambulatoro ārstu un slimnīcu aprūpes resursiem, tiklīdz noslēgti integrētās aprūpes līgumi. Šie resursi tika paredzēti lietošanai vienīgi integrētās aprūpes mērķiem noteiktajā ārstu asociācijas reģionā un, ja tie netika pilnībā izmantoti, tie bija jāatgriež. Turklāt recepšu medikamentu un medicīnisko palīg līdzekļu apjomi integrētās aprūpes līgumos tika pielāgoti, ņemot vērā apdrošinātās populācijas saslimstību.
129. Tādēļ integrētās aprūpes līgumi veido jaunu noteikumu un finanšu resursu sektoru. Lai noslēgtu integrētās aprūpes līgumu, slimokasēm jāvienojas par selektīviem līgumiem ar atsevišķiem pakalpojumu sniedzējiem vai pakalpojumu sniedzēju tīklu, piemēram, ārstiem, slimnīcām, rehabilitācijas iestādēm vai citiem veselības aprūpes profesionāļiem. Lai gan tiem visiem jābūt akreditētiem savā sektorā, tie var sniegt pakalpojumus dažādos sektoros integrētās aprūpes līguma ietvaros (piemēram, slimnīca var sniegt ambulatoros pakalpojumus, ja tai ir līgums ar ambulatoro ārstu). Turklāt integrētās aprūpes līguma līgumslēdzējas puses var nolemt pārņemt no SVA ārstu apvienībām garantētu pakalpojumu sniegšanu apdrošinātajiem cilvēkiem. Pakalpojumu sniegšanas garantiju var uzņemt slimokase un/vai ieteicamo pakalpojumu sniedzēju tīkls, ar kuru noslēgts līgums.

Ilgtermiņa aprūpe stacionārā

130. Pienākums garantēt profesionālu ambulatoro ilgtermiņa aprūpi ir juridiski noteikts ilgtermiņa aprūpes fondiem, kas atbild par likumā noteiktās ilgtermiņa aprūpes shēmas īstenošanu, kamēr federālās zemes nodrošina pieeju institucionalizētai aprūpei. Ilgtermiņa aprūpes gadījumā «duālā finansējuma» princips nozīmē, ka investīciju izdevumi par institucionālu ilgtermiņa aprūpi jāuzņemas federālajām zemēm, kamēr regulāros izdevumus finansē valsts vai privātie ilgtermiņa apdrošinātāji. Salīdzinājumā ar SVA (kur ambulatori privāti pakalpojumu sniedzēji pazemina investīcijas, izmantojot regulāros izdevumus), federālās zemes var finansēt arī ilgtermiņa aprūpes ieguldījumus ambulatorās aprūpes sektorā. Profesionāla ilgtermiņa aprūpe ambulatorajā sektorā tiek segta, balstoties uz maksu par pakalpojumu, kamēr institucionalizēta aprūpe balstās uz maksu par dienu.

Veselības aprūpes reformas, kas attiecas uz hroniskām slimībām

131. 2000. gadu laikā Vācijā tika ieviesti vairāki juridiski un reglamentējoši pasākumi, lai labāk risinātu hronisko slimību problēmas, lai gan vēl nav izstrādāta visaptveroša, integrēta nacionāla līmeņa stratēģija, kas aptver visu, sākot ar veselības veicināšanu un slimību profilaksi un beidzot ar kompleksu saslimšanu pārvaldību un paliatīvo aprūpi. Šobrīd saskaņā ar 2001. gada Riska strukturētās kompensācijas reformu likumu tiek ieviesta strukturētā aprūpe jeb Slimību pārvaldības programmas (SPP), kas ir galvenā reglamentējošā un vadošā sistēma hronisko slimību pārvaldībai Vācijā. Patiesi, SPP ieviešana valsts mērogā ir viens no svarīgākajiem jauninājumiem attiecībā uz pacientiem ar hroniskiem veselības traucējumiem Vācijas veselības aprūpes sistēmā (Ettelt et al., 2006).
132. Paralēli pasākumi tika paredzēti, sākot ar 2004. gadu, lai stiprinātu integrēto aprūpi, kas ļāva SVA fondiem piešķirt finanšu resursus, kopā 1% no ienākumiem, selektīvai līgumu slēgšanai ar atsevišķiem pakalpojumu sniedzējiem vai pakalpojumu sniedzēju tīkliem (Busse & Riesberg, 2004) - start-up finansējums (Anschubfinanzierung), kas piemērojams vienīgi integrētās aprūpes līgumiem, kas noslēgti līdz 2008. gada beigām. Pirmkārt, aprūpe, kuras centrā ir ģimenes ārsts, tiek stiprināta ar ģimenes ārstu līgumiem, kas paredzēti aprūpes koordinācijas un nepārtrauktības veicināšanai, kā arī tiek samazinātas izmaksas, mazinot pakalpojumu dublēšanos ambulatorās aprūpes sektorā. Pacienti brīvprātīgi izvēlas ģimenes ārstu, kurš vismaz vienu gadu ir pirmais kontaktpunkts, tas ir saistīts ar finanšu iniciatīvām, kas rosina ārstu pievienošanos. Kopš 2007. gada visi SVA fondi nodrošina aprūpi, kuras centrā ir ģimenes ārsts.
133. Otrkārt, medicīniskās aprūpes centru popularizācija, kas vērsta uz aprūpes koordināciju, izmantojot komandas, kurās parasti ir vismaz viens ģimenes ārsts, bet tajās var būt arī dažādi speciālisti, māsas, farmaceiti, psihoterapeiti un citi veselības aprūpes profesionāļi (Ettelt et al. 2006).
134. Treškārt, kopš 2007. gada pacientiem ar hroniskām saslimšanām un vecākiem pacientiem ir tiesības saņemt aprūpes pārvaldību pēc izrakstīšanas no slimnīcas. Pakalpojumu sniedzējiem un SVA fondiem ir jāorganizē individuāla un piemērota pēcaprūpe, kuru

iespējams nodrošināt ar integrētās aprūpes līgumu palīdzību vai ar reģionālo līgumu palīdzību, iesaistot dažādus dalībniekus. Turklāt, tiesiskais regulējums sniedz iespējas izpētīt jaunas aprūpes un ārstēšanas iespēju pieejas, izmantojot pilotprojektus un selektīvi noslēdzot līgumus speciālās ambulatorās aprūpes jomās.

135. Visbeidzot, tiesiskais regulējums nosaka, ka pilsoņiem ir tiesības uz agrīnu hronisku saslimšanu atklāšanu. Kopš 2008. gada SVA fondiem ir jāinformē to locekļi par pieejamiem preventīvās aprūpes pasākumiem, kas ietver «profilakses pases» izsniegšanu, lai dokumentētu konsultācijas par vēža skrīningu, kad sasniegts rekomendētais skrīninga vecums.

Slimību pārvaldības programmas

136. Vācu SPP ir strukturētas aprūpes pieejas, ko apstiprinājis Federālais apdrošināšanas birojs, cilvēkiem ar hroniskām saslimšanām. SPP ietver koordinātu ārstēšanu un aprūpi, ko nodrošina dažādi pakalpojumu sniedzēji un ir balstītas uz zinātniskiem un jaunākajiem pierādījumiem. SPP vispārīgie mērķi ir uzlabot cilvēku ar hroniskām saslimšanām aprūpes kvalitāti, it īpaši ilgtermiņa seku un sarežģījumu novēršana, lai kopumā samazināt aprūpes izmaksas.
137. SPP balstās uz tiesību aktiem un par to izstrādei atbild Federālā apvienotā komiteja, bet Federālais apdrošināšanas birojs atbild par programmu akreditāciju un uzraudzību. SPP ieviešana bijusi ierobežota, koncentrējoties uz atsevišķām izplatītām un dārgām saslimšanām, kam nepieciešama koordinēta ārstēšanas pieeja un kurām izstrādātas uz pierādījumiem balstītas klīniskās vadlīnijas (Siering, 2008). Ievērojot šos kritērijus, laikā no 2003. līdz 2006. gadam SPP tika ieviesti sešām saslimšanām: krūts vēzim, 1, un 2. tipa diabētam, koronārajai sirds slimībai, astmai un HOPS. Nesekmīgi koronārās sirds slimības SPP tika pievienots īpašs hroniskas sirds mazspējas modulis.
138. SPP parasti tiek īstenotas par SVA līdzekļiem, balstoties uz līgumiem, kas noslēgti starp SVA fondiem un pakalpojumu sniedzējiem, kurus parasti pārstāv reģionālās SVA ārstu asociācijas. Dalība SPP ir brīvprātīga gan pacientiem, gan pakalpojumu sniedzējiem. Ārsti sākotnēji bija noskaņoti pret sakarā ar bažām par datu konfidencialitāti un iejaukšanos un ierobežojumiem attiecībā uz medicīnisko lēmumu pieņemšanu (Siering, 2008). SPP piedāvā iniciatīvas gan pakalpojumu sniedzējiem, gan finansētājiem un ārsti, kuri piedalās programmās, saņem finansiālu kompensāciju, cita starpā, par pacientu datu un pacientu izglītošanas dokumentāciju. Pacienti, kuri vēlas piedalīties, izvēlas ārstu (parasti savu ģimenes ārstu), kurš rīkojas kā koordinējošais ārsts.
139. Galvenās SPP stratēģijas ietver pašpārvaldības atbalsta, piegādes sistēmas izstrādes, lēmumu pieņemšanas atbalsta un medicīniskās informācijas sistēmu elementus.
- *Pašpārvaldības atbalsts* ietver piekļuvi bezmaksas izglītības programmai, kuru parasti veido četras vai piecas 90-minūšu grupu nodarbības (Siering, 2008). Pacienti tiek regulāri apsekoti un tiem tiek atgādināts par nokavētām nodarbībām. Daži SVA fondi piedāvā pakalpojumus pa tālruni, lai papildus atbalstītu to locekļus, kas piedalās SPP.
 - *Piegādes sistēmas izstrāde* ietver trīs aprūpes līmeņu koordināciju: koordinējošo ārstu, specializēto medicīnisko aprūpi un stacionāro aprūpi, kur nosūtīšanu starp aprūpes līmeņiem nosaka normatīvie akti. Piemēram, diabēta SPP koordinējošais ārsts ir ģimenes

ārsts, lai gan dažos gadījumos (piemēram, ja ārsts jau ārstējis pacientu), tas var būt speciālists, piemēram, kardiologs koronārās sirds slimības SPP. Krūts vēža SPP koordinējošie ārsti parasti ir ginekologi. Pacientu apsekošana tiek nodrošināta, izvirzot prasību regulāri dokumentēt vairākus rādītājus (skat. zemāk) trīs līdz sešu mēnešu periodā.

- *Lēmumu pieņemšanas atbalsts* ietver Veselības aprūpes kvalitātes un efektivitātes institūta (VAKEI) izstrādāto uz pierādījumiem balstīto klīnisko vadlīniju izmantošanu. Iesaistītajiem ārstiem jāatbilst noteiktiem apmācības standartiem un tiem var nākties apmeklēt tālākizglītības kursus, lai kvalificētos dalībai SPP. Pakalpojumu sniedzējiem ir pienākums regulāri apmeklēt apmācības kursus vai kvalitātes uzlabošanas pasākumus.
- *Medicīniskās informācijas sistēmas* ietver standartizētu dokumentāciju par ārstēšanas gaitu, tostarp informāciju par pacienta stāvokli un pārbaužu rezultātiem, zāļu lietošanas režīmu un noteiktajiem ārstēšanas mērķiem. Dati tiek iesniegti SVA fondiem un SPP partneriem, kuri izstrādā kvalitātes ziņojumus. Pakalpojumu sniedzēji saņem atsauksmes ziņojumus par vairākiem parametriem, tostarp informāciju, kā to pacientu dati ir salīdzināmi ar vidējiem rādītājiem visās praksēs, kurās tiek ārstēti vismaz 10 SPP pacienti. Kopš 2008. gada elektroniskas dokumentācijas formu lietošana ir obligāta.

V Ieteikumi pamatnostādņu jomā

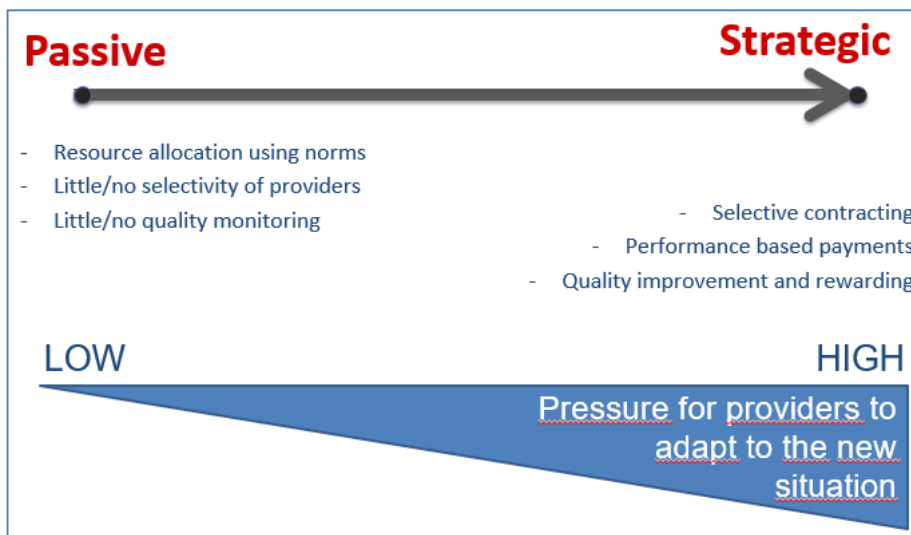
140. Ņemot vērā apmaksas un organizācijas ietekmi uz veselības aprūpes sistēmas izmaksām, kvalitāti un vienlīdzību, uz pierādījumiem balstīta lēmumu pieņemšana pamatnostādņu un pārvaldības jomā ir tik pat svarīga kā medicīnā (Kovner et al., 2001). Izvēloties starp alternatīvām veselības aprūpes finansēšanas un organizācijas metodēm, lēmumu pieņēmējiem ir ļoti svarīgi izvērtēt jaunākos pierādījumus par dažādu apmaksas metožu un organizācijas struktūru ietekmi, it īpaši tos mainīgos lielumus, kas ietekmē veselības aprūpes izmaksas, kvalitāti un vienlīdzīgumu. Iepriekšējā sadaļā aprakstītā starptautiskā pieredze rāda plašu stratēģiju klāstu, kas tiek izmantotas citās valstīs, lai ierobežotu izmaksas un uzlabotu aprūpes pieejamību un kvalitāti ar finansēšanas mehānismu palīdzību. Latvijai būs svarīgi identificēt daudzsološas stratēģijas un to ieviešanas prasības eksperimentālā ceļā. Pārējās šī pārskata sadaļas koncentrējas uz galvenajām jomām, kur šādi eksperimenti ir īpaši būtiski.

Stratēģisko iepirkumu izmantojums plašāku veselības aprūpes sistēmas mērķu sasniegšanai

141. Iepirkumi ir kas vairāk kā vienkārša pakalpojumu sniedzēju nolīgšana. Būtiska loma ir arī pilsoņiem, to pārvaldes institūcijām un pakalpojumu sniedzēju organizācijām. Institūcijas, kas veic iepirkumus, piešķir līdzekļus veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem pacientu vārdā apmaiņā pret veselības aprūpes pakalpojumiem. Tas ietver vairākas attiecības (piemēram, iepircējs - pakalpojumu sniedzējs, valdība - iepircējs, iepircējs - pacients) un vairākus mehānismus (vai «instrumentus») noteiktu mērķu sasniegšanai iepirkuma procesā, piemēram, līgumu noslēgšana, iniciatīvu saskaņošana un veselības vajadzību izvērtējums.

142. Stratēģiskajiem iepirkumiem vajadzētu maksimāli palielināt vispārējo veselības ieguvumu no pieejamajiem resursiem (t.i., lielāku sadales efektivitāti), kā redzams 2. attēlā. Pārejot no pasīviem un stratēģiskiem iepirkumiem Latvijas kontekstā, būtu svarīgi līgumu slēgšanas pamatā izmantot aprūpes programmas (skat. ieguvumu kopuma pārskatu un pakalpojumu sniegšanas modeli), iekļaut līgumos kvalitātes aspektus (skat. kvalitātes nodrošināšanas pārskatu) un iniciatīvas un apbalvojumus par uzlabotu sniegumu (skat. cilvēkresursu pārskatu), un iekļaut kapitācijas formulā vairākus riska korekcijas faktorus, kā skaidrots zemāk.

1.attēls: Virzīšanās no pasīvās uz stratēģisko iepirkšanu



Aprūpes programmas kā līgumu pamats

143. Integrēta aprūpes programma (saukta arī medicīniskā programma) tiek definēta kā «sagaidāmās aprūpes piemērotā laika grafikā vairākdisciplīnu apraksts, lai palīdzētu pacientam ar konkrētu saslimšanu vai simptomu kopumu progresīvi piedzīvot medicīnisko pieredzi, lai sasniegtu pozitīvus rezultātus” (Bandolier, 2011). Aprūpes programmas ir aplūkotas arī ieguvumu kopuma un pakalpojumu sniegšanas modeļa pārskatā un 3.pielikumā sniegts Austrālijas piemērs akūta koronārā sindroma gadījumam. Tās ir ārkārtīgi svarīgas, jo spēj vienlaikus uzlabot aprūpes efektivitāti un kvalitāti.
144. Slimnīcas maksājumu par stacionāra pakalpojumiem kontekstā, aprūpes epizode var būt aprūpes kopums, kas tiek sniegts laikā no uzņemšanas līdz izrakstīšanai, un medicīniskā programma var attiekties tikai uz daļu šīs epizodes vai uz visu epizodi no uzņemšanas līdz izrakstīšanai. Tā var attiekties par uz aprūpi, kas notiek divās vai vairākās vietās. Piemēram, viena medicīniskā programma var tikt izmantota, lai segtu grūtnieces ambulatoro aprūpi pirms uzņemšanas, uzturēšanos slimnīcā un mātes un bērna aprūpi pēc izrakstīšanas. Labākās programmas sedz pēc iespējas vairāk nepieciešamās aprūpes.

145. Labi izstrādāta programma parasti ietver vairākas atsauces uz izrakstīšanas plānošanu (skat. ASV piemēru 4. pielikumā). Piemēram, programma var noteikt, ka iespējamās ar izrakstīšanu saistītās problēmas ir jāatzīmē uzņemšanas laikā, jāveic izpēte un jāisteno pasākumi, lai novērstu potenciālās problēmas. Katru stacionārās aprūpes dienu programma rosinās aprūpes sniedzēju pārbaudīt, vai problēmas ir atrisinātas un vai parādījušās jaunas problēmas, kas varētu ietekmēt izrakstīšanu. Pēdējā stacionārās aprūpes dienā jāizpilda problēmu kontrolsaraksts, kas palīdzēs nodrošināt, ka primārās aprūpes sniedzēji ir gatavi pēcpārbaudei un ka pacients ir saņēmis zāles un zina kā tās lietot.
146. Aprūpes programma var tikt izmantota kā pamats līgumu noslēgšanai starp iepirkumu institūciju un veselības pakalpojumu sniedzēju (piemēram, slimnīcu). Tās var izmantot arī, lai uzlabotu selektīvu līgumu noslēgšanu (kur NVD aicina iesniegt piedāvājumus noteikta veida pakalpojumam), jo tās ļauj precīzi noteikt iespējamās aprūpes izmaksas un sniedzamā pakalpojuma kvalitāti. Pierādījumi liecina, ka pareiza aprūpes programmu izmantošana ir viens no labākajiem veidiem kā uzlabot izmaksu efektivitāti un pakalpojumu sniegšanas vienlīdzīgumu (Bernabei et al, 1998; Tummers et al, 2012). Pēc sākotnējiem izmēģinājuma pasākumiem, NVD varētu apsvērt finansiālos stimulus, lai rosinātu pakalpojumu sniedzējus īstenot programmas Latvijā. Piemēram, pakalpojumu sniedzēji, kuri piedalās programmas izstrādē, īstenošanā un veicināšanā, saņem finansiālu atalgojumu vai līgumus var noteikt prēmiju maksājumus par pareizu programmu izmantojumu. Nejauši izvēlēta kontrolpārbaude palīdzētu noteikt optimālo apmēru šādai piemaksai. Piemēram, uzdevuma veicējus varētu pēc nejaušības principa iedalīt dažādās grupās: (i) grupa, kas saņem vidējo gaidīto piemaksu sākumā, kura saņem pielāgotu (lielāku vai mazāku) piemaksu, balstoties uz reālo sniegumu perioda beigās un (ii) grupa, kas saņem piemaksu perioda beigās, balstoties uz reālo sniegumu. Šiem piemaksas veidi, savukārt, varētu tikt ieviesti grupām, kas ir pēc nejaušības principa sadalītas starp (iii) tiem, kuriem piemaksa tiek aprēķināta kā papildinājums esošai samaksai un (iv) tiem, kam daļa no esošā atalgojuma atkarīga no jauno metožu izmantošanas.¹²

Līgumos noteikta pakalpojumu kvalitāte

147. Ir daudzi veidi kā iekļaut pakalpojumu kvalitāti līgumos. Izplatītākās pieejas ir pieprasīt pakalpojumu sniedzējiem ziņot par incidentiem (bieži saukti par nevēlamiem notikumiem), veikt klientu (pacientu) viedokļu aptaujas, veikt pakalpojumu sniedzēju izlases ārējo auditu un noteikt aprūpes sniegšanas standartus (ar zemu ārējās auditēšanas līmeni). Perspektīva standartu noteikšana koncentrējas uz kļūdu novēršanu, nevis sodīšanu par jau izdarītiem pārkāpumiem. Ja veselības aprūpes sistēma ir darbojas pareizi, tas tiek darīts, medicīniskās prakses vadlīnijās norādot labas aprūpes metodes

¹² Piemaksu shēma, kura saskan ar iepriekš minēto grupai (i) veiksmīgi uzlaboja testu rezultātus skolās ar zemu snieguma līmeni ASV (Fryer et al, 2012), vairāk nekā viens variants atbilda grupai (ii). Lai uzzinātu vairāk par kontroles pārbaudi veikšanu nejaušas izlases grupām efektīvu sociālo politiku identificēšanai, t.sk. kā savstarpēji pārbaudīt grupas (i) un (ii) ar variantiem no (iii) un (iv), lūdzu skt. Glennersteru un Takavarašu (2013), Gertleru et al. (2010) un Hainu et al. (2012)

un pieprasot aprūpes sniedzējiem īstenot medicīniskās prakses vadlīnijas, izmantojot aprūpes programmas.

148. Šobrīd Latvijā īstenotās kvalitātes pārvaldības pieejas ir neapmierinošas (skat. arī kvalitātes nodrošināšanas mehānismu pārskatu). Kamēr ģimenes ārstiem ir tiesības saņemt papildu maksājumus, balstoties uz iegūto kvalitātes punktu skaitu (P4P shēma), pastāv noteikts skatījums uz papildus jautājumu iekļaušanu gan saistībā ar preventīvo veselības aprūpi, gan primāro veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības veicināšanu. Piemēram, pieņemot, ka ģimenes ārsti nevar noraidīt jaunus pacientus, balstoties uz viņu veselības stāvokli, ģimenes ārsti var saņemt piemaksas balstoties uz izmaiņām pēc procentuālajām izmaiņām pacientu skaitā, kuriem nav liekā svara, procentuālajām izmaiņām to pacientu skaitā, kam ir normāls asinsspiediens un procentuālam pacientu skaitam ar normālu holesterīna līmeni. Par šo informāciju var ziņot paši ģimenes ārsti un gan NVD, gan Veselības inspekcija var organizēt auditu, lai novērtētu nepatiesi sniegtās informācijas apjomu un stimulētu ārstus sniegt adekvātu informāciju. Ideālā gadījumā šo informāciju vajadzētu glabāt elektroniskā veselības sistēmā, jo tas palīdzētu ne tikai noteikt, kuriem pacientiem varētu būt nepieciešama stacionāra ārstēšana kombinācijā ar esošajām maksājumu datu tendencēm, bet arī samazinātu ģimenes ārstu vajadzību ziņot.
149. Daudzas valstis izmanto finansiālo stimulāciju ģimenes ārstiem par virsstundu darbu. Dānijā, piemēram, tiek pielāgota speciāla takse par konsultācijām pēc darba laika, tālruņa konsultācijām un mājas vizītēm. Beļģijā 2002. gadā vienreizējā piemaksa €125 par 24 stundu periodu tika pielāgots ģimenes ārstam, kursi strādāja brīvdienās un svētku dienās, savukārt Nīderlandē ģimenes ārsti saņem apmaksu par pēc darba laika nostrādātajām stundām. Pirmajā acu uzmetienā var šķist, ka šādu shēmu īstenošanai nepieciešami papildus līdzekļi, taču jāatceras, ka primāro veselības pakalpojumu sniegšana šiem pacientiem slimnīcu ātrās palīdzības nodaļās ir daudz dārgāks veids, kā nodrošināt pieeju pakalpojumiem.
150. Slimnīcu galvenie snieguma rādītāji un kvalitātes indikatori, kas būtu sasaistīti ar samaksu vai akreditāciju, vēl nav izstrādāti. Indikatoru komplekts slimnīcu kvalitātes vērtēšanai, ko NVD šobrīd publicējis savā mājaslapā, var būt labs izejas punkts¹³. Balstoties uz šiem indikatoriem, NVD varētu apsvērt etalona eksperimentu un aicināt slimnīcas pārrunāt rezultātus. Šādas konsultācijas varētu palīdzēt NVD uzlabot kvalitātes indikatorus un tajā pašā laikā uzsākt būtiskas diskusijas par kvalitātes paaugstināšanu slimnīcu pakalpojumiem. Nākotnē ideālā gadījumā uzmanība jāpievērš aprūpes

¹³ Šobrīd NVD publicē informāciju par šādiem indikatoriem: pacientu mirstība 30 dienu laikā pēc hospitalizācijas ar akūtu miokarda infarktu; pacientu mirstība 30 dienu laikā pēc hospitalizācijas ar hemorāģisko vai išēmisko insultu; steidzama atkārtota hospitalizācija 30 dienu laikā tajā pašā slimnīcā pacientiem ar šizofrēniju, šizoīdajiem traucējumiem vai halucinācijām; ievainojumi no procedūrām vai ķermenī atstātie svešķermeņi uz katriem 100 izrakstītajiem; pēcoperācijas plaušu embolija vai dziļo vēnu tromboze uz katriem 100 izrakstītajiem; pastāvīgu III vai IV pakāpes plīsumu daudzums vaginālajām dzemdībām; pacientu skaits un procentuālā daļa dzemdībām ar ķeizargriezienu un komplikācijām; vidējais guļot pavadītais dienu skaits un vidējais aizņemto vietu skaits; proporcija tiem pacientiem, kas atgriežas slimnīcā ar atkārtotām sūdzībām.

pakalpojumu sniedzēju iedrošināšanai pašiem veikt kvalitātes vadību, veicinot nepārtrauktas kvalitātes uzlabošanas kultūru. Šobrīd šo procesu iespējams veicināt, nodrošinot skaidru atalgojumu pakalpojumu sniedzējiem (finansu bonusus, detalizēts kvalitātes novērtējums), kuri uzlabo izmaksu efektivitāti un aprūpes kvalitāti.

Stimuli un atlīdzība par snieguma uzlabošanu

151. Jebkuras maksājuma formulas svarīgākais mērķis ir nodrošināt stimulus un atalgot pakalpojumu sniedzējus par snieguma uzlabojumu. Nav iespējams izstrādāt un īstenot ideālu sistēmu un galvenajam mērķim jābūt pilnvarot un rosināt vadītājus nepārtraukti veikt uzlabojumus. Maksājumu metodes, kas neveicina aprūpes sniegšanas uzlabošanu, piemērs ir maksa par katru dienu, ko pacients uzturas stacionārā, jo tas veicina garākus uzturēšanās periodus nekā nepieciešams. Vēl viens piemērs ir mazāki maksājumi, ja pacientam tiek veikta operācija tajā pašā dienā, kad vispārīgi pierādījumi (Munnich et al., 2013) liecina, ka tas ir izmaksu ziņā efektīvāk un sniedz kvalitatīvākus rezultātus dažāda veida procedūrām.
152. Apmaksa par atsevišķiem gadījumiem nodrošina spēcīgāku stimulu. Tomēr pastāv risks, ka slimnīcas izrakstīs pacientus pārāk ātri un nespēj sniegt diagnostikas pakalpojumus, kas varētu būt nepieciešami. Šī iemesla dēļ Latvijai nevajadzētu paļauties tikai uz maksājumiem par gadījumu skaitu. Ļoti būtiski ir arī citi pasākumi, tostarp specifisku finanšu iniciatīvu nodrošināšana aprūpes kvalitātes nodrošināšanai. Sākotnēji būtu jāuzsver aprūpes metožu izmaiņu rosināšana, kas ir gan izmaksu ziņā efektīva, gan veicina kvalitāti - piemēram, izmantot aprūpes programmas, mazināt diagnostikas pakalpojumu dublēšanos un izvairīties no lieku vai bīstamu medikamentu izrakstīšanas.

Labāka riska korekcija

153. Latvijā kapitācijas aprēķina formula ir ļoti elementāra, jo tā balstās vienīgi uz vecumu (6 vecuma grupas: pacienti jaunāki par 1 gadu, 1-7 gadi, 7-18 gadi, 18-45 gadi, 45-65 gadi un 65 gadi un vecāki). Ir skaidrs, ka vecums ir būtisks aspekts, kas ietekmē izdevumu atšķirības, jo slimību profili mūža garumā mainās, taču pastāv daudzi citi potenciālā riska mainīgie, kuru mērīšana ir tik pat vienkārša. Zemāk apkopoti faktori, kas dažādās valstīs parasti tiek iekļauti riska korekcijas formulās, no tiem daži ir iekļauti fiksētajos maksājumos, kas paredzēti ģimenes ārstu atbalstam.
- *demogrāfija*: vecuma un dzimuma grupas;
 - *nodarbinātības / invaliditātes statuss*: sociālās drošības kategorijas - piemēram, nodarbinātie, nedziedināmi slimie, īslaicīgi darba nespējīgie, bezdarbieki, pensionāri (kā Nīderlandē);
 - *ģeogrāfiskā atrašanās vieta*: pilsēta/lauki, iedzīvotāju blīvums, pakalpojumu sniedzēja izmaksas, kas atšķirtas atkarībā no ģeogrāfiskās atrašanās vietas;
 - *saslimstība un mirstība*: mirstības rādītāji, zems piedzimšanas svars, iepriekšējās diagnozes;

- *sociālie faktori*: bezpajumtnieki, pieeja izglītībai, bezdarbs, labklājības statuss, ģimenes stāvoklis, ģimenes struktūra, mājokļa kvalitāte, mājokļu apsaimniekošana, kopdzīve, ienākumi.

Labāka visu pakalpojumu sniedzēju ienākumu avotu pārvaldība

154. Bieži vien iepircējs vai aģentūra, kas darbojas veselības apdrošināšanas shēmā, nav vienīgā puse, kas veic maksājumus. Piemēram, vietējā pašvaldība var nodrošināt ēkas par velti un pacientiem ir jāveic līdzmaksājumi. Latvijā, piemēram, 2014.gadā cilvēku līdzmaksājumi sastāda gandrīz 37 procentus no kopējiem izdevumiem par veselību (WDI, 2016)
155. Izstrādājot katra iepircēja maksājuma modeli, ir būtiski ņemt vērā visus aspektus. Ja tikai ņemts vērā tikai viens maksājumu avots, vēlāk var rasties neskaidrības attiecībā uz atbildību par samaksu. Turklāt, ja pastāv vairāki maksājumu avoti, tie aprūpes sniedzējiem var piedāvāt pretrunīgus stimulus. Dažās valstīs, tostarp Latvijā, var pastāvēt arī neformāli maksājumi, maksājumi, kurus pacienti veic neoficiāli un kuri neparādās oficiālā uzskaitē. Tas nav vēlams, jo tas nozīmē, ka maksājumus nav iespējams kontrolēt godīguma un izmaksu efektivitātes nodrošināšanai. Nākotnē vajadzētu veicināt izpratni par visiem pakalpojumu sniedzēju resursu avotiem. Būs grūti nodrošināt, ka jaunā maksājumu par gadījumiem metode, balstoties uz DRG, rada vēlamo ietekmi, ja maksājumi attieksies tikai uz daļu no pakalpojumu sniedzēju ienākumiem. Pārmaiņas būs sarežģītas un prasīs visu iesaistīto pušu līdzdalību - ne tikai valdības iestāžu dažādu sektoru, aprūpes pakalpojumu sniedzēju un medicīnas asociāciju, bet arī patērētāju pārstāvju iesaistīšanos.
156. Ideālā gadījumā NVD varētu uzskaitīt visas vizītes un manipulācijas līdz ar pacientu iemaksām visiem ārstiem, kuriem ir līgums ar NVD, neatkarīgi no tā, vai NVD ir vai nav maksājis par pakalpojumu. Ar šo informāciju par cenām un NVD neapmaksātu pakalpojumu apjomu NVD varētu novērtēt kopējo vērtību privāti apmaksātajiem ārpuslīguma pakalpojumiem un NVD maksājumu daļu par katra ārsta sniegtajiem pakalpojumiem. Ja NVD sedz tikai mazu daļu no izmaksām par noteiktu pakalpojumu, tad tā ietekme uz finansiālām iniciatīvām varētu būt ierobežota. Šobrīd NVD nav pieejas šī veida informācijai bet tikai apkopotai informācijai par kopējo valsts neapmaksāto pakalpojumu apjomu (No Slimību novēršanas un kontroles centra datiem) un katra ārsta kopējie ieņēmumi (no Valsts ieņēmumu dienesta).
157. Ja pastāv iemesls uzskatīt, ka privātie maksājumi rada stipru ietekmi uz ārstniecības pakalpojumu sniedzēju iniciatīvu strādāt, NVD vai Veselības inspekcijai vajadzētu apsvērt auditu caur nepieteiktu standartizētu pacientu datiem (skat., piemēram, Das et al (2016)) vai pacientu aptauju pēc pakalpojuma saņemšanas.

Pilnīgāka DRG ieviešana

158. Maksājumu par gadījumiem, balstoties uz DRG, ieviešana ir ievērojamas pārmaiņas veidā, kā tiek veikti maksājumi Latvijas slimnīcām. Pirmkārt, tiks izmantota daudz sarežģītāka klasifikācija un pastāv finanšu riski, kas saistīti ar detaļu izpratnes trūkumu. Otrkārt, maksājumu likmes būs godīgākas un līdz ar to palielināsies atšķirības starp labi pārvaldītām un slikti pārvaldītām slimnīcām. Citiem vārdiem, slimnīcas peļņa daudz precīzāk atspoguļos labas aprūpes izmaksas. Treškārt, jaunajai maksājumu metodei var būt citas īpatnības - piemēram, efektīvākas auditēšanas metodes un jaunu maksājumu

veidu par intensīvo aprūpi un ne-akūtu stacionāra pacientu aprūpi ieviešana, kas padarīs maksājumus vēl kompleksākus un godīgākus.

159. Latvijā slimnīcas joprojām saņem maksājumus, balstoties uz «iezīmēto pakalpojumu programmām» un DRG. DRG ir atzīta pacientu klasifikācijas sistēma, kas ļauj grupēt akūtā stāvoklī uzņemtu pacientu aprūpes epizodes līdzīgu saslimšanu un līdzīga slimnīcas rezultātu izmantojuma grupās. Iezīmēto pakalpojumu programmās dažādas medicīniskas saslimšanas (diagnozes) un dažādi slimnīcas pakalpojumi (procedūras) tiek apvienoti vienā programmā, kā redzams 5. tabulā zemāk. Tā rezultātā, slimnīcas, kurās tiek veiktas tikai vienkāršas procedūras, saņem tādus pašus maksājumus kā slimnīcas, kas veic komplikētākas procedūras. Viena iezīmēto pakalpojumu programma atbilst 14 dažādām DRG.

1. tabula: Diagnozes un procedūras saistītas ar žults izvades programmu Latvijā

Programmas nosaukums	Diagnoze	Procedūra
Žults izvades operācija	B18.0; B67.0; B67.3; B67.5; B67.6; B67.8; C22.0-C22.2; C22.7; C22.9; C24; C78.7; K75.0; K76.0; K76.8; K83.0-K83.3	60070 + 21015; 60070 + 21021; 60070 + 21046; 60070 + 21066; 60070 + 21068; 60070 + 21079; 60070 + 24126; 60070 + 30058; 60070 + 50118; 60070 + 50130; 60,070 + 50,144 to 50,146; 60070 + 50720; 60070 + 50724

160. Pilnīgāka DRG sistēmas ieviešana un iezīmēto pakalpojumu programmas atcelšana nozīmētu godīgākus maksājumu apstākļus visās slimnīcās, tāpat kā DRG attiecināšana arī uz ķirurģiskajiem pakalpojumiem dienas slimnīcās. Pilnīgāka DRG sistēmas ieviešana nozīmē arī cenu izstrāde, balstoties uz slimnīcās ārstēto gadījumu izmaksām, kas ietver izmaksu noteikšanu un datu ievākšanu, kā arī pamata/atsauces cenu un DRG cenu saraksta izveidi. Taču valstis, kas tikko uzsākušas DRG ieviešanu parasti aizņemas izmaksu svērtos rādītājos no citām vidēm, kas tiek uzskatītas par līdzīgām stacionārās aprūpes izmaksu struktūrai. Nacionālo svērto rādītāju izstrāde, sākot ar pirmajiem principiem DRG sistēmas ieviešanas sākumā nav ieteicama, jo tādā gadījumā nepieciešams precīzi piemērot izdevumus katram gadījumam, kas tiek iekļauts konkrētā DRG, un tad sasaistīt DRG izmaksas citas ar citām, lai izveidotu izmaksu svērto rādītāju.

161. Latvija var gūt labumu arī īstenojot papildu instrumentus, ne tikai DRG, piemēram:

- *uzņemšanas noteikumi*, ņemot vērā risku, ka pacienti var tikt uzņemti bez pamata, brīžos kad ir pieejamas izmaksu ziņā efektīvākas alternatīvas (piemēram, ambulatorā medicīniskā aprūpe vai aprūpe mājās);
- *atkārtotas uzņemšanas noteikumi*, kas ir iespējams apvienot divas uzturēšanās reizes un viena pacienta maksu vienā;
- *papildu maksa vai maksājumu samazināšana* atbilstoši saskaņā ar DRG aprēķinātam uzturēšanās ilgumam (Uzturēšanās ilguma augšējais un apakšējais sliekšnis);
- *nosūtījumu ierobežošana*, ja dažu DRG maksājumi var tikt samazināti, samazinot pārvietošanu no vienas slimnīcas un citu; un
- *augstu izmaksu pacientu maksājumi* (ārējie pacienti).

162. Vēl viens būtisks paralēls pasākums, lai veicinātu DRG ieviešanu būtu interaktīvas grupēšanas lietojumprogrammas izstrāde. Šobrīd Latvijā pieejama tikai DRG grupēšana partijas režīmā. Interaktīva grupēšana ļautu ievadīt gadījuma datus tieši ievades ekrānā un iegūt nekavējošu atbildi par DRG iedalījumu vai avota datu problēmām, kas veicinātu DRG apguvi un uzlabotu izpratni par jauno sistēmu. Horvātijas DRG grupētāja interaktīvais attēls redzams 2. attēlā. Pievērsiet uzmanību kreisajā pusē redzamajai iedaļai ar apzīmējumu «GST». Tur redzams kods, kas apzīmē kļūdas veidu, ja iedalījuma procesu nav iespējams pabeigts. Pievērsiet uzmanību arī lodziņam «Grupiraj» ekrāna augšējā labajā pusē. Šis lodziņš ļauj lietotājam aktivēt grupēšanas procesu, saglabāt rezultātus un pārskatu.

1. attēls: Horvātijas DRG grupētāja interaktīvais ekrāns

The screenshot shows the following data:

Pacijenta podaci:
 Ime: [] Prezime: []
 Datum rođenja: 01.01.1975
 Spol: muški
 Dob: 40 god
 Trajanje: [] dana
 Težina: [] g
 Liječ. vlastitom voljom: Da

Diagnoze:
 I21.0
 Postupci: 35309-06

DRG i postupci:
 DTS: 05 - Postupci na krvožilni sustav, osim velike rekonstr. bez primjene crpke za kardiopulmon premoštenje (CPB pump), bez vrlo teških ili teških KK
 GST: 00 - Normalno grupiranje
 GDK: 05
 Koeficijent: 1.62
 Cijena za osiguranje osobe HZZO: 12150,00

Traženje Dijagnoze (Rezultati pretraživanja):

Šifra	Opis
I21	Akutni infarkt miokarda
I21.0 DP	Akutni transmuralni infarkt miokarda prednje stijenke
I21.1 DP	Akutni transmuralni infarkt miokarda donje stijenke
I21.2 DP	Akutni transmuralni infarkt miokarda ostalih lokalizacija
I21.3 DP	Akutni transmuralni infarkt miokarda neoznačene lokalizacije
I21.4 DP	Akutni subendokardijalni infarkt miokarda
I21.9 DP	Akutni infarkt miokarda, neoznačeni
I23	Određene komplikacije koje stječu nakon akutnog infarkta miokarda
I25.8 DP	Ostali oblici kronične ishemične bolesti srca
I46.1 DP	Iznenadna srčana smrt, tako opisana
I74	Embolija i tromboza arterija
I82	Ostale embolije i tromboze vena

Traženje Postupci (Rezultati pretraživanja):

Šifra	Opis
30451-00	Zamjena bilijarnog stenta
30451-01	Odstranjenje bilijarnog stenta
30451-02	Endoskopska zamjena bilijarnog stenta
30451-03	Endoskopsko odstranjenje bilijarnog stenta
30452-01	Koledokoskopija s pasažom stenta
30491-00	Endoskopsko postavljanje stenta u bilijarni trakt
30491-01	Endoskopsko postavljanje stenta u kanal gušterače
31412-00	Ekscizija rekurentnog ili perzistentnog parafaringealnog tumora cervikalnim pristupom
34824-00	Primjena vanjskog stenta za površinsku venu
34833-00	Primjena vanjskog stenta za duboku venu
35309-06	Perkutana transluminalna angioplastika balonom s postavljanjem jednog stenta
35309-07	Perkutana transluminalna angioplastika balonom s postavljanjem više stentova
35309-08	Otvorena transluminalna angioplastika balonom s postavljanjem jednog stenta
35309-09	Otvorena transluminalna angioplastika balonom s postavljanjem više stentova
35310-00	Perkutano umetanje 1 transluminalnog stenta u jednu koronarnu arteriju

163. Ieviešot maksājumus par atsevišķiem gadījumiem, izmantojot DRG, tiks radīta iespēja veikt tik ļoti nepieciešamos pārskatu uzlabojumus. DRG sistēma sniedz vērtīgus datus, ko var izmantot slimnīcas stacionāra aprūpes epizožu analīzei slimnīcas sistēmā. Dati ļauj ārējām aģentūrām (un iedzīvotājiem kopumā) izvērtēt sniegtās aprūpes efektivitāti un kvalitāti. Datus iespējams izmantot, lai iegūtu šādu informāciju:

- DRG un procedūru salīdzinājums starp dažādām slimnīcām;
- medicīniskie profili pēc procedūrām, diagnozēm, pacientu vecuma un rezultātiem; un
- pārskatu un salīdzinošo novērtējumu efektivitātes.

Tomēr ir svarīgi atzīmēt, ka nepieciešams pievērst milzīgu uzmanību, izstrādājot vai pārstrādājot pārskata sistēmas. Reiz pieļautās kļūdas bieži vien ir ļoti grūti labot un pārskata prasību izmaiņas ir saistītas ar lielām izmaksām. Tomēr nozīmīgākās izmaksas ir laiks, kas veselības aprūpes personālam jāpatērē informācijas apkopošanai un reģistrācijai. Šobrīd Latvijas pakalpojumu sniedzējiem ir jāsniedz liels informācijas apjoms NVD un SPKC. Ekspertu intervijās

ar ārstiem un profesionālo asociāciju pārstāvjiem atklājās, ka pakalpojumu sniedzēji nav informēti, kā šī informācija tiek izmantota.

Dažāda veida maksājumu metodes dažāda veida aprūpē

Intensīvā aprūpe

164. Dažās veselības aprūpes sistēmās intensīvā aprūpe (IA) tiek aplūkota kā DRG gadījumu maksājumu komponents. Savā ziņā tas ir loģiski. Akūtas stacionāra epizodes ietver zāļu izmaksas, māsu izmaksas un tā tālāk - un tās netiek segtas atsevišķi. Tomēr daudzās slimnīcu sistēmās IA tiek apmaksāta atsevišķi - un DRG maksājumi neietver IA izmaksas. Šobrīd Latvijā vienīgi mehāniskā ventilācija tiek apmaksāta atsevišķi pacientiem, kuriem ir nepieciešama ilgstoša ventilācija.
165. Ir divi galvenie iemesli, kādēļ Latvijas slimnīcās būtu prātīgi apmaksāt IA atsevišķi. Pirmkārt, atsevišķi maksājumi varētu palīdzēt labāk pārvaldīt IA. Ja finansējums nav nošķirts, ir grūtāk izveidot atsevišķus uzlabojumu stimulus. Otrkārt, atdalīšana varētu palīdzēt veikt maksājumus slimnīcām godīgāk. Visas slimnīcās nav vienādu intensīvās aprūpes iespēju un tās neaprūpē vienādus pacientus, kuriem nepieciešama IA. Labākais veids, kā nodrošināt taisnīgus maksājumus par intensīvo aprūpi ir zināt, kādā mērā pacientiem patiešām ir nepieciešama intensīvā aprūpe (un kādā mērā viņi to saņem). Daudzās valstīs tas tiek panākts, analizējot Akūtās fizioloģijas un hroniskas veselības novērtējumu (APACHE) vai Vienkāršoto akūtās fizioloģijas rādītāju (SAPS) uzņemot vai izrakstot no intensīvās aprūpes.

2. attēls: SAPS II kalkulators

SAPS II Calculator					
<ul style="list-style-type: none"> • Enter the lowest and the highest values for the physiologic parameter • Use the worse values during the 24 hour period 					
Select the Unit:	<input checked="" type="radio"/> STD Units <input type="radio"/> SI Units				
	Lowest	Highest		Lowest	Highest
Temperature :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sodium (mmol/L)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input checked="" type="radio"/> °F <input type="radio"/> °C					
Systolic BP (mm Hg):	<input type="text"/>	<input type="text"/>	potassium (mmol/L)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Heart Rate (/m):	<input type="text"/>	<input type="text"/>	BUN	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MV or CPAP	<input type="radio"/>		Bilirubin	<input type="text"/>	
Fio2 (%):	<input type="text"/>		HCO3 (mmol/L):	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PO2:	<input type="text"/>		WBC (x10 ³ /mm ³)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Urine Output	Select <input type="text"/>		GCS (calculate)	<input type="text"/>	
Type of Admission	Select <input type="text"/>		Chronic Disease	Select <input type="text"/>	
AGE	<input type="text"/>				
<input type="button" value="Calculate"/> <input type="button" value="Reset"/>					
SAPS Score			<input type="text"/>		
Predicted Mortality Rate			<input type="text"/>		

166. SAPS II kalkulators ir redzams 3. attēlā. Tas ir medicīniski pamatos veids, kā izvērtēt intensīvās aprūpes nepieciešamību un tiek izmantots lielākajā daļā labi pārvaldītu veselības aprūpes sistēmu visā pasaulē.¹⁴Šīs informācijas reģistrācija ir medicīniski nepieciešama un tādēļ intensīvās aprūpes uzraudzības un maksājumu dati var būt labas medicīniskās aprūpes blakusprodukti. Citiem vārdiem, APACHE un SAPS rādītāji ļauj NVD un Veselības ministrijai saprast kāda veida intensīvā aprūpe tie nodrošināta un izlemt, kā sadalīt pieejamos līdzekļus slimnīcu starpā. Dati arī ļaus izvērtēt intensīvās aprūpes efektivitāti. Lai to redzētu, ir vērts apsvērt APACHE vai SAPS II instrumentu (vai jebkuras starptautiski atzītas vērtējuma sistēmas) testēšanu nejausā slimnīcu izlasē.

Ne-akūta stacionārā aprūpe

167. Vēl viena būtiska stacionāra pacientu grupa ir ne-akūtie vai mazāk akūtie pacienti. Tie aizņem gultu vienu vai dažas dienas, taču tiem nepieciešama mūsu pamata palīdzība ikdienas aktivitātēs un tādēļ ir iespējams, ka šo pacientu aprūpi ir iespējams nodrošināt citā vidē, piemēram, mājās ar mājas māsas atbalstu. Šobrīd Latvijas slimnīcās šādi pacienti un akūti pacienti stacionārās aprūpes epizodēs nošķirti netiek, lai gan ir specifiski pakalpojumi šī tipa pacientiem, ietverot aprūpi aprūpes slimnīcā vai aprūpes gultās un ambulatoro mājas aprūpi. Tas potenciāli rada vairākas problēmas:
- trūkst informācijas plānošanai veselības sektora, jo šī stacionāra pacientu grupa netiek atsevišķi nošķirta
 - netaisnīgs finansējuma sadalījums ne-akūtu stacionāra pacientu aprūpei, kas var nozīmēt nevienlīdzīgu pacientu pieeju aprūpei.
168. Pastāv dažādas pieejas, lai risinātu šo jautājumu, ko būtu iespējams īstenot Latvijā. Viena ir vienkārši ignorēt šo jautājumu un cerēt, ka finansiālie stimuli par samazinātu stacionāra aprūpi iedrošinās slimnīcas pārnest ne-akūtu stacionāra pacientu aprūpi citā vidē. Augot pieprasījumam varētu augt spiediens palielināt pieeju ārpus slimnīcas aprūpei.
169. Otra iespēja būtu pieņemt stratēģiskus lēmumus pārvirzīt resursus no slimnīcas uz ārpus slimnīcas pakalpojumiem. Piemēram, NVD varētu nolemt samazināt slimnīcas maksājumu līmeņus un pārvirzīt ietaupījumus uz ārpus slimnīcas pakalpojumiem. Mērķis varētu būt, piemēram, 5% izmaiņas piecu gadu laikā.
170. Trešais variants ir uzsākt ne-akūtas stacionāra aprūpes pakalpojumu uzskaiti, pieņemot, ka labāka izpratne veicinās labāku lēmumu par resursu sadali pieņemšanu. Taču šī varētu nebūt pievilcīgākā iespēja, jo kvalitatīvas informācijas ieguvei būtu nepieciešami vairāki izpētes gadi.

¹⁴ Piemēram, Vācijā, Dānijā, Somijā, Nīderlandē, Beļģijā, Francijā, Polijā, Lielbritānijā, Itālijā, Spānijā, Portugālē, un Horvātijā.

171. Daudzās slimnīcu sistēmās izmantotā pieeja ietver *kategoriiju maiņas* koncepciju, kas nozīmē viena veida aprūpes epizodes beigas un cita veida epizodes sākumu, kamēr pacients atrodas slimnīcā. Piemēram, Slovēnijā visi akūtie pacienti statistiski tiek pārvērti par ilgtermiņa pacientiem pēc 20 dienu ilgas uzturēšanās slimnīcā. Lai izprastu, kā tas darbojas, iedomājieties vecāka gadu gājuma pacientu, kurš tiek hospitalizēts ar kritiena izraisītu lūzumu un tiek reģistrēts kā akūts stacionāra gadījums, kas ilgst divas dienas. Pēc tam atbildīgais ārsts uzskata, ka pacienta uzturēšanās slimnīcā no medicīniskā viedokļa vairs nav būtiska. Tomēr pacients joprojām atrodas slimnīcā, jo tam joprojām nepieciešama aprūpe vēl četras dienas, kas citādi nebūtu pieejama. Pielietojot kategoriiju maiņas koncepciju, akūta stacionāra epizode beidzas pēc divām dienām. Taču pacients nekavējoties tiek uzņemts (no statistikas viedokļa) kā ne-akūtas stacionāras aprūpes pacients uz četrām dienām. Tādējādi pacients tiek uzskaitīts kā divu dienu akūta stacionārā aprūpe (klasificēta pēc RGD) un kā atsevišķa ne-akūtas stacionārās aprūpes epizode, kas ilgst četras dienas. Katra epizode tiek uzskaitīta atsevišķi un katra tiek apmaksāta atsevišķi. Tas pats princips var tikt piemērots gadījumā, ja pacients tiek uzņemts akūtā stacionārā aprūpē un paliek slimnīcā rehabilitācijas vai paliatīvās aprūpes nolūkā.

Garīgās veselības aprūpe

172. Slimnīcu pakalpojumu finansēšana, balstoties uz aktivitātēm, neatkarīgi no to īstenošanas vietas, ir ļāvusi attīstīt dažādas garīgās veselības aprūpes apmaksas metodes. ASV, piemēram, Medicare sistēma (no valsts līdzekļiem finansēta veselības aprūpes sistēma galvenokārt gados vecāku pacientu aprūpei) ieviesa DRG maksājumus 1983. gadā, bet neiekļāva psihiatrijas stacionāros pacientus līdz 2005.gadam. Vienā un tajā pašā diagnostikas kategorijā klīniskās vajadzības būtiski variēja un DGR nevarēja uzticami paredzēt resursu nepieciešamību stacionārās ārstēšanas laikā vai ārstēšanās ilgumu (Liens, 2001; Goldmans un Grobs, 2006). Tā kā slimnīcām draudēja būtiski finansiāli zaudējumi neparedzamu uzturēšanās ilgumu un klīnisko vajadzību dēļ, Medicare pārvaldītāji uztraucās, ka diagnozes varētu tikt mainītas vai falsificētas "kodējot" labākus samaksas nosacījumus.
173. Maksājumi par rezultātiem (P4R) tiek izmantota kā garīgās veselības aprūpes iepirkuma politiku dažās Eiropas valstīs. Piemēram, jaunais maksājumu par garīgās veselības aprūpi modelis Anglijā ir balstīts uz aprūpes kopu modeļa (Self et al., 2008), kur cilvēki, kam nepieciešama garīgās veselības aprūpe, tiek sagrupēti pēc to vajadzībām. Šādā grupējumā pastāv trīs galvenās grupas - ne-psihiska (1.-8. grupa), psihiska (10.-17. grupa) un organiska (18.-21. grupa) aprūpe. Iedalījums grupās ir balstīts uz Garīgās veselības grupēšanas instrumenta novērtējumu, kas ir testelementu sistēma, kas balstīta uz Valsts veselības rezultātu skalu (HoNOS) (Wing et al., 1999) ar papildu jautājumiem. Garīgās veselības aprūpes grupas un Garīgās veselības grupēšanas instruments ir redzams 5. pielikumā.
174. Latvijai vajadzētu veikt pētījumus, konsultējoties ar aprūpes sniedzējiem dažādu veidu slimnīcās un, jo sevišķi, ar darbiniekiem, kas iesaistīti garīgās veselības aprūpē. Laika gaitā tas ļaus izstrādāt un ieviest atsevišķu maksājumu metodi. Taču ieviešanas pirmajās

fāzēs var būt nepieciešams izmantot mazāk sarežģītu pieeju - maksājumus par gadījumiem saskaņā ar DRG.

Rehabilitācija

175. Latvijā invaliditātes pakāpe tiek noteikta, izmantojot Starptautisko funkciju, invaliditātes un veselības klasifikāciju (ICF). Tā kā ICF nav mērījumu instruments un tā nav starptautiski atzīta kā maksājumu instruments, nepieciešams konsultēties ar rehabilitācijas aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, lai izstrādātu maksājumu izmaiņu stratēģiju, kas uzlabotu maksājumu efektivitāti un pakalpojumu sniegšanas vienlīdzību. Visticamāk tā ietvers kādas starptautiski izmantotas maksājumu klasifikācijas izvēli un adaptāciju, piemēram, Funkciju saistītās grupas vai Daļēji akūtu un ne-akūtu pacientu klasifikāciju. Līdzīgi, stratēģijai vajadzētu iekļaut arī viena rehabilitācijas nepieciešamības standarta mērījuma izvēli un adaptāciju, piemēram, Funkcionālo traucējumu vērtējums. Maksājumi varētu tikt veikti pa dienu, par apmeklējumu un par gadījumu, atkarībā no apstākļiem.

Paliatīvā aprūpe

176. Būs jāveic daudz darba vairāku gadu garumā, lai ieviestu integrētus paliatīvās aprūpes pakalpojumus visā Latvijā. Dažādās valstīs tiek izmantotas dažādas maksājumu klasifikācijas metodes, taču nav noteikts viens starptautisks standarts. Tas pats attiecas uz aprūpes nepieciešamības novērtējumiem. Tuvākajā nākotnē būtu jāuzsāk konsultācijas ar paliatīvās aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, lai izstrādātu maksājumu izmaiņu stratēģiju, kas ļaus uzlabot pakalpojumu rentabilitāti un pieejamību. Nepieciešams pievērst lielu uzmanību pakalpojumu organizācijai. Starptautiskā pieredze liecina, ka labs modelis ietver reģionālo vienību izveidi, kas spēj koordinēt vai sniegt integrētu aprūpi dažādās vidēs gan slimnīcā, gan mājās. Īstermiņā stacionārā paliatīvā aprūpe visticamāk saglabāsies kā akūtas stacionārās aprūpes komponents, kur maksājumi tiek veikti par katru gadījumu saskaņā ar DRG.

Atšķirīgi maksājumi augsta līmeņa (terciārās aprūpes) slimnīcām

177. Visās valstīs, tostarp Latvijā, ir noteikta slimnīcu grupa, kas piedāvā komplicētus ārstēšanas pakalpojumus, kam nepieciešams specializēts aprīkojums, tehnoloģijas un medicīniskais personāls. Specializētā aprīkojuma un personāla dēļ šādām slimnīcām parasti ir nopietna loma medicīniskā personāla izglītībā (sevišķi ārstu izglītībā). Tāpat tām ir būtiska loma medicīnisko un veselības pakalpojumu izpētē. Reizēm tās tiek sauktas par «terciārām» slimnīcām, jo tās saņem sarežģītus gadījumus no mazāk specializētām (sekundārām) slimnīcām un primārās aprūpes sniedzējiem. Reizēm tās tiek sauktas par «mācību» slimnīcām vai dažās valstīs par «akadēmiskajiem medicīnas centriem».
178. DRG klasifikācija nespēj skaidrot visas augstās izmaksas uz katru terciāro slimnīcu pacientu. Lielāko daļu augstāko izmaksu patiešām ir iespējams pamatot ar DRG palīdzību - šādās slimnīcās ir vairāk gadījumu ar būtiskām blakus saslimšanām un komplikācijām un vairāk gadījumu ir augstu izmaksu DRG, piemēram, orgānu transplantācijas. Taču ievērojama daļa izmaksu paliek neizskaidrotas un tā tas ir visās valstīs.

179. Veicot maksājumus, jāņem vērā četri papildu faktori: stacionārā palīdzība bērniem, izpēte, mācības un «augstāka sarežģītības pakāpe». Katrs no šiem parametriem ir rūpīgi jādefinē, jāizmēra un jāiepērk pārredzamā veidā.

Stacionārā aprūpe bērniem

180. DGR maksājumiem varētu būt nepieciešama adaptācija, lai tos izmantotu Latvijas Bērnu slimnīcā. Vispārīgi DGR šim aprūpes veidam neder pārāk labi vairāku iemeslu dēļ. Vidējās izmaksas būtu zemākas nekā pediatrikās aprūpes izmaksas. Bērniem, piemēram, nepieciešams vairāk medmāsu un vairāk intensīvu procedūru, jo darbiniekiem bieži terapija jāveic pašiem, nevis apmācot bērnu, kā to darīt patstāvīgi. Daudzi pacienti ir pārvesti no citām iestādēm un to aprūpei nepieciešamas augstākas izmaksas attiecīgās DRG kategorijas ietvaros. (Nacionālā Bērnu slimnīcu asociācija un saistītās iestādes, 2010) un augstas papildus izmaksas izmaksu un uzturēšanās ilguma ziņā.
181. Lai atrisinātu šos jautājumus Latvijā, pastāv vairākas iespējas. Viena iespēja varētu būt pastāvošās DRG sistēmas pārveidošana ar papildus līdzekļiem pediatrikajai aprūpei. Horvātijā, piemēram, ir ieviesti papildus maksājumi atbilstoši 20 procentiem no pakalpojuma cenas jebkuram pacientam, kurš ir jaunāks par 18 gadiem. Cita pieeja būtu izmantot datus, kuri nāk no pašreizējās DRG sistēmas, lai pakāpeniski pielāgotu DRG bērniem. Empīrisks pētījums, izmantojot gadījumus no 34 bērnu slimnīcām un vairāk nekā 250 citām iestādēm parāda, ka šādi adaptēti DRG var labāk izskaidrot atšķirības slimnīcā uzturēšanās ilgumā (Lihtigs et al, 1989).

Atsevišķi maksājumi pētniecībai

182. Terciārām slimnīcām var būt vairāk kā vidēja loma medicīnisko un veselības aprūpes pakalpojumu izpētē. Lielākajā daļā valstu, tostarp Latvijā, tās saņem papildu finansējumu par dažām no to izpētes aktivitātēm. Tomēr papildu finansējums ne vienmēr sedz visas izmaksas (piemēram, pieskaitāmās izmaksas). Turklāt parasti būtiska izpētes aktivitātes daļa netiek finansēta no konkrētām dotācijām.
183. Ja pētniecība netiek finansēta atsevišķi, tās izmaksas tiek segtas no maksājumiem par pacientu aprūpi - tādējādi šķiet, ka slimnīcas ir pārmērīgi dārga. Protams, pastāv iespēja, atturēt slimnīcas no pārlietu aktīvas izpētes un it īpaši no izpētes, kas netiek atsevišķi finansēta un tādējādi nav pakļauta rūpīgam vienādranga pārskatam. Saistīta problēma ir tas, vai izpētes izmaksas būtu regulāri jāmēra un par tām jāziņo. Ja tās ir daļēji nezināmas, pacientu aprūpes izmaksas būs neprecīzas.
184. Latvijai vajadzētu veikt pētījumus, konsultējoties ar aprūpes sniedzējiem dažādu veidu slimnīcās un, jo sevišķi, ar darbiniekiem, kas bieži iesaistīti izpētes aktivitātēs. Laika gaitā tas ļaus izstrādāt un ieviest atsevišķu maksājumu metodi.

Atsevišķi maksājumi mācībām

185. Terciārām slimnīcām gandrīz vienmēr ir vairāk kā vidusmēra loma medicīniskā personāla izglītošanā (ko mēs šeit saucim par mācībām). Jāņem vērā, ka mācību izmaksas veido trīs galvenie komponenti: skolotāju izmaksas, izglītojamo izmaksas un, tā dēvētās, «netiešās mācību izmaksas», kas parasti ir izglītojamo līdzdalības pacientu aprūpē neefektivitātes radītās izmaksas. Piemēram, daudzi pētījumi ir parādījuši, ka medicīnas praktikanti pasūta daudz vairāk diagnostikas testu kā pieredzējuši ārsti.
186. Šajā jomā problēmas ir līdzīgas izpētes radītajām problēmām. Praktiski visās valstīs, tostarp Latvijā, terciārās slimnīcas saņem papildu finansēju par dažām to veiktajām mācību aktivitātēm. Taču papildu finansējums var nenosegt visas izmaksas un tās tiek segtas no maksājumiem par slimnīcas veikto pacientu aprūpi. Jau atkal jāveic pasākumi, lai samazinātu mācību izmaksas - piemēram, aicinot slimnīcas kontrolēt jaunāko ārstu pasūtīto diagnostikas procedūru skaitu.
187. Līdzīgi kā pētniecības finansēšanā, konsultācijas ar aprūpes pakalpojumu sniedzējiem no visu veidu slimnīcām un jo īpaši ar darbiniekiem, kuri bieži iesaistīti mācību aktivitātēs, palīdzēs izstrādāt atsevišķu maksājumu struktūru apmācībai.

Atsevišķi maksājumi par sarežģītiem gadījumiem

188. Papildus izpētei un mācībai, terciāro slimnīcu dārdzību salīdzinājumā ar citām slimnīcām izraisa arī citi faktori un šīs papildu izmaksas nespēj aprakstīt rezultātu klasifikācijas kā DRG vai intensīvā aprūpe, vai papildu mācību un izpētes aktivitātes, kas tiek veiktas šajās slimnīcās. Neizskaidrojamās izmaksas visticamāk ir vairāku faktoru iedarbības sekas: lielāka saslimšanas sarežģītības vai smaguma pakāpe nekā nosaka pacienta DRG vai uzņemšana intensīvās aprūpes nodaļā, augsti specializēta personāla un aprīkojuma izmantošana un pakalpojumu kapacitāte, kas nevar tikt pilnībā izmantota zemu un svārstīgu apjomu dēļ.
189. Galvenais izstrādes lēmums, kas ir jāpieņem, ir tas, vai terciāro slimnīcu rezultāti būtu jānodaļa un precīzi jāidentificē, un jāfinansē uz detalizētu līgumu pamata. Ja tā, tad jāveic izmaksu pārskats. Ja nē, tad neskaidrība un diskusijas par to, vai terciārajām slimnīcām vajadzētu saņemt vairāk vai mazāk naudas, turpināsies. Citās valstīs šīs diskusijas bieži bijušas visai karstas. Pierādījumu trūkuma dēļ, terciārās slimnīcas apgalvos, ka tām trūkst finansējuma, ņemot vērā to pacientu komplikētos gadījumus un, iespējams, labāko aprūpes kvalitāti. Citas slimnīcas norādīs, ka terciārās slimnīcas saņem pārāk daudz finansējuma un ka papildu izmaksas par vieniem sniegtajiem pakalpojumiem ir nelietderīgas prakses sekas.

Sistemātiska uzraudzība un auditēšana

190. Kā minēts kvalitātes nodrošināšanas mehānismu pārskatā, Latvijas veselības sistēma gūtu labumu no biežākas un padziļinātas aprūpes kvalitātes uzraudzības. Līdzīgi, labāka uzraudzība palīdzēs novērtēt, vai pakalpojumu sniedzēju apmaksas metodes nodrošina atbilstošus hospitalizācijas un precīzas rēķinu sastādīšanas stimulus.

Hospitalizācijas kontrole ar retrospektīvu piemērotības auditu

191. Vienmēr pastāvēs risks, ka tiek sniegta stacionārā aprūpe gadījumos, kad "pieejamas arī izmaksu ziņā efektīvākas alternatīvas - piemēram, ambulatorā aprūpe vai aprūpe mājās. Nepiemērotas uzņemšanas līmenis Latvijā nav ticis mērīts. Tādējādi, ļoti iespējams kā nākotnē būs jāveic šāda auditēšana. Ja tā, būtu vēlams apsvērt tāda instrumenta kā Piemērotības novērtējuma protokola (PNP) Eiropas versijas izmantošana, jo šis ir visbiežāk lietotais instruments. PNP struktūra ir redzama 6. pielikumā, kur dots vispārīgas akūtas stacionārās aprūpes piemērs, taču pieejamas speciālas pediatrijas, dzemdniecības un garīgo saslimšanu versijas. Neliela mēroga PNP testēšanā izlases slimnīcās jau tuvākā nākotnē ļaus izprast vispārējo problēmas apjomu, kā arī tās izplatību dažādās nodaļās. Korektīvie pasākumi var ietvert uzņemšanas vadlīniju atjaunošanu (iekļaujot skaidrus kritērijus, kad uzņemšana ne ārkārtas gadījumā var pretendēt uz apmaksu) un uzņemšanas prakses pamata apmācības nodrošināšanu.

Akūtu stacionāra epizožu kategorizācijas kontrole (iedalījums DRG))

192. DRG kā apmaksas metodes izmantošana var izraisīt negaidītu izmaksu ierobežojumu, ja pakalpojumu sniedzēji nepareizi klasificē akūtas stacionāra epizodes - piemēram, apgalvojot, ka pacients ietilpst DRG ar augstākām svērtajām izmaksām. Lai samazinātu šāda veida kļūdainu ziņojumu skaitu, nepieciešams auditēt vairākus procesus. Pirmkārt, iespējams, ka DRG noteikšanā izmantotās diagnozes un procedūras tiek nepareizi *reģistrētas*. Otrkārt, iespējams, ka DRG noteikšanā izmantotās diagnozes un procedūras tiek nepareizi *kodētas* (tostarp pamatdiagnozes noteikšana). Šie riski ir cieši saistīti un tos iespējams ietvert vienā audita procesā. Galvenajam instrumentam vajadzētu būt modeļu uzraudzībai (meklēt neparastas tendences slimnīcā vai lielas atšķirības starp līdzīgām slimnīcām), ko papildina slimības vēsturu audits (detalizēti apskatīt atsevišķu pacientu dokumentāciju).

Modeļu uzraudzība

193. Modeļu uzraudzības pamatā ir ideja, ka pašreizējai situācijai vajadzētu līdzināties pagātnei un tādēļ nesenās izmaiņas varētu liecināt, ka process (šajā gadījumā medicīniskā kodēšana) ir kļuvis nekontrolējams. Šādas pārmaiņas jāidentificē pēc iespējas ātrāk un regulārāk, tādējādi modeļu uzraudzība parasti tiek balstīta uz datiem, ko slimnīcas regulāri iesniedz centrālajai aģentūrai citiem nolūkiem. Latvijas gadījumā tie būtu dati, kas regulāri tiek nosūtīti uz NVD maksājumu saņemšanas nolūkos. 4. tabulā dots saraksts ar ziņojumiem, kuri regulāri jāsaņem analīzei. Ņemiet vērā, ka šis saraksts ir tikai ilustratīvs. Šo tabulu veidošanas mērķis ir saprast, kur varētu slēpties visvairāk kodēšanas problēmu. Šajā ziņā ļoti svarīgas būs lokālās zināšanas: problēmas, kas ir būtiskas vienā veselības aprūpes sistēmā, var būt nebūtiskas citā, un šī gada prioritārās problēmas nākamajā gadā var būt atrisinātas. Šīs tabulas vajadzētu regulāri izstrādāt arī citu iemeslu dēļ. Slimnīcām vajadzētu izstrādāt savus ziņojumus, taču visnoderīgākā pieeja ietver vairāku slimnīcu ziņojumu izstrādi, ko veic centrālā aģentūra (piemēram, NVD), lai katra slimnīca varētu salīdzināt sevi ar citām, līdzīgām slimnīcām.

6. tabula: Modeļu uzraudzībai nepieciešamo atskaišu piemēri

Ziņojums	Intereses objekts	
1	Uzturēšanās ilguma (UI) tendences pēc radniecīgās diagnozes grupas (DRG) slimnīcā	Pēkšņas slimnīcas UI izmaiņas liela apjoma DRG
2	UI pēc DRG visās slimnīcās	Slimnīcas UI liela apjoma DRG atšķirības salīdzinājumā ar citām slimnīcām
3	Vienas dienas gadījumu tendences pēc DRG slimnīcā	Pēkšņas slimnīcas vienas dienas gadījumu % proporcijas izmaiņas liela apjoma DRG
4	Vienas dienas gadījumi pēc DRG visās slimnīcās	Slimnīcas vienas dienas gadījumu % liela apjoma DRG atšķirības salīdzinājumā ar citām slimnīcām
5	Svērto izmaksu rezultātu tendences	Pēkšņas pacientu vidējo svērto izmaksu izmaiņas
6	Komplicētu vai blakusdiagnožu (BD) gadījumu tendences	% gadījumu liela apjoma DRG, kam uzstādīta BD
7	Laboto DRG gadījumu tendences	Pēkšņas kopējā gadījumu skaita proporcijas izmaiņas katrā labotajā DRG
8	Diagnožu skaita slimnīcā tendences	Pēkšņas diagnožu skaita vienā gadījumā uz liela apjoma vai augstu izmaksu DRG izmaiņas
9	Diagnožu visās slimnīcās salīdzinošais skaits	Diagnožu skaita uz liela apjoma DRG atšķirības salīdzinājumā ar citām slimnīcām
10	Procedūru skaita slimnīcā tendences	Procedūru skaita uz liela apjoma DRG gadījumu pēkšņas izmaiņas salīdzinājumā ar citām slimnīcām
11	Procedūru visās slimnīcās salīdzinošais skaits	Procedūru skaita uz liela apjoma DRG atšķirības salīdzinājumā ar citām slimnīcām
12	Komplikāciju rādītāju tendences slimnīcā	Pēkšņas izmaiņas gadījumu ar komplikācijām proporcijā saskaņā ar ICD-10 diagnozes kodiem
13	Salīdzinoši komplikāciju rādītāju līmeņi visās slimnīcās	Gadījumu ar komplikācijām proporcija saskaņā ar ICD-10 diagnozes kodiem salīdzinājumā ar citām slimnīcām

Pacientu dokumentācijas audits

194. Pacienta dokumentācijas auditā tiek izpētīti dati, kas fiksēti slimnīcā vienas aprūpes epizodes ietvaros. Lielākā daļa nepieciešamo datu atrodas pacienta lietā vai slimības vēsturē. Ideālā gadījumā šāda veida audits būtu regulārs pasākums vienu reizi sešos mēnešos. Katrs pacienta dokumentācijas audits sastāv no pieciem pamata soļiem:
- *1. solis: Mērķa dokumentācijas noteikšana:* Modeļu uzraudzība ļaus noteikt tos DRG noteikšanas aspektus - precīzāk, gadījumus - kuriem nepieciešams pievērst vairāk uzmanības, un slimnīcas nodaļas, kurās vajadzētu veikt augstāka līmeņa inspekciju.
 - *2. solis: Nodaļu informēšana par paredzamo auditu:* Svarīgi, lai auditori informētu pakalpojumu sniedzēju par audita iemeslu, tostarp skaidrojot radušās bažas - kādēļ izvēlēts tieši šis pakalpojumu sniedzējs. Pakalpojumu sniedzējam jāpieprasa nodrošināt, ka, auditoriem ierodoties, ir pieejamas izvēlētais pacientu lietas.
 - *3. solis: Pacienta dokumentācijas analīze:* Audita darbiniekiem jāatlasa dati no pacienta lietas, neraugoties uz datiem, kurus iepriekš atlasījuši nodaļas darbinieki. Citiem vārdiem, audita ietvaros kodēšanai jānotiek, neredzot iepriekšjos kodēšanas rezultātus, lai nepieļautu, ka secinājumus ietekmē nodaļas darbinieku paveiktais.
 - *4. solis: Ziņojums par rezultātiem:* Galvenais mērķis ir atgriezeniskā saite ar pakalpojumu sniedzējiem, lai viņi var izvairīties no kļūdām turpmāk, nevis viņus sodīt.

- *5. solis: Atgriezeniskā saite:* Šī ir iespēja mācīties, taču var palīdzēt atklāt gadījumus, kad kļūdas pieļauj auditori, nevis personas, kas parasti veic kodēšanu, vai gadījumus, kas ir tik sarežģīti, ka abas atbildes ir uzskatāmas par pareizām.

Maksājumu reformas, kas attiecas uz hroniskām slimībām

195. Kā aprakstīts iepriekš, vairākas Eiropas valstis ir izstrādājušas dažādas pamatnostādnes, mēģinot uzlabot hroniski slimu pacientu aprūpi un samazināt aprūpes izmaksas. Lai gan izplatītas ir profilakses politikas, jaunākā iniciatīva Eiropā ir hroniskās aprūpes pārvaldība.
196. Vairākās valstīs tiek ieviestas jaunas pieejas, lai uzlabotu hroniski slimu cilvēku aprūpi, kas ietver papildu finansējumu start-up finansējuma formā, lai veicinātu infrastruktūras attīstību (piemēram, administratīvo struktūru attīstību). Šie fondi var būt vērsti uz maksātājiem - piemēram, pašvaldībām, kā tas ir Dānijā; integrētās aprūpes pilotprogrammām Anglijā vai integrētās aprūpes līgumiem Vācijā. Dažos gadījumos tie atbalsta pakalpojumu sniedzējus, piemēram, pakalpojumu sniedzēju tīklus Francijā. Tomēr parasti jaunajām pieejām vajadzētu ietvert kādu aprūpes finansiālā stimula veidu, parasti mērķējot to uz pakalpojumu sniedzējiem vai ārstiem, kā tas tiek darīts, piemēram, slimību pārvaldības programmās (SPP) Austrijā un Vācijā, pakalpojumu sniedzēju tīklos Francijā, aprūpes grupās Nīderlandē un Itālijā vai ģimenes ārstu praksēs Lielbritānijā un Dānijā. Tiek izmantoti arī pacientu stimuli, taču tie ir mazāk izplatīti.
197. Latvijas NVD tuvākajā laikā varētu apsvērt īstenot slimību pārvaldības pilotprogrammas, kas ir sasaistītas ar maksājumiem par prioritārām hroniskām saslimšanām. 7.pielikumā ietverts paraugs no Austrālijas, kuru ideālā gadījumā vajadzētu gan aizpildīt papīra veidā un iesniegt elektroniski. Kā redzams anketas lauciņos SPP arīdzan piedāvā iespēju veicināt veselīgu dzīvesveidu un preventīvus pasākumus caur primāro veselības aprūpi. Smēķētājiem, piemēram, plāns varētu fokusēties uz dažādām smēķēšanas atmešanas aktivitātēm, savukārt pacientiem ar lieko svaru plāns varētu saturēt dažādas izmaiņas uzturā un dzīvesveidā līdz ar sasniegtamā progresu mērķiem.
198. Ieviešot SPP, NVD varētu nolīgt pakalpojumu sniedzēju konsorciju (piemēram, ģimenes ārstu, speciālistu un slimnīcu), kur līgumā ir skaidri definēts katra ķēdes pakalpojumu sniedzēja sniegto pakalpojumu līmenis, aprūpes standarti, katra pakalpojumu sniedzēja atbildība, pacientu nosūtīšanas mehānisms un administratīvie pasākumi, kas attiecas uz maksājumu procesiem, komunikāciju un strīdu risināšanas kārtību. Skaidri jānosaka katra pakalpojumu sniedzēja atbildība un gadījuma nodošanas brīdis citam pakalpojumu sniedzējam. Veids kā mazināt neskaidrību šajā sakarā ir vienoties par skaidri noteiktiem protokoliem, kuros aprakstīts pacienta ceļš un izskaidrota katra pakalpojumu sniedzēja loma tajā (t.i., klīniskās programmas).

Kopsavilkums

199. Šajā sadaļā tika aplūkotas pamata jomas, kurām Latvijai jāpievērš īpaša uzmanība, ieviešot pakalpojumu sniedzēju maksājumu reformas. 7. tabulā apkopotas šajā pārskatā identificētās problēmas un iespējamie risinājumi, kā arī darbības, kas varētu veicināt to ieviešanu. Tabulā uzskaitīto rekomendāciju kārtība parāda ierosinātās prioritātes, kur ņemts vērā gan veselības jomas svarīgums, gan tūlītējas ieviešanas nepieciešamība ar ierobežotiem finanšu līdzekļiem.

7. tabula: Problēmas, potenciālie risinājumi un atbalsta pasākumi

	Joma	Problēma	Potenciālais(-ie) risinājums(-i)	Atbalsta pasākumi
1	Iepirkumu efektivitāte	NVD joprojām ir pasīvs, nevis stratēģisks iepircējs	<p>Iekļaut līgumos šādus elementus:</p> <p>(i) Klīnisko vadlīniju un aprūpes programmu stingra ievērošana</p> <p>(ii) Minimālo kvalitātes kritēriju izpilde</p> <p>(iii) Stimuli un atlīdzība par snieguma uzlabošanu</p> <p>Papildu faktoru iekļaušana, pielāgojot risku kapitācijas maksājumu formulā.</p>	<p>1. Standartu, klīnisko vadlīniju un programmu adaptācija, vadoties no starptautiskās pieredzes (piem., NICE vadlīnijas Lielbritānijā), sākot ar divām vai trim prioritārām slimībām.</p> <p>2. Eksperimentāli pilotprojekti (t.i., randomizēti kontroles izmēģinājumi) ģimenes ārstu, speciālistu un slimnīcu vidū, lai (i) pārbaudītu vadlīniju un programmu ietekmi un salīdzinātu īstenošanas veidus un (ii) novērstu īstenošanas problēmas, pirms tās paplašināšanas.</p> <p>3. Tādu papildus kvalitātes aspektu noteikšana, ko NVD vai neatkarīga organizācija var vienkārši izmērīt un ko iespējams regulāri izmantot kā līguma pamatu kā individuāliem pakalpojumu sniedzējiem, tā ambulatorajām iestādēm un slimnīcām.</p> <p>4. Tādu papildu elementu noteikšana, ko iespējams izmantot precīzākai riska regulācijai un iekšējiem procesiem (NVD), lai veselības sistēmā ģenerētās informācijas datu bāzes uzturēšanai, kas nepieciešama, lai pārskatītu riska pielāgošanu.</p> <p>5. Datu apmaiņas līgumi ar citām valsts institūcijām, lai izmantotu sociāli-ekonomisko informāciju (piem., nodarbinātības statusu, invaliditātes statusu, izglītības statusu, ģimenes struktūru un ienākumus) precīzākai riska pielāgošanai.</p>

	Joma	Problēma	Potenciālais(-ie) risinājums(-i)	Atbalsta pasākumi
2	Atbildība	Potenciāli vājš pašreizējo līgumu stimuls, jo veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem ir vairāki ienākumu avoti	Ņemt vērā visus maksājumu avotus, izstrādājot maksājumu modeli katram pakalpojumu sniedzējam.	<p>1. Datu apkopošana par pilna darba laika darba dienām un kopējiem ienākumiem attiecībā uz katras institūcijas katru pakalpojumu sniedzēju.</p> <p>2. Sistemātiska informācijas apkopošana par ārstu un māsu darbību vairākās praksēs, nosakot ziņošanas pienākumu un konsultējoties ar visām iesaistītajām pusēm: valsts iestādēm, aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, medicīniskajām asociācijām un patērētāju pārstāvjiem.</p> <p>Sistemātiska pacientu maksājumu par visiem pakalpojumiem (valsts apmaksātiem un neapmaksātiem) apkopošana sadalījumā pa manipulācijām, ietverot šo datu audita protokolu.</p>
3	Iepirkumu efektivitāte	Vāji hronisku slimību novēršanas un pārvaldības stimuli	Slimību pārvaldības programmu (SPP) izstrāde, kur ģimenes ārsts rīkojas kā galvenais pakalpojumu sniedzējs vai aprūpes koordinators	<ol style="list-style-type: none"> 1. Izvēlēties divas vai trīs slimības pilotēšanai 2. Izstrādāt pamata SPP veidlapu un vienoties kā šī informācija tiks ziņota NVD 3. Veikt eksperimentālas pilotprogrammas pakalpojumu sniedzēju skaitā noteiktām saslimšanām.

	Joma	Problēma	Potenciālais(-ie) risinājums(-i)	Atbalsta pasākumi
4	Maksājumu mehānisms	Pašreizējā klasifikācijas sistēma ir sarežģīta un, iespējams, negodīga, kas var radīt finanšu riskus, vāju slimnīcu pārvaldību un neatbilstošus stimulus pacientu nosūtīšanai uz citām iestādēm.	Iezīmēto pakalpojumu programmas atcelšana Pilnīgāka DRG un citu ar DRG saistītu instrumentu ieviešana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uzlabota izmaksu aprēķināšana un datu ieguve, nacionālo svērtu izmaksu noteikšana, DRG datu bāzes/ atsauces cenas izstrāde; 2. DRG lietojumprogrammas (grupētāja) interaktīvā režīma izstrāde vienkāršai pakalpojumu sniedzēju lietošanai; 3. DRG paplašināšana, lai tās iekļautu arī maksājumus par dienas slimnīcu ķirurģiskajiem pakalpojumiem 4. Konsultācijas ar ārstiem, slimnīcu vadītājiem un attiecīgajām asociācijām par DRG papildinošu instrumentu ieviešanu: <ul style="list-style-type: none"> • Uzņemšanas noteikumi, atpakaļuzņemšanas noteikumi • Papildu maksājumi vai maksājumu samazināšana atkarībā no DRG aprēķinātā specifiskā uzturēšanās ilguma • Maksājumu pielāgošana noteiktās DRG pārvietošanas gadījumā • Maksājumi par augstu izmaksu pacientiem
5	Izmaksas	Pašreizējās dažāda veida stacionārās aprūpes cenas var neatspoguļot patiesās izmaksas	Izstrādāt jaunas maksājumu metodes šādiem pakalpojumiem: <ul style="list-style-type: none"> • Intensīvā aprūpe; • Ne-akūta stacionārā aprūpe; • Garīgās veselības aprūpe; • Rehabilitācija; • Paliatīvā aprūpe. 	Konsultācijas ar pašreizējiem pakalpojumu sniedzējiem, slimnīcu vadītājiem un attiecīgajām asociācijām, lai izstrādātu jaunas maksājumu klasifikācijas un izveidotu jaunu maksājumu izmaiņu stratēģiju.

	Joma	Problēma	Potenciālais(-ie) risinājums(-i)	Atbalsta pasākumi
6	Izmaksas	DRG neizskaidro visas terciārais aprūpes izmaksas.	Ieviest atsevišķus maksājumus par: <ul style="list-style-type: none"> • Pētniecību • Mācībām • Terciārās aprūpes gadījumu smaguma pakāpi 	Konsultācijas ar pašreizējiem pakalpojumu sniedzējiem, slimnīcu vadītājiem un attiecīgajām asociācijām, lai izstrādātu jaunas maksājumu klasifikācijas un izveidotu jaunu maksājumu izmaiņu stratēģiju.
7	Uzraudzība un auditi	Uzraudzības un audita pasākumos iegūtie dati netiek sistemātiski izmantoti	Hospitalizācijas kontrole ar retrospektīvu piemērotības auditu Akūtu stacionāra epizožu kategorizācijas kontrole (iedalījums DRG), veicot modeļu uzraudzību un pacientu dokumentācijas auditu.	Modeļu uzraudzības un pacientu dokumentācijas audita pilotprojekts dažās slimnīcās.

200. Klīnisko vadlīniju un rīcības veidu izstrādei un metodei, kā tos sasaitīt ar pakalpojumu sniedzēju maksājumiem, vajadzētu būt vienai no prioritātēm Latvijas veselības aprūpes sistēmā. Šīs vadlīnijas un rīcības veidi ne tikai ir būtiski svarīgs komponents kvalitātes nodrošināšanai, bet arī palīdzētu noteikt pakalpojumu paketi un servisa nodrošināšanas modeli medicīniskajām vajadzībām un tas būtu labāk, kā lemt par veselības budžetu bez konsultācijām ar veselības sektoru. Sasaistīšana ar ārstniecības pakalpojumiem palīdzētu nodrošināt to ieviešanu. Pieņemot, ka klīnisko vadlīniju attīstība ir notikusi relatīvi decentralizēti un ka NVD neuzspiež vadlīnijas, kas izstrādātas iepriekš, kā arī neapmaksā kādus no tajās ietvertajiem elementiem, darbojoties pēc rekomendācijas principa nepieciešami pilnīgi jauna veida pasākumi. Tajos vajadzētu iesaistīt starpdisciplināru ekspertu komandu, kas konsultētos ar iesaistītajām pusēm Latvijā, adaptētu vadlīnijas un rīcības veidus, kas tiek izmantoti citur (piemēram, NICE vadlīnijas no ASV) izmantošanai Latvijā un identificētu indikatorus NVD maksājumu datu bāzēm, kuri prasītu veikt maksājumus. Šis process, līdz ar pilotprojektiem pirms nacionāla līmeņa izmaiņu ieviešanas, varētu prasīt vairāk kā 2 gadus.
201. Ņemot vērā, ka Latvijā ir ļoti daudz pacientu ar neinfekcijas slimībām, slimību novēršanas programmas būtu daudzsološs pilotprojekts īstenošanai tuvākajā nākotnē un dažas no tām noteikti varētu attīstīt līdz ar klīniskajām vadlīnijām un rīcības veidiem.
202. Steidzamākā kārtā būtu iespējams iekļaut papildus mainīgos risku pielāgošanai kapitācijas formulā un pastāvošajās piemaksu shēmās ĢĀ, ņemot vērā, ka NVD viegli var noslēgt datu apmaiņas līgumus ar Centrālo statistikas pārvaldi un Valsts ieņēmumu dienestu.
203. Kā iepriekš apgalvots, finansiālās iniciatīvas ārstniecības pakalpojumu sniedzējiem jāaprēķina, ņemot vērā visus ieņēmumu avotus un sniegtos pakalpojumus. Viens ierosinājums varētu būt savākt datus par visiem pakalpojumiem no visiem pakalpojumu sniedzējiem ar NVD līgumu, neatkarīgi no tā, vai NVD ir maksājis par pakalpojumu. Tas varētu dubultos datu apjomu, ko NVD saņem ikdienā, tādas iniciatīvas īstenošanai būtu nepieciešama papildus vieta uz servera un komanda, kas nodarbojas ar datu analīzi par privāti apmaksātajiem pakalpojumiem.
204. Pēc klīnisko vadlīniju un rīcības veidu izstrādes nākamā būtiskā prioritāte būtu DRG sistēmas pamatīgāka ieviešana slimnīcu maksājumos. Lai to paveiktu, NVD visticamāk vajadzētu iegādāties tehniskus palīgīdzekļus, lai uzlabotu izmaksu veikšanu un datu savākšanu, attīstot nacionālos izmaksu aprēķinus un aprēķinot aptuveno DRG pamata/atsauksmju cenām līdz ar atbalstu atšķirīgu maksājumu izstrādei atšķirīgiem aprūpes veidiem, kā intensīvā aprūpe, pacientu ar garīgajām slimībām aprūpe, un ārpus slimnīcas aprūpe. Šo jautājumu risināšanai nepieciešamas padziļinātas konsultācijas ar iesaistītajām pusēm un, atkal, ideālā gadījumā atsevišķa komanda gan NVD, gan Veselības ministrijā, kas atbildīga par šo aktivitāšu veikšanu.
205. Visbeidzot, NVD un Veselības inspekcijai vajadzētu vairāk sadarboties aktivitāšu uzraudzībā un auditā, lai nodrošinātu, ka pašreizējā ārstniecības pakalpojumu sniedzēju maksājumu sistēma sasniedz tās mērķus, veicinot pieeju augstas kvalitātes aprūpei un atbilstošajām izmaksām.

Atsauces

- Bandolier Forum On Care Pathways,
<http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/Extraforbando/Forum2.pdf>)
- Barnum, H., J. Kutzin, H. Saxenian. Incentives and provider payment methods. *International Journal of Health Planning and Management*. 1995; 10(1): 23-45
- Bernabei, R., F. Landi, G. Gambassi, A. Sgadari, G. Zuccala, V. Mor, LZ Rubenstein, P. Carbonin. *BMJ*, 1998;316:1348–51
- Boyle, S. United Kingdom (England): Health systemreview. *Health Systems in Transition*, 2011; 13(1):1–486.
- Busse R, Riesberg A. Health care systems in transition: Germany. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004
- Esundhet. Monitorering af Sundhedsaftalerne [Monitoring of health agreements]
<http://www.esundhed.dk/sundhedsaktivitet/sundhedsaftaler/SUA/Sider/sua.aspx>)
- Ettelt S et al. Health care outside hospital. Accessing generalist and specialist care in eight countries. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2006
- Frolich A, Strandberg-Larsen M, Schiøtz M. The Chronic Care Model – a new approach in Denmark, 2008
- Gaál P, Szigeti S, Csere M, Gaskins M, Panteli D. Hungary: Health systemreview. *Health Systems in Transition*, 2011; 13(5):1–266.
- Häkkinen, Unto. Financing of hospital care in Finland. 2010
- Jacobs P, Shanahan M, Roos NP, Farnworth M. Cost List for Manitoba Health Services. Winnipeg, MB: Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation, 1999
- Kovner AR, Elton JJ, Billings J. Evidence-based management. *Frontiers of Health Services Management*. 2001, 16(4): 3-46
- Lai T, Habicht T, Kahur K, Reinap M, Kiivet R, van Ginneken E. Estonia:health system review. *Veselības aprūpes sistēmas pārejas periodā*, 2013; 15(6):1–196
- Ministry of Social Affairs of Estonia. *Nursing Care Network Development Plan 2004–2015*. Tallinn, Ministry of Social Affairs, 2003

- Munnich EL, Parente ST. Costs and Benefits of Competing Health Care Providers: Trade-Offs in the Outpatient Surgery Market, 2013
- Murauskiene L, Janoniene R, Veniute M, van Ginneken E, Karanikolos M. Lithuania: health system review. *Health Systems in Transition*, 2013; 15(2):1–150.
- Siering U. Germany. In: Nolte E, Knai C, McKee M, eds. *Managing chronic conditions. Experience in eight countries*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies: 75–96, 2008
- Olejaz M, Juul Nielsen A, Rudkjøbing A, Okkels Birk H, Krasnik A, Hernández-Quevedo C. Denmark: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2012, 14(2):1 – 192.
- Nolte E, Knai C, Saltman RB. *Assessing chronic disease management in European health systems: concepts and approaches*, European Observatory on Health Systems and Policies, 2014
- Schiotz M, Frolich A, Krasnik A (2008). Denmark. In: Nolte E, Knai C, McKee M, eds. *Managing chronic conditions. Experience in eight countries*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies: 15–28
- Self, R., Painter, J. and Davis, R. *A Report on the development of a Mental Health Currency Model*, 2008
- Sibbald B. Should primary care be nurse led? Yes. *British Medical Journal*, 2008, 337: a1157
- Tummers, JFMM., AJP Schrijvers, JMA Visser-Meily. Economic evidence on integrated care for stroke patients: a systematic review, *International Journal of Integrated Care*. 2012;
- Vrangbak K. The Danish health care system, 2013. 12(1). In: Thomson S et al., eds. *International profiles of health care systems*, 2013. New York (NY), The Commonwealth Fund: 28–36
- Vuorenkoski L, Mikkola H. *Outsourcing in primary health care*. Bertelsmann Foundation, *Health Policy Monitor*, 2007
- Wing, J.K., Beevor, A. S., Curtis, R. H. Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. *British Journal of Psychiatry*, 1998, 172, 11-18

1. pielikums: Samaksas par padarīto programmu piemēri

Kvalitāti un rezultātu sistēma

Medicīnas nozare

Priekškambaru fibrilācija (AF)

Indikators	Punkti	Sasnieguma robežvērtības
<i>Dokumentācija</i>		
AF001. Apakšuzņēmējs izveido un uztur pacientu ar priekškambaru fibrilāciju reģistru.	5	
<i>Pastāvīgā pārvaldība</i>		
AF005. To pacientu ar priekškambaru fibrilāciju, kuriem fiksēts CHADS2 rezultāts 1, procentuālā daļa, kura šobrīd tiek ārstēta ar antikoagulācijas medikamentu terapiju vai antitrombocītu terapiju. Pamatojoties uz NICE 2011 izvēlnes ID: NM45	6	57-97%
AF004. To pacientu ar priekškambaru fibrilāciju, kuriem pēdējais fiksēts CHADS2 rezultāts lielāks 1, procentuālā daļa, kura šobrīd tiek ārstēta ar antikoagulācijas medikamentu terapiju. Pamatojoties uz NICE 2011 izvēlnes ID: NM46	6	40-70%

Koronārās sirds slimības (CHD) sekundārā profilakse

Indikators	Punkti	Sasnieguma robežvērtības
<i>Dokumentācija</i>		
CHD001. Apakšuzņēmējs izveido un uztur pacientu ar koronāro sirds slimību reģistru.	4	
<i>Pastāvīgā pārvaldība</i>		
CHD002. Pacientu ar koronāro sirds slimību procentuālā daļa, kam pēdējais asinsspiediena mērījums (veikts pēdējo 12 mēnešu laikā) ir 150/90 mmHg vai mazāks.	17	53-93%
CHD005. Pacientu ar koronāro sirds slimību procentuālā daļa, kas pēdējo 12 mēnešu laikā saņēmuši aspirīna, alternatīvu antitrombocītu terapiju vai antikoagulantus.	7	56-96%
CHD006. Pacientu ar miokarda infarkta vēsturi (no 2011. gada 1. aprīļa, ieskaitot) procentuālā daļa, kas šobrīd tiek ārstēta ar ACE-I (vai ARB, ja ir ACE-I nepanesamība), aspirīnu vai alternatīvu antitrombocītu, beta blokatoru un statīna terapiju.	10	60-100%
CHD007. Pacientu ar koronāro sirds slimību procentuālā daļa, kas ir saņēmuši pretgripas poti iepriekšējā periodā no 1. augusta līdz 31. martam.	7	56-96%

Sirds mazspēja (HF)

Indikators	Punkti	Sasnieguma robežvērtības
Dokumentācija		
HF001. Apakšuzņēmējs izveido un uztur pacientu ar sirds mazspēju reģistru.	4	
Sākotnējā diagnoze		
HF002. Pacientu proporcija, kam diagnosticēta sirds mazspēja (diagnosticēta pēc 2006. gada 1. aprīļa, ieskaitot), ko apstiprina ekokardiogramma vai speciālista novērtējums 3 mēnešus pirms vai 12 mēnešus pēc iekļaušanas reģistrā	6	50-90%
Pastāvīgā pārvaldība		
HF003. Pacientu, kuriem pašlaik diagnosticēta sirds mazspēja kreisā priekškambara sistoliskās disfunkcijas dēļ, proporcionālā daļa, kas šobrīd tiek ārstēta ar ACE-I vai ARB	10	60-100%
HF004. Pacientu, kuriem pašlaik diagnosticēta sirds mazspēja kreisā priekškambara sistoliskās disfunkcijas dēļ un kuri šobrīd tiek ārstēti ar ACE-I vai ARB, proporcionālā daļa, kas papildus tiek ārstēta ar sirds mazspējai paredzētu beta blokatoru.	9	40-65%

Hipertensija (HIP)

Indikators	Punkti	Sasnieguma robežvērtības
Dokumentācija		
HYP001. Apakšuzņēmējs izveido un uztur pacientu ar hipertensiju reģistru.	6	
Pastāvīgā pārvaldība		
HYP006. Pacientu ar hipertensiju procentuālā daļa, kam pēdējais asinsspiediena mērījums (veikts pēdējo 12 mēnešu laikā) ir 150/90 mmHg vai mazāks.	20	45-80%

Perifēro artēriju slimība (PAD)

Indikators	Punkti	Sasnieguma robežvērtības
Dokumentācija		
PAD001. Apakšuzņēmējs izveido un uztur pacientu ar perifēro artēriju slimību reģistru. NICE 2011 izvēlnes ID: NM32	2	
Pastāvīgā pārvaldība		
PAD002. Pacientu ar perifēro artēriju slimību procentuālā daļa, kam pēdējais asinsspiediena mērījums (veikts pēdējo 12 mēnešu laikā) ir 150/90 mmHg vai mazāks. NICE 2011 izvēlnes ID: NM34	2	40-90%
PAD004. Pacientu ar perifēro artēriju slimību procentuālā daļa, kas pēdējo 12 mēnešu laikā saņēmuši aspirīna, alternatīvu antitrombocītu terapiju. NICE 2011 izvēlnes ID: NM33	2	40-90%

Insults un īslaicīga sirds išēmiskā lēkme (STIA)

Indikators	Punkti	Sasnieguma robežvērtības
Dokumentācija		
STIA001. Apakšuzņēmējs izveido un uztur pacientu ar insultu vai sirds išēmisko lēkmi (SIL) reģistru.	2	
Sākotnējā diagnoze		
STIA008. Pacientu, kuriem diagnosticēts insults vai SIL (pēc 2014. gada 1. aprīļa, ieskaitot), proporcionālā daļa, kas saņēmuši nosūtīju tālākiem izmeklējumiem 3 mēnešus pirms līdz 1 mēnesi pēc pēdējā fiksētā insulta vai pirmās SIL.	2	45-80%
Pastāvīgā pārvaldība		
STIA003. Pacientu ar insultu vai SIL procentuālā daļa, kam pēdējais asinsspiediena mērījums (veikts pēdējo 12 mēnešu laikā) ir 150/90 mmHg vai mazāks.	5	40-75%
STIA007. Ne-hemorāģiska insulta pacientu bez SIL proporcionālā daļa, kas pēdējo 12 mēnešu laikā saņēmuši antitrombocītu vie;as vai antikoagulantus.	4	57-97%
STIA009. Pacientu ar insultu vai SIL procentuālā daļa, kas ir saņēmuši pretgripas poti iepriekšējā periodā no 1. augusta līdz 31. martam.	2	55-95%

Cukura diabēts (DM)

Indikators	Punkti	Sasnieguma robežvērtības
Dokumentācija		
DM017. Apakšuzņēmējs izveido un uztur visu pacientu vecumā virs 17, ieskaitot, kuriem diagnosticēts cukura diabēts, reģistru, kurā precizēts diabēta tips, kuram apstiprināta diagnoze. NICE 2011 izvēlnes ID: NM41	6	
Pastāvīgā pārvaldība		
DM002. Reģistrā esošo diabēta pacientu procentuālā daļa, kam pēdējais asinsspiediena mērījums (veikts pēdējo 12 mēnešu laikā) ir 150/90 mmHg vai mazāks. NICE 2010 izvēlnes ID: NM01	8	53-93%
DM003. Reģistrā esošo diabēta pacientu procentuālā daļa, kam pēdējais asinsspiediena mērījums (veikts pēdējo 12 mēnešu laikā) ir 140/80 mmHg vai mazāks. Pamatojoties uz NICE 2010 izvēlnes ID: NM02	10	38-78%
DM004. Reģistrā esošo diabēta pacientu procentuālā daļa, kam pēdējais holesterīna līmeņa mērījums (veikts pēdējo 12 mēnešu laikā) ir 5 mmol/l vai mazāks.	6	40-75%
DM006. Reģistrā esošo diabēta pacientu procentuālā daļa, kam diagnosticēta nefropātija (klīniska proteīnūrija) vai mikro-albuminūrija, kas pašlaik tiek ārstēta ar ACE-I (vai ARB).	3	57-97%
DM007. Reģistrā esošo diabēta pacientu procentuālā daļa, kam pēdējais IFCC-HbA1c mērījums pēdējo 12 mēnešu laikā ir 59 mmol/mol vai mazāk. NICE 2010 izvēlnes ID: NM14	17	35-75%
DM008. Reģistrā esošo diabēta pacientu procentuālā daļa, kam pēdējais IFCC-HbA1c mērījums pēdējo 12 mēnešu laikā ir 64 mmol/mol vai mazāk.	8	43-83%
DM009. Reģistrā esošo diabēta pacientu procentuālā daļa, kam pēdējais IFCC-HbA1c mērījums pēdējo 12 mēnešu laikā ir 75 mmol/mol vai mazāk.	10	52-92%

DM012. Reģistrā esošo cukura diabēta pacientu procentuālā daļa, kam veikti pēdu izmeklējumi un riska klasifikācija: 1) zems risks (normāli sajūta, sataustāms pulss), 2) paaugstināts risks (neiropātija vai neesošs pulss), 3) augsts risks (neiropātija vai neesošs pulss, kā arī iepriekšējo čūlu deformācija vai ādas izmaiņas) vai 4) čūlojošas pēdas pēdējo 12 mēnešu laikā. NICE 2010 izvēlnes ID: NM13	4	50-90%
DM014. Reģistrā esošo pacientu ar nesen diagnosticētu diabētu iepriekšējā periodā no 1. aprīļa līdz 31. martam proporcionālā daļa, kas tikuši uzņemtu strukturētā izglītības programmā 9 mēnešus pēc iekļaušanas diabēta reģistrā. NICE 2011 izvēlnes ID: NM27	11	40-90%
DM018. Reģistrā esošo diabēta pacientu procentuālā daļa, kas ir saņēmuši pretgripas poti iepriekšējā periodā no 1. augusta līdz 31. martam.	3	55-95%

Astma (AST)

Indikators	Punkti	Sasnieguma robežvērtības
Dokumentācija		
AST001. Apakšuzņēmējs izveido un uztur astmas pacientu reģistru, izņemot astmas pacientus, kuriem nav izrakstītas ar astmu saistītas zāles pēdējo 12 mēnešu laikā.	4	
Sākotnējā diagnoze		
AST002. Reģistrā esošo astmas pacientu vecumā no 8 gadiem (diagnosticēti pēc 2006. gada 1. aprīļa, ieskaitot) procentuālā daļa, kam mainīguma vai atgriezeniskuma mērījumi reģistrēti 3 mēnešus pirms reģistrācijas un jebkurā laikā pēc reģistrācijas.	15	45-80%
Pastāvīgā pārvaldība		
AST003. Reģistrā esošo astmas pacientu procentuālā daļa, kam veikts astmas pārskats pēdējo 12 mēnešu laikā, tostarp astmas kontroles novērtējums, kas iekļauj 3 RCP jautājumus. NICE 2011 izvēlnes ID: NM23	20	45-70%
AST004. Reģistrā esošo astmas pacientu vecumā no 14 līdz 20 gadiem procentuālā daļa, kam fiksēts smēķēšanas statuss pēdējo 12 mēnešu laikā.	6	45-80%

Hroniska obstruktīva plaušu slimība (HOPS)

Indikators	Punkti	Sasnieguma robežvērtības
Dokumentācija		
COPD001. Apakšuzņēmējs izveido un uztur pacientu ar HOPS reģistru.	3	
Sākotnējā diagnoze		
COPD002. HOPS pacientu (kas diagnosticēti pēc 2012. gada 1. aprīļa, ieskaitot) procentuālā daļa, kam diagnoze ir apstiprināta, veicot bronhodilatatora spirometriju 3 mēnešus pirms un 12 mēnešus pēc iekļaušanas reģistrā.	5	45-80%
Pastāvīgā pārvaldība		
COPD003. HOPS pacientu procentuālā daļa, kam veselības aprūpes speciālists veicis apskati, tostarp elpas trūkuma novērtējumu, izmantojot Medicīniskās izpētes padomes dispnejas skalu, pēdējo 12 mēnešu laikā.	9	50-90%
COPD004. HOPS pacientu procentuālā daļa, kam pēdējo 12 mēnešu laikā fiksēts FEV1.	7	40-75%
COPD005. HOPS pacientu procentuālā daļa, kam pēdējo 12 mēnešu laikā veikta medicīniskā apskate un noteikta skābekļa piesātinājuma vērtība. NICE	5	40-90%

2012 izvēlne ID: NM63		
COPD007. Pacientu ar HOPS procentuālā daļa, kas ir saņēmuši pretgripas poti iepriekšējā periodā no 1. augusta līdz 31. martam.	6	57-97%

Dementia (DEM)

Indikators	Punkti	Sasnieguma robežvērtības
Dokumentācija		
DEM001. Apakšuzņēmējs izveido un uztur pacientu ar demenci reģistru.	5	
Pastāvīgā pārvaldība		
DEM002. Demences pacientu procentuālā daļa, kuru aprūpe tikusi pārskatīta klātienē pēdējo 12 mēnešu laikā.	15	35-70%
DEM003. Nesen, iepriekšējā periodā no 1. aprīļa līdz 31. martam, diagnosticētu demences pacientu procentuālā daļa, kam noteikts asinsķermenīšu skaits, kalcija, glikozes līmenis, nieru un aknu funkcijas, vairogdziedzera funkcijas, B12 vitamīna līmenis serumā un folāta līmeņi 6 mēnešus pirms vai pēc iekļaušanas reģistrā. NICE 2010 izvēlnes ID: NM09	6	45

Depresija (DEP)

Indikators	Punkti	Sasnieguma robežvērtības
Sākotnējā pārvaldība		
DEP003. Pacientu vecumā no 18 gadiem, kam nesen, iepriekšējā periodā no 1. aprīļa līdz 31. martam, diagnosticēta depresija, procentuālā daļa, kam veikta apskate ne ātrāk kā 10 dienas pēc un ne vēlāk kā 56 dienas pēc diagnozes noteikšanas datuma. Pamatojoties uz NICE 2012 izvēlnes ID: NM50	10	45-80%

Garīgā veselība (MH)

Indikators	Punkti	Sasnieguma robežvērtības
Dokumentācija		
MH001. Apakšuzņēmējs izstrādā un uztur šizofrēnijas, bipolāro garastāvokļa traucējumu un citu psihisko traucējumu pacientu un pacientu, kas saņem litija terapiju, reģistru.	4	
Pastāvīgā pārvaldība		
MH002. Šizofrēnijas, bipolāro garastāvokļa traucējumu un citu psihisko traucējumu pacientu procentuālā daļa, kam pēdējo 12 mēnešu laikā ir reģistrēts visaptverošs aprūpes plāns, kam piekrīt pacienti, to ģimenes un/vai aprūpētāji.	6	40-90%
MH003. Šizofrēnijas, bipolāro garastāvokļa traucējumu un citu psihisko traucējumu pacientu procentuālā daļa, kam pēdējo 12 mēnešu laikā reģistrēts asinsspiediena mērījums. NICE 2010 izvēlnes ID: NM17	4	50-90%
MH007. Šizofrēnijas, bipolāro garastāvokļa traucējumu un citu psihisko traucējumu pacientu procentuālā daļa, kam pēdējo 12 mēnešu laikā reģistrēts alkohola patēriņš. NICE 2010 izvēlnes ID: NM15	4	50-90%
MH008. Sieviešu vecumā no 25 līdz 65 gadiem, kam diagnosticēta šizofrēnija, bipolārie garastāvokļa traucējumi vai citi psihiski traucējumi,	5	45-80%

procentuālā daļa, kam reģistrēts pēdējo 5 gadu laikā veikts dzemdes kakla skrīninga tests. NICE 2010 izvēlnes ID: NM20		
MH009. Pacientu, kuri saņem litija terapiju, procentuālā daļa, kam fiksēts kreatīna līmenis serumā un vairogdziedzeri stimulējošā hormona pēdējo 9 mēnešu laikā. NICE 2010 izvēlnes ID: NM21	1	50-90%
MH010. Pacientu, kuri saņem litija terapiju, procentuālā daļa, kam fiksēti litija terapeitiskie līmeņi pēdējo 4 mēnešu laikā. NICE 2010 izvēlnes ID: NM22	2	50-90%

Vēzis (CAN)

Indikators	Punkti	Sasnieguma robežvērtības
Dokumentācija		
CAN001. Apakšuzņēmējs izstrādā un uztur vēža diagnožu reģistru, izņemot ne-melanomas ādas vēzi.	5	
Pastāvīgā pārvaldība		
CAN003. Pēdējo 15 mēnešu laikā diagnosticēto vēža pacientu procentuālā daļa, kam 6 mēnešu laikā pirms diagnozes datuma reģistrēta pacienta apskate. Pamatojoties uz NICE 2012 izvēlnes ID: NM62	6	50-90%

Hroniska nieru saslimšana (HNS)

Indikators	Punkti	Sasnieguma robežvērtības
Dokumentācija		
CKD001. Apakšuzņēmējs izveido un uztur HNS (ASV Nacionālais nieru fonds: 3.- 5. stadijas HNS) pacientu vecumā no 18 gadiem reģistru.	6	
Pastāvīgā pārvaldība		
CKD002. Reģistrā esošo HNS pacientu procentuālā daļa, kam pēdējais asinsspiediena mērījums (veikts pēdējo 12 mēnešu laikā) ir 140/85 mmHg vai mazāks.	11	41-81%
CKD003. HNS reģistrā esošo pacientu procentuālā daļa, kam ir hipertensija un proteīnūrija un kas šobrīd tiek ārstēti ar ACE-I vai ARB.	9	45-80%
CKD004. HNS reģistrā esošo pacientu procentuālā daļa, kuru piezīmēs fiksēts urīna albumīna - kreatīna attiecības (vai proteīna - kreatīna attiecības) tests pēdējo 12 mēnešu laikā.	6	45-80%

Epilepsija (EP)

Indikators	Punkti	Sasnieguma robežvērtības
Dokumentācija		
EP001. Apakšuzņēmējs izveido un uztur pacientu vecumā no 18 gadiem, kuriem tiek ārstēta epilepsija, reģistru.	1	

Mācību traucējumi (MT)

Indikators	Punkti	Sasnieguma robežvērtības
Dokumentācija		
LD003. Apakšuzņēmējs izveido un uztur pacientu ar mācību traucējumiem reģistru.	4	

Osteoporozē: nestabilitātes lūzumu sekundārā profilakse (OST)

Indikators	Punkti	Sasnieguma robežvērtības
<u>Dokumentācija</u>		
OST004 Apakšuzņēmējs izveido un uztur sekojošu pacientu reģistru: 1. Vecumā no 50 līdz 75, kam reģistrēti nestabilitātes lūzumi pēc 2012. gada 1. aprīļa, ieskaitot, un apstiprināta osteoporozes diagnoze, veicot DXA skenēšanu. 2. Vecumā virs 75, kam reģistrēti nestabilitātes lūzumi pēc 2014. gada 1. aprīļa, ieskaitot, un diagnosticēta osteoporozē. NICE 2011 izvēlnes ID: NM29	3	
<u>Pastāvīgā pārvaldība</u>		
OST002. Pacientu vecumā no 50 līdz 75, kam reģistrēti nestabilitātes lūzumi pēc 2012. gada 1. aprīļa, ieskaitot, un apstiprināta osteoporozes diagnoze, veicot DXA skenēšanu, procentuālā daļa, kas šobrīd tiek ārstēti ar piemērotu kaulus saudzējošu vielu. NICE 2011 izvēlnes ID: NM30	3	30-60%
OST005. Pacientu vecumā virs 75, kam reģistrēti nestabilitātes lūzumi pēc 2014. gada 1. aprīļa, ieskaitot, un diagnosticēta osteoporozē, kas šobrīd tiek ārstēti ar piemērotu kaulus saudzējošu vielu. NICE 2011 izvēlnes ID: NM31	3	30-60%

Reimatoīdais artrīts (RA)

Indikators	Punkti	Sasnieguma robežvērtības
<u>Dokumentācija</u>		
RA001. Apakšuzņēmējs izveido un uztur reimatoīdā artrīta pacientu vecumā no 16 gadiem reģistru. NICE 2012 izvēlne ID: NM55	1	
<u>Pastāvīgā pārvaldība</u>		
RA002. Reģistrēto reimatoīdā artrīta pacientu procentuālā daļa, kas pēdējo 12 mēnešu laikā saņēmuši personīgu konsultāciju. NICE 2012 izvēlne ID: NM58	5	40-90%

Paliatīvā aprūpe (PA)

Indikators	Punkti	Sasnieguma robežvērtības
<u>Dokumentācija</u>		
PC001. Apakšuzņēmējs izveido un uztur visu pacientu, kuriem nepieciešama paliatīvā aprūpe/atbalsts, neatkarīgi no vecuma, reģistru.	3	
<u>Pastāvīgā pārvaldība</u>		
PC002. Apakšuzņēmējs rīko regulāras (vismaz 3 reizes mēnesī) vairākdisciplīnu gadījumu pārskata sapulces, kur tiek apspriesti visi paliatīvās aprūpes reģistra pacienti	3	

Sabiedrības veselība

Sirds un asinsvadu slimību primārā profilakse (SAS-PP)

Indikators	Punkti	Sasnieguma robežvērtības
<u>Pastāvīgā pārvaldība</u>		

CVD PP001. No pacientiem, kam diagnosticēta hipertensija, kuri ir vecumā no 30 līdz 75 gadiem un ir reģistrēti iepriekšējā periodā no 1. aprīļa līdz 31. martam (izņemot pacientus ar iepriekšēju KSS, diabētu, insultu un/vai SIL), kuriem pēdējo 12 mēnešu laikā ir reģistrēts SAS riska novērtējuma rezultāts CBI >20% (izmantojot NVD apstiprinātu novērtējuma metodi) - procentuālā daļa, kas šobrīd tiek ārstēti ar statīniem. NICE 2011 izvēlnes ID: NM26	10	40-90%
--	----	--------

Asinsspiediens (AS)

Indikators	Punkti	Sasnieguma robežvērtības
BP002. Pacientu vecumā virs 45 gadiem procentuālā daļa, kam pēdējo 5 gadu laikā reģistrēts asinsspiediena mērījums. NICE 2012 izvēlne ID: NM61	15	50-90%

Aptaukošanās (A)

Indikators	Punkti	Sasnieguma robežvērtības
<u>Dokumentācija</u>		
OB001. Apakšuzņēmējs izveido un uztur pacientu vecumā no 16 gadiem, kuru ĶMI >30, reģistru.	8	

Smēķēšana (S)

Indikators	Punkti	Sasnieguma robežvērtības
<u>Dokumentācija</u>		
SMOK002. Pacientu procentuālā daļa, kam ir jebkura viena vai vairākas no minētajām saslimšanām: KSS, PAS, insults vai SIL, hipertensija, diabēts, HOPS, HNS, astma, šizofrēnija, bipolārie garastāvokļa traucējumi vai citi psihiski traucējumi, un kam reģistrēts smēķētāja statuss pēdējo 12 mēnešu laikā. NICE 2011 izvēlnes ID: NM38	25	50-90%
<u>Pastāvīgā pārvaldība</u>		
SMOK003. Apakšuzņēmējs atbalsta smēķējošos pacientus smēķēšanas atmešanā, piedāvājot literatūru un atbilstošu terapiju.	2	
SMOK004. Pacientu vecumā virs 15, kuri reģistrēti kā smēķētāji, procentuālā daļa, kam sniegts atbalsts un ārstēšana pēdējo 24 mēnešu laikā. Pamatojoties uz NICE 2011 izvēlnes ID: NM40	12	40-90%
SMOK005. Pacientu procentuālā daļa, kam ir jebkura viena vai vairākas no minētajām saslimšanām: KSS, PAS, insults vai SIL, hipertensija, diabēts, HOPS, HNS, astma, šizofrēnija, bipolārie garastāvokļa traucējumi vai citi psihiski traucējumi, kas šobrīd reģistrēti kā smēķētāji un kam sniegts atbalsts vai ārstēšana pēdējo 12 mēnešu laikā. NICE 2011 izvēlnes ID: NM39	25	56-96%

Sabiedrības veselība - papildu pakalpojumi

Dzemes kakla skrīnings (DZKS)

Indikators	Punkti	Sasnieguma robežvērtības
CS001. Apakšuzņēmējam ir protokols, kas atbilst NVD apstiprinātām nacionālajām vadlīnijām attiecībā uz dzemes kakla skrīninga pārvaldību, kas ietver darbinieku apmācību, sazināšanos / atkārtotu sazināšanos ar pacientiem, ziņojumus par izņēmumiem un regulāru neatbilstošu paraugu rādītāju uzraudzību.	7	
CS002. Sieviešu vecumā no 25 līdz 65 gadiem procentuālā daļa, kam reģistrēts pēdējo 5 gadu laikā veikts dzemes kakla skrīninga tests.	11	45-80%
CS004. Apakšuzņēmējam ir dzemes kakla skrīninga pakalpojuma audita pamatnostādnes un tas auditē neatbilstošus dzemes kakla skrīninga testus attiecībā uz atsevišķiem paraugu noņēmējiem vismaz reizi 2 gados.	2	

Kontracepcija (KON)

Indikators	Punkti	Sasnieguma robežvērtības
CON001. Apakšuzņēmējs izstrādāt un uztur reģistru sievietēm vecumā līdz 54 gadiem, kurām izrakstīta jebkāda kontracepcijas metode vismaz vienu reizi iepriekšējā gadā vai citā medicīniski atbilstošā laika periodā, piem., 5 gadi IUS.	4	
CON003. Reģistrēto sieviešu skaits, kam izrakstīta avārijas hormonālā kontracepcija vienu vai vairākas reizes pēdējo 12 mēnešu laikā un kas ir saņēmusi informāciju par ilgstošas iedarbības kontracepcijas metodēm kontracepcijas izrakstīšanas brīdī vai 1 mēneša laikā pirms tam.	3	50-90%

Uz vērtību balstīta iepirkumu programma

Kopējais snieguma rezultāts (KSR) tiek atvasināts no četrām FY 2015 jomām - Medicīniskās aprūpes procesa, Pacientu aprūpes pieredzes, Rezultātiem un Efektivitātes.

- Medicīniskās aprūpes procesa jomu veido 12 medicīniskā procesa mērījumi un tas veido 20 procentus no slimnīcas KSR.
- Pacientu aprūpes pieredzes jomu veido 8 dimensijas, kas tiek atvasinātas no HCAHPS aptaujas, un tā veido 30% slimnīcas KSR.
- Rezultātu jomu veido 3 mirstības mērījumi, 1 AHRQ pacientu drošības mērījums un 1 ar veselības aprūpi saistītu infekciju mērījums un tā veido 30% no slimnīcas KSR.
- Efektivitātes joma ietver 1 Medicīniskās aprūpes izmaksu uz pakalpojumu saņēmēju mērījumu, kas veido 20% no slimnīcas KSR.

Medicīniskās aprūpes process

Indikators
Akūts miokarda infarkts (AMI vai infarkts)
AMI-7a: Infarkta pacientiem tiek doti fibrinolītiski medikamenti 30 minūšu laikā pēc ierašanās.
AMI-8a: Infarkta pacientiem tiek veikta koronārā angioplastika 90 minūšu laikā pēc ierašanās.
Sirds mazspēja (HF)
HF-1: Sirds mazspējas pacientiem tiek doti norādījumi pie izrakstīšanas
Pneimonija (PN)
PN-3b: Pneimonijas pacienti, kuriem pirms pirmās antibiotiku devas uzņemšanā veikta asins kultūru analīze
PN-6: Pneimonijas pacientiem tiek dotas vispiemērotākās sākotnējās antibiotikas
Ķirurģiskās aprūpes uzlabošanas projekts (ĶAUP)
SCIP-Card-2: Ķirurģijas pacienti, kuri lietojuši beta blokatorus pirms ierašanās slimnīcā, kuri lietojuši beta blokatorus tieši pirms un pēc operācijas
SICP-VTE-2: Pacienti, kuri laikus saņēmuši ārstēšanu (24h laikā pirms vai pēc operācijas), lai palīdzētu novērst asins recekļu veidošanos pēc noteikta veida operācijām
Ar veselības aprūpi saistītās infekcijas (VASI)
SCIP-Inf-1: Ķirurģijas pacienti, kuri pareizā laikā (vienu stundu pirms operācijas) saņēmuši antibiotikas, lai palīdzētu novērst infekciju
SICP-Inf-2: Ķirurģijas pacienti, kuri saņēmuši pareizas antibiotikas, lai palīdzētu novērst infekciju
SICP-Inf-3: Ķirurģijas pacienti, kuru preventīvo antibiotiku deva pārtraukta pareizā laikā (24h laikā pēc operācijas)
SICP-Inf-4: Sirds ķirurģijas pacienti, kuru cukura līmenis asinīs (glikozes līmenis asinīs) tiek pareizi kontrolēt dienās pēc operācijas
SCIP-Inf-9: Ķirurģijas pacienti, kuru urīnceļu katetri tika izņemti pirmajā vai otrajā dienā pēc operācijas

Pacientu aprūpes pieredze

Indikators
Komunikācija ar māsām

Parādīta, kā pacientu procentuālā daļa, kas ziņoja, ka komunikācija ar māsām «Vienmēr» ir laba. Tas nozīmē, ka māsas saprotami izskaidro lietas, uzmanīgi ieklausās un attiecas pret pacientu ar pieklājību un cieņu.
Komunikācija ar ārstiem
Parādīta, kā pacientu procentuālā daļa, kas ziņoja, ka komunikācija ar ārstiem «Vienmēr» ir laba. Tas nozīmē, ka ārsti saprotami izskaidro lietas, uzmanīgi ieklausās un attiecas pret pacientu ar pieklājību un cieņu.
Slimnīcas personāla atsaucība
Parādīta, kā pacientu procentuālā daļa, kas ziņoja, ka slimnīcas darbinieki «Vienmēr» reaģēja uz viņu vajadzībām. Tas nozīmē, ka pacients ātri saņēma palīdzību, ja tika izmantota izsaukuma poga vai tam bija nepieciešama palīdzība nokļūt līdz tualetei vai izmantot pīli.
Sāpju mazināšana
Parādīta, kā pacientu procentuālā daļa, kas ziņoja, ka to sāpes «Vienmēr» tika labi kontrolētas. Tas nozīmē, ka pacienta sāpes tika labi kontrolētas un slimnīcas personāls darīja visu, lai palīdzētu.
Slimnīcas vides tīrība un klusums
Parādīta, kā pacientu procentuālā daļa, kas ziņoja, ka to slimnīcas vide «Vienmēr» bija tīra un klusa. Tas nozīmē, ka pacienta palāta un vannas istaba bija tīra un pacienta palātas tuvumā naktī valdīja klusums.
Komunikācija attiecībā uz zālēm
Parādīti kā pacientu procentuālā daļa, kuri ziņoja, ka slimnīcas personāls "Vienmēr" pastāstīja par medikamentiem. Tas nozīmē, ka slimnīcas personāls pastāstīja pacientam, kam paredzētas zāles un kādas varētu būt to blakusparādības, pirms zāles tika iedotas pacientam.
Informācija par izrakstīšanu
Parādīti kā procentuālā daļa no pacientiem, kas ziņoja, ka viņiem tika sniegta informācija par to, kas atlabšanas laikā jādara mājās. Tas nozīmē, ka slimnīcas personāls pārrunāja ar pacientu palīdzību, kas tam būs nepieciešama mājās, un pacientam tika izsniegta rakstiska informācija par simptomiem vai veselības problēmām, kam jāpievērš uzmanība atlabšanas laikā.
Vispārējais slimnīcas vērtējums
Parādīts kā pacientu procentuālā daļa, kas novērtēja slimnīcu ar «9» vai «10» skalā no 0 (zems) līdz 10 (augsts).

Rezultāti

Indikators
Akūta miokarda infarkta (AMI) 30 dienu mirstības rādītājs
Mirstības rādītājs norāda, vai pacients, kam diagnosticēts AMI, ir miris 30 laikā pēc hospitalizācijas.
Sirds mazspējas (SM) 30 dienu mirstības rādītājs
Mirstības rādītājs norāda, vai pacients, kam diagnosticēta SM, ir miris 30 laikā pēc hospitalizācijas.
Pneimonijas (PN) 30 dienu mirstības rādītājs
Mirstības rādītājs norāda, vai pacients, kam diagnosticēta PN, ir miris 30 laikā pēc hospitalizācijas.
Ar katetriem saistīta asinsrites infekcija (CLABSI)
CLABSI mērījums salīdzina reālo CLABSI gadījumu skaitu ar paredzamo infekciju skaitu, saskaņā ar ASV pieredzes pamata rādītāju.
AHRQ (PSI-90) dažādi pacientu drošības indikatori (salikts mērījums)
AHRQ PSI-90 ir mērījums, kuru veido astoņi pamata komponenti.

Efektivitāte

Indikators
Medicīniskās aprūpes izdevumi uz vienu pakalpojuma saņēmēju (MSPB-1)
Šis efektivitātes mērījums ir balstīts uz maksājumiem par pakalpojumiem, kas tiek sniegti pacientam vienā pakalpojuma saņēmēja izdevumu epizodē, kas ilgst no 3 dienām pirms uzņemšanas stacionārā līdz 30 dienām pēc izrakstīšanas. Maksājumi, kas tiek iekļauti šajā mērījumā, tiek standartizēti un pielāgoti, lai tiktu izslēgtas izmaksu ģeogrāfiskās atšķirības, kā arī pacientu veselības statusa variācijas.

2. pielikums: Pakalpojumu sniedzēju maksājumu modeļi noteiktās Eiropas valstīs

Primārā veselības aprūpe

Valsts	Izmantotās maksājumu struktūras	Samaksa par padarīto (ieviešanas gads)	Kompleksie maksājumi (maksājums par aprūpes epizodi)	Kapitācija
	Maksa par pakalpojumu			
Austrija	X	Nav	Nav	Nav
Beļģija	X	Nav	Aprūpes sistēmas	Nav
Bulgārija	X	Nav	Nav	X
Horvātija	X	Atlīdzība par hronisku slimību novēršanu un pārvaldību (2013)	Nav	X
Čehija	X	Nav	Nav	X
Dānija	X	Nav	Nav	X
Anglija	X	QOF (process un rezultāts) (2004), CQUIN (2009)	Nav	X
Igaunija	X	Atlīdzība par hronisku slimību novēršanu un pārvaldību (2006)	Nav	X
Somija	X	Nav	Nav	X
Francija	X	CAPI (2009)	Nav	X
Vācija	X	<i>Kinzigal</i> (atlīdzība par strukturāliem un kvalitātes pasākumiem)	Nav	SPP
Grieķija	X	Nav	Nav	X (tikai dažas apdrošināšanas sabiedrības)
Ungārija	X	Attiecas uz kvalitātes pasākumiem (2009)	Nav	X
Islande	X	Nav	Nav	Nav
Itālija	X	CReG (Lombardija)	Nav	X

Valsts	Izmantotās maksājumu struktūras		Kompleksie maksājumi (maksājums par aprūpes epizodi)	Kapitācija
	Maksa par pakalpojumu	Samaksa par padarīto (ieviešanas gads)		
Lietuva	X	Pacientu ar hroniskām saslimšanām hospitalizācijas samazināšana (2000)	Nav	X
Nīderlande	X	Integrētās aprūpe aprūpes grupas Daži apdrošinātāji apbalvo labu sniegumu	Attiecībā uz dažām slimībām - Integrētās aprūpe aprūpes grupas	X
Norvēģija	X	Nav	Nav	X
Polija	X	Nav	Nav	X
Portugāle	X	Īpašas uzraudzības pasākumi attiecībā uz neaizsargātiem un augsta riska pacientiem (2006)	Nav	X
Slovākija	X	Nav	Nav	X
Spānija	Nav	Nav	Nav	X
Zviedrija	X (par katru apmeklējuma reizi)	Profilakses un efektīvas medikamentu izrakstīšanas veicināšana	Nav	X

Akūta aprūpe slimnīcās

Valsts	Pašlaik izmantotais DRG variants	Papildu maksājumi	Netipiskie gadījumi
Austrija	LKF	Nav	- Netipiskie gadījumi iekļauti DRG sistēmā
Beļģija	APR-DRG	Nav	- Netipiskie gadījumi tiek finansēti saskaņā ar DRG loģiku. - Hospitalizācijas uzturēšanās ilguma netipiskie gadījumi attiecas gan uz augstākajiem, gan zemākajiem rādītājiem. - Netipiskie gadījumi tiek apmaksāti pēc reālā uzturēšanās ilguma, nevis pēc standartizētā / pieņemtā / pamatotā uzturēšanās ilguma
Bulgārija	-	-	-
Horvātija	AR-DRG	Ļoti dārgas zāles un implantīti tiek apmaksāti ar uzcenojumu pie DRG cenām.	- Netipiskie gadījumi iekļauti DRG sistēmā
Čehija	IR-DRG	Nav	- Netipiskie gadījumi iekļauti DRG sistēmā
Dānija	DkDRG	Nav	- Netipiskie gadījumi iekļauti DRG sistēmā
Anglija	HRG	Kur medicīniskās programmas ir sadalītas pakalpojumu sniedzēju starpā, pakalpojumi var tikt sniegti, balstoties uz maksu par pakalpojumu, vienojoties ar pakalpojumu sniedzējiem (piem., rehabilitācijas elementi).	- Saskaņā ar HRG, sasniedzot noteiktu punktu, par katru dienu tiek saņemts papildu finansējums. - Katrai HRG ir noteikts maksimālais uzturēšanās ilguma punkts.

Valsts	Pašlaik izmantotais DRG variants	Papildu maksājumi	Netipiskie gadījumi
Igaunija	NordDRG	Psihiatriskā aprūpe, rehabilitācija un pēcooperācijas aprūpe - netiek apmaksāta DRG ietvaros. Tāpat pastāv daži izņēmumi, kas ir atkarīgi no pamata diagnozes (piemēram, ķīmijterapija), sniegtajiem pakalpojumiem (piemēram, orgānu transplantācija) un nosūtījumiem.	- Netipiskie gadījumi netiek apmaksāti saskaņā ar DRG sistēmu.
Somija	NordDRG	Nav	- Netipiskie gadījumi netiek apmaksāti saskaņā ar DRG sistēmu.
Francija	GHM	Ļoti dārgas zāles un implantanti tiek apmaksāti ar uzcenojumu pie GHM cenām.	- Netipisko gadījumu finansēšana GHM sistēmā balstās uz uzturēšanās ilgumu. - Tas attiecas gan uz zemākajiem, gan augstākajiem rādītājiem.
Vācija	G-DRG	Papildu maksa par plašiem pakalpojumiem.	- Netipisku gadījumu finansēšana DRG sistēmā balstās uz uzturēšanās ilgumu. - Tas attiecas gan uz zemākajiem, gan augstākajiem rādītājiem.
Grieķija	KEN-DRG	Nav	- Netipiskie gadījumi iekļauti DRG sistēmā
Ungārija	HDG	Augstu izmaksu ārstēšanas veidi, piemēram, kaulu smadzeņu transplantācija, tiek apmaksāti atkarībā no konkrētā gadījuma.	- Netipiskie gadījumi iekļauti DRG sistēmā
Islande	-	-	-
Itālija	HCFA 10. versija	Aktivitātes, kam nepieciešama īpaša programmu novērtēšana un izmaksu izlietojuma pārskats.	- Pastāv īpašs tarifs katrai DRG, kas tiek izmantots, lai finansētu netipisku gadījumu uzturēšanos stacionārā atkarībā no dienu skaita. - Attiecībā uz īsu «uzturēšanās slimnīcā» (nulle līdz viena diena stacionārā), DRG tarifs tiek piemērots dienas slimnīcas pakalpojumiem un dienas operācijām.
Lietuva	AR-DRG	Nav	- Netipiskie gadījumi iekļauti DRG sistēmā

Valsts	Pašlaik izmantotais DRG variants	Papildu maksājumi	Netipiskie gadījumi
Nīderlande	DBC	Nav	- DBC A sarakstā iekļautās cenas ir aprēķinātas ņemot vērā vidējo, nevis vidējo aritmētisko cenu. Attiecīgi, cenas mazāk ietekmē netipiskie gadījumi.
Norvēģija	NordDRG	Kopējās dotācijas (60% slimnīcas finansējuma somatiskajai aprūpei)	- Netipiskie gadījumi iekļauti DRG sistēmā
Polija	JGP	Lielas investīcijas un īpaši sarežģītu un/vai dārgu procedūru, piemēram, transplantācijas, izmaksas tiek segtas tiešā veidā no valsts budžeta.	- Netipiskie gadījumi iekļauti DRG sistēmā
Portugāle	HCFA 16	Neparastas un dārgas procedūras netiek apmaksātas saskaņā ar DRG. Jaunākā DRG (AP-21) versija ietvers arī šīs procedūras.	- Neilgas uzturēšanās gadījumi tiek apmaksāti daļēji (daļa no DRG cenas). - DRG cena tiek izmaksāta starp zemāko un augstāko uzturēšanās ilguma rādītāju. - Dienu skaits, kas pārsniedz maksimālo rādītāju, tiek apmaksāts par katru dienu.
Slovākija	-	-	-
Spānija	Tiek izmantoti divi DRG grupējumi AP-DRG (21.0 versija) un CMS-DRG (22.0 versija).	Ambulatorie apmeklējumi, neatliekamā palīdzība un citi slimnīcu pakalpojumi tiek finansēti, balstoties uz citiem parametriem vai cenu noteikšanas sistēmām.	-Tie tiek ņemti vērā tikai dažos reģionos un tikai neparastos gadījumos ar lielu uzturēšanās ilgumu.
Zviedrija	NordDRG	Neparastas un dārgas procedūras, ko nav iespējams atbilstoši apraksīt, izmantojot DRG sistēmu, piemēram, apdegumu ārstēšana vai īpašas procedūras mācību slimnīcās.	- Valsts svērtās DRG vērtības ir balstītas uz izmaksām, kas saistītas ar atsevišķiem pacientiem. Arī neparasto gadījumu ierobežojumi ir balstīti uz atsevišķu pacientu izmaksām. - Turklāt neparasto gadījumu ierobežojumi tajās slimnīcās, kur nav ieviesti maksājumi par gadījumiem (vai maksājumi par atsevišķu pacientu), tiek aprēķināti, balstoties uz uzturēšanās ilgumu kā pakalpojumu. - Neparasto gadījumu noteikumi attiecas vienīgi uz pārmērīgi ilgu uzturēšanos.

3. pielikums. Stacionāra pacienta klīniskā protokola piemērs

Gerbonis Kvīnslandes valdība Akūtā koronārā sindroma klīniskais protokols Iestāde:	(Uzspiediet šeit identifikācijas marķējumu) Unikālais reģistrācijas numurs (URN): Uzvārds: Vārds: Adrese: Dzimšanas datums: Dzimums: Vīr. Siev. Inter.
---	--

Klīniskie protokoli nekad neaizstāj klīnisko novērtējumu. Šajā protokolā izklāstītā aprūpe ir jāmaina , ja tā klīniski nav piemērota konkrētajam pacientam.																	
Šis protokols ir pacientiem, kam ir diagnosticēts viens no turpmāk nosauktajiem: <i>Miokarda infarkts ar ST segmenta pacēlumu (STEM) vai Augsta riska akūtais koronārais sindroms bez ST segmenta pacēluma (Non-STEACS), proti, Miokarda infarkts bez ST segmenta pacēluma (NSTEM) vai Nestabila stenokardija (UA)</i>																	
Protokols uzsākts Datums: Laiks: Iniciāli: Galvenā (galīgā) diagnoze: Nestabila stenokardija NSTEMI STEMI Vēla vēršanas pēc medicīniskās palīdzības Iniciāli Aprūpes konsultants (vārds, uzvārds DRUKĀTIEM burtiem) Vai pacients ir pārvietots no citas iestādes/palātas? Jā No:																	
Pārvietošanas norādījumi neinvazīvām iestādēm <ul style="list-style-type: none"> • Visos STEMI gadījumos ir nekavējoties pārvest uz Invazīvo Kardioloģijas iestādi steidzamai angiogrāfijai • Visos Augsta riska NSTEMACS gadījumos nākamajā dienā pārvest uz kardioloģiskas intervences iestādi. Ja pacients kļūst klīniski nestabils, steidzamai kardioloģiskai/medicīniskai apskatei un ārstam, lai paziņotu kardioloģijas nosūtīšanas dienestiem, lai noorganizētu tūlītēju pārvešanu. • Rīkoties saskaņā ar slimnīcas un veselības dienesta (HS) nosūtīšanas un pārvešanas noteikumiem. <table border="0"> <tr> <td>Ieteicamais laika grafiks angiogrāfijai</td> <td>TIMI (trombolīze miokarda infarkta pētījumu grupā) riska rezultāti</td> </tr> <tr> <td>Nestabila/augsta riska</td> <td>Vecums ≥65 gadi ASA lietošana pēdējās 7 dienās</td> </tr> <tr> <td>TIMI >4 < 24 stundas</td> <td>≥3 CAD riska faktori Nesena (≤24 stundas) smaga stenokardija</td> </tr> <tr> <td>GRACE rezultāts >140</td> <td>Zināms CAD (stenoze ≥50%) ST segmenta novirze ≥0,5 mm</td> </tr> <tr> <td>Stabilizēta</td> <td>Paaugstināts troponīns</td> </tr> <tr> <td>TIMI ≤4 < 72 stundas</td> <td></td> </tr> <tr> <td>GRACE rezultāts ≤140</td> <td>Kopā (viens punkts par katru pazīmi):</td> </tr> <tr> <td>GRACE ACS riska rezultāta 2.0 kalkulators: www.gracescore.org</td> <td></td> </tr> </table>		Ieteicamais laika grafiks angiogrāfijai	TIMI (trombolīze miokarda infarkta pētījumu grupā) riska rezultāti	Nestabila/augsta riska	Vecums ≥65 gadi ASA lietošana pēdējās 7 dienās	TIMI >4 < 24 stundas	≥3 CAD riska faktori Nesena (≤24 stundas) smaga stenokardija	GRACE rezultāts >140	Zināms CAD (stenoze ≥50%) ST segmenta novirze ≥0,5 mm	Stabilizēta	Paaugstināts troponīns	TIMI ≤4 < 72 stundas		GRACE rezultāts ≤140	Kopā (viens punkts par katru pazīmi):	GRACE ACS riska rezultāta 2.0 kalkulators: www.gracescore.org	
Ieteicamais laika grafiks angiogrāfijai	TIMI (trombolīze miokarda infarkta pētījumu grupā) riska rezultāti																
Nestabila/augsta riska	Vecums ≥65 gadi ASA lietošana pēdējās 7 dienās																
TIMI >4 < 24 stundas	≥3 CAD riska faktori Nesena (≤24 stundas) smaga stenokardija																
GRACE rezultāts >140	Zināms CAD (stenoze ≥50%) ST segmenta novirze ≥0,5 mm																
Stabilizēta	Paaugstināts troponīns																
TIMI ≤4 < 72 stundas																	
GRACE rezultāts ≤140	Kopā (viens punkts par katru pazīmi):																
GRACE ACS riska rezultāta 2.0 kalkulators: www.gracescore.org																	
Nosūtījums nosūtīts Datums: Laiks: TIMI rezultāts: Pieņemotais kardiologs: Iestāde: Kvīnslandes atgūšanas (<i>retrieval</i>) dienests (aeromedicīniskais transports) VAI Kvīnslandes Neatliekamās palīdzības dienests (ceļu transports) Pārvietošanas datums: Neattiecas																	
Procedūras (rīkoties saskaņā ar vietējiem veselības aprūpes nosūtījumu procesiem) <table border="0"> <tr> <td>Trombolīze: Jā Datums: Laiks</td> <td>Nē</td> <td>Koronārās artērijas šuntēšana (CABG): Neattiecas</td> </tr> <tr> <td>Krūšu rentgens: Jā Datums:</td> <td></td> <td>Pabeigts ķirurģiskais nosūtījums? Jā Datums:</td> </tr> <tr> <td>Ehokardiogramma: Jā Datums: EF%</td> <td></td> <td>Kardiokirurga apskate? Jā Datums:</td> </tr> <tr> <td>Angiogramma: Jā Datums: Neattiecas</td> <td></td> <td>Pieraksts uz CABG? Jā Datums:</td> </tr> <tr> <td>Angioplastika (PCI): Jā Datums: Neattiecas</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Trombolīze: Jā Datums: Laiks	Nē	Koronārās artērijas šuntēšana (CABG): Neattiecas	Krūšu rentgens: Jā Datums:		Pabeigts ķirurģiskais nosūtījums? Jā Datums:	Ehokardiogramma: Jā Datums: EF%		Kardiokirurga apskate? Jā Datums:	Angiogramma: Jā Datums: Neattiecas		Pieraksts uz CABG? Jā Datums:	Angioplastika (PCI): Jā Datums: Neattiecas			
Trombolīze: Jā Datums: Laiks	Nē	Koronārās artērijas šuntēšana (CABG): Neattiecas															
Krūšu rentgens: Jā Datums:		Pabeigts ķirurģiskais nosūtījums? Jā Datums:															
Ehokardiogramma: Jā Datums: EF%		Kardiokirurga apskate? Jā Datums:															
Angiogramma: Jā Datums: Neattiecas		Pieraksts uz CABG? Jā Datums:															
Angioplastika (PCI): Jā Datums: Neattiecas																	
Norādījumi par dokumentāciju <ul style="list-style-type: none"> • Akūta STEMI vai NSTEMI uzsākt 4. lappusi. • Nestabilas stenokardijas un vēlas vēršanās pēc medicīniskas palīdzības gadījumā (proti, sāpju sākums >24 stundas) uzsākt 5. lappusi. • Iniciāli: norāda rīcību/aprūpi norīkota/piemērota. • Neattiecas: norāda iepriekšējo aprūpi/norīkojums neattiecas. • Izsvītrošana: norāda, ka ir izmaiņas aprūpes plānā. • V: norāda aprūpes atšķirību no protokola. Kad ir piemērojams iniciālis "Atšķirību kolonnā", tad dokumentēt informācijā par pacientu atšķirības, tai skaita, iesaistītos faktoros un iznākumus. • Atslēga: (aizkrāsots kvadrāts) Ārstniecisks (aizkrāsots trīsstūris) Kopšana (aizkrāsots rombs) Ārpus ārstniecības pakalpojumi <i>Simboli norāda aprūpi primārajā profesionālajā plūsmā, tie ir tikai vizuāli norādījumi un to norādījumi nav domāti kā absolūti.</i> • Katras personai, kas dokumentē šajā klīniskajā protokolā, zemāk norāda savus iniciāļus un parakstu. 																	
Parakstu žurnāls Iniciāli Paraksts Vārds, uzvārds DRUKĀTIEM BURTĪEM Loma																	

Tulkojums tekstam pa kreisi: nerakstīt uz šīs iesējuma malas
 Tulkojums tekstam pa labi: akūtā koronārā sindroma klīniskais protokols
 Lappuse 1 no 5

<p>Ģerbonis Kvīnslendas valdība</p> <p>Akūtā koronārā sindroma klīniskais protokols</p> <p>Iestāde:</p>	<p>(Uzspiediet šeit identifikācijas marķējumu)</p> <p>Unikālais reģistrācijas numurs (<i>URN</i>):</p> <p>Uzvārds:</p> <p>Vārds:</p> <p>Adrese:</p> <p>Dzimšanas datums: Dzimums: Vīr.</p> <p>Siev. Inter.</p>
--	---

Parakstu žurnāls (turpinājums)			
Iniciāļi	Paraksts	Vārds, uzvārds DRUKĀTIEM BURTIEM	Loma

Tulkojums tekstam pa labi: nerakstīt uz šīs iesējuma malas

Lappuse 2 no 5

Ģerbonis Kvīnslenas valdība		(Uzspiediet šeit identifikācijas marķējumu)	
Akūtā koronārā sindroma klīniskais protokols		Unikālais reģistrācijas numurs (URN):	
Iestāde:		Uzvārds:	
		Vārds:	
		Adrese:	
		Dzimšanas datums:	
		Dzimums:	
		Vīr. Siev. Inter.	
Aplēstais izrakstīšanas datums (EDD): / /			
Atslēga	Izrakstīšanas pārbaudes lapa	Iniciālis	Datums
Rehabilitācija/izglītošana			
Kvadrāts Trīsstūris Rombs	<ul style="list-style-type: none"> Pārskatīšana ar pacientu un aprūpētāju: <ul style="list-style-type: none"> Dzīvesveida aktivitāšu atsākšana (seksuālā aktivitāte, fiziskā aktivitāte, atgriešanās darbā) Vadītāja/pilota/komersanta apliecība Patreizējais stāvoklis, diagnostiskās un terapeitiskās iespējas un vispārīga prognoze Sāpju krūtīs pārvaldīšanas plāns mājās Izglītošana un konsultēšana attiecībā uz visiem patreizējiem medikamentiem 		
	<ul style="list-style-type: none"> Ir sniegta: <ul style="list-style-type: none"> Rakstveida un personalizēta riska faktoru kontroles informācija: Smēķēšana Uzturs Diabēts Stresa vadība Augsts asinsspiediens Holesterīns Informācija par slimības procesu (piemēram, ateroskleroze) Grāmata "Mana sirds manā dzīvē" vai līdzīga Informācija par piekļuvi Sirds fonda vietnei internetā vai telefona/planšetdatora lietotne turpmākajiem resursiem un informācijai pacientam Rakstveida informācija par medikamentiem: Informācija par medikamentiem patērētājam Izraksta informācija par medikamentiem (DMR) 		
	<ul style="list-style-type: none"> Smēķēšanas atmešanas gaita Jā Nē Nav attiecināms 		
	<ul style="list-style-type: none"> Identificēts stress/identificēta depresija Jā Nē (ja jā, apsvērt psihologa/sociālā darbinieka veiktu apskati) 		
	<ul style="list-style-type: none"> Vai ir aizpildīts kardioloģiskās rehabilitācijas OPD nosūtījums? Jā Nē Vai ir aizpildīts Sirds mazspējas dienesta nosūtījums? Jā Nē Neattiecas Aborigēnu un Torresas šauruma salu aborigēnu amatpersonas nosūtījums Jā Nē Neattiecas 		
	Medikamenti		
Kvadrāts Trīsstūris Rombs	<ul style="list-style-type: none"> Medikamenti izrakstoties – izskatīšana: ACE inhibitori Aspirīns Beta blokatori Ticagrelor vai Clopidogrel (vai alternatīva) Statin Zemmēles gliceriltrinitrāts (GTN) PRN: vai pacientam ir rīcībā izrakstoties? Jā Nē Vai izrakstīšanās skripts ir aizpildīts un nosūtīts uz aptieku? Jā Nē <p><i>Ja nē, iemesls:</i></p>		
Noteiktie apmeklējumi			
Kvadrāts Trīsstūris	<ul style="list-style-type: none"> Pacientam vienas nedēļas laikā ir jāpiesakās pie vispārējās aprūpes ārsta Kardiologs Cits (norādīt): 		
Veidlapas			
Kvadrāts Trīsstūris	<ul style="list-style-type: none"> Medicīniskā izraksta kopsavilkums (kopija vispārējās aprūpes ārstam un pacientam) Brauciena veidlapas Neattiecas Medicīniskā izziņa Neattiecas Cits (norādīt): 		
Papildu komentāri			

Tulkojums tekstam pa kreisi: nerakstīt uz šīs iesējuma malas

Lappuse 3 no 5

Ģerbonis Kvīnslenas valdība		(Uzspiediet šeit identifikācijas marķējumu)					
Akūtā koronārā sindroma klīniskais protokols		Unikālais reģistrācijas numurs (URN):					
Iestāde:		Uzvārds:					
		Vārds:					
		Adrese:					
		Dzimšanas datums:					
		Dzimums:					
		Vīr. Siev. Inter.					
Iniciāli: norāda rīcību/aprūpe norīkota/piemērota (visiem aprūpētajiem ir jāparakstās parakstu žurnālā) Atslēga: (aizkrāsots kvadrāts) Ārstnieciskais (aizkrāsots trīsstūris) Kopšana (aizkrāsots rombs) Ārpus ārstniecības pakalpojumi							
Kategorija	Atslēga	1. diena (pirmās 24 stundas)	Datums: / /	<i>D</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	
		Palāta:					
		Akūts STEMI Akūts NSTEMI	Uzsākt 5. lappusi nestabilas stenokardijas un vēlas vērsšanās pēc medicīniskas palīdzības gadījumā				
Izmeklējumi	Kvadrāts Trīsstūris	<ul style="list-style-type: none"> Neinvazīvās iestādes: STEMI un klīniski nestabilu pacientu nosūst uz invazīvas kardioloģijas iestādi EKG ierodoties CCU (labās puses EKG V4R, ja zems STEMI), atkārtot sāpju vai klīniskas pasliktināšanās gadījuma un ārsta apskate Post trombolīzes EKG 90 minūtes un ārsta apskate Neattiecas Nepārtraukta kardioloģiska uzraudzība (ST segmenti, ja pieejams) Troponin (6 stundas pēc parādīšanās) CHEM 20/CHEM 7 FBC COAGS BGL HbA 1C Pieprasījums nākošai dienai: tukšā dūšā glikoze/lipīdi TFT 					
Medikamenti	Kvadrāts Trīsstūris	<ul style="list-style-type: none"> Medikamentu tabulā ierakstīt svaru un garumu Apstiprināt doto aspirīnu Apstiprināt doto Ticagrelor vai Clopidogrel (vai alternatīvu) Neattiecas Apstiprināt beta blokatoru izrakstīšanu (ja nav akūta sirds mazspēja vai sirds blokāde) Apstiprināt PRN medikamentu izrakstīšanu: Zemmēles glicerīna trinitrāts (GTN) IV pret sāpju IV pretvemšanas Apskate nepieciešama Enoxaparin (piesardzība attiecībā uz nieru darbības traucējumiem, vecākiem pacientiem un pacientiem ar mazu ķermeņa svaru); Vai IV Heparīnu 					
Novērojumi Aprūpe	Kvadrāts Trīsstūris	<ul style="list-style-type: none"> Ik 4 stundas, ja stabils (vai saskaņā ar ārsta norādījumu*) TPR, BP, elpas skaņas, SaO, ritma, cirkulācijas un sāpju novērtējums Neiroloģiskie novērojumi post-līze * Ierakstīt mainīto biežumu: Post angiogrāfija/PCI novērojumi (ievērot vietējos HHS norādījumus) Neattiecas Novērtēt, pārvaldīt un ziņot par sāpēm krūtīs Novērtēt, pārvaldīt un ziņot par aritmiju Asins glikozes līmeņa (BGL) monitorings Neattiecas (ja ir jauns diagnosticēts diabēts, skatīt Izglītošana par diabētu) IVC vietas (u) pacients un nav informācijas pazīmju – pārvietot, ja ievietojis QAS vai ED/DEM 24 stundu laikā (noņemt, ja nav nepieciešams) Pārvietot līdz: / / Pārvietots Noņemts Skābeklis, ja ir hipoksijas pazīmes (SaO, <93%), vai šoks Šķidruma līdzsvara grafiks Emocionālais novērtējums/mierinājums Neattiecas 					
Ēdināšana	Trīsstūris	<ul style="list-style-type: none"> Veselīga sirds Cits (norādīt): Ja lipīdi/glikoze tukšā dūšā, neko neēst pēc 20:00 (driest dzert ūdeni) 					
Mobilitāte/ Attīrīšana/ Higiēna	Trīsstūris Rombs	<ul style="list-style-type: none"> Stingrs gultas režīms ar "pili" (autiņbiksītēm, utt.) 12 stundas pēc MI (>12 stundām, ja klīniski stabils un pēc ārsta apskates var tikt pavadīts uz tualeti ar telemetriju ratiņkrēslā) Ierakstīt izmaiņas mobilitātē: Sūklis aizmugurē 					

		<ul style="list-style-type: none"> Kritienu un spiediena savainojumu riska novērtējums Mutes dobuma aprūpe pēc maltītēm un PRN 				
Pārējā aprūpe (norādīt)						
Izglītošanas un izrakstīšanās plāns	Trīsstūris Rombs	<ul style="list-style-type: none"> Uzsākt izrakstīšanās plānošanas pārbaudes lapu (3. lappuse) Apspriest ārstniecības plānu ar pacientu/aprūpētāju 				
Sagaidāmie iznākumi (aizpildīt 24 stundu perioda beigās)	Trīsstūris	Pacients demonstrē: A – sasniegts V - izmaiņas				
		<ul style="list-style-type: none"> Stenokardijas sāpes tiek kontrolētas ar atpūtu/medikamentiem/intervenci 				
		<ul style="list-style-type: none"> Pacients var vārdiem aprakstīt stāvokļa izpratni un bažas 				
		<ul style="list-style-type: none"> Akūta STEMI veiksmīgs PCI vai trombolīze 				
		<ul style="list-style-type: none"> Neinvazīvās iestādēs – Akūts STEMI sagatavots steidzamai pārvešanai uz invazīvās kardioloģijas iestādi 				
		<ul style="list-style-type: none"> NSTEACS pacients nosūtīts un sagatavots pārvešanai nākošajā dienā uz invazīvās kardioloģijas iestādi un/vai nosūtīts uz angiogrāfiju 24-72 stundu laikā pēc parādīšanās 				
Dokumentēt visas izmaiņas pacienta piezīmēs						

Tulkojums tekstam pa labi: nerakstīt uz šīs iesējuma malas

Ģerbonis Kvīnslendā valdība		(Uzspiediet šeit identifikācijas marķējumu)				
Akūtā koronārā sindroma klīniskais protokols		Unikālais reģistrācijas numurs (<i>URN</i>):				
Iestāde:		Uzvārds:				
		Vārds:				
		Adrese:				
		Dzimšanas datums:				
		Dzimums:				
		Vīr. Siev. Inter.				
Iniciāli: norāda rīcību/aprūpe norīkota/piemērota (visiem aprūpētajiem ir jāparakstās parakstu žurnālā) Atslēga: (aizkrāsots kvadrāts) Ārstnieciskais (aizkrāsots trīsstūris) Kopšana (aizkrāsots rombs) Ārpus ārstniecības pakalpojumi						
Kategorija	Atslēga	1. diena (pirmās 24 stundas) Palāta: Nestabila stenokardija Vēla vēršanās pēc medicīniskās palīdzības	Datums: / /	D	M	M
Izmeklējumi	Kvadrāts Trīsstūris	<ul style="list-style-type: none"> EKG katru dienu, atkārtot sāpju vai klīniskas pasliktināšanās gadījuma un ārsta apskate Nepārtraukta kardioloģiska uzraudzība CHEM 7 FBC APTT (ja attiecas) TFT (<i>tikai ar atļauju</i>) Glikoze/lipīdi tukšā dūšā (pieprasīt nākošajā dienā, ja 1. diena) Cits: Ehokardiogramma Citas pārbaudes: Ja angiogrāfijai: Neattiecas <ul style="list-style-type: none"> Sagatavošanu un izglītošana saskaņā ar vietējiem HHS noteikumiem Neattiecas Sagatavot pārvešanai uz invazīvo iestādi saskaņā ar vietējiem HHS noteikumiem Neattiecas 				
Medikamenti un sāpju pārvaldīšana	Kvadrāts Trīsstūris	<ul style="list-style-type: none"> Medikamentu tabulā ierakstīt svaru un garumu Apstiprināt izrakstīto aspirīnu, <i>Ticagrelor</i> vai <i>Clopidogrel</i> (vai alternatīvu), beta blokatoru (ja nav akūta sirds mazspēja vai sirds blokāde), ACE inhibitoru, <i>Statīn</i>, Zemmēles glicerīna trinitrāts (GTN) Apskatīt <i>Enoxaparin</i> un <i>Metformin</i> plānotās angiogrāfijas dienā Neattiecas Apskate nepieciešama: <i>Enoxaparin</i> (piesardzība attiecībā uz nieru darbības traucējumiem, vecākiem pacientiem un pacientiem ar mazu ķermeņa svaru); vai IV Heparīns 				
Novērojumi Aprūpe	Kvadrāts Trīsstūris	<ul style="list-style-type: none"> Ik 4 stundas, ja stabils (vai saskaņā ar ārsta norādījumu*) TPR, BP, elpas skaņas, SaO₂, ritma, cirkulācijas un sāpju novērtējums * <i>Ierakstīt mainīto biežumu:</i> Post angiogrāfija/PCI novērojumi (ievērot vietējos HHS norādījumus) Neattiecas Novērtēt, pārvaldīt un ziņot par sāpēm krūtīs Novērtēt, pārvaldīt un ziņot par aritmiju Asins glikozes līmeņa (BGL) monitorings – biežums: Neattiecas (ja ir jauns diagnosticēts diabēts, skatīt <i>Izglītošana par diabētu</i>) Ik dienas svara un/vai šķidruma līdzsvara grafiks, ja ir sirds mazspējas pazīmes Neattiecas IVC vietas (u) pacients un nav informācijas pazīmju – pārvietot, ja ievietojis <i>QAS</i> vai <i>ED/DEM</i> 24 stundu laikā (noņemt, ja nav nepieciešams) Pārvietot līdz: / / Pārvietots Noņemts Skābeklis, ja ir hipoksijas pazīmes (SaO₂, <93%), vai šoks Kritiena un spiediena savainojuma riska novērtējums Emocionālais novērtējums/mierinājums Neattiecas 				
Ēdināšana	Trīsstūris	<ul style="list-style-type: none"> Veselīga sirds Cits (<i>norādīt</i>): Ja lipīdi/glikoze tukšā dūšā, apstiprināt asins savākšanu pirms brokastīm Neattiecas 				
Mobilitāte/ Attīrīšana/ Higiēna	Trīsstūris Rombs	<ul style="list-style-type: none"> Uzmanīga mobilitāte, duša uzraudzībā un tualetes izmantošana ar telemetriju (ja nav sāpju un ir klīniski stabils) Reģistrēt izmaiņas mobilitātē: 				
Pārējā						

aprūpe (norādīt)						
Izglītošanas un izrakstīšanās plāns	Trīsstūris Rombs	<ul style="list-style-type: none"> Apspriet ārstniecības plānu ar pacientu/aprūpētāju Apskatīt un turpināt izrakstīšanās plānošanas pārbaudes lapu (3. lappuse) 				
Sagaidāmie iznākumi (aizpildīt 24 stundu perioda beigās)	Trīsstūris	Pacients demonstrē: A – sasniegts V - izmaiņas				
		<ul style="list-style-type: none"> Stenokardijas sāpes tiek kontrolētas ar atpūtu/medikamentiem/intervenci 				
		<ul style="list-style-type: none"> Pacients var vārdiem aprakstīt stāvokļa izpratni un bažas 				
		<ul style="list-style-type: none"> NSTEACS pacients nosūtīts un sagatavots pārvešanai nākošajā dienā uz invazīvās kardioloģijas iestādi un/vai nosūtīts uz angiogrāfiju 24-72 stundu laikā pēc parādīšanās 				
		<ul style="list-style-type: none"> Cits: 				
Dokumentēt visas izmaiņas pacienta piezīmēs						

Tulkojums tekstem pa kreisi: nerakstīt uz šīs iesējuma malas

Lappuse 5 no 8

Ģerbonis Kvīnslendā valdība		(Uzspiediet šeit identifikācijas marķējumu)									
Akūtā koronārā sindroma klīniskais protokols		Unikālais reģistrācijas numurs (<i>URN</i>):									
Iestāde:		Uzvārds:									
		Vārds:									
		Adrese:									
		Dzimšanas datums:									
		Dzimums:									
		Vīr. Siev. Inter.									
Iniciāli: norāda rīcību/aprūpe norīkota/piemērota (visiem aprūpētajiem ir jāparakstās parakstu žurnālā) Atslēga: (aizkrāsots kvadrāts) Ārstnieciskais (aizkrāsots trīsstūris) Kopšana (aizkrāsots rombs) Ārpus ārstniecības pakalpojumi											
Kategorija	Atslēga	Protokola diena	Datums:	/	/	Palāta:	D	M	M		
Izmeklējumi	Kvadrāts Trīsstūris	<ul style="list-style-type: none"> EKG sāpju vai klīniskas pasliktināšanās gadījumā un ārsta apskate Nepārtraukta kardioloģiska uzraudzība (pārtraukt, ja klīniski stabils pēdējās 48 stundas) Asins patoloģija, ja pieprasījis ārsts Ehokardiogramma Citas pārbaudes: Ja angiogrāfijai: Neattiecas <ul style="list-style-type: none"> Sagatavošanu un izglītošana saskaņā ar vietējiem HHS noteikumiem Neattiecas Sagatavot pārvešanai uz invazīvo iestādi saskaņā ar vietējiem HHS noteikumiem Neattiecas 									
Medikamenti un sāpju pārvaldīšana	Kvadrāts Trīsstūris	<ul style="list-style-type: none"> Apstiprināt izrakstīto aspirīnu, <i>Ticagrelor</i> vai <i>Clopidogrel</i> (vai alternatīvu), beta blokatoru, ACE inhibitoru, <i>Statin</i>, Zemmēles glicerīna trinitrāts (GTN) Apskatīt <i>Enoxaparin</i> un <i>Metformin</i> plānotās angiogrāfijas dienā Neattiecas Apskate nepieciešama: <i>Enoxaparin</i> (piesardzība attiecībā uz nieru darbības traucējumiem, vecākiem pacientiem un pacientiem ar mazu ķermeņa svaru); vai IV Heparīns (izbeigt pēc 48 stundām, ja klīniski stabils) 									
Novērojumi Aprūpe	Kvadrāts Trīsstūris	<ul style="list-style-type: none"> QID vai BD saskaņā ar norādījumiem (vai ar ārsta rīkojumu) TPR, BP, elpas skaņas (BS), SaO, ritma pārbaude, cirkulācijas un sāpju novērtējums. * <i>Ierakstīt mainīto biežumu:</i> Post angiogrāfija/PCI novērojumi (ievērot vietējos HHS norādījumus) Neattiecas Novērtēt, pārvaldīt un ziņot par sāpēm krūtīs Novērtēt, pārvaldīt un ziņot par aritmiju Asins glikozes līmeņa (BGL) monitorings – biežums: Neattiecas (ja ir jauns diagnosticēts diabēts, skatīt <i>Izglītošana par diabētu</i>) Ik dienas svars, ja ir sirds mazspējas pazīmes Neattiecas IVC vietas (u) pacients un nav informācijas pazīmju (noņemt, ja nav nepieciešams) Ievietots: / / Pārvietot līdz: / / Pārvietots Noņemts Skābeklis, ja ir hipoksijas pazīmes (SaO, <93%), vai šoks Kritiena un spiediena savainojuma riska novērtējums Emocionālais novērtējums/mierinājums Neattiecas 									
Ēdināšana	Trīsstūris	<ul style="list-style-type: none"> Veselīga sirds Cits (<i>norādīt</i>): Ja lipīdi/glikoze tukšā dūšā, apstiprināt asins savākšanu pirms brokastīm Neattiecas 									
Mobilitāte/ Attīrīšana/ Higiēna	Trīsstūris Rombs	<ul style="list-style-type: none"> Palielināt mobilitāti, ja nav sāpju un ir klīniski stabils Pašaprūpe Cits – reģistrēt izmaiņas mobilitātē/higiēnā: 									
Pārējā aprūpe (<i>norādīt</i>)											
Izglītošanas	Trīsstūris	<ul style="list-style-type: none"> Apspriet ārstniecības plānu ar pacientu/aprūpētāju 									

un izrakstīšanās plāns	Rombs	<ul style="list-style-type: none"> Apskatīt un turpināt izrakstīšanās plānošanas pārbaudes lapu (3. lappuse) 				
Sagaidāmie iznākumi (aizpildīt 24 stundu perioda beigās)	Trīsstūris	Pacients demonstrē: A – sasniegts V - izmaiņas				
		<ul style="list-style-type: none"> Stenokardijas sāpes tiek kontrolētas ar atpūtu/medikamentiem/intervenci 				
		<ul style="list-style-type: none"> Pacients var vārdiem aprakstīt stāvokļa izpratni un bažas 				
		<ul style="list-style-type: none"> NSTEACS pacients nosūtīts un sagatavots pārvešanai nākošajā dienā uz invazīvās kardioloģijas iestādi un/vai nosūtīts uz angiogrāfiju 24-72 stundu laikā pēc parādīšanās 				
		<ul style="list-style-type: none"> Cits: 				
Dokumentēt visas izmaiņas pacienta piezīmēs						

Tulkojums tekstam pa labi: nerakstīt uz šīs iesējuma malas

Lappuse 6 no 8

Ģerbonis Kvīnslenas valdība		(Uzspiediet šeit identifikācijas marķējumu)									
Akūtā koronārā sindroma klīniskais protokols		Unikālais reģistrācijas numurs (<i>URN</i>):									
Iestāde:		Uzvārds:									
		Vārds:									
		Adrese:									
		Dzimšanas datums:									
		Dzimums:									
		Vīr. Siev. Inter.									
Iniciāli: norāda rīcību/aprūpe norīkota/piemērota (visiem aprūpētajiem ir jāparakstās parakstu žurnālā) Atslēga: (aizkrāsots kvadrāts) Ārstnieciskais (aizkrāsots trīsstūris) Kopšana (aizkrāsots rombs) Ārpus ārstniecības pakalpojumi											
Kategorija	Atslēga	Protokola diena	Datums:	/	/	Palāta:	D	M	M		
Izmeklējumi	Kvadrāts Trīsstūris	<ul style="list-style-type: none"> EKG sāpju vai klīniskas pasliktināšanās gadījumā un ārsta apskate Nepārtraukta kardioloģiska uzraudzība (pārtraukt, ja klīniski stabils pēdējās 48 stundas) Izbeigšanas laiks: Asinis ik dienas saskaņā ar pieprasīto Ehokardiogramma Citas pārbaudes: Ja angiogrāfijai: Neattiecas <ul style="list-style-type: none"> Sagatavošanu un izglītošana saskaņā ar vietējiem HHS noteikumiem Neattiecas Sagatavot pārvešanai uz invazīvo iestādi saskaņā ar vietējiem HHS noteikumiem Neattiecas 									
Medikamenti un sāpju pārvaldīšana	Kvadrāts Trīsstūris	<ul style="list-style-type: none"> Apstiprināt izrakstīto aspirīnu, <i>Ticagrelor</i> vai <i>Clopidogrel</i> (vai alternatīvu), beta blokatoru, ACE inhibitoru, <i>Statin</i>, Zemmēles glicerīna trinitrāts (GTN) Apskatīt no rīta <i>Enoxaparin</i> un <i>Metformin</i> plānotās angiogrāfijas dienā Neattiecas Apskate nepieciešama: <i>Enoxaparin</i> (piesardzība attiecībā uz nieru darbības traucējumiem, vecākiem pacientiem un pacientiem ar mazu ķermeņa svaru); vai IV Heparīns (izbeigt pēc 48 stundām, ja klīniski stabils) 									
Novērojumi Aprūpe	Kvadrāts Trīsstūris	<ul style="list-style-type: none"> QID vai BD saskaņā ar norādījumiem (vai ar ārsta rīkojumu) TPR, BP, elpas skaņas (BS), SaO, ritma pārbaude, cirkulācijas un sāpju novērtējums. * <i>Ierakstīt mainīto biežumu:</i> Post angiogrāfija/PCI novērojumi (ievērot vietējos HHS norādījumus) Neattiecas Novērtēt, pārvaldīt un ziņot par sāpēm krūtīs Novērtēt, pārvaldīt un ziņot par aritmiju Asins glikozes līmeņa (BGL) monitorings – biežums: Neattiecas (ja ir jauns diagnosticēts diabēts, skatīt <i>Izglītošana par diabētu</i>) Ik dienas svars, ja ir sirds mazspējas pazīmes Neattiecas IVC vietas (u) pacients un nav informācijas pazīmju (noņemt, ja nav nepieciešams) Ievietots: / / Pārvietot līdz: / / Pārvietots Noņemts Skābeklis, ja ir hipoksijas pazīmes (SaO, <93%), vai šoks Emocionālais novērtējums/mierinājums Neattiecas 									
Ēdināšana	Trīsstūris	<ul style="list-style-type: none"> Veselīga sirds Cits (<i>norādīt</i>): Ja lipīdi/glikoze tukšā dūšā, apstiprināt asins savākšanu pirms brokastīm Neattiecas 									
Mobilitāte/ Attīrīšana/ Higiēna	Trīsstūris Rombs	<ul style="list-style-type: none"> Palielināt mobilitāti, ja nav sāpju un ir klīniski stabils Pašaprūpe Cits – reģistrēt izmaiņas mobilitātē/higiēnā: 									
Pārējā aprūpe (<i>norādīt</i>)											
Izglītošanas	Trīsstūris	<ul style="list-style-type: none"> Apspriest ārstniecības plānu ar pacientu/aprūpētāju 									

un izrakstīšanās plāns	Rombs	<ul style="list-style-type: none"> Apskatīt un turpināt izrakstīšanās plānošanas pārbaudes lapu (3. lappuse) 				
Sagaidāmie iznākumi (aizpildīt 24 stundu perioda beigās)	Trīsstūris	Pacients demonstrē: A – sasniegts V - izmaiņas				
		<ul style="list-style-type: none"> Stenokardijas sāpes tiek kontrolētas ar atpūtu/medikamentiem/intervenci 				
		<ul style="list-style-type: none"> Pacients var vārdiem aprakstīt stāvokļa izpratni un bažas 				
		<ul style="list-style-type: none"> NSTEACS pacients nosūtīts un sagatavots pārvešanai nākošajā dienā uz invazīvās kardioloģijas iestādi un/vai nosūtīts uz angiogrāfiju 24-72 stundu laikā pēc parādīšanās 				
		<ul style="list-style-type: none"> Pacients un aprūpētājs mutvārdiem aprakstīs sapratni par personalizēto izrakstīšanās plānu 				
		<ul style="list-style-type: none"> Cits: 				
Dokumentēt visas izmaiņas pacienta piezīmēs						

Tulkojums tekstem pa kreisi: nerakstīt uz šīs iesējuma malas

Lappuse 7 no 8

Ģerbonis Kvīnslendā valdība		(Uzspiediet šeit identifikācijas marķējumu)								
Akūtā koronārā sindroma klīniskais protokols		Unikālais reģistrācijas numurs (URN):								
Iestāde:		Uzvārds:								
		Vārds:								
		Adrese:								
		Dzimšanas datums:								
		Dzimums:								
		Vīr. Siev. Inter.								
Iniciāli: norāda rīcību/aprūpe norīkota/piemērota (visiem aprūpētajiem ir jāparakstās parakstu žurnālā) Atslēga: (aizkrāsots kvadrāts) Ārstnieciskais (aizkrāsots trīsstūris) Kopšana (aizkrāsots rombs) Ārpus ārstniecības pakalpojumi										
Kategorija	Atslēga	Protokola diena	Datums:	/	/	Palāta:	D	M	M	
Izmeklējumi	Kvadrāts Trīsstūris									
		<ul style="list-style-type: none"> EKG sāpju vai klīniskas pasliktināšanās gadījumā un ārsta apskate Nepārtraukta kardioloģiska uzraudzība (pārtraukt, ja klīniski stabils pēdējās 48 stundas) Izbeigšanas laiks: Asinis ik dienas saskaņā ar pieprasīto Ehokardiogramma Citas pārbaudes: Ja angiogrāfijai: Neattiecas <ul style="list-style-type: none"> Sagatavošanu un izglītošana saskaņā ar vietējiem HHS noteikumiem Neattiecas Sagatavot pārvešanai uz invazīvo iestādi saskaņā ar vietējiem HHS noteikumiem Neattiecas 								
Medikamenti un sāpju pārvaldīšana	Kvadrāts Trīsstūris									
		<ul style="list-style-type: none"> Apstiprināt izrakstīto aspirīnu, <i>Ticagrelor</i> vai <i>Clopidogrel</i> (vai alternatīvu), beta blokatoru, ACE inhibitoru, <i>Statin</i>, Zemmēles glicerīna trinitrāts (GTN) Apskatīt no rīta <i>Enoxaparin</i> un <i>Metformin</i> plānotās angiogrāfijas dienā Neattiecas Apskate nepieciešama: <i>Enoxaparin</i> (piesardzība attiecībā uz nieru darbības traucējumiem, vecākiem pacientiem un pacientiem ar mazu ķermeņa svaru); vai IV Heparīns (izbeigt pēc 48 stundām, ja klīniski stabils) 								
Novērojumi Aprūpe	Kvadrāts Trīsstūris									
		<ul style="list-style-type: none"> QID vai BD saskaņā ar norādījumiem (vai ar ārsta rīkojumu) TPR, BP, elpas skaņas (BS), SaO, ritma pārbaude, cirkulācijas un sāpju novērtējums. * <i>Ierakstīt mainīto biežumu:</i> Post angiogrāfija/PCI novērojumi (ievērot vietējos HHS norādījumus) Neattiecas Novērtēt, pārvaldīt un ziņot par sāpēm krūtīs Novērtēt, pārvaldīt un ziņot par aritmiju Asins glikozes līmeņa (BGL) monitorings – biežums: Neattiecas (ja ir jauns diagnosticēts diabēts, skatīt <i>Izglītošana par diabētu</i>) Ik dienas svars, ja ir sirds mazspējas pazīmes Neattiecas IVC vietas (u) pacients un nav informācijas pazīmju (noņemt, ja nav nepieciešams) Ievietots: / / Pārvietot līdz: / / Pārvietots Noņemts Skābeklis, ja ir hipoksijas pazīmes (SaO, <93%), vai šoks Emocionālais novērtējums/mierinājums Neattiecas 								
Ēdināšana	Trīsstūris									
		<ul style="list-style-type: none"> Veselīga sirds Cits (<i>norādīt</i>): 								
Mobilitāte/ Attīrīšana/ Higiēna	Trīsstūris Rombs									
		<ul style="list-style-type: none"> Palielināt mobilitāti, ja nav sāpju un ir klīniski stabils Pašaprūpe Cits – reģistrēt izmaiņas mobilitātē/higiēnā: 								
Pārējā aprūpe (<i>norādīt</i>)										
Izglītošanas un izrakstīšanās plāns	Trīsstūris Rombs									
		<ul style="list-style-type: none"> Apspriest ārstniecības plānu ar pacientu/aprūpētāju Apskatīt un turpināt izrakstīšanās plānošanas pārbaudes lapu (3. lappuse) 								

Sagaidāmie iznākumi (aizpildīt 24 stundu perioda beigās)	Trīsstūris	Pacients demonstrē: A – sasniegts V - izmaiņas					
		• Stenokardijas sāpes tiek kontrolētas ar atpūtu/medikamentiem/intervenci					
		• Pacients var vārdiem aprakstīt stāvokļa izpratni un bažas					
		• Pacients un aprūpētājs mutvārdiem aprakstīs sapratni par personalizēto izrakstīšanās plānu					
		• Cits:					
Dokumentēt visas izmaiņas pacienta piezīmēs							

Tulkojums tekstam pa labi: nerakstīt uz šīs iesējuma malas

Lappuse 8 no 8

4. pielikums. Izrakstīšanās plānošanas pārbaudes lapas piemērs.

Jūsu Izrakstīšanās plānošanas pārbaudes lapa: pacientiem un viņu aprūpētājiem, sagatavojoties doties prom no slimnīcas, aprūpes nama vai citas aprūpes iestādes

Logo: CMS

Vārds, uzvārds:

Iestāšanās cēlonis:

Jūsu uzturēšanās laikā Jūsu ārsts un personāls strādās ar Jums, lai plānotu Jūsu izrakstīšanos. Jūs un Jūsu aprūpētājs (ģimenes loceklis vai draugs, kas varbūt Jums palīdz) ir svarīgi plānošanas komandas locekļi. Jūs un Jūsu aprūpētājs var izmantot šo pārbaudes lapu, lai sagatavotos Jūsu izrakstīšanai.

Norādījumi:

- Izmantojiet šo pārbaudes lapu bieži jau agrīnā un visā Jūsu uzturēšanās laikā.
- Runājiet ar savu ārstu un personālu (piemēram, izrakstīšanās plānotāju, sociālo darbinieku vai medmāsu) par šajā pārbaudes lapā iekļautajiem punktiem.
- Pārbaudiet ierāmējumu blakus katram punktam, kad Jūs un Jūsu aprūpētājs to aizpilda.
- Izmantojiet piezīmju kolonnu, lai pierakstītu svarīgu informāciju (piemēram, vārdus un telefona numurus).
- Izlaidiet punktus, kas neattiecas uz Jums.

Rīcības punkti

Piezīmes

Kas mani gaida?

- Pajautājiet, vai Jums tiks sniegta aprūpe pēc došanās prom (pēc tam, kad Jūs esat izrakstīts) Vai Jums ir izvēles iespējas (piemēram, veselības aprūpe mājās)? Esiet droši, ka pasakāt personālam to, kam sniedzat priekšroku.
- Ja aprūpētājs Jums palīdzēs pēc Jūsu izrakstīšanās pierakstiet viņa vārdu, uzvārdu un telefona numuru.

Jūsu veselība

- Pajautājiet personālam par Jūsu veselības stāvokli un ko Jūs varat darīt, lai sev palīdzētu to uzlabot.
- Pajautājiet par problēmām, ko uzraudzīt un ko ar tām iesākt. Pierakstiet tās personas vārdu, uzvārdu un telefona numuru, kam piezvanīt, ja Jums ir problēmas.

Rīcības punkti

Piezīmes

- Izmantojiet saraksta “Manas zāles” 5. lappusi, lai pierakstītu Jums izrakstītos medikamentus, vitamīnus un augu izcelsmes uztura bagātinātājus.
- Izskatiet šo sarakstu kopā ar personālu.
- Pastāstiet personālam, kādus medikamentus, vitamīnus vai augu izcelsmes uztura bagātinātājus Jūs lietojāt pirms iestāšanās. Pajautājiet, vai Jums joprojām tie ir jālieto pēc izrakstīšanās.
- Pierakstiet tās personas vārdu, uzvārdu un telefona numuru, kam piezvanīt, ja Jums rodas jautājumi.

Atgūšanās un atbalsts

- Pajautājiet, vai Jums ir nepieciešami ārstnieciskie palīg līdzekļi (piemēram, staigulītis). Kas parūpēsies, lai Jums tāds būtu? Pierakstiet tās personas vārdu, uzvārdu un telefona numuru, kam piezvanīt, ja Jums rodas jautājumi par ārstnieciskajiem palīg līdzekļiem.
- Pajautājiet, vai Jūs esat tādā stāvoklī, lai Jūs varētu veikt zemāk norādītās darbības. Apvelciet tās, kuru veikšanai Jums ir nepieciešama palīdzība un pasakiet personālam:
 - Vannošanās, apģērbšanās, labierīcību izmantošana, uzkāpšana pa kāpnēm
 - Gatavošana ēst, pārtikas pirkšana, mājas tīrīšana, rēķinu apmaksāšana
 - Nokļūšana pie ārsta, izrakstīto zāļu saņemšana
- Pārliecinieties, ka Jums ir atbalsts (piemēram, aprūpētājs), kas var Jums palīdzēt. Skatiet sadaļu “Resursi” 6. lappusē, lai iegūtu papildu informāciju.
- Lūdziet personālam parādīt Jums un Jūs aprūpētajam citus uzdevumus, kuru izpildei ir nepieciešamas īpašas prasmes (piemēram, saites maiņa vai spricēšana). Pēc tam parādiet viņiem, ka Jūs varat veikt šos uzdevumus. Pierakstiet tās personas vārdu, uzvārdu un telefona numuru, kam piezvanīt, ja Jums rodas jautājumi.
- Lūdziet iespēju aprunāties ar sociālo darbinieku, ja Jūs raizējaties par to, kā Jūs un Jūsu ģimene tiek galā ar Jūsu slimību. Pierakstiet informāciju par atbalsta grupām un citiem resursiem.
- Apspriediet ar sociālo darbinieku Jūsu veselības plānu, ja Jums ir jautājumi par to, ko segs Jūsu apdrošināšana un cik daudz Jums būs jāmaksā. Pajautājiet par veidiem, kādi iespējami, lai saņemtu palīdzību attiecībā uz izmaksām.

Rīcības punkti

Piezīmes

- Lūdziet rakstveida norādījumus par izrakstīšanos (ko Jūs varat izlasīt un saprast) un kopsavilkumu par Jūsu patreizējo veselības stāvokli. Paņemiet šo informāciju un aizpildīto sarakstu “Manas zāles” līdz, kad pēc izrakstīšanās apmeklējat ārstu.
- Izmantojiet sarakstu “Mani apmeklējumi” 5. lappusē, lai Pierakstītu visus apmeklējumus un testus, kas Jums ir nepieciešami dažu nākošo nedēļu laikā.

Aprūpētājam

- Vai Jums ir kādi jautājumi par šī pārbaudes saraksta punktiem vai par norādījumiem par izrakstīšanos? Pierakstiet tos un apspriediet ar personālu.
- Vai Jūs spējat sniegt pacietam tādu palīdzību, kas viņam vai viņai ir nepieciešama?
 - o Kādus uzdevumus Jums viņam/viņai jāpalīdz veikt?
 - o Vai jums ir nepieciešam izglītošanās vai apmācība?
 - o Pārrunājiet pirms izrakstīšanās ar personālu, kur Jūs varat saņemt palīdzību.
 - o Pierakstiet tās personas vārdu, uzvārdu un telefona numuru, kam piezvanīt, ja Jums rodas jautājumi.
- Savlaicīgi saņemiet receptes un norādījumus par speciālu diētu, lai ° Jums pēc izrakstīšanās nav jābrauc papildus.

Papildu informācija cilvēkiem, kam ir *Medicare***Ja Jums ir nepieciešama palīdzība, lai izvēlētos mājas veselības aģentūru vai aprūpes namu:**

- Runājiet ar personālu.
- Skatiet Medicare.gov, lai salīdzinātu mājas veselības aģentūru, aprūpes namu, dialīzes iestāžu un slimnīcu kvalitāti, kas atrodas Jūsu teritorijā.
- Zvaniet 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY lietotājiem ir jāzvana 1-877-486-2048.

Ja Jūs uzskatāt, ka Jums tiek lūgts doties prom no slimnīcas vai citas veselības aprūpes iestādes (Jūs izraksta) par agru:

Jums var būt tiesības lūgt pārskatīt lēmumu par Jūsu izrakstīšanu Atbalsta saņēmēja un uz ģimeni orientētas aprūpes kvalitātes pilnveides organizāciju (BFCC-QIO) pirms došanās prom. BFCC-QIO ir kvalitātes pilnveides organizācija (ārstu un citu veselības aprūpes speciālistu grupa, kam ir līgums ar *Medicare*), kas izskata cilvēku, kam ir *Medicare*, sūdzības un aprūpes kvalitāti. Lai iegūtu Jūsu BFCC-QIO telefona numuru, skatiet Medicare.gov/contacts vai zvaniet 1-800-MEDICARE. Šo informāciju Jūs varat

lūgt arī personālam. Ja Jūs atrodaties slimnīcā, personālam Jums ir jāiedod paziņojums ar nosaukumu “Svarīga ziņa no *Medicare*”, kas satur informāciju par Jūsu BFCC-QI0. Ja Jums nav šī paziņojuma, palūdziet to.

Papildu informāciju par Jūsu tiesībām pārsūdzēt Jūs varat iegūt, skatot bukletu “Medicare pārsūdzības” vietnē [Medicare.gov/appeals](https://www.medicare.gov/appeals) vai [Medicare.gov/publications](https://www.medicare.gov/publications).

Saraksts “Manas zāles”**Aizpildīts:** _____

Aizpildiet šo sarakstu, norādot visus recepšu medikamentu, bez receptēm nopērkamos medikamentus, vitamīnus un augu valsts izcelsmes uztura bagātinātājus, ko lietojat. Izskatiet šo sarakstu ar personālu.

Ja Jums ir *Medicare* un ierobežoti ienākumi un resursi, Jūs varat kvalificēties Papildu palīdzībai, lai tiktu izmaksāts Jūsu *Medicare* recepšu medikamentu segums. Papildu informācijai par Papildu palīdzību skatiet bukletu “Jūsu vadlīnijas par Medicare recepšu medikamentu segumu” vietnē Medicare.gov/publications.

Zāļu nosaukums	Ko tās dara	Deva	Kā tās lietot	Kad tās lietot	Piezīmes

Mani apmeklējumi

Apmeklējumi un pārbaudes	Datums	Telefona numurs

Resursi

Šeit uzskaitītajām aģentūrām ir informācija par pašvaldības pakalpojumiem (piemēram, maltīšu piegāde uz mājām un aizvešana uz apmeklējumiem). Jūs arī varat saņemt palīdzību, pieņemot ilgtermiņa aprūpes lēmumus. Lūdziet personālam Jūsu veselības aprūpes iestādē papildu informāciju.

Teritorijas aģentūras attiecībā uz novecošanu (AAA) un Novecošanas un īpašo vajadzību resursu centri (ADRC):

Palīdz vecākiem pieaugušajiem, cilvēkiem ar īpašām vajadzībām un viņu aprūpētājiem. Lai atrastu AAA vai ADRC Jūsu apvidū, skatiet Vecāku ļaužu aprūpes noteicēju vietnē eldercare.gov vai zvaniet 1-800-677-1116.

Medicare: sniedz informāciju un atbalstu to cilvēku aprūpētājiem, kam ir Medicare. Skatiet Medicare.gov.

Ilgtermiņa aprūpes (LTC) ombuda programma: aizstāv un veicina LTC iestāžu rezidentu tiesības. Skatiet lcombudsman.org.

Senioru Medicare patruļas (SMP) programmas: strādā ar senioriem, lai viņi sevi pasargātu no ekonomiskām un ar veselību saistītām sekām Medicare un Medicaid krāpšanas, kļūdas un ļaunprātīgas izmantošanas gadījuma. Lai atrastu vietējo SMP programmu, skatiet smpresource.org.

Neatkarīgas dzīvošanas centri (CIL): palīdz cilvēkiem ar invaliditāti dzīvot neatkarīgi. Lai skatītu CIL direktoriju pa štatiem, apmeklējiet ilru.org/html/publications/directory/index.html.

Valsts tehnoloģiskās palīdzības projekts: ir informācija par ārstnieciskajiem palīglīdzekļiem un citām palīdzības tehnoloģijām. Skatiet resna.org vai zvaniet 1-703-524-6686, lai iegūtu kontaktinformāciju Jūsu štatā.

Valsts ilgtermiņa aprūpes norēķinu birojs: sniedz informāciju un resursus, lai plānotu Jūsu ilgtermiņa aprūpes vajadzības. Skatiet longtermcare.org.

Valsts novecošanās padome: sniedz informāciju par programmām, kas palīdz maksāt par recepšu medikamentiem, komunālajiem rēķiniem, maltītēm, veselības aprūpi u.c. Skatiet benefitscheckup.org.

Valsts veselības apdrošināšanas palīdzības programmas (SHIP): piedāvā konsultācijas par veselības apdrošināšanu un programmās ar ierobežotiem ienākumiem. Palīdz arī ar sūdzībām, rēķiniem un pārsūdzībām. Skatiet shiptacenter.org vai zvaniet 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), lai iegūtu Jūsu SHIP telefona numuru. TTY lietotājiem jāzvina 1-877-486-2048.

Medicaid: palīdz ar medicīnas izmaksām dažiem cilvēkiem ar ierobežotiem ienākumiem un resursiem. Lai atrastu Jūsu vietējo biroju, skatiet Medicare.gov/contacts, vai zvaniet 1-800-MEDICARE.

CMS produkta Nr. 11376
Pārskatīts 2015. gada jūnijā

Informācija šajā bukletā sniedz aprakstu par *Medicare* programmu laikā, kad šis buklets tika drukāts. Pēc drukāšanas var būt notikušas izmaiņas. Apmeklējiet Medicare.gov vai zvaniet 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), lai iegūtu aktuālo informāciju. TTY lietotājiem ir jāzvana 1-877-486-2048.

“Jūsu izrakstīšanās plānošanas pārbaudes lapa” nav juridisks dokuments. Oficiālās *Medicare* programmas juridiskās vadlīnijas ir attiecīgajos likumos, noteikumos un lēmumos.

5. pielikums: Garīgās veselības aprūpes grupas un Garīgās veselības grupēšanas instruments

Garīgās veselības aprūpes grupas

<p>1. APRŪPES GRUPA: Izplatītas garīgās veselības problēmas (zema smaguma pakāpe) Šai grupai ir skaidri noteiktas, taču ne sevišķi smagas problēmas - nomākts garastāvoklis, trauksme vai citi traucējumi, taču nav traucējošu psihisku simptomu.</p>
<p>2. APRŪPES GRUPA: Izplatītas garīgās veselības problēmas (zema smaguma pakāpe, lielākas vajadzības) Šai grupai ir skaidri noteiktas, taču ne sevišķi smagas problēmas - nomākts garastāvoklis, trauksme vai citi traucējumi, taču nav traucējošu psihisku simptomu. Iespējams, šī grupa jau saņēmusi ar 1. grupu saistīto aprūpi un tai nepieciešama konkrētāka iejaukšanās vai tā veiksmīgi ārstēta augstākā līmenī, taču atkārtoti parādījušies zema līmeņa simptomi.</p>
<p>3. APRŪPES GRUPA: Ne-psihiski traucējumi (vidēja smaguma pakāpe) Vidēja smaguma pakāpes problēmas, tostarp nomākts garastāvoklis, trauksme vai citi traucējumi (neskaitot psihozi).</p>
<p>4. APRŪPES GRUPA: Ne-psihiski traucējumi (smagi) Šai grupai raksturīga smaga depresija un/vai trauksme, un/vai augošas vajadzības. Tai var būt traucētas ikdienas funkcijas un pastāv ievērojamu risku iespējamība.</p>
<p>5. APRŪPES GRUPA: Ne-psihiski traucējumi (ļoti smagi) Šai grupai ir smaga depresija un/vai trauksme, un/vai citi traucējumi. Tai nav novērojamas traucējošas halucinācijas vai maldi, bet var būt nepamatotas pārliecības. Novērojams augsts pašnāvības risks un var rasties drošības problēmas un ļoti traucētas ikdienas funkcijas.</p>
<p>6. APRŪPES GRUPA: Ne-psihiski traucējumi vai pārvērtētas idejas Mēreni līdz ļoti smagas saslimšanas, kuras ir grūti ārstējamas. Tas var ietvert pret ārstēšanu noturīgus ēšanas traucējumus, OKT utt., kur tiek stingri ievēroti ekstrēmi uzskati, kā arī dažus personības traucējumus un ilgstošu depresiju.</p>
<p>7. APRŪPES GRUPA: Ilgstoša ne-psihiski traucējumi (augsta invaliditāte) Šī grupa cieš no mēreni līdz ļoti smagiem traucējumiem, kas padara to nespējīgu. Pacienti ir saņēmuši ārstēšanu vairāku gadu garumā un, lai gan novērojami daži uzlabojumi, joprojām lielā mērā tiek ietekmētas ikdienas lomu funkcijas.</p>
<p>8. APRŪPES GRUPA: Ne-psihiski haotiski un izaicinoši traucējumi Šai grupai ir plašs simptomu klāsts un haotisks un izaicinošs dzīvesveids. Tiem raksturīgi mērens līdz smags atkārtots paškaitējums un/vai cita impulsīva uzvedība un haotiska, pārlieku atkarīga iesaistīšanās un bieži naidīga attieksme pret pakalpojumu sniedzējiem.</p>
<p>10. APRŪPES GRUPA: Pirmā psihozes epizode Šī grupa aprūpes pakalpojumu saņem pirmo reizi un ciešo no vieglas līdz smagai psihozei. Tai var būt raksturīgs arī nomākts garastāvoklis un/vai trauksme vai citas uzvedības. Var būt novērojama dzeršana vai narkotiku lietošana, taču tās nav vienīgās problēmas.</p>
<p>11. APRŪPES GRUPA: Pastāvīga recidivējoša psihoze (maz izteikti simptomi) Šai grupai iepriekš konstatēti psihiski simptomi, kas šobrīd tiek kontrolēti un rada nelielas grūtības vai nerada tās vispār. Pašlaik pacienti atrodas atlabšanas posmā, kur tie spēj funkcionēt pilnībā vai gandrīz pilnībā. Taču iespējamas pašapziņas problēmas un neaizsargātība.</p>
<p>12. APRŪPES GRUPA: Pastāvīga vai recidivējoša psihoze (augsta invaliditāte) Šai grupai iepriekš konstatēti psihiski simptomi, kas rada ievērojamu nespēju un būtiski ietekmē ikdienas lomu funkcijas. Pacienti var būt neaizsargāti pret ļaunprātīgu izmantošanu.</p>
<p>13. APRŪPES GRUPA: Pastāvīga vai recidivējoša psihoze (izteikti simptomi un augsta invaliditāte) Šai grupai iepriekš konstatēti psihiski simptomi, kas netiek kontrolēti. Pacientiem raksturīgi smagi līdz ļoti smagi psihiski simptomi un trauksme vai depresija. Pacientiem novērojama izteikta nespēja, kas ļoti būtiski ietekmē ikdienas lomu funkcijas.</p>
<p>14. APRŪPES GRUPA: Psihozes izraisīta krīze Pacienti piedzīvo akūtu psihozes epizodi ar smagiem simptomiem, kas būtiski traucē lomu funkcijas.</p>

Pacienti var būt neaizsargāti un radīt risku citiem vai sev.
15. APRŪPES GRUPA: Smaga psihozes izraisīta depresija Šī grupa cieš no akūtas vidēju līdz smagu depresijas simptomu epizodes. Pacientiem raksturīgas halucinācijas un maldi. Šajā grupā pastāv pašnāvības risks un traucējumi dažādās dzīves jomās.
16. APRŪPES GRUPA: Duāla diagnoze Šai grupai ir ilgstoši, vidēji līdz smagi psihiski vai garstāvokļa traucējumi un nestabils, haotisks dzīvesveids, kā arī tiek lietotas apreibinošas vielas. Tie var radīt draudus sev un citiem un sadarbība ar pakalpojumu sniedzēju var būt vāja. Lomu funkcijas bieži ir pilnībā traucētas.
17. APRŪPES GRUPA: Psihoze un garstāvokļa traucējumi - grūtības iesaistīties Šai grupai raksturīgi vidēji līdz smagi psihiski simptomi un nestabils, haotisks dzīvesveids. Var būt narkotiku vai alkohola problēmas, kas var nebūt pietiekami smagas, lai būtu nepieciešama duālas diagnozes aprūpe. Grupai raksturīga nepiekrīšana, pacienti ir neaizsargāti un slikti sadarbojas ar pakalpojumu sniedzējiem.
18. APRŪPES GRUPA: Kognitīvie traucējumi (zems vajadzību līmenis) Cilvēki, kuri, iespējams, atrodas agrīnā demences stadijā (vai kuriem ir organiski smadzeņu traucējumi, kas ietekmē to kognitīvās funkcijas), kuriem ir atmiņas problēmas vai citi zema līmeņa kognitīvie traucējumi, taču kuri spēj ar to sadzīvot salīdzinoši labi. Atgriezeniski fiziski cēloņi kā traucējumu pamats ir izslēgti.
19. APRŪPES GRUPA: Kognitīvie traucējumi vai demence ar sarežģījumiem (vidējs vajadzību līmenis) Cilvēki, kuriem ir problēmas ar atmiņu vai citiem kognitīvo funkciju aspektiem, kas rada mērenas grūtības parūpēties par sevi un uzturēt sociālas attiecības. Iespējams nolaidības vai kaitējuma citiem risks, iespējams nemiers vai depresija.
20. APRŪPES GRUPA: Kognitīvie traucējumi vai demence ar sarežģījumiem (augsts vajadzību līmenis) Demences pacienti, kuriem ir ievērojamas grūtības parūpēties par sevi un kuru uzvedība var radīt grūtības aprūpētājiem vai pakalpojumu sniedzējiem. Iespējams augsts trauksmes vai depresijas līmenis, psihiski simptomi vai būtiskas problēmas, piemēram, agresija vai uzbudinājums. Šie pacienti var neapzināties savas problēmas. Tie ir pakļauti augstas nolaidības vai citu apdraudējuma riskam un pastāv nopietns risks, ka aprūpes pasākumi tiks izjaukti.
21. APRŪPES GRUPA: Kognitīvie traucējumi vai demence (augstas fiziskās vai iesaistīšanās vajadzības) Cilvēki ar kognitīvajiem traucējumiem vai demenci, kuriem ir ievērojamas grūtības parūpēties par sevi un kuru fiziskais stāvoklis kļūst arvien vājāks. Viņi var neapzināties savas problēmas un pastāv ievērojams risks, ka aprūpes pasākumi tiks izjaukti.
0. APRŪPES GRUPA: Neatbilstība Neraugoties uz to, ka rūpīgi apsvērtas citas grupas, šī pakalpojumu saņēmēju grupa neatbilst nevienas aprūpes grupas aprakstam. Taču tiem nepieciešama garīgās veselības aprūpe un tiem tiks piedāvāti pakalpojumi.

Avots: Department of Health (2010) Mental Health Care Clustering Booklet 2010/11. London

Garīgās veselības aprūpes grupēšanas instruments

1. DAĻA: Nācījas veselības rezultātu skala
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pārāk aktīva, agresīva, graužoša vai satraukta uzvedība (pašreizēja) 2. Tīšs paškaitējums (pašreizējs) 3. Problemātiska alkohola vai medikamentu lietošana (pašreizēja) 4. Kognitīvas problēmas (pašreizējas) 5. Fiziska saslimšana vai invaliditāte (pašreizēja) 6. Problēmas, kas saistītas ar halucinācijām un maldiem (pašreizējas) 7. Nomākta garastāvokļa problēmas (pašreizējas) 8. Citas garīgas vai uzvedības problēmas (pašreizējas) 9. Attiecību problēmas (pašreizējas) 10. Problēmas ar ikdienas aktivitāti (pašreizējas) 11. Problēmas ar dzīves apstākļiem (pašreizējas) 12. Problēmas ar nodarbinātību un aktivitātēm (pašreizējas) 13. Spēcīgas nepamatotas pārliecības, kas raksturīgas vienīgi ne-psihiskiem traucējumiem.
2. DAĻA: Jautājumi par slimības vēsturi, papildus HoNOS
<ol style="list-style-type: none"> A. Uzbudināta uzvedība / ekspansīvs garastāvoklis (vēsturē) B. Atkārtots paškaitējums (vēsturē) C. Bērnu un neaizsargātu atkarīgu pieaugušo aizsardzība (vēsturē) D. Iesaistīšanās (vēsturē) E. Neaizsargātība (vēsturē)

Avots: Department of Health (2010) Mental Health Care Clustering Booklet 2010/11. London

6. pielikums: PNP vispārīgas akūtas uzņemšanas anketa

A. daļa: informācija par pacientu			
A1	Pacienta vārds	<input type="text"/>	
A2	Pacienta identifikācijas numurs	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A3	Slimnīcas nodaļa	<input type="text"/>	
A4	Uzņemšanas datums un laiks	Diena <input type="text"/>	Mēnesis <input type="text"/> Gads <input type="text"/> Laiks <input type="text"/>
B daļa: kritēriji			
1	Piepešs samaņas zudums	Tostarp koma vai reakcijas trūkums, kas liecina par akūtām pacienta normālā stāvokļa izmaiņām. Tostarp samaņas zudums traumas rezultātā, kas radies ceļā uz slimnīcu. Izņemot dezorientāciju vai apjukumu.	
2	Pārmērīgi augsts vai zems pulss.	Pulss zem 50 vai virs 140 sitieniem minūtē, reģistrēts vismaz divos gadījumos ar piecu minūšu intervālu.	
3	Pārmērīgi augsts vai zems asinsspiediens.	Sistoliskais līmenis zem vai virs 200 mmHg un distoliskais līmenis zem 50 vai virs 120 mmHg.	
4	Akūts redzes vai dzirdes zudums	Smags vai pilnīgs zudums, kas parādās pēkšņi un ir pastāv uzņemšanas brīdī.	
5	Akūts spējas kustināt nozīmīgu ķermeņa daļu zudums	Tostarp nopietnas traumas rezultātā gūtos ievainojumus (lauzts iegurnis, paralīze, visa kāja vai rokas, mugurkaula lūzumi ar muguras smadzeņu ievainojuma risku, akūta disfāģijas ar ieelpas risku). Neskaitot pēdu vai plaukstu ievainojumus.	
6	Nepārejošs drudzis	Drudzis 5 dienas vai vairāk ar temperatūru virs 38° C.	
7	Aktīva asiņošana	Tostarp nepārtraukta asiņošana no jebkuras vietas, ko nav iespējams novērst uzņemšanas nodaļā. Tostarp aizdomas par iekšējo asiņošanu.	
8	Nopietnas elektrolītu vai asins gāzu anomālijas	Mērījumi veikti, ierodoties uzņemšanas nodaļā: Nātrijs <123 vai >156 mEq/L Kālijs <2.5 vai >6.0 mEq/L Bikarbonāts <20 vai >36 mEq/L Arteriālais pH <7.3 vai >7.45 PCO2 >50 mmHg Ca serumā >3 mmol/L PO2 <50 mmHg	
9a	Elektrokardiogramm as anomālijas	EKG rezultāti, kas liecina par akūtu miokarda išēmiju un šīs izmaiņas ir nesenas.	
9b	Aizdomas par akūtu miokarda išēmiju	Medicīniski konstatēta akūta miokarda išēmija bez EKG vai bioķīmisko enzīmu izmaiņām.	
10	Brūces atvēršanās vai eviscerācija	Attiecas vienīgi uz sarežģījumiem pēc aprūpes saņemšanas, kad nepieciešams atkārtoti aizvērt atvērušos brūci.	

11	Paralizējošas sāpes	Stipras sāpes ar aizdomām par neatliekamu gadījumu, ko nav bijis iespējams diagnosticēt vai adekvāti ārstēt neatliekamās palīdzības nodaļā.	
12	Parenterālo zāļu un/vai šķidrumu maiņa	Tostarp IV, IM, IT un artērijā vismaz ik pēc 8 stundām. Tostarp arī PRN noteiktu IV zāles vismaz ik pēc 8 stundām. Tostarp stabilizācija ar insulīna palīdzību jauniem pacientiem ar smagu diabētu. Neskaitot gadījumus, kad nepieciešams paturēt atvērtu vēnu.	
13	Būtiska procedūra 24h laikā pēc uzņemšanas	Būtiska procedūra, kam nepieciešama vispārēja vai daļēja anestēzija un kas tiek veikta specializētā telpā (piemēram, operāciju zālē).	
14	Stacionārā aprūpe, kas pieejama vienīgi akūtas aprūpes slimnīcā	Aprūpei nepieciešamas iekārtas vai telpas vai procedūru iespējams veikt tikai akūtas aprūpes vidē.	
15	Dzīvības pazīmju uzraudzība vismaz ik pēc 2 stundām	Tostarp temperatūra, pulss, elpošana, asinsspiediens, neiroloģiskie novērojumi komas skalā, telemetrija vai kardioloģiskā monitorēšana. Tostarp mūsu veikta monitorēšana saskaņā ar ārsta norādījumiem vismaz piecas reizes dienā pacientiem, kam bijusi koma, ir spēcīgas vēdera sāpes vai ir aizdomas par iekšējo asiņošanu.	
16	Neregulāra vai pastāvīga respiratoru izmantošana	Neregulāra nozīmē vismaz ik pēc 8 stundām.	
17	Vecāka gadagājuma pacienti ar smagu elpas trūkumu.	Attiecas uz slimīguma un medicīniskās diagnozes kombināciju.	
18	Smagas elpas trūkums sakarā ar bronhiālo astmu	Tostarp pacienti, kuru FEV1 pēc ārstēšanas nesasniedz 70% no paredzamā normālā rādītāja.	
19	Sociālā uzņemšana, pacientam nepieciešama uzturēšanās pa nakti	Tostarp pacienti, kuriem nepieciešama aprūpe slimnīcā un kuri nevar atļauties izmitināšanu.	
20	Sociālā uzņemšana, nedrošas mājas	Tostarp aizdomas par vardarbību pret bērnu vai sievieti. Tostarp vecāka gadu gājuma pacienti, par kuriem rodas bažas, piemēram, auksta laika dēļ.	
21	Cita sociālā uzņemšana	Saskaņā ar ICD kodiem.	
JA B DAĻAS KRITĒRIJI NEATTIECAS, AIZPILDIET TIKAI C UN D DAĻU.			
C daļa: aprūpe, kas bija jāpiedāvā			
1	Slimnīcas neatliekamās palīdzības nodaļas aprūpe (ambulatori)		
2	Slimnīcas ambulatorā klīnika (ambulatori)		
3	Pansionāts (aprūpe dzīvesvietā)		
4	Primārā aprūpe (ģimenes ārsts, utt.)		
5	Aprūpe mājās		
6	Citi (norādīt):		
D daļa: nepiemērotas uzņemšanas iemesli			

1	Medicīniskā kļūda (aizsardzības pasākumi)	
2	Nav pieejama piemērota alternatīva aprūpe	
3	Citi (norādīt):	

7. pielikums: Austrālijas Slimību pārraudzības programmas veidlapas paraugs

<p><u>HRONISKU SLIMĪBU PĀRRAUDZĪBA</u> <u>APVIENOTS</u> <u>VPĀ SAGATVOŠANAS PĀRVALDĪBAS PLĀNS (VPĀPP) (MAPS VIENĪBA NR. 721) UN GRUPU APRŪPES KOORDINĀCIJAS KĀRTĪBA (MAPS VIENĪBA NR. 723)</u></p> <p><u>VEIDLAPU PARAUGI</u></p>

<u>Datums, kurā tika sniegts pakalpojums:</u>	
--	--

<u>Pacienta vārds un adrese:</u>	
<u>Dzimšanas datums:</u>	
<u>Kontaktinformācija:</u>	
<u>Veselības apdrošināšanas Nr.</u>	
<u>Privātpersonu veselības apdrošināšanas dati, ja piemērojams:</u>	

<u>Informācija par pacienta VPĀ:</u>	<u>Informāciju par pacienta aprūpētāju (ja piemērojams):</u>

<u>Vai pacientam ir iepriekšējs vai esošs veselības aprūpes plāns, kad tas tika sagatavots, un kādi bija rezultāti:</u>

--

Citas piezīmes vai komentāri, kas saistīti ar pacienta aprūpes plānošanu:

--

Ārstēšana:

--

Alerģijas:

--

Pacienta vārds:

Esmu izskaidrojis turpmākās darbības un izmaksas, un pacients ir piekritis saņemt pakalpojumu

(VPĀ paraksts un datums)

VPĀ SAGATAVOŠANAS PĀRVALDĪBAS PLĀNS (VIENĪBA 721)

<u>Pacienta veselības problēmas / veselības vajadzības / saistītie apstākļi</u>	<u>Pārvaldības mērķi, kuriem pacients piekrīt</u>	<u>Nepieciešamā ārstēšana un pakalpojumi, tostarp darbības, ko veic pacients</u>	<u>Kārtība, lai nodrošinātu ārstēšanu / pakalpojumus (kad, kurš, kontaktinformācija)</u>

--	--	--	--

Vai VPĀPP kopija tika piedāvāta pacientam? JĀ / NĒ

Vai VPĀPP kopija / attiecīgas tā daļas tika iesniegtas citiem pakalpojumu sniedzējiem?

JĀ / NĒ / NAV NEPIECIEŠAMS

VAI VPĀPP TIKA PIEVIENOTS PACIENTA SLIMĪBAS VĒSTUREI? JĀ / NĒ

Šī plāna izskatīšanas datums: dd/mm/gggg

Pacienta vārds:

Esmu izskaidrojis turpmākās darbības un izmaksas, un pacients ir piekritis saņemt pakalpojumu

(VPĀ paraksts un datums)

GRUPU APRŪPES KOORDINĀCIJAS KĀRTĪBA (VIENĪBA 723)

<u>Ārstēšanas un pakalpojumu mērķi pacientam / sasniedzamās izmaiņas</u>	<u>Ārstēšanās un pakalpojumi, ko, pakalpojumu sniedzējiem sadarbojoties, saņems pacients</u>	<u>Darbības, kas jāveic pacientam</u>

<p><u>Vai GPKP kopija tika piedāvāta pacientam? JĀ / NĒ</u></p> <p><u>Vai GPKP kopija / attiecīgas tā daļas tika iesniegtas citiem pakalpojumu sniedzējiem? JĀ / NĒ / NAV NEPIECIEŠAMS</u></p> <p><u>VAI GPKP tika pievienots pacienta slimības vēsturei? JĀ / NĒ</u></p> <p><u>Vai norīkojuma veidlapa par ar medicīnisko aprūpi saistītajiem veselības aprūpes pakalpojumiem ir pabeigta? JĀ / NĒ</u></p> <p><u>Departamenta izsniegtā norīkojuma veidlapa pieejama vietnē www.health.gov.au.mbsprimarycareitems vai arī drīkst izmantot veidlapu, kas satur visus Departamenta izsniegtās veidlapas laukus.</u></p>		

Šī GAKP izskatīšanas datums: dd/mm/gggg