

Plānveida stacionāro onkoloģisko pakalpojumu sniedzēju darbības vērtēšanas kritēriju izpilde 2024. gads



Nacionālais veselības dienests

2.Kritērijs



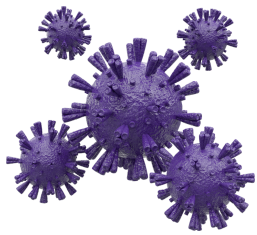
Ārstniecības iestādē veikto stacionāro (ieskaitot D un Q lokalizācija dienas stacionārā) plānveida un neatliekamo onkoloģisko operāciju, kuras veic ārstniecības personas, kuras izpilda šī dokumenta 3.punktā noteiktos apjomus, skaita procentuālais īpatsvars no visām ārstniecības iestādē veiktajām stacionārajām (tajā skaitā D un Q lokalizācijā dienas stacionārā) plānveida un neatliekamām onkoloģiskām operācijām dalījumā pa lokalizācijām

	Daugavpils reģionālā slimnīca, SIA	LIEPĀJAS REĢIONĀLĀ SLIMNĪCA, SIA	Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca, VSIA	Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca, SIA	Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca, valsts SIA
Acs un acs palīgorgānu ļaundabīgi audzēji, hamangioma un limfangioma			98%		
Aizkuņģa dziedzera ļaundabīgs audzējs	0%	0%	83%	81%	
Aknu, žultsceļu vai žultspūšļa ļaundabīgs audzējs	0%		70%	78%	
Bronhu, plaušu, aizkrūtes dziedzera, sirds, videnes un pleiras ļaundabīgs audzējs			100%	67%	
Dzemdes ķermeņa un olnīcu ļaundabīgs audzējs	94%	0%	0%	91%	
Krūts ļaundabīgs audzējs	0%	100%	87%	99%	
Kuņģa ļaundabīgs audzējs	53%	0%	91%	96%	
Lūpu, mutes dobuma vai rīkles mutes daļas, aizdegunes, deguna dobuma, blakusdobumu, balsenes, trahejas ļaundabīgs audzējs	0%		92%	99%	
Muskuļu un skeleta sistēmas ļaundabīgs un labdabīgs audzējs	0%	100%	0%	72%	100%
Nieres, virsnieres ļaundabīgs audzējs	79%	76%	91%	91%	
Priekšdziedzera un sēklinieku ļaundabīgs audzējs	71%	89%	97%	92%	
Resnās zarnas ļaundabīgs audzējs	81%	0%	46%	97%	
Sekundārs elpošanas un gremošanas orgānu ļaundabīgs audzējs			85%	48%	
Sekundārs smadzeņu un smadzeņu apvalku ļaundabīgs audzējs	0%		88%	96%	
Smadzeņu un citu centrālās nervu sistēmas daļu ļaundabīgs un labdabīgs audzējs			81%	71%	
Taisnās zarnas ļaundabīgs audzējs vai tūpļa un tūpļa kanāla ļaundabīgs audzējs	93%	0%	36%	85%	
Urīnpūšļa ļaundabīgs audzējs	91%	67%	85%	86%	
Vairogdziedzera ļaundabīgs audzējs		0%	91%	99%	

Plānveida stacionāro onkoloģisko pakalpojumu sniedzēju darbības vērtēšanas kritēriju izpilde 2024. gads



Nacionālais veselības dienests

	Daugavpils reģionālā slimnīca, SIA	LIEPĀJAS REĢIONĀLĀ SLIMNĪCA, SIA	Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca, VSIA	Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca, SIA	Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca, valsts SIA
1.Kritērijs Radikālo mastektomiju procentuālais īpatsvars pacientiem ar diagnozi C50 agrīnā vēža stadijā (1.-2. stadija) 	30%	2%	2%	0%	
3.Kritērijs Ķirurģiski ārstēto onkoloģisko plānveida pacientu procentuālais īpatsvars, kuru stacionārā uzskaites dokumentā norādīta komplikāciju manipulācija (pēc Clavien Dindo klasifikācijas sistēmas) 	90%	98%	97%	85%	100%
4.Kritērijs Unikālo pacientu skaita procentuālais īpatsvars, kuri saņēmuši plānveida onkoloģisko ķirurģisko ārstēšanu 28 dienu laikā pēc ambulatorā vai stacionārā konsīlija (terapijas taktikas pieņemšana) 	★	★	★	★	★
5.Kritērijs Pacientu sūdzību, kas iesniegtas Veselības inspekcijā vai reģistrētas Dienestā, procentuālais īpatsvars no kopējā pakalpojumu skaita 	0%	0%	0.04%	0.01%	0%

★ Notiek datu pārskatīšana. Pēc datu precizēšanas aprēķinu rezultāts tiks aktualizēts.

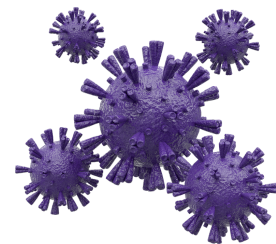
Plānveida stacionāro onkoloģisko pakalpojumu sniedzēju darbības vērtēšanas kritēriju izpilde 2024. gads



Nacionālais veselības dienests

1.Kritērijs

Radikālo mastektomiju procentuālais īpatsvars pacientiem ar diagnozi C50 agrīnā vēža stadijā (1.-2. stadija)



Kritērijs norāda uz plānveidā veikto radikālo mastektomiju īpatsvaru (%), kas nedrīkst pārsniegt 15%, pacientēm ar agrīni atklātu (1.-2.stadijā) krūts ļaundabīgu audzēju, kam veiktas plānveida krūts ekscīziju vai mastektomiju operācijas.

- Datus par stadiju iegūst no VIS uzrādītām pacientu grupām.
- VSIA "Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca" neveic krūts ķirurģiskās operācijas.
- Dienests informāciju par SIA "Daugavpils reģionālā slimnīca" kritērija izpildi ir nodevis arī Veselības inspekcijai audita veikšanai.

2.Kritērijs

Ārstniecības iestādē veikto stacionāro (ieskaitot D un Q lokalizācija dienas stacionārā) plānveida un neatliekamo onkoloģisko operāciju, kuras veic ārstniecības personas, kuras izpilda šī dokumenta 3.punktā noteiktos apjomus, skaita procentuālais īpatsvars no visām ārstniecības iestādē veiktajām stacionārajām (tajā skaitā D un Q lokalizācijā dienas stacionārā) plānveida un neatliekamām onkoloģiskām operācijām dalījumā pa lokalizācijām



Kritērijs atspoguļo veikto stacionāro plānveida un neatliekamo onkoloģisko operāciju skaita īpatsvaru (%), ko veic atbilstošas kompetences ķirurgi. Kritērijs tiek izpildīts pieņemamā līmenī, ja vismaz 80% operāciju (gan neatliekamas, gan plānveida) veikuši ķirurgi, kas pie konkrētām onkoloģiskajām diagnozēm vai diagnožu grupām pēc SSK-10 klasifikatora izpilda Līgumā noteikto vienā gadā veikto ķirurģisko manipulāciju skaitu ārstniecības personai.

- Kritērijs tiek vērtēts sadalījumā pa diagnožu grupām (lokalizācijām) – atbilstoši izrakstīšanās pamata diagnozei.
- Ja kritērija izpilde nav norādīta, tad slimnīca nav veikusi operācijas konkrētā lokalizācijā.
- Ja kritērija izpilde ir 0%, tad visas operācijas, atbilstoši Dienestam pieejamai informācijai (slimnīca noteiktā termiņā var iesūtīt Dienestam informāciju par operāciju 2.ķirurgu), veikuši ķirurgi ar nepietiekamu ķirurģisko manipulāciju skaitu gadā.
- Par 2.operāciju veicējiem (ķirurgiem) informācija jāiesūta Dienestam līdz nākamā gada 31.janvārim (par iepriekšējo gadu).
- Ar pelēku iezīmētas tās lokalizācijas, kurās attiecīgā slimnīca operācijas nenodrošina plānveidā (nav iekļauts līgumā).

Plānveida stacionāro onkoloģisko pakalpojumu sniedzēju darbības vērtēšanas kritēriju izpilde 2024. gads



Nacionālais veselības dienests

3.Kritērijs

Ķirurģiski ārstēto onkoloģisko plānveida pacientu procentuālais īpatsvars, kuru stacionārā uzskaites dokumentā norādīta komplikāciju manipulācija (pēc Clavien Dindo klasifikācijas sistēmas)



Kritērijs atspoguļo gadījumu īpatsvaru (%), kad veicot plānveida operāciju ir papildus norādīta informācija par komplikācijām (pēc ClavienDindo klasifikācijas sistēmas), t.sk. informācija, ka komplikācijas nebija.

- Lai pilnvērtīgi izmantotu datus par komplikācijām operācijā, nepieciešams, lai vismaz 90% gadījumu VIS šī informācija būtu norādīta, tādā gadījumā kritērijs ir izpildīts

4.Kritērijs

Unikālo pacientu skaita procentuālais īpatsvars, kuri saņēmuši plānveida onkoloģisko ķirurģisko ārstēšanu 28 dienu laikā pēc ambulatorā vai stacionārā konsīlija (terapijas taktikas pieņemšana)



Kritērijs norāda uz savlaicīgu ķirurģiskās ārstēšanas saņemšanu, t.i. vismaz 90% gadījumu pacienti pēc konsīlija (terapijas taktikas pieņemšana) 28 dienu laikā saņēmuši plānveida onkoloģisko ķirurģisko ārstēšanu.

- Aprēķinā netiek iekļauti pacienti, kuriem nozīmēta cita veida ārstēšana (atbilstoši uzskaites dokumentā norādītajai statistikas manipulācijai) vai kuri miruši 28 dienu laikā pēc konsīlija

5.Kritērijs

Pacientu sūdzību, kas iesniegtas Veselības inspekcijā vai reģistrētas Dienestā, procentuālais īpatsvars no kopējā pakalpojumu skaita



Kritērijs norāda uz pacientu sūdzību īpatsvaru (%) no kopējā sniegtā pakalpojuma apjoma, kā pieņemams tiek uzskatīts rezultāts līdz 1%.

- Tiek vērtēta Dienesta rīcībā esošā informācija par sūdzībām.

Dienests par kritēriju izpildes rezultātiem informē iestādes individuāli un par rezultātiem, kas ir "Uzraugāms", "Nepieņemams" vai nav izvērtējams lūdz sniegt skaidrojumus un informāciju, kā turpmāk izpildīs.