**Ārstniecības iestādes stacionārā darba kvalitātes indikatīvie rādītāji**

1. DIENESTS ar IZPILDĪTĀJU vienojas par šīs kārtības 2. punktā norādīto ārstniecības iestādes stacionārā darba kvalitātes indikatīvo vai efektivitātes indikatīvo rādītāju (turpmāk - indikatīvie rādītāji) uzskaiti par 2023., 2024. un 2025. gadu.
2. Ja IZPILDĪTĀJA kopējais faktiskais valsts apmaksāto stacionēšanas gadījumu skaits ar diagnozi saistītā grupā (DRG) ietilpstošajiem pakalpojumiem un faktiskais valsts apmaksāto stacionēšanas gadījumu skaits katrā no pakalpojumu programmām, kurām Ministru kabineta 2018. gada 28. augusta noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikuma 2.punktā ir noteikts viena pacienta ārstēšanas tarifs, pirmajā pusgadā un 9 mēnešos nesasniedz 90% no plānotā un Finanšu paziņojumā noteiktā apjoma, un šīs kārtības 2.1. – 2.8. punktā noteikto indikatīvo rādītāju vērtības neatbilst noteiktajām robežvērtībām norādītajos periodos, un IZPILDĪTĀJS nevar pamatot neizpildi šīs kārtības 3.punktā noteiktajā veidā, DIENESTS kopējo plānoto finansējuma apmēru, kas noteikts finanšu paziņojuma 1.1.1. un 1.1.2. apakšpunktā, IZPILDĪTĀJAM ir tiesīgs samazināt, bet ne vairāk kā par 2% no IZPILDĪTĀJAM uz 1.janvāri plānotā maksājuma apmēra, ņemot vērā katram rādītājam tabulas pēdējā kolonnā noteikto finansējumu:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.p.k.** | **Nosaukums** | **Robežvērtība[[1]](#footnote-1)** | | | **Indikatīvā rādītāja (IR) vērtēšanas periods** | **IR ietekme uz finansējumu (svars)** |
| **2023.g.** | **2024.g.** | **2025.g.** |
| **Vērtēšanas periods pirmais pusgads** | | | | | | |
| 2.1. | Gadījumu īpatsvars, kas atbilst noteiktajam laika standartam Neatliekamās medicīniskās palīdzības triāžā (sarkanie, oranžie, dzeltenie, zaļie) | ≥95% | ≥95% | ≥95% | Pirmais pusgads | 0.25 % |
| 2.2. | Atlikto plānveida operāciju skaits | <10% | <10% | <10% | Pirmais pusgads | 0.25 % |
| 2.3. | Neplānota rehospitalizācija 72 stundu laikā, % | <2 | <2 | <2 | Pirmais pusgads | 0.25 % |
| 2.4. | Letalitāte stacionārā, % | ≤0,3 | ≤0,3 | ≤0,3 | Pirmais pusgads | 0.25 % |
| **Vērtēšanas periods 9 mēneši** | | | | | | |
| 2.5. | Vidējais stacionāro gultu skaits[[2]](#footnote-2) | 210-270 | 210-270 | 210-270 | 9 mēneši | 0.25 % |
| 2.6. | Gultu noslodze, % | ≥75 | ≥75 | ≥75 | 9 mēneši | 0.25 % |
| 2.7. | Rekomendēšanas indekss (NPS) stacionāra pakalpojumiem | ≥71 | ≥72 | ≥73 | 9 mēneši | 0.25 % |
| **Vērtēšanas periods 1 gads** | | | | | | |
| 2.8. | Kopējais pacientu drošības ziņojumu skaits | ≥600 | ≥600 | >600 | 1 gads | 0.25 % |
| **Vērtēšanas periods 1 gads, IR bez ietekmes uz finansējumu** | | | | | | |
| 2.9. | Vidējais ārstēšanas ilgums stacionārā (dienas) | ≤5,2[[3]](#footnote-3) | ≤5,1 | ≤5,0 | 1 gads | Nav ietekmes |
| 2.10. | Atbilstības apliecinājumi par starptautiski atzīto standartu prasību izpildi (sertifikāti, akreditācijas apliecības, licences) | ISO 9001 | ISO 9001 | ISO 9001 | 1 gads | Nav ietekmes |
| 2.11. | Kvalitātes kritēriji dažādās slimību grupās (mērīt-salīdzināt) | Mērīt un salīdzināt kvalitātes kritērijus 8 slimību grupās | Mērīt un salīdzināt kvalitātes kritērijus 7 slimību grupās | Mērīt un salīdzināt kvalitātes kritērijus 7 slimību grupās | 1 gads | Nav ietekmes |
| 2.12. | Aprūpes personāls, kas strādā uz slodzi, kas lielāka par 0,5, % | ≥80% | ≥80% | ≥80% | 1 gads | Nav ietekmes |
| 2.13. | Darbinieku pozitīvais vērtējums par VSIA “Bērnu klīniskās universitātes slimnīca” kā darbavietu/darba devēju | >85% | >85% | >85% | 1 gads | Nav ietekmes |
| 2.14. | No jauna uzsākto pētījumu skaits gadā, prioritārajās pētniecības jomās | >15 | >15 | >15 | 1 gads | Nav ietekmes |
| 2.15. | Apmācīto ārstniecības personu skaits, t.sk. zināšanu pārnese uz reģioniem | +20% | 4150 | 4200 | 1 gads | Nav ietekmes |

1. DIENESTS pirms finanšu līdzekļu samazinājuma, ja indikatīvo rādītāju vērtība neatbilst norādītajām robežvērtībām, pirms indikatīvo rādītāju izvērtēšanas ņem vērā IZPILDĪTĀJA paskaidrojumus. Ja, izvērtējot paskaidrojumus, DIENESTS atzīst tos par pamatotiem, finanšu līdzekļu samazinājums var tikt nepiemērots vai piemērots daļēji.
2. Indikatīvos rādītājus, kas nav pieejami DIENESTA Vadības informācijas sistēmā, IZPILDĪTĀJAM jāiesniedz DIENESTAM līdz 1.augustam par pirmo pusgadu, līdz 20.oktobrim par 9 mēnešiem un līdz 10.februārim par 12 mēnešiem, nosūtot to DIENESTAM uz e-pasta adresi [parskati.stac@vmnvd.gov.lv](mailto:parskati.stac@vmnvd.gov.lv).
3. IZPILDĪTĀJS ir tiesīgs mainīt un precizēt šīs kārtības 2.1- 2.15. punktā minēto indikatīvo rādītāju aprēķināšanas metodiku, saskaņojot ar DIENESTU.
4. Mainoties šīs kārtības 2.1- 2.15. punktā minētajiem indikatīvajiem rādītājiem, to rezultatīvajiem rādītājiem vai to aprēķināšanas metodikai, IZPILDĪTĀJS nekavējoties veic izmaiņas “Indikatoru pasēs” un 10 (desmit) dienu laikā no izmaiņu veikšanas dienas iesniedz DIENESTAM saskaņošanai.
5. IZPILDĪTĀJS ir tiesīgs mainīt indikatīvos rādītājus un precizēt minēto indikatīvo rādītāju robežvērtības ne biežāk kā reizi kalendārā gada laikā, saskaņojot ar DIENESTU.

1. Rezultatīvie rādītāji un mērķa vērtības ir definētas BKUS 2020.-2025. Stratēģijā (2.pielikums) [↑](#footnote-ref-1)
2. Rādītājs nav iekļauts BKUS 2020.-2025. Stratēģijas nefinanšu mērķos (2.pielikums) [↑](#footnote-ref-2)
3. Pandēmijas laikā mainījies pacientu profils, līdz ar to ir paredzams ilgāks vidējais ārstēšanas laiks. [↑](#footnote-ref-3)