**Zápis z jednání Komise pro stanovení kvalitativních kritérií u následné lůžkové péče**

Datum: 28. 1. 2019 od 14:30 hodin

Místo: MZČR, Palackého nám. 4, Praha 2, místnost č. 223a

Přítomni: viz prezenční listina – členové Komise pro stanovení kvalitativních kritérií u následné lůžkové péče

**Průběh jednání:**

Jednání zahájila Mgr. Pavlína Žílová, pověřena řízením odboru regulace cen a úhrad, která přivítala přítomné členy komise a zahájila diskusi k návrhu (viz příloha) zaslanému Ing. Čarvešem.

Zástupce AČMN P. Fiala vyjádřil stanovisko, že jakémukoliv budoucímu stanovení kvalitativních kritérií v následné péči musí předcházet řádná úhrada už stávajících nákladů. Právě proběhlá nákladová analýza v následné péči mezi 61 poskytovali v AČMN a AN ČR ukazuje, že prakticky všechny segmenty následné péče vykazují provozní ztráty, neboť stávající úhrady pojišťoven nepokrývají jejich náklady.

Ing. Čarvaš zaslal k diskusi pracovní verzi návrhu kvalitativních kritérií v následné péči, který předpokládal realizaci posuzování kvality v terénu u poskytovatele zdravotních služeb. Jedná se o podrobnější rozšíření materiálu předloženému na předchozí jednání MUDr. Volejníkem a MUDr. Polzerovou. Ing. Čarvaš připravil dotazník, na základě kterého by jednotliví poskytovatelé byli při místním šetření zaměstnancem pojišťovny bodování a následně by byla stanovena příslušná bonifikace. V minulosti (cca 5 let zpětně) bylo podobné dotazníkové šetření realizováno na VZP, výsledky šetření však již nebyly účastníkům dány k dispozici.

Na základě diskuse vyplynulo, že by bylo možné některé dostatečně měřitelné body navrženého dotazníku lépe vyspecifikovat a konkretizovat a bylo vybráno 8hodnocených ukazatelů z jednotlivých okruhů – věcného vybavení, technického vybavení, vzdělávání a nadstandardní péče, které budou dále prezentovány a schváleny jak na úrovni zdravotních pojišťoven, tak také na úrovni jednotlivých zástupců poskytovatelů. Je potřeba podrobněji specifikovat některá z kritérií a stanovit, u kterých konkrétních OD je možné tato kvalitativní kritéria sledovat.

Jako kvalitativní standard je v současné době nutné považovat vyhlášky č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, a č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb (dále jen „personální vyhláška“).

Na jednání bylo dohodnuto, že v současné době se lze shodnout na těchto kvalitativních kritériích:

1. **Personální standard** - standard lze definovat na základě personální vyhlášky – dostupnost některého personálu, „nadstandard“ – úvazek u poskytovatele
	1. Sestra specialistka na hojení ran (certifikát) – potřeba stanovit jak velký úvazek v poměru na počet lůžek,
	2. Nutriční terapeut,
	3. Ergoterapeut/logoped,
	4. Psychoterapeut
2. **Specifické stravování**
	1. zda je speciální stravování součástí terapie, nutridrinky?,
3. **Technické vybavení** – standard viz. vyhláška, stanovit co je navíc a v jakém rozsahu je to potřeba
	1. Poměr vícelůžkových pokojů (4 a více lůžek) ku třílůžkovým a menším pokojům, případně průměrný počet pacientů na pokoj – například 2,5 – 3 pacienti standard, pod 2,5 pacienta na pokoj bonifikace,
	2. Vybavení oddělení polohovatelnými lůžky a antidekubitními matracemi – kolik % lůžek bude takovými lůžky vybaveno – mohlo by být nastaveno na cca 60 % lůžek, měl by být proveden průzkum mezi zařízeními, aby nebylo nastaveno tak, že 90 % poskytovatelů tuto bonifikační podmínku splní. Tato podmínka bude hůře měřitelná pro zdravotní pojišťovny.
4. **Vzdělávání**
	1. ZP by mohlo být v rámci personálního auditu hlášeno, kolik bylo organizováno interních akci a doklady k nim – prezenční listiny atd., složitější na kvantifikaci – např. 75 % sester se v průměru za poslední 2 nebo 3 roky zúčastnilo alespoň 3 školících akcí za rok.

Těchto 8 kritérií by mělo být podrobněji specifikováno a na příštím jednání dokončeno a předáno k dispozici pro využití v dohodovacím řízení pro rok 2020.

Za splnění každého kritéria by získal poskytovatel nárok na adekvátní navýšení úhrady – např. 0,01 % úhrady – musí být upřesněno, případně ponechat na nastavení až v rámci dohodovacího řízení.

Pokud zdravotní pojišťovna zjistí, že poskytovatel deklaroval splnění některého z kritérií, ale ve skutečnosti tuto podmínku nesplnil, mohla by být navržena pro takové případy sankce.

Je potřeba správně nastavit jednotlivá kritéria tak, aby se skutečně jednalo o motivaci k postupnému zvyšování kvality poskytovaných služeb, ne pouze o bonifikaci již existujících služeb.

**Závěr**

Bylo dohodnuto, že po rozeslání zápisu z tohoto jednání budou zástupci poskytovatelů diskutovat další nastavení parametrů v rámci jednotlivých ošetřovacích dnů, tak aby byly jednotlivé parametry nastaveny motivačně a zároveň aby byly aplikovány pouze tam, kde jejich sledování dává smysl. Je potřeba diskutovat nastavení těchto kritérií u psychiatrických ošetřovacích dnů.

Termín dalšího jednání byl dohodnut na středu 6. 3. 2019 od 9:30 hod v zasedací místnosti 223a.

V Praze dne 30. 1. 2018 zapsala Ing. Hana Kovaříková

Schválila Mgr. Pavlína Žílová

Příloha č. 1 Návrh Ing. Čarvaše

**Návrh kvalitativních kritérií v následné péči pro ÚV 2020**

**Následná péče v ÚV 2020 - požadujeme zrušení regulace maximální úhrady na objem poskytnuté péče.** Souhlasíme s nastavením rozumných ukazatelů kvality do systému úhrad jako bonifikační kritérium. Je třeba vzít v potaz i fakt, že růst úhrad musí být odpovídající růstu především osobních nákladů, ale i jiných (energie, odpisy, GDPR, …). V následné péči je potřeba vyšší % růstu úhrady než v ambulanci díky vyššímu % osobních nákladů na celkových nákladech.

**Z hlediska realizace a reálného zhodnocení kvality mi přijde jako jediné rozumné posouzení kvality takové, které proběhne v terénu u poskytovatele zdravotních služeb.** Navrhoval bych takový způsob, že by si ZP rozdělili regiony či poskytovatele a že by jejich revizní pracovníci udělali prohlídky na místě u poskytovatele. Předpokládám, že taková prohlídka, dopředu avizovaná, by trvala řádově 2 hodiny, takže by posuzovatelé stihli i 2-3 poskytovatele za jeden den dle dojezdu. Zde by obodovali hodnocené kvalitativní ukazatele, jako například čistotu, používání rhb a polohovacích pomůcek, frekvence rehabilitace, počet pacientů na pokoji, vlastní sociální zázemí, počet personálu atd. (návrh hodnocených ukazatelů je níže v textu).

Tento výsledek by byl zaslán poskytovateli k vyjádření formou revizní zprávy, aby se k ní mohl vyjádřit a doplnit údaje, které posuzovatelé nepostřehli nebo nesprávně pochopili. Koneční výsledek by byl dán ostatním ZP, ty by ho akceptovaly a podle něj by bylo nějaké malé finanční zvýhodnění - bonifikace, kterou by definovala ÚV 2020.

Tento způsob mi přijde jako rozumný, spravedlivý a relativně levný. Pokud by si MZ či ZP na tuto práci najmuli nějakou odbornou společnost (SAK, certifikační společnosti na ISO ve zdravotnictví, aj.) či nějaký komerční subjekt, který by udělal stejnou práci v terénu, pak by to bylo jen dražší a služba by se musela soutěžit dle ZZVZ.

***MOŽNÉ KVALITATIVNÍ UKAZATELÉ NÁSLEDNÉ PÉČE:***

1. **snáze či objektivně hodnotitelné**

- hojení chronických ran – přítomnost setry specialistky na hojení ran (ANO x NE), využívání moderních metod vlhkého hojení v péči o chronické či akutní rány (VAC systém....)

- nutriční parametry – sledování, řešení malnutrice (ANO x NE), dietoterapie - odborně či na přání pacienta sestavené (upravené) diety, včetně potravinových doplňků, výběr z jídel, krmení pacientů a sledování, jak přijímají stravu a zda musí být dokrmováni.

- sledování hydratace pacientů (ANO x NE), Příjem tekutin (na pokoji X chodba),

- vybavení oddělení a používání antidekubitních pomůcek (vakuové matrace) (ANO x NE)

- sledování spokojenosti pacientů – stížnosti, pochvaly, interní nemocniční dotazníky (ANO x NE)

- provádění sociálního šetření, vyhodnocování nežádoucích událostí, sledování nosokomiálních infekcí, sledování a vyhodnocování použití omezovacích prostředků (centrální evidence), prevence pádů (ANO x NE)

- vybavení pokojů (sociální zařízení, počet lůžek na pokoji, TV…), (ANO x NE), počet lůžek/pacientů na pokoji (do 3 x nad 3)

- čistota prostředí, na oddělení, na pokoji, chodbě, sociální zařízení (ANO x NE)

- přehlednost a celistvost dokumentace (ANO x NE)

- technické vybavení (zvedák, koupací vany, enterální a infuzní pumpy, lineární dávkovač, saturační čidlo….) (ANO x NE)

- kvalita lůžek - elektricky ovládaná polohovatelná (ANO x NE)

- dostupnost rehabilitační péče (každý pracovní den - ANO x NE)

- rehabilitace, ergoterapie, RHB pomůcky (chodítka, vozíky, chodník, motomedy, cyklotrenažér, dechové trenažery a další pomůcky, …) (ANO x NE), Rehabilitace mimo lůžko (ANO x NE), možnost cvičebny, skupinová cvičení (ANOxNE) – toto vše svědčí o zaměření oddělení LDN, jak probíhá aplikace životních situací pro pacienta při nácviku na oddělení – chůze ze a do schodů, přesuny z lůžka na židle, oblékání, vstávání, sebeobsluha – držení hrnečku, tužky, psaní, … Diagnózy lze rozdělit na různé aktivizační činnosti a jejich rozsah a sortiment.

-           polohování pacienta, dekubitní lůžka, polohovací pomůcky (ANO x NE)

-           přítomnost logopeda/ergoterapeuta a jeho zapojení v léčbě (ANO x NE)

- vedení polohovacích záznamů jako součást ošetřovatelské dokumentace (ANO x NE)

- další vzdělávání sester – nemocniční semináře, odborné konference…. (ANO x NE)

- vzdělání personálu - zaměření kurzů, které pracovníci oddělení mají – např. bazální stimulace, gerontologické kurzy, péče o pacienty s Alzheimerem atd. (ANO x NE)

- izolační režimy ( MRSA) – ANO x NE

- dostupnost duchovní péče - nemocniční kaplan, možnost návštěvy kaple, duchovní pomoc od sestry, která může navštívit pacienta přímo na pokoji. (ANO x NE)

- dostupnost 24 h lékařské péče (24 hod dostupnost laboratoře, mikrobiologie; interního, chirurgického i ARO konzilia, dostupnost akutní péče 24 hod denně, dostupnost péče o dialyzované pacienty) (ANO x NE)

-    a další …

1. **hůře a více subjektivně hodnotitelné**

- Celkový počet nežádoucích událostí a to hlavně dekubitů, což je ukazatel kvality ošetřovatelské péče - nově vzniklé dekubity na oddělení – zřejmě nějaké % ku počtu OD či pacientů, co je správná hodnota?),

- počty personálu ve směně, stav personálu o víkendech (problém velikost oddělení, počet lůžek, náročnost pacientů, struktura diagnóz a ležáků, těžko porovnatelné mezi sebou)

- Počet rehabilitací v týdnu, frekvence, celková doba (problém velikost oddělení, počet lůžek, náročnost pacientů, struktura diagnóz a ležáků, těžko porovnatelné mezi sebou)

- průměrná čekací doba na dostupnost lůžka následné péče (co je správná hodnota?)

- a další …

***Hodnocení kvality péče segmentovat podle:***

* nasmlouvaných ošetřovacích dnů (jinak hodnotit klasické „LDN“, jinak plicní léčebny, jinak rehabilitační ústavy),
* rozlišovat podle převažující skupiny pacientů
* fyzické nemoci (kyčle, úrazy),
* psychické nemoci (demence, Alzheimer),
* kombinace fyzické a psychické nemoci (ikty/ochrnutí fyzické + mentální problémy).