***Z Á Z N A M***

*z pracovního jednání*

***Pracovní skupiny pro měření a srovnávání kvality zdravotních služeb***

*dne 1. 3. 2019, od 14.00 hodin*

***Přítomni členové:***

* Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch, MHA
* Ing. Tomáš Kučera
* prof. MUDr. Josef Vymazal, DrSc.
* Ing. David Šmehlík, MHA
* MUDr. Renata Knorová, MBA
* JUDr. Ladislav Švec
* Mgr. Alice Strnadová, MBA
* prof. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D.
* Mgr. Milena Kalvachová
* RNDr. Marian Rybář
* Edita Müllerová
* Mgr. Simona Zábranská

***Nepřítomní:***

* prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc. MBA
* prof. MUDr. Roman Prymula CSc., Ph.D.

***Hosté:***

* Ing. Monika Poliaková
* prof. MUDr. Michal Vrablík, Ph.D.
* prof. MUDr. Julius Špičák, CSc.
* prof. MUDr. Ivan Rychlík, CSc., FASN, FERA
* prof. MUDr. David Feltl, Ph.D., MBA
* MUDr. Pavel Hroboň, M.S.
* doc. MUDr. Jana Prausová, Ph.D., MBA
* MUDr. Petr Tůma
* MUDr. Aleš Tomek, Ph.D.
* Mgr. Hana Kolářová, Ph.D.

***Program:***

1. Zahájení jednání – rekapitulace vývoje za poslední 3 měsíce
2. Prezentace – doc. MUDr. Jana Prausová, Ph.D., MBA – Příprava re-akreditace sítě KOC
3. Prezentace – prof. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D. – Návrh sady onkologických parametrů při re-akreditaci sítě KOC
4. Diskuse.
5. Prezentace – MUDr. Aleš Tomek, Ph.D. – Zkušenosti s měřením kvality péče u cévních mozkových příhod
6. Prezentace – prof. MUDr. Ivan Rychlík, CSc., FASN, FERA – Zkušenosti s reportingem dat v nefrologii.
7. Prezentace – RNDr. Marian Rybář – Motivace poskytovatelů, otevřenost dat na poskytovatele
8. Diskuse.

**Bod 1. – zahájení jednání**

**MINISTR:** Přivítal přítomné na jednání. Zrekapituloval kroky provedené za poslední 3 měsíce:

* Došlo ke shodě ZP na roli KZP v měření kvality.
* Data pojišťoven jsou zasílána do KZP (hospitalizace, ambulance, preskripce).
* KZP vytvořila základ analytického týmu a pracuje na prvních 10 ukazatelích.

**ŠVEC:** Do konce března chceme publikovat portál pro veřejnost se statistikou vykázané péče. Revidujeme ukazatele. Následně bude k dispozici i portál pro pojišťovny a poskytovatele. Práce běží systematicky dále. V průběhu března chceme ukazatele předat odborné společnosti ke schválení.

**Bod 2. – prezentace Jana Prausová**

1. Česká onkologie bez dat, jaká dnes máme, už si nedovede svou existenci představit. V našich onkologických datech dosahujeme lepších výsledků, než měly registrační studie.
2. Síť KOC projde reakreditací, padni komu padni. Povinností KOCů je i starost o regionální onkologická centra. ROCy chceme více připojit k sobě. Základem je multioborový tým. Pacientů máme mnoho.
3. Do budoucna si lze představit, že kvalitním ROC budeme delegovat centrovou péči, aby pacienti nemuseli dojíždět.
4. Během března chceme nastavit návrh pravidel, kdo má být KOC.
5. Národní onkologická centra jsou jen dvě, hlavním kritériem byla péče o dětské pacienty a vzácná onemocnění.
6. Spolupracujeme s praktiky, pro které jsme připravili kuchařku. Přebírají postupně pacienty do dispenzární péče. Dělají prevenci, screeningy.
7. Pacienti z různých krajů migrují za péčí do Prahy. Jsou to často pacienti ve 4. stádiích s nákladnou léčbou.

**Bod 3. – prezentace Ladislav Dušek**

1. Kvalita KOCu se nepozná jen dle teček na grafu, ale dle toho, jestli je schopen se o své pacienty jako hegemon postarat.
2. Převzetí indikátorů ze zahraničí, např. Německa, není plně možné. To bychom akreditovali následujících 5 let.
3. Existuje evropský guideline, jak integrovat primární péči. Jdeme přesně dle něho.
4. Máme v ČR centrum, které má excelentní přežití, ale stará se jen o 20 % pacientů. ZP by měly vyslat následně signál, aby se to přestalo dít. Řešením není zrušení centra.
5. Bude zkoumán lůžkový fond, ambulance a jejich kapacity, obory nepřetržitého provozu, personální zajištění (mj. bude možno určit počet pacientů na 1 doktora), přístrojové vybavení, vykazování multidisciplinárního kódu, certifikace kvality, publikace, jaké typy nádorů KOC dělá a nedělá, logistické parametry, doba od prvního kontaktu nemocnice s pacientem do data diagnózy zhoubného nádoru a dále do data zahájení protinádorové léčby, počty reoperací, mortality, přežití, psychologická a duchovní podpora, aj.
6. Chceme mít oponentury návrhu do konce března hotové. Do léta to musí být připravené.

**Bod 4. – Diskuse**

**PRAUSOVÁ:** Reakreditace je vlastně zkoumání celé nemocnice.

Je nesmysl, aby byly všechny výkony a diagnózy, zejména ty vzácné, léčeny ve všech 17 zařízeních. Dnes to tak ještě vesměs je.

**DUŠEK:** Dnes není norma a standard.

**FELTL**: I nejméně úspěšné centrum má vyšší přežití, než když pacient bloudí v systému. Dostupnost je základní.

**RYCHLÍK**: Povedlo se Vám už navodit diskusi mezi těmi úspěšnými a méně úspěšnými o tom, co jsou příčiny rozdílů? Jaký je souhlas center s tím, co jako ČOS děláte?

**PRAUSOVÁ**: Tváří se, že souhlasí. Ohledně diskuse bych nerada předjímala.

**DUŠEK:** Pojišťovny nasmlouvávají s PZS nové DRG markery, kterýma dostaneme do jejich systému diagnostickou stratifikaci nádoru. Schopnost validovat data se zvedne řádově. V zákoně o eHealth je zpětný most dat do pojišťoven.

**Bod 5. – prezentace Aleš Tomek**

1. U nás jsou data sbírána lékaři od roku 2013. Povinnost k jejich sběru byla dána věstníkem MZ. Pracujeme s 45 centry. Čeká nás také příští rok reakreditace. Sekundární přeliv pacientů zde moc není.
2. Sbíráme 12 indikátorů. Ke každému případu je zadáno přes 150 parametrů do registru. Díky nedostatku personálu jsme zadávali pacienty pouze za jeden vybraný měsíc v roce. Ostatní měsíce jsme vynechali. Pak jsme se rozhodli to navýšit na dva měsíce v roce.
3. Zaměřujeme se na rychlost, která je u CMP zásadní.
4. Zveřejňujeme bez zakrytí názvu pracoviště (na konkrétního poskytovatele).
5. Centra dostávají od nás každý měsíc e-mailový report s rychlostí.
6. Celosvětově doporučené postupy říkají 60 minut na poskytnutí léčby, my říkáme 20.
7. Od doby, co jsme začali s procesem měření, stáhli jsme poskytnutí léčby o 10 minut za 2 roky. Neznáme zemi, která by byla rychlejší.
8. Ti, co první rok nemonitorovali, pak viděli, že ostatní centra monitorují, tak začali příští rok již také monitorovat.
9. Důležitý je prvek pozitivní i negativní motivace. Nyní je provedení výkonů odměňováno vesměs stejně bez ohledu na rozsah poskytnuté léčby. Chybí nám pozitivní ocenění, že se tomu věnujeme. Každopádně je dobře, že nové DRG markery budou informace poskytovat.

**RYCHLÍK**: Kdo je osoba zodpovědná za reportování? Jak probíhá reportování?

**TOMEK**: Elektronicky do registru. Nemocnice honoruje svého pracovníka, jeden pacient s rekanalizací trvá 10-15 minut, běžný pacient 5-7. My na to používáme ošetřovatele.

**VRABLÍK**: Je to důležité, musíme mít někoho, kdo je za zadávání dat zodpovědný a má na to kapacitu.

**TOMEK**: Kdyby byla bonifikace, měli bychom podpůrný personál na zadávání dat.

**KNOROVÁ**: Použijme institut dohadovacího řízení. Sedněme si na to.

**Bod 6. – Ivan Rychlík**

1. Registry jsou důležitá věc. V Evropě někdo nereportuje nic, někdo agregovaná data, někdo individuální data. Všichni se ale chtějí dostat k reportingu individuálních dat.
2. V ČR si vývoj registrů a provoz Registru dialyzovaných pacientů (RDP) platí Česká nefrologická společnost (ČNS). Reporting, dnes již pouze elektronickou cestou, probíhá 4x ročně.
3. Od začátku jsme se rozhodli, že naše motivace je morální. Hlavní motivací byla možnost porovnání výsledků vlastní léčby s celostátním průměrem.
4. Srovnání dialyzačních středisek (DS) bylo anonymní. Ale od r.2014 jsme pokročili dále, řadu věcí zveřejňujeme až na úroveň konkrétního poskytovatele (=DS). Podrobně viz <http://www.nefro.cz/>
5. Některá DS nereportují individuální data. Důvody jsou různé, převážně však technicko-administrativního charakteru.
6. Kvalita dat závisí i na kvantitě reportovaných dat. Jednoduchost procesu reportování je kruciální podmínkou úspěšného reportování.
7. Je důležité zdůraznit, že reportování by mělo být činností administrativního pracovníka, zatímco role lékaře by měla spočívat pouze v kontrole kvality reportovaných dat.
8. Od r. 2019 byl ve spolupráci se ZP zahájen projekt kvality hemodialyzační péče. ZP bonifikují dialyzační střediska za účast v reportingu a za dosažení vybraných parametrů kvality péče stanovených ČNS (celkem až čtyři halíře na bod). DS mohou být bonifikována za reporting a za dodržení kvality na 60 pacientech až 1,4 mil. Kč ročně. ČNS oceňuje, že ZP umožnily nastavit průhledný systém, kdy si poskytovatelé mohou spočítat zisk za dosaženou kvalitu péče~~.~~
9. Reporting nesmí být přítěží, zejména časovou. Je nutno toto odměnit penězi.

**KNOROVÁ**: Bonifikaci jsme si domluvili v dohadovacím řízení. To je ta správná cesta. Odborná nefrologická společnost nabídla aktivně spolupráci plátcům.

**Bod 7. – Marian Rybář**

1. Základem měření a zlepšování kvality léčby v ČR jsou odborné společnosti. Ty potřebují podporu od ZP a MZ.
2. Důležitá je statistická služba státu a zdravotních pojišťoven a poskytování kvalitních dat pro kvalifikované rozhodování odborných společností. V onkologii toto funguje perfektně, v jiných odbornostech je situace ze zkušenosti horší.
3. Poskytovatele je možné motivovat:
	1. Entuziasmem, soutěživostí. To může probíhat pouze za předpokladu, že odborné společnosti dostávají výstupy s výsledky konkrétních poskytovatelů. Zde je však problém v zákoně 372/2011 Sb., resp. návrhu eHealth, který zapovídá poskytnout odborným společnostem data na úroveň konkrétního poskytovatele (pouze anonymizovaně).
	2. Finanční bonifikace poskytovatelů za poskytování dat a dodržování ukazatelů kvality
	3. „Morální“ podpora MZ/ZP, že za odbornou společností při zlepšování kvality stojí.

**Bod 8. – Diskuse**

**VRABLÍK:** V nefrologii je 100 dialyzačních středisek. Jsou obory, které mají ale miliony pacientů. V Británii to zkoušeli, ale pak to zrušili. Lékaři podváděli. Každopádně povinnost reportovat by měla být stanovena, např. v zákoně.

**HROBOŇ**: U poskytovatelů, kterých je velké množství (např. praktici), bychom se měli na začátku podívat, jestli vůbec dělají to, co dělat mají. Následně to zasadit do kontextu klinických postupů. Příklady, které jsme dnes mohli shlédnout, jsou ve špičkových oblastech.

**DUŠEK**: U řady diagnóz nám ujíždí kvalita nedostupností dat. Některé historické výkazy ÚZIS byly nesmyslně postavené. Některé postupně rušíme. Pracujeme na eGovernmentu, abychom mohli mít data z laboratoří. Se zveřejňování výstupů pro veřejnost, zejména třeba v onkologii, je potřeba šetřit. Ve věcném záměru o eHealth jsou definovány referenční rezortní ukazatele výkonnosti, které budou na poskytovatele.

**RYCHLÍK**: Je potřeba, abyste nám Vy, správci dat, řekli, jaká data máte. Např. u diabetologie je zásadní znát hodnotu glykovaného hemoglobinu.

**MINISTR**: Bude se podepisovat memorandum mezi praktiky a diabetology. Budou se nastavovat indikátory kvality.

**ŠVEC**: V dříve již vypracovaných metodikách měření kvality máme možnost, aby se na nás odborné společnosti obrátily. Když bude shoda, můžeme přidat další indikátory.

**MÜLLEROVÁ**: My nevíme, kolik je pacientů s revmatickou artritidou. Nevíme, kolik pacientů není na biologické léčbě, to nemáme v registrech. … Pro pacienty je důležité, aby měli informace, abychom je uklidnily, že se vše děje v jejich zájmu.

**ZÁBRANSKÁ**: U multidisciplinárních týmů se stává, že tam je fyzioterapeut, ale není to osoba se specializací na danou diagnózu. … Vše to, co dnes zaznělo, co dělají odborné společnosti, jsou skvělé informace.

**KUČERA**: Souhlasím, ale je to jen špička ledovce. Potřebujeme to udělat systémově všude, kde to půjde.

**RYBÁŘ**: Možnost zlepšení v rámci práce s daty odborných společností vidím zejména v aktivní a efektivní komunikaci mezi statistickou službou a OS (konkrétní zpracovatel, včasné dodání výstupů apod).

Navíc v současné době ZP, MZ a OS nemají přístup k datům ÚZIS, zatímco ÚZIS má přístup k datům pojišťoven. Vzniká tak paradoxní situace, kdy subjekty zodpovědné za kontrolu kvality lékařské péče v ČR nemají plný přístup k datům. ÚZIS tento plný přístup k datům má, ale nemůže ZP, MZ a OS poskytnout výstupy na konkrétního poskytovatele. To brzdí projekt zlepšování kvality. Nebavíme se o masovém zveřejňování dat, jde o to, aby s daty mohly pracovat ZP, MZ a odborné společnosti. Jako pacient bych chtěl, aby tyto subjekty měly přístup k výsledkům na konkrétního poskytovatele.

**MINISTR**: U ZP a odborných společností nemůže být žádná diskuse o přístupu k datům. Legislativu musíme změnit.

**KNOROVÁ**: Je zde spousta pro a proti, pojďme toto probrat na příští pracovní skupině

**DUŠEK**: Se ZP je odsouhlaseno předávání dat pro čtení v zákonem stanoveném rozsahu a účelu užití. Nyní to musíme jen napsat do paragrafového znění.

**RYBÁŘ**: Je dobře, že tato deklarace o předávání dat zdravotním pojišťovnám zde na pracovní skupině zazněla.

**MINISTR**: Děkuji za pozornost a budeme se tedy těšit příště na další posuny v jednání pojišťoven a odborných společností.

**Závěry ze zasedání**

1. Cerebrovaskulární sekce neurologické společnosti a některé další odborné společnosti osloví zdravotní pojišťovny (VZP: sekretariát náměstka ing. Šmehlíka, SZP: sekretariát SZP ČR) ve věci finančních benefitů za poskytování dat a dodržování vybraných ukazatelů.
2. KZP bude pokračovat s přípravou odsouhlasených indikátorů. Naváže spolupráci s odbornými společnostmi ohledně spolupráce na zpracování dat z jejich registrů či dat z databáze pojišťoven.
3. Zájemci z řad pracovní skupiny mohou požádat KZP o přístup na pracovní verzi portálu se statistikami za rok 2017.
4. Tajemník pracovní skupiny připraví materiál o otevřenosti dat zdravotnických registrů, který rozešle všem zúčastněným pro prostudování. Téma otevřenosti dat bude podrobně probráno na další pracovní skupině včetně navrhovaných legislativních úprav.
5. Zásadní je, aby reporting byl zajišťován datovým manažerem a pokud ne, pak je nezbytné lékaře či sestry motivovat finančně.

**Schválil: Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch, MHA**

Předseda PS pro měření a srovnávání kvality ZS

Ministr zdravotnictví

**Zapsal: Ing. Tomáš Kučera**

Tajemník PS pro měření a srovnávání kvality ZS

Kabinet ministra