***Z Á Z N A M***

*z pracovního jednání*

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

*dne 26. 4. 2019, od 14.00 hodin*

***Přítomni členové:***

* Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch, MHA
* Ing. Tomáš Kučera
* Ing. David Šmehlík, MHA
* JUDr. Ladislav Švec
* Mgr. Milena Kalvachová
* RNDr. Marian Rybář
* Edita Müllerová
* Mgr. Simona Zábranská
* MUDr. Hana Šustková – náhrada za MUDr. Renatu Knorovou, MBA
* Ing. Mgr. Markéta Foldyna Hellová – náhrada za MUDr. Renatu Knorovou, MBA

***Nepřítomní:***

* prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc. MBA
* prof. MUDr. Roman Prymula CSc., Ph.D.
* prof. MUDr. Josef Vymazal, DrSc.
* MUDr. Renata Knorová, MBA
* Mgr. Alice Strnadová, MBA
* prof. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D.

***Hosté:***

* Ing. Monika Poliaková
* prof. MUDr. Julius Špičák, CSc.
* prof. MUDr. Ivan Rychlík, CSc., FASN, FERA
* MUDr. Pavel Hroboň, M.S.
* MUDr. Petr Tůma
* MUDr. Aleš Tomek, Ph.D.
* Mgr. Hana Kolářová, Ph.D.

***Program:***

1. Zahájení jednání
2. Prezentace – JUDr. Ladislav Švec ( KZP) - další posun při tvorbě ukazatelů
3. Prezentace – MUDr. Petr Tůma ( KZP) – ukázka konkrétního ukazatele
4. Prezentace – Edita Müllerová (Pacientská rada) – výsledky průzkumu mezi pacienty na téma kvality péče
5. Prezentace – Ing. Tomáš Kučera (MZ) - Otevřenost dat v ČR
6. Diskuse

**Bod 1. – zahájení jednání**

**MINISTR:** Přivítal přítomné na jednání. Zrekapituloval kroky provedené za poslední 2 měsíce a definoval základní 3 body programu.

**Bod 2. – Prezentace – JUDr. Ladislav Švec (KZP) - další posun při tvorbě ukazatelů**

**ŠVEC:**

* V květnu bychom rádi odsouhlasili se všemi zdravotními pojišťovnami aktualizované metodiky, aby bylo jasno, podle jakých materiálů budeme dále pokračovat.
* Dokončujeme interní revize prvních zvolených ukazatelů, které by měly být připraveny k expertnímu posouzení a schválení odbornými společnostmi.
* Spolupracujeme s gynekologickou společností, jednáme o spolupráci s chirurgickou společností. Cerebrovaskulární sekce České neurologické společnosti sama aktivně dodala ke zpracování své požadavky na ukazatele kvality v jejich oboru.
* Máme interaktivní portálový nástroj KZP, který umožní členům odborných panelů schvalovat vzdáleně jednotlivé ukazatele, aby jejich práce byla co nejjednodušší. Každý z oprávněných uživatelů má svůj omezený typ přístupu. Je možno si definovat: konkrétní ukazatel, typ zdravotnického zařízení, rok. Ve výsledném reportu vidíme definici ukazatele, referenční hodnotu, jak si stojí konkrétní nemocnice vůči sobě a vůči referenční hodnotě, dále rozklad do tabulek a podrobnějších údajů.
* Do systému mají zatím přístup zástupci zdravotních pojišťoven, v další fázi předpokládáme i se zástupci poskytovatelů s tím, že rozsah dat bude omezen.
* Nechceme nabízet jednotlivé statistiky podle objednávek, ale nástroj, ve kterém si každý najde to, co potřebuje.

**Bod 3. – Prezentace – MUDr. Petr Tůma (KZP) – ukázka konkrétního ukazatele**

**TŮMA:**

* Bylo dohodnuto, že nejdříve budou realizovány ukazatele počtu výkonů z administrativních dat pojišťoven.
* Pro kvalitu je důležitý počet výkonů na jednoho chirurga. Toto nejsme schopni z administrativních dat pojišťoven v ČR získat. V některých zemích toto možné je. U řady výkonů je prokázáno, že „vysokoobjemoví“ chirurgové mají menší počet komplikací.
* Byl však prokázán i vztah mezi ročním počtem operací nemocnice a kvalitou. Důvodem je lepší management „vysokoobjemových“ zařízení a zejména lepší schopnost rozeznávání a zvládání pooperačních komplikací. Pokud si „nízkoobjemová“ nemocnice najme „vysokoobjemového“ chirurga, ten už po operaci v zařízení není a není schopen rozeznat a řešit případné komplikace.
* Při vytipování ukazatele je nutné sledovat 4 hlediska: Důležitý segment (jakého počtu pacientů se dotkne), vědecký základ (existuje studie prokazující závislost mezi objemem a kvalitou + musí toto potvrdit příslušná odborná společnost), praktická proveditelnost (k dispozici potřebná data), užitečnost (ukazatel musí přinést více užitku než škod).
* Součástí každého ukazatele je stanovení minimálního počtu výkonů na poskytovatele. Problémem je přenos minimálního počtu ze zahraničních studií do našeho prostředí, pokud neexistují naše studie na toto téma.
* Nikdy by neměl být sledován objem bez současného sledování výsledku. Může to vést k tomu, že existuje nemocnice, která má objem dobrý a výsledky špatné. Potom nepřímo doporučujeme nevhodnou nemocnici.

**ŠPIČÁK:**

* Zásadním problémem je relevantnost dat. Musíme najít ukazatele, které jsou v datech vykazovány bez ohledu na vůli poskytovatele, a tedy nezpochybnitelné. Například komplikace jsou velmi problematické, protože je lékaři nechtějí hlásit.
* „Větší počet výkonů, nižší počet komplikací“ nikdo nezpochybňuje. Všude ve světě je však velký problém toto zregulovat. I v dobře fungujícím Holandsku se povedlo centralizovat velké onkologické operace až po velkém konsensu a úsilí.

**MINISTR:** Regulace je zejména na pojišťovnách.

**RYCHLÍK:** Výborné by bylo najít ukazatel, kterým by se problematické vykazování komplikací dalo obejít, např. délka hospitalizace či opakovaná hospitalizace. To jsou parametry, které chirurg nemůže zpochybnit, a mohou nahradit problematicky vykazované komplikace.

**HROBOŇ:** Díky debatě o komplikacích jsme se dostali od objemových strukturálních ukazatelů až po nejsložitější výsledkové ukazatele. Na první pracovní skupině byla vytyčena cesta od nejjednodušších objemových ukazatelů přes procesní ukazatele (využívání klinicky doporučených postupů), až po nejsložitější výsledkové ukazatele. Měli bychom se k tomuto vrátit.

**ŠMEHLÍK:** Pojišťovny nutně potřebují vědět, kde se jak léčí. Zpracovaná data od KZP chceme používat ke konstrukci úhradových mechanismů, chceme bonifikovat poskytovatele, kteří poskytují lepší péči. Chceme dávat zpětnou vazbu poskytovatelům, jak si stojí a také poskytovat informace pojištěncům.

**MINISTR:** Pojišťovny by si měly sednout s poskytovatelem a odsmlouvat výkon, který se vyskytuje párkrát za rok. Naopak by měly investovat do výkonů, kde je daný poskytovatel silný.

**ŠMEHLÍK:** Nejtěžším úkolem bude najít hranici počtu, pod kterou by se výkon již neměl v daném zařízení poskytovat. V tomto nám musí pomoct odborné společnosti.

**ŠPIČÁK:** V Anglii a Holandsku probíhá kontrola prezenčně. Jednou za 3 roky přijede komise na místo a řeší problematiku přímo v daném zařízení.

**TOMEK:** V našem registru máme 5000 pacientů s CMP, kterým byla podána trombolýza. Víme, že méně trombolyzovaných pacientů ročně přináší více komplikací. Toto je dokonce již součástí věstníku MZ, kde je uveden minimální počet výkonů pro centrum vysoce specializované péče. Navrhuji jít touto cestou, protože u mrtvic už tak stát i odborná společnost postupuje.

**HROBOŇ:** Pro zajímavost:Na Slovensku byl v těchto dnech do připomínkového řízení poslán zákon, který říká, že by počet výkonů ve všech zařízeních měl dosáhnout určitého počtu. Toto není založeno na zahraničních studiích, ale vzali 70-tý percentil a řekli, toto bude práh, na který se během tří let chceme dostat.

**Bod 4. – Prezentace – Edita Müllerová (Pacientská rada) – výsledky průzkumu mezi pacienty na téma kvality péče**

Jakékoliv sledování a vykazování dat za účelem byť jen interního stanovování hranice u poskytovatelů a plátců je pro pacienty výhra. Pacientské organizace s nadšením kvitují tento proces. Udělali jsme průzkum mezi pacientskými organizacemi na téma, jaký mají názor na kontrolu kvality léčby. Elektronicky odpovědělo 45 organizací:

Otázka 1: Co rozumíte pod pojmem „měření kvality poskytované péče?“ 38 Dodržování standardů péče, 33 Přístup lékařů k pacientům, 25 Prostředí nemocnice, 16 Zveřejňování zdravotnických statistik, 17 Jiné

Otázka 2: Jak pohlížíte na měření kvality péče v návaznosti na dodržování odborných doporučení? 34 Rozhodně důležité, 10 Spíše důležité, 1 Jiné, 0 Nedůležité

Otázka 3: Víte, zda má vám příslušná odborná společnost doporučení pro léčbu? 34 Ano vím, 7 Ne nevím, 4 Jiné

Otázka 4: Jsou odborná doporučení přístupná veřejnosti? 25 Ano, 11 Ne, 5 Nevím, 4 Jiné

Otázka 5: Pracuje odborná společnost ve vaší oblasti na plošném sledování kvality péče? 10 Ano, 5 Ne, 27 Nevím, 3 Jiné

Otázka 6: Má vaše pacientská organizace přístup k výstupům hodnocení kvality péče odbornou společností? 10 Ano, 27 Ne, 0 Nevím, 8 Jiné

Otázka 7: Podílí se vaše pacientská organizace na sběru dat ke sledování kvality péče? 17 Ano, 23 Ne, 5 Jiné

Otázka 8: Máte zájem o hodnocení kvality péče navázané na dodržování léčebných doporučení? 45 Ano, 1 Ne

Otázka 8: „Co by ministerstvo/pojišťovny/odborné společnosti/kdokoliv jiný mohli udělat, aby se měření kvality péče iniciovalo/zlepšilo?“

* Upravit legislativu - povinnost zveřejnit data
* Zahájit plošné měření kvality poskytované péče zahrnující sérii aktivit (audity, kontroly, ankety, výzkumy a jejich zveřejnění zainteresovaným subjektům - i veřejnosti)
* Více se zajímat o názory a zkušenosti pacientů
* Otevřít data pacientským organizacím (hlavně ze strany MZ a pojišťoven)
* Upravit legislativu (např. povinnost shromažďovat určitá data a výročně je zveřejňovat v přehledném zpracování)
* Poskytnout data, zveřejnit je a být připraveni následně řešit důsledky v místech špatné/horší kvality péče.
* Je zde souvislost s celým systémem (financování zdravotní péče nejde za pacientem, v případě zveřejnění měření kvality péče lze očekávat přesuny pacientů za lepší kvalitou. Zároveň to souvisí se zdravotní gramotností a osvětou/komunikační kampaní, která by vysvětlovala pojmy a celé hodnocení kvality péče.
* Informovaný pacient by měl převzít i část zodpovědnosti za své zdraví. Tuto roli nelze přehodit pouze na informační portál.
* Je zapotřebí, aby pojišťovny, které mají data, byly schopné je interpretovat srozumitelně pro veřejnost

**Zábranská:** V Otázce 1: Co rozumíte pod pojmem „měření kvality poskytované péče?“ zmínily pacientské organizace v 38 případech Dodržování standardů péče a v 33 případech Přístup lékařů k pacientům. Vidíme, že pro pacienty je přístup lékařů velice důležitý. Navrhujeme tedy kromě tvrdých dat sbírat i měkká data spokojenosti pacientů. V Holandsku vystavují pacientské organizace certifikáty kvality, ty jsou závazné i pro pojišťovny.

**Rychlík:** Tlak na zlepšování spokojenosti pacientů by měly vyvíjet zejména pacientské organizace.

**Rybář:** Navrhuji, aby se naše pracovní skupina začala aktivně zabývat nejen objektivními ukazateli kvality léčby, na kterých již pracujeme, ale také subjektivními ukazateli spokojenosti pacientů.

**Ministr:** Souběžné sledování objektivních i subjektivních ukazatelů odpovídá metodikám měření kvality. Výzkumy spokojenosti pacientů jsou tedy legitimní. Otázkou je, kdo by měl toto provádět a hradit. Pro ministerstvo i pojišťovny by bylo sledování spokojenosti pacientů velmi cenné.

**Foldyna Hellová:** Výzkumy spokojenosti pacientů je nutné provádět společně pro celou síť pracovišť. Podobný průzkum zde probíhal do roku 2012 a jeho výsledky byly přínosné.

**Tomek:** Souhlasím, že by se měření spokojenosti pacientů mělo centralizovat, aby nestálo na mnoha, často komerčních, anketách, ale bylo objektivizovatelné. Mělo by být zastřešeno, protože se jedná o složitý projekt.

**Bod 4. – Prezentace – Tomáš Kučera – Otevřená data**

Abychom vůbec mohli měřit kvalitu, je nutné zajistit, aby hlavní subjekty ovlivňující kvalitu měly přístup k datům, která potřebují.

Máme dva hlavní zdroje dat: data zdravotních pojišťoven, s nimiž pracuje KZP a klinické registry, s kterými pracuje ÚZIS. Ke klinickým registrům má v současné době přístup pouze ÚZIS, který je sbírá, ale nemůže je nikomu ukázat na úroveň poskytovatele.

Ministerstvo a zdravotní pojišťovny k datům přístup nemají. V rámci plánované novely uvažujeme navíc i o zpřístupnění výstupů z dat pověřeným externím osobám, typicky odborným společnostem či univerzitám.

* O poskytnutí výstupů či dat by rozhodovala komise na Ministerstvu zdravotnictví, která by posuzovala smysluplnost žádosti o přístup k datům z registrů.
* Jednalo by se o konkrétní přístup konkrétní osoby ke konkrétním datům.
* Nahlédnutí do registru by bylo jasně zaznamenáno
* Přístup by byl definován jen pro určitou nezbytně nutnou oblast dat za definovaným účelem
* V případě dat, kde by ohrozila identifikace, se počítá s bezpečnou agregací.

V rámci nadcházející novely zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách máme možnost implementovat tuto změnu.

**Ministr:** Přístup ministerstva a zdravotních pojišťoven k datům z klinických registrů už jsme řešili na minulé pracovní skupině a jednoznačně jsme se shodli, že je nezbytný. Pojišťovny již posílají svá data ÚZIS a ÚZIS má naopak za úkol vytvoření zpětného mostu propojených dat pojišťoven a klinických registrů zpět do pojišťoven. Z hlediska otázky přístupu externích osob k datům mi přijde absurdní, když si odborné společnosti stěžují, že požádaly o potřebné výstupy a nedostaly je.

**Špičák:** Na Ministerstvu zdravotnictví by měla vzniknout komise, která by posuzovala smysluplnost žádostí. Odborné společnosti by měly mít přístup k datům z jejich oboru.

**Hroboň:** V zahraničí je regulace realizovaná poměrně vysokým poplatkem a podrobnou smlouvou o předání dat.

**Šmehlík:** Zájemce by měl v žádosti definovat, k čemu data potřebuje. Komise by měla data poskytovat na základě veřejného zájmu.

**Šmehlík:** Řešíme nyní ve VZP, která data budeme agregovaně zveřejňovat, kde je správná hranice otevřenosti a co už by mohlo vést k ohrožení zdravotní sítě.

**Rybář:** Měli bychom si říct, zda v případě zveřejnění dat typu mortalit na daného poskytovatele opravdu nastane „přejížděcí mánie“, která je jedním z hlavních argumentů odpůrců zveřejňování, nebo je tato obava zbytečná.

**Hroboň:** „Přejížděcí mánie“ nikde v zahraničí nenastala, přesuny pacientů byly minimální.

**Tomek:** Já bych se „přejížděcí mánie“ vůbec nebál, naopak v očekávané malé míře by dokonce mohla vést ke zlepšení kvality. Navíc pacienti přejíždí už dnes, nikdo nemá povinnou spádovou oblast.

**Švec:** Pokud se bude dobře pracovat s daty v institucích, kterým práce s daty primárně náleží, tak by žádné riziko s primárními daty nemělo nastat. Pokud by se dnes na KZP někdo obrátil s žádostí o data, zeptáme se, pro jaký účel data chtějí a jaký výstup si představují. Následně je nejjednodušším řešením, aby zpracování i interpretaci provedla instituce, která je o data dožádaná. V nedávné době vyšel judikát, který se týká svobodného přístupu k informacím a celou oblast posunul dál směrem k povinnému předávání dat.

**Ministr:** V principu jsme tedy ve shodě, že se má jít směrem k otevírání dat směrem k MZ, ZP i odborným společnostem. Úkolem nyní je toto legislativně zapracovat v novele zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách.

**Závěry ze zasedání**

1. KZP bude pokračovat v procesu tvorby a schvalování ukazatelů.
2. RNDr. Marian Rybář připraví přehled možností sledování spokojenosti pacientů včetně popisu současného stavu.
3. Ing. Tomáš Kučera připraví návrh novelizace zákona 372/2011 Sb. S ohledem na přístupnost dat MZ/ZP/externím subjektům.

**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