***Z Á Z N A M***

*z pracovního jednání*

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

*dne 30. 7. 2021, od 14.00 hodin*

***Přítomni členové:***

* Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch, MHA (předseda, Ministr zdravotnictví)
* RNDr. Marian Rybář (místopředseda, Kabinet ministra)
* JUDr. Ladislav Švec (Kancelář zdravotního pojištění)
* [MUDr. Alena Šteflová, Ph.D., MPH](https://ppo.mzcr.cz/person/3086) (Odbor zdravotní péče)
* [Ing. Mgr. Venuše Škampová](https://ppo.mzcr.cz/person/2507) (Odbor zdravotní péče)
* [MUDr. Zdeňka Kučerová Salcman, MBA](https://ppo.mzcr.cz/person/1336) (Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra)
* [Mgr. Blanka Kavková](https://ppo.mzcr.cz/person/1071) (Odbor zdravotní péče)

***Nepřítomní členové:***

* Prof. MUDr. Martina Koziar Vašáková, Ph.D. (náměstkyně pro zdravotní péči)
* prof. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D. (ÚZIS)
* prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc. MBA (předseda ČLS JEP)
* MUDr. Renata Knorová, MBA (Svaz zdravotních pojišťoven)
* Ing. David Šmehlík, MHA (VZP)
* Mgr. Simona Zábranská (pacientské organizace)
* Mgr. Edita Mullerová (pacientské organizace)

***Hosté***

* RNDr. Jan Mužík, Ph.D. (ÚZIS)
* MUDr. Ladislav Hadravský, Ph.D. (Vojenská zdravotní pojišťovna)
* MUDr. Mgr. Ing. Petra Šedová, Ph.D. (Česká neurologická společnost)
* Prof. MUDr. Zdeněk Krška, DrSc. (Česká chirurgická společnost)
* Prof. MUDr. Robert Lischke, Ph.D. (Česká chirurgická společnost)
* Doc. MUDr. Martin Oliverius, Ph.D. (Česká chirurgická společnost)
* MUDr. Julius Orhalmi (Česká chirurgická společnost)
* Ing. Veronika Stejskalová (Odbor zdravotní péče)

***Program:***

1. Zahájení jednání
2. Aktuální stav ukazatelů kvality Kanceláře zdravotního pojištění
3. Ukazatele kvality péče o pacienty s cévní mozkovou příhodou a nový systém kontroly kvality
4. Ukazatele kvality péče v chirurgické oblasti a nový systém kontroly kvality
5. Národní hodnocení spokojenosti pacientů

**Bod 1. – zahájení jednání**

**MINISTR**

* Rozhodnul jsem se Pracovní skupinu pro měření a srovnávání kvality zdravotních služeb znovu obnovit, protože kvalita péče by měla být i přes problémy typu Covid na prvním místě.
* Chci si udělat revizi toho, co se za poslední rok událo, jaké jsou nové ukazatele kvality, a kolik poskytovatelů a případně zřizovatelů má již k ukazatelům Kanceláře zdravotního pojištění přístup.
* Děkuji zástupcům neurologické a chirurgické společnosti za účast. Myslím si, že se jedná v obou případech o odbornosti, kde je otázka řešení kvality určitě na místě. Navíc v této oblasti máme již první ukazatele kvality.
* Rád bych zde také probral posuny v projektu Národního hodnocení spokojenosti pacientů.

**RYBÁŘ**

* Po dohodě s panem ministrem jsme se rozhodli obměnit složení znovuobnovené pracovní skupiny, aby zde byli zejména lidé, kteří mají ze své pozice možnost aktivně posouvat měření kvality v ČR kupředu. Pracovní skupina by se tak měla stát více „pracovní“.
* Oproti poslednímu zasedání před rokem již máme k dispozici první výsledkové ukazatele kvality. Umíme tedy porovnat například mortalitu nejen mezi velkými a menšími nemocnicemi, ale také mezi konkrétními nemocnicemi. Zjistili jsme, že rozdíly jsou poměrně významné, a určitě stojí za řešení. Měli bychom se dnes zaměřit na to, jak tyto ukazatele, které v ČR na úroveň konkrétního poskytovatele doposud nebyly, využít v praxi pro zlepšení kvality.
* Máme zde zástupce hlavních tří sil, které mohou měření kvality v ČR posunout: zástupce zdravotních pojišťoven, zástupce odborných společností a zástupce MZČR.

**Bod 2. – Aktuální stav ukazatelů kvality Kanceláře zdravotního pojištění**

**ŠVEC**

* Jsem rád, že pan ministr znovu obnovil fungování této pracovní skupiny.
* Máme již plně funkční portál ukazatelů kvality na adrese puk.kzp.cz. Tam si mohou poskytovatele i zřizovatelé zřídit přístup a porovnat své výsledky s průměrnou hodnotou i s ostatními anonymními poskytovateli ze svého oboru.
* Portál je přístupný samozřejmě i zdravotním pojišťovnám a MZČR.
* Máme již kolem stovky registrovaných přístupů ze strany poskytovatelů i zřizovatelů.
* Na základě nových ukazatelů kvality v oblasti chirurgické péče bychom chtěli dlouhodobě nakolejit přátelskou spolupráci i s Českou chirurgickou společností. První ukazatele 90-denní mortality po resekci pankreatu, tlustého střeva a rekta poskytují velké možnosti pro zlepšení kvality v tomto oboru.
* Z dat se obecně ukazuje, že právě členové odborných společností, kteří mají o měření a zlepšování kvality v jejich oblasti zájem, zpravidla dosahují ve svých zařízeních lepších výsledků.

**Bod 3. – Ukazatele kvality péče o pacienty s cévní mozkovou příhodou a nový systém kontroly kvality**

**RYBÁŘ**

* Ve spolupráci s Odborem zdravotní péče a Cerebrovaskulární podsekcí neurologické společnosti jsme definovali v srpnovém věstníku MZČR první reálný systém měření kvality na základě indikátorů kvality v ČR. Tento systém bychom chtěli v dohledné době využít i v dalších oblastech vysoce specializované péče v ČR i v oblastech mimo vysoce specializovanou péči. Podstatou systému jsou odborné komise ze zástupců MZČR, zdravotních pojišťoven i odborných společností. Zjednodušeně systém popsaný ve věstníku vypadá následovně:

*„Poskytovatel zdravotních služeb, který získá statut vysoce specializovaného centra, pravidelně sleduje indikátory výkonnosti a kvality poskytované zdravotní péče v ročních intervalech a nejpozději do devíti měsíců (k 30. 9. následujícího roku) od stanoveného termínu tyto indikátory odesílá Komisi pro cerebrovaskulární péči ustanovené Odborem zdravotní péče MZ ze zástupců odborných společností (Česká neurologická společnost ČLS JEP, Česká společnost intervenční radiologie ČLS JEP, Česká neurochirurgická společnost ČLS JEP, Společnost rehabilitace a fyzikální medicíny ČLS JEP, Společnost urgentní medicíny ČLS JEP), plátců péče a MZ ČR (dále KCP).*

*Zdrojem dat jsou schválené ukazatele kvality vykázané hospitalizační péče vytvářené Kanceláří zdravotního pojištění, údaje pacientů daného centra vyplněné do databáze RES-Q nebo nemocniční informační systém centra.*

*KCP na základě analýzy dostupných dat a jejich validace stanovuje pro každý indikátor cílovou hodnotu splnění indikátoru a současně dvě možné úrovně nesplnění indikátoru pro daný hodnocený rok.*

*V případě splnění i nesplnění posílá KCP poskytovatelům své hodnocení splnění ukazatelů. Poskytovatel je povinen v případě nesplnění ukazatele provést vlastní analýzu příčin nesplnění ukazatele a tuto analýzu předat KCP. KCP zhodnotí vyjádření poskytovatele a určí nápravná opatření pro následující období sběru indikátorů.*

*Úrovně splnění ukazatelů a povinné kroky KCP a poskytovatele*

*Splněna cílová hodnota*

* *Není nutná analýza poskytovatelem. KCP vydá poskytovateli osvědčení o správném plnění daného indikátoru.*

*Úroveň nesplnění 1:*

* *Poskytovatel je povinen provést vlastní analýzu příčin nesplnění ukazatele a navrhnout KCP nápravné kroky. KCP na základě návrhu poskytovatele a podle vlastního uvážení schválí nápravné kroky a uvědomí o nich poskytovatele. Zhodnocení opatření se provede na dalším následujícím ročním období sběru dat.*

*Úroveň nesplnění 2:*

* *Poskytovatel je povinen provést vlastní analýzu příčin nesplnění ukazatele a navrhnout KCP nápravné kroky. KCP je povinna provést analýzu situace u hodnoceného centra na základě návrhu poskytovatele, dostupných dat a situace zjištěné na místě. Schválí nápravné kroky a uvědomí o nich poskytovatele. Zhodnocení opatření se provede na dalším následujícím ročním období sběru dat. V případě opakovaného nesplnění indikátoru 2. úrovně KCP musí zvážit odebrání akreditace poskytovateli.“*

**ŠEDOVÁ**

* Cévní mozkové příhody, které byly v rámci uvedených indikátorů kvality pro naší cerebrovaskulární podsekci sledovány, jsou ideálním objektem pro statistické zpracování z důvodu vysoké roční incidence případů kolem 25000.
* Na základě indikátorů kvality se mimo jiné zjistilo, že nezanedbatelná část pacientů s CMP směřuje mimo specializovaná centra. Dokonce i do nemocnic, kde není neurologie.

**MINISTR**

* Toto považuji za naprosté selhání systému, je třeba jít na úroveň pacientů a rozklíčovat důvody.

**RYBÁŘ**

* V srpnovém věstníku byla již tato nová zjištění na základě vytvořených indikátorů kvality reflektována a odborná společnost navrhla ve věstníku kroky, které by tomuto měly zamezit.

**ŠEDOVÁ**

* Uvedený příklad jasně demonstruje, jak je zlepšování kvality na základě zdravotnických dat důležité až nezbytné.
* Ve škole, ve sportu, v obchodech, kde nejde o životy, se kvalita pečlivě měří a sleduje. V absurdní situaci je naše zdravotnictví, kde o životy jde, ale kvalita se léta nesleduje a pochybuje se o tom, zda se sledovat má.
* Německá studie z roku 2020 ukazuje naprosto bezprecedentní data, kdy u nemocnic se splněním více než 90 % indikátorů kvality byla zjištěna celková 7-denní mortalita kolem 3 %. Pokud měly nemocnice indikátory kvality splněny z méně než 50 %, měly až 6 krát větší mortalitu kolem 18 %. Žádný terapeutický postup tedy nemá takový dopad jako dodržení všech indikátorů kvality a guidelines. Nesledování kvality je tedy na úrovni nepodání léku.

**RYBÁŘ**

* Například indikátor 90-denní mortality z dat zdravotních pojišťoven řekne zařízení, jestli přežili i pacienti, kteří již dávno opustili nejen operační stůl, ale i danou nemocnici. Tuto důležitou zpětnou vazbu své úspěšnosti se ani při sebevětší snaze nemohly donedávna české nemocnice ani jejich lékaři dozvědět. Z nemocničních informačních systémů totiž samozřejmě nelze zjistit, jak se dařilo jejich pacientovi po opuštění nemocnice v oněch prvních například 90 dnech. Zařízení, která si mohla myslet, že jsou nejlepší, mohla být teoreticky i nejhorší.

**MUŽÍK**

* Ke každému indikátoru musí být k dispozici naprosto jednoznačná metodika, jak se počítá.

**RYBÁŘ**

* Ke každému indikátoru kvality je na portálu Kanceláře zdravotního pojištění puk.kzp.cz velice podrobná metodika včetně abstraktu, definice sledovaných výkonů, statistické metodiky, zdroje dat, dostupných rešerší a samotných výsledků měření. Bude potřeba, aby si zúčastněné subjekty tuto metodiku a výsledky prošly a nedocházelo k nedorozuměním.

**MINISTR**

* Naprosto podporuji, aby co nejdříve vznikly komise analogické Komisi pro cerebrovaskulární péči i v ostatních oblastech vysoce specializované péče i v oblastech jiných. Je s podivem, že se centra doposud systémově nehodnotila. Pokud mají centra od zdravotních pojišťoven dostávat vyšší úhradu, musí splňovat stanovené požadavky na kvalitu péče.

**ŠKAMPOVÁ**

* Indikátory kvality měla centra nastavené vždy, protože Ministerstvo zdravotnictví chtělo, aby sledovala nějakým způsobem svou kvalitu. Nejednalo se však o ukazatele výsledkové, které máme k dispozici nyní.
* Za Odbor zdravotní péče jsme rádi, že bylo možno na prvním systému kontroly kvality spolupracovat právě s cerebrovaskulární odbornou společností. Tato odborná společnost totiž sama iniciovala vznik systému kontroly kvality svých center a byla s ní skvělá spolupráce.
* Těšíme se na první zasedání Komise pro cerebrovaskulární péči nad prvními konkrétními indikátory kvality, kde si společně s centry vyzkoušíme přátelskou spolupráci při zlepšování kvality.
* Podobný systém chceme rozšířit i na další oblasti vysoce specializované péče.

**RYBÁŘ**

* Rozšíření systému kontroly kvality i na další oblasti péče je nepochybně dobrým krokem pro pacienty.
* Je škoda, že v oblasti onkologické péče se toto doposud nedaří. Přestože byl ÚZIS jakožto správce Národního onkologického registru opakovaně žádán Odborem zdravotní péče o dodání indikátorů kvality v onkologické oblasti, doposud se tak nestalo. Přitom tyto indikátory kvality byly již v roce 2019 jasně definovány ve výzvě k reakreditaci komplexních onkologických center.
* Již dříve také poskytla všechna Komplexní onkologická centra Odboru zdravotní péče souhlasy s využitím jejich dat pro kontrolu kvality.

**MINISTR**

* Prosím zástupce ÚZIS, aby prověřil, proč k předání indikátorů doposud i přes uvedené nedošlo.

**MUŽÍK**

* Toto prověříme a sjednáme nápravu.

**Bod 4. – Ukazatele kvality péče v chirurgické oblasti a nový systém kontroly kvality**

**RYBÁŘ**

* V oblasti chirurgické péče bychom rádi prezentovali tři nové výsledkové ukazatele.
* Všechny zde prezentované ukazatele jsou včetně velmi podrobné metodiky transparentně publikovány na portálu Kanceláře zdravotního pojištění puk.kzp.cz. Metodika zpracování vznikla na základě rešerší systému měření kvality v USA, Velké Británii, Německu, Švýcarsku a dalších vyspělých zemích.
* Všechny chirurgické ukazatele jsou adjustovány na důležité adjustační faktory typu diabetes, hypertenze, antikoagulace, malignita apod pro případ rozdílné skladby pacientů mezi zařízeními. Zdrojem dat pro adjustaci nejsou vedlejší diagnózy vykazované samotnými poskytovateli při výkonu, které jsou z důvodu rozdílného vykazování velice nepřesné, ale data vykázaná v období 1 roku v předchorobí jakýmkoliv poskytovatelem a data z preskripce.
* V rámci ukazatele 90-denní mortality po resekci pankreatu bylo zjištěno, že zatímco ve velkých nemocnicích nad 30 výkonů/rok zemře do 90 dní po operaci 7,09 % pacientů, v malých nemocnicích do 5 výkonů/rok zemře 11,15 % pacientů. Významné rozdíly byly zjištěny i mezi jednotlivými zařízeními, bylo by tedy vhodné poskytnout zařízením jejich výsledky, aby se mohla zlepšovat.

**OLIVERIUS**

* Jsem velice rád, že tyto chirurgické ukazatele v ČR po mnoha letech konečně vznikly.
* Je očekávatelné, že pokud se dělá takto složitý výkon na pracovišti s několika výkony ročně, tak radikalita i kvalita výsledku jsou významně omezeny.
* Je třeba si uvědomit, že ve výsledcích 90-denní mortality se zdaleka neprojevuje pouze sama kvalita provedené operace, ale velmi významným způsobem také kvalita postoperační péče v daném zařízení.
* Nemocnice by měly co nejdříve dostat svá data, aby se mohly zamyslet, co by se dalo v jejich případě zlepšovat, pokud budou mít neuspokojivý výsledek. Například v Holandsku je toto naprosto běžné.
* Považuji nyní za velice důležité, aby se všichni zúčastnění od ministerstva, zdravotních pojišťoven až zejména po naší chirurgickou odbornou společnost nejdříve seznámili s podrobnou metodikou a výsledky prvních chirurgických ukazatelů kvality na portálu Kanceláře zdravotního pojištění. Je to poprvé, co je možné výstupy ze zdravotnických dat v této podobě u nás použít, tak se s nimi musíme naučit pracovat a rozumět jim, aby nedocházelo k nedorozuměním a zkreslením.

**RYBÁŘ**

* V rámci dalšího ukazatele: 90-denní mortality po resekci karcinomu tlustého střeva bylo zjištěno, že zatímco ve velkých nemocnicích nad 50 výkonů/rok zemře v rámci plánovaných operací 6,57 % pacientů, v malých nemocnicích do 15 výkonů/rok zemře v rámci plánovaných operací 9,16 % pacientů. V případě akutních operací je tento poměr 18,04 % vs 23,89 %. V případě laparoskopických/otevřených operací je poměr 90-denní mortality 3,54 % vs 8,32 % u plánovaných operací a 7,67 % vs 21,47 % u akutních operací. Významné rozdíly byly zjištěny i mezi jednotlivými zařízeními.
* V rámci ukazatele 90-denní mortality po resekci karcinomu rekta bylo zjištěno, že zatímco ve velkých nemocnicích nad 50 výkonů/rok zemře u plánovaných operací 2,83 % pacientů, v malých nemocnicích do 15 výkonů/rok zemře u plánovaných operací 5,88 % pacientů. V případě akutních operací je tento poměr 7,31 % vs 17,73 %. V případě laparoskopických/otevřených operací je poměr 90-denní mortality 1,31% vs 5,33 % u plánovaných operací a 4,27 % vs 14,69 % u akutních operací. Významné rozdíly byly opět zjištěny i mezi jednotlivými zařízeními, bylo by tedy vhodné poskytnout zařízením jejich výsledky, aby se mohla zlepšovat. Ukazatel 90-denní mortality po resekci karcinomu rekta je tedy z provedených ukazatelů zatím na základě statistických výsledků asi největším adeptem na omezení operací u daného poskytovatele minimálním počtem provedených výkonů.

**ORHALMI**

* Jako předseda koloproktologické podsekce ČCHS jsem velmi rád, že odborná společnost má konečně data, která potřebuje pro zlepšování kvality a organizaci péče.
* Bylo pro mě překvapením, jak velký počet takto specializovaných výkonů se dělá v nemocnicích pod 15 výkonů/rok. Domníval jsem se, že většina těchto výkonů je již koncentrována na pracoviště, kde je přítomno komplexní onkologické centrum.
* Velký rozdíl je kromě mortality a komplikací i v případě radikality výkonů. Menší nemocnice dělají ve srovnání s velkými u srovnatelných pacientů podstatně častěji pouze paliativní zákroky. Velký počet pacientů tak zemře zbytečně.
* Ve velkých zařízeních dříve poznají, že se jedná o komplikaci, a umí tak dříve a účinněji zasáhnout. To v nemocnicích, kde je jeden případ měsíčně často nedokážou.
* Původní ukazatel pro kolorektální karcinom jsme rozdělili z důvodu odlišnosti zákroků na ukazatel samostatně pro tlusté střevo a samostatně pro rektum. Rozdíly mezi malými a velkými zařízeními jsou v případě rekta větší než u tlustého střeva. Jedná se o složitější výkon z hlediska operace i následných komplikací.
* Překvapil mě značný rozptyl v 90-denní mortalitě i mezi velkými nemocnicemi.
* Jako odborná společnost jsme opakovaně doporučovali minimální počty výkonů, přesto se cca třetina výkonů provede v malých nemocnicích. Argument byl, že malé nemocnice provedou operaci stejně dobře jako velké, a ještě je pacient v domácím prostředí. Na dostupných datech však vidíme, že tomu tak není.

**RYBÁŘ**

* Máme 3 síly v našem zdravotnictví, které by toto mohly změnit: zdravotní pojišťovny, ministerstvo zdravotnictví a odbornou společnost. Poprosil bych nyní o diskusi, jak situaci z pohledu jednotlivých 3 subjektů změnit.

**SALCMANOVÁ**

* Odsmlouvat nějaký výkon je v ČR velice těžké. Dodnes také nebyla k dispozici potřebná data.
* Díky kvalitním datům toto možná bude lehčí, je třeba zahájit na toto téma debatu.
* Při stanovení diagnózy chtějí být pacienti operováni co nejdříve. Z důvodu neochoty čekat jdou často i do nemocnice nižší kvality, protože nemají potřebné informace. Pacient tak má u nás sice možnost volby zdravotnického zařízení, ale nemá podle čeho se rozhodovat.
* Operace pacientů s těmito specializovanými výkony v zařízeních s několika výkony ročně jsou podle současných úprav v ČR stále „lege artis“. Proto mají zdravotní pojišťovny jen malé možnosti toto omezit.
* Muselo by být jasně řečeno, že určitá skupina onemocnění se musí operovat jinde.

**ORHALMI**

* Na chirurgickém oddělení samozřejmě řeknou pacientovi, že to dělají dnes a denně, ale nemusí to být pravda.
* Rozhoduje se tedy podle toho, jak zdatný je marketingový tým daného zařízení.
* Proto je tak důležité poskytnout pacientů alespoň počty výkonů.

**RYBÁŘ**

* Dobrou zprávou je, že u prvních vybraných výkonů už tyto počty pacient na portálu Kanceláře zdravotního pojištění najde. KZP plánuje toto zveřejňování počtu výkonů dále rozšiřovat

**LISCHKE**

* V oblasti hrudní chirurgie je situace tristní. V ČR existuje 20 center, která provádějí hrudní chirurgii. Na některých těchto pracovištích nemají lékaři atestaci z hrudní chirurgie. Dříve bylo ustanoveno 7 pneumoonkochirurgických center. Od 1.1.2020 tato centra zmizela, takže jsme zase zpátky. Počty výkonů u některých pracovišť jsou velmi nízké. V Dánsku, které má 5 mil obyvatel, existují kupříkladu pouze 2 centra pro hrudní chirurgii. U nás existuje zmíněných 20.
* V případě plicní chirurgie je možné dosahovat dobrých výkonů pouze, pokud se chirurg věnuje téměř výhradně plicím.
* Na naší klinice je nepředstavitelné, že bych jako hrudní chirurg operoval například rectum, pokud se tomuto výkonu nevěnuji.

**OLIVERIUS**

* Podobná tristní situace funguje i v případě mezenchymálních nádorů.

**RYBÁŘ**

* Je možné, že by se lékaři ČCHS sami mezi sebou na základě těchto nových dat racionálně domluvili, že tyto raritní výkony nebudou v malých nemocnicích operovat? Na to přece nepotřebujeme zdravotní pojišťovny nebo ministerstvo.

**LISCHKE**

* Řadu let se o tomto mluví a myslíme si, že by to tak správně mělo být, ale všude na světě je to obtížné.
* Pokud nepřijdou nějaké regulační vstupy zvenčí - například, že bude definováno, že konkrétní výkony mohou být provedeny jen v definovaných zařízeních s určitým počtem výkonů, nebude to reálné.
* Sami na přednáškách edukujeme indikující lékaře, aby nám tyto složité pacienty posílali do větších center a mnohdy se to nedaří.

**MINISTR**

* Myslím si, že by se to mělo řešit přes peníze. Pokud to malá zařízení nedostanou zaplacené, tak jako charitu to určitě dělat nebudou.

**KRŠKA**

* Peníze jsou jedna stránka věci, druhá stránka je ryze politická, a je zde už 30 let. Hejtmani jsou pod tlakem a chtějí zajistit v kraji hlavně dobrou dostupnost, podobně okresní a místní samospráva. Snažíme se už spoustu let, ale naráží to na uvedené.
* U pankreatu je to tak, že se jedná o „trofejní operace“. Když chirurg doroste určitého věku, tak si tuto operaci chce zkusit, a systém mu to umožňuje.
* Na západ od nás jsou v centralizaci podstatně před námi. To, co definuje top centra na západě, je na prvním místě objem výkonů, a na druhém místě objem výkonů vztažený na počet lékařů, kteří to dělají.
* Mnoho pacientů, kteří by mohli po krátké době odejít domů, se k nám do chirurgických center nedostane. Podstupují přitom drahou onkologickou léčbu.
* Ve Švýcarsku jsou počty výkonů u pankreatů, střev a recta striktně omezeny minimálním počtem výkonů, u nás se to stále nedaří.
* Uvedené informace musejí jít i směrem k praktikům a také onkologům, aby pacienty do center opravdu posílali. Musejí si uvědomit, že tyto specializované výkony nejsou otázkou místního výkonu.
* Kromě zde prezentovaných ukazatelů pro pankreas, tlusté střevo a rectum je neutěšená situace také v případě jater.

**MUŽÍK**

* Myslím si, že dobrou možností, jak standardizovat správný postup, jsou klinicky doporučené postupy. Jejich součástí by mělo být nejen, jak udělat nějakou operaci, ale také organizační schéma putování pacienta systémem.

**SALCMANOVÁ**

* Obávám se, že klinicky doporučené postupy na tento problém bez dalších regulací nestačí.

**ŠEDOVÁ**

* Dříve mohla malá okresní nemocnice říct, že specializované operace dělá i přes jejich minimální počet výkonů dobře. Nikdo to nemohl potvrdit ani vyvrátit, protože nebyla k dispozici data.
* Současný rozdíl vidím v tom, že tady potřebná data konečně máme, a nemůžeme už před nimi strkat hlavu do písku.
* To, že si chce někdo dvakrát ročně zkusit operovat pankreas nebo rectum, považuji za nepřípustné. Pokud již máme data o tom, že rozdíl v mortalitě může být až násobný, je třeba toto regulovat.

**ŠTEFLOVÁ**

* Za Odbor zdravotní péče chceme nabídnout řešení, aby se to, co se tady dnes navzájem dozvídáme nějak uplatnilo.
* Nabízíme prostor pro diskutování těchto věcí podrobněji, a hlavně na základě poprvé poskytnutých dat.
* Výstupy jednání by se měly odrazit mimo jiné i v Národním onkologickém plánu 2030.

**OLIVERIUS**

* Na této schůzce jsem dospěl k názoru, že by se anonymizovaná data měla pustit mezi pacienty, aby v případě těžké diagnózy měli informace, jakou cestou se při své léčbě vydat. Opakovaně zde zaznělo, že v minulosti bylo mnoho různých jiných pokusů, jak toto téma vyřešit, které skončily vždy u diskusí. Navrhuji tedy tuto cestu.

**RYBÁŘ**

* Pokud porovnám po dnešní diskusi nadějnost tří zmíněných cest, jak docílit změnu – tedy cesty přes odbornou společnost, zdravotní pojišťovny nebo ministerstvo, vychází mi jednoznačně ministerstvo, které by mělo udělat první krok. Pokud chceme omezit raritní počty specializovaných chirurgických výkonů, může Odbor zdravotní péče Ministerstva zdravotnictví po dohodě s odbornou společností u těchto několika výkonů, u kterých již máme data, vydat ve věstníku výčet prvních výkonů a jejich minimální početní prahy. O věstník by se mohly opřít při stanovení úhrad a případné regulaci i zdravotní pojišťovny. V neposlední řadě by věstník mohl ovlivnit i jednání chirurgů, pokud by chtěli operovat pacienta v zařízení pod minimálním prahem počtu výkonů. Chirurg by v tomto případě postupoval částečně „non lege artis“ a mohl by se ve finále vystavit i problémům, že tento výkon provedl. Zvláště, pokud by výkon nedopadnul dobře.
* Vidím velkou analogii s aktuálním věstníkem z oblasti cerebrovaskulární péče, kde po jednoznačné shodě s odbornou společností je ve věstníku jasně vyloučeno umístění pacienta s definovaným typem CMP do zařízení, které nemá oddělení neurologie. Přitom toto bylo ještě do nedávna možné, dokud data jasně neukázala, že výsledky v zařízeních bez neurologie jsou podstatně horší.

**MINISTR**

* Určitě souhlasím, že by se toto omezení minimálního počtu u vybraných výkonů, na které máme data, mělo ve věstníku objevit.
* Analogii vidím také s udělováním akreditací pro vzdělávání. Pokud zařízení nemá stanovený limit počtu výkonů (například porodů), nedostane akreditaci a nemůže vzdělávat. Pokud tedy zařízení neudělá určitý počet výkonů, tak je nesmí dělat.
* Pokud mají zdravotní pojišťovny problém s odsmlouváním vybraných výkonů, měly by mít možnost odvolat se například na věstník ministerstva.

**HADRAVSKÝ**

* Dle mého názoru stanovení minimálních počtů u vybraných výkonů nepřísluší zdravotním pojišťovnám, ale ministerstvu.

**KRŠKA**

* Pověřme Českou chirurgickou společnost, aby připravila podklady, jak by bylo možné zde probírané návrhy realizovat v praxi.
* Klinicky doporučené postupy by se mohly na věstník odvolat.

**MINISTR**

* Dejme tedy prosím úkol České chirurgické společnosti, která výsledný návrh ohledně stanovení minimálních počtů výkonů vypracuje a předá zde přítomným zástupkyním Odboru zdravotní péče. Ty jej následně zapracují do věstníku.

**SALCMANOVÁ**

* My jako zdravotní pojišťovny tuto iniciativu ze strany odborné společnosti a ministerstva určitě přivítáme.

**ŠKAMPOVÁ**

* Za Odbor zdravotní péče bychom byli úplně nejšťastnější, kdyby se toto do věstníku dostalo. Jsme přesvědčeni, že by to pacientům a nám všem pomohlo. Problém je opakovaně vždy v tom, že na nás odborné společnosti nakonec tlačí, aby se do regulace ještě vešel „konkrétní kolega“.
* Česká republika je tak malá, že pro pacienty by nebyl vůbec problém se jít odléčit do kvalitního centra o pár kilometrů dál.

**RYBÁŘ**

* Pokud Česká chirurgická společnost navrhne dle požadavku pana ministra uvedenou úpravu a kolegyně z OZP toto formálně do věstníku zapracují, tak věřím, že by potřebná regulace mohla vyjít brzy v platnost.

**ŠVEC**

* Již jsme předjednali s předsedou České chirurgické společnosti jednání odborné společnosti a zdravotních pojišťoven ohledně kontroly kvality v chirurgické péči na půdě zdravotních pojišťoven do Kanceláře zdravotního pojištění. Rádi pozveme i kolegy z MZ.

**ŠKAMPOVÁ**

* Rádi budeme na tomto spolupracovat.

**RYBÁŘ**

* Kancelář zdravotního pojištění tedy udělá první krok a svolá jednání na téma zlepšování kvality v chirurgické péči na základě indikátorů kvality.

**Bod 5. – Národní hodnocení spokojenosti pacientů**

**RYBÁŘ**

* Projekt Národního hodnocení spokojenosti pacientů vzniknul na základě požadavku pacientských organizací v rámci této pracovní skupiny.
* Veškeré potřebné informace pacienti i poskytovatelé najdou nyní na webu spokojenost.mzcr.cz. Poskytovatel si z aplikace jednoduše vygeneruje a vytiskne potřebné množství dotazníků po odděleních, rozdá je pacientům, na konci šetření vybere, naskenuje a pošle v pdf zpět. Dotazníky z naskenovaných pdf se převedou ve specializovaném software na MZ do datové podoby, například v podobě MS Excel. Následně jsou data automatizovanou statistickou aplikací převedena do podoby tabulek a grafů, které manažer najde pod svým přihlášením opět na webu spokojenost.mzcr.cz. Z vybraných výsledků si může manažer kvality daného zařízení kdykoliv uložit nebo vytisknout výstup v podobě pdf. Marketingové materiály si vytisknou manažeři také přímo v aplikaci.
* V období 1.10-31.10 proběhnul první pilotní ročník sběru a zpracování dotazníků. Bohužel byl silně ovlivněn infekcí Covid v účastnících se nemocnicích. I přesto 5 velkých nemocnic šetření dokončilo a vybrané dotazníky v pdf podobě poslalo.
* Vzhledem k tomu, že ÚZIS přes opakované žádosti následně nedodal statistické výsledky, jak bylo na této pracovní skupině dohodnuto, muselo být statistické zpracování vyřešeno za velkého nasazení Odboru zdravotní péče alternativně. Data byla zpracovaná a předána nemocnicím. Následně Odbor zdravotní péče zadal vytvoření specializované aplikace, která automaticky generuje statistické výstupy v dnešní podobě, aby úspěšnost projektu nebyla závislá na dodání výstupů odjinud. Aplikace je již připravena na letošní druhý ročník dotazníkového šetření.

**MUŽÍK**

* Omlouváme se, že jsme výstupy nedodali, kapacity ÚZIS byly maximálně vytíženy infekcí Covid. Nyní již máme nastavený proces, kterým je možné data zpracovávat. Nabízíme tedy nezávislou kontrolu výstupů automatizované aplikace. ÚZIS by zodpovídal za správnost výstupů posílaných účastnícím se nemocnicím.

**STEJSKALOVÁ**

* Účast v letošním ročníku dotazníkového šetření přislíbilo již 14 nemocnic. Celý projekt Národního hodnocení spokojenosti pacientů bude prezentován na setkáních manažerů kvality, konferenci SAK a dalších místech. Budeme zde prezentovat již plně funkční aplikaci.

**MINISTR**

* Je dobře, že si současné ministerstvo bere kontrolu spokojenosti pacientů pod svá křídla a nenechává již dělat tuto činnost externím subjektům, jako tomu bylo doposud.
* Děkuji všem zúčastněným za účast a za odvedenou práci.

**Závěry ze zasedání a úkoly**

1. Česká chirurgická společnost připraví návrh využití indikátorů kvality pro zlepšování péče v chirurgické oblasti a navrhne systém stanovení minimálních počtů výkonů u specializovaných chirurgických výkonů včetně řešení přesunu pacientů z malých zařízení do velkých. Návrh předá Odboru zdravotní péče.
2. Odbor zdravotní péče navrhne řešení, jak návrh chirurgické společnosti zapracovat do věstníku MZČR.
3. Kancelář zdravotního pojištění jako zdravotními pojišťovnami pověřený orgán pro kontrolu kvality iniciuje jednání zdravotních pojišťoven, MZČR a odborné společnosti nad nastavením přátelského systému zlepšování kvality v oblasti chirurgické péče na základě indikátorů kvality.
4. Odbor zdravotní péče zrealizuje druhý ročník dotazníkového šetření projektu Národního hodnocení spokojenosti pacientů. ÚZIS provede nezávislou kontrolu výstupů automatizované aplikace na základě svých výstupů.

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

Předseda PS pro měření a srovnávání kvality ZS

Ministr zdravotnictví

**Zapsal: RNDr. Marian Rybář**

Místopředseda a tajemník PS pro měření a srovnávání kvality ZS