***Z Á Z N A M***

*z pracovního jednání*

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

*dne 4. 10. 2019, od 14.00 hodin*

***Přítomni členové:***

* Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch, MHA
* Ing. Tomáš Kučera
* JUDr. Ladislav Švec
* Mgr. Milena Kalvachová
* RNDr. Marian Rybář
* Edita Müllerová
* Mgr. Simona Zábranská
* MUDr. Renata Knorová, MBA
* Mgr. Alice Strnadová, MBA

***Nepřítomní:***

* prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc. MBA
* prof. MUDr. Roman Prymula CSc., Ph.D.
* Ing. David Šmehlík, MHA
* prof. MUDr. Josef Vymazal, DrSc.
* prof. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D.

***Hosté***

* prof. MUDr. Julius Špičák, CSc.
* prof. MUDr. Ivan Rychlík, CSc., FASN, FERA
* prof. MUDr. Martina Vašáková, Ph.D.
* MUDr. Pavel Hroboň, M.S.
* MUDr. Petr Tůma
* MUDr. Aleš Tomek, Ph.D.
* RNDr. Jan Mužík, Ph.D.
* Mgr. Anna Konopásková
* MgA. Kateřina Havelková
* Eva Knappová

***Program:***

1. Zahájení jednání
2. Novelizace zákona 372 o zdravotních službách z pohledu měření kvality - Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch, MHA
3. Hotové ukazatele kvality vytvořené KZP – JUDr. Ladislav Švec
4. Dopis ministra ohledně měření kvality péče a spolupráce s odbornými společnostmi JEP – RNDr. Marian Rybář
5. Systémový přístup k podpoře vlastních registrů odborných společností – RNDr. Marian Rybář
6. Dotazníky spokojenosti pacientů – nová jednotná metodika – Mgr. Milena Kalvachová

**Bod 1. – zahájení jednání**

**MINISTR:** Přivítal přítomné na jednání.

**Bod 2. – Novelizace zákona 372 o zdravotních službách**

**MINISTR:**

* Jako ministerstvo pracujeme na novele zákona o zdravotních službách. V současnosti nemá k datům z NZIS přístup ministerstvo ani zdravotní pojišťovny, což je absurdní. Do zákona tyto přístupy zavedeme za účelem měření kvality, sledování ukazatelů.
* Dále zavedeme tzv. referenční resortní ukazatele. Budou definovány ve vyhlášce, každý se v rámci legislativního procesu bude moci vyjádřit. Bude se jednat o ukazatele kvality a výkonnosti zveřejněné i pro veřejnost.

**KALVACHOVÁ**

* Od roku 2012 máme v zákoně 372/2011 dva systémy hodnocení kvality: Interní povinný a externí dobrovolný. Chodíme na kontroly oprávněných osob provádějících hodnocení v lůžkové péči. Zjistili jsme, že je důležité, aby tyto agentury měly nastaven systém kontroly řízení jejich činnosti, což někteří nemají. Tyto připomínky jsme dávali k novelizaci 372.
* Od roku 2012 může být hodnotitelem kvality jak fyzická, tak soukromá osoba. Žádná FO se ale nepřihlásila. Navrhli jsme proto FO ze zákona vypustit.

**MINISTR**

* U přístupu k datům počítáme také s tím, aby i externí osoba (mimo ZP a MZ) mohla požádat o přístup k datům. To se týká zejména odborných společností či možná i pacientských organizací.

**Bod 3. – Hotové ukazatele kvality vytvořené KZP**

**ŠVEC**

* Za posledních pár měsíců se nám podařilo: Vytvoření metodiky, pracovní skupiny zástupců zdravotních pojišťoven (ZP) a KZP. Máme vytvořený portál, ke kterému mají odpovědní pracovníci ZP již přístup. Dále máme portál pro odborníky pro hodnocení ukazatelů v panelu.
* První panely již proběhly. Máme první schválené ukazatele.
* V průběhu ověřování metody jsme např. zjistili, že pouhý export dat z databáze není dostatečný. Je nutno data průběžně validovat.
* Z organizačního hlediska není jednoduché zajistit nominanty do expertních panelů.
* Při vývoji ukazatele provádíme nejprve jeho definici. Dále rešerše zahraničních zdrojů.
* Data porovnáváme při vývoji s daty jednotlivých vybraných nemocnic.
* U bariatrie jsme zjistili, že např. jedna pojišťovna vykazuje tato data v rámci jednodenní chirurgie. V dalších případech jsou tyto výkony vykazovány v rámci balíčků. Je nutné, aby s těmito daty pracovali lidé, kteří těm datům rozumí a mají s nimi zkušenosti.
* Výsledný ukazatel projednáváme v pracovní skupině KZP pro kvalitu se ZP.
* Následuje hodnocení v expertním panelu.
* Aktuálně 4 ukazatele prošly hodnocením, 3 byly potvrzeny, 1 zamítnut. Dalších 16 ukazatelů je připravených před hodnotící fází.

**TŮMA**

* Ukazatel musí být založen na důkazech, ale ty jsou problematické. Pocházejí z Kanady, Taiwanu, jsou 4 roky staré…
* Je otázka, zdali jsou přenositelné do českého prostředí. Je tedy požadavek, aby evidencí bylo více.
* Je nutné, aby v důkaz uvěřilo více lidí. Jde o konsenzus. Konstruktová validita.
* Cílem není vytvořit matematický důkaz, ale dojít ke konsenzu.
* Nejspornější věc je užitečnost ukazatele.
* Zde *(na prezentaci)* máme ukazatel resekce tlustého střeva. Prahová hodnota je určena názorem odborné společnosti/odborníka podepřená důkazy.
* Téměř všichni jsou pod stanoveným prahem.
* Buď je ukazatel špatně udělaný, nebo jsou data špatně sesbíraná či spočítaná, nebo je to špatně v těch nemocnicích a v tom systému. Ale mělo by to být alarmující.
* Berte to tak, že ukazatel je koncepčně schválen, ale není ověřen, že čísla sedí.

**RYCHLÍK**

* Ten koncept je určitě správný.
* Prahovou hodnotu by měl určit odborník z české odborné společnosti.
* Problém vidím v tom, že ta data jsou za celého poskytovatele, ne za jednotlivého chirurga.

**TŮMA**

* V datech ZP není zaznamenáno, kdo je operatér. Proto se omezujeme jen na to, co můžeme udělat.
* Zkušenosti z rešerší jsou takové, že vysokoobjemové nemocnice s vysokoobjemovým chirurgem mají lepší výsledky. To platí ale jen pro velké výkony, kterých není mnoho.

**ŠPIČÁK**

* Nyní bude důležité, aby se to správně interpretovalo, aby zůstala pozitivita. V celém světe je to napadáno. Je to několikaletý proces.

**MINISTR**

* Je správně, že to povede k nějaké restrukturalizaci sítě.

**TŮMA**

* Testoval jsem, co na to lidé řeknou, a bylo mi řečeno, že se to nebude líbit nikomu. Ti, co toho dělají málo, budou mít pocit, že dělají něco špatně. Ti, co toho dělají hodně, budou mít přetlak pacientů.

**VAŠKOVÁ**

* V hrudní chirurgii s tím máme zkušenost z pneumochirurgických onkocenter. Zjistilo se, že většina center nemá expertízu. Stanovilo se přechodné období.

**KNOROVÁ**

* Pojišťovny si daly závazek, že se v hrudní chirurgii postupně odsmlouvají tyto výkony, což se stalo během 2 let. Tyto výkony jsou koncentrované do těchto onkocenter.

**HROBOŇ**

* Nutnost přechodného období je naprosto zřejmá.
* Na kolegy z KZP: Obvykle ze studií plyne, že jsou 3 zóny. V první zóně jsou nemocnice, kam výkon nepatří. Ve třetí zóně jsou nemocnice, kde je to v pořádku. Ve druhé, přechodné, zóně jsou případy k řešení právě v té přechodné době.

**TŮMA**

* Někdy ty výkony nejdou odsmlouvat. Jsou například neplánované. Tím se dávají vysvětlit zejména malé počty.

**KNOROVÁ**

* Nyní bychom si jako zástupci ZP měli sednout s výborem odborné společnosti, podívat se na ty nemocnice s jedním nebo dvěma případy. Možná že jsou ta data špatně vykázána. Pak můžeme něco interpretovat.

**RYCHLÍK**

* Měli bychom dopředu avizovat, že to budeme tímto systémem měřit a např. za rok kontrolovat. Osobně bych si dal poté pozor, že správně vykazujeme.

**HROBOŇ**

* Je obrovský problém, že v ČR se nevykazuje, zdali je výkon proveden akutně nebo plánovaně. To by se mělo změnit a stát součástí vykazování.

**TOMEK**

* Pomohla by např. bonifikace za dosažení „zelené“ zóny. Tím se organicky trh přizpůsobí.

**ŠPIČÁK**

* Pacienti se po zveřejnění opravdu prověřených dat sami začnou rozhodovat. Budou se ptát, proč mají být v nemocnici, kde se daný výkon nedělá.

**MINISTR**

* Na zveřejňování budeme mít referenční resortní ukazatele.

**HAVELKOVÁ**

* Dnes se pacient nemá dle čeho rozhodnout. Neexistuje žádný zdroj. Pacienti se nás na to ptají. Nemocnice nám ale žádná data nechce poskytnout.

**POLIAKOVÁ**

* Je potřeba veřejně ohlásit, že takový ukazatel se bude sledovat. Víme, že se vykazuje špatně kvůli řadě důvodů. Takto budou vědět, že mají vykazovat správně.

**KNAPPOVÁ**

* Souhlasím s časovým prostorem, ve kterém se data dají do pořádku.

**Bod 4. – Dopis ministra ohledně měření kvality péče a spolupráce s odbornými společnostmi**

**MINISTR**

* Posílal jsem dopis odborným společnostem ohledně spolupráce na měření a zlepšování kvality péče.

**RYBÁŘ**

* Dopisem pana ministra jsme oslovili 110 odborných společností. Do dnešního dne odpovědělo 70.
* Nesetkali jsme se ani s jedinou negativní reakcí. Naopak, nabídka spolupráce s MZ a ZP na měření a zlepšování kvality péče byla velmi dobře hodnocena.
* Odpovědi na 2 základní otázky byly následující:

*1) Využívá vaše odborná společnost zdravotnická data o poskytované péči ke zlepšování kvality zdravotní péče ve Vašem oboru?* Ze 70 vyplněných dotazníků (100 %) vyšly následující odpovědi:

Data již využíváme a máme vše potřebné – 6 (8,6 %) odborných společností

Zatím nikoliv, doposavad jsme neuvažovali – 7 (10,0 %) odborných společností

Data již využíváme, ale nemáme vše potřebné – 40 (57,1 %) odborných společností

Zatím nikoliv, ale měli bychom zájem začít – 17 (24,3 %) odborných společností

Z uvedených 70 odborných společností tedy 57 (81,4 %) odpovědělo, že na měření kvality péče již částečně pracuje, či má zájem začít.

*2) Co by ministerstvo, pojišťovny či kdokoliv jiný mohl udělat, aby se měření kvality péče ve Vaší odborné společnosti iniciovalo, zlepšilo či posunulo?* Z odpovědí 57 odborných společností, které mají zájem pracovat na měření kvality péče, bylo uvedeno zejména:

Potřebujeme zajistit lepší dostupnost dat ZP a ÚZIS – 49 (86,0 %) odborných společností

Potřebujeme systémovou podporu vlastních registrů – 26 (45,6 %) odborných společností

* Velká část odborných společností tedy má zájem o měření kvality a má představu, co by se v jejich oboru mělo měřit a zlepšovat. Nemají k tomu však ze strany státu potřebná data

**Bod 5. – Systémový přístup k podpoře vlastních registrů odborných společností – RNDr. Marian Rybář**

**RYBÁŘ**

* Odpovědi na dopis ministra ukázaly, že mnohé odborné společností si chtějí vést pro zlepšování kvality v jejich oboru podrobnější vlastní registry, které jim umožňují lépe se rozhodovat. Nechtějí však žádat o finanční podporu jejich registrů farmaceutické firmy a poukazují na nutnost zavedení systémové podpory registrů ze strany státu či ZP.
* Hlavním kritériem pro vznik potřebného registru v této situaci není zájem státu či potřeba pacientů, ale zájem farmaceutických firem. Toto dle odborných společností není správné.

**VAŠÁKOVÁ**

* Jako pneumologická společnost spravujeme velký počet registrů.
* Důležitost registrů pro zlepšování kvality péče v ČR je nesporná.
* Registry vzácných nemocí, kde zatím není žádný lék a tedy zájem farmaceutických firem, bez podpory státu nevzniknou.
* Žádali jsme také marně data ÚZIS a ZP. Nevíme ani, kolik je nasmlouváno pneumologických pracovišť.
* Pokud toto nevíme, nemůžeme ani říct, kolik a jakých center má tvořit optimální síť v ČR.

**MINISTR**

* Vždy, když toto slyším, říkám si, co se tady dělo posledních 20 let.

**ŠPIČÁK**

* My tato data shodou okolností máme, a vidíme, že péče je absurdně extenzivní

**RYCHLÍK**

* S registry máme v nefrologii již desetileté zkušenosti.
* Jediný, kdo má nyní v ČR validní data, jsou zdravotní pojišťovny, protože za vykázané výkony dostane zdravotnické zařízení zaplaceno.
* ZP vědí kupříkladu, že se nabere krevní obraz, ale už neví jeho výsledek.
* V tuto chvíli musí nastoupit klinický registr odborné společnosti, ve kterém je například konkrétní hodnota hemoglobinu, kterou potřebujeme pro zhodnocení a přesnější analýzy.
* V tomto jsme se posunuli zejména díky ZP. Pokud poskytovatel splní nějakou hodnotu hemoglobinu, kterou určila odborná společnost, dostane za to nějaký benefit.
* V Anglii začali data zveřejňovat a nikdo se neodváží data nedodávat. U nás toto zajistily až bonifikace a ještě musely být určeny konkrétně pro dialýzu, nikoliv pro poskytovatele.

**TOMEK**

* Zadavatele do registrů nám platí farmaceutická firma.
* Ve věstníku MZ máme povinnost center zadávat svá data do registrů.

**ŠVEC**

* V rámci KZP spravujeme 16 registrů „Vysoce inovativních léčivých přípravků – VILP“.
* Narážíme na to, že chceme, ať lékaři vyplňují data zdarma na základě zákonných požadavků.
* Na druhou stranu, lékaři a poskytovatelé jsou zvyklí, že ze soukromých registrů dostávají za zadávání dat zaplaceno.
* Otázku motivace k zadávání tedy vnímáme jako zásadní.

**MUŽÍK**

* Byli jsme jako ÚZIS osloveni, abychom se zde vyjádřili k systémové podpoře registrů.
* Systémově podporovat registry nemá smysl, protože takto vznikne registrů opravdu celá řada a bude se o ně muset někdo starat.
* Cestou je například v rámci kultivace DRG systému doplňovat jednotlivé vykazované kódy tak, aby byly co nejvíce klinicky relevantní.
* Do dat se takto mohou dostat kódy o rizikovosti pacienta (informace o stádiu nádoru, gradingu nádoru apod).
* Tyto informace potřebujeme dostat do administrativních dat, abychom nemuseli budovat jeden registr za druhým, ale čerpali dobře nasbíraná klinicky relevantní data.

**RYBÁŘ**

* Další možností sběru klinicky relevantních dat je parametrizace lékařské zprávy
* Toto možnost je podle mě ještě nad kultivací DRG systému
* Nutné bude následující: 1) Odborné společnosti musí definovat, jaká data potřebují sbírat pro zlepšování kvality. 2) Uvedení standardu sběru dat v metodikách MZ. 3) Technické zapracování do softwarů na straně poskytovatelů.
* Nahradilo by správu registrů.
* Největším problémem jsou však různé nemocniční informační systémy poskytovatelů.

**MUŽÍK**

* Nástroj na toto již dnes existuje, ale není požadován. Je to „Datový standard Ministerstva zdravotnictví“.
* Cokoliv potřebujeme sbírat, se snažíme standardizovat v tomto prostředí.
* V onkologii již z datového standardu takto čerpáme.
* Bohužel, řada dodavatelů informačních systémů není nijak nucena, aby tento datový standard dodržovala. Kdybychom toto dobře kultivovali, velice by to pomohlo
* Zákon o elektronickém zdravotnictví toto neřeší.
* Potřebujeme tedy nadefinovat standard a vyžadovat ho.

**TOMEK**

* My jsme si před lety vytvořili vlastní parametrickou zprávu, ale nemáme tu sílu, aby do ní někdo elektronicky takto zadával.

**RYCHLÍK**

* Toto není v silách doktorů, nemocnice musí zajistit administrátora.

**MINISTR**

* Souhlasím, musíme vytvořit administrátora ve zdravotnictví.

**TŮMA**

* Ve světě je patrný obrovský růst profesionálních administrátorů - kodérů, kteří toto dělají.

**Bod 6. – Dotazníky spokojenosti pacientů – nová jednotná metodika – Mgr. Milena Kalvachová**

**KALVACHOVÁ**

* Na posledním jednání pracovní skupiny vzniknul námět ze strany zástupců pacientských organizací zmapovat současnou situaci v měření kvality spokojenosti pacientů a případně navrhnout optimální řešení.
* Úkol spadal zaměřením pod Oddělení kvality zdravotní péče v rámci Odboru zdravotní péče.
* Rozhodli jsme se s pověřením pracovní skupiny vytvořit na národní úrovni jednotný systém sledování spokojenosti pacientů, který by poskytoval porovnatelná data a byl spravován z důvodu udržitelnosti MZ, nikoliv třetí stranou.
* Bude potřebná jednotná metodika pro sběr a zpracování dat a jednotný dotazník
* Do roku 2012 mělo MZ jednotnou metodiku, která byla ukotvena ve věstníku. Pro přímo řízené organizace byla povinná, pro ostatní doporučená.
* Od roku 2012 byla jednotná metodika včetně jednotného dotazníku z věstníku odstraněna.
* Na setkání s manažery kvality fakultních nemocnic byl položen dotaz na přínosnost znovuzavedení jednotné metodiky. Manažeři kvality, kteří s dotazníky kvality pracují nejvíce, se jednoznačně shodli na přínosnosti znovuzavedení jednotné metodiky.
* Navrhují zachování metodiky z roku 2012, výraznou redukci dotazníku a zpracování nikoliv třetí stranou, ale ÚZIS, který má již zkušenosti například se zpracováním hlášení nežádoucích událostí
* Začali jsme tedy s revitalizací metodiky, tvorbou jednotného dotazníku, přípravou sběru dat od poskytovatelů a přípravou jednotného statistického zpracování
* Na začátku roku 2020 je plánováno pilotní šetření ve fakultních nemocnicích s možností zapojení ostatních nemocnic

**RYBÁŘ**

* Statistické výstupy dotazníkového šetření budou členěny dle 8 základních Pickerových kritérií spokojenosti pacientů.
* Vyjádření spokojenosti bude provedeno kromě vyjádření procentuální spokojenosti také pomocí 95 % intervalu spolehlivosti, který vyjadřuje míru přesnosti odhadu.
* Výsledky budou porovnávány s celkovou průměrnou referenční hodnotou i mezi sebou. Toto by bez jednotné metodiky nebylo možné.
* Bude možné meziroční srovnání i srovnání za delší časovou řadu
* Manažer může sledovat, v kterých dimenzích spokojenosti pacientů je nadprůměrný či podprůměrný. Může si zobrazit dimenze po jednotlivých otázkách
* Může sledovat spokojenost pacientů odděleně dle pohlaví, věku, vzdělání apod.
* Může srovnávat spokojenost dle jednotlivých pracovišť
* Do nového jednotného dotazníku navrhujeme nově přidat oddělitelnou část, ve které může pacient na závěr napsat, co konkrétně by navrhoval na daném oddělení zlepšit. Tato oddělitelná část bude zůstávat přímo na daném oddělení, a bude sloužit k okamžité zpětné vazbě na daném oddělení.

**MINISTR**

* Budeme se těšit na hotovou podobu dotazníku
* Před finálním odsouhlasením poskytneme dotazník pacientským organizacím k připomínkám

**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