***Z Á Z N A M***

*z pracovního jednání*

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

*dne 7. 2. 2020, od 14.30 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
* Mgr. Alice Strnadová, MBA
* prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc. MBA
* prof. MUDr. Roman Prymula CSc., Ph.D.

***Nepřítomní:***

* MUDr. Renata Knorová, MBA
* Ing. David Šmehlík, MHA
* prof. MUDr. Josef Vymazal, DrSc.
* prof. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D.

***Hosté***

* prof. MUDr. Ivan Rychlík, CSc., FASN, FERA
* MUDr. Aleš Tomek, Ph.D.
* Mgr. Anna Konopásková
* MgA. Kateřina Havelková
* Eva Knappová
* RNDr. Jan Mužík, Ph.D.

***Program:***

1. Zahájení jednání
2. Dotazníky spokojenosti pacientů – Mgr. Milena Kalvachová, RNDr. Marian Rybář, Ing. Tomáš Kučera
3. Sledování kvality v rámci akreditačního řízení vysoce specializovaných center –  
   Ing. Mgr. Škampová, RNDr. Rybář
4. Aktuální stav ukazatelů kvality – JUDr. Ladislav Švec (KZP)
5. Systémová podpora klinických registrů ze strany státu – RNDr. Marian Rybář

**Bod 1. – zahájení jednání**

**MINISTR:** Přivítal přítomné na jednání.

**Bod 2. – Dotazníky sledování spokojenosti pacientů**

**KALVACHOVÁ**

* Začali jsme na projektu pracovat v červenci 2019 s tím, že jsme problematiku diskutovali s manažery kvality péče přímo řízených nemocnic.
* Vytvořili jsme návrh dotazníku a metodiky. Dotazník trvá asi 5 minut. Byl zkrácen. Revidován na pracovní skupině pro kvalitu péče. Konzultováno s ÚZIS (zejména s prof. Pokornou a RNDr. Mužíkem) a jsme ve shodě. Posláno i pacientským organizacím. Vypořádání pošleme.
* Pilotní projekt spustíme v květnu 2020. Manažeři kvality z velkých přímo řízených nemocnic přislíbili účast v pilotním běhu.
* Cílem projektu je jednotný systém pro hodnocení spokojenosti pacientů poskytující porovnatelná data a výstupy na národní úrovni s jednotným dotazníkem i metodikou.
* Doba sběru bude 4-6 týdnů od 1.5.2020. Manažeři kvality se shodli na květnu jako optimálním termínu.

**KUČERA**

* Technické řešení spočívá v tom, že na námi vyrobeném webovém portálu si manažer kvality stáhne vygenerovaný formulář s čárovým kódem. Personál nebude muset nadepisovat dotazníky ručně.
* Nemocnice budou vyplněné dotazníky skenovat. Skeny pak pošlou na námi zřízené úložiště. Následně je zpracujeme ve specializovaném softwaru (OMR), který nám vrátí data, která poskytneme ÚZISu pro statistické zpracování. Vrácené výsledky rozdistribuujeme do nemocnic.

**RYBÁŘ**

* Dotazník má dva listy. Hodnocení se školní stupnicí 1-5. Celkem 35 otázek, 8 Pickerovských dimenzí spokojenosti. Na závěr jsou sociodemografické otázky.
* Závěrečná strana obsahuje list pro psaní námětů pacienta ke konkrétnímu oddělení. Tento list nechá manažer kvality na oddělení, např. vedoucí sestře.
* Škálu 1-5 jsme volili díky granularitě, která je lepší než „ano/ne“. Vyhodnocení je pak v procentech, a to na každou dimenzi na úroveň každého oddělení, věku pacientů atd.
* Nemocnice uvidí sebe proti referenční hodnotě.
* Benefity jsou: bezplatné zpracování pro nemocnice; zjednodušení dotazníku; vepisovací část; škála 1-5 místo ano/ne; jednotná národní metodika – lze se srovnat; elektronizace; vyhodnocení statistickou autoritou; redukce počtu příloh – odpadá administrativní agenda; vyvinuto vlastními silami – udržitelnost projektu.

**KUČERA**

* Některá oddělení jsou vyloučena, např. psychiatrie či JIPy.

**MUŽÍK**

* Jakým číselníkem se generátor dotazníků řídí?

**KUČERA**

* Je to číselník ÚZISu.

**MUŽÍK**

* Díky tomuto číselníku můžeme statistiku pak doplnit z NZISu. Například určit některé faktory důvodu jejich nespokojenosti. To je důležitý faktor pro vyhodnocení dotazníku.

**PRYMULA**

* Osobně preferuji sudou škálu (4 či 6 bodová).

**RYBÁŘ**

* Dotazník budou dostávat i na pediatrii. Např. rodiče mohou s dítětem dotazník vyplnit.

**HAVELKOVÁ**

* Nikde jsem neviděla, že by zde byla otázka, jestli je pacient spokojen s kvalitou léčby..?

**RYBÁŘ**

* To je zásada těchto dotazníků, že pacient by neměl hodnotit kvalitu léčby, protože to není schopen objektivně posoudit.
* Dotazník by mělo vyplnit 60 % pacientů v dané nemocnici, důležitá je reprezentativnost. Za poskytovatele jich musí být alespoň 500.

**KUČERA**

* Celkem je hospitalizací 2,2 mil/rok. Počítáme s výběrem 5 %, tj. minimálně 110 tis. dotazníků/rok.
* Dotazník budou dostávat všichni pacienti.

**MUŽÍK**

* Dalo by se posoudit, který pacient skutečně vyplnil dotazník? Pro zvýšení reprezentativnosti.

**RYBÁŘ**

* Toto jsme nechtěli, byla by to zátěž pro poskytovatele.

**SVAČINA**

* Věkovou skupinu „70 a více“ bych rozdělil na dvě kategorie, např. „51-65“ a „66 a více“.

**Bod 3. – Sledování kvality v rámci akreditačního řízení vysoce specializovaných center**

**RYBÁŘ**

* Nejen zdravotní pojišťovny, ale i Ministerstvo zdravotnictví by se mělo v rámci svých možností snažit měřit a sledovat kvalitu péče
* Jako nejsystémovější se nabízí kontrola kvality péče při akreditačních řízeních center vysoce specializované péče v rámci Odboru zdravotní péče

**ŠKAMPOVÁ**

* Odbor zdravotní péče má mimo jiné ve svých agendách udělování statutu centra vysoce specializované péče podle zákona o zdravotních službách. Nyní jsme v období znovuudělování dalších statutů pro další omezené období - reakreditace
* Máme za to, že tato centra by měla být výkladní skříní z pohledu kvality, proto chceme kvalitu v těchto centrech sledovat.
* Je nám jasné, že sledování kvality vede zejména přes sběr dat a přes jejich vyhodnocování. Již ve výzvách k reakreditaci se snažíme uvádět indikátory kvality – například u současné reakreditace komplexních onkologických center. Indikátory slouží pouze pro vnitřní potřebu Odboru zdravotní péče a vlastní srovnání poskytovatelů. V rámci metodických kontrol chceme tyto indikátory sledovat.
* V případě komplexních onkologických center jsme získali od všech center souhlasy s využitím jejich dat pro tvorbu indikátorů kvality. Chceme sledovat rozdíly mezi jednotlivými pracovišti a nacházet spolu s pracovišti cestu, jak tyto rozdíly odstranit. S ÚZIS a panem ředitelem Duškem jsme domluveni na jejich dodání.
* U nových center vysoce specializované péče, například center dětské diabetologie, musíme indikátory teprve ve spolupráci s odbornou společností nastavit.
* V letošním roce nás čeká ještě také reakreditace iktových center, traumatologických center a kardiocenter.
* Práce s daty je pro nás velice důležitá

**MINISTR**

* Může mít nějaký dopad na centra, pokud by se ukázalo, že indikátory kvality v jejich případě nejsou úplně naplňovány?

**ŠKAMPOVÁ**

* Chceme jít přátelskou cestou. Odejmutí statutu centra lze pouze podle zákona, kde jsou jednoznačně vyjmenované důvody. Sledování kvality proto chceme provádět kontinuálně a nenechat situaci dojít do nepřípustného stavu, kdy by muselo dojít k odejmutí statutu centra, což bychom neradi.

**RYBÁŘ**

* Povinnost měřit kvalitu péče na základě indikátorů je již dnes uvedena ve výzvách a věstnících pro některé oblasti center vysoce specializované péče, ale nikdo toto nehlídá a nedělá.
* Na příkladu vysoce specializovaných iktových center jsme navrhnuli systém pro kontrolu kvality a oslovování center, která indikátorům kvality nevyhovují. Základem je kontrola splnění ve věstníku definovaných ukazatelů kvality. Při nesplnění navrhne komise zahrnující zástupce dotčených odborných společností, MZ a ZP centru kroky k nápravě a další rok dochází k opakované kontrole s úplně krajní možností odebrání akreditace.
* Měli jsme schůzku se zástupci hlavních zdravotnických oblastí center vysoce specializované péče a s tímto modelem kontroly vyjádřili souhlas.

**TOMEK**

* V naší oblasti cerebrovaskulární péče chceme využívat indikátory kvality z dat zdravotních pojišťoven, ale také z našeho klinického registru RESQ
* Potřebujeme oficiální podporu ze strany MZ, abychom mohli centra kontrolovat. Oproti kontrole pouze odbornou společností mohou být centra rezistentní.

**MUŽÍK**

* Bude třeba upravit datové standardy pro převod dat z nemocničních informačních systémů do klinických registrů
* Práce s daty by se měla promítnout následně do úpravy klinicky doporučených postupů

**PRYMULA**

* Já tyto věci nesmírně vítám a myslím si, že by tady měly být. V případě četnějších center by případné omezení akreditace některého z důvodu neplnění indikátorů kvality bylo výstražným mementem pro ostatní. Problém je v případě 2-3 center v republice v některých zdravotnických oblastech, kde bychom případným zavřením omezili zdravotní péči.

**MINISTR**

* Zdá se, že na potřebě kontroly kvality panuje široká shoda.

**RYBÁŘ**

* Máme dobrou možnost se nyní systém kontroly kvality na základě statistických dat pod hlavičkou Odboru zdravotní péče naučit na pilotním modelu iktových center a potom tento model replikovat na další oblasti vysoce specializované péče.

**Bod 4. – Aktuální stav tvorby ukazatelů kvality Kanceláře zdravotního pojištění – JUDr. Ladislav Švec (KZP)**

**ŠVEC**

* V rámci Kanceláře zdravotního pojištění pokračují práce na tvorbě národní sady ukazatelů kvality z dat zdravotních pojišťoven.
* Máme hotovy další ukazatele, například ukazatele počtu výkonů v oblasti resekce pankreatu, resekce štítné žlázy, resekce jícnu, resekce prsu pro maligní onemocnění nebo například ukazatele antibiotické preskripce
* Zjišťujeme, že některé nemocnice vykazují svá data nepřesně
* Zjišťujeme, že mnohé nemocnice dělají u vysoce specializovaných výkonů významně nižší počet výkonů, než doporučil odborný panel jako minimální doporučený práh
* Proces měření kvality není jednorázové udělání a odprezentování grafů, ale nikdy nekončící agenda
* Naše republika netrpí nedostatkem dat, ale neschopností dělat na jejich základě i třeba nepopulární rozhodnutí. Můžeme mít mnoho ukazatelů, ale pokud se toto nenaučíme, neposuneme se dále.

**RYBÁŘ**

* Navrhli jsme zdravotním pojišťovnám memorandum zdravotních pojišťoven a ministerstva zdravotnictví o spolupráci v oblasti měření kvality

**MINISTR**

* Výsledky měření kvality by se měly odrazit zejména v úhradové a smluvní politice zdravotních pojišťoven

**Bod 5. – Systémová podpora klinických registrů ze strany státu – RNDr. Marian Rybář**

**RYBÁŘ**

* Když jsme posílali odborným společnostem dopis pana ministra, v 86 % odpovědí na otázku možnosti zlepšení situace s daty se objevil požadavek na lepší přístup k datům zdravotních pojišťoven a ÚZIS a v 46 % požadavek na podporu jejich klinických registrů
* Odborné společnosti poskytují státu i pacientům tvorbou a využíváním svých klinických registrů obrovskou službu, ale nejsou státem nijak v této jejich snaze podpořeni
* Pokud odborné společnosti zdravotnická data při léčbě využívají, léčí lépe. Odborné společnosti jsou v některých případech nuceny žádat farmaceutické firmy, aby na klinický registr přispěly. Zájem farmaceutické firmy nemusí být vždy ve shodě s tím, co bychom potřebovali pro zlepšení péče o pacienty.
* Myslím, že by stát měl prostřednictvím zdravotních pojišťoven na vybrané klinické registry, nejvíce přínosné pro kvalitu péče v ČR, přispívat. Přínosy by mnohonásobně převážily vynaložené prostředky. Zatím se stát k podpoře klinických registrů chová macešsky.
* Možnou cestou je bonifikace poskytovatelů za účast v systému měření kvality. Precedens známe v ČR v podobě nefrologického registru, kde je v úhradové vyhlášce zakotvena bonifikace poskytovatelů, kteří vyplnili do registru alespoň 90 % svých pacientů. Kromě bonifikace za účast v systému měření kvality se zde setkáváme již i s bonifikací za výsledek
* Každý rok by mohly odborné společnosti v rámci výzvy podávat k danému termínu žádost o podporu svého registru. Vybrané registry by potom měly být podpořeny.
* Bonifikace by neměla sloužit k placení pracovních sil vyplňujících do registrů, ale primárně pro motivaci poskytovatelů k úpravě NIS pro nalévání dat do klinických registrů.

**MINISTR**

* Na podporu registrů by se musela udělat dotační výzva, ale nevím, jestli máme na toto nějaké zdroje

**PRYMULA**

* Je třeba si uvědomit, že dotační zdroje jsou velmi omezené

**RYBÁŘ**

* Mělo by jít o bonifikaci ze strany zdravotních pojišťoven. Práce s daty zlepšuje kvalitu péče.

**RYCHLÍK**

* V první řadě by bylo dobré se podívat, kde se pomocí registrů dají ušetřit peníze. Například dialýzy tvoří 2 % rozpočtu zdravotnictví. Když se něco v této oblasti zlepší, má to obrovský přínos.
* Každá odbornost má část péče, na které by se dalo ušetřit
* Navrhuji také nejdříve maximálně využít data, která jsou již sbírána, protože dělat jakýkoliv nový sběr dat je velmi těžké.
* Registry na dobrovolné bázi bez bonifikací za sběr a také za kvalitní léčbu potvrzenou registrem nemohou fungovat. Jejich vyplněnost nebude dostatečná. Díky bonifikacím od zdravotních pojišťoven máme náš nefrologický registr dialyzovaných pacientů velmi dobře vyplněný a má pro pacienty obrovský přínos.

**RYBÁŘ**

* To, že právě nefrologický registr patří u nás k nejlepším, potvrzuje nutnost bonifikace za sběr dat a za výkon

**RYCHLÍK**

* V počátcích některá centra nechtěla data posílat, protože se bála svých špatných výsledků. Ty mohou být způsobeny buďto horší skladbou pacientů nebo nedostatkem peněz na kvalitní léčbu.
* S centry jsme vedli přátelskou diskusi o možnostech zlepšení péče, nešlo v žádném případě o kritiku

**SVAČINA**

* Je potřeba nejdříve definovat, co je zájem státu a zdravotních pojišťoven. Vybrat nejpřínosnější registry.

**TOMEK**

* Mělo by se začít tam, kde je největší mortalita a kde se dá ušetřit nejvíce peněz. Určitě si nemyslím, že by každá odbornost musela mít svůj registr.

**MUŽÍK**

* Velkým problémem je různorodost nemocničních informačních systémů. Ministerstvo musí nejdříve nastavit datové standardy pro jednodušší sběr dat do registrů.

**MINISTR**

* Optimální je, pokud se odborné společnosti podaří přesvědčit zdravotní pojišťovny na konkrétních propočtech o přínosu daného registru

**ŠVEC**

* Finančně pro stát nejvýhodnější by byl škálovatelný registr spravovaný z jednoho místa s jedněmi náklady
* Systémově by šlo vždy o to stejné. Dohodnout se s odbornou společností na požadované podobě registru, a co by se do něj mělo sbírat.
* Kancelář zdravotního pojištění má již s tímto podobné zkušenosti při správě registrů VILP. Je to stále jeden systém, který se vždy nastaví pro konkrétní lék. Registry běží na stejném serveru, spravují je stejní lidi a je jich tam velký počet.

**MINISTR**

* Navrhuji na toto téma udělat separátní jednání se zdravotními pojišťovnami
* Bude potřeba zdravotním pojišťovnám dobře vyargumentovat přínosy klinických registrů pro zlepšení péče a ušetření prostředků

**Závěry ze zasedání**

1. Pokračovat v pilotním projektu Národního hodnocení spokojenosti pacientů
2. V rámci Odboru zdravotní péče dále rozvíjet možnosti využití indikátorů kvality pro reakreditační řízení center vysoce specializované zdravotní péče
3. Iniciovat jednání se zdravotními pojišťovnami ohledně možnosti bonifikace vybraných klinických registrů

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

Předseda PS pro měření a srovnávání kvality ZS

Ministr zdravotnictví

**Zapsal: RNDr. Marian Rybář**

Tajemník PS pro měření a srovnávání kvality ZS