

Pismo znak: I-S/2024/14/SK

Warszawa, 12 sierpnia 2024 r.

Pan Jerzy Szafranowicz
Podsekretarz Stanu
Ministerstwo Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze,

W odpowiedzi na pismo znak DLJ.0210.2.2024 z dnia 2.08.2024 r. dot. skierowanego do konsultacji projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wskaźników jakości opieki zdrowotnej (MZ 1695) Stowarzyszenie IFIC Polska i Związek Pracodawców SPOIWO przedstawiają swoje uwagi.

Uwagi o charakterze ogólnym:

1. W celu budowy systemu ochrony zdrowia nakierowanego na wartość zdrowotną rekomendujemy wykorzystanie w większym stopniu koncepcji Donabediana i M. Portera do przygotowania wskaźników jakości opieki. Pozwoliłoby to uporządkować dokument i nadać płynność procesową poprzez odniesienie do uwarunkowań, wkładu (input), procesów, produktów (output), wyników (outcome) i skutków dla populacji (impact)
2. Pierwszym etapem powinna być diagnoza – ocena dojrzałości podmiotów z wykorzystaniem zwalidowanego narzędzia oceny np. Scirocco
3. Brak podziału wskaźników na te adresowane do leczenia szpitalnego, AOS, POZ, rehabilitacji i opieki długoterminowej. Wszystkie wskaźniki powinny odnosić się do tła - typu populacji, w przedziałach wiekowych i płci oraz zawierać mechanizmy nakierowane na skuteczną redukcję luki w danym obszarze).
4. W naszej opinii za dużo jest klinicznych wskaźników, w których brak jasnego przełożenia dlaczego akurat te, a nie inne. W każdej dziedzinie ochrony zdrowia istnieje możliwość wytypowania od 2 do 5 najbardziej istotnych chorób i te wskaźniki, dotyczące procesów kluczowych powinny być mierzone. W ramach procesów kluczowych należy mierzyć 3 parametry - tempo obsługi, kompleksowość działania i kompletność działania – które najbardziej przekładają się na jakość oraz monitorować liczbę działań niepożądanych i efektów ubocznych - w odniesieniu do grup populacyjnie jednorodnych (płeć, grupa wiekowa)
5. Brak odniesienia do aktywności w zakresie badawczym/naukowym, co wpływa na całościowe kwalifikacje/motywacje personelu i w efekcie jakość obsługi pacjentów
6. Mało rozbudowana część dotycząca oceny jakości poprzez głos pacjentów np. regularne ankiety i wprowadzanie na ich podstawie akcji korekcyjnych; % pacjentów będących pod opieką danej jednostki przez wiele lat (dotyczy POZ) itp. Zespół Rady NFZ opracował wykaz wskaźników pomiaru jakości w POZ, należy je zintegrować z obecnym projektem

7. Brak wskaźników dotyczących efektywności procesowej tj. np. wskaźnik liczby zatrudnionych vs. liczba procesów ogółem, vs. liczba procesów kluczowych – z zachowaniem jakości i bezpieczeństwa
8. Nieprecyzyjne zdefiniowanie pojęć licznika i mianownika wraz z podaniem źródła danych. Źródło powinno być dostępne dla interesariuszy, a wskaźniki powinny określać mianownik lub wskazywać jego wartość w odniesieniu do lokalnych możliwości (np. dostępu do lekarzy ze specjalizacją, populacji dzieci itp.), wówczas pokazują sprawność zarządczą i są mierzalne
9. Finanse: stabilność personelu jako wypadkowa dobrej jakości i efektywnej struktury zarządczej.
10. Brakuje definicji celów populacyjnych i propozycji pomiaru stopnia realizacji tych celów (na poziomie powiatu, województwa, kraju) – rzeczywistej, prawdziwej mapy potrzeb zdrowotnych oraz tempa realizacji tych potrzeb.
11. Kluczowe są wskaźniki objęcia populacji profilaktyką i dalszych losów pacjenta z grup wysokiego ryzyka (Patient Experience), czego zabrakło w propozycji
12. Nie uwzględniono wskaźników zapewniających sprawne przygotowanie systemu na kryzysy wewnętrzne i zewnętrzne (np. poprzez współpracę z samorządami, ratownictwem medycznym, wojskiem, etc.)
13. Kategoria zarządcza - brak odniesienia do wprowadzanych aktywności naprawczych w celu podnoszenia jakości, np. działania na rzecz redukcji błędów, edukacji personelu planów naprawczych i postępowania z jednostkami które uparczywie nie spełniają kryteriów. Nie zaproponowano parametrów optymalnych/akceptowalnych w danym obszarze i ewaluacji.
14. Kluczową sprawą jest również uzupełnienie dokumentu o mechanizmy „Just culture” - kultury sprawiedliwego traktowania, niekarania za uczciwość i budowy zaufania.

Nasze organizacje zgłaszają swoją gotowość do współpracy w dopracowaniu wskaźników, dzięki którym możliwe będzie rzeczywiste porównanie, ewaluacja i korekta działania poszczególnych jednostek w drodze do budowy opieki opartej o efektywność. Skupiamy ekspertów z najbardziej doświadczonych podmiotów medycznych, mających wyniki populacyjne, zrealizowane projekty, działalność naukową i wdrożone rozwiązania, które stały się inspiracją dla projektowania reform krajowych, jak i zostały docenione podczas prezentacji na forach międzynarodowych.

Z poważaniem

Sabina Karczmarz Prezes Stowarzyszenia IFIC Polska

Marcin Połowniak Prezes Związku Pracodawców Opieki Integrowanej Opartej na Wartości SPOIWO

-dokument podpisany elektronicznie-

załącznik:

załącznik nr 1 - tabela szczegółowa

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagę	Przepis, którego uwaga dotyczy	Uwaga/ opinia	Uzasadnienie uwagi	Propozycje rozwiązań
1.	Stowarzyszenie IFIC Polska/ Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelnia Łazarskiego	WSKAŹNIKI JAKOŚCI OPIEKI ZDROWOTNEJ MIESZCZĄCE SIĘ W ZAKRESIE OBSZARU KLINICZNEGO opisywany przez parametr efektu leczniczego	Brak podziału wskaźników na te adresowane do leczenia szpitalnego, AOS, POZ, rehabilitacji i opieki długoterminowej.	Zapis rozporządzenia utrudnia świadczeniodawcom, prowadzącym działalność w różnych rodzajach prostą identyfikację wskaźników, które wprost są dedykowane ich placówkom i zakresom działalności. Podział taki wpisuje się w zasady porządkowania procesów i usprawniania informacji zarządczej.	Wyodrębnienie w każdej grupie i podgrupie wskaźników tych dedykowanych szpitalom i AOS i POZ, rehabilitacji i opiece długoterminowej.
		WSKAŹNIKI JAKOŚCI OPIEKI ZDROWOTNEJ MIESZCZĄCE SIĘ W ZAKRESIE OBSZARU KLINICZNEGO	Brak wskazania przedziałów referencyjnych dla wskaźników.	Adresaci Rozporządzenia nie mają odniesienia do oczekiwanego poziomu wskaźnika lub tendencji w jego zmianie na osi czasu.	W literaturze przedmiotu i na podstawie danych systemowych jesteśmy w stanie określić oczekiwane przedziały wskazanych wskaźników, które są referencyjne. Rekomendujemy ich określenie. Oczywiście w czasie
		WSKAŹNIKI JAKOŚCI OPIEKI ZDROWOTNEJ MIESZCZĄCE SIĘ W ZAKRESIE OBSZARU KLINICZNEGO opisywane przez parametr doświadczenia w wykonywaniu określonych świadczeń opieki zdrowotnej IV.2	Wskaźnik: Wykonywanie rewizyjnych endoprotezoplastyk stawu kolanowego i biodrowego nie wyróżnia rewizji własnych i tych wykonanych dla pacjentów, których pierwotna operacja wykonań była u innego świadczeniodawcy. Nie precyzuje czy to	Wskaźnik jest zbyt ogólny. Analiza Centralnej Bazy Endoprotezoplastyk ukazuje, jak wiele aspektów trzeba ze sobą powiązać, aby wyciągnąć wnioski o jakości opieki.	Rekomenduję się wyodrębnić rewizje własne i wykonywane dla pacjentów z zewnątrz, oraz parametr czasu wykonania rewizji od zabiegu.

			operacje planowe rewizyjne czy będące następstwem powikłania		
		WSKAŹNIKI JAKOŚCI OPIEKI ZDROWOTNEJ MIESZCZĄCE SIĘ W ZAKRESIE OBSZARU KLINICZNEGO opisywany przez strukturę procedur medycznych wykonywanych w przypadku określonych problemów zdrowotnych	W wykazie wskaźników brakuje tych odnoszących się do POZ	Jesteśmy w procesie odwracania piramidy świadczeń, której fundamentem powinna być Podstawowa opieka zdrowotna. To pomiar sprawność w realizacji kluczowych funkcji przypisanych POZ zadecyduje o sukcesie wdrażanych zmian systemowych. Na poziomie POZ kluczowe zadania koncentrują się na profilaktyce, opiece koordynowanej i opiece nad dziećmi. Funkcję te nie są w ogóle poddane ocenie.	Na poziomie Rady NFZ opracowano wykaz wskaźników pomiaru jakości w POZ w podziale na wskaźniki struktury, procesu. Kluczowe, które na tym etapie budowy systemu pomiaru jakości powinny być wdrożone to: Odsetek dzieci objętych szczepieniami według kalendarza, odsetek dzieci objętych bilansami, odsetek populacji objętej programem profilaktyki raka jelita grubego, raka piersi, raka szyjki macicy, CHUK. Brakuje też wskaźnika mierzącego częstotliwość zgłaszania się pacjentów objętych opieką POZ na SOR (bez hospitalizacji). Pełna lista wskaźników znajdują się pod linkiem https://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/uchwały-rady-nfz/uchwała-nr-232023iv,6642.html
		WSKAŹNIKI JAKOŚCI OPIEKI ZDROWOTNEJ MIESZCZĄCE SIĘ W ZAKRESIE OBSZARU KONSUMENCKIEGO	Wskaźnik: Skuteczność procesu wpisywania pacjentów na listy oczekujących na udzielenie świadczenia.	Wskaźnik nieprecyzyjny. Brak wyjaśnienia co kryje się pod pojęciem skuteczności procesu wpisywania.	Rekomenduję się doprecyzowanie wskaźnika lub zmianę.

		WSKAŹNIKI JAKOŚCI OPIEKI ZDROWOTNEJ MIESZCZĄCE SIĘ W ZAKRESIE OBSZARU ZARZĄDCZEGO J.w.	Wskaźniki opisywane przez parametr stopnia wykorzystania zasobów będących w dyspozycji podmiotu	Wskaźniki nie uwzględniają zasobów szpitalnych np. Stopnia obłożenia łóżek.	Rozszerzenie liczby wskaźników obejmujących inne zasoby niż tylko kadry lekarskie.
			Wskaźniki opisywane przez parametr długości hospitalizacji	Średnia liczba dni hospitalizacji u danego świadczeniodawcy w danym roku kalendarzowym będzie się znacząco różniła w zależności od profilu szpitala. Jeśli w strukturze szpitala są np. oddziały chorób wew., hematologii wskaźników będą kształtował się inaczej niż w szpitalach o profilu bardziej zabiegowym. Wskaźnik będzie też uzależniony od struktury demograficznej regionu, który obsługuje szpital.	Wskaźnik wymaga doprecyzowania np. Poprzez odniesienie go do wybranych zakresów, w których na dziś różnice między placówkami są największe (na podstawie danych NFZ).
Lp.	Podmiot zgłaszający uwagę	Przepis, którego uwaga dotyczy	Uwaga/ opinia	Uzasadnienie uwagi	Propozycje rozwiązań
2	Związek Pracodawców SPOIWO	Załącznik nr 1	Projekt rozporządzenia nie zawiera wskaźników jakości opieki zdrowotnej związanych z teleporadami mieszczących się	Nieuwzględnienie wskaźników jakości opieki zdrowotnej związanych z teleporadami uniemożliwi monitorowanie jakości teleporad (obok monitorowania ilości, co przewidziano we wskaźnikach z obszaru zarządzania). Takie rozwiązanie promować będzie ilościowe podejście do telemedycyny, bez uwzględnienia jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych zdalnie.	Uwzględnienie w załączniku nr 1 wskaźników jakości związanych z teleporadami: 1) NPS po udzielonej teleporadzie (wskaźnik rekomendacji netto); 2) Ocena satysfakcji pacjenta po teleporadzie (w tym kontekście pragniemy wskazać, że w ramach prac nad standardem organizacyjnym udzielania świadczeń telemedycznych została przygotowana bardzo

					<p>kompleksowa ankieta mierzenia satysfakcji po teleporadzie);</p> <p>3) Ile teleporad zakończyło się rozwiązaniem problemu zdrowotnego pacjenta (potencjalnie też ile teleporad było potrzebnych do rozwiązania problemu zdrowotnego pacjenta);</p> <p>4) Jaki jest procent przekierowań pacjenta na wizytę osobistą;</p> <p>5) Współczynnik udzielenia różnych form (wideoporady vs chat vs teleporada);</p> <p>6) Wskaźnik wizyt kontrolnych w ciągu 2 tyg. po teleporadzie vs. wizycie stacjonarnej w tej samej specjalności z tym samym rozpoznaniem;</p> <p>7) Zastosowane mechanizmy weryfikacji tożsamości pacjenta podczas teleporady.</p>
--	--	--	--	--	---