

PNRL krytycznie opiniuje projekt rozporządzenia MZ ws. wskaźników jakości opieki zdrowotnej

STANOWISKO Nr 65/24/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 13 sierpnia 2024 r.
w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wskaźników jakości opieki zdrowotnej

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wskaźników jakości opieki zdrowotnej, przekazanym przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia pana Jerzego Szafranowicza z dnia 2 sierpnia 2024r. (znak: DLJ.0210.2.2024) negatywnie opiniuje treść rozporządzenia, wskazując minimum koniecznych zmian poniżej oraz oferując pomoc ekspertów NIL w wypracowaniu docelowej ich listy.

W szczególności należy podkreślić liczne niespójności w załącznikach do rozporządzenia, co stwarza wrażenie chaosu. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej spostrzega, że jest to pierwsze rozporządzenie i należy założyć, iż większość podmiotów do tej pory nie prowadziło monitoringu wskaźników. Wejście w życie rozporządzenia wymagać będzie zmiany sposobu funkcjonowania oraz kultury organizacyjnej wielu placówek, co byłoby znacznie łatwiejsze do przeprowadzenia przy mniejszej liczbie wskaźników. Liczba wprowadzanych wskaźników jest nazbyt wysoka. Ponadto, projekt rozporządzenia nie określa priorytetowości wskaźników, traktując wszystkie 50 równoważnie. Z perspektywy optymalizacji jakości i zarządzania nie jest to możliwe do pogodzenia.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazuje na potrzebę ujednolicenia nazw wskaźników oraz ich definicji, co pozwoli lekarzom na łatwiejsze zrozumienie wskaźników i zwiększy przejrzystość dokumentu.

W załączniku nr 1, w grupie IV wskaźniki 1-3 - definicje powinny zawierać informację o przedziale czasowym, którego dotyczy liczba zabiegów, analogicznie do wskaźników 4-6.

W załączniku nr 2 wskaźnik 1 - wymaga wyjaśnienia, co oznacza „skuteczność procesu wpisywania na listy oczekujących”.

W załączniku nr 2 wskaźniki 2-6 - założenie obowiązkowości wypełnienia ankiet przez pacjentów jest założeniem błędnym.

W załączniku nr 3 wskaźnik 2 - powinien jasno określać co oznacza „struktura hospitalizacji”.

W załączniku nr 3 wskaźnik 9 - sformułowany jest w sposób niejasny; z nazwy można wnioskować, że chodzi o odsetek porad w różnych kategoriach, natomiast jego definicja sugeruje, że chodzi o odsetek porad AOS w ogólnym kontrakcie jednostki.

Ponadto Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazuje, że w projekcie rozporządzenia:

- brakuje wskaźników konsumenckich dla opieki ambulatoryjnej – stanowiących kluczowy element oceny jakości usług medycznych w krajach rozwiniętych, np. takich jak:
  - Skuteczność procesu wpisywania pacjentów na listy

oczekujących na udzielenie świadczenia
    - Zaangażowanie personelu medycznego
    - Komunikacja z pacjentem
    - Rekomendowanie świadczeniodawcy przez pacjenta.
- konieczna jest zmiana definicji wskaźnika z obszaru konsumenckiego nr 6. „Rekomendowanie świadczeniodawcy przez pacjenta” na „Skłonność do polecenia świadczeniodawcy swoim bliskim i znajomym” z wyliczeniem NPS (Net Promoter Score) – powszechnie uznanego wskaźnika poleceń. Aktualna definicja opisuje wskaźnik poziomu zadowolenia z usług, nie wskaźnik rekomendowania usług.
- całkowicie pominięto wskaźniki kliniczne dla opieki ambulatoryjnej. Wskaźniki oceny klinicznej dla opieki ambulatoryjnej z powodzeniem funkcjonują w wielu krajach europejskich, a ich realizacja jest oceniana zarówno na poziomie Unii Europejskiej, jak krajów OECD, czego przykładem są wskaźniki kliniczne funkcjonujące i dostępne publicznie w Wielkiej Brytanii.
- wskaźniki jakości opieki szpitalnej w obszarze klinicznym wymagają przeglądu i modyfikacji:
    - Ocena ośrodka w obszarze wykonywania wybranych zabiegów w pierwszym kroku powinna opierać się na liczbie wykonywanych zabiegów, dopiero w drugim kroku można oceniać odsetek zabiegów wykonanych techniką małoinwazyjną laparoskopową lub robotową (dotyczy wskaźników z obszaru klinicznego nr V. 2, V. 3, V. 4, V. 5, V. 6).
    - Brak wskaźników powszechnie monitorowanych, których poprawa związana jest z ograniczeniem ryzyka dla zdrowia i życia pacjentów hospitalizowanych, takich jak użycie okołooperacyjnej karty kontrolnej Surgical Safety Checklist, występowanie wewnątrzszpitalnych zakażeń, odleżyn i upadków (najczęstszych możliwych do uniknięcia zdarzeń niepożądanych);
    - Należy poprawić definicję Współczynnika cięć cesarskich, usuwając „bez nacięcia macicy”. Poród drogą cięcia cesarskiego nie może być wykonany bez nacięcia macicy;
    - Potrzebne jest zdefiniowanie wskaźników oceniających jakość szpitalnych procedur niezabiegowych, brakuje np. wskaźników oceniających jakość hospitalizacji na oddziałach pediatrii i chorób wewnętrznych. Według danych NFZ z 2021 r. 47% hospitalizacji dotyczyło chorób układu krążenia, 22% chorób

układu oddechowego, 19% układu kostno-stawowego i mięśni;
    - Dla celów odciążenia szpitali niepotrzebnymi usługami warto rozważyć wskaźnik oceniający odsetek zbędnych porad w SOR/na Izbie Przyjęć.
- dobór wskaźników zarządczych dla opieki ambulatoryjnej może, zależnie od interpretacji i wykorzystania, stanowić zagrożenie pogorszeniem jakości
    - Wskaźniki wyliczające średnie liczby świadczeń opieki zdrowotnej w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i w opiece podstawowej przypadające na pacjenta mogą stanowić zachętę do udzielania jak najkrótszych świadczeń, co przy braku jakiejkolwiek oceny merytorycznej tych świadczeń będzie prowadziło do bezpośredniego zagrożenia obniżeniem jakości usług i bezpieczeństwa pacjenta.
    - Nie wiemy, czemu mają służyć wskaźniki procentowe udziału teleporad oraz porad, na których wystawiono recepty w ogóle wizyt, zwłaszcza że nie są powiązane z oceną ich jakości ani potrzebami konkretnej populacji. Tak zdefiniowane wskaźniki budują niepotrzebne administracyjne bariery, nie stanowiąc gwarancji poprawy jakości usług. Tym bardziej, że dane takie dostępne są w systemach Centrum e-Zdrowia.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazuje, iż kształt obecnego projektu rozporządzenia w rzeczywistości ma niewielki wpływ na faktyczną poprawę jakości opieki zdrowotnej, w związku z czym, widzi konieczność rewizji listy wskaźników, a także ich definicji, aby nie pozostawiały one żadnych wątpliwości oraz selekcję i wskazanie wskaźników priorytetowych. Co więcej nie wypełnia zapisów Art. 4.1 Ustawy, który wskazuje, że wskaźniki powinny także być zgodne z aktualną wiedzą medyczną i przyjętymi w Unii Europejskiej i krajach OECD zasadami monitorowania i poprawy jakości i efektywności opieki zdrowotnej. Aktualnie rekomendowany zestaw wskaźników tych warunków nie spełnia.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej jest gotowe do wsparcia procesu wypracowania wskaźników, dialogu i oferuje pomoc ekspertów NIL w tym procesie.