

Bydgoszcz, dnia 12 sierpnia 2024r.

MZ.IV-79/24

Opinia i rekomendacje
Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy
oraz Porozumienia Rezydentów OZZL
dot. rozporządzenia ministra zdrowia
w sprawie wskaźników jakości opieki zdrowotnej

Powstanie tego rozporządzenia jest ważnym krokiem w kierunku budowania polityki projakościowej w ochronie zdrowia. W naszej ocenie należy zadbać by były one rzeczywistym motywatorem do podwyższenia jakości świadczeń medycznych - przez co rozumiemy przede wszystkim wysoką jakość świadczeń zdrowotnych i bezpieczeństwo pacjenta.

Obszar kliniczny

Obszar wielokrotnie ocenia skuteczność jedynie pojedynczego rodzaju świadczeń z danego obszaru medycyny.

Na przykład:

1. Wszystkie wskaźniki odnoszące się do jakości świadczeń z zakresu ortopedii dotyczą protetyki. Część oddziałów ortopedycznych w ogóle nie wykonuje zabiegów protetycznych i nie będą w ogóle oceniane pod kątem jakości świadczeń.

IV 6. Odsetek pacjentów po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego poddawanych rehabilitacji w okresie 42 dni od dnia zabiegu.

IV 1. Liczba pierwotnych endoprotezoplastyk stawu kolanowego u danego świadczeniodawcy.

IV 2. Liczba rewizyjnych endoprotezoplastyk stawu kolanowego i biodrowego u danego świadczeniodawcy.

IV 3. Liczba pierwotnych całkowitych endoprotezoplastyk stawu biodrowego u danego świadczeniodawcy.

Taki rozkład wskaźników może prowadzić do premiowania placówek wykonujących protetykę kosztem ortopedii urazowej, która już jest gorzej wyceniana. Jest to przykład zagrożeń płynących tak sformułowanych wskaźników.

2. W przypadku monospecjalistycznych szpitali psychiatrycznych, z całej listy wskaźników klinicznych dotyczy ich tylko jeden. Oznacza to, że cała jakość opieki psychiatrycznej w tych placówkach będzie oceniana tylko na podstawie readmisji pacjentów ze schizofrenią:

Odsetek pacjentów, którzy zostali ponownie przyjęci (rehospitalizowani) do tego samego lub innego szpitala psychiatrycznego w rozumieniu art. 3 pkt 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2024 r. poz. 917), w okresie do 14 dni lub do 28 dni od dnia wypisania w całej populacji pacjentów danego świadczeniodawcy wypisanych z rozpoznaniem schizofrenii, zaburzeń schizotypowych, urojeniowych, psychotycznych lub schizoafektywnych.

Na rehospitalizację z przyczyny schizofrenii może wpływać wiele czynników niezwiązanych z jakością opieki. Są to trudna sytuacja socjalna, brak wsparcia bliskich, zaprzestanie stosowania leków czy stosowanie substancji psychoaktywnych. Rehospitalizacja jest w

większym stopniu związana z tymi czynnikami niż z gorszą jakością opieki co czyni ten wskaźnik w takim ujęciu nie oddającym rzeczywistej jakości leczenia. Wskaźnik też nie odnosi się do trybu rehospitalizacji przykładowo z oddziału całodobowego na dzienny co powoduje, że zgodnie z myśleniem terapeutycznym kontynuacja pacjenta po hospitalizacji stacjonarnej w ramach hospitalizacji dziennej będzie interpretowana jako readmisja (przynajmniej przez część osób interpretujących) co niesie ryzyko ograniczeń w kontynuacji leczenia w ramach oddziałów dziennych. Niezbędne jest doprecyzowanie, w którym jasno zapiszemy, że wskaźnik rehospitalizacji dotyczy oddziału stacjonarnego ogólnopsychiatrycznego.

3. Częstość występowania zatorów płucnych u pacjentów hospitalizowanych planowo w celu wykonania zabiegu przez danego świadczeniodawcę

Sugerujemy, że parametr opisany jest niedoprecyzowany gdyż zatorowość występuje znacznie częściej i dotyczy pacjentów w ogóle, a nie jedynie tych przyjmowanych do zabiegów planowych. Niejasnym jest dobór akurat tej konkretnej grupy w związku z pomiarem jakości. Wydaje się, że wskazane bardziej precyzyjne opisanie nazwy jeśli parametr ten ma oceniać zatorowość u pacjentów poddanych zabiegom.

4. Częstość wystąpienia sepsy u hospitalizowanych (zabiegowych) pacjentów u danego świadczeniodawcy

Sepsa jest zdarzeniem nie zawsze związanym z wykonywanym zabiegiem. Pytanie co jest celem tego wskaźnika. Czy ma on ocenić częstość sepsy jako powikłania zabiegów? W takim wypadku należałoby wykluczyć pacjentów hospitalizowanych u których sepsa rozwinęła się przed zabiegiem. Postulujemy o doprecyzowanie parametru.

5. Najczęstszymi zdarzeniami niepożądanymi w medycynie są odleżyny i zakażenia okołoperacyjne, stopy cukrzycowe - nie mają one jednak żadnego odzwierciedlenia we wskaźnikach jakości. Niezbędne jest dodanie tych parametrów.

Postulujemy, aby wskaźniki szerzej oceniały każdą ze specjalności oraz uwzględniały rzeczywisty efekt kliniczny który bierze pod uwagę zarówno wejściowy stan zdrowia pacjenta jak i czynniki niezależne od placówki. Ważne jest doprecyzowanie wskaźników

Obszar konsumentki

1. Zaproponowane wskaźniki stanowią jedynie kierunek w jakim powinna być badana jakość. Postulujemy o doprecyzowane ich zarówno, jeśli chodzi o ujednoczone w każdym obszarze pytania jak i kryteria oceny jakie będzie miał do wyboru odpowiadający. Niezbędne jest też określenie jednolitej formy i momentu hospitalizacji, gdy mają być one zbierane, gdyż właśnie ten czynnik może znacząco wpływać na wiarygodność zebranych odpowiedzi.
2. Na ocenę pacjenta wpływa wiele czynników na przykład pacjenci przyjęci bez zgody mogą stanowić 1/5 pacjentów w szpitalach psychiatrycznych. Z uwagi na przyczynę pobytu ich ocena może być zaniżona niezależnie od jakości opieki. Pacjenci w dużym cierpieniu, przykładowo z tytułu bólu przewlekłego również mogą zaniżać oceny placówki, dlatego należy uwzględnić te kryteria w metryczkach tych wskaźników.
3. Problematiczne grupy pacjentów to również dzieci czy osoby niepełnosprawne umysłowo. Należy doprecyzować, jak przebiega proces oceny w tych grupach pacjentów.

Obszar zarządczy

Wiele wskaźników wskazanych w tym obszarze jest skrajnie nieprecyzyjnych.

Na przykład:

1. Liczba świadczeń w przeliczeniu do lekarza. Zarówno zbyt duża jak i zbyt mała liczba świadczeń może świadczyć o gorszej jakości usługi. Świadczenia mają różny czas wymagany do ich prawidłowego wykonania. Tymczasem wskaźnik w żaden sposób nie precyzuje wartości pożądaných lub wartości granicznych.

Liczba świadczeń opieki zdrowotnej udzielana w poradniach w ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w przeliczeniu na lekarza.

2. Średni czas hospitalizacji jest niemiarodajnym wskaźnikiem z uwagi na zależność od specyfiki choroby pacjenta. Niektóre pobyty również ulegają przedłużeniu z uwagi na socjalną sytuacją pacjenta i nie mają związku z jakością świadczonej opieki czy przedłużoną hospitalizacją z uwagi na zdarzenie niepożądane. Jest ryzyko premiowania placówek, które unikają przyjmowania trudnych przypadków. Taki wskaźnik wymaga doprecyzowania.

Średnia liczba dni hospitalizacji u danego świadczeniodawcy w danym roku kalendarzowym

3. Odsetek porad podstawowej opiece zdrowotnej, podczas których wystawiono recepty nie jest wyznacznikiem jakości usługi ani bezpieczeństwa pacjenta. Nie określono również też jakie wartości są pożądane lub wartości granicznych.

Odsetek porad lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, na których wystawiono recepty, w ogólnej liczbie porad tego lekarza i pielęgniarki.

W naszej ocenie większość wskaźników z tego obszaru w większym stopniu służy ocenie efektywności zarządzania środkami NFZ przez placówki niż ocenie jakości opieki. Tymczasem to już ocenia wynik finansowy placówki. Jest to tym bardziej niepokojące, gdyż te wskaźniki będą oceniane przez NFZ i również NFZ będzie premiował placówki, które będą spełniać wskaźniki.

Istotne byłoby wprowadzenie wskaźnika oceniającego liczbę pacjentów w przeliczeniu na personel medyczny w zależności od specjalności i stopnia referencyjności placówki.

Odpowiednia liczebność kadry jest niezbędna w zapewnieniu jakościowej opieki.

Sugerujemy aby w ramach wskaźników zarządczych pojawiły się te uwzględniające jako czynnik pro jakościowy - normy minimalnego zatrudnienia.

Istotne jest też wyjaśnienie i odpowiednie uwzględnienie znaczenia akredytacji i certyfikatów, które posiadają placówki.

Obszar pracowniczy:

Poniższe wskaźniki jakości nie uwzględniają obszaru pracowniczego. Satysfakcji z pracy, integracji z miejscem, poczucia bezpieczeństwa pracowniczego, chęci kontynuacji pracy w danej placówce, możliwości rozwoju w danej placówce, a właśnie od tego wskaźnika w dużej mierze może zależeć jakość świadczonych usług. Te wskaźniki mogą być wręcz papierkiem lakmusowym zwiastującym w jakim kierunku pójdzie jakość ochrony zdrowia.

Postulujemy uwzględnienie obszaru pracowniczego w ocenie jakości w ochronie zdrowia.

Wnioski końcowe

Choć utworzenie tego rozporządzenia jest istotnym krokiem w kierunku budowania jakości w ochronie zdrowia uważamy, że wprowadza ono wiele niejasności i niepokoju. Jest ogólne, nie uwzględnia faktu, że szpital to nie taśma produkcyjna z takimi samymi pod względem klinicznym pacjentami. Nie mówi zainteresowanym co z określonymi wskaźnikami ma się wydarzyć dalej oraz pozostawia poczucie, że opublikowano je w niepełnej formie.

Wiele wskaźników nie spełnia swoich funkcji. Wiele z nich jest nieprecyzyjnych albo mierzone przez nie zjawiska nie dają jednoznacznej informacji o rzeczywistej jakości opieki.

Niezbędne jest zatem wprowadzenie rozporządzenia, które precyzyjnie określi zakres obszaru objętego monitorowaniem jakości. Nowa regulacja musi zapewnić pacjentom, osobom wykonującym zawód medyczny i podmiotom wykonującym działalność leczniczą dostęp do powszechnej, wiarygodnej, obiektywnej i porównywalnej informacji o jakości udzielanej opieki.

Przewodnicząca Zarządu Krajowego
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy

G. Cebula - Kubat
Lek. Grażyna Cebula-Kubat

Sebastian Goncerz

Sebastian Goncerz

Przewodniczący

Porozumienia Rezydentów

Ogólnopolskiego Związku

Zawodowego Lekarzy