

Metodika pro hodnocení/revize ukazatelů kvality zdravotních služeb

(platná od roku 2019, verze 3 - aktualizace 6.10.2019)

Kancelář zdravotního pojištění

Obsah

1.	ÚVOD	4
1.1.	HISTORIE – NÁRODNÍ SADA UKAZATELŮ KVALITY ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB	4
1.2.	AGENDA REVIZE A AKTUALIZACE UKAZATELŮ	4
1.3.	ÚČEL A OBSAH METODIKY	5
2.	UKAZATELE KVALITY – ZÁKLADNÍ TEORETICKÉ MINIMUM	7
2.1.	ZÁKLADNÍ TEZE	7
2.2.	UKAZATELE KVALITY A UKAZATELE VÝKONNOSTI	7
2.3.	DĚLENÍ UKAZATELŮ	8
2.3.1.	Ukazatele kvality struktury (strukturální ukazatelé)	8
2.3.2.	Ukazatele kvality procesu (procesní ukazatelé)	8
2.3.3.	Ukazatele kvality výsledku (výsledkové ukazatelé)	9
2.4.	POŽADAVKY NA UKAZATELE KVALITY	9
2.4.1.	Důležitost	10
2.4.2.	Vědecká správnost	10
2.4.3.	Proveditelnost	10
2.4.4.	Užitečnost	10
2.5.	CÍLE POUŽITÍ UKAZATELŮ	10
2.6.	ŽIVOTNÍ CYKLUS UKAZATELE	11
2.7.	DATOVÉ ZDROJE, VALIDITA DAT	12
2.8.	VALIDITA UKAZATELŮ KVALITY	12
2.9.	STANDARDIZACE VÝSLEDKOVÝCH UKAZATELŮ KVALITY	13
2.10.	STATISTICKÁ PREZENTACE DAT	13
2.10.1.	Základní a výběrový statistický soubor	13
2.11.	ZAPOJENÍ KLINICKÝCH ODBORNÍKŮ DO VÝVOJE A SCHVALOVÁNÍ UKAZATELŮ	14
2.12.	ZÁVĚR	14
3.	PROCES TVORBY A HODNOCENÍ/REVIZE UKAZATELŮ KVALITY	15
3.1.	PRACOVNÍ SKUPINA PRO KVALITU (PSK)	15
3.2.	ODBORNÝ PANEL	15

3.3.	MATERIÁLY PRO HODNOCENÍ/REVIZI UKAZATELŮ KVALITY	16
3.3.1.	Sada informací k ukazateli	16
3.3.2.	Hodnotící dotazník.....	16
3.4.	POSTUP PŘI TVORBĚ A HODNOCENÍ UKAZATELE	16
3.5.	ROZHODNUTÍ.....	18
3.5.1.	Přijetí ukazatele	18
3.5.2.	Vyloučení ukazatele.....	18
3.5.3.	Ponechání ve fázi vývoje.....	19

1. ÚVOD

1.1. HISTORIE – NÁRODNÍ SADA UKAZATELŮ KVALITY ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

V roce 2008 bylo Národní referenční centrum (NRC) pověřeno Ministerstvem zdravotnictví ČR správou a dalším vývojem výstupů projektů zaměřených na řešení problémů kvality zdravotní péče (Prováděcí smlouva č. 5 k Rámcové dohodě o spolupráci ze dne 27. 5. 2008). V roce 2012 poprvé vyšla první ucelená prezentace ukazatelů kvality, které byly doporučeny na základě konsenzu odborníků pro používání v ČR tzv. Katalog Národní sady ukazatelů zdravotních služeb (KNSUZS), který obsahuje 68 ukazatelů (https://www.kancelarzp.cz/images/cmu_documents/analyzy/Katalog_ukazatele.pdf). Jedná se o soubor ukazatelů výkonnosti a/nebo kvality, které prošly odbornou validací, statistickým testováním a závěrečným konsensuálním vyhodnocením.

KNSUZS vznikl na základě vlastní metodiky vývoje ukazatelů inspirované obdobnými metodikami velkých národních sad ukazatelů v zahraničí, především sady AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality). Metodika popisuje mimo jiné i tzv. životní cyklus ukazatelů sestávající z následujících fází:

1. registrace návrhu ukazatele, formalizovaný záznam vstupních informací o ukazateli,
2. předběžné vyhodnocení ukazatele zaměřené především na užitečnost a proveditelnost,
3. sběr dat a testování ukazatele se statistickým vyhodnocením,
4. oponentura, konečné vyhodnocení ukazatele zaměřené kromě užitečnosti a proveditelnosti také na vědeckou přijatelnost a důležitost ukazatele,
5. revize ukazatele v případě, že uplyne stanovaná doba účinnosti, nebo je podán návrh ke změně v důsledku nových poznatků, týkajících se předmětu ukazatele.

Ukazatele jsou do SUK navrhovány na základě zahraničních i domácích zkušeností. U ukazatelů převzatých ze zahraničí je využíván fakt, že standard již jednou úspěšně prošel validací a praktickým testováním v jiných zemích.

1.2. AGENDA REVIZE A AKTUALIZACE UKAZATELŮ

Po uplynutí určité doby je nutná revize a aktualizace ukazatelů tak, aby mohly být zohledněny případné medicínské, nebo organizační změny systému. Medicínské změny vyžadují provedení nových rešerší, organizační zahrnují např. otázku zahrnutí nových kódů výkonů.

Agendu revize a aktualizace ukazatelů kvality zdravotních služeb řeší Kancelář zdravotního pojištění (KZP), která je institucí reprezentující systém veřejného zdravotního pojištění ČR, a která jakožto právní nástupce NRC navazuje tak na vlastní dokumentační a informační základnu, jejíž součástí je prakticky použitelná metodika vývoje ukazatelů založená na systematických rešerších a praktickém testování ukazatelů s využitím reálných dat.

Agenda je řešena z pověření členů KZP a v úzké spolupráci a komunikaci s Ministerstvem zdravotnictví v rámci programu „Zdraví 2020“ (http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/ministr-zdravotnictvi-obnovil-prace-na-programu-zdravi-2020_15485_3016_5.html), který má sloužit k naplnění Národní strategie ochrany a

podpory zdraví a prevence nemocí v ČR, jehož součástí je akční plán č. 09: Zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, který zahrnuje stanovení sady ukazatelů kvality péče pro poskytovatele zdravotních služeb.

V rámci dané agendy je následně rovněž předpokládána i revize a případně dopracování ukazatelů, které byly dříve navrženy, projednávány a jejichž vývoj byl v různých fázích přípravy přerušen. Souběžně se bude pracovat na vytipování dalších vhodných ukazatelů, přičemž v této otázce je vítán aktivní přístup odborných společností. Ukazatele byly a budou navrhovány především na základě zahraničních zkušeností, kde je možné se opírat o fakt, že takový standard již jednou prošel úspěšně validací a testováním v zahraničí, nicméně návrhy „tuzemského“ původu jsou považovány za rovnocenné.

Hlavním příjemcem výstupů práce na ukazatelích kvality (zpracování a hodnocení) jsou české veřejné zdravotní pojišťovny. Souběžně se předpokládá poskytnutí výstupů hodnocení/revize a zpracování ukazatelů také všem zainteresovaným poskytovatelům zdravotních služeb, kteří tím získají možnost porovnání s celkem. Ukazatele, které jsou vhodné pro zveřejnění budou dány k dispozici pacientům pro možnost výběru poskytovatele zdravotních služeb.

Ať již jde o využití dat o ukazatelích poskytovaných služeb zdravotními pojišťovnami, poskytovateli, odbornými společnostmi, nebo případně státní správou, vždy je společným a všemu nadřazeným cílem zlepšení kvality služeb, přístupu k léčení a potřebám pacientů (pojištěnců) ve smluvních zdravotnických zařízeních.

1.3. ÚČEL A OBSAH METODIKY

Tento dokument je především praktickým návodem pro členy pracovních skupin (tzv. odborných panelů), které vyhodnocují/revidují navrhované ukazatele kvality a výkonnosti a dávají doporučení/nedoporučení k jejich užívání.

Metodika pro vyhodnocení ukazatelů:

- obsahuje základní obecné informace o ukazatelích kvality,
- popisuje proces hodnocení/revize kandidátů na ukazatele kvality,
- obsahuje strukturovaný dotazník k popisu vlastností ukazatele a vyhodnocení jeho použitelnosti.

Mimo to je zde dále zpracován krátký obecný teoretický přehled o ukazatelích kvality a vysvětlena používaná související terminologie.

Následující text je zamýšlen jako sjednocující koncepční, terminologická a metodická báze pro proces vyhodnocování ukazatelů kvality. Je určen čtenářům, kteří problematiku měření

kvality pomocí ukazatelů znají. Dokument proto nemůže být považován za dostatečné a úplné vysvětlení všech aspektů spojených s měřením kvality a vyhodnocováním ukazatelů.

V případě zájmu nastudovat si teorii ukazatelů kvality podrobněji, je k dispozici dokument „Ukazatele kvality – teoretické pojednání“, který je umístěn na webových stránkách KZP.

2. UKAZATELÉ KVALITY – ZÁKLADNÍ TEORETICKÉ MINIMUM

Aby bylo možné na ukazatelích kvality zdravotních služeb správně pracovat, je potřeba se seznámit alespoň zhruba se základními obecnými informacemi a terminologií o ukazatelích. Jedná se o teoretické minimum, které není možné považovat za dostatečné a úplné vysvětlení všech aspektů spojených s měřením kvality a vyhodnocováním/revizí ukazatelů.

2.1. ZÁKLADNÍ TEZE

Současný ve světě obvyklý koncept zjišťování a vyhodnocování/revize výkonnosti a kvality zdravotní péče je založen na pozorováních týkajících se prostředí, v němž je zdravotní péče poskytována (obvykle nazývaným „**strukturou**“), způsobu, jakým je poskytována (obvykle nazývaným „**procesem**“) a dosažení požadovaného cíle (obvykle nazývaným „**výsledkem**“; někdy je vhodné rozlišovat ještě krátkodobé a dlouhodobé výsledky).

V dlouhodobém vývoji metodik a užívaných ukazatelů je trvalou snahou získat pokud možno objektivní pohled na kvalitu péče, který nahrazuje subjektivně podmíněné pohledy na kvalitu péče.

Objektivnost spočívá ve dvou prvcích:

- ve zjišťování a hodnocení kvality péče v její kvantitativní (měřitelné) podobě
- v solidních podkladech pro možnost interpretace těchto měření

Pozorování, která splňují tyto požadavky v konvenční míře (podmíněné současnou úrovní poznání v této oblasti) a jsou vyhlášeny nějakou autoritou, která zároveň poskytuje jejich formalizovaný popis, se nazývají **ukazatele kvality**.

Součástí metodik ukazatelů kvality mají být vždy doporučení, jak ukazatele kvality seskupovat, jak je vybírat pro různé účely použití a jak je interpretovat.

2.2. UKAZATELE KVALITY A UKAZATELE VÝKONNOSTI

Literatura není jednotná v definování a užití výrazů ukazatel kvality a ukazatel výkonnosti (quality indicators, performance indicators, nebo také quality performance indicators). Jisté je, že výkonnost a kvalita zdravotních služeb spolu úzce souvisejí. Přestože v navržené metodice rozlišujeme ukazatele kvality a ukazatele výkonnosti, je třeba mít na paměti, že toto rozlišení je arbitrární a že v tzv. měřeních výkonnosti je zahrnut určitý aspekt kvality a naopak.

2.3. DĚLENÍ UKAZATELŮ

Základní dělení již bylo zmíněno. Spočívá v rozdělení ukazatelů do tří skupin:

1. ukazatele kvality struktury
2. ukazatele kvality procesu
3. ukazatele kvality výsledku

Dále je možné ukazatele dělit z různých hledisek. Z hlediska využití výsledků je důležité dělení na:

1. ukazatele (zaměřené na) jednotlivého poskytovatele („provider level“)
2. ukazatele oblastní („area level“)

Měřenou a porovnávanou „oblastí“ může být okres, kraj nebo jiný celek. Ukazatele oblastní není možné spočítat pro jednotlivého poskytovatele (zejména proto, že se na procesu péče, a tedy i na výsledku podílí více poskytovatelů).

2.3.1. Ukazatele kvality struktury (strukturální ukazatelé)

Např.

- počet sester / 1 lůžko na jednotce intenzivní péče
- konvenčně se mezi strukturální ukazatele řadí objemové ukazatele – „volume measures“ (např. počet CABG za rok)

Strukturální ukazatele popisují (měří) poskytovatele zdravotní péče zejména s ohledem na jeho potenciál poskytovat kvalitní péči. strukturální ukazatele jsou brány

- objemové ukazatele (volume measures) - množství výkonů nebo postupů
- přijetí konkrétních modelů organizace zdravotní péče, např. pro pacienty s cévní mozkovou příhodou nebo organizace péče na jednotce intenzivní péče
- zavedení a využívání sofistikovaných nemocničních informačních systémů

O oprávněnosti používání objemových ukazatelů se stále vedou spory stejně jako o způsobu výpočtu (stanovení) minimálního počtu výkonů za rok pro vybrané výkony. Je snaha hodnotit strukturu i proces i výsledek (nemocnice, která dělá velké množství nějakého výkonu, může mít špatné výsledky).

2.3.2. Ukazatele kvality procesu (procesní ukazatelé)

Např.

- vyšetření glykovaného hemoglobinu nejméně 1x ročně u diabetiků
- realizace profylaxe pooperační infekce (podle platného standardu)

Procesní ukazatele zjišťují odchylku od procesního standardu, kterým může být

- popis v literatuře týkající se medicíny založené na důkazech
- soubor korektně provedených prací s výstupy ve formě systematických přehledů publikovaných odborné veřejnosti
- část klinických doporučených postupů (Clinical Practice Guidelines)

Procesní ukazatele by měly vždy být konzistentní s platným klinickým standardem (např. realizace profylaxe pooperační infekce podle platného standardu). Zahraniční procesní ukazatele se obvykle odkazují na konkrétní paragrafy doporučených postupů.

Procesní ukazatele až na výjimky nejsou zjistitelné z rutinně sbíraných dat (k-dávky, NZIS). Např. u ukazatele, který spočívá ve zjištění nakolik je v praxi dodrženo doporučení podat určité antibiotikum do 3 hodin po přijetí, je nutné zavést standardizovaný způsob sběru relevantních údajů (protokol, software apod.)

Předností procesního ukazatele je, že poskytovatele informuje, v čem spočívá případně zjištěný nedostatek v poskytované péči.

2.3.3. Ukazatele kvality výsledku (výsledkové ukazatelé)

Např.

- nemocniční mortalita na akutní infarkt myokardu
- rehospitalizace po abdominální operaci, reoperace apod.

Některé výsledkové ukazatele jsou zjistitelné z rutinně sbíraných dat, pro jiné je nutné sbírat dodatečná data.

Protože i při optimální péči dochází k jiným než optimálním výsledkům, je nutné zohlednit (eliminovat) zkreslující okolnosti spočívající v (mezi poskytovateli) nerovnoměrně rozloženém riziku pro nepříznivý výsledek. Postup, který odstraňuje takovéto zkreslení ukazatele, se nazývá standardizace ukazatele.

Optimální standardizace vyžaduje data, která téměř nikdy nejsou dostupná mezi rutinně sbíranými údaji téže datové sady, ze které je odečítáno vlastní měření kvality.

Slabou stránkou výsledkového ukazatele je, že neinformuje poskytovatele, kde je příčina při nepříznivém výsledku ukazatele.

2.4. POŽADAVKY NA UKAZATELE KVALITY

Každý ukazatel kvality stojí na čtyřech pilířích DŮLEŽITOST, VĚDECKÁ SPRÁVNOST, PRAKTICKÁ PROVEDITELNOST a UŽITEČNOST.

2.4.1. Důležitost

Ukazatel by měl být zaměřen na oblast, která je z hlediska formulování zdravotní politiky nějakým způsobem důležitá. Důležitost může souviset se sociálním nebo ekonomickým aspektem vybrané oblasti zdravotnictví.

Typickými preferovanými oblastmi jsou např. nádory, kardiovaskulární onemocnění, chronická onemocnění. Předmětem zájmu se ale může stát i jiným způsobem vymezená oblast např. bezpečí pacienta, preventivní aspekty nebo racionální preskripce.

Spolu s aspektem „důležitosti“ se někdy vyhodnocuje i laická „zdánlivá validita“, tedy to, jak se bude jevit ukazatel ve vztahu k dané oblasti neprofesionálům (bez ohledu na to, jaký skutečně ukazatel je); zda mu budou rozumět a přiměřeně důvěřovat.

2.4.2. Vědecká správnost

Vědecká správnost je chápána tak, že existují důkazy (Evidence based), že ukazatel měří kvalitu. Existuje důvěra odborné veřejnosti v tyto důkazy a odborná veřejnost má tedy důvěru v pravdivost ukazatele.

2.4.3. Proveditelnost

Proveditelnost by měla být alespoň odhadnuta hned na začátku úvah o zavedení ukazatele, protože může být limitujícím prvkem. Je potřeba, aby byla k dispozici data a aby byla jejich chybovost přijatelná.

2.4.4. Užitečnost

To, že je ukazatel „vědecky správný“ a dostatečně validní ještě neznamená, že bude užitečný. Je vhodné uvědomit si, v čem chceme vidět užitečnost ukazatele a posoudit, zda cíl daný ukazatel naplňuje. Obvykle je užitečnost ukazatele spatřována v tom, že používání ukazatele vede k vyšší kvalitě péče. To však není zdaleka tak samozřejmé, jak by se mohlo zdát. Poskytovatel totiž záhy může přijít na to, jak dosáhnout zlepšení ukazatele bez zlepšení péče. Mělo by platit, že ukazatel udělá více užitku než škod.

2.5. CÍLE POUŽITÍ UKAZATELŮ

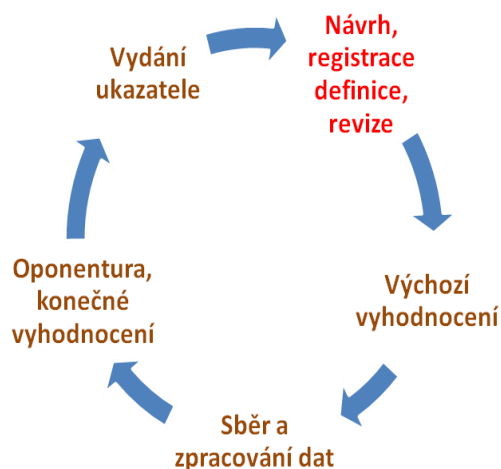
Hlavním cílem použití ukazatelů původně by mělo být interní využití poskytovatelem ke zlepšení kvality. V ideálním případě je využití poskytovatelem za účelem zlepšení kvality předmětem jeho aktivního zájmu o zlepšení poskytovaných služeb. V některých státech je patrná i snaha vytvářet prostředí, v němž jsou poskytovatelé vyzýváni (resp. je na ně vytvářen tlak) k tomu, aby poskytli údaje k dalším použitím, často spojeným se zveřejněním a vzájemným porovnáváním výsledů.

Ukazatele kvality mohou být použity následujícími způsoby (některé se mohou překrývat):

Způsob	Popis
Interní hodnocení	Poskytovatel interpretuje ukazatele s podrobnou znalostí „interního“ kontextu; ukazatele proto nemusí mít povahu „konečného důkazu“;
Národní programy a strategie	Ukazatel je určený pro zřizovatele a řídicí subjekty na poli zdravotnictví, které mohou (chtějí) určitou strategii realizovat (např. odborná společnost, zdravotní pojišťovny, nebo MZČR).
Smlouvy s plátcí o aktivní účasti v programech kvality (bonifikace za účast)	Poskytovatel se zavazuje reportovat speciální údaje o výkonnosti. Případná bonifikace je pouze za participaci (nikoliv za hodnotu ukazatele).
Smlouvy s plátcí o bonifikaci za dosažené výsledky v programech kvality	Bonifikace je dosažení cílových hodnot ukazatele.
Zveřejňování pro širokou veřejnost (s příslušným výkladem, jak ukazateli správně rozumět)	Veřejná prezentace dat pro potřeby pacientů (vybrané údaje jsou prezentovány s výkladem tak, aby se pacient mohl rozhodovat při výběru poskytovatele).

Vždy je nutné počítat s tím, že se může objevit tendence ukazatel použít pro jiný účel a jiným způsobem, než bylo původně zamýšleno. Proto je důležité zmenšit riziko chybných použití tím, že se k ukazateli připojí (individualizovaný) popis vhodného a nevhodného použití.

2.6. ŽIVOTNÍ CYKLUS UKAZATELE



2.7. DATOVÉ ZDROJE, VALIDITA DAT

Datové zdroje jsou dvojího typu

- tzv. administrativní data (rutinně sbíraná data v ustáleném rozhraní; k-dávky, NZIS)
- dodatečná data
 - registry, databáze parametrických sběrů klinických dat
 - klinická data z chorobopisů
 - klinická data nad rámec chorobopisů
 - ankety; průzkumy spokojenosti
 - operativní interní data (např. akreditace lékařů apod.).

Validace dat se provádí datovými audity. Pokud se datové audity neprovádějí, může být kvalita dat problematická; nicméně je třeba vzít na vědomí, že úroveň kvality je pro různé „oblasti“ různá a pro některé ukazatele může být dostatečná (např. ukazatele definované výkonem).

2.8. VALIDITA UKAZATELŮ KVALITY

Validita je dvojího typu:

- kriteriální validita – je vyjádřitelná postupy a hodnotami jako jsou sensitivita a specifita); kritériem validity je dosažení určité arbitrárně stanovené hranice specifity a/nebo sensitivity)
- konstruktová validita – konstruktem se myslí kombinace logicky navazujících argumentů, podporujících domněnku, že ukazatel opravdu měří kvalitu

Validita procesních ukazatelů

- je založena především na validaci relevantního standardu
- spočívá v prokázání, že způsob měření vhodně detekuje procesní odchylku

Validita výsledkových ukazatelů je prakticky vzato výhradně konstruktová, přičemž u mnoha již používaných ukazatelů se uvádí, že je dosti nejasná.

Doklady o tom, že výsledkový ukazatel (dobře a spolehlivě) měří kvalitu (detekuje nekvalitu) jsou často neúplné. Validita takových ukazatelů je založena na dvou prvcích:

1. na neúplných důkazech
2. na konsenzu expertů, který říká, že tyto doklady přes svoji neúplnost jsou dostatečné k tomu, aby se ukazatel uplatnil pro určité cíle

Znalost (resp. výběr) cíle je při validaci důležitý. Ukazatel může být pro některý cíl vhodný a pro jiný nevhodný. Validaci je nutné chápat jakou specifickou k danému způsobu použití. Například indikátory kvality pro striktně interní použití mohou detekovat jenom potenciální problémy. Naproti tomu zveřejňované údaje by měly být založeny na vysoce spolehlivých údajích (tedy s dostatečnou standardizací, vyloučením vlivu malých čísel apod.), protože je zde v sázce

reputace poskytovatele, která nesmí být kompromitována kvůli metodickým nedokonalostem ukazatele.

2.9. STANDARDIZACE VÝSLEDKOVÝCH UKAZATELŮ KVALITY

Standardizace ukazatelů je nutnou a zároveň obtížnou kapitolou při vývoji a použití ukazatele. Je užívána především u výsledkových ukazatelů. Validace způsobu standardizace (která musí být specifická k danému ukazateli) je velmi obtížná a náročná na datové zdroje a prostředky. Validace konkrétního postupu standardizace spočívá v průkazu, že výsledek standardizace za pomoci dostupných dat (např. věk a pohlaví) dostatečně koreluje se výsledkem optimální standardizace („gold standard“) za pomoci všech dostupných dat, popisujících významné rizikové faktory přítomné v okamžiku vstupu pacienta do procesu péče, např. při příjmu pacienta (jde především o všechny významné komorbidity).

Zmenšení zkreslení ukazatele lze dosáhnout stratifikací A/NEBO standardizací:

- Stratifikace – rozklad na podskupiny (například podle věkových skupin) a provedení samostatných měření pro ně; to je nevýhodné jak z hlediska statistiky (protože podskupiny budou mít často malé počty pacientů) tak z hlediska následné interpretace (různé podskupiny mohou mít různé komparativní výsledky a nemusí být jasné, jak si poskytovatel vlastně stojí v kvalitě u dané klinické problematiky)
- Standardizace – matematická operace, která odstraní ovlivnění výsledku rizikovými faktory tak, aby zůstal jeden (syntetický) výsledek. Standardizace používá rozklad na podskupiny (stratifikaci) pouze jako pomocný krok.

Standardizaci rozdělujeme na přímou (běžná v demografických studiích, ale u ukazatelů kvality se téměř vůbec nepoužívá) a nepřímou. Princip nepřímé standardizace spočívá v rozdělení hodnot rizikového faktoru (RF) do několika skupin (kategorií), pro které se zvlášť spočtou tzv. populační specifické míry např. úmrtnosti (rehospitalizací, komplikací apod.) jako poměr počtu zemřelých a počtu hospitalizovaných pacientů v příslušné skupině rizikového faktoru. Populační specifické míry úmrtnosti jsou aplikovány na skladbu pacientů v dané nemocnici, čímž získáme očekávaný počet např. úmrtí v dané nemocnici. Poměření skutečného a očekávaného počtu např. úmrtí je získána hodnota srovnávacího indexu (SI). Vynásobením SI a obecné např. úmrtnosti získáme (nepřímo) standardizovanou úmrtnost.

2.10. STATISTICKÁ PREZENTACE DAT

Vzhledem k tomu, že hodnotu ukazatele kvality pro konkrétního poskytovatele (nemocnici) ovlivňuje také náhoda, je nutné prezentovat výsledek tak, aby byla vzata v úvahu pravděpodobnost (statistická míra jistoty), že výsledek je nenahodilý. K tomu slouží metody tzv. induktivní statistiky.

2.10.1. Základní a výběrový statistický soubor

ZÁKLADNÍ STATISTICKÝ SOUBOR je takový statistický soubor, který obsahuje všechny statistické jednotky s daným statistickým znakem (zkoumáme-li průměrný věk pacientů v

nemocnicích ČR, kteří podstoupí v roce 2018 operaci bypassu, tak základní soubor tvoří všichni pacienti ze všech nemocnic v ČR, kteří podstoupí v roce 2018 operaci bypassu).

VÝBĚROVÝ STATISTICKÝ SOUBOR (neboli výběr) je takový statistický soubor, který neobsahuje všechny statistické jednotky, ale pouze vybranou část. Je tedy podmnožinou základního souboru (k výše uvedenému příkladu pacientů s operací bypassu v roce 2018 v ČR tvoří výběr např. pacienti, kteří podstoupí operaci bypassu v roce 2018 ve FN Motol).

V praxi se setkáme buď s tím, že

1. není možné změřit sledovaný parametr na všech jednotkách základního souboru (technicky nereálné, finančně nereálné). Proto se použije výběr, čímž získáme tzv. hodnotu výběru, ale ne celého základního souboru. Nás však nezajímá hodnota výběru nýbrž hodnota sledovaného parametru základního souboru. Informace o hodnotě parametru základního souboru musíme odvodit z hodnoty parametru výběru.
2. máme vypočítanou tzv. hodnotu výběru sledovaného parametru (např. výběrový aritmetický průměr) a známe hodnotu sledovaného parametru pro celý základní soubor a pomocí indukční statistiky (testování hypotéz) můžeme s předem danou pravděpodobností zjistit, zda se hodnota sledovaného parametru výběrového souboru statisticky významně liší od hodnoty sledovaného parametru celého základního souboru.

2.11. ZAPOJENÍ KLINICKÝCH ODBORNÍKŮ DO VÝVOJE A SCHVALOVÁNÍ UKAZATELŮ

Při vývoji ukazatelů je nutné splnit řadu metodických požadavků, z nichž jeden se považuje za zvláště důležitý. Při tvorbě a zejména schvalování či revizi ukazatelů se klade velký důraz na kladný posudek zástupců odborných společností. Mezi doporučené ukazatele by se měly dostat pouze takové ukazatele, které byly schváleny klinickými specialisty nominovanými odbornou společností (případně odpovídající odbornou sekcí OS).

2.12. ZÁVĚR

Validita prezentovaných ukazatelů je vyhodnocena pomocí konsenzu, a to obvykle na základě nepřímých důkazů. Použití ukazatelů nesmí být nikdy mechanické, ale vždy uvážené, se znalostí silných i slabších stránek ukazatele.

3. PROCES TVORBY A HODNOCENÍ/REVIZE UKAZATELŮ KVALITY

3.1. PRACOVNÍ SKUPINA PRO KVALITU (PSK)

Pracovní skupina Kanceláře ZP pro kvalitu slouží pro účely konzultace výběru nových ukazatelů, popř. revize a aktualizace stávajících ukazatelů kvality zdravotních služeb, a dalších obecných otázek. PSK je složená z nominovaných expertů KZP i zdravotních pojišťoven.

Jednání pracovní skupiny probíhá zpravidla kvartálně, v případě potřeby je svoláno KZP ad hoc. Z jednání je pořizován pracovníky KZP zápis. Mezi jednotlivými jednáními je komunikováno písemně.

Členové pracovní skupiny mají přístup do portálového nástroje pro zpracování ukazatelů, včetně vývojového prostředí.

Jednání pracovní skupiny se mohou zúčastnit i pozvaní zástupci dalších organizací, např. odborných společností, navrhuje zařazení konkrétního ukazatele do plánu prací, popřípadě usilující o projednání nebo revizi ukazatele.

Součinnost všech složek je koordinována Kancelářím ZP.

3.2. ODBORNÝ PANEL

Pro účely projednávání konkrétních návrhů, definic a výstupů zpracování jednotlivých ukazatelů jsou zřizovány panely expertů za účasti zástupců KZP, ZP a klinických expertů nominovaných buď odbornými společnostmi, nebo PSK v případě neuskutečnění nominace OS. Každý účastník hodnotícího panelu bude mít k dispozici základní informace o ostatních členech panelu.

Panel je ustanoven k zajištění konsenzuálního názoru na vhodnost přijetí jednotlivých ukazatelů a to tak, aby konsenzus zohledňoval stanovisko:

- Klinicky odborné
- Systémové z hlediska metodiky ukazatelů
- Systémové z hlediska správného poskytování zdravotních služeb a jejich úhrad

Panel expertů je složen z následujících členů:

Kategorie	Počet	Náplň
Vedoucí panelu	1	Je koordinátorem panelu, zajišťuje podkladové materiály, prezentuje strukturovaný popis kandidáta na ukazatele, řídí diskusi, zpracovává finální vyhodnocení. Vedoucím panelu je zástupce KZP.
Expert zástupce KZP	1	Reprezentuje odborné stanovisko KZP z hlediska obecné teorie měření kvality. Zpracovává finální vyhodnocení.
Zástupce plátců	min 1	Reprezentuje stanovisko plátců.
Klinický expert	min 1	Reprezentuje odborné stanovisko daného klinického oboru.

3.3. MATERIÁLY PRO HODNOCENÍ/REVIZI UKAZATELŮ KVALITY

Každý člen hodnotícího panelu obdrží kromě tohoto dokumentu („Metodika pro hodnocení/revize ukazatelů zdravotních služeb“) také následující dokumenty:

- dokument „Ukazatele kvality – teoretické pojednání“, který je umístěn na webových stránkách KZP, jedná se o teorii a terminologii ukazatelů kvality zdravotních služeb
- sadu informací ke každému ukazateli
- informace o složení hodnotícího panelu (představení – jména, profesní zařazení)
- hodnotící dotazník k hodnocení/revizi ukazatele

Materiály jsou dostupné vzdáleným přístupem.

3.3.1. Sada informací k ukazateli

- strukturovaný a formalizovaný popis návrhu ukazatele obsahující mimo jiné původ návrhu, definici a odkazy na literaturu (rešerše)
- popis předběžného vyhodnocení zaměřeného na zhodnocení měřitelnosti a užitečnosti vycházejícího z informací dostupných před testováním dat
- výsledky testování ukazatele nad reálnými daty

3.3.2. Hodnotící dotazník

Dotazník je v elektronické podobě na portálu KZP a každý hodnotitel obdrží přístupové údaje. Dotazník obsahuje následující informace:

- jméno hodnotitele a název organizace, kterou zastupuje
- název ukazatele a jeho kód
- otázky ohledně důležitosti, vědecké přijatelnosti, využitelnosti a užitečnosti, proveditelnosti
- otázka na doporučení, nebo nedoporučení používání
- otázky ohledně vhodného způsobu použití.

Dotazník je pro každý ukazatel individuálně uzpůsobený. Odpovědi na otázky se budou vybírat z rozevíracího seznamu. K dotazníku je možné se kdykoli vrátit a odpověď změnit.

3.4. POSTUP PŘI TVORBĚ A HODNOCENÍ UKAZATELE

Postup zahrnuje přípravu, vyhodnocení a rozhodnutí:

Krok	Forma	Popis
1. Přípravná fáze projednání ukazatele	Prezenční, nebo distanční	<ul style="list-style-type: none">• Navržení ukazatele ke zpracování (ve spolupráci s OS, klinickým expertem, nebo ZP)• Příprava dat a jejich předběžná validace (ideálně ve spolupráci s nominovaným zástupcem OS a konkrétním PZS)

		<ul style="list-style-type: none"> • Rešeršní činnost (ideálně ve spolupráci s nominovaným zástupcem OS) • Projednání návrhu nového ukazatele v PSK a rozhodnutí o jeho zpracování • Žádost o nominaci klinických expertů OS do panelu expertů (popř. nominace od PSK) • Žádost na členy PSK o nominaci zástupce plátců do panelu expertů. • Vytvoření panelu expertů • Příprava dat, potřebných dle předpokladu pro zpracování (hodnocení/revizi) ukazatele <i>Tuto fázi zajistí KZP</i>
2. Přípravná schůzka hodnotícího panelu	Prezenční nebo výjimečně distanční (dle komplikovanosti ukazatele)	<p>Experti se zúčastní metodické přípravné schůzky, na které</p> <ul style="list-style-type: none"> • jsou rekapitulovány základní principy metodiky ukazatelů kvality • je popsán způsob práce panelu a postup při vyhodnocování • Jsou diskutovány připravené podklady o výstupech interní revize ukazatele, jejich úplnost a kvalita a navrženo jejich ev. doplnění. Výjimečně lze zajistit distančně.
3. Rozeslání finálních podkladů členům panelu	Distanční	Vedoucí panelu připraví finální podklady k ukazateli, který má být předmětem hodnocení/revize. Tyto podklady jsou zaslány expertům.
4. Vyhodnocení členy panelu	Distanční	Členové panelu vyplní strukturovaný dotazník k hodnocení/revizi posuzovaného ukazatele. Na jejich základě vedoucí panelu zpracuje syntetický dokument, který je dán k dispozici expertům.
5. Závěr - rozhodnutí	Prezenční nebo distanční	Na základě výstupů předchozích kroků navrhne vedoucí panelu výsledek hodnocení (ukazatel je zařazen, vyřazen, ponechán ve vývoji). Výsledek hodnocení je založen na konsenzu, který je stvrzen jednotným stanoviskem všech členů odborného panelu.
6. Dopracování ukazatele v případě jeho přijetí s návrhem na	Distanční	KZP zpracuje a rozešle nové výstupy/analýzy dat na základě upravené a schválené nové definice ukazatele odborným panelem členům panelu pro kontrolu a popř. finální schválení vytvořeného ukazatele kvality.

úpravu definice ukazatele		V případě nejasností, které mohou vyvstat v souvislosti s novými výstupy/analýzami dle schválené definice je třeba znovu svolat OP a proces schválení ukazatele zopakovat.
---------------------------------	--	--

3.5. ROZHODNUTÍ

Závěr je formulován na základě konsenzu Panelu expertů. Jsou pouze 4 možnosti, jak uzavřít hodnocení:

1. Přijetí ukazatele do SUZS a doporučení k používání
2. Přijetí ukazatele do SUZS a doporučení k používání s možností/nutností dalšího vývoje
3. Nedoporučení do SUZS a ponechání ve vývoji
4. Vyloučení ukazatele

Pokud Panel expertů nedojde ke konsenzu, znamená to ve výsledku ponechání ukazatele ve fázi vývoje. Ukazatel bude hodnocen znovu při dalších vhodných příležitostech, obvykle po realizaci opatření navržených panelem (viz. níže Ponechání ve vývoji).

KZP zprostředkuje přístup k výsledkům hodnocení pro všechny členy panelu i PSK. Zástupci panelu písemně potvrdí, že s navrženým výsledkem souhlasí, přičemž kliničtí experti mají právo veta.

3.5.1. Přijetí ukazatele

Znamená doporučení k jeho vyhlášení a užívání. Je třeba brát stále na vědomí, že doporučení k užívání nutně neznamená, že je možné daný ukazatel užívat bez dalšího omezení či podmínek (např. nutnost používat ukazatel s dalšími údaji nebo ukazateli). Rovněž způsob použití nemusí zahrnovat zveřejnění.

KZP v případě doporučujícího rozhodnutí doplní ukazatel do dálkově přístupného katalogu ukazatelů kvality zdravotních služeb na portále KZP.

V souladu s doporučením, komu má být daný ukazatel a jeho výstupy zpřístupněn, umožní KZP přístup na portál oprávněným subjektům (zpravidla plátcům a poskytovatelům). Širší zpřístupnění výstupů je možné pouze v případě, že byl tento způsob využití v rámci rozhodnutí odsouhlasen.

3.5.2. Vyloučení ukazatele

Znamená jeho nepřijetí a také vyloučení z dalšího testování, z dalších úprav a vyhodnocování.

3.5.3. Ponechání ve fázi vývoje

Znamená, že z důvodů, které musí být specifikovány, nebylo možné ukazatel akceptovat, ale zároveň jsou předpoklady, že po úpravách ukazatele NEBO na základě dalšího testování či jiného zkoumání je perspektiva, že ukazatel by mohl být akceptován. K tomuto typu rozhodnutí je vždy nutné připojit požadavek na další vývoj, např.

- testovat na větším souboru
- upravit klinickou definici
- změnit způsob standardizace
- upravit klinický standard
- založit na jiných datech než administrativních apod.