

DIPLOMOVÁ PRÁCE – MUDr. JAN ŠTASTNÝ

Téma: Kvalita specializované ambulantní péče v teorii a praxi



C E M I

CENTRAL EUROPEAN MANAGEMENT INSTITUTE

Profesní vzdělávací program
Master of Business Administration

Studijní obor:

MANAGEMENT ZDRAVOTNICTVÍ

Akademický rok

10_2013/2014

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Kvalita specializované ambulantní péče v teorii a praxi

Autor práce: MUDr. Jan Štastný

Vedoucí práce: MUDr. Rudolf Střítecký

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych rád poděkoval MUDr. Antonínu Malinovi, Ph.D., MBA, za jeho odpovědný přístup při plnění funkce konzultanta této práce.

Dále bych rád poděkoval Sdružení ambulantních specialistů za to, že mi umožnilo použít vybrané dokumenty, které se týkají hodnocení kvality specializované ambulantní péče a které jsou duševním majetkem tohoto sdružení.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracoval zcela samostatně a veškerou použitou literaturu a další podkladové materiály, které jsem použil, uvádím v seznamu literatury. Prohlašuji, že svázaná a elektronická podoba závěrečné práce jsou shodné.

30. dubna 2014

MUDr. Jan Šťastný

ABSTRAKT

Tato diplomová práce se zabývá problematikou kvality zdravotní péče. Přináší přehled pohledů na kvalitu zdravotní péče a na možnosti jejího hodnocení. Největší důraz je pak kladen na hodnocení kvality specializované ambulantní péče. Cílem je definovat úskalí, která musí překonat osoby nebo instituce, jež chtějí kvalitu specializované ambulantní péče hodnotit a udělovat akreditace.

Obsah diplomové práce je aktuální i z toho důvodu, že se – pravděpodobně ještě v tomto roce otevře možnost, aby se osoby a organizace, na základě §§ 98 – 106, zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách hlásily do systému hodnocení kvality ambulantní péče v České republice.

Práce může být přínosná i proto, že odhaluje některé nové aspekty v oblasti definování i hodnocení kvality zdravotní péče a že přináší i návrh konkrétní metody hodnocení specializované ambulantní péče.

V diplomové práci byly použity metody komparace, dedukce, analýzy a syntézy vnějších informací a vědomostí autora.

KLÍČOVÁ SLOVA

Zdravotní péče, ambulantní péče, kvalita, akreditace, ASAC.

OBSAH

PODĚKOVÁNÍ	2
PROHLÁŠENÍ	3
ABSTRAKT	4
KLÍČOVÁ SLOVA	4
OBSAH	5
MOTTO	7
ÚVOD	8
1. ÚROVNĚ HODNOCENÍ KVALITY	10
1.1 První úroveň: PUBLIC HEALTH	11
1.2 Druhá úroveň: Kvalita zdravotní péče	12
1.2.1 Hodnocení kvality zdravotní péče dle WHO	12
1.2.2 Atributy kvality podle MZ ČR	14
1.3 Třetí úroveň: Kvalita rehabilitace	15
2. SITUACE V ČESKOSLOVENSKU PŘED ROKEM 1989 A TĚSNĚ POTÉ	17
3. HODNOCENÍ KVALITY V NĚKTERÝCH ZEMÍCH A OBLASTECH	18
3.1 Spojené státy americké	18
3.2 Velká Británie	20
3.3 Kontinentální Evropa	23

4. PROBLEMATIKA HODNOCENÍ KVALITY ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČR – OBECNÁ ČÁST	26
4.1 Úvod k tématu	26
4.2 Přehled systémů hodnocení kvality v ČR	28
5. HODNOCENÍ KVALITY AMBULANTNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE	34
5.1 Úvod k tématu	34
5.2 Existující systémy hodnocení kvality ambulantní péče v ČR	35
6. PRAKTICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE: PILOTNÍ PROGRAM ASAC	37
6.1 Úvod k tématu	37
6.2 Hlavní zásady pilotního projektu	37
6.3 Výsledky pilotního programu ASAC	38
7. ZÁVĚR	39
LITERATURA A ZDROJE	40
PŘÍLOHA: Dotazník ASAC	43

MOTTO:

Největším rizikem při hodnocení kvality zdravotní péče je zhoršení kvality zdravotní péče kvůli nepřiměřené administrativní zátěži spojené s hodnocením její kvality.

ÚVOD

Tato diplomová práce zapadá do kontextu současné situace v oblasti hodnocení kvality ambulantní péče. Na základě §§ 98-106, zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách vznikne možnost, aby se do systému hodnocení ambulantní péče hlásily osoby a instituce, které chtějí udělovat akreditace kvality. Čeká se pouze na vyhlášku navazující na jmenovaný zákon, která bude určitou „startovací čarou“ pro různé systémy akreditace kvality.

V „odborných kruzích“ se tedy právě v této době velice často hovoří o kvalitě ambulantní péče a o dalších podmínkách akreditace, které může přinést připravovaná vyhláška ministerstva zdravotnictví. I v oblasti hodnocení kvality totiž existuje poměrně silná konkurence; její složky jsou uvedeny v příslušné kapitole této diplomové práce.

Tato diplomová práce čerpá z rozličných informačních zdrojů; kromě literatury též z informačních internetových serverů, z materiálů ministerstva zdravotnictví, státního zdravotního ústavu, dnes již neexistujícího Institutu zdravotní politiky a ekonomiky, z materiálů Školy veřejného zdravotnictví IPVZ a dalších zdrojů.

Cílem diplomové práce je zejména „diagnóza“ problémů spojených s hodnocením kvality specializované ambulantní péče a nastínění motivů k jejich odstranění.

Autor diplomové práce čerpá i z vlastních zkušeností; je předsedou akreditační komise „Systému uznávání kvality specializované ambulantní péče“ (ASAC)^{*)}, na jehož vzniku se také podílel. Systém je duševním vlastnictvím Sdružení ambulantních specialistů České republiky.

V rámci ASAC byl na rozhraní let 2011 – 2012 uskutečněn rovněž pilotní projekt, kterého se zúčastnilo přibližně 400 specializovaných ambulancí; výsledky tohoto pilotního programu jsou též součástí této diplomové práce.

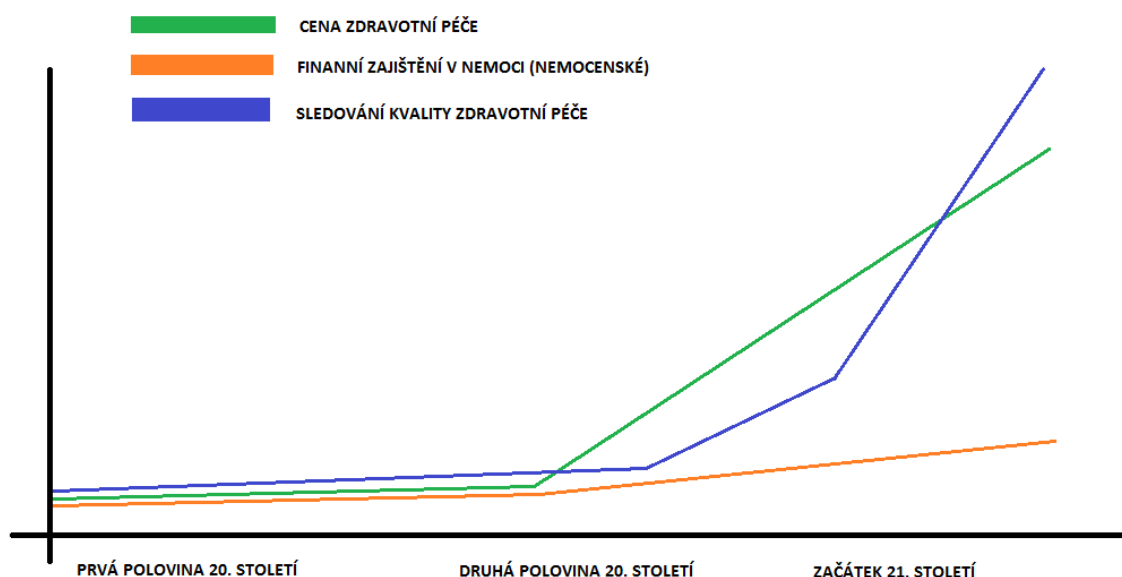
^{*)} <http://www.asac.cz/>

Lze se ptát, proč je právě otázka hodnocení kvality zdravotní péče v popředí zájmu odborníků i laiků; příčiny jsou v podstatě dvě: jednak vyspělost medicinských technologií, jednak postavení pacienta (klienta) v systému zdravotnictví.

K první příčině: Mohutný rozvoj medicinských technologií ve druhé polovině dvacátého století determinoval i paralelní sledování kvality péče, kterou nové technologie produkovaly.

*) K příčině druhé: Pozvolný růst „kapitalizace zdraví“, tedy zájmu jednotlivců a některých sociálních skupin investovat do zachování nebo zlepšení zdravotního stavu (zvyšování potenciálu zdraví), vedou ke stavu, kdy se kvalita stává zájmem „soukromým“; příjemci péče se transformují z role „objektů péče“ do role „subjektů péče“. Zdá se, že právě proces „kapitalizace zdraví“ je velmi silným indikátorem vzniku systémů hodnotících kvalitu poskytovaných zdravotnických služeb.

Následující „graf“, který časová období znázorňuje jen orientačně, ukazuje vztah mezi cenou zdravotní péče, cenou sociálního zabezpečení v nemoci a významem (stupněm) hodnocení kvality.



*) Šťastný, Jan: Seminární práce z předmětu „management kvality ve zdravotnictví“, téma: „Úskalí měření kvality specializované ambulantní péče“, profesní vzdělávací program M.B.A., CEMI, 2_2013/2014

Graf poukazuje například na dvě důležité skutečnosti:

- Zatímco před přibližně 100 lety byla cena samotné zdravotní péče poměrně nízká (mohlo se tedy zajištění léčby i sociálního zabezpečení v nemoci sloučit v jedno pojištění), „nůžky“ se v průběhu 20. století rozevřely natolik, že se k zajištění financování zdravotní péče musí hledat různé druhy financování.
- Sledování kvality mělo dva důležité „zlomy“ – první byl determinován rozvojem technologií, druhý pak „kapitalizací zdraví“. Kvalita zdravotních služeb byla dlouhou dobu spíše záležitostí samotných poskytovatelů než jiných subjektů.

„Zlomy“ znázorněné v grafu lze ale definovat i tak, že v první fázi bylo sledování kvality zdravotní péče spíše věcí „veřejnou“; veřejný zájem se při sledování kvality zdravotní péče soustředil především na kvalitu celého zdravotnického systému, který se z tohoto hlediska dá rozdělit do tří úrovní (viz následující kapitola).

Následný „soukromý“ zájem se prioritně soustřeďuje na kvalitu pojistných plánů zdravotních pojišťoven a na kvalitu poskytování zdravotních služeb jednotlivými poskytovateli, tedy na „druhou úroveň“.

Diplomová práce se v první části zabývá v obecné rovině základními aspekty kvality celého systému, ve druhé části se soustřeďuje právě na sledování kvality specializované ambulantní péče.

1. ÚROVNĚ HODNOCENÍ KVALITY

Kvalitu zdravotního systému lze ovlivňovat na různých úrovních a je ji nutno vnímat komplexně.

Prvá úroveň: PREVENCE, tedy hodnocení stávajících preventivních opatření a tvorba nových, kvalitnějších.

Druhá úroveň: DIAGNOZA a TERAPIE, tedy hodnocení kvality zdravotních služeb.

Třetí úroveň: VÝSTUPY SYSTÉMU, tedy hodnocení kvality rehabilitace.

Následující tabulka znázorňuje možné úrovně hodnocení kvality zdravotní péče:

1. úroveň	2. úroveň	3.úroveň
KVALITA "HEALTH POLICY"	KVALITA NEMOCNIČNÍ PÉČE	
KVALITA "HEALTH PROMOTION"	KVALITA PRIMÁRNÍ AMBULANTNÍ PÉČE	KVALITA REHABILITACE
	KVALITA SPECIALIZOVANÉ AMBULANTNÍ PÉČE	

1.1 První úroveň: PUBLIC HEALTH

^{*)} Prakticky ihned po politických změnách v roce 1989 vznikl spor o definici a pozici „public health“ v systému zdravotnictví tehdy ještě Československé republiky.

Na jedné straně stál názor, že se jedná o „veřejné zdraví“, které patří do sféry oboru „hygiena a epidemiologie“, na straně druhé se přejmenováním původního oboru „sociální lékařství a organizace zdravotnictví“ vytvořil nový obor „veřejné zdravotnictví“.

V rámci public health tedy proběhl kompetenční spor mezi „health policy“ a „health promotion“. Je zajímavé, že podobné „spory“ se odehrály prakticky ve všech postkomunistických státech, kde po dlouhou dobu převládal silně paternalistický vliv státu na prevenci, tedy prevenci s převahou „health policy“ („zdravoochraničtství“). Izolovat „public health“ od systému „zdravoochraničtství“ se podařilo v podstatě jen tam, kde bylo veřejné zdravotnictví zastřešeno univerzitami.

Součástí nového medicinského oboru „veřejné zdravotnictví“ se, mimo jiné, stala i problematika kvality zdravotní péče. Škola veřejného zdravotnictví při Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví vypracovala systém doškolování zakončený atestací v oboru.

^{*)} Šťastný, Jan: Seminární práce z předmětu „management kvality ve zdravotnictví“, téma: „Úskalí měření kvality specializované ambulantní péče“, profesní vzdělávací program M.B.A., CEMI, 2_2013/2014

*) Na úrovni Státního zdravotního ústavu vzniklo „Centre for Public Health Promotion“ a dále i Středisko pro kvalitu a autorizaci, které se podílí na zabezpečení programu sledování a kontroly kvality poskytovaných služeb v oblasti ochrany veřejného zdraví a které se stalo součástí systému povolovacích a dozorových režimů. V oblasti veřejného zdravotnictví je úkolem Střediska pro kvalitu a autorizaci podílet se dle pokynů MZ ČR na přípravě podkladů pro zdravotní politiku, speciálně v oblasti koncepce programu kvality a efektivity služeb ve zdravotnictví. Ve smyslu „regulace kvality“ se zdravotní politika České republiky tedy může teoreticky vyvíjet dvěma směry:

- I. posilováním paternalistické role státu,
- II. posilováním autoregulačních způsobů sledování a regulace kvality.

Osobně se přikláním k řešení druhému, tedy k řešení s významným důrazem na „spoluúčinkování“ profesních organizací v systému sledování a regulace kvality. Pokud by byla upřednostňována pouze paternalistická role státu při hodnocení kvality a udělování akreditací, a chyběla tedy určitá „zpětná vazba“ od samotných poskytovatelů, mohlo by to vést k závažným důsledkům vyplývajícím například z „neadekvátní přísnosti“ požadovaných parametrů kvality, popřípadě i k upřednostňování určitého typu vlastnictví zdravotnických zařízení (například státního nebo krajského vlastnictví). Je třeba myslet i na možnost korupčního jednání. Jeden konkrétní příklad: V jisté etapě přípravy vyhlášky ministerstva zdravotnictví o věcném a technickém vybavení laboratoří se objevil požadavek na pořízení „badatelského mikroskopu“; jednalo by se o zbytečnou, mnohamilionovou investici, která by v podstatě znamenala konec činnosti menších laboratoří, tedy konkurence. Jak se ukázalo, jednalo by se o lobbyng velkých laboratoří na ministerstvu.

1.2 Druhá úroveň: Kvalita zdravotní péče

1.2.1 *) Hodnocení kvality zdravotní péče dle WHO

WHO hodnotí systémy zdravotní péče v širším a užším slova smyslu.

*) <http://www.szu.cz/>

V širším slova smyslu se jedná o pět základních oblastí a výsledkem je index daný vahou těchto jednotlivých oblastí, kterými jsou:

1. střední délka života (25 %),
2. „distribuce zdraví“ v populaci (25 %),
3. „responsivita“ systému - tj. nakolik flexibilně, pohotově a citlivě systém reaguje na potřeby pacientů a respektuje jejich důstojnost a osobnost (12,5 %),
4. distribuce této „responsivity“ do sociálních skupin (12,5 %),
5. „sociální spravedlnost“ financování zdravotní péče (25 %).

V užším slova smyslu se jedná v první řadě o „responsivitu“, tedy schopnost systému přizpůsobovat se potřebám pacientů (orientace na pacienta), například ve smyslu:

- a) aktivního podílu pacientů na rozhodování o svém vlastním osudu (informovaný souhlas),
- b) zachování důvěrnosti informací (lékařské tajemství),
- c) včasného poskytnutí zdravotní péče,
- d) délky čekací doby u neakutních stavů,
- e) kvality zdravotnických zařízení (čistota, prostor, strava),
- f) přístupu k následné (sociální) péči,
- g) kontaktu s rodinou,
- h) svobodné volby lékaře a zdravotnického zařízení.

Hodnocení dle WHO ovšem „nahrává“ systémům „veřejným“, tedy přerozdělováním finanční prostředky mezi sociálními skupinami, což svým způsobem diskriminuje systémy soukromé, které jsou však často, díky konkurenčním tlakům, vysoce kvalitní. Kvalita poskytované péče se totiž dá posoudit (změřit) a posuzovat kvalitu na základě spravedlnosti rozdělení finančního břemene je spíše politickým aktem.

⁷⁾ Šuster, Matěj: Kvalita amerického a britského zdravotnictví - irelevantnost zprávy Světové zdravotnické organizace, Britské listy, 2007, <http://blisty.cz/art/37928.html>

Velmi relativním kritériem hodnocení kvality zdravotnického systému dle WHO je i „očekávaná délka dožití“. Z hlediska tohoto kritéria na tom budou vždy hůře státy s vyšším stupněm sociální stratifikace obyvatelstva.

1.2.2 ^{*)} Atributy kvality podle Ministerstva zdravotnictví ČR

Ministerstvo zdravotnictví České republiky navrhuje sedm atributů kvality a výkonnosti služeb:

- 2.2.1. Přístup
- 2.2.2. Návaznost
- 2.2.3. Přiměřenost
- 2.2.4. Účinnost (efektivnost)
- 2.2.5. Hospodárnost (efektivita)
- 2.2.6. Přijatelnost
- 2.2.7. Bezpečí

Ukazatele, které mají vztah k těmto atributům, mohou pomoci zjistit, jestli:

1. Pacient má přiměřené podmínky PŘÍSTUPU ke službám tak, že jsou poskytnuty včas, na správném místě u správného poskytovatele.
2. Služby na sebe vhodně NAVAZUJÍ, jsou poskytovány plynule a koordinovaně a jsou ukončeny ve vhodnou dobu.
3. Služby jsou poskytovány v PŘIMĚŘENĚ vybavených zařízeních, PŘIMĚŘENĚ erudovanými zdravotníky, PŘIMĚŘENÝMI postupy (tedy v souladu se strukturálními a procesními standardy a na úrovni současné vědy), s PŘIMĚŘENÝMI zdroji.
4. Služby jsou prokazatelně ÚČINNÉ, a tedy vedou k žádoucím (a očekávaným) krátkodobým a dlouhodobým výsledkům.

^{*)} Ministerstvo zdravotnictví České republiky: Zlepšení systému řízení zdravotní péče, technická asistence, Indikátory kvality zdravotních služeb projekt číslo CZ2004/006-237/0801 VZ60012078

5. Služby jsou poskytovány HOSPODÁRNĚ a je přihlíženo jak k přínosům, tak ke spotřebě zdrojů a k alokační efektivitě.
6. Služby jsou poskytovány způsobem pro pacienta PŘIJATELNÝM, tedy s ohledem na interpersonální aspekt poskytovaných služeb a subjektivní vnímání jeho situace.
7. Služby jsou poskytovány BEZPEČNÝM způsobem.

Přijatelnost je sledována především zjišťováním spokojenosti pacientů („dotazníky spokojenosti“), což není ukazatel kvality v užším slova smyslu. V širším slova smyslu tento aspekt (i vyhodnocování dotazníků) mezi měření kvality patří.

Ukazatele kvality jsou vybraná měření kvality, která splnila arbitrárně stanovená kritéria (na důležitost, vědeckou správnost, proveditelnost a užitečnost) a byla zveřejněna nějakou autoritou.

1.3 Třetí úroveň: Kvalita rehabilitace

*) **) Shrňme-li různé definice zdraví, pak můžeme dospět k názoru, že „zdraví je dynamický proces vzájemného působení potenciálu zdraví a determinant zdraví“, jehož důsledkem jsou v podstatě tři věci:

- a) vznik, anebo vymizení poruchy zdraví,
- b) snížení, nebo zvýšení tělesných funkcí (aktivity), které je funkčně změřitelné,
- c) subjektivně vnímaný handicap.

Historicky se systém zdravotnictví z různých příčin zaměřoval spíše na „léčbu nemoci“ než na následky, které nemoc přinesla a které jsou funkční (objektivní) nebo pouze vnímané (subjektivní).

Jedním z nejdůležitějších pohledů na kvalitu zdravotní péče je tedy i pohled na následky poskytované terapie. Zdravotnický systém, který v neadekvátním množství „produkuje“ invalidní důchodce, je ekonomicky i eticky pochybný.

*) Šťastný Jan: Aplikace individuálních přístupů v péči o zdravotně postižené, Postavení zdravotně sociální péče v systému zdravotnictví, Centrum liberálních studií, 1996, ISBN 80-85341-54-9

**) Šťastný, Jan: Zdraví a nemoc, 1.vyd. Hradec Králové: Gaudeamus 2006, ISBN 80-7041-775-7

Oborem, který se zabývá eliminací následků nemoci (a terapie), je tedy právě rehabilitace; v tomto smyslu se ale nemíní rehabilitace jako „fyzioterapie“, nýbrž rehabilitace ucelená (komplexní, komprehenzivní). Ucelená rehabilitace je multioborový a nadrezortní systém, jehož cílem je umožnit zdravotně postiženým osobám, aby se navrátily do přirozeného sociálního (a pokud možno i pracovního) prostředí. Druhotným produktem může být i hodnocení účinnosti léčebných metod.

Bohužel, v ČR systém stále upřednostňuje přidělování rent před obnovou pracovního potenciálu; upřednostňuje se tak „nezaměstnatelnost“ před „nezaměstnaností“.

A dále: Chybí účinné propojení jednotlivých úrovní sledování kvality, zejména propojení mezi 2. a 3. úrovní.

Takovéto propojení by bylo například možné aplikací metod Mezinárodní klasifikace poruch, disabilit a handicapů (ICIDH, ICF) do jiných klasifikací sledujících a vyhodnocujících kvalitu života:

Stav:	CHOROBA	PORUCHA	AKTIVITA	SPOLUÚČAST
ICIDH 1976:		Impairment kod "I"	Disabilities kod "D"	Handicap kod "H"
ICIDH 1997:		Impairment	Activity	Participation
ICF 2001		Functioning	Disability	Health
Synonyma:	morbus		abilita, validita funkční schopnost	vyrovnání zdraví
Podstata:	= vnitřní situace	= vnější projev	= funkční projev	= sociální důsledek
Metoda zjištění:	diagnostická zdravotní péče	seznam poruch	funkční vyšetření	sociální šetření
Řešení:	terapeutická zdravotní péče	absolutní způsob hodnocení invalidity		relativní způsob hodnocení invalidity
	LÉČBA	ZAJIŠTĚNÍ FYZICKÉ NEZÁVISLOSTI ZAJIŠTĚNÍ EKONOMICKÉ NEZÁVISLOSTI		
	U C E L E N Á R E H A B I L I T A C E			

Tabulka přináší pohled rehabilitace na chorobu, poruchu, disabilitu a handicap; „absolutním“ způsobem hodnocení invalidity je míněno „tabulkové“ přiznávání invalidit, „relativním“ pak „odhalování“ pracovního potenciálu.

2. SITUACE V ČESKOSLOVENSKU PŘED ROKEM 1989 A TĚSNĚ POTÉ

Jak již bylo konstatováno, intenzivní rozvoj sledování kvality nastal v 70. letech minulého století a nebyl ani tak vyvolán altruistickými tendencemi jako spíše rozvojem vyspělých medicinských technologií a enormně rostoucími náklady na zdravotní péči.

Situace v tehdejší ČSSR byla pochopitelně poněkud odlišná; nové technologie se k nám dostávaly obtížně a plánované hospodářství bylo brzdou neadekvátního navyšování nákladů.

Kvalita zdravotní péče v ČSSR byla zajišťována jednak administrativně „shora“ (vyhláškami, příkazy, metodickými pokyny a podobně) a jednak personálně (systémem okresních a krajských odborníků). Paternalistická role státu byla téměř absolutní, státní aparát rozhodoval i o rozsahu poskytované péče. Konec „socialistické éry“ byl charakterizován:

- a) silně podprůměrnou střední délkou života,
- b) pasivitou občanů vůči ochraně vlastního zdraví,
- c) nedostatečným rozsahem poskytované péče (nedostatečná kapacita kardiochirurgických zásahů, dialyzačních míst, onkologické péče atd.).

Krátce po roce 1989 byly prakticky všechny nástroje sledující kvalitu zdravotních služeb zrušeny. Došlo k masivní a nekoordinované decentralizaci – zpočátku dokonce v prostředí dotovaného zdravotnictví, z některých ÚNZ vznikly až desítky „samostatných“ jednotek. Kvalita péče nebyla v centru pozornosti a důraz byl kladen na osobní zodpovědnost zdravotnických pracovníků. Tento stav nezměnil ani nástup zdravotního pojištění – úhrady od pojišťoven nezávisely (a doposud nezávisí) na kvalitě.

Otevřela se cesta k dovozu zdravotnické techniky a nových léčiv, což na jedné straně vedlo k rychlému růstu délky středního života populace (český „zázrak“ devadesátých let), na druhé straně však k obrovskému navýšení finančních prostředků, které zdravotnictví spotřebovávalo.

K významnějšímu rozvoji sledování kvality jednotlivých poskytovatelů došlo v podstatě až koncem devadesátých let minulého století – a zejména po vstupu České republiky do Evropské unie. Od té doby význam akreditací a certifikací stále stoupá.

3. HODNOCENÍ KVALITY V NĚKTERÝCH ZEMÍCH A OBLASTECH

3.1 *) Spojené státy americké

V USA hraje hlavní roli American Public Health Association (APHA). Tato instituce má velmi široký záběr. Kromě sledování kvality zdravotnických služeb se zabývá i kontrolou léčiv, čistotou ovzduší a dodržováním předpisů v potravinářském průmyslu. Organizuje též „leadership programy“ a celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků. APHA se tedy zaměřuje na kvalitu ve smyslu širším i užším.

Podle kritérií WHO zaujímá americké zdravotnictví první místo v oblasti „svobodné volby“ a poslední místo ve „finanční dostupnosti“, respektive „sociální spravedlnosti. Reputaci americkému zdravotnictví ovšem kazí průměrná „střední délka života“; stát od státu je totiž v USA odlišná, byť je v jednotlivých státech unie úroveň zdravotní péče podobná.

Co se týká úrovně kvality jednotlivých poskytovatelů, je patrně těžké zavádět jednotnou koncepci, neboť typy poskytovatelů jsou diametrálně odlišné a jednotliví poskytovatelé si sledují kvalitu poskytování ve svých zařízeních.

Podstatný vliv na kvalitu pak mají samozřejmě i zdravotní pojišťovny prostřednictvím svých pojistných plánů, kterými ovlivňují rozsah poskytované zdravotní péče, popřípadě i její komfort.

*) Šuster, Matěj: Kvalita amerického a britského zdravotnictví - irelevantnost zprávy Světové zdravotnické organizace, Britské listy, 2007, <http://blisty.cz/art/37928.html>

Odlišnost kvality je tedy v USA dána:

1. typem zdravotnického zařízení (soukromé, zařízení v systému HMO, zařízení v systému medicare, medicaid a podobně),
2. typem pojistného plánu (Medicare, Medicaid, Tricare, Children's Health Insurance Program, Veterans Health Administration, Indian Health Service a podobně).

*) Nicméně – i v USA existují organizace vyvíjející ukazatele kvality a jedná se zejména o následujících pět typů:

- Healthy People 2010.
- Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS).
- the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations (JCAHO) core measures of performance.
- the Agency for Health Care Research and Quality.
- NQF – National Quality Forum.

3.1.1 Healthy People 2010

Indikátory jsou zaměřeny více na determinanty zdraví, zdravotní stav populace a preventivní strategie než na ukazatele kvality služeb. Z ukazatelů kvality služeb a kvality pojišťovacích plánů jsou zastoupeny jen některé ukazatele „přístupu“ ke zdravotní péči.

3.1.2 HEDIS

The Healthcare Effectiveness Data and Information Set (HEDIS) je nástroj (metodiky, sestavy ukazatelů, datové sady, sw) užívaný více než 90 % zdravotních plánů k posouzení výkonnosti zdravotních služeb. V poslední době je HEDIS používán povinně v rámci vládních pojišťovacích plánů (Medicare and Medicaid).

*) Ministerstvo zdravotnictví České republiky: Zlepšení systému řízení zdravotní péče, technická asistence, Indikátory kvality zdravotních služeb projekt číslo CZ2004/006-237/0801 VZ60012078

3.1.3 U.S. - JCAHO

The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) je privátní akreditační agentura. V posledních letech vyvinula sestavu (resp. více sestav) ukazatelů kvality, které jsou stále více používány. Publikování ukazatelů předcházelo intenzivní ověřování ukazatelů z hlediska průkazu validity a intenzivní testování. Ukazatele jsou zaměřeny na často se vyskytující onemocnění.

3.1.4 U.S. - AHRQ

Řada ukazatelů byla vyvinuta také organizací AHRQ (the Agency for Health Care Research and Quality), která je výzkumnou sekci („pobočkou“) amerického federálního MZ (the U.S. Department of Health and Human Services HHS). AHRQ doplňuje výzkum další podobně řízené organizace the National Institutes of Health. AHRQ se soustřeďuje na:

- zlepšování kvality (quality improvement)
- bezpečí pacientů (patient safety)
- výsledky a efektivnost péče (outcomes and effectiveness of care)
- vyhodnocování klinických postupů a technologií (clinical practice and technology assessment)

3.1.5 U.S. – NQF – National Quality Forum

The National Quality Forum je privátní členská organizace zabývající se tvorbou strategií měření kvality a reportingu kvality.

Iniciativy jsou založeny na dobrovolnosti a konsenzu. Standard „National Voluntary Consensus Standards for Hospital Care 2007“ zahrnuje ukazatele pro nemocniční péči. V současnosti má NQF 69 ukazatelů.

3.2 *) Velká Británie

I když je kulturně-ekonomické prostředí v USA a Británii podobné, nelze to tvrdit o systémech zdravotnictví.

*) IZPE: Velká Británie I. (zdrav. systém), 2004, vydalo MZ ČR 2004, ISSN: 1213-8096, ISBN 80-86625-38-9

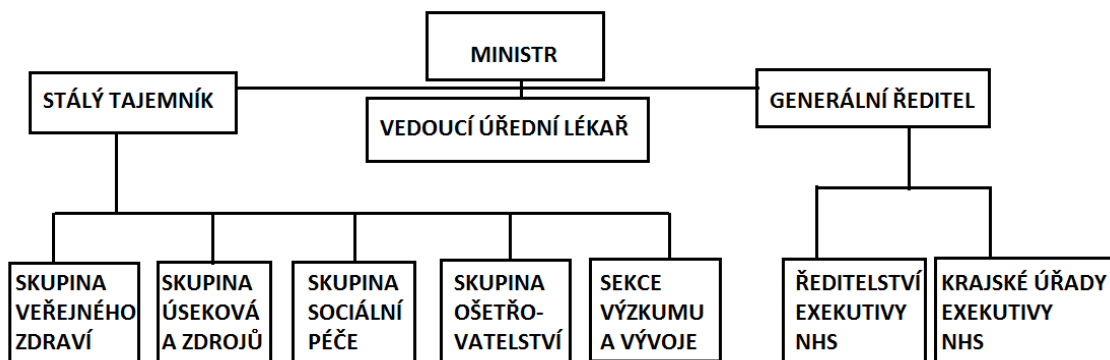
V Británii funguje systém centrálně řízeného zdravotnictví – „Národní zdravotní služba“; podobné systémy ovšem existují i v dalších státech, například v Kanadě, na Novém Zélandu, v Austrálii, Švédsku, Finsku, Dánsku, Španělsku, Portugalsku, Řecku a Itálii.

Soukromé zdravotní služby zde existují, mají však jen doplňkový charakter, obvykle tvoří 15–20 % zdravotní péče, jejich podíl však roste – pravděpodobně na základě „kapitalizace zdraví“ některých společenských a sociálních skupin; lze uzavřít soukromé zdravotní pojištění.

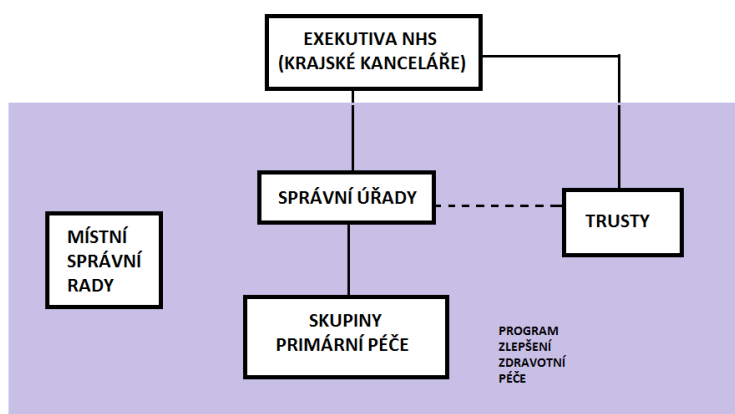
Zdravotní péče je z 80 % „zdarma“, což ji pasuje do pozice „volného statku“ s „nadspotřebou“, která je částečně omezena spoluúčastí na úhradách některých komponent (léky, zubní péče, hospitalizační a ambulantní poplatky).

Sledování kvality zdravotní péče je z větší části „centralizované“, kompetence jsou rozděleny mezi ministerstvo a regiony.

Ministerstvo zdravotnictví pod vedením ministra a týmu jeho spolupracovníků zodpovídá za dostupnost a kvalitu zdravotnických a sociálních služeb; státní tajemníci pro Skotsko, Wales a Severní Irsko mají vlastní oddělené odpovědnosti. Na této centrální úrovni se určuje celkové směřování zdravotní politiky, politik týkajících se životního prostředí, stravování a tak dále.



Na „periferii“ se do systému organizace a řízení (včetně kvality) zapojují složky exekutivní i samosprávné. Kvalita zdravotní péče jednotlivých poskytovatelů má v současnosti trend k decentralizaci rozhodování na regiony až obce.



*) V zájmu detailního sledování vyvíjí NZS ukazatele hodnocení kvality přibližně od roku 1991 a v roce 1999 měla ucelenou metodiku a spočítané hodnoty pro všechny nemocnice pro 7 ukazatelů; tyto ukazatele sledují například úmrtnost v jednotlivých nemocnicích.

NZS dále vyvinula a v letech 2001-2003 zveřejnila velké množství ukazatelů se značným podílem ukazatelů zaměřených na přístup k péči (například čekací doby). Na základě těchto ukazatelů a zkušeností byl vytvořen a zaveden do praxe poměrně složitý systém ukazatelů pro jednotlivé skupiny poskytovatelů, například pro:

- akutní specializovaná péče,
- ambulantní péče,
- péče o duševní zdraví,
- primární péče.

Pro každý sektor jsou ukazatele rozděleny do kategorií:

klíčové cíle,

kapacita sítě poskytovatelů a schopnost zabezpečit péči,

klinické zaměření na pacienta.

*) Ministerstvo zdravotnictví České republiky: Zlepšení systému řízení zdravotní péče, technická asistence, Indikátory kvality zdravotních služeb projekt číslo CZ2004/006-237/0801 VZ60012078

Každý trust si (podle pravidel, která nejsou navenek zcela zřejmá) stanovuje svoje cíle a svoje ukazatele. Po uplynutí období je každý trust vyhodnocen jednou „známkou“, ratingem.

3.3 „Kontinentální“ Evropa

Jak bylo uvedeno, převládají v „periferních“ oblastech Evropy „národní zdravotní systémy“. „Kontinentální Evropu“ lze definovat jako „země s tradicí pojištění“, tedy Francie, Německo, Rakousko, Česká republika a některé další státy.

Pojištění je v těchto státech povinné a plošné, většinou formou „zdravotní daně“. Odlišnosti jsou mezi jednotlivými státy v rozsahu státní garance, v rozsahu přímého řízení zdravotnických zařízení státem, či územními celky (kraje, okresy, města), v podílu soukromých zařízení tvořících zisk na poskytování služeb, v rozsahu spoluúčasti klientů na úhradách, ve způsobu úhrad (pokladenský systém, nepřímé platby zdravotnickým zařízením), popřípadě v dalších oblastech, specifických pro jednotlivé státy.

Podobná je v těchto státech i problematika sledování kvality poskytované péče. Některé oblasti sledování kvality péče si ponechává stát, jiné ponechává nestátním organizacím a institucím.

Mezi oblastmi, kde si sledování kvality ponechává stát, patří často bezpečnost „zdravotních produktů“ (léčiva, prostředky zdravotnické techniky a podobně), onkologická péče, transplantologie, krev, krevní deriváty a podobné vysoce specifické a významně nákladné typy péče.

K oblastem, jejichž kvalitu mohou sledovat i nestátní instituce, patří běžná lůžková péče, specializovaná ambulantní sféra a péče praktických (rodinných) lékařů.

Významným momentem, který se zrodil právě v zemích kontinentální Evropy, k nimž se řadí i Česká republika, je „autokontrola kvality“; jinými slovy – kontrolu kvality si provádějí zdravotnická zařízení sama a za tímto účelem vytvářejí i instituce, které mohou udělovat akreditace a certifikace kvality.

*) Následně jsou uvedeny některé zajímavé systémy hodnocení kvality, zde již se zaměřením na ambulantní péči:

3.3.1 AQUIK

Zajímavým se jeví německý systém AQUIK (Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen). Cílem projektu AQUIK bylo testování a zavedení validní transparentní sady indikátorů kvality a ukazatelů pro péči smluvních lékařů. Současně jsou, za pomoci indikátorové sady AQUIK, zkoumány možnosti použití indikátorů kvality k podpoře kvality poskytované zdravotní péče.

Bylo vybráno 48 indikátorů pro ambulantní péči, týkajících se jak určitých zdravotních stavů, tak záležitostí „kvality managementu“ zdravotnického zařízení. AQUIK je tedy systém propojující vertikální a horizontální pohled na kvalitu specializované ambulantní péče.

Mezi „indikátory zdravotních stavů“ patří například AIDS/HIV, arteriální hypertenze, artrózy, některé gynekologické diagnózy, inkontinence moči, selhání srdce, očkování, bolesti v kříži, fibrilace síní a další.

Hodnocení „managementu lékařské praxe“ se provádí pravidelně, například s následujícím schématem zjištění:

Řízení lékařské praxe – návštěvy doma	Lékařská praxe nabízí těžce tělesně postiženým pacientům návštěvy doma
Řízení lékařské praxe – alergie na léky	Dokumentace alergií na léky a nežádoucích účinků léků probíhá podle standardního postupu a je zřetelně viditelná
Řízení lékařské praxe – následná diskuse o kritických událostech	V lékařské praxi se za minulý rok uskutečnily minimálně tři následné diskuse o kritických událostech v týmu
Řízení lékařské praxe – léky pro případ kritických stavů	Existuje standardní postup pro kontrolu životnosti léků pro kritické stavy. Tu je třeba provádět minimálně jednou ročně
Řízení lékařské praxe – patientský průzkum	Lékařská praxe loni provedla patientský průzkum pomocí uznaného dotazníku
Řízení lékařské praxe – akce pro další vzdělávání	Všichni členové personálu lékařské praxe se v minulých 36 měsících prokazatelně zúčastnili vzdělávacích akcí i akcí za účelem dalšího vzdělávání

*) Webové stránky – sledování kvality ambulantní péče v Německu: <http://www.kbv.de/html/aquik.php>, <http://shop.elsevier.de/zefq>; http://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_ASV.pdf; a další.

Význam a realizovatelnost indikátorů potvrdili experti; indikátory byly testovány pod vědeckým dohledem ve více než 100 ordinacích. Sada indikátorů AQUIK je k dispozici pro použití při péči smluvních lékařů.

3.3.2 KROUŽKY KVALITY

Velmi zajímavým způsobem hodnocení kvality specializované ambulantní péče jsou také „kroužky kvality“, které též existují v Německu a které se v posledních 10 letech etablovaly a osvědčily jako nástroj pro zajištění a rozvoj kvality péče poskytované smluvními lékaři. V ambulantní lékařské péči jsou kroužky kvality chápány jako skupiny smluvních lékařů, které díky kritické kontrole vlastní činnosti a učebnímu procesu stavícímu na zkušenostech účastníků přispívají k rozvoji kvality podle principu „best practice“. Při výměně zkušeností mezi kolegy dochází k uvědomování obratností v péči a je umožněna analýza a hodnocení vlastní činnosti.

Kroužky kvality pracují na základě dobrovolnosti, s tématy, která se samy zvolí, se vztahem ke zkušenostem, na základě kolegiálního rozhovoru („peer review“), s moderátorem/moderátorkou, s evaluací svých výsledků, pokud možno na odpovídající bázi empirických údajů z ambulantní péče, neustále, s pevným okruhem účastníků, s lékaři stejného nebo rozdílného oboru; s psychoterapeuty; část. s přizváním personálu z praxe.

3.3.3 CIRSmedical

Spolkové sdružení lékařů zdravotních pojišťoven (Kassenärztliche Bundesvereinigung – KBV) se Spolkovou lékařskou komorou (BÄK) zřídilo roku 2005 prostřednictvím Lékařského centra kvality v lékařství (Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin – ÄZQ) systém pro rozpoznávání a dokumentaci chyb (k nimž málem došlo).

Tento systém je založený na počítači. Na webové adrese <http://www.cirsmedical.de/> mohou lékaři dokumentovat chyby, které se jim téměř vloudily při ošetření. Vkládání se provádí anonymně. Při tom jsou zjišťovány i průvodní okolnosti jako pracovní zátěž, stav vzdělání a podobně. Vedle příčin tak mohou být cíleně podchyceny možné strategie zvládnutí. Jiní uživatelé si mohou informace prohlédnout a popřípadě diskutovat.

3.3.4 QEP

Eliminaci chyb může podpořit zavedení a využívání řízení kvality. Systém řízení kvality [QEP - Qualität und Entwicklung in Praxen \(Kvalita a vývoj v praxích\)](#), který vyvinulo Spolkové sdružení lékařů zdravotních pojišťoven (KBV) speciálně pro praxe smluvních lékařů a smluvních psychoterapeutů, se začal zabývat tématem bezpečnosti pacientů a za tím účelem objasnil cíle v katalogu kvalitativních cílů QEP. Výťah z kapitoly „Práva a bezpečnost pacientů“ si lze prohlédnout na webu, v sekci pro stahování.

3.3.5 NADSEKTOROVÉ ZAJIŠŤOVÁNÍ KVALITY

Mnoho lékařských výkonů je dnes vykonáváno jak ambulantně, tak stacionárně. Pacienti jsou v důsledku svého onemocnění často léčeni ve více sektorech. Po diagnostice v ordinaci lékaře tak může následovat léčba v nemocnici, na kterou naváže rehabilitace.

Prorůstání různých oborů dosud ztěžovalo striktní rozdělení na sektory v německém zdravotnictví s rozdílnými kompetencemi a formami financování.

V každém sektoru platí jiná pravidla. To by se mělo změnit – alespoň za účelem zajištění kvality: v budoucnu mají existovat jednotné standardy kvality v ambulantní a stacionární péči.

4. PROBLEMATIKA HODNOCENÍ KVALITY ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČR – OBECNÁ ČÁST

4.1 Úvod k tématu

Systémy kvality se v České republice rozvíjely jen pozvolna, enormní nárůst nákladů byl kompenzován spíše regulacemi v úhradách od zdravotních pojišťoven. Přesto se začaly objevovat snahy o regulaci kvality – například vytvářením standardů v poskytování péče „lege artis“ (ČLK, ČLS JEP).

Existuje řada negativních faktorů, které zavádění systémů sledování kvality brzdí; jedná se o faktory:

- 1) historické, například rozdělení ambulantní péče na intramurální a extramurální, oslabení návaznosti ambulantní a lůžkové péče, antagonistické vztahy mezi poskytovateli na úrovni organizační i osobní;
- 2) majetkové – rozdílný postoj k různým formám vlastnictví;
- 3) legislativní – donedávna jiné právní normy pro existenci státních a nestátních subjektů;
- 4) úhradové – systém financování a regulací zeslabující možnost zvyšování kvality v konkurenčním prostředí;
- 5) „komorové“ – změny v pojetí ČLK, oslabení komory jako „hlídače kvality a etiky“;
- 6) organizační – množství zastřešujících sdružení, existence „nezastřešených“ zařízení;
- 7) disciplinární – chaos v úvazcích, pracovní doba, služby, duplicitní výkony;
- 8) lobbistické – uplatňování zájmů úzkých skupin poskytovatelů;
- 9) nezákonné – podvody při vykazování péče.

Toto velké množství negativních faktorů omezuje „prostou aplikaci“ zahraničních systémů hodnocení kvality do českého zdravotnictví, ale je nutno připomenout, že z poznání a z definice jednotlivých negativních faktorů se lze odrazit při vytváření systémů vlastních.

Jak již bylo řečeno, pokud se jedná o tvorbu samotných systémů, dají se rozlišit dva základní přístupy:

- I. Direktivní, spíše administrativní přístup daný „shora“, který by byl charakterizován přísným legislativním zakotvením paternalistické role státu (vyhlášky, směrnice, státní akreditační komise).
- II. Nedirektivní, daný aktivitou poskytovatelů, zejména jejich sdružení; právní normy by zde měly udávat jen určitý rámec, respektive mantinely, v nichž se mohou akreditační jednotky pohybovat.

Podmínky pro vznik optimálního, případně i kompromisního řešení pro vznik „autoakreditačních systémů“ jsou:

- a) legislativní zakotvení úkolů, kompetencí a odpovědnosti jednotlivých účastníků (stát, Státní zdravotní ústav, poskytovatelé zdravotní péče, akreditační systémy),
- b) motivace poskytovatelů k aktivnímu vstupu do akreditačního systému a existence konkurenčního prostředí při poskytování „akreditačních služeb“,
- c) eliminace veškerých druhů protekcionismu, tedy eliminace protekčního výběru lukrativních poskytovatelů a lukrativních pojištěnců.

Příkladem lukrativního poskytovatele může být například zdravotnické zařízení poskytující zdravotnické služby za dumpingové ceny (má paralelní financování); příkladem lukrativního pojištěnce je to takový pojištěnec, který je zdravý a zdravotní služby nespotřebovává.

Problematika lukrativních pojištěnců se ale dostává do popředí díky postupné „kapitalizaci zdraví“ a díky poptávce pro programech udržujících a zvyšujících potenciál zdraví.

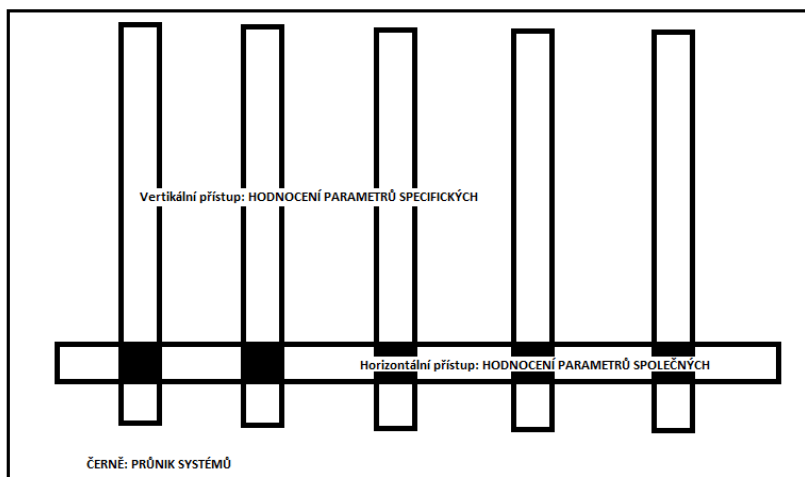
Významnější úloha státu při hodnocení kvality by mohla být zachována v oblasti vysoce nákladné péče; otázkou ovšem zůstává, zda by měl stát kontrolovat kvalitu v jím přímo řízených zdravotnických zařízeních. Tato otázka by však zanikla v případě vzniku univerzitních nemocnic.

Decentralizaci systémů hodnocení kvality směrem k „autoakreditaci“ lze považovat za jeden z nejdůležitějších faktorů, který může pozitivně ovlivnit celý systém sledování kvality; důsledky decentralizace a konkurence mohou být rozličné, většinou však pozitivní, například:

- zvyšování kvality systémů kvalitu hodnotících,
- minimalizace vlivu zájmových skupin,
- zvyšování efektivity celého systému zdravotnictví.

Systémy hodnocení kvality lze teoreticky vytvářet dvěma způsoby:

- a) vertikálně – pro jednotlivé odbornosti; zde může jít například o standardizaci léčebných postupů v rámci léčby „lege artis“,
- b) horizontálně – pro všechny odbornosti; zde se hodnotí ty parametry, které jsou jednotlivým společnostem společné.



Samozřejmě, že existuje snaha o vytvoření takového systému, který by propojoval „vertikální“ i „horizontální“ přístup k hodnocení kvality ambulantní specializované péče. To je však velmi obtížné.

4.2 Přehled systémů hodnocení kvality v ČR

Systémy v České republice se dají rozdělit na „řídící“ a „výkonné“.

4.2.1 ŘÍDÍCÍ SYSTÉMY HODNOCENÍ KVALITY ZDRAVOTNÍ PÉČE

4.2.1.1 *) Rada kvality ČR

Rada kvality je vrcholovým orgánem „Národní politiky kvality“ (NPK).

NPK je souhrn metod a nástrojů ovlivňování jakosti výrobků, služeb, činností v rámci národní ekonomiky a služeb veřejné správy, přijatý usnesením vlády ČR č. 458 ze dne 10. 5. 2000. Cílem programu Národní politiky kvality je vytvořit v České republice prostředí, ve kterém je kvalita přirozenou součástí života společnosti.

Vrcholným poradním, iniciačním a koordinačním orgánem vlády České republiky, zaměřeným na podporu rozvoje managementu a uplatňování Národní politiky kvality v České republice, je Rada kvality České republiky.

*) Odborná sekce kvality ve zdravotnictví, <http://www.npj.cz/cz/uvodni-stranka>

Řízením Rady kvality ČR je pověřeno Ministerstvo průmyslu a obchodu ČR. Statutárními orgány Rady jsou její předseda a místopředseda; sekretariát Rady zajišťují pracovníci MPO - místopředseda Rady kvality ČR a tajemnice Rady.

Rada kvality má SEKCE, mimo jiné *) „odbornou sekci kvality ve zdravotnictví“, ve které zasedají zástupci ministerstva zdravotnictví, Státního zdravotního ústavu a dalších institucí, včetně zástupců soukromého sektoru.

4.2.1.2 *) Odbor zdravotních služeb, Oddělení kvality ve zdravotnictví Ministerstva zdravotnictví ČR

Toto oddělení je v odboru zdravotní péče ministerstva zdravotnictví. Toto ministerstvo ale iniciovalo i vznik odborné komise, jejímiž členy jsme se, bohužel, nestali:

Na základě příkazu ministra Leoše Hegera č. 30/2010 zahájila v listopadu 2010 činnost „Pracovní skupina pro bezpečnost pacientů a kvalitu zdravotní péče (PSBPKZP)“. PSBPKZP byla zřízena na základě Doporučení Rady EU o bezpečnosti pacientů a byla iniciačním a koordinačním orgánem pro bezpečnost pacientů a kvalitu zdravotní péče v ČR. Stala se také platformou pro výměnu informací o aktuální činnosti v oblasti bezpečnosti pacientů a kvality zdravotní péče v ČR na základě stávajících a vznikajících problémů, priorit a inovačních řešení. Členy PSBPKZP byli:

- zástupci MZČR ze sekce zdravotní péče, sekce ochrany a podpory veřejného zdraví, sekce zdravotního pojištění,
- zástupci odborných společností a profesních organizací,
- zdravotní pojišťovny, rezortů MPSV, MŠMT
- a zástupci odborné a laické veřejnosti.

PSBPKZP se zaměřovala zejména na oblasti definované v Doporučení Rady EU:

*) Odbor zdravotních služeb, Oddělení kvality ve zdravotnictví Ministerstva zdravotnictví ČR,
http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpececi/dokumenty/hodnoceni-kvality-a-bezpeci-zdravotnich-sluzeb_7595_29.html

- ✓ zavádění a rozvoj národních politik a programů pro bezpečnost pacientů a kvalitu zdravotní péče,
- ✓ posílení účasti a informovanosti občanů,
- ✓ zavedení nebo posílení nerepresivních systémů podávání zpráv a informací o nežádoucích událostech,
- ✓ vzdělávání a odbornou přípravu zdravotnických pracovníků,
- ✓ zajištění klasifikace a měření bezpečnosti pacientů a kvality zdravotní péče,
- ✓ sdílení znalostí, zkušeností a osvědčených postupů v ČR a na úrovni EU,
- ✓ rozvoj a prosazování výzkumu v oblasti bezpečnosti pacientů a kvality zdravotní péče,
- ✓ implementaci strategie prevence a kontroly infekcí ve zdravotnických zařízeních, včetně infekcí spojených se zdravotní péčí.

Příslušné útvary ministerstva se, samozřejmě, zabývají i aplikací zákona o zdravotních službách a udělují oprávnění k provádění hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, pro druhy zdravotní péče ve smyslu ustanovení § 5 odst. 2 písm. f) až h) zákona č. 372/2011 Sb.

Naskytuje se otázka, podle jakého klíče, respektive po splnění kterých kritérií, budou moci udělit oprávnění k provádění hodnocení kvality a bezpečí specializované ambulantní péče.

4.2.1.3 *)Středisko pro kvalitu a autorizaci Státního zdravotního ústavu

Toto středisko, které je součástí Státního zdravotního ústavu má zabezpečovat následující činnosti:

1. Zabezpečuje program sledování a kontroly kvality poskytovaných služeb v oblasti ochrany veřejného zdraví (OVZ) vycházejícího ze zákona č. 258/2000 Sb.

*) Středisko pro kvalitu a autorizaci Státního zdravotního ústavu, <http://www.szu.cz/autorizace/dalsi-informace>

2. Na základě pověření ministerstva zdravotnictví metodicky a organizačně zabezpečuje program autorizace laboratoří pro vyšetřování a měření v OVZ a program autorizace osob k hodnocení zdravotních rizik v oblastech definovaných zákonem.
3. Jako autorizující orgán je SZÚ a jeho Středisko pro kvalitu a autorizaci součástí systému povolovacích a dozorových režimů působících v rámci volného pohybu služeb na jednotném trhu EU.
4. Dalším posláním Střediska v oblasti veřejného zdravotnictví je podílet se dle pokynů MZ ČR na přípravě podkladů pro zdravotní politiku, speciálně v oblasti koncepce programu kvality a efektivity služeb ve zdravotnictví.

4.2.2 VÝKONNÉ SYSTÉMY HODNOCENÍ KVALITY ZDRAVOTNÍ PÉČE (AKREDITAČNÍ AUTORITY)

„Výkonným systémem“, tedy „akreditační autoritou“ se rozumí organizace (instituce), která provádí (z hlediska hodnocení kvality akreditace a certifikace zdravotnických zařízení. Wikipedie definuje akreditaci jako „oprávnění k určité činnosti nebo ověření a uznání takového oprávnění. Často to může být synonymum pro získání licence. Akreditaci jako oprávnění uděluje takzvaná akreditační autorita, která tím může někdy pověřit i firmu nebo agenturu. Samozřejmě se vedou spory o tom, kdo má být „akreditační autoritou“, má-li to být ministerstvo samotné, nebo je lépe „delimitovat“ akreditační proces a pověřit další instituce. Tento spor dobře definuje následující článek:

*) Má ministerstvo akreditovat „své“ nemocnice? Citace: „O tom, že kvalitu je ve zdravotnictví třeba kontinuálně sledovat a usilovat o její zvyšování, není sporu. Jako jeden z účinných nástrojů se osvědčil proces akreditací zdravotnických zařízení. Udělení akreditace není jen symbolickou „pečetí kvality“, ale v budoucnu by se mělo stát i jedním z důležitých argumentů zdravotnických zařízení při uzavírání smluvních vztahů se zdravotními pojišťovnami.

*) Kothera, Vladimír: Má ministerstvo akreditovat „své“ nemocnice?, <http://www.sakcr.cz/cz-main/napsali-o-nas/rok-2006/ma-ministerstvo-akreditovat-sve-nemocnice-.275/>

Jak z tohoto pohledu hodnotíte rozhodnutí ministra zdravotnictví zahájit Národní akreditační program, kdy ministerstvo coby zřizovatel bude zároveň hodnotit a osvědčovat kvalitu svých přímo řízených zdravotnických zařízení (a také krajských či privátních, pokud o to požádají)? Je to projev příkladné snahy o to, dát celému procesu jasný řád a zároveň zdravotnickým zařízením ušetřit peníze, protože „ministerské“ akreditace budou levnější než proces zajišťovaný nezávislou akreditační autoritou? Nebo se tím otevírá prostor pro určité zvýhodnění „státních“ nemocnic oproti ostatním poskytovatelům zdravotní péče? Domnívám se, že zahájit Národní akreditační program je krok správným směrem, ale pouze tehdy, bude-li garantován nezávislou akreditační autoritou. Jsem přesvědčen, že pouze nezávislá akreditační autorita může dát celému procesu punc transparentnosti a kvality“.

4.2.2.1 Přehled akreditačních autorit v České republice

V České republice existují následující akreditační autority, které se (vyjma „ASAC zdravotní o.p.s.) doposud prioritně zabývaly především akreditací nemocnic a laboratoří:

- ASAC zdravotní, o.p.s.



- Spojená akreditační komise



SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE

- e-ISO, a.s.



- Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví, s.r.o.



- T Cert, s.r.o.



- CQS – Sdružení pro certifikaci systémů jakosti



- EURO CERT CZ, a.s.



4.2.2.2 Národní referenční centrum



*) V „paralelním postavení“ k řídicím a konkurenčním složkám je Národní referenční centrum (NRC), které se kvalitou zdravotní péče též zabývá, zejména však „kvalitou medicinských postupů“ – čili „vertikálním hodnocením“.

5. HODNOCENÍ KVALITY AMBULANTNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE

5.1 Úvod k tématu

Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb je zakotveno v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále jen "zákon č. 372/2011 Sb.).

Akreditační autority, které se ucházejí o možnost akreditovat ambulantní zdravotnická zařízení, vycházejí ze standardů doporučených ministerstvem zdravotnictví ve Věstníku 5/2012; v tomto **) věstníku jsou ovšem akreditační standardy pro ambulantní sféru velmi „skromné“ – jedná se pouze o následující standardy:

- Standard: Bezpečnost při používání přípravků s vyšší mírou rizikovosti.
- Standard: Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování péče.
- Standard: Řešení neodkladných stavů.

*) Národní referenční centrum: Proč a jak se měří kvalita ve zdravotnictví, <http://www.nrc.cz/search/node/kvalita>, http://www.nrc.cz/system/files/2013/03/brozurka_165x240_final_pdf_20996.pdf

Akreditační autority proto většinou rozšiřují své metodiky a o další standardy, vycházejí přitom z vyhlášky ministerstva zdravotnictví č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče; analogická vyhláška pro ambulantní péči totiž doposud vydána nebyla.

Ze samotného zákona o zdravotních službách tedy není zcela jasné, jaká kritéria budou muset splnit subjekty, které by dostaly oprávnění k externímu hodnocení kvality podle §§ 98 až 106; jinak řečeno – zákon o zdravotních službách je v tomto smyslu velmi obecný.

V současné době existují dva komplexní systémy, které se hodnocením ambulantní péče zabývají, lze však očekávat, že se jich objeví více.

5.2 Existující systémy hodnocení kvality ambulantní péče v ČR

5.2.1 „Systém uznání kvality specializované ambulantní péče“ (The System of the Accreditation's of the Specialized Ambulatory Care), ASAC

ASAC je výhradním duševním vlastnictvím Sdružení ambulantních specialistů o.s.; k jeho realizaci byla vytvořena společnost ASAC zdravotní o.p.s..

Systém ASAC se soustřeďuje výhradně na hodnocení kvality specializované ambulantní péče, a předkládá následující „katalog standardů kvality a bezpečí“:

- 1) Doložení a řazení dokumentace nezbytné k existenci a provozu zdravotnického zařízení
- 2) Přístup k ambulantní péči
- 3) Pacientská práva a bezpečnost
- 4) Personální obsazení, kvalifikace, další vzdělávání
- 5) Vedení lékařské dokumentace
- 6) Interní audit kvality
- 7) Vedení a organizace praxe, program zvyšování kvality a bezpečí
- 8) Hygienické ukazatele kvality praxe
- 9) Nakládání s léčivy, pravidelný servis přístrojů, protipožární směrnice.

U každého standardu jsou uvedeny i podmínky pro splnění standardu, popřípadě další informace.

Jak je patrné, zabývá se systém ASAC hodnocením zejména těch záležitostí spojených s výkonem specializované ambulantní péče, které jsou společné všem odbornostem (horizontální přístup k hodnocení).

Hodnocení kvality samotné péče (poskytování „lege artis“), tedy vertikální styl hodnocení, hodnotí jen okrajově („odbornostní komisař“) a ponechává tuto problematiku odborným společnostem – a zdravotním pojišťovnám.

Systém ASAC se snaží vyváženě hodnotit práci erudovaných odborníků především v rámci ambulance, i když na druhé straně nechce ani ignorovat jejich jiné aktivity, pokud k nim zbývá časový prostor.

5.2.2 *) Národní akreditační standardy pro ambulantní zdravotnická zařízení (NAS)

NAS jsou dílem Sdružené akreditační komise (SAK) a jsou následujícího typu:

- I) Standardy řízení kvality a bezpečí.
- II) Standardy diagnostické péče.
- III) Standardy péče o pacienty.
- IV) Standardy kontinuity zdravotní péče.
- V) Standardy dodržování práv pacientů.
- VI) Standardy podmínek poskytování péče.
- VII) Standardy managementu.
- VIII) Standardy řízení lidských zdrojů.
- IX) Standardy pro sběr a zpracování informací.
- X) Standardy protiepidemických opatření.

*) Sdružená akreditační komise: Národní akreditační standardy pro ambulantní zdravotnická zařízení, <http://www.sakcr.cz/cz-main/dokumenty/akreditace/>

Každý standard obsahuje tři základní části – text standardu, popis jeho účelu a měřitelné parametry – indikátory standardu. V účelu standardu je zpravidla obsažen způsob naplnění standardu, v některých případech i příklady správné praxe.

Indikátory standardu jsou nástroji hodnocení jeho naplnění – zjednodušeně lze říci, že pro splnění standardu je nutno na všechny indikátory odpovědět kladně.

NAS se snaží absorbovat do svých standardů vertikální i horizontální rozměr hodnocení kvality a soustřeďuje se na veškeré typy ambulantní péče.

6. PRAKTICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE: PILOTNÍ PROGRAM ASAC

6.1 Úvod k tématu

^{*)} V roce 2010 spustila Rada Sdružení ambulantních specialistů pilotní program „Systému uznání kvality specializované ambulantní péče“ (The System of the Accreditation of the Specialized Ambulatory Care) – ASAC. Pilotní program byl ukončen v prosinci 2011 (před účinností zákona o zdravotních službách).

Autor této diplomové práce působí jako předseda akreditační komise tohoto systému, který se bude ucházet o to, stát se akreditační autoritou v systému hodnocení kvality specializované ambulantní péče.

Účelem pilotního programu bylo zjistit zájem ambulantních specialistů a tento typ akreditace a prověřit „katalog standardů“ systému ASAC i správnost postupů při akreditaci.

Akreditací kvality provozu zdravotnických zařízení prošlo během pilotního projektu několik desítek zdravotnických zařízení, která posléze obdržela certifikát kvality.

6.2 Hlavní zásady pilotního projektu

Akreditace v systému ASAC se, oproti systému NAS, zaměřuje pouze na péči ambulantních specialistů.

^{*)} Sdružení ambulantních specialistů: Pilotní program ASAC, <http://www.asac.cz/?m=pilotniprogram>

Sdružení ambulantních specialistů o.s. je organizace sdružující především soukromé lékaře, u kterých je práce v soukromé ambulanci prvořadou činností, nikoli pouze drobným vedlejším úvazkem; systém ASAC se proto zaměřuje především na sledování kvality takovýchto ambulancí.

V tomto smyslu byl sestaven i „vstupní dotazník“, který je stále zveřejněn na webové stránce <http://www.asac.cz> a který je přílohou této diplomové práce.

Hlavní zásady pilotního programu byly následující:

- a) Účast v pilotním projektu ASAC byla absolutně dobrovolná.
- b) Účast mohla být i anonymní; pokud se účastník rozhodl z anonymity vystoupit (zaregistrovat se) a v systému ASAC uspěl, měl možnost:
 - uzavřít se SAS „Smlouvu o propůjčení certifikátu kvality v Systému uznání kvality specializované ambulantní péče“ a diplom „certifikát kvality“
 - zapojit se do systému virtuální "polikliniky ASAC“.
- c) Vstupním aktem pilotního programu bylo vyplnění vstupního dotazníku; vyhodnocování dotazníků probíhalo automaticky.
- d) Účastníky pilotního projektu, kteří úspěšně prošli vstupním dotazníkem, navštívila akreditační skupina a provedla hodnocení kvality „na místě“.
- e) Účast v projektu byla bezplatná.
- f) Pokud zařízení poskytovalo péči ve více odbornostech, probíhalo akreditační řízení pro každou odbornost zvlášť.

6.3 Výsledky pilotního programu ASAC

Dotazník na webu <http://www.asac.cz> navštívilo celkem 398 soukromých lékařů. Jaké bylo rozložení výsledku pilotního programu, uvádí tabulka:

Celkový počet lékařů, kteří v době pilotního programu otevřeli „vstupní dotazník“ na webu www.asac.cz	398
Celkový počet lékařů, kteří vyplnili dotazník	288
Počet lékařů, kteří uspěli po vyplnění dotazníku	191
Počet lékařů, kteří neuspěli po vyplnění dotazník	71
Počet ambulancí, které se následně zapojili do akreditace „na místě“	108
Počet vydaných certifikátů kvality	106

V současné době by již měly probíhat „reakreditace“ těch, kterým byl udělen certifikát kvality. Bohužel – legislativní normy to, pravděpodobně, neumožňují.

Z tabulky vyplývá, že akreditace v systému ASAC není zcela jednoduchou záležitostí. Na základě výsledku pilotního programu byly pozměněny, nebo doplněny ty záležitosti, které byly na základě pilotního programu odhaleny jako problematické.

7. ZÁVĚR

Sdružení ambulantních specialistů (SAS) rozhodlo roku 2006 o vytvoření systému akreditace ASAC, s cílem ohodnotit efektivitu a provoz zdravotnických zařízení. Autor této diplomové práce je spoluautorem tohoto systému. Filozofií projektu nebylo přímé hodnocení poskytování péče, ale přístupnost služeb zdravotnických zařízení pacientům. Jedná se tedy o „horizontální přístup“ k hodnocení kvality.

Sledování kvality specializované ambulantní péče by mělo vést k následujícím základním cílům, mezi které patří:

- **osobnější přístup ke klientovi (pacientovi):** zdravotnická zařízení jsou připravena věnovat se specifickým potřebám pacientů, poskytnout pohodlí a neuspěchané jednání, zdvořilý personál a vyhovující ordinační hodiny;
- **odbornost na vysoké úrovni** dostupné pacientům i praktickým lékařům: osobní přístup k pacientům, dobrá přístupnost péče a vysoká odbornost generují nejlepší možnou kvalitu péče;
- **pravé partnerství ve zdravotní péči:** lékaři ctí pravidlo diskuse o zvoleném léčebném postupu, nejsou omezeni ve své práci a nuceni plánovat zdraví dle kritérií vyšších zdravotních systémů. Pacient není vystaven rozhodnutí spojovatelky nebo byrokracii. Lékaři jsou svobodní ve svých rozhodnutích a věnují se výhradně zájmům pacientů.

LITERATURA A ZDROJE

Gladkij Ivan, Heger Leoš, Strnad Ladislav: *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*, IPVZ Brno, 1999, ISBN 80-7013-272-8

IZPE: *Velká Británie I. (zdravotnický systém)*, 2004, vydalo MZ ČR 2004, ISSN: 1213-8096, ISBN 80-86625-38-9,

Kothera, Vladimír: *Má ministerstvo akreditovat „své“ nemocnice?*,
<http://www.sakcr.cz/cz-main/napsali-o-nas/rok-2006/ma-ministerstvo-akreditovat-sve-nemocnice-.275/>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky: *Zlepšení systému řízení zdravotní péče, technická asistence, Indikátory kvality zdravotních služeb*, projekt číslo CZ2004/006-237/0801 VZ60012078

Národní referenční centrum: *Proč a jak se měří kvalita ve zdravotnictví*,
<http://www.nrc.cz/search/node/kvalita>

Odborná sekce kvality ve zdravotnictví, <http://www.npj.cz/cz/uvodni-stranka>

Odbor zdravotních služeb, Oddělení kvality ve zdravotnictví Ministerstva zdravotnictví ČR, http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/dokumenty/hodnoceni-kvality-a-bezpeci-zdravotnich-sluzeb_7595_29.html

Středisko pro kvalitu a autorizaci Státního zdravotního ústavu,
<http://www.szu.cz/autorizace/dalsi-informace>

Sdružená akreditační komise: *Národní akreditační standardy pro ambulantní zdravotnická zařízení*, <http://www.sakcr.cz/cz-main/dokumenty/akreditace/>

Sdružení ambulantních specialistů: *Pilotní program ASAC*,
<http://www.asac.cz/?m=pilotniprogram>

Šteflová, Alena, Ph.D., WHO Regional Office for Europe, Kancelář WHO v ČR: *Kvalita péče a bezpečí pacientů v agendě WHO*, http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/download/03_Steflova_Kvalita-a-bezpeci-pacienta-v-agende-WHO.pdf

DIPLOMOVÁ PRÁCE – MUDr. JAN ŠŤASTNÝ

Téma: Kvalita specializované ambulantní péče v teorii a praxi

Šťastný, Jan: Seminární práce z předmětu „management kvality ve zdravotnictví“, téma: „Úskalí měření kvality specializované ambulantní péče“, profesní vzdělávací program M.B.A., CEMI, 2_2013/2014,

Šťastný, Jan: *Aplikace individuálních přístupů v péči o zdravotně postižené*, Postavení zdravotně sociální péče v systému zdravotnictví, Centrum liberálních studií, 1996, ISBN 80-85341-54-9

Šťastný, Jan: *Zdraví a nemoc* 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2006, ISBN 80-7041-775-7

Šuster, Matěj: *Kvalita amerického a britského zdravotnictví - irelevantnost zprávy Světové zdravotnické organizace*, Britské listy, 2007, <http://blisty.cz/art/37928.html>

Věstník ministerstva zdravotnictví č.5/2012, http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c5/2012_6452_2510_11.html

Webové stránky – sledování kvality ambulantní péče v Německu: <http://www.kbv.de/html/aquik.php>, <http://shop.elsevier.de/zefq>; http://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_ASV.pdf a další

Příloha: ZÁKLADNÍ DOTAZNÍK SYSTÉMU ASAC

1.	Týdenní ordinační doba nasmlouvaná se ZP pro poskytování zdravotní péče v hodnocené odbornosti v přepočtu na jednoho plně kvalifikovaného lékaře je
	30 hodin a více
	20 - 29 hodin
	19 a méně hodin
2.	Vaše reálná týdenní ordinační doba v hodnocené odbornosti pro poskytování zdravotní péče je v přepočtu na jednoho plně kvalifikovaného lékaře (uved'te reálnou ordinační dobu bez přestávek)
	35 hodin a více
	30 - 34 hodin
	25 - 29 hodin
	20 - 24 hodin
	19 a méně hodin
3.	Ordinuje Vaše zdravotnické zřízení v dané odbornosti tento počet dní v týdnu:
	1
	2
	3
	4
	5
	6 a více
4.	Ve Vašem ZZ v hodnocené odbornosti pracuje celkem tento počet všech lékařů:
	1
	2
	3
	4
	5
	6 a více

DIPLOMOVÁ PRÁCE – MUDr. JAN ŠTASTNÝ

Téma: Kvalita specializované ambulantní péče v teorii a praxi

5.	Ve Vašem ZZ v hodnocené odbornosti pracuje celkem tento počet plně erudovaných lékařů, tedy těch lékařů, kteří mají atestaci v oboru, nebo jsou držitelé specializačního osvědčení MZ v daném oboru:
	1
	2
	3
	4
	5
	6 a více
6.	Vaše ZZ poskytuje péči v hodnocené odbornosti celkem na tomto počtu pracovišť (v tomto počtu ordinací):
	1
	2
	3
	4
	5
	6 a více
7.	Uveďte, kolik % z celkové ordinační doby (bez přestávek) se v hodnocené odbornosti věnujete pacientům před 8. hodinou ranní či po 16. hodině odpolední
	0 až 5 % ordinační doby
	6 až 10 % ordinační doby
	11 až 15 % ordinační doby
	16 a více % ordinační doby
8.	Pracují plně vzdělaní lékaři hodnocené odbornosti Vašeho zdravotnického zařízení současně pro lůžkové zařízení jako souběh v přepočtu na jednoho plně kvalifikovaného lékaře?
	ne, nepracují
	pracují na 0,2 úvazku a méně
	pracují na 0,21 až 0,59 úvazku
	pracují na 0,6 úvazku a více

DIPLOMOVÁ PRÁCE – MUDr. JAN ŠŤASTNÝ

Téma: Kvalita specializované ambulantní péče v teorii a praxi

9.	Slouží plně erudovaní lékaři hodnoceného oboru Vašeho zdravotnického zařízení LSPP či ústavní pohotovostní služby ?
	ano
	ne
10.	Vaše ZZ v hodnocené odbornosti neposkytuje přímé zdravotní služby plně erudovaných lékařů (z důvodu dovolené, vzdělání, školení atd.) v roce:
	0 až 25 pracovních dnů
	26 až 35 pracovních dnů
	36 až 45 pracovních dnů
	46 a více pracovních dnů
11.	V době nepřítomnosti plně erudovaného lékaře hodnocené odbornosti Vašeho zdravotnického zařízení je tento zastoupen přímo na stejném pracovišti lékařem se stejnou kvalifikací?
	ano
	ne
12.	Pokud Vaše zdravotnické zařízení vykonává konziliární činnost, pak každý z plně erudovaných lékařů hodnoceného oboru měsíčně průměrně vyšetří počet pacientů v níže uvedeném rozmezí - myšlena jsou vyšetření vyžádaná nikoli pacientem samotným, ale lékařem jiného zdravotnického zařízení (praktický lékař nebo jiný specialista). Upřesnění: Za konziliární činnost je tedy považována činnost na základě požadavku či doporučení jiného lékaře.
	konziliární činnost nevykonáváme
	1 - 10 případů
	11 - 20 případů
	21 - 30 případů
	31 a více případů
13.	Domníváte se, že v místě, kde působí Vaše zdravotnické zařízení, existuje v oblasti péče, kterou Vaše zdravotnické zařízení v dané odbornosti poskytuje, výjimečné specifikum (např. ve smyslu nedostatečného pokrytí množství pracovních úvazků v dané odbornosti, poskytování speciálního spektra výkonů)
	ano
	ne

DIPLOMOVÁ PRÁCE – MUDr. JAN ŠTASTNÝ

Téma: Kvalita specializované ambulantní péče v teorii a praxi

14.	Lékaři pracující ve Vašem ZZ v hodnoceném oboru mají kvalifikaci doloženou:
	jen atestacemi nebo diplomy specializované způsobilosti
	někteří atestacemi nebo diplomy specializované způsobilosti, někteří licencemi ČLK
	jen licencemi České lékařské komory
15.	Všichni Vaši plně erudovaní lékaři mají tato minimálně léta své praxe
	5 až 9 let
	10 a více let
16.	Získalo Vaše ZZ nějaké jiné ohodnocení kvality (ČLK, odbornou společností, ISO, akreditované pracoviště MZ ČR apod.)?:
	ano
	ne
17.	Jsou všichni plně erudovaní lékaři v hodnoceném oboru ve Vašem zdravotnickém zařízení držiteli platného Diplomu celoživotního vzdělávání ČLK dle Stavovského předpisu č. 16?
	ano
	ne
18.	Pokud některý z plně erudovaných lékařů hodnoceného oboru z Vašeho zdravotnického zařízení nevlastní platný Diplom celoživotního vzdělávání, uveďte, kolik kreditů dle Stavovského předpisu ČLK č. 16 získal minimálně za posledních 5 let:
	49 a méně kreditů
	50 a více kreditů
	všichni tyto diplomy mají
19.	Je Vaše zdravotnické zařízení schopno komunikovat vyjmenovanými cizími jazyky (angličtina, němčina, francouzština, španělština, ruština, polština) – rozumí se komunikace s pacientem (anamneza, vyšetření), není myšlen požadavek tvorby lékařských zpráv?
	ano
	ne
20.	Uveďte, zda některý z u Vás pracujících lékařů v hodnocené odbornosti se v posledních 5 letech věnuje přednáškové či publikační činnosti. Započítejte jen práce, kde je uveden jako 1. autor:
	ano
	ne

DIPLOMOVÁ PRÁCE – MUDr. JAN ŠŤASTNÝ

Téma: Kvalita specializované ambulantní péče v teorii a praxi

21.	Je některý u Vás pracující lékař v hodnoceném oboru řešitelem či spoluřešitelem grantu v současnosti, či byl jím v posledních 5 letech:
	ano
	ne
22.	Máte pro hodnocenou odbornost organizovaný provoz „odkladné péče, tedy systém objednávání k plánovanému ošetření ?
	Ano, máme logický a funkční systém bez poplatků
	Máme zavedený logický a funkční systém s uplatněním poplatků pro objednané pacienty
	Vzhledem k tomu, že rozsah statimových vyšetření přesahuje v našem zařízení 20% ordinační doby, je funkčnost systému objednávání v našem zdravotnickém zařízení z objektivních důvodů snížena, poplatky za rezervaci termínu při objednání nevybíráme
	Vzhledem k tomu, že rozsah statimových vyšetření přesahuje v našem zařízení 20% ordinační doby, je funkčnost systému objednávání v našem zdravotnickém zařízení z objektivních důvodů snížena, pokud chce někdo být předem objednan, musí zaplatit poplatek za termín, neboť to je nadstandardní péče
23.	Průměrná doba čekání na vyšetření v hodnocené odbornosti od objednání k termínu vyšetření (v případě, že pacienty objednáváte) je:
	od 1 do 7 kalendářních dnů
	8 až 14 dnů
	15 až 30 dnů
	31 dnů a déle
	pacienty neobjednávám, vyšetřuji je průběžně, jak přicházejí
24.	V hodnocené odbornosti je průměrný rozdíl doby mezi časem, na který je pacient objednan nebo (pokud pacienty neobjednáváte) ve kterém pacient přichází na neakutní vyšetření, a časem, kdy pacient vchází do ordinace (čas strávený neakutními pacienty v čekárně), je:
	15 minut a méně
	od 16 do 30 minut
	31 minut a déle
25.	V přepočtu na plný úvazek jednoho plně erudovaného lékaře v dané odbornosti zaměstnáváte zdravotní sestru s plnou kvalifikací (tedy držitelky osvědčení o specializaci MZ) na úvazek (započítejte všechny zdravotní sestry pracující v ordinacích dané odbornosti):
	1.0 a více
	0,6 - 0,9
	0,5 a méně

DIPLOMOVÁ PRÁCE – MUDr. JAN ŠŤASTNÝ

Téma: Kvalita specializované ambulantní péče v teorii a praxi

26.	V přepočtu na plný úvazek jednoho plně erudovaného lékaře v dané odbornosti zaměstnáváte zdravotní sestry (zde bez ohledu na dosažený stupeň vzdělání zdravotní sestry) na úvazek:
	1.0 a více
	0,6 - 0,9
	0,5 a méně
27.	Jaký je význam práce sestry (sester) ve Vašem zdravotnickém zařízení?
	Sestra se kromě objednávání a přípravy pacientů věnuje samostatným nelékařským výkonům bez přímého dohledu lékaře.
	Sestra objednává a připravuje k vyšetření pacienty, zajišťuje významnou část administrativy.
	Sestru nezaměstnávám.
28.	Má Vaše zdravotnické zařízení vlastní internetové stránky?
	ano
	ne
29.	Bylo proti některým lékařům pracujícím ve Vašem zdravotnickém zařízení vedeno disciplinární řízení ČLK nebo běží projednávání stížnosti na některého Vašeho lékaře cestou ČLK či krajského úřadu?
	ano
	ne
30.	Bylo Vaše zdravotnické zařízení v posledních 5 letech sankcionováno ze strany některé zdravotní pojišťovny pro vědomé vykazování neprovedených výkonů nebo vykazání ve skutečnosti u Vás neošetřených pacientů?
	ano
	ne