

□□□□



CEMI

CENTRAL EUROPEAN MANAGEMENT INSTITUTE

Profesní vzdělávací program

Master of Business Administration

MANAGEMENT ZDRAVOTNICTVÍ

2_2013/2014

SEMINÁRNÍ PRÁCE

Předmět: MANAGEMENT KVALITY VE ZDRAVOTNICTVÍ

Téma: Úskalí měření kvality specializované ambulantní péče

MUDr. Jan Šťastný
student

MUDr. Rudolf Střítecký
lektor

MOTTO:

„Lékař může vyléčit někdy, ulevit často, potěšit vždycky.“

Dr. Hutchinson

ÚVOD

Pohledy na kvalitu zdravotní péče se v průběhu historie měnily, a to v mnoha směrech. Mezi nejdůležitější aspekty patří postavení pacienta (klienta) v systému a vyspělost medicinských technologií, která má svou složku vědomostní a ekonomickou.

V „nedemokratických“ systémech je pacient spíše „objektem“ zdravotní péče, jejím konzumentem, přičemž o rozsahu a kvalitě péče je rozhodováno direktivně, shora. V případě prvých pojišťovacích systémů zaváděných koncem 18. století se spíše než o pojištění zdravotní péče jednalo o pojištění nemocenské a úrazové. V době, kdy příjem kolísal na úrovni životního minima, byla výše příjmu determinantou zdraví – zvýšení příjmu vedlo ke snížení mortality a morbidity díky zlepšení nutričních standardů (jak například ukazuje malthusiánská „teorie populačního růstu“).

Kvalita zdravotních služeb byla dlouhou dobu spíše záležitostí samotných poskytovatelů než jiných subjektů. Na druhé straně – léčebné technologie byly na nesrovnatelně nižší úrovni, než je tomu na začátku třetího tisíciletí.

Nový pohled na kvalitu zdravotní péče se formoval zejména ve druhé polovině dvacátého století, a to v souvislosti s mohutným rozvojem technologie zdravotnických služeb, vzestupem ekonomické náročnosti a s transformací příjemců péče z role „objektů“ do role „subjektů“.

Zcela zásadní význam má sledování kvality v současném období „kapitalizace zdraví“, kdy jedinci aktivně investují do udržování a zvyšování potenciálu svého zdraví.

V teoretické části této seminární práci bych se rád pokusil poukázat na některé aspekty hodnocení kvality, které nejsou běžně prezentovány; v části praktické bych rád naznačil možnosti hodnocení kvality v oblasti specializované ambulantní péče.

ÚROVNĚ HODNOCENÍ KVALITY

Zdravotní péče je velmi rozsáhlý systém a jeho kvalitu lze ovlivňovat na různých úrovních:

- a) na úrovni prevence (hodnocení stávajících preventivních opatření a tvorba nových, kvalitnějších),
- b) na úrovni diagnózy a terapie (hodnocení kvality lůžkové a ambulantní péče),
- c) na úrovni výstupů ze systému (hodnocení kvality rehabilitace).

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

1. ÚROVEŇ: HEALTH POLICY, HEALTH PROMOTION

Prakticky ihned po politických změnách v roce 1989 vznikl spor o pozici „public health“ v systému zdravotnictví České republiky. Tento spor by se možná dal označit jako „health policy kontra health promotion“.

Na jedné straně stál názor, že veřejné zdraví patří do sféry oboru „hygiena a epidemiologie“, na straně druhé se přejmenováním původního oboru „sociální lékařství a organizace zdravotnictví“ vytvořil nový obor „veřejné zdravotnictví“. Téměř paralelně byl zrušen Odbor sociálního lékařství a organizace zdravotnictví (OSLOZ) na ministerstvu zdravotnictví a vznikla Škola veřejného zdravotnictví (ŠVZ) při Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ). Zásadním zlomem pak bylo obnovení Státního zdravotního ústavu, který na sebe pozvolna přebírá veškeré úkoly veřejného zdravotnictví.

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“). Isolovat „public health“ od systému „zdravoochraničtství“ se podařilo v podstatě jen tam, kde bylo veřejné zdravotnictví zastřešeno univerzitami. V těchto státech získávají absolventi titul M.B.H. (Master of Public Health). To se v případě České republiky bohužel nepodařilo.

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.

Jak bude konstatováno i dále, ve smyslu „regulace kvality“ se zdravotní politika České republiky 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 paternalistická role státu a chyběla určitá „zpečtná 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.

Závěrem této subkapitoly chci konstatovat, že i v oblasti sledování kvality je potřebná konkurence; je potřeba, aby zde působilo více navzájem si konkurujících subjektů, neboť i zde platí, že konkurence je zárukou kvality.

Ještě poslední poznámka: V posledních letech se již nemluví jen o „public health“, nýbrž o „new public health“, které se soustřeďuje na podrobné poznání determinant zdraví a na aktivní roli jedince, sociálních skupin, komunit – i rozvojových zemí v public promotion.

2. ÚROVEŇ: KVALITA ZDRAVOTNÍ PÉČE

Kvalitní zdravotní péče by se měla vyznačovat následujícími vlastnostmi:

- a) vysokou odbornou úrovní,
- b) efektivitou,
- c) minimálním rizikem pro pacienta,
- d) pozitivním vlivem na potenciál zdraví pacienta,
- e) uspokojením pacienta.

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.

Systemy 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 standard 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 (popřípadě upřednostňující určité typy poskytovatelů), přelévání finančních prostředků, dotace z veřejných prostředků;
- 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) lobbystické – 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“ považuji 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.

O problematice hodnocení kvality specializované ambulantní péče budu hovořit v „praktické části“ seminární práce.

3. ÚROVEŇ: KVALITA PÉČE A REHABILITACE

Shrneme-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 nemocí“ 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. Celkový počet

invalidních důchodů je v České republice obrovský, jedná o přibližně o půl milionu osob, jde tedy cca o 5 % všech obyvatel, o 7 % obyvatel v produktivním věku.

Oborem, který se zabývá eliminací následků nemoci (a terapie) je tedy právě rehabilitace; v tomto smyslu ale nemíním rehabilitace jako „fyzioterapii“, nýbrž rehabilitaci ucelenou (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.

I zavádění ucelené rehabilitace naráží na četná úskalí, systém stále upřednostňuje přidělování rent před obnovou pracovního potenciálu; upřednostňuje se „nezaměstnatelnost“ před „nezaměstnaností“. Chybí účinné propojení „1. úrovně 1“ a „3. úrovně“.

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

Pro zajímavost: pokud bychom se soustředili na vlastní hodnotu ekonomických ztrát navazujících na přiznání renty, pak dojdeme k názoru, že jsou to ztráty multifaktoriální:

- 1) Přiznaný důchod je ekonomickou ztrátou, neboť není odrazem vyprodukovaných hodnot, neschopnost podílet se na tvorbě HDP se dá považovat za ztrátu ve smyslu „minus“.
- 2) Další ztráty vyplývají i z „inaktivace“ osob pečujících o zdravotně postiženého.
- 3) Těžko kvantifikovatelné ztráty vyplývají i z nelegálního zaměstnávání „invalidních důchodců“, tedy z propojení sociálního systému s „černou ekonomikou“.
- 4) Stále přetrvávají ztráty vyplývající z upřednostňování rezidenční péče.

- 5) Nenahraditelné jsou ztráty vyplývající z nemožnosti uplatnit dosavadní znalosti, zkušenosti a kvalifikaci.

Následující tabulka přináší pohled rehabilitace na chorobu, poruchu, disabilitu a handicap:

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 Ā R E H A B I L I T A C E				

Poznámka: „absolutním“ způsobem hodnocení invalidity je míněno „tabulkové“ přiznávání invalidit, „relativním“ pak „odhalování“ pracovního potenciálu.

PROBLEMATIKA HODNOCENÍ KVALITY SPECIALIZOVANÉ AMBULANTNÍ PÉČE

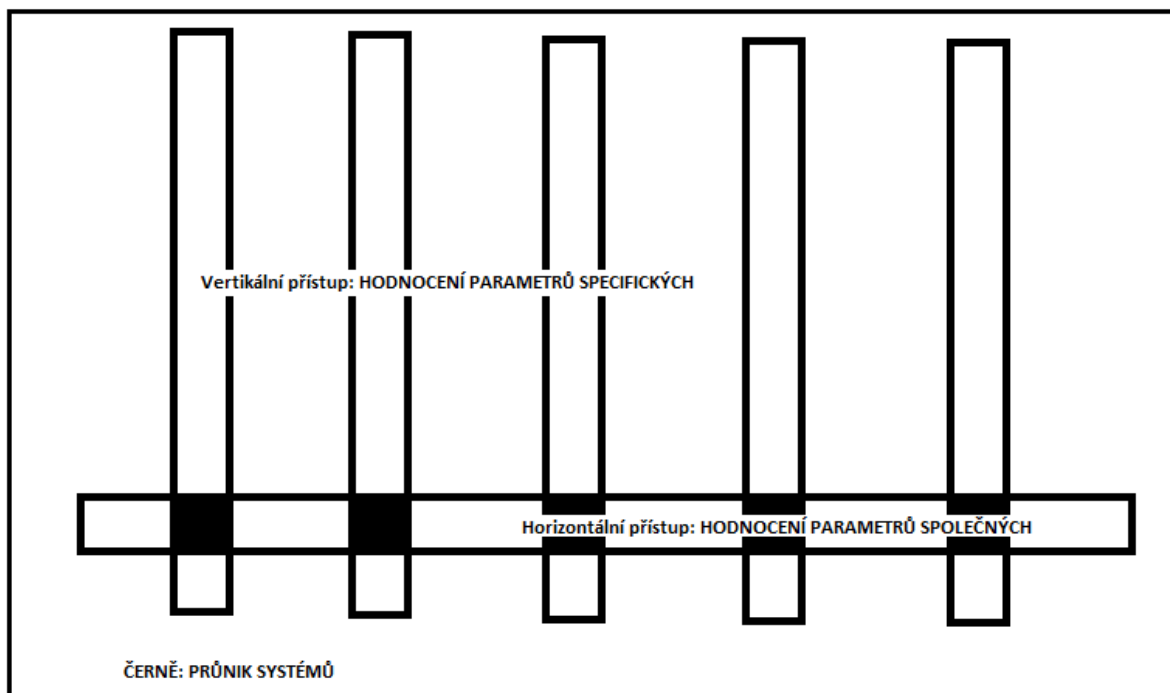
Jak bylo již konstatováno výše, čeká se na vyhlášku, která by akreditace ambulantní péče povolila, usměrnila a řídila.

Kromě odborných společností zastřešujících jednotlivé obory vyvíjí v oblasti specializované ambulantní péče činnost i Sdružení ambulantních specialistů (SAS), které hájí zájmy této

skupiny napříč spektrem odborností.

Systémy hodnocení kvality lze tedy 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. Zajímavým se například 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 mají být pomocí indikátorové sady AQUIK zkoumány možnosti použití indikátorů kvality k její podpoře. Bylo vybráno 48 indikátorů pro ambulantní péči, týkajících se ADHD, AIDS/HIV, arteriální hypertenze, artrózy, gynekologických témat, inkontinence moči, selhání srdce, očkování, bolesti v kříži, managementu lékařské praxe, presbyakuze, průřezových témat, revmatoidní artritidy a fibrilace síní, pro obvodní lékaře a

specialisty. Význam a realizovatelnost těchto 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.

AQUIK je tedy systém propojující vertikální a horizontální pohled na kvalitu specializované ambulantní péče.

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.

Z mnoha důvodů nelze jen „prostě převzít“ zkušenosti a materiály ze zahraničí; důvody byly vyjmenovány výše. V současné době existují v České republice dva významnější systémy hodnocení kvality specializované ambulantní péče:

1. Národní akreditační standardy pro ambulantní zdravotnická zařízení (NAS), které zpracovala Sdružená akreditační komise.

2. „Systém uznání kvality specializované ambulantní péče“ (The System of the Accreditation's of the Specialized Ambulatory Care, ASAC), který zpracovalo Sdružení ambulantních specialistů České republiky.

NAS se snaží absobovat do svých standardů vertikální i horizontální rozměr hodnocení kvality, ASAC se ve svých standardech zabývá výhradně rozměrem horizontálním s tím, že vertikální složku ponechává v kompetenci odborných společností. Který ze systémů vyhraje „konkurenční boj“, je otázkou.

ZÁVĚR

Sdružení ambulantních specialistů (SAS) rozhodlo roku 2006 o vytvoření systému akreditace ASAC, s cílem ohodnotit efektivitu a provoz zdravotnických zařízení. Autor této seminární 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 byrokracií. Lékaři jsou svobodní ve svých rozhodnutích a věnují se výhradně zájmům pacientů.

LITERATURA

GLADKIJ, Ivan a kol. *Management ve zdravotnictví*. 1.vyd. Brno: Computer Press, 2003, ISBN 978-80-72-26996-8

HLADKIJ, HEGER, STRNAD, *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, ISBN 80-7013-272-8

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