

2 | 2015

INTERNÍ AUDITOR

ROČNÍK 19, ČÍSLO 2-2015 (76)

ČTVRTLETNÍK ČESKÉHO INSTITUTU INTERNÍCH AUDITORŮ



20^{let}
1995-2015
ČESKÝ INSTITUT
INTERNÍCH AUDITORŮ

2/2015 INTERNÍ AUDIT A PŘÍBUZNÉ PROFESÍ 2/2015 INTERNÍ AUDIT A PŘÍBUZNÉ PROFESÍ 2/2015 INTERNÍ AUDIT A PŘÍBUZNÉ PROFESÍ 2/2015 INTERNÍ AUDIT A PŘÍBUZNÉ PROFESÍ 2/2015 INTERNÍ AUDIT A PŘÍBUZNÉ PROFESÍ



HODNOCENÍ KVALITY ZDRAVOTNÍ PÉČE

ÚVOD

V současné době se objevuje termín „hodnocení kvality zdravotní péče“ čím dál tím častěji. Také stávající – i připravovaná legislativa ministerstva zdravotnictví obsahuje zásady hodnocení kvality zdravotní péče, a to jak prostřednictvím „interního auditu“, tak prostřednictvím externích akreditačních autorit. Legislativa vyplývající ze zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, se ale zabývá hodnocením kvality diagnostické a terapeutické zdravotní péče. Takovéto vnímání je však pouze v „užším slova smyslu“.

Kvalita zdravotní péče, v širším slova smyslu, spočívá na třech základních pilířích (úrovních): na kvalitě prevence, kvalitě vlastní diagnostické a terapeutické péče – a na kvalitě ucelené rehabilitace, kterou je nutné považovat za „systém zdravotních a sociálních opatření vedoucích k tomu, aby se „klient“ mohl v co největší míře začlenit do přirozeného sociálního a pracovního prostředí. Mělo by se tedy spíše hovořit o „kvalitě zdravotně-sociálního systému“ a platí následující:

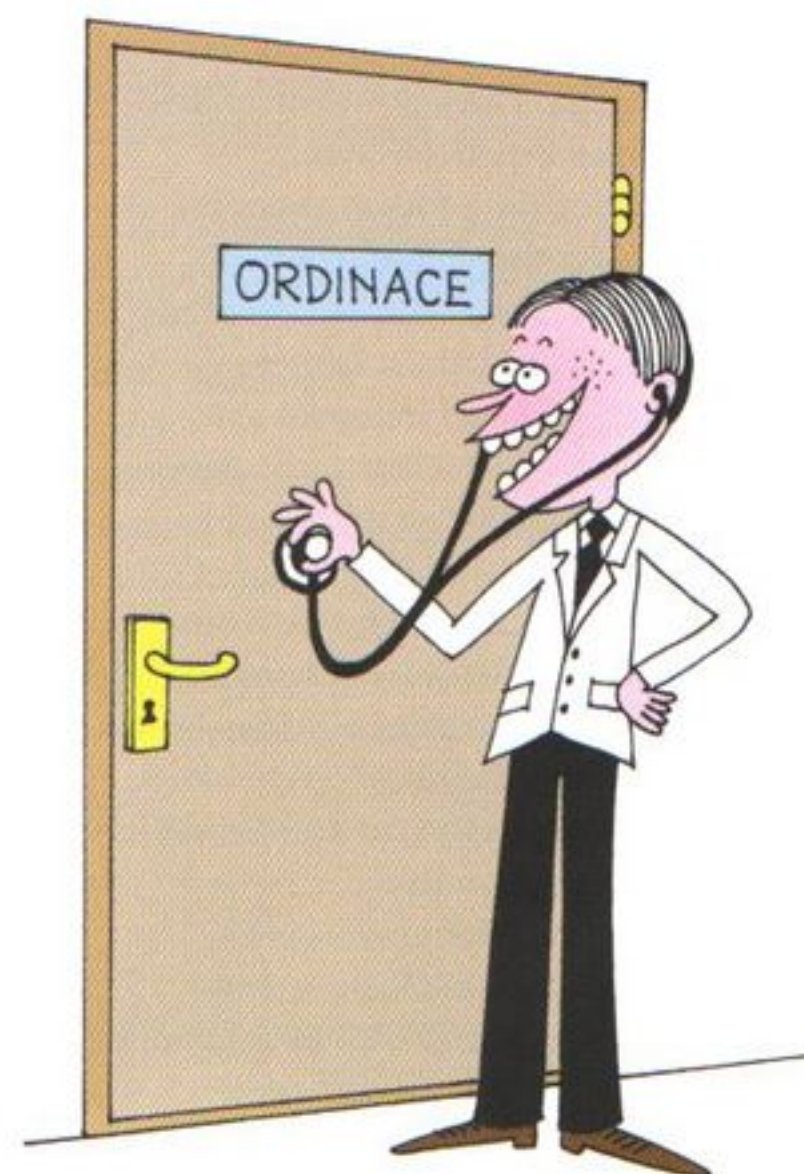
1. Pokud jsou insuficientní ochrana zdraví (health policy) a prevence vzniku chorob a poruch zdraví (health promotion), narůstají náklady na terapeutickou a diagnostickou péči, potažmo na „rehabilitaci“.

2. Pokud je insuficientní terapeutická a diagnostická péče, zvýší se nároky na rehabilitaci.

3. Pokud je insuficientní rehabilitace, zvýší se počet „nezaměstnatelných“, a tím i náklady na důchodové dávky.

TROCHU HISTORIE

Intenzivní rozvoj sledování kvality nastal v 70. letech minulého století a nebyl ani tak vyvolán altruistickými tendencemi jako spíše rozvojem vyspělých medicínských 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 silně podprůměrnou střední délkou života, pasivitou občanů vůči ochraně vlastního zdraví, nedostatečným rozsahem poskytované péče (nedostatečná kapacita kardiologických zásahů, dialyzačních míst, onkologické péče atd.).

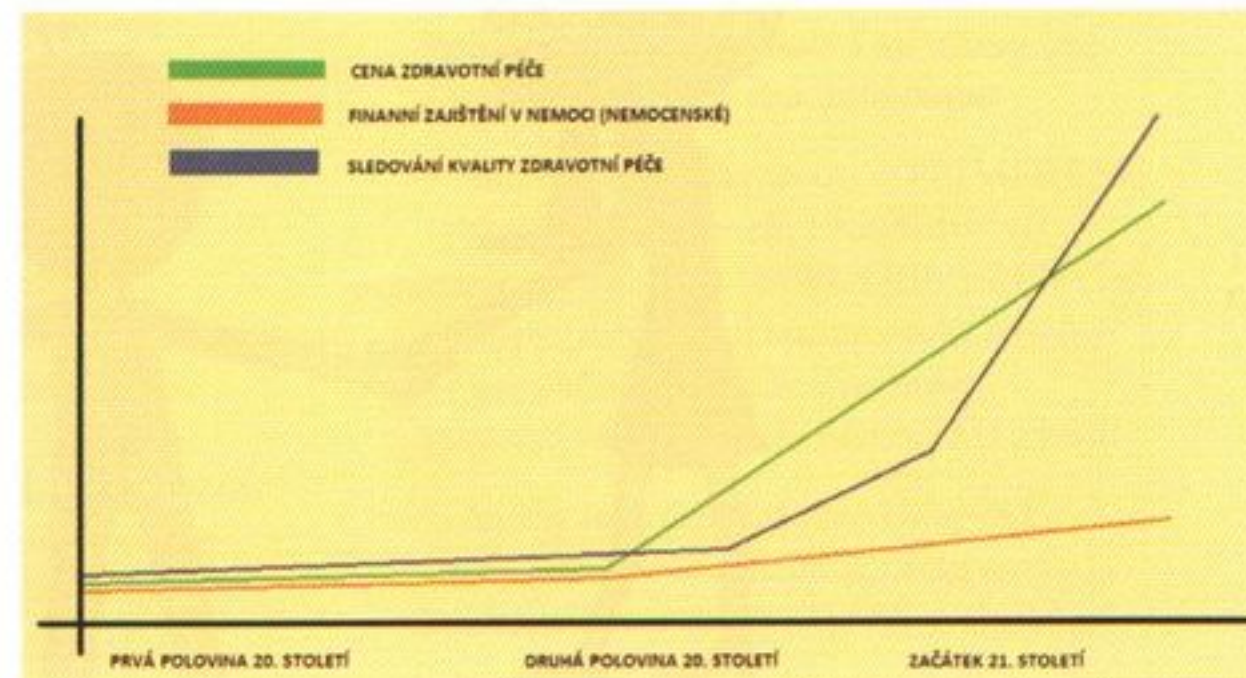


Krátce po roce 1989 byly prakticky všechny nástroje sledující kvalitu zdravotních služeb zrušeny. Došlo k masivní a nekoordinované decentralizaci – zpočátku dokonce v prostředí dotovaného zdravotnictví, z některých ÚNZ vznikly až desítky „samostatných“ jednotek. Kvalita péče nebyla v centru pozornosti 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.

Základní pilíře kvality zdravotně-sociálního systému

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	

Vzrůstající cena zdravotní péče determinuje sledování kvality



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 interních auditů, akreditací a certifikací stále stoupá.

Otázka hodnocení kvality zdravotní péče je v popředí zájmu odborníků i laiků zejména ze dvou důvodů; jedním je vyspělost medicínských technologií, druhým postavení pacienta (klienta) v systému zdravotnictví.

K příčině první: Mohutný rozvoj medicínských technologií ve druhé polovině dvacátého století determinoval i paralelní sledování kvality péče, kterou nové technologie produkovaly (viz přibližné grafické znázornění).

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.

Zatímco před přibližně 100 lety byla cena samotné zdravotní péče poměrně nízká, a bylo tedy možné 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 tedy, jak ukazuje grafické schéma, dva důležité „zlomy“ – první byl determinován rozvojem technologií, druhý pak onou „kapitalizací zdraví“. Kvalita zdravotních služeb byla tedy dlouhou dobu spíše záležitostí samotných poskytovatelů než jiných subjektů.

PRVNÍ PILÍŘ KVALITY

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 určitý kompetenční spor mezi „health policy“ zaměřenou na ochranu zdraví a „health promotion“ zaměřenou na prevenci nemocí a poruch zdraví. Součástí nového medicínského oboru „veřejné zdravotnictví“ se, mimo jiné, stala i problematika kvality zdravotní péče. Škola veřejného zdravotnictví při Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví vypracovala systém doškolení zakončený atestací v oboru. 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.

DRUHÝ PILÍŘ KVALITY

Ve smyslu „regulace kvality“ diagnostiky a terapie se zdravotní politika České republiky může teoreticky vyvíjet dvěma směry: posilováním paternalistické role státu, nebo posilováním autoregulačních způsobů sledování a ovlivňování kvality.



Standardy kvality zdravotní péče v systému ASAC

Standard zavedení programu zvyšování kvality a bezpečí
 Standard sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí
 Standard sledování spokojenosti pacientů
 Standard sledování a vyhodnocování stížností a podnětů
 Standard využívání doporučených diagnostických, léčebných a ošetrovatelských postupů
 Standard dodržování práv pacientů a osob pacientům blízkých
 Standard ochrany patientských dat a jejich průběžné aktualizace
 Standard povinné lékařské mlčenlivosti
 Standard práva pacienta na informace
 Standard informovaného souhlasu pacienta
 Standard práva pacienta na druhý názor
 Standard práva pacienta na změnu ošetřujícího lékaře
 Standard podpora zdraví a prevence nemocí
 Standard kontinuita zdravotní péče
 Standard identifikace pacientů
 Standard zajištění kardiopulmonální resuscitace a řešení neodkladných stavů
 Standard bezpečnosti při používání přípravků s vyšší mírou rizikovosti
 Standard Zajištění bezpečnosti skladovaných léčivých přípravků
 Standard kontroly reklamy
 Standard personálního obsazení ambulance
 Standard odbornosti a dalšího vzdělávání nositelů výkonů

Standard kvality středního zdravotnického personálu
 Standard zavedení optimálních postupů hygieny rukou
 Standard úklidu a dezinfekce
 Standard správné sterilizace
 Standard praní prádla a manipulace s prádlem
 Standard skladování, třídění a likvidace odpadů ze zdravotnického zařízení
 Standard technického a věcného vybavení ambulance
 Standard „diagnostické a léčebné přístroje na pracovišti“
 Standard protipožární ochrany
 Standard správné komunikace s pacientem
 Standard rozsahu ordinační doby
 Standard dostupnosti nositelů výkonu
 Standard komunikace s pacientem telefonicky a internetem
 Standard přístupu pacienta k lékaři mimo ordinační dobu a návštěvy
 Standard přístupu k vybraným skupinám pacientů
 Standard přístupu k pacientům-cizincům, kteří špatně rozumí česky
 Standard doložení a řazení dokumentace nezbytné k existenci a provozu zařízení
 Standard dobré pověsti
 Standard péče o zaměstnance
 Standard práva pacienta nahlížet do dokumentace a pořídit si kopii
 Standard předání informací o pacientovi

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 přísrnosti“ požadovaných parametrů kvality, popřípadě i k upřednostňování určitého typu vlastnictví zdravotnických zařízení (například státního nebo krajského vlastnictví). A je třeba myslet i na možnost korupčního jednání.

WHO v širším slova smyslu sleduje v oblasti „kvality“ pět základních oblastí a výsledkem je index daný vahou těchto jednotlivých oblastí, kterými jsou střední délka života (25 %), „distribuce zdraví“ v populaci (25 %), „responzivita“ systému (12,5 %), distribuce této „responzivity“ do sociálních skupin (12,5 %) a „sociální spravedlnost“ financování zdravotní péče (25 %). V užším slova smyslu se v první řadě jedná o „responzivitu“, tedy schopnost systému přizpůsobovat se potřebám pacientů (orientace na pacienta), například ve smyslu:

- aktivního podílu pacientů

na rozhodování o svém vlastním osudu (informovaný souhlas),

- zachování důvěrnosti informací (lékařské tajemství),
- včasného poskytnutí zdravotní péče,
- délky čekací doby u neakutních stavů,
- kvality zdravotnických zařízení (čistota, prostor, strava),
- přístupu k následné (sociální) péči,
- kontaktu s rodinou,
- svobodné volby lékaře a zdravotnického zařízení.

Hodnocení dle WHO však „nahrává“ systémům „veřejným“, tedy přerozdělovajícím 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.

Velmi relativním kritériem hodnocení kvality zdravotnického systému dle WHO je i „očekávaná délka dožití“. Z hlediska tohoto kritéria na tom

budou vždy hůře stát s vyšším stupněm sociální stratifikace obyvatelstva.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky navrhuje sedm atributů kvality a výkonnosti služeb: přístup, návaznost, přiměřenost, účinnost (efektivnost), hospodárnost (efektivita), přijatelnost a 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 soulase 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.

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.

Jak bylo již konstatováno, legislativa ministerstva zdravotnictví se v rámci hodnocení kvality diagnostické a terapeutické zdravotní péče zaměřuje na interní i externí audit. Přípravují se vyhlášky navazující na devátou část zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, která se nazývá „Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb“. Jde o vyhlášku č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče – a o připravované vyhlášky „o minimálních požadavcích pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí“ a o „o hodnocení kvality a bezpečí ambulantní zdravotní péče“. Na základě těchto požadavků vyplývajících z legislativy vznikla řada nezávislých „akreditačních autorit“, které nabízejí své „akreditační schopnosti“. Jednou z těchto akreditačních autorit je například Systém uznávání kvality ambulantní zdravotní péče (The system of Accreditations of the Specialised Ambulatory Outpatient's Care – systém ASAC), který vytvořilo Sdružení ambulantních specialistů ČR a zaměřuje se na hodnocení standardů uvedených v tabulce „*Standardy kvality zdravotní péče systému ASAC*“, která současně jasně vypovídá, o co při hodnocení kvality zdravotní péče vlastně jde.

TŘETÍ PILÍŘ KVALITY

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: 1. vznik, anebo vymizení poruchy zdraví, 2. snížení, nebo zvýšení tělesných funkcí (aktivity), které je funkčně změřitelné, 3. subjektivně vnímaný hendikep.

Důležitým faktorem kvality zdravotnického systému je tedy propojení jednotlivých, výše uvedených úrovní, nikoli jejich ohraničený, nekoordinovaný rozvoj. Takovéto propojení by bylo například možné aplikací metod Mezinárodní klasifikace poruch, disabilit a hendikepů (ICIDH, ICF) do jiných klasifikací sledujících a vyhodnocujících kvalitu života:

Tabulka přináší pohled rehabilitace na chorobu, poruchu, disabilitu a hendikep; „absolutním“ způsobem hodnocení invalidity je míněno „tabulkové“ přiznávání

invalidit, „relativním“ pak „odhalování“ pracovního potenciálu.

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.

SOUHRN

Článek se snaží dokumentovat následující:

- Kvalita zdravotní péče součástí kvality celého zdravotně-sociálního systému.
- Hodnocení kvality nabývá na významu s rozvojem medicínských technologií.
- Významným faktorem pro zvyšování (a hodnocení) kvality zdravotní péče je aktivní přístup občanů k udržování svého vlastního zdraví.

Pohled rehabilitace na sociálně-zdravotní systém

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			

Motto:

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