

# Kvalita zdravotní péče: o co vlastně jde?

MUDr. Jan Štátný, MBA

Místopředseda Sdružení ambulantních specialistů ČR

Interní Med. 2015; 17(1): x-x

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

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.

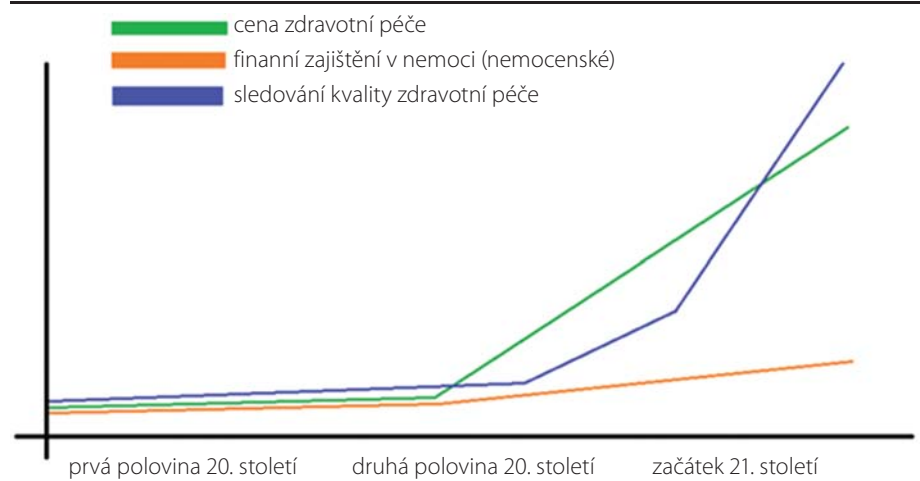
Kvalita zdravotní péče v ČSSR byla zajišťována jednak administrativně „shora“ (vyhláškami, příkazy, metodickými pokyny a podobně) a jednak personálně (systémem okresních a krajských odborníků). Paternalistická role státu byla téměř absolutní, státní aparát rozhodoval i o rozsahu poskytované péče.

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.

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.

**Obrázek 1.** ????? Autor MUDr. Jan Štátný, MBA



**Obrázek 2.** ?????

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	

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. Začaly se rozvíjet (a dosud se dále rozvíjejí) různé formy a systémy sledování a měření kvality, o nichž bude pojednáno níže.

Otázka hodnocení kvality zdravotní péče stojí 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.

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, „núžky“ se v průběhu 20. století rozevřely natolik, že se k zajištění financování zdravotní péče musí hledat různé druhy financování.

Obrázek 1 znázorňuje dva důležité časové zlomy, které se týkají kvality zdravotní péče. Prvý byl determinován rozvojem technologií, druhý pak onou „kapitalizací zdraví“. Kvalita zdravotních služeb byla tedy dlouhou dobu spíše záležitostí samotných poskytovatelů než jiných subjektů.

Podívejme se však na kvalitu z trochu širšího hlediska. Kvalita celého zdravotnického systému je totiž determinována na třech úrovních:

V případě první úrovně se jedná o PREVENCI, druhá úroveň – to je DIAGNOSTIKA a TERAPIE, třetí úroveň je úroveň kvality „KOMPLEXNÍ“ REHABILITACE.

K úrovni první:

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“ (ochrana zdraví) a „health promotion“ (podpora zdraví). Ve státech s vyspělým zdravotnictvím je „ochrana“ a „podpora“ v paralelním postavení a vzájemně se doplňují; v systémech „podpory“ se zde v hojně míře uplatňují nestátní iniciativy, což má obrovský pozitivní vliv na efektivitu „podpory zdraví“.

Je zajímavé, že se výše uvedený kompetenční spor odehrál prakticky ve všech postkomunistických státech, kde po dlouhou dobu převládala silně paternalistický vliv státu na prevenci, tedy prevenci s převahou „health policy“ („zdravoochránitelstvo“). Izolovat „public health“ od systému „zdravoochránitelstva“ se podařilo v podstatě jen tam, kde bylo veřejné zdravotnictví zastřešeno univerzitami.

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 dokolování 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.

K úrovni druhé:

Ve smyslu „regulace kvality“ diagnostiky a terapie se zdravotní politika České republiky může teoreticky vyvíjet dvěma směry: posilováním pa-

ternalistické role státu, nebo posilováním autoregulačních způsobů sledování a ovlivňování kvality.

Jak již bylo naznačeno, v devadesátých letech minulého století se počaly rozvíjet různé systémy sledování a regulace kvality, které lze rozdělit na „interní“ a „externí“.

Interní systémy mají základ v „interním auditu“ (ČSN EN ISO 19011:2012) a od roku 2015 budou upraveny vyhláškou ministerstva zdravotnictví o „minimálních požadavcích pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotnických služeb“.

Zavedení externích systémů umožňuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování (část devátá, §98 – §106), na který navazují vyhlášky ministerstva zdravotnictví, které obsahují „minimální hodnotící standardy“ (vyhláška pro ambulantní péči ovšem vyjde až v roce 2015).

Domnívám se, že je velmi důležité, aby na hodnocení kvality participovaly profesní organizace poskytovatelů. 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 přístnosti“ požadovaných parametrů kvality, popřípadě i k upřednostňování určitého typu vlastnictví zdravotnických zařízení (například státního nebo krajského vlastnictví).

WHO, v širším slova smyslu, sleduje pět základních oblastí kvality 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 „responzivitou“, 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 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.

Důvodem, proč WHO upřednostňuje veřejné systémy a přerozdělování, je patrně skutečnost, že se zaměřuje na řešení zdravotnické problematiky na celé planetě – soukromé systémy však vznikají spíše v zemích „vyspělých“.

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. Toto kritérium by mělo sociální stratifikaci rozhodně akceptovat.

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 vhodné 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.

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.

K úrovni třetí – kvalita rehabilitace: Shrňeme-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.

Platí: Zdravotnický systém, který v neadekvátním množství „produkuje“ invalidní důchodce, je ekonomicky i eticky pochybný.

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

Závěrem tohoto článku, který se pouze „dotknul“ tak širokého problému, jako je kvalita, je potřeba konstatovat, že **důležitým faktorem kvality zdravotnického systému je PROPOJENÍ jednotlivých, výše uvedených úrovní, nikoli jejich ohraničený, nekoordinovaný rozvoj.**

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

Obrázek 3, který vychází z „Mezinárodní klasifikace poruch, disabilit a handicapů (ICIDH) v pozdější verzi „Mezinárodní klasifikace zdraví“ (ICF), přináší pohled na chorobu, poruchu, disabilitu a handicap v komplexním pojetí.

„Absolutním“ způsobem hodnocení invalidity je míněno „tabulkové“ přiznávání invalidit

**Obrázek 3.** Ucelená rehabilitace

Stav:	CHOROBA	PORUCHA	AKTIVITA	SPOLUÚČAST
ICIDH 1976:		Impairment kod "I"	Disabilities kod "D"	Handicap kod "H"
ICIDH 1997:		Impairment	Activities	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		
<b>U C E L E N Á R E H A B I L I T A C E</b>				

na základě definované poruchy, „relativním“ pak vyrovnávání fyzických, sociálních a dalších důsledků (handicapů), včetně hodnocení pracovního potenciálu.

A tady se „kruh kvality“ jakoby uzavírá:

Cílem všech systémů hodnocení kvality by totiž mělo být směřování celého systému zdravotnictví tak, aby byl schopen nejen léčit, ale i vyrovnávat – nebo alespoň zmírňovat sociální a další důsledky poruch zdraví.

**Literatura**

1. Gladkij I, Heger L, Strnad L. Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování, IPVZ Brno, 1999, ISBN 80-7013-272-8.
2. Ministerstvo zdravotnictví České republiky: Zlepšení systému řízení zdravotní péče, technická asistence, Indikátory kvality zdravotních služeb, projekt číslo CZ2004/006-237/0801 VZ60012078.
3. Národní referenční centrum: Proč a jak se měří kvalita ve zdravotnictví, <http://www.nrc.cz/search/node/kvalita>.
4. Odborná sekce kvality ve zdravotnictví, <http://www.npj.cz/cz/uvodni-stranka>.
5. Odbor zdravotních služeb, Oddělení kvality ve zdravotnictví Ministerstva zdravotnictví ČR, [http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpecidokumenty/hodnoceni-kvality-a-bezpecizdravotnich-sluzeb\\_7595\\_29.html](http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpecidokumenty/hodnoceni-kvality-a-bezpecizdravotnich-sluzeb_7595_29.html).
6. Středisko pro kvalitu a autorizaci Státního zdravotního ústavu, <http://www.szu.cz/autorizace/dalsi-informace>.
7. Sdružená akreditační komise: Národní akreditační standardy pro ambulantní zdravotnická zařízení, <http://www.sakcr.cz/cz-main/dokumenty/akreditace/>
8. Sdružení ambulantních specialistů: Pilotní program ASAC, <http://www.asac.cz/?m=pilotni-program>.

9. Šteflová A. 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-bezpecipacienta-v-agende-WHO.pdf](http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/download/03_Steflova_Kvalita-a-bezpecipacienta-v-agende-WHO.pdf).

10. Šťastný J. 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.

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

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

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

14. Webové stránky – sledování kvality ambulantní péče v Německu: <http://www.kbv.de/html/aquik.php>, <http://shop.elsevier.de/zeffq>; [http://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen\\_ASV.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_ASV.pdf) a další.

Článek přijat redakcí: 28. 9. 2014  
Článek přijat k publikaci: 13. 1. 2014

**MUDr. Jan Šťastný, MB**  
místopředseda Sdružení ambulantních specialistů ČR  
[ulja@seznam.cz](mailto:ulja@seznam.cz)