



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY



Zdraví 2020

**Národní strategie ochrany a podpory zdraví
a prevence nemocí**

**Akční plán č. 9: Zajištění kvality
a bezpečí poskytovaných zdravotních
služeb**

Ministerstvo zdravotnictví

2015

Ministerstvo zdravotnictví

2015

Obsah

1. Shrnutí	1
2. Harmonogram.....	2
3. Logický rámeček	2
4. Vstupní zpráva.....	3
4.1 Analýza současného stavu a nedostatky	4
4.2 Návaznost Akčního plánu Zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb na další koncepční materiály	16
5. Návrhová část.....	17
5.1 Klíčová priorita č. 1: Zlepšení edukace zdravotníků v oblasti řízení kvality a bezpečnosti	17
5.1.1 Specializační vzdělávání	17
5.1.2 Pregraduální studium	19
5.1.3 Celoživotní akreditované vzdělávání	20
5.1.4 Edukace zdravotníků prostřednictvím mezinárodně uznávaných standardů - curriculum Patient Safety (WHO).....	21
5.1.5 Projekt „Zdravá nemocnice“	21
5.1.6 Nový portál kvality a bezpečí zdravotní péče (profesionál).....	22
5.2 Klíčová priorita č. 2: Zvýšení zainteresovanosti veřejnosti a pacientů na kvalitě a bezpečí zdravotních služeb	23
5.2.1 Zlepšení orientace pacienta v systému zdravotní péče v kontextu Kvality a Bezpečí zdravotní péče	23
5.2.2 Zvýšení informovanosti veřejnosti o kvalitě a bezpečí a resortních cílech (RBC)	25
5.2.3 Zákonné vymezení práv pacienta	26
5.2.4 Dobrovolnická činnost v kontextu bezpečnosti a kvality péče.....	26
5.3 Klíčová priorita č. 3: Kontinuální zvyšování systému hodnocení Kvality a Bezpečí při poskytování zdravotní péče	28
5.3.1 Úprava systému hodnocení kvality zdravotní péče.....	28
5.3.2 Motivace poskytovatelů ke zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče.....	30
5.3.3 Resortní bezpečnostní cíle.....	30
5.3.4 Zavedení systému managementu rizik do řízení kvality a bezpečí zdravotní péče (dále jen SMR).....	31
5.3.5 Institucionalizace a následná implementace schválených klinických standardů do hodnocení KaB.....	32

5.3.6	Optimalizace a zajištění dat pro sledování a vyhodnocování KaB při poskytování zdravotní péče	33
5.3.7	Národní standardy kvality a bezpečnosti	36
5.4	Klíčová priorita č. 4: Podpora kvality populačního zdraví prostřednictvím efektivního a bezpečného zdravotnictví.....	37
5.4.1	Stanovení sady indikátorů zdraví	38
5.4.2	Vytvoření datové základny, sběr dat, vytěžování a analýza dat.....	38
Přílohy	39
Členové pracovního týmu pro tvorbu AP kvality a bezpečí.....		40

Použité zkratky

ČLK – Česká lékařská komora

ČLS – Český lékařský svaz

HAI – infekce spojená se zdravotní péčí (Healthcare associated infection)

ISQuA - Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví (International Society for Quality in Healthcare)

KaB – Akční plán Zajištění kvality a bezpečí poskytovaných služeb

NLZP – nelékařští zdravotní pracovníci

Portál KaB MZ - Portál kvality a bezpečí MZ

Pracovní skupina KaB a kol. – PSBPKZP s koordinací oddělení OKS (jmenný seznam = PSAPKBZS/Zdraví 2020)

PSAPKBZS – Pracovní skupina pro tvorbu Akčního plánu kvality a bezpečí zdravotních služeb

PSBPKZP – Pracovní skupina pro bezpečnost pacientů a kvalitu zdravotní péče

RBC – Resortní bezpečnostní cíle

ČAS – Česká asociace sester

VOŠ – Vyšší odborná škola

SZŠ – Střední zdravotnická škola

ČIA – Český institut pro akreditaci

NASKL – Národní autorizační středisko pro klinické laboratoře

SZÚ – Státní zdravotní ústav

OECD – Organization for Economic Co-operation and Development

1. Shrnutí

Akční plán Zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb se skládá ze čtyř klíčových priorit, kterými jsou:

- **zlepšení edukace zdravotníků v oblasti řízení kvality a bezpečí,**
- **zvýšení zainteresovanosti na kvalitě a bezpečí zdravotních služeb u veřejnosti/pacientů,**
- **kontinuální zvyšování systému kvality a bezpečí při poskytování zdravotních služeb,**
- **podpora kvality populačního zdraví obyvatelstva prostřednictvím efektivního a bezpečného zdravotnictví**

První klíčová priorita, **zlepšení edukace zdravotníků v oblasti řízení kvality a bezpečí**, se dělí na pět podstatných výstupů, mezi které řadíme:

- Povinný blok Kvalita a bezpečí (dále jen „KaB“) ve specializačním studiu jak pro lékaře, tak pro nelékařské zdravotnické pracovníky (dále jen „NLZP“), (nutné legislativní změny)
- rozšíření pregraduálního studia v oblasti kvality a bezpečí ZS pro lékaře a nelékařské zdravotnické pracovníky (nutné legislativní změny),
- zavedení edukace KaB do celoživotního vzdělávání lékařských/nelékařských pracovníků (nutná součinnost s ČLS, ČLK, ČAS, univerzitami, VOŠ a SZŠ),
- edukace zdravotníků v lůžkových zdravotnických zařízeních prostřednictvím curricula Patient Safety WHO (nutný souhlas k překladu anglického originálu učebnice),
- zvýšení počtu nemocnic zapojených a certifikovaných do mezinárodní sítě „Zdravých nemocnic“.

Zvýšení zainteresovanosti na kvalitě a bezpečí zdravotních služeb u veřejnosti/pacientů lze rozdělit do čtyř oblastí, a těmi jsou:

- Zlepšení orientace pacienta v systému zdrav. služeb a v oblastech kvality a bezpečí zdrav. péče (rádce pacienta, portál kvality),
- zvýšení informovanosti veřejnosti o kvalitě a bezpečí zdrav. služeb a resortních bezpečnostních cílech (tvorba PR projektů s tematikou RBC),
- širší a zákonem definovaná participace a právo pacientů na rozhodování o péči (nutná legislativní změna v zákoně č. 372/2011 Sb.),
- zvýšení bezpečnosti a kvality péče v kontextu dobrovolnické činnosti.

Kontinuální zvyšování systému kvality a bezpečí při poskytování zdravotní péče

pokrývá šest oblastí, kterými jsou:

- Úprava a zlepšení systému hodnocení kvality zdravotní péče (legislativní změna jak v oblasti interního, tak i externího hodnocení kvality přinese zpřísnění podmínek jak pro oprávněné osoby, tak pro poskytovatele),
- motivace poskytovatelů ke kontinuálnímu zvyšování kvality ZP (potřebná součinnost s plátcí v kontextu financování navrženého navýšení plateb za zdravotní péči ve výši 0,5 %),
- resortní bezpečnostní cíle (naposledy vyhlášeny v roce 2010, nutná jejich validace, reedice a PR),
- zavedení SMR do systému KaB ZP (systém managementu rizik – bude vydán manuál, který bude následně implementován do národních standardů kvality a do hodnocení KaB ze strany oprávněných osob),
- institucionalizace a následná implementace schválených kl. standardů do hodnocení KaB ZP (ČR jako jedna z mála zemí má klinické postupy doporučené pouze ze strany odborných společností, proto je nutné je validovat a implementovat na národní úrovni),
- optimalizace zajišťování dat pro sledování a vyhodnocení KaB při poskytování ZP (sada opatření pro vyhodnocování dat o kvalitě pod gescí ÚZIS v souladu s projektem „new ÚZIS“).

Poslední klíčovou prioritou je **Podpora kvality populačního zdraví obyvatelstva prostřednictvím efektivního a bezpečného zdravotnictví**, ve které lze sledovat jen jeden podstatný výstup, a tím je:

- Zlepšení sledování statistik populačního zdraví a jejich efektivní vyhodnocování (je nutné vytvořit národní sadu indikátorů zdraví dle mezinárodních praktik, vytěžování dat o zdravotním stavu obyvatelstva a geografický benchmarking pro efektivní a kvalitní plány v oblasti primární, sekundární prevence a screeningu).

2. Harmonogram

3. Logický rámec

4. Vstupní zpráva

V roce 2012 revidovalo MZ původní Akční plán Zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Tento vycházel z dokumentu „ZPRÁVA KOMISE RADĚ“ na základě zpráv členských států o provádění Doporučení Rady o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly HAI (uveřejněn EK v listopadu 2012). Obsahoval aktivity zaměřené zejména na:

- Aktualizaci legislativních předpisů – hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb
- Klasifikaci a měření bezpečí a kvality zdravotních služeb
- Aktivní zapojení pacientů
- Přeshraniční spolupráci
- Řízení kvality činností pro podporu zdraví
- Podporu vzdělávání a odbornou přípravu zdravotnických pracovníků v oblasti bezpečí pacientů

Pro samotnou realizaci a naplňování konkrétních opatření uvedených v Akčních plánech Zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb vytvořilo MZ v roce 2010 **Pracovní skupinu pro bezpečnost pacientů a kvalitu zdravotní péče** jako iniciační a koordinační orgán pro bezpečnost pacientů a kvalitu zdravotní péče v ČR.

V souvislosti s implementací „Doporučení Rady EU“ je hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb **zakotveno legislativně**, a to v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), (dále jen "zákon č. 372/2011 Sb.).

ČR se v roce 2013 prostřednictvím Ministerstva zdravotnictví zapojila jako pátá členská země do projektu studií kvality zdravotní péče, jednoho z pilotních projektů Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj („OECD“) v oblasti zdraví. Jednalo se o historicky první studii OECD orientovanou specificky na kvalitu českého zdravotnictví. Analytici OECD hodnotili 4 oblasti:

- systém zdravotnictví ČR a jeho kvalitu,
- datovou základnu ve zdravotnictví,
- screeningové programy,
- diabetes mellitus.

4.1 Analýza současného stavu a nedostatky

Jedná se o strategické oblasti, ve kterých budou dosaženy klíčové aktivity.

Strategická oblast 1: Edukace zdravotníků v oblasti řízení kvality a bezpečnosti

Popis stávajícího stavu:

Ačkoli se informace o výskytu rizik při poskytování zdravotních služeb v literatuře objevují již od poloviny minulého století, nejsou zdravotníci v ČR systematicky vzděláváni ani o etiologii pochybení ani o možných preventivních opatřeních. Stejně tak chybí byť minimální systematické a koordinované vzdělávání v oblasti managementu kvality. Existují pouze cílené kurzy, semináře a školení v oblasti celoživotního vzdělávání – toto jsou ale obvykle akce cílené na osoby, které se managementu kvality a rizik věnují profesionálně, nikoli na „zdravotnickou veřejnost“.

Nedostatky:

Do oblasti **pregraduálního vzdělávání zdravotníků** ani do oblasti specializačního vzdělávání nebyly zahrnuty informace týkající se prevence rizik při poskytování zdravotních služeb v povinně stanoveném rozsahu. Vystává zde potřeba úpravy následujících legislativních předpisů:

- vyhlášky č. 187/2009 Sb., o minimálních požadavcích na studijní programy všeobecné lékařství, zubní lékařství, farmacie a na vzdělávací program všeobecné praktické lékařství;
- vyhlášky č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání.

Ve **specializačních vzdělávacích programech** lékařů, zubních lékařů, farmaceutů a nelékařských zdravotnických pracovníků nejsou v obecných částech těchto programů obsaženy informace o principech prevence poškození pacientů při poskytování zdravotní péče, což není v souladu s Doporučením Rady EU ze dne 9. 6. 2009 (2009/C151/01) o bezpečnosti pacientů.

Strategická oblast 2: Edukace pacientů

Popis stávajícího stavu:

V souladu se sociokulturními změnami se postupně zvyšuje potřeba a postupně také zájem populace pacientů o partnerský přístup při poskytování zdravotních služeb, který by měl být ze strany zdravotnických pracovníků podporován. Aktivní přístup pacientů jako příjemců péče se projevuje také v přístupu k hodnocení kvality a bezpečí péče. Vhodným prostředkem aktivního přístupu pacientů je dostatek informací, a proto byl v roce 2012 vydán MZ **Rádce pacienta**, ve kterém je relativně velký prostor věnován právě prevenci rizik při poskytování různých druhů a forem zdravotní péče. Toto opět souvisí též s výše citovaného doporučení rady EU, které uvádí, že by pacienti měli být informováni mimo jiné *„o rizicích v oblasti zdravotní péče, o stávajících opatřeních v oblasti bezpečnosti za účelem snížení počtu pochybení a případů újmy nebo k jejich předcházení, včetně osvědčených postupů, a o právu pacienta na informovaný souhlas s léčbou, aby mu tak byla zjednodušena volba a rozhodování.“*

Cílem bylo usnadnit a zlepšit orientaci všech zúčastněných v systému zdravotní péče a zvýšit bezpečí pacientů při poskytování zdravotních služeb. Výchozí premisou byl fakt, že jenom dobře informovaný pacient může být dobrým partnerem pro vstřícné a ke komunikaci otevřené zdravotníky.

Dobrovolnická činnost v kontextu kvality a bezpečnosti při poskytování péče.

První impuls pro zavedení dobrovolnictví do zdravotnických zařízení v ČR vycházel v roce 1998 – 1999 z nestátních neziskových organizací (NNO).

Metodický rámec pro bezpečné fungování dobrovolníků v nemocnicích ale od počátku (tj. od roku 1999 - 2000) vznikal z iniciativy zdravotníků uvnitř nemocnic. Průkopnickou pilotní nemocnicí v dobrovolnickém programu byla Fakultní nemocnice v Praze – Motole, speciálně Klinika dětské onkologie.

Další zdravotnická zařízení s dobrovolnickým programem rychle přibývala. Při dotazníkovém průzkumu v roce 2011 se k realizaci dobrovolnického programu přihlásilo celkem 61 poskytovatelů lůžkových zdravotních služeb.

Od roku 2011 je existence dobrovolnických programů ve zdravotnictví, počet dobrovolníků a počet jimi odpracovaných hodin evidován formou statistických výkazů

ÚZIS, aktuální stav a další informace jsou zveřejňovány na webovém portálu MZČR – Dobrovolník ve zdravotnictví.

Základní pravidla pro bezpečnou realizaci dobrovolnického programu ve zdravotnických zařízeních a pro jeho evaluaci jsou ve formě metodických doporučení uveřejněny ve Věstnicích MZ č. 6/2009 a č. 11/2011.

Nedostatky:

Dobrovolnická činnost - Podprůměrná úroveň znalostí o zavedení dobrovolnických programů ve zdravotnických zařízeních v souladu s procesy řízení rizik a bezpečnosti pacientů (výzkum WHO v evropských zemích o zdravotní gramotnosti zdravotní služeb a podpory zdraví z ledna 2015). Neexistence systému vzdělávání pro koordinátory dobrovolníků ve zdravotnických zařízeních s ohledem na ošetření rizik, potřeb a požadavků zajištění kvality a bezpečí poskytování zdravotních služeb.

Rádce pacienta - V současné době uveřejněná publikace Rádce pacienta (na webu. MZ – Portálu kvality a bezpečí) neobsahuje změny, nové postupy a novou terminologii v souvislosti s vydáním zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a i zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platných zněních (odkazuje na neplatný zákon č. 20/1966 o péči o zdraví lidu). Zejména neuvádí úpravy, které nastaly v oblasti práv pacientů, nahlížení do zdravotnické dokumentace, hodnocení kvality a bezpečí poskytovatelů zdravotních služeb (udělení certifikátu kvality a bezpečí oprávněnou osobou), seznam osob oprávněných k hodnocení kvality a bezpečí **lůžkové** zdravotní péče, výběru zdravotní pojišťovny, podání stížností, registrujícího lékaře a další. Revidice současného Rádce pacienta je nutná i z hlediska obměny redakční rady.

Strategická oblast 3: Systém hodnocení Kvality a Bezpečí při poskytování zdravotní péče

a) Interní hodnocení kvality a bezpečí

Popis stávajícího stavu:

Ve smyslu ustanovení § 47 odst. 3 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., je poskytovatel zdravotních služeb rovněž povinen, v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí. MZ vypracovalo pro zavedení tohoto systému „minimální požadavky“ (uveřejněny ve Věstníku č. 5/2012 Sb. a portálu kvality a bezpečí MZ) s tím, že budou dle potřeby aktualizovány a rozšiřovány.

Nedostatky:

V současné době neexistuje kontrola toho, zda jednotliví poskytovatelé zdravotních služeb interní systém hodnocení kvality a bezpečí zavedli a jak s ním pracují. Je tedy velmi pravděpodobné, že u valné většiny z nich (zejména těch, kteří již dříve nezavedli některý ze systémů externích) zaveden nebyl a existuje tedy pouze deklaratorně – bližší informace a návrh řešení uvádíme v příloze č. 1. – „**Interní systém hodnocení kvality a bezpečí ve zdravotnictví**“.

b) Externí hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb

Popis stávajícího stavu:

Proces externího hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb je jako dobrovolný proces stanoven v § 98 zákona č. 372/2011Sb., a v jeho prováděcí vyhlášce č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí **lůžkové** zdravotní péče. Tyto předpisy byly vydány s cílem legislativně ukotvit a přesně stanovit podmínky a požadavky na zajištění procesu hodnocení kvality a bezpečí v souladu s požadavky EU, WHO a Mezinárodní společnosti pro kvalitu ve zdravotnictví (ISQuA).**Nedostatky:**

V dotčené vyhlášce jsou v současné době upraveny podmínky hodnocení kvality a bezpečí pouze pro lůžkovou zdravotní péči a to tak, že se stanovují jen minimální požadavky na obsah a rozsah standardů pro externí hodnocení kvality a bezpečí.

Primární úmysl zákonodárce, že žadatelé o oprávnění budou navržené minimum vnímat jako takové a své standardy externího hodnocení kvality a bezpečí formulovat (v souladu s principy kontinuálního zvyšování kvality – CQI) nad rámec tohoto minima, se nenaplnil a většina oprávněných osob naplňuje jen minimální požadavky. Takový stav není nástrojem pro systematické zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče.

V oblasti laboratorních služeb probíhá posuzování způsobilosti buď prostřednictvím akreditace podle normy ISO 15189, zajišťovaným Českým institutem pro akreditaci, o.p.s. (ČIA) nebo národním systémem posuzování v souladu s normou ISO 15189, zajišťovaným Národním autorizačním střediskem pro klinické laboratoře (NASKL) při České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP).

V obou těchto systémech je zahrnuto hodnocení mezilaboratorního porovnávání, zajišťované akreditovanými poskytovateli (podle ISO 17043, např. společností SEKK spol. s r.o. nebo Státním zdravotním ústavem, SZÚ) a dalšími, obvykle zahraničními subjekty (přednostně s akreditací podle ISO 17043). Ve všech vyjmenovaných domácích systémech (ČIA, NASKL, SEKK, SZÚ) existuje vazba na odborné společnosti ČLS JEP. Držitelé certifikátů jsou již druhým rokem finančně zvýhodňováni vyšší hodnotou bodu (v různé míře pro různé typy laboratoří).¹

Podobný systém nám chybí u ostatních poskytovatelů zdravotní péče, zejména potom u lůžkových akutních zařízení, kde potřebujeme zabezpečit bezpečnost a omezit vznik nežádoucích událostí.

c) Primární ambulantní a specializované ambulantní zdravotní služby

Popis stávajícího stavu:

¹ Podle vyhlášky o stanovení hodnot bodu je pro laboratoře stanovena určitá hodnota bodu. Pokud ale poskytovatel ZS neprokáže, že je držitelem osvědčení o akreditaci OSP 15189 nebo osvědčení o auditu NASKL II, je hodnota bodu snížena.

Kromě požadavků na zřízení a provozování zdravotnického zařízení a základních pravidel pro poskytování péče, jsou existující nástroje kontroly kvality „měkkého“ nebo motivačního charakteru; svobodná volba lékaře, revizní činnost pojišťoven a její bonifikační politika, případně vnitro oborové srovnání, hodnocení kolegů.

V oblasti primární péče byly během posledních 10 let testovány v projektech podporovaných MZ ČR nebo WHO různé, v evropských zemích validované nástroje využitelné v systému interního zajišťování kvality v ordinacích praktických lékařů; Hodnocení spokojenosti pacientů ve všeobecné praxi (dotazník EUROPEP), Hodnocení nežádoucích událostí v primární péči (projekt BCA WHO), klinické audity (projekt HOPP).

V rámci projektu MZDRP0115H04 (sp. zn. MZDR 26996/2008 OZS/2) byl v roce 2008-2009 vytvořen návrh standardů kvality pro primární péči a metodika externího hodnocení, které poskytovatelům primární péče umožňují prokazovat kvalitu v principiálně stejném akreditačním procesu, jako u lůžkových zařízení - nemocnic. Později vznikla i Akreditační agentura primární péče, připravená tento proces realizovat. Pro otevření programu však nebyl dosud vytvořen příslušný právní rámec (Vyhláška o hodnocení kvality a bezpečí ambulantních služeb) a především absolvování externího hodnocení kvality nemá pro poskytovatele služeb t. č. žádný ekonomický přínos.

Pro naplnění § 98 odst. 7 písm. a) zákona 372/2011Sb., je připraven návrh vyhlášky o hodnocení kvality a bezpečí ambulantní péče (verze po vnitřním resortním připomínkovém řízení).

Nedostatky:

Dosud nebyla vydána prováděcí vyhláška o hodnocení kvality a bezpečí ambulantní zdravotní péče (zmocnění v zákoně č. 372/2011 Sb.), prostřednictvím které by byly definovány požadavky na hodnocení kvality a bezpečí ambulantní péče, stanoveny právně závazné požadavky na personální zabezpečení, způsob a postup hodnocení kvality a bezpečí a byl vykonáván dohled nad jejich činností. Dosud realizované systémy různých standardů i metodik hodnocení ambulantní zdravotní péče tedy mohou vést k tomu, že hodnocení kvality a bezpečí nemá potřebnou informační hodnotu a nemusí tak vyjadřovat skutečný stav úrovně poskytovaných zdravotních služeb, hodnocení

nejsou navzájem srovnatelná apod. Z tohoto důvodu je nutné zajisti definování požadavků legislativně.

d) Evidence hlášení nežádoucích událostí

Popis stávajícího stavu:

V roce 2008 byl zahájen projekt **Národní systém hlášení nežádoucích událostí v lůžkové péči**. Po tříleté existenci v rámci 3. LF UK, byl od ledna 2013 převzat do správy ÚZIS. V současnosti se jedná o **dobrovolný systém hlášení**, do kterého je zapojeno celkem 85 poskytovatelů zdravotních služeb, jenž je vymezen ve Věstníku MZ ČR 8/2012. V souvislosti s přechodem do eREG, změnou technologického zajištění systému hlášení nežádoucích událostí a kultivací metodické podpory v systému existuje předpoklad změny počtu zapojených PZS,

Systém primárně neslouží pouze k evidenci nežádoucích událostí, ale je zejména nástrojem pro management rizik, východiskem pro tvorbu nových doporučení pro bezpečnou praxi a naplňuje tak cíle spojené s edukací poskytovatelů – logická provázanost s navazující oblastí akčního plánu.

Nedostatky:

V oblasti nežádoucích událostí jsou hlavními nedostatky:

- a) dobrovolnost zapojení PZS;
- b) metodologické nedostatky - stávající systém neposkytuje dostatečnou metodickou podporu pro jednotlivé PZS a je tak vysoce ovlivněna validita získaných dat, která je postavena na lokálně stanovených pravidlech hodnocení závažnosti jednotlivých nežádoucích událostí a jejich vypořádání (lokální know-how);
- c) využívání nejednotné terminologie, které souvisí s vysokým nebezpečím podhodnocení rizik a nemožností nastavit vhodné preventivní strategické postupy.
- d) způsob dobrovolného zapojení je zřejmě také hlavním důvodem významně odlišných incidencí nežádoucích událostí, které jsou v zahraničí uváděny se 7 – 10 % výskytem poškození pacientů při poskytování zdravotních služeb. V ČR je v současné době incidence v četnosti cca 0,1 % (při množství 2 milionů hospitalizací ročně a podílu/přepočtu na zapojené PZS, N = 85, tj. cca 40 000 lůžek z celkového lůžkového fondu).

e) Indikátory kvality

Popis stávajícího stavu:

V České republice byly číněny první pokusy s hodnocením kvality prostřednictvím administrativních dat již v průběhu 90. let 20. století, a to především s využitím výkazů pro zdravotní pojišťovny, které představují poměrně silně standardizovanou a mohutnou datovou základnu s možností robustní analýzy využitelné v predikci potřeby vývoje, ekonomické zátěže a orientace v plánování zdravotních služeb.

Alternativou jsou výkazy do Národního registru hospitalizovaných ÚZIS, jejichž validita je ovšem nižší, protože chybí motivace založená na ekonomických přínosech tak jak je tomu u dat pro zdravotní pojišťovny. Na základě těchto dat se dokonce podařilo v posledních 5 ti letech vytvořit základ **Národní sady ukazatelů zdravotních služeb** jako organizační a metodický rámec vycházející ze zahraničních zkušeností (především AHRQ). Výsledek toho díla však zůstal nepovšimnut rozhodujícími autoritami českého zdravotnictví. V rámci této sady byly rozpracovány i ukazatele procesní a to ve vztahu ke klinickým doporučeným postupům rovněž metodicky uspořádaným do paralelní Národní sady klinických standardů.

Vytvoření první minimální sady souměřitelných indikátorů kvality zdravotní péče včetně její metodiky bylo uveřejněno v rámci metodických doporučení Národního systému hlášení nežádoucích událostí. Východiskem pro stanovené indikátory byly mezinárodně uznávané metodiky (OECD a WHO). S ohledem na metodické změny v mezinárodním kontextu a kontinuální vývoj kritériálních parametrů pro hodnocení kvality zdravotních služeb je nezbytné u stávající sady indikátorů validovat jejich prediktivní potenciál a identifikovat plošně uplatnitelné indikátory – zejména jejich objektivní zdroje - „tvrdých“ neanonymizovaných dat, s minimalizací zátěže zdravotnických pracovníků v klinické praxi a subjektivního ovlivnění dat (Národní registr hospitalizací, Národní registr úhrad zdravotních služeb z veřejného zdravotního pojištění aj.). Pro stanovení validní sady indikátorů kvality zdravotních služeb je nezbytná kontinuální mezinárodní spolupráce (OECD, WHO, ECDC, DG Sante) a pravidelná evaluace využitelnosti indikátorů a jejich predikční schopnosti.

V současné době jde o nepovinný systém v rámci NSHNU, v němž je uvedena i metodika. Východiskem aktivit v rámci akčního plánu je kritická konstruktivní analýza dat získaných sběrem doposud stanovených indikátorů kvality (cca 10 indikátorů).

V oblasti primární péče zdravotní pojišťovny využívají data získaná od poskytovatelů do určité míry k hodnocení kvality a bonifikaci ke kapitační platbě. Jako indikátor kvality je tak např. vnímán poměr provedených preventivních prohlídek nebo screeningových vyšetření v určitém čase k celkovému počtu registrovaných pacientů. Pojišťovny bonifikují lékaře také za další ukazatele kvality; ordinační dobu 30 hodin týdně (základní požadavek 25 hodin otevřené ambulance), za existenci zavedeného objednacího systému, za ordinační dobu do 18 hodin alespoň jednou týdně, za uznanou akreditaci pro specializační vzdělávání a za školení lékaře ve specializační přípravě.

Klinická data aktuálně nejsou využívána k hodnocení kvality. V oblasti vedení péče chronických pacientů ale existují předpoklady pro extrakci a hodnocení dat z praxí.

Nedostatky:

V současnosti sledované indikátory kvality zdravotních služeb (viz výše uvedených deset) nelze dostatečně validně hodnotit z následujících důvodů:

- a) dobrovolnost sběru dat o indikátorech kvality u poskytovatelů zdravotních služeb (dále jen PZS) v rámci národního systému hlášení nežádoucích událostí – nelze tak získat informace od všech PZS v ČR, data jsou poskytována s rizikem subjektivizace a relativně vysokou zátěží pracovníků poskytujících zdravotní péči;
- b) neexistence jednotné metodiky pro sledování indikátorů kvality na národní úrovni s vymezením referenčních mezí a přesných stratifikátorů;
- c) absence národních doporučení pro jednotné postupy /guidelines, algoritmy/ – není tak možno jednoznačně vymezit požadavky best practice – existuje neefektivní hodnotící mechanismus, bez vymezení základních požadavků, což neodpovídá specifickým potřebám klinické praxe, regionálním požadavkům a potřebám plánování obsahu a rozsahu zdravotních služeb.

f) Resortní bezpečnostní cíle

Popis stávajícího stavu:

MZ vyhlásilo od roku 2009 do roku 2012 postupně 7 tzv. **Resortních bezpečnostních cílů**, kterými jsou doporučení k prevenci nejčastějších a nejrizikovějších nežádoucích

událostí při poskytování zdravotních služeb. Jedná se o modifikaci Bezpečnostních doporučení WHO (identifikace pacientů, manipulace s rizikovými léky, prevence stranové záměny, prevence pádů, hygiena rukou, bezpečná komunikace a bezpečné předávání pacientů).

Tyto cíle byly prezentovány jako povinné pro přímo řízené organizace a doporučené pro ostatní. V současné době neprobíhá systematické sledování dodržování těchto cílů.

MZ v roce 2011 v PŘO vyhodnotilo zavedení vyhlášených RBC. Všechny přímo řízené organizace MZ splnily zavedení RBC, a to buď:

- vypracovaly nové vnitřní předpisy, které splňují všechny body pro zavedení RBC;
- vypracovaly nové vnitřní předpisy jen k jednomu RBC a k dalšímu RBC doložily stávající vnitřní předpisy;
- zaslaly MZ stávající vnitřní předpisy, které korespondují s metodikou.

Všechny výše uvedené způsoby jsou v souladu s metodikou pro zavedení RBC. Výsledky hodnocení byly prezentovány na tiskové konferenci MZ dne 23. 6. 2011 s tím, že MZ zatím nebude vyhlášovat další rozšíření Resortních bezpečnostních cílů a soustředí se ve spolupráci s jednotlivými kraji na rozšíření stávajících do všech typů zdravotnických zařízení v ČR.

V roce 2012 byly RBC zapracovány do povinných minimálních požadavků pro zavedení systému interního hodnocení KaB – s přihlédnutím na jednotlivé poskytovatele zdravotní péče.

Nedostatky:

V současné době neprobíhá systematická analýza a hodnocení dodržování stanovených resortních bezpečnostních cílů. Nedostatečná je i jejich široká propagace a cílená edukace a informovanost zdravotnické i laické veřejnosti.

Strategická oblast 4: Podpora kvality populačního zdraví

Na základě „doporučení OECD“ (OECD Reviews of Health Care Quality: Czech Republic 2014):

Níže uvedené porovnání je rozděleno do dvou rovin, a to oblast tzv. kvality populačního zdraví, na které reaguje dále tento AP v části klíčové priority a dále oblast systémových

změn při poskytování zdravotních služeb, ke které směřuje porovnání v další části tohoto doporučení OECD.

Oblast populačního zdraví:

Česká republika dosáhla v posledních dvou desetiletích v oblasti kvality zdravotní péče významných pokroků, což potvrzuje i poslední *OECD Studie kvality zdravotní péče v České republice*, která posuzuje, srovnává a hodnotí snahy jednotlivých zemí v rámci Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD).

Významným ukazatelem je například pokles úmrtnosti pacientů po infarktu myokardu na méně než polovinu, z 15,7 % v roce 2001 na 6,8 % v roce 2011, což je jeden z nejstrmějších poklesů ve všech zemích OECD. Také výskyt chronických onemocnění srdce u pacientů s diabetem 2. typu klesl ze 40 % v roce 2001 na méně než 30 % v roce 2008, snížila se i míra přijetí do nemocnice s diagnózou astmatu a chronickou obstrukční plicní nemocí. Výdaje na zdravotní péči v ČR ve výši 7,2 % HDP přitom patří mezi členskými státy OECD k nejnižším.

Hlavním doporučením studie *OECD Reviews of Health Care Quality: Czech Republic 2014* je „věnovat zvýšený zájem programům na posílení a podporu primární péče a prevence, které by pomohly zastavit nárůst výskytu diabetu a dalších chronických onemocnění. Podporovat a rozvíjet programy kvality a bezpečí. Výskyt diabetu v ČR je přibližně 8 %, což je více než průměr zemí OECD, který činí 6,9 %. Míra obezity dospělých se zvýšila ze 14 % v roce 2000 na 21 % v roce 2011, a je tak vyšší než průměr v zemích OECD, který je 17,2 %. Znepokojivý je rovněž výskyt nadváhy či obezity uváděný samotnými 15letými Čechy, jehož míra se zvýšila z 9 % na 15 %. Česká republika se musí více soustředit na programy prevence, více pozornosti musí věnovat také včasné detekci tohoto onemocnění, aby bylo možné co nejdříve zahájit jeho léčbu. Kromě zlepšení kvality života obyvatel tak lze předejít i vysokým nákladům na jejich pozdější léčení.“ ČR by měla zvážit možnost poskytování finančních pobídek praktickým lékařům tak, aby mohli převzít vedoucí úlohu v komplexní léčbě pacientů s diabetem.

Česká republika je také jedinou zemí v rámci OECD, v níž pokračuje nárůst počtu kuřáků. Podíl dospělých osob denně kouřících tabák se v letech 2000 až 2011 zvýšil o 5 %, zatímco průměr OECD v tomto období poklesl o 21 %. ČR má také jednu z nejvyšších úmrtností na ischemickou chorobu srdeční a cévní mozkové příhody. Úmrtnost na

choroby srdce je 260,4 úmrtí na 100 000 obyvatel – více než dvojnásobek průměru v zemích OECD, který je 115,2. U cévních mozkových příhod je tato četnost 106,4 na 100 000 obyvatel, průměr v zemích OECD činí 69,1.

Studie OECD doporučuje také výrazně podpořit účast obyvatel ve screeningových programech. Screening karcinomu děložního čípku podstupuje pouze o málo více než polovina žen ve věku 20 - 69 let, což je méně než průměr v zemích OECD, kde činí 59.6 %. Výskyt karcinomu děložního čípku u žen v ČR přitom dlouhodobě neklesá a činí přibližně tisíc nových případů ročně.

ČR provádí také pravidelné preventivní prohlídky zaměřené na kontrolu výše krevního tlaku, hladiny cholesterolu a přítomnost dalších rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění. Zde je však nutné teprve zhodnotit nákladovou efektivitu tohoto programu.

Oblast systémových nedostatků:

OECD dále uvádí, že stávající systém jednorázové mandatorní akreditace nemocnic není dostatečný pro zajištění kvality a bezpečnosti systému. Česká republika by měla poskytovatele zdravotních služeb monitorovat kontinuálně, aby je motivovala k dosažení a udržení vysokého standardu péče. Do národního systému hlášení nežádoucích událostí by se měli zapojit všichni poskytovatelé zdravotních služeb, zatímco v současné době je to pouze 20 % nemocnic.

Ne nepodstatnou překážkou na cestě ke zlepšení kvality zdravotní péče je podle zprávy OECD neefektivní systém sběru dat. Sofistikovanější metody sběru by umožnily transparentnější měření zdravotnického systému a pomohly tak přijít na nedostatky, jejichž náprava by mohla zlepšit kvalitu poskytované péče.

Studie dále doporučuje aktivní používání elektronické zdravotní dokumentace v primární péči i nemocnicích, a vyjasnění rolí a odpovědností Ministerstva zdravotnictví, regionálních zřizovatelů, zdravotních pojišťoven a ostatních zúčastněných subjektů. V neposlední řadě je doporučeno také zajištění nezávislého vlivu patientských organizací a jejich podílu na reformě zdravotních služeb a monitorování kvality a bezpečí zdravotní péče.

Pokud chce ČR v oblasti kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí postoupit do další fáze, měla by tato doporučení respektovat.

4.2 Návaznost Akčního plánu Zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb na další koncepční materiály

Nakolik tento akční plán má významné přesahy do dalších materiálů nejen resortu zdravotnictví je nutné uvést jejich seznam, vazbu a mandatorní postavení ve vztahu k AP Zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.

Jedná se o koncepční a implementační materiál Zdraví 2020 a jeho jednotlivé akční plány, zejména potom:

AP Elektronické zdravotnictví – kde je bezprostřední vazba **v strategické oblasti č. 3 a 4**, kde je nutno vybudovat kvalitní a validní datovou základnu pro sběr, analýzu a vytěžování a samozřejmě vyhodnocování dat sloužících nejen k hodnocení kvality služeb při poskytované zdravotní péči a dat kvality populačního zdraví, ale také pro tvorbu referenční sítě poskytovatelů, další kultivaci DRG, atd. Tento Akční plán by měl generovat základní poptávku pro pracovní skupinu AP El. zdravotnictví, který je potom nástrojem pro detailní plán a realizaci datové základny a metodiky vytěžování dat.

AP Celoživotní vzdělávání zdravotníků – kde je nutno definovat v širším kontextu potřebu změn ve vzdělávání lékařů i nelékařských zdravotních pracovníků. AP KaB by do něj měl **ve strategické oblasti č. 1** definovat základní požadavky na edukaci v kontextu Kvality a Bezpečí.

AP Zdravotní gramotnost – kde podobně jako u výše uvedeného kontextu zdravotníků je třeba definovat požadavky na edukaci veřejnosti, kterou se AP KaB zabývá **ve strategické oblasti č. 2**.

AP Zvládání infekčních onemocnění a vakcinační programy – kde má AP KaB několik společných oblastí v kontextu společné edukace zdravotníků a veřejnosti (tedy **ve strategické oblasti č. 1 a 2**) a dále v kontextu kvality populačního zdraví **ve strategické oblasti č. 4**, kde je nutno definovat efektivitu, kvalitu a rozsah plánované provakcinace a sledování populačních zdravotních dat ve společné datové základně.

AP Screeningové programy, jejich sledování a vyhodnocování jejich efektivity, identifikace nových možností – který navazuje zejména **na strategickou oblast č. 4**, kde po vytvoření datové základny a stanovení indikátorů tato oblast stane klíčovou pro

další plánování, vyhodnocování kvality a efektivity screeningových a preventivních aktivit státu.

5. Návrhová část

V této části Akčního plánu jsou definovány podstatné výstupy a konkrétní aktivity, které je v jednotlivých klíčových oblastech nutno řešit v návaznosti na analytickou část a nedostatky v současném systému. Řešitelské oblasti jsou logicky zachyceny v tabulce rozpadu cílů v tzv. logickém rámci a časově zachyceny v harmonogramu v části 2. a 3. Akčního plánu.

5.1 Klíčová priorita č. 1: Zlepšení edukace zdravotníků v oblasti řízení kvality a bezpečnosti

5.1.1 Specializační vzdělávání

a) Lékaři

V rámci novely zákona č. 95/2004 Sb., která má změnit celkovou koncepci specializačního vzdělávání bude dopracována nová vyhláška, jejíž účinnost je vázána na výše provedenou právní normu.

Obsah – Povinný blok Kvalita a bezpečí – standardizovat dle oblastí WHO curricula a zařadit do obecné části vzdělávacích programů v rámci tzv. kmene. Tento blok navrhujeme strukturovat dle následujících bodů:

- Co je bezpečí pacientů
- Role lidského faktoru v bezpečí pacientů
- Systémové dopady na bezpečí pacientů
- Základní principy týmové práce
- Jak pochopit příčiny chyb a učit se z nich
- Klinické riziko – vysvětlení, principy jeho managementu
- Přehled metod zvyšování kvality
- Práce s pacienty a jejich blízkými
- Praktické dovednosti
- Prevence a kontrola infekcí ve zdravotnických zařízeních

- Bezpečí pacientů při invazivních výkonech
- Bezpečí při podávání léčiv
- Bezpečí prostředí
- Problematika nežádoucích událostí

Úkol: Navrhnout strukturu povinného bloku KaB dle výše uvedených oblastí.

Termín: návrh 12/2015, implementace ihned po novelizaci zákona č. 95/2004 Sb.

Zodpovědnost: VLP (spolupr. OZS2)

b) Nelékařská zdravotnická povolání

V oblasti specializačního studia je nutno v základním modulu doplnit pro NLZP povinný blok *Kvalita a bezpečí* v obdobném rozsahu jako u lékařů, formou pozměňovacího věstníku. Není nutno čekat na vydání nového zákona o nelékařských povoláních („nová“ 96), nakořik obsah se vymeří věstřníkem.

Navrhované oblasti, podobně jako u lékařů, z mezinárodní učebnice curricula WHO:

- Co je bezpečí pacientů
- Role lidského faktoru v bezpečí pacientů
- Systémové dopady na bezpečí pacientů
- Základní principy řymové práce
- Jak pochopit příčiny chyb a učit se z nich
- Klinické riziko – vysvětlení, principy jeho managementu
- Přehled metod zvyšování kvality
- Práce s pacienty a jejich blízkými
- Praktické dovednosti
- Prevence infekcí pacientů
- Bezpečí pacientů při invazivních výkonech
- Bezpečí při podávání léčiv

Úkol: Navrhnout strukturu povinného bloku KaB dle výše uvedených oblastí.

Termín: 12/2015

Zodpovědnost: ONP, VLP (spolupr. OZS2)

5.1.2 Pregraduální studium

Na příslušné úrovni podporovat vzdělávání a odbornou přípravu zdravotnických pracovníků v oblasti bezpečnosti pacientů prostřednictvím:

- a) podpory multidisciplinárního vzdělávání a odborné přípravy v oblasti bezpečnosti pacientů pro všechny zdravotníky, ostatní pracovníky a příslušné řídicí a administrativní pracovníky ve zdravotnictví;
- b) začlenění otázky bezpečnosti pacientů do pregraduálního a specializačního vzdělávání, odborné přípravy na pracovišti a navazujícího celoživotního vzdělávání zdravotníků;
- c) eventuálního rozvoje základních dovedností v oblasti bezpečnosti pacientů, tj. základních znalostí, postojů a dovedností nutných pro dosažení bezpečnější péče, které by byly šířeny mezi všechny zdravotnické pracovníky a příslušné řídicí a administrativní pracovníky;
- d) poskytování a šíření informací o normách v oblasti bezpečnosti pacientů, riziku a stávajících bezpečnostních opatřeních, včetně osvědčených postupů, všem zdravotnickým pracovníkům za účelem snížení počtu pochybení a případů újmy nebo jejich předcházení a k podpoře jejich zapojení;
- e) spolupráce s organizacemi, které se podílejí na zdravotnickém vzdělávání, aby bylo zajištěno, že bezpečnost pacientů bude náležitě zohledněna v učebních plánech vysokoškolského vzdělávání a při dalším vzdělávání a odborné přípravě zdravotníků, včetně rozvoje dovedností potřebných k dosažení a zajištění změn chování nezbytných ke zlepšení bezpečí pacientů prostřednictvím systémové změny.

a) Lékaři

Nutné rozšíření pregraduálního studia v oblasti Kvality a bezpečí, jako i novelizace vyhlášky č. 187/2009 Sb., kde by se měly minimální požadavky na studijní programy zdravotnických oborů rozšířit o témata bezpečí a prevence rizik proto, aby byla zajištěna znalost základních principů řízení kvality a bezpečí při poskytování zdravotní péče a principů prevence poškození pacientů. Z hlediska navazujících gesčních zákonů je nutná kooperace s MŠMT.

b) Nelékařská zdravotnická povolání

V oblasti pregraduálního studia NLZP je východiskem jednak změna v obsahu vzdělávání a dále v činnostech NLZP. S tím souvisí úprava vyhlášky č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání, ve znění vyhlášky č. 129/2010 Sb. Úprava činností NLZP bude realizována ve vyhlášce č. 55/2011 Sb.,

o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Ze současného znění vyhlášky jednoznačně nevyplývá, že by např. všeobecná sestra, porodní asistentka, zdravotní laborant či jiný nelékařský zdravotnický pracovník měli hodnotit kvalitu a bezpečí poskytované zdravotní péče, přesto, že v klinické praxi je tato činnost realizována a je role NLZP je významnou součástí procesu externího hodnocení kvality poskytované ZS. Změny pro profesi všeobecné sestry a porodní asistentky musí být realizovány také v souvislosti se směrnicí 2005/36/ES, která byla novelizována č. 2012/55/EU. Nutná kooperace s MŠMT z hlediska navazujících gesčních zákonů.

Úkol: Provést analýzu a návrh legislativních změn pro implementaci minimálního obsahu dle curricula WHO do vzdělávacích předpisů a zákonů na úrovni MZ/MŠMT.

Termín: 7/2015

Zodpovědnost: VLP/ONP (spolupr. LEG)

5.1.3 Celoživotní akreditované vzdělávání

Cílem je navázat celoživotním vzděláváním zdravotníků na začleněné otázky kvality a bezpečí zdravotních služeb v pregraduálním a specializačním vzdělávání včetně odborné přípravy na pracovišti.

V návaznosti na rostoucí požadavky na zajištění KaB poskytovateli zdravotních služeb rostou požadavky na edukaci lékařů a dalších zdravotnických pracovníků v oblasti kvality a bezpečí.

Oblasti vzdělávání:

- rozvoj základních dovedností a znalostí v oblasti KaB,
- opakování minima ze základních úrovní pregraduálního a specializačního vzdělávání,
- šíření informací o standardech a indikátorech v oblasti KaB, rizikových činnostech a stávajících bezpečnostních opatřeních, včetně osvědčených postupů, všem zdravotnickým pracovníkům za účelem snížení počtu pochybení a újmy nebo jejich předcházení a podpora jejich zapojení

Úkol:

1. Zpracovat základní kostru vzdělávacího modulu (dle curricula WHO),
2. Vypracovat komplexní vzdělávací metodiku pro celoživotní/kontinuální vzdělávání v oblasti KaB,

3. Projednat a doporučit ČLK, ČAS, univerzitám, ČLS (v případě lékařů) a ostatním vzdělávacím institucím zabývajícím se celoživotním vzděláváním (v případě nelékařských zdravotnických pracovníků).

Termín: Ihned po vydání českého curricula, nejpozději však do 9/2015 – vydání obsahu a doporučení pro subjekty působící v oblasti celoživotního akreditovaného vzdělávání

Zodpovědnost: VLP/ONP (spolupr. OZS2)

5.1.4 Edukace zdravotníků prostřednictvím mezinárodně uznávaných standardů - curriculum Patient Safety (WHO)

Vydání české verze kurikula WHO pro edukaci v oblasti bezpečí pacientů jako referenčního nástroje pro vzdělávání zdravotníků bude užitečným krokem ke zlepšení kvality a efektivity edukace. Součástí materiálu budou příklady rizik a jejich řešení odpovídající realitě ČR (kasuistická sdělení).

Distribuce v elektronické (Portál kvality a bezpečí MZ) a tištěné formě skrze distribuci po vysokých a středních školách, zdravotnických zařízeních, akreditovaných vzdělávacích zařízeních apod.

Úkol: Přeložit a oficiálně editovat curriculum WHO a následně distribuovat na cílová místa (nutný souhlas WHO).

Termín: 12/2015

Zodpovědnost: MEZ/OZS2

5.1.5 Projekt „Zdravá nemocnice“

Program WHO „Nemocnice podporující zdraví a zdravotní služby“ (Health Promoting Hospitals, dále jen „HPH“) vede nemocnice k tomu, aby kladly větší důraz na podporu zdraví a prevenci nemocí a ne pouze na samotné diagnostické a léčebné služby.

Systematická implementace takovýchto efektivních programů se zaměřením na podporu zdraví se stala klíčovou složkou podpory kvality poskytované péče, společně s klinickou účinností a bezpečím pacientů.

Sít' „zdravých nemocnic“ tvoří v ČR aktuálně již 9 HPH nemocnic (FN Motol, VFN, FN Olomouc, FN ÚVN, Nemocnice Jihlava, Nemocnice Pelhřimov, Klaudiánova nemocnice Mladá Boleslav, Nemocnice Valašské Meziříčí, Šumperská nemocnice).

Sedm z těchto nemocnic se pak aktivně účastní dílčího projektu HPH- Recognition projekt, který přináší mezinárodně vytvořené, ověřené a publikované **nástroje pro sebehodnocení** (k dispozici jsou na Portálu kvality a bezpečí MZ). Za plnění mezinárodních HPH standardů získaly v letech 2013 – 2014 tyto nemocnice cenný WHO certifikát - staly se tak významnými reprezentanty úrovně zdravotních služeb v ČR.

- Strukturované kurzy, semináře
- Rozšířit zavedení HPH standardů do nemocničních systémů řízení kvality a bezpečí

Úkol: Vytvořit a realizovat plán seminářů pro další podporu zapojení nemocnic do projektu „Zdravá nemocnice“ s cílem zvýšit počet nemocnic s certifikátem a zvýšit počet nemocnic zapojených (registrovaných) do tohoto projektu.

Termín: 9/2015 – plán seminářů,
2015/2016 – jejich realizace

Zodpovědnost: OZS2 (spolupr. VLP/ONP)

5.1.6 Nový portál kvality a bezpečí zdravotní péče (profesionál)

Národní portál kvality a bezpečí představuje informační a komunikační nástroj napříč celým spektrem funkcí ovlivňujících zdraví a zdravotnictví. Zahrnuje široké spektrum nástrojů, služeb, programů, procesů, atd., které jsou přínosem pro pacienty /občany, zdravotníky, poskytovatele zdravotních služeb, plátce a další zainteresované stakeholdery v kvalitě a bezpečí zdravotních služeb.

Současný webový portál na stránkách MZ je již nedostačující, proto je cílem nový portál s vlastní doménou, kterou bude vlastnit MZ a tento také spravovat. Portál bude mít dvě základní sekce Zdravotník/Pacient, kde v případě zdravotníka bude zřejmě registrovaný přístup. Cílem je zvýšení informovanosti a edukace formou e-learningu v oblasti Kvality a Bezpečí zdravotních služeb a zlepšení současného stavu public relations a obsahu současného portálu.

Úkol: Konkretizace cílů v oblasti zlepšení nového portálu - chybějící obsah a oblasti, funkce portálu a e-learningu , návrh nového redakčního systému a grafiky, získání nové „prestižní“ domény mimo web MZ, analýza nákladů na vznik a provoz.

Termín: 7/2015 – návrh věcného obsahu portálu kvality, návrh nového Portálu

12/2015 - realizace

Zodpovědnost: OZS2/INF (spolupr. PSBPKZP, ÚZIS)

5.2 Klíčová priorita č. 2: Zvýšení zainteresovanosti veřejnosti a pacientů na kvalitě a bezpečí zdravotních služeb

5.2.1 Zlepšení orientace pacienta v systému zdravotní péče v kontextu Kvality a Bezpečí zdravotní péče

a)Reedice „Rádce pacienta“

Úpravy především v souvislosti se zákonem č. 372/2011 Sb. Nové vydání připraveno k publikaci. Reedice bude zejména obsahovat:

- oblasti práv pacientů,
- nahlížení do zdravotnické dokumentace,
- hodnocení kvality a bezpečí poskytovatelů zdravotních služeb (udělení certifikátu kvality a bezpečí oprávněnou osobou),
- seznam osob oprávněných k hodnocení kvality a bezpečí **lůžkové** zdravotní péče,
- výběr zdravotní pojišťovny,
- podání stížností,
- registrující lékaře a další.

Reedice současného Rádce pacienta je taktéž nutná i z hlediska obměny redakční rady. Aktuální publikace Rádce pacienta je uveřejněna na webových stránkách MZ ČR. <http://www.mzcr.cz/files/radce-druhe-vydani02.html>

Reedice nyní probíhá na výše uvedené verzi.

Úkol: Schválení obsahu nového Rádce (viz příloha) a jeho editace – tištěná i elektronická verze.

Termín: 9/2015

Distribuce - 12/2015

Zodpovědnost: OZS2

b) Nový Portál kvality a bezpečí zdravotní péče (pacient)

Národní portál kvality a bezpečí představuje informační a komunikační nástroj napříč celým spektrem funkcí ovlivňujících zdraví a zdravotnictví. Zahrnuje široké spektrum nástrojů, služeb, programů, procesů, atd., které jsou přínosem pro pacienty /občany, zdravotníky, poskytovatele zdravotních služeb, plátce a další zainteresované stakeholdery v kvalitě a bezpečí zdravotních služeb.

Současný webový portál na stránkách MZ je již nedostačující, proto je cílem nový portál s vlastní doménou, kterou bude vlastnit MZ a tento také spravovat. Portál bude mít dvě základní sekce Zdravotník/Pacient, kde v případě pacienta bude otevřený přístup. Cílem je zvýšení informovanosti a edukace veřejnosti v oblasti Kvality a Bezpečí zdravotních služeb a zlepšení současného stavu public relations a obsahu současného portálu.

Základní cíle nového portálu pro veřejnost:

- Posílit účast a informovanost občanů a pacientů
- Informování pacientů o platných normách v oblasti bezpečnosti pacientů
- Informování pacientů o rizicích v oblasti zdravotní péče, o stávajících opatřeních v oblasti bezpečnosti za účelem snížení počtu pochybení a případů újmy nebo k jejich předcházení, včetně osvědčených postupů, a o právu pacienta na informovaný souhlas s léčbou, aby mu tak byla zjednodušena volba a rozhodování
- Informování pacientů o postupech pro podávání stížností a dostupných opravných prostředcích, o možnostech nápravy a platných podmínkách

Úkol: Konkretizace cílů v oblasti zlepšení nového portálu - chybějící obsah a oblasti, funkce portálu a e-learningu, návrh nového redakčního systému a grafiky, získání nové „prestížní“ domény mimo web MZ, analýza nákladů na vznik a provoz.

Termín: 7/2015 – návrh věcného obsahu, návrh nového Portálu

12/2015 - realizace

Zodpovědnost: OZS2/INF (spolupr. PSBPKZP ÚZIS)

5.2.2 Zvýšení informovanosti veřejnosti o kvalitě a bezpečí a resortních cílech (RBC)

Cílem v této oblasti by měla být nová edukační kampaň pro veřejnost s využitím mediálních nástrojů a dalších možností PR. Tématikou je potom šíření informací o tzv. Resortních bezpečnostních cílech (RBC). Tato tematika se navrhuje proto, že RBC byly zformulovány na základě „evidence based“ informací o nejrizikovějších oblastech při poskytování zdravotní péče adaptovaných na české prostředí. (Zdrojem byly primárně WHO – Patient Safety Solutions a JCI – International Patient Safety Goals). Formou hraných skečů se budou prezentovat příslušná rizika (např. záměna léku) i s popisem správného postupu pro pacienty či jejich blízké, primárně je směřující k zvýšení obezřetnosti a k asertivnímu přístupu.

RBC byly naposledy vyhlášeny v roce v 2010 a je nutno je opět validovat na základě vyhodnocení z hlášení nežádoucích událostí (dále jen „NU“). To předpokládá plně funkční hlášení NU a stanovení metodiky hodnocení (ÚZIS).

Naposledy vyhlášené resortní bezpečnostní cíle:

- RBC1 - Bezpečná identifikace pacientů
- RBC2 - Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti
- RBC3 - Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech
- RBC4 - Prevence pádů
- RBC5 - Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče
- RBC6 - Bezpečná komunikace
- RBC7 - Bezpečné předávání pacientů

Úkol:

1. Navrhnout a vyhlásit formou věstníku nové RBC na rok 2015,
2. Využít tematiku RBC pro vznik edukační kampaně formou médií a dalších nástrojů PR – tvorba plánu propagace RBC.

Termín: 12/2015(OZS - stanovit RBC+Věstník);

12/2015 (TIS/FIN-kampaň)

Zodpovědnost: OZS2/PSAPKBZS (spolupr. LEG) – stanovení RBC a Věstník;

TIS/FIN (spolupr. OZS2)- návrh kampaně a finanční analýza

5.2.3 *Zákonné vymezení práv pacienta*

V rámci novely zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), deklarovat práva pacienta na bezpečnou péči (stávající § 28 odst. (3) písm j) – poskytování kvalitních a bezpečných zdravotních služeb).

Úkol: Věcný návrh změny paragrafového znění zák. č. 372/2011 Sb.

Termín: 4/2015

Zodpovědnost: OZS2 (spolupr. LEG)

5.2.4 *Dobrovolnická činnost v kontextu bezpečnosti a kvality péče*

Dobře vedené dobrovolnické programy ukazují na význam a potřebnost podpurné péče ve zdravotnictví a osvědčují se jako jeden z nástrojů, který se podílí na zvyšování úrovně kvality péče o pacienta.

Účel dobrovolnické činnosti ve zdravotnickém zařízení:

- Podpora lidského kontaktu s pacientem dobrovolník napomáhá k aktivizaci, motivaci a psychické pohodě hospitalizovaných pacientů, rodině pacienta mohou dobrovolníci odlehčit.
- Dětem i dospělým se zdravotním postižením umožňují dobrovolníci zapojení do běžného života; do činností, které jsou samozřejmé pro zdravého člověka, ale pro člověka s postižením mohou být nedostupné. Přispívají tak k jejich sociální integraci.
- Dobrovolnické aktivity přispívají ke zlepšení i komunikaci pacienta s personálem a následná spolupráce při léčbě.
- Dobrovolníci mohou přispět k efektivnější organizaci práce a umožňují personálu věnovat více času pro odbornou činnost.
- Dobrovolnické aktivity přispívají ke zlepšení celkové atmosféry ve zdravotnickém zařízení.

Cíle:

- Vytvoření komplexního systému podpory kvality a stability dobrovolnických programů ve zdravotnických zařízeních v souladu s požadavky na bezpečí pacientů a programy podpory zdraví v nemocnicích (WHO/HPH&HS).

- vzdělávací program a systém podpory dalšího rozvoje koordinátorů dobrovolníků ve zdravotnických zařízeních v souladu s požadavky programu podpory zdraví.
- Zvýšit a udržet odpovídající informovanost o významu dobrovolnických programů v oblasti zdravotně péče mezi klíčovými pracovníky zdravotnických zařízení a zajistit odbornou úroveň znalostí, dovedností a kompetencí pracovníků zodpovídajících za kvalitní a bezpečné řízení dobrovolnického programu ve zdravotnickém zařízení.

Úkol:

- Vytvoření koncepce a systému základního a nadstavbového systému vzdělávání zdravotnických i nezdravotnických pracovníků klíčových pro dobrovolnický program ve zdravotnickém zařízení, reflektující aktuální legislativní a metodické požadavky vzhledem ke kvalitě a bezpečnosti poskytované péče a jejich návaznosti na další programy podpory zdraví (tj. vzdělávací semináře a workshopy pro zástupce top managementu a středního managementu zdravotnických zařízení).
- Vytvoření koncepce a systému vzdělávání a následné podpory rozvoje pro koordinátory dobrovolníků ve zdravotnických zařízeních (tj. základní kurz pro koordinátory dobrovolníků ve zdravotnických zařízeních, vzdělávací workshopy).
- Aktualizace metodických doporučení MZ pro implementaci a evaluaci dobrovolnických programů ve zdravotnických zařízeních v souladu s výše uvedeným novým konceptem realizace dobrovolnických programů.

Termín: 12/2015

Zodpovědnost: OZS2 (spolupr. Odborná sekce kvality ve zdravotnictví při Radě ČR pro kvalitu)

Možný dopad tzv. nulového stavu = při nezavedení jednotlivých opatření:

Nižší (nebo žádná) informovanost pacientů o rizicích při poskytování zdravotní péče a jejich prevenci a z toho vyplývající vyšší míra rizika pro pacienty (poškození zdraví).

Nedostatečná edukace zdravotníků o principech a postupech podpory zdraví v nemocnicích.

Nedostatečná schopnost identifikace potřeb pacienta a možnost podpory zdraví s reálným klinickým úsudkem.

Nedostačené využívání vhodných praktických metodických vodítek podpory zdraví ve specifických situacích v péči o pacienty.

Nižší (nebo žádná) edukace zdravotníků o nových přístupech a požadavcích na zajištění KaB včetně legislativních požadavků.

5.3 Klíčová priorita č. 3: Kontinuální zvyšování systému hodnocení Kvality a Bezpečí při poskytování zdravotní péče

5.3.1 Úprava systému hodnocení kvality zdravotní péče

a) Interní hodnocení kvality

V současné době zákon ukládá povinnost (ve smyslu ustanovení § 47 odst. 3 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb.) interní systém zavést, ale není žádný postup při kontrole jeho zavedení, nelze se domnívat, že interní systém hodnocení kvality a bezpečí je konzistentně zaveden.

Metodika, která minimální požadavky doprovází, neuvádí žádný požadavek na frekvenci sebehodnocení, na práci s výstupy sebehodnocení či na jakoukoli kontrolní aktivitu, která by posoudila, zda je interní systém hodnocení nastaven a využíván správně. Podrobnější informace jsou uvedeny v příloze č. 1 k tomuto materiálu.

Návrh změny:

- Novelizovat Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb uveřejněné ve Věstníku MZ ČR č. 5/ 2012.
- Uvést pravidla sebehodnocení pro jednotlivé kategorie poskytovatelů, zavést frekvenci hodnocení indikátorů, stanovit principy pro provádění interních auditů.
- Zavést povinnost pro všechny poskytovatele zaslat výstupy interního hodnocení kvality a bezpečí plátcům, s nimiž mají smluvní vztah.
- Novela zákona č. 48/1997 Sb. (uložení povinnosti plátcům) nebo realizace dohledu zdravotních pojišťoven jinou cestou.

Úkol č. 1: Věcný návrh těchto změn je součástí AP v příloze, **zpracovat formou** novely Věstníku MZ

Úkol č. 2: Novela zákona č. 48/1997 Sb. (uložení povinnosti plátcům), nebo realizace dohledu zdravotních pojišťoven jinou cestou.

Termín: úkol č. 1 – 9/2015

úkol č. 2 – 12/2015

Zodpovědnost: úkol č. 1- OZS2 (spolupr. LEG)

úkol č. 2 - NP (spolupr. LEG)

b) Externí hodnocení kvality

S ohledem na situaci popsanou v úvodu tohoto materiálu doporučujeme provést změny v systému externího hodnocení kvality a bezpečí (viz příloha č. 2).

Úkol:

- a) Novelizaci vyhlášky č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, v platném znění (dále jen „vyhlášky č. 102/2012 Sb.“), s cílem změny kvalifikačních požadavků na hodnotitele (odstranit omezení týkající se povinnosti vykonávat zdravotní péči 6 let v posledních 10 letech, odstranit povinnost specializační přípravy pro lékaře, zavedení strukturovaného vzdělání v auditních technikách).
- b) Novelizaci vyhlášky č. 102/2012 Sb. – změna minimálních požadavků na tvorbu standardů pro externí hodnocení kvality a bezpečí tak, aby byly v souladu s požadavky ISQuA (mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví). Změny povedou ke zpřísnění požadavků na tvorbu standardů, k posílení principů proaktivní prevence rizik, k většímu důrazu na sběr dat o kvalitě péče).
- c) Novelizaci vyhlášky č. 102/2012 Sb. a současně zákona č. 372/2011 Sb. ustanovení § 98 odst. (7) s cílem zavést pravidla pro činnost oprávněných osob (opět v souladu s metodikou ISQuA).
- d) Systematická kontrolní činnost MZ ČR zaměřená na kontrolu činnosti oprávněné osoby pověřené k hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb v souladu s § 107 odst. 1 písm. a) zákona č. 372/2011 Sb.
- e) Vydání metodického návodu pro kontrolu oprávněných osob.

Termín: 8/2015 – věcný návrh novelizace vyhlášky

9/2015 – metodický návod pro kontrolu oprávněných osob

Zodpovědnost: OZS2 (spolupr. LEG)

5.3.2 *Motivace poskytovatelů ke zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče*

Ekonomická motivace

Implementace finančních bonusů za kvalitu hodnoceno externě bonifikace za akreditaci. Celková částka dodatečných nákladů při navýšení o 0,5% bodu u poskytovatelů akutní lůžkové péče, kteří jsou držiteli certifikátu externí kontroly kvality (cca 66 poskytovatelů) je 367 mil. Kč. Podrobná kalkulace viz příloha č. 7.

U poskytovatelů následné péče je odhadem (chybí data o úhradách těchto poskytovatelů) možno říci, že na celý tento segment vydají zdravotní pojišťovny cca 14 mld. Kč ročně, takže navýšení např. o 0,5 procenta by znamenalo 70 milionů Kč (velmi hrubý odhad). Navyšování úhrad u následné péče by šlo realizovat buď procentuálním navýšením sazby za každý ošetřovací den, alternativně navýšením např. +5 Kč za každý OD (OD je odhadem 6-7 milionů ročně, pak by navýšení bylo cca 35 mil. Kč).

Úkol: Projednat finanční bonusy s plátcí, zohlednit v úhradové vyhlášce na rok 2016, validovat finanční dopad uvedený v příloze.

Termín: 10/2015

Zodpovědnost: NP/DZP

5.3.3 *Rezortní bezpečnostní cíle*

Cílem v této oblasti je v první řadě vypracovat analýzu a vyhodnocení stávajících RBC na základě aktuálně dostupných dat z registru Národního systému nežádoucích událostí – dlouhodobá retrospektivní analýza trendů v NU, s následnou identifikací potenciálních metodických doporučení.

V současnosti existuje povinnost evidovat NU na lokální rovní dle jednotné metodiky, kterou je nutno dopracovat.

Současně v další fázi rozšířit povinnost přispívat – hlásit do národního systému nežádoucích událostí na úrovni národní pro všechny poskytovatele. Předpokladem je legislativní změna v zákoně č. 372/2011 Sb.

Úkol: Tvorba metodiky vyhodnocení dat souvisejících s RBC a jejich vytěžování, retrospektivní analýza dat souvisejících s RBC v období let 2009 – 2014, zavedení povinnosti přispívat – hlásit do NU, zákonem č. 372/2011 Sb.

Termín: 8/2015

Zodpovědnost: ÚZIS/OZS2

5.3.4 Zavedení systému managementu rizik do řízení kvality a bezpečí zdravotní péče (dále jen SMR)

Systém řízení/managementu rizik (SMR) je proaktivní systém vyhledávání, identifikace, definice jakýchkoliv rizik a přijímání preventivních opatření která zabrání výskytu incidentů a dosáhne cílů tohoto proaktivního systému. Pro účely tohoto AP je SMR myšlen jako systém řízení rizik, při poskytování ústavní zdravotní péče, který je integrován do celkového systému řízení.

Management rizik v kterékoli organizaci poskytující ZS znamená zavedení systematického přístupu k řízení rizik s docílením redukce, nebo až eliminace:

- ztráty života,
- finančních ztrát,
- ztráty dostupnosti kvalifikovaného personálu na všech úrovních,
- ztráty bezpečnosti personálu a pacienta / klienta / uživatele,
- ztráty dostupnosti nebo zabezpečení technologie a budov,
- ztráty reputace organizace (poskytovatele ZS).

Cílem je stanovení metodiky pro prevenci rizik, ta nesmí být obecná, ale systém musí být strukturovaný a individuální pro každé jedno identifikované, kategorizované a definované riziko. To znamená, že pro každé takové riziko se vypracuje karta řízení rizik. Tento systém musí být monitorován v pravidelných intervalech a jeho funkčnost se hodnotí podle toho jaký má dopad na objem incidentů a na vážnost dopadu na zdraví pacienta, či jiné postižené osoby. V příloze č. 3 je detailnější popis SMR.

Úkol: Připravit metodiku SMR v jeho základních doménách, projednat s PSAPKBZS a připravit formou Věstníku jako doporučení pro bezpečnou praxi. V další etapě implementovat do systému hodnocení kvality ZS (externí).

Termín: 6/2015 (příprava a Věstník);

9/2015 (zajištění komplexního manuálu SMR);

12/2015 (implementace do ext. h.)

Zodpovědnost: OKZ

5.3.5 Institucionalizace a následná implementace schválených klinických standardů do hodnocení KaB

V připraveném dokumentu (Věstník MZ) by měly být stanoveny minimální požadavky na klinický doporučený postup s využitím *evidence based* a přesným uvedením stupně důkazů dle Haynesovy pyramidy, validních zdrojů a potřeby revize a aktualizace. **Předpokladem je vznik národního centra – poradní skupiny** pro tvorbu a implementaci národních klinických standardů.

Výstupem by měl být systém národních klinických standardů závazných pro poskytovatele péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Klinickým standardem rozumíme popis postupu při provádění péče o pacienta s danou diagnózou (AIM, CPM) zahrnující popis strukturálních požadavků na péči (typ zdravotnického zařízení, kompetence a počet pracovníků, vybavení, léčiva), popis procesu poskytované péče a očekávaného (ideálně měřitelného) výstupu poskytované péče.

Nelze očekávat, že cílem je rychlé zpracování velkého množství klinických standardů – naopak, kritériem výběru by měly být následující faktory:

- vysoký objem péče (např. péče o diabetiky)
- vysoké riziko (např. CMP)
- vysoké náklady (např. biologická léčba)

V krátkodobém horizontu lze využít doporučení již v současné době odpovídající výše uvedeným požadavkům – pilotně ověřit jejich implementaci v referenční síti PZS a validovat jejich dopad na kvalitu péče – analýza dat hodnotících objektivní parametry stavu pacienta – revize doporučeného postupu. Projekt – pilotní ověření efektivity využití vybraných klinických doporučených postupů.

Úkol:

- Stanovit jednotnou metodiku pro vydání klinického standardu pro MZ,
- stanovit první sadu (min. 2) doporučených klinických postupů/standardů pro jejich validaci a případné přepracování v souladu se stanovenou metodikou a povinným obsahem a strukturou,
- implementace takto schválených standardů do hodnocení KaB (interní i externí),
- založení poradní skupiny - Národního centra podpory kvality.

Termín: 12/2015 (stanovení 1. sady doporučených klinických standardů; 6/2016 (založení poradní skupiny a stanovení jednotné metodiky)

Zodpovědnost: ÚZIS

5.3.6 Optimalizace a zajištění dat pro sledování a vyhodnocování KaB při poskytování zdravotní péče

a) Sběr dat a vytvoření datové základny, stanovení metodiky vytěžování a analýzy dat

Pro možnost vytěžování dat, která budou využitelná na celonárodní úrovni, jsou nezbytným předpokladem – novela zákona č. 372/2011 Sb., a navazující optimalizace sběru a vytěžování dat na základě jednotné metodiky. Jedním z klíčových je vznik Národního registru úhrad zdravotních služeb z veřejného zdravotního pojištění a vytvoření legislativně ustavené platformy pro verifikaci metodických postupů, zavádění nových metodik a testování nových forem výkaznictví/hlášení (vč. indikátorů kvality péče) dle přesně stanovených kritérií pro jednotlivá referenční pracoviště a s využitím důsledné terénní metodické podpory na lokální, regionální a národní úrovni.

Návrh změny:

Vytvoření sítě referenčních zdravotnických zařízení pro možnost ověřování metodických postupů pro validní sběr dat, validace nových metodik a testování nových forem výkaznictví (možnost vytváření DRG bazí odpovídajících a vymezujících standardizované postupy v klinické praxi). Síť typových pracovišť umožní modelování a ověření strategického plánování, včetně ověření benefitů a rizik standardizovaných postupů a stanovených DRG bazí pro oceňování nákladovosti ve vztahu k nepodkročitelnému minimu kvalitně a bezpečně poskytnuté péče (DRG base ani jiný stratifikující systém primárně postavený na ekonomických ukazatelích se nemohou stát východiskem a nástrojem pro omezování péče, ale pouze pro identifikaci potenciálního nadužívání diagnostických či terapeutických intervencí).

Úkol: Ustavení metodiky pro vytvoření sítě referenčních zdravotnických zařízení pro systém DRG, e-Health a hodnocení KaB, příprava týmu terénních metodiků pro podporu validního vykazování/hlášení dat.

Termín: 8/2015

Zodpovědnost: ÚZIS

b) Stanovení nové sady indikátorů kvality péče pro poskytovatele

S ohledem na situaci popsanou v úvodu tohoto materiálu doporučujeme provést změny v metodice sběru dat v souvislosti s indikátory kvality péče, které byly v původně stanovené sadě hlášeny v rámci Národního systému nežádoucích událostí (v současné době nepovinně). Nově vytvořenou sadu indikátorů kvality využít k účelnému srovnání na úrovni typů zařízení, lokální, národní – (revize hospitalizačních epizod apod.)

Úkol: Identifikace nové sady indikátorů kvality z tzv. tvrdých dat a tvorba metodiky jejich vytěžování s využitím mezinárodních doporučení (OECD, WHO, DG SANTE).

Termín: 12/2016

Zodpovědnost: ÚZIS

c) Funkční systém sledování Nežádoucích událostí

V současné době je povinnost hlášení nežádoucích událostí na národní úrovni vymezena pouze pro přímo řízené organizace MZ. Nelze tak předpokládat konzistentnost systému a využitelnost dat v rámci preventivních opatření systému rizik – learning systému. Dosavadní metodika pro systém hlášení nežádoucích událostí je nedostatečná. V rámci zpětnovazebních mechanismů a tzv. learning systému – analýzou nejzávažnějších (NU se závažnými dopady na kvalitu a bezpečí péče – zdraví pacienta) a nejčastěji se opakujících NU jsou Expertní skupinou připravována doporučení pro bezpečnou praxi publikována online na fungujícím Portálu kvality a bezpečí MZ a webu ÚZIS včetně adresného poskytnutí PZS zapojeným v systému NSHNU.

Doporučení pro bezpečnou praxi jsou vypracovávána a publikována s cílem:

- minimalizovat rizika při poskytování zdravotních služeb,

- minimalizovat výskyt nežádoucích událostí a tím zajistit kvalitu a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb,
- ovlivnit přístup poskytovatelů ke kvalitě a bezpečí.

Návrh změny:

Obsah doporučení pro bezpečnou praxi je nezávazný, ale do budoucna by mělo být jejich akceptování součástí interního i externího systému hodnocení kvality péče, což by bylo efektivnější celoplošně na národní úrovni.

Úkol:

- a) Ověřit dosavadní využívání doporučení pro bezpečnou praxi PZS zapojenými do systému NSHNU (dotazníkový průzkum).
- b) Metodika jednotné tvorby doporučení pro bezpečnou praxi.
- c) Metodika diseminace doporučení pro bezpečnou praxi.
- d) Metodika analýzy efektivity doporučení pro bezpečnou praxi z dostupných dat v rámci systému hlášení nežádoucích událostí.

Termín: 10/2015

Zodpovědnost: ÚZIS/OZS2

d) Funkční systém sledování spokojenosti pacientů

Výše uvedený systém vychází z Doporučení Rady o bezpečnosti pacientů (2009/C151/01), Akčního plánu bezpečnosti a kvality zdravotních služeb na období 2013-2014 a doporučení OECD.

Sledování spokojenosti pacientů u poskytovatelů **lůžkové péče** je na místní úrovni zajištěno v rámci povinného interního systému hodnocení kvality a bezpečí.

Sledování spokojenosti v **ambulantní péči** není zavedeno ani na regionální či místní úrovni, ani na úrovni národní. Jeho zavedení na národní úrovni může přinést cenné informace pro další činnost v tomto segmentu. Získáme tak velmi cenné a zcela nové informace o úrovni zdravotní péče, a to z hlediska její kvality a bezpečnosti očima pacientů a široké veřejnosti.

Sběr dat bude probíhat prostřednictvím systému on-line dotazníků na webu MZ včetně portálu KaB.

Cíl:

- Aktivně zapojit pacienta na zvyšování úrovně zdravotních služeb.
- Získat unikátní informace a data z oblasti zdravotní péče.
- Možnost vyhodnocení nejkritičtějších oblastí poskytovaných služeb z hlediska pacientů a široké veřejnosti.
- Při negativních zjištěních tvorbu cílených doporučení či metodik.
- zlepšení kritických oblastí poskytovaných zdravotních služeb
- Zpracování metodického návodu pro využití dotazníku v interním hodnocení spokojenosti pacientů.
- Vytvoření platformy s cílem předání zpětné vazby poskytovatelům.
- Případné rozšíření dotazníkového systému o další oblasti poskytovaných zdravotních služeb.

Úkol:

- Tvorba dotazníků (OZS2 ve spolupráci s pracovní podskupinou spokojenost pacientů při PSBPKZP).
- Sběr dat a jejich vyhodnocování (ÚZIS).
- Finanční a technické zajištění (KSRZIS).
- Doprovodná národní kampaň (TIS).

Termín: 6/2015

Zodpovědnost: OZS2/INF/TIS

5.3.7 Národní standardy kvality a bezpečnosti

Česká republika nemá formální a ucelenou sadu standardů kvality zdravotní péče. Standardy kvality jsou v tuto chvíli pouze v rovině tzv. hodnotících standardů definované aktuálním zněním vyhlášky č. 102/2012 o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče a budou součástí změn v novelizaci této vyhlášky aktualizovaných tímto akčním plánem. Pro ty poskytovatele, kteří dobrovolně nevstoupili do externího hodnocení kvality, není tedy definovaná žádná sada standardů, kterou by naplňovali. Česká republika jako jedna z mála zemí s moderním a vyspělým zdravotnictvím nemá institucionální základnu pro stanovení standardů kvality.

Cílem tedy je stanovení standardů kvality a bezpečnosti zdravotních služeb na národní úrovni jejich institucionalizace prostřednictvím odpovídajícího legislativního nástroje a rozhodnutí o povinnosti konkrétních poskytovatelů se těmito standardy řídit.

Úkol: Vydání sady národních klinických standardů kvality a bezpečnosti

Termín: 12/2016

Zodpovědnost: ÚZIS

Možný dopad tzv. nulového stavu = při nezavedení jednotlivých opatření:

Neexistence informací/zpětné vazby o rozsahu a způsobu poskytovaných zdravotních služeb z hlediska resortu, pacientů a široké veřejnosti.

Absence aktuálních informací o rizicích při poskytování zdravotní péče a z toho vyplývající vyšší míra rizika pro pacienty (poškození zdraví).

Bez přesně stanovených indikátorů (ukazatelů) kvality zdravotních služeb a klinických doporučených postupů nebude možno identifikovat úroveň nepodkročitelného minima kvality poskytované péče.

Nebude možné identifikovat problematické oblasti s nutností zásahu v resortu (strukturální, procesní a výsledkové ukazatele).

5.4 Klíčová priorita č. 4: Podpora kvality populačního zdraví prostřednictvím efektivního a bezpečného zdravotnictví

S ohledem na situaci popsanou v úvodní části tohoto materiálu doporučujeme provést změny v metodice sběru dat v souvislosti s hodnocením populačního zdraví. Sledování populačního zdraví (zdravotního stavu populace) je nezbytným podkladem pro účelné plánování, řízení a hodnocení zdravotní péče a zdravotních politik státu včetně stanovení jejich priorit. Kontinuální monitoring zdravotního stavu obyvatel (objektivního i subjektivně vnímaného) je dále základem pro praktická opatření, preventivní aktivity a výchovu obyvatelstva ke zdraví a samozřejmě umožňuje predikci budoucí zátěže pro zdravotnický systém a vymezuje tak potřeby a poptávku po zdravotních sužbách.

Nově vytvořenou sadu indikátorů populačního zdraví využít k účelnému srovnání na úrovni regionální/lokální, národní s využitím dostupných dat a k plánování poskytovaných zdravotních služeb (rutinně a povinně sbíraná data + výběrová šetření).

Vytvoření metodiky pro vyhodnocování zdraví obyvatelstva

5.4.1 Stanovení sady indikátorů zdraví

Nejvhodnějším východiskem pro stanovení indikátorů populačního zdraví obyvatelstva se jeví ECHIM (European Community Health Indicators Monitoring, česky Monitorování zdravotnických ukazatelů v evropském společenství), který má za cíl sjednotit zdravotnické ukazatele v Evropských zemích a z nich pak vytvořit udržitelný evropský systém. Dalšími možnými zdroji jsou Targets and Indicators for Health 2020 (WHO), které zdůrazňují nutnost eliminace zbytečné zátěže a duplicity dat. Využity budou indikátory již poskytované v rámci EHIS (European Health Interview Survey) – Evropské dotazníkové šetření o zdraví; OECD dotazník o zdravotních datech (Health data) a Databáze WHO „Zdraví pro všechny“ Health for All (HFA-DB). Využity budou také indikátory poskytované v rámci projektu EHLEIS - European Health and Life Expectancy Information System – ukazatel délky života ve zdraví a střední délky života (naděje dožití).

Úkol: Analýza a vyhodnocení požadavků na indikátory populačního zdraví, možnosti datové podpory.

Termín: 12/2015

Zodpovědnost: ÚZIS

5.4.2 Vytvoření datové základny, sběr dat, vytěžování a analýza dat

V současné době není legislativně zakotvená správa dat ÚZIS a je nutná a samozřejmě nezbytná spolupráce s dalšími zdrojovými organizacemi např. ČSÚ, SÚKL, Hygienické registry, MPSV, MŽP, ČSSZ – vhodná je ale centralizace pod jednoho správce a/nebo vyjasnění sdílení dat. V dlouhodobém horizontu snaha o vytvoření online platformy pro sledování populačního zdraví, epidemiologické regionální studie apod.

Úkol:

- a) Identifikace relevantních zdrojů pro sběr vybraných indikátorů populačního zdraví.
- b) Stanovení geografické stratifikace sběru jednotlivých indikátorů populačního zdraví (NUTS, LAU).

Termín: 5/2016**Zodpovědnost:** ÚZIS**Možný dopad tzv. nulového stavu = při nezavedení jednotlivých opatření:**

Bez doplňujících informací o ukazatelích zdravotního stavu obyvatel nebude možno efektivně plánovat budoucí náklady pro lokální politiku v oblasti zdravotních a sociálních služeb v souvislosti s demografickými změnami populace (počet seniorů, porodnost apod.).

Stávající zpracování dat z dostupné datové základny nereflektuje plně aktuální požadavky na úrovni územních správních jednotek (NUTS 3).

Nelze vyhodnotit vztahy mezi kvalitou poskytovaných zdravotních služeb a potřebou jejího zkvalitnění, rozšíření či nadužívání ve vztahu k dlouhodobé perspektivě zdraví obyvatel.

Přílohy

Příloha č. 1 - Interní systém hodnocení kvality a bezpečí ve zdravotnictví

Příloha č. 2 - Externí kontrola kvality a bezpečí v ČR

Příloha č. 3 - Manuál systému managementu rizik

Příloha č. 4 – Legislativa vztahující se k oblasti kvality a bezpečí zdravotních služeb

Příloha č. 5 - Projekt Nemocnice podporující zdraví a zdravotní služby

Příloha č. 6 - Metodický návod ministerstva zdravotnictví ke kontrole činnosti oprávněných osob při hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb

Příloha č. 7 - Náklady pro zajištění bonifikace externího hodnocení KaB

Členové pracovního týmu pro tvorbu AP kvality a bezpečí zdravotních služeb

Doc. PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D. – ÚZIS

Ing. Norbert Schellong - Ministerstvo zdravotnictví

MUDr. Oldřich Pospíšil - Ministerstvo zdravotnictví

Mgr. Veronika Svěráková - Ministerstvo zdravotnictví

Členové pracovní skupiny pro tvorbu AP kvality a bezpečí zdravotních služeb

MUDr. David Marx, Ph.D. – 3. LF UK/Odbor koncepcí a strategií

Mgr. Milena Kalvachová – MZ ČR – Oddělení kvality zdravotních služeb (OZS/2)

Doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph. D. – Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Prof. MUDr. Antonín Jabor, CSc. – Katedra klinické biochemie – IKEM

JUDr. Lenka Havlasová – Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR – VZP

Mgr. Dita Svobodová, Ph. D. – Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

MUDr. Renata Knorová, MBA – Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, Svaz zdravotních pojišťoven ČR

MUDr. Věra Chaloupková – Státní zdravotní ústav (SZÚ)

Mgr. Barbora Vaculíková, MBA – Nemocnice Hořovice

Jana Petrenko – Koalice pro zdraví, o.p.s.