

Univerzita Palackého v Olomouci
Lékařská fakulta

**MANAGEMENT ROZVOJE KVALITY POSKYTOVANÉ
PÉČE V DERMATOVENEROLOGICKÉ AMBULANCI
A
IMPLEMENTACE SYSTÉMU KVALITY
V PROCESU DIAGNOSTIKY A LÉČBY**

MUDr. Mgr. Peter Frey

Školitel: Ing. Jaroslav Zlámal, Ph.D.

Školící pracoviště: Ústav sociálního lékařství a zdravotní politiky LF UP

OLOMOUC 2011

Srdečně děkuji svému školiteli panu Ing. Jaroslavu Zlámalovi, Ph.D. za odborné vedení práce, za cenné rady a obětavý přístup při řešení problémů. Děkuji panu Prof. MUDr. Ivanu Gladkému, CSc. za výraznou pomoc a podporu při vypracování této práce. Děkuji své rodině za obětavost, trpělivost a shovívavost v období realizace výzkumného projektu.

Prohlašuji, že jsem tuto disertační práci vypracoval samostatně a uvedl v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použil.

V Olomouci dne 28.4.2011

.....
vlastnoruční podpis

1. ÚVOD	4
2. KVALITA ZDRAVOTNÍ PÉČE	6
3. PRINCIPY SYSTÉMŮ ŘÍZENÍ KVALITY	10
4. ZLEPŠOVÁNÍ KVALITY ZDRAVOTNÍ PÉČE	15
4.1 <u>Totální řízení kvality</u>	15
4.2 <u>Kontinuální zlepšování kvality</u>	17
4.3 <u>Evidence-based medicine</u>	19
4.4 <u>Dokumentace systému manažerství kvality</u>	20
4.5 <u>Zabezpečování kvality zdravotní péče</u>	23
4.5.1 <i>Indikátory kvality a standardy</i>	24
4.5.2 <i>Způsoby měření programu kvality</i>	26
4.5.3 <i>Přínosy zajišťování kvality zdravotní péče</i>	28
5. HISTORIE KVALITY ZDRAVOTNÍ PÉČE	30
6. KVALITA ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČR A SR	34
6.1 <u>Kvalita zdravotní péče v České republice</u>	34
6.2 <u>Kvalita zdravotní péče v Slovenské republice</u>	39
6.3 <u>Kvalita zdravotní péče v SR z pohledu manažera</u>	50
7. MOŽNOSTI AKREDITACE A CERTIFIKACE AMBULANTNÍCH ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ	51
7.1 <u>Akreditace zdravotnických zařízení</u>	51
7.2 <u>Akreditace ambulantních složek JCAHO</u>	52
7.2.1 <i>Používání akreditačního manuálu</i>	52
7.2.2 <i>Podmínky uskutečnění inspekce</i>	54
7.2.3 <i>Metody akreditační inspekce</i>	55
7.2.4 <i>Výstupní zasedání s hlavním výkonným ředitelem a závěrečná konference</i>	56
7.2.5 <i>Akreditační rozhodnutí a odvolání</i>	57
7.3. <u>ISO certifikace</u>	57
7.3.1 <i>Hlavní činnost ISO</i>	58
7.3.2 <i>Normy souboru ISO 9001</i>	59
7.3.2.1 <i>Vznik norem souboru ISO 9001</i>	59
7.3.2.2 <i>Podstata norem souboru ISO 9001</i>	60
7.3.3 <i>Certifikace podle normy ISO 9001 v ambulantním zdravotnickém zařízení</i>	62

7.3.4 <i>Postup při zavádění systému manažerství kvality podle ISO normy řádu 9001</i>	63
7.3.5 <i>Certifikace ISO kvalitu automaticky nezaručují</i>	64
7.3.6 <i>Proč je ISO certifikace neoblíbená</i>	65
7.4 <u>Model výjimečnosti EFQM</u>	65
8. IMPLEMENTACE A MANAGEMENT SYSTÉMU KVALITY V PROSTŘEDÍ NESTÁTNÍHO ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ DERMATOVENEROLOGICKÉ AMBULANCE	67
8.1 <u>Metodika</u>	67
8.2 <u>Srovnání českého a slovenského systému hodnocení kvality zdravotní péče</u>	68
8.3 <u>Charakteristika sledovaného zdravotnického zařízení</u>	69
8.4 <u>Zavádění systému kvality v dermatovenerologické ambulanci</u>	75
8.4.1 <i>Požadavky na dokumentaci</i>	77
8.4.2 <i>Definice politiky firmy</i>	78
8.4.3 <i>Primární cíle kvality</i>	78
8.4.4 <i>Příručka kvality</i>	79
8.5 <u>Implementace a řízení kvality na úrovni vstupů</u>	81
8.5.1 <i>Zlepšování prostorového a materiálně-technického zázemí</i>	81
8.5.2 <i>Kontinuální vzdělávání zaměstnanců</i>	83
8.6 <u>Implementace a řízení kvality na úrovni procesu</u>	83
8.6.1 <i>Indikátory kvality</i>	83
8.6.2 <i>Projekt zlepšení compliance pacientů</i>	87
8.7 <u>Implementace a řízení kvality na úrovni výstupů</u>	90
8.7.1 <i>Dotazník spokojenosti</i>	90
8.7.2 <i>Projekt aktivního vyhledávání rizikových pacientů</i>	
8.7.2.1 <i>Kožní nádory</i>	96
8.7.2.2 <i>Aktivní vyhledávání rizikových pacientů</i>	99
8.7.2.3 <i>Výsledky projektu</i>	100
9. DISKUZE VÝSLEDKŮ	104
10. ZÁVĚR	108
11. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ	111
12. PŘÍLOHY	
13. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	

1. ÚVOD

„Když člověk vždy dělá jen to, co již dělal, může dosáhnout jen toho, čeho již dosáhl.“

G. B. Shaw

V naší společnosti je zejména v posledních letech kladen stále větší důraz ze strany zákazníků i státních institucí zaměřený na kvalitu výrobků a služeb. To platí i pro oblast zdravotnictví. Státní orgány, zdravotní pojišťovny i klienti – pacienti se stále více zajímají o kvalitativní stránku poskytování zdravotní péče. Manažeři organizací jsou nuceni zabývat se kvalitou a stabilitou svých procesů, jejich řízením, neustálým zlepšováním, aby byli schopni uspokojit potřeby svých zákazníků v přiměřené kvalitě za přiměřenou cenu. Jedním ze základních manažerských nástrojů k zabezpečení a dosažení kvality a k optimalizaci fungování organizace je zavedení systému manažerství kvality.

Systémům manažerství kvality se dostává v poslední době výrazné podpory i ve zdravotnickém prostředí. Historie i nové zkušenosti dokazují, že je nevyhnutné implementovat systém řízení kvality a její kontinuální vyhodnocování do praxe zdravotnických zařízení, které můžou touto cestou výrazně zlepšit kvalitu, zvýšit celkovou výkonnost a zabezpečit spokojenost pacientů. Tyto systémy rovněž přispívají k minimalizaci chybovosti při poskytování zdravotní péče. I když mluvíme o kvalitě, často bývá vyjadřována jako míra nekvality, tedy počet komplikací, reoperací apod. Kvalita zdravotní péče má dva aspekty. Prvním je kvalita zdravotní péče charakterizovaná schopností uspokojovat potřeby zákazníka - pacienta. Druhým aspektem je kvalita zdravotní péče spojovaná se standardy, tedy předem určenými podmínkami, pravidly, přičemž jejich dodržením se zařízení zařazuje mezi zařízení poskytující kvalitu.

Odpovědnost poskytovatele za kvalitu poskytování zdravotní péče není pacientem vnímaná jenom v kontextu notoricky známého nízkého ekonomického zabezpečení v této oblasti, ale i přes další aspekty, které ovlivňují jeho spokojenost. I když je v zásadě možné souhlasit s názorem, že pokud nejsou pokryty reálné a nezbytné náklady na výkony, resp. materiál poskytovatelů, není možné mluvit o kvalitě poskytování zdravotní péče. Dostateční finanční zdroje jsou jistě jednou z nutných podmínek poskytování kvalitní zdravotní péče, ale s přihlédnutím na jejich efektivní využití a komplexní vnímání kvality.

Zdravotnictví je komplexní systém, který pro zachování plné funkčnosti vyžaduje zabezpečení poskytování kvalitní zdravotní péče na vysoké odborní úrovni a adekvátní financování s ohledem na ekonomické možnosti. Ke všem změnám v této oblasti je potřeba přistupovat pragmaticky, tedy zachovat a rozvinout všechny pozitivní fungující prvky systému a navrhnout řešení, ke kterým se dospělo logickou syntézou poznatků.

Kvalita zdravotní péče by měla být měřitelná a měla by splňovat atributy účinnosti, profesionalismu, bezpečnosti, přiměřenosti, efektivnosti a spravedlivosti. Předpokladem zajištění a zlepšení kvality zdravotní péče je rozvoj zdravotní politiky státu, která musí respektovat definované principy procesu rozvoje kvality. Musí být rovněž definovány kritéria hodnocení kvality a postupy monitoringu shody zdravotní péče za současného zvyšování povědomí kvality, zakotvení principů kvality v zdravotnické legislativě a implementace systémů kvality v jednotlivých zdravotnických zařízeních. „Hlavní zodpovědnost za konkrétní zavádění nástrojů řízení a soustavního zlepšování kvality spočívá na samotných zdravotnických zařízeních.“¹

Cílem práce je porovnat legislativní rámce systémů sledování kvality v oblasti zdravotnictví v České republice a na Slovensku, analyzovat možnosti implementace systémů kvality v oblasti zdravotnictví, popsat systém kvality a proces jeho implementace v podmínkách dermatovenerologické ambulance, poukázat na možné pozitivní výstupy v oblasti poskytování zdravotní péče vyplývající ze zavedeného systému kvality pro pacienta i pro poskytovatele zdravotní péče a upozornit na možná negativa.

¹ Kostičová, M, Badalík, L. Zabezpečovanie kvality zdravotnej starostlivosti na Slovensku, Lekársky obzor 2009, <http://www.lekarsky.herba.sk/lekarsky-obzor-3-2009/zabezpecovanie-kvality-zdravotnej-starostlivosti-na-slovensku>, 5.3.2011

2. KVALITA ZDRAVOTNÍ PÉČE

Kvalita zdravotní péče je obtížně definovatelná. Všechny strany, které se podílí na procesu poskytování zdravotní péče vnímají tuto problematiku z různých úhlů pohledu.

Z pohledu pacientů je kvalita vnímána do značné míry v duchu emocí. Názory na kvalitu zdravotní péče si vytváří nejenom podle způsobu léčby odborníky, ale věnují pozornost i stížnostem, sledují projevy soucitu, vnímají délku čekací doby, prostředí zdravotnického zařízení, nebo ošetrovatelskou péči.

Zdravotní pojišťovny sledují zdravotní péče zejména z ekonomického úhlu pohledu. Jejich snahou je zabezpečit pro svoje pojištěnce nejlepší zdravotní péči za co nejnižší možné náklady. Zpravidla nebývají moc nakloněni řešením a inovacím, kterých průvodním jevem je zvýšení nákladů.

Vlády a parlamenty mohou být vnímány jako spojovací a regulační článek mezi všemi články poskytování zdravotní péče – poskytovateli zdravotní péče, zdravotními pojišťovnami a pacienty. Politici a politické instituce určují samotnou zdravotní politiku krajiny, stanovují podmínky a pravidla poskytování zdravotní péče v krajině a vymezují její legislativní rámec. Politici mají zájem o co nejnižší možné náklady na zdravotní péči, na druhé straně ale musí sledovat zájmy a spokojenost pacientů, kteří jsou jejich voliči.

Poskytovatelé zdravotní péče mají primárně zájem o adekvátní poskytování zdravotní péči po odborné stránce. Vzhledem k faktu, že v současné době se v našich krajinách zdravotnická zařízení pohybují v podmínkách tržního hospodářství, musí být každý lékař do jisté míry i manažerem a rovněž musí sledovat i nákladovou stránku poskytování zdravotní péče.

„Kvalita zdravotnictví může být definována jako souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, které jsou určeny potřebami obyvatelstva na základě poznatků lékařských věd a praxe (WHO 1966), nebo jako stupeň dokonalosti poskytované péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologického vývoje (WHO 1982) a v souladu s ekonomickými možnostmi (pozn. autora). Kvalita zdravotní péče může být také definována jako stupeň, v němž péče poskytovaná zdravotnickými institucemi jednotlivcům nebo

specifickým populacím zvyšuje pravděpodobnost žádoucích zdravotních výsledků, je konzistentní se současnými odbornými znalostmi a současně přináší spokojenost pacientů i zdravotnických pracovníků.“²

Maxwelova definice kvality zdravotní péče z roku 1984 obsahuje 6 parametrů:

- dostupnost péče,
- důležitost potřeb z hlediska celé komunity,
- účinnost z hlediska pacienta,
- spravedlnost péče,
- společenská přijatelnost,
- hospodárnost.³

V roce 1990 Donabedian sedm základních parametrů v poskytování zdravotní péče:

1. působivost (efficacy) – schopnost péče zlepšit zdraví,
2. účinnost (effectiveness) – stupeň realizace dosažitelných zlepšení zdraví,
3. nákladová účinnost (efficiency) – schopnost dosáhnout maximálního zlepšení zdraví za nejnižší cenu,
4. optimálnost (optimality) – nejvýhodnější vyvážení nákladů a zisků,
5. přijatelnost (acceptability) – přizpůsobení péče přáním, očekáváním a hodnotám pacientů,
6. opodstatněnost (legitimacy) – odpovídání sociálním požadavkům, s ohledem na předchozí ukazatele,
7. rovnost (equity) – co považuje jednotlivec a společnost za správné ve smyslu rozdělení péče mezi členy populace.⁴

² Gladkij, I., a kolektiv. Management ve zdravotnictví. Brno: Computer Press, 2003. s.292. ISBN 80-7226-996-8

³ Gladkij I., Heger L., Strnad, L. Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně 1999. s. 184. ISBN 80-7013-272-8

⁴ Donabedian, A. The Seven Pillars of Quality. Archives of Pathology & Laboratory Medicine, 1990, č. 114, s. 1115-1118. Allen Press, Inc.

Jeho myšlenky byly postupně rozvinuty a v roce 1995 definovala americká Spojená komise pro akreditaci zdravotnických zařízení (JCAHO) tyto parametry kvality zdravotní péče:

1. dostupnost péče (accessibility)
2. účinnost péče (effectiveness)
3. bezpečnost péče (safety)
4. přiměřenost péče (appropriateness)
5. komplexnost péče (comprehensiveness)
6. návaznost péče (continuity)
7. ekonomická efektivnost péče (efficiency)
8. přijatelnost péče (acceptability).⁵

Avedis Donabedian definoval 3 základní vzájemně spjaté prvky kvality zdravotní péče – strukturu, proces a výstupy (výsledky). Struktura péče představuje souhrn zdrojů a podmínek péče – organizaci péče a její zdroje, odborné kompetence, vybavení a zařízení. Proces péče je souhrnem diagnostických a léčebných postupů, styku zdravotníků s pacienty a ekonomického řízení péče. Výstupy a výsledky péče představují nejenom počet ošetřených, vyšetřených pacientů, ale i celkový vliv na veřejnou péči, neonemocnění v důsledku prevence, vliv péče na kvalitu života, nebo spokojenost klienta.

Pojem kvality se v oblasti zdravotnictví používá již dlouhou dobu, ale spíše v rovině abstraktní. Vždy bylo problémem pojem kvality přesněji vymezit, definovat a kvalitu ve zdravotnictví jistým způsobem definovat. Nové konkrétní charakteristiky pojmu kvalita zdravotní péče jsou dány formulováním a definováním cílů kvality, přičemž je měřitelný stupeň jejich plnění.

⁵ Gladkij, I., Strnad, L. Implementace programů kvality a efektivity v nemocnicích. Olomouc: 2001.

„Kvalitní zdravotní péče by měla:

- vést k optimálnímu zlepšení zdraví pacienta,
- zdůrazňovat zlepšení zdraví a prevenci nemocí,
- být vykonaná včas,
- usilovat o informovanou kooperaci a spoluúčast pacienta v procesu léčební péče,
- být založena na přijatých principech lékařské vědy a odborném efektivním využití správné technologie a profesionálních prostředků,
- být poskytována s citlivostí a se zájmem o blaho pacienta,
- být dostatečně popsána v lékařské dokumentaci, aby umožnila pokračování péče.“⁶

⁶ Kostičová, M, Badalík, L. Zabezpečovanie kvality zdravotnej starostlivosti na Slovensku, Lekársky obzor 2009, <http://www.lekarsky.herba.sk/lekarsky-obzor-3-2009/zabezpecovanie-kvality-zdravotnej-starostlivosti-na-slovensku>, 5.3.2011

3. PRINCIPY SYSTÉMŮ ŘÍZENÍ KVALITY

Otázka systému a kvality řízení společnosti je rozhodujícím faktorem interního prostředí firmy ve snaze o zabezpečení dlouhodobé konkurenceschopnosti. Současná situace si vyžaduje snahu o neustálé zvyšování efektivnosti, výkonnosti společnosti a kvality produktů a služeb. Systém řízení kvality není v současné době žádným luxusem, ale nezbytností. Jedná se o dlouhodobý proces, kterého výsledkem jsou pozitivní změny v organizaci. Odměnou je pak zvyšování kvality nabízeného produktu a větší spokojenost klienta. Důležitým faktorem je postoj vedení společnosti. Zavedení systému manažerství kvality sebou přináší změny, které se dotýkají zaměstnanců, managementu a jejich práce. Proto je potřeba vytvořit v organizaci příznivou atmosféru, podporovat komunikaci a týmovou práci a lidi přiměřeně motivovat.

Principy systémů řízení kvality:

1. Orientace na zákazníka
2. Vůdcovství
3. Zapojení lidí
4. Procesní princip
5. Systémový přístup k manažerství
6. Kontinuální zlepšování
7. Orientace na fakty při rozhodování
8. Vzájemná prospěšnost vztahů s dodavateli

Orientace na zákazníka

Budoucnost každé organizace je bezprostředně závislá od chování jednotlivých skupin zákazníků – klientů v závislosti na jejich spokojenosti a loajalitě. K dosažení maximální spokojenosti zákazníků je potřeba systematicky zkoumat jejich potřeby, a tyto v dostatečné míře a bezodkladně uspokojovat. V návaznosti na potřeby a očekávání klientů by měli být formulovány i cíle kvality. Důležitý je rozvoj a řízení vztahů s klienty a jinými zainteresovanými stranami (např. úřady).

Vůdcovství

Manažeři organizací musí být přirozenými vůdci. Musí mít schopnost dostatečné empatie a schopnost lidi přesvědčit o správnosti svých názorů a záměrů. Podmínkou k úspěšnému naplňování vytýčených cílů je deklarování vize, politiky a cílů v souladu s požadavky klientů a zainteresovaných stran. Měl by být vytvořen vztah důvěry mezi managementem a zaměstnanci firmy. Zaměstnancům by měl být vytvořen dostatečný prostor pro seberealizaci s určením přesných pravomocí a odpovědnosti a měli by být motivováni k týmové práci.

Zainteresování lidí

Nejvýznamnější částí organizace pro její činnost jsou lidské zdroje. Je potřeba vysvětlit důležitost činností zaměstnanců ve vztahu k výsledkům organizace, vést je k otevřené diskusi o nedostacích a hledat možná východiska. Samozřejmostí by mělo být adekvátní odměňování a motivace k lepším výkonům.

Procesní princip a systémový přístup k manažerství

Proces představuje soubor dílčích činností, které mění vstupy na výstupy za spotřeby určitých zdrojů za regulovaných podmínek. Vstupy jsou dodávány interními nebo externími dodavateli. Výstupy mohou mít charakter hmotný, nebo informační, jejich cílovým spotřebitelem je zákazník/klient. Zdroje nemusí být v průběhu procesu spotřebovány, ale jsou podmínkou k realizaci procesu. Průběh procesů je určitým způsobem limitován tzv. regulátory. Mezi regulátory patří zákony, normy, předpisy, přírodní podmínky, apod. V systému manažerství kvality má každý proces svého vlastníka, který je odpovědný za kvalitu výstupů a za efektivní průběh procesu. Při definování požadavků v procesním systému hraje významnou úlohu zákazník.

Podstatou měření spokojenosti zákazníka po odevzdání produktu je zjišťování toho, jak zákazník hodnotí stupeň vyhovění jeho požadavkům. Systém manažerství kvality určuje postupnost a interakci procesů s poukázáním na potřebu neustálého zlepšování se společností.

Procesní přístup by měl identifikovat a aplikovat procesy potřebné pro systém manažerství kvality v rámci společnosti, měl by určit postupnost a interakci těchto procesů a určit kritéria a metody potřebné k zajištění efektivní realizace provozu a řízení těchto procesů. Je potřeba zajistit reálnou dostupnost zdrojů a informací a procesy kontinuálně monitorovat, měřit a analyzovat.

Struktura procesů:

- název procesu
- předchozí proces
- vstupy do procesu
- potřebné zdroje v procese
- cíl procesu
- potřebná dokumentace a záznamy
- kritéria shody v procesu
- číselné parametry – výkonnost procesu
- analýza procesu
- nápravní a preventivní opatření a zlepšování
- výstup z procesu
- následovní proces

Možnosti měření výkonnosti procesu

Měření výkonnosti procesů představuje aktivity, kterých výsledkem je získání objektivních a přesných informací o průběhu jednotlivých procesů tak, aby mohli být průběžně operativně řízeny za účelem plnění na procesy kladených požadavků.

Ukazatele výkonnosti procesů lze rozdělit do následovních skupin:

1. Univerzální ukazatele výkonnosti procesů

- průběžná doba procesu
- efektivní využití doby procesu
- celkové náklady na proces
- efektivní využití nákladů

- podíl neshod v procese
- úroveň Sigma způsobilosti

2. Ukazatele výkonnosti výrobních procesů

- produktivita pracovníků
- produktivita strojů
- produktivita kapitálu
- celková efektivnost zařízení
- indexy způsobilosti strojů a procesů
- podíl neshodných výrobků k výstupům
- průměrná ziskovost na pracovníka

3. Ukazatele nevýrobních procesů

- zisk organizace k nákladům na návrh a vývoj
- uživatelský efekt z použití nových produktů
- nákladovost na vyhledávání způsobilých dodavatelů
- hodnocení dodavatelů
- rychlost reakce na oznámenou neshodu zákazníkem
- podíl naplánovaných zakázek k realizovaným zakázkám

4. Měření výkonnosti podle odchylek

- opožděné dodané hmotné a informační vstupy
- vady náradí, pomůcek, apod.
- nepřipravený, resp. nezpůsobilý pracovník, apod.

5. Měření výkonnosti pomocí indexu výkonnosti

- období měření
- názvy použitých ukazatelů
- aktuální hodnoty ukazatelů
- váha ukazatelů
- hodnoty základních stupňů výkonnosti

Kontinuální zlepšování

Neustálé zlepšování by mělo být hlavní filozofickou myšlenkou a jedním ze základních cílů jakékoliv organizace. Podmínkou neustálého zlepšování je vytvoření adekvátního prostředí k tvořivé práci zaměstnanců. Cestou k neustálému zlepšování nemůže být jenom realizace nápravních opatření. Úlohou managementu je zkoumat možné směry zlepšování a přijmout příslušnou metodologii. Nápomocné mohou být i interní a externí audity a správně identifikované příležitosti k zlepšování. Pro kontinuální zlepšování je potřeba uvolňovat zdroje a jejich efektivnost vyhodnocovat.

Orientace na fakty při rozhodování

Podmínkou správného a objektivního rozhodování je využití vhodně analyzovaných informací a dat. Proto musí být v organizaci zabezpečen sběr přesných a spolehlivých dat z jednotlivých procesů v organizaci při využití vhodných statistických metod sběru a analýzy adekvátně vyškolenými lidmi. Manažeři by měli mít dostatečnou ochotu zohlednit tato data při rozhodování a výsledky analýzy dat zpřístupnit zaměstnancům.

Vzájemná prospěšnost vztahů s dodavateli

Vztahy mezi organizací a jejími dodavateli by měli být vyvážené a oboustranně prospěšné. Důležitý je výběr klíčových strategicky významných dodavatelů a všechny dodavatele pravidelně hodnotit. Podmínkou oboustranně prospěšného vztahu je oboustranná důvěra a efektivní komunikace. Dodavatelé by rovněž měli být motivováni k zlepšování.

4. ZLEPŠOVÁNÍ KVALITY ZDRAVOTNÍ PÉČE

Zlepšování kvality zdravotní péče může být definováno jako organizovaný proces, který stanovuje a hodnotí zdravotní služby s cílem zlepšit úroveň péče. Je to činnost, která má prostřednictvím využívání politiky kvality, cílů kvality, zjištění z auditů, nápravních a preventivních činností, zkoumání managementem jakýmkoliv způsobem zlepšovat poskytování péče.

4.1 Totální řízení kvality

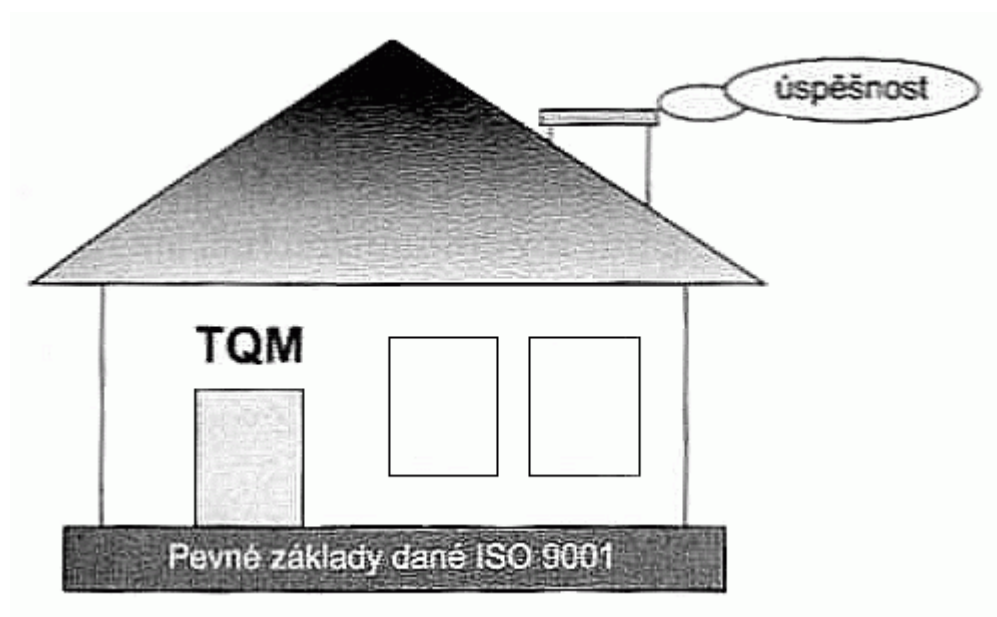
Totální řízení kvality – Total Quality Management (TQM) je přístupem organizace managementu, který vznikl ještě v 50. letech minulého století v Japonsku. V západní Evropě a v severní Americe zaznamenal boom v 80. letech 20. století.

Evropská nadace pro řízení kvality (European Foundation for Quality Management – EFQM) vytvořila ve smyslu TQM základní strukturu modelu k hodnocení podnikatelských špičkových výkonů. „Model EFQM je v některých zemích v oblasti zdravotnictví v současnosti zaveden a používán nebo dokonce zakotven zákonnou normou v některých evropských zemích. Zásadní výhodou tohoto systému (kromě propracovanosti a odzkoušení) je na rozdíl od systémů založených na klasických ISO normách kontinuální charakter řízení kvality (obr. č.1). Zatímco zavedení ISO norem nebo udělení certifikace, případně jeho vyššího stupně, tj. akreditace, nastolí v organizaci určitý stav, ale nevede ke kontinuálnímu dalšímu zvyšování kvality a jejímu řízení, EFQM nutí organizace k neustálému monitorování svého vlastního stavu a k průběžnému zvyšování kvality.“⁷

Důsledná realizace přístupů zabezpečování jakosti podle ISO 9001 je ale vhodným východiskem pro následné formování TQM. Výhodou TQM je skutečnost, že pro aplikaci, resp. vyhodnocování implementace změn a zkoumání současného stavu není nutné využívat externích firem.

⁷ Gladkij, I., a kolektiv. Management ve zdravotnictví. Brno: Computer Press, 2003. s.312.ISBN 80-7226-996-8

Obrázek č.1: Vztah norem ISO 9001 a TQM



Zdroj: Zabezpečování jakosti ve smyslu TQM, <http://www.businessinfo.cz/cz/clanek/kvalita-jakost/zabezpecovani-jakosti-ve-smyslu-tqm/1000513/43055/>, 6.6.2008

Totální řízení kvality je poněkud obtížné přesně definovat, jelikož existuje mnoho názorových proudů a přístupů. Obecně lze význam a filozofie TQM (Total Quality Management) shrnout do následujících bodů:

- total – jde o úplné zapojení všech pracovníků organizace, jak ve smyslu zahrnutí všech činností od marketingu až po servis, tak zapojení všech pracovníků včetně administrativy, ostrahy apod.,
- quality – jde o pojetí jakosti, jak ve směru splnění očekávání zákazníků, tak jako vícerozměrný pojem zahrnující nejen výrobek či službu, ale i proces, činnost,
- management – řízení je zahrnuto jak z pohledu strategického, taktického i operativního řízení, tak z pohledu manažerských aktivit – plánování, motivace, vedení, kontroly atd.⁸

⁸ Zabezpečování jakosti ve smyslu TQM, <http://www.businessinfo.cz/cz/clanek/kvalita-jakost/zabezpecovani-jakosti-ve-smyslu-tqm/1000513/43055/>, 6.6.2008

Filozofie TQM je realizována podle různých modelů. V Evropě je aplikovaný hlavně podle modelu EFQM Model Excellence. Tento model aplikuje 8 základních principů TQM a představuje nejnáročnější a nejdokonalejší metodický materiál k rozvoji systémů manažerství.

Zásady modelu EFQM:

1. orientace na výsledek,
2. orientace na zákazníky,
3. vedení s jasně stanovenými cíli,
4. řízení procesů zaměřených na výsledek,
5. zainteresování a aktivní účast všech pracovníků,
6. plán soustavného zlepšování a vzdělávání,
7. vytváření sítě s důležitými partnerskými institucemi,
8. odpovědnost vůči veřejnosti a společnosti.⁹

4.2 Kontinuální zlepšování kvality

Základním předpokladem zavedení systému řízení kvality je popis a jednoznačná definice podnikových procesů – stanovení, co má být vykonáno, jak, kdy a kým, s využitím jakých zdrojů (vstupů) a s jakými výstupy. ISO norma souboru 9001 podporuje procesně orientovaný systém managementu kvality založený na metodologii PDCA, tedy „Plánuj – Dělej – Kontroluj – Jednej“ podle Deminga. ISO 9001 také zavádí v oblasti měření, analýzy a zlepšování atributy „řízení neshody (řízení neshodného produktu)“, „opatření k nápravě“ a „preventivní opatření“ (obr. č.2).

Systém metodologie PDCA:

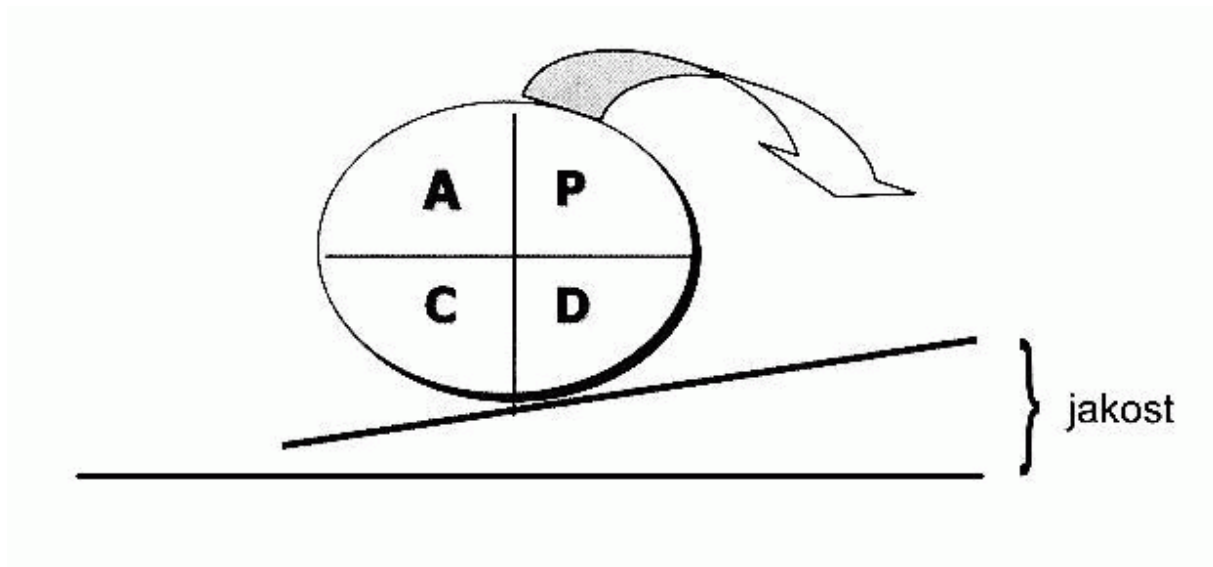
Plánuj (Plan): stanovení cílů a procesů nezbytných k dosažení kýžených výsledků

Dělej (Do): uplatňování navržených procesů

Kontroluj (Check): monitorování a měření procesů a produktů/ /služeb ve vztahu k požadavkům, plánům

Jednej (Act): provádění kontinuálních opatření pro neustálé zlepšování (v návaznosti na provedenou kontrolu)

⁹ Gladkij, I., a kolektiv. Management ve zdravotnictví. Brno: Computer Press, 2003. s.313.ISBN 80-7226-996-8

Obrázek č.2: Cyklus PDCA

Zdroj: Zabezpečování jakosti ve smyslu TQM, <http://www.businessinfo.cz/cz/clanek/kvalita-jakost/zabezpecovani-jakosti-ve-smyslu-tqm/1000513/43055/>, 6.6.2008

Velkými výhodami PDCA filozofie je jednoduchost a nepřetržitost daná neustálým opakováním cyklu. V úvodu je potřeba určit předmět zlepšování a stanovení řešitelského týmu. V případě řešení akutního problému je potřeba zvážit nutnost přijetí okamžitého, i když provizorního opatření. Po vyhodnocení získaných příslušných údajů týkajících se řešení je potřeba navrhnout možná řešení. Na základě vyhodnocení více možných variant řešení je potřeba vybrat nejlepší varianty, propracovat je a rozhodnout o zavedení zvoleného řešení. Vlastní realizaci je potřeba kontrolovat, vyhodnocovat řešení a v případě nutnosti uskutečnit příslušné korekce, úpravy, doplnění. Nové řešení pak musí být stabilizováno.

Kontinuální zvyšování kvality zdravotní péče:

1. stanovení cílů
2. definice indikátorů kvality (kritéria) a standardů
3. stanovení standardizovaných metod pro měření indikátorů
4. stanovení programů zajišťování kvality na různých úrovních
5. monitorování kritérií, sběr a analýza dat
6. plánování a intervence vedoucí k řešení problémů
7. vyhodnocení výsledků

Aby byly změny vedoucí k účinnému rozvoji systému managementu kvality ve zdravotnické instituci účinné, je potřeba uskutečnit několik zásadních opatření, které „obsahují:

- vytýčení jasných a realizovatelných cílů a zabezpečení nezbytných materiálních a personálních zdrojů,
- delegování odpovědnosti a rozhodovacích kompetencí na místo, kde je výkon prováděn a zavedení plošně fungujících struktur,
- vytvoření tematických skupin nebo komisí kvality,
- vtažení co největšího počtu spolupracovníků do procesu,
- školení spolupracovníků o metodách zlepšování kvality,
- zajištění transparentnosti prováděných opatření včetně informování všech zúčastněných o dosažených výsledcích,
- zajištění komplexní datové elektronické komunikace mezi jednotlivými pracovišti,
- řízení interdisciplinárních organizačních procesů,
- soustavná orientace na potřeby zevních a vnitřních zákazníků,
- zpětná vazba účinnosti opatření monitorováním procesu, výsledků a spokojenosti vnějších a vnitřních zákazníků.“¹⁰

Programy kvality by měli být vždy dlouhodobé. V zdravotní péči ani prakticky není možné realizovat zavádění kvality jednorázovými činnostmi. Součástí implementace kvality v zdravotnictví je i tvorba guidelines a jejich zavádění do praxe, kontrola a hodnocení. Nové poznatky musí být do těchto dokumentů a postupů zapracovávány. To si vyžaduje soustavné programy kvality a ne jednorázové projekty. Kvalitní systémy kvality zahrnují nejen zdravotnická zařízení a patientské organizace, ale i vládní, vědecké a odborné organizace.

4.3 Evidence-based medicine

Jedno z možných východisek v procesu zlepšování kvality zdravotní péče představuje medicína založená na důkazech. Tato metoda poskytuje potřebné klinické guidelines k procesu poskytování zdravotní péče. Problémem je, že aby se efekt této metody v dostatečné míře projevil i na kvalitě poskytované zdravotní péče, musela by se klinickými guidelines řídit většina poskytovatelů zdravotní péče. Jak praxe zatím ukazuje, není

¹⁰ Gladkij, I., a kolektiv. Management ve zdravotnictví. Brno: Computer Press, 2003. s.309. ISBN 80-7226-996-8

jednoduché tohoto dosáhnout. Zdravotničtí pracovníci nemívají dostatečnou vůli měnit svoje dlouholeté návyky v určování diagnózy nebo v péči o pacienty. Přínosem by mohla být intenzivnější aktivita odborných organizací, jako jsou lékařské společnosti a lékařské komory. Standardizace diagnostických a terapeutických postupů má z odborného hlediska v procesu zlepšování úrovně zdravotní péče zásadní úlohu. Návody a doporučení získávají v klinické medicíně na významu zvláště při nemocech nebo zdravotních problémech, při kterých existuje široké spektrum názorů na problematiku, kdy často existují i protichůdné údaje a neexistuje názorová shoda. „Standardizace v medicíně je akceptovaná především potřebou kontrolovat kvalitu diagnostiky a léčby a kontrolovat léčebné, finanční náklady.“¹¹

4.4 Dokumentace systému manažerství kvality

Dokumentace manažerství kvality je nezbytná nejenom pro správnou implementaci systému managementu kvality, ale i pro jeho správné fungování a kontinuální zvyšování kvality výsledného produktu i samotného procesu vedoucího k tomuto produktu. Strukturálně lze dokumentaci systému manažerství kvality rozdělit do 3 úrovní:

1. úroveň

- Politika kvality
- Cíle kvality
- Příručka kvality

2. úroveň

- Organizační směrnice
- Postupy
- Záznamy

3. úroveň

- Technologické postupy
- Bezpečnostní předpisy
- Interní směrnice

¹¹ Cigán S., Trnovec T. Zlepšovanie kvality zdravotnej starostlivosti,
http://www.cardiology.sk/casopis/404/pdf/02_uvodnik.pdf, 11.12.2008

Politika kvality

Politika kvality je základním strategickým dokumentem firmy. Jeho podstatou je určení prostředků na vedení společnosti směrem k zlepšování s ohledem na přiměřenost. Politiku kvality určuje vrcholový management společnosti. Politika společnosti vychází ze strategie společnosti, zohledňuje potřeby zákazníku a analyzuje možnosti společnosti tyto potřeby naplnit. Součástí politiky kvality musí být závazek snahy o trvalé zlepšování systému manažerství kvality. Dokument musí být dostatečně jasný a srozumitelný.

Cíle kvality

V návaznosti na stanovenou politiku kvality musí vrcholový management společnosti stanovit cíle kvality. Management společnosti by měl stanovit takové cíle, které povedou ke zlepšování výkonnosti společnosti a cíle potřebné na splnění požadavků na produkt, resp. služby. Cíle kvality by měli být konkrétní, měřitelné, aby bylo snadnější jejich prozkoumání a vyhodnocení.¹²

Příručka kvality

Příručka kvality představuje dokument, kterého obsahem je celkový přehled o systému manažerství kvality v společnosti. Obsahuje různé odkazy na jednotlivé úrovně dokumentace. Příručka kvality především slouží k efektivnímu řízení společnosti a poskytuje základní přehled o řízení společnosti. Příručka opisuje procesy zahrnuté do systému manažerství kvality v společnosti a jejich vzájemné interakce. Dodržování postupů uvedených v příručce je zabezpečeno plnění požadavků klienta, ostatních zainteresovaných stran a zásad trvalého zlepšování vybudovaného systému manažerství kvality. Příručka kvality může být nabízena klientům za účelem prezentování společnosti a jejího řízení. Poskytuje rovněž klientům potřebné informace o firmě.

¹² Dokumentácia k systému manažérstva kvality, <http://www.poling.sk/meranie-vykonnosti-procesov.php>,

Organizační směrnice

Organizační směrnice slouží k přesnému a podrobnému popsání činnosti systému manažerství kvality vykonávané v společnosti.

Předměty organizačních směrnic:

1. Dokumentace systému manažerství kvality

- požadavky na dokumentaci
- tvorba a řízení dokumentů a záznamů v systému manažerství kvality

2. Odpovědnost managementu

- závazky managementu
- odpovědnosti a pravomoci
- plánování
- interní komunikace
- prozkoumání managementem

3. Manažerství zdrojů

- poskytování zdrojů
- lidské zdroje
- infrastruktura
- pracovní prostředí

4. Realizace produktu

- plánování realizace produktu
- procesy týkající se zákazníka
- návrh a vývoj
- nákup
- výroba a poskytování služeb
- řízení měřících a monitorovacích přístrojů

5. Měření, analýza a zlepšování

- monitorování a měření
- řízení neshodného produktu
- analýza údajů
- zlepšování

Technologické postupy a bezpečnostní předpisy

Obsahem technologických postupů je popsání jednotlivých technologií, které jsou společností používány při realizaci produktu. Bezpečnostní předpisy souvisí s provozem strojů, přístrojů a zařízení.

Interní směrnice

Interní směrnice představují specifickou dokumentaci vytvořenou pro potřeby společnosti, např. v rámci účetnictví.

4.5 Zabezpečování kvality zdravotní péče

Poskytování kvality znamená zabezpečování pokud možno nejlepší dosažitelné úrovně poskytované zdravotní péče. Pojem zabezpečování kvality zdravotní péče je možné sledovat ze tří hledisek. Tyto jsou do značné míry v korelaci s procesním principem, sledují kvalitu z hlediska struktury, procesu a výsledků zdravotní péče.

„Důležitým zdrojem námětů a připomínek pro zabezpečování kvality jsou samotné složky zdravotního systému, které jej vlastně tvoří - pacienti, lékaři, zdravotní pojišťovny, politici, kteří svými postřehy a poznatky mohou ovlivňovat vlastnosti kvality:

Pacienti:

- stížnosti pacientů
- průzkumy názorů pacientů
- schránky návrhů na zlepšení v zdravotnických zařízeních

Lékaři:

- údaje o obyvatelstvu, které je v zdravotní péči zdravotnického zařízení
- údaje o procesu a výsledku zdravotní péče (chorobnost, úmrtnost, léky, vyšetření, atd.)
- problémy a poznatky vyplývající z průběhu klinické praxe
- kolegiální hodnocení
- nové výzkumné poznatky
- změna organizace zdravotní péče

Zdravotní pojišťovny:

- údaje o využívání zdrojů
- údaje o spotřebě jednotlivých druhů zdravotní péče
- posuzování demografických a epidemiologických údajů

Politici:

- stanovení základních cílů zdravotní politiky
- vytváření zákonů ovlivňujících poskytování zdravotní péče.¹³

4.5.1 *Indikátory kvality a standardy*

Aby mělo zavedení systému kvality význam, musí být nějakým způsobem objektivně měřitelný efekt uskutečněných změn a musí být kontrolována účinnost systému. Takto definovaný a měřitelný prvek označujeme jako kritérium, nebo indikátor kvality. Kritéria jsou vytvářena odborníky na základě důsledných expertíz. Jejich důležitými vlastnostmi by měli být objektivita, validita, jednoduchost, opakovatelnost, konsistence, musí být přesně měřitelné a musí mít specifický vztah ke kvalitě péče.

¹³ Teplická, K., Gallová, M. Systém zdravotnej starostlivosti pod dohľadom systému manažérstva kvality podľa EN ISO 9001:2000, <http://katedry.fmmi.vsb.cz/639/qmag/mj56-cz.pdf>, 15.4.2011

Kategorie indikátorů kvality zdravotní péče:

1. strukturální
 - ekonomické údaje
 - kapacitní údaje
 - objemové údaje
 - spektrum odborností
 - kvalifikace odborníků
2. procesní
 - časové údaje (délka a složitost procesů)
 - výkony (rozsah jejich využití)
3. výsledkové
 - komplikace
 - rehospitalizace
 - zbytečné hospitalizace
4. speciální
5. tzv. Sentinel indicators (jejich výskyt není žádoucí, často forenzní dopad)
 - chyba v medikaci
 - cizí těleso ponechané v ráně
 - operační výkon na nesprávné straně
6. indikátory ACSC (Ambulatory Care Sensitiveness Conditions)
7. spokojenost pacientů a kvalita života

S tím úzce souvisí i pojem standardu. Podle Donabediana představuje standard určitou přesně definovanou kvantitativní nebo kvalitativní úroveň kritéria péče, kdy je v dané době považována za projev dobré kvality péče. Je to ukazatel úspěšnosti realizace procesu zajišťování kvality. Standardy se neustále vyvíjí v závislosti od pokroku a zlepšování péče. V závislosti od úhlu pohledu může standard představovat vymezení určité hranice (od – do) přijatelné úrovně, může představovat minimální akceptovatelnou úroveň péče, nebo může být projevem vynikající úrovně péče.

4.5.2 Způsoby měření programu kvality

Mezi způsoby měření programů kvality patří:

1. Revize managementu – včetně účetnictví, výdajů a nákladové efektivnosti.
2. Audit založený na kritériích – představuje zhodnocení výkonnosti v závislosti na předem určených kritériích.
3. Klinická doporučení a návody (tzv. guidelines) – představují doporučené metody a praktickou zkušenost.
4. Kritické události – jsou to nezávislé zprávy zaměstnanců o událostech, které vedli, nebo mohli vést k nepříznivým důsledkům pro pacienty nebo zaměstnance.
5. Medicínský audit – vyhodnocení klinické činnosti odborníky, zkoumá, jak se lokální diagnostické a léčebné postupy shodují s akceptovanými doporučenými klinickými návody.
6. Průzkum mezi pacienty – jsou to průzkumy spokojenosti pacientů.
7. Analýza prvotních příčin – je analýzou zkoumající systémové chyby.
8. Benchmarking – analýza využívající porovnávání s konkurencí.
9. Studium jednotlivých případů – analýza jednotlivých problémů.
10. Studium statistických výstupů – informace z vedených statistik.

Dotazníky spokojenosti

Zdraví představuje nejdůležitější hodnotu v našem životě. Výrazný vliv na kvalitu a délku života má kvalita zdravotní péče. V České republice i na Slovensku je legislativně zakotvena svobodná volba lékaře a zdravotnického zařízení. Aby měl možnost pacient adekvátně se rozhodnout, komu a za jakých podmínek svěří péči o svoje zdraví, měl by mít možnost přemet znát úroveň kvality zdravotní péče, kterou může od jednotlivých poskytovatelů zdravotní péče očekávat. Bohužel ještě pořád neexistují sjednocené systémy hodnocení kvality zdravotní péče. Zejména nemocnice jako zdravotnická zařízení většího typu se v České republice v poslední době vydávají cestou akreditací Spojenou akreditační komisí. Většina nemocnic na Slovensku, některé okresní nemocnice v ČR a většina ambulantních zdravotnických zařízení v České republice i na Slovensku zavádějí systémy kvality na základě ISO norem řádu 9000, resp. 9001 a následně podstupují akreditaci certifikovanými organizacemi. Součástí jakéhokoliv moderního systému manažerství kvality poskytování zdravotní péče by mělo být zajištění zpětné vazby a kontinuity. Zpětná vazba je

důležitá nejen z důvodu zjištění aktuálního stavu, ale i z důvodů zajištění zlepšování kvality poskytované péče a uskutečnění možných náprav při zjištění eventuálních nedostatků. Jednou z dobře využitelných metod je i průzkum mezi pacienty. Spokojenost klientů je důležitým ukazatelem kvality poskytované služby. Nepředstavuje sice jediný zdroj informací o kvalitě, ale patří mezi metody, které jsou veřejnosti nejvíce srozumitelné. Aby bylo takové měření opravdu ukazatelem kvality, musí splňovat jistá kritéria. Zejména musí pokaždé probíhat podle stejných pravidel a získané informace musí být zpracovány stejným způsobem.

Spokojenost pacientů je důležitá nejenom pro poskytovatele zdravotní péče, ale i pro pacienty samotné. Spokojený pacient se rychleji léčí. Tato skutečnost má svůj význam i pro ekonomiku státu, jelikož zkrácená doba léčení přispívá k zkrácení pracovní neschopnosti a k rychlejšímu návratu do pracovního procesu a redukuje možné ekonomické ztráty. Kratší doba léčení si zpravidla vyžaduje i menší finanční náklady na péči. Spokojenost pacientů je tedy v zájmu všech zúčastněných stran v procesu poskytování zdravotní péče.

V České republice využívá metodiku dotazníkového šetření spokojenosti pacientů i Ministerstvo zdravotnictví ČR v rámci projektu „Kvalita Očima Pacientů“ od roku 2006. V rámci tohoto projektu byly mj. zpracovány výsledky výzkumu, ve kterém odpovídalo více než 30 tisíc pacientů takřka ve všech velkých nemocnicích řízených ministerstvem v osmi oblastech důležitých pro spokojenost a hodnocení kvality zdravotní péče.¹⁴

Systematické měření kvality prostřednictvím dotazníků spokojenosti pacientů je i jednou z nezbytných součástí implementace systému kvality poskytované zdravotní péče podle ISO normy řádu 9001. Mnohem důležitější než samotné absolutní hodnoty výsledků průzkumu jsou výsledky porovnání změn v čase, resp. tendence změn.

¹⁴ Měření kvality zdravotní péče prostřednictvím spokojenosti pacientů, <http://portalkvality.mzcr.cz/Pages/5-Mereni-kvality-zdravotni-pece-prostrednictvim-spokojenosti-pacientu.html>, 15.10.2009

Interní audit

Účelem interních auditů je v plánovaných intervalech prověřit shodu mezi prvky systému manažerství kvality s realitou poskytování služeb zdravotní péče a snahou o zlepšování systému kvality s ohledem na plnění specifikovaných cílů. Prvořadým zdrojem pro vykonávání interních auditů je prozkoumání všech požadavek normy STN EN ISO 9001:2001 v rámci prozkoumání systému manažerství kvality. Lékař na základě dotazníku vyplývajícího z podkladů pro systém kvality na základě ISO normy souboru 9001 prozkoumá požadavky normy zdokumentované v příručce kvality se skutečností. Změny a odchylky od stanovených postupů nebo požadavků je zaznamenána v zprávě o auditu a jsou navrženy nápravná opatření. Efektivnost přijatých nápravných opatření prověří následní interní audit. Dalším zdrojem pro podporu interních auditů jsou audity certifikační organizace vykonávající dohled nad certifikovaným systémem.

Benchmarking

Jednou z metod porovnávání poskytovatelů zdravotní péče je i tzv. benchmarking. Představuje zlepšení pro dosažení parity (rovnocenného stavu) s konkurencí v oblasti výrobků, služeb, nebo provozních procesů. Poskytovatelé zdravotní péče mohou porovnávat svoji výkonnost s jinými poskytovateli, kteří pracují za podobných okolností. Tento druh porovnání se jeví jako silný stimul pro zlepšení kvality, jelikož v žádném porovnání úrovně zdravotní péče se nikdo nechce umístit na posledním místě.

4.5.3 Přínosy zajišťování kvality zdravotní péče

Implementace systémů kvality zdravotní péče vede k zlepšení úrovně poskytované péče. Z této skutečnosti profitují všechny zúčastněné strany – poskytovatelé, pojišťovny i pacienti.

Pro poskytovatele zdravotní péče představuje kvalita péče významný marketingový a konkurenční faktor. Zdravotnictví navzdory tomu, že má jistá specifika, řídí se v České republice i na Slovensku zákony tržního mechanismu se základním fungujícím principem nabídky a poptávky. Poskytovatelé zdravotní péče musí rovněž bojovat o své klienty – pacienty. Zavedení systému kvality poskytuje provozovatelům jistou konkurenční výhodu a

přispěje ke zvýšení jejich renomé. Je také nástrojem pro zvýšení efektivity, rozvíjení lidských zdrojů, plánování a investiční zajištění. Z manažerského úhlu pohledu je důležité, že fungující systém kvality přispívá k eliminaci rizik a k minimalizaci možného zanedbání, přispívá k odbornému rozvoji i k rozvoji organizace.

Z hlediska klienta přináší systém kvality zlepšení prevence, diagnostiky i léčby. Zvýšení efektivity poskytované péče vede ke zkrácení čekacích dob, zkrácení doby léčení a zvyšuje dostupnost péče. V zdravotnickém systému hrají důležitou regulační roli zdravotní pojišťovny. Pacient prezentuje zdravotní pojišťovně svoje požadavky na zdravotní péči, kterou mu nepřímo zabezpečí zdravotní pojišťovna nakoupením resp. úhradou. Pojišťovny se začínají stále více zajímat o to, jaké výkony je dané zdravotnické zařízení schopno poskytnout a za jakou cenu. Stále více se přitom začínají zajímat i o kvalitu poskytované péče. Většina pojišťoven na Slovensku již nyní pečlivě sleduje efektivitu zdravotní péče zejména z ekonomického úhlu pohledu – např. počet vykázaných bodů na pojištěnce za měsíc, počet ošetření za měsíc, náklady na léky za měsíc apod. Některé z pojišťoven tyto indikátory již nyní zohledňují při vyjednávání podmínek smluvních vztahů s poskytovateli zdravotní péče.

Z pohledu manažera lze přínos zajišťování kvality pozorovat v:

- poskytování nejvhodnější péče nejlepším dostupným využitím současných vědeckých poznatků,
- zmenšení příležitosti pro poskytování nevhodné nebo nedbalé péče a léčby,
- zlepšování kvality péče u jednotlivých zdravotnických pracovníků (snížení rozdílů v kvalitě péče mezi jednotlivými individuálními poskytovateli),
- zvýšení významu výchovy a dalšího vzdělávání zdravotnických pracovníků,
- možnosti větší informovanosti a odpovědnosti občanů a pacientů v péči o zdraví,
- větší odpovědnost ve vztazích mezi těmi, kteří péči poskytují a těmi, kteří ji financují,
- příležitosti k poskytování odpovídajících hodnot za vynaložené peníze,
- redukci nákladů (omezení zbytečných výdajů a vzrůstající ekonomičnosti),
- zmenšení prostoru pro korupci (za sponzorský dar „lepší“ péče),
- větší důvěryhodnosti zdravotnických organizací.¹⁵

¹⁵ Gladkij I., Heger L., Strnad, L. Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně 1999. s. 184. ISBN 80-7013-272-8

5. HISTORIE KVALITY ZDRAVOTNÍ PÉČE

Historie kvality zdravotní péče až do 20. století úzce souvisí s vývojem rozvoje lékařské vědy. V starém Egyptě už 2500 let před naším letopočtem bylo známo více než 700 druhů léčiv a byly uskutečňovány některé složité operace, jako např. trepanace lebky, nebo operativní řešení urolitiázy. V Mezopotámii kolem roku 1800 před naším letopočtem vydal vládce Chammurabi zákoník, který se vztahoval i na oblast medicíny. Vzhledem k povaze odměňování a trestu, které byli v zákoníku řešené, je ho možné považovat za základ bodovacího systému hodnocení zdravotní péče a za základ forenzní medicíny. V Indii v 6. století před naším letopočtem jsou ve spisu Ajúrvédy řešeny otázky hygieny, stravování, chirurgie, apod. V Řecku Hippokrates (r. 430 – 370 před n. l.) napsal kolem 70 děl s medicínskou tematikou. Podstatu nemocí považoval za hmotnou, a tedy i poznatelnou. V 1. století před naším letopočtem vznikali v Starořímské říši první vojenské nemocnice – tzv. valetudinária. V roce 651 vznikla v Paříži historicky první nemocnice „Hotel Dieu“.¹⁶ V roce 850 byla v Salerne založena první lékařská škola v Evropě a v r. 1257 vznikla v Boloni první lékařská fakulta. V Praze byla lékařská fakulta založena o necelé století později – v roce 1348, a v roce 1770 byla v Trnavě založena první lékařská fakulta na území bývalého Uherska. V roce 1414 vzniklo v Padově tzv. „anatomické divadlo“, které v praxi představovalo první pitevnický ústav.

Počátkem 20. století se začali objevovat snahy o definování kvality poskytování zdravotní péče spojenou s možností její kvantifikace, resp. měřitelnosti. V této souvislosti v roce 1910 Ernest Codman poprvé vyzdvihuje význam standardů pro hodnocení nemocnic, zejména z pohledu efektivity zdravotní péče. Zastával názor, že je vhodné sledovat léčené pacienty za účelem zjistit, je-li poskytovaná zdravotní péče dostatečně efektivní. V případě, že se poskytovaná péče bude jevit jako nedostatečně efektivní, měla by nemocnice vyvinout snahu určit, proč tomu tak je, aby mohli být v budoucnu podobné diagnostické případy léčeny úspěšněji. V roce 1915 byly v USA vydány první minimální normy pro organizaci práce a záznamnictví.¹⁷

¹⁶ Bielik, J. Historický pohľad na vývoj kvality zdravotnej starostlivosti. Medzinárodná konferencia Indikátory kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti, Bratislava, 12.5.2005

¹⁷ Staňa, I. Co znamená kvalita a bezpečnost zdravotní péče, <http://www.tribune.cz/clanek/20957>, 23.2.2011

V roce 1917 bylo Americkou chirurgickou společností (American College of Surgeons) definováno 12 standardů, kterým během sledování v roce 1918 z celkového počtu 692 sledovaných nemocnic vyhovělo jenom 89. V roce 1926 byl vytištěný první oficiální manuál, který se skládal z 18 stránek. Standardy Joint Commission se postupně vyvíjeli a v roce 1950 se jejich standardy řídilo již 3200 nemocnic. V roce 1951 vznikla Spojená akreditační komise nemocnic – Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH), která se stala historicky první oficiální institucí zastřešující dobrovolné hodnocení a akreditaci nemocnic jako nezávislá nezisková organizace. Vznik JCAH byl iniciován Americkou chirurgickou společností (ACS), Americkou společností praktických lékařů (ACP), Americkou asociací nemocnic (AHA), Americkou lékařskou společností (AMA) a Kanadskou lékařskou společností (CMA). V roce 1953 pak JCAH publikovala komplexní Standardy pro akreditace nemocnic. Po 8 letech fungování Kanadská lékařská společnost vystoupila z tohoto projektu a založila svoji vlastní organizaci pro akreditace v Kanadě. Od roku 1964 jsou služby JCAH zpoplatněné.¹⁸

V roce 1970 pak dochází ke změně ve filozofii chápání standardů. Nově mají sloužit k určení optimální dosažitelné úrovně kvality a ne úrovně minimálně akceptovatelné. Nově se do auditů začínají zapojovat kromě lékařů i registrované sestry a administrativní pracovníci. Od roku 1975 začíná v rámci organizace pracovat akreditační rada pro ambulantní zdravotní péči a od roku 1978 JCAH začíná hodnotit i laboratorní složky.¹⁹

V roce 1987 došlo k transformaci JCAH na Spojenou komisi pro akreditaci zdravotnických zařízení – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations (JCAHO), přičemž nový název mnohem lépe vystihoval rozsah působnosti organizace. V roce 1988 se začíná rozbíhat systém sledování indikátorů – tzv. Indicator Measurement System (IMS). „Do IMS jsou nyní zařazeny indikátory v rámci kardiovaskulárních chorob, protiepidemiologických opatření, porodnictví, onkologie, operační péče, užívání léků, úrazů. V roce 1998 byla vytvořena JCAHO mezinárodní Joint Commission International Accreditation (JCIA). Tento směr podporuje i International Society for Quality in Health Care - ISQua. ISQua vyvinula akreditační standardy v agendě pro vedení programů akreditace -

¹⁸ Bielik, J. Historický pohľad na vývoj kvality zdravotnej starostlivosti. Medzinárodná konferencia Indikátory kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti, Bratislava, 12.5.2005

¹⁹ Váňa, P. Řízení kvality péče? Možností je více, <http://www.zdn.cz/denni-zpravy/komentare/rizeni-kvality-pece-moznosti-je-vice-172801>, 15.10.2009

ALPHA. Standardy ALPHA jsou pojaty tak, aby zohledňovaly kvalitu všech aspektů a respektovaly požadavky Mezinárodní organizace pro standardizaci (International Standards Organisation-ISO), Baldrigeova kritéria výkonové dokonalosti a kritéria organizační dokonalosti. V ISQua je například Joint Commission International on Accreditation (JCIA), Canadian Council on Health Services Accreditation (Kanada) a Australian Council on Healthcare Standards (Austrálie) a další organizace. V roce 1989 zřídila Evropská nadace pro management jakosti (EFQM-European Foundation for Quality Management) - Evropskou cenu za kvalitu (EQA- European Quality Award), která byla určena na zvýšení konkurenceschopnosti evropských firem. EFQM sdružuje asi 850 firem z celé Evropy.“²⁰

V souladu s akreditačními principy ISQua a WHO akredituje v ČR zdravotnická zařízení i Joint Commission International (JCI). Joint Commission International je mezinárodní organizace, která od roku 1998 akredituje zdravotnická zařízení mimo USA. V České republice mají prestižní certifikát JCI tři lékařská zařízení – Ústřední vojenská nemocnice, Ústav hematologie a transfuze a Nemocnice Na Homolce.²¹

V současné době JCAHO dohlídá nad činností více než 15 000 zdravotnických organizací a je pevnou součástí amerického systému zdravotní péče. Získání akreditace od JCAHO je známkou, že organizace, která akreditaci získala, včetně zaměstnanců, dosahuje vysoký standard v poskytování zdravotní péče. Tento druh akreditace je všeobecně vysoce ceněný a uznávaný odbornou i laickou veřejností i státními orgány.

Celostní chápání kvality poskytované zdravotní péče do praxe zavedl v sedmdesátých letech 20. století Avedis Donabedian. V 80. letech minulého století se zájem o kvalitu poskytované zdravotní péče a možnosti její objektivizace přenesli z amerického kontinentu do Evropy. Hned několik evropských krajin, jako např. Německo, Belgie, nebo Velká Británie, začalo zabudovávat zajišťování kvality poskytované zdravotní péče přímo do své zdravotnické legislativy. Hnacím motorem tohoto procesu byla většinou akademická a odborná veřejnost, v menší míře se do tohoto procesu v některých krajinách zapojili rovněž

²⁰ Sovová, E. Historie programů kvality zdravotní péče,

http://osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/06_2003/historie.html, 12.2.2008

²¹ Akreditace zdravotnických zařízení,

<http://portalkvality.mzcr.cz/Pages/23-Akreditace-zdravotnickych-zarizeni.html>, 10.11.2009

zdravotní pojišťovny jako přímí plátcí zdravotní péče. V některých krajinách, jako je Itálie, Francie a Španělsko byla aktivita vyvíjena přímo státními složkami. Jako základ pro posuzování kvality ve většině evropských zemí začali sloužit podklady z oblasti obchodu a průmyslu, pro které existují mezinárodní předpisy a normy pro srovnatelnost kvality výrobků už řadu let.

Problematika kvality ve zdravotnictví již dávno přesáhla výlučně odborní aspekt medicíny. Stává se v stále větším rozsahu součástí zdravotních politik jednotlivých států. V tomto ohledu první krajinou, která jednoznačně definovala národní politiku kvality zdravotní péče bylo Dánsko v roce 1993.

6. KVALITA ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČR A SR

V České a Slovenské republice začala být otázka kvality poskytované zdravotní péče intenzivněji diskutovaným tématem veřejné diskuze až po politických změnách v roce 1989. Hlavním spouštěcím mechanismem diskuze byli publikované údaje o nelichotivém zdravotním stavu populace v podmínkách očekávaného zlepšení sociální a ekonomické situace a částečně nedostatečnou informovaností o fungování zdravotních systémů v západní Evropě a ve Spojených státech. V té době prakticky neexistovali studie s mezinárodně srovnatelnými parametry. Předmětem prvních mezinárodních průzkumů byli zejména zprávy o zdravotním stavu populace a o stavu znečištění přírody. Existovalo málo průzkumů, které by pomohli pochopit situaci v oblasti kvality poskytování zdravotní péče z dnešních úhlů pohledu. Většina průzkumů konstatovala **nedostatek finančních prostředků v zdravotním systému, hojné množství pracovních sil ve zdravotnictví a nadbytek lůžek v nemocnicích**.^{23, 24} Existovali sice snahy vyvinout programy směřující ke kvantifikaci a zvyšování kvality poskytované zdravotní péče, ale obecně k těmto záměrům chyběla dostatečná motivace, a proto většina z těchto pokusů skončila neúspěchem.^{25, 66}

6.1 Kvalita zdravotní péče v České republice

V roce 1996 bylo na Ministerstvu zdravotnictví ČR zřízeno **oddělení kvality péče**. V roce 1997 byla na Ministerstvu zdravotnictví ČR vytvořena pracovní skupina pro akreditaci s pilotním projektem akreditační studie 5 nemocnic. „V České republice vznikla v roce 1998 Spojená akreditační komise (SAK) jako nezávislá organizace poskytovatelů zdravotní péče, jejími zakladateli se staly Asociace nemocnic ČR a Asociace českých a moravských nemocnic. Byla vydána vyhláška MZ ČR, která definovala 50 akreditačních standardů.“³

V roce 1998 jako výsledek dohody mezi Českou lékařskou společností J. E. Purkyně, Českou lékařskou komorou a Ministerstvem zdravotnictví ČR vznikla Rada pro medicínské standardy. Ve stejném roce nejprve při Ministerstvu zdravotnictví ČR vznikla Rada pro národní standardy pro obor ošetrovatelství a v roce 2001 byla zřízena „Pracovní skupina pro

²² Sovová, E. Historie programů kvality zdravotní péče,

http://osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/06_2003/historie.html, 12.2.2008

národní standardizaci ošetrovatelství“, která dostala za úkol vypracovat oborové standardy péče a doporučené postupy.

V roce 2000 vláda ČR svým usnesením č. 458/2000 přijala dokument „Národní politika podpory jakosti ČR“. Tento dokument představoval souhrn záměrů, cílů, metod a nástrojů ke zvyšování jakosti výrobků, služeb a činností v rámci národní ekonomiky a veřejné správy. Pro koordinaci uplatňování programu podpory jakosti v souladu s Politikou podpory jakosti EU byla zřízena Rada ČR pro jakost. Přínosem byl i vznik Centra pro řízení kvality ve zdravotnictví, které se stalo součástí Státního zdravotního ústavu (www.szu.cz).

V roce 2008 byl pak přijat dokument „Strategie Národní politiky kvality v České republice na léta 2008 až 2013“. Tento materiál je základním dokumentem, který byl v rámci Rady kvality ČR projednán s ústředními a dalšími správními úřady, nevládními organizacemi a hospodářskými a sociálními partnery a schválen ministrem průmyslu a obchodu a je výchozím materiálem pro další rozvoj, realizaci a konkretizaci politiky podpory kvality v České republice v daném období. Narozdíl od předchozího dokumentu obsahuje i pasáž zabývající se **konkrétními body rozvoje kvality v oblasti zdravotnictví**. Tuto problematiku řeší kapitola o cílech strategie v osmém bodu části zabývající se strategickými záměry národní politiky kvality.

„Péče o zdraví občanů

- Kvalita péče – z pacienta klient
- Kvalita vztahů k pacientovi
- Standardy zdravotní péče, certifikace
- Ekonomika činností ve zdravotnictví
- Léková politika – ohled na pacienta
- Zdravý životní styl
- Bezpečnost potravin a pokrmů (hygienická služba)²³

²³ Strategie Národní politiky kvality v České republice na období let 2008 – 2013,

http://www.npj.cz/soubory/dokumenty/strategie_doc.pdf, 3.12.2009

Dalšími legislativními podklady pro otázku kvality zdravotní péče jsou:

- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu v platném znění
- Metodické opatření č. 5/1998 o akreditaci zdrav. zařízení
- Metodické opatření č. 9/2004 o koncepci ošetřovatelství
- Vyhláška č. 195/2005 Sb., kterou se upravují podmínky předcházející vzniku a šíření infekčních onemocnění
- Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci

Spojená akreditační komise ČR vznikla jako zájmové sdružení právnických osob z iniciativy Asociace nemocnic ČR a Asociace českých a moravských nemocnic 1.8.1998. Posláním komise je snaha o trvalé zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče v ČR cestou akreditací zdravotnických zařízení, poradenské činnosti a publikačních aktivit.

Fungování Spojené akreditační komise vyplývá z principů fungování americké Spojené komise pro akreditaci zdravotnických zařízení (JCAHO), která jako tradiční organizace specializující se na akreditace zdravotnictví s bohatou historií položila základy všem dnešním procesům vyhodnocování kvality ve zdravotnictví. S naplňováním poslání komise úzce souvisí vydávání národních akreditačních standardů pro zdravotnická zařízení včetně podrobné metodiky. Komise poskytuje pomoc zdravotnickým zařízením připravujícím se na akreditaci. Poskytuje poradenství při specifikaci metodiky dle typů zdravotnických zařízení, při vytváření interních norem i poradenskou činnost na místě včetně akreditace nanečisto. Komise organizuje regionální i celostátní vzdělávací a informační akce s tematikou kvality zdravotní péče a bezpečí pacientů, vykonává i publikační činnost.

Spojená akreditační komise aktivně spolupracuje s dalšími organizacemi v České republice, které se podílejí na zvyšování kvality zdravotní péče a spolupracuje s orgány státní a veřejné správy ve zdravotnictví. Vytváří i mezinárodní aktivity k zajištění spolupráce v oblasti zvyšování kvality zdravotní péče. Komise má vytvořený interní systém vzdělávání konzultantů a akreditačních inspektorů.

Akreditační standardy SAK ČR se zaměřují na:

- kvalitu,
- diagnostické postupy,
- péči o pacienty,
- kontinuitu zdravotní péče,
- dodržování práv pacientů,
- podmínky poskytované péče,
- management,
- péči o zaměstnance,
- sběr a zpracování informací,
- protiepidemické opatření.

Před zahájením vlastního akreditačního šetření v nemocnici Spojená akreditační komise na základě obdržené písemné žádosti o akreditaci zašle příslušné nemocnici přihlášku, kterou tato vyplní a zašle zpátky. Sekretariát spojené akreditační komise potvrdí příjem přihlášky, čímž je navázán smluvní vztah mezi nemocnicí a Spojenou akreditační komisí. Přihláška zavazuje Spojenou akreditační komisi k zahájení akreditačního procesu a nemocnici, že přijme výsledek komise a zaplatí náklady spojené s akreditací. Do 6-8 týdnů je po vzájemné dohodě stanoven termín pro vlastní akreditační šetření. Spojená akreditační komise stanoví termín předání písemných materiálů od nemocnice (vypracované akreditační standardy). Nemocnice 6 týdnů před akreditačním šetřením obdrží materiál, který obsahuje informační data o vlastním akreditačním šetření, místa, služby a činnosti, které budou kontrolovány a počty a pracovní zařazení zaměstnanců zdravotnického zařízení, kteří se mají šetření zúčastnit. Konečný pracovní postup pro akreditační šetření a údaje o inspektorech obdrží nemocnice 2 týdny před návštěvou. Spojená akreditační komise oznámí vedení nemocnice závěr šetření do 3 týdnů po jeho ukončení. Samotné akreditační šetření trvá 2-3 dny v závislosti od velikosti nemocnice a provádí ho akreditační realizační tým, kterého součástí jsou lékaři, sestry, případně další osoby).

Předmětem hodnocení Spojené akreditační komise při akreditačním procesu vykonávaném u poskytovatele zdravotní péče je určit, do jaké míry splňuje standardy k udržení a zlepšení kvality zdravotní péče.²⁴

²⁴ Spojená akreditační komise České republiky – O nás, <http://www.sakcr.cz/about.php>, 12.11.2009

Český institut pro akreditaci (ČIA), obecně prospěšná společnost, je národním akreditačním orgánem v České republice. Institut byl založen vládou České republiky. V oblasti akreditace poskytuje své služby státním i nestátním subjektům. Je součástí tzv. „Globální koncepce o přístupu ke zkoušení a certifikaci“, který v evropském měřítku sjednocuje akreditační systém.

V souladu s mezinárodními normami provádí ČIA objektivní, nezávislé a nestranné posuzování způsobilosti zkušebních a kalibračních laboratoří, inspekčních orgánů, organizátorů programů zkoušení způsobilosti, enviromentálních ověřovatelů a především certifikačních orgánů provádějících certifikaci systémů jakosti, systémů enviromentálního managementu, systému managementu bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, systémů managementu bezpečnosti informací, systému managementu bezpečnosti potravin a systému trvale udržitelného hospodaření v lesích.

Institut je členem mezinárodních organizací věnujících se problematice normalizace a je členem oficiálních a renomovaných mezinárodních uskupení. Vysoká odbornost a erudice ČIA je zabezpečována i pravidelnou evaluací její činnosti.

ISO certifikace ve zdravotnickém sektoru má mimořádný význam a lze ji obecně rozdělit na certifikaci výrobků určených pro zdravotnictví, spojenou s udělováním značky CE pro výrobky a certifikaci systému managementu jakosti jak výrobců zdravotnické techniky tak zdravotnických organizací. Činnosti v této oblasti kladou vysoké nároky na management jakosti při poskytování lékařských služeb. Mezinárodní standard ISO 9001:2000 svou strukturou vyhovuje i tak specializované činnosti, jakou oblast poskytování zdravotní péče bezesporu je. Certifikace systému managementu jakosti u výrobců zdravotnické techniky se realizuje podle specifických požadavků normy EN 46001 a EN 46002. V současné době je již rozpracován standard 13485/8, který tyto normy nahradí.²⁵

Systém manažerství kvality v instituci by měl být integrovaným systémem řízení organizace již od prvopočátku jejího fungování. Při procesu příprav k certifikaci, příp. akreditaci by proto nemělo docházet k úplné implementaci nového systému, ale k vylepšování

²⁵ Zdravotnictví, http://www.bureauveritas.cz/wps/wcm/connect/bv_cz/local/home/about-us/our-business/certification/sector_specific_solutions/chemical, 11.12.2008

již fungujícího systému. Každá organizace vyrábějící produkty, resp. poskytující své služby pracuje ve svém systému řízení, který byl vybudován během existence firmy. Úkolem certifikačních a poradenských organizací by proto nemělo být zlikvidovat již fungující systém (i když často nedokonalý a někdy z pohledu managementu kvality nedostačující), ale přizpůsobit ho požadavkům norem kontroly kvality a napomoci k doplnění chybějících částí systému řízení kvality. Toto přizpůsobení by mělo být optimální s ohledem na charakter a rozsah poskytovaných služeb a v konečném důsledku by mělo organizaci napomoci ke zlepšení.

Certifikáty kvality by měli poukazovat na to, že organizace splnila požadavky kladené na systém manažerství kvality, ale i požadavky na kvalitu výsledních produktů, resp. služeb a rovněž požadavky na celkovou práci organizace a její další vývoj. Certifikáty kvality by měli být zrcadlem kvality certifikované organizace. Pro zákazníky – klienty by měli být pomocí při výběru poskytovatele produktů a služeb. Vlastnictví certifikátu manažerství kvality by mělo být důkazem toho, že organizace má snahu pracovat kvalitně a že sleduje spokojenost a požadavky klientů.

6.2 Kvalita zdravotní péče v Slovenské republice

V listopadu 1991 přijala vláda Slovenské republiky usnesením č. 659 program Světové zdravotnické organizace (WHO) „Zdraví pro všechny v r. 2000“, kterého cílem č. 31 je rozvoj kvality na národní úrovni. Program WHO „Zdraví pro všechny pro 21. století“ obsahuje jako 20. cíl soustavný rozvoj kvality zdravotní péče.

Již v polovině 90. let minulého století byly za pomoci mezinárodních organizací na Slovensku realizovány projekty podpory rozvoje kvality zdravotní péče. Jednalo se například o program kontinuálního zvyšování kvality v Trnavské nemocnici v letech 1993 – 1996, dále pak různé druhy PHARE programů, například na podporu systému zdravotního pojištění, na podporu zdravotního managementu v nemocnicích, nebo na podporu efektivity primární zdravotní péče.

Prvním oficiálním dokumentem zabývajícím se problematikou kvality poskytované zdravotní péče na Slovensku v jeho novodobé historii bylo Usnesení č. 436 operativní porady

ministra zdravotníctví z 9. prosince 1996, ktorým prijal materiál „Konceptce národní politiky rozvoje kvality zdravotní péče“.

Výrazně se legislativa změnila v roce 2004 přijetím hned několika legislativních úprav. Jedná se o Zákon o poskytovatelích zdravotní péče (č. 579/2004), Zákon o zdravotní péči (č. 576/2004), Zákon o rozsahu hrazené zdravotní péče (č. 577/2004), Zákon o záchranné zdravotní službě (č. 579/2004), Zákon o zdravotním pojištění (č. 580/2004), Zákon o zdravotních pojišťovnách (č. 581/2004), a zejména o Zákon č. 578/2004 „Zákon o poskytovatelích zdravotní péče, zdravotnických pracovnících, stavovských organizacích ve zdravotnictví a o změně a doplnění některých zákonů“. Upravená legislativa se v principu liší od legislativy předchozí tím, že dává zdravotním pojišťovnám větší odpovědnost za nákup zdravotní péče, posilňuje finanční ochranu pojištěnců a přisuzuje poskytovatelům zdravotní péče větší odpovědnost za poskytovanou zdravotní péči a pacientům větší odpovědnost za jejich zdraví. Zákonná úprava například umožňuje zdravotním pojišťovnám požadovat po pojištěnci navrácení prostředků uhrazených poskytovateli zdravotní péče v případě, že došlo k porušení léčebného režimu, nebo v případě použití návykových látek. Na druhou stranu pojišťovna snižuje rozsah finanční spoluúčasti pacienta v případě, že pojištěnec absolvuje preventivní prohlídky, nebo preventivní očkování. Tato filozofie vznikala postupnou analýzou a z ní vyplývajících faktů, na základě kterých se rada Evropy sjednotila a v souvislosti s obecnými příčinami špatného zdravotního stavu lidí bylo poukázáno na skutečnost, že až 90 % omylů a chyb v procesu zdravotní péče je způsobeno špatně navrženým systémem.²⁶ Tuto problematiku řeší zejména Zákon č. 578/2004 a pozdější na něj navazující zákonné úpravy – Zákony č. 538/2005 a č. 673/2006, které ukládají poskytovatelům zdravotní péče povinnost nepřetržitě zabezpečovat systém kvality na dodržování a zvyšování kvality tak, aby se vztahoval na všechny činnosti, které mohou ve zdravotnickém zařízení ovlivnit zdraví osoby, nebo průběh jeho léčby, personální zabezpečení a materiálně-technické vybavení zdravotnického zařízení a aby odpovídalo nejméně požadavkům ustanoveným dle tohoto zákona. Systém kvality v tomto smyslu řeší § 9 Zákona č. 578/2004 Z.z., podle kterého je systém kvality poskytovatelem zdravotní péče písemně dokumentovaný systém, kterého základním cílem je snižování nedostatků v poskytování zdravotní péče při současném zvyšování spokojenosti osob, kterým je zdravotní péče poskytována, a při zachování

²⁶ Cibulka, P. Norma ISO 9001 a jej výstup k pacientovi, <http://www.zzz.sk/?clanok=3605>, 24.1.2009

ekonomické efektivnosti poskytovatele. Poskytovatel je povinen zabezpečit systém kvality v souladu se schváleným plánem zavádění systému kvality.²⁷

Zákon č. 538/2005 pojednává o zavádění systému kvality, jeho plánu, schvalování a hodnocení. Plán zavádění systému kvality musí obsahovat identifikační údaje poskytovatele, druh zdravotnického zařízení a jeho odborné zaměření, zdravotnické povolání, studijní obor a specializační obor nebo certifikační přípravu, ve kterých poskytovatel získal odbornou způsobilost a v kterých poskytovatel vykonává příslušné pracovní činnosti. Uvedeny musí být i údaje o organizační struktuře zdravotnického zařízení a o pravomocích odpovědných osob a jejich vzájemné podřízenosti. Měla by být vypracována příručka kvality opisující systém kvality, údaje o personálním zabezpečení a materiálně-technickém vybavení zdravotnického zařízení, informace o zabezpečování kontinuálního vzdělávání, údaje o dodržování standardizovaných diagnostických, terapeutických a ošetrovatelských postupů, údaje o zabezpečování sběru indikátorů kvality. Měla by být zabezpečována informovanost osob, kterým je poskytována zdravotní péče a měla by být průběžně zjišťována jejich spokojenost s kvalitou poskytování zdravotní péče. Součástí by měli být údaje o zabezpečování opatření v zdravotnickém zařízení z hlediska ochrany zdraví.

Každé zdravotnické zařízení mělo povinnost vypracovat a předložit první plán zavádění systému kvality k schválení lékařské komoře do třech měsíců od právoplatnosti povolení. Platnost rozhodnutí o schválení plánu zavádění systému kvality byla tři roky. V případě, že komora vydala rozhodnutí, že poskytovatel nezavádí systém kvality, byl poskytovatel povinen bez zbytečného odkladu umístit bez zbytečného odkladu v zdravotnickém zařízení na viditelném místě oznam o tom, že systém kvality nezavádí a tato skutečnost byla oznámena Úřadu pro dohled nad zdravotní péčí a zdravotním pojišťovnám. Nařízení vypracovat a předložit komoře plán zavádění systému kvality se týkalo i poskytovatelů, kteří již měli vypracovaný plán zavádění kvality a příručku kvality jinou firmou, resp. které již měli schválený certifikát kvality ISO.²⁸

²⁷ Zákon 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov, <http://www.zdravie.sk/sz/content/464-23135/zakon-5782004-zz-o-poskytovateľoch-zdravotnej-starostlivosti.html>, 12.2.2008

²⁸ Zbierka zákonov č. 538/2005, <http://www.zbierka.sk/zz/predpisy/default.aspx?PredpisID=18991&FileName=05-z538&Rocnik=2005>, 12.2.2008

Po legislativních změnách na Slovensku, kterých výsledkem byla potřeba vypracovávat plány implementace kvality ve zdravotnických zařízeních a jejich případná certifikace (která se nakonec povinnou nestala), vypukla na toto téma živá veřejná diskuze. Kritika se často opírala o argumenty, že ISO normy jsou nastaveny na výrobní organizace a ne na ambulance s dvěma zaměstnanci. Je ale nutné si uvědomit, že pacienti jako klienti mají nárok vědět, jestli jsou léčeni lékařem, který má zájem prokázat, že dodržuje určitá základní pravidla systému práce. A toto je vlastně hlavní podstatou dané normy. V případě výrobních organizací může být výsledkem nedokonalého procesu maximálně neshodný výrobek. Ale v případě poskytování zdravotní péče jde o zdraví lidí a proto by zavádění systému kvality ve zdravotnictví mělo být považováno za opodstatněnou věc.

Při zavádění systému manažerství kvality je potřeba uvědomit si, kdo je skutečným klientem, komu jsou služby poskytování zdravotní péče určeny. Společným znakem celého systému pozůstávajícího z pacienta, poskytovatele a zdravotní pojišťovny v smyslu kvality poskytované zdravotní péče musí být spokojenost pacienta. V této souvislosti je potřeba si položit několik zásadních otázek. Jak je možné tohoto cíle dosáhnout? Jakým způsobem je možné nastavit parametry poskytovatele, pojišťovny i pacienta, aby byli zdroje využité efektivně na dosažení spokojenosti pacienta? Cestou k dosažení pozitivního efektu fungování systému manažerství kvality by mělo být **zvýšení odpovědnosti zdravotních pojišťoven za nákup zdravotní péče, zvýšení odpovědnosti poskytovatelů za poskytování zdravotní péče, ale i vyšší odpovědnost pacientů za svůj zdravotní stav.**

Mezinárodní norma na požadavky systému manažerství kvality ISO 9001 představuje systémový přístup k naplnění takových požadavků. Tato norma našla uplatnění v mnohých odvětvích a je akceptovatelná a ověřená i ve zdravotnických zařízeních. Splňuje požadavky v organizačních a administrativních oblastech a částečně i v oblastech medicínsko-technických. ISO norma svojí pružností nabízí prostor pro ta zařízení, která chtějí svoje služby rozvíjet a zlepšovat a pro které je na prvním místě opravdu spokojenost pacienta a vlastní sebehodnocení. Na druhou stranu, při nepochopení správné implementace požadavků normy a nevystihnutím podstaty věci může být jistým zklamáním.

Principiálně lze konstatovat, že za přijetím Zákona č. 578/2004 je snaha minimalizovat nechtěné omyly způsobené při různých situacích za různých okolností a na různých pracovištích. Záleží na samotných pacientech, jak budou vnímat aktuální iniciativu, které

cílem je prospěch pacienta. Zákon má vytvářet tlak na zdravotnická zařízení, aby dosahovali jistý standard. Na druhou stranu pacient nese hlavní odpovědnost za svůj zdravotní stav a nemůže očekávat od zdravotnictví zázraky, na kterých se sám nechce podílet svým způsobem života. V dnešní době se lékaři dostávají do situace, kdy jsou od nich vyžadovány nejenom odborné znalosti, ale i manažerské dovednosti. Každý se musí přizpůsobit podmínkám zdravotnického trhu. Norma ISO souboru 9001 není normou vytvořenou na to, aby doktora, resp. zdravotnické zařízení chválila, ale na to, aby se samozřejmostí staly činnosti definované systémem kvality jako adekvátní. Ne každé zlepšení si vyžaduje rozsáhlé finanční investice. Existují kroky, které je možné **realizovat pro lepší spokojenost pacientů bez výraznějších finančních nákladů**. Pacienti jsou často nároční na detaily, ale nedokážou adekvátně posoudit to nejdůležitější z pohledu doktorů – jejich odbornost. Posuzují a hodnotí ale to, jak s nimi mluví doktor, sestřička, jaká je čekací doba, vzhled ambulance a čekárny, apod. Norma ISO 9001 má svůj význam jenom v případě, že je dokážeme pochopit a využít. V první řadě by je měl pochopit personál, kterého se přímo týká – t.j. zejména lékař a zdravotní sestra.

Novelou Zákona č. 578/2004 byla od 1. ledna 2008 sice nakonec **zrušena povinnost** zdravotnických zařízení předkládat Slovenské lékařské komoře „**Plán zavádění kvality**“. Ale povinnost zabezpečovat systém kvality je nadále zákonnou povinností každého poskytovatele zdravotní péče.

Zákonem č. 581/2004 Z. z. o zdravotních pojišťovnách, dohledu nad zdravotní péčí a změně a doplnění některých zákonů byl zřízen Úřad pro dohled nad zdravotní péčí. Vznikl jako právnická osoba, které se v oblasti veřejné správy svěřuje vykonávání dohledu nad poskytováním zdravotní péče a veřejným zdravotním pojištěním. Úřad má povinnost pravidelně o své činnosti vládu Slovenské republiky. Každoročně v termínu do 30. června předkládá správu o činnosti úřadu za předchozí kalendářní rok a správu o stavu vykonávání veřejného zdravotního pojištění za předchozí kalendářní rok. V půlročních intervalech předkládá zprávu o svém hospodaření. Navrhovaný rozpočet podléhá schválení Národní radou Slovenské republiky. Strukturálně tvoří vedení úřadu jeho předseda, který je statutárním a výkonným orgánem úřadu, správní rada pozůstávající ze 7 členů a pětičlenná dozorní rada. Úřad pro dohled má 8 poboček.

Úřad pro dohled nad zdravotní péčí má za úkol vykonávat dohled nad veřejným zdravotním pojištěním kontrolou dodržování zákonných podmínek poskytování zdravotní

péče a podmínek zdravotního pojištění. Vydává platební výměry a řeší otázky týkající se pohledávek na pojistném, které vyplývají z neodvedených plateb nebo přeplatků na pojistném, úroky z prodlení a pohledávky vyplývající z nezaplacené úhrady za neodkladnou zdravotní péči. Úřad vydává rozhodnutí ve věcech přerozdělení pojistného a rozhodnutí o pokutách za porušení povinností stanovených zákonem o dohledu a zákonem o zdravotním pojištění.

Úřad současně zabezpečuje dohled nad poskytováním zdravotní péče tím, že kontroluje správné poskytování zdravotní péče. V této oblasti může rovněž za zákonem stanovených podmínek ukládat sankce, podávat návrhy na uložení sankce a ukládat opatření na odstranění zjištěných nedostatků.

Úřad úzce spolupracuje s Ministerstvem zdravotnictví a s Ministerstvem financí na přípravě obecně závazných právních předpisů týkajících se veřejného zdravotního pojištění. Je styčným orgánem pro poskytování zdravotní péče hrazené na základě veřejného zdravotního pojištění ve vztahu k styčným orgánům členských států Evropské unie, Norska, Lichtenštejnska, Islandu a Švýcarska na komunikaci mezi příslušnými zdravotními pojišťovnami, plní závazky státu v oblasti zdravotnictví vyplývající z mezinárodních smluv na základě pověření Ministerstva zdravotnictví SR. Úřad určuje způsob a formu vykazovaného pojistného, formu a náležitosti průkazu pojištěnce, přiděluje pojišťovnám číselné kódy a přiděluje číselné kódy lékařům a poskytovatelům zdravotní péče. Má za úkol spravovat centrální registr pojištěnců, seznam zdravotních pojišťoven, seznamy plátců pojistného, poskytovatelů zdravotní péče, kódů lékařů a poskytovatelů zdravotní péče, osob oprávněných na výkon dohledu a registr podaných přihlášek na veřejné zdravotní pojištění.

Je-li občan názoru, že mu nebyla poskytnuta zdravotní péče správně, nebo domnívá-li se, že jiné rozhodnutí ošetřujícího zdravotního pracovníka v souvislosti s poskytováním zdravotní péče je nesprávné, má právo požádat formou písemné žádosti poskytovatele o nápravu. V případě, že žádosti nebude vyhověno, nebo poskytovatel bezodkladně neinformuje žadatele o způsobu vybavení žádosti, má žadatel právo podat podnět na Úřad pro dohled nad zdravotní péčí se žádostí o vykonání dohledu, je-li předmětem žádosti správné poskytnutí zdravotní péče. Je-li předmětem žádosti jiné rozhodnutí ošetřujícího zdravotního pracovníka v souvislosti s poskytováním zdravotní péče, nebo služeb souvisejících s poskytováním zdravotní péče, může se žadatel obrátit s podnětem na orgán příslušný na výkon dozoru – např. Ministerstvo zdravotnictví SR, orgány Vyššího územního celku, nebo komory.²⁹

Úřad pro normalizaci, metrologii a zkušebnictví Slovenské republiky (ÚNMS SR) je ústředním orgánem státní správy pro oblast technické normalizace, metrologie, kvality a posuzování shody. Má statut právnické osoby se sídlem v Bratislavě, je rozpočtovou organizací, která je svými příjmy a výdaji napojena na státní rozpočet Slovenské republiky. Úřad se podílí na tvorbě a uskutečňování jednotné státní politiky v oblasti technické normalizace, metrologie, kvality a posuzování shody. Vypracovává koncepci státní politiky v této oblasti a součinnosti s ministerstvy a ostatními orgány státní správy zabezpečuje její realizaci a dojednává mezinárodní smlouvy v oblasti své působnosti a zabezpečuje jejich vykonávání.

V oblasti normalizace je úřad odpovědný za funkčnost národního normalizačního systému, metodicky usměřňuje a koordinuje výkon technické normalizace v souvislosti se státní politikou v dané oblasti. Schvaluje, vydává a uveřejňuje slovenské technické normy, určuje technické normy vhodné na posuzování shody a podílí se na procesu harmonizace slovenských technických norem s evropskými normami v návaznosti na právní předpisy s technickým obsahem podle požadavků vyplývajících z procesu integrace Slovenské republiky do Evropské unie. V oblasti kvality úřad odpovídá za koncepci a program rozvoje Národního programu kvality SR a metodicky usměřňuje a koordinuje aktivity vyplývající z tohoto programu. Posláním ÚNMS SR je tvorba a udržování důvěryhodných nástrojů infrastruktury kvality pro konkurenceschopné podnikatelské prostředí. Nástroji infrastruktury kvality v evropském rozsahu jsou normalizace, metrologie, posuzování shody, akreditace a tržový dozor.

Pod gescí Úřadu pro normalizaci, metrologii a zkušebnictví Slovenské republiky zabezpečuje přímou tvorbu standardů a norem Slovenský ústav technické normalizace. Slovenský ústav technické normalizace (SÚTN) byl zřízen 1. ledna 1993 Úřadem pro normalizaci, metrologii a zkušebnictví Slovenské republiky. Od 1.1.1999 je příspěvkovou organizací hospodařící podle vlastního rozpočtu, který schvaluje její zřizovatel – ÚNMS SR. Rozhodnutím předsedu ÚNMS SR je SÚTN od 1.1.2000 určenou právnickou osobou na tvorbu, schvalování a vydávání slovenských technických norem, plnění povinností vyplývajících z mezinárodních smluv a členství v mezinárodních a evropských normalizačních organizacích (ISO, IEC, CEN, CENELEC, ETSI). Tento zákon umožnil

²⁹ O úrade, http://www.udzs.sk/buxus/generate_page.php?page_id=97, 11.12.2008

pověření SÚTN funkcí národního organizačního orgánu (NNO). Mezi Úřadem pro normalizaci, metrologii a zkušebnictví Slovenské republiky a Slovenským ústavem technické normalizace se každoročně uzavírá kontrakt na tvorbu, schvalování a vydávání STN, mezinárodní spolupráci a plnění dalších úkolů vyplývajících z postavení NNO, prostřednictvím kterého se ze státního rozpočtu vyčleňují finanční prostředky na zabezpečení normalizační činnosti v zájmu státu.

SÚTN připravuje podklady a schvaluje návrhy STN, jejich změny a opravy a vede evidenci schválených STN, změn a oprav a připravuje podklady do Věstníku ÚNMS SR. Úřad zřizuje technické komise, vypracovává stanoviska nebo vyjádření k návrhům právních předpisů a jiných dokumentů, kterými se upravuje činnost technické normalizace na Slovensku. Úkolem úřadu je sledovat vývoj úkolů mezinárodní a evropské normalizace, zabezpečuje zpracování národního stanoviska k návrhům norem a podklady pro hlasování a připomínkování. Zástupci úřadu se účastní na zasedáních pracovních orgánů mezinárodních a evropských normalizačních organizací. Úřad vydává STN, jejich seznamy a další publikace včetně periodické tlače, elektronické produkty, rešerše z databáz, poskytuje informace a konzultace v oblasti technických norem, organizuje vzdělávání, školení a semináře pro externí zájemce. Hlavním úkolem SÚTN je zabezpečit plnou harmonizaci národní soustavy národních norem převzetím evropských norem a postupné aktivní zapojení se do tvorby evropských norem.

Slovenský národní akreditační systém byl ustanoven na základě usnesení vlády SR a zřízen na základě rozhodnutí předsedy Úřadu pro normalizaci, metrologii a zkušebnictví SR v roce 1993. V roce 1997 došlo k transformaci organizace na Slovenskou národní akreditační službu (SNAS), s rozhodovací pravomocí, s účinností od 1. ledna 1998. Od 1.1.1999 došlo ke změně statutu na státní příspěvkovou organizaci bez příspěvku se samostatnou právní subjektivitou. Na základě legislativních změn získala SNAS autorizaci jako jediná autorizovaná instituce oprávněná provádět akreditace v Slovenské republice.³⁰

Akreditace je definována jako nestranné a nezávislé posouzení a osvědčení způsobilosti subjektu akreditační autoritou o tom, že subjekt je způsobilý vykonávat činnosti specifikované v osvědčení a trvale plnit požadavky způsobilosti určené příslušným

³⁰ Akreditácia a poslanie SNAS, http://www.snas.sk/index.php?page=1&page_sub=63, 11.12.2008

normativním dokumentem. Vzhledem k faktu, že akreditace je vykonávána nezávisle a nestranně, je považována za hlavní faktor důvěryhodnosti a správnosti výsledků činnosti akreditovaného subjektu. To je důvodem, proč má být využita k posuzování a hodnocení všech činností, od výsledků kterých společnost očekává vysoký stupeň správnosti a důvěry. Akreditace je nástrojem nejvyšší garance důvěryhodnosti, a proto nesmí využívat motivaci zisku a konkurence. Je službou společnosti a poskytuje důvěry v zkušební protokoly a certifikáty tím, že používá akreditační kritéria podle obecně uznávaných a renomovaných mezinárodních norem.³¹

V současné době představuje akreditace globální strukturu, která je koordinovaná a řízená globálně dvěma mezinárodními akreditačními organizacemi – ILAC (International Laboratory Accreditation Cooperation) a IAF (International Accreditation Forum), které úzce spolupracují se světovou obchodnou organizací WTO (World Trade Organization), s mezinárodní organizací pro normalizaci ISO (International Standard Organization) a globální metrologickou autoritou CIPM (Comité International des Poids et Mesures). Koordinovaný postup těchto organizací vytváří podmínky a postupy pro harmonizované uplatňování akreditace včetně možnosti vykonávání akreditací na národní úrovni prostřednictvím národních akreditačních orgánů.

Slovenská národní akreditační služba jako národní akreditační orgán uznávaný vládou plní důležitou úlohu v národním systému posuzování shody vytvořeném k odstranění technických překážek domácího a mezinárodního obchodu s podporu požadované úrovně kvality, výrobků, služeb a ochrany spotřebitele.

Akreditace odborných činností je na Slovensku vykonávána v souladu s mezinárodně uznávanými principy danými normami ISO/IEC série 17000 a vytváří základní předpoklad pro plnění závazků přijatých vládou Slovenské republiky v souvislosti se vstupem SR do Evropské unie v květnu 2004. Akreditace technických činností jsou vykonávány dle obecných kritérií stanovených v příslušných mezinárodních normách a měřnicích ISO/IEC, evropských normách a dle dalších požadavků uveřejněných v příslušných aplikačních dokumentech.

³¹ Akreditácia a poslanie SNAS, http://www.snas.sk/index.php?page=1&page_sub=63, 11.12.2008

SNAS provádí akreditace:

- orgánů certifikujících
 - produkty
 - osoby
 - systémy manažerství
- kalibračních laboratorií
- zkušebních laboratorií
- medicínských laboratorií
- inspekčních orgánů
- enviromentálních ověřovatelů
- atestátorů obstaravatelů
- organizátorů PT

Systémy manažerství akreditované SNAS:

- Systémy manažerství kvality (QMS)
- Systémy zabezpečení kvality podle požadavků NATO
- Systémy manažerství kvality při svařování
- Systémy trvale udržitelného obhospodařování lesů
- Systémy manažerství kvality pro zdravotnické pomůcky (MD)
- Systémy enviromentálního manažerství
- Systémy manažerství BOZP
- Systémy manažerství bezpečnosti informací
- Systémy manažerství bezpečnosti potravin

SNAS neposkytuje žádné služby, které by mohli vést k možným pochybnostem o nezávislosti, objektivnosti a nestrannosti prováděných akreditací. Experti SNAS zainteresovaní v přípravě žadatele o akreditaci, nebo kteří poskytnou jiné služby neslučitelné s činností akreditačního orgánu jsou povinni deklarovat tyto svoje aktivity v kontraktu a jsou vyloučeni z posuzování spojeného s akreditací daného žadatele.

SNAS uskutečňuje pravidelné průzkumy spokojenosti akreditovaných subjektů v oblasti akreditace za účelem získání důležité zpětné vazby. Výsledky průzkumu je možné využít k identifikaci preventivních činností a jako podněty ke zlepšení programu kvality.

V oblasti zdravotnictví vykonává Slovenská národní akreditační služba akreditace medicínských laboratoří a certifikačních orgánů certifikujících systémy manažerství. Systém manažerství kvality je v současné době ve světě považován za nejefektivnější a nejúčinnější prostředek systematizace a trvalého zlepšování. Správně poskytovaná zdravotní péče zdravotnickým zařízením má v zdravotnictví specifické cílové zaměření – směřuje ke zlepšení kvality zdraví a kvality života na zabezpečení zdravého vývoje budoucích generací. Aby bylo možné plnění tohoto cíle hodnotit, měl by být měřitelný podle předem identifikovaných indikátorů kvality a kritérií shody.

V Slovenské republice jsou tyto kritéria legislativně specifikovány Zákonem č. 576/2004 Z.z. o zdravotní péči, který stanovuje k hodnocení cílového zaměření zdravotní péče následovní indikátory a kritéria shody:

- účinná prevence, kterou se dosáhne včasné zjištění nemoci a zabrání vzniku závažných zdravotních komplikací
- zlepšení prevence, diagnostiky a léčby zejména kardiovaskulárních, onkologických a psychiatrických onemocnění, při porovnání s existujícími možnostmi prevence, diagnostiky, nebo léčby
- včasné zjištění nemoci, zabránění zhoršení závažnosti nemoci a její vyléčení nebo zabránění jejího přechodu do chronického stadia,
- záchrana života
- zmírnění projevů nemoci.

Samotná mezinárodně uznávaná definice zdravotní péče v sobě obsahuje kvalitativní rozměr. Je definována jako služba založená na etických principech, která je cílově zaměřená na zlepšování kvality zdraví a kvality života. Návody na aplikaci základních mezinárodních norem ve zdravotnictví jsou obsaženy ve dvou základních materiálech:

- Systém manažerství kvality normou STN P CEN-TS 15 224:2007 (Zdravotní služby – Systémy manažerství kvality – Návod na používání normy EN ISO 9001:2000)
- Medicínské laboratoře normou STN EN ISO 15 189:2007 (Medicínské laboratoře. Specifické požadavky na kvalitu a kompetentnost).³²

³² Kompiš, D. Vplyv akreditácie v zdravotníctve, http://www.unms.sk/?vplyv_akreditacie_v-zdravotnictve, 2.12.2009

6.3 Kvalita zdravotní péče v SR z pohledu manažera

V oblasti zdravotnictví by z manažerského pohledu, ale i z pohledu běžného občana neměla být sledována jenom **úroveň kvality**, ale také **její účinnost a efektivnost**. Zdravotnická legislativa v SR se postupně vyvíjí, ale ještě pořád platí stav, kdy je výkonnost poskytovatelů zdravotní péče hodnocena na základě počtu ošetřených pacientů, podle obtížnosti léčby a závažnosti onemocnění. Vůbec ale nejsou hodnoceny další důležité parametry, jako je kvalita zdraví, kvalita života, počet vyléčených, počet zachráněných životů, včasné zjištění nemoci, apod. **Samotný systém hodnocení poskytovatelů zdravotní péče ve formě, v jaké je v současné době nastavený, působí spíše opačným směrem v porovnání s požadavky na kvalitu.**

7. MOŽNOSTI AKREDITACE A CERTIFIKACE AMBULANTNÍCH ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ

Certifikace a akreditace ve zdravotnickém sektoru je jasným důkazem o hájení zájmu na zdraví. V současné době existuje v České republice a na Slovensku více možností, jakým způsobem získat oficiální doklad o implementaci systému kontroly a rozvoje kvality ve zdravotnickém zařízení.

Povinné zavádění systému kvality je zakotvena v legislativě mnohých zemí Evropské unie za stanovených kritérií jejich hodnocení a zavádění. Vytvoření legislativních požadavků je nevyhnutným předpokladem pro zavedení a rozvoj systémů kvality. Při vytváření zákonů by se mělo postupovat systematicky a vycházet z mezinárodních zkušeností podle osvědčených modelů systémů manažerství kvality. „Zdravotnická zařízení na Slovensku v současnosti můžou oficiálně deklarovat kvalitu jedine na bázi dobrovolnosti a to prostřednictvím využití některých mezinárodních modelů hodnocení kvality. Nejčastěji jako kritéria na hodnocení kvality jsou diskutovány tři směry - normy ISO, postupy Komise pro akreditaci zdravotnických zařízení v USA (JCAHO) a její mezinárodní dceřiné společnosti Spojené mezinárodní komise (JCI), a model výjimečnosti vypracovaný Evropskou nadací pro kvalitu (EFQM).“³³

7.1 Akreditace zdravotnických zařízení

Akreditace zdravotnických zařízení představuje důležitou metodu v procesu hodnocení kvality poskytované zdravotní péče. Principem akreditační činnosti je vypracování a nepřetržití aktualizace standardů péče, schvalování akreditačních rozhodnutí a poskytování poradenské činnosti poskytovatelům zdravotní péče. Akreditační standardy sledují nejenom samotnou péči o pacienty, ale i celkový způsob řízení zkoumané organizace. Uspokojování potřeb pacienta se přímo týkají práva pacienta, diagnostická a terapeutická péče, edukace pacientů a jejich blízkých a zajištění kontinuity péče. Manažerská část je hodnocena v okruzích, jako vedení a řízení včetně strategického plánování, řízení lidských zdrojů, informační management včetně zdravotnické dokumentace, sledování nemocničních nákaz a

³³ Kostičová, M, Badalík, L. Zabezpečovanie kvality zdravotnej starostlivosti na Slovensku, Lekársky obzor 2009, <http://www.lekarsky.herba.sk/lekarsky-obzor-3-2009/zabezpecovanie-kvality-zdravotnej-starostlivosti-na-slovensku>, 5.3.2011

zlepšování kvality péče včetně řízení procesu zvyšování kvality péče, zjišťování spokojenosti zákazníků i zaměstnanců a indikátorů kvality péče o pacienty.³⁴

7.2 Akreditace ambulantních složek JCAHO

Akreditace podle JCAHO je realizována na základě splnění podmínek uvedených v akreditačním manuálu pro ambulantní zdravotní péči představuje začátek přechodu k standardům, které mají zajistit aplikaci principů kontinuálního zvyšování kvality v ambulantních zařízeních poskytujících zdravotní péči. Vývoj a používání měřitelných proměnných ke sledování výsledků (indikátorů) a z indikátorů vycházející databázi vytvořenou k podpoře probíhajících měření, sledování a zlepšování výkonu instituce a zásadní přehodnocení akreditačního procesu se snahou zaměřit svou pozornost na skutečný výkon organizace jsou změnami, které přispěly k přesnějšimu hodnocení ambulantních zdravotnických zařízení.

Neustálým zdokonalováním akreditačních postupů Joint Commission vznikají nové standardy ke sledování a vyhodnocování, které mají za úkol umožnit posun uvnitř organizace od zabezpečování kvality ke zvyšování kvality. Cílem změn je rovněž podpora organizací v zavádění modernějších přístupů při zabezpečování kvality.

7.2.1 *Používání akreditačního manuálu*

První část Akreditačního manuálu pro ambulantní zdravotní péči je určena pro použití k sebehodnocení institucí poskytujících ambulantní péči a je základem pro formulář, který používají auditoři Joint Commission k zápisu svých zjištění. Akreditační zpráva zaslána organizaci přímo uvádí standardy, dovoluje zaměstnancům organizace konzultovat specifické ustanovení tohoto manuálu a splnit následná doporučení.

Standardy a požadované charakteristiky, které jsou z hlediska akreditačního procesu nejdůležitější (klíčové faktory) jsou v manuálu zvýrazněny. I když pro poskytnutí vysoce kvalitní zdravotní péče je důležité zavedení všech standardů, dodatečně zvýrazněné jsou ještě ty, které jsou nejdůležitější při akreditačních rozhodnutích. Cílem je napomoci institucím poskytujícím ambulantní péči určit míru shody s klíčovými požadavky.

³⁴ Ve spojených státech málokteré zařízení riskuje ztrátu akreditace. Praha: Zdravotnické noviny, 2001, <http://starezdn.zdn.cz/scripts/detail.php?id=138806>, 11.12.2008

Stupnice hodnocení, kterou používají auditoři při hodnocení a vyjádření míry shody ze standardy, pozůstává ze šesti stupňů – od čísla 1 přes 5 až k NA (nevhodné). Tuto stupnici můžou používat zaměstnanci organizace při sebehodnocení.

Stupnice hodnocení:

1 Úplná shoda, naznačuje, že organizace důsledně dodržuje všechna hlavní ustanovení standardu nebo požadované charakteristiky.

2 Významná shoda, naznačuje, že organizace dodržuje většinu ustanovení standardu nebo požadované charakteristiky.

3 Částečná shoda, naznačuje, že organizace dodržuje některá ustanovení standardu nebo požadované charakteristiky.

4 Minimální shoda, naznačuje, že organizace dodržuje málo ustanovení standardu nebo požadované charakteristiky.

5 Žádná shoda, naznačuje, že organizace selhává v dodržování ustanovení standardu nebo požadované charakteristiky.

NA Nevhodné, naznačuje, že standard nebo požadovaná charakteristika se v organizaci neuplatňuje.

Na konci každé kapitoly je poskytnut prostor pro zaměstnance organizace, kteří se ohodnotí, aby mohli uvést své připomínky a zaznamenat plán činností, které by organizaci přivedli k větší korelaci se specifickými standardy a požadovanými charakteristikami. Systémy sebehodnocení jsou cennou pomocí managementu, protože poskytují personálu informace o kvalitě služeb, které organizace provozuje. Každá organizace by měla určit, jakým způsobem bude tento manuál jako pomůcku k sebehodnocení používat. Například, někdo by mohl být určen k řízení hodnocení všech služeb, nebo osoba odpovědná za každou službu by mohla řídit hodnocení této služby. Nezávisle na tom, která metoda je použita, důležitým bodem je, že sebehodnocení by mělo být prováděno rutinně v návaznosti na časovém plánu (rozvrhu) stanovenému organizací. Management a zaměstnanci můžou využít výsledky sebehodnocení k naplánování opravných činností pro oblasti, které potřebují zlepšení a napomoci zabezpečit korelaci se standardy.

Zaměstnancům organizace se doporučuje v rámci činností sebehodnocení pravidelně sledovat Joint Commission Perspectives, oficiální periodikum Joint Commission, které

vychází každé dva měsíce. V periodiku jsou okamžité zprávy o všech změnách standardů, a inspekčních postupů a činností.

7.2.2 Podmínky uskutečnění inspekce

O akreditační proces Joint Commission může zažádat kterákoliv organizace poskytující ambulantní zdravotní péči nebo program, za předpokladu, že jsou splněny následující požadavky:

- organizace nebo program je na území Spojených Států nebo na některém z jeho území nebo držav nebo je zdravotnickou organizací nebo programem Ministerstva obrany,
- organizace nebo program je formálně organizovaná a legálně vytvořená entita, která poskytuje služby ambulantní péče, nebo je podsložkou, která poskytuje takové služby uvnitř formálně organizované a legálně vytvořené entity, která nemusí bezpodmínečně souviset se zdravotní péčí,
- organizace nebo program poskytuje přímé služby praktických lékařů,
- organizace nebo program sdílí budovy, vybavení, management a záznamy týkající se péče o pacienty s členy organizace,
- organizace nebo program je v shodě s použitelnými federálními, státními a místními právy a regulacemi, včetně jakýchkoliv požadavků na licenci,
- organizace nebo program je právě v provozu a aktivně vykonává péči,
- organizace nebo program vyplňuje a posílá žádost o inspekci s nevratným manipulačním poplatkem,
- organizace nebo program vyplní žádané předinspekční materiály,
- organizace nebo program pracuje bez omezení ve vztahu k pohlaví, rase, věrovyznání nebo národnosti.

S výjimkou ambulancí lékařů v samostatné praxi, každá organizace nebo program, který splňuje kriteria způsobilosti, může žádat o akreditační inspekci Joint Commission. Akreditační program je primárně určen pro následovní typy organizací a programů:

- Kliniky ambulantní péče,
- Střediska ambulantní chirurgie,
- Vysokoškolské nebo univerzitní programy starostlivosti o zdraví,
- Místní zdravotnické střediska,
- Jednooborové nebo víceoborové skupinové praxe,

- Programy Ozbrojených sil,
- Centra srdeční katetrizace,
- Centra zdravotní péče pro domorodé Američany,
- Centra primární péče,
- Centra urgentní péče/Pohotovost,
- Centra fyzikální rehabilitace,
- Nápravné zdravotní programy,
- Endoskopické centra,
- Centra infuzní terapie,
- Společné a zaměstnanecké zdravotní programy,
- Centra diagnostického zobrazování.

Z pohledu inspekce jsou organizace a programy posuzovány individuálně. Joint Commission určuje, jestli standardy můžou být aplikovány vhodně na daného žadatele. Jestli standardy nemohou být aplikovány, inspekce nebude vykonána. Organizace nebo program je informován o důvodu pro takové rozhodnutí a poplatek za žádost se vrací.

7.2.3 Metody akreditační inspekce

Účelem akreditační inspekce Joint Commission je posoudit rozsah shody instituce s použitelnými standardy Joint Commission. Míra shody je posuzována jedním nebo více z následujících prostředků:

- dokumentace o spolupráci prováděná zaměstnanci instituce,
- ústní informace týkající se zavádění standardů, nebo příkladů jejich zavádění, které umožní posouzení spolupráce,
- pozorování na místě prováděné inspektory Joint Commission.

Neschopnost spolupodílet se tímto způsobem na inspekční činnosti může být podkladem pro rozhodnutí odmítnout akreditaci. Instituce musí být připravena poskytnout důkaz o míře shody s každým standardem, který je použitelný pro její provoz. K získání akreditace instituce musí prokázat, že celkově dosahuje výrazné shody se standardy, nevyhnutně s každým s použitelných standardů.

V případě, že inspektor Joint Commission usoudí, že některý aspekt z činnosti instituce nebezpečně ovlivňuje zdraví a bezpečí pacienta, může být na takové nálezy brán zřetel ve vztahu k akreditačním účelům, i když se standardy vysloveně netýkají těchto činností. Při posuzování takových nálezů si může Joint Commission vyžádat konzultaci jiného experta. Jestli inspektoři zjistí jakoukoliv okolnost, která představuje hrozbu pro veřejnost nebo pro pacientovu bezpečnost, inspektoři uvědomí hlavního výkonného ředitele instituce a společné administrativní zázemí Joint Commission. Prezident Joint Commission, anebo v případě jeho/její nepřítomnosti viceprezident Joint Commission delegovaný prezidentem je oprávněný na základě takových zjištění rozhodnout o odmítnutí akreditace a urychleně o tomto rozhodnutí uvědomit hlavního výkonného ředitele instituce, stejně jako státní úřady se soudní pravomocí. Akreditační komise dozorčí rady urychleně přehodnotí toto rozhodnutí, aby ho potvrdila, nebo zrušila.

7.2.4 Výstupní zasedání s hlavním výkonným ředitelem a závěrečná konference

Inspektoři Joint Commission se účastní výstupního zasedání s hlavním výkonným ředitelem instituce po završení všech inspekcí. Zasedání by se měli rovněž účastnit následující osoby nebo jejich zástupci: předseda řídicího orgánu, náměstek pro ošetrovatelskou péči, náměstek pro lékařskou péči, a pokud je to možné hlavní řídicí úředník. Joint Commission doporučuje instituci zajistit účast přibližně osmi lidí.

Během zasedání inspektoři prezentují svá zjištění, které se týkají jakýchkoliv podstatnějších problémů s mírou shody se standardy. Rovněž poukazují v možném rozsahu, jaký potencionální dopad budou pravděpodobně mít tyto problémy na konečné akreditační rozhodnutí. Konečné rozhodnutí o akreditaci zahrnuje zpracování zjištění inspektorů v návaznosti na specifická pravidla shromáždění a rozhodnutí vyhlášené Akreditační komisí Joint Commission. Vzhledem ke složitosti pravidel shromažďování, neočekává se od inspektorů udržovat si zběhlost v těchto pravidlech. V návaznosti na prezentovaná zjištění a doporučení ke zlepšení, inspektoři projednávají zásadní příčiny zjištěných problémů. Představitelé instituce dostanou možnost reagovat na doporučení inspektorů a vyjasnit si sporné otázky nastíněné zjištěními inspektorů. Podle potřeby inspektoři mohou poradit i v otázkách zjištění inspektorů, které nemusí být přímo v návaznosti na standardy.

Na žádost instituce mohou inspektoři rovněž vést závěrečnou konferenci pro všechny zaměstnance organizace. Závěrečné konference jsou možné jenom při prvních a třiletých

inspekčních. Účelem této konference je uvést hlavní postřehy o zjištěních inspekce a na základě těchto výsledků naznačit silné a slabé stránky instituce. Inspektoři budou připraveni objasnit účel standardů a inspekčního procesu. V rozsahu, který umožní čas, inspektoři budou prezentovat vhodné metody plnění standardů Joint Commission.

7.2.5 Akreditační rozhodnutí a odvolání

Akreditační rozhodnutí je vydáno v návaznosti na akreditační a odvolávací postupy uvedeny v dodatku manuálu. Pracovníci Joint Commission potvrzují výsledek inspekce, doporučení inspektoratů, a jakékoliv další související informace, jako doklady o míře shody se standardy, dokumenty o plánech náprav chyb, nebo důkazy o současných zlepšeních. Za použití směrnic hodnocení a pravidel rozhodování schválených Akreditační komisí dozorčí rady, osazenstvo udělá rozhodnutí ohledně akreditace. Toto rozhodnutí může být akreditace s pochvalou, akreditace s doporučením nebo bez doporučení, podmíněná akreditace, nebo odmítnutí akreditace. Doporučení jsou dvojího druhu. Doporučení I. typu je doporučení, nebo soubor doporučení, které ovlivňují akreditační rozhodnutí a měli by mít největší prioritu v plánech instituce na zlepšení.

7.3. ISO certifikace

International Organization for Standardization (ISO) – Mezinárodní organizace pro normalizaci je sítí národních standardizačních institucí, ve které má každá krajina zastoupení jedním členem. Byla založena 23. února 1947, celý systém je koordinovaný ze Ženevy ve Švýcarsku, kde se nachází centrála organizace.

ISO je nevládní organizací, její členové nejsou představitelé národních vlád. Navzdory tomu, ISO zastává osobitou pozici v rámci soukromého sektoru i ve společnosti jako také. Na jedné straně je tomu tak proto, že většina její členských institucí jsou součástí vládní struktury té které krajiny, nebo jsou vládou řízené. Na straně druhé, ostatní členové mají své zázemí jedině v soukromém sektoru, kde byli zvoleni národním společenstvím průmyslových institucí.

Na mezinárodních normách obvykle pracují technické komise ISO. Každý člen ISO, který se zajímá o předmět, pro který byla vytvořena technická komise, má právo být

zastoupený v této technické komisi. Na práci se účastní i vládní a mimovládní mezinárodní organizace, s kterými ISO navázala pracovní styk. ISO úzce spolupracuje s Mezinárodní elektronickou komisí (IEC – International Electrotechnical Commission) ve všech záležitostech normalizace v elektronice. Mezinárodní normy se navrhují podle pravidel daných směrnicemi ISO, resp. IEC, část 3. Hlavním úkolem technických komisí je příprava mezinárodních norem. Návrhy mezinárodních norem, které byly přijaty technickými komisemi, jsou rozesílány členům ISO k posouzení a k hlasování o schválení. Vydání mezinárodní normy je podmíněno získáním souhlasu od nejméně 75 % hlasujících členů. První verze norem pro systém kvality byla vydána prostřednictvím technického výboru (TC) v roce 1987 jako norma ISO 9000.

7.3.1 Hlavní činnost ISO

ISO je největším tvůrcem norem na světě. Její hlavní činností je tvorba technických norem. ISO normy mají důležitý ekonomický i sociální význam. Jsou podnětem k pozitivním změnám a řeší základní problematiku hlavních činností každé společnosti.

Mezinárodní normy, které ISO vytváří, jsou užitečné pro průmyslové i obchodní organizace všech typů, vlády a jiné řídicí orgány, obchodní úřady, pro odběratele a dodavatele produktů a služeb v rámci veřejného i soukromého sektoru a v neposlední řadě pro lidi obecně v úloze spotřebitele. O mezinárodní standardizaci je možné mluvit v případě, jestli převážní většina produktů a služeb v jednotlivých obchodních a průmyslových odvětvích odpovídá mezinárodním normám. Toho je možné dosáhnout prostřednictvím shodných smluv vzájemné dohody mezi národními reprezentanty zastupujícími všech ekonomických akcionářů pozůstávajících z dodavatelů, odběratelů, vládních orgánů a ostatních ziskových skupin (tzv. interest groups) a spotřebitelů. Ti musí souhlasit se specifiky a kritérii, které jsou vyžadovány v klasifikaci materiálů, ve výrobě a dodávání produktů, v testování a analýze, v terminologii a v poskytování služeb. Touto cestou mezinárodní standardy představují osvědčenou strukturu doporučení, nebo společný technologický jazyk mezi dodavateli a klienty, co usnadňuje obchodně-právní vztahy a technologii transferů.

7.3.2 Normy souboru ISO 9001

7.3.2.1 Vznik norem souboru ISO 9001

Většina ISO norem je specifických pro jednotlivé produkty, materiály, nebo procesy. Navzdory tomu normy ISO 9000 a jejich pozdější úpravy získali ve světě jméno „obecných norem systému manažerství“. Pojem „obecné“ v tomto případě znamená, že stejná norma může být aplikována v kterékoliv organizaci. Jejím obsahem je definování, co je potřebné v organizaci udělat pro vytvoření systému managementu kvality a jakým charakteristikám pak musí systém odpovídat.

Termín „systémy manažerství“ se stále častěji skloňuje nejenom v odborných kruzích, ale i v běžném životě. Kvalita ve všech svých souvislostech je faktorem, od kterého do značné míry závisí konečný, zejména v penězích vyjádřený efekt všech našich snažení a v mnohých případech od něj závisí samotné přežití firmy. Nejvýhodnější a nejefektivnější metodou k dosažení úspěšnosti, konkurenceschopnosti a dlouhodobé stability firmy je řízení firmy prostřednictvím systému kontroly kvality za pomoci náležitých norem a standardů.

Normy souboru ISO vznikly v roce 1987 jako syntéza zkušeností vícerých popředních firem, které upravila Technická komise ISO 176 do normativní podoby. V roce 1994 byly tyto normy na základě nových poznatků přepracované a v roce 2000 revidované. 15. listopadu 2008 byla vydána nová norma ISO 9001:2008, která nahradila normu ISO 9001:2000. Během přechodného období, které končí datem 14.11.2010 jsou v platnosti obě verze této normy. Po tomto datu se stanou všechny certifikáty vydané podle normy 9001:2000 neplatnými.

Slovenský ústav technické normalizace (SÚTN) publikoval čtvrté vydání mezinárodní normy ISO 9001:2008 jako normu STN EN ISO 9001:2009. Tento dokument je v současné době používán jako základ systému manažerství kvality v kompetentní organizaci. Poprvé byla na Slovensku oficiálně přijata norma STN ISO 9001 v únoru 1991 ještě pod jiným názvem: „Systém kvality. Model zabezpečování kvality při navrhování, vývoji, výrobě, uvádění do provozu a servise“. Od svého počátku mezinárodní technická norma ISO 9001 prošla výraznými změnami a proto je přirozené, že získané zkušenosti s její aplikací přinesli nejenom částečnou změnu filozofie kvality, kterou je změna z prvkového na procesní přístup. Změnil se i obsah některých termínů a činností. Postupně se technická mezinárodní norma

ISO 9001 stala globálnym kritériom schopnosti na zabezpečovaní požadavkov na kvalitu a jejích uplatňovaní v činnostech směřujícím k uspokojování svých zákazníků ve vztahu dodavatele k odběrateli. Norma STN EN ISO 9001:2009 neobsahuje žádné nové požadavky v porovnání s předchozím vydáním STN EN ISO 9001:2001, které nahrazuje, ale poskytuje řadu vysvětlení založené na osmiletých zkušenostech se zavedenými požadavky na systémy manažerství kvality v praxi na celém světě a uvádí změny s úmyslem zlepšit spojitost s normami na systémy environmentálního manažerství STN EN ISO 14001:2005.

Navzdory faktu, že ISO normy souboru 9000 se stali v mnohých organizacích jakousi „biblí kvality“, různé audity, diskuze, semináře a publikace naznačují, že v praxi ještě pořád existují jisté terminologické a aplikační nedorozumění. Proto je důležité postupně vyjasňovat některé frekventované nepřesnosti a přispět tak k objektivizaci názorů na aplikaci systémů manažerství kvality. Aktuálně platná verze normy ISO 9001:2009 čerpá z množství reakcí a materiálů, včetně důvodové zprávy a systematické prověrky vykonané příslušnou technickou komisí ISO, z jejích celosvětového průzkumu a z jiných údajů získaných z průzkumů na národních úrovních. Podle vyjádření Alana Brydena, generálního sekretáře ISO je revidovaná mezinárodní norma ISO 9001 konsekvencí strukturovaného procesu, který klade důraz na potřeby těch, kteří ji používají a na vhodné výsledky a užitky z revizí norem. Je výstupem z rigorózního průzkumu, norma potvrzuje svoji vhodnost pro použití jako mezinárodní kritérium na manažerství kvality.³⁵

7.3.2.2 Podstata norem souboru ISO 9001

Spokojenost klienta je považovaná za základní hnací kritérium pro jakoukoliv organizaci. Aby bylo možné posoudit, jestli produkt splňuje potřeby a očekávání zákazníka, je nutné monitorovat úroveň jeho spokojenosti a přijmout vhodné opatření, v případě, že není spokojený.

³⁵ Lakatoš, P. Nové vydanie normy 9001, http://www.unms.sk/?nove_vydanie_normy_9001, 11.12.2008

Certifikace je často využívaná ve veřejném i soukromém sektoru na zvýšení důvěry v produkty a služby, které poskytují certifikované orgány svým obchodním partnerům, při výběru dodavatelů v dodavatelských řetězcích a při získávání kontraktů při veřejném obstarávání. Do prosince 2007 získalo 951 486 organizací certifikát podle ISO 9001:2000.³⁶

Soubor norem ISO 9000 vznikl jako nástroj systematického zabezpečování stabilní kvality výrobků a služeb a jako nástroj překonávání technických překážek v obchodu sjednocováním, zdokonalováním a zpřehledněním způsobu zabezpečování kvality pro potřeby hodnocení.

Norma ISO 9000 opisuje základní systémy manažerství kvality a specifikuje terminologii systémů manažerství kvality.

ISO 9001 specifikuje požadavky na systém manažerství kvality tam, kde organizace potřebuje prokázat svoji schopnost poskytovat produkty, které splňují požadavky zákazníka a platných předpisů a zaměřuje se na zvyšování spokojenosti zákazníka.

Norma ISO 9004 poskytuje návod, který bere v potaz jak efektivnost, tak i účinnost systému manažerství kvality. Cílem této normy je zlepšování výkonnosti organizace, spokojenosti zákazníků a dalších zainteresovaných stran. ISO 19011 poskytuje návod na audit systémů manažerství kvality a enviromentálního manažerství. OHSAS 18001 hodnocení ochrany zdraví a bezpečnosti při práci udává požadavky na systém manažerství Bezpečnosti a ochrany zdraví při práci (BOZP), s cílem zlepšit výkonnost organizace a umožnit řídit a vyhodnocovat rizika.

Normy souboru ISO 9001 poskytují organizacím příležitost zvýšit hodnotu svých činností a trvale zlepšovat svoji výkonnost tím, že zaměří svoji pozornost na hlavní procesy. Normy zdůrazňují úzké vazby mezi systémy manažerství kvality a procesy v organizacích a zdůrazňují potřebu trvalého zlepšování. Výsledkem má být orientování její uživatelů směrem k dosahování podnikatelských úspěchů včetně spokojenosti zákazníků a zainteresovaných stran. Z tohoto důvodu by měl management organizace realizaci systému manažerství kvality chápat jako výhodnou a ziskovou investici a ne jenom jako certifikační požadavek.

³⁶ Lakatoš, P. Nové vydanie normy 9001, http://www.unms.sk/?nove_vydanie_normy_9001, 11.12.2008

7.3.3 Certifikace podle normy ISO 9001 v ambulantním zdravotnickém zařízení

Certifikace manažerství kvality ve zdravotnictví podle ISO normy je obrazem snahy povýšit pracovní procesy a poskytované služby na vyšší standard. Je potřeba si uvědomit, že ne vždy je možná dostatečná sebereflexe a ne každý se dokáže dívat na sebe dostatečně kritickým okem. Certifikace slouží nejenom k objektivizaci aktuálního stavu managementu kvality poskytovatele, ale i k nalezení možných cest k dalšímu zlepšování. Cestou k dosažení tohoto cíle je implementace systému manažerství kvality a návodem je mezinárodní norma ISO 9001 : 2000, která našla místo v mnohých odvětvích včetně oblasti zdravotnictví.

Základním pilířem řízení je strategie. Bez ní je řízení jenom pokusem, který s velkou pravděpodobností skončí neúspěchem. Zvláště v oblasti řízení tak významných organizací, jako jsou zdravotnická zařízení, by měla být jasná představa o tom, kam směřovat a jakým způsobem dosáhnout stanovených cílů. Základním cílem by mělo být vybudování organizačních služeb, struktur a procesů jako celku. Současně by měla být vyvíjena snaha o vytvoření pozitivní kultury vztahů v organizaci i navenek – vybudování firemní kultury. V rámci budování systému manažerství kvality je nutné definovat kvalitu v spojitosti s její měřitelností. Přirozenou součástí této snahy je proces certifikace a akreditace.

Proces certifikace má dvě etapy – přípravnou a certifikační. Je potřeba si uvědomit, že zákon zakazuje certifikační společnosti připravovat na certifikaci společnost, u které by měla vykonat certifikační audit. Je to proto, aby byla dosažena nezávislost a aby nedošlo ke konfliktu zájmů.

Celou přípravu systému manažerství kvality si může podle normy ISO 9001 zrealizovat organizace sama. Vzhledem k faktu, že většina organizací nemá zkušenosti z této oblasti, příprava může být obtížná a zdlouhavá a nelze mít jistotu, že zavedený systém kvality ve zdravotnickém zařízení bude v souladu se všemi požadavky dané normy a že certifikace bude úspěšná. Příprava může být realizována i formou spolupráce se specializovanou externí společností, která systém manažerství kvality komplexně vybuduje a připraví k certifikaci. Výhodou jsou bohaté praktické zkušenosti, které mohou přispět k vylepšení stavu a fungování společnosti. Kvalifikovaná příprava zaručuje lepší systémovou shodu a zlepšuje šanci na úspěšné absolvování certifikačního auditu a získání certifikátu.

System manažerství kvality je potřeba vybudovat a nastavit tak, aby byl přehledný, snadno ovladatelný a efektivní. Současně by měl zachovat procesy, které společnosti přináší efekt a měli by být identifikovány procesy, které jsou ve společnosti rizikové nebo problematické. Rozsah dokumentace by měl odpovídat velikosti a typu zařízení tak, aby zavedený systém manažerství kvality nebyl pro zaměstnance přítěží, ale jistotou, že procesy, pravomoci, odpovědnosti jsou stanoveny s cílem zefektivnění celkového fungování společnosti. Již během přípravního procesu je důležitá komunikace se zaměstnanci, aby si byli vědomi výhod i nevýhod systému manažerství kvality.

Přínosy zavedení systému manažerství kvality ISO 9001 lze shrnout v následujících bodech:

- získání uznávaného dokladu o kvalitě poskytovaných služeb
- soulad s legislativními předpisy (pracovní smlouvy, smlouvy o pronájmu, apod.)
- úspora nechtěných nákladů (např. vyloučení případných sankcí a penále)
- konkurenční výhoda (zvýšení důvěryhodnosti u klientů)
- zvýhodnění při platbách zdravotních pojišťoven (výhledově v budoucnu)
- zmapování požadavků na zdravotnické zařízení (možnost delegování činností na zdravotnický nebo jiný personál)
- sběr a analýza údajů, aplikace nástrojů na zlepšování společnosti
- dokumentace používaných pracovních, technologických postupů a procesů
- motivace pracovníků k lepším výkonům a ke kvalitní práci
- zlepšení úrovně komunikace uvnitř společnosti, komunikace s klienty a dodavateli
- eliminace možných chyb a jejich okamžité odstranění

7.3.4 Postup při zavádění systému manažerství kvality podle ISO normy řádu 9001

1. krok

- rozhodnutí o implementaci systému manažerství kvality
- získání úvodních informací o systému manažerství kvality podle příslušné ISO normy
- poskytnutí základních informací o společnosti ze strany managementu společnosti konzultantovi nebo agentuře
- návrh způsobu spolupráce a smluvních podmínek

2. krok

- získávání podrobných informací o společnosti a dosavadním systému řízení
- prověření současného stavu dokumentace a záznamů v rámci činnosti společnosti
- určení manažera kvality v společnosti, určení konkrétních lidí na spolupráci

3. krok

- určení a zdokumentování procesů společnosti
- zpracování návrhu dokumentace (Politika kvality, Příručka kvality, organizační směrnice, postupy, formuláře, technologické a bezpečnostní předpisy, interní směrnice)
- připomínkování procesů, odsouhlasení procesů
- připomínkování dokumentace odsouhlasení dokumentace

4. krok

- školení pracovníků o procesech a dokumentaci k systému manažerství kvality
- zavedení systému manažerství kvality do praxe
- dodatečné úpravy dokumentace a procesů podle potřeby vyplývající ze zavedení do praxe
- školení interních auditorů

5. krok

- interní audity
- odstraňování zjištěných nedostatků

6. krok

- příprava na certifikační audit
- certifikační audit
- vydání certifikátu kvality

7.3.5 Certifikace ISO kvalitu automaticky nezaručují

V oblasti zdravotnictví by pacient jako klient přijímající služby od poskytovatele zdravotní péče měl požadovat, aby byl jejich dodavatel nejen „ISO certifikován“, ale především aby byl reálně schopen poskytovat své služby na dohodnuté úrovni. Dodavatel

musí nabídnout jasné kontrolní mechanismy, které kvalitu dlouhodobě ohlídnají. Vlastnictví ISO certifikace totiž není automaticky zárukou toho, že se poskytovatel opravdu drží procesů, které zajišťují dodávku kvalitních služeb. Mnohdy jsou bohužel ISO certifikáty získávány značně neprůhledným způsobem. Případné dodržování mechanismů kontrolujících kvalitu skončí v okamžiku obdržení příslušné certifikace. Takový certifikát kvality má pak pro klienta hodnotu papíru, na kterém je vytištěn – tedy velmi nízkou.³⁷

7.3.6 Proč je ISO certifikace neoblíbená

Navzdory velikému boomu certifikací podle ISO norem v poslední době je potřeba konstatovat, že se často stávají jenom formálním doplňkem a ne přirozenou součástí systému řízení organizací. Příčiny jsou různé. Často dochází k nepochopení, nebo neztotožnění se s podstatou systémů manažerství kvality na úrovni certifikované firmy, někdy i na úrovni certifikující organizace. Přístup auditorských a poradenských firem bývá byrokratický. Problémem může být vytvoření umělého systému vevnitř zaběhnutého systému řízení firmy. Výrazným negativem je neochota firem spolupracovat, pohodlnost pracovníků, nebo nepochopení základních požadavků normy vedoucími pracovníky. Někdy je možné potkat se i s prostým nezájmem dělat věci lépe, s nesprávným obsahem norem, nebo s nesprávnou interpretací jejich požadavků.

7.4 Model výjimečnosti EFQM

Model výjimečnosti EFQM (European Foundation for Quality Management) se používá v Národní ceně SR za kvality. Podobně jako ISO normy využívá principy totálního řízení kvality. Je praktickým nástrojem napomáhajícím organizacím prostřednictvím měření dosáhnout výjimečnosti a pomáhá v hledání nedostatků a podnětů k jejich řešení. „Model je postaven na dosahování dobrých výsledků cestou zapojení všech pracovníků do vykonávání a zlepšování procesů. Klíčovou roli sehrává vůdcovství, politika, strategie, management lidských zdrojů a partnerství. Největší důraz je kladen na princip kontinuálního zlepšování týkající se všech podnikových činností, které je možné dosáhnout pomocí dostupných

³⁷ Radecky, A. Certifikace ISO kvalitu automaticky nezaručují, <http://businessworld.cz/reseni-a-realizace/certifikace-iso-kvalitu-automatically-nezarucuji-2619>, 15.10.2009

moderních manažerských metod a osvědčených praktik.“³⁸ Dosahováním spokojenosti všech zájmových skupin by organizace měla zvyšovat pravděpodobnost dosahování dobrých klíčových výsledků vlastní činnosti a uspokojování vlastníků a finančně zainteresovaných stran.

³⁸ Model výnimočnosti EFQM, <http://www.ssk.sk/index.php?zobraz=ehtml&idmenu=79>, 27.2.2011

8. IMPLEMENTACE A MANAGEMENT SYSTÉMU KVALITY V PROSTŘEDÍ NESTÁTNÍHO ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ DERMATOVENEROLOGICKÉ AMBULANCE

8.1 Metodika

Kvalita je kategorie, která v kvantitativních i kvalitativních pojmech popisuje úroveň poskytované péče nebo služeb. Kvalita se skládá ze dvou částí. Jedna část je kvantitativní - měřitelná, druhá část je kvalitativní, vycházející z hodnotového systému. Kvalita není absolutní veličinou, je relativní. Ke sledování kvality slouží indikátory. Interní indikátory slouží k monitorování a vyhodnocování poskytované zdravotní péče (hledání problémů, návrhy řešení, neustálé zvyšování kvality). Externí indikátory slouží k hodnocení kvality zdravotní péče poskytovatele, příp. porovnávání s jinými poskytovateli.

Vzhledem k faktu, že management rozvoje kvality poskytované zdravotní péče v dermatovenerologické ambulanci sledovaného zdravotnického zařízení a implementace systému kvality v procesu diagnostiky a léčby byla už od počátku vnímána jako komplexní systém, bylo na problematiku nahlíženo z různých úhlů pohledu. Samotná implementace systému kvality a management rozvoje kvality pozůstává z množství povinných nezbytných i dobrovolných opatření.

K měření kvality zdravotní péče v sledovaném zdravotnickém zařízení bylo použito celé spektrum metodologických přístupů - systémová analýza, dotazníkové šetření, odborná analýza, studium dokumentů, screening a metoda případové studie. Část zabývající se implementací systému kvality na základě ISO normy souboru 9001 popisuje krok po kroku potřebné změny spočívající v systémových korekcích filozofie fungování organizace a potřebných opatřeních a poskytuje podrobný návod možného způsobu implementace systému kvality v podmínkách ambulantního zdravotnického zařízení.

Na implementaci systému kvality ale není nahlíženo jenom jako na systémovou změnu fungování organizace. Je potřeba pacientovi poskytnout i dostatečné materiálně-technické zázemí a adekvátní prostory, jelikož v rámci poskytování zdravotní péče je pacientem intenzivně vnímán nejenom samotný léčebný proces, ale i prostředí, ve kterém jsou mu tyto služby nabízeny. V souvislosti se systémem kvality podle ISO normy byly analýze podrobeny statistické ukazatele indikátorů kvality. Statistické metody vyhodnocování byly použity

rovněž při dotazníkovém průzkumu spokojenosti pacientů a při zpracování dat v rámci projektu aktivního vyhledávání rizikových pacientů.

V rámci výzkumu byly zformulovány základní hypotézy:

1. Legislativní prostředí v oblasti kvality zdravotní péče se v ČR a SR liší.
2. Implementace systému kvality je možná i v podmínkách nestátního zdravotnického zařízení typu dermatovenerologické ambulance.
3. Implementace systému kvality ve sledovaném zařízení zlepší péči o pacienty.
4. Zavedení systému kvality zlepší efektivitu zdravotní péče.
5. Zlepšení informovanosti pacientů zvýší jejich compliance a jejich spokojenost.
6. Management rozvoje kvality poskytované zdravotní péče je komplexním souhrnem činností a opatření.
7. Implementace systému kvality je v konečném důsledku přínosem pro všechny strany.
8. V podmínkách ambulance specialistu je možné implementovat systém kvality na základě ISO normy souboru 9001.

8.2 Srovnání českého a slovenského systému hodnocení kvality zdravotní péče

Tabulka č.1: Porovnání institucí se vztahem ke kvalitě péče v ČR a SR

<i>ČESKÁ REPUBLIKA</i>	<i>SLOVENSKÁ REPUBLIKA</i>
Oddělení kvality péče na Ministerstvu zdravotnictví ČR Pracovní skupina pro akreditaci na MZ ČR Spojená akreditační komise Rada pro medicínské standardy Český institut pro akreditaci	Úřad pro normalizaci, metrologii a zkušebnictví Slovenské republiky Slovenský ústav technické normalizace Slovenská národní akreditační služba
	Úřad pro dohled nad zdravotní péčí

Při analýze zdravotnického zařízení, zejména jedná-li se o výzkum týkající se kvality poskytované zdravotní péče je vždy potřeba vždy znát legislativní prostředí, ve kterém subjekt působí a uvědomit si jeho specifika. Při porovnání systému kvality v oblasti zdravotnictví v České republice a na Slovensku lze pozorovat organizační i legislativní rozdíly (tab. č.1). Zajímavým příkladem je existence Úřadu pro dohled nad zdravotní péčí ve Slovenské republice. V České republice existuje Spojená akreditační komise ČR, která je specializovaným akreditačním orgánem pro oblast zdravotnictví, i když se specializuje spíše na akreditaci nemocničních provozů. Na Slovensku ekvivalent podobné nezávislé instituce zatím chybí. Podobně jako v ČR, i na Slovensku existuje řada certifikačních organizací, které provádí certifikace systémů kvality podle ISO norem. Tyto organizace musí být pro certifikační činnost akreditovány státními institucemi.

V ČR i SR je k certifikaci využíván model certifikace podle norem ISO. V České republice je využíván zejména ambulantními zdravotnickými zařízeními, na Slovensku je vzhledem k absenci ekvivalentu v ČR již zavedené Spojené akreditační komise v hojně míře využíván i k certifikaci nemocnic. V obou krajinách nachází v oblasti zdravotnictví v menší míře uplatnění i tzv. model výjimečnosti EFQM.

8.3 Charakteristika sledovaného zdravotnického zařízení

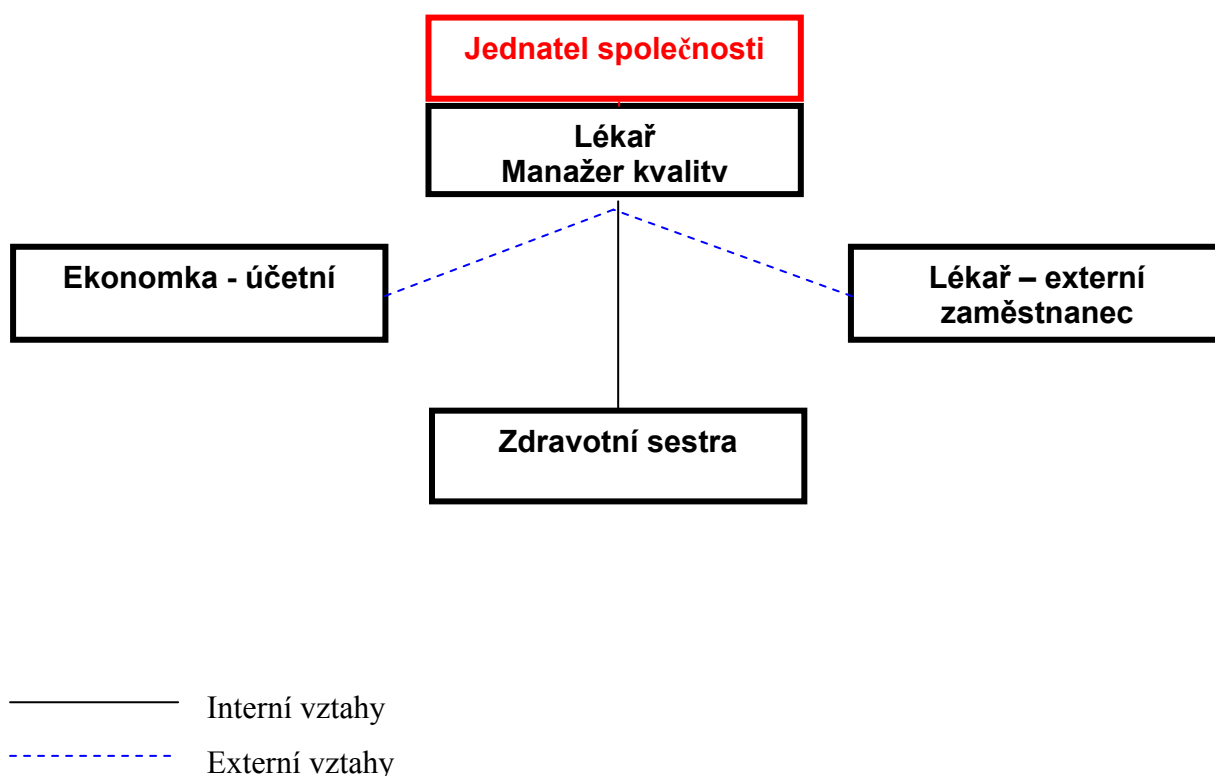
Sledované zdravotnické zařízení CUTIS s.r.o. je nestátní zdravotnické zařízení poskytující ambulantní zdravotní péči v oboru dermatovenerologie v Štúrově. Štúrovo je nejjihněji ležícím městem na Slovensku. Leží na levém břehu řeku Dunaj na slovensko-maďarské hranici v západní části krajiny, ve vzdálenosti přibližně 150 kilometrů jihovýchodně od Bratislavy. Štúrovo je především koupelným a turistickým městem, termální koupaliště s kapacitou téměř 10 000 návštěvníků je známé v širokém okolí i v zahraničí.

Ambulance sídlí v pronajatých prostorách budovy městské polikliniky. V budově polikliniky sídlí ambulance praktických lékařů i lékařů téměř všech lékařských odborností. V prostorách polikliniky je v provozu i radiodiagnostické a ultrazvukové pracoviště, pracoviště mamografie, pracoviště léčebné rehabilitace, biochemické laboratoře i lékárny. Budova polikliniky má zajištěný bezbariérový přístup. V prostorách polikliniky jsou provozovány celkově dvě dermatovenerologická ambulance. Spádová oblast Štúrovska je cca 40 000 obyvatel, ale ambulanci navštěvují i pacienti ze vzdálenějších oblastí. Velice dobrá je

spolupráce s Dermatovenerologickým oddělením Fakultní nemocnice s poliklinikou v Nových Zámkách, které zajišťuje nemocniční péči pro pojištěnce regionu. Prostory dermatovenerologické ambulance CUTIS s.r.o. jsou umístěny v 1. patře budovy. Prostory pozůstávají z 5 místností. Ze samostatné čekárny lze vstoupit do zákrokové místnosti, nebo do ambulantní převazovny. Z převazovny lze pokračovat do ambulance lékaře. V zadní části prostor je denní místnost.

CUTIS s.r.o. má právní formu společnosti s ručením omezeným. Jednatel společnosti je i zaměstnancem – lékařem, a rovněž manažerem kvality. Na trvalý pracovní poměr je zaměstnána jedna zdravotní sestra. Firma má ještě dva externí zaměstnance. Další lékařka pracuje v omezeném rozsahu v rámci dohody o vykonané práci. Stejnou formou pro společnost pracuje i účetní – ekonom. Servisní služby – úklid a likvidace zdravotnického odpadu jsou realizovány dodavatelskou formou (obr. č.3).

Obrázek č.3: Organizační schéma společnosti CUTIS s.r.o.



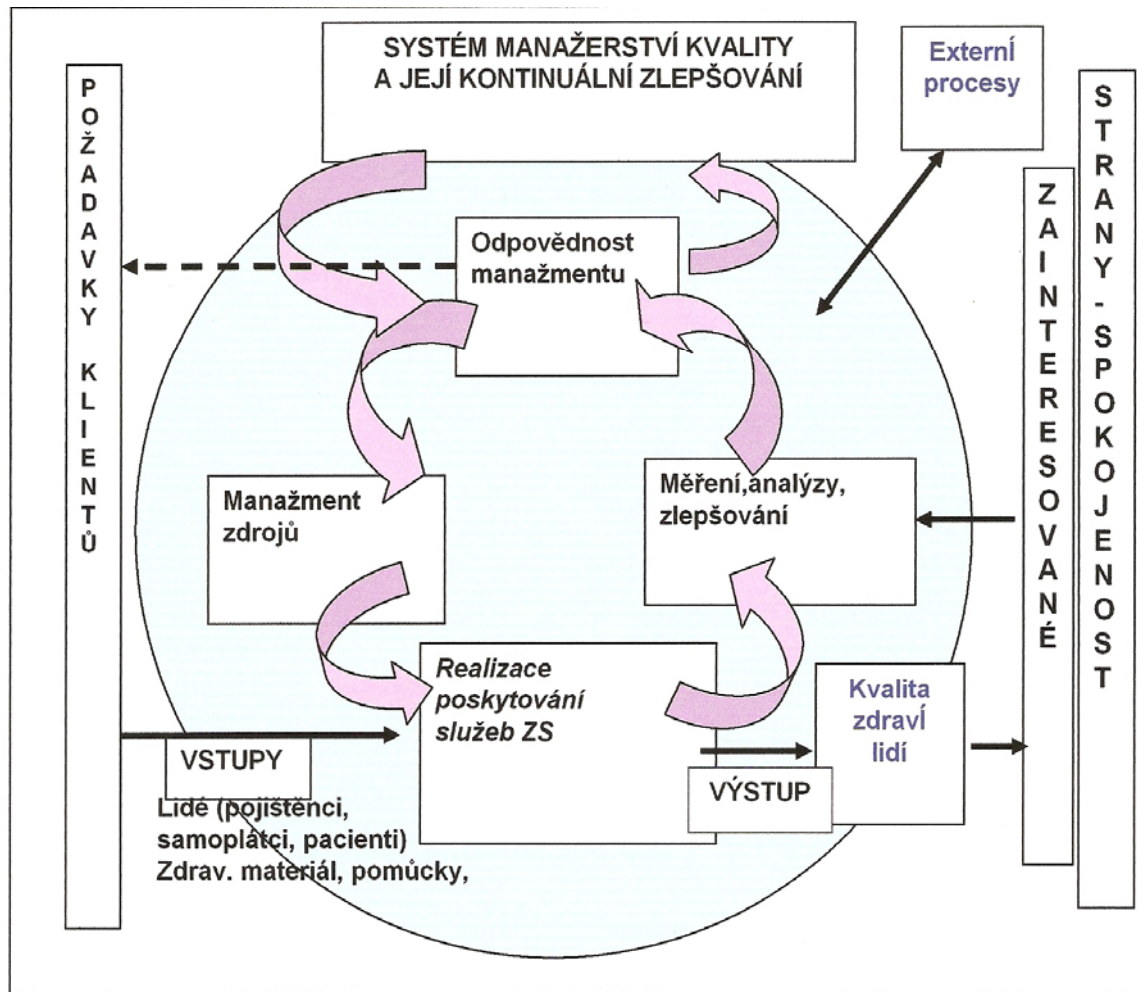
Spektrum ošetřovaných pacientů je široké – od novorozenců až po pacienty v důchodovém věku. Ambulantní činnost je vykonávána všechny pracovní dny v prostorách ambulance. Na provoz ambulance mají výrazný vliv dvě regionální specifika týkající se struktury pacientů.

Štúrovo je významnou turistickou destinací. Město zejména v letním období navštěvují tisíce turistů, značná část z nich v rámci dovolenkových pobytů. Proto zejména v letním období jsou v ambulanci vyšetřováni sezónní rekreatanti nejenom z celého území Slovenské republiky, ale i ze zahraničí – většinou z České republiky, Německa a Polska.

Další specifikum souvisí s geografickou polohou města, ekonomickou situací v regionu, poměrně vysokou nezaměstnaností a omezenou možností zaměstnání. Štúrovo je pohraničním městem, které spojuje s Maďarskou republikou most přes řeku Dunaj. Vzhledem ke skutečnosti, že většina obyvatel regionu se hlásí k maďarské národnosti, resp. dobře ovládá maďarský jazyk, mohou využít mnohem lepší možnosti zaměstnání, které nabízí průmyslové parky v Maďarské republice. Z tohoto důvodu je v regionu veliký počet tzv. europojištěnců. Jedná se o pojištěnce, kteří jsou občany Slovenské republiky, ale pracují v zahraničí a v zahraničí rovněž platí zdravotní pojištění. Tito pojištěnci mají nárok na zdravotní péči ve stejném rozsahu, jako jiní občané Slovenské republiky, ale systém vykazování zdravotním pojišťovněm je poněkud odlišný.

Aplikací procesního principu lze poskytování zdravotní péče v ambulanci specialistu charakterizovat jako proces transformace a využití vstupů na výstupy, přičemž procesem je samotné poskytování zdravotní péče.

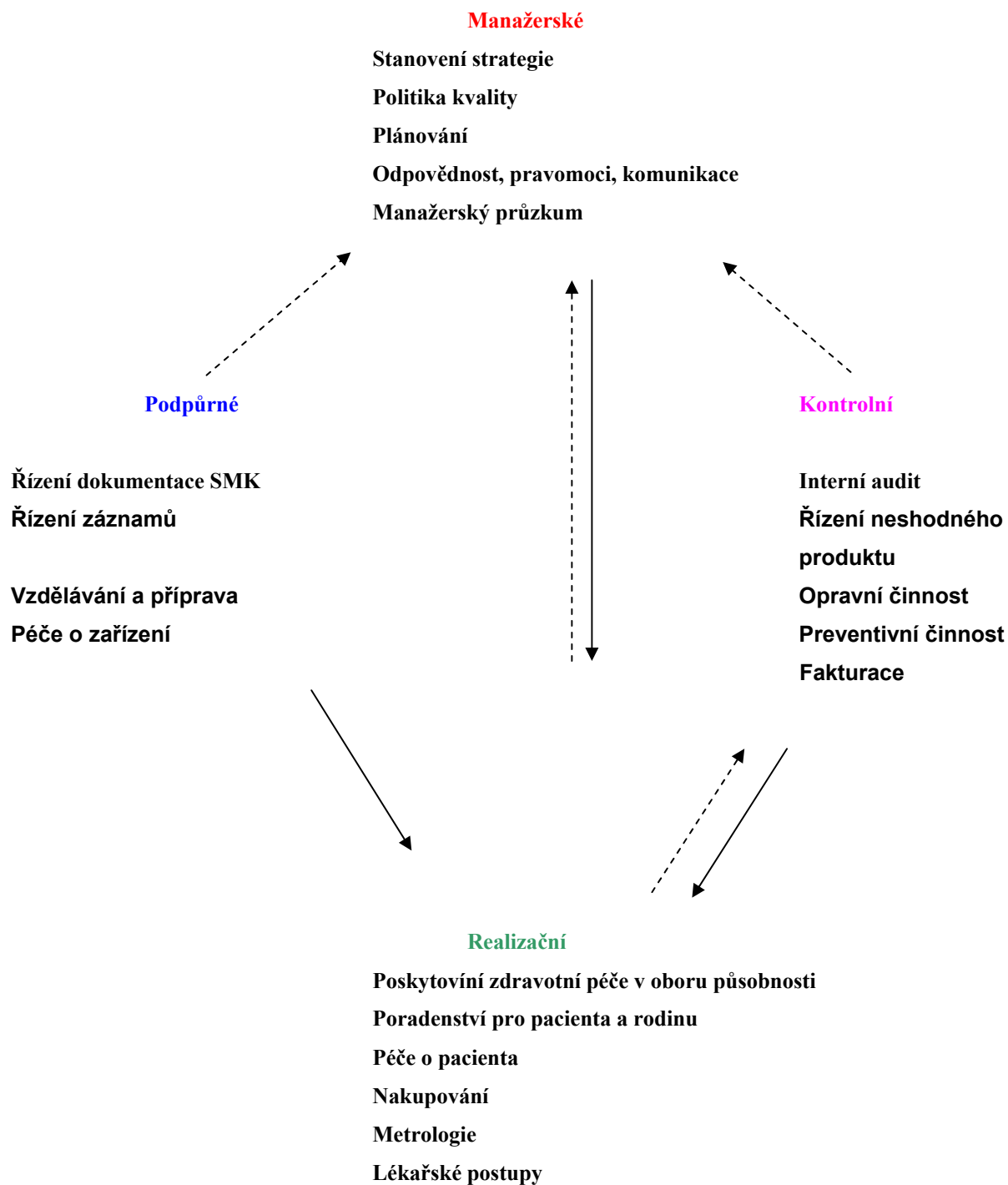
Obrázek č.4: Interakce procesů v systému manažerství kvality



Při vypracovávání, zavádění a zlepšování efektivity a účinnosti systému manažerství kvality byl přijat procesní přístup (obr. č. 4). Pod procesním přístupem se rozumí aplikace systémů procesů v rámci organizace, přičemž jsou tyto procesy identifikované, stanovují a využívají se jejich interakce a zabezpečuje se jejich manažerství.

Syntézu skupin procesů a vzniklý funkční systém manažerství kvality v nestátním zdravotnickém zařízení zobrazuje následující schéma (obr. č. 5).

Obrázek č.5: Interakce činností a procesů v rámci organizace



-----> tok informací

————> usměrnění na vykonání činnosti

Realizace produktu v nestátním zdravotnickém zařízení CUTIS s.r.o. je předem plánovaná. Plánováním je specifikováno, které procesy je potřeba identifikovat, jaká dokumentace má být vypracována a jaké zdroje je potřeba pro daný produkt zabezpečit. Produkt je vytvářen realizačními procesy, které vytváří přidanou hodnotu. Podpůrné procesy přidávají hodnotu nepřímo. Celé plánování vychází ze stanovených cílů a požadavků na výsledek poskytnuté zdravotní služby.

Produktem v sledovaném zdravotnickém zařízení je příjem, vyšetření a léčba pacienta. Ambulance vykonává léčebné a preventivní služby pozůstávající z procesů a činností stanovených sazebníkem zdravotního pojištění a proplácených zdravotními pojišťovnami. Kromě primárních činností související s realizací produktu jsou vykonávány i další činnosti, které s realizací produktu nepřímo souvisí, jako např. objednání pacienta, nebo fakturace výkonů zdravotním pojišťovnám.

Celý základní proces poskytování služby a realizace produktu je systematicky znázorněn v příloze č. 1, která poskytuje i přehled stanovených vstupů a výstupů, záznamů, odpovědností a spolupráce. Při příchodu pacienta převezme zdravotní sestra od pacienta průkaz pojištěnce. Jedná-li se o již evidovaného pojištěnce, vyhledá sestra podle jména a rodného čísla zdravotní dokumentaci pacienta. V případě, že se jedná o nového pacienta, založí sestra novou zdravotnickou dokumentaci a zaeviduje pacienta v počítačovém systému ambulance. Sestra pak pozve pacienta následujícího v pořadí do ambulance. Pacient definuje subjektivní potíže, opisuje příznaky. Lékař vnímá informace od pacienta, klade doplňující otázky v rámci anamnestického šetření a vede lékařskou dokumentaci. Následně lékař vykoná vyšetření pacienta, provede syntézu a analýzu objektivního nálezu s ohledem na subjektivní potíže, vykoná záznam a určí příčinu onemocnění. Na základě získaných informací stanoví lékař pracovní diagnózu. V případě, že je možné jednoznačně určit diagnózu a nejsou-li potřebná další vyšetření, určí lékař diagnostický a terapeutický plán. Jestli není možné diagnózu jednoznačně stanovit, určí se diferenciální diagnóza a rozhodne se o potřebných doplňkových vyšetřeních pacienta. V případě potřeby následuje objednání na odběr, odeslání k praktickému lékaři, nebo k jinému odbornému specialistovi. Je určen diagnostický a terapeutický plán. V dalším kroku je pacient v případě potřeby ošetřen, poučen o charakteru o onemocnění, rizikách, o průběhu léčby a o pravděpodobnosti vyléčení. Lékař stanoví pacientovi termín a způsob kontroly. Pacient by se měl řídit pokyny a doporučeními lékaře.

Lékař sepíše lékařský nález, případně doporučení. Pacient by měl podklady odevzdat svému praktickému lékaři, případně jinému odbornému specialistovi.

8.4 Zavádění systému kvality v dermatovenerologické ambulanci

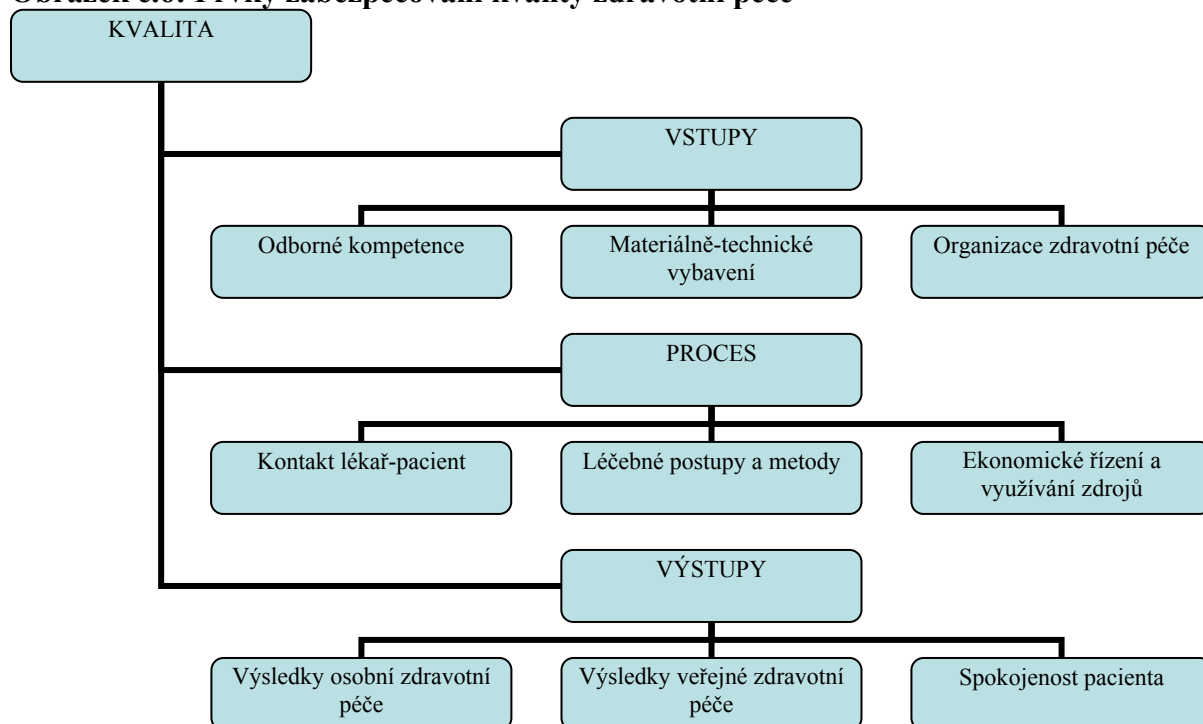
Pod zabezpečením kvality rozumíme všechny plánované a systematické činnosti využívané v systému řízení kvality potřebné k získání přiměřené důvěry, že služba bude splňovat požadavky na kvalitu.

Prvním krokem k implementaci managementu systému kvality je pevné rozhodnutí potřebné změny realizovat a identifikovat se s cíly této filozofie. Poskytovatel by se měl seznámit se základy manažerství kvality studijní formou, nebo ještě lépe formou specializovaných školení, na kterých je možnost diskuze a okamžitého vyjasnění si případných problematických bodů. V ideálním případě by se měli s plánovanou strategií seznámit všichni zaměstnanci zdravotnického zařízení ještě před zahájením implementace změn v organizaci.

Skutečnost, že proces poskytování zdravotní péče v ambulanci specialistu a na ni navazující implementaci systémů kvality a jejich sledování je potřeba chápat z komplexního hlediska byl zohledněn i ve filozofii sledované instituce. Snahou je sledovat proces poskytování zdravotní péče z různých úhlů pohledu, z ambicí odhalit možná úskalí implementace systémů kvality z pozice poskytovatele zdravotní péče, z pozice pacienta, i z pozice objednavatele zdravotní péče (obr. č. 6).

Sledování kvality zdravotní péče je složitý proces, a proto má důležitý význam různorodost pohledů. Výsledky zdravotnické (zlepšování zdravotního stavu pacientů) jsou nejdůležitější, ale svůj význam má i účinnost, efektivnost nákladů, přístup zaměřený na pacienta, atd.

Obrázek č.6: Prvky zabezpečování kvality zdravotní péče



Vedení nestátního zdravotnického zřízení CUTIS s.r.o. přijalo strategické rozhodnutí vybudovat systém manažerství kvality podle STN EN ISO 9001:2001 na činnost poskytování zdravotní péče v nestátním zdravotnickém zařízení v oboru dermatovenerologie. Požadavky na tento systém jsou obsaženy v STN EN ISO 9001:2001, obsah normy je možné využít při interní aplikaci v rámci organizace i na certifikaci, soustřeďuje se na efektivnost systému manažerství kvality při plnění požadavků zákazníka.

Program implementace systému kvality je vyjádřen v dlouhodobé vizi firmy:

1. Vypracování plánu zavádění systému kvality, vypracování příručky kvality a její postupná implementace do praxe s **cílem získání certifikátu kvality** dle STN EN ISO 9001:2001.
2. Kontinuální vzdělávání zaměstnanců a jejich aktivní účast na zavádění a zlepšování systému kvality.
3. Zdůraznění významu prevence, zavedení metody aktivního vyhledávání rizikových pacientů.
4. Zlepšení compliance pacientů zavedením informačních letáků k nejčastějším diagnózám.
5. Získání zpětné vazby zavedením dotazníku spokojenosti pacientů a jeho pravidelné vyhodnocování.

6. Zavedení indikátorů kvality.
7. Zlepšení prostorového, materiálního a technického vybavení ambulance.

8.4.1 Požadavky na dokumentaci

Pro implementaci systému kvality je potřebné definovat a zavést potřebné dokumenty, formuláře a postupy pro zavedení systému kvality poskytovatele zdravotní péče. Zavedený systém manažerství kvality obsahuje vyhlášení politiky, cílů a úkolů společnosti, příručku kvality, zdokumentované postupy řízení procesů a potřebné záznamy (tab. č. 2).

Tabulka č.2: Struktura dokumentace organizace

Úroveň	Management	Interní dokumentace	Externí dokumentace
I.	Top management	Příručka kvality Kodexy Stanovy Vize Politika Strategie	Ústava republiky Zákony Zákoníky Nařízení vlády
II.	Střední management	Cíle Standardy procesů Směrnice Metodické pokyny Příkazy statut. zástupců Plány Programy Projekty	Normy Metodiky
III.	Ostatní	Pracovní instrukce Pracovní pokyny Návody (Guidelines) Vzory formulářů Protokoly Záznamy Výroční zprávy	

Zásadní strategický význam má definování politiky kvality firmy. Určování politiky kvality musí vycházet z celkové obchodní, technické a ekonomické strategie společnosti. Základem pro její stanovení je identifikace potřeb klientů a zainteresovaných stran, analýza vlastní schopnosti plnit požadavky, celková analýza společnosti a možnosti zlepšování systému manažerství kvality. Politika kvality musí obsahovat závazky plnit tyto požadavky a trvale se snažit o zlepšování systému manažerství kvality. Důraz musí být kladen na srozumitelnost a obeznámení všech pracovníků s politikou kvality.

8.4.2 *Definice politiky firmy*

CUTIS s.r.o. – Politika firmy:

1. Kvalitu chápeme jako systematický a komplexní soubor činností, které zabezpečí spokojenost našich klientů – pacientů.
2. Kvalita naší práce je i v prevenci.
3. Zvyšující se nároky pacientů monitorujeme a vnímáme.
4. Pro kvalitnější poskytování zdravotní péče se od každého zaměstnance vyžaduje kontinuální vzdělávání v oboru.
5. Požadavky pacientů zohledňujeme od samého začátku, od vstupu do ordinace.
6. U nás může pacient říci, co cítí.
7. Všichni zaměstnanci se snaží o kontinuální zlepšování efektivnosti systému řízení kvality.

S politikou kvality jsou obeznámeni všichni zaměstnanci ambulance, je zveřejněná a naplňování jejích zásad je povinností každého zaměstnance.

8.4.3 *Primární cíle kvality*

V souvislosti s politikou firmy a procesem zavádění systému kvality je důležité stanovení cílů kvality na jednotlivá období.

V politice kvality firmy CUTIS s.r.o., která přímo souvisí s budováním systému řízení kvality a jeho přípravou na certifikaci podle STN EN ISO 9001, byly stanoveny tyto cíle a úkoly kvality:

1. Zavedení systému řízení kvality a příprava certifikačního auditu.
Úkol: Vypracování příručky kvality.
2. Zvýšení prezentace ambulance pro širší počet klientů.
Úkol: Rozšíření spektra poskytovaných výkonů.
3. Sledování dění v odborné oblasti a oblasti legislativy.
Úkol: Pravidelná účast na setkáních a školeních dermatologů.

8.4.4 Příručka kvality

Struktura systému manažerství kvality byla stanovena podle požadavků normy STN EN ISO 9001:2001. Tím vznikl systém manažerství kvality, kterého způsoby fungování a neustálého zlepšování popisuje příručka kvality. Struktura systému manažerství kvality odpovídá i struktura samotné příručky kvality. Příručka je členěná na kapitoly, přičemž označování kapitol koresponduje se systémem manažerství kvality a jednotlivé kapitoly obsahují popis plnění konkrétních požadavků systému. Číslování kapitol odpovídá dané ISO normě, každá kapitola je přehledně členěná do podkapitol. Jednotlivé části a kapitoly jsou zpracovány lékařem v spolupráci se zdravotní sestrou. Za vydání a udržování aktuálního stavu příručky odpovídá lékař, který potvrzuje schválení celé příručky podpisem 2. titulní strany.

Obsah příručky kvality CUTIS s.r.o.:

1. Obsah příručky kvality
2. Pojmy a zkratky
3. Vznik a historie zdravotnického zařízení
4. Systém manažerství kvality
 - 4.1 Příručka kvality
 - 4.2 Řazení dokumentů
 - 4.3 Řazení záznamů
5. Odpovědnost managementu
 - 5.1 Závazek managementu
 - 5.2 Zaměření se na zákazníka
 - 5.3 Politika kvality
 - 5.4 Plánování
 - 5.5 Odpovědnost, pravomoc a komunikace
 - 5.6 Prozkoumání managementem

- 6. Manažerství zdrojů
 - 6.1 Poskytování zdrojů
 - 6.2 Lidské zdroje
 - 6.3 Infrastruktura
 - 6.4 Pracovní prostředí
- 7 Realizace produktu
 - 7.1 Plánování realizace produktu
 - 7.2 Procesy týkající se zákazníka
 - 7.3 Návrh a vývoj
 - 7.4 Nakupování
 - 7.5 Výroba a poskytování služeb
 - 7.6 Řízení přístrojů na monitorování a měření
- 8 Měření, analýza a zlepšování
 - 8.1 Obecně
 - 8.2 Monitorování a měření
 - 8.3 Řízení neshodného produktu
 - 8.4 Analýza údajů
 - 8.5 Zlepšování

Změny v příručce vykonává lékař v případě změn průběhu popsaných činností, při změně legislativy, apod. Každý dokument, který se stává součástí příručky kvality, musí být schválen podpisem lékaře a označen datem vydání. Následně podléhá změnovému řízení a podle charakteru musí být evidovaný. Neaktuální dokumenty musí být staženy z používání, archivované a skartované. Za tyto činnosti odpovídá autor, resp. vydavatel dokumentu. Dokumentace podléhá řazení, běžným řadícím dokumentem vydávaným v ambulanci je pokyn nebo oznámení lékaře, který slouží k informování zdravotnického personálu ambulance nebo pacientů a schvaluje ho lékař. Řazení dokumentace (postupů, diagnostických a terapeutických návodů, brožur, nařízení, platných zákonů) používané v zdravotnickém zařízení je řešeno způsobem její evidence a používáním, je-li pro výkon služeb poskytování zdravotní péče jakkoliv prospěšná.

V sledovaném zdravotnickém zařízení bylo potřeba uskutečnit v souvislosti se zaváděním systému kvality několik změn ve vedení zdravotnické dokumentace. Podle platné legislativy je nutné kromě data vyšetření v lékařském nálezu evidovat i čas vyšetření.

Samozřejmostí musí být dostatečný rozsah a odpovídající struktura lékařského nálezu a lékařské správy, kde kromě data a času musí být popsáno nynější onemocnění, důležité anamnestické údaje, subjektivní a objektivní nález a terapie.

Důležitým prvkem je sledování legislativy týkající se zdravotnického zařízení. Aktuální změny v legislativě sleduje personál zdravotnického zařízení z masmédií, internetových stránek Ministerstva zdravotnictví Slovenské republiky, Slovenské lékařské komory, Asociace soukromých lékařů Slovenské republiky a podobně. Lékaři si zjištěné poznatky vyměňují na společných setkáních.

8. 5 Implementace a řízení kvality na úrovni vstupů

8.5.1 *Zlepšování prostorového a materiálně-technického zázemí*

Zlepšování kvality zdravotní péče je možné realizovat nejenom v rovině zavádění systému kvality v rámci certifikace, resp. příprav na certifikaci ve smyslu adekvátní realizace služeb a produktu. Na zlepšení kvality poskytované zdravotní péče má nesporně výrazný význam i to, v jakém prostředí je zdravotní péče realizována a jakého materiálního a technického vybavení je k realizaci péče využito.

Před zahájením změn směřujících ke zvýšení kvality poskytované péče sice zdravotnické zařízení splňovalo základní podmínky k fungování, ale prostory i technické vybavení již zcela neodpovídali moderním nárokům pacientů. Jako nejakutnější se jevila problematika uložení zdravotní dokumentace pacientů, jelikož zdravotní karty pacientů byly archivovány v papírových krabicích uložených na stolech podél stěn ordinace. Proto byla zakoupena kompletní sestava kartotékových skříní, co přispělo nejenom ke zlepšení funkčnosti ambulance, k lepší organizaci zdravotní dokumentace, ale i k lepšímu estetickému dojmu z prostor ordinace (obrázek č.5).

Obrázek č.7: Ordinace lékaře

V rámci dalších kroků směřujících ke zlepšení kvality poskytovaných služeb bylo zakoupeno nové vyšetřovací lůžko, nová klimatizační jednotka, byla provedena výměna oken, v čekárně byly instalovány nové lavičky a informační nástěnka. Obnoveno bylo počítačové a softwarové vybavení ambulance (obr. č.7). V zájmu rozšiřování spektra poskytovaných služeb byli pořízené nové přístroje. Elektrokauter (obr. č. 8) slouží k odstraňování povrchových benigních kožních výrůstků (fibromy). Byl zakoupen biostimulační laser, který má široké využití v terapii akné, jizev, herpetických projevů i kožních defektů různé etiologie.

Obrázek č.8: Přístrojové vybavení ambulance – elektrokauter

Postupně je rozšiřováno i spektrum výkonů. Nově zavedená byla metoda kryalizace tekutým dusíkem. V rámci nadstandardních dermatokosmetických služeb je možné podstoupit chemický peeling, mesoterapii nebo aplikaci výplňových kožních materiálů na bázi kyseliny hyaluronové.

8.5.2 *Kontinuální vzdělávání zaměstnanců*

Systém manažerství kvality zdůrazňuje i potřebu vzdělávání zdravotnických pracovníků. Lékař sestavuje roční plán školení, který by měl obsahovat předběžný seznam vzdělávacích akcí, účastí na výstavách a dalších aktivit směřujících ke zvyšování kompetentnosti zdravotnického personálu. Plán obsahuje i předpokládané finanční náklady na vzdělávací aktivity. Plán je v případě potřeby průběžně doplňovaný a aktualizovaný a každoročně je vyhodnocovaný.

Během let 2008 a 2009 lékaři pracující v dermatovenerologické ambulanci CUTIS s.r.o. absolvovali více než 50 vzdělávacích akcí – regionálních a nadregionálních seminářů, celostátních i mezinárodních kongresů, včetně aktivní účasti formou přednášek s odbornou tematikou.

8.6 Implementace a řízení kvality na úrovni procesu

8.6.1 *Indikátory kvality*

Přijetím procesního principu v nestátním zdravotnickém zařízení se organizace zavázala vykonávat činnosti formou identifikovaných činností – procesů popsanych a zpracovaných v příručce kvality. Pro účely systematického zlepšování řízení systému manažerství kvality byla přijata strategie zlepšování a monitorování efektivnosti poskytování zdravotní péče. Vychází i z požadavků zdravotních pojišťoven, které kladou důraz na pravidelné odevzdávání shromážděných údajů z každodenní činnosti zdravotnického zařízení. Seznam odevzdávaných údajů je stanoven v „Hlášení pro pojišťovny“ vydaném Ministerstvem zdravotnictví Slovenské republiky. Na základě těchto údajů zdravotnické zařízení sleduje svoje indikátory kvality (tab. č. 3). Následná analýza výsledků je podkladem pro přijímání opravních nebo preventivních opatření, které umožňují navrhovat a zavádět průběžná zlepšení v souladu s přijatou vizí a strategií zdravotnického zařízení.

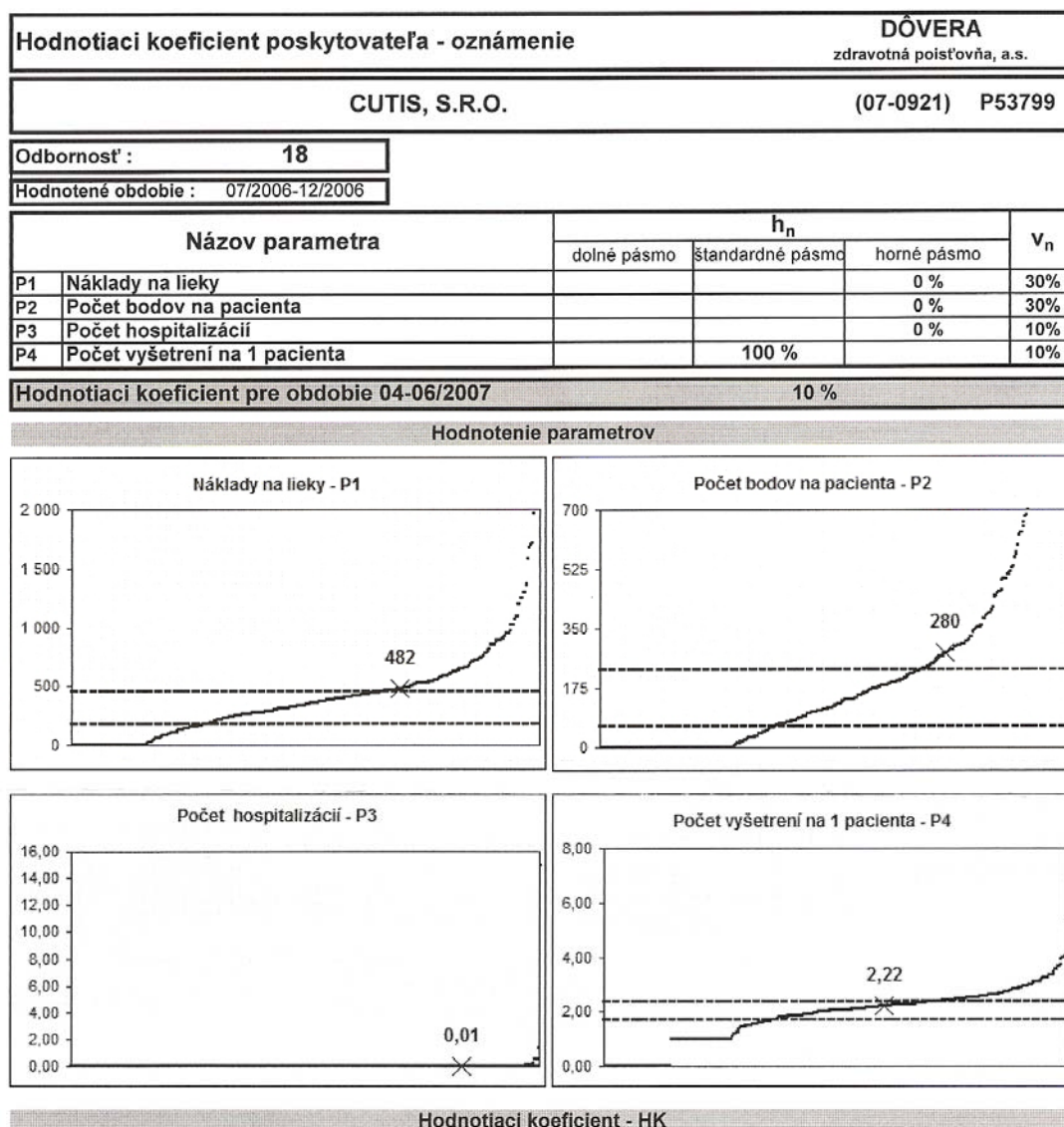
Tabulka č.3: Přehled sledovaných indikátorů kvality CUTIS s.r.o.

Indikátor	Periodicita sledování
Náklady na léky na 1 pacienta za měsíc	1 x měsíčně
Počet bodů na 1 pacienta za měsíc	1 x měsíčně
Počet hospitalizací na doporučení lékaře za měsíc	1 x měsíčně
Počet vyšetření na jednoho pacienta za měsíc	1 x měsíčně

Zdravotnická zařízení ambulantních specialistů v oboru dermatovenerologie jsou na Slovensku financovány systémem plateb za provedené výkony. Hodnota jednotlivých výkonů je stanovena body na základě sazebníku zdravotních výkonů. Pojišťovna při uzavírání smluv o poskytování zdravotní péče pro svoje pojištěnce s poskytovateli zdravotní péče **stanovuje limit maximálního objednaného a hrazeného objemu péče za určité období**. Pojišťovny mají pro stanovení finančních limitů plateb pro poskytovatele zdravotní péče různá kritéria, ale zejména v poslední době ve svých vzorcích pro výpočet limitu finančního objemu pro poskytovatele zdravotní péče zohledňují indikátory sledující nejenom kvalitu, ale i efektivitu zdravotní péče (viz příloha č. 4 – Metodika výpočtu domluveného rozsahu objednané zdravotní péče). Na základě sledování indikátorů kvality jsou upravovány platby za zdravotní péči zdravotními pojišťovnami.

V sledovaném zdravotnickém zařízení CUTIS s.r.o. byla provedena zpětná analýza výše uvedených indikátorů kvality za druhou polovinu roku 2006 ve vztahu k jednotlivým zdravotním pojišťovnám, kterých výsledkem bylo zjištění nedostatečné úrovně efektivity poskytované péče. Dobře je tato skutečnost zřejmá na příkladu zdravotní pojišťovny Dôvera a.s. a její pojištěnců. Analýza prokázala, že zdravotnické zařízení vykazovalo v sledovaném období nadprůměrně vysoké náklady na léky na jednoho pojištěnce, nadprůměrný počet bodů vykázaných za měsíc na jednoho pojištěnce a hraniční hodnotu měsíčního počtu vyšetření na jednoho pacienta. Příмым důsledkem těchto skutečností byl fakt, že na základě vyhodnocení indikátorů zdravotní pojišťovna stanovila hodnotící koeficient pro sledované zdravotnické zařízení na hodnotu 10 % (tab. č.4).

Tabulka č.4: Indikátory kvality CUTIS s.r.o. 7/2006 – 12/2006



V praxi to znamená, že po vyčerpaní na základe smlouvy domluveného rozsahu objednané zdravotní péče bude zdravotníckému zariadení za každého ďalšieho ošetrovaného pojišťence pojišťovny uhradené lenom 10 percent uznaného objemu péče.

Okamžitě po zjištění těchto skutečností byla v rámci zavádění systému kvality realizována opatření se záměrem dbát na racionálnější farmakoekonomiku a lepší organizaci objednávání pacientů. Výsledek zaváděných změn se postupně projevoval a definitivní efekt opatření je možné odečíst z následující tabulky, která sleduje stejné parametry s časovým odstupem dvou let.

Tabulka č.5: Indikátory kvality CUTIS s.r.o. 10/2008 – 3/2009

Hodnotiaci koeficient poskytovateľa - oznámenie		DÓVERA zdravotná poisťovňa, a.s.							
CUTIS, S.R.O.		(07-0921)		P53799					
Odbornosť :		Dermatovenerológia a detská dermatovenerológia							
Hodnotené obdobie :		10/2008-03/2009							
Názov parametra	Váha parametra	Vaša vypočítaná hodnota	Priemer za odbornosť	Dolná hranica	Horná hranica	Pásmo	Plnenie		
P1 Náklady na lieky v €	35%	12,29	15,67	10,40	20,94	→	35,00%		
P2 Počet bodov na poistenca	35%	771	632	479	785	→	35,00%		
P3 Počet hospitalizácií	15%	0,002	0,001	0,000	0,002	→	15,00%		
P4 Počet vyšetrení na jedného poistenca	15%	2,04	1,85	1,58	2,12	→	15,00%		
Nad pásmom: ↗		V pásme: →		Pod pásmom: ↘		1 € = 30,126 Sk			
Hodnotiaci koeficient pre obdobie 07-09/2009		100,00%							
Doplňujúce údaje (za hodnotené obdobie)									
Počet Vami ošetrených poistencov							532		
Náklady na lieky v €							6 536,72		
Počet vykonaných a objednaných bodov							410 435		
Počet prijatí na hospitalizáciu na základe Vášho odporúčania							1		
Počet vyšetrení							1 083		
Prehľad HK za všetkých poskytovateľov v odbornosti									
Výška HK	HK 0%	HK 15%	HK 26,25%	HK 30%	HK 35%	HK 41,25%	HK 50%	HK 52,5%	HK 56,25%
Podiel PZS	0,84%	5,31%	0,84%	1,40%	1,12%	1,96%	8,94%	0,00%	4,75%
Výška HK	HK 61,25%	HK 65%	HK 67,5%	HK 70%	HK 76,25%	HK 82,25%	HK 85%	HK 91,25%	HK 100%
Podiel PZS	0,84%	7,54%	1,12%	1,12%	4,47%	27,65%	10,34%	10,61%	11,17%

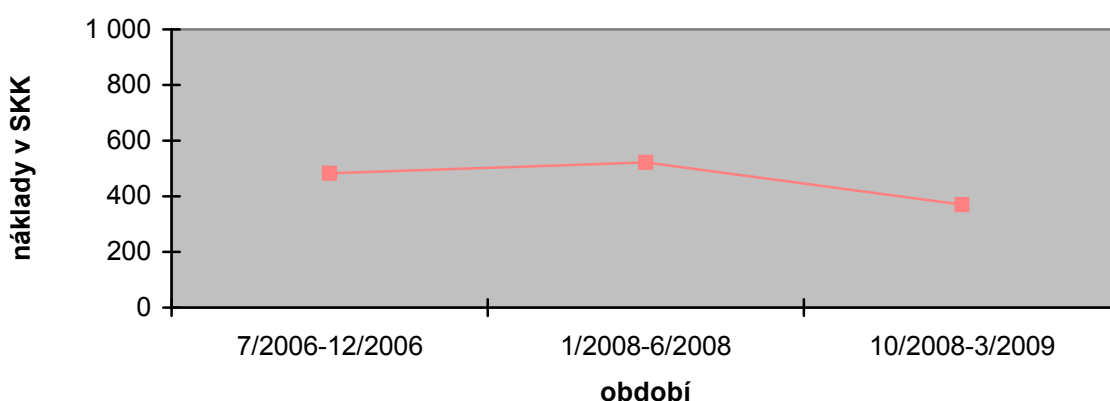
Vzhľadom k tomu, že se všetky sledované indikátory povedlo udržet v doporučeném rozmezí, byl stanoven hodnotící koeficient zdravotnického zařízení na 100 % (tab. č. 5). Při této hodnotě hodnotícího koeficientu budou zdravotnickému zařízení při ošetření většího počtu pojištěnců zdravotní pojišťovny uhrazeny všechny uznané výkony i nad rámec smluvně zaručeného rozsahu objednané zdravotní péče. Počet bodů na pojištěnce nelze adekvátně za porovnávaná období objektivně srovnat, jelikož pravděpodobně došlo ke změně metodiky výpočtu. Je ale zřejmé, že dosažená hodnota je v doporučeném rozmezí.

Zajímavé porovnání poskytuje dolní část tabulky, která poskytuje přehled hodnotících koeficientů všech poskytovatelů zdravotní péče v oboru dermatovenerologie v dané zdravotní pojišťovně na území Slovenské republiky. Z tabulky lze vyčíst, jaké procento poskytovatelů

zdravotní péče v tomto oboru opravdu dbá na co nejvyšší efektivnost poskytované zdravotní péče. Podle tohoto přehledu jenom 11,17 % poskytovatelů zdravotní péče v oboru dermatovenerologie v SR má stejně vysoký maximální hodnotící koeficient jako sledované zdravotnické zařízení – 100 %. Více než dvě pětiny poskytovatelů (40,23 %) má hodnotící koeficient jenom 76,25 % nebo nižší.

Graf č.1: Indikátory kvality – vývoj nákladů na léky

Náklady na léky na 1 pojištěnce za měsíc



V průběhu sledovaného období došlo k dlouhodobé stabilizaci nákladů na léky (graf č.1), i všech ostatních sledovaných indikátorů.

8.6.2 Projekt zlepšení compliance pacientů

Pojem compliance představuje souhlas pacienta s léčebným režimem, který mu naordinoval jeho lékař, a hlavně jeho dodržování.

Nedodržování compliance může nejen vést k ohrožení zdraví, ale představuje i závažný socioekonomický problém. V roce 1999 publikoval Journal of the American Geriatrics Society studii, ve které uvádí souvislost snižování compliance v závislosti na ceně a délce léčebného režimu, špatném sociálním zázemí, nestabilním životním prostředí a duševním onemocnění. Starší pacienti také více popírají onemocnění jako takové, málo si uvědomují závažnost onemocnění a nedostatečně komunikují s poskytovatelem zdravotní péče.³⁹

³⁹ Richter, R. Compliance část I. Běžná praxe,

<http://lib.store.yahoo.net/lib/epill/PharmaBusinessMagazine.pdf>, 15.10.2009

Nejčastější důvody non-compliance:

- pacient nezná důvod léčby,
- pacient má nedostatečné nebo žádné instrukce (délka léčby, účinky, užívání léků),
- pacient zapomene užít lék,
- pacient se obává léčby,
- pacient nechce měnit léčbu,
- pacient není ochoten měnit životní styl,
- pacient nemá důvěru v úspěšnost léčby
- pacient onemocnění popírá
- pacient je lhostejný
- pacient je v špatném fyzickém stavu
- lék má komplikované dávkování, příp. aplikaci,
- délka léčby,
- lék je finanční zátěží pro pacienta.⁴⁰

Na základě zkušeností z praxe je známé, že mnoho pacientů je během pobytu v ordinaci lékaře ve značném stresu. Často není možné v takovém stavu absorbovat kvantum informací, které jsou jim sdělovány. Většina těchto podstatných informací se týká jejich nemoci nebo léčebného režimu. Celkem běžně se stává, že okamžikem odchodu z prostor ambulance pacient na všechny tyto informace zapomene.

Z tohoto důvodu byly vypracovány stručné informační letáky o nejběžnějších diagnózách, s kterými se v dermatovenerologické ambulanci zdravotnického zařízení setkáváme.

Diagnózy s vypracovanými informačními letáky:

- Atopická dermatitida
- Seborrhoická dermatitida
- Plísňová kožní onemocnění nohou a nehtů
- Pityriasis rosea Gibert
- Akné
- Psoriáza

⁴⁰ Linhartová, A., Kotlářová, L. Compliance pacienta s léčbou z pohledu lékárníka.

Praktické lékárenství, 2006, č.3., s.135-136. Olomouc: Solen.

- Fytofotodermatitidy
- Solární dermatitidy
- Toxoalergické kožní projevy
- Kontaktní ekzém

Informační letáky pro pacienty jsou napsány velice jednoduchou a co nejsnadněji pochopitelnou formou se snahou vyhnout se cizím slovům a odborným výrazům. Častou diagnózou v regionu jsou fytofotodermatitidy . Jedná se o zánětlivé onemocnění kůže vznikající po kontaktu kůže s některými rostlinami a následním ozářením těchto míst UV zářením. Relativně vysoká četnost onemocnění souvisí s faktem, že veliké množství obyvatelstva se buďto profesionálně, nebo v rámci volného času věnuje zemědělství a pro tento region je charakteristické teplé a slunečné podnebí.

Nedostatečná compliance pacientů se projevuje i jako nedostatečná zpětná vazba. Často se v medicínské praxi stává, že se pacient nedostaví na plánovanou kontrolu. V takovém případě lékař nemá možnost zhodnotit efekt terapie a doporučit možný další postup léčby. Lze pak jenom spekulovat o tom, co je příčinou toho, že se pacient objednaný na kontrolní vyšetření nedostaví – jestli je důvodem vymizení klinických příznaků onemocnění, lhostejnost k nemoci, nespokojenost s léčebným efektem, nebo nespokojenost se zdravotnickým zařízením. Aby byl minimalizován počet případů nedostatečné zpětné vazby v procesu poskytování zdravotní péče v důsledku nedostavení se ke kontrolnímu vyšetření, je v sledovaném zdravotnickém zařízení pacientům nabízená možnost telefonického kontaktu. Pacient má při vymizení klinických příznaků onemocnění po nasazené léčbě možnost telefonicky oznámit, že se na plánovanou kontrolu nedostaví. V případech přetrvávajících potíží, případně při druhu nemocí, kde průběh může být němý, je apelováno na nezbytnou potřebu kontrolního vyšetření a odborného zhodnocení klinického nálezu.

Je v zájmu lékaře i pacienta, aby pacient všem informacím o povaze onemocnění i o potřebném léčebném režimu dostatečně porozuměl a aby se podle nich řídil. Lepší compliance pacienta je zárukou dobrého léčebného efektu terapie a přispívá ke zkrácení doby léčení. Informační letáky i možnost telefonické konzultace představují možné kroky ke zlepšení spolupráce s pacientem, v žádném případě ale nemůžou zcela nahradit aktivní systematickou komunikaci lékaře s pacientem, během kterého by mělo dojít k navázání vztahu důvěry.

8.7 Implementace a řízení kvality na úrovni výstupů

8.7.1 *Dotazník spokojenosti*

Zjišťování spokojenosti zákazníka je v dermatovenerologické ambulanci CUTIS s.r.o. vykonáváno vyhodnocováním informací získaných dotazníkovým průzkumem vyplývajícím ze zavedení systému manažerství kvality zdravotní péče podle ISO normy souboru 9001:2001 a na základě hodnocení výsledků poskytnuté zdravotní péče prostřednictvím reklamační činnosti.

Při poskytování služeb pacientům jsou informace o kladech a záporech poskytované zdravotní péče získávány prostřednictvím dotazníků spokojenosti. Znění a forma dotazníků je obsahem přílohy č. 3. Jsou zde zformulovány otázky pro dobrovolné připomínky a postřehy pacientů. Pacienti vyplněné dotazníky vkládají do připravené schránky, z které je zdravotní sestra v pravidelných intervalech vybírá, a společně s lékařem výsledky vyhodnocují a diskutují o podnětech na zlepšení. Inspirativní a opodstatněné podněty z dotazníků jsou zapracovány do preventivních opatření nebo cílů kvality a v rámci možností i zrealizovány.

V organizaci bylo zavedeno pravidelné dotazníkové šetření spokojenosti pacientů formou hodnotícího dotazníku. Jeho obsahem je 11 otázek přímo nebo nepřímo se týkajících poskytované zdravotní péče. Pacientovi je nabízená možnost ohodnotit každý z bodů na stupnici od 1 do 5 podle školského známkovacího systému, kde 1 znamená nejlepší a 5 nejhorší. Ve 12. otázce je pacientům nabízená možnost formulovat vlastní připomínky k poskytované zdravotní péči v zdravotnickém zařízení a oblasti možného zlepšení.

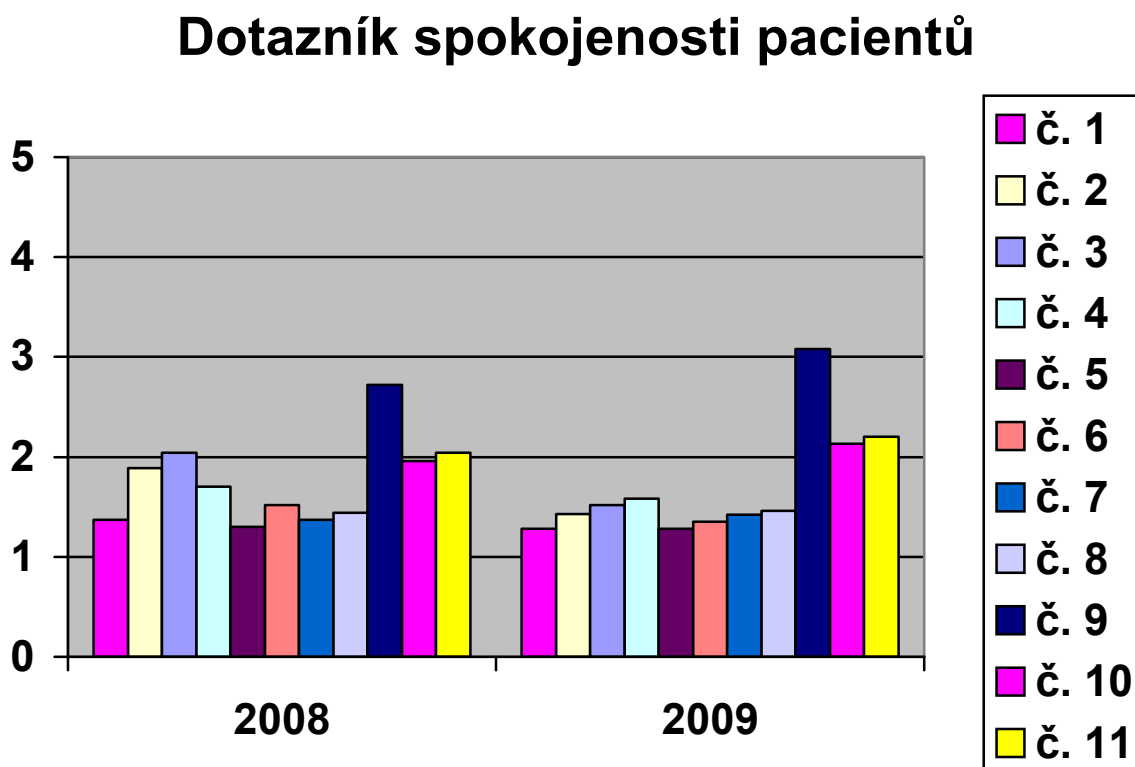
Při formulaci hypotéz a koncepci dotazníku sloužili jako východisko podklady a doporučení vyplývající z implementace normy podle ISO v podmínkách ambulance specialisty, jehož součástí je i pravidelné vyhodnocování spokojenosti pacienta se všemi základními oblastmi dotýkajícími se problematiky kvality poskytované zdravotní péče. Formulace vychází z teoretických podkladů i z přímých sledování a postřehů během klinické praxe. Dotazníky jsou vyhodnocovány v pravidelných intervalech. Za účelem zhodnocení již uskutečněných změn a jejich efektu na to, jak změny pacienti vnímají, nejsou dotazníky distribuovány nepřetržitě, ale vždy během stejného časového úseku – během jednoho měsíce v roce (během února).

V únoru 2008 bylo odevzdáno 67 vyplněných dotazníků. Během tohoto měsíce bylo ošetřeno 636 pacientů. Za sledované období dotazník vyplnilo 10,53 % ošetřených pacientů. V únoru 2009 bylo odevzdáno 71 vyplněných dotazníků a ošetřeno bylo 653 pacientů, což představuje procentuální účast 10,87 % pacientů (tab. č. 6).

Tabulka č.6: Účast na dotazníkovém průzkumu

Období průzkumu	2/2008	2/2009
Počet ošetřených pacientů	636	653
Počet odevzdaných dotazníků	67	71
Účast pacientů na dotazníkovém průzkumu	10,53 %	10,87 %

Graf č.2: Dotazník spokojenosti pacientů - výsledky



Další tabulka (tab. č.7) nabízí přehled bodů dotazníku s průměrnou hodnotou známky dosažené v průzkumu.

Tabulka č.7: Dotazník spokojenosti – výsledky

Dotazníková otázka	Průměrná známka 2/2008	Průměrná známka 2/2009	Rozdíl
1. Jaký jste měli dojem z odborných znalostí lékaře?	1,37	1,28	- 0,09
2. Máte pocit, že jste byli dostatečně informováni o diagnóze a postupu léčby?	1,89	1,43	- 0,46
3. Jak jste byli spokojeni s možností klást otázky a ptát se?	2,04	1,52	- 0,52
4. Jak hodnotíte osobní přístup zdravotní sestry?	1,70	1,58	- 0,12
5. Jak hodnotíte náš osobní přístup k pacientům? Přistupovali jsme k Vám lidsky, jako k člověku?	1,30	1,28	- 0,02
6. Jak hodnotíte způsob objednávání?	1,52	1,35	- 0,17
7. Jak je pro Vás dostupná naše ambulance?	1,37	1,42	+ 0,05
8. Dodrželi jsme domluvený termín?	1,44	1,46	+ 0,02
9. Jak hodnotíte možnost internetové komunikace?	2,72	3,08	+ 0,36
10. Jak hodnotíte celkovou kvalitu Vašeho zdraví?	1,96	2,13	+ 0,17
11. Jak celkově hodnotíte kvalitu Vašeho života?	2,04	2,20	+ 0,16

Dobrý výsledek hodnocení a zlepšující se hodnota v otázce týkající se odborných znalostí lékaře naznačuje, že pacienti jsou dlouhodobě spokojeni s efektem doporučené terapie. I když se jedná jenom o subjektivní ukazatel, naznačuje dostatečnou odbornou úroveň poskytované zdravotní péče (graf č.2).

Výrazně zlepšené hodnocení v otázkách možnosti ptát se otázky, kde došlo k meziročnímu zlepšení o 0,52 hodnotového bodu a informovanosti o diagnostice a postupu léčby, kde zlepšení představuje 0,46 hodnotového bodu, lze přičíst dostatečné vůli zdravotnického personálu komunikovat o jejich onemocnění. Vzhledem k výraznému zlepšení tohoto parametru za sledované období lze pozitivně hodnotit efekt zavedení informačních letáků s informacemi o nejčastějších diagnózách. Pozitivně vnímán je i přístup zdravotní sestry i osobní přístup personálu k pacientům.

Pozitivního výsledku s tendencí ke zlepšování bylo dosaženo v otázce systému objednávání s nárůstem o 0,17 hodnotového bodu. Pacienti jsou vybavováni v pořadí, v jakém přichází do čekárny. Přednostně jsou vyšetřovány akutní případy a děti. V průběhu sledovaného období byla zavedena možnost objednání se na čas, která přispívá k lepšímu komfortu péče.

Stacionárního výsledku je dosaženo v otázce dostupnosti ambulance, co je v korelaci s faktem, že v tomto směru nedošlo za sledované období k výraznějším změnám. Poliklinika, v které ambulance sledovaného zdravotnického zařízení sídlí, má zajištěný bezbariérový přístup. Ambulance sice sídlí v prvním patře budovy, ale k dispozici je výtah. V sledovaném období byly při hlavním vchodu do budovy vybudovány dveře s automatickým sensorovým otevíráním, co lze hodnotit jako příspěvek k zlepšení dostupnosti, ale ve výsledku dotazníkového průzkumu se tato skutečnost nepromítla.

Personál ambulance se snaží o dodržení domluvených termínů objednaných pacientů. V této otázce je výsledek dotazníkového šetření stabilní se zanedbatelným rozdílem 0,02 hodnotového bodu. Pacienti objednaní na přesný termín a čas jsou požádáni o sdělení telefonického kontaktu, aby je bylo možné v případě neočekávané události informovat o zrušení termínu a domluvit termín náhradní. Navzdory tomu nelze vyloučit, že v ojedinělých případech, např. při akutních dermatózách nedojde k mírnému posunu času vyšetření.

Výsledky otázky týkající se možnosti internetové komunikace odpovídají současnému stavu. Zdravotnické zařízení zatím neprovozuje internetové stránky a neposkytuje možnost internetové komunikace. Na internetu je možné nalézt základní informace o zařízení na internetových stránkách polikliniky s telefonickým kontaktem do ambulance. Proto bylo

do dlouhodobého plánu v rámci zlepšování systému kvality zařazeno i vytvoření internetové stránky zdravotnického zařízení s možností internetové komunikace.

V otázkách hodnocení celkového zdraví a hodnocení kvality života došlo k mírnému zhoršení těchto parametrů v průběhu sledovaného období – o 0,17, resp. 0,16 hodnotového bodu. Vzhledem k širokým pojmům obsažených v těchto otázkách ale není možné tyto výsledky přímo vztahovat na sledované zdravotnické zařízení. Kvalita života sice úzce souvisí s kvalitou zdravotního stavu, ale i po vyléčení kožních zdravotních potíží můžou pacienti trápiti i jiné zdravotní potíže, které jeho subjektivní vnímání v této oblasti negativně ovlivní. Kromě toho kvalita života souvisí kromě zdravotního stavu i s duševní pohodou, mezilidskými vztahy, zaměstnáním, či ekonomickou situací.

V poslední otázce měli respondenti možnost vlastními slovy formulovat připomínky k chodu zdravotnického zařízení. Mezi těmito připomínkami se objevili následující body:

- připomínky k pořadí ošetřovaných pacientů a k systému objednávání,
- dlouhé čekací doby v čekárně,
- nevyhovující výška vyšetřovacího lůžka ve vyšetřovně,
- předepisování receptů s magistraliter,
- dostupnost WC pro pacienty,
- platby za vyšetření při neplatném průkazu pojištěnce.

Všechny připomínky byly analyzovány a v případě opodstatněnosti i adekvátně řešeny. Právě na základě připomínek ohledně dlouhých čekacích dob a systému objednávání byla zavedena možnost objednání na čas, na přednostním vyšetření dětí ale nelze nic měnit.

Připomínka týkající se výšky lůžka byla vzhledána jako opodstatněná, lůžko mělo nestandardně nízkou výšku, co znesnadňovalo např. vyšetření tělesně hendikepovaných pacientů a vstávání hypomobilních starších pacientů, proto bylo zakoupeno nové lůžko standardních rozměrů.

Dostupnost toalet není v našich možnostech ovlivnit, ale na chodbách polikliniky je několik toalet. Vzhledem k opakovaným případem devastace zařízení byl zaveden systém, kdy musí pacient v ordinaci požádat sestru o klíč od toalety a následně ho vrátit zpátky. Tento systém byl zaveden pronajímatelem prostor.

Připomínky k receptům vyplývají z neznalosti této problematiky. Magistraliter jsou léčebné přípravky, které musí být připravovány v lékárně kombinací různých ingrediencí. Nelze na jeden recept psát více jako jeden takový preparát – jak požadují někteří pacienti. Je nutné konstatovat, že k většině takto připravovaných medikamentů neexistuje adekvátní přesná náhrada ve formě originálního medikamentu. Právě to je důvod, proč jsou léčebné látky touto formou předepisovány.

Pravděpodobně mnohem častěji než v jiných regionech se v ordinaci objevují pacienti s neplatným zdravotním pojištěním. Důvodem je skutečnost, že velká část obyvatel pracuje v zahraničí. V době, kdy pracují v zahraničí je plátcem zdravotního pojištění jeho zahraniční zaměstnavatel. Pacienti mají sice stejná práva jako „běžní“ pojištěnci, musí se ale prokázat platnou kartou zdravotního pojištěnce pracujícího v zahraničí – tzv. EU kartou. Prokážou-li se běžnou kartou pojištěnce navzdory tomu, že pracují v zahraničí, poskytovateli není uhrazena poskytnutá zdravotní péče a naopak. Mnoho pacientů si není vědomých těchto legislativních souvislostí. Informace o spokojenosti zákazníků jsou shromažďovány i při osobním styku a rozhovorech s pacienty. Spokojenost pacientů lze zjišťovat i ze stížností pacientů. Pacienti mají možnost adresovat stížnost přímo poskytovateli zdravotní péče, na Vyšší územní celek, Slovenskou lékařskou komoru, zdravotní pojišťovny, Úřad pro dohled nad zdravotní péčí, nebo Ministerstvo zdravotnictví Slovenské republiky. V případě stížností cestou některých z výše uvedených institucí se stížnosti dostávají poskytovateli zdravotní péče. K těmto podnětům se lékař písemně vyjádří. Všechny stížnosti jsou v organizaci archivovány a k oprávněným stížnostem přijímá organizace opravní opatření písemní formou.

8.7.2 Projekt aktivního vyhledávání rizikových pacientů

Zavedení systému manažerství kvality by nemělo být jednorázovým, ale kontinuálním procesem. Ve smyslu této filozofie by měla být vyvíjena snaha zdravotnického zařízení nejenom poskytovat adekvátní zdravotní péči ve smyslu platné legislativy. Měla by být vyvíjena snaha poskytnout pacientům i něco navíc, snaha implementovaný systém kvality rozvíjet a zdokonalovat. V tomto duchu vznikl v dermatovenerologické ambulanci CUTIS s.r.o. projekt aktivního vyhledávání rizikových pacientů.

8.7.2.1 Kožní nádory

Kožní nádory představují velice nebezpečnou skupinu kožních onemocnění. Kožní névy má na těle prakticky každý a navzdory osvětě není často možné laicky volným okem posoudit možnou nebezpečnost takového kožního projevu. Kožní nádory se ze všech zhoubných nádorů vyskytují nejčastěji. „Kožní nádorová onemocnění se můžou vyvíjet na předtím nepoškozených částech kůže – tzv. de novo, nebo mnohem častěji se kožní nádorová onemocnění vyskytují na předtím poškozené pokožce. Toto poškození může být způsobeno sluněním – solární dermatózy, může vzniknout na kůži po radioterapii pro jiné primární nádorové onemocnění, v místě předchozích znamínek, prekanceróz, apod.“⁴¹

V poslední době se stále více diskutuje i význam solárií jako možné etiologie kožních nádorových projevů. Vliv UV záření na vznik kožních nádorů byl potvrzen již dávno, významnou úlohu sehrává i kožní fototyp pacienta. Při vzniku kožních nádorů zejména nemelanomového charakteru sehrává důležitou roli kumulativní dávka UV záření, která představuje celkové množství záření, které pokožka během života absorbovala.

Kožní nádory:

1. Nemelanomové

- Bazocelulární karcinom – nádor vzniká z bazálních buněk pokožky
- Spinoceleulární karcinom – nádor vzniká z buněk spinální vrstvy

2. Melanomové – nádory vznikající z buněk produkujících v pokožce pigment

- Lentigo maligna melanom
- Superficiálně se šířící melanom
- Akrolentiginózní melanom
- Nodulární melanom

3. Ostatní – jsou vzácné

⁴¹ Polakovičová, J. Včasná diagnostika maligneho melanómu a iných nádorových kožných ochorení ako výsledok spolupráce praktického lekára a dermatológa. Ambulantná terapia, 2007, roč. 5, č.3-4, s. 172-175. Bratislava: Solen.

Obrázek č.9: Bazaliom na levé tváři

Bazocelulární karcinom (obr. č.9) je nejběžnějším karcinomem kůže, často se vyskytuje na místech chronicky vystavených slunečnímu záření. Běžně mívá uzlovitý tvar, ale existují formy charakteru skvrny, atrofie, nebo jizvy. Při progresi se olupuje, začíná krvácet a tvoří se chrasty. Roste pomalu, metastasuje jenom vzácně, ale v místě výskytu může výrazně destruovat okolní tkáň.

Spinocelulární karcinom vzniká na místech vystavených slunečnímu záření, ale i v chronických ranách nebo jizvách. Může se vyskytovat ve formě podobné bazaliomu s infiltrací, vyvyšováním a vředovatěním, někdy i s tvorbou uzlíků. Mnohem nebezpečnější je rychle rostoucí forma, která začíná jako vřed s granulující spodinou a indurovanými okraji. Tato forma má sklon k metastazování krevní i lymfatickou cestou.

Maligní melanom (obr. č.10) je nejzhubnějším kožním nádorem s trvale se zvyšující incidencí. Vzniká jako nepravidelný pigmentovaný projev, který postupně mění svůj charakter. Může metastazovat do okolí, do vzdálených uzlin i do jiných orgánů. Pro diagnostiku má velký význam dynamika a charakter probíhajících změn projevu. Využívá se tzv. ABCDE klasifikace pigmentových změn.

ABCDE klasifikace kožních změn:

A (asymmetry – asymetrie)

Zatímco pigmentové névy vytvářejí víceméně pravidelná ložiska, maligní melanom má obvykle asymetrický tvar, který se s postupujícím procesem zvyrazňuje.

B (borders – okraje)

Okraje nádoru jsou nepravidelné, s výběžky a zářezy z nepravidelného šíření do okolí.

C (color – barva)

Melanom má již od počátku výraznou, někdy skvrnitou pigmentaci, s odstíny hnědé, černé či šedé barvy.

D (diameter – průměr)

Velikost melanomu je větší než u většiny pigmentových névů, minimálně 6 mm alespoň v jednom rozměru.

E (enlargement – zvětšování), (elevation – vyvýšení), (evolving – vývoj)

Na rozdíl od pigmentového névu se melanom trvale zvětšuje. Pokud původně ploché ložisko začíná narůstat do výšky, může to být příznakem nádorového procesu.

Obrázek č.10: Klinický obraz maligního melanomu



V případě, že je kožní nádor odhalen a diagnostikován včas, je zpravidla dobře léčitelný. Způsob terapie závisí od charakteru projevu i od lokalizace. Metodami jsou krytalizace, exkochleace, excize, možná je i lokální léčba dermatologickými externy, případně celková imunoterapie. Novinkou je tzv. fotodynamická terapie, při které se využívá selektivní akumulace fotosenzibilizátoru v nádorovém tkanivu a ozáření světlem dané vlnové délky. Fotosenzibilizátor se světlem aktivuje a nastartuje procesy, kterých výsledkem je zánik nádorového tkaniva.

8.7.2.2 Aktivní vyhledávání rizikových pacientů

Projekt aktivního vyhledávání rizikových pacientů má napomoci k dřívější diagnostice nádorových kožních změn. Za tímto účelem byl sestaven dotazník, který pacienti přicházející k vyšetření s jakoukoliv diagnózou, vyplňují před vstupem do ambulance. Dotazník i celý systém aktivního vyhledávání rizikových pacientů je založen na existenci rizikových faktorů pro vznik kožních nádorových projevů.

Rizikové faktory kožních nádorových projevů:

- světlý fototyp (světlá barva kůže),
- výskyt rakoviny kůže v rodině,
- expozice UV záření (opakovaná návštěva solária, pobyty u moře, v tropech),
- opakované spálení pokožky v minulosti,
- přítomnost kožní rakoviny v minulosti,
- oslabený imunitní systém,
- přítomnost velkého množství znamének.

Dotazník (Příloha č. 5) vychází z podkladů vypracovaných pro projekt Euromelanoma Day. Euromelanoma Day je dobrovolná skriningovo-preventivní akce, která se koná pravidelně 1x za rok v ambulancích dermatovenerologů v Evropě. Smyslem akce je upozornit na riziko maligních pigmentových projevů, jejich včasné odhalení a zlepšení informovanosti o rizikových kožních projevech v společnosti.

Poté, co pacient v čekárně dobrovolně vyplní dotazník, odevzdá ho po vstupu do ambulance k zhodnocení lékaři. V případě přítomnosti rizikových faktorů je cíleně pátráno po rizikových kožních projevech a suspektní ložiska jsou dermatoskopicky vyšetřeny. Rizikové kožní projevy jsou následně odeslány k totální chirurgické extirpaci a pacienti jsou pozváni na kontrolní vyšetření, kdy sebou přinesou histologický nález.

8.7.2.3 Výsledky projektu

Kasuistika č.1

Muž, 72 let.

OA: hypertenzní nemoc, ischemická choroba srdeční, hypercholesterolemie, stp. appendectomii před 10 lety, stp. fraktury tibie l. sin. v mládí.

RA: otec zemřel v 60 letech na infarkt myokardu, matka v 66 letech na ca žlučníku

AA: negat.

TO: Pacient přišel k vyšetření pro asi 2 týdny přetrvávající ekzematické projevy v oblasti bérců bilaterálně, s postupnou progresí.

Během čekání v čekárně vyplnil Dotazník aktivního vyhledávání rizikových pacientů, kde uvedl opakované spálení pokožky a dlouhodobou expozici slunečnému záření, jelikož celý život pracoval v zemědělství. Rovněž uvedl veliký počet znamének na těle.

Subj. pruritus v oblasti bérců

Obj. Na ventrálních stranách distálních partií bérců přítomné splývající ložiska erythémů s deskvamací. Mnohopočetné pigmentové névy na trupu i končetinách. V oblasti nosu přítomné pigmentované ložisko nepravidelného tvaru o velikosti 0,5 x 0,8 cm, okraje nepravidelné, nerovnoměrná hnědočerná pigmentace. Pracovní diagnóza byla stanovena jako suspektní Lentigo maligna melanom.

Pacient byl odeslán k vyšetření do dermatologické ambulance Národního onkologického ústavu v Bratislavě, stanovena diagnóza Melanosis Dubreuihl, doporučena probatorní excize z ložiska. Pacient se dostavil na kontrolní vyšetření až po půl roku, probatorní excizi ještě neabsolvoval. Za tuto dobu došlo ke zvětšení ložiska na přibližně dvojnásobek. Byl opakovaně poučen a odeslán k probatorní excizi, kterou po dalších 2 měsících konečně absolvoval. Závěr byl histologicky verifikovaný nodulární melanom Clark IV, Breslow 3, na onkologickém pracovišti byla zahájena radioterapie. Po 2 měsících léčby došlo ke vzniku krvácivého stavu v oblasti GITu s komplikacemi a exitus letalis.

Závěr: Maligní melanom - nodulární typ, Clark IV, Breslow 3

Kasuistika č. 2

Žena, 65 let.

OA: hypertenzní nemoc, diabetes mellitus na terapii PAD, hypercholesterolemie na terapii statinem, stp. cholecystectomií před 10 lety, stp. hospitalizaci pro pneumonii před 2 lety, stp. chir. extirpaci zhoubného kožního projevu v temporální oblasti vpravo před 5 lety, dodatečně doplněn histologický nález s dg. bazocelulární karcinom.

RA: otec zemřel na CMP v 70 letech, matka na plicní embolii v 65 letech

AA: PNC, tramadol

TO: Pacientka přichází pro asi měsíc trvající a progredující výsev kožních projevů v oblasti hrudníku, podpaží a třísel.

Během čekání v čekárně vyplnila Dotazník aktivního vyhledávání rizikových pacientů, kde uvedla opakované spálení pokožky, dlouhodobou expozici slunečnému záření, a zhoubný kožní projev v minulosti.

Obj. V intertriginózní lokalizaci na hrudníku, v axilách a v inguinách přítomné erythematózní ložiska a madidací a deskvamací. V dorzální oblasti centrálně přítomné infiltrované ložisko s průměrem 1,5cm, okraje akcentované s mírnou elevací a zánětlivým infiltrátem, centrálně projev částečně krytý krustou, v okolí přítomná akcentovaná cévní kresba.

Stanovena diagnóza susp. bazocelulární karcinom.

Pacientka odeslána k totální chirurgické extirpaci projevu a histologickému vyšetření. Zárok byl proveden po 5 dnech, histologicky verifikovaná pracovní diagnóza.

Závěr: Carcinoma basocelulare reg. dorsi

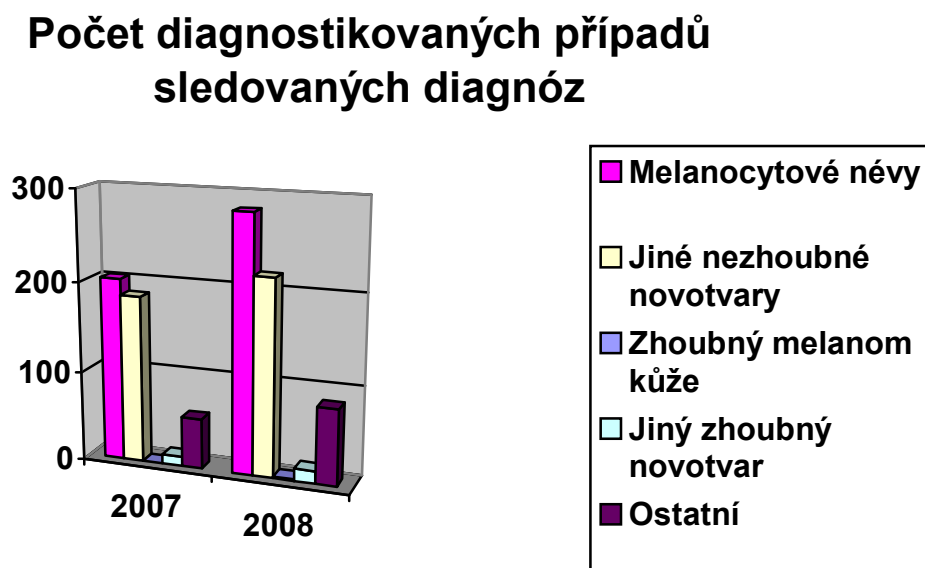
Pacientka je dispenzarizovaná a dlouhodobě sledovaná v dermatologické ambulanci, 2 roky po zákroku je zatím bez známek recidivy projevů.

Kasuistiky poukazují na přínos projektu, prostřednictvím kterého se daří diagnostikovat i závažné formy kožní rakoviny. V případě, že jsou tyto diagnózy zachycené v dřívější fáze, bývají zpravidla dobře terapeuticky ovlivnitelné. V případě agresivnějších kožních nádorů s rozvinutými nádorovými změnami může výrazná klinická manifestace projevů souviset s pokročilým stadiem onemocnění.

Tabulka č.8: Počet diagnostikovaných případů kožních projevů vybraných diagnóz

Diagnózy	2007			2008		
	Spolu	Muži	Ženy	Spolu	Muži	Ženy
D 22. Melanocytové névy	203	67	136	283	107	176
D 23. Jiné nezhoubné novotvary kůže	185	63	122	217	84	133
C 43. Zhoubný melanom kůže	0	0	0	2	1	1
C 44. Jiný zhoubný novotvar kůže	10	2	8	14	4	10
Ostatní	56	11	45	85	30	55
Celkem	454	143	311	601	226	375

Z výše uvedeného přehledu vyplývá, že v sledovaném období došlo během fungování projektu k výraznému zvýšení počtu vyšetřených pacientů s kožními projevy charakteru névů a benigních i maligních kožních nádorů (tab. č.8). Během roku 2007, kdy ještě nebyl zaveden systém aktivního vyhledávání rizikových pacientů bylo celkově vyšetřeno, resp. diagnostikováno 454 případů této skupiny diagnóz. Během roku 2008, kdy již byl systém zaveden, bylo diagnostikováno 601 případů sledované skupiny diagnóz, co představuje nárůst o 32,38 % (graf č.3). Počet diagnostikovaných případů se zvýšil ve všech sledovaných skupinách diagnóz. Do skupiny melanocytových névů patří všechny druhy benigních pigmentových névů, jako jsou névy junkční, smíšené, intradermální, dysplastické, kongenitální, ale i lentigo, modrý névus, Suttonův névus, nebo skvrny Café-au-lait.

Graf č.3: Počet diagnostikovaných případů sledovaných diagnóz

Do kategorie jiných nezhoubných novotvarů kůže lze zařadit verukózní névy, adnexální névy, névy z apokrinních a ekrinních žláz, névy z krevních cév, solární a seborrhoické keratózy, histiocytomy, fibromy a keloidy.

Skupinu ostatních tvoří z převážné většiny benigní nádory krevních cév – haemangiomy, které tvoří samostatnou diagnostickou jednotku i v rámci mezinárodní klasifikace nemocí.

Nejzávažnějšími diagnózami jsou zhoubné novotvary kůže. V diagnostické skupině jiných zhoubných novotvarů, kam patří zejména bazaliom a spinaliom, došlo za sledované období k nárůstu počtu zachycených případů z 10 na 14 případů. Z případů v roce 2008 se ve 2 případech jednalo o spinaliomy a ve 12 případech o bazaliomy. V 12 případech byla diagnóza histologicky verifikovaná, ve 2 případech nám chybí zpětná vazba, jelikož nemáme k dispozici histologický nálezní a pacient se nedostavil na plánovanou kontrolu.

V nejnebezpečnější kategorii maligního melanomu kůže se v roce 2008 povedlo zachytit 2 nové případy, přičemž během předchozího roku nebyl zaznamenán žádný případ tohoto druhu onemocnění. Jeden z těchto případů byl zachycen právě jako vedlejší nález při jiném kožním onemocnění, s kterým pacient primárně přicházel k dermatologickému vyšetření.

9. DISKUZE VÝSLEDKŮ

V domácí ani zahraniční literatuře nebyla nalezena žádná práce zabývající se stejnou problematikou v podmínkách dermatovenerologické ambulance ze sledovaných úhlů pohledu. Podobnou problematikou se ve své disertační práci zabývá MUDr. Foltýn, který analyzuje implementace systému kvality cestou zavedení systému ISO v ambulanci praktického lékaře. Podobně jako u sledovaného zdravotnického zařízení se i on snažil o ověření vlivu kvality poskytované péče na zlepšení zdravotního stavu pacientů. Ambulance praktického lékaře pro dospělé má ale jiná specifika i spektrum diagnóz a ve své práci detailně analyzoval pouze statistická data spojená se sledovanými diagnózami a studii.

V rámci obecných pravidel zavádění systému kvality podle normy ISO se i v našem zdravotnickém zařízení její hlavní osou stala norma STN EN ISO 9001:2001 a posléze její upravená novější verze STN EN ISO 9001:2009. Program implementace systému kvality v rámci sledované organizace byl vyjádřen v dlouhodobé vizi firmy. Při vypracování, zavádění a zlepšování efektivnosti a účinnosti systému manažerství kvality byl aplikovaný procesní přístup. V rámci implementace systému kvality byly postupně vypracovány potřebné dokumenty a podklady. Definována byla politika firmy a stanoveny byly primární cíle kvality. Systém manažerství kvality a jeho fungování byl definován v příručce kvality.

Během sledovaného období bylo zlepšeno prostorové i materiálně-technické vybavení zdravotnického zařízení. Byla zakoupena nová kartotéka, vyšetřovací lůžko, klimatizační jednotka, byla provedena výměna oken, v čekárně byly instalovány nové lavičky a informační nástěnka. Byly zakoupeny nové přístroje – elektrokauter a biostimulační laser. Postupně bylo rozšiřováno spektrum poskytovaných výkonů i o výkony dermatokosmetické (chemický peeling, mesoterapie, výplňové materiály).

Zavedení indikátorů kvality a provedení zpětné analýzy vybraných indikátorů kvality za rok 2006 **prokázalo nedostatečnou úroveň efektivity poskytované péče**, jelikož zdravotnické zařízení vykazovalo v sledovaném období nadprůměrně vysoké náklady na léky na jednoho pojištěnce, nadprůměrný počet bodů vykázaných za měsíc na jednoho pojištěnce a hraniční hodnotu měsíčního počtu vyšetření na jednoho pacienta. Zvýšením důrazu na racionálnější farmakoekonomiku a lepší organizaci objednávání pacientů **se povedlo zvýšit efektivitu poskytované zdravotní péče**. Statisticky tuto skutečnost dokazují data, které

poskytují zdravotní pojišťovny ve formě hodnotícího koeficientu poskytovatele zdravotní péče. Hodnotící koeficient poskytuje informaci o stupni efektivity poskytovatele zdravotní péče zejména z ekonomického hlediska. Podle dat z března 2009 pouze 11,17 % poskytovatelů zdravotní péče v oboru dermatovenerologie v SR bylo hodnoceno stejně vysokým maximálním hodnotícím koeficientem jako sledované zdravotnické zařízení – 100 %. Více než dvě pětiny poskytovatelů (40,23 %) mělo hodnotící koeficient 76,25 % nebo nižší.

Co se týče prováděných studií, výsledky lze hodnotit ve vztahu k danému subjektu. V rámci projektu zlepšení compliance pacientů byly vypracovány stručné informační letáky o nejběžnějších diagnózách, **u pacientů se setkali s pozitivní odezvou**. Dotazník spokojenosti sloužil nejenom ke zjišťování spokojenosti pacientů získáním zpětné vazby, ale sloužil i k získání podnětů a připomínek k fungování zdravotnického zařízení. V roce 2008 i 2009 se návratnost dotazníků pohybovala nad úrovní 10%. Ve většině otázek týkajících se přímo diagnosticko-léčebného procesu došlo v hodnoceních k meziročnímu zlepšení. Respondenti měli možnost vlastními slovy formulovat připomínky k chodu zdravotnického zařízení. Mezi těmito připomínkami se objevily připomínky k pořadí ošetřovaných pacientů a k systému objednávání, dlouhé čekací doby v čekárně, nevyhovující výška vyšetřovacího lůžka ve vyšetřovně, předepisování receptů s magistraliter, dostupnost WC pro pacienty, platby za vyšetření při neplatném průkazu pojištěnce. **Všechny připomínky byly analyzovány a v případě opodstatněnosti i adekvátně řešeny.**

Projekt aktivního vyhledávání rizikových pacientů má v rámci poskytování nadstandardních služeb napomoci ke včasější diagnostice nádorových kožních změn. Na obdobném principu je založen projekt „Euromelanoma Day“, což je skriningově-preventivní akce a smyslem které je upozornit na riziko maligních pigmentových projevů, jejich včasné odhalení a zlepšení informovanosti o rizikových kožních projevech. Zásadním rozdílem ale je, že „Euromelanoma Day“ se koná jako jednorázová akce jeden den v roce a projekt aktivního vyhledávání rizikových pacientů má charakter dlouhodobé kontinuální akce. Z tohoto důvodu není možné adekvátně statisticky porovnat výsledek těchto dvou akcí. Během roku 2007 bylo celkově vyšetřeno, resp. diagnostikováno 454 případů s diagnózou ze skupiny névů a benigních i maligních kožních nádorů. Během roku 2008, t.j. po zahájení projektu, bylo diagnostikováno 601 případů sledované skupiny diagnóz, co představuje nárůst o 32,38 %. V diagnostické skupině jiných zhoubných novotvarů, kam patří zejména bazaliom a

spinaliom, došlo za sledované období k nárůstu počtu zachycených případů z 10 na 14 případů. Z případů v roce 2008 se ve 2 případech jednalo o spinaliomy a ve 12 případech o bazaliomy. V nejnebezpečnější kategorii maligního melanomu kůže se v roce 2008 povedlo zachytit 2 nové případy (2007 – 0 případů), přičemž jeden z těchto případů byl zachycen jako vedlejší nález při jiném kožním onemocnění.

V korelaci se závěry práce MUDr. Foltýne je zjištění, že implementace systému kvality péče ve zdravotnickém zařízení vede ke zlepšení péče o pacienty. Je potřeba si rovněž uvědomit, že má-li být systém efektivní, musí být státem vytvořeno adekvátní legislativní zázemí a výraznou podporou by byl zájem státních orgánů a zdravotních pojišťoven.

Management kvality poskytované zdravotní péče **nelze chápat jako jednorázovou činnost s jednorázovým efektem**, který pak navždy přetrvává. Jedná se o proces kontinuální a dlouhodobý. Proto i jednotlivé činnosti a projekty zavedené v rámci implementace systémů kvality v sledovaném zdravotnickém zařízení jsou dlouhodobého charakteru. **Nezbytností je pokračovat** v zdokonalování zejména technického vybavení ambulance v souladu s dlouhodobým plánem a v návaznosti na technologický a odborný pokrok v dané odbornosti. Sledování stanovených indikátorů kvality je nezbytné k průběžnému sledování kvality a zejména efektivity poskytované zdravotní péče. **Indikátory budou nadále vyhodnocovány měsíčně** a na jejich základě budou eventuálně přijímána potřebná opatření k zajištění co nejvyšší efektivity poskytované zdravotní péče. Spektrum informačních letáků se stručnými základními informacemi o diagnózách bude postupně rozšiřováno a již existující informační letáčky budou podle potřeby upravovány a doplňovány. **Dotazníkové zjišťování** spokojenosti pacienta bude pokračovat s frekvencí **minimálně 1x za rok po dobu 1 měsíce**. Jakékoliv připomínky k chodu zdravotnického zařízení je možné vyjadřovat kdykoliv během celého roku. Kontinuálně bude nadále pokračovat již zavedenou formou projekt vyhledávání rizikových pacientů s kožními nádorovými projevy a kožními prekancerózami.

V současné době je zdravotnické zařízení ve finální fázi příprav na certifikaci podle normy STN EN ISO 9001:2009, která je udělována na dobu 3 let. V pravidelných tříletých intervalech bude muset zařízení projít procesem opětovné certifikace a bude muset prokázat, že nadále splňuje všechny požadavky fungujícího systému kvality vyplývajících z příslušných norem. Potřebná je pravidelná aktualizace příručky kvality a každoroční definování primárních cílů kvality formou definování cílů a úkolů politiky firmy.

Zavedení systému kvality v podmínkách nestátní dermatovenerologické ambulance přineslo i několik problémů a negativ. Bylo potřebné udělat několik organizačních změn, upravit dlouholeté návyky. Průběžně se objevují různé formální nedostatky, jako například chybějící prohlášení o shodě u starších přístrojů. Získat dokument tohoto druhu na některé starší přístroje je prakticky nemožné. Nemalé finanční investice byly potřebné k realizaci různých opatření, investic do materiálně-technického vybavení, na školení a přípravu akreditačního procesu.

Legislativní prostředí v oblasti kvality zdravotní péče bylo analyzováno studiem dokumentů. Po systémové a odborné analýze byla realizována implementace systému kvality v sledovaném zdravotnickém zařízení. Screening a metoda případové studie byla využita za účelem potvrzení předpokladu o zlepšení péče o pacienty po zavedení systému kvality. Statistická analýza sledovala zlepšení efektivity zdravotní péče. Dotazníkové šetření se zabývalo otázkou compliance pacientů a zjišťováním jejich spokojenosti. Systémová analýza sledovala management rozvoje kvality poskytované zdravotní péče jako komplexní souhrn činností a opatření a sledovala její přínos pro zúčastněné strany a možnost implementace systému kvality na základě ISO normy souboru 9001. Všechny stanovené hypotézy se povedlo potvrdit.

10. ZÁVĚR

Při porovnání systému kvality v oblasti zdravotnictví v České republice a na Slovensku lze pozorovat jisté organizační i legislativní rozdíly, jako je například existence Úřadu pro dohled nad zdravotní péčí ve Slovenské republice. V České republice existuje Spojená akreditační komise ČR, která je specializovaným akreditačním orgánem pro oblast zdravotnictví, i když se specializuje na akreditaci nemocničních provozů. Na Slovensku ekvivalent podobné nezávislé instituce zatím chybí. Podobně jako v ČR, i na Slovensku existuje řada certifikačních organizací, které provádí certifikace podle ISO norem. Tyto organizace musí být pro certifikační činnost akreditovány státními institucemi. Navzdory skutečnosti, že ISO normy lze aplikovat i na zdravotnické prostředí, nejedná se o normy primárně určené pro tento druh činností. V případě, že management systému kvality podle ISO normy neskončí pro poskytovatele zdravotní péče dnem získání certifikátu, ale bude **zachována kontinuita nastavených procesů a implementovaný systém kvality dále rozvíjen, lze i certifikaci podle norem ISO pokládat za možnou alternativu systému kvality v zdravotnickém zařízení.**

Systém kvality je ve zdravotnictví možné zabezpečit různými způsoby v závislosti na velikosti, složitosti a druhu zdravotnického zařízení. Je na každém poskytovateli, jakou cestou se vydá a jaký postup zvolí. **Kvalita poskytování zdravotní péče je vnímána z více úhlů pohledu.** Pacient – klient posuzuje kvalitu počtem vyšetření, délkou čekání na vyšetření, způsobem komunikace s lékařem a zdravotní sestrou, kvalitou poskytovaných nezdravotnických“ služeb (pohodlí, ubytování, strava). Zdravotnický personál by si měl uvědomovat odbornou stránku poskytování služeb – správné a včasné stanovení správné diagnózy, úspěšný léčebný postup, stanovení a vyhodnocení sledovaných indikátorů s dostatkem prostředků a času na výkon své práce.

K dosažení lepší kvality poskytované zdravotní péče je potřeba **nejenom vytvořit adekvátní politiku kvality a implementovat systém kvality s jeho kontinuálním vyhodnocováním.** Systém kvality, odbornost a etika zdravotnických pracovníků, porovnávání výkonnosti nemusí stačit k dosažení a udržení kvality na vysoké úrovni. K tomu jsou potřebné i nemalé **investice související s vybavením zařízení i s časem potřebným k realizaci potřebných opatření.** Jednotlivci i instituce často nejsou ochotni investovat do kvality, jestli by to mělo znamenat snížení jejich příjmů. Finanční stimuly hrají sice významnou roli, je si

však uvědomit fakt, že investice do zvýšení kvality se vždy vrátí. Pravdou ale zůstává, že **představa zlepšování kvality zdravotní péče bez jakýchkoliv nákladů je jenom iluzí mnohých tvůrců zdravotní politiky.**

Implementace systému kvality je v konečném důsledku přínosem pro všechny strany účastníci se procesu zdravotní péče. Tato skutečnost byla potvrzena i u sledovaného zdravotnického zařízení. Zavedení informačních letáků pro nejčastější diagnózy přispělo k lepší informovanosti pacientů o jejich onemocnění a způsobu léčby, co se projevilo kladnějším hodnocením této problematiky v dotazníkovém průzkumu. Dotazníkový průzkum pomáhá najít nedostatky v procesu poskytování zdravotní péče, které si poskytovatel sám ani nemusí uvědomit. Na opodstatněné podněty je možné pružně reagovat. Zlepšení materiálně-technického vybavení a rozšiřování nabídky zdravotnických služeb přispívá ke zvyšování efektivity zdravotní péče, stejně jako zavedení indikátorů kvality s vazbou na ekonomické parametry poskytování zdravotní péče. Dostatečná efektivita je důležitá nejenom pro pacienta a lékaře, ale z ekonomického hlediska i pro zdravotní pojišťovny, které u poskytovatelů péče nakupují zdravotní péči pro své pojištěnce. Preventivní programy, jakým je například projekt aktivního vyhledávání rizikových pacientů s kožními nádory, představuje zvýšený standard poskytované péče. Prevence je nejúčinnějším mechanismem v procesu péče o zdraví. Přispívá nejenom k minimalizaci nákladů na zdravotní péči, ale i včasné diagnostice onemocnění a je předpokladem dobrého terapeutického efektu.

Kvalitu není možné obecně přikazovat. Kvalita by měla zdravotnická zařízení od sebe odlišovat, i když jistý základní standard by měl být zachován. Není možné mluvit o adekvátní kvalitě ve zdravotnických zařízeních, které nevyužívají objednávkový systém, které nedokážou pracovat a využívat moderní informační technologie a které nedokážou, nebo nechtějí chápat potřeby svých klientů.

Získání certifikátu kvality není cílem, ale prostředkem k dosažení lepší konkurenceschopnosti a zabezpečení perspektivy a rozvoje společnosti. **Vybudovaný systém manažerství kvality je nástrojem**, který umožňuje komplexně se vypořádat se všemi vstupy do procesu poskytování zdravotní péče. Je nástrojem k efektivnímu využívání potřebných lidských i finančních zdrojů a ke zlepšování a optimalizaci procesů realizovaných v celém zdravotnickém zařízení. V systému manažerství kvality je vždy potřeba měřit a vyhodnocovat spokojenost klienta, čímž je zabezpečena zpětná vazba pro zlepšování se v této oblasti.

Závěrem lze konstatovat, že cíle práce se povedlo splnit. Povedlo se porovnat legislativní prostředí a instituce, které mají vztah ke kvalitě poskytované zdravotní péče v ČR a SR. Byl popsán systém kvality v podmínkách dermatovenerologické ambulance a možnosti jeho implementace z různých úhlů pohledu. Systém kvality poskytované zdravotní péče musí vždy zohledňovat ten **nejdůležitější požadavek kvality poskytování zdravotní péče, kterým je spokojenost pacienta.**

POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY:

Akreditácia a poslanie SNAS, http://www.snas.sk/index.php?page=1&page_sub=63,
11.12.2008

Akreditace zdravotnických zařízení,
<http://portalkvality.mzcr.cz/Pages/23-Akreditace-zdravotnickych-zarizeni.html>, 10.11.2009

Albrecht, J. et al. A survey of case reports and case series of therapeutic interventions in the Archives of Dermatology. International Journal of Dermatology, 2009, r. 48, s. 592-597

Albrecht, J., et al. The role of case reports in evidence-based practice, with suggestions for improving their reporting. Journal of the American Academy of Dermatology, 2009, r. 60, č. 3, s. 412-418

Alvarez, F., et al. Consort adoption and quality of reporting of randomized controlled trials: a systematic analysis in two dermatology journals. British Journal of Dermatology, 2009, č. 161, s. 1159-1165

Api, A. M., Vey, M. Implementation of the dermal sensitization Quantitative Risk Assessment (QRA) for fragrance ingredients. Regulatory Toxicology and Pharmacology, 2008, č. 52, s. 53-61

Australian and New Zealand College of Anaesthetists. Guidelines on Continuous Quality Improvement, <http://www.anzca.edu.au/fpm/resources/educational-documents/guidelines-on-continuous-quality-improvement.html>, 15.10.2009

Basra, M. K. A., et al. The Dermatology Life Quality Index 1994-2007: a comprehensive review of validation data and clinical results. British Journal of Dermatology, 2008, č. 159, s. 997-1035

Boyer, A., Hronová, S., Machková, H. Stručný výkladový slovník managementu, Praha: Nakladatelství HZ, 1995. ISBN 80-901918-5-1

Cagán S., Trnovec T. Zlepšovanie kvality zdravotnej starostlivosti,
http://www.cardiology.sk/casopis/404/pdf/02_uvodnik.pdf, 11.12.2008

Casarett, D., Helms, C. Systems errors versus physicians' errors: Finding the balance in medical education. *Academic Medicine*, 1999, r. 74, s. 19-22

Dickel, H., et al. Das neue Hautarztverfahren - Forschungsvorhaben zur Verbesserung der Sekundärprävention von Berufkrankheiten. *Hautarzt*, 2004, r. 55, s. 10-21

Ditrichová, D., Tichý, M. Maligní melanom – nejzhubnější kožní nádor.
Interní medicína pro praxi, 2006, č.7-8, s. 352-354

Ditrichová, D. Repetitorium dermatovenerologie. Olomouc: Epava, 2002. ISBN 80-86297-08-X

Dokumentácia k systému manažerstva kvality, <http://www.poling.sk/meranie-vykonnosti-procesov.php>, 11.12.2008

Donabedian, A. The Seven Pillars of Quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 1990, č. 114, s. 1115-1118. Allen Press, Inc.

Elston, D. M., et al. Patient safety. Part I. Patient safety and the dermatologist. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2009, r. 61, č. 2, s. 179-190

Elston, D. M., et al. Patient safety. Part II. Opportunities for improvement in patient safety. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2009, r. 61, č. 2, s. 193-205

Foltýn, I. Management rozvoje kvality poskytované péče v ordinaci praktického lékaře a implementace systému kvality v procesu diagnostiky a léčby. Disertační práce. Olomouc, 2006.

Gajdošík, J. Projekt riadenia kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti,
<http://www.healthnet.sk/texts/kvalita/kvalita.html>, 13.3.2011

Gladkij I., Heger L., Strnad, L. Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně 1999. s. 184. ISBN 80-7013-272-8

Gladkij, I., a kolektiv, Management ve zdravotnictví, Brno: Computer Press 2003. ISBN 80-7226-996-8

Gladkij, I. Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci 2000. ISBN 80-244-0176-2

Gladkij, I., Strnad, L. Implementace programů kvality a efektivity v nemocnicích. Olomouc: Fakultní nemocnice v Olomouci, 2001.

Greenlaw, S. M., et al. Assessing adherence to dermatology treatments: a review of self-report and electronic measures. *Skin Research and Technology*, 2010, č. 16, s. 253-258

Grosshandler, J. A., et al. The Electronic Medical Record in Dermatology. *Archives of Dermatology*, 2010, č. 9/146, s. 1031-1036

Hajjaj, F. M., et al. Nonclinical influences, beyond diagnosis and severity, on clinical decision making in dermatology: understanding the gap between guidelines and practice. *British Journal of Dermatology*, 2010, č. 163, s. 789-799

Holoušová, D., Krobotová, M. Diplomové a závěrečné práce, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 80-244-0458-3

Ivanová, K., Juríčková, L. Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005.

Javorka, O. Sledovanie nákladov v ambulanci a v zdravotníckom zariadení. *Ambulantná terapia*, 2005, roč.1, č. 3. Bratislava: Benefit plus s.r.o.

John, S. M., et al. Empfehlung: HAuzarztverfahren. Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, 2007, r. 5, č. 12, s. 1146-1148

Kahan, B., Goodstadt, M. Continuous quality improvement and health promotion: can CQI lead to better outcomes? *Health promotion international*, 1999, roč. 14, č. 1., s. 83-91. Oxford University Press

Kolář, J. Compliance, adherence, konkordance, kontinua. *Časopis českých lékařníků*, 2003, č. 8, s. 20–21

Kompiš, D. Vplyv akreditácie v zdravotníctve, http://www.unms.sk/?vplyv_akreditacie_v-zdravotnictve, 2.12.2009

Koncepcia štátnej politiky zdravia Slovenskej republiky, http://www.uvzsr.sk/docs/kspz/koncepcia_SP_zdravia_SR.pdf, 13.3.2011

Koot, J. Skúsenosti získané z programov kvality v zdravotníctve v európskych krajinách, www.quality.healthnet.sk/docs/final/europske_skusenosti.doc, 22.11.2009

Kostičová, M, Badalík, L. Zabezpečovanie kvality zdravotnej starostlivosti na Slovensku, *Lekársky obzor* 2009, <http://www.lekarsky.herba.sk/lekarsky-obzor-3-2009/zabezpecovanie-kvality-zdravotnej-starostlivosti-na-slovensku>, 5.3.2011

Kühl, M., Schmidt, A. Erfahrungen mit Hautarztberichten. *Dermatosen*, 1999, r. 47, s. 249-250

Lakatoš, P. Nové vydanie normy 9001, http://www.unms.sk/?nove_vydanie_normy_9001, 11.12.2008

Linhartová, A., Kotlářová, L. Compliance pacienta s léčbou z pohledu lékárníka. *Praktické lékařství*, 2006, č.3., s.135-136. Olomouc: Solen.

McLaughlin C.P., Kaluzny A. D. Continuous quality improvement in health care. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2006, 663 s.

Měření kvality zdravotní péče prostřednictvím spokojenosti pacientů,

<http://portalkvality.mzcr.cz/Pages/5-Mereni-kvality-zdravotni-pece-prostrednictvim-spokojenosti-pacientu.html>, 15.10.2009

Model výnimčnosti EFQM, <http://www.ssk.sk/index.php?zobraz=ehtml&idmenu=79>, 27.2.2011

Murray, C. S., Rees, J. L. How Robust are the Dermatology Life Quality Index and Other Self-reported Subjective Symptom Scores when Exposed to a Range of Experimental Biases? *Acta Dermato-Venerologica*, 2010, č. 90, s. 34-38

Natt, R., et al. Influence of audit on clinical practice: multidisciplinary team data documentation for cutaneous head and neck malignancy. *American Journal of Otolaryngology-Head and Neck Medicine and Surgery*, 2010, č. 31, s. 261-265

O úrade, http://www.udzs.sk/buxus/generate_page.php?page_id=97, 11.12.2008

Papeš, Z., Ulrich, M. *Zdravotnická ekonomika (Úvod)*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002. ISBN 80-244-0567-9

Papeš, Z. *Zdravotnické instituce*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002. ISBN 80-244-0543-1

Pasztor, L., Weissová, Z. Kontrola kvality poskytovania zdravotníckej starostlivosti -aktuálny problém. *Lekárske listy, príloha ZdN*, 1997, č. 4, s. 8.

Polakovičová, J. Včasná diagnostika malígneho melanómu a iných nádorových kožných ochorení ako výsledok spolupráce praktického lekára a dermatológa. *Ambulantná terapia*, 2007, roč. 5, č.3-4, s. 172-175. Bratislava: Solen.

Poot, F. Doctor-patient relations in dermatology: obligations and rights for a mutual satisfaction. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 2009, č. 23, s. 1233-1239

Radecky, A. Certifikace ISO kvalitu automaticky nezaručují, <http://businessworld.cz/reseni-a-realizace/certifikace-iso-kvalitu-automaticky-nezarucuji-2619>, 15.10.2009

Richter, R. Compliance část I. Běžná praxe, <http://lib.store.yahoo.net/lib/epill/PharmaBusinessMagazine.pdf>, 15.10.2009

Shine, K. I. Health care quality and how to achieve it. *Academic Medicine*, 2002, r. 77, s. 91-99

Resneck Jr., J. S. An analysis of health system reform for dermatologists: Elements and implications of the Patient Protection and Affordable Care Act. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2010, r. 63, č. 4, s. 706-715

Skudlik, Ch., et al. Multicenter study „Medical-Occupational Rehabilitation Procedure Skin-optimizing and quality assurance of inpatient-management (ROQ)“. *Journal de Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 2009, č. 7, s. 122-126

Sovová, E. Historie programů kvality zdravotní péče, http://osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/06_2003/historie.html, 12.2.2008

Sovová, E. Akreditace nebo certifikace nebo EFQM model? http://osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/08_2003/akreditace.html, 13.8.2010

Strategické ciele eHealth - kľúčový nástroj informatizácie verejnej správy v oblasti zdravotníctva na Slovensku, http://www.nczisk.sk/buxus/docs/strategicke_ciele.pdf, 12.2.2011

Strategie Národní politiky kvality v České republice na období let 2008 – 2013, http://www.npj.cz/soubory/dokumenty/strategie_doc.pdf, 3.12.2009

Škrlovi, P., M.: Kreativní ošetrovatelský management. Praha. Advent – Orion s.r.o., 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.

Uhlenhake, E., Feldman, S. R. Dermatological patient safety. *Journal of Dermatological Treatment*, 2010, č. 21, s. 86-92

Uznesenie vlády SR č. 900/2003 z 24. septembra 2003, ktorým bol prijatý Národný program kvality SR na roky 2004 – 2008.

Varkey, P., et al. Basics of quality improvement in health care. *Mayo Clinic Proceedings*, 2007, r. 82, s. 735-759

Vepřek, P., a kolektiv. Studijní materiály k problematice veřejného zdravotnictví s důrazem na zdravotnickou legislativu. Praha: Ediční oddělení IPVZ, 2004.

Ve spojených státech málokteré zařízení riskuje ztrátu akreditace. Praha: Zdravotnické noviny, 2001, <http://starezdn.zdn.cz/scripts/detail.php?id=138806>, 11.12.2008

Vorlíček, Z. Kvalita ve veřejné správě, <http://www.mvcr.cz/clanek/kvalita-ve-verejne-sprave.aspx?q=Y2hudW09NA%3D%3D>, 15.10.2009

Voss, H. et al. 10 years quality assurance of the dermatologist's procedure. ABD review board part II: 2003-2009. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 2011, č.1, s. 42-46

Williams, H. Subjective Dermatology Outcomes: How You Frame th Question May Not Be That Important After All. *Acta Dermato-Venerologica*, 2010, č. 90

Wilson, R. L., Feldman, S. R. Physician performance measures in dermatology. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2010, r. 63, č. 2, s. e29-e35

Zabezpečování jakosti ve smyslu TQM, <http://www.businessinfo.cz/cz/clanek/kvalita-jakost/zabezpecovani-jakosti-ve-smyslu-tqm/1000513/43055/>, 6.6.2008

Zákon 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov, <http://www.zdravie.sk/sz/content/464-23135/zakon-5782004-zz-o-poskytovateloch-zdravotnej-starostlivosti.html>, 12.2.2008

Zákon Národnej rady SR č. 581 z 21.októbra 2004 o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Zbierka zákonov 581/2004, čiastka 246, s. 5777 – 5811.

Zbierka zákonov č. 538/2005,
<http://www.zbierka.sk/zz/predpisy/default.aspx?PredpisID=18991&FileName=05-z538&Rocnik=2005>, 12.2.2008

Zdravotníctví, http://www.bureauveritas.cz/wps/wcm/connect/bv_cz/local/home/about-us/our-business/certification/sector_specific_solutions/chemical, 11.12.2008

Zlámal, J., Ulrich, M. Základy ekonomie pro management zdravotníctví, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci 2001. ISBN 80-244-0349-8

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ACP	Americká společnost praktických lékařů
ACS	Americká chirurgická společnost
AHA	Americká asociace nemocnic
AMA	Americká lékařská společnost
BOZP	Bezpečnost a ochrana zdraví při práci
CEN	Evropská komise pro normalizaci
CENELEC	Evropská komise pro normalizaci v elektrotechnice
CIPM	Comité International des Poids et Mesures
CMA	Kanadská lékařská společnost
ČIA	Český institut pro akreditaci
ČR	Česká republika
EQA	European Quality Award
EFQM	European Foundation for Quality Management
ETSI	Evropský institut pro telekomunikační normy
IAF	International Accreditation Forum
IEC	Mezinárodní elektrotechnická komise
ILAC	International Laboratory Accreditation Cooperation
IMS	Indicator Measurement System
ISO	Mezinárodní organizace pro normalizaci
ISQua	International Society for Quality in Health Care
JCAH	Joint Commission on Accreditation of Hospitals
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations
JCI	Joint Commission International
JCIA	Joint Commission International Accreditation
MD	Zdravotnické pomůcky
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NNO	Národní organizační orgán
PDCA	Plánuj – Dělej – Kontroluj – Jednej
QMS	Systémy manažerství kvality
SNAS	Slovenskou národní akreditační službu
SAK	Spojená akreditační komise
SR	Slovenská republika

SÚTN	Slovenský ústav technické normalizace
TC	Technický výbor
UV	Ultrafialové záření
ÚNMS SR	Úřad pro normalizaci, metrologii a zkušebnictví Slovenské republiky
WHO	Světová zdravotnická organizace
WTO	World Trade Organization, Světová obchodní organizace