Příloha č. 2

Externí kontrola kvality a bezpečí v ČR

Systémy externí kontroly kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče se v ČR objevují od počátku 90. let minulého století (v podobné době jako v dalších členských státech EU). Z hlediska metodiky jde jednak o obecnější certifikaci dle norem ISO (systém řízení kvality v organizaci dle ISO 9001, hodnocení laboratorních služeb dle ISO 15 189 atd.) a o „specializovanou" zdravotnickou akreditaci dle modelu severoamerické Joint Commission. V roce 1998 z rozhodnutí MZČR (v návaznosti na projekt United States Agency for International Development, který právě Joint Commission odborně zaštiťovala) vznikla v ČR Spojená akreditační komise (jako nezávislý orgán) zaměřující se na akreditaci klinických (a souvisejících neklinických) procesů v lůžkových zdravotnických zařízeních. Na podporu její činnosti vyšlo ve Věstníku MZČR 7/1998 prvních padesát akreditačních standardů včetně akreditační metodiky. Od roku 2004 do roku 2011 prošlo pět zařízení mezinárodní akreditací Joint Commission International (Nemocnice Na Homolce, ÚVN Praha, FN Ostrava, MOÚ Brno a ÚHKT Praha).

Navzdory deklarovanému zájmu o zvyšování kvality a bezpečí při poskytování zdravotní péče/zdravotních služeb chybí jakákoli obecná a silná externí motivace k tomu, aby poskytovatelé externí hodnocení vyhledávali. Výjimku tvoří úhrada laboratorních služeb vázaná na certifikaci Českého institutu pro akreditaci nebo Národního akreditačního střediska klinických laboratoří a dále pak zvýhodnění úhrady za poskytnutou péči ze strany ČPZP a ZP Škoda. Ze zkušeností v ČR i v zahraničí jasně vyplývá, že zavedení procesního řízení v důsledku akreditačních a certifikačních procesů zejména v oblastech poskytování klinické péče vede ke zvýšení kvality poskytované péče a bezpečí pacientů, ale i poskytovatelů zdravotních služeb – je tedy nepochybně stimulace poskytovatelů namístě.

Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách zavedl v části 9 formální registraci pro provádění dobrovolného externího hodnocení kvality a bezpečí. Tuto činnost mohou provádět pouze osoby oprávněné k provádění hodnocení kvality a bezpečí s tím, že žadatel o oprávnění předkládá své hodnotící standardy, které musí být ve shodě s minimálními hodnotícími standardy kvality a bezpečí pro jednotlivé formy zdravotní péče, popřípadě druhy zdravotní péče vydanými vyhláškou MZ, dále ukazatele kvality a způsob jejich tvorby a sledování, rozsah posuzovaných procesů včetně způsobenu a postupu jejich hodnocení a personální zabezpečení. K dnešnímu dni MZ ve vyhlášce č. 102/2012 Sb. zveřejnilo pouze požadavky na hodnotící standardy pro lůžkovou zdravotní péči. Ministerstvem stanovené požadavky na standardy pro hodnocení kvality a bezpečí jsou výrazně pod úrovní obvyklou pro externí hodnocení kvality a bezpečí v EU a výrazně pod úrovní základních požadavků na akreditační standardy stanovené Mezinárodní společností pro kvality ve zdravotnictví (ISQuA). Taková situace vytváří riziko do budoucna - pokud by totiž byla zavedena úhradová motivace pro externí hodnocení kvality a bezpečí, není naplnění těchto minimálních standardů garancí odpovídající kvality poskytované zdravotní péče / zdravotních služeb.

V oblasti bezpečí pacientů ČR reagovala na Doporučení Rady o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí z 9. června 2009 a vydala Akční plán kvality a bezpečí zdravotní péče, který MZ revidovalo v roce 2012 a jehož součástí bylo i vyhlášení Resortních bezpečnostních cílů regulujících postupy při minimalizaci nejčastějších rizik v oblasti poskytování zdravotní péče. I když tyto cíle přebrala většina lůžkových zdravotnických zařízení (některé RBC byly definovány i pro poskytovatele ambulantní péče a záchranné zdravotní služby), v oblasti medializace rizik při poskytování zdravotní péče a jejich prevence není těchto aktivit ze strany MZ nijak využíváno. V požadavcích vyhl. č. 102/2012 Sb. nejsou resortní bezpečnostní cíle zahrnuty a to přesto, že představují doporučená řešení oblastí zdravotních služeb s nejvyšší mírou rizika.

Souhrn stávajícího stavu:

V současné době v ČR není plošně zaveden systém, který by motivoval poskytovatele zdravotních služeb k systematickému zavádění procesního řízení kvality a bezpečí poskytované péče. Registrační systém zavedený s účinností od roku 2012 nepokrývá hodnocení kvality a bezpečí při poskytování ambulantní péče a nastavuje velmi nízká kritéria pro osoby externí hodnocení provádějící. Deklarovaný systém povinného interního hodnocení kvality a bezpečí pro poskytovatele lůžkové a jednodenní péče není provázen žádným kontrolním mechanismem.

Doporučené kroky:

1. Podmínky pro provádění externího hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb by měly být zpřísněny v souladu s požadavky ISQuA. Jedná se především o důsledné uplatnění procesního řízení ve zdravotnickém zařízení posuzované přímo v provozu, nikoli jen posouzením celku či dokonce jen výběru vnitřních předpisů zařízení. Ve shodě s doporučeními ISQuA by celý proces měl být založen na sběru a analýze dat, na proaktivním managementu rizik a na systematickém řízení kvality prostřednictvím standardizovaných interních auditů.

   S tím souvisí změna stávající vyhlášky č. 102/2012 Sb. uvádějící požadavky na obsah a rozsah standardů používaných pro externí hodnocení kvality a bezpečí. Tyto požadavky jsou formulovány jako velmi obecné a minimální, přičemž byl předpoklad, že jednotlivé oprávněné osoby vytvoří systém požadavků nad rámec této minimální šablony, k čemuž ve většině případů nedošlo. Paradoxně tak např. požadavek na zavedení resortních bezpečnostních cílů (zahrnutý v interním hodnocení kvality a bezpečí) v externím hodnocení obsažen není.

   V rámci akčního plánu proto navrhujeme novelizovat vyhlášku č 102/2012 Sb. tak, že její příloha č. 1 bude nahrazena zpřísňujícím dokumentem v souladu s principy ISQuA. První versi navrhovaného textu uvádíme v příloze č. 1 tohoto materiálu s tím, že do ní budou doplněny požadavky na plnění Resortních bezpečnostních cílů a bude zpřesněna v oblasti proaktivního managementu rizik a sběru dat – specifikace oblastí pro sběr dat.

Tento postup je spojen s následujícími problémy, které je nutno řešit:

a) požadavky na standardy zákon (a navazující vyhláška) definuje jako minimální. Námi předkládané požadavky jsou optimální. Domníváme se však, že bude-li držení certifikátu důvodem ke zvýšené úhradě, je na místě použít předkládanou úroveň právě jako „minimální“ a v případě novely ZZS provést příslušnou úpravu textu,
b) postup při schvalování standardů je třeba přesně popsat (MZ má registrační nikoli metodickou roli, není tedy namístě žadatelům chybějící podklady prezentovat, ale pouze se vyjádřit, zda podmínky splňují či nikoli),
c) účinnost změn musí obsahovat dostatečný čas (12 měsíců) k přeregistraci stávajících oprávněných osob.

2. Přesněji a přísněji by měly být definovány kvalifikační požadavky pro osoby provádějící externí hodnocení kvality a bezpečí a to včetně požadavku na důsledné oddělení konzultačních a auditních aktivit – konflikt zájmů - (primárně deklarovat jako nepřijatelný postup, kdy identická osoba zařízení k auditu připravuje a poté vlastní audit provádí). Dále v souladu s principy ISQuA doporučujeme zavést strukturovaný systém hodnocení jednotlivých činností u oprávněných osob, resp. u zájemců o registraci jako oprávněná osoba dle § 98 zákona č. 372/2011 Sb.
U požadavků na personální zabezpečení hodnocení kvality a bezpečí je v současné době u lékařů a zubních lékařů požadavek na specializovanou způsobilost a u všech kategorií hodnotitelů je požadavek na to, aby v posledních deseti letech alespoň 6 let vykonávali zdravotnické povolání. Požadavek na specializovanou způsobilost postrádá smyslu, protože hodnocení kvality a bezpečí není odborným auditem ve smyslu hodnocení specializovaných klinických činností, ale auditem procesním v oblasti řízení kvality a bezpečí péče. Požadavek na praxi je maximalistický a vylučuje z možné auditní činnosti např. zkušené odborníky-důchodce – vhodnější se jeví uložit minimální praxi v dané oblasti (lékař/zubní lékař, NLZP, administrátor) navíc bez vazby na lůžkovou péči.

V rámci akčního plánu proto navrhujeme novelizovat vyhlášku č 102/2012 Sb. tak, že její příloha č. 2 v části 1 bude upravena tak, že se vypustí požadavek na specializovanou způsobilost lékařů/zubních lékařů a požadavek na kontinuální praxi se nahradí požadavkem na minimálně 5letou praxi lékaře, NLZP či administrátora ve zdravotnictví bez specifikace zda se jedná o lůžkovou či jinou péči. Současně se doplní a zpřesní požadavky na znalost prostupů při auditní činnosti.

Část 2 doporučujeme nahradit požadavky ISQuA (viz příloha č. 2) a to buď přímo, nebo rozšířený o další požadavky MZ, rozhodně však nikoli redukovaný.

3. MZ ČR neprovádí dosud žádnou kontrolní činnost u poskytovatelů externího hodnocení kvality a bezpečí – nekontroluje tedy dodržení podmínek, na které bylo vydáno osvědčení. Absence řádné kontroly v průběhu vlastního hodnocení vytváří riziko nekonzistentního a účelového posuzování- Z tohoto důvodu by měly být zahájeny kontroly průběhu externího hodnocení kvality a bezpečí u všech oprávněných osob se stanovením minimálního standardizovaného spektra kontrol. V souladu s doporučením u bodu 2 tohoto materiálu doporučujeme zavést pro oprávněné osoby povinnost pravidelně zasílat MZ analýzu vlastního hodnocení a zvážit časové omezení vydaného oprávnění.

4. Zavést finanční motivaci pro poskytovatele zdravotních služeb uspěvší v externím hodnocení kvality a bezpečí (národním i mezinárodním).

Metodika pro přípravu standardů k hodnocení poskytovatelů zdravotních služeb dle principů ISQua s využitím TQM v modelu EFQM (návrh Modelu ČR)

Obsah:

I. POŽADAVKY NA STANDARDY MANAGEMENTU POSKYTOVATELE ZDRAVORNÍCH SLUŽEB (DÁLE ORGANIZACE)

I.I Řízení organizace a strategické plánování
- I.I.I Požadavky na vedení organizace
- I.I.II Požadavky na vedení oddělení a služeb

I.II Řízení zdrojů
- I.II.I Požadavky na řízení lidských zdrojů
- I.II.II Požadavky na řízení externích dodavatelů
- I.II.III Požadavky na řízení financí
- I.II.IV Požadavky na řízení nemovitostí a zařízení
- I.II.V Požadavky na řízení informací a znalostí

I. III Řízení procesů a změn
- I.III.I Požadavky na systém řízení procesů
- I.III.II Požadavky na řízení a zvyšování kvality
- I.III.III Požadavky na řízení rizik
- I.III.IV Požadavky na řízení změn

II. POŽADAVKY NA STANDARDY VÝKONU ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

II.I Dostupnost

II. II Práva pacienta a jeho rodiny

II.III Péče o pacienty
- A. Požadavky na poskytování péče
- B. Požadavky na podávání léčiv a používání zdravotnických prostředků
- C. Požadavky na stravovací péči
- D. Požadavky na laboratorní služby
- E. Požadavky na radiologické služby
- F. Podpora zdraví a prevence nemocí

II.IV Kontinuita péče

II.V Propuštění a další sledování

III. ANALÝZA A VÝSLEDKY

III.I Monitorování dat a průběžné analýzy

III.II Analýzy výsledků a opatření

I. STANDARDY MANAGEMENTU POSKYTOVATELE ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB (DÁLE ORGANIZACE)

I.I Řízení organizace a strategické plánování

I.I.I Požadavky na vedení organizace

Oblast hodnotících standardů

1. Vedení organizace je zodpovědné za efektivní fungování organizace a za soulad její činnosti s platnými zákony, nařízeními, jejím posláním a dlouhodobými cíli.

Charakteristické znaky :

- *Organizace má zpracovánu svoji vizi a strategické plány v písemné podobě.*
- *Poslání organizace (v písemné podobě) schvalují subjekty, které odpovídají za její zřízení.*
- *Vedení organizace odpovídá za to, že všichni zaměstnanci jsou seznámeni s posláním, hodnotami, cíli a se strategií řízení organizace.*
- *Organizace může doložit existující soulad interní řídící dokumentace s platnou legislativou a zdravotní politikou (včetně záznamů o školení v dané problematice).*

Oblast hodnotících standardů

2. Vedení organizace je odpovědné za plánování, přezkoumávání a aktualizaci dlouhodobých cílů organizace a za zabezpečování jejich plnění s ohledem na očekávání a potřeby pacientů, jejich blízkých a dalších zainteresovaných stran včetně zaměstnanců.

Charakteristické znaky :

- *Organizace má vypracovány dlouhodobé cíle zaměřené na potřeby pacientů a jejich blízkých, s ohledem na zájmy dalších zainteresovaných stran a s přihlédnutím k finančním faktorům a faktorům prostředí.*
- *Strategie organizace je založena na informacích získaných z měření kvality a výkonnosti, vzdělávací činnosti, identifikaci ekonomických a demografických ukazatelů, nových technologií a výsledků výzkumu.*
- *Organizace má prostřednictvím plánování definovány žádoucí výstupy a výsledky poskytovaných služeb (finanční a nefinanční výsledky) a způsob, jak tyto bude sledovat, měřit a hodnotit (ukazatelé výkonnosti).*
- *Organizace může doložit záznamy o prováděné aktualizaci svých cílů s ohledem na její poslání, hodnoty a zájmy svých zainteresovaných stran.*

Oblast hodnotících standardů

3. Vedení organizace stanovuje rozsahy poskytovaných služeb tak, aby tyto služby splňovaly oprávněné potřeby pacientů.

Charakteristické znaky :

- *Každé oddělení má písemně zpracované spektrum péče poskytované pacientům.*

- *Organizace může doložit relevantní vazbu mezi rozsahem poskytovaných služeb, svým posláním a potřebami pacientů.*

Oblast hodnotících standardů
4. Vedení organizace je odpovědné za budování struktury a managementu organizace tak, aby umožňovaly organizaci dosahování jejích dlouhodobých cílů.

Charakteristické znaky :
- *Organizace identifikuje a navrhuje klíčové činnosti potřebné k uskutečnění svých strategických plánů s definováním pravomocí a odpovědností/vlastnictví u těchto činností.*
- *Organizace má definovány pravomoci a odpovědnosti za řízení a zvyšování kvality a výkonnosti na všech úrovních vedení.*
- *Organizace má zabezpečeno svými řídícími mechanismy, že jednotlivé funkce, aktivity, rozvoj pracovišť a služeb probíhají koordinovaně mezi těmito pracovišti a službami, příp. externími dodavateli.*
- *Ředitel organizace vydává organizační řád, ve kterém jasně definuje vztahy nadřízenosti a podřízenosti a rozsah pravomocí vedoucích pracovníků na jednotlivých úrovních řízení.*
- *Způsob řízení a správy organizace je zobrazen v organizačním schématu organizace.*
- *Existují důkazy o pravidelné aktualizaci této dokumentace.*

Oblast hodnotících standardů
5. Vedení organizace je odpovědné za budování silné kultury organizace podporující dosahování dlouhodobých cílů a je jejím vzorem.
Charakteristické znaky :
- *Vedení organizace je zapojeno do aktivit týkajících se kontinuálního zvyšování kvality a výkonnosti organizace, podporuje vytváření kultury organizace.*
- *Organizace má vypracovaný etický kodex.*
- *Organizace může doložit způsob zapojení svého vedení do procesu kontinuálního zvyšování kvality a výkonnosti.*
- *Organizace může doložit příklady kultivace firemní kultury např. prostřednictvím měření loajality k etickému kodexu a respektovaným hodnotám, apod.*

Oblast hodnotících standardů
6. Vedení organizace je odpovědné za soustavné analyzování, měření, zvyšování a zlepšování výkonnosti manažerského systému organizace, manažerských a odborných kompetencí a za vybudování funkčního motivačního systému umožňujícího zapojení všech pracovníků organizace do plnění dlouhodobých cílů organizace.
Charakteristické znaky :

- *Organizace má vypracovány metody pro sdělování plánů, cílů a záměrů podle cílových skupin i metody ověřování, zda jsou tyto informace známy.*
- *Organizace má vypracovaný systém pro pravidelné vyhodnocování účelnosti vynakládání prostředků a zdrojů vzhledem ke stanoveným plánům a rozpočtu.*
- *Organizace má zpracovaný systém pro přezkoumávání a zlepšování efektivity vlastního vedení a jednání (hodnocení výkonnosti a efektivity práce manažerů – včetně zpětné vazby).*
- *Existují důkazy o pravidelném přezkoumávání účinnosti a efektivity motivačního systému pracovníků (stimulování aktivního zapojení zaměstnanců).*

I.I.II Požadavky na vedení oddělení poskytujících zdravotní služby a infrastrukturních služeb

Oblast hodnotících standardů
1.Vedoucí oddělení a služeb odpovídají za plnění zákonných požadavků a požadavků předpisů týkajících se poskytovaných služeb.
Charakteristické znaky :
- *Vedoucí oddělení a služeb mohou doložit kontrolní systém pomocí něhož ověřují dodržování platných zákonných požadavků a předpisů.*

Oblast hodnotících standardů
2.Každý vedoucí oddělení a služeb dodržuje organizační řád a plán rozvoje, který řeší personální otázky, odborný rozvoj, rozvoj kvality a rozvoj kooperace při zabezpečení kontinuity služeb.

Charakteristické znaky :
- *Vedoucí oddělení a služeb odpovídají za informovanost svých pracovníků o základních směrech rozvoje organizace.*
- *Vedoucí oddělení a služeb mohou doložit systém pomocí něhož řídí organizační a personální rozvoj oddělení včetně spolupráce s jinými pracovišti v rámci organizace i vně organizace (spolupráce s jinými poskytovateli zdravotních příp. sociálních služeb, dodavateli, servisními organizacemi aj.).*

Oblast hodnotících standardů
3. Vedoucí oddělení a služeb podávají důkazy o svých závazcích a aktivitách týkajících se rozvoje a zlepšování kvality a výkonnosti pracovišť.

Charakteristické znaky :
- *Organizace má plány na zlepšování kvality a zvyšování výkonnosti jednotlivých pracovišť, které řídí vedoucí oddělení a služeb.*
- *Existují důkazy o zlepšování kvality a zvyšování výkonnosti jednotlivých pracovišť (např. zvyšování kompetencí pracovníků, zlepšování prostředí, dokumentovaný systém kvality atd.).*

Oblast hodnotících standardů

4. Vedoucí oddělení přezkoumávají v pravidelných intervalech kvalitu a výkonnost pracovišť.

Charakteristické znaky :

- *Existují plány přezkumu.*
- *Existují záznamy o přezkoumávání včetně dalšího přístupu k výsledkům přezkumu v rámci řízení organizace.*

Oblast hodnotících standardů
5. Vedoucí oddělení a služeb odpovídají za respektování etických pravidel.
Charakteristické znaky :

- *Vedoucí oddělení mohou doložit systém pomocí něhož ověřují dodržování etických pravidel (etický kodex, hodnoty).*

I.II. Řízení zdrojů

I.II.I Požadavky na řízení lidských zdrojů

Oblast hodnotících standardů
1.Organizace má zpracován systém plánování a řízení lidských zdrojů zabezpečující plnění legislativních požadavků, dlouhodobých cílů a požadavků zainteresovaných stran.

Charakteristické znaky:

- *Organizace stanoví počet a kvalifikace (vzdělání, znalosti, dovednosti a zkušenosti) personálu nutného pro zajištění aktuálních a budoucích požadavků na poskytované spektrum zdravotních služeb.*
- *Organizace má písemně vypracovanou náplň práce pro všechny zaměstnance*.
- *Organizace má stanovena pravidla pro zapracovávání a zaškolení nových pracovníků.*
- *Organizace pravidelně prověřuje u personálu, nezávislých odborníků a dobrovolníků jejich kompetence a výkonnost.*

Oblast hodnotících standardů
2. Organizace rozvíjí systematicky proces kontinuálního vzdělávání a školení svých pracovníků, nezávislých odborníků a dobrovolníků.

Charakteristické znaky :

- *Organizace má program celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků, systém rozvoje znalostí a dovedností dalších zaměstnanců, nezávislých odborníků a dobrovolníků.*
- *Zdravotnický personál je školen v bezpečném zacházení s léčivými přípravky, zdravotnickými prostředky a přístroji včetně každoročního proškolení a přezkoušení v kardiopulmonální resuscitaci.*
- *Zaměstnanci organizace jsou školeni v respektování kulturních a spirituálních rozdílů a potřeb pacientů a rodinných příslušníků.*
- *Organizace zabezpečuje v rámci svých aktivit jak interní tak externí příležitosti k osobnímu rozvoji.*

Oblast hodnotících standardů
3.Organizace zabezpečuje školení a trénink v souladu s její politikou BOZP.
Charakteristické znaky :

- *V souladu s platnými předpisy probíhají pravidelná školení personálu v BOZP, požární ochraně a manipulaci s biologickým materiálem a jeho skladování, včetně likvidace použitých pomůcek.*
- *Personál organizace je seznámen s požárním, havarijním a evakuačním řadem, tyto znalosti jsou pravidelně prověřovány.*

Oblast hodnotících standardů
4.Organizace vede efektivní dialog se svými pracovníky a systematicky buduje zpětnou vazbu.
Charakteristické znaky :

- *Organizace může doložit existenci dialogu a způsob vyhodnocování zpětné vazby.*
- *Organizace má motivační systém pro vyšší angažovanost pracovníků na zlepšování kvality a výkonnosti.*

I.II.II Požadavky na řízení externích dodavatelů

Oblast hodnotících standardů

1.Organizace plánuje a řídí dodávky od externích dodavatelů.

Charakteristické znaky :

- *Organizace může doložit, že vybírá své externí dodavatele a spolupracuje s nimi na základě jasně definovaných kritérií za účelem podpory své strategie a efektivního fungování svých činností.*

I.II.III Požadavky na řízení financí

Oblast hodnotících standardů
1.Organizace zabezpečuje plánování a řízení finančních zdrojů a rozpočtovou transparentnost.

Charakteristické znaky :

- *Organizace může doložit, že má vypracovány finanční plány a transparentní způsob hospodaření s rozpočtovými prostředky na základě jasně definovaných kritérií.*

Oblast hodnotících standardů

2. Organizace zabezpečuje stálé sledování nákladů na poskytování standardních služeb.

Charakteristické znaky :

- *Organizace může doložit, že má systém sledování a vyhodnocování nákladových položek jednotlivých služeb.*

Oblast hodnotících standardů
3.Organizace může doložit, že má založeno finanční řízení na analýze nákladů/přínosů, tj. na ekonomické efektivnosti s ohledem ke stanoveným plánům a rozpočtu.

Charakteristické znaky :

- *Organizace může doložit systém měření a vyhodnocování ekonomické efektivnosti svého provozu.*

I.II.IV Požadavky na řízení nemovitostí a zařízení

Oblast hodnotících standardů
1.Organizace odpovídá za dostupnost, efektivitu využití, zajištění vhodnosti a bezpečnosti svých prostor a zařízení a za to, že tato aktiva vyhovují příslušným zákonům, nařízením a požadavkům příslušné inspekce.
Charakteristické znaky :

- *Organizace má zajištěnu dostupnost staveb, prostor a vybavení nezbytných pro poskytování příslušných služeb.*
- *Organizace má metody hodnocení účelného využití budov, zařízení a dalších zdrojů.*
- *Organizace má zaveden preventivní program zajištění bezpečného prostředí pro pacienty a zaměstnance, jehož součástí je identifikace rizikových míst a činností z hlediska bezpečnosti pacientů a zaměstnanců.*
- *Organizace pravidelně zajišťuje požadované kontroly svých prostor z hlediska požadavků legislativy (protipožární ochrana, BOZP, odpadové hospodářství, atd.)*
- *Organizace pravidelně zajišťuje kontroly, testování, revize, údržbu a výměnu svého technického zařízení a vybavení tak, aby bylo v souladu s legislativními předpisy.*
- *Organizace má specifikováno vybavení jednotlivých oddělení přístroji a plán preventivních prohlídek zdravotnických přístrojů a prostředků, zvláště pak těch, které jsou užívány k monitoraci a/nebo podpoře základních životních funkcí (respirátory, defibrilátory, monitory atd.).*
- *Organizace má systém sledování vývoje zdravotnické i nezdravotnické techniky jak u stávajících dodavatelů, tak i u dalších s ohledem na možnosti zvýšení kvality a efektivity.*

Oblast hodnotících standardů
2.Organizace odpovídá za zajištění účinného a nákladově efektivního využívání dopravních a energetických zdrojů.

Charakteristické znaky :

- *Organizace má stanoven způsob zajištění elektrické energie, pitné vody a medicinálních plynů, a to jak v obvyklém režimu dodávek, tak při přerušení dodávek.*
- *Organizace má vnitřním předpisem stanoveny pravidelné kontroly funkčnosti náhradních zdrojů.*
- *Organizace má řešeno efektivní užívání dopravních prostředků v souvislosti s provozními potřebami jednotlivých pracovišť.*
- *Řízení dopravních a energetických zdrojů jsou součástí systému plánování, řízení a zvyšování kvality a výkonnosti organizace.*

I.II.V Požadavky na řízení informací a znalostí

Oblast hodnotících standardů
1.Organizace má stanovena data a informace, které podporují řízení organizace a program řízení kvality.
Charakteristické znaky :

- *Organizace shromažďuje informace o počtu pacientů, diagnózách a výkonech všech provozů i jednotek ve stanovené struktuře a využívá je pro vlastní potřebu i pro NZIS.*
- *Organizace má vypracovaný systém umožňující identifikaci, definici a šíření poznatků nejlepší praxe (medicínské i manažerské) za účelem zvyšování kvality poskytované zdravotní péče a managementu (systém praxí, stáží, atd.), který pravidelně přezkoumává, aktualizuje a zlepšuje.*
- *Organizace vypracován systém poskytování relevantních informací týkajících se úkolů a cílů všem pracovníkům v požadovaném čase a kvalitě.*
- *Organizace zabezpečuje poskytování informací veřejnosti o spektru a kvalitě poskytovaných služeb.*

Oblast hodnotících standardů
2.Organizace odpovídá za správnost, spolehlivost, ochranu a požadovanou dobu uchování příslušných dat a informací.

Charakteristické znaky :

- *Organizace má systém správy všech dat včetně požadavků na jejich archivaci a skartaci.*
- *Organizace má vypracován systém zajištění důvěrnosti informací.*

I.III Řízení procesů a změn

I. III.I Požadavky na systém řízení procesů

Oblast hodnotících standardů
1.Vedení organizace identifikuje, řídí a zlepšuje klíčové manažerské činnosti a činnosti poskytování zdravotní péče s ohledem na zájmy všech zainteresovaných stran.

Charakteristické znaky :
- *Pro efektivní řízení a měření výkonnosti manažerských výkonů jsou stanoveny klíčové indikátory výkonnosti.*
- *Pro efektivní řízení a měření úspěšnosti poskytované péče jsou stanoveny klíčové indikátory kvality.*

I.III.II Požadavky na řízení a zvyšování kvality

Oblast hodnotících standardů
1.Vedení organizace je odpovědné za plánování, realizaci, monitoring a přezkoumávání procesu trvalého zvyšování kvality ve všech činnostech organizace.
Charakteristické znaky :
- *Organizace má vypracován plán systematického kontinuálního přístupu ke zvyšování kvality, který pokrývá všechny aspekty výkonnosti celého zařízení, zahrnuje monitoring manažerských a odborných činností, včetně vysoce rizikových postupů a způsob vyhodnocování.*
- *Organizace má zaveden systém interního řízení kvality a bezpečí, který vyhodnocuje a příp. reviduje s ohledem k jeho účinnosti a výsledky jsou sdíleny v rámci celého zařízení.*
- *Organizace má vypracovánu pro všechny klinické obory metodiku výběru, příp. tvorby standardních diagnostických, léčebných a ošetřovatelských postupů.*
- *Organizace má zaveden systém příjmu, analýzy a řešení stížností pacientů spravedlivým a včasným způsobem, systém sledování spokojenosti pacientů a způsob vyhodnocování jejich výstupů.*
- *Organizace může doložit na konkrétních příkladech zvyšování a zlepšování své kompetence (nové léčebné postupy, zvyšování kompetencí svých pracovníků atd.).*

Oblast hodnotících standardů
2.Organizace aktivně využívá při poskytování zdravotních služeb odborné standardizované procesy a postupy.

Charakteristické znaky :
- *standardy efektivní léčebné péče*
- *doporučené diagnostické, léčebné a ošetřovatelské postupy*
- *doporučení odborných společností a profesních komor*

Oblast hodnotících standardů
3.Vedení organizace stanoví systém řízení předpisových dokumentů.
Charakteristické znaky :

- *Organizace disponuje systémem řízení dokumentace.*
- *Organizace má všechny své vnitřní předpisy, směrnice a procesy pro všechny klíčové činnosti dokumentovány, schvalovány, aktuální a zavedené.*

Oblast hodnotících standardů
4. Vedení organizace stanoví systém řízení záznamových dokumentů.

Charakteristické znaky :
- *Organizace má zaveden dokumentovaný systém řízení záznamů.*
- *Organizace může doložit dohledání záznamů ke každému případu v souladu s platnou legislativou a interními předpisy o způsobu uchovávání záznamů.*

Oblast hodnotících standardů
5.Organizace určí vnitřním předpisem požadavky na vedení zdravotnické dokumentace v souladu s platnou legislativou tak, aby veškerá dokumentace byla aktuální, úplná, přesná a zabezpečená i s ohledem na kontinuitu a bezpečí poskytované péče.

Charakteristické znaky :
- *Jsou stanoveny a dodržovány zásady vedení zdravotnické dokumentace v návaznosti na konkrétní podmínky poskytování zdravotních služeb a organizační strukturu zařízení.*
- *Jsou stanoveny a dodržovány zásady pro zajištění nahlížení do zdravotnické dokumentace v návaznosti na konkrétní podmínky poskytování zdravotních služeb*
- *Jsou stanoveny a dodržovány postupy při ukládání zdravotnické dokumentace a její ochraně před zneužitím, ztrátou a poškozením.*
- *Organizace má metodiku kontroly zdravotnické dokumentace.*

Oblast hodnotících standardů
6.Organizace využívá systémy řízení kvality hodnocené externími organizacemi.
Charakteristické znaky :
- *systém standardů dle vyhlášky č. 102/2012 Sb.*
- *systémy Správné laboratorní, klinické nebo výrobní praxe*
- *systémy uvedené v technických normách ISO, aj.*

I.III.III Požadavky na řízení rizik

Oblast hodnotících standardů
1.Organizace řídí rizika za účelem snižování rizik s ohledem na pacienty, jejich blízké, personál a návštěvníky.
Charakteristické znaky :
- *Organizace řeší prevenci nežádoucích událostí v souvislosti s poskytováním zdravotní péče přiměřeně k typu zdravotní péče včetně zavedení příslušných doporučení WHO Global Patient Safety iniciative.*
- *Organizace má vypracovány plány řízení rizik pro všechna významná rizika v zařízení.*

- *Všechny stanovené postupy v organizaci jsou dodržovány, zaznamenávány a vyhodnocovány, příp. revidovány.*
- *Organizace má zaveden systém hodnocení klinických rizik za účelem ochrany pacientů před nežádoucími výsledky péče.*
- *Organizace využívá a rozvíjí systém resortních bezpečnostních cílů stanovených MZ ČR k redukci rizik a prevenci vzniku nežádoucích událostí, kontrola infekcí zahrnuje minimálně mytí rukou, postupy úklidu a čištění pomůcek.*
- *Organizace má zaveden systém hlášení, evidence a analýzy nežádoucích událostí a skorochyb týkajících se pacientů, personálu i návštěv.*
- *Organizace vyhodnocuje systém nastavení BOZP, protipožární ochrany včetně revizí, testování a údržby zařízení a vybavení včetně stanovení rozsahu osobních ochranných pomůcek s ohledem na snižování rizik pro pacienty, jejich blízké, personál i návštěvníky.*

Oblast hodnotících standardů
2.Organizace má zpracovány havarijní plány pro případ havárií, které obsahují preventivní opatření, včasné zjištění, zmírnění následků a bezpečný únik z organizace v případě požáru či jiných mimořádných situací.
Charakteristické znaky :
- *Organizace má vypracovány plány na řízení krizí/havárií relevantní rizikům, které ji hrozí.*

Oblast hodnotících standardů
Organizace přijímá opatření pro zajištění bezpečnosti pacienta a ochranu jeho majetku.

Charakteristické znaky :
- *Organizace má systém ochrany majetku pacientů před krádeží a ztrátou.*
- *Organizace má systém ochrany pacientů před osobními útoky a možností jejich zranění.*

I.III.IV Požadavky na řízení změn

Oblast hodnotících standardů
1.Organizace plánuje a řídí inovaci svých činností s ohledem na své dlouhodobé cíle.

Charakteristické znaky :
- *Organizace může doložit relevantní plán včetně plánovaných zdrojů, průběhu inovace, vyhodnocení změn s ohledem na předpokládané výsledky, příp. příklady modernizace popř. inovace (kde je relevantní).*

II. POŽADAVKY NA STANDARDY VÝKONU ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

II.I Dostupnost

Oblast hodnotících standardů
1.Pacienti mají přístup k službám podle svých identifikovaných potřeb zdravotní péče a v souladu s posláním organizace a s jejími zdroji.
Charakteristické znaky :

- *Dostupnost poskytovaných služeb odpovídá legislativě a potřebám pacientů.*
- *Spektrum poskytovaných služeb vyhovuje požadavku komunity a možnostem zařízení.*
- *V organizaci je stanoven postup pro vyšetřování a příp. přijetí pacientů, který je koordinován za účelem poskytnutí potřebných zdravotnických služeb garantovaných zdravotnickým zařízením.*
- *Organizace má postup pro zajištění dostupnosti zdravotních služeb pacientům s hendikepem či jinými individuálními potřebami (př. cizinci).*
- *Organizace sleduje, zveřejňuje a aktualizuje objednací doby pacientů na plánované zdravotní výkony či vyšetření.*

II. II Práva pacienta a jeho rodiny

Oblast hodnotících standardů
1.Pacienti jsou seznámeni se svými právy na důstojnost, respekt, soukromí, důvěrnost, bezpečí a bezpečnost, které organizace respektuje.
Charakteristické znaky :

- *Každý pacient je při přijetí do zdravotnického zařízení seznámen vhodnou formou se svými právy, o tomto seznámení se učiní zápis do pacientovy dokumentace.*
- *Organizace zabezpečuje citlivý přístup ke kulturním a spirituálním potřebám pacientů a jejich blízkých, respektuje jejich preference a přání.*
- *Organizace má stanoven systém ochrany dat pacientů v souladu s platnou legislativou včetně možností informování o výsledcích vyšetření nebo zdravotním stavu pacienta.*
- *Organizace má zaveden systém sledování a vyhodnocování dodržování práv pacientů včetně odstraňování zjištěných nedostatků.*

Oblast hodnotících standardů
2.Organizace informuje pacienty a jejich blízké o poskytované péči a o službách a o přístupu k těmto službám tak, aby je motivoval k aktivní účasti na poskytování zdravotních služeb.
Charakteristické znaky :

- *Pacienti a jejich blízcí obdrží odpovídající informace o nemoci, předpokládané léčbě, postupech a poskytovatelích péče takovým způsobem, aby se mohli podílet na rozhodování o péči.*
- *Organizace informuje pacienty a jejich blízké o získávání informovaného souhlasu pro všeobecnou péči, speciální testy, postupy a léčbu, která vystavuje pacienta riziku.*

- *Organizace informuje pacienty a jejich blízké o jejich právech a povinnostech souvisejících s odmítnutím či přerušením léčby.*
- *Pacientův podpis nebo jakékoliv jiné vyjádření všech typů souhlasu je uloženo v jeho záznamech.*
- *Pokud někdo jiný než pacient dá tento souhlas, bude tato osoba uvedena v pacientových záznamech.*

Oblast hodnotících standardů
3.V organizaci je ustavena etická komise dozorující veškerý výzkum v organizaci, při němž se účastní lidské subjekty.
Charakteristické znaky :
- *Organizace má pro výzkumnou činnost ustavenu etickou komisi.*
- *Etická komise dozoruje příslušný výzkum a její stanoviska jsou dokumentována.*

II.III Péče o pacienty

A. Požadavky na poskytování péče

Oblast hodnotících standardů
2.Poskytování zdravotních služeb všem pacientům v organizaci se řídí stanovenými jednotnými zásadami a postupy pro diagnostickou, léčebnou, rehabilitační a ošetřovatelskou péči, s respektováním příslušných zákonů a nařízení.
Charakteristické znaky :
- *Jsou vypracovány jednotné zásady a postupy pro poskytování zdravotních služeb.*
- *Jsou využívány současné a uznávané odborné standardizované postupy.*
- *Jsou zajištěny konzultační služby pro další obory potřebné pro poskytovanou zdravotní péči v individuálních případech, kde to vyžaduje zdravotní stav pacienta.*
- *Péče o vysoce rizikové pacienty a poskytování vysoce rizikových služeb se řídí stanovenými zásadami a postupy.*

Oblast hodnotících standardů
3. Péče poskytovaná každému pacientovi je naplánována a zapisována do pacientových záznamů.

Charakteristické znaky :
- *Pro každého pacienta je na začátku poskytované péče písemně vyhotoven plán individuální diagnostické, léčebné a ošetřovatelské péče, příp. rehabilitační péče obsahující cíle péče nebo požadované výsledky léčby.*
- *Plán péče je stanoven na základě zhodnocení a vyšetření pacienta včetně případných výsledků diagnostických testů, za účasti pacienta a jeho blízkých.*
- *Vyšetřování pacientů je srozumitelné, zahrnuje příslušné potřebné obory a je prováděno a zdokumentováno včasným způsobem.*
- *Zdravotničtí pracovníci v souladu se svými kompetencemi plní plán péče, sledují*

naplnění cílů a výsledků.

- *Pokud jsou zaznamenány změny v pacientově stavu nebo v průběhu dalšího vyšetřování, je plán péče přehodnocen.*
- *Postupy, které byly požadovány a byly provedeny, jsou zapsány do pacientova záznamu dle schválených postupů organizace.*

B. Požadavky na podávání léčiv a používání zdravotnických prostředků

Oblast hodnotících standardů
1.Organizace má systém pro bezpečné zacházení s léčivými přípravky.
Charakteristické znaky :

- *Organizace má stanoveny interní postupy pro objednávání, příjem, skladování, předepisování, úpravu přípravků a likvidaci nepoužitelných léčivých přípravků včetně dokumentace jednotlivých postupů a jejich kontroly v souladu s legislativními předpisy.*
- *Léčiva neodkladné péče jsou trvale dosažitelná na odděleních, počet balení a exspirační doby pravidelně kontroluje pověřený pracovník.*
- *V organizaci existuje systém stažení z oběhu a likvidace léčivých přípravků.*
- *Organizace má stanoveny interní postupy pro používání neregistrovaných léčivých přípravků.*
- *Organizace má interní postupy hlášení nežádoucích účinků léčivých přípravků.*
- *Organizace má definovány oprávnění a povinnosti zaměstnanců pro zajištění bezpečného zacházení s léčivými prostředky.*

Oblast hodnotících standardů
2. Organizace má systém pro bezpečné podávání léčivých přípravků .
Charakteristické znaky :

- *Organizace má písemně vypracovanou metodiku upravující podávání léčiv pacientům.*
- *Před podáním léků je pacient identifikován.*
- *Správná dávka léků je podána správným pacientům ve správný čas.*
- *Samostatné užívání léků pacientem, kontrolu vzorků léků, používání všech léků přinesených do organizace pacientem nebo jeho rodinou a přidělování léků při propuštění se řídí stanovenými zásadami a postupy.*
- *Informace o předepsaných a užívaných lécích jsou zaneseny do pacientových záznamů.*
- *Informace o účincích léků jsou zaneseny do pacientových záznamů.*
- *Chybné podání léků je zaznamenáno způsobem a v čase určeném organizací.*
- *Organizace má definovány oprávnění a povinnosti zaměstnanců pro zajištění bezpečného podávání léčivých prostředků.*

Oblast hodnotících standardů
3. Organizace má systém pro bezpečné zacházení se zdravotnickými prostředky.
Charakteristické znaky :

- *Organizace má stanoveny interní postupy pro objednávání, příjem, skladování, předepisování a likvidaci nepoužitelných zdravotnických prostředků včetně*

dokumentace jednotlivých postupů a jejich kontroly v souladu s legislativními předpisy.

- *V organizaci existuje systém stažení zdravotnických prostředků z oběhu a jejich likvidace.*
- *Organizace má stanoveny interní postupy pro příp. používání neregistrovaných zdravotnických prostředků (př. klinické hodnocení).*
- *Organizace má interní postupy hlášení nežádoucích účinků zdravotnických prostředků.*
- *Organizace má definovány oprávnění a povinnosti zaměstnanců pro zajištění bezpečného zacházení se zdravotnickými prostředky tak, aby je používal pouze k tomu proškolený personál.*

C. Požadavky na stravovací péči

Oblast hodnotících standardů
1.Příprava jídla, manipulace s ním, skladování a jeho distribuce jsou bezpečné a v souladu se zákony, nařízeními a v současnosti přijatelnými postupy.
Charakteristické znaky :

- *Na všech stupních řízení je přesně definována odpovědnost za přípravu, skladování, distribuci a vydávání potravy a výživových produktů.*
- *Ve stravovacích provozech je aplikován systém kontroly kritických bodů HACCP.*

Oblast hodnotících standardů
2.Organizace má vypracován standard stravování pacientů a nutrice.
Charakteristické znaky :

- *Je stanoven postup organizace nutriční péče.*
- *Je zpracován systém diet.*
- *Pro každého pacienta je plánována stravovací péče.*
- *Strava pro pacienty se podává bezpečným, přesným, včasným a pro pacienty přijatelným způsobem stanoveným pro každé oddělení a schváleným dietní sestrou.*

D. Požadavky na laboratorní služby

Oblast hodnotících standardů
1.Laboratorní služby odpovídají potřebám pacientů.
Charakteristické znaky :

- *Všechny laboratorní služby splňují příslušné místní a národní standardy a nařízení včetně etických pravidel pro poskytování zdravotních služeb.*
- *Laboratorní služby jsou k dispozici v rozsahu a kvalitě odpovídajícím potřebám pacienta*
- *Testy provádějí a výsledky vyhodnocují jedinci s potřebným vzděláním, dovednostmi, přehledem a zkušenostmi.*
- *Laboratorní výsledky jsou k dispozici včas, tak jak je určeno organizací.*

- *Veškeré ukazatele diagnostické efektivity a znaky metody potřebné pro konzultace, interpretaci a hlášení laboratorních výsledků odpovídají skladbě pacientů organizace.*
- *Pro řízení kvality existují postupy, které jsou dodržovány a dokumentovány.*

E. Požadavky na radiologické služby

Oblast hodnotících standardů
1.Radiologické služby jsou k dispozici podle potřeb pacienta.
Charakteristické znaky :
- *Je dodržován a dokumentován program radiační bezpečnosti a všechny služby splňují příslušné místní a národní standardy a nařízení.*
- *Testy provádějí a výsledky vyhodnocují jedinci s potřebným školením, dovednostmi, přehledem a zkušenostmi.*
- *Radiologické výsledky jsou k dispozici včas, tak jak je určeno organizací.*
- *Pro kontrolu kvality existují postupy, které jsou dodržovány a dokumentovány.*

F. Podpora zdraví a prevence nemocí

Oblast hodnotících standardů
1.Organizace má plán podpory zdraví a prevence nemocí ve vztahu k pacientům a zaměstnancům.
Charakteristické znaky :
- *Je zpracován plán činností zaměřených na základní oblasti podpory zdraví, prevenci nemocí zejména v závislosti na tabáku, alkoholu, a jiných návykových látkách a na psychologickou podporu.*
- *Pacienti a zaměstnanci mají ve zdravotnickém zařízení přístup k informacím o faktorech ovlivňujících zdraví.*

II.IV Kontinuita péče

Oblast hodnotících standardů
1.Organizace zajišťuje kontinuitu služeb péče o pacienta.
Charakteristické znaky :
- *Organizace zajišťuje kontinuitu služeb péče o pacienta v rámci své organizace a zajišťuje tak i odpovídající koordinaci zdravotnických pracovníků v rámci jejich kompetencí.*
- *Během všech fází péče existuje oprávněná osoba, která je odpovědná za péči o pacienta.*
- *Organizace spolupracuje s lékaři a dalšími organizacemi poskytujícími zdravotní, příp. sociální služby ve své komunitě, aby zajistila kontinuitu péče.*

II.V Propuštění a další sledování

Oblast hodnotících standardů
1.Organizace má vypracované postupy pro předání, přeložení, propuštění pacientů nebo ukončení poskytování péče vycházející ze stavu pacienta a příp. další potřebné péči.
Charakteristické znaky :

- *Předání, překládání, propouštění, příp. ukončení poskytování péče z důvodu očekávaného úmrtí pacienta je kontinuálně plánováno za účasti pacienta a příp. jeho blízkých a je dokumentováno v pacientových záznamech.*
- *Informace týkající se péče o pacienta jsou předávány spolu s pacientem.*
- *Zdravotní stav pacientů, kteří jsou převáženi, bude před transportem stabilizován.*
- *Překlad musí být uskutečněn až na základě potvrzení toho zařízení, kde bude pacient přijat (výjimku tvoří případy bezprostředního nebezpečí z prodlení).*
- *Pacientům a jejich blízkým jsou podány srozumitelné instrukce při předání pacienta nebo propuštění.*
- *Organizace má postup pro jednání s rodinami zemřelých pacientů.*

III. ANALÝZA A VÝSLEDKY

III.I Monitorování dat a průběžné analýzy

Oblast hodnotících standardů
1.Organizace zabezpečuje monitoring a analýzu dat potřebných k hodnocení a zvyšování své kvality a výkonnosti využitím indikátorů kvality a výkonnosti.

Charakteristické znaky :
Do monitoringu a analýzy kvality jsou začleněny nejméně tyto aktivity související s poskytováním zdravotních služeb:

- *řízení bezpečného nakládání a používání krve a s krevních derivátů*
- *prevence záměny strany, pacienta či výkonu*
- *bezpečné postupy před, během a po chirurgickém výkonu, anestezii a střední nebo hluboké sedaci a invazivních výkonech*
- *řízení bezpečné medikace*
- *řešení neodkladných stavů*
- *výskyt nežádoucích událostí*
- *použití antibiotik, dalších léků*

Do monitoringu kvality v rámci organizace jsou začleněny tyto manažerské aktivity:

- *sledování efektivity manažerského systému organizace, manažerských a odborných kompetencí v souvislosti s nastavením a plněním dlouhodobých cílů s ohledem na zájmy všech zainteresovaných stran*
- *sledování úrovně předkládaných zpráv (přesnost, věcnost, správnost a úplnost) vyžadovaných zákony a nařízeními a úroveň zpráv potřebných pro řízení organizace*
- *sledování úrovně spolupráce s dalšími organizacemi (poskytovateli ZS, dodavateli, dalšími institucemi)*
- *řízení zdrojů, to zahrnuje:*
  - *kompetence a výkonnost pracovníků*
  - *získávání a udržování běžných zásob zdravotnického materiálu a léků nutných pro potřeby klientů*
  - *přiměřenost a stav technického vybavení a využívaných prostor*
  - *řízení finančních toků*
  - *vyhodnocování účelnosti vynakládání finančních prostředků a dalších zdrojů vzhledem ke stanoveným plánům a rozpočtu*
- *řízení kvality procesu poskytovaných zdravotnických služeb, to zahrnuje*
  - *soulad diagnostických, léčebných, ošetřovatelských postupů se stanovenými standardy*
  - *dodržování personálního zabezpečení poskytované péče*
  - *sledování objednacích dob pacientů na zdravotní výkony*
  - *úroveň vedení zdravotnické dokumentace*
  - *dodržování práv pacientů a osob pacientů blízkých na informace a spolurozhodování na poskytované péči*
  - *vyřizování stížností a sledování spokojenosti pacientů a zaměstnanců*
- *řízení rizik, to zahrnuje*
  - *hodnocení událostí, které ohrožují bezpečnost pacientů, jejich rodin a personálu, a jejich řízení a prevenci.*

- *neustálé monitorování interních signálů pro změnu a externích tlaků směřujících k provádění změn v organizaci*

III.II Analýzy výsledků a opatření

Oblast hodnotících standardů
1.Vedení organizace vyhodnocuje kvalitu a výkonnost organizace pomocí indikátorů z těchto hledisek :

Charakteristické znaky :
A. Spokojenost pacientů

- *Organizace vyhodnocuje očekávání a spokojenost pacienta a jeho rodiny.*

B. Spokojenost personálu

- *Organizace vyhodnocuje vhodnou formou spokojenost zaměstnanců.*

C. Vztah ke společnosti

- *Organizace vyhodnocuje demografické údaje a diagnózy pacientů.*
- *Organizace vyhodnocuje kontakty s ostatními poskytovateli péče v regionu.*
- *Organizace vyhodnocuje kvalitu a četnost kontaktů s místními a společenskými partnery (př. kontakty s orgány místní zprávy, aktivity v oblasti vzdělávání, ochrany zdraví a životního prostředí, sponzoring, atp.).*

D. Klíčové výsledky kvality a výkonnosti

- *Výsledky kvality a efektivity zdravotní péče*
- *Ekonomické výsledky, výsledky výkonnostních ukazatelů (finanční i nefinanční výsledky), podklady pro řízení financí.*
- *Ostatní výsledky, např.:*
    - *počty ocenění včetně odborných;*
    - *počty intervencí lékařské komory, správních a justičních orgánů;*
    - *atd.*

E. Trendy celkové výkonnosti a kvality výsledků

- *Přijatá opatření vedou/nevedou k trvalému zvyšování kvality a výkonnosti.*

I. Systém řízení externího hodnotitele

Organizace má zavedený systém řízení směřující k naplnění stanovených strategických, provozních i finančních cílů.

Indikátory standardu:

1) Management organizace má jasně stanovené odpovědnosti.
2) Odpovědnosti řídících pracovníků jsou jasně definovány a zveřejněny.
3) Odpovědnosti jsou nastaveny tak, aby byl vyloučen vliv osob majících přímý zájem na rozhodnutí o výsledku hodnocení kvality a bezpečí na osoby toto hodnocení provádějící.
4) Organizace stanoví vnitřním předpisem postup při zajišťování smluvních služeb zejména v oblasti hodnocení kvality a bezpečí.
5) Organizace má strategický plán obsahující měřitelné cíle v oblasti poskytovaných služeb a programů.
6) Organizace každoročně zpracovává provozní plán obsahující měřitelné cíle v oblasti poskytovaných služeb a programů a plán potřebných zdrojů (finanční a personální plán).
7) Organizace má zavedeny procesu tvorby finančního plánu a rozpočtu.
8) Naplňování strategického i ročního plánu se pravidelně vyhodnocuje.

II. Řízení rizika a zvyšování kvality

Organizace má zavedený systém hodnocení rizik a identifikace možností zlepšení s cílem poskytovat bezpečné a kvalitní služby.

Indikátory standardu:

1) Organizace zavedla strukturovaný a dokumentovaný systém identifikace významných rizik včetně rizik v oblasti poskytování služeb, finančních rizik, rizik v oblasti lidských zdrojů a v oblasti životního prostředí s cílem minimalizovat tato rizika.
2) Management organizace pravidelně vyhodnocuje zprávy o identifikaci rizik a o účinnosti plánu řízení rizik .
3) Organizace má vypracovaný a zavedený systém zvyšování kvality a efektivity poskytovaných služeb.
4) Organizace sleduje minimálně následující sktrukturu informací: a) postupy v rozporu se zavedenými vnitřními předpisy, b) soulad se zavedenými vnitřními předpisy a postupy, c) odchylky v rozporu se schváleným plánem zvyšování kvality.
5) Organizace má zavedený systém vnitřních předpisů upravujících veškeré prováděné činnosti
6) Organizace má zavedený systém uchování všech používaných dokumentů a zpřístupňuje tyto dokumenty podle aktuálních potřeb svým pracovníkům, spolupracujícím organizacím či dalším osobám v tištěné či elektronické podobě.
7) Organizace má zavedený systém řešení stížností. Tento systém je zveřejněn pro posuzované organizace a je řízen následujícími principy:

důvěrnost, nestrannost, spravedlnost, včasnost a podávání zpětné vazby stěžovateli.

8) Systém zvyšování kvality a efektivity poskytovaných služeb se pravidelně vyhodnocuje – výsledky hodnocení jsou předkládány statutárnímu orgánu.

III. Řízení lidských zdrojů

Počet pracovníků organizace se plánuje s ohledem na poskytované služby. Management organizace zajišťuje pracovníkům podporu při zajišťování služeb.

Indikátory:

1) Organizace má personální plán obsahující počty pracovníků a jejich kompetence s ohledem na prováděné činnosti.
2) Organizace vypracuje pro každého pracovníka plán osobního rozvoje .
3) Každý pracovník organizace je pravidelně hodnocen.
4) Pro každého pracovníka organizace je zaveden osobní spis.
5) Systém řízení lidských zdrojů se pravidelně vyhodnocuje.

IV. Řízení informací

Systém řízení informací a vzdělávání je zaveden tak, aby naplňoval cíle organizace

Indikátory:

1) Organizace má vypracovaný plán řízení informací s cílem zajišťovat včasné a spolehlivé informace k realizaci cílů organizace i k zajištění interních i externích informačních potřeb.
2) Organizace upraví vnitřním předpisem postupy při zajišťování a údržbě informačních technologií.
3) Organizace upraví vnitřním předpisem systém zálohování dat.
4) Organizace zpracování informační a vzdělávací materiály pro své klienty.
5) Informační a vzdělávací materiály jsou aktuální a přesné.
6) Informační a edukační materiály jsou zpracovávány podle jednotného postupu.
7) Organizace využívá evaluaci informačních a edukačních materiálů k provádění odpovídajících změn.
8) Informační systém organizace se pravidelně hodnotí – výsledky hodnocení jsou podkladem pro zlepšování systému.

V. Organizace činnosti auditorů

Výběr auditorů, plánování jejich počtu a způsob jejich řízení jsou organizovány tak, aby organizace pro své klienty zajišťovala kvalitní služby.

Indikátory:

1) Při plánování auditního týmu se zajišťuje přiměřený počet a kvalifikace auditorů.
2) Výběr auditorů se řídí vnitřním předpisem a provádí se na základě hodnocení kompetencí uchazečů a v souladu se spektrem činnosti organizace.
3) Popis činnosti auditorů je jasně dokumentován – každý auditor podepisuje smlouvu definující rozsah jeho odpovědností.
4) Každý auditor je odpovídajícím způsobem zapracován.
5) Při nástupu nového auditora se provádí hodnocení jeho kompetencí.
6) Organizace má zaveden systém trvalého vzdělávání auditorů.
7) Organizace pravidelně hodnotí kompetence všech auditorů.
8) Systém výběru, vzdělávání a vzdělávání auditorů se pravidelně hodnotí – výsledky hodnocení se využívají ke zlepšení systému.

VI. Organizace hodnocení

Externí hodnocení kvality a bezpečí je v souladu s cíli organizace, je založeno na objektivním posouzení a odpovídá potřebám posuzované organizace.

Indikátory:

1) Subjekty žádající o externí hodnocení kvality a bezpečí dostávají veškeré informace o postupech hodnocení a vyslovují s nimi souhlas.
2) Hodnotící tým se vybírá tak, aby jeho znalosti a dovednosti odpovídaly potřebám a spektru služeb posuzovaného subjektu.
3) Plánování hodnocení probíhá transparentně a včasně.
4) Hodnocení probíhá v souvislosti se stanoveným časovým harmonogramem .
5) Při hodnocení se používají přiměřené nástroje a postupy v rámci transparentního a konzistentního procesu.
6) Závěry hodnocení se zapracují do písemné zprávy.
7) Obsah a rozsah závěrečné zprávy je upraven vnitřním předpisem.
8) Organizace kontinuálně vyhodnocuje postupy při externím hodnocení kvality a bezpečí a na základě zjištění svůj systém zlepšuje.

VII. Výstupy procesu hodnocení kvality a bezpečí

Postupy užívané pro udělení certifikátu jsou objektivní a konzistentní a jsou v souladu s cíli organizace.

Indikátory

1) Rozhodnutí o výsledku šetření a udělení certifikátu probíhají transparentně a konzistentně a jsou nezávislé (oddělené od) na hodnotícím procesu.
2) Organizace má zavedený standardizovaný systém pro odvolání proti rozhodnutí o udělení certifikátu.
3) Organizace trvale sleduje výstupy hodnocení s cílem posuzovat soulad se stanovenými postupy (vnitřními předpisy).
4) Organizace sleduje kontinuální dodržování standardů kvality a bezpečí v hodnocených subjektech.
5) Organizace má zavedený systém řešení podnětů týkajících se hodnocených subjektů.
6) Organizace upraví vnitřním předpisem používání svého loga či jiného důkazu o provedeném hodnocení v posuzovaných subjektech.
7) Seznam hodnocených subjektů je dostupný pro veřejnost-
8) O průběhu hodnocení a jeho výstupu se vede dokumentace uchovávaná minimálně jeden hodnotící cyklus (3 roky).

VIII. Vývoj a implementace hodnotících standardů

Hodnotící standardy jsou vyvíjeny a implementovány dle jasně stanovených pravidel.

Indikátory

1) Organizace má zaveden systém identifikace nových požadavků a revize stávajících za účelem tvorby hodnotících standardů;
2) Organizace má zaveden proces tvorby nových či revidovaných hodnotících standardů;
3) Hodnotící standardy vycházejí ze současných poznatků, mezinárodně uznaných norem, doporučení mezinárodních autorit (např. WHO), zákonných požadavků nebo jiných věrohodných zdrojů;
4) Do procesu tvorby hodnotících standardů jsou zapojeni zástupci poskytovatelů zdravotních služeb, plátců zdravotních služeb, pacientů či profesních skupin;
5) Hodnotící standardy obsahují přesné vymezení služeb či typů poskytovatelů, pro které jsou platné;
6) Hodnotící standardy jsou formulovány srozumitelně, přesně a přehledně pro používání hodnocenými subjekty;
7) Standardy jsou před zavedením do používání testovány, pilotovány či jinak ověřovány co do funkčnosti, srozumitelnosti a hodnotitelnosti;
8) Nové či revidované hodnotící standardy jsou připomínkovány a schvalovány k tomu určeným interním orgánem externího hodnotitele;
9) Hodnotící standardy jsou pravidelně hodnoceny skupinou, pro kterou jsou určeny a výsledky se používají k jejich trvalému zlepšování.

IX. Pravidla hodnocení naplnění hodnotících standardů a rozhodnutí o udělení certifikátu kvality a bezpečí

Externí hodnotitel má zavedena jasná, transparentní a spravedlivá pravidla pro hodnocení naplnění hodnotících standardů a pro rozhodování o udělení certifikátu kvality a bezpečí

Indikátory

1) Hodnotitel zavede jasná pravidla hodnocení naplnění každého standardu a všech jeho jednotlivých požadavků;
2) Externí hodnotitel vypracuje postupy a metodiky pro osoby, které provádějí hodnocení naplnění hodnotících standardů ze strany poskytovatele zdravotních služeb;
3) Externí hodnotitel vypracuje postupy a metodiky pro poskytovatele zdravotních služeb, které lze použít pro sebehodnocení naplnění těchto standardů;
4) Externí hodnotitel zavede jasná, transparentní, spravedlivá a konzistentní pravidla pro vyhodnocení, zda poskytovatel zdravotních služeb celkově splnil požadavky na získání certifikátu kvality a bezpečí;
5) Pravidla hodnocení naplnění jednotlivých požadavků hodnotících standardů a pravidla hodnocení, zda poskytovatel zdravotních služeb celkově splnil požadavky na získání certifikátu kvality a bezpečí, jsou veřejně dostupná pro všechny potenciální uživatele.