



cutting through complexity

Čím více toho vím, tím hůře se mi usíná

Řízení klinické péče
– širší souvislosti

kpmg.com/healthcare

KPMG INTERNATIONAL



Předmluva

„Čím více toho vím, tím hůře se mi usíná.“

Tento citát pochází od mého bývalého kolegy, doktora Davida Rossera, výkonného ředitele nemocnic, jež patří pod University Hospitals Birmingham v Anglii, a výstižně ilustruje onu směs úzkosti, zvědavosti a ambicí souvisejících s úkolem poskytovat zdravotní péči vysoké kvality. Naše publikace společně s průzkumem praktických příkladů řízení klinické péče („clinical governance“) a chodu „vysoce spolehlivých“ zdravotnických organizací, provedená globálním týmem KPMG zaměřeným na služby pro zdravotnictví, přichází v pravý čas.

Ptáte se proč? Důvodem je velký počet vážných a obecně známých problémů týkajících se poskytování zdravotní péče po celém světě. Zdravotnictví totiž stále vykazuje rysy spojované se zastaralým, individualistickým a řemeslným systémem, jež se již neslučují s našimi znalostmi o tom, co ve 21. století skutečně funguje: týmová spolupráce, bezpečnost a zlepšování ve velkém rozsahu založené na vědeckých poznatcích.

Troufám si říci, že jako cestující bychom nenastoupili do letadla, které by bylo připraveno k letu na základě náhodně prováděných systémů kontroly, jež dnes běžně fungují ve zdravotnictví. Díky tomuto průzkumu jsme dokázali pojmenovat čtyři zásadní stavební kameny zlepšování zdravotnictví. Tyto principy přijala jiná průmyslová odvětví již před desítkami let:

- kultura kvality,
- odpovědnost,
- standardizace procesů,
- měřitelnost výsledků.

Tyto stavební kameny je pak třeba systematicky používat i ve zdravotnictví. Navzdory značnému množství uplatňovaných regulačních opatření náš celosvětový průzkum ukazuje, že regulace často dodává více důvěryhodnosti politikům a řídicím pracovníkům než prospěchu pacientům. Jinými slovy, regulace je nutná, ale nestačí.

Skutečná, udržitelná změna vychází ze samotných organizací a od pracovníků poskytujících péči pacientům. Je potěšitelné, že řada organizací na vysoké úrovni podporuje své pacienty v tom, aby se stali aktivními partnery ve své vlastní péči, čímž dochází k dalšímu zlepšování péče.

Je s podivem, že něco tak důležitého a zásadního pro každého z nás, jako je zdravotnictví, nepoužívá všeobecně přijaté a osvědčené „průmyslové standardy“ kontroly, hlášení a zlepšování. Je tedy načase zahájit diskusi o tom, jak zdravotnictví zprofesionalizovat nejen po stránce medicínské odbornosti, ale i z hlediska procesu řízení kvality.

Tento dokument mimo jiné sleduje některé celonárodní nebo regionální snahy o snadnější porovnávání, umožňující vedení nemocnic i jednotlivým lékařům představit se svým pacientům i veřejnosti srozumitelným a transparentním způsobem. Nezávislé hodnocení kvality je důležité, avšak zlepšování kvality zevnitř a napříč celou organizací je naprosto klíčové. Na základě diskusí s nejlepšími vedoucími pracovníky z celého světa jsme zjistili, že cílevědomost, ctění hodnot, dobré vedení a neúnavná snaha o zlepšování jsou znaky skutečné nejvyšší kvality.

Současný rozvoj informačních systémů, jejich zvyšující se spolehlivost a komplexnost dává zdravotnictví a sociálně-zdravotnickým organizacím obrovské příležitosti využít rostoucí databázi důležitých informací tak, jak to učinily jiné průmyslové sektory. Stojíme na samém začátku tohoto nezvratitelného rozvoje a je na čase naučit se využívat statistické informace ke zlepšování zdraví pacientů a celé populace.

Závěrem bych chtěl poděkovat svým spolupracovníkům a našim hostům, kteří se na této globální studii podíleli, a vyjádřit svou naději, že tento dokument přinese zajímavé podněty a bude inspirací k budoucímu rozvoji oboru.



Dr. Mark Britnell

Vedoucí partner, Global Health Practice, KPMG International
Partner, KPMG ve Velké Británii

Obsah

02

Klíčová zjištění výzkumu

07

Úvod

08

**Kapitola 1.
Řízení klinické péče
a zdravotnických organizací: dosahování
kvalitních výsledků se zárukou**

- 10 Základní stavební kameny „vysoce spolehlivé organizace“ ve zdravotnictví
- 11 Kultura kvality
- 12 Zodpovědnost a dohledatelnost
- 15 Optimalizace a standardizace postupů
- 17 Měření

20

**Kapitola 2.
Řízení systému zdravotnictví:
zajištění kvality**

- 21 Nesoulad mezi interním a externím předáváním výkaznictví
- 23 Zjednodušování a zvyšování hodnoty měření
- 24 Přináší lepší dodržování provozních postupů lepší výsledky péče?
- 27 Zajištění spolehlivosti výkaznictví
- 31 Zajištění kvality

32

Závěr

34

Naše služby

35

Literatura

Klíčová zjištění výzkumu

V rámci zlepšování zdravotní péče se dnes čím dál více pozornosti věnuje zajištění kvality. Hovoříme o poskytování péče, která je bezpečná, účinná, včasná a zaměřená na potřeby pacienta. Plátcí, regulátoři a vlády očekávají, že poskytovatelé péče budou schopni zajistit a prokázat bezpečnost a vysokou kvalitu. V sektoru zdravotnictví však zatím nebyl vyvinut osvědčený a uznávaný mechanismus zveřejňování výsledků, který by přinášel smysluplné informace a umožňoval relevantní srovnávání.

Naše publikace ukazuje, že vhodné zveřejňování výsledků péče je nástrojem, který sbližuje zájmy pacientů, zdravotníků a poskytovatelů péče se zájmy plátců a regulátorů.

O publikaci

Tato publikace je založena na rozboru literatury a více než 20 pohovorech s vedoucími pracovníky předních poskytovatelů zdravotní péče světové třídy z USA, Velké Británie, Indie, Německa, Austrálie, Kanady a Singapuru. Předběžné výsledky se staly podkladem diskusí u kulatých stolů v Sydney, Amsterdamu, Lausanne a Bostonu.

Účelem těchto diskusí bylo ověřit a dále rozvíjet zjištění, která naše zpráva přináší. Děkujeme všem, kteří svými názory a osobní zkušeností přispěli k našemu průzkumu, za jejich čas a obětavost.



Dr. Marc Berg, hlavní autor
Principal
KPMG v USA a Global Health Practice

„Kvalita pod kontrolou“ podle respondentů znamená:

- systematické měření výsledků péče,
- porozumění klíčovým faktorům, které tyto výsledky ovlivňují,
- poznání, jak je možné dosáhnout špičkových výsledků péče,
- systematické předcházení újmě na zdraví pacienta.

„Vysoce spolehlivá organizace“

Definice „vysoce spolehlivé organizace“ přesahuje oblast bezpečnosti péče o pacienty a zahrnuje celou oblast kvality, a tím i samotné hodnoty péče.

Kapitola 1: Řízení klinické péče a zdravotnických organizací (tzv. „corporate governance“): dosahování kvalitních výsledků se zárukou

Vynikající výsledky ve vysoce spolehlivých organizacích jsou plánované, nikoliv náhodné, protože jsou systematicky měřeny a hodnoceny. Bezpečnost je pak absolutní prioritou. Kvalitu můžeme přirovnat k řece, která protéká celou institucí, hlavní zasedací místností v nejvyšším patře počínaje, pracovními v přízemí konče. Kvalita zcela ovlivňuje klíčové procesy a systémy měření. Existují důkazy o tom, že když kvalitu zahrne do svých odpovědností úplně každý pracovník organizace, a ne jen vybraní kliničtí pracovníci, dojde k dramatickému zlepšení výsledků.

I nejvyspělejší organizace si uvědomují, že se stále nacházejí na cestě k vysoké spolehlivosti a že se musí neustále věnovat čtyřem základním stavebním kamenům:

1. kultuře kvality,
2. odpovědnosti každého pracovníka,
3. standardizaci procesů,
4. měření výsledků.

1. Kultura kvality

Řada nemocnic po celém světě sklouzla ke kultuře tolerance „normalizovaných odchylek“, čímž máme na mysli to, že se (pod)průměrné výkony staly normou, pracovníci se obávají na nedostatky poukazovat a vedení organizace o selháních buď neví, nebo je popírá. Taková selhání často byla příčinou známých kauz. Naopak v kultuře vynikajících výsledků jdou vedoucí pracovníci příkladem, kladou sami na sebe nejvyšší nároky a odmítají vše, co nedosahuje nejvyšší kvality. Nikdo si nesmí myslet, že pro ně neplatí stanovená pravidla, a vedení organizace musí mít odvahu toto pravidlo uplatňovat vůči každému, včetně klinických a administrativních pracovníků.

Vysoce spolehlivá organizace za žádných okolností netoleruje porušení pracovních a bezpečnostních protokolů a prováděcích předpisů. Selhání či pochybení však nepřisuzuje jednotlivým pracovníkům (nejedná-li se např. o případ, kde pracovník vědomě či úmyslně porušuje předpisy), ale nahlíží na ně jako na užitečné zkušenosti. Nejdůležitější je, aby si organizace poskytující zdravotní péči chyby a špatné postupy přiznaly a projevovaly empatii s pacienty a jejich rodinnými příslušníky. Vytváření takovéto kultury pak vyžaduje, aby byli řídící pracovníci na nejvyšší úrovni řádně proškoleni, aby se dokázali plně ztotožnit se svou klíčovou rolí v zajišťování nejvyšší kvality a bezpečnosti.

2. Zodpovědnost a dohledatelnost

Za klinické a finanční výsledky plánovaného postupu léčby pacienta („patient pathway“) by měli být zodpovědní předem určení pracovníci. Ti musí být připraveni reportovat vyšším řídícím pracovníkům. Informace předávané vyšším řídícím pracovníkům by měly být přiměřeně stručné, aby byli vedoucí

pracovníci informováni, nikoliv zahlceni daty. Bezpečnost a kvalita jsou pak ústředním motivem strategických cílů organizace a stávají se důležitou částí všech zasedání vedení, a jsou podpořeny spolehlivým vnitřním auditem. Ten ověřuje, zda jsou vysoké standardy řízení zodpovědně uplatňovány stejně, jako tomu je například u finančních auditů.

3. Standardizace procesů

Lékaři bývali typickými odpůrci standardizace ve víře, že každý pacient je jedinečný. Takovýto individualistický přístup však ve skutečnosti jen zvyšuje pravděpodobnost lidské chyby. Nejúspěšnější poskytovatelé zdravotní péče dosáhli snížení úmrtnosti pacientů a významného snížení nákladů na zdravotní péči tím, že zavedli standardní pracovní pokyny a provozní postupy.

Cesta ke standardizaci však může být složitá a komplikovaná. Kliničtí pracovníci na různých úrovních se často brání změnám z důvodu svých zvyklostí. Tím dochází k porušování předpisů. Vedoucí pracovníci však musí opakovaně kontrolovat, zda se pravidla dodržují. Musí trvat na tom, že pracovníci v první linii mají přímou odpovědnost, a zdůrazňovat, že dodržováním předpisů neztrácí svou profesionální autonomii. Čistě individuální autonomie je pouze nahrazena autonomií kolektivní. Výsledky je pak třeba předkládat těm, kteří dané provozní postupy nastavili, neboť jejich úkolem je neustále zlepšovat výsledky, a tím i celkovou kvalitu péče.

Zásadní roli v měření výsledků a zlepšování postupů hrají informační technologie (IT). Některých nejvýraznějších pokroků však bylo dosaženo v organizacích, ve kterých byla IT infrastruktura poměrně málo vyvinutá. Nedokonalé informační technologie tedy nejsou omluvou pro nečinnost.

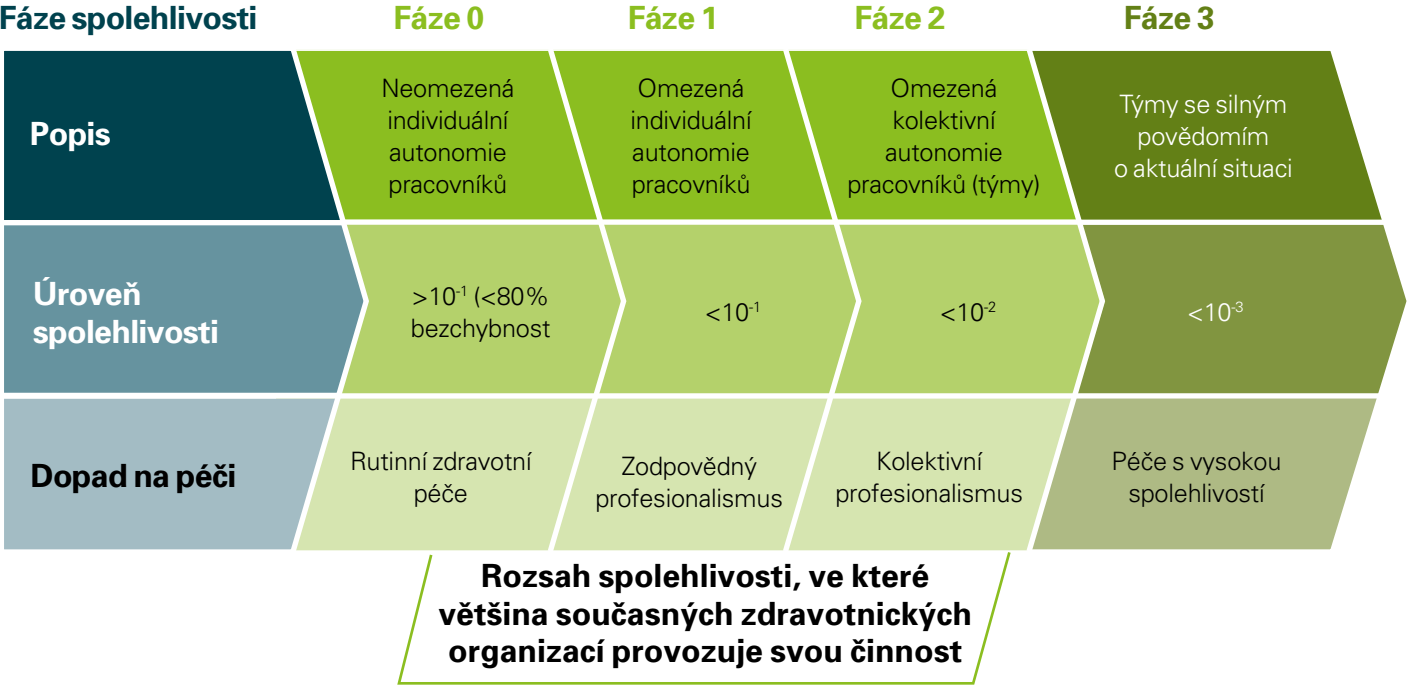
4. Měření výsledků

Nejúspěšnější zdravotnické organizace neustále měří kvalitu své práce, systematicky ji sledují a zveřejňují své výsledky. Dostávají tak zpětnou vazbu v reálném čase a pravidelně své výsledky srovnávají s podobnými – těmi nejlepšími – organizacemi ve svém oboru. Díky takovému měření dochází k pochopení klíčových faktorů, které výsledky péče ovlivňují. Pracovníci na všech úrovních jsou pak motivováni, aby své výsledky nejen měřili, ale aby se soustředili především na ty výsledky péče, jež jsou pro pacienta zcela zásadní.

Informace v dostatečném a přiměřeném objemu mohou působit jako katalyzátor zlepšení. Kliničtí pracovníci se tak mohou na vlastní oči přesvědčit, co funguje a co ne. Zveřejňování výsledků péče také vede ke zdravé soutěživosti v rámci oborových žebříčků, čímž se dále zvyšují standardy péče.

Dosažení úrovně „vysoce spolehlivé organizace“

Nikdo ze špičkových řídících pracovníků, kteří nám v průběhu přípravy tohoto dokumentu poskytli rozhovor, si nebyl jistý, zda jejich instituce již dosáhla stavu „vysoké spolehlivosti“, třebaže se jednalo o zástupce řady špičkových zdravotnických organizací z celého světa. Cesta k vysoce spolehlivé organizaci se totiž skládá ze čtyř fází (viz str. 19).



Zdroj: KPMG International, 2013

Pokud se zdravotnické organizace zaměří na kvalitu, zvýší standard klinické péče a zároveň sníží své náklady. Nejlepší způsob, jak předvést kontrolu nad kvalitou péče, je trvalé, dlouhodobé dosahování vynikajících výsledků.

Transformace, během níž se organizace zaměří na vysokou spolehlivost, se neuskuteční přes noc. Všichni úspěšní vedoucí pracovníci, kteří se podíleli na přípravě tohoto dokumentu, uznávají, že jejich vlastní organizace mají před sebou ještě kus práce. Přechod probíhá ve čtyřech fázích (více na str. 19) a většina současných poskytovatelů péče se pohybuje v rozmezí fází 0 a 1, což znamená provoz s nedostatečnou mírou standardizace a systémovými kontrolními mechanismy, kde jednotliví kliničtí pracovníci dominují kultuře pracoviště.

Pokud se vedení podaří nastavit správnou kulturu a strategii, zvýší se důležitost kvality a bezpečnosti, které se tak stanou nedílnou součástí fungování instituce. Během druhé fáze se nastavuje systém měření a vykazování hlavních výsledků a klíčových faktorů, které je ovlivňují. Rozvíjí se kultura nulové tolerance chyb a kultura jasné zodpovědnosti za výsledky. Ve třetí fázi, jež se pravděpodobně může úspěšně vytvořit jen na některých specifických odděleních (např. jednotky intenzivní péče), panuje kultura stoprocentní pozornosti zaměřené na předcházení chyb a nepřetržité zlepšování kvality péče.

Kapitola 2: Řízení systému zdravotnictví: zajišťování kvality

Důraz kladený na spolehlivé informace se v posledních letech výrazně zvýšil. To zároveň zvyšuje nároky nejen na poskytovatele péče, ale i na regulátory a plátce. Proto se také rozšířil rozsah i objem dat, která poskytovatelé péče musí reportovat, včetně dat týkajících se jejich kvality a samotné bezpečnosti pacientů.

I přes veškerý čas a úsilí věnované sběru, reportování a analýze dat nadále dochází k nežádoucím jevům. Regulátoři i poskytovatelé musí přehodnotit, co do publikovaných výkazů zahrnovat, aby podávaly smysluplný obraz vzniku vážných pochybení. Jedině na takových reportech můžeme začít stavět zlepšování kvality péče.

Nesoulad mezi interním a externím reportingem

Kvůli rostoucím nárokům na rozsah hodnocených ukazatelů se poskytovatelé péče nacházejí pod stále větším tlakem. Kvalifikovaní pracovníci musí věnovat více svého času výkaznictví místo toho, aby poskytovali zdravotní péči pacientům. Zdravotníci jsou navíc mnohdy přesvědčeni, že velká část reportingu je nesmyslná, protože se jedná o detailní hlášení o činnostech, které nemají podstatný vliv na celkovou výkonnost organizace.

Řešením je systematické zaměření se na reporting *klíčových parametrů, jež jsou důležité pro pacienty*. V mnoha případech je získávání a vykazování těchto parametrů jednodušší, než se na první pohled zdá.

Zjednodušování a racionalizace měření

Většina výkazů, které v současnosti vyžaduje regulátor, se soustředí na procesy a aktivity. A to i přesto, že se obecně považují za nejdůležitější parametry výsledky péče, jako je např. doba přežití, kvalita života, co nejmenší následky a opakovaný vznik onemocnění či návrat do plné fyzické kondice. Hlavní parametry se přitom často měří u běžných onemocnění, jako je diabetes, rakovina prsu či artróza kyčelního kloubu. Důležité je začít tyto informace sbírat jak u pacientů s přidruženými onemocněními, tak u pacientů starších.

Vedení všech organizací ve zdravotnictví, pacienti, plátcí i centrální orgány musí upřít pozornost na tento cíl. Nejvyšší metou jsou mezinárodně standardizované parametry. V některých oborech jako např. onkologii nebo kardiovaskulární chirurgii se to již děje. Budeme-li mít k dispozici smysluplné ukazatele, bude jednodušší zhodnotit, zda má konkrétní organizace kvalitu své péče pod kontrolou. Stejně tak budeme moci posoudit, jak si daný poskytovatel péče stojí v porovnání s ostatními. Dosáhnout tohoto cíle nebude nijak jednoduché, protože struktura a kvalita dat potřebných pro smysluplné výkaznictví v kombinaci s nesrovnatelnou schopností data vykazovat a následně je využívat se velmi liší. Sledovat výsledky péče o zdraví pacientů za celou epizodu zdravotní péče však v 21. století považujeme za nutný standard.

Zajišťování spolehlivosti vykazovaných dat

Úroveň sběru a vykazování dat o zdravotní péči zaostává za finančním sektorem. Neexistují jednoznačná a závazná pravidla a standardy. Zdravotnická zařízení mnohdy používají zastaralý software bez dostatečných interních kontrolních mechanismů. Spolehlivost dat proto bývá velmi nízká a často dochází k jejich „úpravě“, což důvěryhodnosti statistik rozhodně neprospívá.

” Cesta k definici, sběru a vykazování ukazatelů kvality se rychle vyvíjí. Aby mohli vedoucí pracovníci ve zdravotnictví plnit svěřené úkoly a zajistit finanční stabilitu svých organizací, musí upřednostnit kvalitu na žebříčku svých priorit. V opačném případě se může stát, že budou zbytečně riskovat zdravím svých pacientů a udržovat prostředí neefektivního provozu. “

Marc Scher
Partner
KPMG v USA

Spolehlivost měření ukazatelů kvality péče může zvýšit nezávislý dohled. V některých zemích se interní i externí audit stává běžnou součástí procesu vykazování ve zdravotnictví. Aby zdravotnické organizace obstály v této prověrce, musí svou klinickou činnost systematicky řídit, stejně jako je to samozřejmé ve finančním sektoru. Běžné jsou také pokuty a sankce za neúplné či nepřesné údaje. Spolehlivost také můžeme zjistit ověřováním trvalého dodržování stanovených postupů i hledáním neobvyklých jevů (např. hlášeného výskytu komplikací) či poměřováním se se srovnatelnými organizacemi.

Bezpečnost

Z důvodu řady pochybení, která se stala v minulosti, dnes regulační orgány zařazují bezpečnost pacientů mezi své priority. Nemocnice a poskytovatelé jsou nuceni prokázat, že zajistili preventivní opatření a že mohou pružně reagovat v případě vzniku pochybení. Bezpečnost pacientů se však také stává velkým problémem při výkaznictví, neboť nepříznivé dopady na pacienty bývají natolik vzácné, že nejsou statisticky směrodatné, a příliš rozmanité, aby je bylo možno účinně a efektivně měřit.

Měření negativních dopadů na pacienty může být užitečné pro interní účely, avšak pacienti, občané a plátcí zdravotní péče se o možné příčiny pochybení málo zajímají. V oblasti kvality platí, že nejvhodnějším řešením je certifikace, díky níž jsou standardy jednotné pro všechny poskytovatele. V řadě zemí jako např. v Kanadě, USA a Austrálii již existují akreditační systémy konkrétně zaměřené na bezpečnost pacientů, které spoluvytváří všeobecně uznávané standardy.

Změna je nevyhnutelná

Nároky na regulaci se v budoucnu zřejmě významně změní. Souvisí to s tím, že poskytovatelé i plátcí zdravotní péče začínají uznávat nutnost sbližování interních a externích ukazatelů a pravidel vykazování tak, aby odrážely to, co je důležité pro pacienty.

Standardizované ukazatele a výsledky by se měly zveřejňovat na mezinárodní úrovni. Bezpečnost si zaslouží své místo na předních místech národních systémů zdravotnictví. Kontrola a audit ukazatelů kvality by se měly ve zdravotnictví stát stejně běžnými, jako je tomu ve standardech ve finančním sektoru. Regulátoři, plátcí, pacienti a další subjekty by pak mohli důvěřovat údajům o kvalitě a bezpečnosti poskytované péče.

Všechny organizace, které tento dokument zmiňuje, jsou na cestě k „vysoké spolehlivosti“. Na následujících stránkách si proto ukážeme, jak se jim podařilo zavést potřebné změny do praxe.

Úvod

Zdravotnictví se dlouhodobě zabývá otázkou, jak co nejlépe zajistit kontrolu kvality zdravotní péče, jak její kvalitu a bezpečnost sledovat, měřit a řídit. Tento průzkum sleduje osvědčené způsoby práce nejlepších poskytovatelů péče na světě a klade otázky špičkovým pracovníkům ve zdravotnictví na globální úrovni. Analýza postupů, jakými se nejuspěšnější organizace potýkají s rozvíjením řízení klinické péče, ukazuje, že aby mělo vedení kvalitu „pod kontrolou“, musí existovat kultura dodržování kvality a bezpečnosti, být nastavena zodpovědnost jednotlivců, standardizované postupy a probíhat systematické měření výsledků v reálném čase.

Poskytovatelé zdravotní péče, plátcí i regulátoři vynaložily celá desetiletí na vývoj postupů a činností spojených s kontrolou a snižováním nákladů. Náš průzkum však dokládá, že v oblasti měření a vykazování kvality výsledků péče o pacienty z hlediska bezpečnosti, účinnosti, spokojenosti pacientů a správného načasování péče mají podstatně menší zkušenosti. Jiné sektory již požadavky na přísnou kontrolu a hlášení výsledků zavedly, zatímco ve zdravotnictví se řízení kvality péče teprve vyvíjí.

Kvalita péče se v dnešní době stává jasnou prioritou většiny národních systémů zdravotnictví. Špatné zkušenosti z nemocnic v Bristolu a Mid Staffordshire ve Velké Británii, skandál se zanedbáním péče ve Walter Reed Army Medical Center v USA a Garlingovo vyšetřování lékařské praxe v New South Wales Public Hospitals v Austrálii ukazují, co se může stát, nedochází-li k přísnému měření, sledování a hodnocení výsledků péče. Tyto případy jsou o to smutnější, že obavy personálu i pacientů byly ignorovány, neboť v organizacích vládla kultura popírání problémů a málo pozornosti se věnovalo názorům a spokojenosti pacientů.

Chtějí-li zdravotní organizace trvale poskytovat kvalitní péči, musí se věnovat řízení na dvou úrovních:

- 1. Řízení klinické péče a zdravotnických organizací: dosahování kvalitních výsledků se zárukou**
Jak mohou vedoucí pracovníci získat lepší kontrolu nad kvalitou péče? A jak mohou zodpovědní manažeři dosáhnout lepšího dohledu nad finanční situací i klinickými výsledky, aby mohli garantovat, že jejich organizace poskytuje péči na vysoké úrovni?
- 2. Řízení systému: zajištění kvality**
Jak mohou poskytovatelé i plátcí zdravotní péče a regulační orgány, případně vlády, ubezpečit veřejnost a další účastníky procesu, že poskytování zdravotní péče je kvalitní? Jak mohou získat spolehlivé údaje z měření a analýzy výsledků v oblasti kvality péče, aniž by byli zatíženi rozsáhlou administrativou?

Čtyři rozměry kvality

Bezpečnost	Bez rizika pro pacienty.
Účinnost	Poskytování prokazatelně prospěšné péče všem pacientům, kteří ji potřebují. Neposkytování péče těm, kterým zjevně nepřinese prospěch.
Pacient v centru pozornosti	Respektování přání a potřeb pacientů. Všechna klinická rozhodnutí se řídí hodnotami důležitými pro pacienty.
Správné načasování	Zkracování čekacích dob a předcházení (potenciálně nebezpečným) zdržením.

Řízení klinické péče a zdravotnických organizací: zaručené dosahování kvalitních výsledků

Na celém světě bychom dnes těžko našli vedoucího pracovníka, byť z toho nejlepšího zdravotnického zařízení, který by prohlásil, že má provoz svého zařízení plně „pod kontrolou“. I ředitelé zařízení, která spadají mezi nejlepší příklady poskytování vynikající péče, uznávají, že zdaleka nerozumí všem faktorům, které jim přinášejí dobré výsledky. Nevědí ani, jak správně měřit kvalitu a jak bezpečně předcházet újmě na zdraví pacientů.

Mike Harper, děkan pro klinickou praxi na klinice Mayo v USA, si tuto otázku vysvětluje následujícím způsobem: „Ve srovnání s průměrem jsme na tom velmi dobře. Jsme na špičce většiny žebříčků. Ale nemůžeme říci, že máme situaci plně pod kontrolou, ani že dosahujeme takovou kvalitu, jakou bychom si přáli. Postupujeme však správným směrem. Ve všech měřených ukazatelích jsme na samotné špičce, určitě ale máme prostor pro další zlepšování.“

Ve vysoce rizikových oblastech, jako je medicína, letectví, chemické inženýrství či jaderná energie, se organizace snaží stát „vysoce spolehlivými“, trvale se zaměřují na vynikající výsledky a snaží se předcházet pochybením. Takovéto organizace propojují své vedení s klíčovými postupy a systémy měření svých výsledků. Je pro ně typické jasné stanovení zodpovědnosti a podobné smýšlení napříč celou organizací, pracovními v přízemí počínaje a hlavními zasedacími místnostmi v nejvyšším patře konče.

V mnoha organizacích převládá kultura osobní profesionální autonomie, vynikající klinické výsledky jsou osobní odpovědností jednotlivých lékařů a vedení organizace do kvality práce příliš nezasahuje. Následkem toho je bezchybný provoz možný jen na 80 procent, výsledky se různí a poměrně často dochází k újmě na zdraví pacienta. Bez formálního měření není tato úroveň kvality výsledků vedení organizace vůbec známa, nebo se považuje za normu. Naopak jakmile se bezpečnost a vynikající klinické výsledky stanou prioritou a odpovědnost se přesune z jednotlivců na celé týmy, výsledky a pokles chybování se významně zlepší. Organizace s vysokou spolehlivostí obvykle dosahují bezchybnosti v 99,5 procentech postupů.¹

Základní četnost chybování v jednotlivých krocích procesu				
Počet kroků				
1	0,05	0,01	0,001	0,0001
5	0,33	0,05	0,005	0,002
25	0,72	0,22	0,02	0,003
50	0,92	0,39	0,05	0,005
100	0,99	0,63	0,1	0,01

Jak malé chyby zvyšují nespolehlivost: Procesy, jež zahrnují mnoho kroků, vykazují i při zdánlivě malé četnosti chyb v rámci jednotlivých kroků nepřipustně vysokou celkovou chybovost. Ve zdravotnictví četnost chybování dosahuje hodnot i nad 1 procento připadající na krok procesu, což svědčí o tom, že organizace nemají kvalitu pod kontrolou. Autor: Nolan, T. W. (2000). Systémové změny ke zvýšení bezpečnosti pacientů. (System changes to improve patient safety). *British Medical Journal*. 320, str. 771–73.

„Ve srovnání s průměrem jsme na tom dobře. Jsme na špičce většiny žebříčků. Ale nemůžeme říci, že máme situaci plně pod kontrolou, ani že dosahujeme takové kvality, jakou bychom si přáli. Postupujeme však správným směrem.“

Mike Harper
Děkan pro klinickou praxi
klinika Mayo v USA

„Kvalita pod kontrolou“

podle respondentů znamená:

- systematické měření výsledků péče,
- pochopení klíčových faktorů, které tyto výsledky ovlivňují,
- poznání, jak tyto výsledky zlepšit na úroveň těch nejlepších,
- systematické předcházení újmě na zdraví pacientů.

¹ Nolan, T. W. (2000). Systémové změny ke zvýšení bezpečnosti pacientů. (System changes to improve patient safety). *British Medical Journal*. 320, str. 771–73.

„Vysoce spolehlivá organizace“

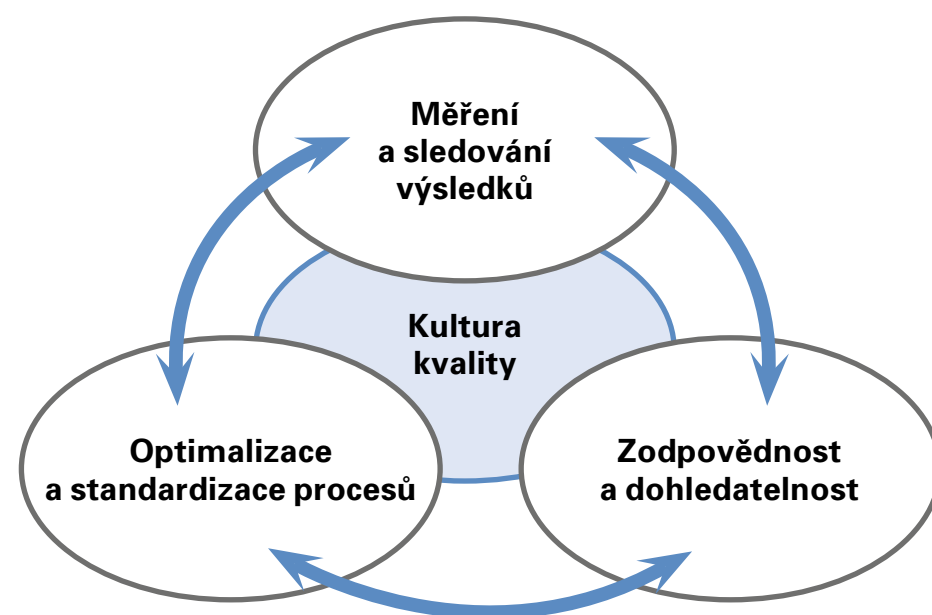
Definice vysoké spolehlivosti přesahuje rámec samotné bezpečnosti pacienta a zahrnuje celkovou kvalitu, tedy hodnotu poskytované péče.

Základní stavební kameny „vysoce spolehlivé organizace“ ve zdravotnictví

Mnoho zdravotnických organizací postrádá i ty nejzákladnější stavební kameny kultury kvality, zodpovědnosti a dohledatelnosti, standardizace procesů a měření výsledků. Na cestě k vysoké spolehlivosti se každý tento kámen musí vytvořit nejprve sám o sobě, potom se musí zdokonalit a nakonec spojit s ostatními, což není nijak jednoduché ani v těch nejlepších organizacích.

„Posunujeme se směrem k integrovanějšímu provoznímu modelu a musíme bojovat s desintegrační silou stále se prohlubující specializace,“ konstatuje Mike Harper z kliniky Mayo. K němu se připojuje i Ralf Kuhlen, lékařský ředitel německého řetězce nemocnic Helios Kliniken, které jsou proslulé svým jasným zaměřením na výtečné klinické výsledky. „Značná část naší práce na nikoho nedělá velký dojem, protože se většinou jedná o drobnosti, které však mají dohromady obrovský vliv, a někdy je těžké všechny přesvědčit, aby se na ně náležitě soustředili.“

Tyto organizace se vyznačují společnou vůlí neustále posouvat hranice a zařazovat nutné změny, které jsou součástí těchto stavebních kamenů.



„Kvalita má nepopiratelnou finanční hodnotu. Pokud 40 procent vašich pacientů pochází ze zahraničí, vysoká kvalita je nutnou podmínkou trvalého hospodářského růstu.“

Dr. Fawzi Al-Hammouri
Generální ředitel
The Specialty Hospital
Jordánsko

Stavební kámen č. 1 Kultura kvality

Všichni přední odborníci, kteří se do přípravy této publikace zapojili, zdůrazňují význam kultury kvality, a to nejen mezi vedoucími pracovníky, ale v celé organizaci. Neustálé měření a silné povědomí odpovědnosti jsou zabudovanými interními hodnotami, nikoliv povinnostmi vynucovanými zvenku. To se projevuje ve vzájemné důvěře a respektování různých rolí jednotlivých pracovníků (zejména mezi manažery a zdravotníky). Typickým je konstruktivní přístup k zjištěným pochybením, jenž neklade vinu na jednotlivce, a pocit sounáležitosti s týmem spolu s přáním nepropadat pocitu sebeuspokojení a neustále podávat vynikající výkony.

Personál má za úkol všimnout si tzv. jemných signálů, mezi něž např. řadíme stres personálu či neochotu poukázat na problémy. Jakékoli nedodržování bezpečnostních předpisů je nepřijatelné, a to především od jednotlivců, kteří se domnívají, že stojí mimo pravidla organizace. Vedoucí pracovníci někdy musí bojovat zejména proti zažitým postojům zkušených lékařů, nicméně své myšlenky musí věnovat i vlastním postojům k bezpečnosti a chování na pracovišti.

Vytváření kultury zaměřené na kvalitu trvá delší dobu a vyžaduje týmové úsilí a společné cíle. Role vedení organizace je naprosto klíčová a neomezuje se jen na vytváření organizačních struktur a komunikačních kanálů. Vedoucí pracovníci se musí vzdát zažitého nepřiměřeného respektu ke klinickým odborníkům, aktivně se věnovat definování a měření kvality a bezpečnosti péče a za účelem zvyšování povědomí o kvalitě vyvozovat důsledky ze všech příkladů špatné praxe.²

Stejně jako ve všech jiných kulturách věnovaných podávání špičkového výkonu se musí vedoucí pracovníci viditelně stavět proti průměrnosti. Dojde-li k újmě na zdraví pacienta, musí projevovat pochopení pro pacienty a jejich rodiny, ale také pro zdravotníky, kteří byli do péče o poškozené pacienty zapojeni. Přijetí správných hodnot je minimálně stejně tak důležité jako systémy hlášení a varování o pochybeních. Vedení musí jít příkladem celé organizaci. Georgina Black, Partnerka odpovědná za služby pro zdravotnictví z kanceláře KPMG v Kanadě, o problematice hovoří takto: „Klíčový je tón, který udávají nejvyšší ředitelé a členové statutárních orgánů

„Značná část naší práce na nikoho nedělá velký dojem, protože se většinou jedná o drobnosti, které však mají dohromady obrovský vliv, a někdy je těžké všechny přesvědčit, aby se na ně náležitě soustředili.“

Ralf Kuhlen
Lékařský ředitel
Helios Kliniken, Německo

Definice „kultury“

Co máme na mysli, když hovoříme o kultuře ve zdravotnických organizacích?

Hofstede definuje kulturu v organizacích jako kolektivní myšlenkové nastavení, jež rozlišuje jednu organizaci nebo skupinu od druhé. V našem případě se jedná o mentální nastavení zaměřené na kvalitu.

Jak se zlovyky mohou stát normou

„Naše spokojenost s průměrností nás může dovést k tomu, že se postupně smiřujeme s nízkou úrovní kvality,“ říká Malcolm Lowe-Lauri ze společnosti KPMG v Austrálii. „Jakmile začneme povolovat mírné odchylky od standardů, dovolujeme, aby se začala dít velká pochybení.“ Takové normalizované odchylky vedly ke katastrofám typu nehody raketoplánu Challenger v USA či selhání v nemocnici Mid Staffordshire Hospitals ve Velké Británii. Provozní systémová hlášení v obou případech opakovala, že organizace si nepočínají špatně, avšak ukrývala fakta, že nikdo nebyl ochoten klást nepříjemné otázky, které by zvyšovaly bdělost všech zaměstnanců.

Mezi příklady normalizované odchylky patří třeba nedostatečné umývání rukou před stykem s pacientem či minimální až nulový dohled vedoucích lékařů (konzultantů) nad péčí v nemocnici o víkendech. Tato kultura tolerance dovoluje, aby se organizace nadále zhoršovaly a jednotliví pracovníci začali věřit, že „pravidla platí jen pro ty ostatní.“ Nejsou-li na pracovištích přítomny dobré příklady zodpovědné práce uznávaných zkušených pracovníků, všechny iniciativy vedoucí ke zlepšení bezpečnosti pacientů jsou odsouzeny k neúspěchu.

Nedostatečná reakce na porušování pravidel organizace na úrovni společnosti nebo regulátora má pak podobně hrozné následky, neboť chybí obava z odpovídajícího trestu za přestupky proti formálním zásadám chování.³

² Podrobnější náměty k diskusi jsou k dispozici v článku Baker, G. et al., (2010). Effective governance for quality and patient safety in Canadian healthcare Organizations, Ontario/Alberta. *Canadian Health Services Research Foundation and Canadian Patient Safety Institute*.

³ Zdroj: Termín „normalizovaná odchylka“ (a příběh katastrofy raketoplánu NASA) jsou popsány v článku: Vaughan, D., (1996). The Challenger launch decision. *University of Chicago Press*.

Postup jednotlivými fázemi – „prorážení betonové podlahy“

Termín „betonová podlaha“ použil jako metaforu poprvé Mintzberg v roce 1998,⁴ když chtěl vyjádřit nesoulad mezi klinickým a manažerským pohledem na problémy ve většině zdravotnických organizací. „Pod podlahou kliničtí pracovníci neúnavně poskytují své služby podle požadavků svých profesních specializací, jež pohánějí složité moderní technologie. Nad ní se pak dohadují vysoce postavení manažeři, kteří se snaží řídit neklinický provoz organizace, tedy aspoň v dobách, kdy neztrácejí čas nekonečnými a obvykle zbytečnými reorganizacemi.“ Termínem betonová podlaha se míní rozdílné pohledy, cíle a hodnoty stejně jako komunikační a kulturní propast mezi skupinami pohybujícími se na opačných stranách. V kontextu poskytování kvalitních služeb však existuje reálné nebezpečí, že se rozdělí na dva různé proudy – finanční a provozní ve světě managementu nad úrovní podlahy a poskytování klinické péče pacientům pod její úrovní. Extrémním příkladem takové betonové podlahy mohou být závěry Francisova šetření selhání péče v zařízení Mid Staffordshire NHS Foundation Trust v Anglii (2010, 2013).

„Nefungujeme podle klasického vzoru odshora dolů. Naši přední kliničtí pracovníci jsou sice klíčovým prvkem, ale musí se stát i vlastníky procesu, aby normou byla společná snaha, nikoliv jen iniciativa vedení.“

Dr. Panigrahi
Lékařský ředitel
Fortis Healthcare
Indie

zdravotnických organizací. Ředitelé i členové orgánů musí být informováni, zapojeni do týmové práce, musí klást správné otázky. Manažeři zase musí kvalitu považovat za klíčový úkol celé organizace a zavést kulturu, jež podporuje důvěru, zvědavost, transparentnost, spolupráci, neustálé vzdělávání a vynikající výsledky. Řadoví pracovníci se pak s pomocí přesně vypracovaných metod naučí, že mohou hledat inspiraci jeden ve druhém a jít příkladem svým úsilím o co nejlepší možné výsledky.“

Takto nastavený vzdělávací proces musí umět předvést příklady bezpečných pracovních a provozních postupů, vedoucích ve svém důsledku k výkonným vyšší úrovně. David Dalton, generální ředitel zdravotnických zařízení Salford Royal Foundation Trust ve Velké Británii, tvrdí: „Nejvyšší řídicí pracovníci musí rozumět klinickým mikrosystémům a být do nich zapojeni. My jsme například do zvyšování odborné způsobilosti, dovedností a schopností procesy dále zlepšovat zapojili kolem třetiny našich zaměstnanců, což je více než dva tisíce.“ Členům představenstva nesmí chybět vzdělání v oboru, který Institut pro zlepšování ve zdravotnictví (Institute of Healthcare Improvement) nazývá „zapojení představenstva“ („getting boards on board“).⁵ To potvrzuje i MUDr. Lee Chien Earn, generální ředitel společnosti Changi General Hospital v Singapuru: „V Singapuru jsou všichni noví členové představenstva veřejných nemocnic proškoleni nejen o významu kvality a bezpečnosti, ale také o úlohách představenstva.“

Stavební kámen č. 2: Zodpovědnost a dohledatelnost

Bez jasné představy, jak využívat výsledky měření, jsou i ty nejlepší údaje málo užitečné.

„Čím více toho vím, tím hůře se mi usíná,“ pronesl David Rosser, výkonný lékařský ředitel University Hospitals Birmingham ve Velké Británii. „I když víte, co měřit, přesto ležíte v posteli a přemýšlíte o tom, co s naměřenými výsledky dělat. Nemůžete je jen tak „předhodit“ vašim lékařům. Musíte je proměnit v živé hodnoty, se kterými se dají provést změny.“ Nemocnice si musí vyjasnit odpovědnost za výsledky a mechanismy jejich hodnocení, aby mohlo představenstvo určit, kdo ponese odpovědnost, a následně měřit jeho výkonnost. Jak říká Mary Jo Haddad z nemocnice SickKids Hospital: „Pozice a úlohy musí být naprosto jasné, a často tomu tak není.“

⁴ Mintzberg, H., (1998). Skryté vedení: poznámky o řízení odborníků. Odborníci reagují dobře na inspiraci, ne dohled. (Covert leadership: notes on managing professionals. Knowledge workers respond to inspiration, not supervision.) *Harvard Business Review*. 76 (6), str. 140–147.

⁵ Síla spojenectví s představenstvem. (*The power of having the board on board.*) Institute for Healthcare Improvement, 2011.

Nejprve musíme začít tím, že plánovaný postup léčby pacienta v organizaci vlastní konkrétní pracovníci a týmy, stejně jako mají např. jednotlivá oddělení, jednotky intenzivní péče či akutní příjem své jasné definované role odpovědnosti. Jsou-li tito „vlastníci“ – zdravotníci či manažeři – odpovědní za výsledky postupů léčby, organizace získává základnu pro neustálé zlepšování kvality a hospodaření.

Tím, že z výsledků učiní nejdůležitější cíl své činnosti, představenstvo určí tón práce a s pomocí spolehlivých měřitelných údajů dohlíží na zavádění a strategii udržení kvality. Generální ředitel a další výkonní ředitelé organizace za ně pak plně odpovídají. Interní audit tento postup stvrzuje tím, že sleduje a zlepšuje rozvoj řízení, zvládnutí rizika a kontroly kvality. Řízení klinické péče by se mělo vyrovnat finančnímu řízení, jak vysvětluje David Dalton ze Salford Royal Foundation Trust ve Velké Británii: „Systém řízení kvality tvoří součást každoročního plánu organizace. Každé riziko se hodnotí a na základě jeho úrovně je přidělena odpovědnost za jeho sledování a řízení. Nejzávažnější rizika patří celému představenstvu, další generálnímu řediteli atd. Kvalita a bezpečnost tvoří hlavní část všech jednání představenstva a všichni jeho členové byli patřičně proškoleni. Tato témata, která představují zhruba třetinu programu jednání, bývají zařazena na jejich začátek.“

Přiměřeně zjednodušený tok informací o nejdůležitějších opatřeních směrem nahoru přispívá k informovanosti všech členů, aniž by byli zahlaceni daty. Každá úroveň řízení pak vyžaduje jinou míru podrobnosti inoformací.

Tim Smart, generální ředitel Kings College Hospital NHS Foundation Trust ve Velké Británii, se domnívá, že jeho organizaci se podařilo vyvinout správný přístup: „Ustavili jsme Komisi pro kvalitu a řízení, jejímiž členy jsou kromě generálního ředitele také ekonomický ředitel, personální ředitel atd. Tato komise má řadu pracovních týmů, které jí poskytují informace a které se dozvídají o všech dílčích tématech, jež jim předávají jednotlivá oddělení a organizační jednotky. Zasedání těchto týmů se generální ředitel neúčastní.“

Úspěšné zdravotnické organizace nevytvářejí opatření shora dolů, ale uznávají, že nejlepší znalosti o tom, jaké ukazatele sledovat, mají pracovníci v první linii. „V minulosti se pracovníci řízení kvality pohybovali u postranních čar hřiště a nikdo jim nevěnoval pozornost, ani je nerespektoval,“ konstatuje David Rosser z University Hospitals v Birminghamu ve Velké Británii. „To jsme zásadně změnili. Kvalita práce se u nás stala ústřední odpovědností našich klíčových procesů. Když jim předáte odpovědnost, měříte a sledujete jejich denní práci velmi podrobně a pružně, zvyšuje se jejich snaha o zlepšení.“

„Je důležité netolerovat pocit sebeuspokojení. Podívejte se na náš úkol: staráme se o nemocné děti, a každé dítě, které projde našima rukama, si zaslouží vynikající péči – a také ji dostane. Vytvořili jsme otevřenou, průkaznou kulturu důvěry, a pokud se něco nepovede, dostaneme se tomu na kloub, nahlásíme to, poučíme a o naše zkušenosti se podělíme.“

Mary Jo Haddad
Prezidentka
a generální ředitelka
SickKids Hospital
Toronto

Závazek trvalého zlepšování

V německém řetězci nemocnic Helios se údaje o výsledcích odesílají ze všech klinik oblastnímu lékařskému řediteli, který je předává výše. „Podobná hlášení reportujeme každé dva měsíce,“ říká Ralf Kuhlen, vrchní lékařský ředitel. „Zjistili jsme například, že v oblasti léčby cévní mozkové příhody se pohybujeme kdesi na průměru, což pro nás nebylo dost dobré. Vydali jsme se proto na kliniky s nejlepšími a nejhoršími výsledky, zjistili jsme, co funguje a co ne, a zlepšili jsme naše celkové výsledky.“

„Každý se musí zapojit. Sledujeme naše problematické výsledky a trváme na dodržení schválených hodnot ukazatelů kvality jako třeba používání kontrolních seznamů při chirurgických operacích. Vydali jsme jasné pokyny, kdo na které úrovni za tato opatření zodpovídá. Stanovené pokyny jsou u nás povinné, a pokud je někdo nechce dodržovat, nemusí u nás pracovat.“

Zkušenost z Velké Británie

Interní audit se v nejlepších zdravotnických zařízeních zajímá nejen o procesy finančního řízení a reportingu, ale sleduje i to, jak je měřena a řízena kvalita. V některých případech zjišťujeme, že se opravdu soustředí na spolehlivost vykazovaných údajů, což je možná nejdůležitějším základem řízení kvality péče. Spolehlivost dat, které se budeme věnovat později, však bývá nízká.

Rámcový systém řízení kvality (Quality Governance Framework) ve Velké Británii zkoumá „průkaznost“ řízení kvality u zařízení, která buď chtějí dosáhnout samostatného statutu „Foundation Trust“ nebo která mají problémy s kvalitou. Tento systém vytvořila organizace Monitor, která se stará o regulaci ve zdravotnictví. Tento rámcový systém je transparentní a má více rozměrů, tj. zabývá se řadou jednotlivých stavebních kamenů kvality. Představenstva musí nejprve předložit vlastní posouzení toho, jak splňují podmínky standardů rámcového systému, aby prokázala, že mají kvalitu pod kontrolou. Teprve potom je zahájeno externí hodnocení. Systém, se kterým má bohaté zkušenosti společnost KPMG ve Velké Británii, se dělí na čtyři pilíře.

Strategie	Schopnost a kultura	Procesy a struktura	Měření
1a Je kvalita základním principem strategie řízení?	2a Má představenstvo dostatečnou vedoucí roli, schopnost a znalost k tomu, aby dokázalo zajistit kvalitu?	3a Jsou role a odpovědnost za kvalitu dostatečně jasně definovány?	4a Jsou odpovídající informace o kvalitě analyzovány s cílem dalšího zlepšování?
1b Uvědomuje si představenstvo dostatečně možná rizika ohrožující kvalitu?	2b Zasazuje se představenstvo o kulturu soustředěnou na kvalitu v celém zařízení?	3b Existují jasně definované a srozumitelné procesy komunikace problémů a řízení výkonnosti?	4b Má představenstvo jistotu, že jsou informace o kvalitě spolehlivé?
		3c Zapojuje představenstvo aktivně pacienty, personál a další účastníky procesu do řízení kvality?	4c Jsou informace o kvalitě efektivně využívány?

Interní auditoři KPMG ve Velké Británii shromažďují a hodnotí údaje různými metodami.

- **Kontrola dat:** ústřední témata předpisů; zápisy ze zasedání komisí; ověření toku informací zdola (z oddělení) směrem k představenstvu.
- **Osobní pohovory s výkonnými a ostatními členy představenstva:** sledování práce představenstva a způsobu, jakým probíhá rozhodování; čas, který je věnován kvalitě a interakce mezi výkonnými a ostatními členy představenstva – do jaké míry je jednání mezi členy otevřené, či naopak vzájemně obranné, kladoucí dostatečně vysoké nároky a do jaké míry jsou jednotlivci povoláni k zodpovědnosti.
- **Skupiny zaměstnanců se zvláštním zaměřením, které poskytnou interní pohled z jednotlivých pracovišť:** mají zaměstnanci odvahu hlásit své obavy? Existuje kultura otevřené a průhledné komunikace?
- **Hlášení nesprávného jednání:** existují standardizované postupy, které jsou mezi zaměstnanci dostatečně známy? Došlo někdy k jejich použití?
- **Registr rizik a systém zajištění kvality:** jak je registr rizik aktualizován, kdo jsou vlastníci jednotlivých rizik a jaká opatření jsou přijímána k jejich minimalizaci?
- **Vyhledávání informací z jiných zdrojů (regulatorních a ostatních):** údaje o úmrtnosti, hlášení závažných nežádoucích událostí, akční plány, průzkum názorů pacientů a personálu a stížností. Řešení všech uvedených bodů v případě zjištění nežádoucích výsledků či trendů.
- **Rozhovory se správcí systému, plátcí péče a pacienty:** tento bod zahrnuje plátce a uživatele klinických služeb.

Rámcový systém řízení kvality (Quality Governance Framework) napomáhá propojit všechny zdroje informací pomocí bodového systému, který identifikuje oblasti signalizující porušování systému řízení kvality.

Stavební kámen č. 3 Optimalizace a standardizace postupů

Používá-li každý chirurg svůj vlastní preferovaný operační postup, zvyšuje se riziko, že dojde k nedorozumění a pochybení. Ve vysoce spolehlivé organizaci však způsoby měření, role jednotlivců a celková kultura vycházejí ze standardních postupů a nastavených pravidel, čímž může docházet ke snížení komplexnosti a variability, zlepšení spolupráce a komunikace a zvýšení celkové kvality práce.

S vyšší mírou kontroly a prověřování může dojít k výraznému zdokonalení pracovních postupů. Pracovníci na určité pozici musí zajistit, aby byly postupy dodržovány, a mají pravomoc zasáhnout, pokud se obávají, že se tak neděje.

Standardní provozní předpisy by měly tvořit základ celého procesu. Aplikace takového přístupu přinesla společnosti Intermountain Healthcare vynikající výsledky. Společnost sídlí ve státě Utah v USA jako vůbec první dokázala do praxe integrovat standardní postupy a měření výsledků. MUDr. Brent James, ředitel kvality, říká: „Spojili jsme prováděcí předpisy s postupem prací u lůžka pacienta a uvedli je na kontrolních dotaznících, příkazech a klinických záznamech, které se již používaly. Na prováděcí předpisy se často zapomíná. Proto jsme vytvořili automatické postupy. Ty se pak staly základním nástrojem naší práce.“

Univerzitní nemocnice v Birminghamu ve Velké Británii mají informační systém s podobnými kontrolními mechanismy, které neustále ověřují, zda se provádějí nezbytné kroky, zda se dodržují předpisy a jsou-li vydávány správné léky. V některých případech mohou být inovativní kroky zcela jednoduché. Například na klinikách Helios vytvořili „krabičky pro cévní mozkovou příhodu“, které obsahují veškerý materiál používaný v případě cévní mozkové příhody (tj. stříkačky, anti-trombolytikum, dotazníky). Toto opatření celý postup zautomatizovalo a zvýšilo dodržování požadovaných předpisů.

Na prováděcí předpisy se často zapomíná. Proto jsme vytvořili automatické postupy. Ty se pak staly základním nástrojem naší práce.

Dr. Brent James
Ředitel kvality
Intermountain Healthcare
USA

Průměrnost nestačí

Malcolm Lowe-Lauri z KPMG v Austrálii uvádí: „Přiliš často ve zdravotnictví poměrujeme vlastní výsledky s průměrem. Obávám se, že průměr je mnohdy považován za dostatečný výsledek. My bychom se však měli zaměřovat na ty nejlepší.“ Mary Jo Haddad z nemocnice SickKids souhlasí: „Všichni bychom měli cítit potřebu učit se a zlepšovat. Musíme mít odvahu podstupovat moudrá rizika. Manažer, který zjistí, že výkon není dobrý, by se neměl bát to oznámit celému týmu. Oddělení akutního příjmu by se mělo ptát, jak je možné, že chirurgie měla lepší výsledky než oni, a začít s tím něco dělat. Pokud naše výsledky splňují všechny naše cíle, je pravděpodobné, že jsme si cíle stanovili přiliš nízko.“

Svěření pravomoci a určení osobní zodpovědnosti je naprosto klíčové – stejně jako osobní zapojení personálu a lékařů. Dena Van Den Bergh, ředitelka kvality a IT společnosti Netcare Limited v Jižní Africe, uvádí: „Upustili jsme od snahy ‚zapojit‘ naše lékaře a zvolili model, kde sami lékaři od počátku určují cestu vedoucí ke zlepšení. A oni se čím dál častěji této role ochotně ujímají – sami mají potřebu vidět údaje o tom, jak zlepšování postupuje.“

Intermountain Healthcare: zachráněné životy, snížené náklady

Tím, že společnost Intermountain Healthcare zavedla standardní provozní předpisy a zahájila měření výsledků, dosáhla dramatického zlepšení. U pacientů trpících syndromem akutního selhání dýchání se odchylka od standardního protokolu zmenšila během pouhých čtyř měsíců z 59 na 6 procent a přežívání pacientů se zvýšilo z 9,5 na 44 procent. Časová náročnost se pro lékaře zkrátila na polovinu a celkové náklady poklesly o 25 procent. Tento přístup se posléze rozšířil na celkem 104 klinických postupů, jež představují valnou většinu péče, kterou společnost poskytuje. Výsledky byly podobně povzbudivé.⁶ Společnost je nyní považována za jednoho z nejlepších poskytovatelů zdravotní péče v USA – dosahuje vynikajících výsledků za nízkých nákladů.

Standardizace a vynikající klinické výsledky jdou ruku v ruce

Odpůrci standardizace klinické péče tvrdí, že postupy dusí používání vlastního úsudku a zkušeností, čímž dojde ke ztrátě „lékařského umu“. Avšak stejně jako se jazzová improvizace zakládá na standardních akordech a melodiích (jež se v hudbě doslova nazývají standardy), improvizovat se můžeme naučit pouze tak, že dokonale zvládneme standardní postupy. Jemná odchylka od standardů tím správným způsobem v pravý okamžik promění standard v umění. Skutečně vynikající profesionální úroveň lze dosáhnout zvládnutím standardů, nikoliv jejich opomíjením.

„Musíme vytvořit mechanismy, které lidem umožní předpisy znát a dodržovat,“ říká Mary Jo Haddad, prezidentka a generální ředitelka nemocnice SickKids v Torontu. „Pochopení vyžaduje jasné formulace, jasné porozumění, co je cílem, jednoznačně dané úlohy a individuální odpovědnost.“ A právě zde se stavební kameny skládají jeden k druhému. Dodržování předpisů a výsledky léčebných postupů se měří, výsledky se předávají zpět pracovníkům, kteří pracovní postupy „vlastní“, a ti sledují a neustále zlepšují hodnotu práce, která se v rámci procesu vykonává. „Jakmile proces nastavíte, měříte jeho výsledky a poskytujete zpětnou vazbu, zlepšujete tím i samotná pravidla.“

Mike Harper z kliniky Mayo také zdůrazňuje význam postupů, jež se zakládají na vědeckých důkazech, snadno se používají a jsou neustále obohacovány o nové poznatky pocházející z cyklů neustálého měření a zlepšování. „Říkáme tomu náš motor *„od znalosti po výkon“*. Používáme zkušenosti s tím, jak filtrovat naše interní a externí informace a znalosti, a dostáváme se k optimálním postupům, jež lze používat v dynamických postupech léčby a jež s přísunem nových vědomostí neustále obnovujeme. Toto je moderní filozofie kliniky Mayo hodící se pro provoz ve velkém měřítku za podpory moderní technologie. Zdá se, jako bychom za sebou cítili sílu celé kliniky.“

Jak poznamenává Ralf Kuhlen z Helios, ve zdravotnictví je odpor vůči standardizaci hluboce zakořeněný. „V Německu je lékař-odborník stále ještě považován za svého vlastního šéfa. Říkají nám, že každý pacient je jiný a že standardy v medicíně nefungují.“

I přes jisté regionální rozdíly jsme podobná prohlášení slyšeli od všech odborníků, se kterými jsme v rámci našeho průzkumu hovořili. Přední lékaři-odborníci však uznávají, že standardizace může jít ruku v ruce s klinickou odborností a zkušeností. Toho si všiml i chirurg a spisovatel Atul Gawande.⁷ K dosažení skutečně vynikajících výsledků potřebuje organizace nejdříve standardy, jež se stanou základnou neustálého zlepšování. Tyto standardní provozní předpisy se stanou výchozím bodem, který lékařům umožní soustředit se právě na unikátní prvky jednotlivých případů.

⁶ James, B.C. and L.A. Savitz, (2011). Jak společnost Intermountain snížila náklady pomocí ucelené snahy o zlepšení kvality. (How Intermountain trimmed health care costs through robust quality improvement efforts.) *Health Affairs*, 30 (6), str. 1185–91.

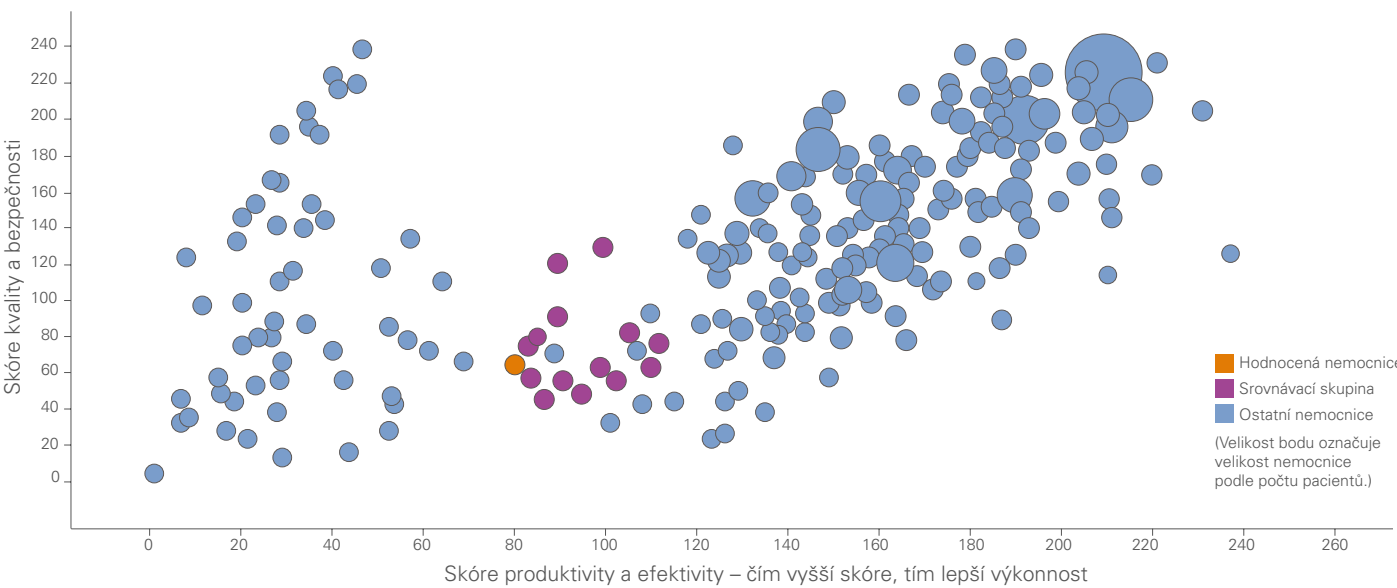
⁷ Např.: (2012) Kontrolní seznamy ve velké medicíně. Řetězce restaurací dokázaly zkombinovat řízení kvality, řízení nákladů a zlepšovatelství. Dokáže to i zdravotnictví? (The checklist, big med. Restaurant chains have managed to combine quality control, cost control, and innovation. Can health care?) *The New Yorker*.

Stavební kámen č. 4 Měření

Všechny organizace, jež se do našich diskusí zapojily, jsou výraznými propagátory měření. Mike Harper z kliniky Mayo vysvětluje: „Snažíme se neustále, co nejpřesněji měřit a naměřené hodnoty ověřovat.“

Nejmodernější interní manažerské reporty dnes běžně zahrnují ukazatele týkající se procesu a výsledků péče na všech úrovních organizace. Tyto reporty zahrnují širokou paletu ukazatelů kvality, prevence, nutnosti opakovaného příjmu, délky pobytu na lůžku, časové údaje o délce hospitalizace a dodržování protokolů. Mnohá měření probíhají v reálném čase a jsou automaticky předávána odborným pracovníkům, v patřičných případech pak vyšším složkám vedení a nakonec i představenstvu. Údaje o výkonnosti se předávají „vlastníkům“ klinických postupů, aby mohlo docházet k jejich neustálému zlepšování.

Pohled z nejvyšší úrovně sledování



Zdroj: University Hospital of Birmingham/KPMG International. Mezinárodní nástroj pro porovnávání nemocnic.

Model postupu péče na klinice Mayo

Klinika Mayo nadále vyvíjí svůj soubor postupů klinické péče. „Tyto postupy by se měly používat v 80 procentech doby, kterou měříme,“ říká Mike Harper, výkonný ředitel klinické praxe. „Je to klíčový prvek toho, jak řídíme a kontrolujeme kvalitu. Máme k dispozici již 75–125 modelů klinické péče a sborník často kladených otázek (FAQs), jež mohou odborníci prohlížet, komentovat je a přijímat.“ Tyto doporučené postupy potom zapojujeme do procesu péče. „Máme například odborníky na syndrom prodlouženého QT intervalu a potřebujeme rozšířit jejich znalosti na celou organizaci. Nejprve si však tohoto syndromu musíme všimnout na EKG, protože jeho přehlédnutí by mohlo mít vážné následky a některé léky mohou tento syndrom zhoršit. Proto o něm musíme vědět. Z tohoto důvodu jsme vytvořili pokyny k jeho léčbě a vyvěsili je na akutním příjmu, ale nikdo si jich nevšímal, protože neodborníci nevěděli, co s tím. Přidali jsme tedy k pokynům léčby vysvětlivky a soubor odpovědí na často kladené otázky, zejména kdy je třeba o syndromu informovat kardiologa a kdy je třeba dělat něco dalšího. A mnozí pacienti stále dostávali nesprávné léky a nebyli posláni ke kardiologovi. Nakonec jsme tedy zapracovali pravidla léčby do objednávacího systému léků a zařadili kontrolní mechanismy do systému předepisování léků, takže nyní technologie zabraňuje opomínutím a počet chyb se přiblížil k nule.“

Síla srovnání – benchmarking

Pokrokové organizace usilují o to, aby se porovnávaly se zahraničím. Takto se poučí o nejlepším způsobu práce z celého světa. Společnost KPMG ve spolupráci s University Hospitals Birmingham ve Velké Británii vyvinula nástroj Mezinárodní benchmarking nemocnic (International Hospital Benchmark, IHB), jež pomáhá nemocnicím vzájemně srovnávat kvalitu, bezpečnost, produktivitu, efektivitu a finanční výkonnost. Tento nástroj patří ke způsobu, kterým celosvětová síť společností KPMG pomáhá sektoru zdravotnictví zvýšit efektivitu a úroveň řízení klinické péče a její kvality. Umožňuje tak srovnávání a rozbor dat podle nemocnice či diagnózy přímo na pracovišti. Používá k tomu vyspělou technologii umožňující elektronické sdílení dat. Více informací o Mezinárodním benchmarkingu nemocnic najdete na str. 17, 25 a 26, případně kontaktujte příslušné zástupce KPMG ve vaší zemi. Informace můžete získat též na adrese healthcare@kpmg.com.

„Neustále se potýkáme s problémy omezené dokumentace, poradíme si však po svém, údaje získáváme jinak. Provádíme měření, abychom se zlepšili, abychom byli lepší než ostatní.“

Dr. Panigrahi
Lékařský ředitel
Fortis Healthcare
Indie

Hledání nových a lepších způsobů měření podle Davida Rossera, výkonného lékařského ředitele University Hospitals v Birminghamu, nikdy nekončí. „Nikdy si nejsme zcela jistí, že měříme to, co je skutečně třeba, tím nejlepším možným způsobem.“

S tím souhlasí Mary Jo Haddad, prezidentka a ředitelka nemocnice SickKids Hospital v Torontu: „Všichni chtějí měřit všechno. To je kultura naší organizace. Měříme, vytváříme žebříčky, dozvídáme se stále více. Neustále se snažíme přijít na to, co je nejdůležitějším ukazatelem. Úkolem vedení je soustředit pozornost na to, aby byla měření propojena s hlavními cíli a prioritami organizace a abychom měřili právě to, co je důležité.“

Zajímavým zjištěním bylo, že se tyto organizace nechytily do „pasti nadměrného měření“, jak se tomu stalo v mnoha jiných nemocnicích, kde v dobré snaze o zlepšení procesu docházelo k přetížení lidí projekty. „Pro nás není měření a zlepšování projektem, je integrovanou součástí naší každodenní práce,“ říká David Dalton, generální ředitel Salford Royal Foundation Trust ve Velké Británii.

Měření má smysl pouze tehdy, pokud zobrazuje výsledný dopad na pacienta, říká Mary Jo Haddad z nemocnice SickKids Hospital. „Nejlepším příkladem je dětská kardiokirurgie. S databází výsledků tohoto typu výkonů jsme začali již před dvaceti lety, díky čemuž dětská kardiokirurgie dnes celosvětově dosahuje podstatně lepších výsledků než na počátku tohoto měření. Je pro nás skutečně velkou ctí, že jsme byli součástí tohoto vývoje a mohli jsme k němu významně přispět. Všechno to začalo u odborného pracovníka, který se snažil o vynikající výsledky. Byl to člověk, který viděl umírat děti a který s tím chtěl něco udělat. Začal vytvářet registr výsledků dětské kardiokirurgie a požádal své kolegy o spolupráci. Všechny jeho aktivity byly výsledkem vlastního profesionálního nadšení a lidského přístupu.“

„Začali jsme v několika málo oborech,“ shrnuje Dr. Panigrahi, lékařský ředitel Fortis Healthcare. „Sledujeme a měříme výsledky tří výkonů: perkutánní koronární intervence (PKI) a koronárního bypassu v kardiologických oborech a totální náhrady kolenního kloubu v ortopedii. Zapojili jsme se do mezinárodního registru pro léčbu akutního infarktu myokardu (AIM), který sleduje způsoby léby. To vše pod záštitou Mezinárodního konsorcia pro měření výsledků zdravotní péče (International Consortium for Health Outcome Measurement, ICOHM). U AIM měříme výsledek po 30 dnech, jednom roce a výsledek revaskularizačního výkonu. U kardiokirurgie jsme začali používat Euroscore, standardizovanou metodologii měření výsledků. U náhrady kolenního či kyčelního kloubu sledujeme výsledek po jednom roce. Používáme metody měření z USA a Evropy. Nový způsob měření vždy začneme používat, naučíme se s ním pracovat, zlepšíme jej a pokračujeme dál.“

Všichni dotazovaní se shodují, že základním předpokladem užitečného manažerského reportingu je infrastruktura informační technologie. Jeho průkopníci se však nenechali odradit nedostatky počítačového vybavení, jakými byla nízká kompatibilita systémů nebo neúplně vyplněné elektronické záznamy. Někteří z nich přitom používají zastaralé systémy (např. společnost Fortis v Indii). „Neustále se potýkáme s problémy omezené dokumentace,“ říká Dr. Panigrahi. „Poradíme si však po svém, údaje získáváme jinak. Provádíme měření, abychom se zlepšili, abychom byli lepší než ostatní. Začali jsme měřit vše, co šlo, a když to bylo nutné, používali jsme papír. Neustále pokračujeme dál, kdykoli v literatuře narazíme na nové ukazatele velkého významu.“

Cesta k vysoké spolehlivosti

Nikdo ze špičkových řídících pracovníků, kteří poskytli rozhovor v rámci našeho průzkumu, si nebyl skutečně jistý, že jejich instituce dosáhla úrovně „vysoké spolehlivosti“, třebaže se jednalo o zástupce řady nejlepších zdravotnických organizací z celého světa. Cesta k vysoce spolehlivé organizaci se skládá ze čtyř fází.

Fáze spolehlivosti	Fáze 0	Fáze 1	Fáze 2	Fáze 3
Popis	Neomezená individuální autonomie pracovníků	Omezená individuální autonomie pracovníků	Omezená kolektivní autonomie pracovníků (týmy)	Týmy se silným povědomím o aktuální situaci
Úroveň spolehlivosti	$>10^{-1}$ (<80% bezchybnost)	$< 0^{-1}$	$<10^{-2}$	$<10^{-3}$
Dopady na péči	Rutinní zdravotní péče	Zodpovědný profesionalismus	Kolektivní profesionalismus	Péče s vysokou spolehlivostí
Rozsah spolehlivosti, ve které většina současných zdravotnických organizací provozuje svou činnost				

Fáze	0	V této úvodní fázi může být poskytována odborně vynikající péče. Není však systémově zajištěna pro všechny případy. Představenstvo nemá kontrolu nad kvalitou a neřídí klinické riziko. Výsledky nejsou jednotně měřeny a vykazovány a kvalita není ústředním motivem kultury organizace. Zodpovědnost za výsledky není jasně definovaná, jen část protokolů se skutečně soustředí na pacienta.
Fáze	1	V této fázi se nachází mnoho poskytovatelů zdravotní péče ve vyspělých zemích. Bezpečnost a vynikající klinické výsledky jsou spolu s rostoucím povědomím, že pokrok závisí na systému, a ne na jednotlivcích, na programu jednání organizace. Měření výsledků se provádí častěji, ale nepovažuje se za běžný standard. Pozornost věnovaná kvalitě se stává systematictější napříč zdravotnickou organizací. Existuje více zavedených pravidel a kontrolních dotazníků, které zlepšují výsledky práce a častěji se dodržují.
Fáze	2	Do fáze 2 dosud dospěly jen ty nejrozvinutější organizace. Hlavní výsledky a jejich klíčové faktory běžně měří a vykazují. Řízení výsledků probíhá v souladu se strategickými cíli v oblasti kvality. Kultura organizace netoleruje porušování nastavených pravidel, k případným pochybením se však staví bez obviňování jednotlivců tak, aby bylo možné se z nich poučit. Za léčebné postupy zodpovídají určení pracovníci a oddělení, která poskytují péči, mají vlastní cíle a sledují, jaký dopad má jejich výkon na celkové výsledky péče o pacienty.
Fáze	3	Jen některé organizace dosáhly úrovně „vysoké spolehlivosti“. Vysoký standard kvality a systematické předcházení pochybení se stávají základními principy fungování takových organizací. Ve zdravotnictví se tento přístup práce zpravidla může uplatnit jen ve vysoce rizikových prostředích, jako jsou operační sály, jednotky intenzivní péče a akutní příjem. Organizace se tak stávají „odolné“ vůči všem pochybením.

Vstup do druhé či třetí fáze je pro organizace skutečně náročným úkolem, avšak veřejnost si jej právem žádá. Úspěšné „ovládnutí kvality“ také napomáhá zlepšit finanční výkonnost organizace, jak jsme se již mnohokrát přesvědčili. Je užitečné si připomenout, že většina poskytovatelů zdravotní péče i odborníků do zdravotnictví vstoupila právě s cílem poskytovat péči nejvyšší kvality.

Řízení systému zdravotnictví: zajištění kvality

„Regulace je příliš důležitá na to, abychom ji nechali na regulatorních orgánech.“

Niall Dickson
Generální ředitel a lékař
General Medical Council
Velká Británie

V okamžiku, kdy plátcí zdravotní péče, pacienti, samotné státy a jejich regulatorní orgány volají po větším množství informací o poskytování péče a její kvalitě, hledají poskytovatelé spolehlivé a smysluplné způsoby měření. Řada nejlepších poskytovatelů péče si uvědomuje rozdílnost mezi interními mechanismy, které ženou zdravotnická zařízení kupředu za vynikajícími výsledky, a externími požadavky na měření a zajištění kvality, jež mnozí z nich považují za zbytečnou administrativu. Rozhodnou-li se poskytovatelé péče, že chtějí vybudovat vysoce spolehlivé pracoviště, může jim zvýšená pozornost zaměřená na výsledky péče pomoci sloučit tyto dva úkoly. Dojde tak ke snížení jejich komplexnosti a zvýšení transparentnosti celého systému. To v konečném výsledku prospěje všem stranám.

Jedinou výjimkou, kdy posun směrem k měření výsledků může narazit na své limity, je bezpečnost. Ačkoli měření jako takové bezpečnost zvyšuje, *měření úspěšnosti předcházení katastrofickým událostem*, jako je např. provedení operace na nesprávné straně těla, komplikace či chyby v podávání léků, nevede k úplné eliminaci rizika. Stejně jako v jiných odvětvích s vysokým rizikem chybování je osvědčenou cestou certifikace spolu s pečlivým dohledem a zapojením klinických pracovníků.

Nesoulad mezi interním a externím výkaznictvím

Mnozí vedoucí pracovníci, kteří na tomto dokumentu spolupracovali, vnímají nesoulad mezi tím, jak by jejich organizace měla být hodnocena a jak ve skutečnosti hodnocena je. Téměř všichni se obávají narůstajícího množství měřených parametrů a dat vykazovaných pro externí účely. Mnohé z těchto ukazatelů navíc považují za nerelevantní. Vedoucí pracovníci uznávají právo pacientů a plátců zdravotní péče znát důležité výsledky péče. Současně však podotýkají, že nekonečný hlad po informacích může ve skutečnosti průkaznost a zodpovědnost spíše brzdit než ji podpořit.

V tomto názoru se shodly různé zdravotnické organizace po celém světě. „Musíme vykazovat více než 300 parametrů, jejichž počet se každoročně stále zvyšuje,“ říká Mike Harper z Mayo kliniky. Myslí tím požadavky vycházející např. od regulatorních a akreditačních orgánů či od ministerstva zdravotnictví. „Spolupracujeme s nimi, regulatorní orgány a plátcí zdravotní péče však často své požadavky nijak nekoordinují a nesoustředí se na oblasti, které my považujeme za důležité. Sběr těchto dat nás stojí hodně úsilí a času.“ K tomu musíme započítat ještě dobu strávenou s inspektory přítomnými na pracovišti a dohledovými týmy, které analyzují předložená data, aby zjistili, zda organizace splňuje akreditační standardy a další předpisy.

David Rosser, výkonný lékařský ředitel University Hospitals Birmingham ve Velké Británii, takto komentoval práci, kterou musí vynaložit při vykazování stovek parametrů komisím klinické kvality, regulatorním orgánům, ústřední lékařské radě a lokálním řídicím orgánům: „Většinou měříme nesprávné parametry jako třeba úmrtnost nebo celkovou výkonnost nemocnice. Například celková úmrtnost je příliš zjednodušený parametr na to, aby popsal kvalitu péče v nemocnici.“

„Organizace, která zakládá parametry svého klinického měření více na nedostatečných interních administrativních údajích a externích regulatorních požadavcích než na průběžných a konečných ukazatelích výsledků klinické péče, souvisejících nákladech a na výsledcích jednotlivých specializovaných oblastí klinické péče, nedosáhne ve své snaze řídit poskytování klinické péče očekávaných úspěchů.“

Dr. Brent James
Ředitel kvality
Intermountain Healthcare
USA⁸

Pozornost upřená nesprávným směrem

Veřejné vyšetřování nemocnic Mid Staffordshire NHS Foundation Trust ve Velké Británii přineslo informace o alarmující nízké úrovni péče, která se v organizaci tolerovala řadu let. Závěr Francisovy zprávy uvádí, že kontroly a finanční zprávy o zdravotnickém systému zabraly mnoho úsilí a času stráveného na schůzích, avšak nepronikly k jádru problému. Podle Malcolma Lowe-Lauriho z KPMG v Austrálii a bývalého ředitele University Hospitals of Leicester ve Velké Británii byly „regulační orgány příliš vzdálené a pracovaly na příliš podrobné úrovni. Naprosto selhaly, ne proto, že by se nevěnovaly detailům, ale protože ztratily přehled, o tom co je vlastně důležité.“

⁸ James, B.C. and L.A. Savitz, (2011). Jak společnost Intermountain snížila náklady pomocí ucelené snahy o zlepšení kvality. (How Intermountain trimmed health care costs through robust quality improvement efforts.) *Health Affairs*, 30 (6), str. 1185–91.

Výsledky, na kterých záleží

Odborníci a vědci jsou zvyklí diskutovat o tzv. primárních výsledcích, jež jsou nejdůležitější u pacientů se specifickými či mnohočetnými chorobami.

Primární výsledky jsou vynikajícími vstupními parametry pro měření širších výsledků. Např. v péči o pacienty po cévní mozkové příhodě se za primární výsledek považuje zdravotní stav pacienta 90 dní od vzniku cévní mozkové příhody, tedy na pacientově cestě k zotavení. U pacientů s revmatoidní artritidou je pak nejdůležitějším intermediálním cílem zvládnutí aktivity onemocnění, neboť dobře předpovídá dlouhodobé výsledky. Aktivita onemocnění se měří pomocí skóre aktivity onemocnění, jež lze snadno získat položením několika otázek a jednoho rozboru krve.^{9, 10}

Měření důležitých parametrů

„Jedna nemocnice ve Velké Británii se zeptala odborníka na statistiku, jak nalézt klíčové ukazatele výkonnosti jednotlivých služeb, které poskytují. Odpověď byla zcela jiná, než údaje, které se běžně vykazují. Když mají představenstva a regulační orgány příliš úzký pohled na měřené parametry, může celá pomyslná palubní deska hlásit, že je vše v pořádku, i když už letadlo padá k zemi.“

Neil Thomas

Audit
KPMG ve Velké Británii

Podle dotázaných odborníků má v nejlepším případě smysl asi polovina informací, které musí vykazovat. Někteří se dokonce domnívali, že prakticky žádné z nich nejsou užitečné. Nejenže zvyšují náklady, ale někdy vedou k nesprávným závěrům a ohrožují motivaci zdravotníků, jak podotýká Mary Jo Haddad z torontské nemocnice SickKids. „Měření se věnujeme již dlouhou dobu. Často však státní orgány přicházejí s novými parametry, které pro nás nejsou vůbec relevantní. Například v Ontariu musíme vykazovat mnoho parametrů, které nejsou pro dětské nemocnice relevantní. Raději bych hlásila výsledky, které se týkají naší práce, ale ty nebudou brány v potaz. Aby měření přinesla změnu a zlepšení, musí nejprve dávat smysl. Měření nerelevantních parametrů naopak může ublížit tomu, co se snažíme dělat, neboť odrazuje personál a snižuje autoritu představenstva, o kterém si pak lidé myslí, že se oddává mikromanagementu. Nechtěné následky takto nesprávně formulovaných snah mohou být nedozírné.“

Dalším kritizovaným jevem je míra detailu mnoha měření, která vyžadují neuvěřitelně podrobné výkazy, audit a ověřování výsledků určitého léčebného postupu. Mnoho zdravotnických organizací cítí, že tyto údaje nepodávají obraz celkové hodnoty poskytované péče. Slovy M. J. Haddad: „Zaobíráme se příliš podrobnými parametry, ale měli bychom se raději soustředit na přiměřenou míru detailu. Přála bych si, aby regulační orgány požadovaly, abychom si sami stanovili klíčové ukazatele a cíle jejich dosahovaných parametrů. Následně bychom pak byli schopni tyto výsledky spolehlivě a průkazně zveřejňovat.“

„Aby měření přinesla skutečnou pozitivní změnu a zlepšení, musí nejprve dávat smysl.“

Mary Jo Haddad
Prezidentka a ředitelka
SickKids Hospital
Toronto

⁹ Lees, K.R. et al, (2013). Současné výsledné parametry ve výzkumu akutní cévní mozkové příhody: výběr primárních výsledných parametrů. (Contemporary outcome measures in acute stroke research: choice of primary outcome measure.) European Stroke Organization Outcomes Working Group. *Stroke*. 43(4), str. 1163–70.

¹⁰ Fransen, J. and P.L. van Riel, (2009). Výsledné parametry zánětlivých revmatických onemocnění. (Outcome measures in inflammatory rheumatic diseases.) *Arthritis*. 11, str. 244.

Zjednodušování a zvyšování hodnoty měření

Nejdůležitější parametry pro interní i externí použití popisují celkové dopady péče. Pro diabetika třeba není příliš důležitá hodnota HbA1c sama o sobě (intermediální výsledný parametr), důležitější pro něj je, aby dokázal žít kvalitním životem s minimem příznaků, exacerbací a dlouhodobých komplikací. Pro pacienty postižené cévní mozkovou příhodou nebo rakovinou je nejdůležitějším parametrem přežití co nejlepší zotavení a kvalita života.

Až budou nemocnice schopny spolehlivě měřit a předávat tyto parametry a prokázat zlepšení v čase, nebude nutné zveřejňovat informace o velkém množství dílčích procesů a intermediálních výsledků. Členové představenstev, pacienti, plátcí zdravotní péče, stát a další účastníci procesu zdravotní péče po celém světě se pravděpodobně nebudou zajímat o to, soustředí-li se léčebné postupy na zájmy pacienta, probíhají-li včas a jsou-li účinné. Bude je zajímat pouze to, zda poskytovatelé mají nejlepší možné výsledky.

Toto je zcela nový přístup. Nikoho proto nepřekvapí, že se zdravotnictví snaží definovat klíčové výsledné parametry a najít způsoby, jak je účinně měřit.

Ralf Kuhlen z německé sítě klinik Helios tvrdí: „Nejlépe by měla fungovat mezinárodně standardizovaná měření. Vedlo by to k vykazování srovnatelných ukazatelů, umožnilo srovnávat klinické výsledky a dosáhnout pokroku v medicíně.“ Vzhledem k tomu, že mezinárodní měření zatím neexistují, si společnost Helios vyvinula svou vlastní soustavu ukazatelů založených na administrativních údajích z nemocnic. Velký důraz přitom klade na nejdůležitější výsledky péče. Výsledky každé kliniky skupiny Helios jsou každoročně zveřejňovány.

„Nejlépe by měla fungovat mezinárodně standardizovaná měření. Vedlo by to k vykazování srovnatelných ukazatelů, umožnilo srovnávat klinické výsledky a dosáhnout pokroku v medicíně.“

Ralf Kuhlen
Lékařský ředitel
Helios Kliniken
Německo

Ještě nedávno se skutečné výsledky měřily jen zřídka

Nejčastěji se měří procesy. Takové měření je snazší a nevyžaduje zohledňování stupně rizika na konečné výsledky. Měření výsledků však vyžaduje sběr údajů od velkého počtu poskytovatelů zdravotní péče, kteří obvykle nejsou propojeni. Poskytovatelé zdravotní péče nemají obvykle přístup k údajům z jiných systémů. Ani klinické registry nesledují pacienty za hranicí dané profese. Plátcí zdravotní péče mívají k dispozici údaje, které překračují hranice jednotlivých organizací. Avšak až doposud tyto zdroje jen zřídka využívali pro komplexní hodnocení.

Externí orgány se zatím soustředí především na kvalitu péče, kterou poskytovatel poskytuje, a ne na kvalitu péče, kterou pacient obdrží. Toto je podstatně složitější, neboť péči obvykle poskytuje více než jedno zařízení.

„Měli bychom si konkurovat ve výsledcích, nikoliv v číslech.“

Dr. Panigrahi
Lékařský ředitel
Fortis Healthcare
Indie

V měření výsledků péče, např. v onkologii a kardio-vaskulární chirurgii, kdy standardizované výsledky měření sbírají a publikují mezinárodně koordinované klinické registry, jsme zaznamenali zjevný pokrok. Například v oblasti chronické a akutní kardio-vaskulární péče využívá nizozemská asociace zdravotních pojišťoven Dutch Health Insurers svou databázi všech plátců péče a ve spolupráci s předními odborníky určuje hlavní výsledné parametry onemocnění, jako je cévní mozková příhoda, akutní infarkt myokardu či Parkinsonova choroba. Spojením takovéto práce s výsledky, které si zaznamenali pacienti, je možné přesněji určit hlavní výsledné parametry včetně přínosu lékařských výkonů. V některých pokročilých případech dochází díky spolupráci předních Organizací zodpovědné péče (Accountable Care Organization, ACO), plátců a poskytovatelů zdravotní péče v USA ke vzniku administrativních databází s klinickými registry, které zvyšují důvěryhodnost měřených parametrů.

Tato opatření by měla poskytovatelům péče umožnit, aby se soustředili na parametry, na nichž nejvíce záleží, upírali vnitřní snahu o zlepšování tímto směrem a neplýtvali tolik časem, který tradičně zabíralo sledování nežádoucích parametrů. Tyto nové, jednodušší systémy výsledných parametrů by měly lépe zobrazovat úroveň kontroly kvality práce organizace.

Přináší lepší dodržování provozních postupů lepší výsledky péče?

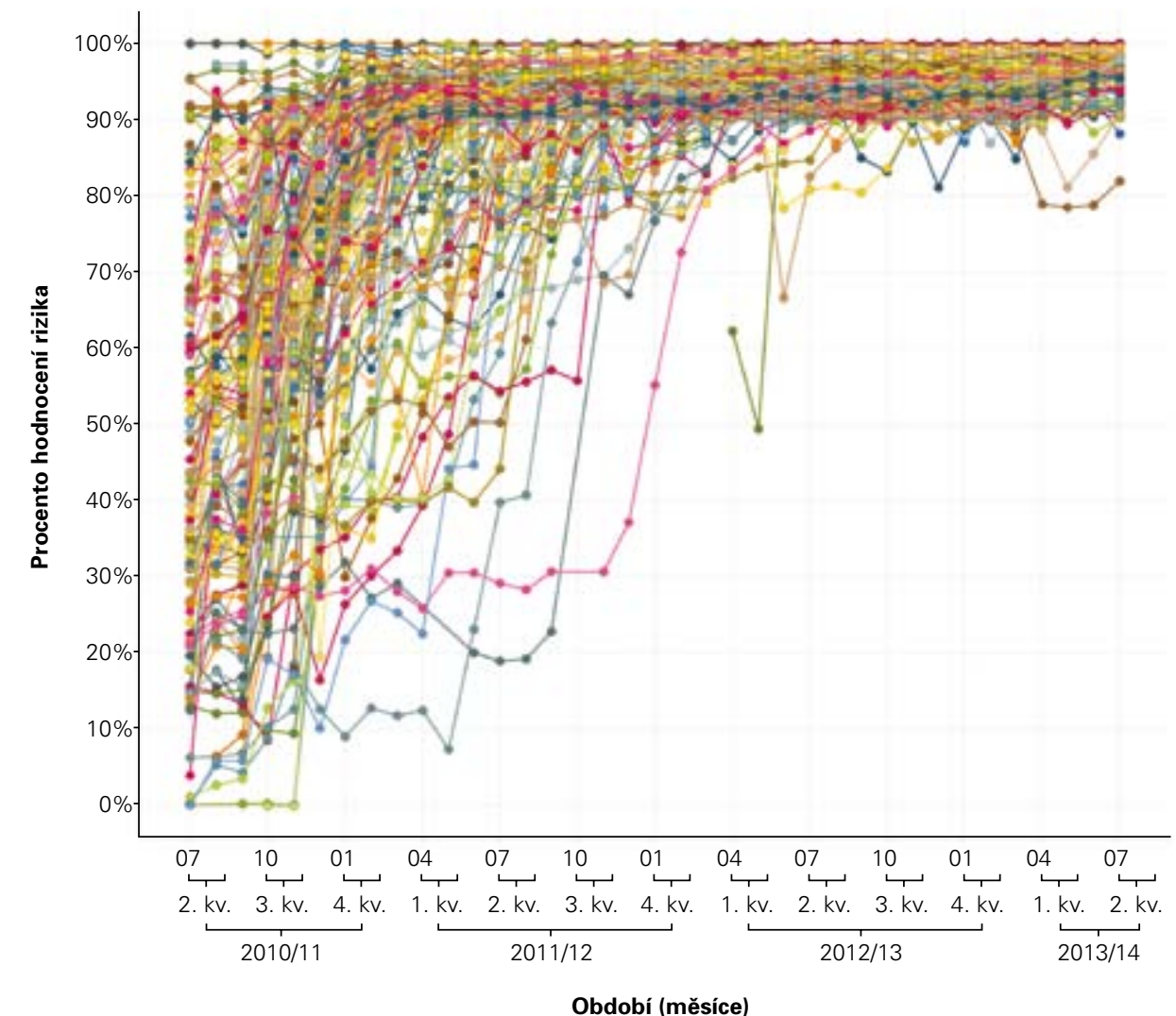
Národní zdravotní služba ve Velké Británii (NHS) zavedla nové postupy prevence a léčby hluboké žilní trombózy a plicní embolie. Jejich součástí bylo nařízení formálně hodnotit klinické riziko rozvoje hluboké žilní trombózy nebo plicní embolie u nejméně 90 procent všech pacientů přijatých do nemocnice. Toto opatření mělo formu nařízení a za jeho nedodržování hrozila finanční pokuta. K zavedení tohoto pravidla vedl předpoklad, že dojde-li k identifikaci pacientů, u nichž toto riziko existuje, budou podniknuty potřebné kroky a dojde ke snížení klinického rizika a zlepšení výsledků.

„Neptejte se, co můžete udělat pro sběr klinických údajů či jejich hodnocení, ale co klinické údaje a jejich hodnocení mohou udělat pro vás.“

Daniel Ray
Spoluzakladatel a ředitel
Oddělení výzkumu kvality a výsledků zdravotní péče
University Hospitals Birmingham
Velká Británie

Grafy ukazují, jak jednotlivé nemocnice plnily nařízení a kdy dosáhly požadovaného 90procentního plnění nařízení

Hodnocení klinického rizika flebotrombózy v Anglii – vývoj v čase



Graf plnění nařízení hodnocení rizika flebotrombózy a plicní embolie v nemocnicích v Anglii.

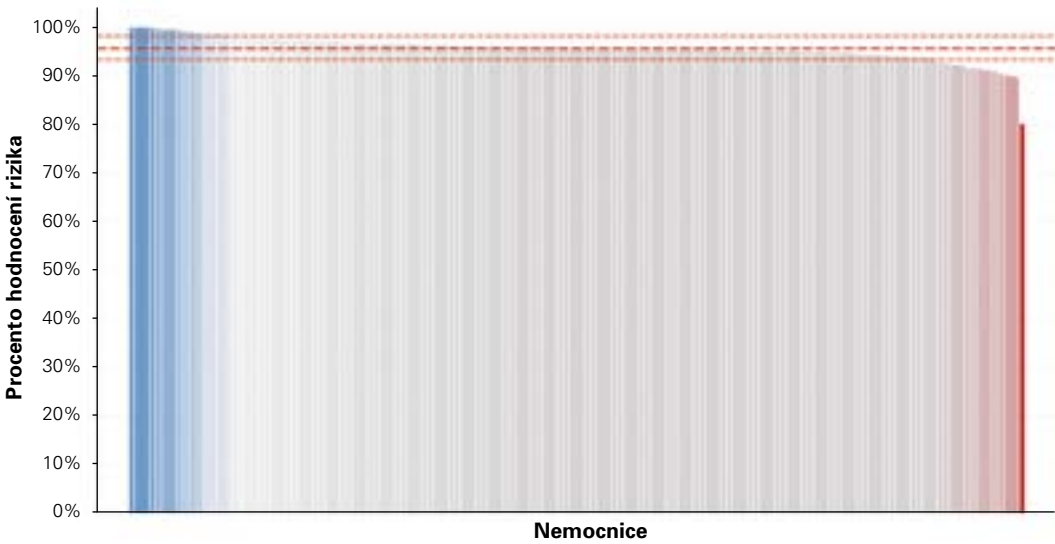
Závěr: Po zavedení nových cílových parametrů hodnocení rizika rozvoje flebotrombózy a plicní embolie v roce 2010 dosáhlo do dubna 2012 90procentního splnění až 96 procent nemocničních trustů.

Zdroj: Údaje hodnocení zdravotnictví (Healthcare Evaluation Data, HED) publikované Oddělením výzkumu kvality a výsledků zdravotní péče při University Hospitals Birmingham v r. 2013.

Dodržování nařízení hodnocení rizika rozvoje flebotrombózy a plicní embolie podle nemocnice

Graf zobrazuje dosažené procento dodržování nařízení hodnocení rizika rozvoje flebotrombózy a plicní embolie podle nemocnice od dubna 2013 do srpna 2013.

Závěr: Ve sledovaném časovém úseku dosahovalo 90procentního dodržování hodnocení rizika rozvoje flebotrombózy a plicní embolie 99 procent všech nemocnic v Anglii.



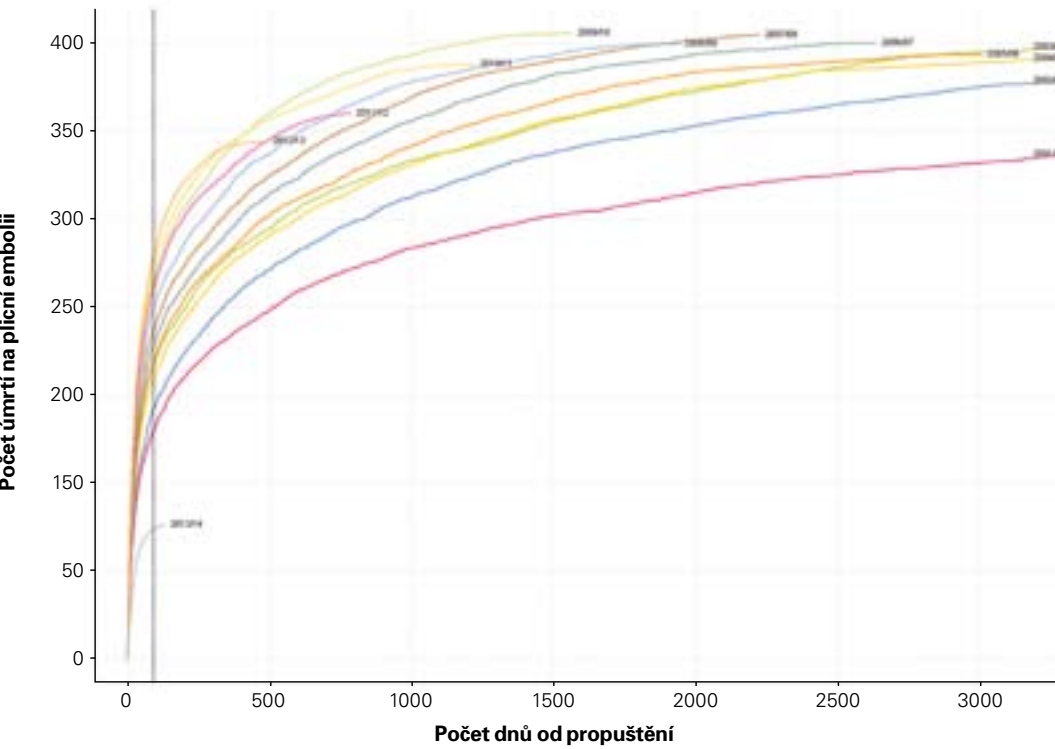
Zdroj: Údaje hodnocení zdravotnictví (Healthcare Evaluation Data, HED) publikované Oddělením výzkumu kvality a výsledků zdravotní péče při University Hospitals Birmingham v r. 2013.

Dostatečně spolehlivé způsoby srovnávání, jako například prostřednictvím mezinárodního benchmarkingu nemocnic provozovaného ve spolupráci KPMG a UHB, ukazují, že zlepšení provádění určitého opatření nevede vždy k výsledkům, o které zařízení usiluje. Příkladem může být to, že některé nemocnice, které poměrně rychle dosáhly cílové míry dodržování předepsaného nařízení, měly ve skutečnosti horší výsledky než v předchozích letech. Velmi důležitá je schopnost systému sledovat dlouhodobé výsledky péče o pacienty na úrovni jednotlivých diagnóz. Jedině takové sledování umožní systematické zlepšení klinických postupů. Benchmarking nemocnicím umožní také zjistit, zda jim náklady na zavedení určitého opatření přinesou např. výsledky vyššího přežití pacientů. Co je tedy vhodnější ke zveřejnění: jednotlivé parametry popisující léčebný postup, nebo jeho výsledky?

A co výsledky?

Graf udává počet úmrtí spojených s plicní embolií za jeden rok v letech 2001–2013

Závěr: Počet úmrtí spojených s plicní embolií od roku 2001 neustále stoupá. Více informací publikoval autor Lester W. a kol. v r. 2013. Smrtelné následky flebotrombózy a plicní embolie souvisejících s přijetím do nemocnice: kohortová studie vlivu nařízení celonárodního posuzování rizika. Heart BMJ (nejprve publikováno na internetu).



Zdroj: Údaje hodnocení zdravotnictví (Healthcare Evaluation Data, HED) vyvinuté Oddělením pro výzkum kvality a výsledků zdravotní péče při University Hospitals Birmingham v r. 2013.

Špatné měření svádí k podvádění

Před více než deseti lety byl vyvinut skórovací systém Standardizovaná mortalita nemocnice (Hospital Standardized Mortality Rate, HSMR), který se snaží zachytit kvalitu nemocnice v jednom čísle. Toto skóre zkoumá počet úmrtí v nemocnici v poměru k počtu předpokládaných úmrtí a bere v úvahu rizikovou skladbu pacientů. O platnosti tohoto skóre však panují stále větší pochybnosti, a to jednak vzhledem k rozdílům v kódování, které způsobují velké fluktuace skóre, a dále vzhledem k odlišné skladbě pacientů a způsobu péče v jednotlivých nemocnicích. I přesto se ale toto skóre ve Velké Británii často publikuje a nemocnice bývají kritizovány za jeho příliš vysoké hodnoty. Oprávněná nedůvěra může vést k tomu, že nemocnice „upravují“ své statistiky, aby dosáhly lepších vykazovaných hodnot.

Zajišťování spolehlivosti publikovaných dat

Mají-li účastníci procesu zdravotní péče být schopni reagovat na vykazované výsledky a také za ně platit, měly by být tyto výsledky veřejně dostupné, spolehlivé a správné. Stále ještě se však potýkáme se známým nedostatkem jednoznačných definic, ustálených pravidel pro tvorbu registrů a závazných norem vykazování. Údaje se často nesbírají standardním způsobem a nejsou odděleny úlohy sběru a vykazování shromážděných údajů. Systémy na zaznamenávání a reportování shromážděných údajů jsou často primitivní. V řadě případů postrádají základní kontrolní mechanismy, jakými jsou například podvojnost účetních záznamů ve finančních výkazech.

Z tohoto důvodu je většina publikovaných výsledků stále nespolehlivá. Toto platí zejména ve srovnání s informacemi o finanční výkonnosti zdravotních zařízení, která podléhají rozsáhlým interním i externím kontrolním mechanismům zaručujícím věrný a poctivý obraz, který finanční výkazy poskytují. Stále platí závěry dřívější studie KPMG v USA týkající se kvality zveřejňovaných údajů: „Zveřejňované informace o kvalitě péče nejsou konzistentní a dostatečně spolehlivé.“¹¹ Vzhledem k nedostatečnosti standardů registrace, způsobu zohlednění case-mixu podle složení pacientů, nakládání s vykazovanými s údaji, výpočtu a zveřejňování indikátorů a dále vzhledem k nepřítomnosti kontrolních mechanismů jsou jen málokteré zveřejněné údaje skutečně spolehlivé.

Ve snaze získat co nejvíce údajů se vládní orgány, plátcí zdravotní péče a regulační orgány jen málokdy zajímají o to, zda je možné se na publikované údaje spolehnout. Jsou známé případy, kdy se výsledky upravují, aby vypadaly lépe. Například v Nizozemí hlásily některé nemocnice veřejnosti nižší četnost opětovného výskytu rakoviny prsu, než předávaly klinickým registrům. K takovýmto jevům častěji dochází v případech, kdy odborníci a organizace zpochybňují relevantnost konkrétních hlášení.

Hlubší analýza a příklad toho, jak mohou vypadat základní sady výsledných parametrů, jsou k dispozici v publikaci KPMG *Měření hodnoty poskytované zdravotní péče (Measuring the Value of Healthcare Delivery)* na adrese kpmg.com/healthcare.

¹¹ KPMG v USA (2006). Cesta k zodpovědnosti (*Path to Accountability*).

Tři kroky k spolehlivému výkaznictví



Malcolm Lowe-Lauri z KPMG Austrálie podotýká, že největším problémem není účelové upravování údajů. „Daleko horší je špatná kvalita dat a nízká úroveň primárních záznamů. Tyto chyby totiž nejsou téměř vůbec postihovány.“

Ekkehard Schuler, ředitel řízení kvality klinik Helios souhlasí a dodává: „V Německu shromažďuje údaje o úmrtnosti vláda. Vzhledem k jejich neúplnosti však tyto údaje nikdo ve skutečnosti nepoužívá.“

Ve snaze čelit těmto problémům provádějí regulátoři vlastní, někdy neohlášené kontroly správnosti vykazovaných dat. V Nizozemsku vytvořili program Viditelná péče (vládní iniciativa podporující zveřejňování údajů o poskytovatelích zdravotní péče) systém červených, oranžových a zelených vlaječek, které signalizují správnost a spolehlivost prezentovaných údajů.

“ V Německu shromažďuje údaje o úmrtnosti vláda. Vzhledem k jejich neúplnosti však tyto údaje nikdo ve skutečnosti nepoužívá. ”

Ekkehard Schuler
Ředitel řízení kvality
Klinika Helios
Německo

Zabezpečování kvality v Národní zdravotní službě ve Velké Británii (NHS)

Od roku 2009 existuje ve Velké Británii povinnost, aby externí auditoři potvrdili, že konkrétní indikátory kvality jsou správné a že obsah „Zprávy o kvalitě“ poskytuje vyvážený pohled o výkonu daného poskytovatele zdravotní péče. Dobrá kvalita se vyznačuje těmito pěti vlastnostmi:

- **Řízení:** zaměřené na podporu kvality dat a zajištění spolehlivosti vykazovaných údajů
- **Prováděcí předpisy:** na podporu dobré správy informací, bezpečnosti a spolehlivosti dat
- **Systémy a procesy:** kvalitní informační systémy zajišťují kvalitu a poskytují varování v situacích, kdy vedení zdravotnických zařízení musí přijmout určitá opatření
- **Lidé a kvalifikace:** personál a členové představenstva musí mít dostatečné znalosti a zkušenosti, aby dostatečně rozuměli předkládaným údajům a dokázali v nich identifikovat případné chyby
- **Používání dat a reporting:** průkazný reporting zvyšuje kvalitu dat a míru zodpovědnosti organizace vůči veřejnosti.

Audit 32 zdravotnických organizací provedený společností KPMG ve Velké Británii v roce 2010 zjistil, že všechny organizace se potřebovaly zlepšit v každém z analyzovaných ukazatelů. Jediná oblast s dostatečným hodnocením bylo používání dat a výkaznictví – to však pouze v akutních nemocnicích. Hlavním faktorem, který zhoršoval kvalitu dat, byl způsob práce s údaji a informační systémy. Existovaly velké rozdíly ve vyspělosti a v rozsahu investic do informačních systémů a chyběly jednotné definice tam, kde jeden poskytovatel péče spravoval více organizací. Systémy se doslova prohýbaly pod tíhou měřených dat a parametrů a investice do patřičného personálu a systémů byly nedostatečné. I přesto se našly příklady dobré práce:

- Procesní mapy k zajištění spolehlivosti dat, sledující kvalitu napříč různými ukazateli, systémy a v čase
- Záruka správy dat jako součást běžných pracovních postupů. Tato záruka obsahuje klinické audity a provádění prověrek výkonnosti, s cílem identifikovat a zajistit klíčové informace pro rozhodování
- Platformy spojující klinické pracovníky, statistiky a IT specialisty, které zajišťovaly a zlepšovaly řízení a prezentaci dat o výsledcích péče.

Jak uvedl Neil Thomas z KPMG ve Velké Británii: „Tato zkušenost nám ukazuje, že spolupráce regulátora a auditora, kteří společně dokáží zlepšit uspořádání řídicích struktur v organizaci, je možná.“

Zdroj: zkušenosti KPMG ve Velké Británii ze zakázek pro své klienty (KPMG in the UK analysis of a collection of client engagements), 2010.

“ Tato zkušenost ukazuje, že spolupráce regulátora a auditora, kteří společně dokáží zlepšit uspořádání řídicích struktur v organizaci, je možná. ”

Neil Thomas
Partner
Audit
KPMG Velká Británie

Interní a externí auditoři jsou díky svým rozsáhlým zkušenostem s finančními výkazy často žádáni, aby posoudili přesnost a úplnost zveřejňovaných dat. Práci jim usnadňuje rychle narůstající množství dostupné literatury o vykazování výsledků kvality. Regulátoři v Kanadě, Velké Británii, Portugalsku, USA i jiných zemích vyžadují stále nové záruky kvality dat.

Ve Velké Británii musí například všechna národní zdravotnická zařízení (NHS) každoročně zveřejňovat *Zprávu o kvalitě*. Tato zpráva je předmětem nezávislého ověření. Ředitel zdravotnického zařízení musí k této Zprávě připojit své prohlášení o její správnosti a přesnosti. Aby vyhověli mezinárodním auditorským standardům, musí auditoři prověřovat nastavení informačních systémů, doslova procházet provozem, identifikovat a ověřovat dohledatelnost jednotlivých kroků v procesu zpracování Zprávy, ověřovat existenci řádných interních kontrol a testovat vzorky dat k ověření jejich přesnosti.

Neil Thomas z KPMG ve Velké Británii říká: „Klademe složité otázky, jako například co bylo předmětem reportingu, byly vykazány všechny stížnosti a případy poškození pacientů, bylo provedeno hloubkové vyšetřování důvodů, proč léčebné postupy nevedly k úspěšnému výsledku a podobně. Abychom na ně odpověděli, musíme se ponořit hluboko do předkládaných výkazů a samotných údajů o výsledcích péče.“

Pro uspokojení požadavků regulátora se musí představenstvo a interní auditoři zapojit do zpracování výkazů včas, aby byli schopni zajistit a kontrolovat, že reporting skutečně zobrazuje všechny aspekty práce zařízení ještě před jeho předáním externím auditorům. V USA je zajištění spolehlivosti dat o kvalitě předmětem veřejné diskuse. Podle Anthonyho Monaca, poradce KPMG v USA však „zatím neexistuje standardizovaný postup, ani jasná definice role externího auditu.“

Poskytovatelé zdravotní péče mají nelehký úkol vyvážit požadavky na spolehlivé údaje o kvalitě se zdroji, jež si splnění tohoto úkolu vyžaduje. Jednou z cest k vyšší efektivitě je soustředění se na ty výsledné parametry, které jsou nejdůležitější pro pacienty. Chytré využívání informačních technologií by mělo pomoci. Například certifikovaný software napomáhá tomu, aby bylo shromažďování údajů a publikování výsledků rychlejší, přesnější a spolehlivější a umožňuje kontrolu výpočetních metod, klasifikace a eliminace krajních hodnot ze statistik. Tímto způsobem může moderní výpočetní technika pomoci s druhým a třetím krokem spolehlivého hodnocení a vykazování kvality. Tímto se stává první krok, tedy zaznamenávání dat, klíčovou fází, kde spolehlivost hraje zásadní roli, a je možné, že se neobejdeme bez nutnosti ujištění o spolehlivosti.

Spolehlivé zaznamenávání dat?

Za nejkritičtější moment zabezpečení kvality dat můžeme označit jejich prvotní zaznamenávání. Základem všeho je, že zdravotník nebo správce dat spolehlivě zaznamená diagnózu, kód výkonu nebo jinou klinickou informaci. Zdravotníci a administrátoři mohou testovat spolehlivost řadou způsobů: hledáním neobvyklých statistických trendů, kontrolou vykazovaných přidružených chorob (nízký výskyt obvykle znamená nesprávné kódování), kontrolou průkaznosti, zajištěním odděleného provádění prvotního zaznamenávání a následného vykazování a porovnáváním vlastních údajů s informacemi získanými z jiných zdrojů. Tím, že organizace učiní z dostatečně spolehlivého zaznamenávání prioritou, zvýší pravděpodobnost, že budou mít k dispozici smysluplné údaje k tomu, aby činily správná rozhodnutí a zároveň vyhověly požadavkům regulátora.

Ověření vykazovaných hodnot kvality v případě platby za výkon (pay-for-performance)

Praktičtí lékaři ve Velké Británii používají nástroj BMJ Informatica Contract+, podle kterého se určuje, kolik bodů za dosaženou kvalitu péče získali. To ovlivňuje výši jejich platby za výkon. Systém signalizuje, kdy je třeba provést např. laboratorní vyšetření a podobně, a jak zlepšením kvality péče získávat další body. Systém registruje body, zaznamenává informace do elektronicky vedených chorobopisů, generuje interní výkazy výsledků (např. celkový počet bodů) a vydává doporučení, jak zvýšit skóre. Jediným stisknutím tlačítka se dosažené body odešlou do NHS, která je (téměř automaticky) přijímá.

Zajištění kvality předávaných údajů: certifikát „Smysluplné používání“ v USA

Program „Smysluplné používání“ podporuje přijetí elektronických chorobopisů v USA. Poskytovatelé zdravotní péče jsou finančně motivováni k smysluplnému používání elektronických chorobopisů. Sem patří udržování seznamu aktivních léků každého pacienta, zaznamenávání základních dat standardním způsobem, bezpečné uchovávání dat a výpočet měřených parametrů a jejich reporting. Software musí projít standardizovaným a částečně automatizovaným zátěžovým testem. Pokud projde, je takto certifikovaný software zanesen do národního registru, což vede k vyplacení motivační složky odměny. Takováto certifikace napomáhá zabezpečit spolehlivost konkrétního parametru kvality, neboť se vypočítávají a reportují předem definovaným způsobem.

(Příklad takového testu najdete na webové adrese: http://www.healthit.gov/sites/default/files/170.314c1-c3cqms_2014_tp_approvedv1.2.pdf)

„Přežití není nejlepším měřítkem kvality v chirurgii. Začínají se objevovat registry pacientů a informace o výsledcích péče, které poskytují pravdivý obraz skutečné kvality výkonu, který byl proveden.“

Dr. Cynthia Ambres,
Partner
KPMG v USA

Časopis *BMJ Outcomes*

Ve spolupráci se společností KPMG International připravuje *British Medical Journal* (BMJ) novou iniciativu na vytvoření časopisu pro publikování výsledků péče a místa jejich centrálního shromažďování. Cílem této iniciativy je podpora veřejné diskuse a konsolidace vědomostí v této oblasti. Ambicí BMJ je vytvoření mezinárodního fóra pro debatu a konsolidaci znalostí o tom, jak měřit nejdůležitější výsledky z hlediska pacientů, zdravotníků, poskytovatelů a plátců zdravotní péče i celé veřejnosti.

Doufáme, že *BMJ Outcomes* bude přispívat k rostoucímu množství poznatků a nejlepších příkladů práce s výsledky na úrovni jednotlivce, organizace, regionu, národa i na mezinárodní úrovni.

„Certifikace je nejspíš nejúčinnější způsob, jak ujistit veřejnost o bezpečnosti péče.“

Dr. Marc Berg
Partner
KPMG v USA

Zajištění bezpečnosti

Měření četnosti méně závažných „negativních“ výsledků (např. výskyt proleženin, pády v nemocnici, infekce, chyby v medikaci či opětovné přijetí do nemocnice) je možné a tvoří základ bezpečné a spolehlivé péče. Bohužel však existuje nekonečné množství situací, které mohou nastat, a podrobné vykazování o všech z nich by bylo finančně velmi náročné a neefektivní. Pro organizaci by představovalo další administrativní zátěž a asi by ani nebylo reálně možné.^{12,13,14} Proto asi nikoho nepřekvapí, že řada poskytovatelů zdravotní péče kritizuje veřejně dostupné statistiky.

Základním úkolem zajištění „bezpečnosti pacientů“ je předcházet vzácným katastrofálním pochybením, jako je operace na nesprávné straně těla, ponechání cizího předmětu v těle, závažné chyby v medikaci apod.¹⁵ Spolehlivé hlášení takovýchto případů je však statisticky nemožné. Bezpečnostní opatření by měla sloužit tomu, aby se riziko takovýchto pochybení co možná nejvíce snížilo, a pokud k nim dojde, organizace by měla rychle a rozhodně reagovat, chovat se k pacientovi a jeho rodině s respektem a předcházet další újmě na zdraví u tohoto i ostatních pacientů.

Řešením není ani publikování tzv. balíčků péče (neboli kolika pacientům se dostalo všech nezbytných kroků konkrétní léčby). I takový seznam by byl nepřiměřeně dlouhý. Interní měření dodržování nejdůležitějších pravidel pro nejdůležitější balíčky je však nutné. Veřejnost ani plátcí zdravotní péče nezajímají dlouhé seznamy případů, které se (téměř) nepodařily. Příliš velká pozornost zaměřená na tyto jevy navíc zdravotníky spíše demotivuje a poskytovatelům zdravotní péče odčerpává jak morální, tak skutečné zdroje, které mohly být lépe vynaloženy.

Certifikace je pravděpodobně nejúčinnější způsob, jak ujistit veřejnost, že zdravotní péče je bezpečná. Organizace jako US Joint Commission, Accreditation Canada, DNV a Australian Commission on Safety and Quality in Health Care představily v posledních letech své programy certifikace. Ne všechny z nich však zahrnují nejmodernější pohledy na minimalizaci rizika. V ideálním případě by se měla certifikace soustředit na otázky, jak daleko se organizace dostala na své cestě na úroveň „vysoce spolehlivé organizace“. Programy certifikace by se měly zaměřit především na to, zda organizace buduje správné struktury, spolehlivé interní procesy, a zejména kulturu kvality.

Ve snaze dosáhnout vysoké bezpečnosti ve své organizaci se musí vedoucí pracovníci snažit zajistit:

1. měření správných postupů a parametrů bezpečnostní výstupů poskytované péče, měření musí probíhat vždy na relevantní úrovni,
2. provázání těchto parametrů s jasně definovanou odpovědností za bezpečnost, a to jak u léčebných postupů jednotlivých pacientů, tak na centrálních pracovištích jako jsou jednotky intenzivní péče i konkrétních oddělení nemocnice,
3. kombinaci nulové tolerance nedodržování předpisů s otevřenou kolektivní diskusí o selhání postupů a o situacích, kdy téměř došlo k pochybení či skutečné újmě na zdraví pacienta,
4. zabezpečení postupů bránícím pochybení a jejich „vlastnictví“ příslušnými pracovníky s odpovídajícím zařazením.

¹² Berg, M. and E. Goorman, (1999). Kontextuální povaha lékařských informací (The Contextual Nature of Medical Information). *International Journal of Medical Informatics*. 56, str. 51–60.
¹³ Solberg, L.I., G. Mosser and S. McDonald, (1997). Tři tváře měření výkonnosti: zlepšení, odpovědnost a výzkum. (The three faces of performance measurement: improvement, accountability, and research.) *Joint Commission Journal on Quality Improvement* 23, str. 135–47.
¹⁴ Lilford, R.J. et al, (2010). Hodnocení nařízení a intervencí v péči: pokyny k výběru a interpretaci výsledků studií. (Evaluating policy and service interventions: framework to guide selection and interpretation of study end points.) *British Medical Journal*. 341, str. 4413.
¹⁵ Fakta o Postupu při řetězcí události. (*Facts about the Sentinel Event Policy*). The Joint Commission; 2009.

Závěr

Ve snaze zvládnout řízení kvality můžeme očekávat, že zdravotnické organizace na cestě za „vysokou spolehlivostí“ projdou různými etapami, kdy se snaha o vynikající výsledky a bezpečnost postupně stane systematickou a změní se v kulturu zaměřenou na kvalitu a bezpečnost.

Zodpovědnost za kvalitu přestane záviset na jednotlivcích a přesune se na celé týmy. Personál začne přijímat standardizované postupy a vymění individuální autonomii za autonomii kolektivní. To povede ke zlepšení výsledků a výraznému poklesu výskytu pochybení s následkem újmy na zdraví pacientů.

Můžeme očekávat, že dojde k výrazným změnám regulatorních požadavků a že poskytovatelé, plátcí zdravotní péče a vlády uznají, že je třeba spojit interní a externí měření a vykazování výsledků tak, aby byly zaměřeny na nejdůležitější aspekty péče o pacienty.

Postupně bude docházet k posílení mezinárodní standardizace ve vykazování výsledků kvality péče a doporučených postupů. Audit kvality se stane normou a přijme stejné standardy, jaké má audit finanční, což dodá regulatorním orgánům, pacientům a dalším účastníkům procesu důvěru, že publikované výkazy zobrazují skutečnou výkonnost organizace. Také certifikace se musí soustředit hlavně na bezpečnost péče a zajistit podstatně nižší četnost výskytu pochybení než doposud.

Cesta k vysoké spolehlivosti

Všechny organizace zahrnuté do tohoto průzkumu jsou na cestě k vysoké spolehlivosti. Tyto organizace již podnikly některé – nebo dokonce všechny – z následujících kroků:

- 01 Přijaly čtyři základní stavební kameny měření výsledků, zodpovědnosti, kultury kvality a standardizace postupů.
- 02 Měří výsledky, jež jsou důležité pro pacienty, a s nimi spojené postupy a intermediální výsledky.
- 03 Jednotlivcům přidělují zodpovědnost za klinické postupy a finanční výsledky definovaných postupů léčby.
- 04 Způsoby měření dávají do souladu s léčebnými postupy a vykazováním výsledků.
- 05 Vytváří kulturu kvality, která netoleruje sebeuspokojení, avšak je zároveň otevřená a spravedlivá a podporuje vynikající práci a společné vzdělávání.
- 06 Zapojují patřičné informační technologie do standardizace procesu poskytování péče a měření výsledků, avšak nepřijaly nedostatek v IT infrastruktuře jako omluvu za nečinnost.
- 07 V rámci externího výkaznictví se soustředí na důležité výsledky péče o pacienty spíše než na dílčí detaily postupů a protokolů.
- 08 Neustále hledají způsoby, jak spravedlivě zohlednit rizikovou skladbu pacientů v měřených výsledcích, aby bylo možné srovnání s vysokým stupněm vypovídací schopnosti.
- 09 Poskytují nezávislé ujištění o spolehlivosti měření kvality péče pomocí interního a externího auditu.
- 10 Přistoupily k certifikaci jako správnému způsobu namísto zveřejňování negativních dopadů.

Naše služby

Pomůžeme vám zajistit spolehlivé vykazování kvality poskytované péče

Dobré řízení klinické péče vyžaduje od vedení nemocnic, aby věnovalo přinejmenší stejnou pozornost jako otázkám finančním. Je nezbytné, aby výsledky v obou těchto oblastech byly publikovány stejně spolehlivým způsobem.

Nejlepší praxe v oboru vykazování kvality se skládá z pravidelně zveřejňovaných zpráv, které obsahují informace důležité pro všechny účastníky procesu:

- Dávají do souladu cíle a informace z perspektivy pacienta. Poskytovatelům a zdravotníkům umožňují zodpovídat se relevantním způsobem ze svých výsledků.
- Poskytují pravdivý a vyvážený pohled na všechny relevantní záležitosti týkající se kvality péče, což znamená, že do zprávy zařazují i informace o výskytu negativních jevů.
- Opírají se o relevantní údaje měřené standardním způsobem. Spolehlivost interních kontrol takových měření je srovnatelná se spolehlivostí interních kontrol při vykazování finančních informací.
- Jsou předmětem externího auditu a jejich spolehlivost je potvrzena zprávou auditora.

Ve zdravotnictví dosud neexistují mezinárodní standardy hodnocení a vykazování kvality. V některých zemích se používají všeobecně uznávané standardy ujištění o spolehlivosti nefinančních výkazů (např. zprávy o kvalitě), jakými jsou například externí audit a vykazování klinických dat.

O nás

Celosvětová síť poradenských společností KPMG zaměstnává 3200 odborníků s rozsáhlými zkušenostmi ze sektoru zdravotnictví. Tito profesionálové jsou připraveni vám ve spolupráci s našimi experty z globálního týmu (KPMG Healthcare Center of Excellence) pomoci s hodnocením vašeho procesu měření výsledků a řízení kvality, včetně procesů zaznamenávání, správy a vykazování dat o kvalitě jak pro interní, tak pro externí účely. Dokážeme také ověřit vaše klinické systémy a poskytnout ujištění o jejich úplnosti a spolehlivosti vykazovaných dat.

Pro více informací kontaktujte jednoho z partnerů uvedených na zadní straně této publikace, obraťte se na příslušného zástupce KPMG ve vaší zemi nebo nám napište na adresu healthcare@kpmg.com.

Naše díky patří

Týmu těchto autorů:



Dr. Cynthia Ambres, KPMG v USA

Dr. Cynthia Ambres má více než 30 let zkušeností z oblasti klinické medicíny a řízení zdravotnických zařízení. Vedla změnové projekty ve velkých zdravotnických zařízeních se zaměřením na strategii a zvýšení spokojenosti pacientů a ziskovost dané organizace. Dr. Ambres pracuje v KPMG v USA na pozici Advisory Principal a je členkou Global Center of Excellence for Healthcare.¹



Ed Giniat, KPMG v USA

Ed Giniat má 34leté zkušenosti z práce pro společnosti napříč zdravotnictvím. Pracoval na pozicích v oddělení auditu a poradenství pro klienty z řad poskytovatelů zdravotní péče, zdravotních pojišťoven a nadnárodních farmaceutických firem. Ed Giniat zastává pozici národního sektorového vedoucího pro oblast zdravotnictví a farmacie v KPMG v USA a dále vede americké veřejně-politické obchodní iniciativy pro tento sektor.



Dr. Marc Berg, KPMG v USA

Dr. Marc Berg již déle než deset let působí v poradenských pozicích v rámci služeb pro zdravotnictví. V rámci zadávání zakázek, nákupů a provozu (commissioning, purchasing and operations) přinesla jeho průkopnická činnost úspěchy v oblasti dosahování lepších výsledků při současných úsporách nákladů. Dr. Berg pracuje na pozici Principal a je také vedoucím strategických a transformačních služeb pro oblast zdravotnictví v KPMG v USA. V neposlední řadě je členem Global Center of Excellence for Healthcare.¹



Malcolm Lowe-Lauri, KPMG v Austrálii

Během 32 let své profesní kariéry v Národní zdravotní službě (NHS) vedl Malcolm Lowe-Lauri některé z největších poskytovatelů zdravotní péče ve Velké Británii a prosazoval nové modely poskytování zdravotní péče, díky nimž se dařilo posílit změny napříč organizací. Malcolm Lowe-Lauri je ředitelem poradenských služeb pro sektor zdravotnictví v KPMG ve Velké Británii a v Austrálii a zároveň je členem Global Center of Excellence for Healthcare.¹



Georgina Black, KPMG v Kanadě

Georgina Black má více než 20 let zkušeností z práce s klienty ve zdravotnictví, která se zaměřovala na zlepšení výkonnosti a řízení komplexních změn. Spolupracuje s vládami a poskytovateli zdravotní péče v oblasti výkonného řízení a vedení, strategie, fúzí a integrace. Georgina Black pracuje v KPMG v Kanadě na pozici Advisory Partner a vede národní divizi služeb pro zdravotnictví.



Marc Scher, KPMG v USA

Během 30 let své praxe ve zdravotnictví pracoval Marc Scher v roli poradce pro velké poskytovatele a plátce v oblasti strategie, rizik, financí a transformace. Marc Scher je Partnerem zodpovědným jak za globální auditní služby celosvětové sítě poradenských společností KPMG pro zdravotnictví, tak za auditní služby pro zdravotnictví KPMG v USA, dále působí ve funkci předsedy Asociace pro finanční řízení zdravotnického sektoru, výboru pro pravidla a praxi a je členem Global Center of Excellence for Healthcare.¹



Dr. Mark Britnell, KPMG ve Velké Británii

Dr. Mark Britnell je předsedou globálních služeb KPMG pro zdravotnictví a vede Global Center of Excellence for Healthcare.¹ V uplynulých 4 letech pracoval v 54 zemích světa, kde poskytoval poradenství poskytovatelům zdravotní péče, plátcům a vládám a spolupracoval s klinickými pracovníky, výkonnými představiteli a ministry. Před nástupem do KPMG ve Velké Británii pracoval 20 let v Národní zdravotní službě (NHS) ve Velké Británii na vedoucích pozicích na všech úrovních systému.



Dr. Hilary Thomas, KPMG ve Velké Británii

Jako vedoucí představitelka poradenských služeb v oblasti změny systémů zdravotnictví (Care system redesign) pomáhala Dr. Hilary Thomas při transformaci řady regionálních zdravotnických systémů v rámci Velké Británie a přenastavení způsobů péče u chronických pacientů formou implementace nových modelů, které kladou důraz na prevenci a podporu. Dr. Hilary Thomas je členkou Global Center of Excellence for Healthcare¹ a Partnerkou KPMG ve Velké Británii.



Nigel Edwards, KPMG ve Velké Británii

Nigel Edwards je globální autoritou pro oblast plánování politiky a strategie ve zdravotnictví a systémů poskytování zdravotní péče. Působil v řadě výborů a komisí, které zahrnovaly jak plátce zdravotního systému, tak poskytovatele zdravotní péče. Nigel Edwards je čestným hostujícím profesorem na londýnské Vysoké škole hygieny a tropické medicíny, ředitelem pro globální systémy zdravotní péče v KPMG ve Velké Británii a členem Global Center of Excellence for Healthcare.¹



Neil Thomas, KPMG ve Velké Británii

Neil Thomas má rozsáhlé zkušenosti ze zdravotnického sektoru i z jednání s regulátory a univerzitami. Zaměřuje se na audit pro veřejný sektor. Neil Thomas je Partnerem v oddělení Auditů v KPMG ve Velké Británii.

Paul Venhoeven, KPMG v Nizozemsku

Paul Barach, J Bara Innovation, nezávislý odborník na bezpečnost pacientů

Navštivte globální stránky KPMG služeb pro zdravotnictví (kpmg.com/healthcare). Věříme, že cenné informace k celé řadě témat, které zde najdete, přispějí ke globálnímu dialogu o zdravotnictví. Pokud preferujete tištěné publikace, zašlete nám e-mail na adresu healthcare@kpmg.com.



**Něco se naučit, něco předat druhým: Globální perspektivy v oblasti zdravotnictví
(Something to teach, Something to learn: Global perspectives on healthcare)**

Světové ekonomiky čelí v oblasti zdravotnictví výzvám v podobě rostoucích nákladů, rostoucí poptávky a očekávání pacientů. Aby mohly řešit tyto výzvy, budou se muset vážně zabývat systémovými reformami a novými strategiemi. Tato zpráva se zabývá těmito otázkami z celé řady úhlů a zkoumá přitom hlavní trendy v oboru, které mají dopad na plátce, poskytovatele služeb a regulátory.



**Éra nejistoty: vytvoření nové koncepce dlouhodobé péče ve 21. století
(An uncertain age: Remaining long term care in the 21st century)**

Světová populace stárne dosud nevídaným tempem a státy a zdravotnické systémy si prostě nemohou dovolit tuto skutečnost ignorovat. Zpráva KPMG, jejíž zpracování zadala nadace The Lien Foundation, přináší odborné komentáře a informace 46 vůdčích osobností působících v oblasti dlouhodobé péče ze 14 zemí a týká se současného stavu a budoucího dopadu na péči o starší občany.



**Prolomit zed: odstranění bariér pro provedení štíhlé transformace
(Breaking through the wall: Removing the barriers to Lean transformation)**

Rychlým úspěchem aplikace pravidel štíhlého řízení ve zdravotnictví byly sice užitečné, ale často roztržité výsledky, které vytvářely izolované ostrůvky zkvalitnění v rámci organizace z krátkodobého hlediska, ovšem dlouhodobý přínos se nedostavil. Tato zpráva přináší příklady nejlepší praxe z celého světa a ukazuje, jak řada nemocnic dosáhla pozoruhodného a trvalého pokroku v efektivitě a péči o pacienty díky úspěšné implementaci technik štíhlého řízení.



**Hodnoty na nohou: úspěšné návyky pro zlepšování motivace pracovníků a produktivity práce
(Value Walks: Successful habits for improving workforce motivation and productivity)**

Tato zpráva identifikuje pět klíčových návyků potřebných k efektivnímu řízení pracovníků díky provedení podstatných zlepšení v oblasti produktivity a kapacity.



Smluvní hodnota: posouvání paradigmat (Contracting Value: Shifting paradigms)

Zvýšení kvality služeb poskytovaných pacientům přispívá dle nové zprávy služeb pro zdravotnictví celosvětové sítě KPMG ke zlevnění – namísto zdražení – zdravotní péče. Naše analýza se zabývá prvotními příčinami nižší než optimální úrovně zdravotní péče na celém světě a identifikuje tři klíčové principy, které, pokud jsou posuzovány společně, představují jasnou cestu pro posílení hodnoty v rámci systémů zdravotní péče.



**Transformace zdravotní péče: od objemu k hodnotě
(Transforming Healthcare: From volume to value)**

Tato zpráva poskytuje náhled na budoucí modely pro systémy zdravotní péče, zdravotní pojištění a farmaceutické a biotechnologické firmy. Přináší jak zjištění, tak informace KPMG se zaměřením na plánování změn v příštích pěti letech, což je typický časový rámec pro plánování kapitálu a finanční prognózování.



Připojte se k naší skupině KPMG Healthcare na LinkedIn a zapojte se do diskuse.

Nová vize pro zdravotnictví

Ve zdravotnictví platí, že každý pacient vyžaduje individuální péči, avšak výzvy, kterým čelí zdravotnické systémy, si jsou často velmi podobné. V 155 zemích světa v rámci celosvětové sítě poradenských společností KPMG pomáháme klientům identifikovat jejich největší problémy a implementovat přístupy, které přispívají k transformaci zdravotních systémů.

Více informací naleznete
na našich stránkách
kpmg.cz/zdravotnictvi

Kontakty – služby pro zdravotnictví

Chairman
Global Health Practice
Mark Britnell
T: +44 20 7694 2014
E: mark.britnell@kpmg.co.uk

Africa
Sven Byl
T: +27 11 647 6713
E: sven.byl@kpmg.co.za

Angola
Fernando Mascarenhas
T: +244 227 280 102
E: femascarenhas@kpmg.com

Argentina
Mariano Sanchez
T: +5411 4316 5774
E: marianosanchez@kpmg.com.ar

Australia
Liz Forsyth
T: +61 2 9335 8233
E: lforsyth@kpmg.com.au

Austria
Johann Essl
T: +43 732 6938 2238
E: jessl@kpmg.at

Brazil
Marcos A. Boscolo
T: +55 11 2183-3128
E: mboscolo@kpmg.com.br

Bulgaria
Iva Todorova
T: +35 95 269 9650
E: itodorova@kpmg.com

Canada
Georgina Black
T: +1 416 777 3032
E: gblack@kpmg.ca

Central/Eastern Europe
Miroslaw Proppe
T: +48 604 496 390
E: mproppe@kpmg.pl

China
Norbert Meyring
T: +86 (21) 2212 2888
E: norbert.meyring@kpmg.co.cn

Denmark
Claus Hammer-Pedersen
T: +45 25 294 721
E: chammerpedersen@kpmg.dk

France
Benoit Pericard
T: +33 1 55 68 86 66
E: benoitpericard@kpmg.fr

Germany
Volker Penter
T: +49 30 2068 4740
E: vpenter@kpmg.com

Hungary
Andrea Nestor
T: +36 1 887 7479
E: anester@kpmg.hu

India
Amit Mookim
T: +91 22 3090 2141
E: amookim@kpmg.com

Indonesia
Tohana Widjaja
T: +62 21 574 2333
E: tohana.widjaja@kpmg.co.id

Ireland
Alan Hughes
T: +353 17004169
E: alan.hughes@kpmg.ie

Israel
Haggit Philo
T: +972 3 684 8000
E: hphilo@kpmg.com

Italy
Alberto De Negri
T: +39 02 67643606
E: adenegri@kpmg.it

Japan
Keiichi Ohwari
T: +81 3 5218 6451
E: keiichi.ohwari@jp.kpmg.com

Korea
Andy Kim
T: +82 2 2112 7960
E: andykim@kr.kpmg.com

Luxembourg
Patrick Wies
T: +352 22 51 51 6305
E: patrick.wies@kpmg.lu

Malaysia
Yeekeng Lee
T: +60 3 7721 3388
E: leeyk@kpmg.com.my

Mexico
Andrés Aldama Zúñiga
T: +01 55 5246 8589
E: aaldama@kpmg.com.mx

Netherlands
Erik-Jan Vlieger
T: +31 20 6564352
E: vlieger.erik-jan@kpmg.nl

New Zealand
Mike Bazett
T: +64 4 816 4801
E: mikebazett@kpmg.co.nz

Norway
Bente Brandvik
T: +47 406 39579
E: bente.brandvik@kpmg.no

Philippines
Emmanuel P. Bonoan
T: +63 2 885 7000
E: ebonoan@kpmg.com.ph

Portugal
Fernando Faria
T: +351210110108
E: ffaria@kpmg.com

Qatar and Bahrain
Tim Bentley
T: +974 44576444
E: tbentley@kpmg.com

Romania
Maria Elisei
T: +40 37 237 7800
E: melisei@kpmg.com

Russia
Victoria Samsonova
T: +74959374444
E: vsamsonova@kpmg.ru

Singapore
Wah Yeow Tan
T: +65 641 18338
E: wahyeowtan@kpmg.com.sg

Spain
Candido Perez Serrano
T: +34 914 513091
E: candidoperez@kpmg.es

Sweden
Annacari Astner Wimmerstedt
T: +46 8 7236120
E: annacari.astnerwimmerstedt@kpmg.se

Switzerland
Michael Herzog
T: +41 44 249 31 53
E: michaelherzog@kpmg.com

Taiwan
Eric K. J. Tsao
T: +88 628 101 6666
E: erictsao@kpmg.com.tw

Thailand
Alexandra Depoire
T: +6626772133
E: adepoire@kpmg.co.th

UK
Andrew Hine
T: +44 121 2323744
E: andrew.hine@kpmg.co.uk

US
Ed Giniat
T: +1 312 665 2073
E: eginiat@kpmg.com

Vietnam and Cambodia
Cong Ai Nguyen
T: +84 83 821 9266
E: acnguyen@kpmg.com.vn

Česká republika
František Dostálek
Partner
T: +420 222 123 139
E: fdostalek@kpmg.cz

Karla Voráčková
Senior Manager
T: +420 222 123 500
E: kvorackova@kpmg.cz

Lukáš Kettner
Manager
T: +420 222 123 193
E: lkettner@kpmg.cz

[kpmg.com/socialmedia](https://www.kpmg.com/socialmedia)



[kpmg.com/app](https://www.kpmg.com/app)



The information contained herein is of a general nature and is not intended to address the circumstances of any particular individual or entity. Although we endeavor to provide accurate and timely information, there can be no guarantee that such information is accurate as of the date it is received or that it will continue to be accurate in the future. No one should act on such information without appropriate professional advice after a thorough examination of the particular situation.

© 2014 KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. Member firms of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International. KPMG International provides no client services. No member firm has any authority to obligate or bind KPMG International or any other member firm vis-à-vis third parties, nor does KPMG International have any such authority to obligate or bind any member firm. All rights reserved.

The KPMG name, logo and "cutting through complexity" are registered trademarks or trademarks of KPMG International.

The views and opinions expressed herein are those of the interviewees and do not necessarily represent the views and opinions of KPMG International or any KPMG member firm.

Designed by Evalueserve. Publication name: The more I know, the less I sleep, Publication number: 130498