GRADA

Petra Šupšáková

Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb

manuál pro praxi

ACADEMY OF HEALTH CARE MANAGEMENT

GRADA®

Poděkování

Děkuji panu doc. Ing. Otakaru Smolíkovi, CSc., MBA,
který mne k napsání knihy inspiroval.

Děkuji Academy of Health Care Management v Čelákovicích,
jejíž jsem absolventem, a jmenovitě předsedovi správní rady
MUDr. Oldřichu Šubrtovi, CSc., MBA za finanční podporu mé knihy.

Petra Šupšáková

Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb

manuál pro praxi

ACADEMY OF HEALTH CARE MANAGEMENT

Grada Publishing

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy
Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována ani šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude ***trestně stíháno****.*

MUDr. Petra Šupšáková, MBA, LL.M.

ŘÍZENÍ RIZIK PŘI POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

manuál pro praxi

Recenzent:
MUDr. Michal Pelíšek

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2017
Cover Photo © allphoto, 2017

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, Praha 7
jako svou 6514. publikaci

Odpovědná redaktorka Mgr. Dita Váchová
Sazba a zlom Antonín Plicka
Počet stran 288
1. vydání, Praha 2017

Vytiskla Tiskárna PROTISK, s.r.o., České Budějovice

Publikace vznikla s podporou Academy of Health Care Management s.r.o.

Názvy produktů, firem apod. použité v této knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění ale nevyplývají pro autory ani pro nakladatelství žádné právní důsledky.

ISBN 978-80-271-9673-9 (ePub)
ISBN 978-80-271-9672-2 (pdf)
ISBN 978-80-271-0062-0 (print)

Obsah

Seznam použitých zkratek ..... **XI**

Seznam obrázků ..... **XIII**

Seznam tabulek ..... **XIV**

Předmluva ..... **XV**

Úvod ..... **XVII**

1 Úvod do řízení rizik **1**
1.1 Riziko – definice pojmu 1
1.2 Teorie vzniku rizik – Swiss Cheese Model 1
1.3 Fenomén černé labutě (The Black Swan) 4
1.4 Řízení rizik (risk management) – definice a význam pojmu ... 6
1.5 Cíle programu řízení rizik 7
1.6 Pětikrokový model řízení rizik v organizaci 8
1.6.1 Identifikace (definice) rizika a jeho analýza 9
1.6.2 Retrospektivní (reaktivní) detekce rizik – RCA metoda (Root Cause Analysis) 9
1.6.3 Proaktivní detekce rizik – FMEA metoda 13
1.6.4 Zkoumání a hodnocení (analýza) rizika 21
1.6.5 Ošetření rizika, zvládnutí rizika, registr rizik (karta rizik) 26
1.7 Registr rizik 28
1.7.1 Rizika v rámci poskytování zdravotní péče a jejich zvláštnosti 29
1.8 Oblasti rizik u poskytovatelů zdravotních služeb 32

2 Současný stav řízení kvality, bezpečí a monitorace rizik při poskytování zdravotní péče v České republice a jeho legislativní kontext (resortní bezpečnostní cíle) **33**
2.1 Legislativní východiska pro program zvyšování kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče 34
2.2 Resortní bezpečnostní cíle 37
2.3 Aktuální mezinárodní kontext – spolupráce s WHO 39

2.3.1 HPH projekt WHO (Health Promoting Hospitals – Nemocnice podporující zdraví) a jeho přínos pro řízení rizik 41
2.4 Aktuální mezinárodní kontext – spolupráce s OECD 43
2.5 Prevence rizik a současná legislativa 47
2.6 Právní předpisy se vztahem k výkonu lékařského povolání a poskytování zdravotních služeb – celkový přehled 50

3 Řízení rizik, Spojená akreditační komise a akreditační standardy 53
3.1 Spojená akreditační komise 54
3.1.1 Akreditační standardy SAK a implementace resortních bezpečnostních cílů – minimální legislativní požadavky 55
3.1.2 Další akreditační standardy SAK ve vztahu k rizikům poskytování léčebné a ošetřovatelské péče 57
3.1.3 Akreditační standardy ve vztahu k organizaci a provozu poskytovatele zdravotních služeb 63
3.1.4 Řízení rizik a akreditační standardy SAK 68
3.1.5 Bezpečnost informací a komunikace 69
3.1.6 Řízení lidských zdrojů 71
3.2 Prevence rizik a další společnosti provádějící v ČR akreditační či certifikační činnost 71
3.2.1 Prevence rizik a JCAHO – mezinárodní kontext řízení rizik 71
3.2.2 Prevence rizik, certifikace ISO 9001 a pomocné normy 75
3.2.3 Rizika a Český institut pro akreditaci 78
3.2.4 Rizika a Národní akreditační středisko pro klinické laboratoře 79

4 Příprava a rozvoj programu řízení rizik v organizaci 81
4.1 Historický kontext risk managementu 81
4.2 Základní principy implementace řízení rizik 82

5 Metodologie a organizace řízení rizik v praxi 85
5.1 Organizační (firemní) kultura poskytovatele zdravotních služeb a řízení rizik 85

5.2 Detekce rizik v praxi – základní způsoby a prostředky 86
5.2.1 Reaktivní/retrospektivní metody 86
5.2.2 Proaktivní detekce rizik – „risk assessment“ 87
5.2.3 Kombinace obou přístupů – retroaktivního a proaktivního (Ishikawův diagram) 88
5.2.4 Řízení rizik na úrovni jedince 90
5.3 Řízení rizik a jeho možné začlenění do organizační struktury 95

6 Bezpečné poskytování zdravotní péče a řízení rizik 99
6.1 Bezpečí pacientů – priorita poskytování zdravotní péče 99
6.2 Nežádoucí (dříve „mimořádné“) události – „adverse events“ 100
6.3 Historie systému sledování nežádoucích událostí – přehled 102
6.4 Druh nežádoucí události 104

7 Riziko řízení a provádění změny 111
7.1 Kotterova osmikroková teorie řízení změny 112
7.1.1 Vyvolání vědomí naléhavosti uskutečnit změny . 115
7.1.2 Sestavení koalice prosazující změny 116
7.1.3 Vytvoření vize a strategie 117
7.1.4 Komunikace transformační vize 118
7.1.5 Posílení pravomocí zaměstnanců v širokém měřítku – delegování 119
7.1.6 Vytváření krátkodobých vítězství 120
7.1.7 Využití výsledků a podpora dalších změn 120
7.1.8 Zakotvení nových přístupů do podnikové kultury 121
7.2 Lewinova teorie řízení změny 121
7.2.1 První krok – rozmražení 121
7.2.2 Druhý krok – pohyb 122
7.2.3 Třetí krok – znovuzamražení 122
7.3 Reakce na změnu 123
7.3.1 Model Kübler-Rossové 123
7.3.2 Pilotní projekt 127
7.3.3 Kotterovi „Neneové“ a jejich rizika 128

8 Rizika personální práce 135

8.1 Řízení lidských zdrojů, prevence rizik a akreditační standardy SAK ... 135
8.2 Česká lékařská komora a její úloha v prevenci personálních rizik ... 137
8.3 Kontinuální vzdělávání zdravotníků – úloha České lékařské komory ... 139
8.3.1 Kontinuální vzdělávání zdravotníků v právní problematice ... 143
8.3.2 Licenční činnost České lékařské komory ... 144
8.4 Institut postgraduálního vzdělávání ... 145
8.5 Vzdělávání nelékařských pracovníků ... 146
8.6 Personální individuální rizika – psychologický aspekt ... 147
8.6.1 Pracovní podmínky ... 148
8.7 Bezpečnost práce ... 149
8.8 Zvládání stresu na pracovišti ... 151
8.9 Kritické jevy v řízení lidských zdrojů ... 153
8.9.1 Syndrom vyhoření ... 154
8.9.2 Šikana na pracovišti ... 156

9 Vztahy s veřejností a rizika mediální komunikace ... 159
9.1 Vztahy s médii ... 160
9.1.1 Prevence komunikační krize ... 162
9.1.2 Krizová komunikace ... 162

10 Management stížností, jejich monitorace a vyhodnocování změn, riziko soudních sporů, právní rizika, smluvní rizika ... 165
10.1 Monitorace stížností a jejich klasifikace ... 167
10.2 Soudní spory a rizika ... 167
10.2.1 Znalecká činnost ve zdravotnictví ... 168
10.3 Právní riziko ... 169
10.3.1 Druhy právní odpovědnosti poskytovatelů zdravotních služeb ... 170
10.3.2 Pracovněprávní rizika ... 171
10.4 Smluvní riziko ... 174
10.4.1 Kvalitní smluvní vztah – zásadní pravidla kontraktace ... 174

11 Finanční riziko ... 177
11.1 Úhradová vyhláška – legislativní základ pro poskytování a hrazení zdravotních služeb ... 178

11.2 Rizika plánování objemu poskytované zdravotní péče, modelace úhrad ... 180
11.3 Správné vykazování zdravotní péče – riziko účelového vykazování ve vztahu k aktuální legislativě ... 182

12 Řízení rizik a bezpečnost informačních technologií ... 189
12.1 Definice a bezpečnost nemocničního informačního systému ... 189
12.2 Zásady bezpečnostní politiky v rámci IT ... 190
12.3 Klíčové kroky k zajištění bezpečnosti IS a ochrany dat v organizaci v praxi ... 191
12.4 PACS – zobrazovací metody a riziko ztráty konektivity ... 194
12.5 Nastupující trend v legislativní opoře bezpečnosti informací ... 197
12.6 Rizika při řízení bezpečnosti informací a bezpečnostní politika pro ochranu informací a dat ... 199
12.7 Bezpečnostní kybernetický incident, kybernetická bezpečnostní událost, nežádoucí události a reaktivní opatření ... 202
12.7.1 Ochrana osobních údajů ... 204
12.7.2 Elektronická zdravotnická dokumentace ... 206

13 Specifické oblasti řízení rizik a jejich prevence v rámci poskytování zdravotních služeb v odrazu současné legislativy ... 209
13.1 Traumatologický plán ... 209
13.2 Bezpečnost práce a pracovního prostředí, ochrana zaměstnanců a řízení rizik ve vztahu k platné legislativě ... 210
13.3 Požární ochrana ... 213
13.4 Stravovací provoz a rizika ... 213
13.5 Nakládání s nebezpečným odpadem – odpadové hospodářství ... 215
13.6 Ochrana majetku a budov ... 217

14 Řízení rizik a řízení kvality – vzájemný vztah a překrývající se funkce ... 221
14.1 Prolínající se funkce řízení kvality a rizik ... 221
14.2 Komplexní přístup k řízení rizik ... 223

Závěr ... 225

Seznam použitých pramenů 229
Příloha č. 1: Základní legislativní zdravotnické předpisy Oblast poskytování zdravotních služeb 237
Příloha č. 2: Základní zdravotnické předpisy vztažené k výkonu povolání 240
Příloha č. 3: Kontrolní seznam – bezpečí chirurgického výkonu 246
Příloha č. 4: Základní předpisy vztažené k stravovacímu provozu 247
Příloha č. 5: Základní výběr zákonných předpisů pro nakládání s odpady ve zdravotnictví 248

Rejstřík 251

Souhrn 257

Summary 259

Seznam použitých zkratek

ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
BOZP	bezpečnost a ochrana zdraví při práci
CME	Continual Medical Education (kontinuální medicínské vzdělávání)
CT	Computing Tomography (počítačová tomografie)
ČIA	Český institut pro akreditaci
ČR	Česká republika
ČSAZ	Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví s.r.o.
DM	*diabetes mellitus* (úplavice cukrová, cukrovka)
DRG	Diagnosis Related Groups (skupiny vztažené k diagnózám)
EBM	Evidence Based Medicine (medicína založená na důkazech)
EU	Evropská unie
FMEA	Failure Mode and Effect Analysis (analýza modelace vzniku a následku pochybení)
GMC	General Medical Council (Všeobecná lékařská rada ve Spojeném království Velké Británie a Severního Irska)
HAI	Hospital Acquired Infection (dříve nozokomiální nákazy, nyní infekce související s hospitalizací)
HPH	Health Promoting Hospital (Nemocnice podporující zdraví)
ICPS	International Classification for Patient Safety (mezinárodní klasifikace pro bezpečí pacientů)
ISQuA	International Society for Quality Assurance (Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví)
ISO	International Organization for Standardization (Mezinárodní společnost pro standardizaci)
ISU/MISU	individuálně sjednané úhrady / malé individuálně sjednané úhrady
IT/ICT	informační technologie / informační výpočetní technologie
JCAHO/JCI	Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization / Joint Commission International (komise pro akdreditaci zdravotnických zařízení / mezinárodní akreditační systém)
KaB	kvalita a bezpečí
KS/KV	kardiostimulátory/kardiovertery
KZK	kontinuální zvyšování kvality
LF	lékařská fakulta
MIS	manažerský informační systém
MMG	mamografie
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí

MNP	mimořádně nákladní pacienti
MZ	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NASKL	Národní akreditační středisko pro laboratoře
NASA	National Aeronautics and Space Administration (Úřad pro astronautiku a vesmír)
NHSCS/NHS	National Health and Social Care System / National Health Service (Národní zdravotní a sociální služba / Národní zdravotní služba)
NICE	National Institute for Health and Care Excellence (Národní institut pro zdraví a klinickou excelenci)
NIS/IS	nemocniční informační systém / informační systém
NN	nozokomiální nákazy (dřívější označení infekcí souvisejících s hospitalizací)
NRC	Národní referenční centrum
NSHNU	Národní systém hlášení nežádoucích událostí
NÚ	nežádoucí událost
NZIS	Národní zdravotnický informační systém
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development (Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj)
OKA	oční katarakta (operace)
ORL	otorinolaryngologie
PACS	Picture Archiving and Communication System (systém přenášející a archivující obraz)
PPP	problémy při poskytování zdravotní péče
PR	Public Relation
PZS	poskytovatel zdravotních služeb
RDG	radiodiagnostika
RBC	resortní bezpečnostní cíl
RCA	Root Cause Analysis (kořenová analýza)
SAK	Spojená akreditační komise
TEP	totální endoprotézy
TQM	Total Quality Management (komplexní řízení kvality)
USA/US	Spojené státy americké / Spojené státy
VAFCS	Veterans Affairs National Centre for Patient Safety (Národní centrum záležitostí veteránů pro bezpečnost pacientů)
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WHO/SZO	World Health Organization / Světová zdravotnická organizace
ZS	zvláštní smlouva (o úhradě)
ZZ	zdravotnické zařízení

Seznam obrázků

Obr. 1.1 Model švýcarského sýra 2
Obr. 1.2 Řízení rizik v pěti krocích 8
Obr. 1.3 Klasifikace rizik u poskytovatelů zdravotních služeb 32
Obr. 5.1 Hodnocení rizika proaktivní metodou – zpracováno podle National Patient Safety Agency 87
Obr. 5.2 Ishikawův diagram 88
Obr. 5.3 Riziko záměny pacienta 89
Obr. 5.4 Riziko záměny pacienta při podávání léčiv 90
Obr. 5.5 Millerův trojúhelník – hodnocení klinických dovedností a kompetence 91
Obr. 5.6 Lidské chyby – model. Adaptováno podle WHO Patient Safety Curriculum Guide 92
Obr. 7.1 Schéma motivující vize 118
Obr. 7.2 Kübler-Rossové model přizpůsobení se změně 125
Obr. 7.3 Procházení změnou – modifikace modelu Kübler-Rossové 126
Obr. 8.1 Maslowova pyramida lidských potřeb 152
Obr. 8.2 Stadia stresu podle Hroníka 155
Obr. 12.1 Parkerův hexagon 191

Seznam tabulek

Tab. 1.1 Detaily vyšetřovacího postupu ... 11
Tab. 1.2 Hodnocení míry a následků rizika podle Australské rady pro standardy zdravotní péče ... 22
Tab. 1.3 Hodnocení dopadů rizik ... 23
Tab. 1.4 Pravděpodobnost výskytu rizika – zpracováno podle Australské rady pro standardy zdravotní péče ... 24
Tab. 1.5 Hodnocení hrozeb ... 24
Tab. 1.6 Matice rizik – zpracováno podle Australské rady pro standardy zdravotní péče ... 25
Tab. 1.7 Hodnocení míry rizika ... 25
Tab. 1.8 Zařazení rizika – vlastní zpracování podle Australské rady pro standardy zdravotní péče ... 28
Tab. 2.1 Minimální požadavky na interní systém hodnocení kvality a bezpečí podle vyhlášky MZ č. 102/2012 Sb. k datu 22. 1. 2016 ... 36
Tab. 2.2 Vztah základních zdravotnických zákonů k řízení rizik ... 47
Tab. 2.3 Přehled základních zdravotnických vyhlášek a jejich vztah k řízení rizik ... 49
Tab. 3.1 Resortní bezpečnostní cíle a jejich vztah k řízení rizik ... 55
Tab. 5.1 Příklad schématu organizační struktury řízení kvality a začlenění řízení rizik ... 96
Tab. 6.1 Kategorie nežádoucích událostí – Věstník MZ, částka 8/2012 ... 106
Tab. 6.2 Příklady nežádoucích událostí hlášených v USA a Austrálii ... 110
Tab. 7.1 Srovnání skeptika a Nenea ... 130
Tab. 7.2 Srovnání skeptika a Nenea ve vnímání naléhavosti ... 131
Tab. 11.1 Přehled typů úhrad zdravotní péče zdravotními pojišťovnami podle úhradových vyhlášek v letech 2007–2013 ... 179
Tab. 14.1 Vzájemný vztah a překrývající se funkce řízení kvality a řízení rizik – vlastní zpracování podle Australské rady pro standardy zdravotní péče ... 222

Předmluva

Svět české medicíny se již 20 let točí okolo čím dál nespravedlivějšího financování, čím dál absurdnějších zásahů do postgraduálního vzdělávání zdravotníků a čím dál hlubší byrokratizace akreditačního procesu. Tedy, jak rádi všichni říkáme, nemáme dobrý systém. Na druhou stranu si uvědomujeme – nejen my zdravotníci, ale podle průzkumů veřejného mínění celá společnost –, že české zdravotnictví je na dobré úrovni, že za těch 1000 eur na osobu ve veřejném zdravotnictví naděláme ve srovnání se světem docela „hodně muziky". To, že podstatná část zdravotnických zařízení má v současné době akreditaci kvality a bezpečnosti, považujeme za úlitbu moderním trendům, všichni přece zvyšují kvalitu. Zapomínáme však na kořeny těchto procesů v mezinárodním měřítku. Mezinárodní spojená akreditační komise (JCI) vychází v mnoha doporučeních z příkladů v leteckém provozu, v obou případech jde totiž o život. Jen si nechceme přiznat, že v medicíně nejde jen o záchranu života a zlepšení zdravotního stavu, ale také jde o život při setkání s námi, zrovna tak jako v leteckém provozu nejde jen o rychlé a pokud možno pohodlné cestování, ale rovněž o nebezpečí tragédie.

Corpus Hippocraticum, soubor téměř šedesáti lékařských spisů starověkého Řecka, považujeme za historický a filozofický základ medicíny severozápadního světa. Neznáme všechny autory, kterých je zatím identifikováno devatenáct. Texty vznikly na ostrově Kós a byly uloženy ve 3. století před naším letopočtem v Alexandrijské knihovně, velká část se nedochovala. Na přelomu 5. a 4. století vznikla i jedna z částí – kniha *Epidemicus*, ve které stojí, že lékař musí mít dva základní přístupy k nemoci: dělat dobro a neškodit. Autora věty *primum non nocere* (především neškodit) přímo neznáme, ale tento základní postulát je pravděpodobně důležitější nyní než kdykoli dříve. Jde o základní pravidlo bioetiky, která v moderních léčebných postupech nachází mnoho příkladů a nebezpečí pro porušení této základní lékařské pravdy.

Nové zdravotnické zákony, pravidla akreditačních standardů, sílící byrokracie (překvapivě rostoucí s rozvojem informačních technologií) a formalismus, do kterého ve střední Evropě tak snadno upadáme, vedou ke stavu, kdy opouštíme přirozená pravidla ochrany před nebezpečím a zavádíme postupy, jež mají s bezpečností jen málo společného. Kniha, která má být pomocníkem k identifikaci nebezpečí hrozících v moderním zdravotnictví, je zásadní už svým názvem. Nakolik jiný smysl dává pojmenování téhož – zvyšování kvality a bezpečnosti proti *risk management*. Souvisí to jistě s několika

lety klinické práce autorky v Británii. *Risk management* je přirozený název v anglosaském letectví i medicíně. Prostě nebezpečí ze setkání se zdravotníky a zdravotnictvím existuje, to znamená, že konkrétní rizika je nutné pojmenovat a potom je „řídit". Vždy budou nějaká existovat, ale cílem je udržet je na uzdě a nedovolit jim, aby uškodila. Nejde samozřejmě jen o rizika samotného diagnostického a léčebného procesu, ale jak autorka knihy správně uvádí, také o rizika práce řídících pracovníků. Nejen lékař, ale i manažer má svůj „hřbitov", kdy jeho rozhodnutí rizika nejen neeliminovala, ale některým dokonce dala vzniknout. Taková rizika mohou vznikat i bezděčně, a to nejen při zavádění nových postupů, ale i při aplikaci informačních technologií či vlivem metodiky financování zdravotnictví. Jak autorka v poslední kapitole přesně vystihuje, vedoucí pracovníci na jakýchkoli úrovních si často nechtějí připustit, že základními nástroji jejich práce nejsou jen – použijeme-li dnes moderní, z angličtiny převzaté termíny – strategie, *leadership*, TQM, ale i *risk management*. Prostě základní, 2500 let starý postulát *primum nihil nocere* bez vyhledávání a prevence možných rizik nelze dodržovat.

MUDr. Oldřich Šubrt, CSc., MBA
předseda Správní rady
Academy of Healthcare Management

Úvod

V současné době je jak ve zdravotnické veřejnosti, tak i ze strany Ministerstva zdravotnictví České republiky (MZ) věnována zvýšená pozornost kvalitě a bezpečí poskytování zdravotní péče. Programy zvyšování kvality jsou u poskytovatelů zdravotních služeb realizovány po zavedení reformních zdravotnických zákonů, tj. od roku 2012, minimálně na legislativním podkladě, a to prostřednictvím adherence k aktuální legislativní normě – vyhlášce č. 102/2011 Sb. – a plněním *Minimálních požadavků pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb*, uveřejněných ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví, částka 5, vydaném 29. června 2012.

K implementaci legislativních požadavků na řízení kvality a bezpečí při poskytování zdravotních služeb dochází především v kontextu celoevropských aktivit v reakci na závažné skutečnosti:

„Zahraniční studie, které probíhají od konce osmdesátých let minulého století, ukazují, že u přibližně 10 % hospitalizací dochází k poškození pacientů. Studie Institute of Medicine v USA odhaduje, že ročně ve Spojených státech umírá 44–98 tisíc hospitalizovaných pouze v důsledku pochybení zdravotníků, což je více úmrtí, než kolik jich nastane v důsledku dopravních nehod, AIDS či karcinomu prsu. Podobné výsledky přinesly studie provedené v rámci EU – britské ministerstvo zdravotnictví odhaduje, že ročně v zemi dochází k cca 850 tisícům nežádoucích událostí vedoucích k poškození pacientů a k podobným výsledkům došly i studie provedené ve Španělsku, Francii a Dánsku.“[1]

Za jeden z klíčových počinů ve smyslu řízení rizik, kvality a bezpečí zdravotní péče považuje Ministerstvo zdravotnictví především systém hlášení tzv. nežádoucích událostí, který byl realizován jako pilotní projekt 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v letech 2009–2010 a v současnosti jej převzal jako systém dobrovolného hlášení Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Úlohu státu v procesu řízení kvality a rizik zdravotní péče vidí Ministerstvo zdravotnictví následovně:

„Úloha státu spočívá především v nastavení legislativních parametrů, pravidel dozoru, metodického vedení, zajištění dostupnosti informací a edukace pacientů, zdravotnických i nezdravotnických pracovníků. Prostředí musí být

---

[1] Cesta ke kvalitnějšímu a bezpečnějšímu zdravotnictví. VLADA.CZ [online]. In: *Vláda ČR © 2009–2015*.