



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

Úřad vlády České republiky



Komparativní analýza

zahraničních modelů zajištění
kvality adiktologických služeb
a výběr prvků využitelných v prostředí ČR

Komparativní analýza zahraničních modelů zajištění kvality adiktologických služeb a výběr prvků využitelných v prostředí ČR

Analýza byla zpracována jako součást projektu „Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky“, registrační číslo CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_030/0003035, prioritní osa OPZ: 2 – Sociální začleňování a boj s chudobou.

Úřad vlády České republiky, Odbor protidrogové politiky
Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, Praha
Odborný redaktor: Mgr. Gaziza Lutseva, Michaela Valentová
Praha, 2018

Pro Úřad vlády České republiky, Odbor protidrogové politiky,
zpracovala firma BDO Advisory s. r. o.



Sekretariát Rady vlády
pro koordinaci
protidrogové politiky

Komparativní analýza zahraničních modelů zajištění kvality adiktologických služeb a výběr prvků využitelných v prostředí ČR

SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY

BDO Advisory s. r. o.

Předmluva

Komparativní analýza zahraničních modelů zajištění kvality adiktologických služeb a výběr prvků využitelných v prostředí ČR vznikla jako součást projektu **Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky**, reg. č.:

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_030/0003035, na základě smlouvy uzavřené s dodavatelem firmou BDO Advisory, s. r. o. Projekt je realizován Odborem protidrogové politiky Úřadu vlády České republiky za podpory Operačního programu Zaměstnanost a je financován z Evropského sociálního fondu. Je prvním projektem v oblasti protidrogové politiky a řešení problémů spojených se závislostmi a závislostním chováním.

Důležitou součástí projektu je rozvoj systému zajištění a hodnocení kvality adiktologických služeb. V České republice v současné době existují čtyři systémy hodnocení kvality služeb, které se s výjimkou certifikací odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog nevěnují hodnocení kvality všech typů služeb, jak jsou definovány ve Standardech odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby, ale jen některým, a to podle různých kritérií. Poskytovatelé adiktologických služeb jsou tak mnohdy vázáni dvěma a více rozdílnými způsoby hodnocení kvality poskytování péče, které jsou mnohdy do značné míry nekompatibilní.

Na základě smlouvy s externím dodavatelem byla připravena **Komparativní analýza zahraničních modelů zajištění kvality adiktologických služeb a výběr prvků využitelných v prostředí ČR** s důrazem na zpracování podrobné srovnávací analýzy situace v oblasti zajištění a podpory kvality adiktologických služeb v pěti vybraných zemích kulturně a politicky podobných České republice.

Analýza se zaměřila na souhrnný a ucelený přehled poznatků vycházející ze srovnání zahraničních modelů zajištění kvality adiktologických služeb a výběr prvků, které jsou, podle názoru zpracovatele, využitelné v prostředí ČR pro zlepšení používaných systémů a procesů zajištění kvality adiktologických služeb. Systémy pěti zemí (konkrétně Německa, Nizozemska, Polska, Rakouska a Spojeného království) jsou v závěru analýzy přehledně porovnány a na tomto základě je vytipováno šest hlavních doporučení vhodných pro implementaci zajištění kvality adiktologických služeb v ČR.

Mgr. Gaziza Lutseva

Metodička kvality služeb

Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky
Odbor protidrogové politiky Úřadu vlády České Republiky

OBSAH

1. Modely/systémy zajištění kvality adiktologických služeb	5
1.1 Evropská unie a Česká republika.....	5
1.1.1 Zdroje	10
1.2 Polsko.....	11
1.2.1 Institucionální rámec zajištění kvality služeb	11
Služby léčby a minimalizace rizik	13
Služby primární prevence.....	14
Služby léčby a minimalizace rizik	14
Služby primární prevence.....	14
Služby léčby a minimalizace rizik	15
Služby primární prevence.....	16
Služby léčby a minimalizace rizik	17
Služby primární prevence.....	18
1.2.2 Klíčoví aktéři v systému zajištění kvality služeb	18
Služby léčby a minimalizace rizik	18
Služby primární prevence.....	19
Služby léčby a minimalizace rizik	19
Služby primární prevence.....	21
1.2.3 Financování systému zajištění kvality služeb.....	22
Služby léčby a minimalizace rizik	22
Služby primární prevence.....	22
1.2.4 Shrnutí a diskuse.....	22
1.2.5 Zdroje	24
1.3 Nizozemsko	25
1.3.1 Institucionální rámec zajištění kvality služeb	25
Statut kvality (GGZ Kwaliteitsstatuut)	29
Standardy kvality (GGZ Kwaliteitsstandaarden)	32
1.3.2 Klíčoví aktéři v systému zajištění kvality služeb	34
1.3.3 Financování systému zajištění kvality služeb.....	36
1.3.4 Shrnutí a diskuse.....	36
1.3.5 Zdroje	37

1.4	Rakousko	39
1.4.1	Institucionální rámec zajištění kvality služeb	39
1.4.2	Klíčové aktéři v systému zajištění kvality služeb	49
1.4.3	Financování systému zajištění kvality služeb.....	51
1.4.4	Shrnutí a diskuse.....	52
1.4.5	Zdroje	54
1.5	Německo	55
1.5.1	Institucionální rámec zajištění kvality služeb	55
1.5.2	Klíčové aktéři v systému zajištění kvality služeb	66
1.5.3	Financování systému zajištění kvality služeb.....	68
1.5.4	Shrnutí a diskuse.....	68
1.5.5	Zdroje	70
1.6	Spojené království.....	72
1.6.1	Institucionální rámec zajištění kvality služeb	72
	Standardy kvality.....	74
	Akreditační systém.....	76
	Směrnice kvality.....	78
	Standardy kvality.....	79
	Akreditační systém.....	79
	Směrnice kvality.....	80
1.6.2	Klíčové aktéři v systému zajištění kvality služeb	80
	Standardy kvality.....	80
	Akreditační systém.....	80
	Směrnice kvality.....	81
	Standardy kvality.....	81
	Akreditační systém.....	82
	Směrnice kvality.....	84
1.6.3	Financování systému zajištění kvality služeb.....	84
	Standardy kvality.....	84
	Akreditační systémy	84
	Směrnice kvality.....	86
1.6.4	Shrnutí a diskuse.....	86
1.6.5	Zdroje	87

2.	Proces hodnocení kvality služeb a jeho evaluace, interní hodnocení služeb.....	89
2.1	Polsko.....	89
2.1.1	Proces hodnocení/ověřování kvality služeb	89
2.1.2	Evaluace procesu hodnocení kvality služeb a její financování	93
2.1.3	Používané modely interního hodnocení kvality (quality assurance) služeb	94
2.1.4	Shrnutí a diskuse.....	95
2.1.5	Zdroje	96
2.2	Nizozemsko	97
2.2.1	Proces hodnocení/ověřování kvality služeb	97
2.2.2	Evaluace procesu hodnocení kvality služeb a její financování	99
2.2.3	Používané modely interního hodnocení kvality (quality assurance) služeb	99
2.2.4	Shrnutí a diskuse.....	100
2.2.5	Zdroje	100
2.3	Rakousko	101
2.3.1	Proces hodnocení/ověřování kvality služeb	101
2.3.2	Evaluace procesu hodnocení kvality služeb a její financování	103
2.3.3	Používané modely interního hodnocení kvality (quality assurance) služeb	104
2.3.4	Shrnutí a diskuse.....	105
2.3.5	Zdroje	105
2.4	Německo	106
2.4.1	Proces hodnocení/ověřování kvality služeb	106
2.4.2	Evaluace procesu hodnocení kvality služeb a její financování	110
2.4.3	Používané modely interního hodnocení kvality (quality assurance) služeb	110
2.4.4	Shrnutí a diskuse.....	111
2.4.5	Zdroje	112
2.5	Spojené království.....	113
2.5.1	Proces hodnocení/ověřování kvality služeb	113
	Registrace	113
	Monitoring a inspekce	116
2.5.2	Evaluace procesu hodnocení kvality služeb a její financování	121
2.5.3	Používané modely interního hodnocení kvality (quality assurance) služeb	121
2.5.4	Shrnutí a diskuse.....	122
2.5.5	Zdroje	124

3.	Komparativní analýza systémů hodnocení kvality a návrh modelu pro ČR.....	125
3.1	Porovnávání analyzovaných systémů/modelů dle vhodnosti jejich implementace v ČR.....	125
3.1.1	Srovnání systémů hodnocení kvality služeb mezi ČR a zeměmi EU ve vybraných kritériích	125
3.1.2	Prvky analyzovaných systémů vhodné pro implementaci do podmínek ČR	128
3.1.3	Srovnání systémů/modelů hodnocení ve vybraných pěti zemích	132
3.2	Návrh inovovaného modelu zajištění kvality služeb pro ČR.....	136
3.2.1	Návrh zásadních změn v institucionálním rámci certifikací	136
3.2.2	Návrh doplnění dílčích prvků do procesu certifikací	139
3.2.3	Zachování systému v oblastech klíčových aktérů a financování certifikací	140
3.3	Analýza rizik navrhovaných změn modelu zajištění kvality služeb pro ČR	142
3.4	Otázka možného převedení českého systému certifikací na jiné právní subjekty	149
3.4.1	Realizátoři systému hodnocení kvality služeb v ČR a zemích EU	149
3.4.2	Možní realizátoři systému hodnocení kvality služeb v ČR	150
3.4.3	„SWOT“ analýza možného převedení realizace certifikací na jiný subjekt	150
3.5	Zdroje	153
4.	Závěr a diskuse.....	154
	Výběr pěti zemí EU	154
	Dostupnost dat o systémech/modelech zajištění kvality adiktologických služeb	154
	Dostupnost informačních zdrojů umožňujících ověření	155
	Doporučení změn v institucionálním rámci	156
	Návrh doplnění dílčích prvků do procesu certifikací	156
5.	Seznam použitých zkratk.....	158
6.	Zdroje.....	163
7.	Seznam použitých obrázků, schémat a tabulek	171

1. MODELÝ/SYSTÉMY ZAJIŠTĚNÍ KVALITY ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽEB

1.1 Evropská unie a Česká republika

Většina členských zemí EU realizuje řadu různorodých aktivit, které se zaměřují na zajištění kvality služeb a intervencí pro osoby se závislostmi a/nebo závislostmi ohrožené. K těm patří zejména tvorba léčebných postupů (treatment guidelines), benchmarking služeb, vzdělávání personálu, certifikace, respektive akreditace procesů¹ a/nebo standardů kvality.

V r. 2015 schválili ministři členských zemí v Radě EU závěry rady, které stanovily 16 minimálních standardů kvality v oblasti snižování poptávky po drogách² a vyzvaly členské země, aby je integrovaly do svých drogových politik s cílem zlepšit efektivitu a kvalitu preventivních programů, služeb minimalizace rizik, léčby a rehabilitace uživatelů návykových látek.

Evropské standardy kvality jsou souborem požadavků pro prevenci, léčbu, minimalizaci rizik a sociální reintegraci. Propojují kvalitu intervencí ke konkrétním opatřením včetně požadavků na vzdělávání personálu a poskytování intervencí podložených výzkumem. Navíc obsahují klíčové principy pro intervence snižování poptávky po drogách, jako je dodržování etických principů a respekt k lidským právům (klientů služeb). Zdůrazněna je i nezbytnost adaptovat výzkumem podložené standardy na místní podmínky a systém zajištění služeb.

Podle Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) existují standardy kvality ve většině zemí EU a mohou být využívány k různým účelům. V některých zemích slouží k hodnocení poskytovaných adiktologických³ služeb. Naplňování standardů je v některých zemích stanoveno jako podmínka pro účast poskytovatelů služeb v soutěžích či dotačních řízeních na kontraktování služeb a/nebo jako nástroj pro interní sebehodnocení služeb⁴.

K zavádění standardů kvality a systémů zajištění kvality adiktologických služeb vyzývá členské státy i Protidrogová strategie EU (2013–2020).

Tato analýza nabízí přehled, zda a jak probíhá zajištění kvality služby v pěti zemích vybraných zadavatelem „Komparativní analýzy zahraničních modelů zajištění kvality adiktologických služeb a výběr prvků využitelných v prostředí ČR“, tj. v Německu, Nizozemsku, Polsku, Rakousku a Spojeném království.

V České republice byl vytvořen a do praxe zaveden systém certifikací podle Standardů odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (Standardy služeb pro uživatele drog, závislé a patologické hráče). Certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog byly zahájeny na základě usnesení vlády ze dne 16. března 2005 č. 300/2005. Jedná se o posouzení a formální uznání, že daná služba má odpovídající kvalitu, odbornost a komplexnost, a to podle kritérií stanovených standardy. Výsledkem posouzení je udělení či neudělení certifikátu až na čtyři roky. Usnesením ze dne 8. června 2005 č. 700/2005 pak vláda uložila jako podmínku pro poskytování finančních prostředků státního rozpočtu na protidrogovou politiku, že programy protidrogové politiky musí mít certifikaci odborné způsobilosti služeb

¹ EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUGS ADDICTION. Annual report 2011: the state of the drugs problem in Europe. Responding to drug problems - an overview [online]. Lisbon: EMCDDA, ©2011.

² COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION. Council conclusions on the implementation of the EU Action Plan on Drugs 2013–2016 regarding minimum quality standards in drug demand reduction in the European Union [online]. Brussels: Council of the EU, ©2015.

³ Termín „adiktologický“ není ve zkoumaných zemích (PL, NL, AT, DE, UK) používán. Typologie a charakter těchto služeb jsou ovšem v uvedených zemích obdobné jako v České republice, a proto je termín „adiktologický“ v této studii pro lepší pochopení uplatňován.

⁴ EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUGS ADDICTION. Health and social responses to drug problems: a European guide [online]. Lisbon: EMCDDA, ©2017.

pro uživatele drog (s účinností od roku 2007)⁵. Výjimku z tohoto požadavku mají pouze nové služby, jejichž poskytovatelé žádají o dotaci od Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP), respektive od Ministerstva zdravotnictví (MZ) poprvé. Výjimka je zpravidla udělována nejvýše na dva roky, poté již je poskytovatel povinen službu standardně certifikovat. Účast poskytovatelů služeb v certifikacích odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog je nicméně dobrovolná. Pokud poskytovatel nepožaduje na provoz své služby finanční dotace od RVKPP nebo od MZ, ale např. jen od Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV), které má vlastní systém registrací a inspekcí (viz níže), není povinen certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog absolvovat. Certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog proto absolvují v převážné míře nestátní neziskové organizace, které poskytují adiktologické služby a jsou, kromě dotací od MPSV, závislé i na dotacích od RVKPP a/nebo od MZ. Certifikaci služby požadují jako podmínku pro možnost získání dotací i některé kraje, respektive města, to je ale ponecháno na jejich rozhodnutí, nejde o povinnost stanovenou zákonem.

Poskytovatel služby zašle Certifikační agentuře, kterou vybrala RVKPP formou veřejné soutěže a v současnosti její roli zastává nestátní nezisková organizace Národní vzdělávací fond, o.p.s., žádost o certifikaci. Spolu se žádostí předkládá požadovanou organizační a provozní dokumentaci služby. Certifikační agentura vybere z cca 70 certifikátorů – pracovníků v oboru adiktologie, kteří absolvovali kvalifikační kurz – tříčlenný Certifikační tým. Ten následně v místě poskytování služby provede jednodenní místní šetření. Naplňování kritérií stanovených standardy pro danou službu ověřuje podrobným studiem dokumentace před šetřením na místě a rozhovory s pracovníky a pacienty/klienty služby v průběhu místního šetření. Z místního šetření na místě zpracuje stručný Protokol o certifikaci s hlavními zjištěními a návrh na bodové hodnocení služby, k Protokolu se před jeho finalizací vyjadřuje statutární zástupce poskytovatele.

Do jednoho týdne zpracuje certifikační tým podrobnou Závěrečnou zprávu z místního šetření, kterou předloží Certifikační agentuře. Ta předloží Protokol a Závěrečnou zprávu prostřednictvím sekretariátu RVKPP mezirezortnímu Certifikačnímu výboru, který tvoří zástupci věcně příslušných ministerstev, krajských protidrogových koordinátorů a odborných společností. Výbor rozhoduje o návrhu ne-/udělit certifikát hodnocené službě včetně délky platnosti certifikátu. Návrh Certifikačního výboru autorizuje RVKPP. Náklady spojené s certifikačním šetřením nese z části RVKPP, z části poskytovatel služby. Poměr finanční spoluúčasti obou subjektů je závislý na charakteru místního šetření (pravidelné vs. cílené v případě indicií, že služba nesplňuje kritéria standardů) a/nebo na délce platnosti předchozího certifikátu.

Certifikace odborné způsobilosti programů primární prevence probíhají v ČR odděleně, jejich gestorem je Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT). Proces certifikace odborné způsobilosti programů primární prevence však probíhá podobně, jako tomu je v případě certifikací odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog. Poskytovatel služby předloží prostřednictvím Certifikační agentury, jde o státní Národní ústav pro vzdělávání, žádost o certifikaci s požadovanými podklady. Certifikační agentura následně sestaví certifikační tým z proškolených certifikátorů, kteří realizují v místě působení poskytovatele služby místní šetření, jehož součástí je i návštěva preventivního programu, který poskytovatel služby realizuje. Certifikační tým zpracuje ze šetření analýzu, kterou prostřednictvím Certifikační agentury předkládá MŠMT – Výboru pro udělování certifikací, jmenovanému ministrem školství. I v případě certifikací odborné způsobilosti programů primární prevence hradí část nákladů na certifikaci MŠMT a část poskytovatel služby.

Část adiktologických služeb je zřízena podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Jde o terénní programy, kontaktní centra, ambulantní poradny, respektive služby odborného sociálního poradenství, terapeutické komunity a služby následné péče. Tyto služby jsou povinny se registrovat v krajských

⁵ VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY. Certifikace odborné způsobilosti služeb [online]. Praha: Vláda ČR, ©2013.

registrech sociálních služeb, pro což musí splnit odborné a kvalifikační požadavky stanovené zákonem (systém registrace a inspekce sociálních služeb). Následně mohou být v nepravidelných intervalech, náhodně a neohlášeně podrobeny tzv. inspekci sociálních služeb, což je forma státní kontroly. Tu provádějí proškolení inspektoři MPSV formou šetření na místě v časové dotaci jednoho až pěti dnů. Hodnocení služby probíhá rovněž formou studia dokumentace služby, rozhovory s pracovníky a klienty. Autorizátorem výsledků inspekci je pověřený pracovník MPSV. Inspekce hradí v plné výši MPSV. V případě zjištění nedostatků může být poskytovateli služby, na rozdíl od výše uvedených dvou systémů certifikací, uložena správní pokuta za nenaplnění kritérií standardů sociálních služeb, v případě opakovaných správních deliktů či nenaplnění inspekci uložených nápravných opatření může dojít až k odebrání oprávnění k poskytování sociálních služeb.

Další adiktologické služby jako detoxifikace, psychiatrické léčebny a zdravotní ambulance včetně substitučních programů jsou registrovány jako zdravotní služby a spadají pod resort MZ. Hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb je stanoveno v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, a rozlišuje interní a externí hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb. Poskytovatel zdravotních služeb je povinen zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí a pro zavedení tohoto systému jsou vypracovány „minimální požadavky“. Externí hodnocení kvality a bezpečí není pro poskytovatele zdravotních služeb povinné, jedná se o dobrovolný proces. Toto externí hodnocení je tedy provedeno pouze u těch poskytovatelů, kteří o ně požádají osobu k tomuto hodnocení oprávněnou podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. O udělení oprávnění k provádění hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb rozhoduje MZ. Pověřená osoba či organizace musí mít zpracovány standardy hodnocených zdravotních služeb, postupy hodnocení a kritéria, která musí být zveřejněna. Proces hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb začíná oficiálním podáním přihlášky u některé z organizací, které hodnocení provádějí. Ty jsou na MZ nezávislé a v České republice jich působí hned několik. Výběr organizace je tedy na zájemci o externí hodnocení.

Zdravotnické zařízení, které požádalo o externí hodnocení, obdrží standardy, které musí při hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb splnit. V termínu porovná inspekční tým tyto požadavky s realitou ve zdravotnickém zařízení. Tyto standardy jsou založeny na minimu hodnotících standardů stanovených MZ. Hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb se provádí na základě smlouvy uzavřené mezi osobou oprávněnou provádět hodnocení a poskytovatelem služby, jejíž součástí je i sjednaná úplata za provedené hodnocení. Externí hodnocení v místě poskytování služby musí být provedeno do 12 měsíců ode dne uzavření smlouvy. Inspekční/hodnotitelský tým získává informace pro účely hodnocení kvality a bezpečí při místním šetření z těchto zdrojů:

- pohovorem se zaměstnanci,
- pohovorem s pacienty,
- prohlídkou pracovišť zdravotnického zařízení,
- kontrolou dokumentace týkající se standardů,
- sledováním pracovních postupů týkajících se standardů.

V případě, že úroveň poskytovaných zdravotních služeb u hodnoceného poskytovatele vyhovuje hodnotícím standardům, vydá osoba oprávněná provádět hodnocení certifikát kvality a bezpečí s platností tři roky.

Pokud nejsou podmínky pro vydání certifikátu splněny, oznámí osoba, která hodnocení provedla, tuto skutečnost písemně poskytovateli. V oznámení uvede, které podmínky poskytovatel nesplnil⁶.

Výše uvedené nástroje hodnocení kvality (tedy certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog, hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, registrace a inspekce sociálních služeb) nejsou, přes dlouhodobé snahy iniciované zejména sekretariátem RVKPP⁷, navzájem propojené, a tudíž uznatelné. Pokud je tedy poskytovaná adiktologická služba registrovaná podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jako sociální služba a požaduje dotace i od RVKPP, musí absolvovat jak pravidelně probíhající certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog, tak i namátkově realizované inspekce sociálních služeb. Ministerstvo zdravotnictví však certifikaci odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog v gesci RVKPP pro přidělení dotace nestátnímu poskytovateli adiktologických služeb uznává, ale po jiném subjektu (např. zdravotnické službě zřizované některým z krajů či měst, případně privátním subjektu) ji jako podmínku pro přidělení dotace nepožaduje.

V České republice tedy v současné době existují čtyři systémy hodnocení kvality služeb, které se s výjimkou certifikací odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog nevěnují hodnocení kvality všech typů služeb, jak jsou definovány ve Standardech odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (Standardsy služeb pro uživatele drog, závislé a patologické hráče⁸), ale jen některým, a to podle různých kritérií. V následující tabulce je uveden přehled zmíněných čtyř systémů hodnocení kvality adiktologických služeb včetně typu služeb, na jejichž hodnocení se zaměřují, a jejich zkráceného názvu, pod kterým budou v textu této analýzy pro zjednodušení uváděny.

⁶ ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

⁷ Viz např. pracovní skupina „Akreditace“, která v rámci Phare Twinning Project 2000 usilovala o sjednocení požadavků stanovených standardy RVKPP a MPSV, čímž chtěla přispět k vzájemnému uznávání absolvování certifikací RVKPP a inspekcí MPSV. Tato snaha byla neúspěšná navzdory faktu, že RVKPP své standardy výrazně přiblížila standardům MPSV a při následné revizi standardů RVKPP v r. 2009-2010 i požadavkům MZ.

⁸ VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY. Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (Standardsy služeb pro uživatele drog, závislé a patologické hráče) [online]. Praha: Vláda ČR, ©2015.

Tabulka 1 Existující systémy hodnocení kvality adiktologických služeb v ČR

Systém hodnocení kvality služeb	Gesce	Hodnocené služby	Zkrácený název systému
Certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog ⁹	RVKPP	Všechny adiktologické služby minimalizace rizik, léčby a rehabilitace	Certifikace RVKPP
Registrace a inspekce sociálních služeb	MPSV	Adiktologické služby registrované jako sociální služby dle zákone č. 108/2006, Sb.	Registrace MPSV
Hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb	MZ	Adiktologické služby akreditované jako zdravotní	Akreditace MZ
Certifikace odborné způsobilosti programů primární prevence ¹⁰	MŠMT	Pouze služby/programy primární prevence	Certifikace MŠMT

Zdroj: Vlastní zpracování

⁹ VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY. Certifikace odborné způsobilosti služeb [online]. Praha: Vláda ČR, ©2013.

¹⁰ MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. Certifikace odborné způsobilosti programů primární prevence [online]. Praha: MŠMT, ©2013 [cit. 2018-02-05].

1.1.1 Zdroje

COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION. Council conclusions on the implementation of the EU Action Plan on Drugs 2013–2016 regarding minimum quality standards in drug demand reduction in the European Union [online]. Brussels: Council of the EU, ©2015 [cit. 2018-02-10]. Dostupné z:

http://www.emcdda.europa.eu/drugs-library/council-conclusions-implementation-eu-action-plan-drugs-2013-2016-regarding-minimum-quality-standards-drug-demand-reduction-european-union_en.

ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Dostupné z:

https://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/zdravotni-sluzby_6102_1786_11.html.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUGS ADDICTION. Annual report 2011: the state of the drugs problem in Europe. Responding to drug problems - an overview [online]. Lisbon: EMCDDA, ©2011 [cit. 2018-02-10]. Dostupné z: <http://www.emcdda.europa.eu/online/annual-report/2011/responding/6>.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUGS ADDICTION. Health and social responses to drug problems: a European guide [online]. Lisbon: EMCDDA, ©2017 [cit. 2018-02-10]. Dostupné z:

http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/health-and-social-responses-to-drug-problems-a-european-guide_en.

MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. Certifikace odborné způsobilosti programů primární prevence [online]. Praha: MŠMT, ©2013 [cit. 2018-02-05]. Dostupné z:

<http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/certifikace-programu-primarni-prevence-1>.

VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY. Certifikace odborné způsobilosti služeb [online]. Praha: Vláda ČR, ©2013 [cit. 2018-02-05]. Dostupné z:

<https://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/certifikace/certifikace-odborne-zpusobilosti-sluzeb-69227/>.

VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY. Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (Standardy služeb pro uživatele drog, závislé a patologické hráče) [online]. Praha: Vláda ČR, ©2015 [cit. 2018-02-05]. Dostupné z:

https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/certifikace/Inovovane_Standardy_odborne_zpusobilosti__2015.pdf.

1.2 Polsko

1.2.1 Institucionální rámec zajištění kvality služeb

Přehled hlavních aktérů, kteří jsou v Polsku zapojeni do systému zajištění a hodnocení kvality zdravotnických adiktologických služeb minimalizace rizik, léčby a/nebo rehabilitace a hodnocení kvality programů primární prevence, uvádí následující tabulka.

Tabulka 2 Hlavní aktéři v modelu zajištění a hodnocení kvality adiktologických služeb v Polsku

Subjekt	Charakteristika
Ministerstvo zdravotnictví (MZ, Ministerstwo Zdrowia)	Nejvyšší orgán v procesu akreditací adiktologických služeb, autorizátor a odvolací orgán v procesu akreditací (poskytovatel služby se k němu může odvolat, pokud nesouhlasí se závěry místního hodnocení, resp. rozhodnutím Akreditační rady), jmenuje členy Akreditační rady, schvaluje akreditační standardy pro příslušný segment zdravotnických služeb.
Národní úřad pro prevenci závislosti (KBPN, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii)	Národní poradní, iniciační a koordinační orgán se samostatnou působností pro otázky protidrogové politiky, obdoba sekretariátu RVKPP, zřízen v gesci MZ Polska. V procesu akreditací adiktologických služeb orgán odpovědný za finalizaci návrhu akreditačních standardů (které schvaluje ministr zdravotnictví), v procesu doporučení preventivních programů odpovědný za finalizaci standardů a autorizátor v procesu doporučení.
Centrum pro monitorování kvality ve zdravotnictví (CMJ, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia)	Státní orgán zřízený ze zákona v gesci ministerstva zdravotnictví, v procesu akreditací zdravotnických adiktologických služeb působí jako „Akreditační agentura“ (podobně jako „Certifikační agentura v ČR“), tj. přijímá od poskytovatelů žádost o akreditaci, z proškolených pracovníků z praxe ve zdravotnictví nominuje akreditátory pro místní šetření, přebírá od nich zprávu z místního šetření, vybírá poplatky za akreditaci a poskytuje zázemí Akreditační radě.
Akreditační rada (členské instituce/ organizace viz níže) (AR)	Pracovní orgán jmenovaný ministrem zdravotnictví (na období čtyř let) z institucí stanovených zákonem (viz níže), kterému je v procesu akreditací přímo podřízen, setkává se dle potřeby, členové jsou placeni za jedno setkání/měsíc, Akreditační rada projednává zprávu z místního šetření, na jehož podkladě hodnotí, nakolik akreditovaná služba naplňuje kritéria standardů, a zpracovává návrh na ne-/udělení akreditace, který předkládá ke konečnému schválení ministru zdravotnictví.
Sdružení pro podporu kvality zdravotní péče v Polsku (TRJOM, Towarzystwo na Rzecz Jakości Opieki Medycznej)	Ústřední státní orgány, věcně příslušné profesní organizace pracovníků ve zdravotnictví, jejichž zástupce do Akreditační rady na období čtyř let (max. délka členství v radě je osm let) jmenuje, případně odvolává ministr zdravotnictví. Akreditační rada je podřízena ministru zdravotnictví. Členové Akreditační rady jsou za svou činnost v radě placeni nejvýše za jeden den/měsíc i v případě, že se Akreditační rada sejde dvakrát za měsíc, a jsou jim hrazeny cestovní náklady. Placeni jsou z příjmů z akreditačního řízení, tj. z plateb za akreditaci od poskytovatelů služeb. Základní požadavky na zástupce orgánů/organizací v Akreditační radě: vzdělání VŠ, pět let praxe v oboru, bezúhonnost, absence střetu zájmů.
Sdružení zdravotnických manažerů (STOMOZ, Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej)	
Komora zdravotních sester a porodních asistentek (NIPiP, Naczelna Izba Pielegniarek i Poloznych)	
Lékařská komora (NIL, Naczelna Izba Lekarska)	
Komora lékárníků (NIA, Naczelna Izba Aptekarska)	
Komora pracovníků v laboratorní diagnostice (KIDL, Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych)	
Kolegium rodinných lékařů (KLR, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce)	

Subjekt	Charakteristika
Ministerstvo vnitra a administrativy (MSWiA, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji)	
Ministerstvo národní obrany (MON, Ministerstwo Obrony Narodowej)	
Tým odborníků pro zpracování standardů (zdravotnických) (TPZS)	<p>Ad hoc ministrem zdravotnictví jmenovaná a jemu podřízená pracovní skupina pro zpracování návrhu akreditačních standardů pro daný segment zdravotnických adiktologických služeb.</p> <p>Členy pracovní skupiny byli zástupci těchto státních institucí zřízených v gesci rezortu zdravotnictví: Národního úřadu pro prevenci závislostí, Centra pro monitorování kvality ve zdravotnictví, Ústavu psychiatrie a neurologie, Státní agentury pro prevenci problémů souvisejících s alkoholem.</p> <p>K přípravě standardů byli jednotlivě nominováni a ministrem zdravotnictví jmenováni zástupci nestátních poskytovatelů adiktologických služeb, ti v Polsku nemají střešní profesní organizaci.</p>
Ústav psychiatrie a neurologie (IPiN, Instytut Psychiatrii i Neurologii)	Ústav psychiatrie a neurologie je přední státní výzkumné centrum v Polsku, které se specializuje na vývoj nových metod léčby a rehabilitace duševních a neurologických poruch.
Státní agentura pro prevenci problémů souvisejících s alkoholem (PARPA, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych)	Státní agentura, založená ze zákona o výchově ke střízlivosti a prevenci alkoholismu v r. 1993, funguje v gesci MZ. Jejím hlavním cílem je prevence a řešení problémů působených alkoholem.
Tým pro doporučení programů prevence (TDPP)	Ad hoc pracovní skupina v gesci ministerstva zdravotnictví, svolává ji a koordinuje Národní úřad pro prevenci závislostí. Dalšími členy jsou zástupci: Ústavu psychiatrie a neurologie, Státní agentury pro prevenci problémů souvisejících s alkoholem a Centra pro rozvoj vzdělávání. Zástupci těchto institucí se rovněž podíleli na sestavení kritérií „standardů“ pro programy primární prevence.
Centrum pro rozvoj vzdělávání (ORE, Ośrodek Rozwoju Edukacji)	Ze zákona zřízená státní instituce v gesci ministra školství, dříve Metodické centrum pedagogicko-psychologické pomoci, obdoba českého Národního ústavu pro vzdělávání. Hlavním cílem centra je zvyšování kvality vzdělávání a zvyšování kvalifikace učitelů na celostátní úrovni.
Národní zdravotnický fond (NFZ, Narodowy Fundusz Zdrowia)	Státní zdravotní pojišťovna spolu s MZ a samosprávnými orgány veřejné správy (krajské, místní) odpovídá za dostupnost a financování zdravotnických, včetně adiktologických služeb. V procesu akreditací není NFZ přímo zapojen. Zapojuje se do něj nepřímo formou pobídek (výhodnější smlouvy o proplácení zdravotnických výkonů) poskytovatelů služeb, pokud úspěšně absolvují akreditace.

Zdroj: Vlastní zpracování

Specializované služby léčby a minimalizace rizik (dále adiktologické služby) jsou v Polsku integrovány do systému zdravotnických služeb péče o duševní zdraví. Léčbu klientů se závislostmi v Polsku upravuje řada právních předpisů. Zajištění dostupnosti léčby osob se závislostmi je v gesci místních a regionálních orgánů veřejné správy, které dostupnost péče zajišťují ve spolupráci s Národním zdravotním fondem (NFZ), obdobou české zdravotní pojišťovny, formou výběrových řízení na chybějící typy služeb. Hlavní odpovědnost za dostupnost zdravotních služeb včetně adiktologických tedy nese NFZ. Adiktologické služby provozuje řada poskytovatelů, kteří uzavřeli s NFZ smlouvy o hrazení zdravotní péče. Intervence, které nejsou hrazeny NFZ (tj. nezdravotnické výkony), mohou být financovány z jiných zdrojů na základě soutěží ve veřejných tendrech (dotační programy, obdobně jako je tomu v ČR). Dostupná je rovněž léčba poskytovaná na soukromých klinikách nebo privátními lékaři, ale jejich klienti musí hradit další poplatky spojené s jejím využitím.

Ambulantní a pobytová léčba osob se závislostmi, stejně jako nízkoprahové služby minimalizace rizik, jsou poskytovány především nestátními organizacemi (NNO), dále veřejnými zdravotními službami a soukromými poskytovateli. Detoxifikaci poskytují především veřejné zdravotní služby, soukromé kliniky a lékaři. Služby návazné péče – tj. ambulantní a/nebo pobytové léčby, respektive následné péče (doléčování) – poskytují především NNO. Ty jsou dotovány ze státního rozpočtu (až do 18 měsíců léčby v ambulantní a/nebo pobytové formě) a z prostředků místních úřadů¹¹. Služby primární prevence rovněž poskytují převážně NNO, které poskytují služby ambulantní léčby a poradenství pro osoby ohrožené závislostmi.

Pro ilustraci, Poradna prevence, léčby a terapie osob se závislostmi v polském Lublinu, zřizovaná nestátní organizací MONAR, získává finanční prostředky na svoji činnost od těchto donorů¹²:

- Národní zdravotní fond (Narodowy Fundusz Zdrowia),
- Národní úřad pro prevenci závislostí (Krajowe Biuro do Spraw Przedciwzdzialania Narkomanii),
- Úřad města Lublin (Urząd Miasta Lublin),
- Regionální centrum pro sociální politiku v Lublinu (Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Lublinie),
- Kuratorium pro osvětu v Lublinu (Kuratorium Oświaty w Lublinie).

V Polsku jsou systémy hodnocení a ověřování kvality adiktologických služeb rozdělené do dvou základních oblastí a forem, pro něž jsou vytvořeny 2 různé typy standardů kvality:

- akreditace služeb léčby, minimalizace rizik a rehabilitace/následné péče,
- doporučení služeb primární prevence a podpory duševního zdraví.

S ohledem na toto rozdělení jsou jednotlivé charakteristiky výše uvedených dvou systémů zajištění a hodnocení kvality služeb popisovány v následujícím textu rovněž odděleně.

Legislativní ukotvení systému zajištění kvality služeb

Služby léčby a minimalizace rizik

S ohledem na ukotvení adiktologických služeb léčby, minimalizace rizik a následné péče v systému zdravotnictví je základní legislativní normou pro hodnocení a ověřování kvality zdravotnických služeb včetně adiktologických zákon o akreditaci ve zdravotnictví z roku 2008¹³. Zákon stanovuje základní podmínky a pravidla pro proces tzv. akreditací v systému zdravotnických služeb jako celku. Na zákon navazuje nařízení ministra zdravotnictví, které stanovuje základní pravidla pro výpočet nákladů na ověřování kvality zdravotnických služeb (cena je odvozována zejména od počtu lůžek v pobytových zařízeních léčby). Žádná jiná legislativní norma upravující proces akreditací výhradně pro služby léčby pro osoby se závislostmi neexistuje.

Nicméně v souladu s výše uvedeným zákonem zpracoval meziresortní a mezioborový tým akreditační standardy pro pobytové služby léčby pro osoby se závislostí na alkoholu a drogách (viz standardy kvality

¹¹ EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. Poland Country Drug Report 2017 [online]. Lisbon: EMCDDA, ©2017.

¹² SZTAJNER, I.; IWANIAK, L. Stowarzyszenie MONAR [prezentace]. Třeboň: XI. Adiktologická konferenci Jihočeského kraje, 2017.

¹³ RZECZPOSPOLITA POLSKA. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia.

služeb léčby a minimalizace rizik níže). Tyto standardy prošly standardním připomínkovacím řízením v gesci ministra zdravotnictví, který je následně v r. 2013 schválil. Schválené standardy jsou publikovány na webové stránce Národního úřadu pro prevenci závislosti¹⁴.

Proces akreditací adiktologických služeb dosud v Polsku nebyl, přes oporu v zákoně o akreditaci ve zdravotnictví a přes snahy Národního úřadu pro prevenci závislostí, zaveden do praxe jako standardní nástroj zajištění a hodnocení kvality služeb.

Služby primární prevence

Ve vztahu k hodnocení a ověřování kvality služeb primární prevence byl v Polsku vytvořen tzv. systém doporučení (rekomendacje), který je regulován a realizován odděleně od systému hodnocení a ověřování kvality služeb léčby.

Systém doporučení služeb prevence a podpory duševního zdraví se opírá zejména o Národní program prevence závislosti 2006-2010, který byl schválen nařízením Rady ministrů ze dne 27. června 2006. Národní program se v části Prevence, cíle a opatření, odvolává na další související dokumenty Evropské unie a Polska:

- Strategie protidrogové politiky EU (2005–2012) a Akční plány protidrogové politiky EU (2005–2008) a (2009–2012),
- Národní program zdraví na období 2007–2015, schválený Radou ministrů v r. 2007,
- Národní program prevence a řešení problémů s alkoholem na období 2006–2010.

Cíle systému zajištění kvality služeb

Služby léčby a minimalizace rizik

Deklarovaným cílem tvorby „Akreditačních standardů pro služby pobytové, ambulantní a denní léčby osob se závislostmi na alkoholu a dalších omamných a psychotropních látkách“, jež byla součástí širšího procesu směřujícího k zavedení akreditací adiktologických služeb do praxe, bylo „zlepšit kvalitu a efektivitu nabízených léčebných služeb a zvýšit bezpečnost pacientů“¹⁵.

Výše deklarovaný cíl vychází z Národního programu prevence závislostí 2011–2016. Ten stanovuje hlavní cíle a směřování aktivit polské protidrogové politiky. Jedním z hlavních cílů bylo „zlepšovat kvalitu opatření snižování poptávky po drogách“. Jedním z opatření k dosažení tohoto cíle je „zavádění doporučených postupů pro prevenci užívání drog a programů na podporu duševního zdraví a šíření standardů dobré praxe v lůžkových a ambulantních zdravotnických službách“¹⁶.

Služby primární prevence

V souladu s Národním programem prevence závislostí 2011–2016 uvádí Národní úřad pro prevenci závislostí v informačním článku na svém webu následující cíle snah o zavádění standardů a procesu hodnocení programů primární prevence a podpory duševního zdraví formou tzv. doporučení (rekomendacje):

¹⁴ KRAJOWE BIURO DO SPRAW PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII. Standardy dobrej praktyki [online]. Warsaw: KBPN, ©2010.

¹⁵ KRAJOWE BIURO DO SPRAW PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII. Standardy i System Akredytacji [online]. Warsaw: KBPN, ©2010.

¹⁶ EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. Poland Country Drug Report 2017 [online]. Lisbon: EMCDDA, ©2017.

- zvyšování kvality programů prevence a podpory duševního zdraví,
- šíření ověřených postupů / programů prevence a podpory duševního zdraví,
- popularizace efektivních preventivních strategií a metod tvorby programů.

Standardy kvality služeb

Služby léčby a minimalizace rizik

V letech 2004–2009 probíhaly v Polsku aktivity s cílem vytvořit „Akreditační standardy pro služby pobytové, ambulantní a denní léčby osob se závislostmi na alkoholu a dalších omamných a psychotropních látkách“.

Na tvorbě standardů pracoval Tým odborníků pro zpracování standardů zdravotní péče, rehabilitace i programů minimalizace zdravotních poškození jmenovaný ministrem zdravotnictví. Práce v něm se účastnili zástupci:

- Národního úřadu pro prevenci závislostí¹⁷,
- Ústavu psychiatrie a neurologie,
- Státní agentury pro prevenci problémů souvisejících s alkoholem,
- Centra pro monitorování kvality ve zdravotnictví,
- odborníků z praxe, tj. ze služeb léčby závislostí z nevládních organizací.

Výše uvedený tým pracoval na třech sadách standardů, s ohledem na formu poskytovaných služeb, tj. pro služby:

- pobytové léčby,
- denní léčby (forma srovnatelná s denními stacionáři v ČR),
- ambulantní léčby.

Finalizované a ministrem zdravotnictví schválené jsou dosud pouze akreditační standardy pro pobytové služby léčby osob se závislostmi na užívání alkoholu a dalších návykových látek.

Při tvorbě standardů používaly týmy složené z odborníků jako inspiraci zejména britské a americké prameny (Američany považovali za průkopníky v oblasti zlepšování kvality služeb ve zdravotnictví) a znalosti a zkušenosti Centra pro monitorování kvality ve zdravotnictví. To v Polsku již od roku 1997 realizuje akreditační systém zařízení primární zdravotnické péče.

Akreditační standardy pro služby pobytové léčby osob se závislostmi prošly standardním připomínkovacím procesem Ministerstva zdravotnictví a ministr zdravotnictví je, v souladu se zákonem o akreditaci ve zdravotnictví, schválil v r. 2013. Zbylé standardy pro denní, respektive ambulantní léčbu nemají status formálně schváleného dokumentu. Národní úřad pro prevenci závislostí se ale domnívá, že „vzhledem k tomu, že byly vypracovány odborníky, mohou být užitečné v každodenní klinické praxi a mohou přispět ke zlepšení kvality služeb poskytovaných osobám závislým na psychoaktivních látkách“¹⁸. Aktuálně probíhá revize a úprava akreditačních standardů pro ambulantní léčbu osob se závislostmi pod vedením pracovníků

¹⁷ Národní poradní, iniciační a koordinační orgán pro otázky protidrogové politiky, obdoba sekretariátu RVKPP.

¹⁸ KRAJOWE BIURO DO SPRAW PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII. Standardy i System Akredytacji [online]. Warsaw: KBPN, ©2010.

Národního úřadu pro prevenci závislosti. Podle sdělení zástupkyně ředitele tohoto úřadu však nemají naspěch, vzhledem k tomu, že se dosud nepodařilo zavést do praxe ani proces akreditací na základě ministrem zdravotnictví již schválených akreditačních standardů pro služby pobytové léčby¹⁹.

Tematické okruhy polských akreditačních standardů ve srovnání s okruhy českých certifikačních (obecných) standardů prezentuje následující tabulka:

Tabulka 3 Srovnání tematických okruhů polských a českých obecných standardů kvality služeb pro klienty se závislostmi

Okruhy akreditačních standardů Polsko	Okruhy obecných certifikačních standardů ČR
1. Práva pacientů	1. Charakteristika služby a práva klientů
2. Kontinuita péče	2. Personální práce, zajištění odbornosti
3. Zajištění kvality	3. Vstup klienta/pacienta do služby
4. Řízení služby	4. Zásady poskytování služby
5. Řízení lidských zdrojů	5. Organizační aspekty služby
6. Informace a dokumentace	6. Prostředí, mimořádné a nouzové situace
7. Prostředí služby	7. Hodnocení kvality, bezpečí a efektivity
8. Kontrola infekcí	
9. Zacházení s léky	

Zdroj: Vlastní zpracování

Z přehledu v tabulce je patrné, že v polských akreditačních standardech je devět tematických okruhů, zatímco v českých obecných certifikačních standardech sedm. Co do obsahu nastavených standardů se však oba systémy jeví být ve shodě. Polské standardy pro adiktologické pobytové služby léčby kladou specifický důraz v podobě samostatných tematických okruhů na kontrolu infekcí a zacházení s léky – to patrně vzhledem ke zdravotnickému charakteru všech polských adiktologických služeb léčby. České standardy se více zaměřují na mimořádné a nouzové situace, stejně jako na otázky bezpečí a efektivity služeb. Nicméně obě verze standardů se zdají být v souladu s Minimálními standardy kvality v oblasti snižování poptávky po drogách v Evropské unii²⁰.

Služby primární prevence

Pro hodnocení kvality programů prevence a podpory duševního zdraví byly v mezirezortní a mezioborové spolupráci vytvořeny „Standardy a kritéria kvality programů prevence a podpory duševního zdraví“. Ty mají stanovovat podrobné požadavky týkající se kvality programu jako celku i jednotlivých fází jeho realizace – od fáze diagnostiky a mapování potřeb, přes stanovování cílů a aktivit vedoucích k jejich dosahování, po sledování a hodnocení kvality a účinků programu.

Autorský tým standardů tvořili zástupci těchto institucí:

¹⁹ KRAJOWE BIURO DO SPRAW PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII. Quality Assurance in Poland [elektronická pošta]. Osobní komunikace.

²⁰ COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION. Council conclusions on the implementation of the EU Action Plan on Drugs 2013–2016 regarding minimum quality standards in drug demand reduction in the European Union [online]. Brussels: Council of the EU, ©2015.

- Národní úřad pro prevenci závislostí,
- Centrum pro rozvoj vzdělávání²¹,
- Ústav psychiatrie a neurologie,
- Státní agentura pro prevenci problémů souvisejících s alkoholem.

Standardy a kritéria hodnocení programů prevence a podpory duševního zdraví v rámci systému doporučení²² nejsou v pravém slova smyslu standardy, tj. jasně specifikované požadavky na daný typ programu. Jde spíše o definování jednotné struktury pro popis programu, jak je v ČR známe z popisu projektů zpracovávaných v dotačních řízeních (viz např. žádost o dotaci od RVKPP). Polské standardy jsou definovány takto:

- údaje o realizátorovi programu,
- odkdy je program realizován,
- popis problému, který program řeší,
- cíle programu: obecné/specifické,
- teoretická východiska programu,
- popis cílové skupiny,
- ukazatele (pro interní hodnocení programu, naplňování cílů, procesu atd.),
- popis aktivit,
- náklady programu,
- způsob implementace programu,
- evaluace programu (procesu, formativní, výsledků),
- zdroje informací o programu,
- možnost šíření programu.

Závaznost účasti v systému zajištění kvality pro poskytovatele služeb

Služby léčby a minimalizace rizik

Systém zajištění a hodnocení kvality, tj. akreditační systém pro adiktologické služby, dosud nebyl v Polsku zaveden do standardní praxe.

I proto jsou v Polsku t. č. „Akreditační standardy pro služby pobytové, ambulantní a denní léčby osob se závislostmi na alkoholu a dalších omamných a psychotropních látkách“ (pozn. formálně schváleny jen standardy pro služby pobytové léčby) pouze doporučeními. Adiktologické služby nejsou povinny absolvovat hodnocení kvality služeb externími hodnotiteli, nicméně dobrovolně je absolvovat mohou. Národní zdravotní fond, jako hlavní plátec zdravotnických služeb na základě smluv o proplácení nasmlouvané

²¹ Dříve Metodické centrum pedagogicko-psychologické pomoci.

²² KRAJOWE BIURO DO SPRAW PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII. Standardy i kryteria oceny jakości programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego w ramach systemu rekomendacji. Warsaw: KBPN, ©2010.

adiktologické léčby, k tomu poskytovatele služeb motivuje formou ekonomických pobídek – incentív („výhodnější smlouva“²³).

Adiktologické služby, které jsou v podobě oddělení součástí větších zdravotnických zařízení (např. oddělení nemocnice pro detoxifikaci) však standardní akreditaci kvality zdravotnických služeb absolvují. Nikoli však podle akreditačních standardů vytvořených a schválených ministrem zdravotnictví specificky pro adiktologické služby.

Poskytovatelé mohou využívat akreditační standardy pro interní hodnocení kvality jimi poskytovaných služeb.

Služby primární prevence

Účast poskytovatelů služeb primární prevence v systému doporučení je rovněž dobrovolná, není podmínkou pro získání finančních prostředků či na poskytování služby. Do současné doby absolvovalo proces hodnocení programu celkem 20 poskytovatelů služeb prevence, kteří jsou uvedeni v seznamu doporučených programů prevence závislosti, jež spravuje Národní úřad pro prevenci závislosti²⁴.

1.2.2 Klíčoví aktéři v systému zajištění kvality služeb

Subjekt/-y definující standardy kvality služeb

Služby léčby a minimalizace rizik

Nejvyšší autoritou v otázce schvalování akreditačních standardů je ze zákona o akreditaci ve zdravotnictví ministr zdravotnictví.

Institucí, která nese ze zákona za přípravu standardů kvality odpovědnost, je Centrum pro monitorování kvality ve zdravotnictví.

Odbornou odpovědnost při zpracování standardů, tj. za zpracování standardů v souladu s vědeckými poznatky a dobrou praxí v oboru závislosti, nese Národní úřad pro prevenci závislosti.

Ten ve spolupráci s Centrem pro monitorování kvality ve zdravotnictví navrhl i další věcně příslušné instituce a/nebo adiktologické pracovníky z praxe do Týmu odborníků pro zpracování standardů. Ty, na základě předloženého návrhu, jmenoval ministr zdravotnictví.

Kromě zástupců dvou výše uvedených institucí se prací na tvorbě akreditačních standardů zúčastnili i zástupci:

- Ústavu psychiatrie a neurologie,
- Státní agentury pro prevenci problémů souvisejících s alkoholem,
- odborníků z praxe, tj. ze služeb léčby závislosti z nevládních organizací (výběr provedl Národní úřad pro prevenci závislosti).

²³ KRAJOWE BIURO DO SPRAW PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII. Quality Assurance in Poland [elektronická pošta]. Osobní komunikace.

²⁴ KRAJOWE BIURO DO SPRAW PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII. Baza rekomendowanych programów przeciwdziałania narkomanii [online]. Warsaw: KBPN, ©2010.

Služby primární prevence

Autorský tým standardů tvořili zástupci těchto institucí:

- Národní úřad pro prevenci závislostí,
- Centrum pro rozvoj vzdělávání²⁵,
- Ústav psychiatrie a neurologie,
- Státní agentura pro prevenci problémů souvisejících s alkoholem.

Práce na tvorbě standardů inicioval a koordinoval Národní úřad pro prevenci závislostí, který rovněž financoval publikaci „Systém doporučení programů prevence a podpory duševního zdraví“. V ní jsou obsaženy nejenom standardy, ale i popis způsobu hodnocení jejich naplňování a vzorové dokumenty v tomto procesu používané.

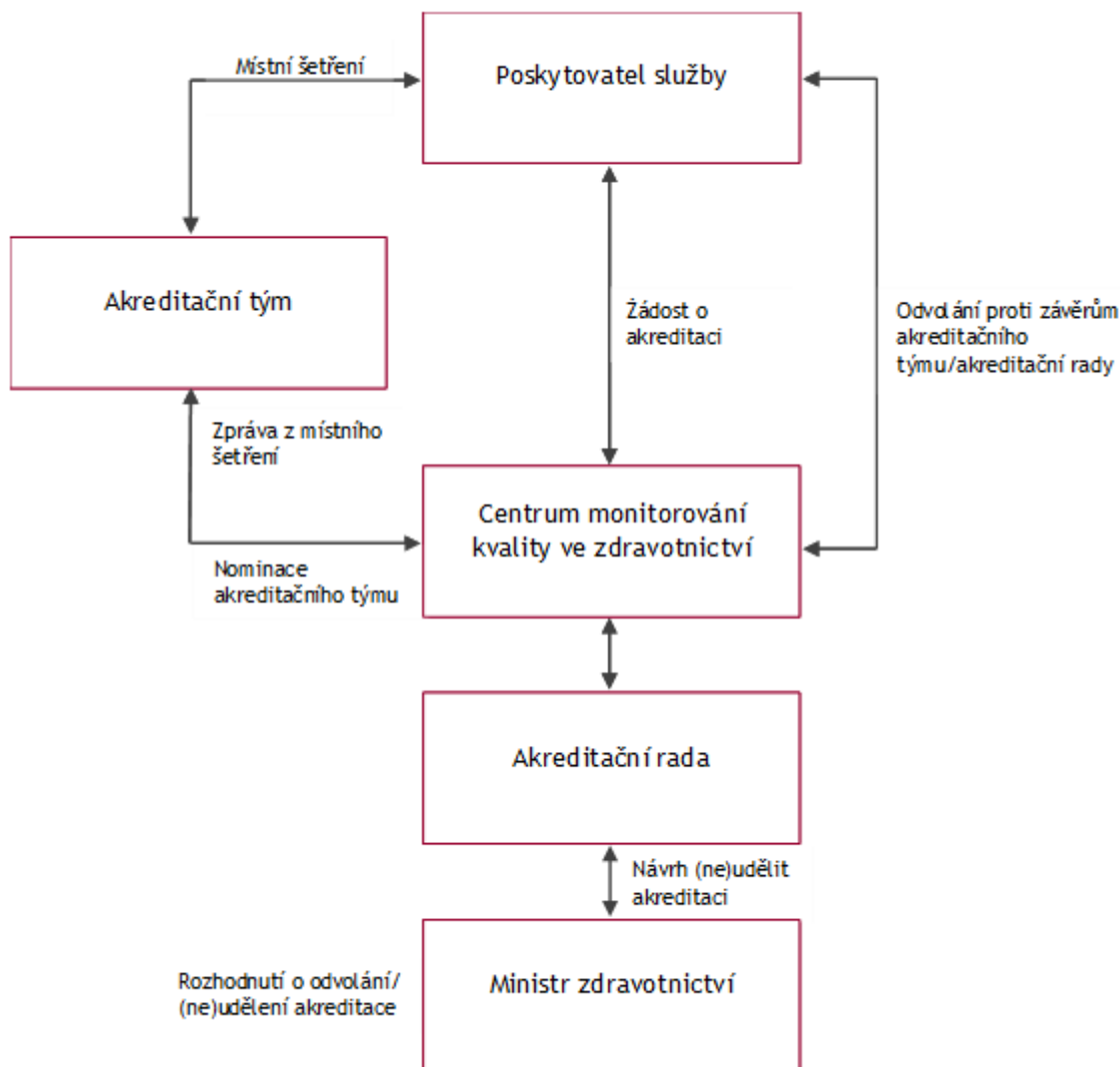
Subjekt/-y zapojené do hodnocení kvality služeb

Služby léčby a minimalizace rizik

Model hodnocení kvality zdravotnických adiktologických služeb včetně hlavních úkonů, které v jeho procesu klíčoví aktéři vykonávají, zpřehledňuje následující graf.

²⁵ Dříve Metodické centrum pedagogicko-psychologické pomoci.

Schéma 1 Průběh procesu hodnocení kvality zdravotnických adiktologických služeb v Polsku



Zdroj: Vlastní zpracování

Ministr zdravotnictví na základě doporučení Akreditační rady potvrzuje splnění akreditačních standardů službou a rozhoduje o udělení akreditace. Poskytovatel služby se může k ministrovi, jako k poslední instanci, odvolat s případnými námitkami proti závěrům akreditačního týmu ve zprávě z místního šetření, případně proti závěrům Akreditační rady, vždy v termínu do 14 dnů od seznámení se závěry.

Klíčovou roli v procesu hodnocení zdravotnických, včetně adiktologických služeb, nese v Polsku, ze zákona o akreditaci ve zdravotnictví, Centrum pro monitorování kvality ve zdravotnictví se sídlem v Krakově (<http://www.cmj.org.pl/akredytacja/>). To přijímá žádost poskytovatele služby o akreditaci, jejíž přílohou jsou požadované písemné dokumenty o službě, a sestavuje tým hodnotitelů pro ověřování naplňování akreditačních standardů přímo v zařízení, které o akreditaci požádalo. Hodnotiteli jsou t. č. lékaři a zdravotní sestry, kteří absolvovali specializační kurz pro výkon funkce akreditátora. V případě akreditace adiktologických služeb mohou být členy hodnotitelského týmu i certifikovaní terapeuti pro léčbu osob se závislostmi (obdobu tzv. uznaných adiktologů v ČR, tj. pracovníků, kteří neabsolvovali VŠ lékařského či nelékařského zdravotnického oboru, ale splnili nároky odborné praxe v oboru a prošli v Polsku certifikačním

kurzem). V Centru pro monitorování kvality ve zdravotnictví působí Akreditační rada, které tým hodnotitelů předkládá zprávu z místního hodnocení. Členy Akreditační rady jmenuje na období čtyř let ministr zdravotnictví, členství v Radě je možné nejvýše osm let, tj. po dvě čtyřletá období. Rada je dvanáctičlenná, kromě pracovníků Centra pro monitorování kvality ve zdravotnictví je dále složena ze zástupců:

- Sdružení pro podporu kvality zdravotní péče v Polsku,
- Sdružení zdravotnických manažerů STOMOZ,
- Komory zdravotních sester a porodních asistentek,
- Lékařské komory,
- Komory lékárníků,
- Komory pracovníků v laboratorní diagnostice,
- Ministerstva vnitra,
- Ministerstva zdravotnictví,
- Kolegia rodinných lékařů,
- Ministerstva národní obrany.

Akreditační rada posoudí zprávu z místního hodnocení akreditované služby a své závěry následně předkládá ke konečnému schválení ministru zdravotnictví. Akreditační rady jsou udělovány na dobu tří let.

Pro akreditaci adiktologických služeb plánoval Národní úřad pro prevenci závislostí obměnu ve složení Akreditační rady, v níž by kromě jejího zástupce měli působit i zástupci institucí, které se podílely na zpracování akreditačních standardů pro adiktologické služby, ale tento záměr se v Polsku dosud nepodařilo prosadit. Kromě zástupců Centra pro monitorování kvality ve zdravotnictví a Národního úřadu pro prevenci závislostí by členy Akreditační rady pro adiktologické služby měli být i zástupci:

- Ústavu psychiatrie a neurologie,
- Státní agentury pro prevenci problémů souvisejících s alkoholem.

O akreditaci může požádat kterákoliv zdravotní služba – pobytová či ambulantní – včetně služeb adiktologických. V současné době jsou pro akreditační standardy k dispozici pouze akreditační standardy pro pobytové adiktologické služby schválené ministrem zdravotnictví v r. 2013.

Služby primární prevence

Klíčovou roli v procesu hodnocení kvality služeb prevence a podpory duševního zdraví hraje v Polsku Národní úřad pro prevenci závislostí. Ten přijímá žádost poskytovatele služeb prevence o doporučení, včetně popisu programu a další související dokumentace. Dále svolává Tým pro doporučení programů prevence a podpory duševního zdraví, který písemné podklady projedná a rozhodne o udělení či neudělení doporučení. Jde o tedy o státní a současně jediný subjekt, který v Polsku kvalitu preventivních programů v rámci procesu doporučení hodnotí. Hodnocení neprobíhá v místě realizace programu, programy jsou hodnoceny pouze prostřednictvím posouzení zasláné dokumentace programu. Tým pro doporučení sestává ze zástupců těchto institucí:

- Národní úřad pro prevenci závislostí,
- Centrum pro rozvoj vzdělávání²⁶,
- Ústav psychiatrie a neurologie,
- Státní agentura pro prevenci problémů souvisejících s alkoholem.

O doporučení může požádat jakýkoli subjekt, bez ohledu na jeho právní subjektivitu a oblast působení, který poskytuje službu prevence a/nebo podpory duševního zdraví nejméně jeden rok.

1.2.3 *Financování systému zajištění kvality služeb*

Zdroje financování systému hodnocení kvality služeb

Služby léčby a minimalizace rizik

Veškeré náklady spojené s akreditací nese, na základě zákona o akreditaci ve zdravotnictví, subjekt poskytující zdravotnické služby, který podává žádost o akreditaci. Poplatek nesmí překročit pětinasobek průměrné měsíční odměny v podnikovém sektoru, včetně plateb ze zisku, v prvním čtvrtletí předchozího roku²⁷. Podle znění zmíněného zákona představuje poplatek za akreditaci příjem státního rozpočtu.

Služby primární prevence

Rovněž v případě doporučení hradí náklady spojené s hodnocením kvality programu prevence a podpory duševního zdraví poskytovatel služby.

1.2.4 *Shrnutí a diskuse*

V Polsku, podobně jako v ČR, je systém hodnocení a ověřování kvality adiktologických služeb léčby, minimalizace rizik a rehabilitace/následné péče, tj. akreditace služeb, oddělen od systému doporučení, který byl vytvořen pro hodnocení kvality programů prevence a podpory duševního zdraví. Na rozdíl od situace v ČR nebyly tyto systémy dosud zavedeny do praxe jako standardní nástroje hodnocení a ověřování kvality adiktologických služeb. To přesto, že verze standardů pro služby pobytové léčby byly nejvyšší autoritou stanovenou zákonem o akreditaci ve zdravotnictví – ministrem zdravotnictví – schváleny v roce 2013.

Oproti situaci v ČR jsou všechny adiktologické služby léčby, minimalizace rizik a rehabilitace/následné péče integrovány do polského systému zdravotní péče. Mají tedy status výhradně zdravotnických zařízení a jsou financovány odlišně než v ČR. Vzhledem k tomu má zavádění standardů kvality adiktologických služeb a jejich akreditace, na rozdíl od českého modelu certifikací, oporu v zákonu o akreditaci ve zdravotnictví. Tato zdánlivá výhoda má i svoji stinnou stránku, a sice již zmíněné potíže zavést akreditace adiktologických služeb, jež mají být hodnoceny podle specificky pro tento segment zdravotnických služeb vytvořených standardů, do praxe.

²⁶ Dříve Metodické centrum pedagogicko-psychologické pomoci.

²⁷ Zveřejňuje Ústřední statistický úřad v Úředním věstníku Polské republiky "Monitor Polski".

Standardy kvality služeb prevence a podpory duševního zdraví byly schváleny Radou ministrů v gesci Národního úřadu prevence závislostí, nikoli ministerstva školství, jako je tomu v ČR. Ale polské standardy jsou spíše stanovením struktury popisu preventivního programu, jak ji v ČR známe ze žádosti o dotaci.

Absolvování akreditací, respektive doporučení, není podmínkou pro to, aby polské adiktologické služby mohly být financovány z veřejných rozpočtů. Účast v obou uvedených systémech hodnocení a ověřování kvality je pro všechny poskytovatele adiktologických služeb zcela dobrovolná. K účasti v procesu akreditací adiktologických služeb léčby (jediné schválené standardy) poskytovatele motivuje formou finančních pobídek (zvýhodněné smlouvy o úhradách za poskytnutou zdravotnickou adiktologickou péči) Národní zdravotní fond, který je hlavním plátcem adiktologických služeb formou tzv. „ročního paušálu“. Jiné výhody účasti v procesu akreditací nebyly zjištěny. Zásadně se také liší způsob hrazení nákladů spojených s akreditací, respektive doporučením služby. V Polsku nese veškeré náklady poskytovatel služby, což je v případě adiktologických služeb léčby stanoveno v zákoně o akreditaci ve zdravotnictví.

Řadu podobností je možno vysledovat jak v procesu přípravy a tvorby akreditačních standardů, tak i ve standardech kvality pro adiktologické služby léčby. Podobně jako v ČR probíhá i proces akreditace, ač se názvy jeho účastníků, stejně jako jejich pozice v systému veřejné správy, liší. Systém doporučení služeb prevence oproti certifikacím MŠMT v ČR nezahrnuje „místní šetření“.

Vzhledem k výše uvedeným skutečnostem se systém certifikací v ČR jeví jako funkčnější a usazenější, než je tomu v současné době v Polsku. Diskusi o ne-/využitelnosti analyzovaných modelů zajištění a hodnocení kvality služeb obsahuje kapitola 4 této analýzy.

1.2.5 Zdroje

COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION. Council conclusions on the implementation of the EU Action Plan on Drugs 2013–2016 regarding minimum quality standards in drug demand reduction in the European Union [online]. Brussels: Council of the EU, ©2015 [cit. 2018-02-10]. Dostupné z:

http://www.emcdda.europa.eu/drugs-library/council-conclusions-implementation-eu-action-plan-drugs-2013-2016-regarding-minimum-quality-standards-drug-demand-reduction-european-union_en.

CENTRUM MONITOROWANIA JAKOSCI W OCHRONIE ZDROWIA. Akredytacja szpitali [online]. Kraków: CMJ, ©2017 [cit. 2018-02-10]. Dostupné z: <http://www.cmj.org.pl/akredytacja/>.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUGS ADDICTION. Annual report 2011: the state of the drugs problem in Europe. Responding to drug problems - an overview [online]. Lisbon: EMCDDA, ©2011 [cit. 2018-02-10]. Dostupné z: <http://www.emcdda.europa.eu/online/annual-report/2011/responding/6>.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUGS ADDICTION. Health and social responses to drug problems: a European guide [online]. Lisbon: EMCDDA, ©2017 [cit. 2018-02-10]. Dostupné z: http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/health-and-social-responses-to-drug-problems-a-european-guide_en.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. Poland Country Drug Report 2017 [online]. Lisbon: EMCDDA, ©2017 [cit. 2018-02-10]. Dostupné z: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4509/TD0116917ENN.pdf>.

KRAJOWE BIURO DO SPRAW PRZECIWDZIALANIA NARKOMANII. Baza rekomendowanych programów przeciwdziałania narkomanii [online]. Warsaw: KBPN, ©2010 [cit. 2018-02-10]. Dostupné z: <http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=106519>.

KRAJOWE BIURO DO SPRAW PRZECIWDZIALANIA NARKOMANII. Quality Assurance in Poland [elektronická pošta] [cit. 2018-02-10]. Osobní komunikace.

KRAJOWE BIURO DO SPRAW PRZECIWDZIALANIA NARKOMANII. Standardy dobrej praktyki [online]. Warsaw: KBPN, ©2010 [cit. 2018-02-10]. Dostupné z: <http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=107230>.

KRAJOWE BIURO DO SPRAW PRZECIWDZIALANIA NARKOMANII. Standardy i kryteria oceny jakości programů profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego w ramach systemu rekomendacji. Warsaw: KBPN, ©2010 [cit. 2018-02-10].

KRAJOWE BIURO DO SPRAW PRZECIWDZIALANIA NARKOMANII. Standardy i System Akredytacji [online]. Warsaw: KBPN, ©2010 [cit. 2018-02-10]. Dostupné z: <http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=106383>.

RZECZPOSPOLITA POLSKA. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia. Dostupné z: <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20090520418>.

SZTAJNER, I.; IWANIAK, L. Stowarzyszenie MONAR [prezentace]. Třeboň: XI. Adiktologická konferenci Jihočeského kraje, 2017.

1.3 Nizozemsko

1.3.1 Institucionální rámec zajištění kvality služeb

Přehled hlavních aktérů, kteří jsou v Nizozemsku zapojeni do systému zajištění a hodnocení kvality adiktologických služeb uvádí následující tabulka.

Tabulka 4 Hlavní aktéři v modelu zajištění a hodnocení kvality adiktologických služeb v Nizozemsku

Subjekt	Charakteristika
Ministerstvo zdravotnictví, sociálních věcí a sportu (VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport)	Zodpovídá za koordinaci dílčích činností v oblasti snižování poptávky po drogách. Na horizontální úrovni se podílí na koordinaci aktivit protidrogové politiky zejména s ministerstvy bezpečnosti a spravedlnosti, respektive zahraničních věcí. V Nizozemsku není jeden ústřední státní orgán zodpovědný za protidrogovou politiku, koordinace na horizontální úrovni probíhá prostřednictvím protidrogových koordinátorů všech věcně příslušných rezortů. Na vertikální úrovni spolupracuje zejména s regionálními a místními samosprávami. Spolu s nimi se podílí na spolufinancování služeb protidrogové prevence a minimalizace rizik. Z důvodu široce sdílené nespokojenosti s kvalitou adiktologické péče iniciovalo v roce 1999 spuštění programu „Hodnocení výsledků“ a dalších aktivit v oblasti hodnocení kvality adiktologických služeb.
Regionální a místní samosprávy	Na orgány regionální a místní samosprávy je v Nizozemsku delegována organizace, implementace a koordinace adiktologických služeb, zejména protidrogové prevence a minimalizace rizik. Na jejich spolufinancování se podílejí s VWS.
Národní institut zdravotní péče (Zorginstituut Nederland)	Institut je státním nezávislým správním orgánem zřízeným na základě zákona o zdravotním pojištění, který stanovuje jeho pravomoci v kontextu zajištění kvality zdravotnických služeb, včetně adiktologických. Odpovídá za vedení veřejného registru zdravotnických služeb splňujících statut kvality. Rozhoduje o tom, zda je model statutu kvality (popis zdravotnické služby dle zadané struktury – viz dále) odpovídajícím popisem požadovaného minimálního standardu kvality léčebného procesu. Dále rozhoduje o tom, zda a který profesní standard má být aktualizován a modernizován a v jakém časovém horizontu. Dále odpovídá za sběr, komplementaci a zveřejnění informací o kvalitě poskytované péče, což má přispět k rozšíření příkladů dobré praxe.
Institut kvality (Kwaliteitsinstituut)	Státní instituce spadající pod Národní institut zdravotní péče. Pro potřeby hodnocení kvality adiktologických služeb vytvořil Institut kvality tzv. hodnotící rámec (toetsingskader kwaliteitsstandaarden), v němž jsou standardy kvality doplněny o odpovídající hodnotící ukazatele (meetinstrumenten), které zahrnují indikátory kvality a standardizované dotazníky.
Agentura MediQuest	Agentura, která pro potřeby hodnocení kvality zdravotnických služeb (včetně adiktologických) provádí přezkum statutu kvality. Ten je nutnou podmínkou pro to, aby poskytovatel zdravotnické péče byl zařazen do registru poskytovatelů vedeného Národním institutem zdravotní péče. To je základním předpokladem pro to, aby zdravotnické služby/zařízení získaly smlouvu o hrazení péče ze strany zdravotnické pojišťovny.
Národní platforma pro duševní zdraví (LPGGZ, Landelijk Platform Psychische Gezondheid)	Platforma je zastřešujícím subjektem pro řadu organizací sdružujících příjemce péče o duševní zdraví a jejich rodinné příslušníky. Je jedním ze subjektů, které se podílí na tvorbě standardů kvality adiktologických služeb.
Sdružení poskytovatelů péče o duševní zdraví (GGZ Nederland)	Nestátní organizace sdružující poskytovatele služeb péče o duševní zdraví, která se podílela na tvorbě standardů kvality.
Nizozemská asociace pro psychiatrii (NVVP, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie)	Profesní organizace podílející se na tvorbě standardů kvality.

<p>Národní sdružení nezávislých psychologů a psychoterapeutů (LVVP, Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen)</p>	<p>Profesní organizace podílející se na tvorbě standardů kvality.</p>
<p>Nizozemský institut psychologů (NIP, Nederlands Instituut van Psychologen)</p>	<p>Profesní organizace podílející se na tvorbě standardů kvality.</p>
<p>Sít' pro zajištění kvality péče o duševní zdraví (Kwaliteitsontwikkeling GGZ)</p>	<p>Nestátní platforma, která vznikla v roce 2013 společnou aktivitou Nizozemské asociace pro psychiatrii, Nizozemského institutu psychologů a Národní platformy pro duševní zdraví. V současnosti jde o hlavní subjekt zajišťující tvorbu standardů kvality ve spolupráci s dalšími subjekty, jako jsou Sdružení poskytovatelů péče o duševní zdraví, Asociace zdravotních pojišťoven (ZN, Zorgverzekeraars Nederland), Institut kvality (Kwaliteitsinstituut), Nizozemská organizace pro výzkum a vývoj zdraví (ZONMW, Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie), Sdružení poskytovatelů péče o duševní zdraví (GGZ Nederland) a Nadace Benchmark GGZ (SBG, Stichting Benchmark GGZ).</p>

Zdroj: Vlastní zpracování

Na rozdíl od většiny členských států Evropské unie neexistuje v Nizozemsku instituce, která by byla výlučně odpovědná za protidrogovou politiku. Odpovědnost za její provádění a plánování tak sdílí hned několik ministerstev. Ministerstvo zdravotnictví, sociálních věcí a sportu (VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport)²⁸ provádí koordinaci dílčích činností v oblasti snižování poptávky po drogách. Ministerstvo bezpečnosti a spravedlnosti je garantem vymahatelnosti práva a spolupráce s jednotlivými samosprávami a policií. Ministerstvo zahraničních věcí pak odpovídá za spolupráci se zahraničními partnery v oblasti drogové politiky a v souvisejících činnostech, jako je například problematika HIV a AIDS. Koordinace aktivit uvedených ministerstev je pak na nejvyšší úrovni zajišťována prostřednictvím společných jednání jejich protidrogových koordinátorů²⁹.

Adiktologické služby je v případě Nizozemí možné členit na protidrogovou prevenci, služby minimalizace rizik a léčbu.

Protidrogovou prevenci koordinuje zejména Ministerstvo zdravotnictví, sociálních věcí a sportu. Významnou roli ale hrají také samosprávy, které jsou odpovědné za provádění preventivních aktivit a intervencí. Za tímto účelem samosprávy úzce spolupracují se školami, volnočasovými centry, ústavy pro podporu zdraví a dalšími organizacemi. Protidrogová prevence vychází z širší perspektivy národního programu prevence a klade důraz zejména na rizikové skupiny obyvatel a mladé lidi. V poslední době je zvýšená pozornost věnována častému užívání rekreačních drog v rámci volnočasových aktivit. Jsou využívány různé, vzájemně se doplňující přístupy, které jsou uplatňovány buď plošně na celou populaci, nebo cíleně na nejvíce zranitelné skupiny (děti uživatelů drog, mladí lidé s lehkým mentálním postižením, mladí lidé ze sociálně vyloučených lokalit). Tyto aktivity jsou nejčastěji prováděny nevládními organizacemi³⁰.

Služby minimalizace rizik jsou zajišťovány širokou škálou aktérů zahrnující například nevládní organizace, soukromé subjekty (lékárny) či policii. Jejich hlavním cílem je minimalizace zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog, omezení výskytu souvisejících infekčních onemocnění a předcházení

²⁸ Na rozdíl od situace v ČR jde v nizozemském případě o jedno ministerstvo, které řeší uvedené tři agendy.

²⁹ EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. Netherlands Country Drug Report 2017 [online]. Lisbon: EMCDDA, ©2017.

³⁰ Tamtéž.

mimořádným událostem spojeným s drogami (např. předávkování či fatální předávkování u uživatelů drog). Aktivity k minimalizaci rizik jsou uskutečňovány v podobě terénních programů, nízkoprahových center či aplikačních místností. Společným znakem všech těchto forem je snaha o navázání pravidelného kontaktu s uživateli drog a posílení jejich motivace k zahájení léčby³¹.

Organizace, implementace a koordinace léčby je v Nizozemsku delegována na regionální a lokální orgány. Léčba je poskytována čtrnácti ústavami standardní adiktologické péče a léčby, z nichž sedm je spojeno s ústavami duševního zdraví a jeden s ústavem sociální podpory. Další možnosti léčby nabízí místní zdravotnické služby, psychiatrické nemocnice, několik náboženských organizací a také některé soukromé kliniky. Ve snaze poskytnout přiměřenou úroveň péče byl v roce 2014 v Nizozemsku zaveden třístupňový systém léčby. Méně vážné případy jsou řešeny v prvním stupni praktickým lékařem, který může využít odborné podpory ve formě konzultací například s klinickým psychiatrem či dalšími specializovanými profesemi. Závažnější případy jsou postoupeny poskytovatelům obecné péče o duševní zdraví, tj. druhému stupni, který tvoří psychologové a psychoterapeuti. Nejzávažnější a nejvíce komplexní případy pak jsou řešeny v rámci třetího stupně, tj. ambulantních nebo pobytových služeb pro klienty se závislostmi³², které v ČR označujeme jako specializované adiktologické služby.

Financování adiktologických služeb je vícezdrojové. Protidrogová prevence a služby minimalizace rizik jsou financovány zejména ze státního rozpočtu, konkrétně z rozpočtové kapitoly Ministerstva zdravotnictví, sociálních věcí a sportu, a z regionálních a lokálních rozpočtů. Léčebné služby jsou financovány primárně mechanismem zdravotního pojištění³³.

Adiktologické služby jsou v Nizozemsku součástí širší agendy služeb péče o duševní zdraví (GGZ, Geestelijke Gezondheidszorg). V rámci jejich systému hodnocení a ověřování kvality existují dva základní nástroje uplatňované v oblasti léčebných služeb³⁴:

- statut kvality (GGZ Kwaliteitsstatuut),
- standardy kvality (GGZ Kwaliteitsstandaarden).

Legislativní ukotvení systému zajištění kvality služeb

Oblast adiktologických služeb je v Nizozemsku upravena řadou právních předpisů, které v roce 2015 doznaly výrazných změn. V současné době jsou klíčové následující normy:

- Zákon o zdravotním pojištění (ZVW, Zorgverzekeringswet)³⁵,
- Zákon o dlouhodobé péči (WLZ, Wet Langdurige Zorg)³⁶,
- Zákon o sociální podpoře (WMO, Wet Maatschappelijke Ondersteuning)³⁷,

³¹ EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. Netherlands Country Drug Report 2017 [online]. Lisbon: EMCDDA, ©2017.

³² GOVERNMENT OF THE NETHERLANDS. Primary and secondary mental health care [online]. Hague: GN, ©2018.

³³ SOCIOTRENDY. Analýza mezinárodního a národního legislativního rámce protidrogové politiky a mezinárodních, národních a regionálních strategických dokumentů. Olomouc: Sociotrendy, 2017.

³⁴ V oblastech prevence a služeb minimalizace rizik nejsou systémy hodnocení a ověřování kvality nastaveny.

³⁵ NEDERLAND. Wet van 16 juni 2005, houdende regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringswet).

³⁶ NEDERLAND. Wet van 3 december 2014, houdende regels inzake de verzekering van zorg aan mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg (Wet langdurige zorg).

- Zákon o mládeži (Jeugdwet)³⁸,
- Zákon o zdravotní péči a zdravotní prevenci (WCPV, Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid)³⁹,
- Zákon o veřejném zdraví (WPG, Wet Publieke Gezondheid)⁴⁰.

Z pohledu systému zajištění kvality služeb je zásadní Zákon o zdravotním pojištění, který v článku 66 stanovuje pravomoci Národního institutu zdravotní péče (Zorginstituut Nederland)⁴¹. Ten je odpovědný za fungování veřejného registru poskytovatelů služeb zdravotní péče (se schváleným statutem - viz níže), který obsahuje profesní standardy péče. Tyto standardy mohou vzniknout na základě návrhu poradního výboru či na základě společného návrhu patientských organizací, poskytovatelů péče a zdravotních pojišťoven. O tom, zda je předložený návrh odpovídajícím popisem požadované kvality léčebného procesu rozhoduje Národní institut zdravotní péče, který jej v případě kladného stanoviska následně zařadí do veřejného rejstříku. Zároveň institut rozhoduje o tom, který profesní standard má být aktualizován a modernizován a v jakém časovém horizontu se tak má stát. Institut je taktéž odpovědný za sběr, komplementaci a zveřejnění informací o kvalitě poskytované péče, což má přispět k rozšíření příkladů dobré praxe.

Cíle systému zajištění kvality služeb

Z důvodu široce sdílené nespokojenosti s kvalitou adiktologické péče iniciovalo nizozemské Ministerstvo zdravotnictví, sociálních věcí a sportu v roce 1999 spuštění programu „Hodnocení výsledků“ (Resultaten Scoren), od kterého si slibovalo výrazné zlepšení kvality poskytovaných služeb. Tento program, původně plánovaný na deset let a následně prodloužený, měl stanoveny tři základní cíle:

- přepracování nabídky intervencí v rámci adiktologických služeb tak, aby byly nově založeny na důkazech a odpovídaly principům třístupňového systému léčby,
- zavedení pravidelného monitoringu umožňujícího hodnocení výsledků poskytnuté péče,
- vybudování podpůrného systému zajišťujícího mimo jiné kurzy a školení pro jednotlivé profese⁴².

Jedním z důsledků těchto snah o zvýšení kvality adiktologických služeb bylo zavedení již zmiňovaných nástrojů, statutu kvality a standardů kvality.

Statut kvality, který popisuje způsob, jakým poskytovatel v oblasti péče o duševní zdraví zajišťuje služby konkrétnímu klientovi, má definovány tři klíčové cíle:

- zprostředkovat klientovi informace o minimální formě a náplni péče, kterou může od daného poskytovatele oprávněně očekávat,
- poskytnout rámec pro pracovní dohody v rámci dané instituce či profesní sítě,

³⁷ NEDERLAND. Wet van 9 juli 2014, houdende regels inzake de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015).

³⁸ NEDERLAND. Wet van 1 maart 2014 inzake regels over de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor preventie, ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en ouders bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen (Jeugdwet).

³⁹ NEDERLAND. Wet van 25 mei 1990, houdende regels met betrekking tot collectieve preventie op het gebied van de volksgezondheid.

⁴⁰ NEDERLAND. Wet van 9 oktober 2008, houdende bepalingen over de zorg voor de publieke gezondheid (Wet publieke gezondheid).

⁴¹ Národní institut zdravotní péče (Zorginstituut Nederland) je organizací s vlastní právní subjektivitou, která je podřízena Ministerstvu zdravotnictví, sociálních věcí a sportu.

⁴² TRIMBOS INSTITUUT. Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. The Netherlands Drug Situation 2010 [online]. Utrecht: TI, ©2010.

- umožnit orgánům zajišťujícím financování, hodnocení a dohled, utvořit si detailní názor o kvalitě péče poskytované konkrétním subjektem⁴³.

Hlavním účelem a smyslem standardů kvality je zajistit, aby poskytovaná péče:

- byla akceptovatelná jak z pohledu příjemce (pacienta), tak z pohledu vykonavatele (například lékaře),
- byla založena na nejlepších v současnosti dostupných znalostech a metodách,
- vedla k žádoucím výsledkům a zlepšením,
- byla efektivní a flexibilní vůči aktuálním potřebám⁴⁴.

Standardy kvality služeb

Statut kvality (GGZ Kwaliteitsstatuut)

Statut kvality je nástrojem, který je v Nizozemsku uplatňován od 1. ledna 2017 vůči poskytovatelům zdravotnické péče o duševní zdraví, kteří své služby poskytují v rámci zákona o zdravotním pojištění. Vztahuje se tedy na poskytovatele obecné a specializované péče o duševní zdraví (tj. na služby druhého a třetího stupně adiktologické péče), ale nikoliv na praktické lékaře a jejich odbornou podporu, což v nizozemském systému představuje první stupeň péče.

Jednotliví poskytovatelé jsou povinni vypracovat vlastní statut kvality, který je veřejně přístupný a který garantuje, že jimi nabízené služby mají odpovídající kvalitativní i kvantitativní úroveň.

Statut kvality tedy slouží jako klíčový zdroj informací o jednotlivých fázích léčebného procesu v zařízení daného poskytovatele (předběžná fáze, registrace a příjem, diagnostika, léčba, ukončení léčby a následná péče), na jejichž základě je možné zhodnotit přiměřenost a vhodnost nabízených služeb. Klient je tak díky tomuto nástroji schopen učinit informovaný výběr poskytovatele péče a aktivně se účastnit rozhodování o podobě individuálního léčebného procesu.

K zajištění optimálního rozsahu poskytované péče, kdy klient ani netrpí jejím nedostatkem, ani péči zbytečně nenadužívá, přispívá statut kvality, jehož prostřednictvím je garantováno, že:

- poskytovatel péče je kompetentní, postupuje podle příslušných standardů péče a profesních postupů a udržuje svou odbornou kvalifikaci na požadované úrovni,
- péče je poskytována na principu sdružené péče, což znamená, že v případě potřeby jsou do léčby klienta zapojeni odborníci napříč různými obory,
- efektivita péče je pravidelně vyhodnocována, přičemž frekvence tohoto hodnocení je dána standardy péče a odvíjí se od konkrétního onemocnění,
- poskytovaný typ péče bude ukončen, pokud nevede k uspokojivým výsledkům⁴⁵.

Při tvorbě vlastního statutu kvality vycházejí jednotliví poskytovatelé z modelu statutu kvality, který vytvořil Národní institut zdravotní péče ve spolupráci s dalšími odbornými organizacemi. Tento model

⁴³ ZORGINSTITUUT NEDERLAND. Model Kwaliteitsstatuut GGZ [online]. Diemen: ZI, ©2017.

⁴⁴ TRIMBOS INSTITUUT. Focus op de geestelijke gezondheid [online]. Utrecht: TI, ©2015.

⁴⁵ ZORGINSTITUUT NEDERLAND. Model Kwaliteitsstatuut GGZ [online]. Diemen: ZI, ©2017.

specifikuje povinnosti v oblasti kvality a odpovědnosti, které v kontextu zákona o zdravotním pojištění musí poskytovatel služeb péče o duševní zdraví splňovat.

Model statutu kvality je uplatňován jako minimální standard péče, přičemž je využíván pro všechny typy služeb péče o duševní zdraví včetně adiktologických služeb. Model je rozdělen na obecnou část platnou pro všechny typy poskytovatelů a specifickou část pro různé typy služeb, která doplňuje tu obecnou a je určena jednak nezávislým poskytovatelům s vlastní praxí, jednak léčebným institucím. Model statutu kvality je svým charakterem živým dokumentem, který je pravidelně vyhodnocován. Na základě těchto vyhodnocení může být model částečně upravován či v kontextu lokální situace doplňován.

Statut kvality vytvářený jednotlivými poskytovateli péče je strukturován do třech základních tematických oblastí, z nichž každá je dále členěna. V případě nezávislých poskytovatelů s vlastní praxí je statut kvality následující:

- všeobecné informace,
 - identifikační údaje poskytovatele,
 - stupeň poskytované péče (obecná či specializovaná péče o duševní zdraví),
 - oblast zaměření (typ problému, typ léčby),
 - profesní zajištění (pracovníci a jejich kvalifikace),
 - profesní síť (spolupracující jednotlivci a instituce),
 - smlouvy se zdravotními pojišťovnami a způsob úhrady,
 - ceník služeb,
 - záruka kvality (splnění požadavky kvality vyplývající z profesní registrace, specializace nebo členství v profesní asociaci),
 - způsob řešení stížností a sporů,
 - zajištění péče v době prázdnin či neočekávaných událostí,
- léčebný proces,
 - čekací lhůty na příjem a zahájení léčby,
 - registrace a příjem (nastavení procedury),
 - diagnostika (personální zajištění),
 - léčba (tvorba léčebného plánu, kontaktní osoby, způsob komunikace, evaluace dosažených výsledků),
 - ukončení léčby a následná péče (stanovení dalších kroků),
- nakládání s osobními daty klientů⁴⁶.

V případě léčebných institucí je struktura statutu kvality stanovena takto:

- všeobecné informace,

⁴⁶ ZORGINSTITUUT NEDERLAND. Format Kwaliteitsstatuut GGZ – Vrijgevestigde [online]. Diemen: ZI, ©2017.

- identifikační údaje poskytovatele,
- kontaktní osoby,
- lokace,
- stupeň poskytované péče (obecná či specializovaná péče o duševní zdraví),
- služby poskytované v rámci obecné péče o duševní zdraví (typy služeb v rámci ambulantní péče, pobytové péče, adiktologické péče, péče o duševní zdraví seniorů a dalších),
- služby poskytované v rámci specializované péče o duševní zdraví (typy služeb v rámci ambulantní péče, pobytové péče, adiktologické péče, péče o duševní zdraví seniorů a dalších),
- spolupracující partneři (funkce partnerství, organizační zajištění),
- organizace péče,
 - implementace standardů péče a profesních směrnic,
 - spolupráce v rámci instituce,
 - nakládání s osobními daty klientů,
 - způsob řešení stížností a sporů,
- léčebný proces,
 - čekací lhůty na příjem a zahájení léčby,
 - registrace a příjem (nastavení procedury),
 - diagnostika (personální zajištění),
 - léčba (tvorba léčebného plánu, kontaktní osoby, způsob komunikace, evaluace dosažených výsledků),
 - ukončení léčby a následná péče (stanovení dalších kroků)⁴⁷.

K jednotlivým údajům uvedeným ve statutu kvality jsou přiřazeny podmínky a kritéria, jejichž splnění je nutnou podmínkou schválení navrhovaného statutu kvality. V případě schválení předloženého statutu kvality je daný poskytovatel Národním institutem zdravotní péče zařazen do veřejné databáze poskytovatelů⁴⁸. V případě neschválení musí poskytovatel služeb vypořádat připomínky a upravit statut kvality dle požadavků, jinak není oprávněn službu v rámci zákona o zdravotním pojištění poskytovat.

Nizozemský statut kvality (viz výše) vykazuje v převážné míře shodu s dokumentací českých sociálních a/nebo zdravotnických adiktologických služeb provozovaných nestátními neziskovými organizacemi, zčásti i těch poskytovaných rozpočtovými organizacemi MZ, respektive krajů či obcí a měst. Nestátní neziskové organizace uvádějí většinu všeobecných informací v registraci sociální služby, případně v akreditaci zdravotnického zařízení, s výjimkou spolupracujících partnerů, kteří bývají nejčastěji uváděni v operačních manuálech služby. Informace o organizaci péče a o léčebném procesu uvádějí NNO zpravidla v operačních manuálech služby, případně v organizačních či provozních řádech. Výjimku tvoří implementace standardů

⁴⁷ ZORGINSTITUUT NEDERLAND. Format Kwaliteitsstatuut GGZ – Vrijgevestigde [online]. Diemen: ZI, ©2017.

⁴⁸ MEDIQUEST. Frequently Asked Questions [online]. Utrecht: MediQuest, ©2018.

péče a profesních směrnic, respektive postupů, z nichž ty posledně zmíněné dosud nejsou v ČR zpracovány. Zdravotnická zařízení zřizovaná MZ, kraji či městy nebo obcemi nejsou povinna zpracovávat operační manuály. Výše uvedená dokumentace adiktologických služeb je v ČR, podobně jako v Nizozemsku, používána pro hodnocení kvality služeb s tou výjimkou, že v ČR jsou popisy služby obsažené v dokumentaci navíc ověřovány při místních šetřeních rozhovory s pracovníky a klienty služby.

Standardy kvality (GGZ Kwaliteitsstandaarden)

Standardy kvality jsou nástrojem, který je v Nizozemsku uplatňován s cílem dlouhodobě uchovat vysokou kvalitu a dostupnost péče o duševní zdraví, jejíž součástí jsou také adiktologické služby. Termín standardy kvality (kwaliteitsstandaarden) je souhrnným označením pro standardy péče (zorgstandaarden), obecné moduly (generieke module) a léčebné postupy (richtlijn). Obsah termínu navazuje na definici profesních standardů, která je obsažena v zákonu o zdravotním pojištění.

Standardy kvality jednak definují podobu kvalitní péče z pohledu klienta, jednak popisují veškeré elementy procesu péče. Ty zahrnují například indikaci, náplň péče, organizaci péče či důsledky léčby pro běžný život klienta. Zároveň standardy kvality stanovují, jaký typ péče je v případě konkrétní indikace nejoptimálnější.

Standardy kvality jsou vždy doplněny o odpovídající hodnotící ukazatele (meetinstrumenten), které zahrnují indikátory kvality a standardizované dotazníky, které slouží poskytovateli služeb jako nástroj pro sebehodnocení, zda naplňuje standardy kvality. Platnost standardů kvality a souvisejících hodnotících ukazatelů je podmíněna splněním kritérií, která na ně klade hodnotící rámec (toetsingskader kwaliteitsstandaarden) vytvořený Institutem kvality (Kwaliteitsinstituut) spadajícím pod Národní institut zdravotní péče. Konkrétně jde o následující požadavky:

- na procesu tvorby standardu kvality participují všechny relevantní subjekty, případně jsou alespoň brány v úvahu jejich stanoviska a doporučení,
- standard kvality je předložen společně všemi relevantními subjekty, které participovaly na jeho tvorbě,
- standard kvality obsahuje odpovídající popis náplně péče a její organizace,
- standard kvality zahrnuje verzi tohoto standardu určenou klientům, shrnutí standardu, soubor souvisejících hodnotících ukazatelů a plán udržitelnosti^{49 50}.

Standardy péče (zorgstandaarden) definují podobu kvalitní péče pro klienty s konkrétní poruchou, přičemž se věnují celému kontinuu péče. Standardy péče stanovují celostátní minimální úroveň péče, kterou musí jednotliví poskytovatelé při multidisciplinární léčbě konkrétní poruchy naplňovat. Standardy péče ukazují, co může klient oprávněně očekávat, a to nejen v oblasti medikace a léčby, ale také v dalších otázkách, jako je vlastní participace, prostředí, ve kterém péče probíhá, či organizace péče. Jinými slovy, všechny zúčastněné strany by díky existenci standardů péče měly disponovat jasnými představami o průběhu a podobě procesu péče v dané službě.

Tato písemná forma perspektivy klienta, kterou standardy péče de facto jsou, je důležitým zdrojem informací při rozhodování o budoucím postupu. Cílem je zajistit nejen kvalitní, ale také dosažitelnou,

⁴⁹ Strategické dokumenty počítají v blízké době se zavedením dalšího kritéria, kterým má být informační standard. Standard kvality by tak následně stanovoval, jaká data mají být získávána, jakým způsobem mají být shromažďována a jak mají být sdílena mezi jednotlivými subjekty.

⁵⁰ KWALITEITSONTWIKKELING GGZ. Meerjarenprogramma 2014–2017 [online]. Utrecht: NK GGZ, ©2014.

efektivní, přiměřenou a transparentní péči. Za tímto účelem byl stanoven jednotný obsah všech standardů péče, který je následující:

- obecná vize péče,
- uvedení standardu péče,
- popis poruchy,
- aspekty péče,
- individuální plán péče a léčby,
- zotavení, participace a reintegrace,
- obecné moduly,
- organizace péče,
- indikátory kvality.

Obecné moduly (generieke module) se na rozdíl od standardů péče nezabývají jednou konkrétní poruchou, ale řeší prvky a postupy péče, které jsou relevantní a aplikovatelné v rámci široké škály poruch. Zároveň mohou být tyto prvky a postupy často uplatňovány také v různých fázích péče. Jde například o podporu členů rodiny klienta, o denní aktivity nebo o participaci klientů na pracovním trhu.

Léčebné postupy (richtlijn) jsou dokumentem, který obsahuje multidisciplinární doporučení týkající se diagnostiky a léčby konkrétní poruchy. Vycházejí jednak ze závěrů vědeckých výzkumů, jednak ze znalostí a zkušeností poskytovatelů a příjemců péče. Jde tedy o souhrn vědeckých poznatků včetně výhod a nevýhod jednotlivých eventuálních léčebných postupů, jehož primárním cílem je přispívat ke zlepšení kvality péče. Na rozdíl od standardů péče nezahrnují léčebné postupy kompletní kontinuum péče, ale pouze některý z jeho aspektů. Několik léčebných postupů tedy může vycházet z jednoho standardu péče⁵¹.

Výše popsaný systém standardů kvality je v uvedené podobě využíván v Nizozemsku od roku 2013. Během čtyř let se do procesu tvorby standardů kvality zapojilo více než 1 000 zástupců odborníků, klientů a členů jejich rodin, poskytovatelů péče a pojišťoven. Vytvořeno bylo 16 standardů péče, 26 obecných modulů, jedny multidisciplinární léčebné postupy a 20 implementačních nástrojů. Přímo adiktologických služeb se týkaly například standardy péče „Závislost na opiátech“ („Opiaatverslaving“) či „Problémová konzumace alkoholu a závislost na alkoholu“ („Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving“)⁵².

Závaznost účasti v systému zajištění kvality pro poskytovatele služeb

Statut kvality je v Nizozemsku od 1. ledna 2017 povinný pro všechny poskytovatele zdravotnické péče o duševní zdraví (obecné i specializované), kteří své služby poskytují v rámci zákona o zdravotním pojištění. Získání statutu kvality je podmínkou pro to, aby byl daný poskytovatel zařazen Národním institutem zdravotní péče do veřejné databáze poskytovatelů. Pouze tyto poskytovatele pak mají možnost uzavřít smlouvu se zdravotní pojišťovnou. V případě, že daný poskytovatel statutem kvality nedisponuje, nebude jeho klientům poskytována léčba hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Povinnost získat statut kvality se ovšem nevztahuje na praktické lékaře a jejich odbornou podporu, tj. na tzv. první stupeň péče.

⁵¹ KWALITEITSONTWIKKELING GGZ. Toelichting op GGZ Standaarden [online]. Utrecht: NK GGZ, ©2018.

⁵² KWALITEITSONTWIKKELING GGZ. Meerjarenprogramma 2014–2017 [online]. Utrecht: NK GGZ, ©2014.

Standardy kvality nejsou přímo závazné a mají spíše doporučující charakter⁵³. V případě, že daný poskytovatel dlouhodobě vykazuje nedostatečnou kvalitu péče doprovázenou jejími horšími výsledky (objevují se např. stížnosti pacientů), zkoumá zdravotní pojišťovna či municipalita, zda poskytovatel postupuje podle stanovených standardů. Pokud tak nečiní, vyžadují příslušné instituce vysvětlení a případně nápravu. Opakované opomíjení standardů kvality se přirozeně může projevit na podobě smluvních vztahů s financujícím aktérem, např. ve formě výpovědi ze smlouvy o hrazení poskytované zdravotní péče zdravotní pojišťovnou.

1.3.2 Klíčoví aktéři v systému zajištění kvality služeb

Subjekt/-y definující standardy kvality služeb

Model statutu kvality, z něhož vycházejí jednotliví poskytovatelé při tvorbě vlastního statutu kvality, vznikl na základě kooperace patientských organizací, poskytovatelů péče a zdravotních pojišťoven. Mezi klíčové subjekty patřila například Národní platforma pro duševní zdraví (LPGGZ, Landelijk Platform Psychische Gezondheid), Sdružení poskytovatelů péče o duševní zdraví (GGZ Nederland), Nizozemská asociace pro psychiatrii (NVVP, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie), Národní sdružení nezávislých psychologů a psychoterapeutů (LVVP, Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen) či Nizozemský institut psychologů (NIP, Nederlands Instituut van Psychologen). Tyto a další organizace společně předložily model statutu kvality Národnímu institutu zdravotní péče, jehož správní rada rozhodla o zařazení modelu do veřejného registru, čímž statut kvality nabyl platnosti⁵⁴.

Hlavním subjektem zajišťujícím tvorbu standardů kvality je Síť pro zajištění kvality péče o duševní zdraví (Kwaliteitsontwikkeling GGZ), která vznikla v roce 2013 společnou aktivitou Nizozemské asociace pro psychiatrii, Nizozemského institutu psychologů a Národní platformy pro duševní zdraví. Na tvorbě standardů kvality však Síť spolupracuje také s celou řadou profesních organizací a dalších zainteresovaných subjektů. Nejuzší spolupráce je navázána se Sdružením poskytovatelů péče o duševní zdraví, Asociací zdravotních pojišťoven (ZN, Zorgverzekeraars Nederland), Institutem kvality (Kwaliteitsinstituut), Nizozemskou organizací pro výzkum a vývoj zdraví (ZONMW, Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie), Sdružením poskytovatelů péče o duševní zdraví (GGZ Nederland) a Nadací Benchmark GGZ (SBG, Stichting Benchmark GGZ)⁵⁵.

Subjekt/-y zapojené do hodnocení kvality služeb

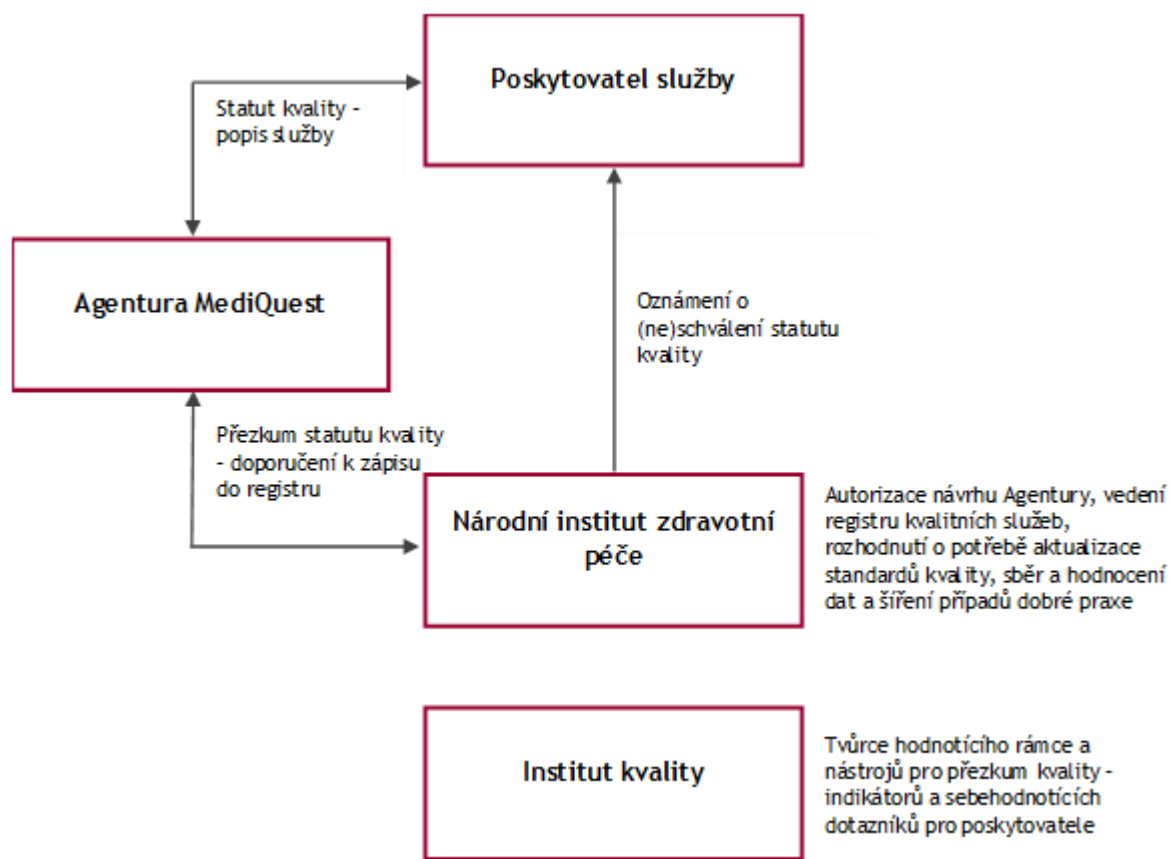
Model hodnocení kvality adiktologických služeb včetně hlavních úkonů, které v jeho procesu klíčoví aktéři vykonávají, zřehledňuje následující graf.

⁵³ Přestože mají standardy kvality pouze doporučující charakter, je jejich respektování více než žádoucí, jelikož představuje určitou garanci kvality poskytovaných služeb.

⁵⁴ ZORGINSTITUUT NEDERLAND. Model Kwaliteitsstatuut GGZ [online]. Diemen: ZI, ©2017.

⁵⁵ KWALITEITSONTWIKKELING GGZ. Meerjarenprogramma 2014–2017 [online]. Utrecht: NK GGZ, ©2014.

Schéma 2 Průběh procesu hodnocení kvality adiktologických služeb v Nizozemsku



Zdroj: Vlastní zpracování

Poskytovatelé zdravotní péče o duševní zdraví (obecné i specializované), kteří poskytují své služby v rámci zákona o zdravotním pojištění, jsou povinni vypracovat vlastní statut kvality. Tento statut je následně postoupen nezávislé výzkumné agentuře MediQuest, která provádí během 24 hodin jeho přezkum. Pokud daný poskytovatel splní podmínky a kritéria, předá MediQuest tuto informaci Národnímu institutu zdravotní péče, který statut kvality daného poskytovatele zveřejní ve veřejné databázi⁵⁶.

Vzhledem k doporučujícímu charakteru standardů kvality neexistuje v Nizozemsku ucelený kontrolní mechanismus jejich dodržování podobný českému systému certifikací RVKPP. Důvodem je pravděpodobně kulturní odlišnost mezi českou a nizozemskou společností, v níž se a priori neočekává, že by poskytovatel služby, bez ohledu na formu jeho právní subjektivity, v praxi nedodržel popis služby, který uvedl ve statutu kvality. Monitoring kvality poskytované péče a jeho financování obecně zajišťuje Nizozemský úřad zdravotní péče (NZA, Nederlandse Zorgautoriteit) a Inspektorát zdravotní péče a mládeže (IGJ, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd). Inspektorát však přistupuje k cílenému hodnocení kvality poskytované služby až v případě důvodného podezření (např. na základě stížnosti pacientů), že služba standardy kvality nedodrhuje.

⁵⁶ MEDIQUEST. Frequently Asked Questions [online]. Utrecht: MediQuest, ©2018.

1.3.3 *Financování systému zajištění kvality služeb*

Zdroje financování systému hodnocení kvality služeb

Proces přezkumu statutu kvality, jeho schválení a následné zařazení zdravotnické služby do veřejného registru je financováno z veřejných zdrojů. Samotný poskytovatel péče v této souvislosti nehradí žádný poplatek. Náklady na straně poskytovatele tak jsou spojeny pouze s administrativní zátěží, spojenou s vytvořením a případnou aktualizací statutu kvality, respektive s aktivitami interního hodnocení kvality služby.

Proces tvorby standardů kvality je financován Síťí pro zajištění kvality péče o duševní zdraví, která získává finanční prostředky od členských organizací, spolupracujících organizací a z veřejných rozpočtů. Financování monitoringu kvality, jak již bylo zmíněno výše, obecně zajišťuje Nizozemský úřad zdravotní péče (NZA, Nederlandse Zorgautoriteit) a Inspektorát zdravotní péče (IGZ, Inspectie voor Gezondheidszorg).

1.3.4 *Shrnutí a diskuse*

Odpovědnost za provádění a plánování protidrogové politiky je v Nizozemsku sdílena několika ministerstvy, přičemž koordinace jednotlivých aktivit a činností je zajišťována prostřednictvím společných jednání jejich protidrogových koordinátorů. Nadrezortní přístup ke službám prevence, léčby a minimalizace rizik ale zajišťuje v porovnání s ČR “třírezortní” Ministerstvo zdravotnictví, sociálních věcí a sportu Nizozemska. Poskytovatelé služeb v Nizozemsku nejsou díky tomu nuceni např. uměle odlišovat “zdravotnické” výkony a výkony “sociální práce”, jak je požadováno po poskytovatelích adiktologických služeb v ČR. Adiktologické služby jsou v holandském případě součástí širší agendy služeb péče o duševní zdraví a jsou upraveny řadou právních předpisů, které v roce 2015 doznaly výrazných změn. Z pohledu systému zajištění kvality služeb je zásadní Zákon o zdravotním pojištění.

V rámci systému hodnocení a ověřování kvality adiktologických služeb jsou v Nizozemsku uplatňovány dva nástroje: statut kvality (strukturovaný popis služby) a standardy kvality (standardy a léčebné postupy). Statut kvality je uplatňován vůči poskytovatelům zdravotnické péče o duševní zdraví, kteří své služby poskytují v rámci zákona o zdravotním pojištění. Jednotliví poskytovatelé jsou na jeho základě povinni vypracovat vlastní statut kvality (v ČR dokumentace služby – operační manuál, provozní a/nebo organizační řád – používané při certifikaci služby), který je veřejně přístupný a který garantuje, že jimi nabízené služby mají odpovídající kvalitativní i kvantitativní úroveň. Tento nástroj vykazuje v převážné míře shodu s dokumentací sociálních a/nebo zdravotnických adiktologických služeb provozovaných nestátními neziskovými organizacemi, která je využívána v České republice. Standardy kvality jsou v Nizozemsku využívány s cílem dlouhodobě uchovat vysokou kvalitu a dostupnost služeb péče o duševní zdraví, včetně služeb adiktologických. Tento nástroj jednak definuje podobu kvalitní péče z pohledu klienta, jednak popisuje veškeré elementy procesu péče. Zároveň standardy kvality stanovují, jaký typ péče a léčebné postupy jsou v případě konkrétní indikace nejoptimálnější. Nizozemské standardy tak neobsahují pouze standardy odborné způsobilosti, jak je známe v ČR, ale i léčebné postupy pro práci s pacienty/klienty, které jsou v ČR dosud jen ve fázi úvah o jejich vytvoření.

Závaznost výše uvedených nástrojů se liší. Zpracovat statut kvality jsou povinni všichni poskytovatelé služeb zdravotnické péče o duševní zdraví, kteří své služby poskytují v rámci zákona o zdravotním pojištění. Jde tedy o nutnou podmínku pro zařazení poskytovatele do veřejné databáze a pro možnost uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou. Standardy kvality naopak nejsou přímo závazné a mají spíše doporučující charakter. Od poskytovatelů služeb, kteří se na tvorbě standardů podíleli, se však očekává, že budou standardy kvality dodržovat.

Model statutu kvality, z něhož vycházejí jednotliví poskytovatelé při tvorbě vlastního statutu kvality, je připravován celou řadou subjektů zahrnující patientské organizace, poskytovatele péče a zdravotní pojišťovny. Definitivní rozhodnutí o jeho přijetí činí Národní institut zdravotní péče. Velké množství subjektů se také podílí na tvorbě standardů kvality. Klíčovým aktérem je Síť pro zajištění kvality péče o duševní zdraví, která spolupracuje s řadou dalších profesních organizací a zainteresovaných subjektů.

Hodnocení statutu kvality, které byly předloženy jednotlivými poskytovateli, provádí nezávislá výzkumná agentura MediQuest, jež závěry svého přezkumu postupuje Národnímu institutu zdravotní péče. V případě standardů kvality neexistuje v Nizozemsku ucelený kontrolní mechanismus jejich dodržování podobný systému certifikací RVKPP v ČR. Jak již bylo argumentováno, je to patrně důsledkem kulturního rozdílu mezi ČR a Nizozemskem, kde nikdo neočekává, že by poskytovatelé odborných služeb, bez ohledu na právní formu, standardy kvality nedodržovali⁵⁷.

1.3.5 Zdroje

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. Netherlands Country Drug Report 2017 [online]. Lisbon: EMCDDA, ©2017 [cit. 2018-02-15]. Dostupné z: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4512/TD0616155ENN.pdf>.

GOVERNMENT OF THE NETHERLANDS. Primary and secondary mental health care [online]. Hague: GN, ©2018 [cit. 2018-02-15]. Dostupné z: <https://www.government.nl/topics/mental-health-services/primary-and-secondary-mental-health-care>.

KWALITEITSONTWIKKELING GGZ. Meerjarenprogramma 2014–2017 [online]. Utrecht: NK GGZ, ©2014 [cit. 2018-02-15]. Dostupné z: <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/wp-content/uploads/2016/06/Digitale-versie-Meerjarenprogramma-Netwerk-Kwaliteitsontwikkeling-GGZ-1.pdf>.

KWALITEITSONTWIKKELING GGZ. Toelichting op GGZ Standaarden [online]. Utrecht: NK GGZ, ©2018 [cit. 2018-02-15]. Dostupné z: <https://www.ggzstandaarden.nl/pagina/toelichting-ggz-standaarden>.

MEDIQUEST. Frequently Asked Questions [online]. Utrecht: MediQuest, ©2018 [cit. 2018-02-15]. Dostupné z: <https://www.ggzkwaliteitsstatuut.nl/Home/Faq>.

NEDERLAND. Wet van 1 maart 2014 inzake regels over de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor preventie, ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en ouders bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen (Jeugdwet). Dostupné z: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0034925/2018-01-01>.

NEDERLAND. Wet van 3 december 2014, houdende regels inzake de verzekering van zorg aan mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg (Wet langdurige zorg). Dostupné z: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0035917/2018-01-01>.

NEDERLAND. Wet van 9 juli 2014, houdende regels inzake de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015). Dostupné z: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0035362/2018-01-01>.

NEDERLAND. Wet van 9 oktober 2008, houdende bepalingen over de zorg voor de publieke gezondheid (Wet publieke gezondheid). Dostupné z: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0024705/2018-01-01>.

⁵⁷ Schválení statutu kvality předloženého konkrétním poskytovatelem tedy není přímo podmíněno bezvýhradným respektováním standardů kvality. Neexistuje ovšem relevantní důvod, pro který by poskytovatelé tyto standardy cíleně ignorovali.

NEDERLAND. Wet van 16 juni 2005, houdende regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringswet). Dostupné z: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0018450/2018-01-01>.

NEDERLAND. Wet van 25 mei 1990, houdende regels met betrekking tot collectieve preventie op het gebied van de volksgezondheid. Dostupné z: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0004760/2007-01-01>.

SOCIOTRENDY. Analýza mezinárodního a národního legislativního rámce protidrogové politiky a mezinárodních, národních a regionálních strategických dokumentů. Olomouc: Sociotrendy, 2017.

TRIMBOS INSTITUUT. Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. The Netherlands Drug Situation 2010 [online]. Utrecht: TI, ©2010 [cit. 2018-02-15]. Dostupné z: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_142509_EN_NL-NR2010.pdf.

TRIMBOS INSTITUUT. Focus op de geestelijke gezondheid [online]. Utrecht: TI, ©2015 [cit. 2018-02-15]. Dostupné z: <https://assets.trimbos.nl/docs/c3eb213b-4ec0-4bc0-97b0-1119b4e3707d.pdf>.

ZORGINSTITUUT NEDERLAND. Model Kwaliteitsstatuut GGZ [online]. Diemen: ZI, ©2017 [cit. 2018-02-15]. Dostupné z: <https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/model-kwaliteitsstatuut-ggz/RegisterKwaliteitsstandaardenDocumenten/Model%20Kwaliteitsstatuut%20GGZ.pdf>.

ZORGINSTITUUT NEDERLAND. Format Kwaliteitsstatuut GGZ – Vrijgevestigde [online]. Diemen: ZI, ©2017 [cit. 2018-02-15]. Dostupné z: <https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/model-kwaliteitsstatuut-ggz/RegisterKwaliteitsstandaardenDocumenten/Format%20Kwaliteitsst.%20ggz%20vrijgevestigde.pdf>.

1.4 Rakousko

1.4.1 Institucionální rámec zajištění kvality služeb

Přehled hlavních aktérů, kteří jsou v Rakousku zapojeni do systému zajištění a hodnocení kvality adiktologických služeb uvádí následující tabulka.

Tabulka 5 Hlavní aktéři v modelu zajištění a hodnocení kvality adiktologických služeb v Rakousku

Subjekt	Charakteristika
Ministerstvo práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů (BMASGK, Bundeministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz)	Zodpovídá za koordinaci rakouské protidrogové politiky na federální úrovni a zajišťuje spolupráci mezi federální úrovní a úrovní jednotlivých spolkových zemí. Dále ministerstvo na základě federálního zákona o kvalitě zdravotnických služeb vydává standardy kvality ve formě federálních směrnic kvality nebo federálních postupů kvality, vytváří systém celostátního reportingu kvality a stanovuje systém celostátního monitorování a kontroly. Ministerstvo také na základě federálního zákona o omamných látkách publikuje ve sbírce zákonů dostatečný počet zařízení a společností, které nabízejí služby jednotlivcům zneužívajícím omamné látky, a vydává závazné pokyny definující minimální standardy kvality, které musí jednotlivá zařízení a společnosti splňovat.
Spolkový úřad pro protidrogovou koordinaci	Úřad sdružuje zástupce Ministerstva práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů, Ministerstva vnitra, Ministerstva spravedlnosti a případně dalších ministerstev a je pověřen výkonem protidrogových politik, přípravou souvisejících ministerských rozhodnutí a zastupováním země na mezinárodní scéně. Jde o období české Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky.
Federální protidrogové fórum	Fórum sdružuje zástupce federálních ministerstev, spolkových zemí, federace lokálních vlád a dalších institucí a představuje koordinační a poradní orgán pro devět spolkových zemí. Jde o období Výboru zástupců rezortů a institucí v kombinaci s Výborem zástupců krajů.
Institut Zdraví Rakouska (GÖG, Gesundheit Österreich)	Institut je celostátním výzkumným a plánovacím ústavem se zaměřením na zdravotnictví a podporu zdraví. Ústav je zřízen na základě zákona a je odpovědný federální vládě. Právně má formu společnosti s ručením omezeným, v níž jediným společníkem je stát zastupovaný resortním ministrem/ministryní. Institut je členěn na Rakouský federální ústav pro zdravotnictví, Spolkový ústav pro kvalitu ve zdravotnictví a Fond zdravého Rakouska). Institut zajišťuje partnerské propojení všech základních odpovědných činitelů zdravotnictví, zejména územních sdružení a zákonného sociálního pojištění, a garantuje interdisciplinární a multiprofesionální propojení poskytovatelů zdravotní péče.
Zemská oddělení prevence závislosti	Státní instituce odpovědné za plánování, organizování a implementaci preventivních opatření na lokální nebo regionální úrovni.
Rakouský spolkový ústav pro zdravotnictví (ÖBIG, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen GmbH)	Ústav je jednou ze tří základních složek GÖG a je taktéž společností s ručením omezeným zřízovanou rakouským státem. Mezi jeho hlavní činnosti patří výkon výzkumných prací, příprava podkladů, metod a nástrojů pro plánování, řízení a hodnocení a tvorba zpráv výhradně na zakázku státu. Ústav také na základě pověření Ministerstva práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů definuje minimální standardy kvality institucí (respektive akreditační kritéria) vycházející z federálního zákona o omamných látkách.
Institut pro kvalitu ve zdravotnictví (BIQG, Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen)	Institut je jednou ze tří základních složek GÖG a jeho hlavním úkolem je rozvíjet, prosazovat a pravidelně hodnotit celorakouský systém kvality zdravotní péče. V souvislosti s federálním zákonem o kvalitě zdravotnických služeb je institut odpovědný za přípravu standardů kvality ve formě federálních směrnic kvality či federálních postupů kvality.

Zdroj: Vlastní zpracování

Hlavní odpovědnost za koordinaci rakouské protidrogové politiky na federální úrovni nese Ministerstvo práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů (BMASGK, Bundeministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz), které mimo jiné zajišťuje spolupráci mezi federální úrovní a úrovní

jednotlivých spolkových zemí. Zástupce ministerstva předsedá Spolkovému úřadu pro protidrogovou koordinaci, jehož permanentními členy jsou dále zástupci Ministerstva vnitra (MBI, Bundesministerium für Inneres) a Ministerstva spravedlnosti (BMJ, Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz). Zástupci ostatních ministerstev se jednání tohoto orgánu účastní na ad hoc bázi. Úřad je pověřen výkonem protidrogových politik, přípravou souvisejících ministerských rozhodnutí a zastupováním země na mezinárodní scéně.

Představitel Ministerstva práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů dále vede Federální protidrogové fórum, ve kterém jsou zastoupeni představitelé federálních ministerstev, spolkových zemí, federace lokálních vlád, Institutu Zdraví Rakouska (GÖG, Gesundheit Österreich) a Sdružení pro prevenci závislosti (ARGE Suchtvorbeugung⁵⁸). V případě potřeby jsou na jednání Federálního protidrogového fóra přizváni další experti a akademici. Fórum představuje pro devět spolkových zemí hlavní koordinační a poradní orgán.

Jednotlivé spolkové země zřizují pozice koordinátorů závislostí/protidrogových koordinátorů, jejichž úkolem je plánovat, koordinovat a vzájemně propojovat jednotlivé aspekty protidrogové politiky v dané spolkové zemi. Koordinátoři zároveň poskytují zemským vládám odborné konzultace, připomínají návrhy zákonů a jsou odpovědní za informování veřejnosti. V zájmu zajištění pravidelného kontaktu s federálními autoritami se koordinátoři účastní jednání Federálního protidrogového fóra. Naopak společné pozice a stanoviska jednotlivých spolkových zemí jsou připravována v rámci Zemské konference úřadů pro protidrogovou koordinaci, která je další platformou posilující spolupráci na různých úrovních veřejné správy.

V každé spolkové zemi dále fungují, při spolkových vládách, oddělení prevence závislostí. Ta vytvářejí společnou pracovní skupinu sdružující zástupce ze všech rakouských spolkových zemí. Jejich aktivity jsou koordinovány v rámci Sdružení pro prevenci závislostí⁵⁹.

Rámec rakouské protidrogové politiky je dán zejména federálním zákonem o omamných látkách (SMG, Suchtmittelgesetz) a jeho doprovodnými vyhláškami a Rakouskou strategií prevence závislostí. Za hlavní východiska rakouského přístupu lze označit snahu o co možná nejmenší rozsah závislostí ve společnosti, chápání závislosti jakožto nemoci a také důsledné rozlišování mezi závislostí a obchodováním s drogami. Klíčovým principem uplatňovaným v celé zemi je zásada „léčba místo trestu“. Takto stanovený rámec protidrogové politiky je dále doplněn jednak dalšími federálními strategiemi (např. Rakouská strategie zdraví dětí a dospívajících či Zdravotní cíle Rakouska), jednak strategiemi jednotlivých spolkových zemí cílících přímo na problematiku závislostí a drog na jejich území⁶⁰. Tyto zemské strategie, vzájemně se lišící svou strukturou a podobou, stanovují cíle a oblasti intervencí drogové politiky jednotlivých spolkových zemí.

Výše uvedená spolková strategie, která byla přijata až v roce 2015, stanovuje následující cíle a principy:

- omezovat na minimum škodlivé účinky užívání psychotropních látek a závislostního chování,

⁵⁸ Sdružení pro prevenci závislostí (ARGE Suchtvorbeugung) je strukturovanou a institucionalizovanou sítí sdružující oddělení prevence závislostí zřízená v jednotlivých spolkových zemích Rakouska. Sdružení zajišťuje koordinaci činností vykonávaných jednotlivými odděleními a umožňuje vytvoření jednotného přístupu k řízení projektů, k tvorbě materiálů a k organizaci aktivit v oblasti prevence závislostí.

⁵⁹ GESUNDHEIT ÖSTERREICH GMBH. Report on the Drug Situation 2017 [online]. Vienna: GÖG, ©2017.

⁶⁰ Vzhledem k ústavnímu systému Rakouska představují spolkové země důležité aktéry v otázce definování a implementace opatření protidrogových politik.

- v rámci systému zdravotní a sociální péče poskytovat služby podporující závislé osoby, a to v souladu s jejich potřebami,
- přijímat vhodná opatření, která závislým osobám pomohou zlepšit jejich zdraví, znovu se začlenit do společenského života a zabránit jejich případné marginalizaci,
- umožňovat závislým osobám získat kontrolu nad svými životy a prostřednictvím sociální reintegrace a reintegrace na trhu práce přispět k nalezení smyslu života,
- podporovat společensky přijatelnou koexistenci všech lidí ve veřejném prostoru⁶¹.

Spolková strategie dále zmiňuje, že hodnocení a zajištění kvality jsou klíčovými nástroji plánování a kontroly adiktologických služeb. Pravidelný sběr dat a monitoring jsou vnímány jako nezbytný základ dalšího výzkumu, jehož závěry jsou relevantní pro samotné poskytování služeb⁶².

Prevence, jako integrální součást holistického přístupu k problematice závislostí, je z pohledu spolkových i zemských strategií chápána jako dlouhodobý vzdělávací proces a úkol zahrnující celou společnost. Preventivní opatření jsou primárně plánována, organizována a implementována na lokální nebo regionální úrovni, přičemž zásadní roli v tomto procesu hrají zemská oddělení prevence závislostí, jejichž struktura, personální obsazení, rozsah projektů a dostupnost fondů se však napříč spolkovými zeměmi výrazně liší. Preventivní opatření jsou obvykle realizována ve spolupráci s učiteli ve školách, učiteli v mateřských školách, školními psychology, pracovníky ve sféře volnočasových aktivit, představiteli městských samospráv a policie či zástupci podniků. V Rakousku nabývají preventivní opatření různých podob. Všeobecná prevence se zaměřuje na různá prostředí (školy, města, mateřské školy) a cílí na velké skupiny obyvatel bez ohledu na jejich individuální situaci a pravděpodobnost výskytu závislostí. Selektivní prevence se soustředí na menší skupiny, u jejichž členů je kvůli biologickým, psychologickým či sociálním faktorům pravděpodobnější výskyt závislostí než u běžné populace (např. děti závislých rodičů). Indikovaná prevence se pak věnuje osobám, u kterých se již objevily prvky problémového chování spojeného s užíváním drog.

Preventivní opatření jsou financována z různých zdrojů, z nichž hlavní jsou prostředky z rozpočtů spolkových zemí určené na oblast zdravotnictví, sociální péče a vzdělávání. Na spolkové úrovni je možné ke spolufinancování využít Fond Zdravé Rakousko (FGÖ, Fonds Gesundes Österreich), který je však zaměřen primárně na inovativní projekty podporující výměnu znalostí. Dále je k dispozici rozpočet Ministerstva školství, vědy a výzkumu (BMBWF, Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung), ze kterého jsou financovány zejména služby školních psychologů. Informační kampaně jsou pak většinou financovány prostřednictvím Fondu pro vzdělávání v oblasti životního prostředí a zdraví (Umwelt- und Gesundheitsbildungsfonds). Finanční prostředky z dalších veřejných zdrojů či soukromých zdrojů jsou méně relevantní.

V oblasti léčby zdůrazňují spolkové i zemské koncepce nutnost poskytnutí různorodých léčebných možností a zajištění víceoborového přístupu s cílem reagovat na individuální situaci a potřeby konkrétního klienta. Za tímto účelem jsou v jednotlivých spolkových zemích uplatňovány různé postupy, přičemž jejich implementaci koordinují zemské úřady pro protidrogovou koordinaci ve spolupráci s orgány veřejné správy. Léčebné služby zahrnují například poradenské služby týkající se různých aspektů závislostí, psychosociální poradenství a léčbu, léčbu s farmakologickou podporou, detoxifikaci či abstinenčně orientovanou léčbu.

⁶¹ BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT Österreichische Suchtpräventionsstrategie [online]. Vienna: BMG, ©2015.

⁶² Tamtéž.

Přestože většina typů léčby není orientována na specifickou látku či cílovou skupinu, lze nalézt také výjimky koncentrující se například na uživatele kokainu či závislé ženy.

Ambulantní služby jsou nejčastěji poskytovány centry specializujícími se na problematiku závislostí a centry přidruženými k organizacím, které nabízejí širokou škálu psychosociálních služeb. Dalšími poskytovateli jsou soukromí lékaři (praktičtí lékaři, psychiatři a psychoterapeuti) a ambulance v rámci psychiatrických i běžných nemocnic. Specializovaná centra často fungují v podobě neziskových organizací nebo soukromých sdružení. Dále v Rakousku existují i soukromá centra působící jako společnosti s ručením omezeným či jako nadace. Většina nemocnic jsou veřejné (rozpočtové) instituce, které však mohou být organizovány také jako společnosti s ručením omezeným.

Pobytové služby jsou zpravidla poskytovány centry, která se výlučně specializují na oblast závislostí (v ČR například Psychiatrická léčebna Červený Dvůr nebo terapeutické komunity), nebo centry přidruženými k institucím nabízejícím větší rozsah lékařských a psychosociálních služeb (obdoba oddělení pro léčbu osob se závislostmi v některých psychiatrických nemocnicích v ČR). Poskytovatelé pobytových služeb jsou obvykle neziskové organizace, společnosti s ručením omezeným či nadace.

Financování léčebných služeb je primárně zajištěno z rozpočtů jednotlivých spolkových zemí, které tyto služby hradí buď formou finanční podpory směřované na konkrétní typ služby, nebo formou finanční podpory konkrétního klienta. Dalšími zdroji financování jsou federální rozpočty Ministerstva práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů a Ministerstva spravedlnosti. Významnou roli hrají také fondy sociálního zabezpečení, a to zejména v oblasti detoxifikace, substituční léčby opioidními agonisty a pobytových služeb⁶³.

Služby minimalizace rizik jsou plnohodnotnou součástí Rakouské strategie prevence závislostí a jejich cílem je redukce negativních dopadů plynoucích z užívání psychotropních látek a závislostního chování. Služby minimalizace rizik jsou ve výlučné pravomoci spolkových zemí a zahrnují různorodé typy služeb, které jsou poskytovány zejména centry specializujícími se na práci se závislými osobami. Tato centra (obdoba kontaktních center v ČR) zajišťují nízkoprahové a terénní služby, které se soustředí na omezení šíření infekčních onemocnění spojených s užíváním drog (například prostřednictvím výměny injekčních jehel a stříkaček, testování na HIV a hepatitidu, očkování), na zajištění bezpečnějších forem sexuálního styku a na předcházení mimořádným událostem. Zmiňovaná centra jsou obvykle provozována nezávislými organizacemi za úzké spolupráce s koordinátory prevence závislostí/protidrogovými koordinátory v jednotlivých spolkových zemích.

Financování služeb minimalizace rizik je zajišťováno výlučně jednotlivými spolkovými zeměmi, přičemž finanční prostředky pocházejí z různých rozpočtových kapitol⁶⁴.

Přestože Rakouská strategie prevence závislostí stanovuje hodnocení a zajištění kvality jako klíčové nástroje plánování a kontroly adiktologických služeb, neexistuje v Rakousku na federální úrovni komplexní a funkční mechanismus zajištění jejich kvality. Navzdory tomu je ale možné identifikovat dílčí nástroje, které k zabezpečení kvality rakouských adiktologických služeb přispívají.

⁶³ GESUNDHEIT ÖSTERREICH GMBH. Report on the Drug Situation 2017 [online]. Vienna: GÖG, ©2017.

⁶⁴ EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. Austria Country Drug Report 2017 [online]. Lisbon: EMCDDA, ©2017.

Legislativní ukotvení systému zajištění kvality služeb

Legislativní rámec systému zajištění kvality adiktologických služeb je utvářen zejména dvěma federálními zákony, a to federálním zákonem o kvalitě zdravotnických služeb (GQG, Gesundheitsqualitätsgesetz)⁶⁵ a federálním zákonem o omamných látkách (SMG, Suchtmittelgesetz)⁶⁶.

Federální zákon o kvalitě zdravotnických služeb, účinný od 1. ledna 2005, umožňuje ministru práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů podporovat rozvoj standardů kvality jednotlivých vykonávaných zdravotnických služeb. Tyto standardy kvality jsou chápány jako definovatelné zákonitosti a ustanovení týkající se vybavení, postupů a chování, které mohou nabývat buď podoby federálních směrnic kvality (BQRL) nebo federálních postupů kvality (BQLL). Zatímco směrnice kvality jsou vydávány ministerským nařízením a mají závazný charakter, postupy kvality jsou pouze doporučením pro jednotlivé poskytovatele (jde tedy spíše o doporučené postupy práce s klienty služeb). Jak směrnice kvality, tak postupy kvality však musí splňovat následující kritéria:

- jednotnost na celostátní úrovni,
- zohlednění přístupů jednotlivých oborů a specializací,
- orientace na pacienta/klienta,
- respektování základních principů podpory zdraví,
- transparentnost,
- reflexe současných vědeckých poznatků a zkušeností s cílem zajistit maximální efektivitu.

K jednotlivým směrnicím kvality a doporučeným postupům při léčbě pacientů/klientů mohou být přiřazovány indikátory kvality, což jsou měřitelné ukazatele, jejichž prostřednictvím je možné sledovat, porovnávat a hodnotit kvalitu služeb. Prostřednictvím směrnic kvality či postupů kvality mohou být ministrem práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů definovány požadavky jak v oblasti strukturální kvality⁶⁷, tak i v oblasti procedurální kvality⁶⁸ a v oblasti kvality výsledků⁶⁹.

Federální zákon o kvalitě zdravotnických služeb dále počítá s tím, že ministr práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů ustanoví systém celostátního reportingu kvality, který bude uplatňován napříč jednotlivými spolkovými zeměmi, odvětvími a specializacemi. Takto nastavený systém musí podle zákona splňovat následující parametry:

- zaznamenání dat nezbytných pro ověření souladu s ustanoveními zákona,
- zajištění celonárodních dat relevantních pro monitorování kvality rakouského systému zdravotní péče,

⁶⁵ REPUBLIK ÖSTERREICH. Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG).

⁶⁶ REPUBLIK ÖSTERREICH. Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Drogenausgangsstoffe (Suchtmittelgesetz – SMG).

⁶⁷ Pojem strukturální kvalita označuje materiální vybavení a personální zajištění vyjádřené kvantitativním i kvalitativním způsobem.

⁶⁸ Pojem procesní kvalita označuje pracovní postupy a procedury systematicky prováděné podle rekonstruovatelných a přezkoumatelných pravidel a podle současných odborných znalostí. Tyto postupy a procedury jsou pravidelně vyhodnocovány a průběžně zlepšovány.

⁶⁹ Pojem kvalita výsledků označuje měřitelné změny zdravotního stavu, kvality života a míry spokojenosti konkrétního pacienta či skupiny osob, ke kterým dochází v důsledku konkrétních podmínek a opatření.

- udržení přijatelné výše administrativních nákladů souvisejících s reportingem a využití existující dokumentace v maximálním rozsahu.

Ministr práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů má dále podle federálního zákona o kvalitě zdravotnických služeb ustanovit celostátní systém monitorování a kontroly, který umožní následující:

- ověřit účast poskytovatelů služeb v rakouském systému reportingu kvality,
- ověřit implementaci federálních směrnic kvality do praxe služeb,
- hodnotit implementaci a aplikaci federálních postupů kvality a obdobných nástrojů.

V této souvislosti musí ministr práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů zajistit výkon externí kontroly kvality práce v rámci systému zdravotní péče. Za tímto účelem disponuje ministr a jím zmocněné organizace a úřady právem vyžádat si příslušné informace a zprávy, prověřovat dokumentaci související s kvalitou práce a provádět potřebná šetření.

Podle federálního zákona o omamných látkách (§ 15) publikuje ministr práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů ve sbírce zákonů (BGBl, Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich) dostatečný počet zařízení a společností, které nabízejí služby jednotlivcům zneužívajícím omamné látky, tj. potřebám odpovídající síť specializovaných adiktologických služeb. Při tomto úkonu bere ministr ohled na regionální potřeby, které souvisejí s prováděním opatření týkajících se ochrany zdraví⁷⁰. Za faktický provoz a financování těchto zařízení a společností jsou vzhledem k rakouskému federálnímu uspořádání odpovědné jednotlivé spolkové země⁷¹.

Ve sbírce zákonů publikovaná zařízení a společnosti, tj. obdoba v ČR často diskutované „síť adiktologických služeb“, musí splňovat tyto parametry:

- hlavními cíli poskytované léčby, poradenství či pečovatelské činnosti musí být abstinence závislého od zneužívané látky a jeho sociální reintegrace,
- zařízení a společnosti musí disponovat lékařem dostatečně obeznámeným s problematikou zneužívání drog,
- zařízení a společnosti musí disponovat kvalifikovaným personálem pro zajištění alespoň jedné z uvedených služeb: klinicko-psychologické poradenství a péče, psychoterapie, psychosociální poradenství a péče.

Zařízení a společnosti publikované ve sbírce zákonů (viz výše) mají dle zákona povinnost poskytnout ministru práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů, respektive jím pověřeným pracovníkům (viz níže), veškeré dokumenty související s poskytovanými službami a zároveň umožnit výkon šetření a kontroly přímo v místě poskytování služby.

V souvislosti se zněním § 15 federálního zákona o omamných látkách vydal ministr práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů závazné pokyny definující minimální standardy kvality, které musí jednotlivá zařízení a společnosti poskytující adiktologické služby splňovat, aby mohly být publikovány ve sbírce zákonů. Tyto minimální standardy kvality lze vnímat jako podmínky udělení akreditace (viz níže). Jde tedy o podobný mechanismus, jako je používán v případě akreditace zdravotnických zařízení, respektive registrace MPSV v ČR.

⁷⁰ Při tomto úkonu vychází ministr zdravotnictví ze stanovisek a doporučení jednotlivých spolkových zemí.

⁷¹ HORVATH, Ilonka. Quality Assurance in Austria [elektronická pošta]. Osobní komunikace.

Cíle systému zajištění kvality služeb

Cíle systému zajištění kvality služeb jsou definovány jednak ve federálním zákoně o kvalitě zdravotnických služeb, jednak ve Strategii kvality rakouského systému zdravotní péče, která byla přijata v roce 2010.

Federální zákon o kvalitě zdravotnických služeb má následující ambice:

- zajistit, zabezpečit a zlepšit kvalitu služeb v rámci rakouského systému zdravotní péče,
- nastavit, rozvíjet a hodnotit rakouský systém kvality služeb aplikovaný na všechny spolkové země, odvětví a specializace,
- výrazně přispět ke střednědobému a dlouhodobému zvýšení efektivity a udržitelnosti zdravotní péče⁷².

Strategie kvality rakouského systému zdravotní péče usiluje o dosažení těchto cílů:

- podpořit nepřetržitý růst kvality poskytovaných služeb a jejich výsledků,
- ustanovit systém zajištění kvality a managementu kvality napříč všemi odvětvími,
- zajistit transparentnost systému zdravotní péče,
- posílit bezpečnost pacientů i zdravotnického personálu,
- zlepšit dostupnost dalšího teoretického a praktického vzdělávání odborného personálu, které přispěje k udržení a dalšímu rozvoji jejich schopností a dovedností,
- při snaze o zvyšování kvality služeb zajistit vzájemnou podporu, spolupráci a koordinaci všech dotčených aktérů (úroveň federální vlády, úroveň vlády spolkových zemí, úroveň zdravotních pojišťoven)⁷³.

Standardy kvality služeb

Přestože Rakousko disponuje relativně jasným legislativním rámcem pro zajištění kvality služeb, lze konstatovat, že zákonem garantované nástroje nejsou v oblasti adiktologických služeb na federální úrovni plně využívány.

V oblasti prevence jsou standardy kvality definovány výlučně na úrovni spolkových zemí, což vede k jejich velmi různorodému pojetí. Ve Štýrsku iniciovala Pracovní skupina SAG⁷⁴ vydání standardů kvality pro prevenci závislosti na školách. Ve Vídni definoval Úřad pro koordinaci protidrogové politiky města Vídně (SDW, Sucht- und Drogenkoordination Wien)⁷⁵ požadavky na jednotlivé poskytovatele služeb v oblasti prevence. Tyto požadavky se týkají následujících aspektů:

- cíle poskytované služby,
- cílové skupiny poskytované služby,

⁷² REPUBLIK ÖSTERREICH. Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG).

⁷³ GESUNDHEIT ÖSTERREICH GMBH. Quality Strategy for the Austrian Healthcare System [online]. Vienna: GÖG, ©2010.

⁷⁴ Zkratka SAG je vyjádřením teze, že prevence je úkolem celého společenství. Tato pracovní skupina je složena ze zástupců celé řady dotčených institucí, jako je například zemské oddělení prevence závislosti, spolková i zemská policie, regionální pobočka Ombudsmana pro děti a mládež, školská rada spolkové země, asociace rodičů, rada drogových expertů a mnoho dalších.

⁷⁵ SDW je organizací pověřenou alokací veřejných finančních zdrojů a realizací strategických a provozních cílů v rámci vídeňské protidrogové politiky. Zřizovatelem je správní rada Psychosociálních služeb Vídně.

- nabízené typy služeb a uplatňované metody,
- časová, místní a kvantitativní dostupnost nabízených služeb,
- spolupráce s dalšími subjekty,
- organizační struktura,
- personální zajištění a kvalifikace,
- finanční kalkulace poskytovaných služeb,
- rozpočet a business plán poskytovatele⁷⁶.

V letech 2013–2015 se Institut prevence závislostí Horní Rakousy (ISO, Institut Suchtprävention Oberösterreich) podílel na tvorbě evropských standardů kvality drogové prevence a na vývoji materiálů podporujících jejich implementaci. V současné době jsou tyto standardy kvality v Rakousku diskutovány v rámci Sdružení pro prevenci závislostí a uvažuje se o možnostech a způsobech jejich využití na spolkové i zemské úrovni.

Vedle samotných standardů je kvalita prevence zajišťována také prostřednictvím vzdělávacích a praktických programů, které jsou často pro zaměstnance oddělení prevence závislostí povinné. Dalším příspěvkem k zajištění kvality jsou každoroční expertní setkání v rámci Sdružení pro prevenci závislostí, na kterých dochází k výměně informací a zkušeností mezi subjekty působícími v různých spolkových zemích.

V oblasti léčby jsou ministrem práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů na federální úrovni stanoveny minimální standardy kvality (respektive akreditační kritéria), které musí jednotlivá zařízení a společnosti splňovat, aby mohly být zapsány ve sbírce zákonů, tj. do „sítě adiktologických služeb“ schválené Ministerstvem práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů. Tyto minimální standardy kvality lze členit na čtyři tematické okruhy, které jsou dále strukturovány:

- cíle a východiska,
- profil a metody,
- materiální a organizační rámec,
- personální zajištění.

V otázce cílů a východisek musí daná instituce prezentovat následující záležitosti:

- instituce musí objasnit a definovat cíle, o jejichž naplnění při poskytování služeb usiluje,
- instituce musí vysvětlit z jakých základních východisek, přístupů, konceptů, teorií a modelů jejich práce vychází,
- instituce musí s ohledem na pohlaví, věk, status a typ drogy identifikovat cílovou skupinu pro své služby a zároveň definovat důvody případného odepření poskytnutí těchto služeb.

V otázce profilu a metod musí daná instituce identifikovat následující požadavky:

- instituce musí prokázat konzistenci mezi deklarovanými cíli, vědeckým konceptem, cílovými skupinami a nabídkou služeb,

⁷⁶ SUCHT- UND DROGENKOORDINATION WIEN. Förderrichtlinien 2014 [online]. Vienna: SDW, ©2014.

- instituce musí nabízet alespoň jednu z uvedených služeb: klinicko-psychologické poradenství a péče, psychoterapie, psychosociální poradenství a péče. Tato služba musí být zajištěna kvalifikovaným personálem a zároveň musí instituce disponovat lékařem dostatečně obeznámeným s problematikou zneužívání drog, který bude vykonávat dohled nad zdravotním stavem pacienta a bude odpovědný za řešení souvisejících otázek lékařského charakteru,
- instituce musí definovat způsoby zajištění holistické péče, která bude poskytována mezioborovým týmem buď v rámci dané instituce, nebo v rámci spolupráce více institucí (networking),
- instituce musí vysvětlit, kdo provádí lékařskou prohlídku (praktický lékař, psychiatr) a kdo realizuje psychosociální hodnocení (sociální pracovník, klinický psycholog, psychoterapeut),
- instituce musí detailně popsat rozsah poskytovaných služeb.

V otázce materiálního a organizačního rámce musí daná instituce definovat následující záležitosti:

- instituce musí podrobně popsat svou aktuální právní formu, organizační strukturu (statut, odpovědnost, organizační schéma atd.) a finanční zajištění (finanční plán),
- instituce musí definovat svou spádovou oblast,
- instituce musí stanovit dostupnost poskytovaných služeb, a to z hlediska kapacity (počet lůžek v případě pobytových služeb, počet hodin dané služby týdně v případě ambulantních služeb), svoji místní působnost (s ohledem na specifika situace v daném regionu), časových možností (pracovní doba) a odborné kvalifikace zaměstnanců.
- instituce musí vysvětlit své místo v systému a zapojení do celkového systému adiktologických služeb a popsat spolupráci s dalšími institucemi (networking), která je dokládána písemnými dohodami o vzájemné spolupráci,
- instituce musí garantovat svým klientům kontinuální péči, a to jak v případě prázdnin, tak v případě absence odborných pracovníků,
- instituce musí zajistit odpovídající technické a materiální vybavení, a to s ohledem na rozsah a formu poskytovaných služeb,
- instituce musí v případě provádění testů moči zajistit dodržování etických standardů,
- instituce musí zajistit dodržování odpovídajících hygienických standardů.

V otázce personálního zajištění se musí daná instituce zabývat následujícími záležitostmi:

- instituce musí vytvořit personální plán, který bude zahrnovat informace o jednotlivých pracovních pozicích (odborní pracovníci, administrativní pracovníci, ostatní pracovníci, dobrovolníci),
- instituce musí splnit minimální požadavky na rozsah personálního zajištění (alespoň jeden specialista kompetentní v rámci daného typu poskytované služby, alespoň jeden lékař dostatečně obeznámený s problematikou zneužívání drog, alespoň dva pracovníci poskytující péči v rozsahu nejméně 20 hodin týdně na klienta),
- instituce musí obhájit dostatečnost časové kapacity svého personálu s ohledem na rozsah a formu poskytovaných služeb,
- instituce musí prokázat, že disponuje pracovníky, kteří mají pro výkon daného typu služby jak potřebnou kvalifikaci, tak nutnou pracovní zkušenost,

- instituce musí vysvětlit, jakým způsobem zajišťuje školení a další vzdělávání svých zaměstnanců a jakým způsobem nad nimi vykonává dohled.

Popisované minimální standardy kvality zároveň stanovují, že jednotlivé instituce jsou povinny průběžně dokumentovat své činnosti a aktivity a dále Ministerstvu práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů každoročně předložit výroční zprávu. Zároveň standardy vybízejí jednotlivé instituce k provádění doprovodného výzkumu a hodnocení, ovšem žádné konkrétní povinnosti nejsou v tomto ohledu stanoveny⁷⁷.

Vedle takto stanovených minimálních standardů kvality sloužících jako akreditační kritéria nejsou na federální úrovni stanoveny v oblasti léčby téměř žádné standardy kvality v podobě doporučených léčebných postupů, které by odpovídaly požadavkům Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction)⁷⁸. Výjimku v tomto ohledu představují standardy kvality substituční léčby opioidními agonisty (OST), které byly přijaty čtyřmi lékařskými asociacemi⁷⁹ a v roce 2017 publikovány Ministerstvem práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů. Na jejich tvorbě se podíleli odborníci z řady relevantních oblastí, kteří vycházeli jak z dostupných vědeckých poznatků, tak z vlastních praktických zkušeností. Struktura těchto postupů je následující:

- pozice lékařů a etický rozměr OST,
- formy OST,
- popis jednotlivých kroků při realizaci OST,
- možnosti dalšího rozvoje OST⁸⁰.

Na úrovni jednotlivých spolkových zemí je možné identifikovat různorodé pokusy o zajištění kvality v podobě nařízení, konsenzuálních dokumentů či organizačních zásad, které však svou strukturou, obsahem ani procesem vzniku neodpovídají požadavkům EMCDDA.

V oblasti služeb minimalizace rizik nebyly dosud specifické standardy kvality definovány. Toto platí jak pro spolkovou, tak zemskou úroveň. Ovšem některá opatření zajištění kvality uplatňovaná například v oblasti léčby je možné dílčím způsobem využít také v oblasti služeb minimalizace rizik⁸¹.

Závaznost účasti v systému zajištění kvality pro poskytovatele služeb

Pokud jde o oblast prevence, může se závaznost standardů a požadavků kvality napříč jednotlivými spolkovými zeměmi lišit. Obecně však lze konstatovat, že splnění standardů je obvykle nutnou podmínkou

⁷⁷ BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. Richtlinien für Ansuchen um Kundmachung im Bundesgesetzblatt gemäß § 15 Suchtmittelgesetz [online]. Vienna: BMG, ©2017.

⁷⁸ Léčebné postupy jsou systematicky rozvíjené postupy, jejichž cílem je pomoci jak lékařům, tak pacientům při rozhodování o vhodných opatřeních v kontextu konkrétních okolností. Obvykle léčebné postupy zahrnují soubor doporučení a kroků, které lze provést při provádění intervencí. Obsah léčebných postupů vychází z dostupných vědeckých poznatků.

⁷⁹ Konkrétně šlo o Rakouskou společnost pro léčbu závislosti na drogách (ÖGABS, Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit), Rakouskou společnost pro všeobecnou a rodinnou medicínu (ÖGAM, Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin), Rakouskou společnost pro dětskou a dorosteneckou psychiatrii, psychosomatiku a psychoterapii (ÖGKJP, Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie) a Rakouskou společnost pro psychiatrii a psychoterapii (ÖGPP, Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie).

⁸⁰ BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. Leitlinie – Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutions-Therapie [online]. Vienna: BMG, ©2017.

⁸¹ GESUNDHEIT ÖSTERREICH GMBH. Report on the Drug Situation 2017 [online]. Vienna: GÖG, ©2017.

pro možnost čerpání finančních prostředků z veřejných zdrojů, nikoliv podmínkou pro jejich samotné poskytování⁸².

V případě léčby je splnění minimálních standardů kvality, které byly vytvořeny ministrem práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů na základě federálního zákona o omamných látkách, a následné udělení akreditace⁸³ nezbytnou podmínkou pro získání finančních zdrojů jak z Ministerstva práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů, tak z Ministerstva spravedlnosti.

V souvislosti s federálním zákonem o kvalitě zdravotnických služeb, na jehož základě ministr práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů vydává federální směrnice kvality (BQRL) a federální postupy kvality (BQLL), mohou být jednotlivým poskytovatelům udělovány administrativní pokuty (podobně jako je tomu v případě inspekci registrovaných sociálních adiktologických služeb v ČR). V případě, že poskytovatel jedná v rozporu s federálními směrnici kvality, které jsou závazného charakteru, porušuje správní předpisy a může mu být uložena pokuta až do výše 10 tis. eur, v opakovaných případech až 20 tis. eur. V případě, že poskytovatel nedodrží zásady reportingu a dokumentace, může mu být udělena pokuta až do výše 3 tis. eur, v opakovaných případech až 5 tis. eur. V případě, že poskytovatel brání výkonu kontroly, může mu být udělena pokuta až do výše 5 tis. eur, v opakovaných případech až 7 tis. eur. Možnost udělení administrativní pokuty se nevztahuje na porušení federálních postupů kvality, které mají pouze doporučující charakter⁸⁴.

1.4.2 Klíčoví aktéři v systému zajištění kvality služeb

Subjekt/-y definující standardy kvality služeb

Jelikož primární odpovědnost za aktivity a činnosti v oblasti prevence spočívá na jednotlivých spolkových zemích, mohou se subjekty definující standardy kvality služeb napříč zeměmi významně lišit. Obecně lze říci, že do tvorby standardů jsou různým způsobem a v různé míře zapojena zemská oddělení prevence závislosti a Sdružení pro prevenci závislosti. Současně jsou do tohoto procesu vtaženy na ad hoc bázi i další subjekty, jako například Pracovní skupina SAG ve Štýrsku, společnost SDW ve Vídni či Institut prevence závislosti v Horních Rakousích⁸⁵.

V oblasti léčby pověřilo Ministerstvo práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů definováním minimálních standardů kvality institucí, (respektive akreditačních kritérií) vycházejících z federálního zákona o omamných látkách, Rakouský spolkový ústav pro zdravotnictví (ÖBIG, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen GmbH), který na tomto úkolu spolupracoval s dalšími experty v oboru adiktologie a finální znění konzultoval s jednotlivými spolkovými zeměmi a Ministerstvem spravedlnosti⁸⁶.

V souvislosti s federálním zákonem o kvalitě zdravotnických služeb je za přípravu standardů kvality ve formě federálních směrnic kvality či federálních postupů kvality primárně odpovědný Institut pro kvalitu ve

⁸² EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. Austria Country Drug Report 2017 [online]. Lisbon: EMCDDA, ©2017.

⁸³ Veškerá akreditovaná zařízení ambulantního i pobytového charakteru včetně detailního popisu poskytovaných služeb jsou uvedena v elektronickém rejstříku zvaném Österreichischer Suchthilfekompass (suchthilfekompass.goeg.at), který vytvořil a spravuje Institut Zdraví Rakouska.

⁸⁴ REPUBLIK ÖSTERREICH. Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG).

⁸⁵ GESUNDHEIT ÖSTERREICH GMBH. Report on the Drug Situation 2017 [online]. Vienna: GÖG, ©2017.

⁸⁶ BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. Richtlinien für Ansuchen um Kundmachung im Bundesgesetzblatt gemäß § 15 Suchtmittelgesetz [online]. Vienna: BMG, ©2017.

zdravotnictví (BIQG, Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen). Ostatní organizace mohou navrhnout oblasti, které by měly být směrnici či doporučenými léčebnými postupy upraveny. Tyto návrhy jsou následně posouzeny, je jim přiřazena určitá priorita a případně může být zahájena tvorba směrnic či postupů. Dále mohou již vytvořené standardy kvality předložit lékařské společnosti a asociace a požádat o jejich uznání coby federální směrnice kvality či federální postupy kvality. Pokud jimi předložené standardy kvality splňují formální kritéria, dojde k jejich uznání ministrem práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů. Uznané federální směrnice kvality se tak rozhodnutím ministra stávají pro poskytovatele daného typu péče závazné, zatímco federální postupy kvality mají pro poskytovatele pouze doporučující charakter⁸⁷.

Subjekt/-y zapojené do hodnocení kvality služeb

V oblasti prevence nejsou u uplatňovaných opatření realizována systematická hodnocení kvality, jako jsou certifikace MŠMT v ČR. V jednotlivých spolkových zemích jsou prováděna pouze dílčí hodnocení různého rozsahu, která se obvykle soustředí na pilotní fáze nových projektů. Hlavním důvodem je finanční náročnost hodnotícího procesu. Do něj bývají obvykle zapojena zemská oddělení prevence závislosti⁸⁸.

V oblasti léčby provádí hodnocení souladu dané instituce⁸⁹ s minimálními standardy kvality (respektive akreditačními kritérii) stanovenými na základě federálního zákona o omamných látkách Ministerstvo práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů. V rámci hodnotícího procesu mohou pracovníci ministerstva doprovázení vybraným externím odborníkem/odborným znalcem pro daný typ služby instituci navštívit a veškeré případné nejasnosti plynoucí ze studia dokumentace služby konzultovat s vedoucími pracovníky instituce a dalšími zaměstnanci. Návštěva v místě poskytování služby je zpravidla realizována při první žádosti o akreditaci. V případě žádosti o změnu již udělené akreditace dochází k návštěvě v místě poskytování služby pouze v případě potřeby. Rozhodnutí o (ne)uskutečnění návštěvy náleží Ministerstvu práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitele. O závěrech celého hodnotícího procesu pak ministerstvo informuje příslušné instituce písemným oznámením⁹⁰. Výše popsaný model hodnocení kvality adiktologických služeb včetně hlavních úkonů, které v jeho procesu klíčoví aktéři vykonávají, zřehledňuje následující graf.

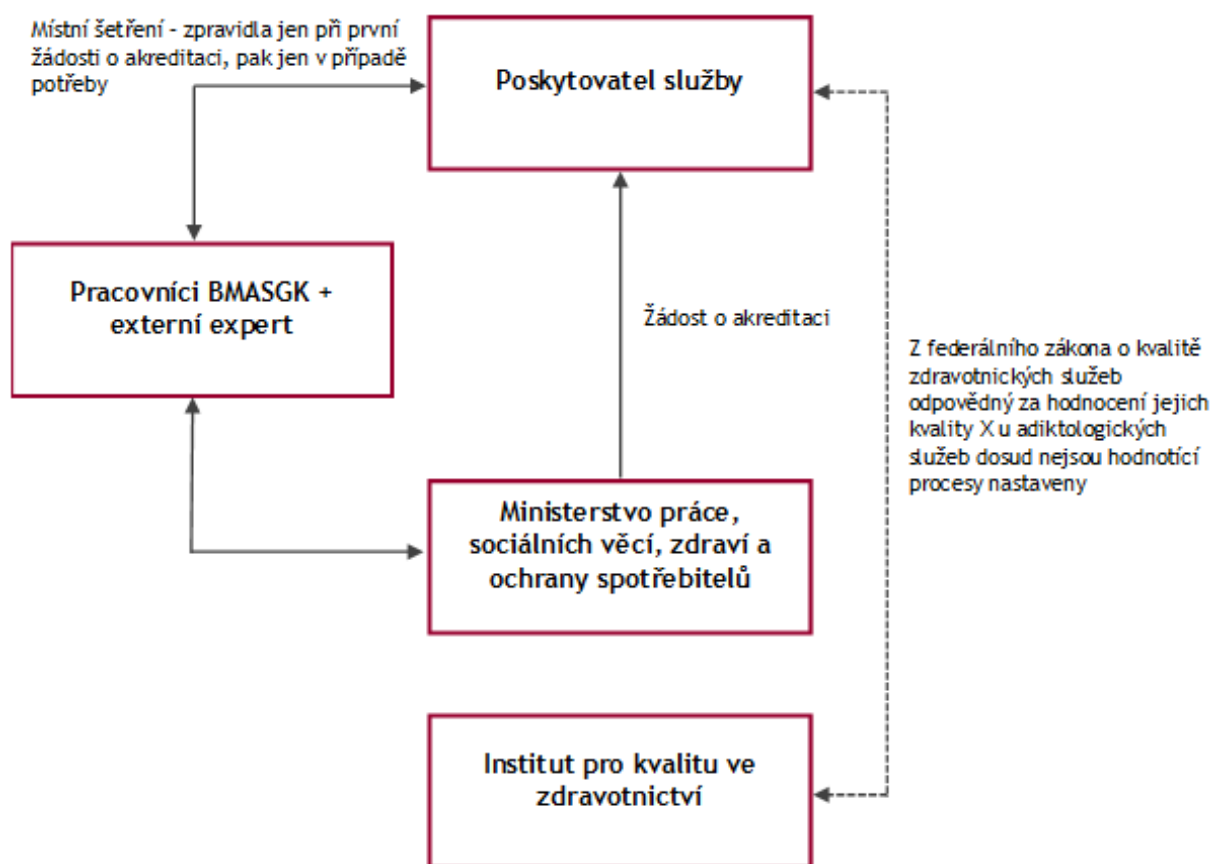
⁸⁷ REPUBLIK ÖSTERREICH. Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz - GQG).

⁸⁸ GESUNDHEIT ÖSTERREICH GMBH. Report on the Drug Situation 2017 [online]. Vienna: GÖG, ©2017.

⁸⁹ Jedná se pouze o instituce, které byly dle § 15 federálního zákona o omamných látkách zařazeny ministrem práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů do sbírky zákonů.

⁹⁰ BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. Richtlinien für Ansuchen um Kundmachung im Bundesgesetzblatt gemäß § 15 Suchtmittelgesetz [online]. Vienna: BMG, ©2017.

Schéma 3 Průběh procesu hodnocení kvality adiktologických služeb v Rakousku



Zdroj: Vlastní zpracování

Za hodnocení souladu poskytovaných služeb s přijatými federálními směrnici kvality a federálními doporučenými postupy kvality je podle federálního zákona o kvalitě zdravotnických služeb primárně odpovědný Institut pro kvalitu ve zdravotnictví (BIQG). Nicméně z dostupných informací vyplývá, že v oblasti adiktologických služeb nejsou hodnotící procesy ze strany institutu nijak uplatňovány a v brzké budoucnosti se ani neuvažuje o jejich zavedení⁹¹.

1.4.3 Financování systému zajištění kvality služeb

Zdroje financování systému hodnocení kvality služeb

Z veřejně dostupných zdrojů vyplývá, že hodnocení kvality preventivních programů, zejména v pilotní fázi jejich zavádění do praxe, hradí ze svých rozpočtů zemské vlády. Hodnocení kvality služeb adiktologické léčby, respektive hodnocení souladu dané instituce s minimálními standardy kvality stanovenými na základě federálního zákona o omamných látkách, hradí ze svého rozpočtu Ministerstvo práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů.

Obecně však platí, že financování systému hodnocení kvality služeb je primárně řešeno na úrovni jednotlivých spolkových zemí, což se projevuje existencí velmi různorodých způsobů financování

⁹¹ EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. Best Practice Workbook Austria [online]. Lisbon: EMCDDA, ©2017.

a využíváním rozličných rozpočtových zdrojů. Proto ani nelze jednoznačně konstatovat, zda se poskytovatelé služeb na zajištění systému hodnocení kvality finančně podílejí⁹².

1.4.4 Shrnutí a diskuse

Hlavní odpovědnost za koordinaci rakouské protidrogové politiky na federální úrovni nese Ministerstvo práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů, jehož úkolem je i zajištění spolupráce mezi federální úrovní a úrovní jednotlivých spolkových zemí. Za tímto účelem bylo vytvořeno několik platforem (Spolkový úřad pro protidrogovou koordinaci, Federální protidrogové fórum), jejichž fungování ke zmíněné spolupráci přispívá. Rámec rakouské protidrogové politiky je dán zejména Zákonem o omamných látkách a Rakouskou strategií prevence závislostí, které vycházejí z klíčového principu „léčba místo trestu“. Základní teze protidrogové politiky jsou dále rozpracovány ve strategiích jednotlivých spolkových zemí.

Legislativní ukotvení systému zajištění kvality garantují dva federální zákony, a to federální zákon o kvalitě zdravotnických služeb a federální zákon o omamných látkách. První zmiňovaný zákon umožňuje ministru práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů definovat standardy kvality služeb, a to buď ve formě závazných federálních směrnic kvality, nebo ve formě doporučujících federálních postupů kvality. Dále zákon počítá s ustavením systému celostátního reportingu, monitorování a kontroly kvality. Druhý uvedený zákon ukládá ministru práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů povinnost ve sbírce zákonů publikovat dostatečné množství institucí poskytujících adiktologické služby (tj. potřebám odpovídající „sítě adiktologických služeb“), přičemž podmínkou pro to, aby byla služba do takto publikované „sítě“ zařazena, je splnění minimálních standardů kvality, respektive akreditačních kritérií. Ač jde o zdravotnické služby, standardy po nich požadují, aby byl v procesu léčby uplatňován holistický přístup a služby byly poskytovány multioborovým týmem, tedy i nezdravotnickým personálem. V tomto se rakouské zdravotnické standardy od českých⁹³ výrazně liší.

Přestože Rakousko disponuje relativně jasným legislativním rámcem pro zajištění kvality služeb, lze konstatovat, že zákonem garantované nástroje nejsou v oblasti adiktologických služeb na federální úrovni plně využívány. V oblasti prevence a služeb minimalizace rizik nejsou standardy kvality, na rozdíl od situace v ČR, na federální úrovni definovány vůbec. V oblasti léčby sice ministr práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů schválil závazné minimální standardy kvality (respektive akreditační kritéria) pro jednotlivé instituce poskytující adiktologické služby, ale zcela rezignoval na svou pravomoc vydávat závazné federální směrnice kvality či doporučující federální postupy kvality⁹⁴.

Standardy kvality služeb v oblasti prevence jsou definovány různými subjekty na úrovni jednotlivých spolkových zemí, přičemž často jsou do procesu zapojena zemská oddělení prevence závislostí. Na rozdíl od situace v ČR je tak praxe nastavení standardů kvality preventivních programů v jednotlivých rakouských zemích nejednotná a roztržitá, což se může odrážet i v jejich kvalitě, která navíc není, na rozdíl od ČR, pravidelně hodnocena.

V oblasti léčby definuje minimální standardy kvality institucí (respektive akreditační kritéria) Rakouský spolkový ústav pro zdravotnictví, zatímco za přípravu standardů kvality ve formě federálních směrnic kvality či federálních postupů kvality odpovídá Institut pro kvalitu ve zdravotnictví. Hodnocení kvality jsou

⁹² HORVATH, Ilonka. Quality Assurance in Austria [elektronická pošta]. Osobní komunikace.

⁹³ V tomto případě nejsou myšleny certifikační standardy RVKPP, ale tzv. personální tabulky zdravotnických služeb v ČR, které rovněž nastavují standard personálního zajištění specializovaných adiktologických služeb.

⁹⁴ V současné době nejsou v Rakousku v oblasti adiktologických služeb platné žádné federální směrnice kvality (BQRL) ani federální postupy kvality (BQLL).

realizována pouze v rámci kontroly souladu dané instituce s minimálními standardy kvality (respektive akreditačními kritérii) a provádí je Ministerstvo práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů. Pro toto hodnocení používá ministerstvo elektronický reportovací monitorovací a kontrolní systém. Na rozdíl od ČR tak probíhá „místní šetření“ pouze při první žádosti o akreditaci či v případech důvodného podezření, že služba standardy nenaplnuje. Hodnocení v místě poskytování služby pak provádějí pracovníci ministerstva zpravidla za doprovodu externích odborníků. I v Rakousku je patrná důvěra vůči poskytovatelům služeb, že budou, bez ohledu na formu jejich právní subjektivity, příslušné standardy kvality dodržovat. Ostatně jejich naplňování je nezbytnou podmínkou pro jejich financování z veřejného zdravotního pojištění či z rozpočtů Ministerstva práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů a Ministerstva spravedlnosti.

1.4.5 Zdroje

REPUBLIK ÖSTERREICH. Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Drogenausgangsstoffe (Suchtmittelgesetz – SMG). Dostupné z:

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10011040/SMG%2c%20Fassung%20vom%2010.07.2018.pdf>.

REPUBLIK ÖSTERREICH. Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG). Dostupné z:

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/20003883/GQG%2c%20Fassung%20vom%2008.03.2012.pdf?FassungVom=2012-03-08>.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT Österreichische Suchtpräventionsstrategie [online]. Vienna: BMG, ©2015 [cit. 2018-02-25]. Dostupné z:

<https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/5/5/4/CH1347/CMS1453460318602/suchtpraeventionsstrategie.pdf>.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. Leitlinie – Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutions-Therapie [online]. Vienna: BMG, ©2017 [cit. 2018-02-25]. Dostupné z:

https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/4/4/3/CH1040/CMS1509363363988/leitlinie_qualitaetsstandards_opioid-substitutionstherapie.pdf.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. Richtlinien für Ansuchen um Kundmachung im Bundesgesetzblatt gemäß § 15 Suchtmittelgesetz [online]. Vienna: BMG, ©2017 [cit. 2018-02-25]. Dostupné z:

https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/7/0/9/CH1040/CMS1103204041196/richtlinien_gem._15_smg.pdf.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. Austria Country Drug Report 2017 [online]. Lisbon: EMCDDA, ©2017 [cit. 2018-02-25]. Dostupné z:

<http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4501/TD0416907ENN.pdf>.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. Best Practice Workbook Austria [online]. Lisbon: EMCDDA, ©2017 [cit. 2018-02-25].

GESUNDHEIT ÖSTERREICH GMBH (2010). Quality Strategy for the Austrian Healthcare System [online]. Vienna: GÖG, ©2010 [cit. 2018-02-25]. Dostupné z:

https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/8/5/2/CH1063/CMS1318493541783/qualitaetsstrategie_englisch.pdf.

GESUNDHEIT ÖSTERREICH GMBH (2017). Report on the Drug Situation 2017 [online]. Vienna: GÖG, ©2017 [cit. 2018-02-25]. Dostupné z:

<https://jasmin.goeg.at/309/1/2017%20Report%20on%20the%20Drug%20Situation.pdf>.

HORVATH, Ilonka. Quality Assurance in Austria [elektronická pošta]. Message to: Ilonka.Horvath@goeg.at. 29. března 2018 13:48 [cit. 2018-04-04]. Osobní komunikace.

SUCHT- UND DROGENKOORDINATION WIEN. Förderrichtlinien 2014 [online]. Vienna: SDW, ©2014 [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: <https://sdw.wien/wp-content/uploads/130730-FDRL-final.pdf>.

1.5 Německo

1.5.1 Institucionální rámec zajištění kvality služeb

Přehled hlavních aktérů, kteří jsou v Německu zapojeni do systému zajištění a hodnocení kvality adiktologických služeb uvádí následující tabulka.

Tabulka 6 Hlavní aktéři v modelu zajištění a hodnocení kvality adiktologických služeb v Německu

Subjekt	Charakteristika
Ministerstvo zdravotnictví (BMG, Bundesministerium für Gesundheit)	Ministerstvo je jedním z hlavních koordinátorů adiktologických služeb v Německu. Zřizuje Úřad spolkového vládního komisaře pro omamné látky, který zajišťuje koordinaci politiky drog a závislosti mezi jednotlivými spolkovými ministerstvy, prosazuje iniciativy a aktivity v oblasti prevence drog a závislosti, rozvíjí nové metody a oblasti zájmu přispívající k zajištění včasné a odpovídající pomoci a reprezentuje Spolkovou vládu na mezinárodní úrovni. Komisař dále jmenuje Národní radu pro drogy a drogovou závislost, která je poradním orgánem Spolkové vlády složeným ze zástupců spolkových ministerstev a agentur, zemských ministerstev, asociací samospráv, penzijních fondů, úřadů práce, zdravotních pojišťoven a dalších subjektů.
Německé monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (DBDD, Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht)	Centrum je zřizováno Ministerstvem zdravotnictví a je tvořeno třemi institucemi, a to Federálním centrem výchovy ke zdraví zabývajícím se především oblastí protidrogové prevence, Centrem pro problémy se závislostí zajišťujícím vertikální i horizontální spolupráci dotčených subjektů a Institutem pro výzkum terapie odpovídajícím za oblast epidemiologie, protidrogové politiky, informací v právním systému a informací o škodách způsobených drogami.
Spolková centrála pro zdravotní osvětu (BZgA, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)	Centrála odpovídá jednak za plánování a provádění preventivních kampaní, jednak za kvalitu a monitorování aktivit prevence závislosti.
Národní preventivní konference (NPK, Nationalen Präventionskonferenz)	Konference je zastřešující organizací pro poskytovatele zákonného zdravotního pojištění, zákonného pojištění dlouhodobé péče, zákonného úrazového pojištění a zákonného penzijního pojištění. Definuje Spolková rámcová doporučení v oblasti preventivních programů a zajišťuje jejich vyhodnocování.
Asociace vědeckých lékařských společností (AWMF, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften)	Asociace je neziskovou organizací sdružující více než 150 vědeckých společností. Zaměřuje se zejména na tvorbu léčebných postupů pro klienty závislé na návykových látkách, které odpovídají standardům a kritériím EMCDDA.
Německá lékařská komora (BÄK, Bundesärztekammer)	Komora stanovuje předpisy a pravidla týkající se substituční léčby.
Německá správa důchodového pojištění (DRV, Deutsche Rentenversicherung)	Správa vytváří léčebné postupy k rehabilitačním opatřením pro případy onemocnění související se závislostí. Tyto léčebné postupy jsou určeny těm poskytovatelům, jejichž adiktologické služby jsou financovány ze státního důchodového pojištění.
Federální asociace pro rehabilitaci (BAR, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation)	Asociace je garantem certifikačního systému určeného pobytovým léčebným a rehabilitačním zařízením poskytujícím adiktologické služby (obdoba českých léčeben a/nebo terapeutických komunit). Asociace podporuje a koordinuje rehabilitační aktivity a jako zastřešující organizace je tvořena zástupci Federální agentury práce, poskytovatelů zákonného úrazového pojištění, poskytovatelů zákonného penzijního pojištění, poskytovatelů zákonného zdravotního pojištění a dalších organizací. Stanovuje kvalitativní kritéria v rámci certifikačního systému a spravuje databázi jak uznaných procedur managementu kvality, tak certifikovaných rehabilitačních zařízení.

Zdroj: Vlastní zpracování

Odpovědnost za německou protidrogovou politiku je rozdělena mezi Spolkovou vládu, spolkové země a samosprávy. Ze Základního zákona Spolkové republiky Německo vyplývá, že Spolková vláda disponuje

legislativními kompetencemi v oblasti narkotik, trestního práva a sociálního zabezpečení, což ji opravňuje k definování legislativního rámce protidrogové politiky.

Zásadním subjektem je Úřad spolkového vládního komisaře pro omamné látky (obdoba Sekretariátu RVKPP a Národního protidrogového koordinátora v ČR), který je zřízen při Ministerstvu zdravotnictví (BMG, Bundesministerium für Gesundheit). Komisař koordinuje protidrogovou politiku Spolkové vlády, prosazuje iniciativy a aktivity v oblasti prevence drog a závislostí, rozvíjí nové metody a oblasti zájmu přispívající k zajištění včasné a odpovídající pomoci a reprezentuje Spolkovou vládu na mezinárodní úrovni. V roce 2014 komisař inicioval vytvoření Národní rady pro drogy a drogovou závislost (DSR, Drogen- und Suchtrat, obdoba RVKPP v ČR), která podporuje aktivity Spolkové vlády v oblasti protidrogové politiky a je složena ze zástupců spolkových ministerstev a agentur, zemských ministerstev, asociací samospráv, penzijních fondů, úřadů práce, zdravotních pojišťoven a dalších subjektů působících v této oblasti.

Dalším důležitým subjektem na spolkové úrovni je Spolková centrála pro zdravotní osvětu (BZgA, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), která odpovídá jednak za plánování a provádění preventivních kampaní, jednak za kvalitu a monitorování aktivit prevence závislostí.

Jednotlivé spolkové země garantují vymahatelnost spolkových zákonů a zároveň přijímají vlastní legislativu v oblastech, které s protidrogovou politikou úzce souvisejí (např. školství či zdravotní péče). Ve spolupráci se samosprávami provádějí spolkové země implementaci protidrogové politiky a zajišťují její financování. Odpovědnost samospráv je pak zásadní zejména v oblasti poradenství, péče a všeobecných preventivních aktivit.

Rámec německé protidrogové politiky je dán Národní strategií protidrogové politiky a politiky závislostí, která byla Spolkovou vládou přijata v roce 2012. Tato strategie stanovuje čtyři základní pilíře německého přístupu (prevence, poradenství a léčba, opatření minimalizace rizik a represe) a usiluje o to, aby opatření cílící jak na stranu nabídky, tak na stranu poptávky byla v rovnováze. Pozornost strategie věnuje zejména novým problémům plynoucím z demografických a společenských změn, z nových forem závislostí a z nových návykových látek. Opomíjeno není ani téma zajištění kvality a efektivity přijímaných opatření, které je vnímáno jako předpoklad úspěšného zvládnutí aktuálních výzev⁹⁵. Podobu německé protidrogové politiky přirozeně určuje také platná legislativa. Mezi klíčové zákony patří Zákon o omamných látkách (BtMG, Betäubungsmittelgesetz) a Zákon o nových psychoaktivních látkách (NpSG, Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz), které stanovují trestní a regulační opatření související s omamnými látkami. Dalším významným legislativním prvkem je Sociální zákoník (SGB, Sozialgesetzbuch), jenž definuje podmínky financování adiktologických služeb⁹⁶.

Prevence je v německém prostředí vnímána jako nezbytná součást komplexního přístupu k problematice drog a závislostí. Jejím cílem je vyhnout se či odložit užití legálních a ilegálních drog, včasné zjištění rizikového užívání a předcházení vzniku závislostí. Odpovědnost v oblasti prevence je opět sdílena širokou škálou aktérů zahrnující relevantní spolková ministerstva, Spolkovou centrálu pro zdravotní osvětu, spolkové země, samosprávy a poskytovatele sociálního pojištění. BZgA koordinuje činnost Pracovní skupiny pro prevenci závislosti, která zahrnuje zástupce BZgA, zemských ministerstev, zemských agentur působících v oblasti prevence závislosti a dalších institucí. Jejím úkolem je optimalizovat síť poskytovatelů a koordinovat opatření v oblasti prevence jak na spolkové, tak zemské úrovni. Preventivní opatření nabývají

⁹⁵ DEUTSCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT. Germany 2017 Report of the national Reitox Focal Point to the EMCDDA. Drug Policy [online]. Munich: DBDD, ©2017.

⁹⁶ DEUTSCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT. Germany 2017 Report of the national Reitox Focal Point to the EMCDDA. Legal Framework [online]. Munich: DBDD, ©2017.

v Německu různé podoby. Všeobecná prevence se zaměřuje na běžnou populaci s nízkým nebo průměrným rizikem vzniku závislostí. Aktivity všeobecné prevence jsou poskytovány v rámci každodenního života, například ve školách, na pracovištích, ve volnočasových a komunitních zařízeních a ve sportovních klubech. Selektivní prevence je uplatňována na skupiny, u nichž lze důvodně předpokládat zvýšené riziko výskytu závislostí (například děti bez dokončeného vzdělání, sociálně znevýhodněné osoby, dospívající bez domova, migranti, děti závislých rodičů). Opatření jsou nejčastěji realizována ve volnočasových zařízeních, v předškolních zařízeních a ve školách. Indikovaná prevence je cílena na nejzranitelnější osoby, u kterých se již objevily prvky problémového chování spojeného s užíváním drog. Služby prevence závislostí jsou financovány vícezdrojově, přičemž nejvýznamnější jsou prostředky od spolkových zemí, poskytovatelů sociálního pojištění a samospráv⁹⁷.

V oblasti léčby jsou v Německu poskytovány různorodé služby zahrnující například poradenství, akutní léčbu a rehabilitační programy. Plánování, řízení a koordinaci léčebných služeb zajišťují jednotlivé spolkové země, které mohou tyto činnosti delegovat na regionální a municipální úroveň. Úloha spolkových ministerstev a úřadů spočívá spíše v přípravě legislativy a poskytování doporučení odpovědným institucím na nižších úrovních. Významnými aktéry v oblasti léčby jsou v Německu pojišťovny. Poskytovatelé zdravotního pojištění participují na řízení a koordinaci akutní léčby (např. detoxifikace), zatímco poskytovatelé penzijního pojištění se podílejí na zajištění návazných středně- a dlouhodobých léčebných a rehabilitačních pobytových programů (obdoba terapeutických komunit v ČR). Municipality jsou pak zapojeny zejména do oblasti akutní, tj. krátkodobé stabilizační léčby, kdy řeší plánování kapacit pobytových zařízení.

Ambulantní služby jsou primárně poskytovány ambulantními poradenskými a léčebnými centry a specializovanými klinikami. Jde o instituce, na které se pacient obrací ve chvíli, kdy jeho problémy přesahují možnosti praktického lékaře.

Pobytové služby jsou zpravidla poskytovány psychiatrickými zařízeními pro léčbu závislostí v rámci specializovaných psychiatrických klinik nebo psychiatrickými odděleními pro léčbu osob se závislostmi v nemocnicích a v univerzitních klinikách. Tyto instituce nabízejí služby, jako je detoxifikace, krátkodobá stabilizační pobytová odvykávací léčba, krizová intervence či léčba komorbidit⁹⁸.

Systém financování léčebných služeb je komplexní a poměrně složitý. Úhradu výdajů spojených s léčbou a rehabilitačními programy zajišťují poskytovatelé penzijního a zdravotního pojištění. Náklady spojené s léčbou sekundárních chorob vyplývajících z užívání drog a s detoxifikací jsou obecně hrazeny poskytovateli zdravotního pojištění. Na financování dlouhodobých léčebných a rehabilitačních pobytových služeb léčby se dále podílejí spolkové země, samosprávy, charity, soukromé instituce a společnosti a další subjekty⁹⁹.

Služby minimalizace rizik jsou plnohodnotnou součástí Národní strategie protidrogové politiky a politiky závislostí a jejich cílem je předcházet nepříznivým zdravotním a sociálním důsledkům způsobeným užíváním drog. Služby minimalizace rizik zahrnují různorodé typy služeb, které jsou poskytovány zejména nízkoprahovými, poradenskými a/nebo ambulantními centry specializujícími se na práci se závislými

⁹⁷ DEUTSCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT. Germany 2017 Report of the national Reitox Focal Point to the EMCDDA. Prevention [online]. Munich: DBDD, ©2017.

⁹⁸ DEUTSCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT. Germany 2017 Report of the national Reitox Focal Point to the EMCDDA. Treatment [online]. Munich: DBDD, ©2017 [cit. 2018-03-01].

⁹⁹ EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. Germany Country Drug Report 2017 [online]. Lisbon: EMCDDA, ©2017.

osobami. Tito poskytovatelé se soustředí na omezení šíření infekčních onemocnění spojených s užíváním drog (například prostřednictvím výměny injekčních jehel a stříkaček, testování na HIV a hepatitidu, očkování), na zajištění bezpečnějších forem sexuálního styku a na předcházení mimořádným událostem (např. smrtelným předávkováním). Systém financování služeb minimalizace rizik není jednotný a liší se napříč spolkovými zeměmi. Obvykle se na něm podílejí poskytovatelé zdravotního pojištění, samosprávy, spolkové země i Spolková vláda¹⁰⁰. Pro ilustraci, např. v Bavorsku je finanční podpora služeb minimalizace rizik ze strany zemské vlády prakticky nulová – prioritou je léčba k abstinenci. Oproti tomu v Hesensku, zejména ve Frankfurtu nad Mohanem, zemská vláda i municipality finančně podporují i aplikační místnosti či programy substituce diacetylmorfinem, které v ČR neexistují.

V Německu neexistuje na spolkové úrovni jednotný a závazný systém zajištění kvality, který by komplexně řešil oblast všech typů adiktologických služeb, jež jsou v ČR definovány standardy odborné způsobilosti RVKPP. Pouze je možné identifikovat dílčí nástroje, které k zabezpečení kvality přispívají.

Legislativní ukotvení systému zajištění kvality služeb

Absence jednotného systému zajištění kvality, který by komplexně řešil oblast všech typů adiktologických služeb na spolkové úrovni, vedla přirozeně k tomu, že legislativní ukotvení není řešeno v rámci jednoho zákona, ale spíše řadou dílčích ustanovení v různých právních normách.

V oblasti prevence představuje legislativní oporu jednak Zákon o preventivní zdravotní péči (PrävG, Präventionsgesetz), jednak Sociální zákoník (SGB, Sozialgesetzbuch). Na základě těchto legislativních norem došlo k vytvoření Národní preventivní konference, která představuje platformu pro spolupráci poskytovatelů sociálního a zdravotního pojištění, zástupců Spolkové vlády, představitelů spolkových zemí a dalších aktérů. Jedním z definovaných cílů této konference pak je vytvoření Spolkových rámcových doporučení, které jsou naplňovány prostřednictvím Zemských rámcových dohod¹⁰¹.

V oblasti léčby vyplývá povinnost vytvořit předpisy a pravidla týkající se substituční léčby z nařízení k Zákonu o omamných látkách (BtMAEndV, Betäubungsmittelrechtsänderungsverordnung). Tato povinnost je nařízením přímo uložena Německé lékařské komoře (BÄK, Bundesärztekammer). Naopak vytvoření léčebných postupů pro pobytové programy léčby a rehabilitace pro osoby se závislostmi (v ČR rezidenční péče v terapeutických komunitách) předpokládá Zákon o sociálním zabezpečení, podle kterého jsou financována rehabilitační opatření pro osoby trpící chorobami vyvolanými užíváním drog¹⁰². Zákonné požadavky směřované vůči pobytovým léčebným a rehabilitačním zařízením pak definuje Sociální zákoník IX, konkrétně jeho § 37. Podle něj jsou všechna pobytová rehabilitační zařízení v Německu povinna jednak zajistit management kvality vedoucí ke zvyšování úrovně poskytovaných služeb prostřednictvím cílených a systematických procedur a opatření, jednak absolvovat certifikační řízení.

Cíle systému zajištění kvality služeb

Cíle systému zajištění kvality služeb jsou definovány zejména v Národní strategii protidrogové politiky a politiky závislostí, která byla Spolkovou vládou přijata v roce 2012. Jejich znění je následující:

¹⁰⁰ DEUTSCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT. Germany 2017 Report of the national Reitox Focal Point to the EMCDDA. Harms and Harm Reduction [online]. Munich: DBDD, ©2017.

¹⁰¹ DEUTSCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT. Germany 2017 Report of the national Reitox Focal Point to the EMCDDA. Prevention [online]. Munich: DBDD, ©2017.

¹⁰² DEUTSCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT. 2010 National Report (2009 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point Germany [online]. Munich: DBDD, ©2010.

- udržitelným způsobem přispívat ke zlepšování zdraví a kvality života,
- garantovat efektivnost opatření přijatých v oblasti prevence, léčby, služeb minimalizace rizik i represe,
- zajistit hodnocení implementovaných opatření,
- umožnit rozšíření pouze těch opatření, která budou založena na důkazech a jejichž efektivita bude empiricky prokázána,
- podporovat doprovodné aktivity v oblasti výzkumu¹⁰³.

Dohoda o interním managementu kvality a certifikaci vycházející ze znění § 37 Sociálního zákoníku IX definuje cíle managementu kvality a certifikačního systému následujícím způsobem:

- přispět k dlouhodobému zohledňování potřeb pacientů/klientů, poskytovatelů služeb, zaměstnanců, příbuzných pacientů/klientů, praktických lékařů a dalších zainteresovaných osob,
- posílit spolupráci napříč profesními skupinami a obory,
- zajistit kontinuální a systematickou interní evaluaci používaného systému managementu kvality,
- garantovat reálné fungování managementu kvality a zabránit formálnímu vytváření oddělení managementu kvality, která nemají faktický obsah¹⁰⁴.

Standardy kvality služeb

Vzhledem k federativnímu uspořádání a s tím souvisejícím uplatňováním principu subsidiarity existují v Německu výrazné regionální rozdíly v přístupu k protidrogové politice. Tyto rozdíly přirozeně panují i v oblasti zajištění kvality. V souvislosti s opatřeními redukcí poptávky po drogách neexistují v Německu na federální úrovni žádné jednotné formální požadavky či kritéria zajištění kvality, která by komplexně upravovala oblast pokrývající všechny typy adiktologických služeb. Dílčím nástrojem, který je v této souvislosti uplatňován, je certifikační systém určený pobytovým léčebným a rehabilitačním zařízeními. Standardy, léčebné postupy a programy často nabývají v jednotlivých spolkových zemích odlišnou formu a podobu, což se odráží jak ve spektru adiktologických služeb, tak i v praxi jejich poskytování a financování¹⁰⁵. Navzdory tomu, že jednotlivé spolkové země a samosprávy mnohdy uplatňují různé přístupy a metody, jsou v dalším textu uvedeny alespoň některé v praxi uplatňované nástroje zajištění kvality¹⁰⁶.

V oblasti prevence jsou na spolkové i zemské úrovni uplatňovány specifické akreditační systémy. Jedním z nich je online databáze Zelený seznam prevence (Grüne Liste Prävention), která nabízí příklady dobré praxe ve sféře prevence závislostního chování, násilí a trestných činů dětí a dospívajících. Zařazení preventivního programu do této databáze je podmíněno splněním následujících kritérií:

¹⁰³ DIE DROGENBEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG. Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik [online]. Berlin: DBBR, ©2012.

¹⁰⁴ BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION. Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX [online]. Frankfurt am Main: BAR, ©2015.

¹⁰⁵ Zatímco např. v Hesensku existují aplikační místnosti či služby diacetylmorfinové substituce, v Bavorsku většina i v ČR standardních služeb minimalizace rizik neexistuje.

¹⁰⁶ DEUTSCHE BEOBACHTUNGSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT. Germany 2017 Report of the national Reitox Focal Point to the EMCDDA. Drug Policy [online]. Munich: DBDD, ©2017.

- program je vymezen jako opatření či intervence, je možné jej replikovat v různém čase a místě, je orientován na jeden či více měřitelných cílů, jeho aplikace pro individuálního účastníka je časově limitována a je poskytován nad rámec existující základní struktury služeb,
- program je zahájen před vypuknutím problémového chování a stabilizuje cílovou skupinu,
- program byl podroben alespoň jedné vědecké hodnotící studii uskutečněné v německy mluvících zemích,
- program usiluje o oslabení rizikových faktorů a/nebo o posílení protektivních faktorů relevantních pro problémové chování dospívajících,
- program je možné vzhledem k jeho materiálním, odborným a technickým nárokům v Německu implementovat.

Jednotlivé preventivní programy, které jsou doporučeny k implementaci, získávají, na základě poznatků z tuzemských i zahraničních výzkumů (tj. na základě evidence-based poznatků v primární prevenci), hodnocení 1 až 3, přičemž stupeň 1 znamená teoretickou efektivitu, stupeň 2 pravděpodobnou efektivitu a stupeň 3 prokázanou efektivitu. Popisy preventivních programů předložené jejich poskytovateli jsou tedy porovnávány s aktuálně výzkumem podloženými poznatky o efektivitě různých typů preventivních programů. Není tedy hodnocena jejich kvalita, ale předpokládaná efektivita. Každý zařazený preventivní program je v databázi charakterizován následujícím způsobem:

- informace o programu (cíl, cílová skupina, metoda, materiál, popis programu, kontaktní osoba, provedená hodnocení, řešené problematice chování),
- implementace a evaluace programu (hodnotící metody, výsledky hodnocení, spolupracující subjekty, časový horizont dosažení výsledků),
- zkušenosti s programem (výčet případů),
- přístup k programu (rizikové faktory, ochranné faktory, instituce, pohlaví, věk)¹⁰⁷.

Dalším nástrojem v oblasti prevence jsou Spolková rámcová doporučení (Bundesrahmenempfehlungen), která byla přijata v roce 2016. Tato doporučení definují společné cíle (vyrůstati zdravěji, žít a pracovat zdravěji, být zdravější ve stáří), prioritní oblasti aktivit, prioritní cílové skupiny (rodiny, děti, dospívající, studenti, lidé vyžadující péči), formu spolupráce mezi různými organizacemi a institucemi a povinnosti spojené s dokumentací a reportingem. Implementace těchto doporučení je zajišťována prostřednictvím Zemských rámcových dohod, které jsou uzavírány poskytovateli zdravotního, sociálního, penzijního a úrazového pojištění společně se zemskými orgány. Uzavřené dohody pak detailně řeší konkrétní cíle, oblasti aktivit, koordinaci poskytovaných služeb, rozdělení odpovědností a spolupráci zapojených subjektů, přičemž jsou zohledňována jak rámcová doporučení, tak regionální požadavky, a to i v oblasti zajištění kvality. Hodnocení preventivních programů probíhá formou posouzení jejich popisu a zaměřuje se na to, zda poskytovatel do popisu programu výše uvedené požadavky zapracoval.

Vedle výše uvedených nástrojů je kvalita prevence zajišťována také prostřednictvím doporučení a výstupů, které poskytují zemské autority odpovědné za drogovou prevenci ve spolupráci se Spolkovou centrálou pro zdravotní osvětu, a dále prostřednictvím konferencí a workshopů organizovaných například Německým monitorovacím centrem pro drogy a drogovou závislost, Hlavním německým úřadem pro závislosti (DHS,

¹⁰⁷ LANDESPRÄVENTIONS-RAT NIEDERSACHSEN. Grüne Liste Prävention. CTC Datenbank empfohlener Präventionsprogramme [online]. Hannover: LPR, ©2018.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) a dalšími institucemi. Dalším příspěvkem k zajištění kvality jsou expertní zprávy o efektivnosti opatření prevence závislosti vypracované Institutem pro výzkum terapie (IFT, Institut für Therapieforschung)¹⁰⁸. Hodnocení kvality preventivních programů podobné tomu, jak je realizováno v gesci MŠMT v ČR, nikde v Německu neprobíhá.

V oblasti léčby existuje v Německu velké množství doporučených léčebných postupů, které byly publikovány nejrůznějšími institucemi, organizacemi a odbornými lékařskými společnostmi. To vede k terminologickým těžkostem a nejasnostem (vzájemné zaměňování standardů, léčebných postupů či pravidel), k překrývajícímu se obsahu, k odlišné míře jejich závaznosti a k různé relevanci v praxi. Vzniká tak velmi heterogenní systém, ve kterém je velmi složité se zorientovat.

Existující léčebné postupy je možné rozdělit do třech základních skupin:

- léčebné postupy vytvořené odbornými lékařskými společnostmi při dodržení standardních procedur a využití současných vědeckých poznatků. Tento typ léčebných postupů je zcela v souladu se zásadami a kritérii EMCDDA a vzniká třífázovou procedurou podle německých metodologických standardů. Léčebné postupy vzešlé z neformálního konsenzu expertní skupiny jsou označeny úrovní S1. Léčebné postupy vytvořené na základě nesystematické sumarizace poznatků a formálního konsenzu členů několika odborných skupiny nesou označení S2. Léčebné postupy založené na systematickém výzkumu pak mají označení S3. Všechny platné léčebné postupy tohoto typu jsou dostupné na webových stránkách www.awmf-online.de,
- předpisy a pravidla týkající se substituční léčby, jejichž cílem bylo přispět k úspěšné implementaci různých právních podmínek. Tyto předpisy a pravidla mají v Německu zásadní efekt a relevanci v praktické oblasti. Po obsahové stránce se výrazně překrývají s prvním typem doporučených léčebných postupů,
- léčebné postupy pro programy pobytové léčby a rehabilitace osob se závislostmi (v ČR rezidenční péče v terapeutické komunitě). Tyto léčebné postupy byly vytvořeny ve čtyřech fázích: i) analýza existující odborné literatury, ii) komparace zjištění s reálnou situací s cílem definovat potřeby, iii) tvorba postupů, iv) implementace. Takto vzniklé postupy jsou vysoce relevantní v praxi, jelikož jsou určeny přímo rehabilitačním klinikám a léčebným zařízením, jimž stanovují rámcové podmínky. Jejich hlavními uživateli jsou aktéři zapojení do léčebného procesu (lékařský personál, terapeuti, sociální pracovníci). Tyto léčebné postupy stanovují, jaké typy intervencí a v jakém rozsahu mají být pacientovi poskytnuty, čímž stanovují minimální standardy, jejichž splněním vzniká nárok na úhradu služby z veřejného pojištění¹⁰⁹.

Dále jsou v oblasti léčby v Německu stanovena kvalitativní kritéria, jejichž naplňování ze strany pobytových léčebných a rehabilitačních zařízení je zkoumáno v rámci certifikačního systému garantovaného Federální asociací pro rehabilitaci. Tato kritéria se týkají následujících oblastí a obsahují níže uvedené indikátory:

- účel rehabilitačního zařízení,
 - cíle, hodnoty a principy rehabilitačního zařízení,
 - zapojení zaměstnanců do procesu definování a redefinování účelu rehabilitačního zařízení,

¹⁰⁸ DEUTSCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT. Germany 2017 Report of the national Reitox Focal Point to the EMCDDA. Prevention [online]. Munich: DBDD, ©2017.

¹⁰⁹ DEUTSCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT. 2010 National Report (2009 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point Germany [online]. Munich: DBDD, ©2010.

- písemná forma prohlášení o účelu rehabilitačního zařízení,
- pravidelná komunikace prohlášení o účelu směrem ke všem zainteresovaným aktérům,
- transparentnost rehabilitačního zařízení vůči cílové skupině,
- pravidelný přezkum, uzpůsobení a aktualizace prohlášení o účelu,
- koncepce rehabilitačního zařízení,
 - organizace, struktura a procesy rehabilitačního zařízení,
 - představení kompletního spektra služeb poskytovaných rehabilitačním zařízením,
 - soulad poskytovaných služeb s existujícími léčebnými postupy, předpisy a pravidly,
 - kompatibilita charakteru poskytovaných služeb se současnými vědeckými poznatky a důkazy,
 - písemná forma koncepce rehabilitačního zařízení,
 - závaznost koncepce rehabilitačního zařízení pro zaměstnance,
 - transparentnost rehabilitačního zařízení vůči cílové skupině,
 - pravidelný přezkum, uzpůsobení a aktualizace koncepce rehabilitačního zařízení,
- koncepce rehabilitačního procesu strukturovaná dle indikací a cílových skupin,
 - definování odpovědnosti za přípravu, testování a schválení léčebných koncepcí,
 - definování cílů rehabilitačního procesu a jejich transparentnost pro všechny participující aktéry,
 - aplikace mezioborového přístup k rehabilitačnímu procesu,
 - písemná forma funkčně orientovaných koncepcí strukturovaných dle specifických indikací,
 - měření a přezkum výsledků rehabilitačního procesu a míry naplnění stanovených cílů,
 - pravidelný přezkum, uzpůsobení a aktualizace koncepcí rehabilitačního procesu,
- odpovědnost za management kvality v rehabilitačním zařízení,
 - odpovědnost za interní management kvality na úrovni vedoucích pracovníků,
 - popis struktury managementu kvality v rehabilitačním zařízení včetně závazků vedoucích pracovníků,
 - definování odpovědnosti za vývoj kvalitativních cílů, plánování kvality, monitoring kvality a evaluaci,
 - poskytnutí odpovídajících lidských a materiálních zdrojů pro zajištění managementu kvality,
 - zástupce pro management kvality,
 - zřízení pozice zástupce pro management kvality s vymezením odpovídajících zdrojů,
 - zajištění zástupce pro management kvality s požadovanou kvalifikací, zkušenostmi a školením,
 - určení a poskytnutí odpovídajících časových zdrojů pro výkon managementu kvality,

- písemná forma stanovení úkolů, jejich popisu a souvisejících kompetencí zástupce pro management kvality
- transparentnost úkolů a kompetencí zástupce pro management kvality pro všechny participující aktéry,
- základní prvky systému managementu kvality,
 - organizační struktura systému managementu kvality,
 - jasné stanovení odpovědnosti za jednotlivé procesy v rámci systému managementu kvality,
 - popis pracovních pozic a souvisejících úkolů v rámci systému managementu kvality,
 - organizační schéma systému managementu kvality,
 - dokumentační, monitorovací a kontrolní mechanismy,
 - popis a nepřetržitý monitoring jednotlivých fází rehabilitačního procesu,
 - popis systému dokumentace a opatření splňujících právní a regulatorní požadavky týkající se např. lékařských nástrojů, hygienických podmínek či požární ochrany,
 - stanovení interních principů a zásad vzájemné spolupráce v rámci systému managementu kvality v daném rehabilitačním zařízení,
 - provázanost systému managementu kvality s profesními standardy kvality,
 - nastavení systému kontroly dokumentace vztahující se k rehabilitačnímu procesu,
 - vývoj cílů kvality založený na evaluacích provedených v rámci interního managementu kvality,
 - zajištění pravidelného přezkumu interního managementu kvality a vyvození měřitelných cílů kvality,
 - hodnocení stanovených opatření a jejich monitoring,
 - transparentnost cílů kvality a dosažených úspěchů pro všechny participující aktéry,
 - pravidelná sebehodnocení v rámci zásadních procesů,
 - písemná forma plánu pro realizaci sebehodnocení v rámci zásadních procesů,
 - zajištění pracovníků s odpovídající kvalifikací pro realizaci interních hodnocení,
 - vedení dokumentace o závěrech plynoucích z uskutečněných sebehodnocení,
 - nastavení mechanismů pro práci se závěry plynoucími z uskutečněného sebehodnocení,
 - využívání nápravných opatření na základě závěrů plynoucích z uskutečněného sebehodnocení,
 - účast pracovníků všech oblastí a úrovní v interním systému managementu kvality daného rehabilitačního zařízení,
 - nastavení transparentní a závazné struktury interní komunikace mezi všemi pracovníky,
 - komplexní a zároveň diferencované zapojení všech pracovníků v interním systému managementu kvality,

- poskytování zpětné vazby všem pracovníkům týkající se jejich zapojení v interním systému managementu kvality,
- vztahy s pacienty/klienty, opatrovníky, příbuznými pacientů/klientů, pečovateli, poskytovateli služeb
 - poskytování zásadních informací ze strany rehabilitačního zařízení pacientovi/klientovi (např. právo pacienta/klienta podílet se na rozhodování o podobě léčby, ochrany osobních údajů, povinnost spolupracovat, rehabilitační proces),
 - zohledňování očekávání, přání a potřeb pacientů/klientů,
 - koordinace zájmů pacienta/klienta, terapeuta, poskytovatele služby a dalších aktérů,
 - stanovení cílů rehabilitačního procesu ve spolupráci s pacientem/klientem a následná společná evaluace dosažených výsledků,
- systém vypořádávání stížností,
 - popis procedury, procesu a odpovědnosti v rámci systému vypořádávání stížností v rehabilitačním zařízení,
 - tvorba statistik, evaluací a analýz týkajících se způsobů vypořádání podaných stížností,
- systém externího zajištění kvality,
 - účast rehabilitačního zařízení v systému externího zajištění kvality,
 - analyzování a způsob nakládání se závěry plynoucími ze systému externího zajištění kvality,
 - písemná forma vzoru analýzy závěrů plynoucích ze systému externího zajištění kvality,
 - využívání závěrů plynoucích ze systému externího zajištění kvality v systému interního managementu kvality,
- procedura interního měření a analýz dosažených výsledků rehabilitačního procesu,
 - vyhodnocování míry naplnění cílů rehabilitačního procesu,
 - dokumentování implementace zákonných a regulatorních požadavků týkající se kvality ze strany rehabilitačního zařízení,
 - realizace průzkumů zjišťujících míru spokojenosti pacientů/klientů s rehabilitačním procesem,
 - nastavení mechanismů pro sběr a analýzu zpětných vazeb od participujících aktérů týkajících se kvality rehabilitačního procesu,
- systém pro nápravu chyb,
 - písemná forma pravidel pro nápravu chyb,
 - tvorba statistik, evaluací a analýz týkajících se způsobů nápravy chyb,
 - využívání nápravných opatření na základě závěrů plynoucích ze systému pro nápravu chyb,
 - uplatňování preventivních opatření bránících vzniku chyb,
- interní komunikace a osobní rozvoj pracovníků,

- pravidelná jednání jak mezi vedoucími pracovníky navzájem, tak mezi vedoucími pracovníky a jejich podřízenými,
- pravidelná jednání členů rehabilitačních týmů a oddělení,
- pravidelná školení rehabilitačních týmů,
- pravidelná školení první pomoci,
- písemná forma pravidel pro školení nových pracovníků,
- realizace průzkumů zjišťujících potřeby školení, jejich následné plánování a implementace¹¹⁰.

V oblasti služeb minimalizace rizik dosud nebyl definován žádný systém zajištění kvality. Dochází pouze k dílčím hodnocením úspěšnosti jednotlivých projektů¹¹¹, zpravidla externími výzkumnými pracovišti formou zakázek od municipalit a/nebo zemských vlád.

Závaznost účasti v systému zajištění kvality pro poskytovatele služeb

V oblasti prevence platí, že jednotlivé akreditační systémy jsou pro poskytovatele preventivních programů zcela dobrovolné. Některé z nich (např. akreditační systém Zelený list prevence) však mohou být v určitých zemích, okresech či obcích využívány jako podmínka pro udělení finanční podpory z veřejných zdrojů. Velmi často však poskytovatelé účasti v akreditačním systému pouze demonstrují, že jejich programy mají nezávislou institucí potvrzenou vysokou kvalitu.

Výroční zpráva Německého monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost za rok 2017 v této souvislosti konstatuje, že léčebné postupy a programy zajištění kvality jsou v praxi jednotlivými aktéry dodržovány bez jakýchkoliv mandatorních požadavků¹¹². Stejně jako v Nizozemsku či Rakousku i v Německu požívají poskytovatelé adiktologických služeb, bez ohledu na formu jejich právní subjektivity, důvěru orgánů veřejné správy na všech úrovních, že poskytují služby v souladu se standardy.

Výjimku v tomto ohledu však představují výše uvedené předpisy a pravidla týkající se substituční léčby, jejichž dodržování je pro lékaře poskytující substituční léčbu závazné¹¹³. To je ale logické s ohledem na skutečnost, že zacházení se substitučními preparáty spadá pod zákon upravující podmínky zacházení se zakázanými návykovými látkami.

Dalším přímo závazným nástrojem zajištění kvality je certifikační systém garantovaný Federální asociací pro rehabilitaci. Jeho úspěšné absolvování je na základě Sociálního zákoníku IX povinné pro všechna pobyťová léčebná a rehabilitační zařízení a je dokonce nutnou podmínkou samotného poskytování rehabilitačních služeb. Tento právní závazek se naopak nevztahuje na ambulantní typ rehabilitačních zařízení, která certifikační řízení mohou absolvovat zcela dobrovolně na základě svého uvážení.

¹¹⁰ BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION. Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX [online]. Frankfurt am Main: BAR, ©2015.

¹¹¹ DEUTSCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT. Germany 2017 Report of the national Reitox Focal Point to the EMCDDA. Harms and Harm Reduction [online]. Munich: DBDD, ©2017.

¹¹² DEUTSCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT. Germany 2017 Report of the national Reitox Focal Point to the EMCDDA. Drug Policy [online]. Munich: DBDD, ©2017.

¹¹³ DEUTSCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT. 2010 National Report (2009 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point Germany [online]. Munich: DBDD, ©2010.

1.5.2 Klíčoví aktéři v systému zajištění kvality služeb

Subjekt/-y definující standardy kvality služeb

Do procesu tvorby standardů kvality služeb je v Německu zapojeno velké množství různých institucí, organizací a odborných lékařských společností, což znemožňuje jakékoliv zjednodušené zobecnění. Je proto třeba se zaměřit na jednotlivé výše popsané standardy kvality.

V oblasti prevence jsou akreditační kritéria týkající se online databáze Zelený seznam prevence stanovována Radou pro prevenci Dolního Saska (LPR, Landespräventionsrat Niedersachsen) ve spolupráci s Lékařskou vysokou školou v Hannoveru.

V případě Spolkových rámcových doporučení odpovídá za jejich formulaci Národní preventivní konference (NPK, Nationale Präventionskonferenz), která je zastřešující organizací pro poskytovatele zákonného zdravotního pojištění (GKV, gesetzliche Krankenversicherung), zákonného pojištění dlouhodobé péče (SPV, soziale Pflegeversicherung), zákonného úrazového pojištění (GUV gesetzliche Unfallversicherung) a zákonného penzijního pojištění (GRV, gesetzliche Rentenversicherung). Do procesu tvorby těchto doporučení jsou zapojeny také další instituce, jako je Spolkový úřad práce, Asociace německých měst, Konfederace německých zaměstnavatelských svazů, Konfederace německých odborových svazů a mnoho dalších. Vytvořený návrh doporučení je následně postoupen k připomínkování relevantním spolkovým ministerstvům (například Ministerstvu zdravotnictví, Ministerstvu práce a sociálních věcí, Ministerstvu vnitra). O konečné podobě Spolkových rámcových doporučení následně rozhoduje opět NPK¹¹⁴.

V oblasti léčby jsou léčebné postupy prvního typu definovány Asociací vědeckých lékařských společností (AWMF, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften), která je neziskovou organizací sdružující více než 150 vědeckých společností. AWMF se zaměřuje zejména na tvorbu léčebných postupů pro klienty závislé na návykových látkách. Klíčovými vědeckými společnostmi jsou sice v tomto ohledu Německá společnost pro výzkum a léčbu závislostí (DG-Sucht, Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie) a Německá společnost pro psychiatrii, psychoterapii a neuropsychiatrii (DGPPN, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde), ale do procesu jsou zapojeny i další vědecké společnosti a experti.

Předpisy a pravidla týkající se substituční léčby jsou stanovovány Německou lékařskou komorou (BÄK, Bundesärztekammer) reprezentující profesní zájmy lékařů.

Léčebné postupy pro programy středně- a dlouhodobé pobytové léčby a rehabilitace pro osoby se závislostmi pak vytváří Německá správa důchodového pojištění (DRV, Deutsche Rentenversicherung), která odpovídá za financování rehabilitačních opatření¹¹⁵.

Kvalitativní kritéria, jejichž naplňování je zkoumáno v rámci certifikačního systému a je podmínkou pro udělení certifikace nutné k poskytování služeb ze strany pobytových léčebných a rehabilitačních zařízení, jsou definována Federální asociací pro rehabilitaci. Ta podporuje a koordinuje rehabilitační aktivity a jako zastřešující organizace sdružuje zástupce Federální agentury práce, poskytovatelů zákonného úrazového pojištění, poskytovatelů zákonného penzijního pojištění, poskytovatelů zákonného zdravotního pojištění a dalších organizací.

¹¹⁴ NATIONALEN PRÄVENTIONSKONFERENZ. Bundesrahmenempfehlungen [online]. Berlin: NPK, ©2016.

¹¹⁵ DEUTSCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT. 2010 National Report (2009 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point Germany [online]. Munich: DBDD, ©2010.

Subjekt/-y zapojené do hodnocení kvality služeb

Na spolkové úrovni není v Německu nastaven jednotný, závazný a funkční systém hodnocení kvality, který by komplexně řešil oblast pokrývající všechny typy adiktologických služeb, jako je tomu v případě certifikací RVKPP v ČR. Dílčím nástrojem, který je v oblasti hodnocení kvality služeb uplatňován, představuje certifikační systém garantovaný Federální asociací pro rehabilitaci, jenž je však určen pouze pobytovým léčebným a rehabilitačním zařízením. Pokud odhlédneme od tohoto certifikačního systému, tak platí, že naplňování a dodržování stanovených požadavků, respektive standardů kvality, ze strany jednotlivých poskytovatelů služeb ověřují často namátkově a/nebo v případě odůvodněných pochybností ty subjekty, které své standardy kvality pro daný typ služby samy definují.

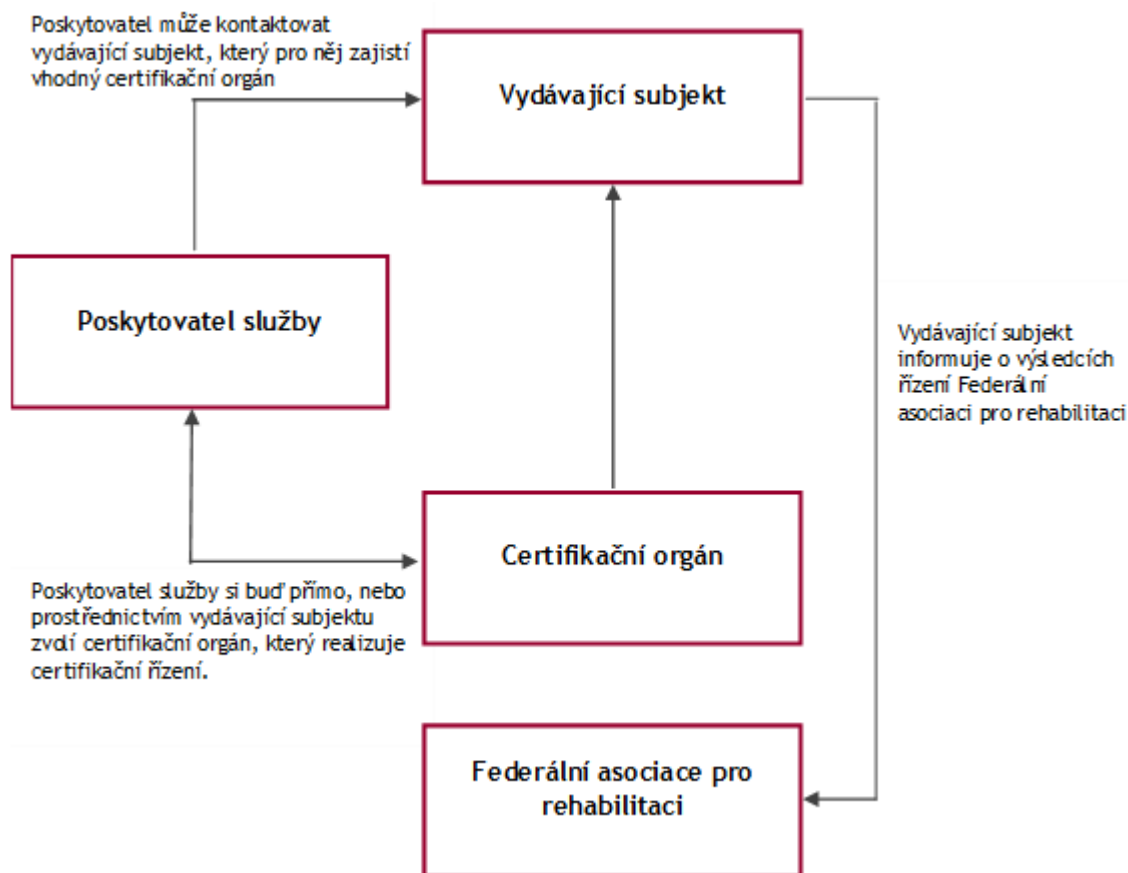
To je třeba připad online databáze Zelený seznam prevence, v jehož rámci Rada pro prevenci Dolního Saska ve spolupráci s Lékařskou vysokou školou v Hannoveru provádí hodnocení předkládaných strukturovaných popisů preventivních programů v porovnání s evidence-based poznatky o efektivitě programů primární prevence. Také hodnocení Spolkových rámcových doporučení je prováděno Národní preventivní konferencí, respektive jejími členskými organizacemi, a to ve čtyřletém intervalu.

Obdobným způsobem je hodnoceno dodržování předpisů a pravidel týkajících se substituční léčby, za což odpovídá Německá lékařská komora, a léčebných postupů týkajících se rehabilitačních opatření, za což nese odpovědnost Německá správa důchodového pojištění. I ta může provádět v jí financovaných adiktologických službách namátkově a/nebo cílené kontroly dodržování stanovených léčebných postupů.

Jako výjimku je v tomto ohledu možné vnímat certifikační systém garantovaný Federální asociací pro rehabilitaci. Asociace sice definuje kvalitativní kritéria, ale míru jejich naplnění v rámci certifikačního řízení již sama nehodnotí. Tento úkon vykonávají nezávislé certifikační orgány splňující zákonem stanovené podmínky, které o svých závěrech Federální asociaci pro rehabilitaci informují.

Výše popsanou situaci v oblasti hodnocení kvality adiktologických služeb včetně hlavních úkonů, které v jeho procesu klíčoví aktéři vykonávají, zpřehledňuje následující graf.

Schéma 4 Průběh procesu hodnocení kvality adiktologických služeb v Německu



Zdroj: Vlastní zpracování

1.5.3 Financování systému zajištění kvality služeb

Z veřejně dostupných zdrojů vyplývá, že způsob financování tvorby standardů kvality a hodnocení kvality služeb se případ od případu (tedy nejenom jedna spolková země od druhé) liší. Finanční prostředky tak pocházejí jak z veřejných rozpočtů, tak ze zdrojů vědeckých společností a poskytovatelů pojištění. Do financování systému se často zapojují i samotní poskytovatelé.

V případě certifikačního systému garantovaného Federální asociací pro rehabilitaci nesou poskytovatelé, tedy pobytová léčebná a rehabilitační zařízení, veškeré náklady spjaté s certifikačním řízením. Výše těchto nákladů není fixně stanovena, odvíjí se od cenové nabídky konkrétního certifikačního orgánu, který si poskytovatel služby pro certifikace vybere, a proto není možné ji jednoduše zobecnit.

1.5.4 Shrnutí a diskuse

Odpovědnost za německou protidrogovou politiku je sdílena Spolkovou vládou, spolkovými zeměmi a samosprávami, přičemž Spolková vláda disponuje legislativními kompetencemi v oblasti narkotik, trestního práva a sociálního zabezpečení, což jí umožňuje stanovovat i legislativní rámec protidrogové politiky. Zásadním subjektem je Úřad spolkového vládního komisaře pro omamné látky, který je zřízen při Ministerstvu zdravotnictví a který zajišťuje koordinaci protidrogové politiky Spolkové vlády a plní řadu dalších úkolů (obdobu českého Národního protidrogového koordinátora a sekretariátu RVKPP). Rámec německé protidrogové politiky je v Německu, podobně jako v ČR, dán Národní strategií protidrogové

politiky a politiky závislostí, jež stanovuje čtyři základní pilíře německého přístupu, kterými jsou prevence, poradenství a léčba, opatření minimalizace rizik a represe. Podobu německé protidrogové politiky dále určuje platná legislativa, a to zejména Zákon o omamných látkách, Zákon o nových psychoaktivních látkách a Sociální zákoník.

Legislativní ukotvení systému zajištění kvality není řešeno v rámci jednoho zákona. Dílčí ustanovení najdeme v Zákoně o preventivní zdravotní péči, v Sociálním zákoníku či v nařízení k Zákonu o omamných látkách. Situace v oblasti hodnocení kvality adiktologických služeb je tak v Německu ještě komplikovanější než v ČR, kde tři různé, vzájemně nekompatibilní systémy hodnocení kvality adiktologických služeb (certifikace RVKPP, registrace a inspekce MPSV a akreditace zdravotnických služeb) mají oporu v různých, vzájemně neprovázaných zákonných normách.

Oproti situaci v ČR existují v Německu vzhledem k jeho federativnímu uspořádání výrazné regionální rozdíly v oblasti zajištění kvality služeb v jednotlivých spolkových zemích. Standardy, léčebné postupy a programy, stejně jako spektrum adiktologických služeb a praxe jejich poskytování a/nebo financování se tudíž v jednotlivých spolkových zemích výrazně liší. Nejvýraznější rozdíly se týkají služeb minimalizace rizik, které některé spolkové země financují ve spektru širším, než je tomu v ČR (např. aplikační místnosti či substituce heroinem), v některých naopak prakticky nikoli (Bavorsko).

V oblasti prevence existují specifické akreditační systémy (např. Zelený seznam prevence) a také Spolková rámcová doporučení, ale i v případě preventivních programů se praxe nároků na jejich kvalitu a její hodnocení významně liší. Na rozdíl od certifikace MŠMT v ČR probíhá v Německu hodnocení kvality preventivních programů pouze formou porovnávání popisu preventivního programu a poznatků z výzkumu o efektivní prevenci. Nejde tak o hodnocení kvality preventivních programů, ale spíše o hodnocení jejich efektivity. V oblasti léčby jsou uplatňovány léčebné postupy lišící se způsobem vzniku, obsahem i relevancí. Jde například o léčebné postupy vytvořené odbornými lékařskými společnostmi, o předpisy a pravidla týkající se substituční léčby či o léčebné postupy pro rehabilitační zařízení (v ČR pro terapeutické komunity). Dále v oblasti léčby existuje certifikační systém, který však není, na rozdíl od ČR, určen všem adiktologickým službám, ale pouze pobytovým léčebným a rehabilitačním zařízením (obdobu českých léčen a/nebo terapeutických komunit). Získání certifikátu je pro daná zařízení nutnou podmínkou pro poskytování služby, což je dalším rozdílem oproti české praxi. V oblasti služeb minimalizace rizik standardy kvality v Německu, patrně kvůli rozličné praxi v jejich podpoře v různých spolkových zemích, definovány nejsou.

Do procesu tvorby standardů kvality služeb je v Německu zapojeno velké množství různých institucí, organizací a odborných lékařských společností. V oblasti prevence jde například o Radu pro prevenci Dolního Saska či o Národní preventivní konferenci zastřešující poskytovatele zákonného pojištění. V oblasti léčby se na tvorbě doporučených léčebných postupů podílí například Asociace vědeckých lékařských společností, Německá lékařská komora či Německá správa důchodového pojištění. Kvalitativní kritéria v rámci certifikačního systému určeného pobytovým léčebným a rehabilitačním zařízením pak definuje Federální asociace pro rehabilitaci. Tvůrci standardů jsou často zapojeni do hodnotících procesů, které ověřují, zda jsou stanovené nástroje zajištění kvality plněny a dodržovány. Výjimku v tomto ohledu představuje certifikační systém garantovaný Federální asociací pro rehabilitaci, ve kterém jsou hodnotící procesy realizovány nezávislými certifikačními orgány, z nichž si může poskytovatel služby vybrat, u kterého z nich chce certifikaci absolvovat (roli hraje např. cena certifikace).

1.5.5 Zdroje

BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION. Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX [online]. Frankfurt am Main: BAR, ©2015 [cit. 2018-03-01]. Dostupné z: [https://www.bar-](https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/rehabilitation_und_teilhabe/Qualitaet_in_der_Reha/Qualitaetsmanagement_und_Zertifizierung/downloads/Vereinbarung_Korrektur.pdf)

[frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/rehabilitation_und_teilhabe/Qualitaet_in_der_Reha/Qualitaetsmanagement_und_Zertifizierung/downloads/Vereinbarung_Korrektur.pdf](https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/rehabilitation_und_teilhabe/Qualitaet_in_der_Reha/Qualitaetsmanagement_und_Zertifizierung/downloads/Vereinbarung_Korrektur.pdf).

DEUTSCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT. 2010 National Report (2009 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point Germany [online]. Munich: DBDD, ©2010 [cit. 2018-03-01]. Dostupné z: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_191753_EN_Germany_2011.pdf.

DEUTSCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT. Germany 2017 Report of the national Reitox Focal Point to the EMCDDA. Drug Policy [online]. Munich: DBDD, ©2017 [cit. 2018-03-01]. Dostupné z:

https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/REITOX_BERICHT_2017_EN/WB_01_Drug_Policy_Germany_EN.pdf.

DEUTSCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT. Germany 2017 Report of the national Reitox Focal Point to the EMCDDA. Harms and Harm Reduction [online]. Munich: DBDD, ©2017 [cit. 2018-03-01]. Dostupné z:

https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/REITOX_BERICHT_2017_EN/WB_07_Harms_and_Harm_reduction_Germany_EN.pdf

DEUTSCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT. Germany 2017 Report of the national Reitox Focal Point to the EMCDDA. Legal Framework [online]. Munich: DBDD, ©2017 [cit. 2018-03-01]. Dostupné z:

https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/REITOX_BERICHT_2017_EN/WB_02_Legal_framework_Germany_EN.pdf.

DEUTSCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT. Germany 2017 Report of the national Reitox Focal Point to the EMCDDA. Prevention [online]. Munich: DBDD, ©2017 [cit. 2018-03-01]. Dostupné z: https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/REITOX_BERICHT_2017_EN/WB_04_Prevention_Germany_EN.pdf.

DEUTSCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT. Germany 2017 Report of the national Reitox Focal Point to the EMCDDA. Treatment [online]. Munich: DBDD, ©2017 [cit. 2018-03-01]. Dostupné z:

https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/REITOX_BERICHT_2017_EN/WB_05_Treatment_Germany_EN.pdf.

DIE DROGENBEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG. Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik [online]. Berlin: DBBR, ©2012 [cit. 2018-03-01]. Dostupné z:

https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/2_Themen/1_Drogenpolitik/Nationale_Strategie_Druckfassung-Dt.pdf.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. Germany Country Drug Report 2017 [online]. Lisbon: EMCDDA, ©2017 [cit. 2018-03-01]. Dostupné z:

https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/2_Themen/1_Drogenpolitik/Nationale_Strategie_Druckfassung-Dt.pdf.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. Best Practice Workbook Germany [online]. Lisbon: EMCDDA, ©2017 [cit. 2018-03-01].

LANDESPRÄVENTIONSRAT NIEDERSACHSEN. Grüne Liste Prävention. CTC Datenbank empfohlener Präventionsprogramme [online]. Hannover: LPR, ©2018 [cit. 2018-03-01]. Dostupné z: <https://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/information>.

NATIONALEN PRÄVENTIONSKONFERENZ. Bundesrahmenempfehlungen [online]. Berlin: NPK, ©2016 [cit. 2018-03-01]. Dostupné z: http://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/themen_a_z/praevg/nat_praevkon/bundesrahm/bundesrahmenempf.pdf.

1.6 Spojené království

1.6.1 Institucionální rámec zajištění kvality služeb

Přehled hlavních aktérů, kteří jsou ve Spojeném království zapojeni do systému zajištění a hodnocení kvality adiktologických služeb, uvádí následující tabulka.

Tabulka 7 Hlavní aktéři v modelu zajištění a hodnocení kvality adiktologických služeb ve Spojeném království

Subjekt	Charakteristika
Ministerstvo vnitra (HO, Home Office)	Ministerstvo odpovědné za naplnění cílů protidrogové strategie.
Ministerstvo zdravotnictví a sociální péče (DHSC, Department of Health and Social Care)	Ministerstvo rozhoduje o zahájení procesu tvorby směrnic kvality a uděluje pověření k souvisejícím úkonům.
Ministerstvo školství (DfE, Department for Education)	Ministerstvo uděluje pověření k definování standardů kvality v oblasti prevence.
Mentor UK	Jde o nestátní neziskovou organizaci působící ve Spojeném království, která je součástí celosvětové Mentor International Foundation. Tato organizace v roce 2013 založila Informační službu protialkoholního a protidrogového vzdělávání a prevence (ADEPIS), která definovala standardy kvality vzdělávacích a preventivních programů v oblasti adiktologie. ADEPIS je aktuálně financován jednak výkonnou agenturou Ministerstva zdravotnictví a sociálních věcí zvanou Public Health England, jednak Ministerstvem vnitra.
Komise pro kvalitu péče (CQC, Care Quality Commission)	Komise je výkonný nevládní veřejný orgán zřízený na základě zákona, který je odpovědný Ministru zdravotnictví a sociální péče a jeho prostřednictvím také parlamentu. Jde o nezávislého regulátora v oblasti zdravotní a sociální péče a garanta jednoho z akreditačních systémů. Komise provádí registraci poskytovatelů, stanovuje standardy kvality, shromažďuje data, provádí monitoring, vykonává expertní inspekce, poskytuje informace veřejnosti a činí kroky k nápravě či k potrestání.
Centrum pro zlepšení kvality (CCQI, College Centre for Quality Improvement)	Centrum je oddělením zřízeným v rámci profesní organizace psychiatrů Spojeného království (RCPsych, Royal College of Psychiatrists). Vykonává řadu aktivit přispívajících ke zvýšení kvality služeb v oblasti péče o duševní zdraví. Jednou z těchto aktivit je i garantování akreditačního systému, který je uplatňován zejména na služby péče o duševní zdraví, mezi něž patří i adiktologické služby, přičemž rozlišuje mezi pobytovými službami (např. jednotky intenzivní psychiatrické péče, terapeutické komunity) a komunitními službami (např. psychologické poradenství a/nebo terapie). Centrum definuje základní standardy kvality a zároveň hodnotí jejich dodržování.
Federace specialistů v oblasti drog a alkoholu (FDAP, Federation of Drug and Alcohol Professionals)	Federace je profesní organizací garantující individuální akreditace v podobě Národního poradenského akreditačního certifikátu určeného poradcům v oblasti závislosti na drogách a alkoholu, kteří poskytují své poradenské či psychoterapeutické služby jednotlivcům, párům i rodinám. Federace je zapojena do procesu definování základních standardů kvality.
Národní institut pro zdraví a kvalitu péče (NICE, National Institute for Health and Care Excellence)	Institut je nezávislou organizací, kterou Ministerstvo zdravotnictví pověřilo, aby garantovala tvorbu směrnic kvality.
Britská instituce pro standardizaci (BSI, British Standards Institution)	Jde o neziskovou organizaci, která je na základě memoranda o porozumění uzavřeného mezi ní a vládou hlavním orgánem odpovědným za akreditace služeb péče o duševní zdraví ve Spojeném království. Tato instituce se podílela na tvorbě základních standardů kvality uplatňovaných v rámci akreditačního systému garantovaného Centrem pro zlepšení kvality.

Zdroj: Vlastní zpracování

Vláda Spojeného království je zodpovědná za stanovení celkového strategického přístupu ke snižování škodlivých účinků drog a za jeho prosazování, přičemž rozsah jejich pravomocí se v důsledku devoluce

v jednotlivých částech Spojeného království výrazně liší. Hlavní odpovědnost za naplňování plánu opatření protidrogové strategie nese Ministerstvo vnitra (HO, Home Office), které každoročně publikuje detailní zprávy o míře naplnění stanovených cílů. Ministerstvo vnitra je v tomto úkolu podporováno řadou institucí a organizací (například Ministerstvem práce, Ministerstvem zdravotnictví a sociální péče, Ministerstvem školství, Národním kriminálním úřadem, Ministerstvem spravedlnosti). S cílem zajistit lepší koordinaci mezi jednotlivými aktéry iniciovalo Ministerstvo vnitra vznik Meziresortní protidrogové skupiny (obdoba RVKPP v ČR), ve které zasedají zástupci relevantních ministerstev.

Rámec britské protidrogové politiky je dán zejména Protidrogovou strategií. Tato strategie, přijatá v roce 2017, stanovuje dva základní cíle, kterými jsou jednak omezení užívání ilegálních a jiných škodlivých drog, jednak zvýšení podílu osob úspěšně bojujících se svou závislostí. Za tímto účelem se strategie zaměřuje na redukci poptávky po drogách, restrikci nabídky drog, zkvalitnění léčebných programů a jejich výsledků a iniciativy realizované na mezinárodní scéně. Tato strategie zahrnující celé Spojené království je doplněna protidrogovými strategiemi Skotska, Walesu a Severního Irska. Podobu britské protidrogové politiky přirozeně určuje také platná legislativa. Mezi klíčové zákony patří Zákon o zneužívání drog (Misuse of Drugs Act) a Zákon o zdravotní a sociální péči (Health and Social Care Act).

Opatření v oblasti prevence předpokládá jak celonárodní protidrogová strategie, tak její regionální varianty. Ve Spojeném království jsou uplatňována stejně jako v řadě jiných zemí preventivní opatření různé podoby. Všeobecná prevence se zaměřuje na celou populaci a svými programy a iniciativami usiluje o předcházení či oddalování konzumace legálních i ilegálních drog. Selektivní prevence se svými aktivitami zaměřuje na skupiny obyvatel vykazující větší riziko zneužívání návykových látek či rizikové chování. Jde například o záškoláky či pachatele z řad mladistvých.

V oblasti léčby zdůrazňují dostupné strategie nutnost zajištění odpovídající integrované podpory, která je nezbytnou podmínkou pro úspěšnou léčbu závislých osob. Ambulantní služby jsou nejčastěji zajišťovány centry komunitního charakteru specializujícími se na drogové závislosti. Tato centra mají obvykle charakter veřejné služby a jsou často provozována neziskovými organizacemi. Pověření k poskytování služeb a finanční zdroje pak tato centra získávají od místních samospráv. Míra jejich specializací se výrazně liší. V některých případech poskytují služby související výhradně se zneužíváním návykových látek, jindy nabízející širokou škálu služeb v oblasti duševního zdraví. V rámci pobytových zařízení jsou poskytovány detoxifikační služby určené těm pacientům, kteří potřebují dohled v kontrolovaném lékařském prostředí při vysazení užívané drogy. Tento typ služeb je poskytován nejčastěji v nemocnicích. Pobytové rehabilitační služby (pro něž je v ČR používán termín terapeutické komunity) jsou obvykle poskytovány registrovanými nestátními neziskovými organizacemi (charities) a/nebo soukromoprávními organizacemi, které nabízejí psychosociální intervence, individuální a skupinové terapie a další služby.

Služby minimalizace rizik se zaměřují na omezení negativních dopadů plynoucích z užívání návykových látek a závislostního chování. Služby minimalizace rizik zahrnují různorodé aktivity cílící zejména na zamezení šíření infekčních onemocnění spojených s užíváním drog (například prostřednictvím výměny injekčních jehel a stříkaček, testování na HIV a hepatitidu, očkování), na zajištění bezpečnějších forem sexuálního styku a na předcházení mimořádným událostem (např. na snižování počtu předávkování či fatálních předávkování u uživatelů drog)¹¹⁶.

Zajištění kvality adiktologických služeb se v případě Spojeného království odvíjí od třech základních nástrojů:

¹¹⁶ UK FOCAL POINT ON DRUGS. United Kingdom Drug Situation 2016 [online]. London: UKFPD, ©2016.

- standardů kvality,
- akreditačních systémů,
- směrnic kvality.

Legislativní ukotvení systému zajištění kvality služeb

Z pohledu systému zajištění kvality adiktologických služeb je zcela zásadní Zákon o zdravotní a sociální péči (Health and Social Care Act 2012).

V oblasti akreditačního systému (licensing) garantovaného Komisí pro kvalitu péče (CQC, Care Quality Commission) tento zákon definuje akreditační požadavky, akreditační proceduru a podmínky akreditace. Dále stanovuje mechanismus vynucení zákonných povinností a přechodná ustanovení. Zároveň zákon vymezuje pravomoci a povinnosti klíčové instituce tohoto akreditačního systému, kterou je právě CQC.

V oblasti směrnic kvality zákon ustanovuje Národní institut pro zdraví a kvalitu péče (NICE, National Institute for Health and Care Excellence) a definuje jeho všeobecné povinnosti, pravomoci a funkce. Mezi ně patří mimo jiné tvorba směrnic a standardů kvality a dále poskytování rad, informací a doporučení¹¹⁷.

Cíle systému zajištění kvality služeb

Obecné cíle systému zajištění kvality služeb jsou definovány zejména v Protidrogové strategii Spojeného království, jejíž aktuální verze byla přijata vládou v roce 2017. Ta se v ní zavazuje, že jednotlivá přijímaná opatření v rámci adiktologických služeb budou odpovídat nejnovějším vědeckým poznatkům a důkazům. Stanovené cíle jsou následující:

- za účelem redukce poptávky po drogách využívat přístupy a metody založené na důkazech, které přispějí k posílení odporu a odolnosti mladých lidí vůči užívání drog,
- za účelem zvýšení úspěšnosti boje se závislostmi zlepšit kvalitu léčebných programů a jejich výsledků pro různé skupiny klientů,
- za účelem posílení globálních aktivit aktivně sdílet osvědčené postupy a prosazovat přístupy založené na vědeckém poznání¹¹⁸.

O obecných cílech v oblasti kvality adiktologických služeb alespoň dílčím způsobem v podobném duchu pojednávají také protidrogové strategie přijaté ve Skotsku, Walesu a Severním Irsku.

Standardy kvality služeb

Standardy kvality

V oblasti prevence jsou hlavním nástrojem zajištění kvality standardy kvality definované v rámci programu Informační služby protialkoholního a protidrogového vzdělávání a prevence (ADEPIS) založeného nestátní neziskovou organizací Mentor UK. Tyto standardy pomáhají školám a dalším institucím posoudit kvalitu a efektivitu uskutečňovaných preventivních aktivit, přispět k řešení existujících problémů a navrhnout

¹¹⁷ UNITED KINGDOM. Health and Social Care Act 2012.

¹¹⁸ HM GOVERNMENT. 2017 Drug Strategy [online]. London: HM Government, ©2017 [cit. 2018-03-10].

a realizovat akční plán vedoucí k odstranění stávajících nedostatků. Standardy kvality zahrnují tři základní oblasti:

- efektivní protialkoholní a protidrogové vzdělávání ve třídách,
- školský kontext efektivního protialkoholního a protidrogového vzdělávání,
- zásady a metody poskytování programů.

Standardy kvality v oblasti efektivního protialkoholního a protidrogového vzdělávání ve třídách jsou určeny zejména základním a středním školám, nezávislým odborníkům a dalším osobám poskytujícím tyto vzdělávací služby ve formálním i neformálním prostředí. Standardy jsou definovány následujícím způsobem:

- jasné a relevantní stanovení vzdělávacích cílů a hodnocení jejich dosahování,
- interaktivní vzdělávací proces,
- posilování pozitivních sociálních norem,
- používání prostředků a nástrojů odpovídajících charakteru publika, zprostředkování přesných a relevantních informací,
- uplatňování jasné strategie k zajištění bezpečného prostředí ve třídě,
- nastavení hodnotících procesů zabývajících se efektivitou realizovaných aktivit.

Standardy kvality v oblasti školského kontextu efektivního protialkoholního a protidrogového vzdělávání jsou určeny zejména představitelům a řídicím orgánům základních a středních škol jakéhokoli typu a zaměření a dále osobám odpovědným za zajištění protialkoholního a protidrogového vzdělávání. Standardy zahrnují následující aspekty:

- jasná podpora vedoucích pracovníků týkající se protialkoholního a protidrogového vzdělávání a prevence,
- písemný metodický dokument definující přístup instituce k protialkoholnímu a protidrogovému vzdělávání a prevenci a k řešení incidentů spojených s alkoholem a drogami,
- protialkoholní a protidrogové vzdělávání je koncepčně plánováno a prochází pravidelným hodnocením a monitoringem kontrolujícím naplnění potřeb žáků a studentů,
- vyučující zapojení do aktivit protialkoholního a protidrogového vzdělávání jsou odborně kvalifikovaní a mají odpovídající přístup k vysoce kvalitním školením a metodické podpoře,
- všichni pracovníci jsou dobře obeznámeni s řešením problémů spojených s alkoholem a drogami,
- jasné a účinné postupy jak při zajištění podpory žákům se specifickými potřebami, tak při zprostředkování nutných externích služeb,
- rodiče a opatrovníci jsou informováni o přístupu dané školy k problematice alkoholu a drog a mají příležitost se na tomto přístupu aktivně podílet.

Standardy kvality v oblasti zásad a metod poskytování programů jsou určeny externím agenturám poskytujícím služby protialkoholního a protidrogového vzdělávání a prevence, jejich pracovníkům a spolupracujícím dobrovolníkům. Standardy jsou strukturovány následovně:

- politiky lidských zdrojů jsou jasně stanoveny a plně odpovídají platnému právnímu prostředí,
- dobrovolníci dodržují jasně formulovanou pracovní dohodu zahrnující mimo jiné informace o náplni práce a související odpovědnosti,

- jasné stanovení pravidel týkajících se zapojení pracovníků či dobrovolníků, kteří měli v minulosti problémy s alkoholem a drogami,
- jasný a bezpečný přijímací proces pracovníků a dobrovolníků,
- odpovídající podpora a monitoring nově přijatých pracovníků a dobrovolníků,
- účinná podpora a supervize všech pracovníků a dobrovolníků,
- bezvýhradné dodržování politiky školy v oblasti ochrany, důvěrnosti a mlčenlivosti,
- účinný komunikační mechanismus umožňující škole vyjádření její zpětné vazby, připomínek a obav¹¹⁹.

Akreditační systém

Garantem akreditačního systému (podobnost se systémem registrace MPSV v ČR) je v Anglii Komise pro kvalitu péče, která představuje nezávislého regulátora v oblasti zdravotní a sociální péče. Jejím klíčovým úkolem je zajistit, aby poskytovaná péče zdravotního či sociálního charakteru (a/nebo jejich kombinace v podobě tzv. integrovaného přístupu) byla bezpečná, efektivní, citlivá a vysoce kvalitní. Za tímto účelem vykonává Komise pro kvalitu péče následující činnosti:

- provádí registraci poskytovatelů zdravotní a sociální péče, kteří splnili stanovené standardy,
- stanovuje standardy, jejichž splnění je nutnou podmínkou registrace,
- shromažďuje data, důkazy a informace o poskytovaných službách, které využívá k jejich monitoringu,
- vykonává expertní inspekce,
- poskytuje informace veřejnosti a publikuje své závěry o kvalitě poskytované péče,
- činí kroky nutné k nápravě kvality poskytované péče či k potrestání poskytovatele¹²⁰.

Komisí definované základní standardy mají následující podobu:

- poskytovaná péče či léčba musí naplňovat specifické potřeby a preference klienta,
- s klientem musí být za všech okolností zacházeno důstojně a s respektem,
- poskytovaná péče či léčba je vždy podmíněna souhlasem klienta nebo jím zmocněnou osobou,
- poskytovaná péče či léčba musí být pro klienta bezpečná,
- klient nesmí být během péče či léčby podroben žádné formě zneužití či nesprávného zacházení,
- klientovi musí být zajištěno dostatečné množství jídla a pití,
- zařízení, ve kterém je péče či léčba poskytována, musí být čistá, vhodně vybavená a správně zajištěná,
- poskytovatel musí mít nastaven systém přijímání a vypořádávání stížností,

¹¹⁹ MENTOR UK. Quality standards for effective alcohol and drug education [online]. London: Mentor UK, ©2014 [cit. 2018-03-10].

¹²⁰ CARE QUALITY COMMISSION. A Fresh Start for the Regulation and Inspection of Substance Misuse Services [online]. London: CQC, ©2017.

- poskytovatel musí mít definován plán zajištění veškerých standardů a požadavků,
- poskytovatel musí disponovat dostatečným počtem kvalifikovaných, kompetentních a zkušených pracovníků,
- poskytovatel péče či léčby musí být otevřený a transparentní ve vztahu ke klientovi,
- poskytovatel musí zveřejňovat hodnocení, které mu bylo Komisí uděleno¹²¹.

Takto definovanému akreditačnímu systému podléhá široká škála subjektů zahrnující například nemocnice, praktické lékaře, dentisty, ambulance či zařízení pro duševně nemocné. Systém je uplatňován také vůči adiktologickým službám (např. pobytové služby pro osoby vyžadující léčbu z důvodu zneužívání návykových látek či léčba souvisejících nemocí, poruch a/nebo zranění). Organizace obdobného charakteru jako je Komise pro kvalitu péče působí také ve Skotsku (The Care Inspectorate), Walesu (The Care and Social Services Inspectorate Wales) a Severním Irsku (The Regulation and Quality Improvement Authority), kde jsou vytvářeny obdobné systémy jako v anglickém případě.

Vedle výše popsaného akreditačního systému garantovaného Komisí pro kvalitu péče existují v oblasti adiktologických služeb i další akreditační systémy. Jedním z nich je akreditační systém garantovaný Centrem pro zlepšení kvality (CCQI, College Centre for Quality Improvement), které bylo zřízeno v rámci profesní organizace psychiatrů Spojeného království (RCPsych, Royal College of Psychiatrists). Tento akreditační systém je uplatňován zejména na služby péče o duševní zdraví, přičemž rozlišuje mezi pobytovými službami (např. jednotky intenzivní psychiatrické péče či terapeutické komunity) a komunitními službami (např. psychologické poradenství a/nebo terapie). Udělení akreditace ze strany Centra pro zlepšení kvality je podmíněno splněním následujících požadavků:

- služba musí plnit základní standardy kvality, což mimo jiné znamená, že je poskytována v organizovaném a bezpečném prostředí kvalifikovaným a vyškoleným personálem. Dále musí služba poskytovat klientům péči dle jejich potřeb, a to v přiměřeném časovém rámci a v zařízení s patřičným vybavením,
- kvalita služby musí být pozitivně hodnocena klienty a jejich case managery. Toto hodnocení je realizováno prostřednictvím anonymních dotazníků a zaměřuje se na zacházení s klienty, na rozsah poskytovaných informací a na míru zapojení klientů do rozhodování o podobě a charakteru péče,
- služba musí úspěšně absolvovat návštěvu nezávislého týmu vyškolených hodnotitelů.

Každá služba usilující o získání akreditace ze strany Centra pro zlepšení kvality by měla plnit příslušné základní standardy. Ty mají dvě, částečně podobné, verze. První je určena komunitním a druhá pobytovým službám péče o duševní zdraví. Základní standardy jsou podle důležitosti vnitřně členěny do třech skupin. První skupinu standardů lze označit za zásadní, jelikož jejich nesplnění představuje jednak významnou hrozbu pro bezpečí, práva a důstojnost pacienta, jednak také eventuální porušení zákona (např. metody péče a léčby musí být založeny na vědecky ověřených důkazech). Druhou skupinou jsou očekávané standardy, které plní většina služeb (např. poskytování informací klientům o čekacích lhůtách na vstupní vyšetření a na zahájení léčby). Třetí skupinou jsou vhodné standardy, které by měli plnit vysoce kvalitní poskytovatelé¹²².

¹²¹ CARE QUALITY COMMISSION. The fundamental standards [online]. London: CQC, ©2018.

¹²² ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS. Quality networks and accreditation [online]. London: RCPsych, ©2018.

Dalším příkladem je akreditační systém Federace specialistů v oblasti drog a alkoholu (FDAP, Federation of Drug and Alcohol Professionals), což je profesní organizace garantující individuální akreditace v oblasti zneužívání návykových látek a závislostí. Federace uděluje Národní poradenský akreditační certifikát (NCAC, National Counsellor Accreditation Certificate), jenž je určen poradcům v oblasti závislostí na drogách a alkoholu, kteří poskytují své poradenské či psychologické služby jednotlivcům, párům i rodinám¹²³.

Směrnice kvality

Směrnice kvality zabývající se drogami a závislostmi mají ve Spojeném království dlouhodobou tradici. První z nich byla přijata již v roce 1984 a dnes již tyto směrnice pokrývají širokou škálu témat, typů služeb a klientských skupin. Směrnice kvality jsou přijímány jak na úrovni Spojeného království, tak na úrovni jeho jednotlivých územních částí. V některých případech orgány jednotlivých zemí spolupracují na tvorbě společné celonárodní směrnice, v jiných případech pracují odděleně.

Garantem tvorby směrnic kvality je v Anglii a ve Walesu Národní institut pro zdraví a kvalitu péče. Všechny směrnice tvořené pod kuratelou institutu vycházejí z hodnocení dostupných důkazů klinické efektivity a nákladové efektivity a jsou formovány na základě rozsáhlých konzultací s externími organizacemi. Mezi základní principy práce institutu patří:

- multidisciplinární přístup,
- systematický přezkum důkazů,
- kritické hodnocení případů.

Ministerstvo zdravotnictví pověřilo Národní institut pro zdraví a kvalitu péče tvorbou směrnic kvality, které v souvislosti s drogovou problematikou nabývají třech různých podob:

- hodnocení technologií (technology appraisals), která poskytují doporučení ohledně nových i existujících způsobů léčby, léčebných procedur a medikamentů,
- klinické postupy (clinical guidelines), které poskytují doporučení ohledně vhodné léčby v souvislosti s konkrétní chorobou a podmínkami,
- směrnice veřejného zdraví (public health guidance), které poskytují doporučení Národní zdravotní službě (NHS, National Health Service) a dalším orgánům působícím v oblasti podpory zdraví či snižování zdravotních poškození (harm reduction).

Směrnice kvality vytvořené institutem byly původně určeny pouze pro oblast Anglie a Walesu. Skotsko a Severní Irsko však dlouhodobě implementují přijaté směrnice podle svého uvážení¹²⁴.

¹²³ EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. Best Practice Workbook United Kingdom [online]. Lisbon: EMCDDA, ©2017.

¹²⁴ UK FOCAL POINT ON DRUGS. 2010 National Report (2009 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. United Kingdom [online]. London: UKFPD, ©2010.

Závaznost účasti v systému zajištění kvality pro poskytovatele služeb

Standardy kvality

Standardy kvality definované v rámci Informační služby protialkoholního a protidrogového vzdělávání a prevence (ADEPIS), které jsou hlavním nástrojem zajištění kvality v oblasti protidrogové prevence, mají pouze doporučující charakter. Je tedy pouze na samostatném uvážení jednotlivých institucí, zda a do jaké míry budou tyto standardy respektovat a zavádět do praxe.

Akreditační systém

Závaznost akreditačního systému garantovaného Komisí pro kvalitu péče vychází ze Zákona o zdravotní a sociální péči a s ním souvisejících podzákonných předpisů. Povinnost účasti v tomto systému se vztahuje na všechny subjekty, které chtějí v Anglii vykonávat jednu či více regulovaných činností, včetně adiktologických služeb, s výjimkou služeb minimalizace rizik, na něž jsou kladeny nižší nároky (viz níže). Těmito subjekty mohou být například fyzické osoby, partnerství, společné podniky či organizace, jako jsou soukromé společnosti, nestátní neziskové organizace (charities), veřejné organizace zřízené v rámci Národní zdravotní služby či lokální orgány. Mezi regulované činnosti je řazena většina služeb zdravotní a sociální péče. V oblasti adiktologických služeb jsou regulovány „pobytové služby pro osoby vyžadující léčbu z důvodu zneužívání návykových látek“ a dále „léčba nemocí, poruch a zranění vzniklých v souvislosti s užíváním návykových látek“. Prvně jmenovaná regulovaná činnost je charakteristická tím, že klientům poskytuje ve stejný čas jak ubytování, tak léčebný program. Druhá regulovaná činnost je poskytovaná zdravotnickým personálem či sociálními pracovníky, a to v různých podobách (akutní léčba, dlouhodobá léčba, aj.) a v různých typech zařízení (nemocnice, kliniky, ambulance, rehabilitační a/nebo komunitní centra). Přestože „pobytové služby pro osoby vyžadující léčbu z důvodu zneužívání návykových látek“ a „léčba nemocí, poruch a zranění“ patří mezi regulované činnosti, je možné identifikovat některé dílčí výjimky. Povinnost akreditace se například nevztahuje na klinické psychology a terapeuty. Akreditaci dále nemusí disponovat poskytovatel adiktologických služeb, jehož personál nezahrnuje lékaře, zdravotní sestru, ani sociálního pracovníka. Typicky se jedná o služby minimalizace rizik poskytované tzv. poradci v oblasti drog a alkoholu (drug and alcohol workers)¹²⁵. V případě, že určitý subjekt poskytuje některou z regulovaných činností bez příslušné akreditace, dopouští se přestupku¹²⁶. Na rozdíl od předcházejícího akreditačního systému není akreditační systém garantovaný Centrem pro zlepšení kvality přímo závazný. Jednotliví poskytovatelé získáním akreditace pouze demonstrují, že jejich služby jsou na dobré úrovni a naplňují základní standardy kvality. Získání akreditace může také vést ke snížení finančních příspěvků, které poskytovatel odvádí Úřadu pro řešení sporů NHS (NHSLA, NHS Litigation Authority)¹²⁷. Dále může akreditace zlepšit a zjednodušit získávání finančních prostředků z různých zdrojů v rámci kofinancování poskytovaných služeb¹²⁸.

Dobrovolný charakter má také akreditační systém spravovaný Federací specialistů v oblasti drog a alkoholu. Získání individuální akreditace pro poskytování poradenských či psychoterapeutických služeb totiž není

¹²⁵ Tito poradci mají nižší kvalifikaci než lékaři, zdravotní sestry a/nebo sociální pracovníci a jsou zpravidla absolventy rekvalifikačního kurzu. Zde je patrná podobnost s ČR, kde se absolventi vzdělávacího kurzu v rozsahu cca 200 hodin mohou stát pracovníky v sociálních službách. Ve Spojeném království je podobný kurz specificky zaměřen na adiktologické poradenství.

¹²⁶ CARE QUALITY COMMISSION. Registration under the Health and Social Care Act 2008. The scope of registration [online]. London: CQC, ©2015.

¹²⁷ Úřad pro řešení sporů NHS je výkonný nevládní orgán financovaný Ministerstvem zdravotnictví a sociální péče. Jeho úkolem je jménem členských organizací přispívat ke spravedlivému řešení stížností a sporů uplatňovaných vůči NHS.

¹²⁸ ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS. Quality networks and accreditation [online]. London: RCPsych, ©2018.

nutnou podmínkou pro poskytování těchto služeb ani v akreditovaných zařízeních, ani v rámci privátní praxe.

Směrnice kvality

Směrnice kvality vytvořené Národním institutem pro zdraví a kvalitu péče nemají zákonem garantovanou právní vymahatelnost, a proto je nelze vnímat jako závazné. Mají spíše doporučující charakter a ponechávají dostatečný prostor lékaři i pacientovi k rozhodování o podobě léčby. Zároveň je však třeba zdůraznit, že v případě nedodržování těchto směrnic se očekává, že lékař či jakýkoli registrovaný poskytovatel služeb včetně adiktologických bude schopen svá rozhodnutí racionálně obhájit a čelit případné kontrole ze strany profesních komor a dalších institucí.

Výjimku z hlediska závaznosti představují hodnocení technologií. Na jejich základě jsou příslušné orgány (NHS) povinny financovat užívání technologií, které byly těmito hodnoceními doporučeny¹²⁹.

1.6.2 Klíčoví aktéři v systému zajištění kvality služeb

Subjekt/-y definující standardy kvality služeb

Standardy kvality

Subjektem definujícím standardy kvality v oblasti prevence je nestátní nezisková organizace Mentor UK, která je součástí celosvětové Mentor International Foundation. Tvorba standardů kvality je zajišťována prostřednictvím programu Informační služby protialkoholního a protidrogového vzdělávání a prevence (ADEPIS), na kterém se vedle Mentor UK podílí také nestátní neziskové organizace DrugScope a Adfam. Pověření k definování standardů kvality obdržely zmiňované organizace od Ministerstva školství (DfE, Department for Education)¹³⁰.

Akreditační systém

V případě akreditačního systému garantovaného CQC je subjektem definujícím standardy právě Komise pro kvalitu péče. Další subjekty obdobného charakteru můžeme identifikovat ve Skotsku (The Care Inspectorate), ve Walesu (The Care and Social Services Inspectorate) a v Severním Irsku (The Regulation and Quality Improvement Authority).

V rámci akreditačního systému garantovaného CCQI byly základní standardy kvality definovány právě Centrem pro zlepšení kvality ve spolupráci s Britskou institucí pro standardizaci (BSI, British Standards Institution). Tyto instituce provedly revizi uplatňovaných standardů a následně identifikovaly základní standardy kvality relevantní pro pobytové a komunitní služby péče o duševní zdraví. Tyto základní standardy byly následně podrobeny rozsáhlému přezkumu, na kterém participovali kliničtí experti, lékaři s různou specializací, akademici, pečovatelé a pacienti.

Dalším subjektem zapojeným do procesu definování standardů kvality je Federace specialistů v oblasti drog a alkoholu, která coby profesní organizace garantuje individuální akreditace pro poradce v oblasti zneužívání návykových látek a závislostí.

¹²⁹ ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS. Quality networks and accreditation [online]. London: RCPsych, ©2018.

¹³⁰ MENTOR UK. Quality standards for effective alcohol and drug education [online]. London: Mentor UK, ©2014.

Směrnice kvality

Podnět k vytvoření směrnice kvality může podat celá řada subjektů. Jde například o veřejnost, pacienty, poskytovatele péče, lékaře, odborné instituce a mnoho dalších. Podnět je následně posouzen podle stanovených kritérií panelem, jehož členy jsou experti v dané oblasti, znalci zdravotnického prostředí, představitelé veřejného sektoru, zástupci pacientských asociací a asociací poskytovatelů. Doporučení panelu je následně postoupeno ministru zdravotnictví, který rozhodne o tom, zda má Národní institut pro zdraví a kvalitu péče zahájit tvorbu příslušné směrnice.

Subjekty definující směrnice kvality se liší podle jednotlivých typů směrnic. V případě hodnocení technologií je zásadním subjektem nezávislá poradní komise působící v rámci NICE. Ta je složena ze zástupců pacientských organizací a organizací poskytovatelů, akademické sféry, NHS, farmaceutického a medicínského průmyslu. Členové komise jsou jmenováni na tříleté funkční období. Do procesu tvorby hodnocení technologií jsou obvykle zapojeny konzultantské organizace různého charakteru a také je umožněn přístup pozorovatelům, kteří se však nemohou vyjadřovat k finálnímu doporučení komise.

V případě tvorby klinických postupů NICE spolupracuje s Národním klinickým centrem (NCGC, National Clinical Guideline Centre) a se čtyřmi národními centry (NCCs). Do procesu tvorby jsou dále vtaženi další aktéři, jako například pacientské organizace, organizace poskytovatelů či registrovaní jednotlivci. Tvorbu daného postupu má na starosti vývojová skupina složená z expertů, lékařů, zástupců pacientů a poskytovatelů. Výsledek činnosti vývojové skupiny je postoupen národnímu centru, které zajistí finální podobu klinického postupu. Formální schválení poskytuje NICE.

V případě směrnic veřejného zdraví je v první fázi vytvořen přehled dostupných poznatků, který vytváří buď nezávislé výzkumné těleso, nebo samotný NICE. Návrh směrnice je vytvořen poradní komisí (PHIAC) a následně důkladně konzultován se zainteresovanými subjekty. Připomínky těchto subjektů PHIAC zapracuje a k finálnímu schválení předloží NICE¹³¹.

Subjekt/-y zapojené do hodnocení kvality služeb

Standardy kvality

Ve Spojeném království není v oblasti prevence nastaven jednotný, standardní a komplexní systém hodnocení dodržování standardů kvality. Za účelem posouzení kvality a efektivity uskutečňovaných preventivních aktivit dochází pouze k tomu, že jednotlivé školy pravidelně vytvářejí sebehodnotící zprávy, ve kterých u každého standardu a souvisejícího kritéria stanovují tyto náležitosti:

- míra naplnění standardu a souvisejícího kritéria,
- důkaz míry naplnění,
- popis identifikovaných nedostatků,
- určení opatření vedoucích ke zvýšení kvality¹³².

¹³¹ UK FOCAL POINT ON DRUGS. 2010 National Report (2009 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. United Kingdom [online]. London: UKFPD, ©2010.

¹³² MENTOR UK. Quality standards for effective alcohol and drug education [online]. London: Mentor UK, ©2018.

Akreditační systém

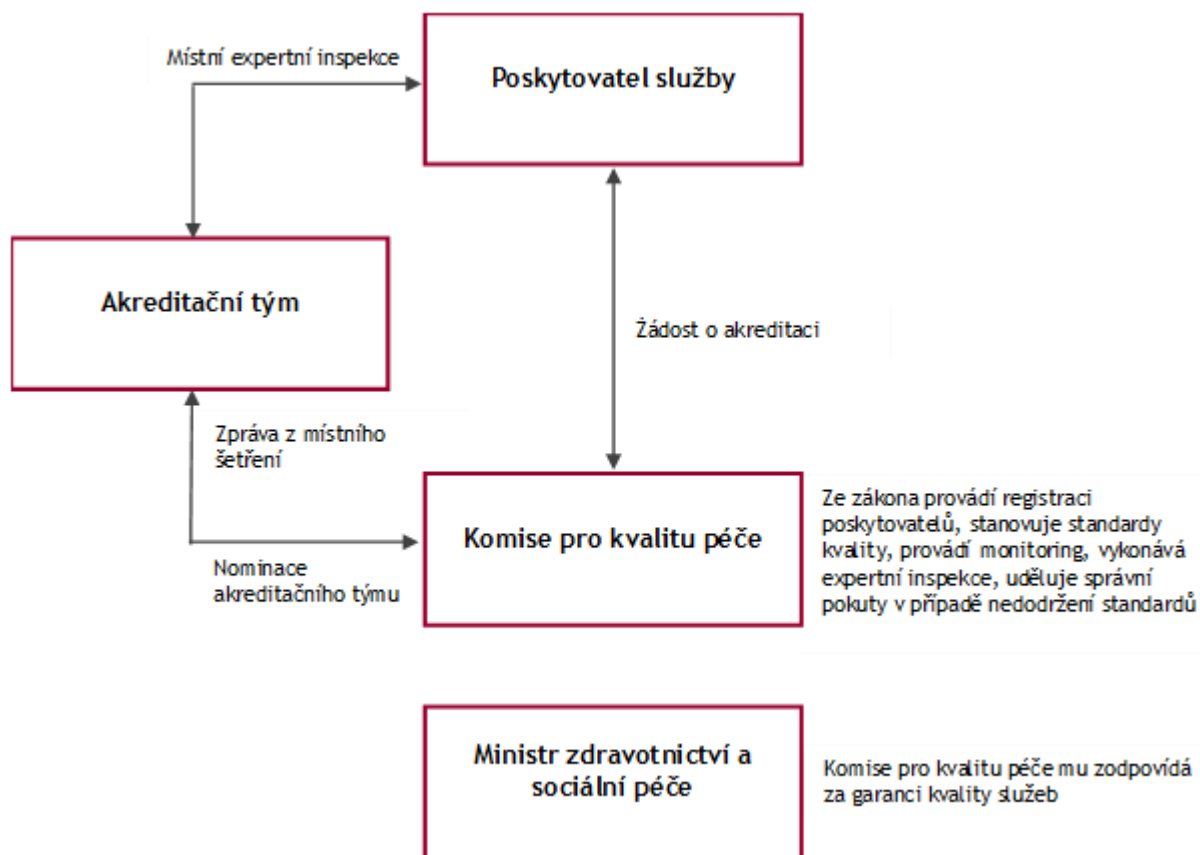
V případě akreditačních systémů provádí hodnocení kvality služeb obecně ten samý subjekt, který definoval standardy kvality.

V rámci akreditačního systému garantovaného Komisí pro kvalitu péče je právě Komise institucí, která provádí systematický monitoring jednotlivých poskytovatelů, vykonává expertní inspekce a publikuje hodnocení kvality poskytované péče. V souvislosti s hodnocením jednotlivých poskytovatelů využívá CQC čtyřstupňovou klasifikační škálu (nedostatečný, vyžadující zlepšení, dobrý, vynikající). Pokud daný poskytovatel obdržel negativní hodnocení, je CQC ochotná spolupracovat na zlepšení kvality za dvou podmínek. Za první, v reálných silách poskytovatele je zajistit zlepšení kvality. Za druhé, úroveň aktuálně poskytované péče bezprostředně neohrožuje pacienty. Pokud ovšem poskytovaná péče představuje bezprostřední riziko pro pacienty či klientské skupiny, nebo pokud poskytovatel není opakovaně schopen dostát svým povinnostem, dá CQC přednost vynucovacím prostředkům garantovaným zákonem. Takovým prostředkem je zejména možnost udělení peněžité pokuty až do výše 10 % z obrátu daného poskytovatele¹³³.

Výše popsaný model hodnocení kvality adiktologických služeb včetně hlavních úkonů, které v jeho procesu klíčoví aktéři vykonávají, zřehledňuje následující graf.

¹³³ EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. Best Practice Workbook United Kingdom [online]. Lisbon: EMCDDA, ©2017.

Schéma 5 Průběh procesu hodnocení kvality adiktologických služeb ve Spojeném království prováděného Komisí pro kvalitu péče

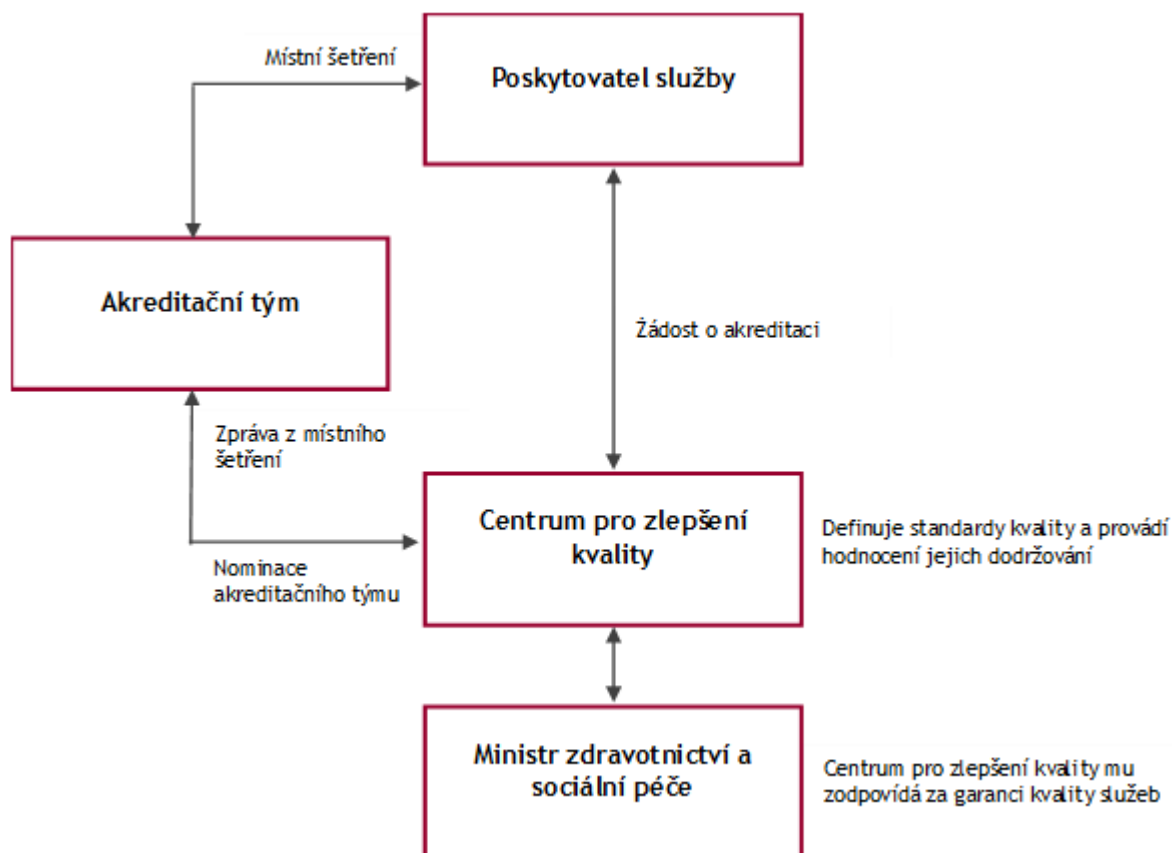


Zdroj: Vlastní zpracování

V akreditačním systému garantovaném Centrem pro zlepšení kvality je Centrem realizována návštěva poskytovatele služeb, který o akreditaci zažádal. Tuto návštěvu provádí nezávislý tým vyškolených hodnotitelů. Hodnotitelé se během jednodenní návštěvy zařízení setkají s tamním personálem, pacienty a jejich case managery, se kterými detailně diskutují charakter poskytovaných služeb. Následně hodnotitelé vypracují zprávu, na jejímž základě odborná komise rozhodne, zda daný poskytovatel získá akreditaci. Pokud je rozhodnuto o neudělení akreditace, poskytne Centrum danému poskytovateli vodítko, jaké změny je třeba provést. Zároveň Centrum pro zlepšení kvality provádí pravidelné audity a přezkumy, jejichž úspěšné absolvování je podmínkou udržení akreditace¹³⁴. Výše popsaný model hodnocení kvality adiktologických služeb včetně hlavních úkonů, které v jeho procesu klíčoví aktéři vykonávají, zřehledňuje následující graf.

¹³⁴ EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. Best Practice Workbook United Kingdom [online]. Lisbon: EMCDDA, ©2017.

Schéma 6 Průběh procesu hodnocení kvality adiktologických služeb ve Spojeném království prováděného Centrem pro zlepšení kvality



Zdroj: Vlastní zpracování

Směrnice kvality

Vzhledem k tomu, že směrnice kvality mají pouze doporučující charakter, neexistuje jednotný a komplexní systém hodnocení jejich dodržování na úrovni Spojeného království ani jeho jednotlivých zemí.

1.6.3 Financování systému zajištění kvality služeb

Zdroje financování systému hodnocení kvality služeb

Standardy kvality

Program Informační služby protialkoholního a protidrogového vzdělávání a prevence (ADEPIS), v jehož rámci jsou tvořeny standardy kvality, je financován zejména výkonnou agenturou Ministerstva zdravotnictví a sociálních věcí zvanou Public Health England a Ministerstvem vnitra.

Akreditační systémy

Financování akreditačního systému garantovaného Komisí pro kvalitu péče je upraveno Zákonem o zdravotní a sociální péči. Dle jeho článku 85 stanovuje Komise pro kvalitu péče výši ročního poplatku, který slouží k pokrytí jejich nákladů spojených se zajištěním akreditace, přezkumu a hodnocení (konkrétněji jde

o náklady spojené se zahájením akreditačního procesu, změnami v akreditacích, s monitoringem, inspekčními aktivitami a hodnotícími službami). Komise je ze zákona povinna konzultovat výši tohoto poplatku, přičemž jakékoli změny podléhají souhlasu ministerstva. Každý akreditovaný poskytovatel služeb je povinen stanovený poplatek uhradit. V opačném případě poskytovateli hrozí odejmutí jeho akreditace. Výše ročního poplatku se odvíjí od typu zařízení, přičemž je rozlišováno sedm různých kategorií:

- veřejné organizace zřízené v rámci NHS (NHS trusts),
- pečovatelské služby,
- komunitní služby sociální péče,
- zdravotní péče – nemocnice,
- zdravotní péče – specializované služby,
- komunitní služby zdravotní péče,
- služby primární péče.

Například zařízení zdravotní péče – nemocnice, poskytující mimo jiné i pobytové léčebné služby osobám zneužívajícím návykové látky, mají v závislosti na počtu míst, kde je služba poskytována, stanoven roční poplatek v intervalu od 10 968 liber do 193 390 liber (klíčem k určení výše poplatku je velikost nemocnic a počet lůžek). Zařízení komunitních služeb zdravotní péče, poskytující mimo jiné komunitní služby pro osoby zneužívající návykové látky či pobytové služby pro osoby vyžadující léčbu z důvodu zneužívání návykových látek, mají v závislosti na počtu míst, kde jsou služby poskytovány, stanoven roční poplatek v rozmezí od 1 867 liber do 59 640 liber. Pokud poskytovatel nabízí více služeb zasahujících hned několik kategorií, jsou mu vypočteny roční poplatky za každou kategorii zvlášť. Roční poplatek je splatný do 30 dnů od vystavení faktury, přičemž faktura je obvykle vydána k datu udělení akreditace pro danou službu. V případě, že poskytovatel v průběhu roku zažádá o zrušení akreditace, je mu poměrným způsobem vrácena část zaplaceného poplatku¹³⁵.

Akreditační systém garantovaný Centrem pro zlepšení kvality je taktéž financován z poplatků hrazených akreditovanými poskytovateli. Výše poplatku se liší v závislosti na charakteru (pobytový či komunitní) a typu služby. Například jednotky intenzivní psychiatrické péče mají stanoven roční poplatek ve výši 1 800 liber (bez DPH) za jednotku. Služby ambulantního psychologického poradenství a/nebo terapie jsou zpoplatněny v závislosti na počtu terapeutů a na délce akreditace částkou od 1 350 liber do 3 000 liber (bez DPH) ročně. Služby terapeutické komunity pak podle počtu míst výkonu služby hradí ročně částku od 2 100 liber do 3 150 liber (bez DPH)¹³⁶.

Financování akreditačního systému garantovaného Federací specialistů v oblasti drog a alkoholu je řešeno poplatkem za akreditaci, který činí 150 liber za akreditovanou osobu na období tří let¹³⁷.

¹³⁵ CARE QUALITY COMMISSION. Regulatory fees 2017/2018. Guidance for providers [online]. London: CQC, ©2017.

¹³⁶ ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS. Quality networks and accreditation [online]. London: RCPsych, ©2018.

¹³⁷ FEDERATION OF DRUG & ALCOHOL PRACTITIONERS. FDAP Qualifications: National Counsellor Accreditation Certificate (NCAC) [online]. London: FDAP, ©2018.

Směrnice kvality

Tvorba směrnic kvality, jejímž garantem je Národní institut pro zdraví a kvalitu péče, je financována z veřejných rozpočtů. Konkrétně jde zejména o prostředky Ministerstva zdravotnictví, které je hlavním donorem celého NICE.

1.6.4 Shrnutí a diskuse

Vláda Spojeného království je zodpovědná za stanovení celkového strategického přístupu ke snižování škodlivých účinků drog a za jeho prosazování, přičemž rozsah jejích pravomocí se v důsledku devoluce v jednotlivých částech Spojeného království výrazně liší. Hlavní odpovědnost za naplnění protidrogové strategie nese Ministerstvo vnitra, které je v tomto úkolu podporováno řadou institucí a organizací. Rámec britské protidrogové politiky je dán jednak Protidrogovou strategií, jednak platnou legislativou. Zajištění kvality adiktologických služeb se v případě Spojeného království odvíjí od třech základních nástrojů: standardů kvality, akreditačních systémů a směrnic kvality.

Legislativní ukotvení systému zajištění kvality garantuje Zákon o zdravotní a sociální péči. Ten v oblasti akreditačního systému garantovaného Komisí pro kvalitu péče definuje akreditační požadavky, akreditační proceduru a podmínky akreditace a zároveň vymezuje pravomoci a povinnosti garantující instituce. Na rozdíl od situace v ČR tak výše uvedený zákon umožňuje adiktologickým službám poskytovat tzv. integrované služby, tj. služby kombinující postupy sociálních a zdravotnických služeb, jež jsou, v souladu s vědeckými poznatky a důkazy (evidence-based policy), vnímány jako jeden celek. V oblasti směrnic kvality zákon ustanovuje Národní institut pro zdraví a kvalitu péče a definuje jeho všeobecné povinnosti, pravomoci a funkce, mezi které patří i tvorba směrnic a standardů kvality.

Na rozdíl od ČR, kde je hlavním autorizátorem standardů preventivních programů MŠMT, si Ministerstvo školství ve Spojeném království objednává tuto službu u externího subjektu – nestátní neziskové organizace. Tvorba standardů kvality pro oblast prevence je tak zajišťována prostřednictvím programu Informační služby protialkoholního a protidrogového vzdělávání a prevence, kterou zřizuje nevládní organizace Mentor UK ve spolupráci s dalšími partnery. Tyto standardy, určené podobně jako v ČR pro školy a/nebo externí subjekty, které školám preventivní služby poskytují, mají pouze doporučující charakter a je pouze na uvážení jednotlivých institucí, zda a do jaké míry budou standardy respektovat. V oblasti léčby existují ve Spojeném království dva relevantní a vzájemně nezávislé akreditační systémy pro služby lišící se svou závazností a působností. První akreditační systém (podobnost se systémem registrace MPSV v ČR uplatňovaným MPSV včetně možnosti ukládání správních pokut v případech porušování zásadních standardů) garantovaný Komisí pro kvalitu péče, která představuje nezávislého regulátora v oblasti zdravotní a sociální péče, je přímo závazný pro všechny subjekty (fyzické osoby, partnerství, společné podniky či organizace), jež chtějí v Anglii vykonávat jednu či více regulovaných činností. V oblasti adiktologických služeb patří mezi regulované činnosti „pobytové služby pro osoby vyžadující léčbu z důvodu zneužívání návykových látek“ a „léčba nemocí, poruch a zranění“, v nichž pracují lékaři, zdravotní sestry a/nebo sociální pracovníci. Mezi regulované činnosti naopak nepatří zejména služby minimalizace rizik, v nichž pracují poradci pro oblast alkoholu a drog s nižším, zpravidla rekvalifikačním, vzděláním, jež je obdobou absolvování kurzu pro pracovníky sociálních služeb v ČR, ale specificky zaměřené na oblast závislostí. Druhý akreditační systém realizovaný Centrem pro zlepšení kvality je uplatňován zejména na služby péče o duševní zdraví, přičemž rozlišuje mezi pobytovými službami (např. jednotky intenzivní psychiatrické péče či terapeutické komunity) a komunitními službami (např. psychologické poradenství a/nebo terapie). Systém není přímo závazný, jeho absolvování slouží poskytovatelům služeb spíše k demonstraci toho, že jím poskytované služby jsou na dobré úrovni a naplňují základní standardy kvality. Kromě toho zvýhodňuje poskytovatele při získávání finančních prostředků na provoz jejich služeb, podobně jako např. český systém certifikací RVKPP.

Ve Spojeném království ještě existuje akreditační systém Federace specialistů v oblasti drog a alkoholu, který poskytuje individuální akreditace poradcům v oblasti závislostí na drogách a alkoholu, kteří nabízejí své poradenské či psychotherapeutické služby jednotlivcům, párům i rodinám. Získání individuální akreditace však není nutnou podmínkou pro poskytování těchto služeb ani v akreditovaných zařízeních, ani v rámci privátní praxe. Podobný systém akreditací pracovníků v oboru adiktologie v ČR neexistuje. Jeho funkci ale plní studijní program oboru adiktologie na 1. lékařské fakultě UK v Praze.

Tvorbu směrnic kvality zajišťuje Národní institut pro zdraví a kvalitu péče. Tyto směrnice nedisponují žádným zákonným statutem pro vymáhání jejich naplňování poskytovateli, a je proto třeba je vnímat jako doporučující. Stejně jako akreditační systémy jsou i směrnice kvality uplatňovány výlučně na oblast léčby. Netýkají se tedy ani oblasti prevence, ani oblasti služeb minimalizace rizik.

Subjektem definujícím standardy kvality v oblasti prevence je z pověření Ministerstva školství nestátní nezisková organizace Mentor UK. Hodnocení dodržování standardů kvality pak provádějí samotné vzdělávací instituce prostřednictvím tvorby sebehodnotících zpráv. Subjekty definujícími standardy v rámci jednotlivých akreditačních systémů jsou Komise pro kvalitu péče, Centrum pro zlepšení kvality a Federace specialistů v oblasti drog a alkoholu, které zároveň různým způsobem provádějí hodnocení kvality. Subjektem definujícím směrnice kvality pak je primárně Národní institut pro zdraví a kvalitu péče, který za tímto účelem spolupracuje s celou řadou institucí. Jednotný a komplexní systém hodnocení dodržování těchto směrnic není nastaven.

Financování tvorby standardů kvality a směrnic kvality je zajišťováno prostřednictvím veřejných rozpočtů. Konkrétně jde zejména o prostředky Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva vnitra. Naopak na financování všech tří akreditačních systémů se výraznou měrou podílejí subjekty usilující o udělení akreditace, které na financování akreditačních systémů přispívají částkou, která se vypočítává podle typu služby, velikosti zařízení a počtu lůžek. Způsob financování adiktologických služeb je však ve Spojeném království odlišný od financování zejména nestátních poskytovatelů služeb v ČR, tj. není postaven na nenárokovatelném systému jednorozhodných dotací. Ale např. terapeutická komunita získává smluvní platbu na jednoho klienta. Pokud je její roční obložnost 80 %, získává komunita na pokrytí základních provozních nákladů 100 % rozpočtu. Pokud se komunitě podaří dosáhnout vyšší obložnosti, takto získané prostředky může vedení služby využít na jiné typy výdajů, než jsou provozní náklady (např. na investiční akce).

1.6.5 Zdroje

CARE QUALITY COMMISSION. A Fresh Start for the Regulation and Inspection of Substance Misuse Services [online]. London: CQC, ©2017 [cit. 2018-03-10]. Dostupné z:

http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20140919_cqc_a_fresh_start_substance_misuse_final_low_res.pdf.

CARE QUALITY COMMISSION. Registration under the Health and Social Care Act 2008. The scope of registration [online]. London: CQC, ©2015 [cit. 2018-03-10]. Dostupné z:

http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20151230_100001_Scope_of_registration_guidance_updated_March_2015_01.pdf.

CARE QUALITY COMMISSION. Regulatory fees 2017/2018. Guidance for providers [online]. London: CQC, ©2017 [cit. 2018-03-10]. Dostupné z:

http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20170313_CQC_fees_2017_18_provider_guidance_PUBLICATION.pdf.

CARE QUALITY COMMISSION. The fundamental standards [online]. London: CQC, ©2018 [cit. 2018-03-10]. Dostupné z: <https://www.cqc.org.uk/what-we-do/how-we-do-our-job/fundamental-standards>.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. United Kingdom Country Drug Report 2017 [online]. Lisbon: EMCDDA, ©2017 [cit. 2018-03-10]. Dostupné z: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4529/TD0116925ENN.pdf>.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. Best Practice Workbook United Kingdom [online]. Lisbon: EMCDDA, ©2017 [cit. 2018-03-01].

FEDERATION OF DRUG & ALCOHOL PRACTITIONERS. FDAP Qualifications: National Counsellor Accreditation Certificate (NCAC) [online]. London: FDAP, ©2018 [cit. 2018-03-10]. Dostupné z: http://www.fdap.org.uk/qualifications_and_certification/ncac_guidance_notes.php#assessment_process.

HM GOVERNMENT. 2017 Drug Strategy [online]. London: HM Government, ©2017 [cit. 2018-03-10]. Dostupné z: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/628148/Drug_strategy_2017.PDF.

MENTOR UK. Quality standards for effective alcohol and drug education [online]. London: Mentor UK, ©2014 [cit. 2018-03-10]. Dostupné z: <http://mentor-adepis.org/wp-content/uploads/2014/05/Quality-standards-for-alcohol-and-drug-education.pdf>.

MENTOR UK. Quality standards for effective alcohol and drug education [online]. London: Mentor UK, ©2018 [cit. 2018-03-10]. Dostupné z: <http://mentor-adepis.org/quality-standards-effective-alcohol-drug-education/>.

ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS. Quality networks and accreditation [online]. London: RCPsych, ©2018 [cit. 2018-03-10]. Dostupné z: <https://www.rcpsych.ac.uk/workinpsychiatry/qualityimprovement/qualitynetworks.aspx>.

UK FOCAL POINT ON DRUGS. 2010 National Report (2009 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. United Kingdom [online]. London: UKFPD, ©2010 [cit. 2018-03-10]. Dostupné z: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_142584_EN_UK-NR2010.pdf.

UK FOCAL POINT ON DRUGS. United Kingdom Drug Situation 2016 [online]. London: UKFPD, ©2016 [cit. 2018-03-10]. Dostupné z: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/669021/UK-drug-situation-2016-report.pdf.

UNITED KINGDOM. Health and Social Care Act 2012. Dostupné z: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents/enacted>.

2. PROCES HODNOCENÍ KVALITY SLUŽEB A JEHO EVALUACE, INTERNÍ HODNOCENÍ SLUŽEB

2.1 Polsko

2.1.1 Proces hodnocení/ověřování kvality služeb

Přehled jednotlivých přímých účastníků procesu akreditací, tj. hodnocení kvality zdravotnických adiktologických služeb minimalizace rizik, léčby a/nebo rehabilitace v Polsku, uvádí následující tabulka. Jednotlivé subjekty jsou v přehledu uvedeny podle toho, jak do procesu akreditace postupně, od jeho zahájení, vstupují.

Tabulka 8 Přímí účastníci akreditací adiktologických služeb v Polsku

Subjekt	Charakteristika
Poskytovatel adiktologické služby	Státní, nestátní a/nebo privátní právnická osoba, která v Polsku poskytuje ambulantní a/nebo pobytové služby minimalizace rizik a/nebo léčby osob s různými druhy závislosti, jež jsou součástí zdravotnických služeb a jako takové spadají do rezortu zdravotnictví.
Akreditační centrum (AC)	Roli Akreditačního centra pro všechny typy zdravotnických služeb, včetně adiktologických, v Polsku zastává státní Centrum pro monitorování kvality ve zdravotnictví zřízené ze zákona o akreditacích ve zdravotnictví, jež podléhá ministru zdravotnictví.
Akreditační tým (AT)	Akreditační tým tvoří zpravidla dva až tři pracovníci z oboru zdravotnictví, respektive adiktologie, kteří absolvovali kurz pro akreditátory a pro účely místního hodnocení dané služby jsou nominováni a jmenováni z rejstříku akreditátorů Akreditačním centrem. Počet členů akreditačního týmu (tj. dva nebo tři) se odvíjí od velikosti akreditované služby, zejména od počtu lůžek pro pacienty.
Akreditační rada (AR)	Devítičlenný pracovní orgán jmenovaný ministrem zdravotnictví (na období čtyř let, funkční období člena je nejvýše osm let) z institucí stanovených zákonem (viz tabulka 2, 2.2.1 Institucionální rámec zajištění kvality služeb), kterému je v procesu akreditací přímo podřízen. Rada se setkává dle potřeby, členové jsou placeni za jedno setkání/měsíc z příjmů z akreditačního řízení, tj. z plateb za akreditace od poskytovatelů služeb. Požadavky na zástupce orgánů/organizací v Akreditační radě jsou: vzdělání VŠ, pět let praxe v oboru, bezúhonnost, absence střetu zájmů. Akreditační rada projednává zprávu z místního šetření, na jehož podkladě hodnotí a uděluje body podle toho, nakolik akreditovaná služba naplňuje kritéria standardů a zpracovává návrh na ne-/udělení akreditace, který předkládá ke konečnému schválení ministru zdravotnictví.
Autorizátor a odvolací místo	Tuto roli zastává v Polsku ministr zdravotnictví, který je nejvyšším orgánem v procesu akreditací adiktologických služeb. Působí jako autorizátor a/nebo odvolací orgán v procesu akreditací (poskytovatel služby se k němu může odvolat, pokud nesouhlasí se závěry místního hodnocení, resp. s rozhodnutím Akreditační rady). Ministr kromě toho jmenuje členy Akreditační rady a schvaluje akreditační standardy pro příslušný segment zdravotnických služeb.

Zdroj: Vlastní zpracování

Zahájení akreditace pobytové adiktologické služby nastává v okamžiku, kdy Akreditační centrum, tj. Centrum pro monitorování kvality ve zdravotnictví (obdoba „Certifikační agentury“ v ČR) obdrží od poskytovatele služby písemnou žádost o akreditaci spolu s požadovanou dokumentací a potvrzením

o uhrazení poplatku za akreditaci¹³⁸, který v plné výši hradí poskytovatel služby.

Dokumentaci pro potřeby akreditačního řízení tvoří zejména popis poskytované služby ve struktuře odpovídající definovaným standardům pro daný typ služby (v ČR zpravidla označovaný jako operační manuál služby), provozní dokumentace služby (provozní a/nebo organizační řád, interní předpisy apod.) a sebeevaluační formulář (ten je strukturován podle kritérií stanovených standardy a pomáhá poskytovateli ověřit si, zda standardy naplňuje). Do dokumentace vedené o klientech/pacientech nahlíží členové akreditačního týmu při místním hodnocení v místě poskytování služby. Dokumentace používaná pro hodnocení akreditované služby v Polsku vykazuje shodu s dokumentací používanou v rámci certifikací RVKPP v ČR, s výjimkou sebeevaluačního formuláře, který není v ČR používán.

Rámcové schéma procesu akreditací přiblížilo schéma 1 (viz kapitola 2.2.2). Jednotlivé úkony, které jsou v rámci procesu akreditací zdravotnických služeb v Polsku vykonávány, znázorňuje v časovém sledu krok za krokem následující obrázek.

Obrázek 1 Úkony účastníků v procesu akreditací adiktologických služeb v Polsku

8 Na základě zprávy předložené Akreditačním centrem provede Akreditační rada bodování služby a navrhne ministru zdravotnictví ne-/udělit akreditaci.		1 Poskytovatel služby podá Akreditačnímu centru žádost o akreditaci včetně požadované dokumentace a uhradí poplatek.	
7 Poskytovatel se do 14 dnů od obdržení zprávy může proti závěrům akreditačního týmu odvolat k Akreditačnímu centru, které připomínky vypořádá.	9 Ministr zdravotnictví ne-/schválí návrh Akreditační rady a rozhodne: <ul style="list-style-type: none"> • udělit akreditaci na tři roky nebo • akreditaci neudělit. 	2 Dnem, kdy Akreditační centrum obdrží žádost, začíná proces akreditace (je-li předložená žádost úplná).	
6 Akreditační tým po ukončení hodnocení služby na místě zašle zprávu prostřednictvím Akreditačního centra k projednání Akreditační radě.	10 Poskytovatel služby se může do 14 dnů od obdržení rozhodnutí ministra zdravotnictví odvolat. Rozhodnutí ministra zdravotnictví o odvolání je konečné.	3 Akreditační centrum určí akreditační tým a termín hodnocení, do 30 dnů od podání žádosti o termínu informuje poskytovatele služby.	
5 Akreditační tým (AT) zpracuje z hodnocení na místě poskytování služby zprávu pro Akreditační radu. Zprávu dostane k prostudování a k uvedení připomínek k závěrům AT i poskytovatel služby.		4 Akreditační tým (dva až tři školení pracovníci z oboru) provedou v místě poskytování služby hodnocení v délce dvou až tří dní podle velikosti služby (studium dokumentace, rozhovory s pracovníky a klienty).	

Zdroj: Vlastní zpracování

Do 30 dnů od přijetí žádosti o akreditaci, určí Akreditační centrum složení akreditačního týmu a termín místního hodnocení služby, o čemž v uvedeném termínu informuje poskytovatele služby. Další konkrétní termíny akreditačního řízení se omezují zejména na lhůty pro podávání odvolání poskytovatele k závěrům akreditačního týmu, respektive rozhodnutí ministra zdravotnictví (viz bod 7 a 10 v obrázku výše). Ostatní lhůty nejsou pevně stanoveny. Podle informací polských kolegů ale celý proces v průměru trvá cca tři až čtyři měsíce.

Akreditační tým má před místním hodnocením možnost prostudovat si předem zaslanou dokumentaci akreditované služby (viz výše). Při akreditačním hodnocení v místě poskytování služby ověřuje, zda služba funguje v souladu s cca 100 standardy pro daný typ služby a s popisem služby, který poskytovatel zaslal

¹³⁸ Postup výpočtu výše poplatku za akreditaci je stanoven ve vyhlášce ministra zdravotnictví. Cena se odvíjí od velikosti akreditované služby, zejména od počtu lůžek pro pacienty. Tyto parametry jsou určující i pro stanovení délky hodnocení v místě poskytování služby, jež se (dosud v neadiktologických) zdravotnických službách pohybuje v intervalu dvou až tří dnů, stejně jako pro stanovení počtu akreditátorů (zpravidla 2–3).

Akreditačnímu centru spolu se žádostí o akreditaci. K ověření využívá akreditační tým studium další dokumentace předložené na místě (zejména dokumentace o klientech), rozhovory s pracovníky a klienty/pacienty služby a vlastní pozorování. Místní hodnocení tedy probíhá do značné míry obdobně jako místní certifikační šetření v ČR s tou výjimkou, že akreditační tým hodnocenou službu neboduje, pouze popisuje a slovně hodnotí, zda a jak hodnocená služba jednotlivé standardy naplňuje. Na závěr místního akreditačního hodnocení zpracuje akreditační tým zprávu, kterou předloží k prostudování a případnému připomínkování statutárnímu zástupci akreditované služby¹³⁹. Následně zprávu z místního hodnocení zašle prostřednictvím Akreditačního centra k projednání Akreditační radě.

Akreditační rada po prostudování zprávy akreditovanou službu, respektive to, jak služba naplňuje jednotlivé standardy, boduje. Službě přiděluje body podle toho, do jaké míry naplňuje jednotlivé standardy takto:

- služba naplňuje standard na méně než 85 % = 1 bod;
- služba naplňuje standard nejméně na 85–90 % = 5 bodů.

Podle sdělení polských kolegů¹⁴⁰ v současné době probíhají na úrovni Akreditační rady a dalších aktérů zapojených do systému hodnocení kvality zdravotnických služeb (viz kapitola 2.2.2) diskuse, zda stávající bodovací škálu nerozšířit. Předmětem diskuse je návrh, zda nepřidělit službě, která naplňuje standardy na více než 90 %, celkem 9 bodů.

Pokud poskytovatel služby předložil Akreditační radě odvolání proti závěrům akreditačního týmu uvedeným ve zprávě do 14 dnů od seznámení se zprávou (tj. na závěr místního hodnocení), Akreditační rada se odvoláním zabývá a má připomínky poskytovatele vypořádat. Pro tento účel se může doptávat jak členů akreditačního týmu, tak i statutárního zástupce poskytovatele a společně s nimi hledat oboustranně přijatelné řešení. Pokud po vypořádání připomínek dojde Akreditační rada k jednoznačnému závěru, zpracuje pro ministra zdravotnictví návrh akreditaci službě ne-/udělit se zdůvodněním a bodovým hodnocením služby.

Ministr zdravotnictví zastává v procesu akreditací zdravotnických služeb roli autorizátora a nejvyšší odvolací instanci. Na základě návrhu, který mu předložila Akreditační rada, rozhodne:

- udělit službě akreditaci na tři roky nebo
- akreditaci službě neudělit.

Poskytovatel služby se může do 14 dnů od obdržení rozhodnutí ministra zdravotnictví (viz výše) odvolat. Ministr zdravotnictví pak odvolání opětovně přezkoumá a jeho rozhodnutí o něm je již konečné.

V případě, že služba nároky akreditačních standardů nesplní a akreditace jí není udělena, může se o získání akreditace ucházet nejdříve za 12 měsíců. Akreditační řízení se pak opakuje v původním rozsahu, včetně hodnocení všech standardů, a poskytovatel hradí celou cenu spojenou s hodnocením.

Pokud služba získá první akreditaci, následující akreditační proces, který probíhá po třech letech, je zjednodušený. Akreditační tým má nejvýše dva členy, místní hodnocení bývá zpravidla kratší (jeden až dva dny) a nižší je pro poskytovatele i cena akreditačního řízení.

¹³⁹ V případě vážných výhrad poskytovatele k závěrům akreditačního týmu se může poskytovatel odvolat v termínu do 14 dnů od seznámení se zprávou odvolat Akreditační radě.

¹⁴⁰ KRAJOWE BIURO DO SPRAW PRZECIWDZIALANIA NARKOMANII. Quality Assurance in Poland [elektronická pošta]. Osobní komunikace.

Výše popsaný model v Polsku zatím standardně funguje pouze při akreditaci zdravotnických služeb, které ale mohou zčásti poskytovat i adiktologické služby (př. akreditace nemocnice, která provozuje detoxifikační oddělení a/nebo psychiatrické oddělení, v němž mj. probíhá i léčba pacientů se závislostmi). Plánované zavedení specializovaných adiktologických služeb, tj. zdravotnických služeb, jejichž výhradní a/nebo hlavní cílovou skupinou jsou osoby se závislostmi, dosud do praxe zavedeno nebylo. Podle sdělení polských kolegů¹⁴¹, je hlavním důvodem skutečnost, že „ministerstvo zdravotnictví včas nepublikovalo vyhlášku o tom, kolik mají léčebná zařízení za žádost o akreditaci platit. V takové situaci nemůže o akreditaci nikdo žádat. Zmíněná důležitá vyhláška v gesci ministerstva zdravotnictví dosud neexistuje“.

Za zmínku stojí i skutečnost, že ve stávajícím složení Akreditační rady nejsou zastoupeni odborníci z oboru adiktologie¹⁴². Ředitel Národního úřadu pro prevenci závislostí (obdobu sekretariátu RVKPP v ČR) ale prý v případě schválení výše uvedené vyhlášky bude usilovat, aby byli zástupci odborné obce pracovníků v adiktologii do Akreditační rady doplněni.

Hodnocení kvality služeb primární prevence (tzv. doporučení) probíhá v Polsku odlišně od hodnocení služeb léčby a minimalizace rizik – součástí hodnocení není místní hodnocení preventivního programu a/nebo jeho poskytovatele, hodnocen je popis programu (na stanoveném formuláři) a další dokumentace (manuál programu a další dokumentace pro jeho realizátory, materiály pro cílovou skupinu preventivního programu, nástroje pro hodnocení procesu a výsledků, publikace – odborné, naučné a/nebo popularizující – o programu, zprávy o hodnocení procesu, výsledků a z formativního hodnocení programu, další písemné zdroje informací o programu).

Postup pro udělování doporučení je následující¹⁴³. Doporučení společně uděluje Tým pro doporučení a hodnocení programů, v němž jsou zastoupeny všechny instituce odpovědné za implementaci systému doporučení: Národní úřad pro prevenci závislostí, Centrum pro rozvoj vzdělávání, Ústav psychiatrie a neurologie a Státní agentura pro prevenci problémů souvisejících s alkoholem.

O doporučení může požádat jakýkoli subjekt odpovědný za preventivní program, který je realizován nejméně jeden rok.

Subjekt, který žádá o doporučení, odešle popis programu spolu s požadovanými přílohami (viz výše) Týmu pro doporučení a hodnocení programů na adresu Národního úřadu pro prevenci závislostí. Popis programu musí být uveden na aktuálním tiskopisu dotazníku k žádosti.

Tým pro doporučení a hodnocení programů nejprve posoudí, zda žádost splňuje formální kritéria (úplnost, věcný rozsah), případně požádá poskytovatele programu o doplnění podkladů v termínu do 30 dnů od podání žádosti.

Žádost, která splňuje formální kritéria, postupuje do další fáze věcného posouzení, tj. k hodnocení naplňování standardů kvality preventivních programů, které je bodováno. Bodové hodnocení programu je zapsáno do formuláře „Hodnocení programu“. Podle počtu získaných bodů může program získat doporučení na jedné ze tří úrovní:

- úroveň I – nadějný program (nejméně 50 bodů),

¹⁴¹ KRAJOWE BIURO DO SPRAW PRZECIWDZIALANIA NARKOMANII. Quality Assurance in Poland [elektronická pošta]. Osobní komunikace.

¹⁴² V Polsku neexistují podle sdělení pracovníků Národního úřadu pro prevenci závislostí odborné společnosti v oboru jako v ČR, tj. Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP, Česká asociace adiktologů a/nebo Asociace nestátních poskytovatelů adiktologických služeb (A.N.O.).

¹⁴³ KRAJOWE BIURO DO SPRAW PRZECIWDZIALANIA NARKOMANII. System rekomendacji. Programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego [online]. Warsaw: KBPN, ©2010.

- úroveň II – program dobré praxe (nejméně 65 bodů),
- úroveň III – modelový program (nejméně 80 bodů, maximum 100 bodů).

Hodnocení programu v případě úrovně I doporučení (nadějný program) provádí pouze Tým pro doporučení a hodnocení programů. V případě doporučení pro úroveň II (dobrá praxe) a III (modelový program) je nutné další hodnocení programu dvěma externími recenzenty. Tento proces má proběhnout ve lhůtě do 60 dnů od doručení žádosti o doporučení.

Doporučení je uděleno na dobu pěti let. Rok před uplynutím doby jeho platnosti obdrží osoba odpovědná za program dopis se žádostí o aktualizaci údajů o programu. Poskytovatel, který se svým programem neuspěl, tj. doporučení nedostal a/nebo chce získat doporučení vyšší úrovně, může znovu žádat o hodnocení programu nejdříve za jeden rok. Proti rozhodnutí Týmu pro doporučení a hodnocení preventivních programů se poskytovatel služby nemůže odvolat. Jak bylo uvedeno, nejde o hodnocení kvality programu ve smyslu certifikací MŠMT, ale o postup, který se v českých podmínkách podobá spíše hodnocení žádostí o dotace.

Informace o programech, které obdrží doporučení, jsou umístěny v elektronické databázi doporučených programů. Doporučení je vnímáno jako „známka kvality“ preventivního programu, není podmínkou pro získání dotace. Pro poskytovatele služeb je získání doporučení otázkou prestiže¹⁴⁴. Dosud však tento systém hodnocení absolvovalo pouze 20 realizátorů preventivních programů.

2.1.2 *Evaluace procesu hodnocení kvality služeb a její financování*

Výše popsaný systém akreditací zdravotnických adiktologických služeb, respektive systém doporučení preventivních programů, dosud nebyl evaluován. Hlavním důvodem je skutečnost, že pro adiktologické služby dosud nebyly v celonárodním měřítku zavedeny do praxe.

Polský zákon o akreditaci ve zdravotnictví z roku 2008¹⁴⁵ hodnocení systému akreditací zdravotnických služeb nepředpokládá a neobsahuje žádná ustanovení, která by ji vyžadovala, např. pro ověření, zda odpovídá aktuálním potřebám a/nebo zda nepotřebuje úpravu. Vzhledem k tomu ani nejsou v Polsku na hodnocení procesu akreditací standardně vyčleněné finanční prostředky, pracovníci a/nebo odborná platforma. Polská legislativa neobsahuje kategorizaci či popis služeb podobně, jako je tomu např. v českém zákoně o sociálních službách a/nebo jako tomu v minulosti bylo v zákoně č. 379/2005 Sb. Jak již bylo uvedeno, v Polsku mají adiktologické služby statut služeb zdravotnických. Typologie adiktologických služeb má být obsažena v „Akreditačních standardech pro služby pobytové, ambulantní a denní léčby osob se závislostmi na alkoholu a dalších omamných a psychotropních látkách“, na jejichž tvorbě pracoval Tým odborníků pro zpracování standardů zdravotní péče, rehabilitace i programů minimalizace zdravotních poškození jmenovaný ministrem zdravotnictví v letech 2004–2009. Zmíněný tým pracoval na třech sadách standardů adiktologických služeb, rozdělených s ohledem na formu jejich poskytování takto:

- služby pobytové léčby,
- služby denní léčby (forma srovnatelná s denními stacionáři v ČR),
- služby ambulantní léčby.

Nicméně v současnosti jsou finalizované a ministrem zdravotnictví schválené pouze akreditační standardy pro pobytové služby léčby osob se závislostmi na užívání alkoholu a dalších návykových látek.

¹⁴⁴ KRAJOWE BIURO DO SPRAW PRZECIWDZIALANIA NARKOMANII. Quality Assurance in Poland [elektronická pošta]. Osobní komunikace.

¹⁴⁵ RZECZPOSPOLITA POLSKA. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia.

2.1.3 Používané modely interního hodnocení kvality (quality assurance) služeb

Podobně jako české, tak i polské standardy požadují po poskytovatelích adiktologických služeb léčby a minimalizace rizik, stejně jako primární prevence, aby jejich kvalitu a/nebo efektivitu pravidelně hodnotili s cílem „zajišťování vysoké kvality služby/programu“¹⁴⁶. Jak a v jakých intervalech tak mají poskytovatelé služeb činit, polské standardy nespecifikují. Ale poskytovatelé služeb jsou dotazováni, zda bylo hodnocení kvality či efektivity plánováno, zda bylo realizováno a zda bylo realizováno opakovaně a pravidelně – případně kdy a jak často. Dále jsou žádáni, aby popsali konkrétní typy realizovaného hodnocení (procesu, výsledků a/nebo formativní), používané postupy hodnocení, jejich frekvenci, použitá kritéria (indikátory), výsledky hodnocení a osoby za hodnocení odpovědné. Výše uvedené požadavky na popis interního hodnocení kvality mají poskytovatelé služeb léčby a minimalizace rizik popsat v sebeevaluačním formuláři, poskytovatelé služeb primární prevence ve formuláři popisu programu, které jsou předkládány spolu se žádostmi o akreditaci, respektive o doporučení. Jiné existující právní normy – zákony či vyhlášky – po poskytovatelích adiktologických služeb hodnocení kvality jimi poskytovaných služeb nevyžadují. Jak již bylo uvedeno, zapojení poskytovatelů zdravotnických včetně adiktologických služeb do procesu akreditací je v Polsku dobrovolné podobně jako v ČR, ale jejich absolvování není, na rozdíl od ČR, podmínkou pro možnost získání finančních prostředků z veřejných zdrojů, a to ani ze zdravotního pojištění, ani od různých orgánů veřejné správy.

Stávající praxe je taková, že daná adiktologická služba (případně poskytovatelská organizace, pokud poskytuje více typů služeb) má určeného pracovníka, který je za interní hodnocení služby/služeb v dané organizaci zodpovědný. V některých službách/organizacích tak jde o odborného ředitele, v jiných o vedoucího služby, případně jím pověřeného pracovníka služby, některé organizace pro tuto roli používají označení metodik služby. Standardy však výslovně po poskytovatelích služeb ustavení výše uvedeného pracovníka odpovědného za interní hodnocení služby nevyžadují. Po poskytovatelích služby pouze v obecné rovině požadují, aby služba měla zavedeny nástroje pro interní hodnocení kvality služeb, ale jaké nástroje, to ponechávají zcela na poskytovatelích. Vzhledem k tomu, že je v Polsku tendence vytvořit pro adiktologické služby „na míru ušité“ standardy kvality, nejsou v praxi uplatňovány postupy jejich interního hodnocení s využitím obecnějších systémů hodnocení kvality služeb typu ISO, TQM apod.

Hlavní nástroje, jež poskytovatelé služeb s cílem zajišťovat vysokou kvalitu služeb/programů používají a jež mají v žádosti o akreditaci/doporučení podrobně popsat, jsou:

- systém školení pro pracovníky služby/programu včetně průběžného vzdělávání,
- pravidelná setkávání realizátorů – různé typy porad členů týmů,
- odpovídající materiály – popis služby/programu pro pracovníky a pro cílovou skupinu,
- systematické hodnocení procesu realizace služby/programu,
- aktivity zajišťující účast a frekvenci cílové skupiny v průběhu poskytování služby/programu,
- zohledňování výsledků v procesu hodnocení,
- supervize včetně intervize,
- ostatní.

Požadavky standardů na popis interního hodnocení služby/programu se dále liší podle jeho zaměření:

¹⁴⁶ KRAJOWE BIURO DO SPRAW PRZECIWDZIALANIA NARKOMANII. System rekomendacji. Programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego [online]. Warsaw: KBPN, ©2010.

- Popis hodnocení procesu – čeho se hodnocení týká (např. spokojenost klientů, kvalita realizace, kompetence školitelů apod.) Poskytovatel služby má dále popsat způsob sběru a analýzy dat, respondenty, metody, nástroje včetně hodnocených indikátorů.
- Popis formativního hodnocení – může být vynecháno, pokud bylo prováděno vyhodnocování výsledků. Poskytovatel služby/programu má popsat, čeho se hodnocení týkalo a jak byla sbírána a analyzována data, respondenti, metody, nástroje, externí / interní evaluace.
- Popis evaluace výsledků – dosažení cílů služby/programu. Poskytovatel služby/programu je žádán, aby popsal typ údajů, které používá pro měření dosažení cílů služby/programu. Ukazatele by měly být měřitelné pomocí kvantitativních metod a nástrojů nebo kvalitativně popsané. Dále má poskytovatel popsat, jaká hodnocení byla provedena a jak byla sbírána a analyzována data, tj. uvést subjekty, metody a nástroje interní evaluace, použitý systém hodnocení, velikost a výběr testovaného vzorku, vlastnosti testovaného vzorku, způsob sběru dat, použité výzkumné nástroje, metody analýzy a dodržování etických norem.

2.1.4 Shrnutí a diskuse

Nevýhodou pro srovnávání systémů hodnocení kvality adiktologických služeb v ČR a Polsku je skutečnost, že v Polsku dosud nebyl tento systém – jak v případě služeb léčby a minimalizace rizik, tak i v případě služeb primární prevence – zaveden do standardní praxe na celonárodní úrovni. V Polsku spíše dosud stále jen připravený proces hodnocení adiktologických služeb vykazuje, přes dílčí rozdílnosti, řadu podobností se systémem certifikací RVKPP v ČR.

Rozdílné jsou názvy některých aktérů procesu hodnocení, respektive subjekty, které danou roli vykonávají, ale jejich role – poskytovatel služby – Akreditační centrum (Certifikační agentura v ČR) – akreditační tým (v ČR certifikační) – Akreditační rada (Certifikační výbor) – autorizující a odvolací orgán – se v obou zemích v převážné míře shodují. Výrazné rozdíly jsou patrné v délce místního šetření, které je v Polsku stanoveno na dva až tři dny, v ČR probíhá místní certifikační šetření zpravidla jen jeden den. Rozdílná je i délka udělení akreditace (na tři roky v Polsku) a certifikace (jeden až čtyři roky). Polský systém nepředpokládá, na rozdíl od českého, institut cíleného místního šetření, které může iniciovat Certifikační výbor. Neúspěšný žadatel o akreditaci může o novou akreditaci požádat nejdříve jeden rok poté, kdy se mu nepodařilo akreditaci získat.

Zásadním rozdílem v hodnocení kvality preventivního programu v Polsku je, že na rozdíl od ČR není jeho nedílnou součástí i hodnocení programu realizované v místě jeho poskytování, probíhá pouze formou studia dokumentace programu. V tom se spíše podobá českému hodnocení žádostí o dotace spíše než hodnocení kvality preventivního programu. Vzhledem k tomu se poskytovatel služby nemůže vůči závěru hodnocení kvality programu ani odvolat – na rozdíl od postupů běžných v ČR či od postupů používaných v případě polských akreditací zdravotnických adiktologických služeb. Doporučení je v Polsku udělováno na období pěti let, neúspěšný žadatel o něj může znovu požádat nejdříve za jeden rok.

Další významnou odlišností je, že žadatel o akreditaci či doporučení v Polsku hradí 100 % nákladů spojených s hodnocením kvality služeb léčby a minimalizace rizik a primární prevence. Ale pokud žadatel o první akreditaci/doporučení uspěje, následující hodnocení (akreditace či doporučení) je výrazně zjednodušeno. Trvá tedy kratší dobu a je pro poskytovatele služeb i levnější.

Vzhledem k tomu, že systémy akreditací, respektive doporučení dosud nebyly v celonárodním měřítku standardně zavedeny do praxe, nebyly – na rozdíl od ČR v případě služeb léčby a minimalizace rizik –

dosud evaluovány. Polský zákon o akreditaci ve zdravotnictví z roku 2008¹⁴⁷ tuto eventualitu jako standardní součást procesu akreditací ani nepředpokládá.

Metody/systém interního hodnocení kvality služeb používané adiktologickými službami v Polsku se zdají být obdobné s těmi, které používají české adiktologické služby certifikované RVKPP., resp. využívají standardy (v ČR standardy RVKPP) i pro interní hodnocení kvality, tj. pro srovnání poskytovaných služeb s obsahem standardů. Standardy v obou zemích po poskytovatelích jednoznačně požadují, aby měli zavedený a v provozní dokumentaci srozumitelně popsany systém interního hodnocení kvality služeb/programů. Ale co do konkrétní podoby a postupů používaných pro interní hodnocení, např. zda musí mít poskytovatel služby určeného pracovníka, který za interního hodnocení kvality služeb zodpovídá, dávají poskytovatelům v obou zemích poměrně velkou mírou svobody a flexibility.

2.1.5 Zdroje

KRAJOWE BIURO DO SPRAW PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII. Quality Assurance in Poland [elektronická pošta] [cit. 2018-02-10]. Osobní komunikace.

KRAJOWE BIURO DO SPRAW PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII. System rekomendacji. Programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego [online]. Warsaw: KBPN, ©2010 [cit. 2018-02-10]. Dostupné z: http://www.kbpn.gov.pl/wydawnictwa_on_line.htm.

RZECZPOSPOLITA POLSKA, KANCELARIJA SEJMU. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia. Dostupné z:

<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20090520418>.

¹⁴⁷ RZECZPOSPOLITA POLSKA. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia.

2.2 Nizozemsko

2.2.1 Proces hodnocení/ověřování kvality služeb

Přehled jednotlivých přímých účastníků procesu hodnocení kvality adiktologických služeb v Nizozemsku v rámci systému statutu kvality uvádí následující tabulka. Jednotlivé subjekty jsou v přehledu uvedeny podle toho, jak do procesu postupně, od jeho zahájení, vstupují.

Tabulka 9 Přímí účastníci systému statutu kvality adiktologických služeb v Nizozemsku

Subjekt	Charakteristika
Poskytovatel služby	Subjekt poskytující obecnou a/nebo specializovanou péči o duševní zdraví (tj. druhý a/nebo třetí stupeň adiktologické péče) v rámci zákona o zdravotním pojištění je povinen disponovat schváleným statutem kvality, který garantuje odpovídající kvalitativní a kvantitativní úroveň nabízených služeb. Při tvorbě statutu kvality vychází subjekt z modelu statutu kvality, který je minimálním standardem péče.
Hodnotitel statutu kvality	Roli hodnotitele předloženého statutu kvality zastává nezávislá výzkumná agentura MediQuest, která tento přezkum provádí ve lhůtě 24 hodin od jeho předložení. O výsledcích přezkumu pak informuje daného poskytovatele služby a také Národní institut zdravotní péče. Agentura MediQuest je Národním institutem zdravotní péče a dalšími profesními organizacemi určena jako důvěryhodná třetí strana, která shromažďuje a spravuje veškeré, v souvislosti se statutem kvality získané, informace a data.
Garant systému statutu kvality	Garantem systému statutu kvality je Národní institut zdravotní péče. Ten schválil model statutu kvality, jehož návrh vzešel ze vzájemné kooperace patientských organizací, poskytovatelů péče a zdravotních pojišťoven. Národní institut zdravotní péče zveřejňuje ve veřejné databázi agenturou MediQuest schválené statuty kvality, díky čemuž je skutečnost dána na vědomí pacientům/klientům, patientským organizacím, dohlížejícím orgánům a zdravotním pojišťovnám.

Zdroj: Vlastní zpracování

Od 1. ledna 2017 je v Nizozemsku vůči poskytovatelům obecné a specializované péče o duševní zdraví (tj. poskytovatelům druhého a třetího stupně adiktologické péče) fungujícím v rámci zákona o zdravotním pojištění uplatňován systém statutu kvality. V rámci tohoto systému jsou jednotliví poskytovatelé povinni disponovat schváleným statutem kvality, který garantuje odpovídající kvalitativní a kvantitativní úroveň jimi nabízených služeb. Při tvorbě vlastního statutu kvality vycházejí jednotliví poskytovatelé z modelu statutu kvality, který jakožto minimální standard péče vytvořil Národní institut zdravotní péče ve spolupráci s řadou odborných organizací.

Prvním krokem v rámci systému statutu kvality je návštěva webových stránek <https://www.ggzkwaliteitsstatuut.nl>, kde si daný poskytovatel zřídí svůj elektronický účet. Následně na této platformě provede registraci své vlastní praxe nebo léčebné instituce. Po těchto nezbytných administrativních úkonech poskytovatel následně elektronicky vyplní statut kvality (struktura statutu kvality viz kapitola 2.3.1) a v podobě příloh nahraje nezbytné dokumenty.

Dokumentace pro potřeby schvalovacího procesu statutu kvality se částečně liší podle toho, zda jde o nezávislého poskytovatele s vlastní praxí, nebo o léčebnou instituci. V prvním případě jsou požadované materiály následující:

- důkaz o naplnění základních požadavků kvality (účast v intervizích či managementu kvality dle pravidel dané profesní organizace),

- kopie dohody se Stichting Benchmark GGZ¹⁴⁸ o dodání ROM dat,
- popis profesní sítě, do které je poskytovatel zapojen,
- popis procedury pro vyřizování stížností,
- důkaz o členství v profesní organizaci.

Ve druhém případě předkládá poskytovatel tyto dokumenty:

- kopie validních certifikátů, kterými instituce disponuje (HKZ, NIAZ, JCI, případně další¹⁴⁹),
- kopie dohody se Stichting Benchmark GGZ o dodání ROM dat,
- popis procedury pro nakládání s informacemi, daty a údaji,
- profesní status platný v rámci instituce¹⁵⁰.

Rámcové schéma schvalovacího procesu statutu kvality přiblížilo schéma 2 (viz kapitola 2.3.2). Jednotlivé úkony, které jsou v rámci schvalovacího procesu statutu kvality adiktologických služeb v Nizozemsku vykonávány, znázorňuje v časovém sledu krok za krokem následující obrázek.

Obrázek 2 Úkony účastníků ve schvalovacím procesu statutu kvality adiktologických služeb v Nizozemsku

<p>6 O schválení předloženého statutu kvality informuje agentura MediQuest daného poskytovatele a Národní institut zdravotní péče.</p>	<p>1 Poskytovatel služby si na webových stránkách www.ggzkwaliteitsstatuut.nl zřídí svůj elektronický účet a zaregistruje svou vlastní praxi či léčebnou instituci.</p>	
<p>5 Pokud je statut kvality dostatečně přepracován, je hodnotiteli agentury MediQuest schválen.</p>	<p>7 Národní institut zdravotní péče následně zveřejní schválený statut kvality ve veřejné databázi.</p>	<p>2 Poskytovatel služby elektronicky vyplní statut kvality a nahraje potřebnou dokumentaci.</p>
<p>4 V případě, že je předložený statut kvality shledán neúplným či v rozporu se standardy kvality, je vrácen poskytovateli k přepracování.</p>	<p>3 Hodnotitelé agentury MediQuest v časové lhůtě 24 hodin realizují přezkum předloženého statutu kvality.</p>	

Zdroj: Vlastní zpracování

Poskytovatelem vypracovaný statut kvality včetně doprovodné dokumentace je elektronicky předán nezávislé výzkumné agentuře MediQuest, která byla Národním institutem zdravotní péče a dalšími profesními organizacemi určena jako důvěryhodná třetí strana a která shromažďuje a spravuje veškeré takto získané informace a data. Hodnotitelé z agentury MediQuest následně v časové lhůtě 24 hodin provedou přezkum předloženého statutu kvality, v jehož rámci hodnotí jeho úplnost a soulad se standardy obsaženými v modelu statutu kvality.

¹⁴⁸ Stichting Benchmark GGZ je nezávislou a nestrannou organizací vystupující v pozici důvěryhodné třetí strany (TTP, trusted third party), která zajišťuje příjem, zpracování a zpřístupnění elektronických dat.

¹⁴⁹ Jedná se o nestátní profesní subjekty, které nabízejí různé značky kvality pro poskytovatele služeb ve zdravotnictví a/nebo sociálních službách nezávislé na státních institucích – v ČR, např. obdoba SAK (Spojená akreditační komise) nebo akreditace/certifikáty kvality, které by nabízely A.N.O. nebo APSS.

¹⁵⁰ ZORGINSTITUUT NEDERLAND. Model Kwaliteitsstatuut GGZ [online]. Diemen: ZI, ©2017.

Pokud poskytovatelem vypracovaný a předložený statut kvality je hodnotiteli shledán jako neúplný či v rozporu se standardy obsaženými v modelu statutu kvality, je poskytovateli zaslán zpět k přepracování. V takovém případě poskytovatel zároveň obdrží přehled identifikovaných nedostatků a doplňujících otázek, které musí poskytovatel dostatečným způsobem vypořádat.

V případě, že poskytovatel statut kvality řádně přepracuje a dostatečným způsobem vypořádá identifikované nedostatky a doplňující otázky, je statut kvality hodnotiteli agentury MediQuest schválen. O této skutečnosti informuje agentura MediQuest daného poskytovatele a Národní institut zdravotní péče. Ten následně daného poskytovatele služby a jeho schválený statut kvality zveřejní ve veřejné databázi, díky čemuž je dáno na vědomí pacientům/klientům, patientským organizacím, dohlížejícím orgánům a zdravotním pojišťovnám, že poskytovatel splňuje požadavky na kvalitu služeb.

Schválený a ve veřejné databázi zveřejněný statut kvality není definitivním a neměnným dokumentem. Poskytovatel má naopak povinnost každý rok naplňování statutu kvality vyhodnocovat a dle potřeby jej upravovat.

2.2.2 *Evaluace procesu hodnocení kvality služeb a její financování*

Model statutu kvality, ze kterého jakožto minimálního standardu péče vycházejí jednotliví poskytovatelé při tvorbě vlastního statutu kvality, je pravidelně evaluován. Tyto evaluace jsou mimo jiné zaměřeny na následující aspekty:

- proporcionalita administrativní zátěže spjaté s tvorbou a schvalovacím procesem statutu kvality vůči jeho přínosům v oblasti kvality péče,
- proveditelnost a smysluplnost statutu kvality v praxi,
- zkušenosti plynoucí z realizovaných experimentálních postupů a metod,
- situace na trhu práce a dostupnost školících příležitostí pro různé profese v oblasti péče o duševní zdraví,
- propojení a překryv mezi statutem kvality a standardy kvality, které jsou v současnosti tvořeny.

Na základě závěrů plynoucích z pravidelně realizovaných evaluací jsou předpokládány změny a úpravy modelu statutu kvality.

Přestože systém statutu kvality je v Nizozemsku účinný teprve od 1. ledna 2017, byla již realizována jeho první evaluace. Její závěry sice nevedly k žádným fundamentálním změnám podoby systému, ale přesto přinesly určité textové úpravy a významová zpřesnění. Nová aktualizovaná verze modelu statutu kvality tak bude účinná od 1. ledna 2019. Tato změna však nemá na poskytovatele služeb, kteří disponují řádně schváleným statutem kvality, žádný dopad. Jinými slovy tito poskytovatelé nejsou povinni statut kvality předkládat opětovně ke schválení.

2.2.3 *Používané modely interního hodnocení kvality (quality assurance) služeb*

Interní hodnocení je v Nizozemsku vnímáno jako významná součást systému zajištění kvality služeb péče o duševní zdraví, mezi které jsou řazeny také služby adiktologické. Jeho realizace je tak považována za důležitou a přínosnou. Nicméně konkrétní podobu interního hodnocení a povinnosti s ním spjaté neupravuje ani model statutu kvality, ani zákonné a podzákonné právní předpisy. Je tedy na uvážení konkrétního poskytovatele služby, jaký model interního hodnocení kvality zvolí a jak jej bude v praxi realizovat. Informace o těchto skutečnostech jsou uvedeny v jednotlivých statutech kvality, které poskytovatelé předkládají agentuře MediQuest ke schválení.

2.2.4 *Shrnutí a diskuse*

Systém statutu kvality služeb péče o duševní zdraví, mezi které jsou řazeny také služby adiktologické, byl v Nizozemsku zaveden do praxe teprve v roce 2017. Doba jeho existence je tedy výrazně kratší, než je tomu v případě českého systému certifikací RVKPP. Navzdory této krátké účinnosti došlo v Nizozemsku, obdobně jako v ČR, k evaluaci tohoto systému, jejíž závěry sice nevedly k zásadním změnám systému, ale přesto přinesly dílčí úpravy. Účast v systému statutu kvality je povinná pro všechny poskytovatele služeb obecné a specializované péče o duševní zdraví (tj. poskytovatele druhého a třetího stupně adiktologické péče – v ČR jsou pro tyto typy služeb někdy používány termíny „specializované“ a „superspecializované“ adiktologické služby) fungující v rámci zákona o zdravotním pojištění. Jinými slovy, splnění minimálních standardů péče v podobě modelu statutu kvality je nutnou podmínkou pro financování služeb z veřejného pojištění, nikoliv pro samotné poskytování služby. V tomto ohledu tak vykazuje nizozemský systém podobnost se systémem certifikací RVKPP v ČR.

V ostatních aspektech je však možné pozorovat spíše výrazné odlišnosti. Proces schvalování statutu kvality je v porovnání s certifikačním procesem v ČR výrazně jednodušší a časově méně náročný. Nizozemský poskytovatel služby si pouze zřídí elektronický účet, zaregistruje svou vlastní praxi či léčebnou instituci a elektronicky odešle vytvořený statut kvality včetně potřebné dokumentace. Agentura MediQuest, coby důvěryhodná třetí strana shromažďující a spravující statuty kvality a další informace a data, během 24 hodin rozhodně o schválení či neschválení předloženého statutu kvality. Nedochozí tak k žádnému místnímu šetření, což znamená, že údaje obsažené ve statutu kvality nejsou v terénu ověřovány. Dalším významným rozdílem je financování hodnocení kvality služeb. V Nizozemsku je účast v systému statutu kvality pro poskytovatele služby zcela bezplatná. V ČR hradí náklady na certifikaci z 1/3 služby, ale de facto je hrazena přeneseně ÚV ČR. Je uznatelným nákladem v dotačním řízení a služby tedy částku potřebnou na hrazení poměrné části nákladů certifikace mohou (ale nemusejí, protože služby nemají na dotace právní nárok) obdržet formou dotace.

2.2.5 *Zdroje*

ZORGINSTITUUT NEDERLAND. Model Kwaliteitsstatuut GGZ [online]. Diemen: ZI, ©2017 [cit. 2018-02-15].

Dostupné z:

[https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/model-kwaliteitsstatuut-](https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/model-kwaliteitsstatuut-ggz/)

[ggz/RegistrarKwaliteitsstandaardenDocumenten/Model%20Kwaliteitsstatuut%20GGZ.pdf](https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/model-kwaliteitsstatuut-ggz/RegistrarKwaliteitsstandaardenDocumenten/Model%20Kwaliteitsstatuut%20GGZ.pdf).

2.3 Rakousko

2.3.1 Proces hodnocení/ověřování kvality služeb

Přehled jednotlivých přímých účastníků procesu hodnocení kvality adiktologických služeb v Rakousku v rámci akreditačního systému vycházejícího z § 15 federálního zákona o omamných látkách uvádí následující tabulka. Jednotlivé subjekty jsou v přehledu uvedeny podle toho, jak do procesu akreditace postupně, od jeho zahájení, vstupují.

Tabulka 10 Přímí účastníci akreditací adiktologických služeb v Rakousku

Subjekt	Charakteristika
Poskytovatel služby	Subjekty poskytující adiktologické služby, které chtějí získat finanční prostředky z Ministerstva práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů a Ministerstva spravedlnosti. Za tímto účelem musí subjekty splnit minimální standardy kvality stanovené ministerstvem, což je nutná podmínka pro zařazení poskytovatele do sbírky zákonů, tj. do ministerstvem schválené sítě adiktologických služeb.
Garant akreditačního systému	Roli garanta akreditačního systému pro subjekty usilující o získání finančních prostředků z veřejných zdrojů zastává Ministerstvo práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů. Ministerstvo stanovuje minimální standardy kvality a určuje složení jak akreditačního, tak inspekčního týmu. Dále rozhoduje o tom, zda je pro ověřování naplňování standardů službou potřebné provést šetření v místě poskytování služby, které případně provádí inspekční tým. Pracovníci ministerstva tvoří společně s vybranými externími odborníky/odbornými znalci pro daný typ služby inspekční tým, který realizuje inspekční návštěvy. Ministerstvo na základě zjištění plynoucích z přezkumného řízení rozhoduje v koordinaci s příslušnou spolkovou zemí o zařazení poskytovatele do sbírky zákonů, tj. do ministerstvem schválené sítě adiktologických služeb. Následně o svém rozhodnutí informuje písemnou cestou daného poskytovatele.
Akreditační tým	Akreditační tým je určen Ministerstvem práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů. Hodnotí předloženou žádost a studuje doprovodnou dokumentaci, tj. neprovádí ověření naplňování standardů službou v místě jejího poskytování.
Inspekční tým	Inspekční tým je složen z pracovníků Ministerstva práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů a z vybraných externích odborníků/odborných znalců pro daný typ služby ¹⁵¹ . Provádí inspekční návštěvu v místě poskytování služby, v jejímž rámci ověřuje pravdivost informací obsažených v žádosti, získává informace nové a objasňuje případné nesrovnalosti plynoucí ze studia dokumentace služby. To vše činí mimo jiné na základě rozhovorů s managementem daného zařízení a dalšími pracovníky, kteří klientům poskytují příslušné služby.

Zdroj: Vlastní zpracování

Na základě § 15 federálního zákona o omamných látkách vydal ministr práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů závazné pokyny definující minimální standardy kvality, které musí jednotlivá zařízení a společnosti poskytující adiktologické služby splňovat, aby mohly být zapsány ve sbírce zákonů, tj. do ministerstvem schválené sítě adiktologických služeb.

Zahájení akreditačního procesu nastává v okamžiku, kdy Ministerstvo práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů obdrží úplnou žádost určitého zařízení či společnosti o zařazení do sbírky zákonů, a to včetně nezbytné dokumentace.

¹⁵¹ Na rozdíl od ČR, kde existuje databáze cca 70 certifikátorů, kteří jsou pracovníky v oboru adiktologie a kteří absolvovali kvalifikační kurz, neexistuje v Rakousku rejstřík, v němž by byli tito externí odborníci/odborní znalci registrováni.

Dokumentace pro potřeby akreditačního řízení musí být předkládána v podobě, kterou určí ministerstvo, přičemž zahrnuje následující materiály:

- finanční plán,
- organizační řád,
- písemné dohody o vzájemné spolupráci s dalšími organizacemi,
- hygienický plán,
- seznam pracovníků,
- anonymizované příklady lékařských dokumentací klientů¹⁵²,
- plány a projekty v oblasti doprovodného výzkumu a evaluací.

Rámcové schéma procesu akreditací přiblížilo schéma 3 (viz kapitola 2.4.2). Jednotlivé úkony, které jsou v rámci akreditačního procesu adiktologických služeb v Rakousku vykonávány, znázorňuje v časovém sledu krok za krokem následující obrázek.

Obrázek 3 Úkony účastníků v procesu akreditací adiktologických služeb v Rakousku

<p>6 Na základě zjištění plynoucích z realizovaného přezkumného řízení rozhoduje Ministerstvo práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů v koordinaci s příslušnou spolkovou zemí o zařazení poskytovatele do sbírky zákonů, tj. do ministerstvem schválené sítě adiktologických služeb.</p>	<p>1 Poskytovatel služby podá Ministerstvu práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů žádost o zapsání do sbírky zákonů, tj. do ministerstvem schválené sítě adiktologických služeb.</p>	
<p>5 Inspekční návštěva v místě poskytování služby nemusí být vždy uskutečněna. Rozhodnutí o jejím (ne)uskutečnění náleží Ministerstvu práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitele.</p>	<p>7 O svém konečném rozhodnutí informuje Ministerstvo práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů písemnou cestou daného poskytovatele.</p>	<p>2 Dnem, kdy Ministerstvo práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů obdrží žádost, začíná proces akreditace.</p>
<p>4 Inspekční tým složený z pracovníků Ministerstva práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů a z vybraných externích odborníků/odborných znalců pro daný typ služby realizuje inspekční návštěvu v místě poskytování služby.</p>	<p>3 Akreditační tým hodnotí předloženou žádost a studuje doprovodnou dokumentaci. Další zdroj informací představují výroční písemné zprávy, které má poskytovatel povinnost předkládat.</p>	

Zdroj: Vlastní zpracování

Po obdržení úplné žádosti zahajuje Ministerstvo práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů přezkumné řízení, v jehož rámci je žádost poskytovatele o zapsání do sbírky zákonů, tj. do ministerstvem schválené sítě adiktologických služeb, komplexně posouzena. Toto přezkumné řízení se skládá ze dvou částí:

- hodnocení žádosti a doprovodné dokumentace,

¹⁵² Jedná se o „zaslepenou“ dokumentaci klientů, tj. v dokumentaci chybí osobní údaje o klientovi (jméno a příjmení, datum narození, bydliště).

- inspekční návštěvy.

V první části přezkumného řízení akreditační tým určený Ministerstvem práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů hodnotí předloženou žádost popisující čtyři základní tematické okruhy – cíle a východiska poskytované služby, profil a metody poskytovatele, jeho materiální a organizační rámec a personální zajištění vykonávaných aktivit. Spolu s předloženou žádostí akreditační tým studuje a hodnotí také doprovodnou dokumentaci (viz výše). Dalším zdrojem informací, se kterým může akreditační tým pracovat, jsou výroční písemné zprávy detailně popisující aktivity, které daný poskytovatel v uplynulém roce vykonával. Poskytovatelé mají povinnost tyto zprávy předložit ministerstvu vždy do 30. dubna daného roku.

Ve druhé části přezkumného řízení je realizována inspekční návštěva v místě, kde je služba poskytována. Vedle pracovníků Ministerstva práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů se inspekční návštěvy účastní také vybraní externí odborníci/odborní znalci pro daný typ služby. Na rozdíl od ČR, kde existuje databáze cca 70 certifikátorů, kteří jsou pracovníky v oboru adiktologie a kteří absolvovali kvalifikační kurz, neexistuje v Rakousku rejstřík, v němž by byli tito externí odborníci/odborní znalci registrováni. Během této návštěvy inspekční tým ověřuje pravdivost informací obsažených v žádosti, získává informace nové a objasňuje případné nesrovnalosti plynoucí ze studia dokumentace služby. To vše činí mimo jiné na základě rozhovorů s managementem daného zařízení a dalšími pracovníky, kteří klientům poskytují příslušné služby. Je třeba připomenout, že inspekční návštěva v místě poskytování služby nemusí být vždy uskutečněna. Rozhodnutí o (ne)uskutečnění návštěvy náleží Ministerstvu práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitele, přičemž zákon v tomto ohledu nestanovuje žádná pravidla ani kritéria. Odpovědnost je tedy zcela na ministerstvu, které se pro inspekční návštěvu rozhoduje zpravidla při první žádosti o akreditaci. Dále je inspekční návštěva realizována v případech obav, že daná služba není poskytována kvalitně (např. po stížnostech klientů), nebo v situaci, kdy jde o výraznou změnu v akreditaci služby. Hlavním důvodem této praxe je omezená kapacita pracovníků ministerstva, kteří inspekční návštěvy uskutečňují.

Na základě zjištění plynoucích z realizovaného přezkumného řízení (hodnocení žádosti a doprovodné dokumentace a případné inspekční návštěvy) rozhoduje Ministerstvo práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů o zařazení poskytovatele do sbírky zákonů, tj. do ministerstvem schválené sítě adiktologických služeb. Zařazení poskytovatele do sbírky zákonů není časově nijak limitováno a zákon nestanovuje povinnost rozhodnutí o zařazení pravidelně revidovat. V zájmu zajištění objektivnosti a transparentnosti celého procesu koordinuje ministerstvo své rozhodnutí s příslušnou spolkovou zemí, respektive s koordinátory prevence závislosti/protidrogovými koordinátory v dané spolkové zemi.

Konečné rozhodnutí o (ne)zařazení poskytovatele do sbírky zákonů činí Ministerstvo práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů. Následně o svém rozhodnutí informuje písemnou cestou daného poskytovatele¹⁵³.

2.3.2 *Evaluace procesu hodnocení kvality služeb a její financování*

Z veřejně dostupných zdrojů nevyplývá, že by byl výše popsán systém akreditací adiktologických služeb vycházející z § 15 federálního zákona o omamných látkách podroben evaluaci a evaluace systému není ani součástí legislativy, která existující systém akreditací upravuje. Systém akreditací je, na rozdíl od situace v České republice, zaveden do praxe jen několik posledních let. Pro ilustraci, když v listopadu 2011

¹⁵³ BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. Richtlinien für Ansuchen um Kundmachung im Bundesgesetzblatt gemäß § 15 Suchtmittelgesetz [online]. Vienna: BMG, ©2017.

navštívili zástupci českých poskytovatelů adiktologických služeb Vídeň a zde poskytované adiktologické služby, byly standardy kvality adiktologické péče teprve ve fázi příprav¹⁵⁴.

2.3.3 Používané modely interního hodnocení kvality (quality assurance) služeb

Interní hodnocení je v Rakousku vnímáno jako důležitá součást systému zajištění kvality adiktologických služeb. Jeho realizace je proto považována za žádoucí a potřebnou. Nicméně vzhledem k personální a finanční zátěži, která je s interním a externím hodnocením spjata, nestanovují zákonné ani podzákonné předpisy povinnost interní hodnocení realizovat. Je tedy zcela na zvážení jednotlivých zařízení a společností, zda a případně jak budou interní hodnocení uskutečňovat. Jak bylo uvedeno výše, systém akreditací adiktologických služeb je v Rakousku zaveden do praxe jen několik let. Na rozdíl od českého systému certifikací je tak spíše v počáteční fázi a standardy proto způsoby interního hodnocení kvality služeb neřeší.

Stávající praxe na úrovni adiktologických služeb (případně poskytovatelské organizace, pokud poskytuje více typů služeb) se však zdá být podobná situaci v českých adiktologických službách¹⁵⁵. Ve službě je zpravidla určen pracovník, zodpovědný za interní hodnocení služby/služeb v dané organizaci. Nejčastěji jde o odborného ředitele nebo o vedoucího služby, případně jím pověřeného pracovníka. Standardy však výslovně po poskytovatelích služeb ustavení výše uvedeného pracovníka odpovědného za interní hodnocení služby nevyžadují. Adiktologické služby jsou v Rakousku vnímány celostně, tj. jako přirozená a vzájemně neoddělitelná kombinace zdravotních a sociálních služeb, což patrně usnadňuje i správa sociálních a zdravotních věcí jedním ministerstvem. Přesto nejsou v praxi uplatňovány postupy jejich interního hodnocení s využitím obecnějších systémů hodnocení kvality služeb typu ISO či TQM. Poskytovatelé služeb nemají ze strany ministerstva metodickou podporu (viz již zmíněná omezená kapacita pracovníků ministerstva, kteří se věnují hodnocení kvality služeb). Ale v Rakousku se poskytovatelé služeb na místní úrovni měst, regionů a/nebo spolkových zemí pravidelně setkávají na různých platformách – tematicky různě zaměřené pracovní skupiny, které organizují místní či spolkoví koordinátoři protidrogové politiky. V těchto pracovních skupinách jsou diskutovány otázky potřeb klientů a jejich párování s poskytovanými službami, kvalita poskytovaných služeb apod.

Hlavní nástroje, jež poskytovatelé služeb s cílem zajišťovat kvalitu jimi poskytovaných služeb/programů používají, jsou podobné jako v ČR. Patří k nim zejména:

- interní průběžné vzdělávání pracovníků služby/programu,
- tematická setkávání poskytovatelů služeb s koordinátory prevence závislostí/protidrogovými koordinátory ve spolkových zemích,
- porady členů týmů (provozní a o klientech),
- dokumentace služby/programu používaná i v rámci procesu akreditací (finanční plán, organizační řád, popis služby),
- externí supervize a/nebo intervize.

¹⁵⁴ CENTRUM PRO KVALITU A STANDARDY V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH. Výměna zkušeností a šíření dobré praxe v oblasti řízení kvality služeb pro uživatele drog: sborník z výjezdu za mapováním dobré praxe do Rakouska. 1. vyd. Praha: CEKAS, 2011.

¹⁵⁵ CENTRUM PRO KVALITU A STANDARDY V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH. Výměna zkušeností a šíření dobré praxe v oblasti řízení kvality služeb pro uživatele drog: sborník z výjezdu za mapováním dobré praxe do Rakouska. 1. vyd. Praha: CEKAS, 2011.

2.3.4 Shrnutí a diskuse

Systém akreditací adiktologických služeb byl v Rakousku zaveden do praxe relativně nedávno. Doba jeho existence je tedy výrazně kratší, než je tomu v případě českého systému certifikací RVKPP. Účast v akreditačním systému vycházejícím z § 15 federálního zákona o omamných látkách je podobně jako v ČR dobrovolná, ale stejně jako v ČR je povinná pro všechny subjekty, které chtějí získat finanční prostředky z Ministerstva práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů, které definovalo minimální standardy, či Ministerstva spravedlnosti¹⁵⁶. Splnění minimálních standardů kvality tedy není nutnou podmínkou pro samotné poskytování služby. V tomto ohledu rakouský systém vykazuje podobnost se systémem certifikací RVKPP v ČR.

Další podobnost mezi českým a rakouským systémem lze spatřovat v procesu hodnocení kvality služeb. V obou zemích nejprve akreditační (v ČR certifikační) tým posuzuje žádost a studuje doprovodnou dokumentaci a následně dochází k návštěvě místa, kde je služba poskytována. Během těchto návštěv dochází k ověřování již získaných informací, k jejich rozšíření a případně k objasnění některých nesrovnalostí. To umožňují mimo jiné rozhovory s vedoucími i řadovými pracovníky příslušného zařízení. Určitým rakouským specifickým je skutečnost, že k inspekční návštěvě (místnímu šetření v ČR) nemusí vždy docházet (viz výše).

Naopak na rozdíl od postupů používaných v ČR je služba, která úspěšně absolvovala akreditační a/nebo inspekční šetření, zařazena rozhodnutím rakouského Ministerstva práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů v koordinaci s příslušnou spolkovou zemí a jejími koordinátory prevence závislosti/protidrogovými koordinátory do sbírky zákonů, tj. do tzv. sítě akreditovaných adiktologických služeb. Podobnost mezi ČR a Rakouskem tak lze vysledovat pouze v tom, že i v ČR mají vyšší územně samosprávné celky možnost ovlivňovat výsledek rozhodovacího procesu. Činí tak prostřednictvím Certifikačního výboru, kde jsou vedle zástupců věcně příslušných ministerstev a odborných společností zastoupeni také krajsí protidrogoví koordinátoři.

2.3.5 Zdroje

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. Richtlinien für Ansuchen um Kundmachung im Bundesgesetzblatt gemäß § 15 Suchtmittelgesetz [online]. Vienna: BMG, ©2017 [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/7/0/9/CH1040/CMS1103204041196/richtlinien_gem.____15_smg.pdf.

CENTRUM PRO KVALITU A STANDARDY V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH. Výměna zkušeností a šíření dobré praxe v oblasti řízení kvality služeb pro uživatele drog: sborník z výjezdu za mapováním dobré praxe do Rakouska. 1. vyd. Praha: CEKAS, 2011.

¹⁵⁶ Podmínka akreditace služby se vztahuje pouze na možnost získání finančních prostředků z rozpočtů federálních ministerstev. Naopak v případě financování služby z rozpočtů samosprávných orgánů zákon podmínku akreditace nestanovuje. Nově vznikající služby, které ještě akreditací nedisponují, tak mohou získat finanční prostředky na provoz z rozpočtů vlády spolkové země a/nebo místních samospráv.

2.4 Německo

Vzhledem k federální struktuře státu a z ní plynoucího specifického institucionálního a legislativního prostředí v jednotlivých spolkových zemích existují v Německu různé a vzájemně nezávislé systémy hodnocení kvality adiktologických služeb. Úplný výčet a popis těchto systémů je nad rámec možností této analýzy. Proto je detailní pozornost věnována výhradně v oblasti prevence akreditačnímu systému Zelený seznam prevence a v oblasti léčby certifikačnímu systému Spolkové asociace pro rehabilitaci.

2.4.1 *Proces hodnocení/ověřování kvality služeb*

Akreditační systém Zelený seznam prevence

Ve snaze zvýšit kvalitu preventivních programů přistoupila Rada pro prevenci Dolního Saska (LPR, Landespräventionsrat Niedersachsen) ve spolupráci s Lékařskou vysokou školou v Hannoveru k definování kritérií, které se staly základem dobrovolného akreditačního systému zvaného Zelený seznam prevence (Grüne Liste Prävention).

Zahájení akreditačního procesu nastává v okamžiku, kdy Rada pro prevenci Dolního Saska obdrží elektronickou žádost o akreditaci určitého programu, a to včetně nezbytné dokumentace. Ta zahrnuje zejména manuál popisující podobu preventivního programu a alespoň jednu vědeckou hodnotící studii posuzující míru jeho efektivity.

Úplná žádost o akreditaci je zpracována aparátem Rady pro prevenci Dolního Saska a následně předána pracovní skupině k posouzení. Ta je aktuálně složena pouze ze dvou členů, přičemž jeden člen je jmenován výkonným ředitelem Rady pro prevenci Dolního Saska a druhý odpovědným profesorem Lékařské vysoké školy v Hannoveru.

Takto sestavená pracovní skupina posuzuje předložený preventivní program postupně ve třech krocích:

- hodnocení konceptuální a implementační kvality,
- hodnocení designu a průkaznosti evaluační studie,
- hodnocení závěrů evaluační studie.

Předběžné závěry hodnocení poskytne pracovní skupina žadateli k vyjádření. Připomínky žadatele jsou následně posouzeny a v případě potřeby dochází k opětovné kontrole předložené dokumentace. Následně pracovní skupina učiní konečné rozhodnutí, které dává žadateli na vědomí.

Celý akreditační proces může mít dva závěry. Pokud předložený program splnil alespoň minimální požadavky v každém ze tří výše uvedených kroků, stanoví pracovní skupina jeho celkový rating a zařadí ho do online databáze doporučených programů. Pokud předložený program v některé z oblastí minimální požadavky nesplnil, je jeho zařazení do online databáze zamítnuto. Rozhodnutí pracovní skupiny je konečné a není možné se proti němu odvolat. V případě nesouhlasu žadatele s výsledkem akreditačního procesu umožňuje Rada pro prevenci Dolního Saska zveřejnění disentančního stanoviska na svých webových stránkách¹⁵⁷.

Délka akreditačního procesu není přesně stanovena. Odvíjí se od podoby hodnoceného programu, od počtu evaluačních studií a od míry jednoznačnosti jejich závěrů. Zařazení preventivního programu do online

¹⁵⁷ LANDESPRÄVENTIONS-RAT NIEDERSACHSEN. Grüne Liste Prävention. Auswahl- und Bewertungskriterien für die CTC Programm – Datenbank [online]. Hannover: LPR, ©2011.

databáze doporučených programů není časově omezeno. Jinými slovy v rámci akreditačního systému Zelený seznam prevence nedochází k žádné reakreditaci, což je způsobeno zejména nedostatečnou personální kapacitou příslušných organizací. Nicméně z komunikace s odpovědnými pracovníky vyplývá, že v blízké době by mělo dojít k omezení akreditace na dobu pěti let, po jejímž uplynutí by preventivní programy opětovně podstupovaly výše uvedené hodnocení¹⁵⁸.

Certifikační systém Spolkové asociace pro rehabilitaci

Přehled jednotlivých přímých účastníků procesu hodnocení kvality adiktologických služeb v Německu v rámci certifikačního systému vycházejícího z § 37 Sociálního zákoníku IX (SGB IX, Sozialgesetzbuch) uvádí následující tabulka. Jednotlivé subjekty jsou v přehledu uvedeny podle toho, jak do procesu akreditace postupně, od jeho zahájení, vstupují.

Tabulka 11 Přímí účastníci akreditací adiktologických služeb v Německu

Subjekt	Charakteristika
Poskytovatel služby	Lékařská pobytová rehabilitační zařízení poskytující adiktologické služby jsou v Německu ze zákona povinna účastnit se procedury managementu kvality a do jednoho roku od zahájení své činnosti podstoupit certifikační řízení garantované Spolkovou asociací pro rehabilitaci, jehož úspěšné absolvování je důkazem, že dané zařízení splňuje základní požadavky kvality.
Garant certifikačního systému	Roli garanta certifikačního systému pro rehabilitační zařízení poskytující adiktologické služby zastává Spolková asociace pro rehabilitaci, což je organizace podporující a koordinující rehabilitační aktivity, kterou tvoří zástupci Spolkové agentury práce, poskytovatelů zákonného úrazového pojištění, poskytovatelů zákonného penzijního pojištění, poskytovatelů zákonného zdravotního pojištění a dalších organizací. Spolková asociace pro rehabilitaci stanovuje kvalitativní kritéria v rámci certifikačního systému a spravuje databázi jak uznaných procedur managementu kvality, tak certifikovaných rehabilitačních zařízení.
Vydávající orgán	Vydávající orgán je institucí, která vytváří a vyvíjí proceduru managementu kvality a zpřístupňuje ji jednotlivým rehabilitačním zařízením. Je taktéž odpovědný za identifikaci těch certifikačních orgánů, které jsou odborně a kapacitně schopny provést certifikaci vydávajícím subjektem vytvořené a vyvinuté procedury managementu kvality. Vydávající orgán je dále povinen informovat Spolkovou asociaci pro rehabilitaci o závěrech uskutečněného certifikačního řízení, které obdrží od certifikačního orgánu.
Certifikační orgán	Certifikační orgán je institucí uskutečňující certifikační řízení. V případě, že certifikační orgán neidentifikuje žádné závažné nedostatky, nebo jsou závažné nedostatky ve stanovené lhůtě odstraněny, uděluje danému rehabilitačnímu zařízení certifikát dokládající, že zařízení splnilo zákonem stanovené požadavky. Za kvalitu certifikačního orgánu nese odpovědnost vydávající orgán, který konkrétním rehabilitačním zařízením doporučuje certifikační orgány odborně i kapacitně způsobilé k realizaci certifikačního řízení. Certifikační orgán má taktéž povinnost informovat poskytovatele služby a vydávající orgán o závěrech certifikačního řízení.

Zdroj: Vlastní zpracování

Na základě § 37 Sociálního zákoníku IX jsou veškerá lékařská pobytová rehabilitační zařízení (tj. zařízení pro pobytovou léčbu klientů se závislostmi, obdoba českých psychiatrických léčeben/nemocnic a/nebo terapeutických komunit) v Německu povinna účastnit se procedury managementu kvality a do jednoho roku od zahájení činnosti podstoupit certifikační řízení garantované Spolkovou asociací pro rehabilitaci (BAR, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation), jehož úspěšné absolvování je důkazem, že dané zařízení

¹⁵⁸ RAISER, Peter. Quality Assurance in Germany [elektronická pošta]. Osobní komunikace.

splňuje základní požadavky kvality.

Prvním krokem v rámci certifikačního procesu je rozhodnutí rehabilitačního zařízení usilovat o certifikaci procedury managementu kvality, která buď již byla zařízením implementována, nebo je její implementace v nejbližší době plánována. Rehabilitační zařízení se poté seznámí s informacemi o aktuálně platných postupech a podmínkách certifikačního procesu, které jsou poskytovány Spolkovou asociací pro rehabilitaci. Tyto informace jsou obsaženy v řadě dokumentů, z nichž nejdůležitější jsou:

- dohoda o interním managementu kvality a certifikaci zahrnující základní požadavky, manuál a specifikace týkající se certifikačního procesu,
- certifikační řád,
- seznam Spolkovou asociací pro rehabilitaci uznaných procedur managementu kvality,
- seznam Spolkovou asociací pro rehabilitaci uznaných vydávajících subjektů.

Na základě výběru jedné z uznaných procedur managementu kvality¹⁵⁹, kterou rehabilitační zařízení implementovalo nebo hodlá implementovat, kontaktuje toto zařízení příslušný vydávající subjekt (HGS, Herausgebende Stelle). Právě vydávající subjekt je institucí, která vytvořila a vyvinula danou proceduru managementu kvality a zpřístupnila ji jednotlivým rehabilitačním zařízením. Vydávající subjekt je zároveň odpovědný za identifikaci těch certifikačních orgánů, které jsou odborně a kapacitně schopny provést certifikaci vydávajícím subjektem vytvořené a vyvinuté procedury managementu kvality¹⁶⁰.

Dle doporučení vydávajícího subjektu rehabilitační zařízení kontaktuje relevantní certifikační orgán, který mu obratem zašle konkrétní nabídku poskytovaných služeb včetně stanovené ceny. V případě, že rehabilitační zařízení zaslanou nabídku akceptuje, může být certifikační proces realizován.

Dokumentace pro potřeby certifikačního řízení zahrnuje zejména:

- manuál implementace interního managementu kvality,
- sebehodnotící zprávy.

Dále certifikační orgán v rámci certifikačního řízení zpravidla posuzuje následující materiály:

- prohlášení o účelu popisující cíle, hodnoty a principy rehabilitačního zařízení,
- koncepci rehabilitačního zařízení,
- funkčně orientovanou koncepci léčby strukturovanou dle specifických indikací,
- organizační řád interního managementu kvality,
- plán interního a externího managementu kvality,
- pravidla pro vyřizování stížností,
- pravidla pro nápravu chyb.

Konkrétní podoba certifikačního řízení není upravena ani zákonnými, ani pod zákonnými normami. Forma

¹⁵⁹ Rehabilitační zařízení volí jednu z uznaných procedur managementu kvality výlučně na základě svých preferencí. Metodické pokyny a pravidla Spolkové asociace pro rehabilitaci neobsahují žádná doporučení, která by se týkala vhodnosti jednotlivých uznaných procedur pro konkrétní typ zařízení.

¹⁶⁰ Rehabilitační zařízení může vytvořit a vyvinout vlastní proceduru managementu kvality, čímž se samo stane vydávajícím subjektem. Přestože pravidla certifikačního systému Spolkové asociace pro rehabilitaci tento postup umožňují, není v praxi obvyklý.

a délka řízení se tak odvíjí od typu procedury managementu kvality, kterou se rehabilitační řízení rozhodlo implementovat, a od způsobu práce zvoleného certifikačního orgánu.

Pokud certifikační orgán identifikuje v rámci certifikačního řízení nedostatky zásadního charakteru, má rehabilitační zařízení časový prostor k jejich odstranění. V případě rehabilitačního zařízení, které dosud certifikováno nebylo, jde o lhůtu v délce devíti měsíců. V případě rehabilitačního řízení usilujícího o recertifikaci je lhůta pouze šest měsíců.

Jestliže certifikační orgán neidentifikuje žádné zásadní nedostatky, nebo jsou tyto nedostatky ve stanovené časové lhůtě odstraněny, obdrží dané rehabilitační zařízení certifikát. Získání certifikátu indikuje, že rehabilitační zařízení splnilo veškeré požadavky kladené na tento typ zařízení § 37 Sociálního zákoníku IX. O obdržení certifikátu rehabilitační zařízení neprodleně informuje své nadřízené instituce. Také certifikační orgán je povinen informovat vydávající subjekt o závěrech certifikačního řízení. Ten pak informaci dále postoupí Spolkové asociaci pro rehabilitaci.

Certifikát je certifikačním orgánem udělován na dobu tří let. Před uplynutím této doby, nebo v případě zásadní změny ve fungování rehabilitačního zařízení (např. změna používané procedury managementu kvality), je zařízení povinno požádat o recertifikaci¹⁶¹.

Rámcové schéma procesu hodnocení kvality adiktologických služeb přiblížilo schéma 4 (viz kapitola 2.5.2). Jednotlivé úkony, které jsou v rámci certifikačního řízení rehabilitačních zařízení v Německu vykonávány, znázorňuje v časovém sledu krok za krokem následující obrázek.

Obrázek 4 Úkony účastníků v procesu certifikací rehabilitačních zařízení v Německu

<p>8 Poskytovatel služby neprodleně informuje o závěrech certifikačního řízení nadřízené instituce.</p>		<p>1 Poskytovatel služby se rozhodne usilovat o certifikaci procedury managementu kvality, která buď již byla zařízením implementována, nebo je její implementace v nejbližší době plánována.</p>	
<p>7 Pokud certifikační orgán neidentifikuje žádné zásadní nedostatky, nebo jsou tyto nedostatky ve stanovené časové lhůtě odstraněny, obdrží dané rehabilitační zařízení certifikát na období tří let.</p>	<p>9 Certifikační orgán neprodleně informuje vydávající subjekt o závěrech certifikačního řízení.</p>	<p>2 Spolková asociace pro rehabilitaci poskytne veškeré informace o aktuálně platných postupech a podmínkách certifikačního procesu.</p>	
<p>6 Jestliže certifikační orgán identifikuje závažné nedostatky, má poskytovatel služby šest až devět měsíců na jejich odstranění.</p>	<p>10 Vydávající subjekt neprodleně informuje Spolkovou asociaci pro rehabilitaci o závěrech certifikačního řízení.</p>	<p>3 Poskytovatel služby zvolí proceduru managementu kvality a kontaktuje příslušný vydávající subjekt, který je odpovědný za identifikaci možných certifikačních orgánů.</p>	
<p>5 V případě akceptace nabídky ze strany poskytovatele služby může být certifikační řízení zahájeno.</p>		<p>4 Poskytovatel služby kontaktuje certifikační orgán a obratem od něj získává nabídku služeb včetně stanovené ceny.</p>	

Zdroj: Vlastní zpracování

¹⁶¹ BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION. Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX [online]. Frankfurt am Main: BAR, ©2015.

2.4.2 *Evaluace procesu hodnocení kvality služeb a její financování*

Akreditační systém Zelený seznam prevence

Z veřejně dostupných zdrojů nevyplývá, že by byl dobrovolný akreditační systém Zelený seznam prevence podroben evaluaci a evaluace systému není ani součástí jakékoliv legislativy.

Certifikační systém Spolkové asociace pro rehabilitaci

Aktuální podoba certifikačního systému garantovaného Spolkovou asociací pro rehabilitaci je upravena dohodou o interním managementu kvality a certifikaci, která vychází ze znění § 37 Sociálního zákoníku IX. Vzhledem k tomu, že tato dohoda vstoupila v platnost 1. října 2009 a v účinnost dokonce až 30. dubna 2015, nebyl certifikační systém dosud podroben evaluaci.

Nicméně tato dohoda ve svém § 9 odst. 3 předpokládá, že pracovní skupina složená ze zástupců rehabilitačního sektoru, akademické sféry, asociací poskytovatelů, klientských organizací a dalších expertů bude na základě získaných zkušeností a měnící se reality v případě potřeby revidovat znění dohody a tím i podobu a nastavení celého certifikačního systému¹⁶².

2.4.3 *Používané modely interního hodnocení kvality (quality assurance) služeb*

Akreditační systém Zelený seznam prevence

Akreditační systém Zelený seznam prevence nestanovuje poskytovatelům preventivních programů žádnou povinnost provádět interní hodnocení. Pokud poskytovatelé interní hodnocení realizují, činí tak zcela dobrovolně a o této své aktivitě organizace garantující akreditační systém vůbec neinformují.

Certifikační systém Spolkové asociace pro rehabilitaci

Povinnost německých pobytových rehabilitačních zařízení implementovat a rozvíjet proceduru interního managementu kvality vychází přímo z § 37 Sociálního zákoníku IX. Rehabilitační zařízení si konkrétní proceduru vybírá na základě svých preferencí, přičemž zvolené procedura musí být zahrnuta v seznamu Spolkovou asociací pro rehabilitaci uznaných specifických procedur managementu kvality. Využití obecnějších nástrojů hodnocení kvality zdravotnických či sociálních služeb typu DIN EN ISO není vzhledem k zákonným požadavkům považováno za dostatečné.

Jednotlivé aspekty interního managementu kvality jsou upraveny kvalitativními kritérii obsaženými v dohodě o interním managementu kvality a certifikaci, která jsou následující:

- definování odpovědnosti za realizaci interního managementu kvality na úrovni vedoucích pracovníků,
- zřízení pozice zástupce pro management kvality,
- popis organizační struktury včetně identifikace úkolů a povinností ve vztahu k internímu managementu kvality,
- nastavení dokumentačních, monitorovacích a kontrolních mechanismů,

¹⁶² BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION. Geschäftsordnung für die Arbeitsgruppe nach § 20 Abs. 2a SGB IX1 auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. [online]. Frankfurt am Main: BAR, ©2009.

- rozvoj kvalitativních cílů vycházejících ze závěrů interního managementu kvality,
- pravidelná realizace sebehodnocení v rámci zásadních procesů,
- zajištění účasti všech zaměstnanců na procesu interního managementu kvality.

V oblasti interního hodnocení dohoda předpokládá realizaci interních auditů a sebehodnocení v rámci zásadních procesů. Jeho účastníci by měli být informováni o datu, délce a průběhu interního hodnocení. Tato hodnocení jsou realizována v pravidelných intervalech, a to alespoň jednou ročně, přičemž jsou zohledňovány výsledky interního hodnocení z minulých let. Výsledky interního hodnocení jsou zpracovány v písemné formě a dané zařízení má nastaven mechanismus, jak se zjištěními pracovat¹⁶³.

2.4.4 Shrnutí a diskuse

Akreditační systém Zelený seznam prevence garantovaný Radou pro prevenci Dolního Saska ve spolupráci s Lékařskou vysokou školou v Hannoveru je jedním ze specifických akreditačních systémů, které v Německu existují. Zásadní rozdíl oproti certifikaci služeb primární prevence v ČR spočívá v tom, že v německém případě probíhá hodnocení kvality pouze formou porovnávání popisu preventivního programu a poznatků z výzkumu o efektivní prevenci. Nejde tak o hodnocení v praxi pozorované kvality preventivních programů, ale spíše o hodnocení jejich potenciální efektivity. Pracovní skupina (na rozdíl od certifikačního týmu v ČR) tak neprovádí žádné místní šetření, jehož součástí je i návštěva preventivního programu, který poskytovatel služby realizuje. Další zásadní odlišností je skutečnost, že německý akreditační systém je zcela mimo působnost jak Spolkového ministerstva zdravotnictví, tak Spolkového ministerstva pro vzdělávání a výzkum. Naopak v ČR je gestorem certifikace služeb primární prevence rizikového chování MŠMT.

Certifikační systém Spolkové asociace pro rehabilitaci garantuje, stejně jako systém certifikací v ČR, že certifikovaná služba má odpovídající kvalitu, odbornost a komplexnost, a tudíž může být hrazena z veřejných prostředků. V Německu se však certifikační systém nevztahuje, na rozdíl od ČR, na všechny adiktologické služby, ale pouze na lékařská pobytová rehabilitační zařízení (zařízení pobytové léčby – v ČR na léčbu osob specializované psychiatrické léčebny a/nebo terapeutické komunity). Další rozdíl spočívá v délce platnosti certifikátů. V ČR je certifikát udělován na dobu až čtyř let, naproti tomu v Německu je platnost maximálně tříletá.

Dále lze spatřovat odlišnosti v institucionálním zajištění certifikačního procesu a v míře jeho obecnosti. V ČR do tohoto procesu vstupuje poskytovatel služby, certifikační agentura, certifikační tým, certifikační výbor a RKVPP. V Německu je počet participujících subjektů omezen na poskytovatele služby, vydávající instituci, certifikační orgán a Spolkovou asociaci pro rehabilitaci. Zatímco v ČR je certifikační řízení detailně popsáno a jeho průběh je neměnný, v Německu se jeho podoba odvíjí od vybrané procedury managementu kvality a zvoleného certifikačního orgánu. Odlišné je také hrazení nákladů certifikačního řízení. V ČR náklady sdílí RKVPP společně s poskytovatelem služby, kdežto v Německu hradí veškeré výdaje sám poskytovatel. Cena certifikačního řízení pak není v Německu fixně dána a odvíjí se jednak od zvolené procedury managementu kvality, jednak od vybraného certifikačního orgánu. Její výše je tak jedním z aspektů, které poskytovatel služby při výběru certifikačního orgánu zohledňuje.

¹⁶³ BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION. FAQ – Zertifizierung [online]. Frankfurt am Main: BAR, ©2018.

2.4.5 Zdroje

BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION. Geschäftsordnung für die Arbeitsgruppe nach § 20 Abs. 2a SGB IX1 auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. [online]. Frankfurt am Main: BAR, ©2009 [cit. 2018-03-25]. Dostupné z: https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/rehabilitation_und_teilhabe/Qualitaet_in_der_Reha/Qualitaetsmanagement_und_Zertifizierung/downloads/GO_Endfassung_AG__20.pdf.

BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION. FAQ – Zertifizierung [online]. Frankfurt am Main: BAR, ©2018 [cit. 2018-03-25]. Dostupné z: <https://www.bar-frankfurt.de/rehabilitation-und-teilhabe/qualitaet-in-der-rehabilitation/qualitaetsmanagement-und-zertifizierung/faq-zertifizierung/>.

BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION. Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX [online]. Frankfurt am Main: BAR, ©2015 [cit. 2018-03-25]. Dostupné z: https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/rehabilitation_und_teilhabe/Qualitaet_in_der_Reha/Qualitaetsmanagement_und_Zertifizierung/downloads/Vereinbarung_Korrektur.pdf.

LANDESPRÄVENTIONSRAT NIEDERSACHSEN. Grüne Liste Prävention. Auswahl- und Bewertungskriterien für die CTC Programm – Datenbank [online]. Hannover: LPR, ©2011 [cit. 2018-03-25]. Dostupné z: https://www.gruene-liste-praevention.de/communities-that-care/Media/Grne_Liste_Bewertungskriterien.pdf.

RAISER, Peter. Quality Assurance in Germany [elektronická pošta]. Message to: Raiser@dhs.de. 26. dubna 2018 14:02 [cit. 2018-05-10]. Osobní komunikace.

2.5 Spojené království

2.5.1 Proces hodnocení/ověřování kvality služeb

Akreditační systém Komise pro kvalitu péče

Registrace

Přehled jednotlivých přímých účastníků procesu hodnocení kvality adiktologických služeb ve Spojeném království v rámci akreditačního systému Komise pro kvalitu péče (CQC, Care Quality Commission) uvádí následující tabulka. Jednotlivé subjekty jsou v přehledu uvedeny podle toho, jak do procesu akreditace postupně, od jeho zahájení, vstupují.

Tabulka 12 Přímí účastníci akreditací adiktologických služeb ve Spojeném království v rámci akreditačního systému Komise pro kvalitu péče

Subjekt	Charakteristika
Poskytovatel služby	Subjekty (fyzické osoby, partnerství, organizace), které chtějí v Anglii vykonávat některou z regulovaných činností, mezi které patří většina zdravotních a sociálních služeb včetně služeb adiktologických. Těmito subjekty mohou být soukromé společnosti, nestátní neziskové organizace (charities), veřejné organizace zřízené v rámci Národní zdravotní služby či lokální orgány.
Garant akreditačního systému	Roli garanta akreditačního systému pro subjekty vykonávající regulované činnosti zastává Komise pro kvalitu péče. Jde o výkonný nevládní veřejný orgán zřízený na základě zákona, který je odpovědný Ministru zdravotnictví a sociální péče a jeho prostřednictvím také parlamentu. Garantuje akreditaci poskytovatelů, stanovuje standardy kvality, shromažďuje data, provádí monitoring, vykonává expertní inspekce, poskytuje informace veřejnosti a činí kroky k nápravě či k potrestání.
Akreditační tým	Akreditační tým posuzuje žádost o akreditaci a související dokumentaci, uskutečňuje návštěvu v místě budoucího poskytování služby, kde mimo jiné provádí rozhovory s vedoucími pracovníky, ověřuje, zda má služba předpoklady k fungování v souladu se stanovenými standardy pro daný typ služby a zda poskytovatel splnil nároky kladené příslušnými zákony a ministerskými vyhláškami. Akreditační tým také posuzuje vyjádření, kterým poskytovatel služby reaguje na oznámení o návrhu.
Odvolací místo	Tuto roli zastává ve Spojeném království Tribunál první instance, který je součástí soudního systému. Tribunál reaguje na odvolání poskytovatele služeb proti rozhodnutí o neudělení akreditace uskutečněním slyšení a vyslechnutím všech argumentů. Následně rozhodne o tom, zda stížnosti vyhoví, což znamená udělení požadované akreditace, nebo ji zamítne. Proti rozhodnutí Tribunálu je možné se odvolat k vyšším soudním instancím.
Inspekční tým	Inspekční tým provádí místní inspekce všeobecného či cíleného typu. Velikost a složení inspekčního týmu se liší dle typu hodnoceného zařízení. Obvykle zahrnuje inspektora Komise pro kvalitu péče specializujícího se na typ hodnocené služby, osobu s praktickou zkušeností s danou službou (tzv. expert by experience) a v případě potřeby odborného poradce s expertizou v oboru, kterého se služba týká. Inspekční tým vždy po ukončení místní inspekce zveřejňuje zprávu, která obsahuje veškerá zjištění, případná doporučení a ve většině případů také konkrétní hodnocení (rating). Na základě závěrů inspekčního týmu přijímá Komise pro kvalitu péče příslušná opatření.

Zdroj: Vlastní zpracování

Zahájení akreditace regulovaných zdravotních a sociálních služeb, mezi které patří i služby adiktologické, Komisí pro kvalitu péče nastává v okamžiku, kdy Komise obdrží od poskytovatele služby úplnou žádost o akreditaci včetně nezbytné dokumentace.

Dokumentace pro potřeby akreditačního řízení se mírně liší v závislosti na tom, zda o ni žádá fyzická osoba, partnerství nebo organizace. Obecně však lze konstatovat, že je tvořena následujícími materiály:

- prohlášení o účelu,
- prohlášení o finančním zajištění,
- výpis z rejstříku trestů,
- dokument o postupech řízení organizace a procesů,
- dokument o postupech ochrany a vedení dokumentace,
- dokument o plánovacím povolení,
- dokument o stavebním povolení,
- dokument o registrovaných vedoucích pracovnících,
- dokument o řízení¹⁶⁴.

Prohlášení o účelu je v rámci akreditačního procesu zásadním dokumentem, který je strukturován na čtyři části. První zahrnuje obecné a kontaktní informace o žadateli včetně jeho právního statutu a adres míst poskytování služby. Druhá popisuje cíle a záměry žadatele spojené s poskytováním dané služby. Třetí se detailně zaměřuje na jednotlivá místa, v nichž jsou služby poskytovány, na typy těchto služeb a na zdravotní a sociální potřeby jejich příjemců. Čtvrtá obsahuje informace o registrovaných vedoucích pracovnících, kteří jsou odpovědní za řízení konkrétní regulované činnosti v místě jejího poskytování¹⁶⁵.

Prohlášení o finančním zajištění garantuje, že žadatel disponuje dostatečnými finančními zdroji k zajištění udržitelného poskytování služeb uvedených v prohlášení o účelu. Toto prohlášení musí být potvrzeno autorizovaným účetním, účetní firmou, bankou či firmou poskytující finanční služby. Povinnost předložit toto prohlášení se ovšem nevztahuje na všechny subjekty žádající o akreditaci. Této povinnosti jsou například zproštěny veřejné organizace zřízené v rámci NHS (NHS trusts)¹⁶⁶.

Výpisy z rejstříku trestů musí předkládat fyzické osoby žádající o akreditaci, všichni partneři v případě partnerství a všichni registrovaní vedoucí pracovníci v případě organizací. Výpis z rejstříku trestů v Anglii a Walesu zajišťuje Disclosure and Barring Service (DBS), přičemž jeho získání trvá přibližně čtyři týdny¹⁶⁷.

V dokumentu o postupech řízení organizace a procesů žadatel poskytuje informace o způsobech zajištění následujících záležitostí:

- hodnocení a monitoring kvality služeb,
- identifikace a hodnocení rizik v souvislosti se zdravím, bezpečností a blahobytem příjemců služeb,
- bezpečné uchovávání a nakládání se záznamy o pacientech/klientech a pracovnících,
- získávání zpětné vazby od pacientů/klientů a uvádění získaných poznatků do praxe.

Dokument o postupech ochrany a vedení dokumentace obsahuje informace o tom, jak mohou jednotlivé

¹⁶⁴ CARE QUALITY COMMISSION. Supporting documents [online]. London: CQC, ©2018.

¹⁶⁵ CARE QUALITY COMMISSION. Statements of purpose. Guidance for providers [online]. London: CQC, ©2016.

¹⁶⁶ CARE QUALITY COMMISSION. References and financial viability [online]. London: CQC, ©2018.

¹⁶⁷ CARE QUALITY COMMISSION. Criminal records checks [online]. London: CQC, ©2018.

osoby upozornit na nedodržení povinností ze strany poskytovatele či na jeho zneužití pravomocí. K těmto informacím musí mít vždy přístup pacient/klienti, jejich právní zástupci, zmocněnci či příbuzní, stejně jako pracovníci.

Předložení dokumentu o plánovacím povolení je pro žadatele usilující o akreditaci nepovinné. V závislosti na tom, o jaký typ služby jde, může být žadatel tázán, zda disponuje plánovacím povolením vztahujícím se ke způsobu využití pozemku či budovy. Žadatel předložením tohoto povolení demonstruje, že místo poskytování služby je pro zamýšlený účel vhodné a odpovídající.

Podobným materiálem je dokument o stavebním povolení, který je taktéž nepovinného charakteru. V závislosti na typu služby může být žadatel tázán, zda disponuje příslušnými povoleními, na jejichž základě v místě poskytování služby prováděl stavební úpravy.

Dokument o registrovaných vedoucích pracovnících poskytuje informace o osobách, které byly poskytovatelem určeny k řízení jednotlivých regulovaných činností v místě poskytování, čímž převzaly odpovědnost za jejich každodenní chod. Dokument obsahuje hodnocení způsobilosti těchto pracovníků (jejich dovednosti, kvalifikace a zkušenosti) a také důvody vedoucí k jejich jmenování.

Dokument o řízení přibližuje organizační strukturu a rozdělení kompetencí v organizaci žádající o akreditaci. Toto uspořádání musí být takové, aby umožnilo naplňovat základní standardy nejen v okamžiku podání žádosti, ale také v budoucnu. Právě uspořádání organizace je jedním z témat, které je detailně diskutováno při akreditační návštěvě¹⁶⁸.

Rámcové schéma procesu akreditací garantovaných Komisí pro kvalitu péče přiblížilo schéma 5 (viz kapitola 2.6.2). Jednotlivé úkony, které jsou v rámci procesu akreditací adiktologických služeb ve Spojeném království vykonávány, znázorňuje v časovém sledu krok za krokem následující obrázek.

Obrázek 5 Úkony účastníků v procesu akreditací adiktologických služeb ve Spojeném království garantovaných Komisí pro kvalitu péče

8 Proti učiněnému rozhodnutí se může poskytovatel odvolat k Tribunálu prvního stupně.		1 Poskytovatel služby podá Komisi pro kvalitu péče žádost o akreditaci včetně požadované dokumentace.	
7 Akreditační tým se ve lhůtě 20 dnů buď ztotožní s vyjádřením poskytovatele a akreditaci udělí, nebo setrvá na svém stanovisku a žádost o udělení akreditace zamítne.	9 Tribunál prvního stupně buď stížnosti poskytovatele vyhoví, čímž je akreditace udělena, nebo ji zamítne.	2 Dnem, kdy Komise pro kvalitu péče obdrží žádost, začíná proces akreditace.	
6 V případě obdržení oznámení o návrhu může poskytovatel ve lhůtě 28 dnů zaslat vyjádření, kde objasní okolnosti relevantní pro správné posouzení žádosti.	10 Proti rozhodnutí Tribunálu prvního stupně se může poskytovatel služby odvolat k vyšším soudním instancím.	3 Komise pro kvalitu péče zahájí proces validace, který během pěti pracovních dnů určí, zda žádost obsahuje správné a kompletní informace.	
5 Na základě zjištění akreditačního týmu obdrží poskytovatel oznámení o rozhodnutí, kterým je udělena příslušná akreditace, či oznámení o návrhu.		4 Akreditační tým posuzuje žádost a související dokumentaci, provádí návštěvu v místě budoucího poskytování služby a ověřuje, zda poskytovatel splnil nároky kladené zákony a vyhláškami.	

Zdroj: Vlastní zpracování

¹⁶⁸ CARE QUALITY COMMISSION. Supporting documents [online]. London: CQC, ©2018.

Po obdržení žádosti zahajuje Komise pro kvalitu péče proces validace, v jehož rámci probíhá kontrola, zda daná žádost obsahuje správné a kompletní informace. Validace je obvykle provedena během pěti pracovních dnů a žadatel je elektronicky informován o jejích závěrech. V případě, že žádost vykazuje chyby a nedostatky, je žadatel informován o důvodech jejího nepřijetí a vyzván k nápravě. Žadatel pak má možnost žádost přepracovat a následně znovu zaslat k validaci. Časová lhůta, ve které musí žadatel nápravu učinit, není stanovena.

Žádost, která úspěšně prošla procesem validace, je postoupena akreditačnímu týmu. Ten jednak posuzuje samotnou žádost a související dokumentaci, jednak uskutečňuje návštěvu v místě budoucího poskytování služby, kde mimo jiné provádí rozhovory s vedoucími pracovníky. Akreditační tým ověřuje, zda má služba předpoklady k fungování v souladu se stanovenými standardy pro daný typ služby a zda poskytovatel splnil nároky kladené příslušnými zákony a ministerskými vyhláškami. Délka hodnocení žadatele ze strany akreditačního týmu se odvíjí od toho, jak dobře je žadatel připraven a jak rychle je schopen reagovat na žádosti inspektorů o dodatečná data a informace. Za optimálních podmínek provádí akreditační tým celý proces hodnocení žádosti (od její validace až po konečné rozhodnutí) v časové lhůtě deseti týdnů. Tato lhůta však není formálně definována, a je proto třeba ji vnímat pouze jako orientační a v praxi obvyklou.

V případě kladného stanoviska akreditačního týmu obdrží žadatel oznámení o rozhodnutí (NoD, Notice of Decision), kterým Komise pro kvalitu péče uděluje akreditaci potřebnou k výkonu regulovaných zdravotnických a sociálních služeb. Naopak v případě, kdy akreditační tým navrhuje žádost zamítnout, je žadateli zasláno oznámení o návrhu (NoP, Notice of Proposal), které obsahuje zdůvodnění závěru akreditačního týmu a výzvu k vyjádření.

Vyjádření žadatele k závěrům akreditačního týmu obsaženým v oznámení o návrhu musí být poskytnuto ve lhůtě 28 kalendářních dnů. V tomto vyjádření, které nemá charakter stížnosti ani námítky, může žadatel objasnit okolnosti, které jsou z jeho pohledu relevantní pro správné posouzení žádosti. Přestože zákony ani podzákonné předpisy neupravují lhůtu, ve které je třeba posoudit zaslání vyjádření, akreditační tým tak obvykle činí do 20 dnů.

Následně se akreditační tým buď ztotožní s vyjádřením žadatele a akreditaci mu udělí, nebo dále trvá na svých závěrech obsažených v oznámení o návrhu a akreditaci odmítne udělit. Proti tomuto rozhodnutí se žadatel může odvolat k Tribunálu prvního stupně, který je součástí soudního systému Spojeného království. Tribunál po uskutečnění slyšení a vyslechnutí všech argumentů rozhodne o tom, zda stížnosti žadatele vyhoví, což znamená udělení požadované akreditace, nebo ji zamítne. Proti rozhodnutí Tribunálu je možné se odvolat k vyšším soudním instancím¹⁶⁹.

Monitoring a inspekce

Vedle udělování akreditací poskytovatelům regulovaných zdravotních a sociálních služeb vykonává Komise pro kvalitu péče také monitorovací a inspekční aktivity, které jsou nedílnou součástí procesu hodnocení/ověřování kvality adiktologických služeb ve Spojeném království. Cílem těchto aktivit je zodpovězení pěti klíčových otázek:

- Je poskytovaná péče bezpečná?
- Je poskytovaná péče účinná?
- Je péče poskytována citlivým způsobem?

¹⁶⁹ CARE QUALITY COMMISSION. Next steps [online]. London: CQC, ©2018.

- Reaguje poskytovaná péče na reálné potřeby pacientů/klientů?
- Je poskytovaná péče dobře řízena a organizována?¹⁷⁰

Při výkonu těchto činností využívá Komise pro kvalitu péče čtyři základní zdroje dat a informací:

- dlouhodobě přijímané zpětné vazby (např. informace od klientů, jejich blízkých, pracovníků; stížnosti; informace od zainteresovaných subjektů),
- lokální a celonárodní data (např. výzkumy; dosažené výsledky),
- předinspekční sběr informací (např. zkušenosti klientů, jejich blízkých, poskytovatelů; celonárodní soubory dat; záznamy Komise pro kvalitu péče a dalších zainteresovaných subjektů; oznámení a whistleblowing),
- místní inspekce.

Místní inspekce má dvě základní podoby – všeobecnou a cílenou. Všeobecná inspekce hodnotí danou službu a jejího poskytovatele z pohledu pěti výše uvedených otázek. Velikost a skladba inspekčního týmu se výrazně mění podle typu a počtu hodnocených služeb. Inspekční tým obvykle zahrnuje inspektora Komise pro kvalitu péče specializujícího se na daný typ služby, osobu s praktickou zkušeností s danou službou (expert by experience) a v případě potřeby odborného poradce s expertizou v oboru, kterého se služba týká. Délka inspekce je jeden až tři dny a je zpravidla oznámena předem. V některých případech po ní může následovat inspekce neoznámená, která ověřuje, zda zjištění oznámené inspekce skutečně odpovídají realitě. Tato inspekce je již časově kratší a účastní se jí jen část inspekčního týmu. Všeobecná inspekce se provádí alespoň jednou za tři roky. Naopak cílená inspekce navazuje na již uskutečněné inspekce, nebo reaguje na konkrétní záležitost či podnět. Velikost a skladba inspekčního týmu se odvíjí od hlavního cíle a účelu inspekce. Délka inspekce, její (ne)oznámení a frekvence uskutečňování jsou stanovovány dle potřeby.

Místní inspekce je zpravidla zahájena 30minutovou prezentací daného registrovaného poskytovatele, který představí svou organizaci, popíše přístup k zajištění dobré kvality péče, pojmenuje dobré a vynikající aspekty péče a definuje existující rizika a nedostatky. Dále inspekční tým získává informace od samotných pacientů/klientů a jejich blízkých, přičemž metodické postupy se liší podle typu hodnocené služby. Následně inspekční tým provádí rozhovory s pracovníky na všech typových pozicích a úrovních. Během inspekce jsou využívány i další metody, jako jsou pozorování při poskytování péče, kontrola záznamů o klientech a jejich léčebném procesu, prohlídka zařízení a jeho vybavení, nahlížení do interních dokumentů a materiálů. V závěru místní inspekce probíhá společné jednání mezi inspekčním týmem a řídicími pracovníky daného zařízení. Na tomto jednání inspekční tým shrne průběh uskutečněné inspekce, představí svá hlavní zjištění, definuje kroky, které musí poskytovatel okamžitě učinit, nastíní plány pro oznámené inspekce v budoucnosti a vysvětlí způsob hodnocení a formu jeho zveřejnění^{171 172}.

O každé uskutečněné místní inspekci je Komisí pro kvalitu péče vytvořena zpráva, která je veřejně přístupná. V této zprávě jsou shrnuta zjištění inspekčního týmu vztahující se ke všem pěti výše uvedeným otázkám. Zpráva popisuje dobré a vynikající aspekty péče, stejně jako případné nedostatky a rizika. Uvádí veškeré důkazy týkající se porušení existujících nařízení a stanovuje doporučení k dosažení vyšší kvality

¹⁷⁰ CARE QUALITY COMMISSION. The five key questions we ask [online]. London: CQC, ©2018.

¹⁷¹ CARE QUALITY COMMISSION. Planning the inspection [online]. London: CQC, ©2018.

¹⁷² CARE QUALITY COMMISSION. What we do on an inspection [online]. London: CQC, ©2018.

péče. Součástí zprávy je v drtivé většině případů také hodnocení (rating), jehož prostřednictvím je posuzována celková kvalita poskytované péče. Toto hodnocení má následující čtyřstupňovou klasifikační škálu:

- vynikající (služby, jejichž kvalita je výjimečně dobrá),
- dobré (služby, jejichž kvalita je dobrá a splňuje očekávání garanta),
- vyžadující zlepšení (služby, jejichž kvalita nesplňuje očekávání garanta),
- nedostatečný (služby, jejichž kvalita je špatná)¹⁷³.

V případě, že celková kvalita poskytované péče neodpovídá požadavkům a očekáváním garanta akreditačního systému, přijímá Komise potřebná opatření. Cíle těchto opatření jsou následující:

- ochránit pacienta/klienta před jakoukoliv újmou a zajistit, že obdrží péči splňující veškeré standardy,
- zajistit, že služby, jejichž kvalita klesla pod akceptovatelnou úroveň, zaznamenají potřebné zlepšení,
- zajistit odpovědnost poskytovatelů péče za její nedostatečnou kvalitu a související selhání.

Opatření, která za tímto účelem může Komise pro kvalitu péče využít, jsou tato:

- vydání oznámení o požadavku či oznámení o varování stanovující konkrétní kroky, které je poskytovatel povinen učinit, a termín jejich realizace,
- provedení změn v akreditaci poskytovatele, které omezují rozsah jeho péče či zpřísnují podmínky jejího poskytování,
- zavedení speciálních opatření vedoucích jednak k externímu dohledu nad výkonem péče, jednak ke spolupráci s ostatními organizacemi směřující ke zlepšení kvality péče ve stanoveném časovém rámci,
- uplatnění nástrojů, jako jsou výstrahy (simple cautions), pokuty či v nejzávažnějších případech trestní stíhání.

Typ a rozsah uplatňovaných opatření vůči danému poskytovateli služeb je součástí zprávy, kterou Komise pro kvalitu péče zveřejňuje po každé provedené místní inspekci. Jde tedy o informace zcela dostupné veřejnosti a potenciálním pacientům/klientům¹⁷⁴.

Akreditační systém Centra pro zlepšení kvality

Akreditační systém garantovaný Centrem pro zlepšení kvality je nezávazným způsobem uplatňován na různé pobytové a komunitní služby v oblasti péče o duševní zdraví. Od konkrétního typu služby se pak odvíjí i charakter a pravidla akreditačního procesu. Na rozdíl od akreditačního systému Komise pro kvalitu péče tak v tomto případě nelze obecně definovat, kteří aktéři se akreditačního procesu účastní a jaké úkony činí.

¹⁷³ CARE QUALITY COMMISSION. Ratings [online]. London: CQC, ©2018.

¹⁷⁴ CARE QUALITY COMMISSION. Taking action [online]. London: CQC, ©2018.

Ve snaze poskytnout alespoň základní představu o tom, jakou podobu může akreditační systém Centra pro zlepšení kvality mít, představujeme akreditační systém jednotek intenzivní psychiatrické péče (QNPICU, Quality Network for Psychiatric Intensive Care Units).

Proces, kterým musí jednotka intenzivní psychiatrické péče usilující o akreditaci projít, lze rozdělit na tři základní fáze:

- interní hodnocení (self-review),
- akreditační návštěva (peer-review),
- rozhodování Kombinovaného výboru pro akreditace.

Interní hodnocení je vnímáno jako základ akreditačního procesu a jako zásadní předpoklad pro zvýšení kvality poskytované péče. Umožňuje jednotlivým poskytovatelům zhodnotit úroveň jejich služeb a identifikovat jak prvky dobré praxe, tak oblasti vyžadující další vývoj a zlepšení. Zpráva o interním hodnocení se věnuje následujícím tématům:

- vedení (informace o procesu tvorby zprávy z interního hodnocení; očekávaná návratnost dotazníků; seznam dokumentů předložených spolu se žádostí o akreditaci),
- kontext (informace o poskytované službě, jako jsou název zařízení, kontaktní údaje, počet lůžek, průměrná délka pobytu, struktura personálu),
- prostředí a zařízení (informace o kvalitě prostředí a zařízení, ve kterých je daná péče poskytována),
- vedoucí pracovníci (informace týkající se oblasti přijetí a vyšetření pacientů, plánování péče a léčby, složení zaměstnanců, řízení organizace),
- pacienti (zkušenosti pacientů s poskytovanou péčí včetně otázky jejich bezpečnosti a možností ovlivnit charakter péče),
- personál (názory pracovníků na způsob výkonu péče včetně identifikace kritických prvků dopadajících na jejich práci a forem podpory, které se personálu dostává),
- case manageri a/nebo blízcí pacientů (názory těchto osob na kvalitu poskytované péče),
- důkazy (záznamy, informační materiály a další dokumentace pojednávající o charakteru poskytované péče, jejichž předložení je nezbytnou součástí akreditačního procesu).

Z výše uvedeného vyplývá, že interní hodnocení je z významné části založeno na zpětné vazbě od všech participujících aktérů. Ta je zajištěna prostřednictvím dotazníkového šetření, přičemž nutnou podmínkou pro obdržení akreditace je splnění stanovené úrovně návratnosti dotazníků. Pro pacienty je stanovena úroveň návratnosti dotazníků ve výši alespoň 50 % celkové lůžkové kapacity zařízení. Stejně podmínky jsou uplatňovány také pro case managery a/nebo blízké pacientů. V případě personálu se musí dotazníkového šetření zúčastnit každý zaměstnanec či pracovník.

Ve zprávě o interním hodnocení poskytovatel posoudí, zda jeho služba naplňuje standardy stanovené výlučně pro daný typ služby. V případě jednotek intenzivní psychiatrické péče jde o 158 standardů zahrnujících různé oblasti související s výkonem péče (např. přijetí a vyšetření, plánování péče a léčby, propuštění a přeložení, zkušenosti pacientů a pracovníků, odbornost a počet pracovníků, prostředí a zařízení, řízení organizace). Tyto standardy jsou strukturovány do třech skupin:

- zásadní standardy, jejichž naplnění je klíčové jak z hlediska bezpečnosti a práv pacientů, tak z hlediska splnění zákonných povinností,
- očekávané standardy, jejichž naplnění se u akreditované služby předpokládá,

- vhodné standardy, jejichž naplnění ukazuje na vysoce kvalitního poskytovatele.

U každého stanoveného standardu poskytovatel uvede hodnotící komentář představující dostatečný důkaz o jeho plnění či neplnění. V případě neplnění poskytovatel uvede kroky, které je třeba v tomto ohledu učinit. Na základě těchto komentářů následně přiřadí ke každému standardu jednu z následujících číslic – 2 (splněno), 0 (nesplněno) či 7 (nelze použít).

Akreditační návštěva je zpravidla jednodenní. Je zahájena krátkou prezentací poskytovatele o podobě jím poskytovaných služeb, po které následuje prohlídka celého zařízení. Dále dochází ke schůzkám akreditačního týmu postupně s pacienty, vedoucími pracovníky, personálem a blízkými pacientů. Studována je i předložená dokumentace. Akreditační návštěva je zakončena zpětnou vazbou, kterou dává akreditační tým danému poskytovateli. Její součástí je identifikace pozitivních aspektů poskytované péče a případných výzev. Rozhodnutí o (ne)udělení akreditace však diskutováno není.

Na základě zjištění plynoucích ze zprávy o interním hodnocení, která zahrnuje i potřebnou dokumentaci, a z uskutečněné akreditační návštěvy je projektovým týmem do čtyř týdnů vytvořen návrh akreditační zprávy. Ten se mimo jiné vyjadřuje k plnění či neplnění všech stanovených standardů, a to formou komentářů a z něj vyplývajících hodnocení (2, 0 či 7). Návrh akreditační zprávy je následně zaslán poskytovateli žádajícímu o akreditaci a akreditačnímu týmu. Oba tyto subjekty se mohou během dvou týdnů k návrhu akreditační zprávy vyjádřit a upozornit na případné nepřesnosti.

Součástí návrhu akreditační zprávy je také přehled standardů, jejichž splnění poskytovatel v rámci akreditačního procesu neprokázal, přičemž důraz je kladen zejména na zásadní a očekávané standardy. Poskytovatel má po obdržení návrhu akreditační zprávy čtyři týdny na to, aby jednoznačně prokázal, že identifikované nedostatky byly odstraněny a uvedené standardy jsou již plněny. Informace o učiněné nápravě včetně potřebných důkazů je následně postoupena Kombinovanému výboru pro akreditace, který je složen jak z oborových specialistů, tak z osob s praktickými zkušenostmi s daným typem služby.

Právě Kombinovaný výbor pro akreditace je orgánem, který rozhoduje o výsledku akreditačního procesu. Ten může nabývat třech podob:

- udělení akreditace službě, která splnila všechny stanovené zásadní standardy a současně splnila alespoň 80 % očekávaných standardů,
- odložení udělení akreditace službě, která nespĺnila jeden nebo více zásadních standardů a/nebo nespĺnila alespoň 80 % očekávaných standardů, přičemž tento odklad je udělován na období od tří do maximálně 12 měsíců,
- neudělení akreditace službě, která nespĺnila jeden nebo více zásadních standardů a/nebo nespĺnila významný počet očekávaných standardů, přičemž nevykazuje známky způsobilosti k nápravě ve stanovené lhůtě.

Poskytovatel služby žádající o akreditaci se proti rozhodnutí Kombinovaného výboru pro akreditace může odvolat, a to ve lhůtě osmi týdnů od jeho přijetí. Toto odvolání musí být doručeno výlučně řediteli Centra pro zlepšení kvality¹⁷⁵.

¹⁷⁵ ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS (2017). Quality Network for Psychiatric Intensive Care Units. Welcome Booklet 2017–2018. London: Centre for Quality Improvement.

2.5.2 *Evaluace procesu hodnocení kvality služeb a její financování*

Akreditační systém Komise pro kvalitu péče

Z veřejně dostupných zdrojů nevyplývá, že by byl výše popsán systém akreditací adiktologických služeb garantovaný Komisí pro kvalitu péče podroben evaluaci a evaluace systému není ani součástí legislativy, která existující systém akreditací upravuje.

Akreditační systém Centra pro zlepšení kvality

Z veřejně dostupných zdrojů nevyplývá, že by byl některý ze systémů akreditací adiktologických služeb garantovaných Centrem pro zlepšení kvality podroben evaluaci a evaluace systému není ani součástí legislativy, která tento systém akreditací upravuje.

2.5.3 *Používané modely interního hodnocení kvality (quality assurance) služeb*

Akreditační systém Komise pro kvalitu péče

Komise pro kvalitu péče publikuje pro jednotlivé typy služeb, na které se vztahuje povinnost akreditace, tzv. manuály pro poskytovatele (provider handbook), které obsahují obecný závazek poskytovatele realizovat interní hodnocení a kontrolu kvality poskytované péče. Poskytovatelé, kteří o akreditaci žádají, musí v dokumentu o postupech řízení organizace doložit, jakým způsobem zajišťují hodnocení a monitoring kvality služeb a jak získávají zpětnou vazbu od pacientů/klientů včetně uvádění získaných poznatků do praxe, což přímo souvisí s interním hodnocením/řízením kvality (viz kapitola 3.5.1., str. 111). Podrobnější požadavky na to, jak či kým má být interní hodnocení služeb prováděno, však manuály nestanovují. Služby jsou nicméně vedeny k tomu, aby interní hodnocení prováděly podle požadavků/standardů vytvořených specificky pro adiktologické služby spíše než s využitím obecnějších nástrojů hodnocení kvality zdravotnických či sociálních služeb typu ISO apod.

V dokumentu o postupech řízení organizace a procesů žadatel poskytuje informace o způsobech zajištění následujících záležitostí:

- hodnocení a monitoring kvality služeb,
- identifikace a hodnocení rizik v souvislosti se zdravím, bezpečností a blahobytem příjemců služeb,
- bezpečné uchovávání a nakládání se záznamy o pacientech/klientech a pracovnících,
- získávání zpětné vazby od pacientů/klientů a uvádění získaných poznatků do praxe.

Akreditační systém Centra pro zlepšení kvality

Vzhledem k tomu, že charakter a pravidla akreditačního systému Centra pro zlepšení kvality se mění v závislosti na daném typu služby, není možné uvést obecně platnou informaci. V případě akreditačního systému jednotek intenzivní psychiatrické péče je interní hodnocení kvality služby nepostradatelnou součástí akreditačního procesu (viz kapitola 3.5.1., str. 115). Ale způsoby či postupy interního hodnocení kvality služeb jsou ponechány výhradně na poskytovatelích služeb. Služby jsou nicméně vedeny k tomu, aby interní hodnocení prováděly podle požadavků/standardů vytvořených specificky pro adiktologické služby spíše než s využitím obecnějších nástrojů hodnocení kvality zdravotnických či sociálních služeb typu ISO apod.

2.5.4 *Shrnutí a diskuse*

Komise pro kvalitu péče plní roli jak povolovacího orgánu, který ověřuje kvalitu služeb prostřednictvím akreditačního procesu ještě před tím, než začnou být poskytovány, tak roli orgánu zodpovědného za následnou/průběžnou kontrolu kvality prostřednictvím průběžného monitoringu a procesu inspekcí. Účast v akreditačním systému garantovaném Komisí pro kvalitu péče je povinná pro všechny subjekty, které chtějí v Anglii vykonávat jednu či více regulovaných činností, mezi které je řazena většina služeb zdravotní a sociální péče včetně služeb adiktologických. Akreditace je tak ve Spojeném království nutnou podmínkou samotného poskytování služby podobně, jako tomu je v případě registrace MPSV v ČR. Oproti tomu účast v systému certifikací RVKPP v ČR je pouze podmínkou pro možnost získání finančních prostředků od RVKPP, případně od MZ a/nebo některých krajů či měst.

Akreditační proces Komise pro kvalitu péče vykazuje v porovnání s certifikačním procesem v ČR řadu odlišností. Zásadním rozdílem je relativní institucionální jednoduchost, kdy Komise pro kvalitu péče v sobě sdružuje hned několik rolí, které jsou v ČR rozděleny mezi certifikační agenturu (Národní vzdělávací fond), certifikační výbor (zástupci věcně příslušných ministerstev, krajských protidrogových koordinátorů a odborných společností) a autorizační orgán (RVKPP). Akreditační tým ve Spojeném království posuzuje žádost poskytovatele včetně související dokumentace a dále uskutečňuje návštěvu v místě budoucího poskytování služby. Ověřuje však pouze předpoklady poskytovatele pro výkon péče v odpovídající kvalitě. Naproti tomu certifikační tým v ČR hodnotí reálnou kvalitu již poskytované péče. Na rozdíl od ČR, kde náklady certifikace hradí částečně RKVPP a částečně poskytovatel, ve Spojeném království nejsou náklady spjaté s akreditací přesně vyčísleny. Spektrum aktivit, zahrnující zahájení a průběh akreditačního procesu, změny v akreditacích, monitoring, místní inspekce a hodnotící služby, je hrazeno z ročních poplatků, které jsou akreditovaní poskytovatelé povinni ze zákona hradit. Jeho výše se odvíjí od typu a velikosti zařízení (viz kapitola 2.6.3). Zatímco v ČR je certifikace poskytovatelům udělována na období až čtyř let, akreditace Komise pro kvalitu péče není časově ohraničena. Na rozdíl od českých certifikací služeb však systém používaný ve Spojeném království počítá nejenom s tzv. oznámenými, ale i s průběžnými, předem neoznámenými inspekcemi, které jsou v ČR používány v kontextu inspekci registrovaných sociálních služeb.

Vedle udělování akreditačních poskytovatelům regulovaných zdravotních a sociálních služeb vykonává Komise pro kvalitu péče také monitorovací a inspekční aktivity, v jejichž rámci jsou realizovány místní inspekce (v každém zařízení alespoň jednou za tři roky), které svým charakterem vykazují podobnost s místním šetřením uskutečňovaným v rámci systému certifikací RVKPP v ČR. Na rozdíl od ČR, kde je certifikační tým vždy tříčlenný, ve Spojeném království se velikost a složení inspekčního týmu odvíjí od charakteru daného poskytovatele. Liší se také délka místní inspekce, která může trvat jeden až tři dny (v ČR je v případě certifikací místní šetření jednodenní). Přestože místní inspekce je ve Spojeném království, stejně jako v ČR, poskytovateli předem oznámena, využívá se následně i forma neoznámené inspekce, která má za cíl potvrdit pravdivost již obdržенých informací. Z každé uskutečněné místní inspekce je vyhotovena zpráva (obdoba závěrečné zprávy z místního šetření), která obsahuje veškerá zjištění inspekčního týmu. Na rozdíl od ČR obsahuje zpráva ve Spojeném království hodnocení kvality dané služby vyjádřené na čtyřstupňové klasifikační škále. Na základě zjištěných informací pak Komise pro kvalitu péče přijímá potřebná opatření, přičemž disponuje širší paletou nástrojů, než je tomu v případě subjektů zapojených do certifikace RVKPP v ČR. Systém hodnocení kvality adiktologických služeb ve Spojeném království se tak svým charakterem spíše podobá systému inspekci sociálních služeb v ČR než systému jejich certifikací v gesci RVKPP.

Poskytovatelé, kteří mají zájem o externí podporu zvyšování kvality svých služeb, se mohou zapojit do akreditačního systému garantovaného Centrem pro zlepšení kvality. Účast v tomto systému je dobrovolná a poskytovatelé pobytových a/nebo komunitních služeb v oblasti péče o duševní zdraví jejím prostřednictvím dávají najevo, že jejich služby dosahují dobré úrovně a naplňují základní standardy kvality. Získání akreditace tak může zlepšit a zjednodušit získávání finančních prostředků z různých zdrojů v rámci

kofinancování poskytovaných služeb. Jde však pouze o usnadňující faktor, což je výrazný rozdíl oproti ČR, kde je účast v systému certifikací RVKPP nutnou podmínkou pro možnost získání finančních prostředků od RVKPP, případně od MZ a/nebo některých krajů či měst. Podoba akreditačního procesu se odvíjí od konkrétního typu služby, a tak není možné obecně definovat, kteří aktéři se akreditačního procesu účastní a jaké úkony činí.

V případě jednotek intenzivní psychiatrické péče je akreditační proces členěn na interní hodnocení, akreditační návštěvu a rozhodování Kombinovaného výboru pro akreditace. Interní hodnocení je vnímáno jako základ akreditačního procesu, přičemž o jeho dlouhodobé realizaci je vypracována zpráva, která definuje, zda služba naplňuje standardy stanovené výlučně pro daný typ služby. Akreditační návštěva je stejně jako v případě českého systému certifikací RVKPP jednodenní. Na jejím základě a na základě zjištění plynoucích ze zprávy o interním hodnocení a související dokumentace je vytvořen návrh akreditační zprávy (obdoba Závěrečné zprávy z místního šetření v ČR), který je předložen poskytovateli žádajícímu o akreditaci a akreditačnímu týmu k vyjádření. V případě identifikovaných nedostatků má poskytovatel čtyři týdny na to, aby jednoznačně prokázal, že došlo k jejich odstranění a uvedené standardy jsou již bezvýhradně plněny. Návrh akreditační zprávy je společně s informacemi a důkazy o učiněné nápravě předložen Kombinovanému výboru pro akreditaci (obdoba Certifikačního výboru v ČR), který rozhoduje o udělení, odložení či neudělení akreditace dané službě. Náklady spojené s akreditačním řízením jsou na rozdíl od ČR hrazeny výlučně z ročních poplatků odváděných jednotlivými akreditovanými poskytovateli, jejichž výše se odvíjí od charakteru a typu služby.

2.5.5 Zdroje

CARE QUALITY COMMISSION. Criminal records checks [online]. London: CQC, ©2018 [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: <https://www.cqc.org.uk/guidance-providers/registration/apply-online/criminal-record-checks>.

CARE QUALITY COMMISSION. Next steps [online]. London: CQC, ©2018 [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: <https://www.cqc.org.uk/guidance-providers/registration/continuing-registered-managers/next-steps>.

CARE QUALITY COMMISSION. Planning the inspection [online]. London: CQC, ©2018 [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: <https://www.cqc.org.uk/what-we-do/how-we-do-our-job/planning-inspection>.

CARE QUALITY COMMISSION. Ratings [online]. London: CQC, ©2018 [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: <https://www.cqc.org.uk/what-we-do/how-we-do-our-job/ratings>.

CARE QUALITY COMMISSION. References and financial viability [online]. London: CQC, ©2018 [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: <https://www.cqc.org.uk/guidance-providers/registration/references>.

CARE QUALITY COMMISSION. Statements of purpose. Guidance for providers [online]. London: CQC, ©2016 [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20160203_100456_v3_00_Guidance_for_providers_Statement_of_Purpose_FINAL_for_publication.pdf.

CARE QUALITY COMMISSION. Supporting documents [online]. London: CQC, ©2018 [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: <https://www.cqc.org.uk/guidance-providers/registration/supporting-documents>.

CARE QUALITY COMMISSION. Taking action [online]. London: CQC, ©2018 [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: <https://www.cqc.org.uk/what-we-do/how-we-do-our-job/taking-action>.

CARE QUALITY COMMISSION. The five key questions we ask [online]. London: CQC, ©2018 [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: <https://www.cqc.org.uk/what-we-do/how-we-do-our-job/five-key-questions-we-ask>.

CARE QUALITY COMMISSION. What we do on an inspection [online]. London: CQC, ©2018 [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: <https://www.cqc.org.uk/what-we-do/how-we-do-our-job/what-we-do-inspection>.

ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS. Quality Network for Psychiatric Intensive Care Units. Welcome Booklet 2017–2018 [online]. London: Centre for Quality Improvement, ©2017 [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: <https://www.rcpsych.ac.uk/workinpsychiatry/qualityimprovement/qualitynetworks/psychiatricintensivecare.aspx>.

3. KOMPATIVNÍ ANALÝZA SYSTÉMŮ HODNOCENÍ KVALITY A NÁVRH MODELU PRO ČR

Dle zadání má tato kapitola nabídnout „komparaci analyzovaných prvků jednotlivých systémů/modelů (kapitola 4.1) s ohledem na vhodnost jejich implementace v prostředí ČR, výběr nejvhodnějších možných a jejich syntézu v jeden model (kapitola 4.2) a analýzu rizik spojených s aplikací navrhovaného modelu do/v prostředí ČR“ (kapitola 4.3). Na základě jednání mezi zástupci zadavatele a zpracovatele analýzy je tato kapitola doplněna o analýzu a diskusi inspirovanou různými typy právních subjektů, které ve zkoumaných zemích EU hodnocení kvality adiktologických služeb realizují. Diskutovány jsou možné výhody a nevýhody či případné překážky možného převedení realizace českého systému certifikací z Úřadu vlády ČR – RVKPP na jiný právní subjekt (kapitola 4.4).

3.1 Porovnávání analyzovaných systémů/modelů dle vhodnosti jejich implementace v ČR

Tato kapitola nabízí porovnání analyzovaných prvků jednotlivých systémů/modelů zajištění a hodnocení kvality adiktologických služeb ve vybraných pěti zemích EU v porovnání se situací v České republice a s ohledem na vhodnost jejich implementace v prostředí ČR. Podkapitola je členěna do tří částí:

- přehledové srovnání systémů hodnocení kvality služeb mezi ČR a pěti zeměmi EU ve vybraných kritériích,
- vybrané prvky analyzovaných systémů, jež jsou podle zpracovatele vhodné pro implementaci do podmínek ČR,
- přehledová tabulka srovnávající situaci ve vybraných pěti zemích a kritériích, jež byly podrobně prezentovány v kapitolách 2 a 3 této analýzy.

3.1.1 Srovnání systémů hodnocení kvality služeb mezi ČR a zeměmi EU ve vybraných kritériích

Následující tabulka a doprovodný text nabízejí přehled srovnání systémů hodnocení kvality služeb v České republice s existujícími systémy v pěti analyzovaných zemích EU.

Tabulka 13 Srovnání systémů hodnocení kvality služeb mezi ČR a zeměmi EU

Srovnávací kritérium	Situace v ČR	Situace ve vybraných pěti zemích EU	Vhodnost implementace v ČR ¹⁷⁶
Legislativní ukotvení	Systém certifikací RVKPP má oporu v usnesení vlády, certifikace MŠMT v rozhodnutí ministra vs. registrace pěti sociálních adiktologických služeb a akreditace MZ mají oporu v zákoně. Existující systémy jsou duplicitní, nejsou prováděny koordinovaně, nejsou vzájemně srovnatelné a uznatelné pro certifikace, respektive registrace a/nebo akreditace.	Systémy hodnocení služeb mají ve všech zkoumaných zemích oporu v zákonech, duplicitní systémy, podobné českým certifikacím a registracím, nebyly ve srovnávaných zemích identifikovány.	+ Zákonná opora pro certifikace, zamezit duplicitě certifikací, registrací, respektive akreditací zdravotnických služeb a zavést jejich vzájemnou uznatelnost.

¹⁷⁶ Vysvětlivky: + vhodné implementovat; - nevhodné/nereálné implementovat.

Srovnávací kritérium	Situace v ČR	Situace ve vybraných pěti zemích EU	Vhodnost implementace v ČR ¹⁷⁶
Rezortní gesce	Certifikace jsou v gesci Úřadu vlády ČR (RVKPP), registrace v gesci MPSV, akreditace zdravotnických služeb v gesci MZ, certifikace programů primární prevence v gesci MŠMT.	Systémy hodnocení služeb jsou ve dvou zemích v gesci rezortu zdravotnictví, ve třech zemích v gesci ministerstva pro zdravotní a sociální věci.	- Sloučení rezortů zdravotnictví a práce a sociálních věcí se v ČR nejeví jako reálné, byť jako vhodné nejen pro adiktologické služby.
Rezortní zařazení služeb	Služby minimalizace rizik, léčby a rehabilitace jsou, v rozporu s tzv. evidence-based přístupem, buď zdravotnické, nebo sociální. Služby primární prevence jsou v gesci MŠMT.	Služby mají převážně statut zdravotně-sociálních služeb.	+ Změna statutu adiktologických služeb na zdravotně-sociální služby.
Cíle systému	Hospodárné financování služeb z veřejných prostředků, zvyšování a udržení kvality služeb, ochrana práv a bezpečí uživatelů služby, zefektivnění sítě služeb, jejich řízení a jejich začlenění do standardních systémů zdravotních a sociálních služeb a/nebo školských zařízení.	Sdílený cíl zlepšení kvality a efektivity služeb, bezpečnost pro pacienty/klienty, zavádění evidence-based postupů.	Cíle systému hodnocení služeb v ČR a v zemích EU ve shodě s výjimkou cíle ČR začlenit adiktologické služby do zdravotních a sociálních.
Standardy kvality	Systém certifikací – standardy pro deset typů služeb (obecné + specifické). Systém registrací – obecné standardy pro sociální služby. Standardy primární prevence. Standardy odborné způsobilosti a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.	V léčbě převažuje jedna verze standardů, více verzí má Německo. Standardy pro prevenci na úrovni českých ve zkoumaných zemích nejsou.	- Standardy v ČR splňují evropské normy, t. č. probíhá revize standardů a typologie služeb.
Subjekty definující standardy	Pověřené ústřední orgány státní správy (ÚOSS) se zapojením profesních organizací.	Ze zákona pověřené státní nebo nestátní subjekty se zapojením profesních organizací, UK navíc zapojuje i klienty služeb.	Situace v ČR a v zemích EU je srovnatelná, zapojení klientů služeb lze zvážit, ale v ČR chybí organizace klientů.
Standardní zavedení systému do praxe	Systémy certifikací a/nebo registrací a/nebo akreditací kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, stejně jako certifikace MŠMT jsou zavedeny do praxe (externí hodnocení kvality zdravotnických služeb – pouze pro lůžková zařízení).	Pro služby minimalizace rizik a léčby jen v UK, pouze pro léčbu je systém zaveden v NL, pro pobytovou léčbu v DE, pro prevenci dosud v žádné ze zemí.	ČR je v předstihu před čtyřmi zeměmi EU (částečně s výjimkou UK) – standardy pro všechny typy adiktologických služeb.
Rok zavedení do praxe	Systém certifikací RVKPP zaveden v r. 2005, registrací v r. 2006, certifikace MŠMT znovu obnovena (s aktualizovanými standardy) od r. 2013, akreditace MZ od r. 2012 ¹⁷⁷ .	NL – pouze pro služby léčby od r. 2013 (ne pro služby minimalizace rizik), DE pro pobytovou léčbu v r. 2015, UK zavedlo systém hodnocení služeb v r. 2010.	Český systém hodnocení služeb je nejstarší, z části patrně i byl inspirací pro srovnávané země.
Evaluace systému	Certifikace RVKPP – evaluace proběhla v r. 2009, vedla k úpravám standardů a procesu hodnocení. O evaluaci jiných systémů hodnocení kvality v ČR nemá zpracovatel analýzy informace.	V žádné ze srovnávaných zemí dosud neproběhla.	Praxe ČR je v předstihu před pěti zeměmi EU, jako jediná země provedla evaluaci systému certifikací.

¹⁷⁷ Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb je stanoveno v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, jenž nabyl účinnosti 1. dubna 2012.

Srovnávací kritérium	Situace v ČR	Situace ve vybraných pěti zemích EU	Vhodnost implementace v ČR ¹⁷⁶
Závaznost účasti v systému	Certifikace vč. primární prevence – dobrovolná, ale jsou podmínkou pro financování z některých veřejných zdrojů (RVKPP nebo MŠMT). Registrace – podmínka registrace a platby ze všech veřejných zdrojů. Akreditace – účast je dobrovolná, bez přímé vazby na finance.	Většinou praxe obdobná té v ČR, jen v UK je akreditace podmínkou pro získání licence nezbytné pro poskytování služby, v DE nelze bez certifikace pro pobytovou léčbu službu vykonávat.	+ Zvážit možnost zavést v systému certifikací licenční systém jako v UK.
Subjekty zapojené do hodnocení	Pracovníci ÚOSS, krajů, zástupci odborných/profesních společností, školení externí certifikátoři, inspektoři a/nebo akreditátoři. Mezi hodnotiteli jsou i pracovníci z praxe, MPSV od této praxe v současnosti upouští ¹⁷⁸ .	Převážně ÚOSS, vlády spolkových zemí + zástupci odborných společností, jen NL a UK ze zákona zřízené NNO, školení externí akreditátoři, DE sociální a zdravotní pojišťovny.	Praxe v ČR a v zemích EU je srovnatelná.
Proces hodnocení	Hodnocení dokumentace služby + místní šetření jeden den (RVKPP, MŠMT), tři dny (MPSV) či dva dny u pobytové nebo 1 den u ambulantní služby ¹⁷⁹ (MZ).	UK + PL – obdobně jako v ČR, AT + NL + DE – místní šetření jen u nové služby/cílené při podezření z nenaplnění standardů, DE u pobytové léčby, opakující se místní šetření, účast školených externích hodnotitelů v procesu hodnocení jen v PL, AT a UK.	+ Zabránit duplicitě certifikací a registrací (koordinace). Praxe v ČR srovnatelná se zeměmi EU, jež hodnocení provádějí.
Sankce za nenaplnění standardů	Certifikace RVKPP – kratší platnost certifikátu a znevýhodnění při žádosti o dotace. Registrace sociálních služeb – správní pokuta. Certifikace MŠMT – kratší platnost certifikátu a znevýhodnění při žádosti o dotace. Akreditace zdravotních služeb – bez sankcí.	AT a UK – správní pokuta, UK, NL – zákaz poskytování služby bez akreditace, DE – pozastavení činnosti/krácení plateb.	+ Zvážit zavedení zákazu/pozastavení poskytování služby při vážném nenaplnění standardů.
Výhoda za naplnění standardů	Certifikace (RVKPP i MŠMT) – finanční zvýhodnění služby. RVKPP dává certifikovaným službám s certifikátem na tři až čtyři roky záruku financování formou tzv. dlouhodobé smlouvy. Registrace sociálních služeb – zvýhodnění poskytovatele při žádosti o dotaci. Akreditace – značka kvality.	Ve všech zemích finanční zvýhodnění služby a záruka financování po dobu platnosti osvědčení o naplnění standardů.	+ Zavést záruku stabilního financování na dobu platnosti certifikátu i pro další plátce, než je RVKPP.
Interval a proces opakovaného hodnocení	Certifikace (RVKPP a MŠMT) – interval je odvislý od míry naplnění standardů – nejvýše 1x za 4 roky, hodnocení v plném rozsahu. Registrace – pevný interval není určen, hodnocení kdykoli (v praxi dosud u některých služeb vůbec neproběhla). Akreditace MZ – certifikát s platností tři roky (viz SAK, o.p.s.).	PL – 1x/3 roky, DE – 1x/3-4 roky, ostatní země – nemají stanoven fixní interval, opakované hodnocení zjednodušené a kromě PL a UK už bez místního šetření.	+ Zvážit zjednodušení opakovaného hodnocení u kvalitní služby.

¹⁷⁸ MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Inspekce MPSV [elektronická pošta]. Osobní komunikace.

¹⁷⁹ SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE. Ceník akreditačního šetření [online]. Praha: SAK, ©2018.

Srovnávací kritérium	Situace v ČR	Situace ve vybraných pěti zemích EU	Vhodnost implementace v ČR ¹⁷⁶
Zdroje financování hodnocení kvality	<p>Certifikace (RVKPP a MŠMT) – spoluúčast ÚOSS + poskytovatel služby – může hradit i z dotací od orgánů veřejné správy (výše spoluúčasti se odvíjí od míry naplnění standardů při předešlém hodnocení).</p> <p>Registrace – v plné míře hradí MPSV (režim státní kontroly).</p> <p>Akreditace zdravotnických služeb – hodnocení hradí v plné míře poskytovatel služby.</p>	<p>PL – celé náklady hradí poskytovatel služby jednorázově, UK – hrazeno z pravidelných poplatků od akreditovaných poskytovatelů, DE – u pobytové léčby hradí celé náklady poskytovatel, zbylé země/služby – celé náklady hradí hodnotící instituce – tj. státní rozpočet.</p>	<p>+ Ponechat stávající systém financování certifikací – jeví se jako motivační pro poskytovatele služeb.</p>

Zdroj: Vlastní zpracování

Z výše uvedeného srovnání vyplývá, že má Česká republika s jednotným, celorepublikově platným systémem zajištění a hodnocení kvality adiktologických služeb, standardně zavedeným do praxe, nejdelší zkušenost ze všech srovnávaných zemí. ČR jako jediná z nich rovněž podrobila systém certifikací RVKPP v r. 2009 evaluaci se zapojením jejich účastníků (Nizozemsko provedlo pouze revizi dokumentace), jejíž výstupy vedly k aktualizaci od r. 2005 používaných standardů kvality a k revizi a úpravám procesu hodnocení služeb. V současné době jsou zmíněné standardy – v rámci projektu „Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky“ (dále jen IP RAS) realizovaného sekretariátem RVKPP – opět analyzovány pracovníky veřejné správy a zástupci odborné obce, jejich odborná diskuse probíhá i nad stávající typologií adiktologických služeb. Ambicí obou zmíněných aktivit je zjednodušení procesů zajištění a hodnocení kvality služeb. V žádné z pěti srovnávaných zemí EU podobné typy evaluačních aktivit dosud neproběhly, neprobíhají a ani nejsou v plánu.

Ze srovnávací analýzy rovněž vyplývá, že systémy zajištění a hodnocení kvality adiktologických služeb nejsou v žádné ze srovnávaných zemí zavedeny do praxe v rozsahu, jako tomu je v ČR, tj. v případě certifikací RVKPP a MŠMT. Všechny pět zemí EU má sice schválené standardy kvality, i když ne všechny země pro všechny typy služeb jako v ČR (tj. prevence, léčby, rehabilitace a minimalizace rizik). Navíc míra zavedení existujících a nejvyšší autoritou schválených standardů do praxe se mezi zkoumanými zeměmi výrazně liší.

Přesto bylo ve zkoumaných zemích a v jejich systémech/modelech zajištění a hodnocení kvality adiktologických služeb možné identifikovat některé prvky, které se zdají být vhodné jako inspirace pro český certifikační systém hodnocení kvality služeb. Jejich přehled s komentáři je uveden v následující kapitole 4.1.2.

Pokud nejsou ve vztahu k některé z charakteristik českého systému certifikací v následující části uvedeny prvky vhodné pro implementaci (např. subjekty, v jejichž gesci hodnocení probíhá nebo způsob financování certifikací), je zpracovatel této analýzy na základě získaných a analyzovaných informací o situaci v jednotlivých zemích přesvědčen o tom, že je vhodné stávající praxi zachovat.

3.1.2 Prvky analyzovaných systémů vhodné pro implementaci do podmínek ČR

V následujícím textu se zpracovatel analýzy věnuje pouze těm prvkům analyzovaných systémů, které se jeví být vhodnými pro implementaci do tří ze čtyř českých systémů hodnocení adiktologických služeb minimalizace rizik, léčby a/nebo rehabilitace, tj. pro certifikace RVKPP. Výběr níže uvedených prvků se tedy přímo nevztahuje na systém certifikace MŠMT (i když některá doporučení se mohou vztahovat i na

tento systém hodnocení kvality). Hlavním důvodem je skutečnost, že první tři uvedené systémy jsou ve vztahu k některým typům adiktologických služeb aktuálně duplicitní, nejsou prováděny koordinovaně a nejsou vzájemně uznatelné.

A) Zákonná opora pro systém certifikací

Systémy zajištění a hodnocení kvality adiktologických služeb mají ve všech pěti zkoumaných zemích oporu v zákoně, nikoli jenom v usnesení vlády, jako je tomu v případě certifikací RVKPP v ČR. Zákon jako vyšší právní norma může zavázat ke spolupráci a zohledňování certifikací služeb dalšími ÚOSS (MZ, MPSV) i samosprávnými orgány krajů a měst – např. v otázce finančního zvýhodňování certifikovaných poskytovatelů služeb, při záruce stabilního financování certifikovaných služeb všemi orgány veřejné správy a/nebo nepřidělení dotace od dalších ÚOSS, z rozpočtu kraje či města poskytovateli, který standardy nenaplňuje. Zákonné sjednocení postupu všech orgánů veřejné správy na všech jejích úrovních by mohlo mj. vést k dosažení jednoho z cílů certifikací, a sice k hospodárnému financování služeb z veřejných prostředků. Přestalo by docházet k situacím, kdy např. RVKPP rozhodne kvůli nenaplnění standardů kvality dotaci službě nepřidělit, ale MPSV, případně kraj či město přesto dotační prostředky službě poskytnou. Služba sice „přežije“, ale vzhledem k tomu, že neobdržela finanční prostředky potřebné na zajištění plného provozu, provozuje služby v omezené míře – tj. opět nikoli na kvalitní úrovni.

Zákonná opora systému certifikací RVKPP může přinést i další výhody. Např. může přispět ke:

- vzájemnému uznávání certifikací a registrací (které zákonnou oporu mají), případně akreditací MZ, což by vedlo k úspoře veřejných prostředků v důsledku snížení administrativní náročnosti výše uvedených systémů hodnocení kvality služeb ÚOSS, zejména RVKPP a MPSV v případech, kdy adiktologická služba duplicitně absolvuje jak certifikace, tak inspekce; nutným předpokladem je ovšem také obsahové sblížení a dosažení míry vzájemné kompatibility, která bude oboustranně akceptována, zároveň je nutné vyřešit otázku režimu státní kontroly,
- zvýšení váhy přikládané certifikacím, které některé ÚOSS, kraje či města zejména v případě poskytování dotacím službám ze svých rozpočtů neakceptují a/nebo jen částečně,
- zvýšení společenské prestiže certifikovaných služeb, zejména těch, které poskytují NNO – v ČR dosud nejsou NNO legislativně rozděleny na vzájemně a veřejně prospěšné. V důsledku jsou nestátní poskytovatelé, kteří poskytují odborné služby včetně adiktologických na vysoké profesionální úrovni, částí společnosti, ale i nositeli rozhodovacích pravomocí (politici, úředníci orgánů veřejné správy), stále vnímáni spíše jako spolky amatérů či aktivistů. V tom se situace poskytovatelů adiktologických služeb v ČR oproti situaci ve zkoumaných pěti zemích EU výrazně liší.

B) Změna statutu adiktologických služeb na zdravotně-sociální

Ve čtyřech z pěti zkoumaných zemí mají adiktologické služby statut zdravotně-sociální, což je ve třech zemích zajištěno existencí ministerstva, které společně spravuje zdravotní i sociální věci. V případě Německa tomu napomáhá kombinované, ex-post financování ze zdravotního a sociálního pojištění, které ovšem na rozdíl od způsobu financování adiktologických služeb v ČR je skutečnou platbou za odvedené služby (obdoba paušální platby za zdravotnické výkony od českých zdravotních pojišťoven). V Polsku mají adiktologické služby sice statut zdravotnických služeb, ale s přesahem do sociální oblasti. V žádné z pěti zemí EU nebyl identifikován rezortismus, respektive rezortní redukcionismus, který je typický v podmínkách ČR, ve vztahu k adiktologickým službám zejména mezi rezorty zdravotnictví a práce a sociálních věcí.

To výrazně komplikuje existenci výzkumem podporovaných interdisciplinárních adiktologických služeb, jež jsou zatěžovány nadměrnou administrativou v důsledku nepropojené používané odborné rezortní

terminologie a/nebo rozdílných požadavků a nároků rezortů na poskytovatele služeb (žádosti o dotace, reportování, vyúčtování atd.). Zdá se, že rezortismus představuje i základní překážku vzájemného uznávání existujících systémů hodnocení kvality adiktologických služeb, tj. certifikací, registrací a akreditací zdravotnických služeb, které by situaci v hodnocení kvality služeb v ČR nejenom zjednodušilo, přispělo ke snížení administrativní zátěže pracovníků ÚOSS a tím i přispělo k úspoře a/nebo k hospodárnějšímu využívání finančních prostředků z veřejných rozpočtů pro poskytování, ale i pro hodnocení kvality adiktologických služeb.

C) Zamezit duplicitě certifikací, registrací, respektive akreditací zdravotnických služeb

V ČR dochází k duplicitě zejména systémů certifikací a registrací adiktologických služeb, které jsou současně registrovány jako služby sociální (pět typů služeb z deseti typů certifikovaných). Přestože obecné standardy certifikací a registrací jsou téměř v naprosté shodě (jen MPSV nemá specifické standardy pro konkrétní typy služby), služby jsou nuceny absolvovat (popř. být připraveny absolvovat) oba typy hodnocení, které navíc nejsou vzájemně koordinovány. Jedna služba tak může absolvovat oba typy hodnocení v jednom roce. Nejméně v jednom případě došlo dokonce k situaci, kdy se při zahájení místního šetření ve službě nečekaně setkal certifikační i inspekční tým. Jako potřebné se proto jeví a) prostřednictvím koordinace zamezit duplicitě certifikací, registrací, respektive akreditací zdravotnických adiktologických služeb a b) zavést vzájemnou uznatelnost uvedených systémů hodnocení kvality služeb.

D) Zvážit zjednodušení opakovaného hodnocení u kvalitní služby

Ne ve všech zemích EU je součástí hodnocení kvality adiktologických služeb místní šetření. Některé země provádějí místní šetření především v případě první žádosti služby o akreditaci a v případě opakovaných hodnocení proces výrazně zjednodušují. Rozsah opakovaného šetření zkracují, v některých zemích upouštějí od místního šetření a hodnotí tak pouze dokumentaci služeb a/nebo je provádí méně početný tým (např. dvou místo tří hodnotitelů). To by mohla být inspirace i pro český systém certifikací RVKPP, který je do praxe zaveden již od r. 2005 a kvalitní poskytovatelé služeb tak již absolvovali v průměru cca čtyři hodnocení.

E) Zvážit zavedení licencí v systému certifikací opravňující k poskytování služby, případně zavedení zákazu/pozastavení poskytování služby při vážném nenaplnění standardů

V UK a NL nemůže poskytovatel službu bez akreditace provozovat (ani v případě, že na její poskytování nečerpá finanční prostředky z veřejných rozpočtů), je to v rozporu se zákonem (přestupek). V některých zemích (DE, NL) mohou hodnotící subjekty použít vůči poskytovateli služby při nenaplnění standardů sankci v podobě správní pokuty (podobně jako český systém inspekcí MPSV), ale i dočasného pozastavení a/nebo zákazu činnosti. Tyto sankce nemají existující systémy hodnocení kvality adiktologických služeb v ČR k dispozici. České služby bez registrace sociální služby pouze nemají nárok získat finanční prostředky z veřejných zdrojů. V případě certifikací to platí pouze v případě RVKPP a pro další orgány veřejné správy to není závazné, vzhledem k již zmiňované omezené právní síle usnesení vlády, jímž jsou certifikace zavedeny do praxe, ale i vzhledem k postojům a jednání dalších orgánů veřejné správy (ÚOSS, kraje, města). Ale i když služba nesplňuje ani požadavek registrací či certifikací, může být v ČR dále provozována, aniž by podléhala některému ze systémů standardní, průběžné vnější kontroly a hodnocení. To představuje vážné riziko ohrožení ochrany práv a bezpečí uživatelů služby, což je v rozporu s jedním z cílů zavedení certifikací RVKPP do praxe, ale i systémů hodnocení kvality služeb ve zkoumaných zemích EU. V ČR pak u takových typů služeb existuje pouze ad hoc řešení, v podobě kontroly služby příslušným krajským úřadem

z vlastní iniciativy či na externí podnět. Krajský úřad může poskytovateli takové služby uložit správní pokutu do výše 1 mil. Kč.

F) Jednotně zavést záruku stabilního financování služeb na dobu platnosti certifikátu i pro další plátce, nejen ze strany RVKPP

Ve všech zkoumaných zemích znamená naplňování standardů kvality zvýhodnění služby při jejím financování (výhodnější smlouvy se zdravotními či sociálními pojišťovkami, vyšší platby od orgánů veřejné správy apod.) a dává službě záruku jejího stabilního financování nejméně po dobu platnosti akreditace. RVKPP rovněž zvýhodňuje služby, které naplňují standardy, ve svém dotačním řízení a uzavírá s nimi tzv. dlouhodobé smlouvy o financování, jež službě poskytují záruky stabilního financování od RVKPP na období platnosti certifikátu. Tento postup ale neuplatňují další poskytovatelé dotačních prostředků na provoz adiktologických služeb – MPSV, MZ, samosprávné orgány krajů a/nebo měst. Tuto praxi by bylo vhodné změnit, k čemuž by mohla napomoci zákonná opora systému certifikací (viz bod A výše).

3.1.3 Srovnání systémů/modelů hodnocení ve vybraných pěti zemích

Tabulka 14 Modely a systémy zajištění a hodnocení kvality adiktologických služeb ve vybraných zemích EU

Charakteristika/země	Německo	Nizozemsko	Polsko	Rakousko	Spojené království
Typ právního ukotvení/ hlavní zákonné normy	Zákony o preventivní péči a zákon o sociálním zabezpečení	Zákon o zdravotním pojištění	Zákon o akreditaci ve zdravotnictví	Zákon o kvalitě zdravotnických služeb	Zákon o zdravotní a sociální péči
Rezortní gesce	Ministerstvo zdravotnictví	Ministerstvo zdravotnictví, sociálních věcí a sportu	Ministerstvo zdravotnictví	Ministerstvo práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitele	Ministerstvo zdravotnictví a sociální péče
Rezortní zařízení adiktologických služeb	Zdravotně-sociální služby (kombinované financování ze zdravotního a sociálního pojištění)	Zdravotně-sociální služby (viz společně ministerstvo)	Zdravotnické služby s přesahem do sociálních	Zdravotně-sociální služby (viz společně ministerstvo)	Zdravotně-sociální služby (viz společně ministerstvo a zákon o zdravotní a sociální péči)
Cíl/-e systému	Přispívat ke zlepšování zdraví a kvality života, garantovat kvalitu, efektivitu a zavádění evidence-based služeb.	Výrazné zlepšení kvality poskytovaných služeb (nespokojenost MZ v r. 1999).	Zlepšit kvalitu a efektivitu léčby a zvýšit bezpečnost pacientů.	Podpořit nepřetržitý růst kvality poskytovaných služeb a jejich výsledků.	Prostřednictvím zvýšení kvality a efektivit služeb založených na poznatcích z výzkumu snížit užívání NL.
Standardy kvality služeb	Léčba – různé typy standardů od různých institucí (nejasná, nejednotná praxe). Prevence – ditto – rozdílná praxe spolkových zemí.	Jedna verze obecných standardů pro typy péče (podle typu závislosti pacientů/klientů – např. závislí na opíjatech, alkoholu).	Jedna verze akreditačních standardů pro služby pobytové léčby.	Léčba – jedna verze minimálních standardů kvality na federální úrovni. Standardy prevence jen na úrovni spolkových zemí.	Léčba – dva typy akreditačních standardů povinné vs. nepovinné (viz níže). Prevence – jedna verze standardů.

Zahraníční modely zajištění kvality adiktologických služeb

Charakteristika/země	Německo	Nizozemsko	Polsko	Rakousko	Spojené království
Subjekty definující standardy	Léčba – Asociace (150) vědeckých lékařských společností, substitute – Německá lékařská komora, pobytová léčba – Německá správa důchodového pojištění. Prevence – Národní preventivní konference (zastřešuje zdravotní a sociální pojišťovny).	Národní institut zdravotní péče, Institut kvality, Agentura MeditQuest + národní sdružení poskytovatelů služeb a profesní organizace psychologů, psychiatrů a psychoterapeutů.	Národní úřad pro prevenci závislosti, Ústav psychiatrie a neurologie, Státní agentura pro prevenci problémů souvisejících s alkoholem, Centrum pro monitorování kvality ve zdravotnictví + externí odborníci.	Léčba – Rakouský spolkový ústav pro zdravotnictví, Institut pro kvalitu ve zdravotnictví + profesní organizace lékařů. Prevence – zemská oddělení prevence závislosti + externí profesní organizace.	Léčba – standardy pro služby zdravotní a sociální péče – ze zákona zřízená NNO Komise pro kvalitu péče vs. standardy pro služby péče o duševní zdraví – Centrum pro zlepšení kvality profesní organizace psychiatrů + pracovníci z praxe a klienti. Prevence – standardy definované NNO Mentor UK.
Systém je standardně zaveden do praxe	NE – odlišná praxe podle spolkové země, typu služby a plátce; ANO – pouze pro pobytovou léčbu.	Pouze pro služby léčby (pro prevenci a minimalizaci rizik nikoli).	NE.	Léčba – NE. Prevence – ad hoc hodnocení nových projektů.	V případě služeb léčby a minimalizace rizik ano, v případě prevence nikoli.
Rok zavedení systému do praxe	Jednotný systém není zaveden na federální ani spolkové úrovni (viz výše), pro pobytovou léčbu od r. 2015.	Od roku 2013.	Dosud není do praxe zaveden standardně.	Dosud není do praxe zaveden standardně.	Od roku 2010.
Proběhla evaluace systému	NE.	ANO – pouze revize dokumentace.	NE.	NE.	NE.
Společně/oddělené hodnocení služeb léčby a primární prevence	Oddělené – navíc se liší podle spolkové země, typu služby a plátce.	Standardně hodnoceny pouze služby léčby.	Oddělené (v prevenci tzv. systém doporučení programu).	Oddělené.	Oddělené hodnocení služeb léčby, minimalizace rizik (nižší nároky) a prevence.

Zahraniční modely zajištění kvality adiktologických služeb

Charakteristika/země	Německo	Nizozemsko	Polsko	Rakousko	Spojené království
Závaznost účasti v systému	Nejednotná praxe, liší se podle spolkové země a plátců (zdravotní a sociální pojišťovny), pro poskytovatele pobytové léčby je certifikace (do jednoho roku od zahájení služby) podmínkou pro povolení poskytovat službu.	Disponování statutem kvality – podmínka pro uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou a pro hrazení péče z veřejného zdravotního pojištění.	Účast dobrovolná, plátce – zdravotní pojišťovna – finančně motivuje služby.	Léčba – naplnění standardů – podmínka pro získání finančních prostředků od federálních resortů. Prevence – dtto – finance od spolkových orgánů.	Léčba – akreditace Komise pro kvalitu péče – podmínka pro licenci k poskytování služby kromě minimalizace rizik vs. akreditace Centra pro zlepšení kvality – značka kvality a finanční výhody. Prevence – účast je dobrovolná (značka kvality).
Subjekty zapojené do hodnocení kvality	Substituční léčba – Německá lékařská komora, pobytová léčba – Německá správa důchodového pojištění. Prevence – Národní preventivní konference.	Národní institut zdravotní péče, Institut kvality, Agentura MediQuest, Nizozemský úřad zdravotní péče, Inspektorát zdravotní péče.	Státní Centrum pro monitorování kvality ve zdravotnictví + externí odborníci.	Ministerstvo práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů, Institut pro kvalitu ve zdravotnictví + externí odborníci na daný typ služby.	Akreditace Komise pro kvalitu péče – pracovní Komise, akreditace Centra pro zlepšení kvality – pracovní Centra. Prevence – pracovníci škol – sebehodnocení.
Proces hodnocení kvality služeb	Hodnocení převážně provozní dokumentace, šetření v místě poskytování jen ad hoc (např. nová služba) a/nebo v případech podezření na nedodržování standardů, pobytová léčba – místní šetření standardní součást hodnocení.	1) MediQuest hodnotí Statut kvality – tj. popis služby – podmínka pro zapsání do registru. 2) Inspektorát zdravotní péče provádí cílené hodnocení naplnění standardů ve službě jen v případě podezření.	Dva až tři pracovníci z praxe – školení akreditátoři – vždy provádějí místní šetření, před ním hodnotí provozní dokumentaci a popis služby, opakovaná akreditace – méně akreditátorů a kraší (tj. i levnější) šetření.	Dva pracovníci ministerstva + externí expert/i – studium dokumentace služby a místní šetření pouze v případě první žádosti služby o akreditaci, následně (např. změna akreditace) převážně studium dokumentace, místní šetření pouze ad hoc.	Léčba – v případě obou typů akreditací – studium dokumentace služby a jednodenní návštěva školených akreditátorů v místě služby. Prevence – sebehodnocení pracovníky škol.
Sankce za nenaplnění standardů	Liší se podle hodnotitele – výzva k nápravě, pozastavení či zákaz činnosti/platb.	Služba nesmí být poskytována.	Není.	Správní pokuta.	Komise pro kvalitu péče – správní pokuta. Centrum pro zlepšení kvality – neudělení/neobnovení akreditace.

Zahraníční modely zajištění kvality adiktologických služeb

Charakteristika/země	Německo	Nizozemsko	Polsko	Rakousko	Spojené království
Výhoda za naplnění standardů	Finanční zvýhodnění služby a záruka financování.	Finanční zvýhodnění služby a záruka financování.	Finanční zvýhodnění služby a záruka financování.	Finanční zvýhodnění služby a záruka financování.	Finanční zvýhodnění služby a záruka financování.
Registr služeb, které hodnocení kvality absolvovaly	Neexistuje jednotný registr na federální a/nebo spolkové úrovni, registry vedou hodnotící subjekty, resp. plátcí služeb.	Státní Národní institut zdravotní péče vede veřejný registr zdravotnických služeb léčby splňujících standardy.	Státní Národní úřad pro prevenci závislosti vede veřejný registr služeb léčby i prevence splňujících standardy kvality.	Ministerstvo práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitele zveřejňuje ve sbírce zákonů adiktologické služby splňující minimální standardy.	Komise i Centrum vedou veřejné seznamy služeb, které úspěšně absolvovaly akreditace. Prevence – registr vede ministerstvo školství.
Interval a proces opakovaného hodnocení	Léčba i prevence – hodnocení dokumentace vs. evidence v intervalech v průměru cca tři až čtyř let.	Není stanoven – následně místní šetření cíleně – tj. v případech podezření na neplnění standardů.	Akreditace služby na tři roky, opakované hodnocení menšího rozsahu.	Není stanoven (nastává spíše v případech žádosti o změnu akreditace – viz výše).	Komise pro kvalitu péče i Centrum pro zlepšení kvality – z poplatků od akreditovaných služeb. Prevence – tvorbu standardů financují MZ a MW, sebehodnocení financují školy.
Zdroje financování hodnocení kvality služeb	Rozpočty hodnotících subjektů (lékařská komora, pojišťovny), grantových agentur (hodnocení formou výzkumu), pobytová léčba – hraadí poskytovatel, Národní preventivní konference – státní rozpočet.	Rozpočet zapojených státních institucí.	Rozpočet poskytovatele služby – vzorec pro výpočet nákladů na hodnocení podle typu a rozsahu služby stanovuje vyhláška ministra zdravotnictví.	Léčba – federální rozpočet. Prevence – rozpočet spolkových zemí.	Komise pro kvalitu péče i Centrum pro zlepšení kvality financují hodnocení kvality ze svých rozpočtů – z pravidelných ročních poplatků akreditovaných služeb.
Způsob/-y financování hodnocení kvality služeb	Poskytovatelé služeb se na financování hodnocení přímo nepodílejí. Ale v případě neplnění standardů mohou plátcí služeb krátit jejich rozpočet a z něj si kompenzovat náklady např. na místní šetření. Pobytová léčba – náklady na hodnocení hraadí poskytovatel.	Ad 1) Hodnocení Statutu kvality – státní rozpočet (Agentura MediQuest). Ad 2) Cílené šetření – státní rozpočet (Nizozemský úřad zdravotní péče a inspektorát zdravotní péče).	Náklady na hodnocení hraadí poskytovatel služby.	Léčba – náklady na akreditaci jsou hrazeny Ministerstvem práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitele. Prevence – různé odbory vlády spolkových zemí (roztržštěná praxe).	

Zdroj: Vlastní zpracování

3.2 Návrh inovovaného modelu zajištění kvality služeb pro ČR

Výše uvedené informace a srovnání modelů/systémů hodnocení kvality adiktologických služeb v ČR a ve vybraných pěti zemích EU vedou k závěru, že český systém jejich certifikací je v kontextu EU na vysoké úrovni a v mnoha parametrech i v předstihu před analyzovanými zeměmi. Jedním z možných, již zmíněných důvodů může být skutečnost, že v ČR začalo být téma standardů kvality služeb diskutováno a zpracováno mezi zástupci veřejné správy a NNO již od r. 1995, tedy výrazně dříve, než tomu bylo v dalších členských státech EU. V následujících letech prošly původní návrhy standardů, převzaté od Světové zdravotnické organizace, řadou připomínkových procesů tuzemských, ale i zahraničních odborníků v pracovní skupině „Akreditace“ v rámci Projektu Phare Twinning 2000 „Posílení národní protidrogové politiky“, jehož cílem bylo připravit českou drogovou politiku na vstup ČR do EU¹⁸⁰. Po zhruba 10 letech příprav byly standardy odborné způsobilosti spolu s vytvořeným procesem hodnocení, tj. certifikacemi RVKPP, zavedeny, na základě usnesení vlády ČR č. 300/2005 ze dne 16. března 2005, do praxe.

Systém certifikací byl následně v r. 2009 evaluován a výstupy evaluace byly revize a zjednodušení standardů odborné způsobilosti¹⁸¹ (zejména odstranění duplicitních standardů a snaha o jejich jednoznačnější znění) a úprava používané dokumentace (zejména protokolu a zprávy z místního šetření). V období kolem r. 2009 patřila ČR k pouhým sedmi členským zemím, které standardy kvality pro adiktologické služby měly vytvořené, respektive na jejich tvorbě pracovaly a/nebo o jejich tvorbě vážně uvažovaly. Patrně i proto se české standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb staly jedním z hlavních zdrojů inspirace pro společné standardy, které byly mnohem později, 14. září 2015, schváleny Radou EU pro obecné záležitosti (General Affairs). Navíc prezentace českého systému certifikací RVKPP při různých příležitostech v rámci EU pravděpodobně i řadu zemí, včetně pěti zkoumaných v této analýze, inspirovala při vytváření jejich systémů hodnocení kvality adiktologických služeb. To se nabízí jako jedno z možných vysvětlení skutečnosti, že analyzované modely/systémy hodnocení kvality služeb v pěti zemích EU vykazují značné podobnosti s českým systémem certifikací RVKPP.

Na základě komparativní analýzy zahraničních modelů zajištění kvality adiktologických služeb dospěli její zpracovatelé k závěru, že stávající systém certifikací:

- vyžaduje zásadní změny v institucionálním rámci,
- vyžaduje doplnění dílčích prvků do procesu certifikací,
- nevyžaduje zásadní inovace v oblastech klíčových aktérů a financování.

Výše uvedené body jsou podrobněji, včetně návrhu inovativních prvků, diskutovány níže.

3.2.1 Návrh zásadních změn v institucionálním rámci certifikací

Na základě komparativní analýzy zahraničních modelů zajištění kvality adiktologických služeb předkládá zpracovatel této analýzy návrhy zásadních změn v institucionálním rámci certifikací RVKPP, jež jsou inspirovány poznatky ze zkoumaných pěti zemí EU. Společným jmenovatelem, který se jeví být nezbytným pro zavedení níže uvedených návrhů změn, je níže uvedený návrh v bodě A.

¹⁸⁰ NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. Zaostřeno na drogy 1. Certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog. Nástroj záruky kvality drogových služeb hrazených z veřejných zdrojů [online]. Praha: Úřad vlády ČR, ©2004.

¹⁸¹ VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY. Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (Standardy služeb pro uživatele drog, závislé a patologické hráče) [online]. Praha: Vláda ČR, ©2015.

A) Zákonná opora pro systém certifikací

Jak již bylo uvedeno, stávající opora systému certifikací v podobě usnesení vlády ČR je, s ohledem na různorodé aktéry zajištění a hodnocení kvality, stejně jako financování adiktologických služeb – tj. ÚOSS (zejména MPSV, MZ) kraje, města a obce – nedostatečná. Představuje totiž vážné překážky:

- koordinaci sítě adiktologických služeb,
- jejich hospodárnému financování z veřejných prostředků,
- zajištění jejich kvality, ochrany práv a bezpečí klientů/pacientů,
- rovnému přístupu k různým typům adiktologických služeb podle jejich charakteru (zdravotní vs. sociální služby) a zařazení do různých systémů hodnocení jejich kvality (pouze inspekce, inspekce + certifikace, akreditace zdravotnických služeb),
- vzájemnému uznávání certifikací, inspekcí a akreditací.

Pro účel dosažení zákonné opory pro systém certifikací (a dalších, níže navrhovaných opatření, viz body B-F) se jako nejvhodnější jeví možnost novelizace zákona č. 65/2017, Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, respektive zákona č. 108/2006, Sb., o sociálních službách. Prvně jmenovaný zákon je, přes jeho přijetí PS PČR v loňském roce, již dnes v porovnání s realitou, ale i výzkumem podloženými poznatky, zastaralý. Jednak neupravuje téma tzv. nelátkových závislostí, ale ani otázky zajištění kvality adiktologických služeb. Na návrzích novelizace zákona č. 108/2006, Sb., o sociálních službách v současné době MPSV pracuje.

B) Změna statutu adiktologických služeb na zdravotně-sociální

Jak již bylo argumentováno, praxe i výzkum jednoznačně po adiktologických službách vyžadují, aby měly interdisciplinární povahu. Výše navrhovaná novelizace zákona č. 65/2017, Sb., respektive připravovaná novelizace zákona č. 108/2006, Sb., nabízí mj. prostor i pro změnu statutu adiktologických služeb na zdravotně-sociální a/nebo na sociálně-zdravotní. To by mohlo snížit administrativní zátěž poskytovatelů služeb, ale i orgánů veřejné správy na různých úrovních a prostřednictvím vzájemného uznávání existujících systémů hodnocení kvality adiktologických služeb (tj. certifikací, registrací a akreditací zdravotnických služeb) mohlo přispět ke zjednodušení hodnocení kvality služeb v ČR a k hospodárnějšímu využívání finančních prostředků z veřejných rozpočtů pro financování, ale i pro hodnocení kvality adiktologických služeb.

C) Zamezit duplicitě certifikací, registrací, respektive akreditací zdravotnických služeb

Otázka duplicity zejména certifikací a registrací, respektive inspekcí MPSV, již byla diskutována. Hodnocení kvality adiktologických služeb v současnosti probíhá v ČR ve všech třech uvedených systémech často nekoordinovaně (někteří poskytovatelé absolvují během jednoho roku certifikace i inspekce, jiní, kteří se nepřihlásili do systému certifikací RVKPP, pouze registrovali sociální adiktologickou službu u MPSV, za 12 let systémem hodnocení dosud neprošli), systémy hodnocení nejsou vzájemně kompatibilní a uznatelné. To opět vede k neekonomickému využívání finančních prostředků z veřejných rozpočtů pro hodnocení kvality adiktologických služeb. Prostor pro navrhovanou změnu opět nabízí možná novelizace zákona č. 65/2017, Sb., respektive zákona č. 108/2006, Sb.

D) Zavést institut vzájemného uznávání certifikací, inspekci a akreditací zdravotnických služeb

I tato systémová změna vyžaduje zákonnou oporu, mj. i vzhledem k tomu, že inspekce sociálních služeb MPSV a Externí hodnocení kvality a bezpečí zdravotní péče MZ ji mají. Prostor pro zavedení navrhované změny opět poskytuje navrhovaná novelizace zákona č. 65/2017, Sb., respektive zákona č. 108/2006, Sb. Prvotním předpokladem je sladění požadavků kladených na poskytovatele adiktologických služeb standardy RVKPP, MPSV a standardy pro akreditace zdravotnických služeb. Poté by si poskytovatel adiktologické služby mohl, podle svého charakteru (akreditovaná zdravotnická, registrovaná sociální a/nebo registrovaná sociální + certifikovaná adiktologická služba), vybrat systém, v němž by chtěla proces hodnocení kvality absolvovat. Nezbytné je ale zajistit funkční koordinaci účasti poskytovatelů služeb v některém z uvedených systému hodnocení kvality tak, aby byl v tomto ohledu zachován ke všem službám rovný přístup, tj. aby podstupovaly hodnocení kvality jimi poskytovaných služeb ve stejných intervalech. Jak již bylo zmíněno, některé adiktologické služby, registrované jako sociální a současně dotované RVKPP, již absolvovaly v průměru čtyři certifikace, případně jednu inspekci. Ale jiné registrované sociální adiktologické služby, které požadují dotace pouze od MPSV, nemusely dosud, vzhledem k omezenému počtu inspektorů, absolvovat ani jednu inspekci. Podobně tomu může být i v případě zdravotnických služeb, které nežádají dotace od RVKPP, akreditace mají navíc dobrovolný charakter a nemají přímou vazbu na získání finančních prostředků z veřejných zdrojů. Hodnocení kvality služeb primární prevence se v ČR věnuje výhradně systém jejich certifikací v gesci MŠMT. Není tedy duplicitní s žádným z dalších 3 v ČR existujících systémů hodnocení kvality adiktologických služeb.

E) Zavést v systému certifikací licenční systém opravňující k poskytování služby, případně zavedení zákazu/pozastavení poskytování služby při vážném nenaplnění standardů

Některé z pěti zemí EU, konkrétně Nizozemsko, Německo a Spojené království, mají, mj. i díky zákonné opoře ve svých systémech hodnocení kvality adiktologických služeb, ustanovení o nepovolení poskytování služby bez absolvovaného hodnocení kvality a/nebo možnost zákazu či pozastavení poskytování služby při vážném nenaplnění standardů bez ohledu na to, zda jsou či nejsou financovány z veřejných zdrojů. Hlavním smyslem tohoto opatření je ochrana práv a bezpečí pacientů/klientů adiktologických služeb. V ČR není institut licence či jiného typu oprávnění k poskytování služby v systémech hodnocení služeb zaveden. Pokud služby nenaplní standardy MPSV, nemohou získat finanční prostředky z veřejných rozpočtů, ale službu i nadále, bez jakékoli vnější kontroly kvality, poskytovat mohou. Pokud poskytovatel nenaplní standardy RVKPP, respektive MŠMT, nemůže od nich získat finanční prostředky, leč od jiných orgánů veřejné správy je získat může, ale nemusí (rozhodnutí je na daném orgánu). Poskytovatel i nadále službu provozovat může. Systém akreditací kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb MZ je dobrovolný a nemá přímou vazbu na finance a/nebo na povolení či zákaz služby poskytovat. Zdá se proto vhodné tuto praxi v ČR změnit, k čemuž opět příležitost představují zmiňované novelizace zákona č. 65/2017, Sb. a/nebo zákona č. 108/2006, Sb.

F) Jednotně zavést záruku stabilního financování služeb na dobu platnosti certifikátu i pro další plátce, nejen ze strany RVKPP

Již zmiňovanou slabou stránkou systému certifikací je jejich legislativní opora pouze v usnesení vlády ČR. V souladu s praxí v pěti zemích EU zvýhodňuje RVKPP při rozhodování o výši dotací kvalitní služby, s nimiž navíc uzavírá smlouvy o dlouhodobém financování, které jim zajišťují základní stabilitu na několik let dopředu. Tuto praxi může RVKPP dalším orgánům veřejné správy – MPSV, MZ, kraje, města či obce – doporučit, ale není pro ně závazná. To opět může vést k nekoordinovanému a/nebo nehospodárnému

využívání finančních prostředků z veřejných zdrojů. Tuto slabou stránku by bylo možné odstranit prostřednictvím novelizace zákona č. 65/2017, Sb. a/nebo zákona č. 108/2006, Sb.

G) Provést revizi složení Výboru RVKPP pro udělování certifikací

V akreditačních radách ve zkoumaných zemích EU – obdoba českého Výboru RVKPP pro udělování certifikací (dále VUC) – v procesu hodnocení kvality služeb, zpravidla ve fázi navazující na místní šetření, pracují ze zákona jmenovaní zástupci příslušných orgánů veřejné správy a odborných společností z oblastí prevence, léčby, respektive zdravotních a/nebo sociálních služeb.

Český VUC má podle Certifikačního řádu, bod 4.1 devět členů, kterými jsou zástupci rezortů zdravotnictví, práce a sociálních věcí, školství, mládeže a tělovýchovy, vnitra, dále dva zástupci sekretariátu RVKPP, zástupce krajských protidrogových koordinátorů a dva zástupci odborné veřejnosti delegovaných Společností pro návykové nemoci a Asociací nestátních organizací. Z věcně příslušných odborných společností mezi členy VUC chybí zástupce České asociace adiktologů. Naopak, ze systémového hlediska není příliš opodstatněné členství zástupce ministerstva vnitra.

S využitím inspirace z modelů/systémů hodnocení kvality adiktologických služeb v pěti zemích EU by bylo možné navrhnout i další systémové změny v institucionálním rámci certifikací. Může jít např. o převedení systému certifikací ze státní správy nějaké nestátní instituci podobně, jako je tomu např. ve Spojeném království nebo do gesce některé z odborných společností v oboru adiktologie (např. v případě služeb pobytové léčby v Německu). Taková změna se ale pro české podmínky, vzhledem k různým historickým, sociálním, politickým a kulturním faktorům, nejeví jako vhodná. Důvodů může být celá řada, pro ilustraci uvádíme alespoň dva základní:

- jak bylo demonstrováno v kapitole 2 a 3 nepanuje v některých zemích EU (UK, NL, DE, AT) taková nedůvěra k poskytovatelům adiktologických služeb včetně těch nestátních (NNO), jako v ČR,
- certifikace státního orgánu má v ČR pro laiky i pro pracovníky veřejné správy větší váhu, než by tomu bylo v případě certifikace od některé z odborných společností – např. Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP či České asociace adiktologů. Pokud tedy nejsou některé možné či v úvahu připadající návrhy na systémové změny institucionálního rámce výše uvedeny, je to proto, že je zpracovatelé této analýzy, v souladu s jejím zadáním, nepovažovali za vhodné pro české prostředí.

3.2.2 Návrh doplnění dílčích prvků do procesu certifikací

V kapitole 4.2.1 jsou uvedeny návrhy systémových změn stávajícího systému certifikací RVKPP, jež v převážné většině vyžadují úpravu stávající legislativy (např. novelizaci zákona č. 65/2017, Sb. či zákona č.108/2006, Sb.) nebo přijetí nového zákona (např. o prevenci škodlivých závislostí). V této části jsou prezentovány návrhy na doplnění nebo úpravu dílčích prvků procesu certifikací, jež se dotýkají stávající dokumentace certifikací, zejména Certifikačního řádu a/nebo Metodiky místního šetření.

A) Zvážit prodloužení platnosti certifikace z nejvýše čtyř na nejvýše pět let

Služby, které opakovaně úspěšně absolvovaly certifikační šetření a nedošlo u nich k výrazným změnám (viz bod D důvody pro cílené šetření), by mohly absolvovat certifikační šetření v delším časovém intervalu než dosud.

B) Zvážit zavedení možnosti upustit při opakované certifikaci služby od místního šetření

Tato možnost by mohla být do certifikačního řádu a praxe certifikací zavedena opět v případě služeb, které opakovaně úspěšně absolvovaly certifikační šetření a nedošlo u nich k výrazným změnám (viz bod D důvody pro cílené šetření).

C) Zvážit znovuzavedení sebehodnotícího formuláře jako součásti žádosti o certifikaci

V návaznosti na bod B výše zvážit znovuzavedení sebehodnotícího formuláře, který by se měl zaměřit zejména na zmapování případných změn v organizaci a/nebo v poskytování služby (viz bod D).

D) Cílené šetření – doplnit případ přestěhování služby

V bodě 2. 2., písmeno a) doplnit ustanovení „Cílenou certifikaci může uložit Výbor pro udělování certifikací, zejména: při zásadních změnách v organizaci a poskytování služby (výměna vedoucího týmu, výměna podstatné části týmu během doby platnosti certifikace, převedení služby pod jinou organizaci, změny v koncepci, změny v cílové skupině)“ o případ přestěhování služby do nových prostor. Cílené šetření se v tom případě může ve zjednodušené podobě zaměřit pouze na zhodnocení vhodnosti prostředí pro poskytovanou službu a cílovou skupinu klientů.

E) V zájmu uznávání certifikací a inspekci – alespoň a nejvýše jeden inspektor v certifikačním týmu

V návaznosti na bod týkající se zavedení institutu vzájemného uznávání certifikací, inspekci a akreditaci zajistit účast alespoň jednoho certifikátora, který je současně proškoleným inspektorem MPSV v certifikačním týmu, jenž provádí místní šetření. Současně by v týmu neměl být více než jeden certifikátor, který je současně inspektorem, aby nedošlo k situaci, kdy se certifikační šetření může více podobat inspekci.

3.2.3 Zachování systému v oblastech klíčových aktérů a financování certifikací

Na základě srovnání českého se zahraničními modely zajištění a hodnocení kvality adiktologických služeb doporučují zpracovatelé této analýzy ponechat stávající systém certifikací bez dalších změn v oblastech jejich účastníků a klíčových aktérů i ve způsobu financování certifikací – s výjimkou změn navrhovaných v bodech kapitole 4.2.1 a 4.2.2 výše.

A) Zachovat stávající klíčové aktéry systému certifikací beze změny

V pěti vybraných zemích EU je, na rozdíl od RVKPP v ČR, garantem systému hodnocení kvality adiktologických služeb ministerstvo zdravotnictví. Ale ve třech z pěti zemí jde o ministerstvo, které současně spravuje zdravotní i sociální věci, a i v dalších dvou zemích EU není potřeba interdisciplinarit adiktologických služeb zpochybňována rezortismem a rezortním redukcionismem, jako je tomu v ČR. Právě RVKPP, na rozdíl od ministerstev zdravotnictví a práce a sociálních věcí, je v ČR zárukou nadrezortního přístupu k adiktologickým službám.

Další argument pro zachování stávajícího systému certifikací a jeho hlavních aktérů je skutečnost, že systém funguje od r. 2005, postupně se utvářel a vylepšoval, jeho účastníci a členové jednotlivých článků systému certifikací jsou zkušení. Zásadní změna klíčových aktérů by mohla standardně zaběhnutý systém narušit a zkomplikovat, přinést problémy, které mají stávající aktéři již vyřešené.

B) Zachovat stávající způsob financování certifikací

Ve třech z pěti zkoumaných zemí EU si, v případě některých (nikoli všech) typů adiktologických služeb, svoji účast v procesu hodnocení kvality jejich poskytovatelé hradí ze svých rozpočtů v plné výši. Ale ve všech těchto zemích jsou adiktologické služby hrazeny odlišně než české adiktologické služby odkázané na nekoordinované financování od více orgánů různé úrovně veřejné správy.

Přes to se zdá zachování stávajícího způsobu financování certifikací, na němž se v různé míře – podle míry úspěšnosti naplnění standardů odborné způsobilosti – podílí poskytovatel služby a RVKPP, jako nejvhodnější.

3.3 Analýza rizik navrhovaných změn modelu zajištění kvality služeb pro ČR

Analýza rizik pomůže určit, s jakou pravděpodobností se vyskytne událost, která bude překážkou zavedení navrhovaných změn, tedy stav, kterému je dobré předejít. Rizika se analyzují proto, aby bylo možné přijmout účinné kroky k jejich eliminaci. Analýza rizik obsahuje kombinaci pravděpodobnosti výskytu dané události a jejího dopadu, které lze rozlišit s využitím pětiúrovňových škál pro hodnocení – viz následující tabulky.

Tabulka 15 Pravděpodobnost výskytu rizika

Úroveň	Označení	Číselné vyjádření	Interval pravděpodobnosti
5	Téměř jisté	od 4,1 do 5,0	Vyskytne se skoro vždy.
4	Pravděpodobné	od 3,1 do 4,0	Pravděpodobně se vyskytne.
3	Možné	od 2,1 do 3,0	Někdy se může vyskytnout.
2	Nepravděpodobné	od 1,1 do 2,0	Vyskytnout se může, ale také vůbec nemusí.
1	Téměř vyloučené	od 0,1 do 1,0	Vyskytuje se pouze ve výjimečných případech.

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 16 Významnost vlivu, dopadu rizika

Úroveň	Označení	Číselné vyjádření	Interval pravděpodobnosti
5	Katastrofický	od 4,1 do 5,0	Nemožnost dosáhnout plánované změny.
4	Velmi významný	od 3,1 do 4,0	Významná ztráta – ohrožení dosažení změn.
3	Významný	od 2,1 do 3,0	Vyžaduje okamžité řešení situace.
2	Drobný	od 1,1 do 2,0	Ovlivňuje pouze dílčí aktivity.
1	Téměř neznatelný	od 0,1 do 1,0	Neovlivňuje zřetelně fungování.

Zdroj: Vlastní zpracování

V procesu hodnocení rizik je každému identifikovanému riziku přiřazena určitá míra pravděpodobnosti jeho výskytu (1–5) a významnost z hlediska jeho dopadu (1–5). Významnost rizika je pak dána součinem pravděpodobnosti a dopadu (významnost rizika = P*D). Vyhodnocená rizika se následně rozdělí podle tzv. metody semaforu takto:

	kritická rizika
	závažná rizika
	běžná rizika

Analýzu rizik navrhovaných změn systému certifikací RVKPP v ČR nabízí, s využitím výše uvedeného postupu, následující tabulka.

Tabulka 17 Analýza rizik navrhovaných změn systému certifikací RVKPP v ČR

Návrh změny	Identifikované riziko	Analýza			Priorita
		Pravděpodobnost - P - (1-5)	Dopad - D - (1-5)	Úroveň rizika (P*D)	
Zákonná opora pro systém certifikací (zákon o prevenci závislosti/novela zákona 65/2017, Sb.)	Nízká politická podpora změny zákona.	5	4	20	
	Postavení RVKPP – nemůže předkládat zákony.	5	4	20	
	Rezortismus – neochota MZ, MPSV a dalších ÚOSS podpořit změnu zákona.	4	4	16	
	Změna může vést ke zhoršení situace.	3	3	9	
	Nízká politická podpora změny zákona.	5	4	20	
	Nepřijetí novelizace zákona o prevenci závislosti.	4	4	16	
	Postavení RVKPP – nemůže předkládat zákony.	5	4	20	
	Rezortismus – neochota MZ měnit „její“ zákon.	4	4	16	
	Změna může vést ke zhoršení situace.	3	3	9	
	Nízká politická podpora změny zákona.	4	4	16	
Zamezit duplicitě certifikací, registrací a akreditací	Nepřijetí novelizace zákona o prevenci závislosti.	4	4	16	
	Rezortismus – neochota MZ, MPSV a dalších ÚOSS podpořit změnu zákona.	4	4	16	
	Změna může vést ke zhoršení situace.	3	3	9	
	Nízká politická podpora změny zákona.	4	4	16	
Zavést institut vzájemného uznávání certifikací, inspekci a akreditací	Nepřijetí novelizace zákona o prevenci závislosti.	4	4	16	
	Nepřijetí novelizace zákona o prevenci závislosti.	4	4	16	

Zahraniční modely zajištění kvality adiktologických služeb

Návrh změny	Identifikované riziko	Analýza			Priorita
		Pravděpodobnost - P - (1-5)	Dopad - D - (1-5)	Úroveň rizika (P*D)	
Zavést v systému certifikací licenční systém a zákaz/pozastavení poskytování služby	Rezortismus – neochota MZ, MPSV a dalších ÚOSS podpořit změnu zákona.	4	4	16	
	Změna může vést ke zhoršení situace.	3	3	9	
	Nizká politická podpora změny zákona.	4	4	16	
	Nepřijetí novelizace zákona o prevenci závislosti.	4	4	16	
	Rezortismus – neochota MZ, MPSV a dalších ÚOSS podpořit změnu zákona.	4	4	16	
	Obava nositelů rozhodovacích pravomocí přijmout odpovědnost za zákaz činnosti.	5	4	20	
	Politický vliv – tlak na nesystémové povolení činnosti pod vlivem lobbingu.	4	4	16	
	Změna může vést ke zhoršení situace.	3	3	9	
	Nizká politická podpora změny zákona.	4	4	16	
	Nepřijetí novelizace zákona o prevenci závislosti.	4	4	16	
Jednotně zavést záruku stabilního financování služeb od všech donorů	Neochota ÚOSS a samosprávných orgánů krajů, měst a obcí sjednotit postup.	4	4	16	
	Změna může vést ke zhoršení situace.	3	3	9	
	Nizká podpora věcně příslušných ÚOSS – členů RVKPP ke změně.	3	4	12	
Provést revizi složení Výboru RVKPP pro udělování certifikací	Odpor ke změně ze strany MV ČR.	4	4	16	

Zahraniční modely zajištění kvality adiktologických služeb

Návrh změny	Identifikované riziko	Analýza			Priorita
		Pravděpodobnost - P - (1-5)	Dopad - D - (1-5)	Úroveň rizika (P*D)	
Prodloužení certifikace na pět let	Změna může vést ke zhoršení situace.	3	3	9	
	Nízká podpora věcně příslušných ÚOSS – členů RVKPP ke změně.	3	2	6	
Zavést možnost upustit při opakované certifikaci služby od místního šetření	Nedůvěra ÚOSS vůči NNO poskytovatelům adiktologických služeb.	4	4	16	
	Nízká podpora věcně příslušných ÚOSS – členů RVKPP ke změně.	3	3	9	
	Nedůvěra ÚOSS vůči NNO poskytovatelům adiktologických služeb.	4	4	16	
	Nízká podpora věcně příslušných ÚOSS - členů RVKPP ke změně.	3	3	9	
Znovu zavést sebehodnotící formulář	Nízká podpora Výboru RVKPP pro udělování certifikací.	3	3	9	
	Nízká podpora ze strany odborných společností (nárůst administrativy).	4	4	16	
Cílené šetření – doplnit přestěhování služby	Nízká podpora Výboru RVKPP pro udělování certifikací.	3	2	6	
	Nízká podpora věcně příslušných ÚOSS – členů RVKPP ke změně.	4	4	16	
Jeden inspektor v certifikačním týmu	Rezortismus – neochota MPSV k vzájemnému uznávání certifikací a inspekci.	4	4	16	
	Tendence současně vlády měnit systémy zavedené předchozími vládami.	3	5	15	
Zachovat stávající klíčové aktéry					

Zahraniční modely zajištění kvality adiktologických služeb

Návrh změny	Identifikované riziko	Analýza			Priorita
		Pravděpodobnost - P - (1-5)	Dopad - D - (1-5)	Úroveň rizika (P*D)	
	Rezortismus – snaha o zvýšení vlivu v protidrogové politice ze strany MZ.	4	4	16	
	Nízká podpora věcně příslušných ÚOSS – členů RVKPP ke změně.	3	4	12	
Zachovat stávající způsob financování	Nedůvěra ÚOSS vůči NNO poskytovatelům adiktologických služeb.	4	4	16	

Zdroj: Vlastní zpracování

Výše uvedená analýza rizik navrhovaných změn ve stávajícím systému certifikací RVKPP kombinuje metodu škálování pravděpodobnosti výskytu rizik a jejich možných dopadů s využitím pětiúrovňových škál s metodou semaforu podle míry úrovně, respektive významu rizika (zelená = běžné riziko, oranžová = závažné a červená = kritické riziko).

Přehled kritických rizik, která mohou zavedení navrhovaných změn stávajícího systému certifikací téměř jistě (5 na škále pravděpodobnosti) a velmi významně až katastroficky (4–5 na škále dopadů) ovlivnit, uvádí v přehledu následující tabulka.

Zahraniční modely zajištění kvality adiktologických služeb

Tabulka 18 Přehled kritických rizik ohrožujících navrhované změny v systému certifikací RVKPP

Identifikované riziko	Analýza			Priorita
	Pravděpodobnost - P - (1–5)	Dopad – D - (1–5)	Úroveň rizika (P*D)	
Postavení RVKPP – nemůže předkládat zákony.	5	4	20	
Nízká politická podpora změny zákona/nového zákona a navrhovaných změn v institucionálním rámci zajištění kvality adiktologických služeb.	5	4	20	
Nízká politická podpora změny statutu adiktologických služeb na zdravotně-sociální.	5	4	20	
Obava nositelů rozhodovacích pravomocí přijmout odpovědnost za zákaz činnosti služeb.	5	4	20	
Nepřijetí novelizace zákona/nového zákona o prevenci závislosti.	4	4	16	
Rezortismus – neochota MZ, MPSV a dalších ÚOSS podporit změnu zákona/nový zákon a navrhované změny v institucionálním rámci zajištění kvality adiktologických služeb.	4	4	16	
Politický vliv – tlak na nesystémové kroky v hodnocení kvality a financování služeb včetně zákazu činnosti na základě lobbingu.	4	4	16	
Neochota ÚOSS a samosprávných orgánů krajů, měst a obcí sjednotit postup pro stabilní a koordinované financování adiktologických služeb podle jejich kvality.	4	4	16	
Odpor MV ČR k revizi a změně personálního složení Výboru pro udělování certifikací.	4	4	16	
Nedůvěra ÚOSS vůči NNO (prodloužení certifikací, možnost upuštění od místního šetření).	4	4	16	
Nízká podpora znovuzavedení sebehodnotičního formuláře ze strany odborných společností (nárůst administrativy).	4	4	16	
Rezortismus – snaha o zvýšení vlivu v protidrogové politice ze strany MZ.	4	4	16	
Tendence současné vlády měnit systémy zavedené předchozími vládami.	3	5	15	

3.4 Otázka možného převedení českého systému certifikací na jiné právní subjekty

Tato část byla doplněna na základě požadavku zástupce zadavatele. Podle zadání měl zpracovatel v této kapitole uvést prvky srovnávaných a analyzovaných systémů/modelů hodnocení kvality služeb s ohledem na vhodnost jejich implementace v prostředí ČR, výběr nejvhodnějších možných a jejich syntézu v jeden model. Jak bylo argumentováno výše, stávající český model certifikací RVKPP se v porovnání s modely/systémy hodnocení kvality služeb ve vybraných pěti zemích EU jeví pro ČR jako nejvhodnější, ale v kontextu srovnávaných zemí i jako nejpropracovanější. Proto, ale i vzhledem k mnoha sociálním, historickým, kulturním, politickým, ekonomickým, geografickým a dalším rozdílům mezi ČR a zkoumanými zeměmi, zpracovatel této analýzy nepředložil v podkapitolách výše návrh „převést systém certifikací odborné způsobilosti adiktologických služeb z Úřadu vlády ČR – RVKPP na jiný právní subjekt“.

3.4.1 Realizátoři systému hodnocení kvality služeb v ČR a zemích EU

Nicméně o této možnosti probíhala v minulých letech v odborné obci pracovníků v oboru prevence a léčby závislostí, respektive protidrogové politiky, diskuse. Rovněž v některých ze zkoumaných zemí realizují hodnocení kvality služeb a/nebo jeho část jiné právní subjekty než ústřední orgán státní správy (viz níže) jako je tomu v případě certifikací realizovaných v gesci Úřadu vlády ČR – RVKPP. Proto byla tato podkapitola na žádost zadavatele doplněna.

Tabulka 19 Příklady právních subjektů realizujících hodnocení kvality adiktologických služeb ve srovnávaných zemích EU

Země	Subjekt a jeho charakteristika
Česká republika	Úřad vlády ČR – RVKPP.
Německo	Substituční léčba – Německá lékařská komora, pobytová léčba – Německá správa důchodového pojištění.
Nizozemsko	Agentura MediQuest – soukromá společnost.
Polsko	Státní Centrum pro monitorování kvality ve zdravotnictví – ze zákona zřízená rozpočtová organizace MZ.
Rakousko	Ministerstvo práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů.
Spojené království	Komise pro kvalitu péče (služby péče o duševní zdraví) – ze zákona zřízená NNO.

Zdroj: Vlastní zpracování

Z výše uvedeného přehledu vyplývá, že realizátory hodnocení kvality služeb jsou ve srovnávaných pěti zemích různé subjekty. V Německu jde osprávu důchodového pojištění a v případě substituční léčby o Německou lékařskou komoru, v Polsku o rozpočtovou organizaci zřízenou MZ, v Rakousku o ústřední orgán státní správy, v Nizozemsku o soukromou společnost a ve Spojeném království o nestátní neziskovou organizaci. Nicméně ve třech ze srovnávaných zemí (NL, PL a AT) si ústřední orgány státní správy ponechávají roli konečných autorizátorů akreditace kvality služeb.

Pro všechny výše uvedené různorodé subjekty ve zkoumaných zemích je navíc společné, že:

- jejich kompetence a zodpovědnost v systému hodnocení kvality adiktologických služeb vyplývá – na rozdíl od situace v ČR – ze zákona, nikoli z usnesení vlády, jako je tomu v případě certifikací Úřadu vlády ČR – RVKPP,

- adiktologické služby jsou ve všech pěti zkoumaných zemích, na rozdíl od ČR, standardně vnímané, ale i hodnocené jako mezioborové, tj. zdravotně-sociální, respektive sociálně-zdravotní, což se mj. odráží i v hodnocení jejich kvality.

Výše uvedené rozdíly mezi situací v ČR a srovnávanými zeměmi představují, podle názoru zpracovatele analýzy, zásadní překážky pro uvažování o možnosti převést systém certifikací odborné způsobilosti adiktologických služeb z Úřadu vlády ČR – RVKPP na jiný právní subjekt. Ale překážek na cestě k tomuto kroku je podle názoru zpracovatele této analýzy více – viz tabulka 20.

3.4.2 Možní realizátoři systému hodnocení kvality služeb v ČR

V již zmíněné v minulosti probíhající diskusi mezi pracovníky sekretariátu RVKPP a odborné obce pracovníků v oboru prevence a léčby závislostí se objevilo několik tipů na subjekty, na něž by mohla být realizace certifikací RVKPP převedena:

- odborná společnost pracovníků v adiktologii – v současné době přicházejí v úvahu dva možné subjekty: a) Společnost pro návykové nemoci České lékařské společnosti Jana E. Purkyně (dále jen SNN), b) Česká adiktologická asociace (nelékařská odborná společnost, dále ČAA),
- střešní organizace nestátních organizací v oboru adiktologie – v úvahu připadají: a) A.N.O. – Asociace nestátních organizací poskytujících adiktologické a sociální služby pro osoby ohrožené závislostním chováním (dále A.N.O.), b) Asociace poskytovatelů sociálních služeb (dále APSS),
- jiný subjekt NNO a/nebo komerčního charakteru vzešlý z výběrového řízení, např. Spojená akreditační komise, která v ČR realizuje akreditace kvality zdravotnických služeb.

U každého z výše uvedených subjektů lze identifikovat výhody i nevýhody v případě, že by byly ve stávajícím legislativním kontextu pověřeny převzetím realizace certifikací adiktologických služeb místo Úřadu vlády ČR – RVKPP. Přitom vnímání výhod i nevýhod se může lišit podle role různých účastníků systému certifikací.

3.4.3 „SWOT“ analýza možného převedení realizace certifikací na jiný subjekt

Pro zhodnocení možných výhod/nevýhod a/nebo případných překážek/příležitostí plynoucích z možného převedení realizace certifikací z Úřadu vlády ČR – RVKPP na jiný subjekt neposkytla realizovaná komparativní analýza systémů/modelů hodnocení kvality adiktologických služeb ve vybraných pěti zemích EU potřebné podklady. V dostupných a/nebo identifikovaných dokumentech poskytujících informace o výše uvedených systémech/modelech žádné informace o možných výhodách či nevýhodách rolí a zapojení různých subjektů do hodnocení kvality služeb obsaženy nejsou. Jedním z možných důvodů je již zmíněná skutečnost, že srovnávané země dosud své systémy/modely hodnocení kvality služeb nepodrobily hodnocení, s výjimkou Nizozemska, které však provedlo pouze hodnocení a aktualizaci používané dokumentace.

S ohledem na to provedl zpracovatel rychlé hodnocení možných výhod/nevýhod a/nebo případných překážek/příležitostí plynoucích z převedení realizace certifikací z Úřadu vlády ČR na jiný subjekt obdobnou metodou jako je metoda používaná pro strategické plánování, tj. SWOT analýzou formou brainstormingu, ale pouze na základě vlastních zkušeností. Přehled identifikovaných výhod/nevýhod a případných překážek/příležitostí uvádí následující tabulka 20.

Tabulka 20 Analýza možných výhod/nevýhod a překážek/příležitostí plynoucích z převedení realizace certifikací z Úřadu vlády ČR na jiný, nevládní subjekt

Možné výhody	Možné nevýhody
<ul style="list-style-type: none"> • Snížení administrativní zátěže sekretariátu RVKPP. • Zjednodušení procesu certifikací. • Urychlení procesu certifikací, tj. zkrácení doby od místního šetření přes jednání Výboru pro udělování certifikací po konečné rozhodnutí o ne-/udělení certifikace RVKPP a předání certifikátu. 	<ul style="list-style-type: none"> • Snížení kreditu certifikací v celospolečenském měřítku včetně orgánů veřejné správy. • Snížení kreditu certifikovaných služeb. • Ohrožení nadrezortního charakteru certifikací – zvýšení důrazu na specifika jednoho rezortu/oboru (rezortní redukcionismus). • Izolace certifikací služeb od orgánů veřejné správy. • Zvýšení ceny certifikačního šetření pro poskytovatele služeb. • Možný odliv proškolených certifikátorů v důsledku změny certifikačního subjektu. • Neuznávání certifikací MPSV/MZ – MPSV neuznává certifikace realizované pod Úřadem vlády ČR, bez zákonné opory je nebude uznávat tím spíše a patrně i MZ, bude-li je realizovat nevládní subjekt. • Riziko zneužívání certifikací k „vyřizování účtů“ mezi rivalizujícími poskytovateli služeb a/nebo ke zvýhodňování spřátelených poskytovatelů.
Příležitosti	Překážky
<ul style="list-style-type: none"> • Zvýšení kreditu certifikací a uznávání MPSV/MZ oporou v zákoně – lex specialis, zákon č. 65/2017 a/nebo č. 108/2006 Sb. • Zákonná opora zdravotně-sociálního nebo sociálně-zdravotního statutu adiktologických služeb – lex specialis, zákon č. 65/2017 a/nebo č. 108/2006 Sb. 	<ul style="list-style-type: none"> • Certifikace nemají oporu v zákoně, ale jen v usnesení vlády ČR. • Resortismus – certifikace udělované např. SNN či ČAA (tj. zdravotnickými společnostmi) nebudou akceptovatelné pro MPSV a vice versa. • Mezirezortní – zdravotně-sociální statut adiktologických služeb nemá oporu v zákoně. • Certifikace nejsou závazné pro všechny adiktologické služby bez ohledu na jejich právní formu a rezortní příslušnost. • Nedůvěra orgánů veřejné správy vůči NNO – i v současné podobě se objevují pochybnosti o objektivitě místních šetření realizovaných vrstevnický dalšími poskytovateli služeb. • V úvahu připadající nevládní subjekty nemají potřebné personální kapacity pro převzetí certifikací ani zájem o to. • Certifikace jsou ekonomicky nezajímavé (nejen pro komerční subjekty) – k dubnu 2018 bylo v rejstříku 192 certifikovaných služeb¹⁸², tj. cca 48/ 1 rok, tj. roční obrat cca 1,5 mil. Kč.

Zdroj: Vlastní zpracování

Je pravděpodobné, že výše uvedený výčet výhod/nevýhod a/nebo příležitostí/překážek převedení certifikací na jiný, nevládní subjekt není vyčerpávající. Přesto lze z tohoto přehledu, ale i z poznatků získaných analýzou systémů/modelů hodnocení kvality adiktologických služeb ve vybraných pěti zemích EU, pouze k jedinému závěru:

Pokud nebudou mít certifikace RVKPP oporu v zákoně, ale jen v usnesení vlády ČR, jak je tomu v současnosti, představuje možné převedení certifikací na jiný, nevládní subjekt jednoznačně ztrátu

¹⁸² VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY. Seznam držitelů certifikátů odborné způsobilosti [online]. Praha: Vláda ČR, ©2018.

kreditu jak vybudovaného systému certifikací, který se v celé EU jeví jako jeden z nejlépe nastavených, tak i certifikovaných adiktologických služeb.

Vzhledem k tomu zpracovatel této analýzy doporučuje zadavateli, aby – přinejmenším do doby, kdy se pro certifikace podaří zajistit zákonnou oporu – od úvah o změně realizátora certifikací RVKPP upustil.

3.5 Zdroje

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Inspekce MPSV [elektronická pošta] [cit. 2018-06-10]. Osobní komunikace.

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. Zaostřeno na drogy 1. Certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog. Nástroj záruky kvality drogových služeb hrazených z veřejných zdrojů [online]. Praha: Úřad vlády ČR, ©2004 [cit. 2018-06-01]. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/4628/597/Zaostreno_200401_web.pdf.

SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE. Ceník akreditačního šetření [online]. Praha: SAK, ©2018 [cit. 2018-06-01]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/cenik-sluzeb/akreditace/>.

VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY. Seznam držitelů certifikátů odborné způsobilosti [online]. Praha: Vláda ČR, ©2018 [cit. 2018-06-01]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/certifikace/Seznam_drzitelu_certifikatu_odborne_zpusobilosti_duben_2018.pdf.

VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY. Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (Standardy služeb pro uživatele drog, závislé a patologické hráče) [online]. Praha: Vláda ČR, ©2015 [cit. 2018-02-05]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/certifikace/Inovovane_Standardy_odborne_zpusobilosti__2015.pdf.

4. ZÁVĚR A DISKUSE

Tato analýza nabízí souhrnný a ucelený přehled poznatků z komparace zahraničních modelů zajištění kvality adiktologických služeb a výběr prvků, které jsou, podle názoru zpracovatele, využitelné v prostředí ČR pro zlepšení používaných systémů a procesů zajištění kvality adiktologických služeb. Existující české systémy, které jsou v různé míře pro hodnocení kvality adiktologických služeb využívány, byly porovnávány se systémy zajištění kvality adiktologických služeb v pěti zemích EU vybraných zadavatelem analýzy. Konkrétně šlo o Německo, Nizozemsko, Polsko, Rakousko a Spojené království.

Limity analýzy

Zjištění prezentovaná v předcházejících kapitolách mají své limity, které se odvíjejí od:

- výběru pěti zemí EU,
- dostupnosti dat o systémech/modelech zajištění kvality adiktologických služeb v těchto zemích,
- dostupnosti informačních zdrojů umožňujících ověření správnosti porozumění a interpretace dostupných dat ze strany zpracovatele analýzy.

Výběr pěti zemí EU

Německo, Nizozemsko, Polsko, Rakousko a Spojené království byly zadavatelem vybrány na základě jejich kulturní a politické podobnosti s Českou republikou. Hlavními kritérii jejich podobnosti byly stabilní parlamentní demokracie s vícestupňovými modely veřejné správy, rozvinuté systémy zdravotní péče a sociálního zabezpečení, společná historie, kultura a společné ekonomické záměry.

Přes výše uvedené společné znaky existují mezi srovnávanými zeměmi i značné rozdíly, které se promítají do nastavení jejich protidrogových politik a do jejich propojení se systémem péče o závislé, stejně jako do nastavení systému zajištění, hodnocení a/nebo podpory kvality ve službách pro osoby závislé nebo závislostí ohrožené.

Hlavní rozdíly mezi porovnávanými zeměmi, které komparaci systémů/modelů zajištění kvality adiktologických služeb a případné přenesení jejich prvků do podmínek ČR znesnadňovaly, byly:

- rozdílná historie tzv. „starých“ a „nových“ členských zemí EU v oblasti protidrogové politiky, stejně jako co do vzniku, rozvoje a pohledu společnosti na poskytovatele adiktologických služeb, zejména na nestátní neziskové organizace,
- rozdílné státní uspořádání, jež bylo nejvíce patrné v případech Německa a Rakouska (samosprávné spolkové země, jejichž protidrogové politiky se výrazně liší),
- rozdílná územní rozloha a počet obyvatel, jež se promítaly i do tvorby systémů služeb pro osoby závislé a/nebo závislostmi ohrožené a zajištění jejich kvality,
- rozdílné systémy financování adiktologických služeb.

Dostupnost dat o systémech/modelech zajištění kvality adiktologických služeb

Hlavními zdroji dat, jež byly pro účely komparativní analýzy použity, byly:

- veřejně dostupné informace na webových portálech věcně příslušných státních a/nebo státem zřízených subjektů, které se ve vybraných pěti zemích EU zajištěním kvality adiktologických služeb zabývají (např. ministerstva a/nebo jimi zřízené instituce);

- veřejně dostupné informace na webových portálech dalších typů zainteresovaných subjektů v pěti zemích EU (např. komerční a/nebo nestátní organizace);
- webové portály Evropské komise a Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti;
- veřejně nepublikované dokumenty postoupené zpracovateli analýzy oslovenými pracovníky výše uvedených národních a/nebo mezinárodních (EMCDDA) subjektů.

Dalšími, doplňujícími zdroji dat byly informace získané zpracovatelem od oslovených pracovníků výše uvedených zahraničních subjektů formou e-mailové komunikace a/nebo telefonicky.

Vstupní zdroje dat byly zpracovateli postoupeny zadavatelem, který v průběhu realizace analýzy identifikoval další potřebné zdroje metodou sněhové koule. Zpracovateli se ale ani přes pomoc zadavatele při oslovování zahraničních partnerů nepodařilo všechny informace potřebné pro zpracování analýzy získat. V některých případech si publikované informace dokonce vzájemně odporovaly.

Pro ilustraci: Dotazovaní pracovníci národních koordinačních orgánů protidrogové politiky a/nebo rezortů, do jejichž gesce hodnocení kvality adiktologických služeb spadá, nedokázali vytvořené modely/systémy v ucelené podobě (tj. dle zkoumaných témat – viz struktura analýzy) autorům této analýzy popsat a/nebo odkázat na existující dokumenty tyto modely/systémy popisující. Pro požadovaný výstup by údajně potřebovali uskutečnit vlastní výzkum/průzkum. Nicméně i po provedení zmíněného výzkumu/průzkumu nebyli někteří z nich schopni zodpovědět všechny otázky, jež jim autoři této analýzy v souladu s jejím zadáním položili. Zdá se navíc, že se některé ze zkoumaných zemí při vytváření modelů/systémů hodnocení kvality adiktologických služeb inspirovaly českým systémem certifikací, který byl využit i jako jeden z hlavních zdrojů v procesu tvorby standardů kvality schválených Radou EU.

Dostupnost informačních zdrojů umožňujících ověření

Zjištění prezentovaná v této analýze mohla být zkreslena i nízkou dostupností informačních zdrojů, které by umožnily ověřit správnost porozumění a interpretace dostupných dat ze strany zpracovatele analýzy. Nicméně riziko zkreslení se snažil zpracovatel analýzy minimalizovat ověřováním správnosti svých zjištění při komunikaci s dotazovanými pracovníky věcně příslušných subjektů porovnávaných zemí.

Hlavní zjištění

Provedená komparativní analýza systémů/modelů zajištění kvality služeb pro osoby se závislostmi a/nebo závislostmi ohrožené vede k závěru, že se český systém certifikací RVKPP zdá být, v porovnání se systémy hodnocení kvality tohoto typu služeb ve vybraných zemích EU:

- nejlépe popsány ve veřejně dostupných dokumentech,
- vytvořeny pro všechny existující typy adiktologických služeb (prevence, léčba a rehabilitace, minimalizace rizik),
- standardně a v dané podobě nejdéle zaveden do praxe pro všechny typy adiktologických služeb,
- srozumitelně a transparentně nastaven pro všechny jeho účastníky,
- srovnatelný co do procesních úkonů (studium dokumentace, případně místní šetření, zpráva z hodnocení, možnost odvolání proti závěrům hodnocení, projednání zprávy hodnotícím orgánem, autorizace) a vícestupňového systému hodnocení (autorizátor, hodnotící mezirezortní orgán, instituce zajišťující logistiku, tým externích proškolených hodnotitelů, poskytovatel služby).

I přesto lze v oblasti zajištění kvality adiktologických služeb v České republice – při porovnání s vybranými pěti zeměmi EU – identifikovat prostor pro zlepšení. Jde zejména o zajištění kvality adiktologických služeb minimalizace rizik, léčby a rehabilitace, v němž v současné době existují, na rozdíl od jediného systému Certifikace MŠMT, tři systémy:

- Certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog RVKPP (Úřad vlády ČR),
- Registrace a inspekce sociálních služeb MPSV,
- Hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb MZ.

Výše uvedené systémy, které se v odlišném rozsahu podílejí na zajištění kvality adiktologických služeb, jsou v různé míře duplicitní, realizovány nekoordinovaně a navzájem neuznatelné. To v důsledku vede k nadměrné administrativní zátěži jak na straně poskytovatelů služeb, tak na straně věcně příslušných ústředních orgánů státní správy, stejně jako k nevhodnému financování systémů zajištění kvality z veřejných prostředků. To je patrně nejvýraznější slabá stránka současného systému zajištění kvality adiktologických služeb v ČR.

Další výraznou slabou stránkou je – na rozdíl od srovnávaných zemí EU – v ČR přetrvávající rezortismus, který představuje překážku ve vnímání, financování, poskytování, ale i hodnocení kvality adiktologických služeb v souladu se současným stavem vědeckého poznání (tzv. evidence-based) v ucelené, mezioborové – tj. zdravotně-sociální – podobě.

Hlavní doporučení

Z výše uvedených zjištění stejně jako z inspirace stávajícími zahraničními systémy/modely zajištění kvality adiktologických se odvíjejí i hlavní doporučení změn na dvou úrovních:

- v institucionálním rámci v českých systémech zajištění kvality adiktologických služeb,
- v doplnění dílčích prvků do procesu certifikací.

Doporučení změn v institucionálním rámci

- zavést zákonnou oporu pro Certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog RVKPP,
- změnit statut adiktologických služeb na zdravotně-sociální,
- zamezit duplicitám výše uvedených tří systémů zajištění kvality adiktologických služeb minimalizace rizik, léčby a rehabilitace,
- zavést institut vzájemného uznávání mezi výše uvedenými třemi systémy zajištění kvality adiktologických služeb,
- zavést do systémů zajištění kvality adiktologických služeb licenční systém opravňující k poskytování služby, případně zavedení zákazu/pozastavení poskytování služby při vážném nenačtení standardů,
- jednotně zavést záruku stabilního financování služeb na dobu platnosti certifikátu kvality služby i pro další plátce, nejen ze strany RVKPP.

Návrh doplnění dílčích prvků do procesu certifikací

- zvážit prodloužení platnosti certifikace z nejvýše čtyř na nejvýše pět let,
- zvážit zavedení možnosti upustit při opakované certifikaci služby od místního šetření,
- zvážit znovuzavedení sebehodnotícího formuláře jako součásti žádosti o certifikaci,

- pro cílené šetření doplnit jako další důvod případ přestěhování služby,
- v zájmu uznávání certifikací RVKPP a inspekcí MPSV zajistit, aby v certifikačním týmu byl alespoň a nejvýše jeden inspektor.

V otázkách klíčových aktérů Certifikace RVKPP a jejího financování zpracovatel analýzy žádné změny nenavrhuje.

5. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

V tabulce níže jsou uvedeny zkratky, které jsou v rámci tohoto dokumentu používány.

Zkratka	Význam
A.N.O.	Asociace nestátních organizací
AC	Akreditační centrum
ADEPIS	Informační službu protialkoholního a protidrogového vzdělávání a prevence (Alcohol and Drug Education and Prevention Information Service)
APSS	Asociace poskytovatelů sociálních služeb
AR	Akreditační rada
AT	Rakouská republika
AT	Akreditační tým
AWMF	Asociace vědeckých lékařských společností (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften)
BÄK	Německá lékařská komora (Bundesärztekammer)
BAR	Federální asociace pro rehabilitaci (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation)
BGBI	Sbírka zákonů Rakouska (BGBI, Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich)
BIQG	Institut pro kvalitu ve zdravotnictví (Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen)
BMASGK	Spolkové ministerstvo práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů Rakouska (Bundeministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz)
BMBWF	Spolkové ministerstvo školství, vědy a výzkumu Rakouska (Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung)
BMG	Spolkové ministerstvo zdravotnictví Německa (Bundeministerium für Gesundheit)
BMJ	Spolkové ministerstvo spravedlnosti Rakouska (Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz)
BQLL	Spolkové postupy kvality (Bundesqualitätsleitlinie)
BQRL	Spolkové směrnice kvality (Bundesqualitätsrichtlinie)
BSI	Britská instituce pro standardizaci (British Standards Institution)
BtMAEndV	Nařízení k Zákonu o omamných látkách (Betäubungsmittelrechtsänderungsverordnung)
BtMG	Zákon o omamných látkách (Betäubungsmittelgesetz)
BZgA	Spolková centrála pro zdravotní osvětu (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)
CCQI	Centrum pro zlepšení kvality (College Centre for Quality Improvement)
CMJ	Centrum pro monitorování kvality ve zdravotnictví (Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia)

Zkratka	Význam
CQC	Komise pro kvalitu péče (Care Quality Commission)
ČAA	Česká asociace adiktologů
ČR	Česká republika
DBDD	Německé monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht)
DE	Spolková republika Německo
DfE	Ministerstvo školství Spojeného království (Department for Education)
DGPPN	Německá společnost pro psychiatrii, psychoterapii a neuropsychiatrii (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde)
DG-Sucht	Německá společnost pro výzkum a léčbu závislostí (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie)
DHS	Hlavní německý úřad pro závislosti (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen)
DHSC	Ministerstvo zdravotnictví a sociální péče Spojeného království (Department of Health and Social Care)
DRV	Německá správa důchodového pojištění (Deutsche Rentenversicherung)
DSR	Národní rada pro drogy a drogovou závislost (Drogen- und Suchtrat)
EMCDDA	Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction)
EU	Evropská unie
FDAP	Federace specialistů v oblasti drog a alkoholu (Federation of Drug and Alcohol Professionals)
FGÖ	Fond Zdravé Rakousko (Fonds Gesundes Österreich)
GGZ	Služby péče o duševní zdraví (Geestelijke Gezondheidszorg)
GKV	Zákonné zdravotní pojištění (gesetzliche Krankenversicherung)
GÖG	Institut Zdraví Rakouska (Gesundheit Österreich)
GQG	Spolkový zákon o kvalitě zdravotnických služeb (Gesundheitsqualitätsgesetz)
GRV	Zákonné penzijní pojištění (gesetzliche Rentenversicherung)
GUV	Zákonné úrazové pojištění (gesetzliche Unfallversicherung)
HO	Ministerstvo vnitra Spojeného království (Home Office)
IFT	Institut pro výzkum terapie (Institut für Therapieforschung)
IGJ	Inspektorát zdravotní péče a mládeže (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd)
IPiN	Ústav psychiatrie a neurologie (Instytut Psychiatrii i Neurologii)
ISO	Institut prevence závislostí Horní Rakousy (Institut Suchtprävention Oberösterreich)

Zkratka	Význam
KBPN	Národní úřad pro prevenci závislosti (Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii)
KIDL	Komora pracovníků v laboratorní diagnostice (Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych)
KLR	Kolegium rodinných lékařů (Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce)
LPGGZ	Národní platforma pro duševní zdraví (Landelijk Platform Psychische Gezondheid)
LPR	Rada pro prevenci Dolního Saska (Landespräventionsrat Niedersachsen)
LVVP	Národní sdružení nezávislých psychologů a psychoterapeutů (Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen)
MBI	Spolkové ministerstvo vnitra Rakouska (Bundesministerium für Inneres)
MON	Ministerstvo národní obrany (Ministerstwo Obrony Narodowej)
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky
MSWiA	Ministerstvo vnitra a administrativy (Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji)
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky
MV	Ministerstvo vnitra České republiky
MZ	Ministerstvo zdravotnictví Polska (MZ, Ministerstwo Zdrowia)
MZ	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NCAC	Národní poradenský akreditační certifikát (National Counsellor Accreditation Certificate)
NCGC	Národní klinické centrum (National Clinical Guideline Centre)
NFZ	Národní zdravotnický fond (Narodowy Fundusz Zdrowia)
NHS	Národní zdravotní služba (National Health Service)
NHSLA	Úřad pro řešení sporů NHS (NHS Litigation Authority)
NIA	Komora lékárníků (Naczelna Izba Aptekarska)
NICE	Národní institut pro zdraví a kvalitu péče (National Institute for Health and Care Excellence)
NIL	Lékařská komora (Naczelna Izba Lekarska)
NIP	Nizozemský institut psychologů (Nederlands Instituut van Psychologen)
NIPiP	Komora zdravotních sester a porodních asistentek (Naczelna Izba Pielegniarek i Poloznych)
NL	Nizozemské království
NMS	Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti

Zkratka	Význam
NNO	Nestátní neziskové organizace
NoD	Oznámení o rozhodnutí (Notice of Decision)
NoP	Oznámení o návrhu (Notice of Proposal)
NPK	Národní preventivní konference (Nationalen Präventionskonferenz)
NpSG	Zákon o nových psychoaktivních látkách (Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz)
NVVP	Nizozemská asociace pro psychiatrii (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie)
NZA	Nizozemský úřad zdravotní péče (Nederlandse Zorgautoriteit)
ÖBIG	Rakouský spolkový ústav pro zdravotnictví (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen GmbH)
ÖGABS	Rakouská společnost pro léčbu závislosti na drogách (Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit)
ÖGAM	Rakouská společnost pro všeobecnou a rodinnou medicínu (Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin)
ÖGKJP	Rakouská společnost pro dětskou a dorosteneckou psychiatrii, psychosomatiku a psychoterapii (Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie)
ÖGPP	Rakouská společnost pro psychiatrii a psychoterapii (Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie).
ORE	Centrum pro rozvoj vzdělávání (Ośrodek Rozwoju Edukacji)
OST	Substituční léčba opioidními agonisty
PARPA	Státní agentura pro prevenci problémů souvisejících s alkoholem (Państwowa Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych)
PL	Polská republika
PrävG	Zákon o preventivní zdravotní péči (Präventionsgesetz)
PS PČR	Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky
QNPICU	Akreditační systém jednotek intenzivní psychiatrické péče (Quality Network for Psychiatric Intensive Care Units).
RCPsych	Profesní organizace psychiatrů Spojeného království (Royal College of Psychiatrists)
RVKPP	Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky
SAK	Spojená akreditační komise
SBG	Nadace Benchmark GGZ (Stichting Benchmark GGZ)
SDW	Úřad pro koordinaci protidrogové politiky města Vídně (SDW, Sucht- und Drogenkoordination Wien)
SGB	Sociální zákoník (Sozialgesetzbuch)

Zkratka	Význam
SMG	Spolkový zákon o omamných látkách (Suchtmittelgesetz)
SNN	Společnost pro návykové nemoci České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně
SPV	Zákonné pojištění dlouhodobé péče (sozialer Pflegeversicherung)
STOMOZ	Sdružení zdravotnických manažerů (Stowarzyszenie Menedzerów Opieki Zdrowotnej)
TDPP	Tým pro doporučení programů prevence
TPZS	Tým odborníků pro zpracování standardů
TRJOM	Sdružení pro podporu kvality zdravotní péče v Polsku (Towarzyszenie na Rzecz Jakości Opieki Medycznej)
UK	Spojené království Velké Británie a Severního Irska
ÚOSS	Ústřední orgán státní správy
VUC	Výbor RVKPP pro udělování certifikací
VWS	Ministerstvo zdravotnictví, sociálních věcí a sportu Nizozemska (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport)
WCPV	Zákon o zdravotní péči a zdravotní prevenci (Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid)
WLZ	Zákon o dlouhodobé péči (Wet Langdurige Zorg)
WMO	Zákon o sociální podpoře (Wet Maatschappelijke Ondersteuning)
WPG	Zákon o veřejném zdraví (Wet Publieke Gezondheid)
ZN	Asociace zdravotních pojišťoven (Zorgverzekeraars Nederland)
ZONMW	Nizozemská organizace pro výzkum a vývoj zdraví (Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie)
ZVW	Zákon o zdravotním pojištění (Zorgverzekeringswet)

6. ZDROJE

REPUBLIK ÖSTERREICH. Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Drogenausgangsstoffe (Suchtmittelgesetz – SMG). Dostupné z:

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10011040/SMG%2c%20Fassung%20vom%2010.07.2018.pdf>.

REPUBLIK ÖSTERREICH. Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG). Dostupné z:

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/20003883/GQG%2c%20Fassung%20vom%2008.03.2012.pdf?FassungVom=2012-03-08>.

BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION. Geschäftsordnung für die Arbeitsgruppe nach § 20 Abs. 2a SGB IX1 auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. [online]. Frankfurt am Main: BAR, ©2009 [cit. 2018-03-25]. Dostupné z:

https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/rehabilitation_und_teilhabe/Qualitaet_in_der_Reha/Qualitaetsmanagement_und_Zertifizierung/downloads/GO_Endfassung_AG__20.pdf.

BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION. FAQ – Zertifizierung [online]. Frankfurt am Main: BAR, ©2018 [cit. 2018-03-25]. Dostupné z:

<https://www.bar-frankfurt.de/rehabilitation-und-teilhabe/qualitaet-in-der-rehabilitation/qualitaetsmanagement-und-zertifizierung/faq-zertifizierung/>.

BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION. Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX [online]. Frankfurt am Main: BAR, ©2015 [cit. 2018-03-01]. Dostupné z:

https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/rehabilitation_und_teilhabe/Qualitaet_in_der_Reha/Qualitaetsmanagement_und_Zertifizierung/downloads/Vereinbarung_Korrektur.pdf.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT Österreichische Suchtpräventionsstrategie [online]. Vienna: BMG, ©2015 [cit. 2018-02-25]. Dostupné z:

<https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/5/5/4/CH1347/CMS1453460318602/suchtpraeventionsstrategie.pdf>.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. Leitlinie – Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutions-Therapie [online]. Vienna: BMG, ©2017 [cit. 2018-02-25]. Dostupné z:

https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/4/4/3/CH1040/CMS1509363363988/leitlinie_qualitaetsstandards_opioid-substitutionstherapie.pdf.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. Richtlinien für Ansuchen um Kundmachung im Bundesgesetzblatt gemäß § 15 Suchtmittelgesetz [online]. Vienna: BMG, ©2017 [cit. 2018-02-25]. Dostupné z:

https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/7/0/9/CH1040/CMS1103204041196/richtlinien_gem._15_smg.pdf.

CARE QUALITY COMMISSION. A Fresh Start for the Regulation and Inspection of Substance Misuse Services [online]. London: CQC, ©2017 [cit. 2018-03-10]. Dostupné z:

http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20140919_cqc_a_fresh_start_substance_misuse_final_low_res.pdf.

CARE QUALITY COMMISSION. Criminal records checks [online]. London: CQC, ©2018 [cit. 2018-04-01]. Dostupné z:

<https://www.cqc.org.uk/guidance-providers/registration/apply-online/criminal-record-checks>.

- CARE QUALITY COMMISSION. Next steps [online]. London: CQC, ©2018 [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: <https://www.cqc.org.uk/guidance-providers/registration/continuing-registered-managers/next-steps>.
- CARE QUALITY COMMISSION. Planning the inspection [online]. London: CQC, ©2018 [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: <https://www.cqc.org.uk/what-we-do/how-we-do-our-job/planning-inspection>.
- CARE QUALITY COMMISSION. Ratings [online]. London: CQC, ©2018 [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: <https://www.cqc.org.uk/what-we-do/how-we-do-our-job/ratings>.
- CARE QUALITY COMMISSION. References and financial viability [online]. London: CQC, ©2018 [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: <https://www.cqc.org.uk/guidance-providers/registration/references>.
- CARE QUALITY COMMISSION. Registration under the Health and Social Care Act 2008. The scope of registration [online]. London: CQC, ©2015 [cit. 2018-03-10]. Dostupné z: http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20151230_100001_Scope_of_registration_guidance_updated_March_2015_01.pdf.
- CARE QUALITY COMMISSION. Regulatory fees 2017/2018. Guidance for providers [online]. London: CQC, ©2017 [cit. 2018-03-10]. Dostupné z: http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20170313_CQC_fees_2017_18_provider_guidance_PUBLICATION.pdf.
- CARE QUALITY COMMISSION. Statements of purpose. Guidance for providers [online]. London: CQC, ©2016 [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20160203_100456_v3_00_Guidance_for_providers_Statement_of_Purpose_FINAL_for_publication.pdf.
- CARE QUALITY COMMISSION. Supporting documents [online]. London: CQC, ©2018 [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: <https://www.cqc.org.uk/guidance-providers/registration/supporting-documents>.
- CARE QUALITY COMMISSION. Taking action [online]. London: CQC, ©2018 [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: <https://www.cqc.org.uk/what-we-do/how-we-do-our-job/taking-action>.
- CARE QUALITY COMMISSION. The five key questions we ask [online]. London: CQC, ©2018 [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: <https://www.cqc.org.uk/what-we-do/how-we-do-our-job/five-key-questions-we-ask>.
- CARE QUALITY COMMISSION. The fundamental standards [online]. London: CQC, ©2018 [cit. 2018-03-10]. Dostupné z: <https://www.cqc.org.uk/what-we-do/how-we-do-our-job/fundamental-standards>.
- CARE QUALITY COMMISSION. What we do on an inspection [online]. London: CQC, ©2018 [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: <https://www.cqc.org.uk/what-we-do/how-we-do-our-job/what-we-do-inspection>.
- CENTRUM MONITOROWANIA JAKOSCI W OCHRONIE ZDROWIA. Akredytacja szpitali [online]. Kraków: CMJ, ©2017 [cit. 2018-02-10]. Dostupné z: <http://www.cmj.org.pl/akredytacja/>.
- CENTRUM PRO KVALITU A STANDARDY V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH. Výměna zkušeností a šíření dobré praxe v oblasti řízení kvality služeb pro uživatele drog: sborník z výjezdu za mapováním dobré praxe do Rakouska. 1. vyd. Praha: CEKAS, 2011.

COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION. Council conclusions on the implementation of the EU Action Plan on Drugs 2013–2016 regarding minimum quality standards in drug demand reduction in the European Union [online]. Brussels: Council of the EU, ©2015 [cit. 2018-02-10]. Dostupné z:

http://www.emcdda.europa.eu/drugs-library/council-conclusions-implementation-eu-action-plan-drugs-2013-2016-regarding-minimum-quality-standards-drug-demand-reduction-european-union_en.

ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 372/2011 Sb., ze dne 6. listopadu 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Dostupné z:

https://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/zdravotni-sluzby_6102_1786_11.html.

ČESKÁ REPUBLIKA. *Usnesení vlády ČR č. 300/2005, ze dne 16. března 2005, k tezi změn ve financování protidrogové politiky.*

ČESKÁ REPUBLIKA. *Usnesení vlády ČR č. 700/2005, ze dne 8. června 2005, k Pravidlům pro vynakládání finančních prostředků státního rozpočtu na protidrogovou politiku.*

DEUTSCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT. 2010 National Report (2009 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point Germany [online]. Munich: DBDD, ©2010 [cit. 2018-03-01]. Dostupné z: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_191753_EN_Germany_2011.pdf.

DEUTSCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT. Germany 2017 Report of the national Reitox Focal Point to the EMCDDA. Drug Policy [online]. Munich: DBDD, ©2017 [cit. 2018-03-01]. Dostupné z: https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/REITOX_BERICHT_2017_EN/WB_01_Drug_Policy_Germany_EN.pdf.

DEUTSCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT. Germany 2017 Report of the national Reitox Focal Point to the EMCDDA. Harms and Harm Reduction [online]. Munich: DBDD, ©2017 [cit. 2018-03-01]. Dostupné z:

https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/REITOX_BERICHT_2017_EN/WB_07_Harms_and_Harm_reduction_Germany_EN.pdf

DEUTSCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT. Germany 2017 Report of the national Reitox Focal Point to the EMCDDA. Legal Framework [online]. Munich: DBDD, ©2017 [cit. 2018-03-01]. Dostupné z:

https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/REITOX_BERICHT_2017_EN/WB_02_Legal_framework_Germany_EN.pdf.

DEUTSCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT. Germany 2017 Report of the national Reitox Focal Point to the EMCDDA. Prevention [online]. Munich: DBDD, ©2017 [cit. 2018-03-01]. Dostupné z: https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/REITOX_BERICHT_2017_EN/WB_04_Prevention_Germany_EN.pdf.

DEUTSCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT. Germany 2017 Report of the national Reitox Focal Point to the EMCDDA. Treatment [online]. Munich: DBDD, ©2017 [cit. 2018-03-01]. Dostupné z:

https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/REITOX_BERICHT_2017_EN/WB_05_Treatment_Germany_EN.pdf.

DIE DROGENBEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG. Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik [online]. Berlin: DBBR, ©2012 [cit. 2018-03-01]. Dostupné z:

https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/2_Themen/1_Drogenpolitik/Nationale_Strategie_Druckfassung-Dt.pdf.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUGS ADDICTION. Annual report 2011: the state of the drugs problem in Europe. Responding to drug problems - an overview [online]. Lisbon: EMCDDA, ©2011 [cit. 2018-02-10]. Dostupné z: <http://www.emcdda.europa.eu/online/annual-report/2011/responding/6>.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. Austria Country Drug Report 2017 [online]. Lisbon: EMCDDA, ©2017 [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4501/TD0416907ENN.pdf>.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. Best Practice Workbook Austria [online]. Lisbon: EMCDDA, ©2017 [cit. 2018-02-25].

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. Best Practice Workbook Germany [online]. Lisbon: EMCDDA, ©2017 [cit. 2018-03-01].

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. Best Practice Workbook United Kingdom [online]. Lisbon: EMCDDA, ©2017 [cit. 2018-03-01].

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. Germany Country Drug Report 2017 [online]. Lisbon: EMCDDA, ©2017 [cit. 2018-03-01]. Dostupné z: https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/2_Themen/1_Drogenpolitik/Nationale_Strategie_Druckfassung-Dt.pdf.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUGS ADDICTION. Health and social responses to drug problems: a European guide [online]. Lisbon: EMCDDA, ©2017 [cit. 2018-02-10]. Dostupné z: http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/health-and-social-responses-to-drug-problems-a-european-guide_en.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. Netherlands Country Drug Report 2017 [online]. Lisbon: EMCDDA, ©2017 [cit. 2018-02-15]. Dostupné z: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4512/TD0616155ENN.pdf>.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. Poland Country Drug Report 2017 [online]. Lisbon: EMCDDA, ©2017 [cit. 2018-02-10]. Dostupné z: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4509/TD0116917ENN.pdf>.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. United Kingdom Country Drug Report 2017 [online]. Lisbon: EMCDDA, ©2017 [cit. 2018-03-10]. Dostupné z: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4529/TD0116925ENN.pdf>.

FEDERATION OF DRUG & ALCOHOL PRACTITIONERS. FDAP Qualifications: National Counsellor Accreditation Certificate (NCAC) [online]. London: FDAP, ©2018 [cit. 2018-03-10]. Dostupné z: http://www.fdap.org.uk/qualifications_and_certification/ncac_guidance_notes.php#assessment_process.

GESUNDHEIT ÖSTERREICH GMBH (2010). Quality Strategy for the Austrian Healthcare System [online]. Vienna: GÖG, ©2010 [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/8/5/2/CH1063/CMS1318493541783/qualitaetsstrategie_englisch.pdf.

GESUNDHEIT ÖSTERREICH GMBH (2017). Report on the Drug Situation 2017 [online]. Vienna: GÖG, ©2017 [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: <https://jasmin.goeg.at/309/1/2017%20Report%20on%20the%20Drug%20Situation.pdf>.

GOVERNMENT OF THE NETHERLANDS. Primary and secondary mental health care [online]. Hague: GN, ©2018 [cit. 2018-02-15]. Dostupné z: <https://www.government.nl/topics/mental-health-services/primary-and-secondary-mental-health-care>.

HM GOVERNMENT. 2017 Drug Strategy [online]. London: HM Government, ©2017 [cit. 2018-03-10]. Dostupné z: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/628148/Drug_strategy_2017.PDF.

HORVATH, Ilonka. Quality Assurance in Austria [elektronická pošta]. Message to: Ilonka.Horvath@goeg.at. 29. března 2018 13:48 [cit. 2018-04-04]. Osobní komunikace.

KRAJOWE BIURO DO SPRAW PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII. Baza rekomendowanych programów przeciwdziałania narkomanii [online]. Warsaw: KBPN, ©2010 [cit. 2018-02-10]. Dostupné z: <http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=106519>.

KRAJOWE BIURO DO SPRAW PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII. Quality Assurance in Poland [elektronická pošta] [cit. 2018-02-10]. Osobní komunikace.

KRAJOWE BIURO DO SPRAW PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII. Standardy dobrej praktyki [online]. Warsaw: KBPN, ©2010 [cit. 2018-02-10]. Dostupné z: <http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=107230>.

KRAJOWE BIURO DO SPRAW PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII. Standardy i kryteria oceny jakości programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego w ramach systemu rekomendacji. Warsaw: KBPN, ©2010 [cit. 2018-02-10].

KRAJOWE BIURO DO SPRAW PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII. Standardy i System Akredytacji [online]. Warsaw: KBPN, ©2010 [cit. 2018-02-10]. Dostupné z: <http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=106383>.

KRAJOWE BIURO DO SPRAW PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII. System rekomendacji. Programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego [online]. Warsaw: KBPN, ©2010 [cit. 2018-02-10]. Dostupné z: http://www.kbpn.gov.pl/wydawnictwa_on_line.htm.

KWALITEITSONTWIKKELING GGZ. Meerjarenprogramma 2014–2017 [online]. Utrecht: NK GGZ, ©2014 [cit. 2018-02-15]. Dostupné z: <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/wp-content/uploads/2016/06/Digitale-versie-Meerjarenprogramma-Netwerk-Kwaliteitsontwikkeling-GGz-1.pdf>.

KWALITEITSONTWIKKELING GGZ. Toelichting op GGZ Standaarden [online]. Utrecht: NK GGZ, ©2018 [cit. 2018-02-15]. Dostupné z: <https://www.ggzstandaarden.nl/pagina/toelichting-ggz-standaarden>.

LANDESPRÄVENTIONSRAT NIEDERSACHSEN. Grüne Liste Prävention. Auswahl- und Bewertungskriterien für die CTC Programm - Datenbank [online]. Hannover: LPR, ©2011 [cit. 2018-03-25]. Dostupné z: https://www.gruene-liste-praevention.de/communities-that-care/Media/Grne_Liste_Bewertungskriterien.pdf.

LANDESPRÄVENTIONSRAT NIEDERSACHSEN. Grüne Liste Prävention. CTC Datenbank empfohlener Präventionsprogramme [online]. Hannover: LPR, ©2018 [cit. 2018-03-01]. Dostupné z: <https://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/information>.

MEDIQUEST. Frequently Asked Questions [online]. Utrecht: MediQuest, ©2018 [cit. 2018-02-15]. Dostupné z: <https://www.ggzkwaliteitsstatuut.nl/Home/Faq>.

MENTOR UK. Quality standards for effective alcohol and drug education [online]. London: Mentor UK, ©2014 [cit. 2018-03-10]. Dostupné z: <http://mentor-adepis.org/wp-content/uploads/2014/05/Quality-standards-for-alcohol-and-drug-education.pdf>.

MENTOR UK. Quality standards for effective alcohol and drug education [online]. London: Mentor UK, ©2018 [cit. 2018-03-10]. Dostupné z: <http://mentor-adepis.org/quality-standards-effective-alcohol-drug-education/>.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Inspekce MPSV [elektronická pošta] [cit. 2018-06-10]. Osobní komunikace.

MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. Certifikace odborné způsobilosti programů primární prevence [online]. Praha: MŠMT, ©2013 [cit. 2018-02-05]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/certifikace-programu-primarni-prevence-1>.

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. Zaostřeno na drogy 1. Certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog. Nástroj záruky kvality drogových služeb hrazených z veřejných zdrojů [online]. Praha: Úřad Vlády ČR, ©2004 [cit. 2018-06-01]. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/4628/597/Zaostreno_200401_web.pdf.

NATIONALE PRÄVENTIONSKONFERENZ. Bundesrahmenempfehlungen [online]. Berlin: NPK, ©2016 [cit. 2018-03-01]. Dostupné z: http://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/themen_a_z/praevg/nat_praevkon/bundesrahm/bundesrahmenempf.pdf.

NEDERLAND. Wet van 1 maart 2014 inzake regels over de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor preventie, ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en ouders bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen (Jeugdwet). Dostupné z: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0034925/2018-01-01>.

NEDERLAND. Wet van 3 december 2014, houdende regels inzake de verzekering van zorg aan mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg (Wet langdurige zorg). Dostupné z: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0035917/2018-01-01>.

NEDERLAND. Wet van 9 juli 2014, houdende regels inzake de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015). Dostupné z: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0035362/2018-01-01>.

NEDERLAND. Wet van 9 oktober 2008, houdende bepalingen over de zorg voor de publieke gezondheid (Wet publieke gezondheid). Dostupné z: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0024705/2018-01-01>.

NEDERLAND. Wet van 16 juni 2005, houdende regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringswet). Dostupné z: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0018450/2018-01-01>.

NEDERLAND. Wet van 25 mei 1990, houdende regels met betrekking tot collectieve preventie op het gebied van de volksgezondheid. Dostupné z: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0004760/2007-01-01>.

RZECZPOSPOLITA POLSKA. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia. Dostupné z: <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20090520418>.

RAISER, Peter. Quality Assurance in Germany [elektronická pošta]. Message to: Raiser@dhs.de. 26. dubna 2018 14:02 [cit. 2018-05-10]. Osobní komunikace.

ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS. Quality Network for Psychiatric Intensive Care Units. Welcome Booklet 2017–2018 [online]. London: Centre for Quality Improvement, ©2017 [cit. 2018-04-01]. Dostupné z:

<https://www.rcpsych.ac.uk/workinpsychiatry/qualityimprovement/qualitynetworks/psychiatricintensivecare.aspx>.

ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS. Quality Networks and Accreditation [online]. London: RCPsych, ©2018 [cit. 2018-03-10]. Dostupné z: <https://www.rcpsych.ac.uk/workinpsychiatry/qualityimprovement/qualitynetworks.aspx>.

SOCIOTRENDY. Analýza mezinárodního a národního legislativního rámce protidrogové politiky a mezinárodních, národních a regionálních strategických dokumentů. Olomouc: Sociotrendy, 2017. [Analýza byla zpracována jako součást projektu „Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky“, registrační číslo CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_030/0003035, prioritní osa OPZ: 2 - Sociální začleňování a boj s chudobou.] Praha: Úřad vlády České republiky, Odbor protidrogové politiky. Dostupné z: <https://www.rozvojadiktologickychsluzeb.cz/>.

SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE. Ceník akreditačního šetření [online]. Praha: SAK, ©2018 [cit. 2018-06-01]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/cenik-sluzeb/akreditace/>.

SUCHT- UND DROGENKOORDINATION WIEN. Förderrichtlinien 2014 [online]. Vienna: SDW, ©2014 [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: <https://sdw.wien/wp-content/uploads/130730-FDRL-final.pdf>.

SZTAJNER, I.; IWANIAK, L. Stowarzyszenie MONAR [prezentace]. Třeboň: XI. Adiktologická konferenci Jihočeského kraje, 2017.

TRIMBOS INSTITUUT. Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. The Netherlands Drug Situation 2010 [online]. Utrecht: TI, ©2010 [cit. 2018-02-15]. Dostupné z: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_142509_EN_NL-NR2010.pdf.

TRIMBOS INSTITUUT. Focus op de geestelijke gezondheid [online]. Utrecht: TI, ©2015 [cit. 2018-02-15]. Dostupné z: <https://assets.trimbos.nl/docs/c3eb213b-4ec0-4bc0-97b0-1119b4e3707d.pdf>.

UK FOCAL POINT ON DRUGS. 2010 National Report (2009 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. United Kingdom [online]. London: UKFPD, ©2010 [cit. 2018-03-10]. Dostupné z: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_142584_EN_UK-NR2010.pdf.

UK FOCAL POINT ON DRUGS. United Kingdom Drug Situation 2016 [online]. London: UKFPD, ©2016 [cit. 2018-03-10]. Dostupné z: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/669021/UK-drug-situation-2016-report.pdf.

UNITED KINGDOM. Health and Social Care Act 2012. Dostupné z: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents/enacted>.

VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY. Certifikace odborné způsobilosti služeb [online]. Praha: Vláda ČR, ©2013 [cit. 2018-02-05]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/certifikace/certifikace-odborne-zpusobilosti-sluzeb-69227/>.

VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY. Seznam držitelů certifikátů odborné způsobilosti [online]. Praha: Vláda ČR, ©2018 [cit. 2018-06-01]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/certifikace/Seznam_drzitelu_certifikatu_odborne_zpusobilosti_duben_2018.pdf.

VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY. Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (Standardy služeb pro uživatele drog, závislé a patologické hráče) [online]. Praha: Vláda ČR, ©2015 [cit. 2018-02-05]. Dostupné z:

https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/certifikace/Inovovane_Standardy_odborne_zpusobilosti__2015.pdf.

ZORGINSTITUUT NEDERLAND. Model Kwaliteitsstatuut GGZ [online]. Diemen: ZI, ©2017 [cit. 2018-02-15]. Dostupné z:

<https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/model-kwaliteitsstatuut-ggz/RegisterKwaliteitsstandaardenDocumenten/Model%20Kwaliteitsstatuut%20GGZ.pdf>.

ZORGINSTITUUT NEDERLAND. Format Kwaliteitsstatuut GGZ – Vrijgevestigde [online]. Diemen: ZI, ©2017 [cit. 2018-02-15]. Dostupné z:

<https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/model-kwaliteitsstatuut-ggz/RegisterKwaliteitsstandaardenDocumenten/Format%20Kwaliteitsst.%20ggz%20vrijgevestigde.pdf>.

7. SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ, SCHÉMAT A TABULEK

Obrázky

Obrázek 1 Úkony účastníků v procesu akreditací adiktologických služeb v Polsku	90
Obrázek 2 Úkony účastníků ve schvalovacím procesu statutu kvality adiktologických služeb v Nizozemsku	98
Obrázek 3 Úkony účastníků v procesu akreditací adiktologických služeb v Rakousku.....	102
Obrázek 4 Úkony účastníků v procesu certifikací rehabilitačních zařízení v Německu	109
Obrázek 5 Úkony účastníků v procesu akreditací adiktologických služeb ve Spojeném království garantovaných Komisí pro kvalitu péče.....	115

Schémata

Schéma 1 Průběh procesu hodnocení kvality zdravotnických adiktologických služeb v Polsku	20
Schéma 2 Průběh procesu hodnocení kvality adiktologických služeb v Nizozemsku.....	35
Schéma 3 Průběh procesu hodnocení kvality adiktologických služeb v Rakousku.....	51
Schéma 4 Průběh procesu hodnocení kvality adiktologických služeb v Německu	68
Schéma 5 Průběh procesu hodnocení kvality adiktologických služeb ve Spojeném království prováděného Komisí pro kvalitu péče.....	83
Schéma 6 Průběh procesu hodnocení kvality adiktologických služeb ve Spojeném království prováděného Centrem pro zlepšení kvality	84

Tabulky

Tabulka 1 Existující systémy hodnocení kvality adiktologických služeb v ČR.....	9
Tabulka 2 Hlavní aktéři v modelu zajištění a hodnocení kvality adiktologických služeb v Polsku	11
Tabulka 3 Srovnání tematických okruhů polských a českých obecných standardů kvality služeb pro klienty se závislostmi	16
Tabulka 4 Hlavní aktéři v modelu zajištění a hodnocení kvality adiktologických služeb v Nizozemsku.....	25
Tabulka 5 Hlavní aktéři v modelu zajištění a hodnocení kvality adiktologických služeb v Rakousku.....	39
Tabulka 6 Hlavní aktéři v modelu zajištění a hodnocení kvality adiktologických služeb v Německu.....	55
Tabulka 7 Hlavní aktéři v modelu zajištění a hodnocení kvality adiktologických služeb ve Spojeném království.....	72
Tabulka 8 Přímí účastníci akreditací adiktologických služeb v Polsku	89
Tabulka 9 Přímí účastníci systému statutu kvality adiktologických služeb v Nizozemsku	97
Tabulka 10 Přímí účastníci akreditací adiktologických služeb v Rakousku	101
Tabulka 11 Přímí účastníci akreditací adiktologických služeb v Německu	107
Tabulka 12 Přímí účastníci akreditací adiktologických služeb ve Spojeném království v rámci akreditačního systému Komise pro kvalitu péče	113

Tabulka 13 Srovnání systémů hodnocení kvality služeb mezi ČR a zeměmi EU.....	125
Tabulka 14 Modely a systémy zajištění a hodnocení kvality adiktologických služeb ve vybraných zemích EU	132
Tabulka 15 Pravděpodobnost výskytu rizika	142
Tabulka 16 Významnost vlivu, dopadu rizika	142
Tabulka 17 Analýza rizik navrhovaných změn systému certifikací RVKPP v ČR.....	143
Tabulka 18 Přehled kritických rizik ohrožujících navrhované změny v systému certifikací RVKPP	148
Tabulka 19 Příklady právních subjektů realizujících hodnocení kvality adiktologických služeb ve srovnávaných zemích EU	149
Tabulka 20 Analýza možných výhod/nevýhod a překážek/příležitostí plynoucích z převedení realizace certifikací z Úřadu vlády ČR na jiný, nevládní subjekt	151