



Vypořádání připomínek odborných společností ČLS JEP k novele interního systému hodnocení kvality a bezpečí (dále jen „IHK)

Útvar	Č. př.	Z/D	Bez připomínky/ Připomínky	Vypořádání
Česká Společnost ORL a chirurgie hlavy a krku	1	Z	Připomínky k Metodice sebehodnocení Provádění sebehodnocení je časově příliš náročné a administrativně náročné. Jeho provádění je v podmínkách ambulantního typu ORL ordinace (většina ambulantních provozů v ČR sestává z 1 lékaře a 1 sestry) nereálné a zbytečně zatěžující. Doporučujeme proto sekci ambulantní péče z předloženého materiálu zcela vypustit.	Neakceptováno, Vysvětleno s úpravou textu S Vaší připomínkou v základu souhlasíme, nicméně ji neakceptujeme z následujících důvodů. <ul style="list-style-type: none">• Metodický návod pro sebehodnocení IHK nemá žádné zmocnění v legislativě a je pouze doporučujícím materiálem, který poskytovatel může a nemusí ve své praxi využívat. Tato skutečnost je uvedena v úvodu tohoto materiálu, nicméně se opakovaně ujišťujeme, že zjevně není dostatečně zdůrazněna, a proto bude ve vazbě na Vaši připomínku provedeno formální zdůraznění textu o nepovinném charakteru materiálu.• Dále bychom rádi zdůraznili, že záměrem MZ není administrativně zatěžovat ambulantní praxe, ale naopak nabídnout pomocný materiál pro zavedení IHK těm, kteří s obdobným administrativním systémem nemají dostatečné zkušenosti nebo ocení pomocnou národní metodiku (byť nepovinnou). I v této souvislosti je kromě principu dobrovolnosti na str. 5 metodiky uvedeno, že určení koordinátora včetně souvisejících bodů, je doporučeno primárně pro ordinace s více než 3 zaměstnanci.
Česká chirurgická společnost	2	Z	Připomínky k Metodice sebehodnocení Jsme zásadně proti tomu, aby se výsledky sebehodnocení z jednotlivých nemocnic používaly pro benchmarking, pro který je možné používat jen validované údaje ze zdravotních pojišťoven prostřednictvím Kanceláře zdravotního pojištění nebo ÚZIS. Aby bylo možné použít data získané ze sebehodnocení, musel by probíhat pravidelný nezávislý audit, který zatím není nastaven.	Akceptováno Text zmiňující benchmarking byl spíše vizí do budoucna a primárně se týkal poskytovatelů lůžkové péče, jejichž systém interního hodnocení kvality představuje velmi rozsáhlý proces, a metodika má tak pro ně největší využití. S Vaší však argumentací souhlasíme a předmětný odstavec bude upraven ve smyslu připomínky následovně: <i>„Proto ministerstvo vydává tento metodický postup jako metodické vodítko, jehož cílem je umožnit standardizaci průběhu i výstupů interního hodnocení kvality a bezpečí.“</i>
Společnost radiační onkologie, biologie a fyziky	3	Z	Radiační onkologie je jeden z nejsledovanějších oborů v celé medicíně s ohledem na podstatu své činnosti – práci s ionizujícím zářením. Další paralelní systémy hodnocení kvality považujeme za	Neakceptováno Souhlasíme s Vaší argumentací, že poskytovatelé zdravotních služeb, jejichž součástí je lékařského ozáření v oblasti radioterapie, jsou značně kontrolovanými a auditovanými pracovišti, nicméně je nutné rozlišovat jednotlivé



		duplikující až redundantní.	<p>kontrolní mechanismy z hlediska především určující legislativy a odůvodnění jejich provádění.</p> <p>Předkládané materiály mají implementovat Interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb (IHK), který vyplývá z § 47 odst. 3 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění, a je pro všechny poskytovatele zdravotních služeb povinný. Zákon v tomto ustanovení též specifikuje, že k řádnému provádění IHK vydá MZ ve svém věstníku Minimální požadavky pro zavádění IHK. Ty byly řádně vydány v roce 2012 a nyní je Vám k připomínce předkládána jejich druhá novelizace, kterou si vyžádala praxe (především poskytovatelů lůžkové péče).</p> <p>Zákon č. 372/2011 Sb. vzešel v účinnost od 1. dubna 2012. Nejedná se tedy o zavádění nového systému, který by měl poskytovatele zdravotních služeb (PZS) zatěžovat, naopak by jim měl nabídnout „návod“, jak a v jakém rozsahu IHK provádět. Tento systém kontroly je vhodné vnímat jako nástroj k zajištění zcela základní úrovně kvality a bezpečí poskytované péče ve zdravotnickém zařízení.</p> <p>Vámi zmiňovaný proces externího hodnocení kvality a bezpečí (ve Vašem dopise značeno jako kontrola SAK, o.p.s.) je proces dobrovolný a je pouze na rozhodnutí poskytovatele, zda tento proces zdravotnické zařízení podstoupí či nikoli. Tento proces je jakousi druhou úrovní kvality a bezpečí, která je značně rozsáhlejší než IHK a deklaruje vysokou úroveň poskytovaných služeb.</p> <p>Na povinnosti PZS vyplývajících ze zákona č. 372/2011 Sb. pak dále v případě aplikace lékařského ozáření nasedají povinnosti vyplývající ze zákonů upravující tuto specifickou oblast péče, která pak již konkrétně posuzuje, hodnotí a kontroluje lékařské ozáření. Jak jste uvedl v připomínkujícím dopise, je práce s lékařským ozářením vysoce riziková, a proto je nutné tyto kontroly provádět z různých hledisek poskytování péče – např. povinnost transponovat NRS do místních radiologických standardů (MRS) či provádět externí klinické audity vyplývá ze zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, v platném znění, přičemž cílem je v NRS nastavit národní postupy a zásady pro lékařské ozáření, přičemž externí klinický audit pak kontroluje aplikaci MRS, resp. tedy NRS, do praxe konkrétního pracoviště a posoudit případné odchylky.</p> <p>Dále pak navazují kontroly SÚJB, jejichž obsah rozsah odpovídá příslušnému zmocnění a představuje kontroly nezbytné pro správnou aplikaci lékařské ozáření a bezpečí pacientů i zaměstnanců, zaměřuje se např. na technické</p>
--	--	-----------------------------	--



				<p>parametry, zkoušky provozní stálosti, dodržování pravidel lékařského ozáření dle zákona č. 263/2016 Sb., atomový zákon, v platném znění atd.</p> <p>Závěrem bychom jen rádi upozornili, že v oblasti standardů IHK pro poskytovatele ambulantní péče byly novelizační úpravy minimálního rozsahu a týkaly se prakticky jen formulačních úprav jednotlivých standardů IHK.</p>
Společnost biomedicínské ho inženýrství a lékařské informatiky	4		V předložených dokumentech nejsou nikde zohledněné zdravotnické prostředky, přestože se při poskytování zdravotních služeb používají ve všech oblastech zdravotní péče, na něž jsou materiály vztaženy.	<p>Akceptováno</p> <p>Souhlasíme s Vaší připomínkou. Zdravotnické prostředky a technika dnes (více než dříve) tvoří zcela nezbytnou součást poskytování zdravotní péče, přičemž její zanedbání může vést přímo i nepřímo k poškození zdravotního stavu pacientů i zdravotnického personálu.</p> <p>Ve smyslu připomínky budeme žádat Společnost biomedicínské ho inženýrství a lékařské informatiky o spolupráci při návrhu znění nového samostatného standardu, který bude zařazen do povinností všech 3 typů poskytovatelů zdravotní péče.</p>
Společnost biomedicínské ho inženýrství a lékařské informatiky	5	Z	V předložených dokumentech není zmínka o vedení zdravotnické dokumentace v elektronické podobě a telemedicína.	<p>Vysvětleno</p> <ul style="list-style-type: none">• Vedení zdravotnické dokumentace včetně všech souvisejících náležitostí je řešeno v rámci vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů. Neshledáváme za účelné zde tuto oblast uvádět a zmíněnou legislativu tak duplikovat.• Distanční péče doposud není nikde přesně definována včetně způsobu přenosu a ochrany dat, a není hrazená ze systému zdravotního pojištění (probíhá vyjednávání, ale protazím na úrovni diskusí zainteresovaných stran). Zavedení telemedicíny do minimálních požadavků pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí proto shledáváme za předčasné a nesystémové. Je to však téma, za které děkujeme a které budeme evidovat s plánem jeho zpracování při následující novele znění minimálních požadavků (za předpokladu, že bude telemedicína legislativně ukotvena).
Společnost biomedicínské ho inženýrství a lékařské informatiky	6	Z	Jaká je souvislost uvedených dokumentů a záměrů s akreditacemi zdravotnických zařízení. Pokud má dané zdravotnické zařízení akreditaci, např. SAK, o.p.s., mělo by to automaticky pokrývat tento záměr.	<p>Vysvětleno</p> <p>Legislativa ČR definuje systémy hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb následujícím způsobem:</p> <p>Předkládané materiály mají implementovat Interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb (IHK), který vyplývá z § 47 odst. 3 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich</p>



			<p>poskytování, v platném znění, a je pro všechny poskytovatele zdravotních služeb povinný. Zákon v tomto ustanovení též specifikuje, že řádnému provádění IHK vydá MZ ve svém věstníku Minimální požadavky pro zavádění IHK. Ty byly řádně vydány v roce 2012 a nyní je Vám k připomínkám předkládána jejich druhá novelizace, kterou si vyžádala praxe (především poskytovatelů lůžkové péče).</p> <p>Zákon č. 372/2011 Sb. vzešel v účinnost od 1. dubna 2012. Nejedná se tedy o zavádění nového systému, který by měl poskytovatele zdravotních služeb (PZS) zatěžovat, naopak by jim měl nabídnout „návod“, jak a v jakém rozsahu IHK provádět (přidružená metodika pro sebehodnocení IHK je pouze doporučujícím materiálem, které nemá zmocnění v zákoně a žádný PZS ho tak nemusí dodržovat). Tento systém kontroly je vhodné vnímat jako nástroj k zajištění zcela základní úrovně kvality a bezpečí poskytované péče ve zdravotnickém zařízení.</p> <p>Na IHK navazuje Externí hodnocení kvality a bezpečí (ve Vašem dopise značeno jako akreditace SAK, o.p.s.), jenž je procesem dobrovolným a je pouze na rozhodnutí konkrétního poskytovatele, zda tento proces zdravotnické zařízení podstoupí či nikoli. Tento proces je jakousi druhou úrovní kvality a bezpečí, která je značně rozsáhlejší než IHK a deklaruje vysokou úroveň poskytovaných služeb.</p> <p>Kromě výše uvedené provázanosti platí, že v rámci akreditačních standardů subjektů oprávněných Ministerstvem zdravotnictví k provádění (externího) hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, je kontrolováno i plnění IHK.</p>
Sdružení praktických lékařů ČR, Sdružení ambulantní specialistů ČR, z.s.	7	Z	<p>U značné většiny menších poskytovatelů s několika zaměstnanci (u praktických lékařů běžné), je tato struktura nepoužitelná a její dodržování zcela neracionální a zbytečnou administrativní zátěží. Za ideální bychom považovali, aby tito poskytovatelé interní auditem nebyli vůbec obtěžováni. Pokud by to s ohledem na pravidla EU nebylo možné, předkládáme návrh na úpravu/redukci pro poskytovatele ambulantní péče.</p> <p>Akceptováno částečně</p> <p>Děkujeme na připomínku i zpracovaný návrh rozsahu interního systému kvality a bezpečí (IHK) pro poskytovatel ambulantní péče. Váš návrh navrhujeme zpracovat v rozsahu uvedeném v příloze tohoto vypořádání s následujícím vysvětlením.</p> <ul style="list-style-type: none">• Předkládané materiály mají implementovat Interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, který vyplývá z § 47 odst. 3 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění, a je pro všechny poskytovatele zdravotních služeb povinný. Zákon v tomto ustanovení též specifikuje, že k řádnému provádění IHK vydá MZ ve svém věstníku Minimální požadavky pro zavádění



				<p>IHK. Ty byly řádně vydány v roce 2012 a nyní je Vám k připomínkám předkládána jejich druhá novelizace, kterou si vyžádala praxe (především poskytovatelů lůžkové péče). Zákon č. 372/2011 Sb. vzešel v účinnost od 1. dubna 2012. Nejedná se tedy o zavádění nového systému, který by měl poskytovatele zdravotních služeb (PZS) zatěžovat, naopak by jim měl nabídnout „návod“, jak a v jakém rozsahu IHK provádět.</p> <ul style="list-style-type: none">• Metodika pro sebehodnocení není pro malé ordinace určena a je pouze doporučující pro ty, kterým může pomoci ve vytvoření funkčního systému provádění IHK v rámci daného zdravotnického zařízení. Záměrem MZ není administrativně zatěžovat ambulantní praxe, ale naopak nabídnout pomocný materiál pro zavedení IHK těm, kteří s obdobným administrativním systémem nemají dostatečné zkušenosti nebo ocení pomocnou národní metodiku (byť nepovinnou). I v této souvislosti je kromě principu dobrovolnosti na str. 5 metodiky uvedeno, že určení koordinátora včetně souvisejících bodů, je doporučeno primárně pro ordinace s více než 3 zaměstnanci.
Společnost klinické cytologie	8		Bez připomínek – není vztaženo na komplement	
Česká pediatrická společnost	9		<i>Nezaslali zpětnou vazbu</i>	
Společnost všeobecného lékařství	10		<i>Nezaslali zpětnou vazbu</i>	
Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost	11		<i>Nezaslali zpětnou vazbu</i>	
Odborná společnost praktických dětských lékařů	12		<i>Nezaslali zpětnou vazbu</i>	



Příloha č. 1

2. Poskytovatel ambulantní péče

2.1. Standard: RBC 2 – Bezpečnost při používání přípravků s vyšší mírou rizikovosti

Cílem standardu je stanovit seznam léčivých přípravků individuálně pro každou ambulanci s vyšší mírou rizikovosti (dle charakteru ambulance) ve vztahu k možnosti poškození pacienta. K těmto léčivým přípravkům patří vždy injekční roztoky chloridu draselného (KCL) o koncentraci 7,45 % a vyšší, inzulíny, neředěné hepariny (pokud se používají), opiáty¹. Zajistit bezpečné skladování těchto léčivých přípravků v souladu s doporučením výrobce léčiv.

2.1.1. Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu

Standard je splněn, jestliže poskytovatel

- má stanoven seznam léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti (dle charakteru ambulance),
- má zajištěno bezpečné uložení léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti v souladu s doporučením výrobce.
- má stanoven postup bezpečného nakládání s léčivými přípravky s vyšší mírou rizikovosti zdravotnickým personálem,
- má stanoven způsob ověření realizace a účinnosti/efektivity standardu v přímé péči o pacienta (např. interní audit, systém sledování nežádoucích událostí viz dále).

2.2. Standard: RBC 5 – Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče

Dezinfekce rukou před kontaktem s pacientem a bezprostředně po něm je účinným prostředkem prevence přenosu infekcí. Jedná se o nejefektivnější cestu k celkovému snížení výskytu infekcí a snížení nákladů na jejich léčbu. Cílem standardu je zavést optimální postupy hygieny rukou při poskytování zdravotní péče a zajistit vybavenost pracovišť dezinfekčními přípravky k zajištění hygieny rukou.

2.2.1. Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu

Standard je splněn, jestliže poskytovatel

- má zajištěno vstupní a periodické školení všech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků zdravotnického zařízení v oblasti hygieny rukou.
- má zajištěnou vybavenost každého umyvadla hygienickými potřebami, dezinfekčními přípravky a případně schématem správného mytí rukou zejména na exponovaných místech např. vyšetřovnách, převazovnách atd.



- má stanoven způsob ověření realizace a účinnosti/efektivity standardu v přímé péči o pacienta (např. interní audit, sledování výskytu infekcí spojených s poskytováním zdravotních služeb).

2.3. Standard: Řešení neodkladných stavů

Cílem standardu je organizační, metodické a materiální zajištění včasné a adekvátní reakce na náhle vzniklé zhoršení zdravotního stavu pacienta v podmínkách konkrétního poskytovatele zdravotních služeb.

2.3.1. Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu

Standard je splněn, jestliže poskytovatel

- má stanoven postup pro identifikaci časných příznaků neodkladného stavu a přivolání odborné pomoci.
- má stanoven plán periodických školení všech pracovníků v rozpoznání časných příznaků neodkladných stavů, poskytování první pomoci a kardiopulmonální resuscitace v souladu s aktuálními doporučeními.
- pravidelně kontroluje dostupnost a funkčnost pomůcek pro řešení neodkladných stavů a léčivých přípravků a o tomto vede příslušnou evidenci.
- má stanoven způsob kontroly dodržování a účinnosti/efektivity standardu v přímé péči o pacienta (např. interní audit, e-learning, ověření znalostí). Vedoucí pracovníci na základě zjištěných nedostatků optimalizují stanovené postupy.

2.4. Standard: Zajištění bezpečnosti skladovaných léčivých přípravků

Cílem tohoto standardu je stanovení pravidel manipulace s léčivými přípravky (LP) tak, aby měl lékař i nelékařský zdravotnický pracovník oprávněný přejímat, kontrolovat a ukládat léčivé přípravky neustálý přehled o jejich datu expirace, a aby systém uložení léčivých přípravků minimalizoval jejich záměnu při podání pacientovi. Zacházení s léčivými přípravky by mělo odpovídat takovým pravidlům, jež omezují hromadění exspirovaných LP v ordinaci praktických lékařů a ambulantních specialistů. Standard konkretizuje způsob a systém ukládání a uchovávání léčivých přípravků.

2.4.1. Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu

Standard je splněn, jestliže poskytovatel

- skladuje léčivé přípravky omamné a psychotropní dle stanov SÚKL.
- skladuje léčivé přípravky, které nemají zvláštní skladovací podmínky definovány SÚKL, dle lékové formy.
- má na pracovišti zaveden systém umožňující průběžnou kontrolu expirací.



2.5. Standard: Stanovení zásad správné komunikace s pacientem

Cílem tohoto standardu je minimalizovat komunikační bariéru, která může vzniknout mezi ošetřujícím lékařem, jiným zdravotnickým pracovníkem a pacientem. Důvody komunikační bariéry mohou být způsobeny věkem, jazykovou nebo kulturní rozdílností, poruchou sluchu u pacienta nebo mentální či rozumovou nedostatečností. Úroveň komunikace dále závisí na vzdělání, zájmu pacienta o vlastní zdraví a zdravotním stavu. Komunikace musí probíhat v takovém jazyce, kterému je pacient schopen porozumět. V případě potřeby je lékař povinen umožnit pacientovi přítomnost jím zajištěného a placeného tlumočnicka. Lékař musí poskytnout pacientovi informaci takovým způsobem, aby pacient poskytnuté informaci porozuměl a popřípadě ji byl schopen alespoň částečně interpretovat jinému lékaři či lékárníkovi; musí se ujistit, že pacient poskytnuté informaci rozumí, popřípadě dovysvětlit, co bylo nepochopeno.

2.5.1. Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu

Standard je splněn, jestliže poskytovatel

- poskytuje pacientovi při konzultaci prostor k tomu, aby popsal svůj zdravotní stav a jeho souvislosti.
- poskytuje pacientovi informace takovým způsobem, aby pacient poskytnutým informacím porozuměl, v případě potřeby je lékař povinen umožnit pacientovi přítomnost jím zajištěného a placeného tlumočnicka, a o této skutečnosti se bezprostředně přesvědčí, popřípadě dovysvětlí, co bylo nepochopeno.
- vytvoří vhodné komunikační schéma pro všechny zdravotnické pracovníky daného pracoviště (v závislosti na typu pacientů, specializaci apod.).
- v případě potřeby používá alternativní komunikační techniky a pomůcky pro pacienty – algoritmy, obrázky, návody, psaná doporučení.
- sleduje a analyzuje chyby v oblasti komunikace v celém rozsahu poskytování zdravotních služeb.

2.6. Standard: Ordinační doba a zastupitelnost

Ordinační doba je pro pacienta důležitou informací, která by měla být dálkově dostupná a fixní. Měla by být organizována tak, aby alespoň ve své části umožnila návštěvu po průměrné pracovní době občanů/pacientů (dle požadavků pojišťoven) a pokud je zaveden objednávací systém tak, aby umožnila ve své části přístup akutních pacientů k péči. Přehled ordinačních hodin musí být pro pacienty dostupný, a to v podobě vyvěšeného rozpisu na vstupu do zdravotnického zařízení, kde je kladen důraz na čitelnost a informaci. Informace musí podléhat pravidelné aktualizaci, aby byla shodná se skutečným stavem. Poskytovatel je povinen v době nepřítomnosti nebo dočasného přerušení poskytování zdravotních služeb zpřístupnit pacientům informaci o poskytnutí neodkladné péče jiným poskytovatelem v rámci jeho ordinační doby, v případě zajištění zástupu jiným poskytovatelem musí být uvedeno jeho celé jméno, kontaktní údaje, ordinační doba a přesná adresa.

2.6.1. Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu

Standard je splněn, jestliže poskytovatel



- zajistí dostupnost rozpisu ordinačních hodin pro pacienty – tzn. ordinační doba je vyvěšena v podobě rozpisu na vstupu do zdravotnického zařízení (nebo na jiném přístupném místě ambulance), kde je kladen důraz na čitelnost a srozumitelnost informací. Informace musí podléhat pravidelné aktualizaci, aby byla shodná se skutečným stavem, tj. reálným chodem ambulance.
- zajistí, aby změna ordinační doby byla vyznačena v dostatečném předstihu.
- má vedeny informace o ordinačních hodinách, které obsahují minimálně: jméno lékaře a jména všech zdravotnických pracovníků včetně všeobecné sestry, odbornost, ordinační hodiny formou „od – do“, identifikaci hodin, jež jsou vyhrazeny k pravidelným úkonům (aplikace injekcí, odběry krve apod.) nebo pro objednané, úplnou adresu pracoviště, telefonní kontakt (pevná linka, mobilní telefon) a pokud je dostupný též kontakt elektronické pošty (e-mail), popř. datové schránky.
- v době své nepřítomnosti nebo dočasného přerušení poskytování zdravotních služeb zpřístupní pacientům informaci o poskytnutí neodkladné péče jiným poskytovatelem v rámci jeho ordinační doby. U zastupujícího lékaře uvede celé jméno, kontaktní údaje a přesnou adresu místa poskytování zdravotní péče.

2.7. Standard: Sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí

Cílem standardu je zavedení procesu evidence a vyhodnocování nežádoucích událostí, které se vyskytnou při poskytování ambulantní péče. Nežádoucí událostí je událost nebo okolnost, která mohla vyústit nebo vyústila v tělesné poškození pacienta, kterému bylo možné se vyhnout. Dále jsou za nežádoucí událost považovány případy, kdy došlo k poškození pacienta, které je pouze psychické či socioekonomické a také případy, kdy poškozeným je poskytovatel zdravotních služeb nebo jeho pracovník. Za nežádoucí událost je také považováno neočekávané zhoršení klinického stavu pacienta, pokud má za následek trvalé tělesné poškození nebo úmrtí pacienta a pokud se nejedná o obvyklou komplikaci zdravotního stavu.

2.7.1. Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu

Standard je splněn, jestliže poskytovatel

- má zaveden způsob vyhodnocování nežádoucích událostí včetně zjišťování jejich příčin.
- vede evidenci nežádoucích událostí, v případě, že k ní došlo.
- identifikuje a přijímá nápravná, popřípadě preventivní opatření k předcházení nežádoucích událostí.