

# **Zefektivnění systému managementu kvality ve Vsetínské nemocnici a.s.**

Bc. Libor Czeffer

---

Diplomová práce  
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta managementu a ekonomiky

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta managementu a ekonomiky  
Ústav managementu a marketingu  
akademický rok: 2011/2012

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Libor CZEFFER**  
Osobní číslo: **M10902**  
Studijní program: **N6208 Ekonomika a management**  
Studijní obor: **Management ve zdravotnictví**

Téma práce: **Zefektivnění systému managementu kvality ve Vsetínské nemocnici a.s.**

Zásady pro vypracování:

### Úvod

#### I. Teoretická část

- Na základě literární rešerše zpracujte teoretické poznatky v oblasti systému managementu kvality ve zdravotnictví.

#### II. Praktická část

- Popište a analyzujte současný stav systému managementu kvality ve Vsetínské nemocnici a.s.
- Vytvořte projekt zefektivnění systému managementu kvality ve Vsetínské nemocnici a.s.

### Závěr

Rozsah diplomové práce: **70 stran**  
Rozsah příloh:  
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

BRIŠ, Petr. **Management kvality. 2. upravené vydání.** Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2010. 208 s. ISBN 987-80-7318-912-9.

ČSN EN ISO 9001. **Systémy managementu kvality – Požadavky.** Praha: Český normalizační institut, 2009. 56 s.

ŠKRLA, Petr a ŠKRLOVÁ, Magda. **Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních.** Praha: Grada, 2008. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.

Vedoucí diplomové práce: **prof. MUDr. Jaroslav Slaný, CSc.**  
Ústav managementu a marketingu  
Datum zadání diplomové práce: **18. června 2012**  
Termín odevzdání diplomové práce: **13. srpna 2012**

Ve Zlíně dne 18. června 2012

prof. Dr. Ing. Drahomíra Pavelková  
*děkanka*



Ing. Pavla Štaňková, Ph.D.  
*ředitel ústavu*

## PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že:

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby<sup>1</sup>;
- diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému,
- na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3<sup>2</sup>;
- podle § 60<sup>3</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;

---

<sup>1</sup> zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

<sup>2</sup> zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

<sup>3</sup> zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

- podle § 60<sup>4</sup> odst. 2 a 3 mohou užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že:

- jsem diplomovou práci zpracoval samostatně a použité informační zdroje jsem citoval;
- odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně 10.8.2012 .....

 .....

<sup>4</sup> zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

- (2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.
- (3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce se zabývá možnostmi zvýšení efektivity systému managementu kvality ve Vsetínské nemocnici a.s. Teoretická část diplomové práce je rozdělena na tři tematické celky. První část vymezuje základní pojmy týkající se managementu, kvality a managementu kvality, včetně historického vývoje přístupů k managementu kvality. Druhá část popisuje aplikaci obecných principů systému managementu kvality v podmínkách zdravotnictví a třetí oblast se zaměřuje na nástroje zvyšování efektivity systému managementu kvality. Praktická část popisuje a analyzuje současný stav systému managementu kvality ve Vsetínské nemocnici a.s. a na základě analýzy navrhuje projekt zlepšení systému managementu kvality v nemocnici.

Klíčová slova: management, kvalita, systém managementu kvality, zdravotnictví, nemocnice.

## **ABSTRACT**

The diploma thesis deals with the possibilities of increasing the efficiency of quality management system in the Vsetin Hospital. The theoretical part of the thesis is divided into three thematic units. The first part defines the basic terms of management, quality and quality management, including the historical development of approaches to quality management. The second part describes the application of general principles of quality management system in conditions of healthcare and the third part focuses on the tools of improving the efficiency of quality management system. The practical part describes and analyzes the current state of quality management system in the Vsetin Hospital and based on the analysis proposes project to improve the quality management system in hospital.

Keywords: management, quality, quality management system, healthcare, hospital.

Touto cestou bych rád poděkoval prof. MUDr. Jaroslavu Slanému, CSc., za odborné vedení diplomové práce. Poděkování patří rovněž managementu vsetínské nemocnice a.s. za vstřícnost při psaní diplomové práce a v neposlední řadě rodině a přátelům za podporu v průběhu celého studia.

*„I když bereme v úvahu veškeré úspěchy nemocnic posledních let, obrovskému množství utrpení a přinejmenším řadě úmrtí v těchto zařízeních lze stále předejít.“*

Florence Nightingale, 1863

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>12</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>13</b>
<b>1 MANAGEMENT KVALITY</b> .....	<b>14</b>
1.1 POJEM MANAGEMENT .....	14
1.2 FUNKCE A PROCESY MANAGEMENTU .....	14
1.3 POJEM KVALITA.....	16
1.4 VÝVOJ MANAGEMENTU KVALITY .....	17
1.5 ZÁKLADNÍ PRINCIPY MANAGEMENTU KVALITY .....	19
1.5.1 Orientace na zákazníka .....	19
1.5.2 Osobní odpovědnost managementu .....	20
1.5.3 Zapojení zaměstnanců .....	20
1.5.4 Procesní přístup .....	20
1.5.5 Systémový přístup k managementu .....	21
1.5.6 Neustálé zlepšování.....	22
1.5.7 Rozhodování na základě faktů .....	22
1.5.8 Vzájemně prospěšné dodavatelské vztahy .....	23
1.6 VÝZNAM MANAGEMENTU KVALITY PRO ORGANIZACI .....	24
1.6.1 Stabilní ekonomický růst.....	24
1.6.2 Úspěšnost na trhu .....	25
1.6.3 Úspory materiálu a energií .....	25
1.6.4 Řízení dat .....	25
1.6.5 Rozvoj lidského potenciálu .....	25
<b>2 MANAGEMENT KVALITY VE ZDRAVOTNICTVÍ</b> .....	<b>26</b>
2.1 HISTORIE MANAGEMENTU KVALITY VE ZDRAVOTNICTVÍ .....	26
2.1.1 Vývoj managementu kvality ve světě .....	26
2.1.2 Vývoj managementu kvality v České republice.....	28
2.2 SPECIFIKA IMPLEMENTACE SYSTÉMU MANAGEMENTU KVALITY VE ZDRAVOTNICTVÍ .....	29
2.3 SYSTÉMY KVALITY VE ZDRAVOTNICTVÍ .....	30
2.3.1 Norma ISO 9001:2008 .....	30
2.3.2 Spojená akreditační komise, o.p.s. ....	32
2.3.3 Akreditace a certifikace laboratoří .....	33
2.4 LEGISLATIVNÍ RÁMEC A PŮSOBNOST MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČR.....	34
2.4.1 Akční plán kvality a resortní bezpečnostní cíle .....	34
2.4.2 Projekty Ministerstva zdravotnictví ČR.....	35
2.4.3 Kvalita zdravotních služeb v legislativních normách .....	35
2.5 NEŽÁDOUCÍ UDÁLOSTI A ŘÍZENÍ RIZIK.....	37
2.5.1 Studie nežádoucích událostí při poskytování zdravotních služeb.....	37
2.5.2 Role lidského faktoru .....	38
2.5.3 Management rizik.....	39
<b>3 NÁSTROJE PRO ZEFEKTIVNĚNÍ SYSTÉMU MANAGEMENTU KVALITY</b> .....	<b>40</b>



3.1	PŘEZKOUMÁNÍ SYSTÉMU MANAGEMENTU KVALITY .....	40
3.1.1	Vstup pro přezkoumání .....	40
3.1.2	Výstup z přezkoumání.....	41
3.2	ANALÝZA JAKO VÝCHODISKO PROJEKTU.....	41
3.2.1	PEST analýza .....	41
3.2.2	Analýza zdrojů a kapacit organizace.....	42
3.2.3	SWOT analýza .....	42
3.3	MODELACE PROJEKTU POMOCÍ CRITICAL PATH METHOD .....	43
3.4	PROCES STRATEGICKÉHO MANAGEMENTU .....	45
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>46</b>
<b>4</b>	<b>CHARAKTERISTIKA SPOLEČNOSTI.....</b>	<b>47</b>
4.1	HISTORIE NEMOCNICE .....	48
<b>5</b>	<b>ORGANIZAČNÍ A KOMPETENČNÍ USPOŘÁDÁNÍ NEMOCNICE .....</b>	<b>50</b>
5.1	ÚSEK ŘEDITELSTVÍ .....	50
5.2	ÚSEK ODBORNÉ PÉČE .....	51
5.3	ÚSEK VNITŘNÍCH SLUŽEB .....	51
5.4	KOMPETENČNÍ SCHÉMA VEDOUCÍCH PRACOVNÍKŮ.....	52
<b>6</b>	<b>SOUČASNÝ STAV MANAGEMENTU KVALITY V NEMOCNICI .....</b>	<b>53</b>
6.1	SYSTÉMY KVALITY V NEMOCNICI.....	53
6.2	PROCESNÍ ŘÍZENÍ.....	53
6.3	ODPOVĚDNOSTI A PRAVOMOCI.....	55
6.4	POLITIKA KVALITY A CÍLE KVALITY .....	56
6.5	ŘÍZENÍ DOKUMENTŮ A ZÁZNAMŮ .....	56
6.5.1	Postup při vydávání interních dokumentů systému kvality .....	57
6.5.2	Členění interních dokumentů systému kvality.....	58
6.5.3	Řízení externích dokumentů systému kvality .....	58
6.6	INTERNÍ KOMUNIKACE.....	59
6.7	MANAGEMENT ZDROJŮ .....	60
6.7.1	Lidské zdroje .....	60
6.7.2	Infrastruktura.....	61
6.7.3	Pracovní prostředí .....	61
6.8	SPOKOJENOST ZÁKAZNÍKA .....	62
6.8.1	Dotazníky spokojenosti .....	62
6.8.2	Focus groups .....	63
6.8.3	Podněty a stížnosti.....	63
6.9	AUDITNÍ ČINNOST.....	63
6.9.1	Interní audity .....	63
6.9.2	Metodické návštěvy .....	64
6.10	ŘÍZENÍ NESHODNÉHO PRODUKTU .....	65
6.10.1	Nežádoucí události .....	65
<b>7</b>	<b>PŘEZKOUMÁNÍ A ANALÝZA SYSTÉMU MANAGEMENTU KVALITY V NEMOCNICI .....</b>	<b>67</b>

7.1	PŘEZKOUMÁNÍ PROCESNÍHO ŘÍZENÍ.....	67
7.2	PŘEZKOUMÁNÍ ODPOVĚDNOSTÍ A PRÁVOMOCÍ .....	67
7.3	PŘEZKOUMÁNÍ POLITIKY KVALITY A CÍLŮ KVALITY .....	68
7.4	PŘEZKOUMÁNÍ PROCESU ŘÍZENÍ DOKUMENTŮ A ZÁZNAMŮ .....	68
7.5	PŘEZKOUMÁNÍ INTERNÍ KOMUNIKACE .....	69
7.6	PŘEZKOUMÁNÍ MANAGEMENTU ZDROJŮ .....	69
7.6.1	Rozvoj znalostí a dovedností .....	70
7.6.2	Hodnocení a spokojenost zaměstnanců.....	70
7.6.3	Počet a struktura zaměstnanců .....	70
7.6.4	Infrastruktura a pracovní prostředí.....	71
7.7	PŘEZKOUMÁNÍ SPOKOJENOSTI ZÁKAZNÍKŮ .....	72
7.7.1	Dotazníky spokojenosti hospitalizovaných pacientů .....	72
7.7.2	Dotazníky spokojenosti ambulantních pacientů.....	72
7.7.3	Focus groups .....	73
7.7.4	Stížnosti k prošetření.....	73
7.8	PŘEZKOUMÁNÍ AUDITNÍ ČINNOSTI.....	74
7.8.1	Interní audity .....	74
7.8.2	Externí audity .....	75
7.8.3	Metodické návštěvy .....	75
7.9	PŘEZKOUMÁNÍ PROCESU ŘÍZENÍ NESHODNÉHO PRODUKTU.....	75
7.10	PŘEZKOUMÁNÍ APLIKOVANÝCH SYSTÉMŮ KVALITY .....	77
<b>8</b>	<b>VÝSTUP Z PŘEZKOUMÁNÍ SYSTÉMU MANAGEMENTU KVALITY V NEMOCNICI.....</b>	<b>79</b>
8.1	OKAMŽITÁ OPATŘENÍ .....	79
8.2	KLÍČOVÉ OBLASTI ZEFEKTIVNĚNÍ SYSTÉMU MANAGEMENTU KVALITY .....	79
<b>9</b>	<b>PROJEKT ZEFEKTIVNĚNÍ SYSTÉMU MANAGEMENTU KVALITY V NEMOCNICI.....</b>	<b>80</b>
9.1	DEFINICE PROJEKTU .....	80
9.2	ZJEDNODUŠENÍ APARÁTU ŘÍZENÝCH DOKUMENTŮ A ZÁZNAMŮ .....	80
9.2.1	Popis procesu vedoucího ke splnění cíle.....	80
9.2.2	Náklady a prostředky realizace .....	81
9.2.3	Přínosy a návratnost investic.....	82
9.2.4	Rizika a opatření .....	82
9.2.5	Časová analýza.....	82
9.2.5.1	Interpretace výsledků .....	84
9.2.6	Shrnutí .....	85
9.3	ZEFEKTIVNĚNÍ PROCESU MONITORACE, HODNOCENÍ A ANALÝZY SPOKOJENOSTI PACIENTŮ.....	86
9.3.1	Popis procesu vedoucího ke splnění cíle.....	86
9.3.2	Náklady a prostředky realizace .....	87
9.3.3	Přínosy a návratnost investic.....	87
9.3.4	Rizika a opatření .....	87
9.3.5	Časová analýza.....	88
9.3.5.1	Interpretace výsledků .....	90
9.3.6	Shrnutí .....	91

9.4	ZEFEKTIVNĚNÍ AUDITNÍ ČINNOSTI .....	91
9.4.1	Popis procesu vedoucího ke splnění cíle.....	92
9.4.2	Náklady a prostředky realizace .....	92
9.4.3	Přínosy a návratnost investic.....	92
9.4.4	Rizika a opatření .....	93
9.4.5	Časová analýza.....	93
9.4.5.1	Interpretace výsledků.....	95
9.4.6	Shrnutí .....	96
9.5	ROZVOJ MANAGEMENTU RIZIK .....	96
9.5.1	Popis procesu vedoucího ke splnění cíle.....	96
9.5.2	Náklady a prostředky realizace .....	97
9.5.3	Přínosy a návratnost investic.....	98
9.5.4	Rizika a opatření .....	98
9.5.5	Časová analýza.....	98
9.5.5.1	Interpretace výsledků.....	102
9.5.6	Shrnutí .....	103
<b>10</b>	<b>ZHODNOCENÍ NÁVRHU PROJEKTU .....</b>	<b>105</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>106</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>107</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>110</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>112</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>113</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>115</b>

## ÚVOD

Kvalita, respektive management kvality, je dnes klíčovým aspektem úspěšnosti jakékoliv organizace a implementace prvků systému managementu kvality je pro ni samozřejmostí. Poskytovatelé zdravotních služeb nejsou výjimkou. Přesto je management kvality v oblasti zdravotnictví relativně novou záležitostí, minimálně ve srovnání s ostatními odvětvími. O to dynamičtěji se ovšem rozvíjí.

V českém zdravotnictví se v posledním roce odehrávají významné změny a mnoho z nich se týká právě kvality zdravotních služeb, o které se mluví stále častěji. Měření a hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb už není založeno pouze na principu dobrovolnosti, ale má oporu v právních předpisech. Patrný je i sílící tlak ostatních subjektů, kteří se na poskytování zdravotních služeb podílejí.

Není tedy otázkou, zda systémy managementu kvality zavádět, ale jaké, jakým způsobem a jak je efektivně udržovat a rozvíjet. Zodpovědět tyto otázky, nebo minimálně poskytnout vodítko ke správnému rozhodnutí, se snaží teoretická část diplomové práce. Tato, kromě obecných teoretických východisek managementu kvality, popisuje systémy kvality, které lze aplikovat v rámci českého zdravotnictví, stejně jako další specifika v podobě právních předpisů, intervencí Ministerstva zdravotnictví či zdravotních pojišťoven apod.

Diplomová práce je zaměřena na zefektivnění systému managementu kvality v podmínkách konkrétního poskytovatele zdravotních služeb – Vsetínské nemocnice a.s. Cílem diplomové práce je, na základě analýzy a přezkoumání systému managementu kvality v nemocnici, identifikovat oblasti ke zlepšení a na jejich základě sestavit projekt zefektivnění systému.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 MANAGEMENT KVALITY

## 1.1 Pojem management

Management je multidisciplinární vědní obor vycházející z poznatků přírodních, technických i společenských věd. Pojem management je v češtině často chápán a překládám jako řízení. Většina odborníků se však shoduje, že management a řízení nejsou zcela totožné termíny. Management zahrnuje větší rozsah poznatků, které se formují a využívají v širším kontextu než řízení. (Porvazník, 2010, s. 26-27)

Management je v literatuře popisován různorodě. Známa je definice, která říká, že „*management je proces tvorby a udržování prostředí, ve kterém jednotlivci pracují společně ve skupinách a účinně dosahují vybraných cílů*“. Obecně lze definice managementu rozdělit do tří skupin:

- 1. skupina klade důraz na **vedení lidí**, např. E. Dale (USA): „*Management je vykonávání věcí prostřednictvím ostatních lidí*.“
- 2. skupina definic zdůrazňuje **specifické funkce vykonávané vedoucími pracovníky**, např. K. H. Chung (USA): „*Management je proces plánování, organizování, vedení a kontroly organizačních činností zaměřených na dosažení organizačních cílů*.“
- 3. skupina se zahrnuje **předmět studia a jeho účel**, např.: S. P. Robin: „*Management je oblast studia, která se věnuje stanovení postupů, jak co nejlépe dosáhnout cílů organizace*.“ (Jakušová, 2010, s. 11-12)

## 1.2 Funkce a procesy managementu

Na počátku 20. století definoval francouzský průmyslník Henri Fayol pět manažerských funkcí, které vykonávají všichni manažeři: plánování, organizovaná, přijímání zaměstnanců, nařizování a kontrola. Většina současných knih o managementu toto rozdělení (občas mírně modifikované) stále používá. (Robbins a Coulter, 2004, s. 25)

**Plánování** zahrnuje výběr činností potřebných pro dosažení stanovených úkolů. **Rozhodování** obsahuje plánování, projektování, formulování cílů, metod a prostředků dosahování zadaných cílů a časového harmonogramu. **Organizování** zahrnuje činnost, kdy soustředíme a uspořádáváme prostředky, které jsou nutné pro dosažení zadaného cíle. Operativní řízení je přímá komunikace mezi řídicí složkou a tím, kdo se příkazy řídí tzv. **vedení lidí** –

personalistika. **Kontrolováním** se rozumí zpětnovazebné informace o reakcích systému na usměrňovací zásahy managementu. Proces kontroly může být - podle řešeného problému – jednorázový nebo průběžný. (Obst et al., 2006, s. 7-8)

Jednotlivé funkce managementu se konkretizují do různých oblastí chodu organizace a nabývají v nich specifického charakteru:

- **Strategické řízení** je proces, ve kterém jsou stanovovány vize a poslání organizace, na jejichž základě se vyvozují strategické cíle organizace. Součástí strategického řízení je zároveň implementace strategického plánování, jehož cílem je dosažení silnější konkurenční výhody, než je ta současná.
- **Marketing** je postaven na analýze trhu, prostředí, zákazníka a jeho chování. Ovlivňuje vývoj produktu, vyhledává nové zákazníky, zabývá se volbou optimální prodejní strategie včetně cenové politiky.
- **Řízení financí** stanovuje finanční cíle, hledá metody zabezpečení krátkodobé i dlouhodobé finanční rovnováhy organizace.
- **Řízení lidských zdrojů** se zabývá dosahováním cílů organizace prostřednictvím lidí – zaměstnanců. Mezi základní funkce řízení lidských zdrojů patří plánování počtu a struktury zaměstnanců, jejich vyhledávání, získávání, plánování kariérní dráhy, motivace a další.
- **Management kvality** zahrnuje činnosti, které směřují ke splnění požadavků na kvalitu. Propojuje činnosti všech pracovníků organizace s cílem zefektivnění procesů a plnění požadavků zákazníka. Jedná se kontinuální, dlouhodobý proces.
- **Řízení informací** obsahuje vyhledávání, zpracovávání a tok informací, k čemuž využívá prostředky novodobá techniky (počítače apod.). Manažerům umožňuje včas přijímat rozhodnutí důležitá pro plánování, řízení a kontrolu aktivit v organizaci.
- **Logistické řízení** zajišťuje rychlost a kvalitu toků všemi procesy napříč organizací od vzniku požadavku až po dodání finálního produktu, a to při odpovídajících nákladech.
- **Krizové řízení** se zaměřuje na eliminaci situací a stavů, které dlouhodobě nebo trvale ohrožují cíle organizace, případně ji samotnou. Jedná se o proces vyrovnávání se s krizí.

- **Řízení změn** reaguje na důležité změny v organizaci vyvolané vnějšími či vnitřními silami. Zaměřuje se řízení změn zejména v oblasti technologií, administrativy a personalistiky. (Bělohlávek, Košťan a Šuleř, 2006, s. 7-8)

### 1.3 Pojem kvalita

Zájem o kvalitu se v posledních třech desetiletích výrazně zvýšil a dá se říci, že dosáhla úrovně společenské nevyhnutelnosti. Kvalita se stává nedílnou součástí celé společnosti i každodenního života. (Jakušová, 2010, s. 89)

Existuje mnoho různých definic kvality, které odvíjely povětšinou od toho, jak byla v dané době kvalita chápána. V padesátých letech minulého století byla vnímána jako nadstandard, něco výjimečného, drahého. Dnes již není kvalita vnímána pouze jako objektivní vlastnost zboží, služby, ale její pojetí je daleko širší. Rozhodující nejsou vlastnosti výrobku jako takového, ale potřeby zákazníka. Vlastnost, kterou zákazník nepožaduje, není pohledu kvality podstatná. (Bělohlávek, Košťan a Šuleř, 2006, s. 333)

Z výše uvedeného vyplývá, že pojem kvalita má dvě dimenze. **Subjektivní**, tzn. jak já, jako jedinec jsem spokojen, do jaké míry plní výrobek nebo služba mé očekávání, požadavky. **Objektivní** stránka kvality pak představuje plnění určitých, předem dohodnutých kritérií/parametrů výrobku či služby (dále jen „produkt“). (Madar et al., 2004, s. 27)

Asi nejznámější definicí kvality je ta, které je uvedena v normě ISO 9000: „Kvalita je stupeň plnění požadavků souborem inherentních znaků“ (*Systém managementu kvality – Základy, zásady, slovník*, 2006, s. 26). Inherentní = trvalý znak produkt.

Mezi další, v odborné literatuře často citované přístupy ke kvalitě patří:

- P. B. Crosby: „Kvalita je shoda s požadavky.“
- A. V. Feigenbaum: „Kvalita je to, co za ni považuje zákazník.“
- H. J. Harrington: „Kvalita je splnění nebo překračování očekávání zákazníka při ceně, která představuje pro zákazníka hodnotu.“ (Bělohlávek, Košťan a Šuleř, 2006, s. 334)

Nehledě na nepřeberné množství definic a pohledů na kvalitu je jisté, že prohlubující se konkurence nutí podniky i jednotlivce věnovat kvalitě zvýšenou pozornost. Zásadní pro jejich existenci je to, zda nabízený produkt splňuje představy a požadavky zákazníka na



kvalitu. Ty se přitom v mnoha případech časem mění, proto je nutné požadavky na kvalitu periodicky přezkoumávat. (Pešek, 2003, s. 17)

V neposlední řadě je nutné si uvědomit nuance v chápání naplňování kvality výrobku a kvality služby. Služba – jako produkt v nehmotné kvalitě – je činnost odehrávající se přímo mezi odběratelem a poskytovatelem služby. Pro většinu služeb je charakteristická přímá přítomnost, spolupodílení se, zákazníka v hlavním procesu poskytování služby. Kvalitu služby tedy ve velké míře ovlivňují zejména pracovníci v první linii, kteří mohou pružně reagovat na přání zákazníka. Mnohem obtížněji se však naplňují požadavky zákazníka a stanovují měřitelná kritéria kvality služby. (Madar et al., 2004, s. 30-31)

#### 1.4 Vývoj managementu kvality

Názory na kvalitu prodělaly dlouhý historický vývoj. V době, kdy lidé začali vyrábět nástroje pro lov, oděvy, obydlí apod., vznikaly zároveň otázky typu: Podařilo se nám to? Nebude nám zima? Poslouží nám to tak, jak jsme chtěli? Jinými slovy hodnotili dosažené výsledky s předem vytvořenými představami o nich. (Briš, 2010, s. 7)

Historie standardizace kvality sahá hluboko do minulosti. Téměř před 4000 lety vytvořil babylonský král Chammurabi první právní standardy, které byly vyryty do 2,5 metrů vysokého bloku dioritu a objeveny roku 1902 týmem francouzských archeologů v Iráku. Je až s podivem, že se některé z těchto prastarých standardů objevily bez výraznějších úprav v modelu řízení kvality dle norem ISO 9000. (Škrála a Škrlová, 2003, s. 47)

K prvním náznakům vzniku managementu kvality došlo v době, kdy se stal produkt předmětem směny, tzn. vytvořil se vztah poskytovatele produktu a zákazníka (**řemeslná výroba**). V tomto období bylo charakteristické to, že poskytovatel produktu byl v přímém kontaktu se zákazníkem. Plně odpovídal za kvalitu nabízeného produktu. (Briš, 2010, s. 7)

Nevýhodou řemeslné výroby byla nízká produktivita práce. Z tohoto důvodu se počátkem minulého století začala rozšiřovat **hromadná výroba**. Toto období dalo vzniknout teoriím dělby práce a vědeckého řízení. Za kvalitu výrobku již neodpovídal jeden člověk. Každý pracovník se začal podílet pouze na své části procesu vzniku produktu, za které nesl odpovědnost, případně byla odpovědnost za kvalitu přesunuta na výrobní kontrolory (kontrola hotových produktů). Většina pracovníků tak ztratila přímý kontakt se zákazníky a byla odtržena od odpovědnosti za kvalitu konečného produktu.

Na počátku třicátých let přišel Američan Walter Shewhart se statistickým řízením procesů, který dal vzniknout etapě tzv. **zaměření na výrobní procesy**. Toto dovolovalo operativně a efektivně řídit výrobní proces pomocí predikce vývoje procesu a zpětné vazby v případě zhoršení sledovaných parametrů. Docházelo tak ke kontrole již v průběhu výrobního procesu. Po válce se však v USA většina průmyslových podniků vrátila zpět ke kontrole finálních produktů. Jiná situace se odehrávala v Japonsku. Přednášky W. E. Deminga a J. M. Juran (kteří po válce v Japonsku delší dobu působili) přesvědčili manažery tamních firem o smyslu a užitečnosti statistického řízení procesů a řízení a zlepšování kvality. Byly tak položeny základy k budování komplexního managementu kvality tak, jak jej známe dnes.

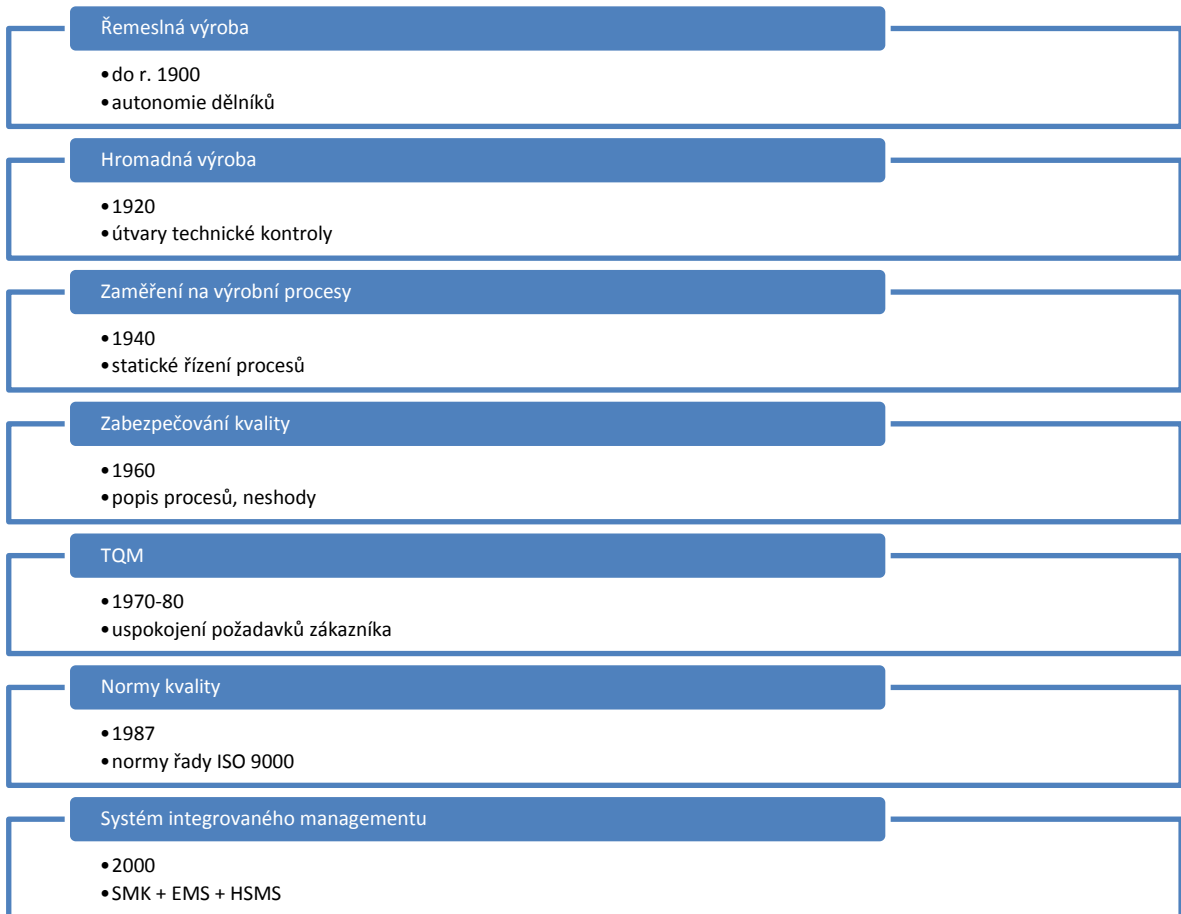
V USA a západní Evropě se systém managementu kvality (dále jen „SMK“) odvíjel směrem k **zabezpečování kvality**, založeném na popisu procesů a prevenci neshod. Vytvořené dokumentované postupy byly využity k zajištění, že procesy probíhají v souladu se standardizovanými postupy a je tak zajištěn kvalitní výstup. (Bělohávek, Košťan a Šuleř, 2006, s. 335-336)

Dosud popsané postupy v zabezpečování kvality však nepokrývaly všechny oblasti „života“ organizace, čímž byl vytvořen prostor pro vznik **komplexního managementu kvality** (dále jen „TQM“ – Total Quality Management). TQM je založen na aktivizaci každého člena v organizaci i ve spolupracujících subjektech k poskytování produktů naplňující potřebu a očekávání zákazníka. Tato koncepce přináší zásadní obrat, a to od „zaměření se na výrobek“ na „zaměření se na zákazníka“. (Bělohávek, Košťan a Šuleř, 2006, s. 335; Briš, 2010, s. 8)

Osmdesátá léta dala vzniknout prvním **normám kvality**. Byla ustanovena technická komise ISO/TC 176, která zpracovala návrhy norem pro řízení kvality. Tato snaha vyústila v roce 1987 schválením norem řady ISO 9000, podle nichž se mohla (a může) řídit organizace z jakéhokoliv odvětví a v jakémkoliv státě. Normy byly dále revidovány v roce 1994, 2000 a 2008. (Madar et al., 2004, s. 28)

Současným trendem je slučování SMK se systémem péče o životní prostředí (EMS - Environmental Management System) a systémem péče o bezpečnost a ochranu zdraví při práci (HSMS – Health and Safety Management System) do tzv. **integrovaného systému managementu kvality**. V současnosti převládají dvě základní koncepce managementu kvality. Jednak koncepce podle norem ISO 9000 a jednak koncepce TQM, v Evropě nejčastěji

reprezentována modelem EFQM Excellence (European Foundation for Quality Management). (Bělohávek, Košťan a Šuleř, 2006, s. 336; Madar et al., 2004, s. 28)



Obrázek 1 Vývoj managementu kvality (*vlastní zpracování*)

## 1.5 Základní principy managementu kvality

Obě současné koncepce managementu kvality (normy ISO 9000 a TQM) jsou založeny na téměř shodných principech. Na tomto základě bylo popsáno osm zásad managementu kvality.

### 1.5.1 Orientace na zákazníka

Plnění požadavků zákazníka, a to nejen současných, ale i predikce požadavků a potřeb budoucích, je stěžejním úkolem managementu i každého zaměstnance jakékoliv organizace, která se řídí principy SMK. Na spokojenosti zákazníka závisí prosperita a další existence většiny firem. Spokojenost zákazníka je proto nutno kontinuálně monitorovat a vyhodnocovat. Ze získaných údajů lze porozumět jeho potřebám a očekáváním a tyto naplňovat

s cílem neustálého zvyšování spokojenosti. (Briš, 2010, s. 28; *Systém managementu kvality – Požadavky*, 2009, s. 27)

### 1.5.2 Osobní odpovědnost managementu

Osobní příklad a angažovanost managementu – neboli vůdcovství – je základním předpokladem motivace zaměstnanců a pozitivního rozvoje firemní kultury. „*Kdo chce zapalovat, musí sám hořet*“. Jedině takovýto management může vytvořit takové prostředí, v němž budou pracovníci plně zapojeni v dosahování cílů organizace. (Bělohlávek, Košťan a Šuleř, 2006, s. 345).

V normě ČSN EN ISO 9001 (2009) je angažovanost a aktivita managementu v oblasti SMK rozdělena do pěti bodů:

- plnění požadavků zákazníka, stejně jako zákonů a předpisů,
- stanovování politiky kvality,
- stanovování cílů kvality,
- přezkoumávání SMK,
- zajišťování dostupnosti zdrojů.

### 1.5.3 Zapojení zaměstnanců

Jedná se o princip maximálního využití schopností a dovedností zaměstnanců ve prospěch společných cílů organizace. Základem je uvědomění si faktu, že pracovníci všech úrovní organizační struktury jsou pilířem organizace, cenným kapitálem, a že její prosperita je do velké míry odvislá na aktivním zapojení všech zaměstnanců. Úspěch každého řešení je dán nejen kvalitou návrhu řešení, ale i mírou přijetí návrhu mezi zaměstnanci. Právě tento druhý parametr je často bagatelizován a sebelepší návrh ztroskotává na nezájmu a odmítavém postoji zaměstnanců. (Bělohlávek, Košťan a Šuleř, 2006, s. 345-346).

Aplikace této zásady vede ke změně v chování a vnímání ze strany zaměstnanců, jako např. aktivní vyhledávání příležitostí ke zlepšení, zvyšování znalostí; soustředění se na tvorbu hodnot pro zákazníka; uspokojení z vlastní práce apod. (Briš, 2010, s. 28-29)

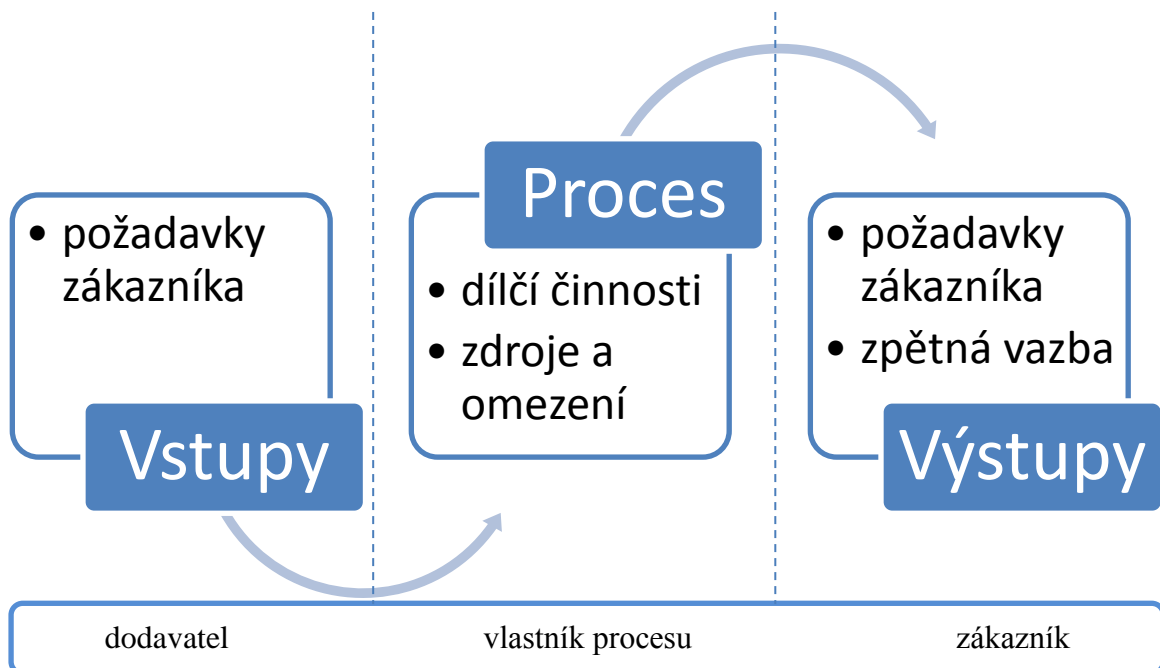
### 1.5.4 Procesní přístup

Proces lze definovat jako soubor posloupných činností, který mění vstupy na výstupy za použití zdrojů. Efektivního výstupu lze dosáhnout tehdy, pokud jsou související zdroje a činnosti řízeny jako proces.

Každý proces, aby správně fungoval, musí mít svého vlastníka, tzn. osobu odpovědnou za proces jako takový včetně odpovídajících pravomocí. Zákazník definuje požadavky na výstup. Tyto vlastní proces převeďte na požadavky na proces a vstupy.

Důležitým nástrojem řízení procesu je zpětná vazba od zákazníka. Jedná se o zpětnou informaci o spokojenosti, přáních a očekáváních zákazníka, která slouží jako podklad pro další řízení a zefektivňování procesu.

Procesy v organizaci lze rozdělit na **hlavní** (vytvářejí přidanou hodnotu pro zákazníka), **podpůrné** (nevytvářejí hodnotu pro zákazníka, jsou ale důležité pro chod hlavních procesů) a **řídící** procesy (zajišťují efektivní fungování hlavních a podpůrných procesů). (Bělohávek, Košťan a Šuleř, 2006, s. 346-348)



Obrázek 2 Schéma procesu (vlastní zpracování)

### 1.5.5 Systémový přístup k managementu

Zásada systémového přístupu je úzce spjata s principem procesního přístupu, na který navazuje. Systém lze definovat jako soubor vzájemně souvisejících a navzájem se ovlivňujících procesů. Aplikace zásady systémového přístupu k managementu umožňuje pochopit vzájemné vazby mezi jednotlivými procesy a tím i identifikaci možných slabých míst systému.

Procesy v organizaci nelze vnímat odděleně. Systém není pouhým souhrnem samostatných procesů, ale spíše organizmem, kde každá jeho část ovlivňuje celek a nemůže existovat

odděleně. Proto je nutné před každou plánovanou změnou jednoho procesu namodelovat, jak tato změna ovlivní procesy ostatní. (Bělohlávek, Košťan a Šuleř, 2006, s. 348; Briš, 2010, s. 29)

### 1.5.6 Neustálé zlepšování

Pokud chce organizace uspět v tvrdém konkurenčním boji a před svými zákazníky, musí být jedním z hlavních cílů organizace kontinuální vývoj, zdokonalování, zlepšování. Toto však nelze aplikovat pouze na produkty, ale zejména na procesy v organizaci a systém jako celek. Neustálé zlepšování produktů, procesů a systému vede k efektivnosti a účinnosti organizace. Je přitom důležité, aby tento princip prosazovali (a řídili se jím) všichni zaměstnanci.

Nutnou podmínkou pro zlepšování je funkční systém monitorování, měření a periodického přezkoumávání výsledků a jejich srovnávání s předem stanovenými kritérii. Na základě srovnání lze odhalit potenciální oblasti pro zlepšení. V procesu zlepšování lze využít principů lineárního zlepšování, přírůstkového zlepšování (Demingův cyklus PDCA: Plánuj – Dělej – Kontroluj – Jednej) nebo skokového zlepšování. (Briš, 2010, s. 29)

Požadavky systémové normy ISO 9001 na organizaci v oblasti neustálého zlepšování jsou definovány takto: „*Organizace musí neustále zlepšovat efektivnost systému managementu kvality prostřednictvím využívání politiky kvality, cílů kvality, výsledků auditů, analýz dat, nápravných a preventivních opatření a přezkoumávání systému managementu.*“ (Systém managementu kvality – Požadavky, 2009, s. 29).

### 1.5.7 Rozhodování na základě faktů

Pokud chceme, aby byly změny a jim předcházející rozhodovací procesy zatíženy minimem nežádoucích událostí a byly efektivní, je nutno rozhodovat na základě logické a intuitivní analýzy údajů a informací.

Z výše uvedeného vyplývá, že tak jako princip neustálého zlepšování i tento vychází ze systematického monitorování a měření. Důležitý je výběr validní metody analýzy a dále přesnost, spolehlivost a dostupnost analyzovaných dat a informací. (Bělohlávek, Košťan a Šuleř, 2006, s. 349)

Důraz na úlohu údajů z monitorování a měření pro rozhodování založeném na faktech klade i Směrnice pro zlepšování výkonnosti v rámci norem ISO. Ta uvádí, že pro zajištění výkonnosti organizace a spokojenosti všech zainteresovaných stran musí vrcholové vedení

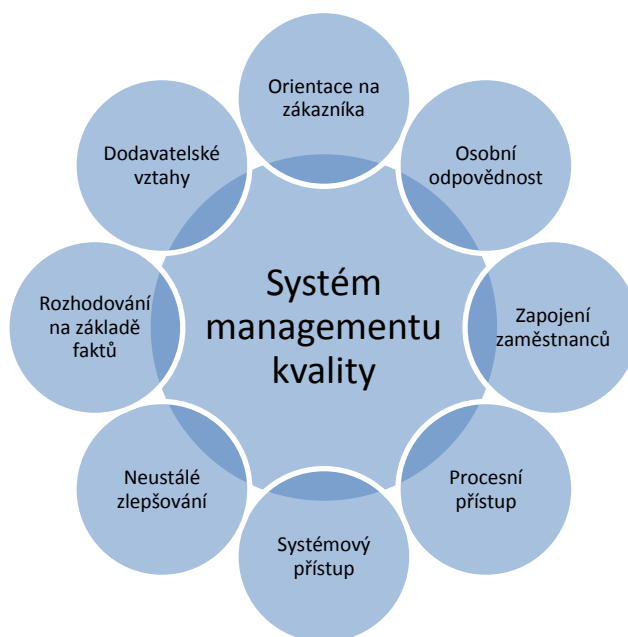
zajistit efektivní a účinné měření, stejně jako shromažďování a validaci údajů k tomuto účelu. (*Systém managementu kvality – Směrnice pro zlepšování výkonnosti*, 2002, s. 60)

### 1.5.8 Vzájemně prospěšné dodavatelské vztahy

Snad nejvýznamnější změnou v dosud poslední revizi (rok 2008) systémové normy ISO 9001 bylo právě posílení důrazu na řízení dodavatelských vztahů. Organizace je povinna zajistit, aby byl nakupovaný produkt ve shodě s požadavky zákazníka i závazných předpisů. To, že je produkt dodáván externí firmou nezbavuje management organizace odpovědnosti za jeho kvalitu. Způsob a rozsah řízení a kontroly nakupovaných produktů je odvislý od jejich vlivu na hlavní procesy, realizaci finálního produktu organizace. (*Systém managementu kvality – Požadavky*, 2009, s. 24-25)

Implementace zásady vzájemně prospěšných dodavatelských vztahů vede k:

- identifikaci a výběru klíčových dodavatelů,
- vytvoření jasně a otevřené komunikace,
- společnému plánování a zlepšování produktů,
- společné formulaci a porozumění potřebám zákazníka,
- sdílení informací a vizí do budoucna,
- uznávání zlepšování a úspěchů dodavatelů (a tím i jejich motivaci) na základě hodnocení dodavatelů. (Briš, 2010, s. 30)



Obrázek 3 Základní principy managementu kvality (*vlastní zpracování*)

## 1.6 Význam managementu kvality pro organizaci

V posledních třech desetiletích došlo k významným změnám ve světové ekonomice. Tyto lze charakterizovat:

- převahou nabídky nad poptávkou,
- nadměrnou produkční kapacitou v mnoha odvětvích,
- zvyšujícím se tlakem na snižování objemu jednotlivých dodávek,
- zkracováním inovačních cyklů,
- rychlostí přenosu informací a znalostí,
- lepší informovaností zákazníků,
- globalizací podnikatelského prostředí.

Význam kvality stoupl ve světovém měřítku tak dramaticky, že se dokonce mluví o revoluci kvality. (Hutyra et al., 2007, s. 10-11)

Výhod implementace SMK v organizaci je nespočet. Některé lze vydedukovat z popisu osmi základních principů managementu kvality, proto zde již nebudou zmiňovány. Nelze však nezmínit, že i dnes mnozí představitelé vrcholového vedení firem spatřují největší význam v získání certifikátu a opomíjejí ostatní, mnohem důležitější, aspekty. Níže je uvedeno pět příkladů/oblastí v literatuře často uváděných.

### 1.6.1 Stabilní ekonomický růst

Organizace se zavedeným a rozvíjeným SMK dosahují dlouhodobě lepších výsledků než organizace ostatní. SMK se projevuje svými pozitivními účinky jak uvnitř organizace, tak i v jeho okolí.

Mezi interní účinky můžeme zařadit např. klesající podíl neshod, zvyšující se účinnost vnitropodnikových procesů, apod. To vše vede ke zvyšování produktivity a redukci nákladů.

Hlavním externím účinkem SMK je rostoucí míra spokojenosti a loajality zákazníků. Tyto účinky jsou však dlouhodobějšího charakteru (mnohdy se projeví až za několik let po zavedení SMK). Právě externí účinky jsou však zárukou stabilního ekonomického růstu, ke kterému přispívá i skutečnost, že díky vysoké kvalitě jsou zákazníci ochotni akceptovat vyšší cenu, případně větší vzdálenost (zejména v oblasti služeb). (Hutyra et al., 2007, s. 11)



### 1.6.2 Úspěšnost na trhu

Organizace zjišťují, že zavedením principů SMK mohou podstatně zvýšit své postavení na trhu. Výzkumy realizované v minulých letech v zemích Evropské unie (dále jen „EU“) prokázaly, že 66 % všech příčin ztrát trhů padá na vrub nízké úrovni kvality produktů. (Hutyra et al., 2007, s. 11)

### 1.6.3 Úspory materiálu a energií

Typickým příkladem je výroba a používání výrobků o nízké kvalitě, spolehlivosti. Levné, nekvalitní výrobky pak nepřinášejí předpokládané pozitivní efekty, a jejich nízká pořizovací cena je brzy cena vykoupena náklady za opravy, nespokojeností zákazníků apod. SMK organizaci nutí zabývat se neshodnými produkty a jejich prevencí, výběrem a hodnocením dodavatelů a tímto zohledňovat spíše kvalitativní vlastnosti produktu, než - z krátkodobého hlediska na první pohled výhodnou – nízkou cenou. (Hutyra et al., 2007, s. 11)

### 1.6.4 Řízení dat

Další výhodou SMK je oblast standardizace postupů a procesů na základě jejich popisu v dokumentech systému kvality. Veškerá data, která jsou používána v procesu rozhodování a kterými se prokazuje shoda produktů a procesů se tímto dostávají „pod kontrolu“.

Tím, že jsou činnosti v organizaci vykonávány plánovitě a v souladu se standardizovanými předpisy se rovněž snižuje hladina stresu u zaměstnanců i v organizaci jako celku. Každý zná své kompetence a odpovědnosti, ví, jak má danou činnost vykonávat a v jakém časovém horizontu. (Bělohlávek, Košťan a Šuleř, 2006, s. 333)

### 1.6.5 Rozvoj lidského potenciálu

Zavedení a udržování SMK v organizaci vede ke zvýšeným nárokům na zaměstnance na poli znalostí i dovedností a tím i k osobnímu růstu. Rozvíjí se znalosti a dovednosti v oblasti týmové práce, komunikace, vedení lidí, systémového myšlení apod. (Bělohlávek, Košťan a Šuleř, 2006, s. 333)

## 2 MANAGEMENT KVALITY VE ZDRAVOTNICTVÍ

Kvalita zdravotních služeb patří mezi nejpřednější hodnoty zdravotnictví napříč všemi kontinenty. V důsledku akcelerovaného rozvoje nových medicínských postupů a technologií a rovněž v důsledku univerzálnosti zdravotních služeb nabývá tato hodnota nových rysů a rozměrů. Hodnocení kvality zdravotních služeb se tak stává stále aktuálnější záležitostí. Donedávna preferovaný intuitivně-subjektivní přístup je nahrazován zdokonalováním a standardizací procesů s cílem dosáhnout všestranně optimální výsledky. Zatímco v sedmdesátých letech byla za kvalitu ve zdravotnictví považována především klinická znamení, v současnosti je otázkou kvality zdravotních služeb neodmyslitelnou součástí, ba dokonce předpokladem manažerská kultura a vyspělosti poskytovatelů. (Gladkij, Heger a Strnad, 1999, s. 3-4)

Kvalita zdravotních služeb byla definována Světovou zdravotnickou organizací (dále jen „WHO“ - World Health Organisation) roku 1966 jako: *„souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určený potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe.“* Donabedian popisuje kvalitu zdravotních služeb jako: *„takový druh péče, při které lze očekávat maximální užitek pro pacientovo zdraví, a kdy očekávaný užitek je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu.“* Podobných definic existuje mnoho. Z nich lze rozeznat tři dimenze zdravotních služeb:

- **kvalita z pohledu pacienta/klienta** – co pacienti vyžadují od služeb,
- **kvalita z hlediska profesionálního** – postupy lege artis, použití vhodných technik a procedur k naplnění potřeb pacienta,
- **kvalita z hlediska řízení** – co nejekonomičtější a nejproduktivnější využití zdrojů v rámci limitů a různých omezení. (Madar et al., 2004, s. 33-34)

### 2.1 Historie managementu kvality ve zdravotnictví

#### 2.1.1 Vývoj managementu kvality ve světě

Historie programů kvality zdravotní péče začala v USA na počátku minulého století. Za jejich zakladatele je považován Ernest Codman. V roce 1917 rozvinula American College of Surgeons základní standardy pro nemocnice. Při jejím šetření vyhovělo požadavkům přibližně 15 % nemocnic. V roce 1926 byl vydán první tištěný manuál a od roku 1950 se začalo řídit akreditačními standardy více než 3200 nemocnic.

V roce 1951 byla založena Společná komise pro akreditaci nemocnic, která začala tvořit a publikovat standardy pro posuzování kvality poskytovaných služeb. Od roku 1970 se tyto stávají standardy optimálním stupněm kvality.

V roce 1987 byl změněn název této organizace na Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHO). JCAHO v současnosti hodnotí více než 19 000 poskytovatelů zdravotní péče (dále jen „poskytovatel“) v USA. V roce 1998 byla vytvořena JCAHO mezinárodní Joint Commission International (JCI).

Tento směr podporuje i International Society for Quality in Health Care - ISQua. ISQua vytvořila akreditační standardy ALPHA. Standardy ALPHA jsou pojaty tak, aby zohledňovaly kvalitu všech aspektů a respektovaly požadavky mezinárodní normy ISO.

V roce 1989 dala Evropská nadace pro management kvality (EFQM - European Foundation for Quality Management) vzniknout Evropské ceně za kvalitu (EQA - European Quality Award), která byla určena na zvýšení konkurenceschopnosti evropských firem. (ZDN, ©2006)

V roce 2001 byla schválena mezinárodní pracovní dohoda ISO/IWA 1:2005, která vychází z normy ISO 9004 a je zaměřena na implementaci norem ISO řady 9000 v podmínkách zdravotnictví. (*Systém managementu kvality – Směrnice pro proces zlepšování služeb ve zdravotnických organizacích*, 2005, s. 9)

Kromě akreditačních komisí a certifikačních společností je nutno zmínit i WHO, která do kvality zdravotních služeb vstupuje prostřednictvím svých projektů a programů v mnoha zemích světa. V lednu 2002 doporučila Výkonná rada WHO Světovému zdravotnickému shromáždění rezoluci, která se zabývá otázkou bezpečí pacientů. V květnu 2004 bylo na 57. Světovém zdravotnickém shromáždění zhodnoceno plnění této rezoluce a doporučeno stanovit mezinárodní alianci pro zvyšování bezpečí pacientů.

Bezpečí pacientů – v rámci SMK ve zdravotnictví – patří do priorit současné evropské politiky. V dubnu 2005 byla schválena na summitu členských států EU tzv. Lucemburská deklaráce k bezpečí pacientů, kde je mj. doporučeno zvážit zavedení národního dobrovolného systému hlášení mimořádných událostí a nedokonaných pochybení. V návaznosti na tuto deklaráci následně vydala Rada EU Doporučení o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí. (Hřib a Vychytil, 2010, s. 13-15)

### 2.1.2 Vývoj managementu kvality v České republice

Řízení kvality ve zdravotnictví má – v porovnání s jinými odvětvími – řadu odlišností a s tím se pojící časové zpoždění. Před rokem 1989 byla implementace principů SMK ve zdravotnictví do značné míry limitována povahou tehdejšího systému, který byl založen na centrálním plánování a objemových ukazatelích. (Pešek, 2003, s. 13-14)

Navzdory tomu i v minulém systému českého zdravotnictví se vyskytovaly mnohé rysy zajišťování kvality zdravotních služeb. Konkrétně můžeme jmenovat např. sledování a kontrolu proočkovanosti, analýzy kojenecké a mateřské úmrtnosti, komisi pro účelnou farmakoterapii, systém preventivní a dispenzární péče, vznik antibiotických středisek a další. Rovněž systém vzdělávání lékařů a nelékařských zdravotnických pracovníků byl na vysoké úrovni s výsledkem mnohdy převyšujícím země s vyspělejší zdravotnictvím. (Gladkij, Heger a Strnad, 1999, s. 9)

Po roce 1989 bylo nutno převzít osvědčené postupy v oblasti SMK z rozvinutých zemí a v rámci mezinárodní spolupráce tyto postupy a poznatky co nejrychleji implementovat. Již v roce 1990 bylo založeno občanské sdružení Česká společnost pro jakost, která zahájila rozsáhlé aktivity na poli kvality včetně mezinárodních vztahů. (Pešek, 2003, s. 14)

V roce 1998 vznikla Spojená akreditační komise ČR (dále jen „SAK“). Tato vytvořila národní akreditační standardy, podle kterých je v současnosti akreditováno více než 50 poskytovatelů v celé ČR.

V lednu roku 2004 byla založena Česká společnost pro kvalitu ve zdravotnictví, mezi jejíž hlavní cíle patří shromažďovat informace o systémech kontinuálního zvyšování kvality ve zdravotnictví, vytvářet podmínky pro zavádění systémů řízení kvality ve zdravotnictví, pořádání seminářů a konferencí věnovaných problematice kvality ve zdravotnictví a spolupracovat s národními i mezinárodními společnostmi pro kvalitu ve zdravotnictví. (ČSKZ, ©2006)

V oblasti SMK ve zdravotnictví se zásadním způsobem angažuje Ministerstvo zdravotnictví České republiky (dále jen MZ ČR), ať už formou projektů, přebírání mezinárodních doporučení stran kvality ve zdravotnictví nebo tvorbou legislativních předpisů. Tomuto bude věnována patřičná pozornost v dalších kapitolách.

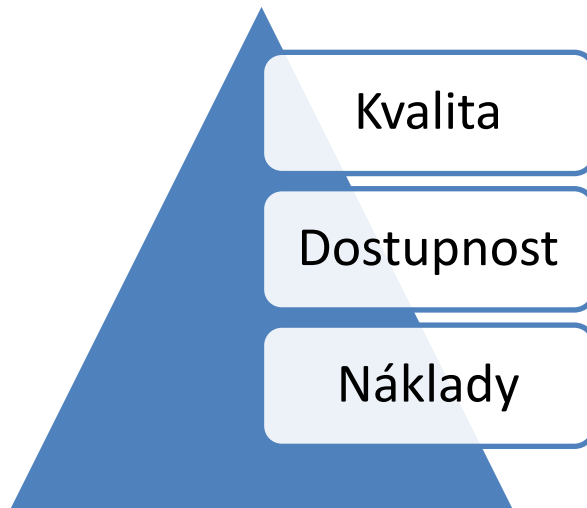
## 2.2 Specifika implementace systému managementu kvality ve zdravotnictví

Zdravotníci jsou známí svým odmítavým postojem k zavádění jakýchkoliv systémů managementu kvality. Důvodů lze spatřit hned několik. Počátky „nedůvěry“ je možno hledat již v historickém přístupu ke zdravotníkům a zdravotnictví obecně. Mezi samotnými zdravotníky je zakořeněn předpoklad, že zdravotníci nechybují a chybují-li, jsou pak považováni za zdravotníky špatné. Kvalita je mnohdy zdravotníky vnímána (a hodnocena) na úrovni jednotlivce, nejvýše oddělení. (Hřib, 2008, s. 3)

Poskytování zdravotních služeb má nehmotný charakter, hodnocení úrovně jejich kvality je tedy obtížnější. Více než v jiných odvětvích zde sehrává roli lidský faktor, a to zejména v oblasti přímého styku s pacientem. V procesu poskytování zdravotních služeb je určujícím faktorem kvality ze 75 % kvalita lékařské a ošetrovatelské péče. 15 % připadá na chování personálu a 10 % odvisí od vnitřního klimatu zdravotnického zařízení. Naproti tomu v průmyslu je určujícím faktorem kvalita výrobku (až z 80 %) a servis (17 %). Chování zaměstnanců a pracovní klima ovlivňuje kvalitu produktu z pouhých 3 %. (Pešek, 2003, s. 19)

Další specifickým rysem zdravotnictví jsou výrazné zásahy státu a mnoha jiných subjektů do fungování zdravotnictví jako celku i jednotlivých poskytovatelů. (Gladkij et al., 2003, s. 291) Do kvality zdravotních služeb vstupují zdravotní pojišťovny, odborné společnosti, svazy pacientů, politici a další. Každý z výše uvedených subjektů má jiné představy a požadavky na kvalitu zdravotních služeb, jsou jimi stanovována rozličná kritéria a parametry pro sledování kvality. (Madar et al., 2004, s. 35)

Management poskytovatelů zdravotních služeb se tak musí snažit na jednu stranu naplňovat roztržštěné zájmy jednotlivých subjektů podílejících se na fungování zdravotních služeb a na stranu druhou udržovat rovnováhu v tzv. „magickém trojúhelníku“ zdravotnictví. Tento v sobě pojí **kvalitu** (myšleno zejména odbornou, technické vybavení apod.) prosazovanou zdravotnickými pracovníky, **dostupnost** (finanční, časovou, geografickou) preferovanou pacienty a **náklady**, které nejvíce zajímají zdravotní pojišťovny a zřizovatele/zakladatele poskytovatele.



Obrázek 4 Magický trojúhelník zdravotnictví (*vlastní zpracování*)

### 2.3 Systémy kvality ve zdravotnictví

Gladkij (2003) definuje systém kvality ve zdravotnictví jako souhrn struktury organizace, jednotlivých odpovědností a kompetencí pracovníků, postupů, procesů a zdrojů potřebných ke kontinuálnímu zvyšování kvality poskytovaných zdravotních služeb.

Co se týká konkrétních systémů kvality, jejichž zavedení je spojeno s certifikací nebo akreditací zařízení, jsou v podmínkách českého zdravotnictví nejvíce zastoupeny systémy založené na národních akreditačních standardech SAK a principech norem ISO 9000. V laboratorních provozech je pak uplatňována norma ISO 15189, případně národní akreditační standardy Národního autorizačního střediska pro klinické laboratoře (dále jen „NASKL“).

Několik fakultních nemocnic v ČR získalo certifikát kvality v rámci jiných mezinárodních akreditací (JCI, NIAHO). Vzhledem k tomu, že v podmínkách středních a malých nemocnic je dosažení těchto akreditací takřka nemožné (finanční náklady, požadavky standardů vysoce přesahující legislativní rámec v ČR) a jejich výskyt je u nás sporadický, nebudou dále v textu uvedeny.

#### 2.3.1 Norma ISO 9001:2008

O normách řady ISO 9000 zde již bylo napsáno mnohé. Dají se označit jako základní stavební kámen SMK v jakékoliv organizaci, poskytovatele zdravotních služeb nevyjímaje. Dřívější názory, že požadavky normy nelze v plném rozsahu ve zdravotnictví uplatnit, již byly překonány, o čemž svědčí nejen vydání mezinárodní pracovní dohody ISO/IWA

1:2005, ale i neustále se zvyšující počet certifikovaných organizací poskytující zdravotní služby.

Norma ISO 9001:2008 je rozdělena do devíti kapitol, které se rozpadají na jednotlivé prvky. Pokud bychom měli požadavky normy definovat jedním slovem, byl to pořádek. Zavedení normy do praxe znamená udělat si pořádek v dokumentaci, odpovědnostech, procesech i celém systému. První tři ze zmiňovaných kapitol jsou obecného charakteru. V kapitolách 4-8 jsou obsaženy konkrétní požadavky, které musí organizace v rámci SMK na základě normy ISO 9001:2008 implementovat.

**Kapitola 4 Systém managementu kvality:** obsahuje požadavky na dokumentaci a popisuje zásady SMK (viz 1.5 Základní principy managementu kvality). Mezi základní dokumenty patří politika kvality, cíle kvality, příručka kvality a další dokumentované postupy prokazující shodu s požadavky normy (řízení neshodné práce, auditní činnost, řízení dokumentů a záznamu, ...). Obecně by měly být popsány postupy, které jsou důležité pro řízení důležitých procesů v organizaci, případně postupy rizikové. ISO/IWA 1:2005 doplňuje obecnou normu požadavkem na dokumentování „úvahy o zdraví a bezpečnosti pacienta/klienta“. (*Systém managementu kvality – Směrnice pro proces zlepšování služeb ve zdravotnických organizacích*, 2005, s. 28-37)

**Kapitola 5 Systém managementu kvality:** vymezuje hlavní oblasti a procesy, za které nese přímou odpovědnost vrcholové vedení organizace. Kromě povinností stran stanovení a prosazování politiky kvality a strategických cílů v oblasti SMK je zde vznesen požadavek na určení představitele managementu, tj. pracovníka s pravomocemi řídit, monitorovat, hodnotit a koordinovat SMK. Dále managementu ukládá povinnost pravidelně přezkoumávat vhodnost, přiměřenost a efektivnost SMK a tím tento systém neustále zlepšovat. (*Systém managementu kvality – Požadavky*, 2009, s. 18-20)

**Kapitola 6 Management zdrojů:** je orientována na řízení zdrojů nutných pro systém managementu kvality. Vrcholové vedení musí zajistit, aby zdroje, nutné pro realizaci strategických cílů organizace, byly identifikovány a byly dostupné. Patří sem zejména lidské zdroje a s nimi spojené kompetence, plánování zvyšování kvalifikace zaměstnanců apod. Mezi další zdroje řadíme infrastrukturu, pracovní prostředí, ale i dodavatele nebo finanční zdroje. (*Systém managementu kvality – Požadavky*, 2009, s. 20-21)

**Kapitola 7 Realizace produktu:** je nejrozsáhlejší kapitolou normy. Uvádí požadavky na realizační a podpůrné procesy. V kapitole jsou popsány požadavky na oblast nákupu,

ochrany majetku zákazníka a produktu, řízení monitorovacích a měřicích zařízení (metrologie) aj. Obsahuje prvek 7.3 Návrh a vývoj, který může být – jako jediný – vyloučen z procesu certifikace, pokud organizace návrh a vývoj nerealizuje (ve zdravotnictví nejčastěji klinický výzkum). (*Systém managementu kvality – Požadavky*, 2009, s. 21-27)

**Kapitola 8 Měření, analýza, zlepšování:** do této kapitoly spadá sledování spokojenosti zákazníka (řešení stížností nevyjímaje), interní auditní činnost, řízení neshodného produktu včetně nápravných a preventivních opatření, tedy stěžejní pilíře SMK. Jedná se každodenní praktické činnosti, které manažer kvality – nebo jiná pověřená osoba – vykonává a které tvoří vstupy pro přezkoumávání efektivnosti SMK. (*Systém managementu kvality – Požadavky*, 2009, s. 27-30)

### 2.3.2 Spojená akreditační komise, o.p.s.

Jak již bylo uvedeno, SAK byla založena (Asociací nemocnic ČR a Asociací českých a moravských nemocnic) v roce 1998 jako zájmové sdružení právnických osob. Jejím hlavním posláním je trvalé zvyšování kvality a bezpečí zdravotních služeb v ČR pomocí akreditací poskytovatelů, poradenské činnosti a publikačních aktivit. (Škrála a Škrlová, 2003, s. 72-73)

SAK je mladá, dynamicky se vyvíjející společnost, o čemž svědčí i její dosud krátká historie. Hned v roce jejího založení dala vzniknout 50 akreditačním standardům, které byly následně uveřejněny ve věstníku MZ ČR jako metodický pokyn. Největším úskalím původních standardů byla téměř nulová provázanost. Akreditace tak probíhala formou kontroly plnění jednotlivých indikátorů akreditačních standardů, separovaně, nesystémově. (Madar et al., 2004, s. 44)

V roce 2009 vznikají dosud platné nové akreditační standardy, které se změnily nejen kvantitativně (nárůst na 74 standardů), ale hlavně kvalitativně. Současné standardy jsou vzájemně propojené, pokrývající celé spektrum poskytování zdravotních služeb. Nenaplnění jednoho indikátoru jednoho standardu může znamenat nesplnění indikátorů mnoha dalších standardů. Auditóři SAK začali využívat procesního přístupu v auditní činnosti, velký důraz kladou na kontinuitu péče (metoda „stopař“). Tímto se SAK velmi přiblížila filozofii norem ISO i některým mezinárodním akreditačním orgánům (JCI).

Standardy jsou rozděleny do deseti oblastí, které jsou SAK posuzovány, a to: standardy řízení kvality a bezpečí, standardy diagnostické péče, standardy péče o pacienty, standardy



kontinuity zdravotní péče, standardy dodržování práv pacientů, standardy podmínek poskytnuté péče, standardy managementu, standardy řízení lidských zdrojů, standardy pro sběr a zpracování informací a standardy protiepidemických opatření. (Marx a Vlček, 2009, s. 5-10)

V současné době jsou v připomínkování nové akreditační standardy, které vycházejí z resortních bezpečnostních cílů MZ ČR a požadavků nových legislativních norem ve zdravotnictví. SAK získala jako vůbec první oprávnění MZ ČR k provádění hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče podle zákona o zdravotních službách související vyhlášky.

### 2.3.3 Akreditace a certifikace laboratoří

Stěžejní úlohu v posuzování SMK ve zdravotnických laboratořích má **Český institut pro akreditaci o.p.s.** (dále jen „ČIA“). ČIA je akreditující osobou ve smyslu zákona o technických požadavcích na výrobky a jím vydaný certifikát je mezinárodně uznáván (členskými státy EU). Akreditace je laboratoři vydána na základě posouzení shody s normou ISO 15189:2007. (Briš, 2010, s. 24-25)

Norma ISO 15189 vychází z principů normy ISO 9001, které upravuje na podmínky laboratorního provozu. Obecně tato norma specifikuje požadavky na kvalitu a způsobilost zdravotnických laboratoří. Laboratořím slouží při implementaci SMK a posuzování jejich vlastní způsobilosti, akreditačním orgánům pak při potvrzování nebo uznávání způsobilosti zdravotnických laboratoří. (*Zdravotnické laboratoře – Zvláštní požadavky na kvalitu a způsobilost*, 2007, s. 5-7)

**Národní autorizační středisko pro klinické laboratoře** by se dalo přirovnat k SAK. Bylo založeno jako samostatný odborný orgán při sekretariátu České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně pro provádění akreditační činnosti v roce 2004. Akreditace je dvoustupeňová (Audit I a Audit II), kdy první stupeň klade na laboratoře nižší požadavky. Před Auditem II není nutné absolvovat Audit I. (Průša et al., 2008, s. 22-26)

Do roku 2011 probíhala akreditace na základě národních akreditačních standardů NASKL. Od tohoto systému bylo v roce 2011 opuštěno a v dokumentaci NASKL se používají pouze odkazy na normu ISO 15189. Požadavky NASKL na laboratoře v rámci Auditů II jsou tak obsahově prakticky identické s akreditací ČIA. Certifikát NASKL není mezinárodně uznávaný.

## 2.4 Legislativní rámec a působnost Ministerstva zdravotnictví ČR

Vliv MZ ČR na kvalitu poskytovaných zdravotních služeb i celého zdravotnictví je neodiskutovatelný. Ministerstvo ovlivňuje všechny složky zdravotnického trojúhelníku (viz 2.2 Specifika implementace systému managementu kvality ve zdravotnictví) a stanovuje jasné mantinely (legislativní rámec), ve kterých se mohou poskytovatelé pohybovat. Zásahy státu, potažmo MZ ČR ovlivňovaly donedávna kvalitu zdravotních služeb, resp. SMK jednotlivých poskytovatelů, spíše nepřímo a ministerstvo nekladlo žádné podmínky v oblasti zavádění SMK v nemocnicích ani jinde. V posledních letech se ale situace výrazně mění.

### 2.4.1 Akční plán kvality a resortní bezpečnostní cíle

V roce 2009 MZ ČR přijalo doporučení Rady EU o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí. Jako nástroj pro implementaci doporučení byl použit Akční plán kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období 2010-2012. V plánu je mj. zahrnuta oblast zavádění a rozvoje národních politik a programů pro bezpečnost pacientů a kvalitu zdravotní péče nebo zajištění klasifikace a měření bezpečnosti pacientů. Součástí Akčního plánu je každoroční vyhlášení Resortních bezpečnostních cílů MZ ČR (dále jen „RBC“). (MZ ČR, ©2010)

RBC jsou vyhlášovány formou doporučených postupů vedoucích ke snížení rizik poškození pacientů i jiných osob v procesu poskytování zdravotních služeb. Jsou závazné pro přímo řízené organizace ministerstva a zároveň slouží jako doporučení pro ostatní poskytovatele bez ohledu na jejich typ. V roce 2010 bylo vyhlášeno pět RBC, která byly v roce 2011 rozšířeny o další dva:

- RBC 1 - Bezpečná identifikace pacientů;
- RBC 2 - Bezpečnost při používání rizikových léčiv;
- RBC 3 - Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech;
- RBC 4 - Prevence pádů pacientů;
- RBC 5 - Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče;
- RBC 6 - Bezpečná komunikace;
- RBC 7 - Bezpečné předávání pacientů. (MZ ČR, ©2012)

### 2.4.2 Projekty Ministerstva zdravotnictví ČR

Z pohledu SMK existují dva velmi významné projekty, které MZ ČR zaštiťuje a podporuje, a to projekt **Kvalita očima pacientů** a **Evidence a řízení nežádoucích událostí při poskytování zdravotních služeb**.

Projekt **Kvalita očima pacientů** (dále jen „KOP“) měří kvalitu zdravotních služeb prostřednictvím spokojenosti pacientů. Výstupy projektu dokáží porovnat nejen kvalitu poskytovatelů mezi sebou, ale i jednotlivých odborných pracovišť v různých zařízeních po celé republice.

Počátky projektu byly položeny v letech 2000-2001, kdy se na půdě Sdružení fakultních nemocnic objevila iniciativa, jejímž cílem bylo sjednotit monitoring spokojenosti pacientů alespoň v rámci fakultních nemocnic. MZ ČR projekt KOP od začátku podporovalo a ve věstnicích ministerstva (naposledy ve Věstníku MZ ČR 1/2001) byla zveřejněna metodika sledování spokojenosti pacientů vycházející z tohoto projektu, včetně standardizovaných dotazníků. V roce 2011 bylo do projektu zapojeno 23 nemocnic a ústavů, 12 psychiatrických léčeben a 3 rehabilitační ústavy. (KOP, ©2010)

První etapa projektu **Evidence a řízení nežádoucích událostí při poskytování zdravotních služeb** byla realizována v letech 2008-2009. Řešitelem projektu je 3. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze. V první etapě byl vytvořen nástroj pro sběr dat v podobě webové aplikace, který umožňuje poskytovatelům evidovat nežádoucí události (dále jen „NU“). Jednotná klasifikaci NU vychází z doporučení WHO. Druhá etapa projektu spočívala v analýze shromážděných dat a vytvoření doporučení pro správnou praxi. Do projektu se zapojilo 16 poskytovatelů a počet neustále roste. V rámci projektu se podařilo vytvořit systém, který má potenciál se stát základem pro dlouhodobý projekt národního systému pro hlášení NU a sdílení poznatků. Metodiku sledování nežádoucích událostí uveřejnilo MZ ČR ve Věstníku 10/2010. (MZ ČR, ©2010)

### 2.4.3 Kvalita zdravotních služeb v legislativních normách

Legislativní bouře. Tato slova doprovázejí změny v právních předpisech ve zdravotnictví a je pravdou, že jsou nejvýraznější za několik posledních desetiletí. Nejdůležitějším právním předpisem současnosti je bezesporu **zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování** (dále jen „zákon o zdravotních službách“) účinný od 1. 4. 2012.

Zcela nově se v zákoně objevují požadavky na zajištění kvality a bezpečí poskytovaných služeb, ale i podmínky udělení oprávnění k provádění hodnocení kvality a bezpečí, tj. požadavky na externí hodnotitele. Toto byla donedávna největší nevýhoda národní akreditace (např. akreditace SAK) – neměla oporu v zákoně a nemusela být zohledňována žádným subjektem podílejícím se na poskytování zdravotních služeb (zdravotní pojišťovny apod.).

V zákoně o zdravotních službách je uvedeno: „*Poskytovatel je rovněž povinen v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb... zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb; minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení uveřejní ministerstvo ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví a na svých internetových stránkách...*“ (§ 47 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách)

Uvedené minimální požadavky, které jsou formulovány prostřednictvím standardů, byly zveřejněny ve **Věstníku MZ ČR 5/2012**. Tyto pro poskytovatele lůžkové a jednodenní péče stanovují:

- zavedení rezortních bezpečnostních cílů (viz 2.4.1 Akční plán kvality a resortní bezpečnostní cíle),
- řešení neodkladných stavů,
- dodržování práv pacientů a osob pacientům blízkých,
- sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí,
- sledování spokojenosti pacientů,
- dodržování personálního zabezpečení zdravotní péče,
- dodržování sledování a uveřejňování objednacích dob pacientů na zdravotní výkony. (Věstník MZ ČR 5/2012 s. 9-12)

Obsah požadavků na hodnocení kvality a bezpečí není ničím nový nebo převratný, ale spíše shrnuje dosavadní aktivity MZ ČR na poli kvality a převádí je do standardů včetně měřitelných kritérií pro splnění/vyhodnocení standardů. Na druhou stranu lze znění standardů považovat za ucelený metodický návod na implementaci prvků SMK pro poskytovatele, kteří dosud nemají zaveden žádný SMK a je rovněž závazný pro všechny poskytovatele, nejen ty přímo řízené MZ ČR.

Dalším důležitým předpisem je prováděcí vyhláška k zákonu o zdravotních službách - **vyhláška o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče**, která vymezuje požadavky na hodnocení kvality z druhé strany – směrem k hodnotícím osobám. Vyhláška stanovuje

je, jaké procesy musí hodnotitel posuzovat, dále určuje minimální hodnotící standardy a ukazatele kvality a bezpečí, způsob jejich tvorby a sledování a v neposlední řadě požadavky na personální zabezpečení hodnotitelského týmu. (§ 1 odst. 1-3 vyhlášky č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče)

Jak již bylo uvedeno, jako první splnila požadavky vyhlášky SAK. Není divu. Hodnotící standardy vyhlášky jsou akreditačním standardům SAK velmi blízké. Bohužel se ve výše popsanych právních normách zcela ignoruje akreditace/certifikace podle mezinárodních norem a současných trendů SMK. Jakkoliv jsou hodnotící standardy zaměřeny na rizikové činnosti, kontinuitu péče a bezpečí pacientů jako takové, schází jim ucelenost a provázanost SMK dle principů norem ISO, TQM a dalších.

## **2.5 Nežádoucí události a řízení rizik**

NU a s tím spojené řízení rizik představují snad vůbec nejvýznamnější část systému řízení kvality ve zdravotnictví. Až do začátku devadesátých let minulého století byl však zájem o NU ve zdravotnictví, a roli lidského faktoru v nich, velmi malý. Teprve studie osmdesátých a devadesátých let ukázaly, že pochybení při poskytování zdravotních služeb sice na první pohled nemají tak devastující účinek jako např. jaderná havárie nebo pád letadla, ale jejich četnost je natolik vysoká, že představují významný zdravotní, sociální, organizační a v neposlední řadě i ekonomický problém. Publikace Institute of Medicine v USA (To err is human a Crossing the quality chasm) poukázaly na základě vědeckých studií na závažnost omylů a pochybení zdravotníků a doslova šokovaly jak laickou, tak odbornou veřejnost. (Hřib a Vychytil, 2010, úvod; Škrla, 2005, s. 9)

### **2.5.1 Studie nežádoucích událostí při poskytování zdravotních služeb**

Všechny provedené studie mají jedno společné - NU jsou častým a významným problémem všech typů poskytovatelů, kde byly sledovány. NU lze definovat jako poškození pacienta (i riziko tohoto poškození) způsobené postupem personálu, nikoliv primárním onemocněním nebo poraněním pacienta. Dosud nejrozsáhlejší studie proběhly v USA a Australii. Ze studií vyplývá, že u přibližně 10 % hospitalizací dochází k poškození pacienta a drtivá většina z nich je preventabilního charakteru (viz Tabulka 1).

Studie Institute of Medicine v USA odhaduje, že ročně ve Spojených státech zemře 44 000–98 000 hospitalizovaných pacientů pouze v důsledku pochybení zdravotníků. Obdobné závěry přinesly studie provedené v rámci EU. Britské ministerstvo zdravotnictví

odhaduje, že ročně dochází v zemi k cca 850 000 NU vedoucím k poškození pacientů a k podobným výsledkům došly i studie provedené ve Španělsku, Francii a Dánsku. (Hřib a Vychytil, 2010, s. 7-11; MZ ČR, ©2010)

Tabulka 1 Studie výskytu NU (*vlastní úprava dle Hřib a Vychytil, 2010*)

Studie	Rok realizace	Počet pacientů	Počet NU	NU (%)
<b>USA (Harvard)</b>	1984	30 195	1 133	3,8
<b>USA (Utah-Colorado)</b>	1992	14 565	475	2,9
<b>Austrálie</b>	1992	14 179	2 353	16,6
<b>Velká Británie</b>	1999-2000	1 014	119	11,7
<b>Dánsko</b>	1998	1 097	176	9,0
<b>Nový Zéland</b>	1998	6 579	849	12,9
<b>Kanada</b>	2001	3 720	279	7,5
<b>Brazílie</b>	2003	1 103	84	7,6
<b>Švédsko</b>	2003-2004	1 967	241	12,3

### 2.5.2 Role lidského faktoru

Role lidského faktoru při vzniku pochybení v rizikových oblastech lidské činnosti se mezi roky 1960 a 1990 zvýšila více než čtyřnásobně (z 20 na více než 90 %). Tento nárůst lze vysvětlit vyšší spolehlivostí používaných technologií a rovněž vyšší kvalitou analýz prováděných k zjištění příčin nehod. Vzhledem k faktu, že selhávající systémy jsou lidmi navrhovány, vyráběny, obsluhovány, udržovány, organizovány a spravovány, není toto vysoké číslo až tak překvapující. Vysoký podíl lidského selhání zpravidla není důsledkem nedbalosti, nedostatku kvalifikace nebo nepozornosti, ale spíše počtem příležitostí, při kterých může k NU dojít. (Hřib a Vychytil, 2010, s. 1)

Poskytování zdravotních služeb představuje komplexní systém s vysokou mírou variability. Díky své komplexnosti bývá často přirovnáváno k jiným systémům, jako např. letecká doprava nebo chemický průmysl. Na rozdíl od nich ale není poskytování zdravotních služeb automatizováno a většina procesů je realizována lidmi. Navíc jsou nemocnice a další poskytovatelé složeny z více vesměs autonomních jednotek (oddělení), často se svými vlastními pravidly a postupy. Rovněž komunikace probíhá ve větší míře verbálně a nefor-

málně a může tak docházet k většímu informačnímu šumu a tím opět k vyšší míře rizika pochybení. (Škrla, 2005, s. 16-17)

### 2.5.3 Management rizik

*„Každé zdravotnické zařízení by se dalo přirovnat k Titaniku, který pluje velkou rychlostí mezi ledovci a úskalími turbulentní doby, ve které žijeme.“* Popisují v úvodu své publikace Petr a Magda Škrlovi (2008). V Lucemburské deklaraci stojí, že řízení rizik je nutno zavést jako rutinní nástroj do celého systému zdravotnictví. Předpokladem řízení je otevřené a důvěrné pracovní prostředí s kulturou, zaměřující se na poznatky získané v rámci systému hlášení a evidence NU. (ETHEL, ©2001-2012)

Definice rizika existuje v odborné literatuře mnoho. Např. Smejkal a Rais (2006) uvádějí, že riziko je pravděpodobnost či možnost vzniku ztráty, obecně nezdaru; odchýlení skutečných a očekávaných výsledků.

Řízení rizik je jedním ze základních stavebních kamenů moderního managementu. Zabývá se celým procesem NU, tedy postupem při zjištění, zaznamenávání, řešení, vyhodnocování a eliminaci NU. Cílem programu managementu rizik je vyhodnocení existujících a potenciálních rizik, vytvoření strategie pro prevenci identifikovatelných rizik a tímto alespoň posunout míru rizik do akceptovatelné oblasti. (Škrla a Škrlová, 2008, s. 12-13)

Donedávna bylo zvykem, že agendu řízení rizik koordinoval manažer kvality a manažer rizik byl vnímán jako zbytečný luxus. Současným trendem – založeným na zkušenostech organizací z celého světa – je působení obou zmiňovaných manažerů ve vzájemné kooperaci. Manažer kvality řídí veškeré aspekty kontinuálního zvyšování kvality (dále jen KZK) v organizaci, kdežto manažer rizik řídí proces identifikace a vyhodnocování rizik, tvorby preventivních strategií a kontroly efektivity nápravných opatření (dále jen „NO“). (Škrla a Škrlová, 2008, s. 20-24)

### 3 NÁSTROJE PRO ZEFEKTIVNĚNÍ SYSTÉMU MANAGEMENTU KVALITY

Základním východiskem procesu zefektivnění SMK v organizaci je bezpochyby jeho přezkoumání. Na základě popisu výchozího stavu a jeho analýzy jsou na jeho výstupu identifikovány oblasti ke zlepšení. Tyto oblasti lze pak chápat jako dílčí části projektu zefektivnění SMK, pro jehož modelaci a realizaci (časový plán a návaznost dílčích kroků projektu) je možno využít nástrojů operačního výzkumu.

#### 3.1 Přezkoumání systému managementu kvality

Cílem přezkoumání je vytvoření aktuálního souboru informací o stavu celého SMK, jeho řízení, ale zejména jeho zlepšování. Využití souboru informací jako účinného nástroje uplatňování, řízení, rozvíjení a zlepšování všech procesů systému je podmíněno:

- vytvořením komplexního souboru informací, který bude deklarovat stav všech částí systému,
- průběžným, pravidelným a plánovaným sběrem aktuálního souboru informací.

Přezkoumání vždy zahrnuje posouzení příležitostí pro zlepšování a potřebu změn v SMK, včetně politiky kvality a cílů kvality. (*Systém managementu kvality – Směrnice pro proces zlepšování služeb ve zdravotnických organizacích*, 2005, s. 57-58)

##### 3.1.1 Vstup pro přezkoumání

Vstup pro přezkoumání SMK musí obsahovat minimálně tyto informace:

- plnění politiky kvality a posouzení její aktuálnosti,
- vyhodnocení cílů kvality za dané období,
- výsledky interních auditů,
- informace o zpětné vazbě od zákazníka (hodnocení spokojenosti, hodnocení podnětů podaných k přešetření od zákazníka, vyhodnocení reklamací),
- měření výkonnosti procesů a informace o shodě produktu,
- stav preventivních opatření a opatření k nápravě,
- informace o stavu míry plnění přijatých opatření z minulého přezkoumání a hodnocení jejich účinnosti,
- návrh potřeb zdrojů pro příští období (v případě potřeby),
- výsledky analýz údajů,



- změny, které by mohly ovlivnit systém managementu kvality,
- závěr, který zhodnotí celkovou funkčnost a účinnost SMK a stanoví, zda SMK odráží aktuální požadavky zákazníků, zda jsou nutné změny cílů, politiky a struktury nemocnice, event. návrh nových cílů na další období a návrh na další zlepšování SMK. (*Systém managementu kvality – Požadavky*, 2009, s. 20; *Systém managementu kvality – Směrnice pro proces zlepšování služeb ve zdravotnických organizacích*, 2005, s. 58-59)

### 3.1.2 Výstup z přezkoumání

Výstup z přezkoumání SMK musí zahrnovat veškerá rozhodnutí a opatření vztahující se:

- ke zlepšování efektivnosti SMK a jeho procesů,
- ke zlepšování produktu ve vztahu k požadavkům zákazníka,
- k potřebám zdrojů. (*Systém managementu kvality – Požadavky*, 2009, s. 20)

## 3.2 Analýza jako východisko projektu

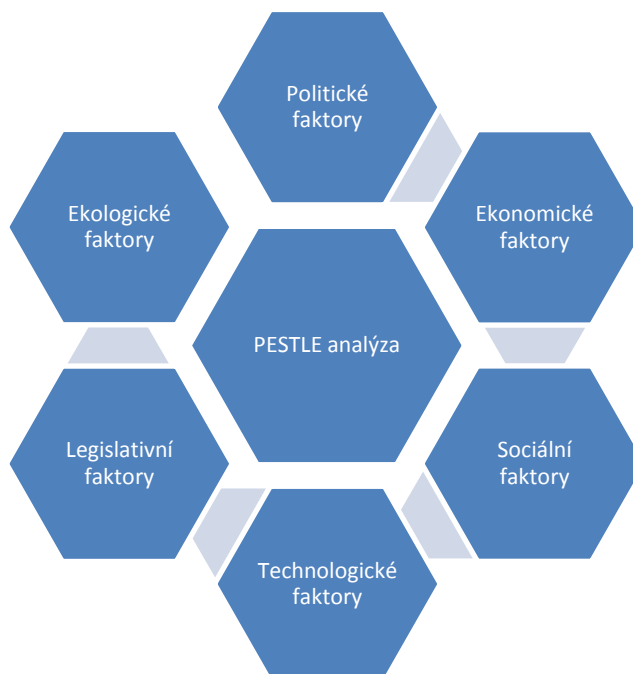
Analýza je procesem faktického nebo myšlenkového rozčlenění celku na části, který představuje rozbor vlastností, vztahů, faktů postupujících od celku k částem. Strategická analýza, která je součástí strategického plánování, pak slouží k hledání a odpovědi na otázku „Kde jsme nyní?“ (výchozí stav), a při odhadu budoucího vývoje i na otázky „Kam směřujeme?“, „Kde chceme být?“ a „Jak se tam dostat?“. Nezbytnou součástí strategické analýzy je, kromě identifikace a rozboru prostředí uvnitř organizace, analýza okolního prostředí. Tato je potřebná k tomu, aby si vrcholoví manažeři uvědomili vlivy okolního prostředí a snáze tak pochopili situaci, ve které se organizace nachází.

K nejčastěji využívaným typům analýzy se řadí SWOT analýza a PEST analýza. Analýza je ale pouze prvním krokem. Získané poznatky a data z analýzy je nutné syntetizovat, dát je do souvislostí a na jejich základě sestavit doporučení, jako východisko pro projekt zlepšení. (Bělohlávek, Košťan a Šuleř, 2006, s. 194-196)

### 3.2.1 PEST analýza

Název PEST je tvořen počátečními písmeny faktorů vnějšího prostředí, které tvoří základ této analýzy, a to **P**olitické, **E**konomické, **S**ociální a **T**echnologické. PEST analýza vychází z poznání minulého vývoje a na jeho základě se snaží o predikci a analýzu vlivů vnějšího prostředí v budoucnu. Výhodou této analýzy je snížení složitosti vnějšího okolí pomocí

zavedení jednoduché struktury. PEST analýza bývá někdy rozšiřována o další faktory, konkrétně legislativní a ekologické – tzv. PESTLE analýza. (Bělohávek, Košťan a Šuleř, 2006, s. 196-197; Dědina a Odcházal, 2007, s. 25-26)



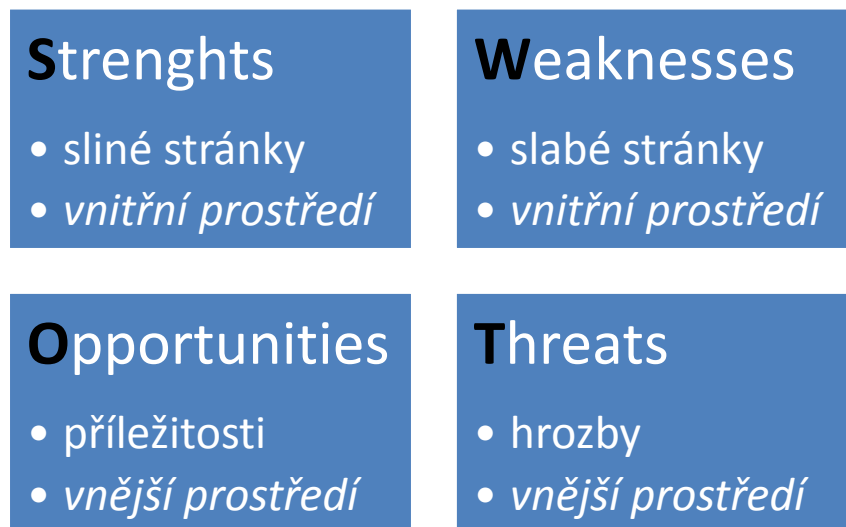
Obrázek 5 PESTLE analýza (vlastní zpracování)

### 3.2.2 Analýza zdrojů a kapacit organizace

Analýza zdrojů a kapacit, neboli analýza vnitřního prostředí, interní analýza. Tato analýza se zabývá např. otázkami personálního vybavení – počtem a strukturou zaměstnanců, jejich schopnostmi a dovednostmi, jaká je finanční situace organizace, jak vnímají organizaci zákazníci a jak jsou spokojeni s jejími produkty. Každá organizace je do jisté míry omezena svými zdroji a kapacitami a interní analýza pomáhá vrcholovému vedení tato omezení odhalit. (Robbins a Coulter, 2004, s. 196)

### 3.2.3 SWOT analýza

SWOT analýza je užitečným nástrojem pro zhodnocení a shrnutí výše uvedených analýz. Její název je složen z počátečních písmen anglických výrazů **S**trengths – silné stránky organizace, **W**eaknesses – slabé stránky organizace, **O**pportunities – příležitosti ve vnějším prostředí a **T**hreats – hrozby z vnějšího prostředí. SWOT analýza může být velmi účinným nástrojem managementu, neboť poskytuje logický rámec pro hodnocení současné i budoucí pozice, z něhož lze vyvodit vhodná strategické alternativy pro inovace a zlepšování. (Bělohávek, Košťan a Šuleř, 2006, s. 201-202)



Obrázek 6 SWOT analýza (vlastní zpracování)

### 3.3 Modelace projektu pomocí critical path method

Metoda CPM (Critical Path Method – analýza kritické cesty) je cenným nástrojem při modelaci projektu. Jejím cílem je stanovení doby trvání projektu na základě délky tzv. kritické cesty, což je sled vzájemně závislých činností s nejmenší časovou rezervou. Metoda CPM pomáhá usnadnit efektivní časovou koordinaci dílčích, vzájemně na sebe navazujících činností v rámci projektu. V rámci metody CPM se využívá síťový graf složený z uzlů a orientovaných hran. Hrany odpovídají jednotlivým dílčím činnostem projektu. Danou činnost jednoznačně určují počáteční a koncový uzel, kterými je každá činnost ohraničena. (Robbins a Coulter, 2004, s. 223; Kolčavová, 2010, s. 140-144)

K základním charakteristikám síťové analýzy dle metody CPM se řadí:

#### Síťový graf:

- vypočtené trvání projektu  $T_n$ ;
- plánované trvání projektu  $T_p$ ;
- termín zahájení projektu  $T_0$ .

#### Charakteristiky činností:

- trvání činností (i, j)  $t_{ij}$ ;
- nejdříve možný začátek provádění činnosti ZM;
- nejdříve možný konec provádění činnosti KM;
- nejpozději přípustný začátek činnosti ZP; nejpozději přípustný konec činnosti KP;

- celková časová rezerva činnosti RC;
- volná časová rezerva RV;
- nezávislá časová rezerva RN.

#### Charakteristiky uzlů:

- termín uzlu T;
- nejdříve možný termín uzlu TM;
- nejpozději přípustný termín uzlu TP;
- rezerva uzlu R.

Výpočet metodou CPM má 3 fáze:

#### 1. Výpočet nejdříve možných začátků a konců činností:

Je založen na předpokladu, že nejdříve možný začátek provádění činností začínajících v jednom uzlu je roven maximu z nejdříve možných konců činností, které do uzlu vstupují.

- $ZM_{ij} = TM_i$
- $KM_{ij} = (ZM_{ij} + t_{ij}) \max$
- $TM_j = \max KM_{ij}$

#### 2. Výpočet nejpozději přípustných začátků a konců činností:

Výpočet je realizován od výstupního uzlu po vstupní, tedy opačně oproti první fázi. Platí, že nejpozději přípustný konec provádění činností jednoho uzlu je roven minimu z nejpozději přípustných začátků činností, které z uzlu vystupují.

- $TP_j = KP_{ij}$
- $ZP_{ij} = KP_{ij} - t_{ij}$
- $ZP_{ij} = TP_i$

#### 3. Výpočet časových rezerv:

Každá činnost první a druhé fáze je okamžikem, kdy může nejdříve začít a okamžikem, kdy musí nejpozději skončit. Tento prostor definuje časové rozpětí pro realizaci dané činnosti. **Celková časová rezerva** je interval, o který lze zpozdít ukončení činnosti, aniž by se změnila celková doba trvání projektu. **Volná časová rezerva** vyjadřuje interval, o který lze zpozdít ukončení činnosti, aniž by se tím zabránilo následujícím činnostem začít realizaci v nejdříve možném termínu. **Nezávislá časová rezerva** představuje interval, o který lze

zpozdit ukončení činnosti, která začala v nejpozdějším přípustném termínu, aniž by se tím zabránilo následujícím činnostem začít realizaci v nejdříve možném termínu.

- $RC_{ij} = TP_j - TM_i - t_{ij}$
- $RV_{ij} = TM_j - TM_i - t_{ij}$
- $RN_{ij} = \max (TM_j - TP_i - t_{ij})$
- $RC_{ij} \geq RV_{ij} \geq RN_{ij}$  (Kolčavová, 2010, s. 142-150)

### 3.4 Proces strategického managementu

Proces strategického managementu jako celku je de facto spojením výše uvedených metod, postupů a analýz popsaných v této části. Proces můžeme rozdělit na osm dílčích kroků:

- **Definování současného stavu organizace**, tj. její poslání, cíle a strategie. Tato část tvoří podklad pro přezkoumání managementu.
- **Analýza prostředí**, která je považována za klíčový krok ve strategickém procesu. Na tomto místě je možno použít zmiňovanou PEST(LE) analýzu.
- **Identifikace příležitostí a hrozeb**, tedy identifikace pozitivních a negativních faktorů vnějšího okolí, která tvoří jednu polovinu SWOT analýzy (O, T).
- **Analýza zdrojů a kapacit organizace**, viz 3.2.2 Analýza zdrojů a kapacit organizace. Stejně jako analýza prostředí se stává podkladem pro SWOT analýzu (S, W).
- **Identifikace silných a slabých stránek**. Analýza předchozího kroku by měla vyústit v posouzení vnitřních zdrojů a identifikaci silných a slabých stránek organizace, tedy v druhou polovinu SWOT analýzy.
- **Formulace strategií**, tzn. převedení provedených analýz a vstupů pro přezkoumání managementu do výstupů – strategií, projektů, jako podkladu pro proces zefektivnění systému.
- **Realizace strategií**. K realizaci strategií/projektů je možno využít metod operačního výzkumu (např. metodu CPM).
- **Hodnocení výsledků**, které objasňuje, zda byly zvolené strategie efektivní nebo je potřeba dalších změn, úprav. (Robbins a Coulter, 2004, s. 193-198)

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 CHARAKTERISTIKA SPOLEČNOSTI

Vsetínská nemocnice a.s. (dále jen „nemocnice“) je akciovou společností, jejímž zakladatelem je Zlínský kraj. Se svými téměř sedmi stovkami zaměstnanců patří mezi největší zaměstnavatele v regionu. Nemocnice byla založena v roce 1911, kdy měla 62 lůžek. V dalších letech se nemocnice rozvíjela jako jediné zdravotnické lůžkové zařízení v okrese. Postupně se z ní stala nemocnice, která zajišťovala pro celý okres péči ve většině oborů. V současné době má nemocnice 410 lůžek na devíti lůžkových odděleních (interní, infekční, neurologické, dětské, chirurgické, ortopedické, gynekologie a porodnictví, anesteziologie a resuscitace a léčebna dlouhodobě nemocných) a je koncipovaná jako pavilónový typ. Hlavním předmětem činnosti je poskytování vysoce kvalitní ústavní a ambulantní péče.

Nemocnice je špičkovým poskytovatelem zdravotních služeb a zaujímá přední místo mezi poskytovateli služeb veřejného zdravotnictví ve Zlínském kraji. Jednotlivá oddělení sledují moderní trendy v medicíně, mají k dispozici náročné a účinné léčebné programy a moderní přístrojové vybavení. Kvalifikovaní zdravotničtí pracovníci - lékaři, zdravotní sestry i další nelékařský personál jsou připraveni ochotně pomoci pacientům při navrácení zdraví a zmírnění utrpení.

Nemocnice poskytuje ambulantní, lůžkovou, specializovanou, diagnostickou, léčebnou, preventivní a lékárenskou péči a další služby související s poskytováním zdravotní péče ve Zlínském kraji. Jménem společnosti jedná představenstvo. Na výkon působnosti představenstva a na uskutečňování podnikatelské činnosti společnosti dohlíží dozorčí rada.

Předmět podnikání nemocnice je:

- Poskytování ambulantní a lůžkové základní a specializované, diagnostické, léčebné, preventivní a lékárenské péče a dalších služeb souvisejících s poskytováním zdravotní péče v souladu s platnou právní úpravou.
- Výzkum a vývoj v oblasti přírodních a technických věd nebo společenských věd.
- Masérské, rekondiční a regenerační služby.
- Hostinská činnost.
- Opravy silničních vozidel.



Obrázek 7 Vsetínská nemocnice a.s. (*interní materiály nemocnice*)

#### 4.1 Historie nemocnice

Nemocnice vloni oslavila sto let. Její slavnostní otevření se uskutečnilo 23. dubna 1911 a své první pacienty přijala 16. května 1911. Při otevření měla nemocnice k dispozici v hlavní budově šedesát dva lůžek a deset lůžek v infekčním pavilonu se šesti pokoji. Personální obsazení sestávalo z primáře MUDr. Josefa Gregora, sekundářky MUDr. Štěpánky Ličkové, šesti řeholních ošetřovatelek, správce Miloše Zelinky, dvou zřízenců a uklízeček.

Právě primář MUDr. Josef Gregor se stal jednou z nejvýznamnějších osobností v historii nemocnice. V očích pacientů se nemocnice velmi dobře uvedla, jejich zájem byl značný a lůžková kapacita brzy přestala stačit. Proto nemocniční výbor povolil zvýšení počtu lůžek až na sto jedna. Za první rok působení přijala nemocnice 1 039 pacientů a bylo provedeno 397 operací. Průměrná ošetrovací doba tehdy činila 29 dnů.

Velmi nepříznivý dopad na fungování nemocnice měla první světová válka. Primář MUDr. Josef Gregor i řada dalších lékařů museli narukovat a nemocnice samotná byla vyhrazena pro nemocné vojáky. K další výstavbě došlo až roku 1929, kdy byla postavena



administrativní budova. Dalším významným mezníkem v historii nemocnice byl příchod MUDr. Josef Holz. V té době se zasloužil o rozvoj zejména operativní činnosti (resekce žaludku, žlučových cest, strumy, operativní řešení zlomenin apod.). Provoz nemocnice byl neustále přetížen, tento stav naléhavě volal po rozšíření nemocnice.

Dlouhá léta nemocnice bojovala za výstavbu nového chirurgického pavilonu. Stavba začala v roce 1940, ale okupační úřady ji posléze zastavily. Budova byla dokončena až roku 1945. V nemocnici došlo k rozvoji dalších odborností, který pokračoval i v dalších letech.

Koncem šedesátých let se uskutečnila rozsáhlá přístavba interního oddělení, přestavba staré márnice v roce 1969 umožnila zřízení patologicko-anatomického oddělení. Byl vybudován infekční pavilon a také několik technicko-provozních objektů. Roku 1980 byl předán do užívání pavilon léčebny dlouhodobě nemocných a o rok později se začala budovat poliklinika.

Po listopadu 1989 se uvažovalo o vybudování nové nemocnice, projekt ale skončil kvůli finanční nákladnosti celého projektu. Roku 1995 byla dokončena nová přístavba k chirurgickému pavilonu a bylo zřízeno oddělení centrální operační sály, centrální sterilizace.

Další rozsáhlá rekonstrukce nemocničního objektu skončila v roce 2007. V rekonstruovaném objektu sídlí dětské a infekční oddělení a rovněž oddělení klinické mikrobiologie. V roce 2011 se nemocnice dočkala slavnostního otevření nově vybudovaného pavilonu patologie a centralizovaných laboratoří, jehož provoz byl zahájen 7. dubna 2011.

V letech 2003-2007 byla nemocnice příspěvkovou organizací. Jako akciová společnost funguje od 1. května 2007. (*100 let nemocnice ve Vsetíně*, 2011, s. 9-25)

## 5 ORGANIZAČNÍ A KOMPETENČNÍ USPOŘÁDÁNÍ NEMOCNICE

Nemocnice se v rámci nejvyšší řídicí úrovně člení na úsek ředitelství, úsek odborné péče a úsek vnitřních služeb. V čele nemocnice stojí ředitel, který je zároveň předsedou představenstva nemocnice, a jeho dva náměstci – náměstek ředitele pro odbornou péči a náměstek ředitele pro vnitřní služby (členové představenstva). Organizační schéma nemocnice je znázorněno v Příloze 1.

### 5.1 Úsek ředitelství

Úsek ředitelství řídí ředitel, který odpovídá zejména za:

- řízení společnosti v souladu se stanovenými vizemi a cíli,
- realizaci vůdčích strategií společnosti, a to v úzké spolupráci s ostatními organizačními celky a vedoucími zaměstnanci nemocnice,
- zajišťuje plnění úkolů nemocnice ve všech oblastech,
- jmenuje do funkce a odvolává z funkce vedoucí zaměstnance.

Součástí úseku ředitelství je:

- Pracoviště sekretariátu, které zajišťuje především organizaci času ředitele a jeho administrativy, záznamy z jednání ředitele.
- Pracoviště řízení kvality, které zabezpečuje manažer kvality. Manažer kvality formuluje strategii řízení kvality v nemocnici a na základě schválených procesů řízení kvality realizuje.
- Pracoviště právní služby připravuje, připomínkuje a koriguje všechny řídicí procesy z právního hlediska, zastupuje nemocnici v soudních sporech, zastupuje nemocnici na základě pověření při jednáních na úřadech, zabezpečuje aplikaci právních předpisů do vnitřních norem nemocnice.
- Pracoviště tiskové mluvčí zabezpečuje kontakt a podávání informací vně nemocnice, především se jedná o styk s novináři a jednotlivými médii. Zabezpečuje rovněž pravidelnou informovanost veřejnosti o podstatných skutečnostech v nemocnici, a to formou písemných či obrazových zpráv, ale i konání tiskových konferencí v nemocnici. Zabezpečuje přípravu a zpracování propagačních materiálů o nemocnici a podílí se tak i na informovanosti pacientů.

- Pracoviště controllingového manažera využívá metod controllingu k řízení procesů v podniku - ekonomika, personalistika, zdravotní pojišťovnictví, rozpočtování a rozpočtová kontrola, procesní řízení nákladů, nákladový benchmarking.

Jako své poradní orgány vytváří ředitel odborné komise. Tyto komise jsou založeny na základě rozhodnutí ředitele, ve kterém je definován jejich účel a kompetence.

## 5.2 Úsek odborné péče

Úsek odborné péče vede náměstek ředitele pro odbornou péči, který přímo řídí vedoucí odborů a provoz lékařské služby první pomoci (Dále jen „LSPP“) a který řediteli nemocnice odpovídá za organizaci a řízení odborné (zdravotní) péče, dodržování zákonných norem a vnitřních řídicích předpisů v rámci úseku odborné péče, personální, věcné a technické vybavení jednotlivých provozů a oddělení, koncepci rozvoje léčebné a ošetrovatelské péče a diagnostických metod apod.

Součástí úseku odborné péče je **lékařský odbor**, **nelékařský odbor** a **LSPP**. LSPP je pracovištěm, jehož činnost zajišťují praktičtí lékaři a které úzce spolupracuje s organizačními jednotkami Územního střediska záchranné služby Zlínského kraje. Vedoucí lékařského odboru řídí všechny primáře a vedoucí ambulance praktického lékaře pro děti a dorost. Vedoucí nelékařského odboru řídí vrchní sestry, vedoucího fyzioterapeuta, vedoucí laboranty, vedoucího radiologického asistenta, vedoucí ambulance klinického psychologa, vedoucí donáškové služby a epidemiologickou sestru.

Oddělení v rámci úseku odborné péče řídí primáři oddělení. Vrchní sestry, vedoucí fyzioterapeut, vedoucí laboranti, vedoucí radiologický asistent jsou organizačně řízeni primářem oddělení, metodicky a odborně vedoucím nelékařského odboru.

Poradními orgány náměstka pro odbornou péči jsou primářský sbor, porada vrchní sester, tým pro prevenci a kontrolu infekcí, léková komise a regionální tým pro prevenci násilí na pracovišti.

## 5.3 Úsek vnitřních služeb

Úsek vnitřních služeb řídí náměstek ředitele pro vnitřní služby a odpovídá řediteli nemocnice zejména za plán a rozpočet společnosti i jednotlivých oddělení, financování společnosti, účetnictví včetně daní, oběh účetních dokladů, dodržování zásad a předpisů pro ve-

dení účetnictví, cenotvorbu a kalkulace cen, analýzu a rozboru ekonomických informací a další.

Úsek vnitřních služeb se dále člení na **pracoviště bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a požární ochrany**, **ekonomický odbor** (ekonomicko-obchodní oddělení, lékárna a oddělení informačních systémů), **odbor řízení lidských zdrojů** (pracoviště personalistiky a mezd, pracoviště knihovny a vzdělávání), **provozní odbor** (oddělení dopravy, oddělení stravování, provozní oddělení, pracoviště vnitřní logistiky) a **technický odbor** (technické oddělení, oddělení údržby, oddělení energetiky). Jednotlivé odbory řídí vedoucí odborů, oddělení řídí vedoucí oddělení.

#### 5.4 Kompetenční schéma vedoucích pracovníků

Vedoucími pracovníky nemocnice jsou:

- ředitel nemocnice a v době jeho nepřítomnosti zástupce ředitele (3. stupeň řízení),
- náměstek pro odbornou péči a náměstek pro vnitřní služby (2. stupeň řízení),
- vedoucí odborů (2. stupeň řízení),
- vedoucí oddělení (1. stupeň řízení).

## **6 SOUČASNÝ STAV MANAGEMENTU KVALITY V NEMOCNICI**

Nemocnice má – minimálně v porovnání s jinými poskytovateli ve Zlínském kraji - poměrně dlouhou a bohatou historii v oblasti SMK. Základy SMK se v nemocnici začaly budovat v roce 1998, s příchodem nové hlavní sestry, nynější náměstkyně ředitele pro odbornou péči. V roce 2000 byla zřízena a obsazena pozice manažera kvality a zanedlouho nato, v roce 2001, bylo vedením rozhodnuto, že se nemocnice vydá cestou certifikace dle normy ISO 9001.

### **6.1 Systémy kvality v nemocnici**

Implementace SMK a systematická příprava k certifikaci trvala téměř 4 roky. V roce 2005 byly tyto aktivity završeny získáním mezinárodního certifikátu ISO 9001. V loňském roce nemocnice absolvovala v pořadí druhý recertifikační audit, nyní již podle inovované normy ISO 9001:2008.

Už v té době se hodně hovořilo SAK a jejích standardech. Přípravy na akreditaci započaly na přelomu let 2004-2005. V roce 2007 nemocnice úspěšně absolvovala akreditační šetření SAK a získala tak druhý certifikát kvality, jehož držitelem je dodnes.

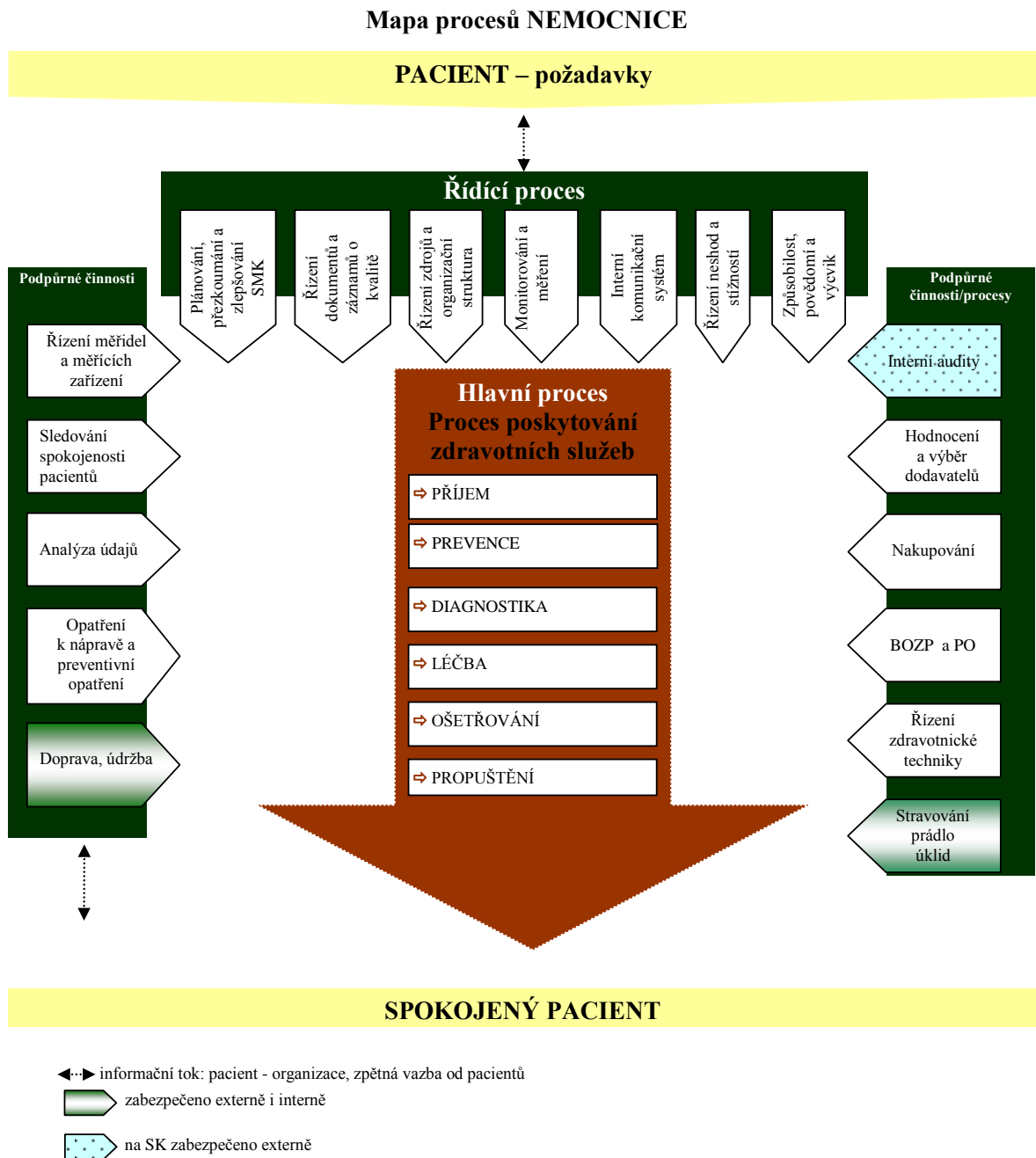
Na konci loňského roku se začalo diskutovat nad akreditací laboratoří. V návaznosti na předpokládaný vývoj v této oblasti i sílící tlak různých subjektů podílejících se na poskytování zdravotních služeb bylo počátkem roku 2012 rozhodnuto o absolvování Auditů I NASKL na oddělení klinické biochemie a oddělení lékařské mikrobiologie a Auditů II na oddělení patologické anatomie. Prioritou byl úspěšný průběh Auditů II na oddělení patologické anatomie, neboť se tento mj. pojí se zvýšenou úhradou od zdravotních pojišťoven (pokud je oddělení držitelem certifikátu ISO ČSN 15189 nebo NASKL II je hodnota bodu 0,67 Kč, jinak 0,52 Kč). Cíl se podařilo splnit a oddělení patologické anatomie je od 26. července 2012 držitelem osvědčení o splnění podmínek NASKL II. Ostatní jmenované laboratoře podstoupí audit v září a říjnu tohoto roku.

### **6.2 Procesní řízení**

Jako hlavní procesy v nemocnici byly identifikovány proces řídicí a proces realizační. Realizační procesy představují poskytování zdravotních služeb a procesy probíhající v nemocniční lékárně (proces nakládání s léčivy, proces poskytování služeb lékárny). Tyto procesy jsou nosnými procesy nemocnice, kde vzniká přímá přidaná hodnota pro zákazníka.

Při realizaci procesů z externích zdrojů je zajištěno řízení těchto procesů dle jejich vlivu na shodu produktu s požadavky (vyžadování osvědčení o způsobilosti k provádění činnosti). Externí pracovníci jsou zařazeni do seznamu dodavatelů a jsou pravidelně hodnoceni.

Hlavní procesy, proces řízení a podpůrné činnosti prováděné v nemocnici a jejich vzájemné působení znázorňuje mapa procesů, viz Obrázek 8.



Obrázek 8 Mapa procesů (interní materiály nemocnice)

### 6.3 Odpovědnosti a pravomoci

Nejvýše postavenou osobou v nemocnici z hlediska kvality je **představitel vedení pro kvalitu** (dále jen „PVK“). Tuto funkci zastává ředitel nemocnice. Odpovědnost a pravomoc PVK spočívá zejména v:

- zajištění a kontrole, že procesy potřebné pro SMK jsou vytvářeny, uplatňovány a udržovány,
- implementaci politiky kvality nemocnice dle požadavků mezinárodní systémové normy ISO 9001:2008 a řízení, monitorování a koordinování SMK,
- rozhodování v oblasti SMK,
- ukládání úkolů a opatření k nápravě a preventivních opatření (dále jen „PO“) v oblasti kvality,
- předkládání písemných zpráv o stavu SMK za účelem jeho přezkoumání a jako základ k jeho zlepšování,
- podporování povědomí závažnosti požadavků zákazníka u všech zaměstnanců nemocnice,
- navazování a udržování vztahů se zákazníky a externími stranami v záležitostech týkajících se SMK.

PVK delegoval výkonnou funkci pro udržování a zlepšování SMK **manažerovi kvality**, který je přímo podřízen řediteli nemocnice.

MK řídí **tým kontinuálního zvyšování kvality**, který byl zřízen ředitelem nemocnice za účelem naplňování strategie managementu kvality v nemocnici a k jejímu trvalému zvyšování. Stálými členy týmu KZK jsou MK a tisková mluvčí, za úsek odborné péče dva zástupci a za úsek vnitřních služeb rovněž dva zástupci.

Na tým KZK navazuje rozšířený tým kontinuálního zvyšování kvality, tzv. **koordinátoři kvality**, do kterého jsou zapojeni zaměstnanci jednotlivých oddělení.

Koordinátor kvality:

- předává informace od manažera kvality a týmu KZK na své oddělení,
- prezentuje stanoviska pracovníků oddělení směrem k managementu kvality,
- předkládá inovativní návrhy na úpravy interní řízené dokumentace a na řízení procesů,

- garantuje aktuálnost interních dokumentů spadajících do kompetence daného oddělení,
- implementuje prvky kvality ve svém pracovním kolektivu,
- předává informace vztahující se ke kvalitě na pravidelných provozních poradách oddělení,
- provádí průběžnou kontrolu dodržování kvality na vlastním oddělení,
- aktivně se účastní na definovaných auditních šetřeních,
- dohlíží na zvyšování a dodržování kvality v souvislosti s akreditací nemocnice a ISO certifikací na „svém“ oddělení,
- spolupracuje na tvorbě standardů a směrnic.

#### 6.4 Politika kvality a cíle kvality

**Politika kvality** je vrcholovým dokumentem SMK v nemocnici. Deklarování politiky kvality, tj. strategických záměrů v oblasti kvality, je neoddělitelnou součástí SMK. Na základě této skutečnosti formuloval a schválil vrcholový management, ve spolupráci se středním managementem nemocnice, politiku kvality jako dlouhodobou koncepci směřování nemocnice. Tím je trvalá orientace nemocnice na uspokojování stanovených nebo předpokládaných potřeb, požadavků a očekávání zákazníků na zabezpečování kvality a bezpečí poskytovaných služeb. Politika kvality je závazná pro všechny zaměstnance nemocnice a její aktuální znění je uvedeno v Příloze 2.

Konkretizací politiky kvality v nemocnici jsou **cíle kvality**, které jsou zpracovávány ve zvláštním samostatném dokumentu aktualizovaném pro každý rok a schvalovaném poradou vedení, jehož vyhodnocení je součástí přezkoumání SMK vedením. Cíle kvality musí být konkrétní, měřitelné, reálné, s přidělenou odpovědností za jejich realizaci, rozpracované na nižší organizační celky, konzistentní s politikou kvality a termínované. V případě zjištění odchylek od stanovených cílů jsou přijímána příslušná opatření. Průběžné plnění cílů kvality je vyhodnocováno na pravidelných poradách vedení, záznam o vyhodnocení je součástí zápisu z porady vedení.

#### 6.5 Řízení dokumentů a záznamů

Řízení dokumentů zabezpečuje, že dokumenty jsou před vydáním schváleny, jsou přezkoumávány z hlediska aktuálnosti, vhodnosti, účelnosti, správnosti, mají zajištěnu identi-



fikaci změn a aktuálního stavu, jsou čitelné a snadno identifikovatelné a jsou dostupné v místech používání.

Záznamy jsou vedeny jako zvláštní typ dokumentů. Jsou tvořeny a udržovány tak, aby poskytovaly důkaz o shodě s požadavky na produkt, proces nebo činnost s předepsanými požadavky o efektivním fungování SMK.

### **6.5.1 Postup při vydávání interních dokumentů systému kvality**

Požadavky na tvorbu nebo změnu interních dokumentů systému kvality dostává manažer kvality (dále jen „MK“) od příslušných zaměstnanců nemocnice, nebo vznáší vlastní podněty. Přitom je povinen před zahájením prací ověřit, zda uvedená problematika není již řešena dříve vydanými, dosud platnými dokumenty nebo tím pověřit jiného zaměstnance – zpracovatele dokumentu.

Zpracovatel dokument odborně garantuje, odpovídá za jeho správnost, za jeho přezkoumání a soulad se závaznými normami a za jeho proveditelnost v podmínkách nemocnice. Po shromáždění všech materiálů zpracovatel prostuduje získané podklady, provede analýzu stávajícího stavu a zpracovávané problematiky, zpracuje osnovu dokumentu a nechá ji odsouhlasit MK.

Po vypracování návrhu dokumentu následuje fáze připomínkování, jejímž účelem je posoudit věcnou, odbornou a formální úroveň návrhu, odstranit případné nedostatky a připravit jej ke schválení. Za řádný průběh připomínkového řízení odpovídá zpracovatel návrhu. Po ukončení připomínkového řízení zpracovatel posoudí předložené připomínky, všechny relevantní připomínky zapracuje do návrhu interního dokumentu, ostatní vydiskutuje s jejich autorem. Případné spory, které nebylo možno vyřešit v průběhu připomínkového řízení ani s pomocí MK, případně náměstků, rozhodne s konečnou platností PVK.

MK zkontroluje a upraví formální a obsahovou stránku interního dokumentu z hlediska požadavků SMK, a pokud neshledá nedostatky, dokument vytiskne, podepíše návrh na určeném místě titulního listu a předloží konečné znění interního DSK schvalovateli.

Platné verze interních DSK jsou k dispozici na intranetu nemocnice, zaměstnanci jsou s interními dokumenty prokazatelně seznamováni prostřednictvím vedoucích zaměstnanců na provozních poradách či jiných poradních sborech.

### 6.5.2 Členění interních dokumentů systému kvality

Interní dokumenty systému kvality se člení na:

- **Dokumenty úrovně A**, které tvoří systémové dokumenty, zejména je jím Příručka kvality, Politika kvality, Cíle kvality, Etický kodex zaměstnanců. Tyto dokumenty popisují SMK v nemocnici podle požadavků normy ISO 9001, případně dalších systémů kvality.
- **Dokumenty úrovně B**, mezi které patří směrnice, řády a laboratorní příručky. Tyto dokumenty rozpracovávají obecné právní normy na podmínky nemocnice a zajišťují tak jejich aplikaci v provozu nemocnice. Jsou to základní dokumenty potřebné pro řízení a organizaci jednotlivých procesů. Mezi dokumenty typu B patří i stanovky nemocnice.
- **Dokumenty úrovně C** se dělí na řídicí instrukce, instrukce kvality, akreditační standardy, případně další. Řídicí instrukce jsou dokumenty vydané pro řízení jednotlivých úkolů a řešení konkrétních, většinou jednorázových potřeb. Instrukce kvality popisují konkrétní pracovní postupy bezprostředně ovlivňující kvalitu řízení a kvalitu a bezpečí poskytovaných služeb. Jsou jimi zejména lékařské standardy, ošetrovatelské standardy, standardní pracovní postupy, apod. Akreditační standardy jsou specifickým dokumentem, vytvořeným pro proces akreditace nemocnice SAK. V těchto dokumentech je shrnuto plnění indikátorů jednotlivých standardů popsaných v ostatních dokumentech systému kvality.

### 6.5.3 Řízení externích dokumentů systému kvality

Externími dokumenty systému kvality se rozumí dokumenty vzniklé mimo dokumentační systém nemocnice, které bezprostředně ovlivňují činnost nemocnice či mají bezprostřední vztah k tvorbě interních dokumentů, a jimiž je nemocnice povinna se ve svých aktivitách řídit.

Řízené externí dokumenty se dělí na:

- obecně závazné právní předpisy (např. Sbírka zákonů, Věstník MZ ČR),
- technické předpisy související se SMK,
- systémové normy (pro budování, zavádění, udržování a rozvoj SMK),
- technické normy,
- standardní postupy odborných společností,

- bezpečnostní listy chemických a nebezpečných látek.

Za evidenci a distribuci řízených externích dokumentů odpovídají pověřeni zaměstnanci:

- PVK odpovídá za distribuci obecně závazných právních předpisů a norem SMK,
- vedoucí odborů odpovídají za evidenci technických a jiných norem a předpisů,
- primáři odpovídají za evidenci standardních postupů jednotlivých odborných společností,
- MK vede evidenci norem systému kvality a bezpečnostních listů chemických a nebezpečných látek.

## 6.6 Interní komunikace

Správný chod nemocnice a SMK vyžaduje neustálou a pružnou komunikaci. Komunikace slouží k bezproblémovému chodu systému řízení a procesů SMK, ke zvyšování jeho efektivnosti. Komunikace je zajištěna v rovinách horizontálních i vertikálních. Všichni zaměstnanci mají pomocí e-mailu, telefonu, intranetu nebo přímého kontaktu přístup k osobě odpovědné za oblast kvality. Základní způsoby, formy a prostředky komunikace a druhy přenášených informací jsou uvedeny v následující tabulce.

Tabulka 2 Interní komunikace v nemocnici (*vlastní zpracování*)

Způsob	Prostředek	Forma
Přímá řeč	Přímá řeč	Porady vedení, porady týmu KZK, porady vrchních sester, porady primářského sboru, provozní porady apod.
	Telefon	Sdělení
Písemný	Doručení zaměstnancem	Hlášení, zprávy, záznamy, dokumentace, podání podnětu k přešetření, atd.
Elektronický	Počítačová síť	Interní počítačová síť, intranet, sdělení nebo soubory zaslané elektronickou poštou apod.
	Přenosné nosiče	Soubory na elektronických nosičích
	Fax	Kopie písemných informací

Uvnitř nemocnice je informační tok zabezpečen v rámci stanovené organizační struktury a odpovědnostmi jednotlivých zaměstnanců. Zvláštní pozornost je věnována informacím z externích zdrojů, jako jsou nové právní normy aj., z nichž nemocnice čerpá informace pro svou potřebu.

## **6.7 Management zdrojů**

Zdroje představují prostředky vyčleněné na systematické zvyšování kvality produktu (služby) a spokojenosti zákazníků v souladu s politikou kvality a cíli kvality, a to zejména personální (kvalifikovaní zaměstnanci), materiální (potřebné výrobní prostředky a zařízení, nářadí, měřidla, odpovídající pracovní prostředí) apod.

### **6.7.1 Lidské zdroje**

Jednou z podmínek udržení vysoké úrovně kvality všech procesů a poskytovaných služeb je zajištění odborné způsobilosti a přípravy všech zaměstnanců, jejichž činnost má vliv na kvalitu.

Vzdělávací proces zaměstnance nemocnice začíná prakticky již v okamžiku nástupu do pracovního poměru stanovením plánu zapracování či adaptačního procesu. Následuje stanovení každoročního plánu vzdělávání pro všechny zaměstnance dle kvalifikačních požadavků konkrétního pracovního místa. V průběhu roku absolvují zaměstnanci jak školicí akce spadající do celoživotního vzdělávání lékařů, nelékařských zdravotnických pracovníků a profesního vzdělávání nezdravotníků, tak i pravidelná školení požadovaná zaměstnavatelem, jako např. školení první pomoci, předcházení nemocničním nákazám apod. Nemocnice financuje vzdělávání zaměstnanců za účelem prohloubení, doplnění, udržování a obnovování kvalifikace a také spolufinancuje zvyšování kvalifikace studiem v akreditovaných kvalifikačních kurzech a na vyšších a vysokých školách. Ke sledování a hodnocení vzdělávacích akcí má nemocnice vytvořeny nástroje v podobě řízených dokumentů a záznamů systému kvality.

Plánování lidských zdrojů vychází ze systemizace pracovních míst jednotlivých oddělení, pracovišť a z aktuálních potřeb nemocnice. Pokud není naplněna systemizace pracovních míst, nemocnice přijímá preventivní, podpůrná a nápravná opatření, aby tato situace neohrozila kvalitu a bezpečí poskytované péče. Vedoucí odboru řízení lidských zdrojů pravidelně zpracovává přehled naplňování systemizovaných míst, který předkládá na poradách náměstka pro vnitřní služby a výstupy jsou dále diskutovány na poradách vedení, dozorčí

radě apod. Vedení nemocnice má vypracován motivační program pro zaměstnance, který je neustále aktualizován a zlepšován, zveřejňuje na svých internetových stránkách i jiných serverech volná pracovní místa a aktivně se podílí na stabilizaci personálního stavu.

### 6.7.2 Infrastruktura

Za plánování, zajišťování, údržbu a modernizaci infrastruktury v potřebném rozsahu a na potřebné technické úrovni nutné k dosažení shody s požadavky na produkt (službu) je odpovědné vedení nemocnice. K tomuto účelu je infrastruktura 1× ročně přezkoumávána a je hodnocena její dostatečnost.

Infrastruktura zahrnuje:

- budovy, pracovní prostory,
- skladovací zařízení a prostředky,
- výpočetní technika (hardware, software),
- strojní a technické zařízení,
- monitorovací a měřicí zařízení,
- dopravní prostředky,
- podpůrné služby (přeprava, zacházení s biologickým odpadem apod.).

### 6.7.3 Pracovní prostředí

Prostory nemocnice zahrnují administrativní část nemocnice, prostory pro poskytování léčebně preventivní, diagnostické, a ošetrovatelské péče, objekty dopravní zdravotnické služby, provozní objekty a skladové prostory. Pro všechny činnosti platí obecné zásady ochrany objektů, bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, požární ochrany, ochrany životního a pracovního prostředí. Nemocnice používá provozní (hygienicko-epidemiologické) řády schválené Krajskou hygienickou stanicí a Dezinfekční řád.

Za plánování a zajištění vhodného pracovního prostředí a pracovních prostředků je, v souladu se strategií rozvoje nemocnice, odpovědné vedení nemocnice v těchto hlavních oblastech:

- vybavení pracovních míst a jejich vnějších podmínek,
- zatřídění pracovního prostředí a cílené snižování rizik,
- provádění hodnocení efektivnosti jednotlivých zdrojů.

## 6.8 Spokojenost zákazníka

Proces sledování spokojenosti pacientů má několik dimenzí:

- sledování spokojenosti hospitalizovaných pacientů pomocí dotazníků,
- sledování spokojenosti ambulantních pacientů, pacientů laboratoří, RDG, dopravní zdravotnické služby a klientů lékárny pomocí dotazníků,
- sledování spokojenosti hospitalizovaných pacientů pomocí „focus groups“ (ohniskových skupin),
- proces řešení připomínek, podnětů a námětů pacientů/klientů.

### 6.8.1 Dotazníky spokojenosti

Každý pacient přijatý do nemocnice k hospitalizaci nebo doprovod hospitalizovaného dítěte má možnost vyjádřit svou spokojenost nebo nespokojenost s poskytovanými službami formou anonymně vyplněného dotazníku, který mu personál předá při přijetí na oddělení spolu s informací o možnosti vyplnit dotazník před ukončením hospitalizace.

Dotazníky určené pro ambulantní pacienty jsou k dispozici pacientům v čekárnách ambulancí, dotazníky určené pro klienty laboratoří a RDG (radiodiagnostické oddělení) jsou k dispozici v jednotlivých čekárnách, dotazníky pro hodnocení spokojenosti s dopravní službou jsou k dispozici v sanitních vozech, dotazníky pro klienty lékárny jsou k odběru ve vestibulu lékárny.

Vyplněný dotazník pacient vhodí do schránek k tomu účelu určených, které jsou umístěny u vchodu do každé budovy, u vrátnice a u vchodu do budovy odborných ordinací případně na jednotlivých lůžkových odděleních.

Náměstek pro odbornou péči a náměstek pro vnitřní služby jsou odpovědní za praktickou realizaci projektu sledování spokojenosti pacientů ve všech výše zmíněných provozech. Jednou za čtvrt roku provádí MK statistické zpracování dat ze získaných dotazníků dle jednotlivých oddělení. Soubory se čtvrtletním vyhodnocením dotazníků jsou také přístupné na intranetu.

MK informuje na poradách týmu KZK o závažných připomínkách a námětech pacientů, které se v dotaznících vyskytly. Pokud to závažnost připomínek vyžaduje, je podnět řešen cestou porady vedení, která rozhoduje o následných opatřeních.

Hodnocení jednotlivých oblastí v dotaznících spokojenosti pacientů, stejně jako vepsané připomínky v nich, slouží jako podklad pro sestavování okruhů otázek v rámci šetření spokojenosti pacientů metodou focus groups (dále jen „FG“).

### **6.8.2 Focus groups**

Ke zvýšení objektivity vyhodnocování spokojenosti pacientů je zavedena metoda cíleného rozhovoru - focus groups. Jde o kvalitativní metodu průzkumu spokojenosti u skupiny náhodně vybraných pacientů, kteří jsou v nemocnici hospitalizováni. Cílený rozhovor provádí stanovení členové týmu KZK minimálně 2× ročně.

Závažná zjištění jsou prověřena, za příp. realizaci nápravných opatření zodpovídá náměstek pro odbornou péči nebo jím pověřená osoba.

### **6.8.3 Podněty a stížnosti**

V případě písemně vznesených podnětů a stížností se tyto označí jednacím číslem a ředitel nemocnice rozhodne o jejich dalším šetření, u osobně vznesených podnětů či stížností je s dotyčným sepsán záznam o přijetí podnětu k prošetření, který je opatřen jednacím číslem.

Při závažných právních dopadech podnětu (stížnosti) je šetření předáno externímu právníkovi, který vyřizuje i potřebnou korespondenci. Pokud není vyžadováno šetření právníkem, postoupí ředitel dle předmětu šetření věc k dalšímu projednání příslušnému náměstkovi, který zajišťuje její další prověření a potřebnou korespondenci.

V případě, že šetřený podnět byl oprávněný, musí být stanovena následná opatření k nápravě a o opatřeních je informován ředitel nemocnice. Celý proces řešení podnětu případně stížnosti včetně informování „stěžovatele“ o výsledku šetření, musí být ukončen (až na výjimky stanovené právními předpisy) do 30 dnů ode dne přijetí.

## **6.9 Auditní činnost**

V nemocnici je zaveden systém pravidelných interních a externích auditů. Jejich cílem je průběžná kontrola dodržování indikátorů národních akreditačních standardů a požadavků normy ISO 9001, plnění cílů kvality a plánu zvyšování kvality, ale i znalost dokumentů systému kvality a jejich správné uplatňování v každodenní praxi.

### **6.9.1 Interní audity**

Proces interní auditní činnosti sestává z následujících kroků:

- Stanovit normy (vnitřní řízené dokumenty, které definují realizaci procesů v nemocnici), které budou předmětem auditu,
- normy porovnat s praxí,
- definovat „problematická místa“ v realizaci stanovených procesů a dle nich vypracovat kontrolní kritéria (dále jen „KK“) k hodnocení,
- provést a vyhodnotit audit,
- seznámit s výsledky hodnocení zaměstnance,
- stanovit na základě výsledku auditů případná preventivní/nápravná opatření,
- zhodnotit efektivnost opatření.

Předmětem auditního šetření jsou všechny realizované činnosti v nemocnici vykonávané dle stanovených norem. Audit provádí zaměstnanci nemocnice písemně jmenovaní ředitelem a proškolení vedoucím auditorem – manažerem kvality.

Audity probíhají podle stanoveného rozpisu, na základě kterého sestaví MK harmonogram auditů na kalendářní rok. Před prvním auditním šetřením jednotlivých typů auditů je zpravidla organizována přípravná schůzka, kterou řídí MK a kde jsou určeny auditní týmy, auditovaná oddělení, KK, časový limit auditu apod.

Audit se provádí na základě definovaných KK, která stanovuje MK a která mohou být interními auditory oponována a také dle potřeby MK měněna. Je-li při auditu některé KK hodnoceno jako nesplněno – je toto považováno za neshodu a auditoři jsou povinni ihned vyhotovit záznam o neshodě. Tento formulář je při auditu (nebo bezprostředně po auditu) postoupen vedoucímu zaměstnanci oddělení, který je na jeho základě povinen provést nápravu, popř. stanovit preventivní/nápravná opatření. V časovém limitu do 14 dnů je povinen vedoucí zaměstnanec oddělení zaslat kompletně vyhotovený Záznam o neshodě MK, který analyzuje výsledky auditů, informuje o nich na poradách vedení a podílí se na stanovování příp. systémových opatření či změn na základě výstupů z auditů.

### **6.9.2 Metodické návštěvy**

Cílem metodických návštěv je pravidelný kontakt interních auditorů a vedoucích zaměstnanců nemocnice s jednotlivými pracovišti a hodnocení plnění akreditačních standardů, plnění jednotlivých interních dokumentů systému kvality a konzultace případných nejasností a problémů přímo na pracovištích s jednotlivými zaměstnanci. V případě zjištění ne-



shody je tato zaznamenána a řešena standardním postupem, v ostatních případech jsou interní auditoři nápomocni při řešení drobných nedostatků.

## 6.10 Řízení neshodného produktu

Postup řízení neshodného produktu se vztahuje na neshody SMK ve všech činnostech prováděných v nemocnici, zejména na:

- neshody zjištěné při poskytování ústavní a ambulantní péče,
- neshody zjištěné v souvislosti se vznikem nežádoucích příhod zdravotnických prostředků používaných při poskytování zdravotních služeb,
- neshody zjištěné u vstupů tj. při nákupu, převímce zboží,
- neshody zjištěné na základě hodnocení zákazníkem (pacientem),
- neshody zjištěné na základě podání a reklamací,
- neshody zjištěné na základě nálezů z interních nebo externích auditů.

### 6.10.1 Nežádoucí události

Proces řešení NU je nejvýznamnější složkou řízení neshodného produktu v nemocnici. Každý účastník NU má povinnost v první řadě minimalizovat možné následky NU a následně událost sepsat na standardizovaný formulář. NU se hlásí vždy vedoucímu zaměstnanci, případně i dalším osobám dle typu NU.

Za ověření správnosti vyhotovení záznamu o NU je odpovědný vedoucí zaměstnanec. Ten zodpovídá za kontrolu všech NO či PO a za předání Záznamu o NU manažerovi kvality, případně za seznámení dalších osob s okolnostmi NU (vedoucí odboru, příslušný náměstek, ředitel, právník, policie, psycholog, epidemiologická sestra apod.).

Pokud NU nevyžaduje bezprostřední řešení, je projednána na pravidelné poradě týmu KZK, kde se projednávají a uzavírají všechny NU za uplynulý měsíc. V případě, že je NU klasifikována jako závažná NU, došlo-li k vážnému poškození zdraví postižené osoby, dále pokud má NU závažné důsledky z hlediska poškození majetku či image nemocnice, je vedoucí zaměstnanec povinen NU hlásit přímému nadřízenému, v jeho nepřítomnosti dalšímu nadřízenému vedoucímu zaměstnanci dle organizační struktury. Ten posoudí charakter a závažnost NU a rozhodne o příp. předání informace řediteli nemocnice. Ředitel nemocnice rozhodne o nutnosti prošetření NU komisí pro šetření NU nebo pověří prošetřením NU konkrétní osobu.

Manažer kvality eviduje NU a vyhodnocuje je v pravidelných intervalech (čtvrtletně), má pravomoc kontrolovat efektivnost a plnění následných preventivních a nápravných opatření, na základě analýz iniciuje zavedení trvalých změn či systémových opatření s cílem minimalizovat rizika vzniku NU.

Manažer kvality zodpovídá za import NU do elektronického systému Hlášení nežádoucích událostí při poskytování zdravotní péče.

## 7 PŘEZKOUMÁNÍ A ANALÝZA SYSTÉMU MANAGEMENTU KVALITY V NEMOCNICI

Podkladem pro přezkoumání a analýzu klíčových procesů SMK je výchozí stav SMK, který je popsán v kapitole 6 Současný stav managementu kvality v nemocnici. Pro větší přehlednost a ucelenost práce jsou v rámci přezkoumání jednotlivých oblastí analyzovány i vnější a vnitřní faktory, které tyto oblasti ovlivňují.

### 7.1 Přezkoumání procesního řízení

SMK je koncipován tak, aby bylo možné efektivně plnit veškeré možné požadavky zákazníků a aby byl zároveň neustále zlepšován. Aplikaci systému procesů v rámci nemocnice, spolu s identifikací těchto procesů, jejich vzájemným působením a jejich řízením, je možno nazvat procesním přístupem.

V nemocnici jsou identifikovány a popsány hlavní procesy nemocnice, včetně nastavených kritérií měření těchto procesů, což zajišťuje kontrolu jejich efektivnosti.

Vyhodnocení kritérií je prováděno minimálně 1× ročně v rámci přezkoumání vedením. Kritéria jsou podle aktuální situace a potřeb nemocnice aktualizována. Vzhledem k plnění kritérií hodnotím hlavní procesy v nemocnici jako funkční.

### 7.2 Přezkoumání odpovědností a pravomocí

Odpovědnosti, pravomoci a vzájemné vztahy všech zaměstnanců, kteří řídí a vykonávají činnosti ovlivňující kvalitu, jsou v nemocnici stanoveny:

- organizačním řádem,
- pracovním řádem,
- popisy pracovních míst,
- organizačními a řídicími interními dokumenty,
- příp. plnou mocí, pověřením, jmenováním nebo jiným odborným způsobem.

Představitelem vedení pro kvalitu je ředitel nemocnice, což je nejlepší možná varianta k zabezpečení angažovanosti managementu, jako jednoho z důležitých prvků SMK. MK je součástí vedení, účastní se porad vedení a disponuje tak všemi informacemi potřebnými pro rozvoj SMK v nemocnici. Problematická je jeho zastupitelnost. MK hraje klíčovou roli v mnoha oblastech SMK a v jeho nepřítomnosti není osoba, která by jej zastoupila.

Velkou devizu do budoucna spatřuji v koordinátorech kvality, kteří jsou relativně novým článkem v SMK. Řízení kvality se díky nim stává plošným, nejde jen o centrální řízení z pozice PVK a MK, ale kompetence jsou předávány na nižší úrovni řízení až na výkonné zaměstnance. Do řízení kvality se aktivně zapojuje stále více zaměstnanců, což napomáhá udržování a rozvoji SMK.

### 7.3 Přezkoumání politiky kvality a cílů kvality

Aktuálnost **politiky kvality** je každoročně přezkoumávána PVK a MK. Na její poslední revizi se měli možnost podílet všichni zaměstnanci nemocnice. Politiku kvality hodnotím jako aktuální, vystihující poslání a strategické záměry nemocnice.

**Cíle kvality** jsou navrhovány vždy na období jednoho kalendářního roku a schvalovány poradou vedení. Cíle jsou koncipovány jako projekt, který je dále rozčleněn na dílčí kroky nutné k realizaci cíle. Každý cíl kvality má svého garanta, realizační tým, stanovené termíny a odpovědnosti vztahující se k realizaci cíle a kalkulaci nákladů. Aby bylo projektové řízení cílů kvality komplexní, doporučuji, kromě výše uvedených bodů, zařadit do definování cíle a procesu jeho splnění položku „Rizika a opatření“, díky které se lze na případná úskalí realizace cíle dopředu připravit a předejít následnému nedodržování termínů.

Na cíle kvality navazuje **plán zvyšování kvality**, který v průběhu celého roku průběžně doplňován a aktualizován. Pověštinou obsahuje aktuální úkoly v rámci realizace doporučení plynoucích z externích auditů nebo řešení aktuální problematiky, ke které je potřeba koncepční, systémové řešení. Plnění plánu zvyšování kvality je pravidelně hodnoceno na poradách týmu KZK.

### 7.4 Přezkoumání procesu řízení dokumentů a záznamů

Prostřednictvím řízených dokumentů a záznamů jsou identifikovány a popsány všechny důležité postupy a procesy, které jsou vyžadovány jednak externími subjekty (ISO, SAK, NASKL, zákonodárci), jednak zevnitř nemocnice – zaměstnanci.

Postup pro zpracování, připomínkování, schválení, vydání, distribuci, pravidelné přezkoumávání, evidenci, aktualizaci, kontrolu, rušení, archivaci a skartaci dokumentů a záznamů – tedy proces řízení dokumentů a záznamů systému kvality – je funkční.

Problémem je obrovská administrativní náročnost tohoto procesu. Na počátku zavádění řízené dokumentace tyto vznikaly mnohdy nahodile, dle aktuálních potřeb nemocnice, uce-

lenější procesy jsou popsány v několika oddělených dokumentech. Na dokumenty vyžadované normou ISO se nabalily akreditační standardy SAK, nyní výrazně stoupá počet dokumentů a záznamů s audity NASKL. V nemocnici v současné době existuje bezmála 400 řízených dokumentů a přibližně stejný počet záznamů/formulářů a další vznikají. Takový počet je již uživatelsky nepřehledný a roste náročnost co do udržování aktuálnosti řízených dokumentů a záznamů, nemluvě o administrativní zátěži spojené s jejich přezkoumáváním a revizemi.

### **7.5 Přezkoumání interní komunikace**

Nástroje interní komunikace jsou znázorněny v kapitole 6.6 Interní komunikace. Pro předávání informací je nejdůležitější složkou systém porad. Důležité informace z porady vedení jsou prezentovány na primářských sborech, poradách vrchních sester a poradách náměstka pro vnitřní služby. Odtud jsou dále předávány na provozních poradách jednotlivých oddělení. V nemocnici dále působí poradní sbory, které jsou specificky zaměřeny na určité oblasti, jako např. porady týmu KZK, lékové komise, komise pro řešení škodných událostí apod.

Porady jsou zásadním článkem komunikace zejména z toho důvodu, že v nich lze dohledat prokazatelné seznámení účastníků porady s projednávanými tématy a při vzniku komunikačního šumu lze identifikovat zdroj, problematické místo a nastavit opatření k nápravě.

Informace týkající se SMK jsou – kromě již uvedených způsobů – předávány prostřednictvím porad týmu KZK, koordinátorů kvality, úvodních školení pro nově nastupující zaměstnance, každoročního školení vedoucích zaměstnanců v SMK a dalšími způsoby. Vzhledem k výše uvedenému považují interní komunikaci za účinnou, komplexní a funkční.

### **7.6 Přezkoumání managementu zdrojů**

Nejvýznamnějším zdrojem, který nejvíce ovlivňuje kvalitu poskytovaných služeb, shodu s požadavky a spokojenost zákazníků/pacientů, jsou bezesporu lidé, zaměstnanci nemocnice. Zároveň jsou lidské zdroje nejméně stabilní složkou. Fluktuaci nelze vždy dopředu predikovat a odchod několika klíčových zaměstnanců má potenciál zásadně ohrozit stabilitu SMK i fungování nemocnice jako celku.

### 7.6.1 Rozvoj znalostí a dovedností

Proces vzdělávání zaměstnanců a aktivní přístup managementu v této oblasti je jednou ze silných stránek nemocnice. Nemocnice má propracovaný systém vzdělávání, který plánuje v návaznosti na aktuální i budoucí potřeby.

Nemocnice se stala jedním z úspěšných žadatelů o finanční podporu z Evropského sociálního fondu prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost a prostřednictvím státního rozpočtu ČR. Projekt s názvem „Rozvoj manažerských kompetencí, komunikačních dovedností a dalších znalostí zaměstnanců Vsetínské nemocnice a.s.“ byl schválen s celkovou výší finanční dotace 6 144 349 Kč. Vzdělávací program tvoří pět samostatných modulů, zaměřených na rozvoj manažerských kompetencí středního a nižšího managementu, dále modul zaměřený na jazykové znalosti, na počítačové dovednosti a poslední modul na komunikaci a právní vědomí zdravotnických pracovníků. Celkově je do vzdělávání zapojeno více než 230 zaměstnanců nemocnice, kteří absolvují až 1 500 samostatných kurzů.

### 7.6.2 Hodnocení a spokojenost zaměstnanců

Vzhledem k faktu, že proces hodnocení zaměstnanců i proces sledování spokojenosti zaměstnanců prochází v současné době významnými změnami, nebude funkčnost dosavadního systému dále analyzována.

### 7.6.3 Počet a struktura zaměstnanců

Na tuto oblast mají markantní vliv vnější faktory. Minimální počty a strukturu personálu jednotlivých odborností jasně vymezuje vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Kromě právních norem do této oblasti významně vstupuje rovněž vláda, potažmo MZ ČR, ať již nastaveným systémem vzdělávání (zejména lékařů), nebo financováním zdravotnictví a přerozdělováním zdrojů – viz nedávná akce „Děkujeme, odcházíme“.

Celorepublikovým problémem je pak nedostatek lékařů, a to zejména některých odborností, jako je neurologie, patologie, infekční lékařství apod. Poskytovatelé tak musí mít sestaven účinný motivační program, aby si zaměstnanec udržela, případně získala. Mezi aktivity nemocnice při získávání a stabilizaci zaměstnanců patří např. bonusové zvýhodnění nově nastupujících lékařů, inzeráty, komunikace s lékařskými fakultami, sledována inzerce, ak-

tivní oslovování zájemců o pracovní místa, příspěvky na bydlení, penzijní pojištění, stravu, dopravu, hrazení vzdělávacích akcí i studia, stipendia budoucím lékařům a další.

Z pohledu SMK je velmi důležité řízení kariéry a rovněž plánování zastupitelnosti a nástupnictví na klíčových postech. Plán následnictví eviduje odbor řízení lidských zdrojů. Aktualizace plánu následnictví, doplňování a korigování provádí průběžně vedoucí zaměstnanci.

#### **7.6.4 Infrastruktura a pracovní prostředí**

Dostatečnost infrastruktury a pracovního prostředí podléhá pravidelnému přezkoumávání, a to jak internímu (pravidelné kontroly bezpečnosti práce, požární ochrany, prověrky odborových organizací), tak externímu (schvalování hygienicko-epidemiologických řádů a prostor, kde se poskytují zdravotní služby orgánem ochrany veřejného zdraví).

Aby byla zachována kontinuita a modernizace infrastruktury a pracovního prostředí, je v nemocnici plánována obměna vybavení a rekonstrukce prostorů v návaznosti na investiční plán nemocnice a vyhrazené finanční zdroje. Obsáhlá je v tomto ohledu i marketingová aktivita směrem ke sponzorským darům, které jsou významnou složkou obnovy přístrojového vybavení a infrastruktury jako celku zejména na dětském oddělení a oddělení gynekologie a porodnictví.

Radou Zlínského kraje byl v roce 2007 schválen komplexní plán investičního rozvoje nemocnice, který obsahuje zejména výstavbu nových, moderních budov/pavilonů. Tzv. generel předpokládá postupnou realizaci projektů po jednotlivých etapách v horizontu zhruba deseti let. Rada rovněž každoročně schvaluje plán oprav majetku – budov, které jsou převážně ve vlastnictví Zlínského kraje.

Na základě požadavků zákazníků/pacientů, a to zejména z dotazníků spokojenosti a cílených rozhovorů s pacienty, je jednou z priorit vedení nemocnice pokračovat v projektu obnovy lůžek, matrací a lůžkovin v nemocnici.

Vše výše uvedené je do značné míry závislé na finančních zdrojích, cash flow, závazcích nemocnice. Na stanovování priorit co do investic se podílí nejen vedení nemocnice, ale i vedoucí zaměstnanci jednotlivých oddělení a prostřednictvím manažera kvality rovněž pacienti.

## 7.7 Přezkoumání spokojenosti zákazníků

Monitorace, hodnocení a analýzy spokojenosti pacientů/klientů jsou klíčovým prvkem SMK. Nemocnici poskytují zpětnou vazbu, jak jsou její služby vnímány pacientem a upozorňují vedení nemocnice na problematické oblasti, které mohou negativně ovlivnit kvalitu poskytovaných služeb a bezpečí a komfort pacientů. Výstupy z analýz spokojenosti pacientů tak napomáhají kontinuálně zvyšovat kvalitu služeb, a to vše bez nutnosti vynaložení finančních zdrojů.

### 7.7.1 Dotazníky spokojenosti hospitalizovaných pacientů

Každý hospitalizovaný pacient po přijetí do nemocnice dostává formulář dotazníku, aby se již v průběhu hospitalizace mohl zaměřit na hodnocení jednotlivých otázek. Pacient hodnotí jednotlivé oblasti známkou jako ve škole (1 naprostá spokojenost, 5 naprostá nespokojenost). Dotazníky pak odevzdávají do připravených a označených schránek.

Výsledky dotazníkových šetření za poslední čtyři čtvrtletí viz Tabulka 3.

Tabulka 3 Spokojenost hospitalizovaných pacientů (*vlastní zpracování*)

	3. Q 2011	4. Q 2011	1. Q 2012	2. Q 2012
<b>Návratnost</b>	23,7 %	25 %	23,7 %	25,8 %
<b>Průměrná známka</b>	1,2	1,19	1,17	1,15

### 7.7.2 Dotazníky spokojenosti ambulantních pacientů

I pacienti ošetřovaní v ambulancích mají možnost vyjádřit svou spokojenost se službami nemocnice. Ve skupině hodnocení spokojenosti ambulantních pacientů jsou vyhodnocovány kromě všech ambulancí v nemocnici i laboratorní provoz, provoz oddělení RDG a dopravní zdravotní služba.

Tabulka 4 Spokojenost ambulantních pacientů (*vlastní zpracování*)

	3. Q 2011	4. Q 2011	1. Q 2012	2. Q 2012
<b>Počet dotazníků</b>	176	113	334	292
<b>Průměrná známka</b>	1,3	1,28	1,22	1,22



Proces sledování spokojenosti prostřednictvím dotazníků spokojenosti je komplexní, výstupy přínosné, administrativně a časově je však současná metodika sledování spokojenosti neúměrně náročná. Dotazník spokojenosti pro hospitalizované pacienty čítá celkem 25 položek. Při celkovém počtu více jak 3 000 dotazníků za rok a faktu, že sběr, evidenci, zpracování, analýzu a vyhodnocování dotazníků provádí jediná osoba – MK, zabere tato činnost ročně mnoho pracovních dní.

### 7.7.3 Focus groups

Velká váha je také přikládána průzkumu spokojenosti hospitalizovaných pacientů metodou FG. V roce 2011 se uskutečnila šetření spokojenosti uvedenou metodou na čtyřech lůžkových odděleních a v nemocniční lékárně. Bylo hovořeno celkem se 74 pacienty/klienty. Výstupy z FG jsou vždy námětem diskuze na poradách vedení, zjištění rovněž řešena s vedením konkrétního oddělení, případně dalšími pracovníky dle charakteru nálezu.

Prostor ke zlepšení lze nalézt i zde. Výstupy z šetření jsou diskutovány a řešeny, nejsou však stanoveny odpovědnosti a mechanismus řešení a realizace NO a PO.

### 7.7.4 Stížnosti k prošetření

Řešení podnětů a stížností od pacientů a dalších osob je v nemocnici nastaven v souladu se zákonem o zdravotních službách. MK se na vyhodnocování oprávněnosti podnětů přímo podílí a může tak realizovat případná NO v podobě klinických seminářů, případových studií apod. Počet a oprávněnost stížností za poslední čtyři čtvrtletí znázorňuje Tabulka 5.

Tabulka 5 Stížnosti k prošetření (*vlastní zpracování*)

	3. Q 2011	4. Q 2011	1. Q 2012	2. Q 2012
<b>Počet stížností</b>	3	7	3	3
<b>Oprávněné stížnosti</b>	1	0	2	0

Žádná ze stížností nebyla podána soudní cestou. Všechny podněty byly projednány s vedením konkrétního oddělení, v případě oprávněnosti podání byla nastavena NO s cílem minimalizovat riziko opakování se dané situace a pochybení byla projednána na provozních schůzích oddělení.

## 7.8 Přezkoumání auditní činnosti

### 7.8.1 Interní audity

Interní audity jsou prováděny zaměstnanci nemocnice. Jedná se o audity uzavřené dokumentace, otevřené dokumentace, audity ambulantních karet, audity komplementu, audity ošetrovatelských výkonů a audity vnitřních služeb. V rámci interních auditů byla rovněž zavedena kontrola popisů pracovních míst zaměstnanců a od roku 2012 audity outsourcovaných služeb – prádlo, úklid.

Kvalita zdravotních služeb (stejně jako kvalita podpůrných činností/procesů) v nemocnici, je průběžně sledována, monitorována a na základě konkrétních poznatků jsou činěny kroky k jejímu zvyšování. Získané poznatky auditních šetření jsou využívány při managementu procesů. Výsledky umožňují evaluaci a komparaci oddělení, což je využíváno jako jedna ze strategií ke zvyšování kvality. Výsledky jednotlivých typů interní auditní činnosti znázorňuje Tabulka 6.

Tabulka 6 Výsledky interních auditů (*vlastní zpracování*)

Typ auditu	2009	2010	2011
Uzavřená dokumentace	98,4 %	96,4 %	97,1 %
Otevřená dokumentace	96,3 %	97,1 %	98,6 %
Ambulantní karty	97 %	96,5 %	97,3 %
Komplement	99 %	100 %	100 %
Ošetrovatelské výkony	99,5 %	100 %	99,9 %

Výsledky z interních auditů poukazují na funkčnost procesu. Identifikované neshody v rámci auditní činnosti nemají charakter systémových chyb, ale spíše se jedná o selhání jednotlivců a o nahodilé chyby. Díky nastaveným NO vedoucími jednotlivých pracovišť se neshody stejného charakteru zpravidla dále nevyskytují.

Tabulka 6 poukazuje na neúčelnost auditů komplementu a ošetrovatelských výkonů, které jsou hodnoceny takřka vždy na 100 % a jejich výtěžnost je tedy minimální.

### 7.8.2 Externí audity

Externí auditní činnost zaměřená na SMK jako celek probíhá v nemocnici prostřednictvím certifikačních a dozorových auditů v rámci certifikace dle normy ISO 9001, které realizuje firma LL-C (Certification) Czech Republic s.r.o., dále nemocnice spolupracuje s poradenskou firmou Qiso-Mirais, s.r.o., která poskytuje poradenství při udržování SMK a v neposlední řadě audity a konzultační návštěvy SAK.

Obecně lze konstatovat, že v rámci externích auditů nebývají konstatovány neshody. Formulovaná doporučení nejsou systémového charakteru a jejich počet má klesající tendenci. Při akreditačním šetření SAK byla nemocnice vyhodnocena jako akreditovaná s celkovým průměrným hodnocením indikátorů všech akreditačních standardů 97,6 %.

### 7.8.3 Metodické návštěvy

Chod jednotlivých úseků nemocnice je také kontrolován v rámci metodických návštěv, kterým bylo v roce 2011 věnováno celkem 5 dnů, během kterých bylo navštíveno 25 pracovišť. Na realizaci metodických návštěv se podílí celý tým odborníků různých specializací tak, aby byly zmapovány všechny aspekty a činnosti ovlivňující kvalitu a bezpečí poskytovaných služeb. Neméně důležitou částí metodických návštěv jsou diskuze se zástupci jednotlivých oddělení nad specifickými problémy navštívených pracovišť a možnostmi jejich řešení. Toto je zdrojem přinášejícím mnoho podnětů pro management nemocnice.

Váha a podíl metodických návštěv na interních auditech má stoupající tendenci (díky výtežnosti, osobnímu kontaktu a individualitě metodických návštěv). Tuto strategii doporučuji rozvíjet i do budoucna.

## 7.9 Přezkoumání procesu řízení neshodného produktu

Jednotlivé typy neshod jsou popsány v kapitole 6.10 Řízení neshodného produktu. Nejvýznamnější součástí řízení neshodného produktu je co do kvantity i kvality proces zjištění, zaznamenávání, řešení, vyhodnocování a eliminace NU. Nedílnou součástí řešení NU jsou opatření k nápravě v podobě PO a NO. Výstupy z tohoto procesu znázorňuje Tabulka 7.

Tabulka 7 Počet a struktura nežádoucích událostí (*vlastní zpracování*)

	3. Q 2011	4. Q 2011	1. Q 2012	2. Q 2012
<b>NU celkem</b>	<b>44</b>	<b>64</b>	<b>72</b>	<b>66</b>
<b>Pády</b>	27	25	32	24
<b>Svévolný odchod pacienta</b>	9	19	10	22
<b>Selhání zdravotnické techniky</b>	0	5	2	4
<b>Pokus o sebezranění</b>	0	0	3	0
<b>Ohrožení zaměstnanců<sup>1</sup></b>	0 (2)	0 (4)	1 (4)	0 (3)
<b>Medikační incident</b>	0	0	0	0
<b>Incident v poskytování péče</b>	0	1	5	1
<b>Majetek nemocnice</b>	1	0	1	1
<b>Majetek pacienta</b>	1	1	0	0
<b>Agresivní pacienti</b>	2	8	7	9
<b>Jiné</b>	4	5	11	5

Počet a struktura NU je relativně stabilní, zaměstnance je však potřeba neustále edukovat v oblasti hlášení tzv. skorochyb neboli nedokonaných pochybení – tedy situací, kdy mohlo dojít v důsledku pochybení k poškození pacienta, ale nakonec bylo toto riziko odvráceno. Tyto jsou hlášeny spíše sporadicky, přitom se jedná o efektivní nástroj pro prevenci neshod a NU ještě před jejich vznikem.

Nemocnice je zapojena do projektu Hlášení nežádoucích událostí při poskytování zdravotní péče, což na jednu stranu umožňuje standardizaci hlášení NU a benchmarking s jinými poskytovateli, na druhou stranu se však zvyšuje administrativní náročnost, protože vytvořená papírová hlášení o vzniku NU musí MK následně transformovat do elektronického systému projektu.

<sup>1</sup> Číslo v závorce vyjadřuje počet ohrožení zaměstnanců v rámci položky „Agresivní pacienti“.

V procesu řešení NU nejsou (až na výjimky) využívány nástroje typické pro management rizik, jako je kořenová analýza, analýza možností vzniku a následků selhání (tzv. FMEA). Při snaze komplexního řešení řízení neshodného produktu a rizik obecně je nutné zvážit náklady a přínosy spojené s případným ustanovením manažera rizik.

### **7.10 Přezkoumání aplikovaných systémů kvality**

Nemocnice dlouhodobě rozvíjí nastavenou strategii řízení kvality, respektive kvality řízení, a to jak v rámci plnění požadavků normy ISO 9001:2008, tak i v řízení kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče podle národních akreditačních standardů SAK. Právě vzájemná návaznost a logická provázanost obou systémů řízení kvality je velkou devizou nemocnice v poskytování kvalitních zdravotních služeb pacientům/klientům. Během každoročního celonárodního průzkumu spokojenosti pacientů se nemocnice pravidelně objevuje na předních příčkách hodnocení „Nejlepší nemocnice ve Zlínském kraji“ (2009 – 2. Místo, 2010 – 1. Místo, 2011 – 2. Místo). Nově jsou v laboratořích implementovány prvky normy ISO 15189 v rámci auditů NASKL.

Strategii nemocnice, které systémy kvality zavádět a udržovat, významným způsobem ovlivňují i vnější faktory, konkrétně politicko-legislativní. Bohužel je nutné konstatovat, že jsou tlaky těchto subjektů mnohdy protichůdné. Zatímco na úrovni MZ ČR je patrný příklon k systémům kvality vycházejícím z národních akreditačních standardů SAK, v návrhu Integrované strategické koncepce pro rozvoj zdravotnictví a rozvoj zdravotnických služeb ve Zlínském kraji je primárně preferována certifikace ISO 9001:2008. Toto je mj. zdůvodňováno menší finanční náročností (což je sporné vzhledem k bonifikaci a faktu, že v tříletém období mezi akreditacemi SAK nejsou povinné dozorové audity), na druhou stranu v laboratorních provozech je doporučována akreditaci ISO 15189 (ČIA), která je oproti NASKL ve větších provozech i nekolinásobně dražší.

Mezi hlavní přínosy a výhody akreditace SAK lze zařadit specifické zacílení na poskytování zdravotních služeb, a to zejména se zaměřením na kontinuitu péče, podávání léčiv a další strategické oblasti nejvíce ovlivňující kvalitu a bezpečí zdravotních služeb. Akreditační standardy se neustále vyvíjejí v návaznosti na legislativní požadavky a neposlední řadě se objevují první bonifikace za kvalitu při akreditaci SAK od České průmyslové zdravotní pojišťovny. Aplikace prvků systémové normy ISO naproti tomu přináší systém a pořádek do všech procesů v nemocnici a je rovněž normou mezinárodně uznávanou.

Akreditace ČIA dle normy ISO 15189 je sice mezinárodně uznávána, na druhou stranu je Audit II NASKL zdravotními pojišťovny i úhradovou vyhláškou považován za rovnocenný s akreditací ČIA, přitom méně finančně náročný.

Srovnání finančních nákladů na akreditaci SAK a certifikaci ISO demonstruje tabulka 8.

Tabulka 8 Náklady na akreditaci a certifikaci (*vlastní zpracování*)

	Náklady <sup>2</sup>	frekvence	Výnosy <sup>3</sup>	Frekvence
<b>Akreditace SAK</b>	350	1× 3 roky	60-90	1× rok
<b>Konzultace SAK</b>	15/den	dobrovolná	0	0
<b>Certifikace ISO</b>	70	1× 3 roky	0	0
<b>Dozorový audit ISO</b>	35	2× 3 roky	0	0

Zavedené systémy kvality jsou jako celek funkční. Zvolenou strategii nemocnice – implementovat nejprve SMK podle mezinárodní normy ISO 9001, jako základní stavební kámen a výchozí bod ostatních systémů kvality – nelze hodnotit jinak než správnou. Jako otázka blízké budoucnosti se jeví rozhodnutí, zda i nadále pokračovat v certifikaci nemocnice podle normy ISO 9001 (platnost certifikátu ISO končí 30. Listopadu 2014). Systém je zaveden, udržován a zdokonalován a certifikační a dozorové audity ISO přinášejí spíše dílčí než systémová doporučení. Vzhledem ke strategii MZ ČR a zdravotních pojišťoven je naproti tomu akreditace SAK a NASKL/ČIA v laboratořích oblastí, na kterou bude brán zřejmě čím dál větší zřetel.

<sup>2</sup> Ceny jsou orientační, uvedené v tisících Kč bez DPH.

<sup>3</sup> Ceny jsou orientační, uvedené v tisících Kč bez DPH.

## 8 VÝSTUP Z PŘEZKOUMÁNÍ SYSTÉMU MANAGEMENTU KVALITY V NEMOCNICI

Výstupy z analýzy a přezkoumání SMK v nemocnici jsou znázorněny SWOT analýzou – viz Obrázek 9. Výstupy budou použity jako východisko pro sestavení dílčích projektů směřujících k zefektivnění SMK v nemocnici.

Nesystémové kroky zlepšování SMK budou vedení nemocnice předloženy ke schválení a následně realizovány ihned. Jejich výčet je uveden v kapitole 8.1 Okamžitá opatření.

Strengths	Weaknesses	Opportunities	Threats
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Procesní řízení</li> <li>•Odpovědnost managementu</li> <li>•Koordinátoři kvality</li> <li>•Systém porad a interní komunikace</li> <li>•Vzdělávání zaměstnanců</li> <li>•Focus groups</li> <li>•Interní auditní činnost</li> <li>•Metodické návštěvy</li> <li>•Provázanost SMK</li> <li>•Implementace ISO, SAK, NASKL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Zastupitelnost MK</li> <li>•Nepřehlednost a vysoký počet dokumentů a záznamů</li> <li>•Administrativní zátěž dotazníkových šetření spokojenosti</li> <li>•Neúčelnost některých typů auditů</li> <li>•Administrativní zátěž procesu hlášení a evidence NU</li> <li>•Nevyužití nástrojů a aparátu managementu rizik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Marketingové aktivity v oblasti získávání zaměstnanců</li> <li>•Benchmarking v rámci NU a spokojenosti pacientů</li> <li>•Zvyšující se zájem o kvalitu u veřejnosti i politické scény</li> <li>•Bonifikace za kvalitu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Nedostatek kvalifikovaného personálu</li> <li>•Nedostatek finančních zdrojů</li> <li>•Politická nestabilita a nejednotnost</li> <li>•Zvyšující se počet soudních sporů ve zdravotnictví</li> </ul>

Obrázek 9 SWOT analýza SMK v nemocnici (*vlastní zpracování*)

### 8.1 Okamžitá opatření

1. Do projektového řešení cílů kvality zařadit položku „rizika a opatření“. *Odpovědnost: MK.*
2. Zvýšit povědomí zaměstnanců o důležitosti evidence a hlášení skorochyb - nedokonaných pochybení v rámci nežádoucích událostí. *Odpovědnost: MK.*

### 8.2 Klíčové oblasti zefektivnění systému managementu kvality

1. Zjednodušení aparátu řízených dokumentů a záznamů.
2. Zefektivnění procesu monitorace, hodnocení a analýzy spokojenosti pacientů.
3. Zefektivnění auditní činnosti.
4. Rozvoj managementu rizik.

## 9 PROJEKT ZEFEKTIVNĚNÍ SYSTÉMU MANAGEMENTU KVALITY V NEMOCNICI

### 9.1 Definice projektu

Tabulka 9 Projekt zefektivnění systému managementu kvality (*vlastní zpracování*)

Projekt zefektivnění systému managementu kvality ve Vsetínské nemocnici a.s.	
<b>Hlavní cíl</b>	Zefektivnit systému managementu kvality
<b>Vedlejší cíle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zjednodušit aparát řízených dokumentů a záznamů</li> <li>- Zefektivnit proces monitorace, hodnocení a analýzy spokojenosti pacientů</li> <li>- Zefektivnit auditní činnost</li> <li>- Rozvinout management rizik</li> </ul>
<b>Garant</b>	MUDr. Martin Metelka, MBA – ředitel nemocnice, PVK
<b>Realizační tým</b>	Viz realizační týmy dílčích projektů
<b>Popis realizace</b>	Realizovat dílčí projekty v časové posloupnosti plynoucí z projektové části diplomové práce

### 9.2 Zjednodušení aparátu řízených dokumentů a záznamů

Cílem projektu je snížení počtu řízených dokumentů a záznamů a zvýšení přehlednosti a uživatelské přívětivosti celého systému řízení dokumentů a záznamů. Záznamy jsou téměř vždy součástí dokumentů popisujících procesy, ke kterým se záznamy vztahují. Proto bude realizace tohoto projektu zaměřena zejména na řízené dokumenty.

#### 9.2.1 Popis procesu vedoucího ke splnění cíle

Na počátku realizace projektu *navrhují řízené dokumenty rozčlenit do několika skupin*:

1. **Dokumenty standardizující výkony specifických činností zdravotnických pracovníků**, tzn. lékařské a ošetrovatelské standardy. Tyto navrhuji ponechat beze změny, respektive přezkoumat, zda jsou popsány všechny klíčové činnosti (tento typ dokumentů standardizuje poskytování zdravotních služeb a slouží pro rozvoj znalostí a dovedností nastupujících zdravotnických pracovníků v rámci adaptačního procesu, tudíž tvoří důležitou část řízených dokumentů).



2. **Dokumenty vyžadované externími subjekty a strategické dokumenty nemocnice.** Zde spadají dokumenty, které musí nemocnice zpracovat v rámci legislativních požadavků (traumatologický plán, kolektivní smlouva, provozní řády, požární poplachové směrnice a další), dokumenty nutné pro akreditaci SAK, certifikaci ISO, auditu NASKL (akreditační standardy apod.) a dokumenty popisující hlavní procesy v nemocnici (pracovní řád, organizační řád, politika kvality aj.).
3. **Ostatní dokumenty**, výše neuvedené. Tyto dokumenty budou předmětem revize počtu a struktury řízených dokumentů.

Ve druhé fázi třídění dokumentů *navrhují skupinu „ostatních dokumentů“ rozdělit podle procesů, které popisují*. Např. dokumenty vztahující se ke zdravotnické dokumentaci, zdravotnické technice a metrologii, personalistice a řízení lidských zdrojů, oběhu účetních dokladů. Tyto celky následně *předat vlastníkům daných procesů k revizi a sloučení, případně zrušení nepotřebného dokumentu* s cílem minimalizace počtu dokumentů.

Během slučování dokumentů výše popsáním způsobem vzniknou ucelené dokumenty popisující jednotlivé procesy v nemocnici na jednom místě. Proto *navrhují, aby byly tyto dokumenty doplněny o procesní mapy*, které zpřehlední konkrétní procesy a napomohou správné realizaci procesu. Rovněž *navrhují dokumenty doplnit o kontrolní kritéria*, která budou sloužit jednak uživatelům dokumentů pro vlastní kontrolu jimi vykonávaných činností, jednak interním auditorům při posuzování funkčnosti procesu.

S cílem zachovat řízené dokumenty neustále aktuální dále *navrhují identifikovat dokumenty, které popisují často se měnící postupy a procesy a u těchto stanovit maximální dobu mezi revizemi jeden rok* (nyní až na výjimky probíhají revize 1× za 3 roky).

Při revizi dokumentu je tento kompletně znovu vytištěn a podepsán příslušnými osobami, a to i tehdy, zůstává-li obsahově nezměněn. Takový způsob revize je náročný na materiál (papír, toner) i administrativně. Proto *navrhují zjednodušení postupu revize dokumentů*, např. zavedením značky „R“ na určené místo v dokumentu, které bude – po doplnění data a podpisu revidujícího – značit provedení revize dokumentu bez dalších úkonů.

Samostatně se vyskytující záznamy *navrhují přezkoumat jejich zpracovateli a v případě duplicit či nepotřebnosti záznamu tento vyřadit*.

### 9.2.2 Náklady a prostředky realizace

- Investiční náklady jsou nulové.

- Provozní náklady zahrnují čas na realizaci navrhovaných kroků, do kterého budou zapojeni: MK, vlastníci procesů (vedoucí zaměstnanci) a jimi pověřené osoby.

### 9.2.3 Přínosy a návratnost investic

- Snížení počtu řízených dokumentů a záznamů a zvýšení přehlednosti a uživatelské přívětivosti.
- Podklady pro auditní činnost i kontrolu vlastní práce.
- Nižší administrativní zátěž.
- Aktuálnost dokumentů.

### 9.2.4 Rizika a opatření

Neshledána.

### 9.2.5 Časová analýza

Pro sestavení časového plánu realizace projektu a časovou koordinaci dílčích kroků projektu bude použita časová analýza metodou CPM za využití programu WinQSB.

Tabulka 10 Časový plán 1. projektu (*vlastní zpracování*)

Činnost	Popis činnosti	Doba trvání (dny)	Předchozí činnosti
A	Představení a schválení projektu	7	-
B	Zjednodušení postupu revize dokumentů	1	A
C	Rozčlenění dokumentů do skupin	7	A
D	Rozdělení dokumentů podle procesů	3	C
E	Předání dokumentů vlastníkům procesu	2	D
F	Přezkoumání vlastníky procesu + návrhy na revize, sloučení, zrušení dokumentů	30	E
G	Realizace revize, sloučení dokumentů + doplnění o procesní mapy a kontrolní kritéria	120	F
H	Rušení nepotřebných dokumentů	7	F
I	Identifikace dokumentů k častější revizi + realizace	10	B, G
J	Přezkoumání aktuálnosti a potřebnosti záznamů	20	A
K	Rušení nepotřebných záznamů	3	J

Tabulka 11 Zadání 1. projektu WinQSB (*vlastní zpracování*)

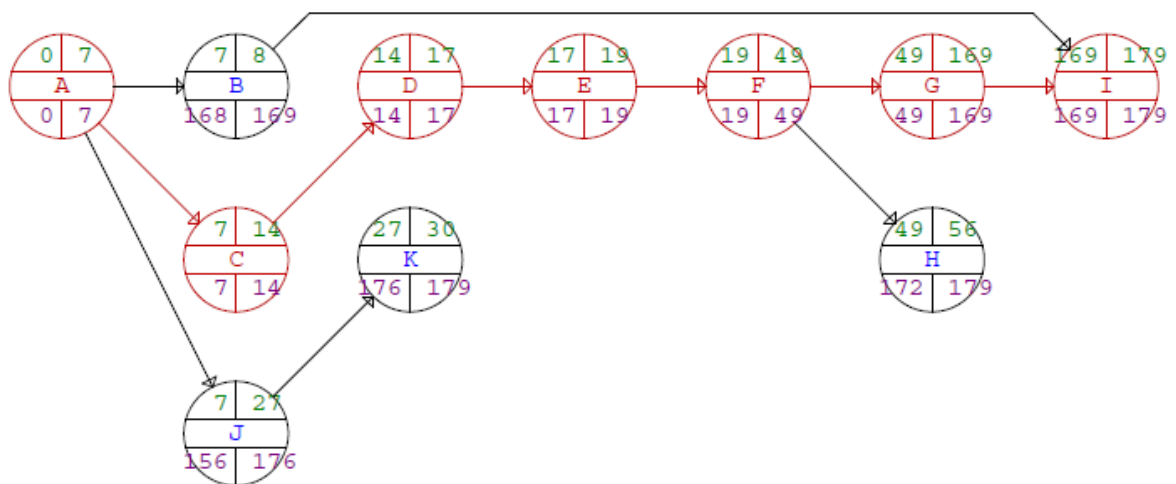
Activity Number	Activity Name	Immediate Predecessor (list number/name, separated by ',')	Normal Time
1	A		7
2	B	A	1
3	C	A	7
4	D	C	3
5	E	D	2
6	F	E	30
7	G	F	120
8	H	F	7
9	I	B, G	10
10	J	A	20
11	K	J	3

Tabulka 12 Řešení 1. projektu WinQSB (*vlastní zpracování*)

08-12-2012 01:00:48	Activity Name	On Critical Path	Activity Time	Earliest Start	Earliest Finish	Latest Start	Latest Finish	Slack (LS-ES)	
	1	A	Yes	7	0	7	0	7	0
	2	B	no	1	7	8	168	169	161
	3	C	Yes	7	7	14	7	14	0
	4	D	Yes	3	14	17	14	17	0
	5	E	Yes	2	17	19	17	19	0
	6	F	Yes	30	19	49	19	49	0
	7	G	Yes	120	49	169	49	169	0
	8	H	no	7	49	56	172	179	123
	9	I	Yes	10	169	179	169	179	0
	10	J	no	20	7	27	156	176	149
	11	K	no	3	27	30	176	179	149
		Project Completion Time	=		179	days			
		Number of Critical Path(s)	=		1				

Tabulka 13 Zobrazení kritické cesty 1. projektu WinQSB (vlastní zpracování)

08-12-2012	Critical Path 1
1	A
2	C
3	D
4	E
5	F
6	G
7	I
<b>Completion Time 179</b>	



4

Obrázek 10 Graf časové analýzy 1. projektu WinQSB (vlastní zpracování)

### 9.2.5.1 Interpretace výsledků

**Doba trvání:** minimální doba trvání projektu zjednodušení aparátu řízených dokumentů a záznamů je vypočtena na 179 dnů.

<sup>4</sup> Zelená čísla představují termíny nejdříve možných začátků a konců činností, fialová znázorňují termíny nejpozději přípustných začátků a konců činností.

**Kritická cesta:** kritická cesta, tedy cesta s nulovou časovou rezervou (představuje nejkratší možnou dobu realizace projektu) existuje jedna:  $A \rightarrow C \rightarrow D \rightarrow E \rightarrow F \rightarrow G \rightarrow I$ .

**Celkové časové rezervy:** tzn. intervaly, o které lze zpozdít ukončení činnosti, aniž by se změnila celková doba trvání projektu, byly identifikovány u následujících činností:

- RC = 161 dnů u aktivity B,
- RC = 123 dnů u aktivity H,
- RC = 149 dnů u aktivit J a K.

### 9.2.6 Shrnutí

Tabulka 14 Souhrn 1. projektu (*vlastní zpracování*)

Zjednodušení aparátu řízených dokumentů a záznamů	
<b>Garant projektu</b>	Manažer kvality
<b>Realizační tým</b>	- Manažer kvality - Vlastníci procesů (vedoucí zaměstnanci) - Zpracovatelé dokumentů a záznamů
<b>Dílčí kroky</b>	- Představení a schválení projektu - Zjednodušení postupu revize dokumentů - Rozčlenění dokumentů do skupin - Rozdělení dokumentů podle procesů - Předání dokumentů vlastníkům procesu - Přezkoumání vlastníky procesu + návrhy na revize, sloučení, zrušení dokumentů - Realizace revize, sloučení dokumentů + doplnění o procesní mapy a kontrolní kritéria - Rušení nepotřebných dokumentů - Identifikace dokumentů k častější revizi + realizace - Přezkoumání aktuálnosti a potřebnosti záznamů - Rušení nepotřebných záznamů
<b>Náklady</b>	Čas vynaložený na realizaci projektu
<b>Výnosy</b>	Nefinanční, viz výše

Rizika a opatření	Žádná
Délka projektu	179 dnů

### 9.3 Zefektivnění procesu monitorace, hodnocení a analýzy spokojenosti pacientů

Naplnění cíle lze dosáhnout zjednodušením dotazníků spokojenosti zejména hospitalizovaných pacientů, při současné optimalizaci a posílení významu šetření spokojenosti pacientů prostřednictvím metody FG.

#### 9.3.1 Popis procesu vedoucího ke splnění cíle

V nemocnici se vyskytují následující dotazníky spokojenosti pro pacienty/klienty:

- Dotazníky spokojenosti pro hospitalizované pacienty,
- Dotazníky spokojenosti pro doprovod hospitalizovaného dítěte,
- Dotazníky spokojenosti pro ambulantní pacienty,
- Dotazníky spokojenosti pro klienty nemocniční lékárny,
- Dotazníky spokojenosti pro klienty dopravní zdravotnické služby,
- Dotazníky spokojenosti pro klienty RTG.

Nejvyšší objem z celkového počtu hodnocených dotazníků tvoří dotazníky pro hospitalizované pacienty a pro doprovody. Tyto jsou zároveň nejobsáhlejší – každý čítá 25 položek, což je přítěží jak pro pacienty/doprovody (může negativně ovlivnit návratnost dotazníků), tak pro následné administrativní zpracovávání a převádění papírové formy do podoby tabulek, grafů v sešitu Microsoft Excel. Proto ***jako první krok k zefektivnění tohoto procesu navrhuji zjednodušit dotazníky spokojenosti*** v návaznosti na rozbor jednotlivých otázek (ty, které nebývají vyplňovány, jsou pravidelně výborně hodnoceny nebo nejsou z pohledu SMK důležité vypustit). V další fázi ***navrhuji sloučit dotazník spokojenosti pro ambulantní pacienty a dotazník spokojenosti pro klienty RTG*** včetně výše popsaného zjednodušení.

Počet vyplněných dotazníků spokojenosti pro klienty nemocniční lékárny a klienty dopravní zdravotnické služby je takřka nulový. Totéž se týká některých ambulantních provozů, kde je vyhodnoceno 0-10 dotazníků spokojenosti za čtvrtletí. Proto ***navrhuji zavést na***

*těchto úsecích týdenní průzkum spokojenosti pacientů/klientů* (můžeme jej nazvat „týdnem kvality“ konkrétního úseku) *za každé čtvrtletí*, kdy budou personálem dotčených oddělení intenzivně nabízeny dotazníky spokojenosti (za marketingové podpory tiskové mluvčí nemocnice – např. vysvětlující cedule apod.). Tato aktivita může být doplněna cílenými rozhovory s pacienty/klienty metodou FG.

Rovněž *navrhují posílit význam FG při šetření spokojenosti pacientů*, neboť se tato metoda osvědčila jako nejcennější zdroje podnětů směrem k managementu nemocnice v oblasti zvyšování komfortu a spokojenosti pacientů. Dále *navrhují, aby byl standardizován postup při řešení negativních reakcí pacientů v rámci FG* a to tak, že pokud ze závěrů FG vyplynou návrhy/doporučení, budou předneseny MK na poradě vedení (včetně návrhu řešení, termínů a odpovědností), která rozhodne o jejich (ne)realizaci.

Jako výstup celého procesu monitorace, hodnocení a analýzy spokojenosti pacientů *navrhují identifikovat a popsat oblasti, které mohou být negativně vnímány očima pacientů, včetně nastavení PO a NO*, s tímto materiálem následně aktivně pracovat a vyhodnocovat jej v rámci týmu KZK.

### 9.3.2 Náklady a prostředky realizace

- Investiční náklady jsou nulové.
- Provozní náklady zahrnují čas na realizaci navrhovaných kroků, do kterého budou zapojeni: MK, tisková mluvčí, tým KZK.

### 9.3.3 Přínosy a návratnost investic

- Zvýšení návratnosti dotazníků a s tím spojená zpětná vazba v podobě námětů pro zvyšování kvality poskytovaných služeb.
- Rostoucí spokojenost pacientů.
- Snížení administrativy a zjednodušení systému.
- Aktivní zapojení více zaměstnanců do procesu sledování spokojenosti pacientů.
- Nižší náklady na tisk dotazníků.

### 9.3.4 Rizika a opatření

Neshledána.

### 9.3.5 Časová analýza

Pro sestavení časového plánu realizace projektu a časovou koordinaci dílčích kroků projektu bude použita časová analýza metodou CPM za využití programu WinQSB.

Tabulka 15 Časový plán 2. projektu (*vlastní zpracování*)

Činnost	Popis činnosti	Doba trvání (dny)	Předchozí činnosti
A	Představení a schválení projektu	7	-
B	Zjednodušení dotazníků spokojenosti	14	A
C	Sloučení dotazníků spokojenosti	5	B
D	Tisk nových dotazníků	14	C
E	Zavedení „týdnů kvality“	7	A
F	Posílení významu FG a standardizace řešení podnětů z FG	10	A
G	Identifikace a popis oblastí, které mohou být negativně vnímány očima pacientů	30	A, F

Řešení pomocí programu WinQSB je znázorněno v následujících tabulkách a grafu.

Tabulka 16 Zadání 2. projektu WinQSB (*vlastní zpracování*)

Activity Number	Activity Name	Immediate Predecessor (list number/name, separated by ',')	Normal Time
1	A		7
2	B	A	14
3	C	B	5
4	D	C	14
5	E	A	7
6	F	A	10
7	G	A, F	30

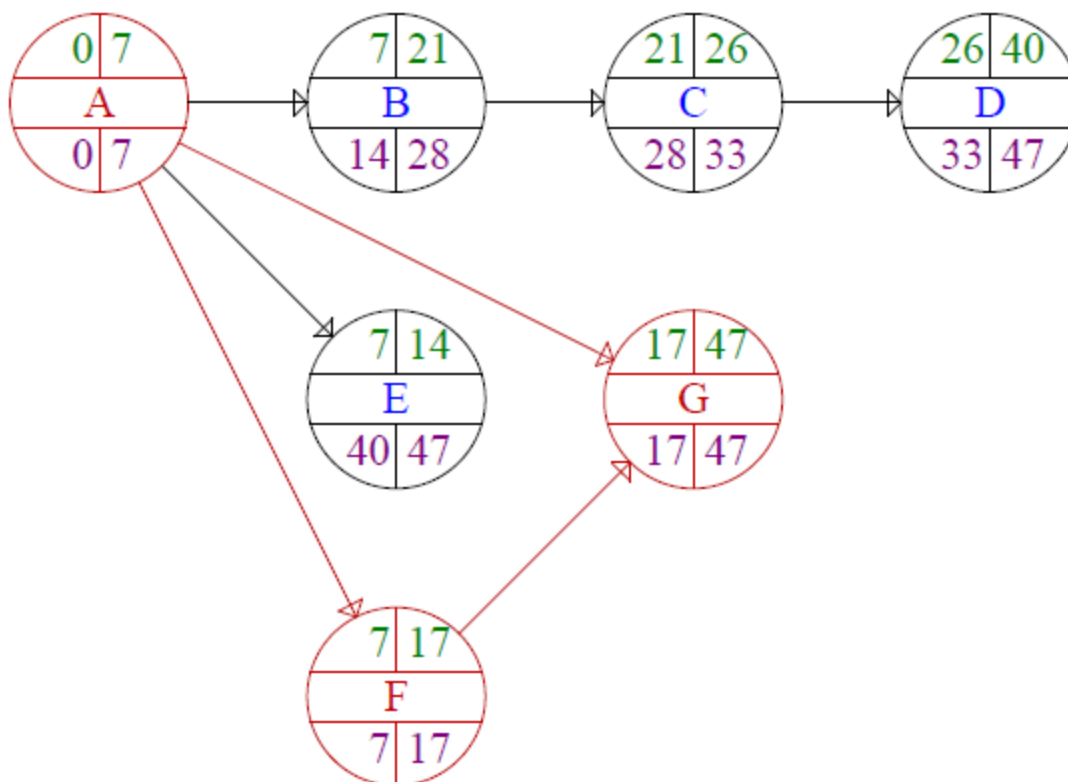


Tabulka 17 Řešení 2. projektu WinQSB (*vlastní zpracování*)

08-12-2012 01:07:52	Activity Name	On Critical Path	Activity Time	Earliest Start	Earliest Finish	Latest Start	Latest Finish	Slack (LS-ES)
1	A	Yes	7	0	7	0	7	0
2	B	no	14	7	21	14	28	7
3	C	no	5	21	26	28	33	7
4	D	no	14	26	40	33	47	7
5	E	no	7	7	14	40	47	33
6	F	Yes	10	7	17	7	17	0
7	G	Yes	30	17	47	17	47	0
	Project	Completion	Time	=	47	days		
	Number of	Critical	Path(s)	=	2			

Tabulka 18 Zobrazení kritické cesty 2. projektu WinQSB (*vlastní zpracování*)

08-12-2012	Critical Path 1	Critical Path 2
1	A	A
2	F	G
3	G	
Completion Time	47	47



5

Obrázek 11 Graf časové analýzy 2. projektu WinQSB (vlastní zpracování)

### 9.3.5.1 Interpretace výsledků

**Doba trvání:** minimální doba trvání projektu zefektivnění procesu monitorace, hodnocení a analýzy spokojenosti pacientů je vypočtena na 47 dnů.

**Kritická cesta:** kritické cesty, tedy cesty s nulovými časovými rezervami (představují nejkratší možnou dobu realizace projektu) existují dvě:

1.  $A \rightarrow F \rightarrow G$ ,
2.  $A \rightarrow G$ .

**Celkové časové rezervy:** tzn. intervaly, o které lze zpozdit ukončení činnosti, aniž by se změnila celková doba trvání projektu, byly identifikovány u následujících činností:

- RC = 7 dnů u aktivit B, C a D
- RC = 33 dnů u aktivity E.

<sup>5</sup> Zelená čísla představují termíny nejdříve možných začátků a konců činností, fialová znázorňují termíny nejpozději přípustných začátků a konců činností.

### 9.3.6 Shrnutí

Tabulka 19 Souhrn 2. projektu (*vlastní zpracování*)

Zefektivnění procesu monitorace, hodnocení a analýzy spokojenosti pacientů	
<b>Garant projektu</b>	Manažer kvality
<b>Realizační tým</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manažer kvality</li> <li>- Tisková mluvčí</li> <li>- Tým KZK</li> </ul>
<b>Dílčí kroky</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Představení a schválení projektu</li> <li>- Zjednodušení dotazníků spokojenosti</li> <li>- Sloučení dotazníků spokojenosti</li> <li>- Upotřebením zásob původních dotazníků</li> <li>- Tisk nových dotazníků</li> <li>- Zavedení „týdnů kvality“</li> <li>- Posílení významu FG a standardizace řešení podnětů z FG</li> <li>- Identifikace a popis oblastí, které mohou být negativně vnímány očima pacientů</li> </ul>
<b>Náklady</b>	Čas vynaložený na realizaci projektu
<b>Výnosy</b>	Nefinanční, viz výše
<b>Rizika a opatření</b>	Žádná
<b>Délka projektu</b>	47 dnů

### 9.4 Zefektivnění auditní činnosti

Cílem tohoto projektu je nastavit auditní činnost v nemocnici tak, aby byla efektivní a přínosná – zejména ve vztahu k řízení neshodného produktu – tzn. vyloučit neefektivní prvky kontroly a začlenit nebo posílit přínosné a efektivní prvky kontroly.

#### 9.4.1 Popis procesu vedoucího ke splnění cíle

Jako první *navrhují zrušit audity ošetřovatelských výkonů a komplementu* (RDG a laboratoří). Jejich přínos je minimální a jsou spojeny s výdaji v podobě finančních odměn pro interní auditory. *Tyto činnosti navrhují kontrolovat v rámci metodických návštěv.*

V návaznosti na projekt zjednodušení aparátu řízených dokumentů a záznamů, konkrétně vznik „procesních dokumentů“ s kontrolními kritérii, *navrhují zahrnout do systému auditů pravidelné (měsíční) audity*, potažmo metodické návštěvy, *zaměřené na funkčnost konkrétního procesu v nemocnici*, který má významný vliv na kvalitu a bezpečí poskytovaných služeb. V jednom měsíci bude např. prověřován proces uchovávání, kontroly a podávání léčiv, ve druhém proces nakládání se zdravotnickými prostředky apod.

Dále *navrhují posílit význam metodických návštěv na odděleních*, které jsou zdrojem cenných podnětů a informací jak pro management nemocnice, tak i pro zaměstnance.

S cílem zajistit co největší objektivitu a jednotnost *auditů navrhují zavést pravidelné roční hodnocení interních auditorů vedoucím auditorem* (manažerem kvality). Mezi hodnotící kritéria může patřit:

- neomluvená účast auditora na přípravných schůzkách,
- průběh auditní činnosti – pozorování při auditu,
- zpětná kontrola provedení auditu – kontrola auditované dokumentace, porovnání s kontrolními kritérii, zprávou z auditu,
- zpětná vazba o průběhu auditu z auditovaného oddělení,
- plnění úkolů v rámci auditní činnosti – realizace auditu v termínu a dle dané metodiky.

Výstupem hodnocení auditorů by mělo být zefektivnění a zkvalitnění interní auditní činnosti a sestavení vyrovnaných auditních dvojic.

#### 9.4.2 Náklady a prostředky realizace

- Investiční náklady jsou nulové (metodické návštěvy a procesní audity vykonává management nemocnice – nevztahuje se na ně odměna pro auditory).
- Provozní náklady zahrnují čas MK na realizaci navrhovaných kroků.

#### 9.4.3 Přínosy a návratnost investic

- Zefektivnění systému.

- Finanční úspora za odměny pro auditory ošetrovatelských výkonů a komplementu činí 46 000 Kč/rok.
- Kontrola klíčových procesů nemocnice.
- Jednotnost a vyrovnanost auditů/auditních dvojic.

#### 9.4.4 Rizika a opatření

Neshledána.

#### 9.4.5 Časová analýza

Tabulka 20 Časový plán 3. projektu (*vlastní zpracování*)

Činnost	Popis činnosti	Doba trvání (dny)	Předchozí činnosti
A	Představení a schválení projektu	7	-
B	Zrušení neefektivních typů auditů	1	A
C	Zavedení pravidelných procesních metodických návštěv <sup>6</sup>	14	A
D	Posílení významu metodických návštěv	7	C
E	Zavedení hodnocení interních auditorů	14	A

Řešení pomocí programu WinQSB je znázorněno v následujících tabulkách a grafu.

Tabulka 21 Zadání 3. projektu WinQSB (*vlastní zpracování*)

Activity Number	Activity Name	Immediate Predecessor (list number/name, separated by ',')	Normal Time
1	A		7
2	B	A	1
3	C	A	14
4	D	C	7
5	E	A	14

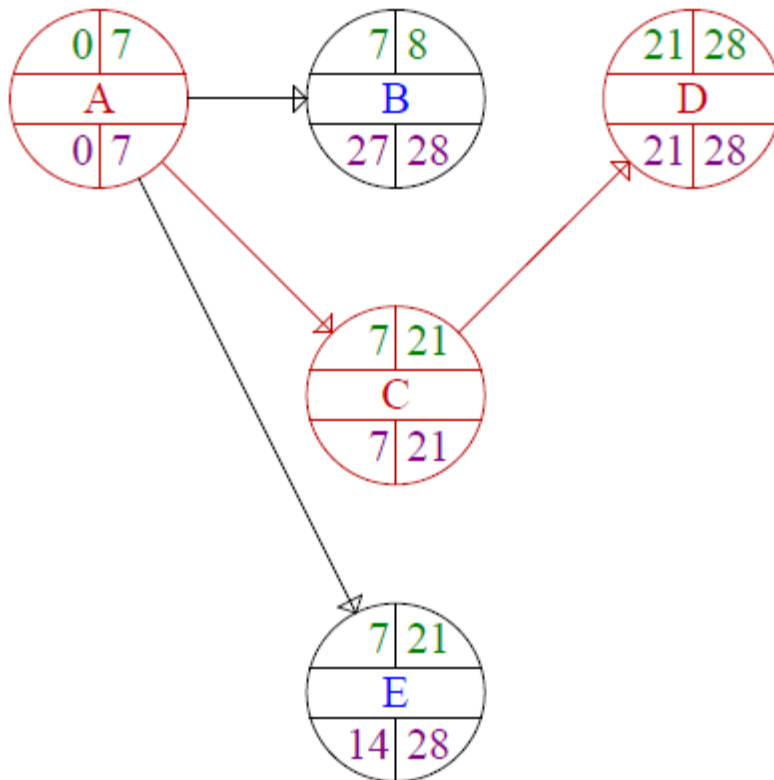
<sup>6</sup> Závisí na realizaci činnosti G (realizace revize, sloučení dokumentů + doplnění o procesní mapy a kontrolní kritéria) projektu zjednodušení aparátu řízených dokumentů a záznamů.

Tabulka 22 Řešení 3. projektu WinQSB (*vlastní zpracování*)

08-12-2012 11:57:04	Activity Name	On Critical Path	Activity Time	Earliest Start	Earliest Finish	Latest Start	Latest Finish	Slack (LS-ES)	
	1	A	Yes	7	0	7	0	7	0
	2	B	no	1	7	8	27	28	20
	3	C	Yes	14	7	21	7	21	0
	4	D	Yes	7	21	28	21	28	0
	5	E	no	14	7	21	14	28	7
	Project	Completion	Time	=	28	days			
	Number of	Critical	Path(s)	=	1				

Tabulka 23 Zobrazení kritické cesty 3. projektu  
WinQSB (*vlastní zpracování*)

08-12-2012	Critical Path 1
1	A
2	C
3	D
Completion Time	28



7

Obrázek 12 Graf časové analýzy 3. projektu WinQSB (*vlastní zpracování*)

#### 9.4.5.1 Interpretace výsledků

**Doba trvání:** minimální doba trvání projektu zefektivnění auditní činnosti je vypočtena na 28 dnů.

**Kritická cesta:** kritická cesta, tedy cesta s nulovou časovou rezervou (představuje nejkratší možnou dobu realizace projektu) existuje jedna:  $A \rightarrow C \rightarrow D$ .

**Celkové časové rezervy:** tzn. intervaly, o které lze zpozdít ukončení činnosti, aniž by se změnila celková doba trvání projektu, byly identifikovány u následujících činností:

- RC = 20 dnů u aktivit B,
- RC = 7 dnů u aktivity E.

---

<sup>7</sup> Zelená čísla představují termíny nejdříve možných začátků a konců činností, fialová znázorňují termíny nejpozději přípustných začátků a konců činností.

### 9.4.6 Shrnutí

Tabulka 24 Souhrn 3. projektu (*vlastní zpracování*)

Zefektivnění auditní činnosti	
<b>Garant projektu</b>	Manažer kvality
<b>Realizační tým</b>	- Manažer kvality - Interní auditoři
<b>Dílčí kroky</b>	- Představení a schválení projektu - Zrušení neefektivních typů auditů - Zavedení pravidelných procesních metodických návštěv - Posílení významu metodických návštěv - Zavedení hodnocení interních auditorů
<b>Náklady</b>	Čas vynaložený na realizaci projektu
<b>Výnosy</b>	46 000 Kč/rok + nefinanční přínos
<b>Rizika a opatření</b>	Žádná
<b>Délka projektu</b>	28 dnů

## 9.5 Rozvoj managementu rizik

Management rizik je v nemocnici pojat jako jedna ze součástí SMK jako celku. Vzhledem k chybovosti a rizikovosti procesu poskytování zdravotních služeb je cílem tohoto projektu povýšit management rizik na samostatně stojící oblast (ač stále velmi úzce spjatou se SMK), za využití moderních nástrojů managementu rizik, proaktivního vyhledávání rizik a účinného, administrativně nezátěžujícího benchmarkingu.

### 9.5.1 Popis procesu vedoucího ke splnění cíle

Klíčovým aspektem úspěšné realizace projektu je *ustanovení manažera rizik* (tímto by se částečně vyřešila i zastupitelnost MK – viz 7.2 Přezkoumání odpovědností a pravomocí). Projekt je realizovatelný i bez tohoto kroku, ovšem s větší časovou prodlevou a v menším rozsahu a efektivitě.



Jak je uvedeno v kapitole 7.9 Přezkoumání procesu řízení neshodného produktu, proces hlášení a evidence NU je administrativně velmi náročný, protože vytvořená papírová hlášení o vniku NU musí MK následně transformovat do elektronického systému projektu Hlášení nežádoucích událostí při poskytování zdravotní péče. Proto **navrhují komplexní změnu systému hlášení a evidence NU**. V tuto chvíli má přístup do systému projektu (a tím pádem může NU zadávat) pouze MK. Ve spolupráci s 3. lékařskou fakultou Univerzity Karlovy, která je provozovatelem národního systému hlášení NU, **navrhují uspořádat školení/seminář pro zaměstnance nemocnice**, kde bude projekt a jeho možnosti názorně demonstrovány. Následně **navrhují rozšířit přístupové body do systému** (na každém úseku 1-2 pověřené osoby + univerzální přístupové heslo dostupné všem v rámci zachování možnosti anonymity hlášení NU). NU by tak personál hlásil elektronicky přímo do systému, do kterého má MK (případně manažer rizik) neustálý přístup, může nahlášené NU dále spravovat, uzavřít. Po pilotním projektu, kdy by paralelně probíhalo hlášení NU elektronicky, ale stále by byla možnost „papírového“ hlášení, **navrhují zrušit papírové hlášení NU**.

Takováto transformace systému hlášení a evidence NU je časově velmi náročná a kalkuluje s existencí funkce manažera rizik, který by byl vlastníkem a realizátorem tohoto subprojektu. Pokud by zůstal management rizik pouze v rukou MK, **navrhují v první fázi přerušit elektronické hlášení NU**. Přínos benchmarkingu je v tuto chvíli převážen časovou a administrativní náročností podvojného hlášení a evidence NU. **K záměru komplexní změny systému hlášení a evidence NU (viz výše) se navrhují vrátit až po realizaci všech dílčích projektů zefektivnění SMK v nemocnici**, které by mělo, mimo jiné, uspořit čas MK, který by mohl být následně věnován tomuto kroku.

Rovněž **navrhují zakomponovat do procesu řízení rizik standardizované nástroje proaktivního, retrospektivního a reaktivního vyhledávání a řízení rizik**, zejména kořenovou analýzu (RCA), analýzu možností vzniku a následků selhání (FMEA), případně analýzu stromu poruch (FTA).

### 9.5.2 Náklady a prostředky realizace

- Provozní náklady zahrnují čas MK na realizaci navrhovaných kroků a pověřených zaměstnanců nemocnice v podobě školení.
- Finanční náklady jsou spojené s funkcí manažera rizik, která dosud v nemocnici neexistuje. Za modelového předpokladu, že by úvazek manažera rizik činil 1,0 a průměrná hrubá mzda byla stanovena na 30 000 měsíčně, by náklady představo-

valy částku 482 400 Kč/rok ( $1,34 \times 30\,000 \times 12$ ). Lze ale také kalkulovat s nižším úvazkem a/nebo nižší mzdou.

### 9.5.3 Přínosy a návratnost investic

- Finanční návratnost proaktivního vyhledávání rizik a prevence vzniku pochybení je prokázána mnoha studiemi po celém světě. Přesto je však konkrétní částka jen stěží uchopitelná, dá se zjistit retrospektivními analýzami zpětně (snížení počtu nemocničních infekcí, pádů pacientů a úspory za léčbu s tím spojené apod.).
- Snížení administrativy a nákladů na tisk, papír.
- Proaktivní vyhledávání rizik za pomoci efektivních nástrojů.
- Zastupitelnost MK.

### 9.5.4 Rizika a opatření

- Počáteční technické problémy a odmítavý postoj zaměstnanců k elektronickému hlášení NU. *Opatření:* pečlivý výběr pověřených osob; představení projektu a jeho výhod; školení ve spolupráci s provozovatelem projektu; technická i metodická pomoc manažera rizik/kvality.
- Nepřijetí manažera rizik. *Opatření:* aby nebyla ohrožena realizace tohoto projektu, budou vypracovány dvě varianty naplnění stanoveného cíle rozvoje managementu rizik v nemocnici, a to varianta s manažerem rizik a bez něj.

### 9.5.5 Časová analýza

Tabulka 25 Časový plán projektu 4a (*vlastní zpracování*)

Činnost	Popis činnosti	Doba trvání (dny)	Předchozí činnosti
A	Představení a schválení projektu	7	-
B	Výběr a přijetí manažera rizik	30	A
C	Zpracování manažera rizik	30	B
D	Teoretická příprava komplexní změny systému hlášení a evidence NU	20	C
E	Určení pověřených osob a rozšíření přístupu do systému hlášení NU	20	D
F	Realizace školení pro zaměstnance nemocnice	14	E
G	Postupná eliminace papírových hlášení	60	F
H	Rozvoj řízení rizik pomocí standardizovaných nástrojů	30	D

Tabulka 26 Časový plán projektu 4b (*vlastní zpracování*)

Činnost	Popis činnosti	Doba trvání (dny)	Předchozí činnosti
A	Představení a schválení projektu	7	-
B	Přerušeni elektronického hlášení NU	1	A
C	Teoretická příprava komplexní změny systému hlášení a evidence NU <sup>8</sup>	90	A
D	Určení pověřených osob a rozšíření přístupu do systému hlášení NU	20	C
E	Realizace školení pro zaměstnance nemocnice	14	D
F	Postupná eliminace papírových hlášení	90	E
G	Rozvoj řízení rizik pomocí standardizovaných nástrojů	60	C

Řešení pomocí programu WinQSB je znázorněno v následujících tabulkách a grafech.

Tabulka 27 Zadání projektu 4a WinQSB (*vlastní zpracování*)

Activity Number	Activity Name	Immediate Predecessor (list number/name, separated by ',')	Normal Time
1	A		7
2	B	A	30
3	C	B	30
4	D	C	20
5	E	D	20
6	F	E	14
7	G	F	60
8	H	D	30

<sup>8</sup> Realizace činnosti je podmíněna ukončením všech dílčích projektů zefektivnění SMK v nemocnici.

Tabulka 28 Zadání projektu 4b WinQSB (*vlastní zpracování*)

Activity Number	Activity Name	Immediate Predecessor (list number/name, separated by ',')	Normal Time
1	A		7
2	B	A	1
3	C	A	90
4	D	C	20
5	E	D	14
6	F	E	90
7	G	C	60

Tabulka 29 Řešení projektu 4a WinQSB (*vlastní zpracování*)

08-12-2012 17:11:10	Activity Name	On Critical Path	Activity Time	Earliest Start	Earliest Finish	Latest Start	Latest Finish	Slack (LS-ES)
1	A	Yes	7	0	7	0	7	0
2	B	Yes	30	7	37	7	37	0
3	C	Yes	30	37	67	37	67	0
4	D	Yes	20	67	87	67	87	0
5	E	Yes	20	87	107	87	107	0
6	F	Yes	14	107	121	107	121	0
7	G	Yes	60	121	181	121	181	0
8	H	no	30	87	117	151	181	64
	Project	Completion	Time	=	181	days		
	Number of	Critical	Path(s)	=	1			

Tabulka 30 Řešení projektu 4b WinQSB (*vlastní zpracování*)

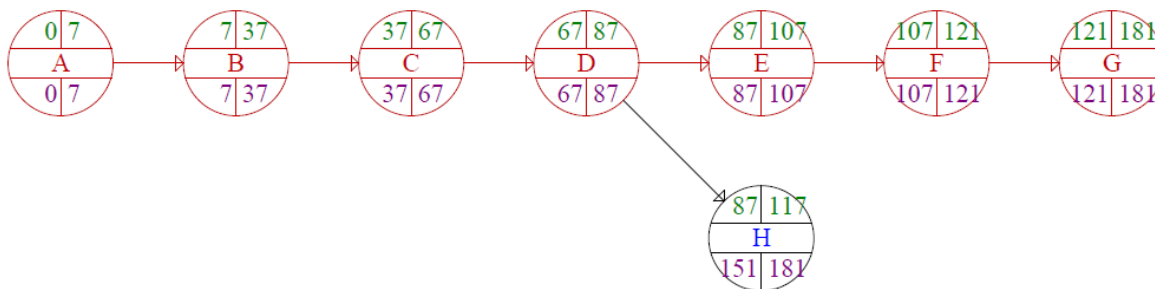
08-12-2012 17:14:26	Activity Name	On Critical Path	Activity Time	Earliest Start	Earliest Finish	Latest Start	Latest Finish	Slack (LS-ES)
1	A	Yes	7	0	7	0	7	0
2	B	no	1	7	8	220	221	213
3	C	Yes	90	7	97	7	97	0
4	D	Yes	20	97	117	97	117	0
5	E	Yes	14	117	131	117	131	0
6	F	Yes	90	131	221	131	221	0
7	G	no	60	97	157	161	221	64
	Project	Completion	Time	=	221	days		
	Number of	Critical	Path(s)	=	1			

Tabulka 31 Zobrazení kritické cesty projektu 4a  
WinQSB (*vlastní zpracování*)

08-12-2012	Critical Path 1
1	A
2	B
3	C
4	D
5	E
6	F
7	G
Completion Time	181

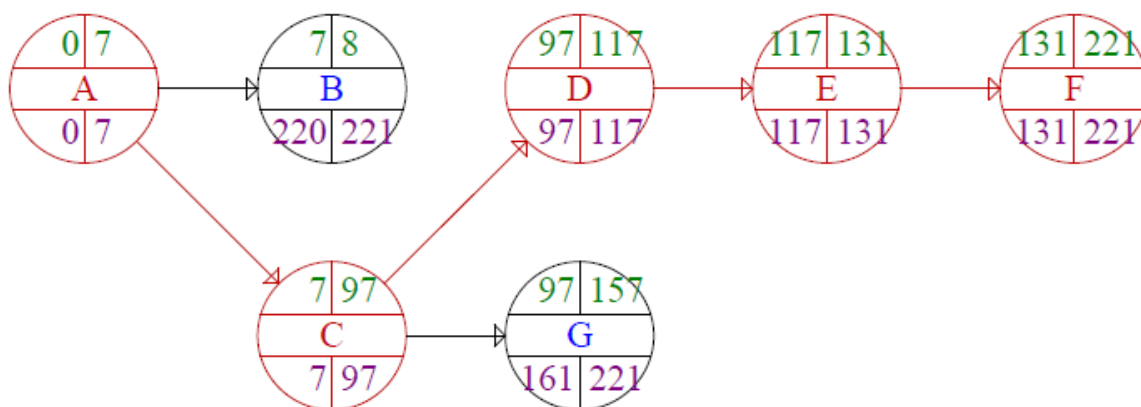
Tabulka 32 Zobrazení kritické cesty projektu 4b  
WinQSB (*vlastní zpracování*)

08-12-2012	Critical Path 1
1	A
2	C
3	D
4	E
5	F
Completion Time	221



9

Obrázek 13 Graf časové analýzy projektu 4a WinQSB (vlastní zpracování)



10

Obrázek 14 Graf časové analýzy projektu 4b WinQSB (vlastní zpracování)

### 9.5.5.1 Interpretace výsledků

**Doba trvání:** minimální doba trvání projektu rozvoje managementu rizik v nemocnici je vypočtena na 181 dnů u 1. varianty a 221 dnů u 2. varianty.

**Kritická cesta:** kritická cesta, tedy cesta s nulovou časovou rezervou (představuje nejkratší možnou dobu realizace projektu) existuje jedna u obou variant:

- 1. varianta: A → B → C → D → E → F → G,
- 2. varianta: A → C → D → E → F.

<sup>9</sup> Zelená čísla představují termíny nejdříve možných začátků a konců činností, fialová znázorňují termíny nejpozději přípustných začátků a konců činností.

<sup>10</sup> Zelená čísla představují termíny nejdříve možných začátků a konců činností, fialová znázorňují termíny nejpozději přípustných začátků a konců činností.

**Celkové časové rezervy:** tzn. intervaly, o které lze zpozdít ukončení činnosti, aniž by se změnila celková doba trvání projektu, byly identifikovány u následujících činností:

- 1. varianta: RC = 64 dnů u aktivit H,
- 2. varianta: RC = 213 dnů u aktivity B; RC = 64 dnů u aktivity G.

### 9.5.6 Shrnutí

Tabulka 33 Souhrn projektu 4a (*vlastní zpracování*)

Rozvoj managementu rizik, 1. varianta	
<b>Garant projektu</b>	- Manažer kvality - Představitel vedení pro kvalitu
<b>Realizační tým</b>	- Manažer kvality - Manažer rizik - Pověřené osoby
<b>Dílčí kroky</b>	- Představení a schválení projektu - Přerušení elektronického hlášení NU - Teoretická příprava komplexní změny systému hlášení a evidence NU - Určení pověřených osob a rozšíření přístupu do systému hlášení NU - Realizace školení pro zaměstnance nemocnice - Postupná eliminace papírových hlášení - Rozvoj řízení rizik pomocí standardizovaných nástrojů
<b>Náklady</b>	- Čas vynaložený na realizaci projektu - Mzdové náklady na manažera rizik
<b>Výnosy</b>	Nefinanční, viz výše
<b>Rizika a opatření</b>	ANO, uvedena výše
<b>Délka projektu</b>	181 dnů

Tabulka 34 Souhrn projektu 4a (*vlastní zpracování*)

Rozvoj managementu rizik, 2. varianta	
<b>Garant projektu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manažer kvality</li> <li>- Představitel vedení pro kvalitu</li> </ul>
<b>Realizační tým</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manažer kvality</li> <li>- Pověřené osoby</li> </ul>
<b>Dílčí kroky</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Představení a schválení projektu</li> <li>- Přerušení elektronického hlášení NU</li> <li>- Teoretická příprava komplexní změny systému hlášení a evidence NU</li> <li>- Určení pověřených osob a rozšíření přístupu do systému hlášení NU</li> <li>- Realizace školení pro zaměstnance nemocnice</li> <li>- Postupná eliminace papírových hlášení</li> <li>- Rozvoj řízení rizik pomocí standardizovaných nástrojů</li> </ul>
<b>Náklady</b>	Čas vynaložený na realizaci projektu
<b>Výnosy</b>	Nefinanční, viz výše
<b>Rizika a opatření</b>	ANO, uvedena výše
<b>Délka projektu</b>	221 dnů



## 10 ZHODNOCENÍ NÁVRHU PROJEKTU

Navrhovaný projekt zefektivnění systému managementu kvality ve Vsetínské nemocnici a.s. se skládá ze čtyř dílčích projektů, ucelených oblastí zlepšení. Na základě návrhu postupu a jednotlivých kroků u dílčích projektů a jejich analýzy konstatují, že je projekt reálný a realizovatelný v konkrétních podmínkách nemocnice.

Dílčí projekty a kroky vedoucí k cíli se vzájemně doplňují, nejsou však na sobě, až na výjimky uvedené výše v textu, časově závislé. Struktura projektů je logicky poskládána a návaznosti a ohraničení doby trvání (včetně časových rezerv a kritických cest) souvisejících činností jsou vyjádřeny pomocí časové analýzy.

Realizace projektu je doprovázena minimem rizik, a pokud byla identifikována, byla k nim zároveň navržena preventivní opatření. U projektu rozvoje managementu rizik byly vypracovány dvě varianty, z nichž jedna je proveditelná bez nutnosti finančních zdrojů tak, aby nebyla ohrožena realizace hlavního projektu.

Rizika spojená s konečným výsledkem jsou vzhledem ke struktuře celého projektu minimální. Plánované změny nejsou nevratného charakteru a jednotlivé kroky lze přizpůsobit aktuálním podmínkám v nemocnici.

Náklady a prostředky realizace projektovaných cílů, stejně jako vymezení přínosů a návratnosti investic, jsou vymezeny a analyzovány v rámci návrhové části projektu. Až na jednu výjimku projekt není závislý na finančních možnostech nemocnice, stejně tak výnosy z projektu jsou spíše nefinančního charakteru, respektive lze finanční výnos v tuto chvíli stěží vyjádřit nebo odhadnout.

Projekt bude předložen vedení nemocnice s doporučením schválit realizaci návrhu jako strategickou koncepci zefektivnění systému managementu kvality v nemocnici pro rok 2013.

## ZÁVĚR

Hlavním cílem diplomové práce bylo sestavit projekt zefektivnění systému managementu kvality ve Vsetínské nemocnici a.s.

Prvním krokem k naplnění cíle diplomové práce byl popis současného stavu managementu kvality v nemocnici. Na základě poznatků popsanych v teoretické části práce byl výchozí stav SMK v nemocnici přezkoumán a analyzován. Výstup z přezkoumání byl shrnut v podobě SWOT analýzy, která znázorňuje silné a slabé stránky nemocnice, resp. SMK, stejně jako příležitosti a hrozby.

Projekt je zacílen zejména na minimalizaci/eliminaci slabých stránek, které jsou z pohledu SMK významné a zároveň dobře ovlivnitelné. Byly identifikovány dvě oblasti ke zlepšení, které nevyžadovaly systémové řešení a v rámci okamžitých opatření byly návrhy realizovány.

Další čtyři oblasti byly rozpracovány do dílčích projektů. Každý projekt obsahuje popis procesu, tzn. jednotlivých kroků, vedoucího ke splnění cíle, náklady a prostředky realizace, výnosy a návratnost investic, rizika a opatření. Pro sestavení časového plánu realizace projektu a časovou koordinaci dílčích kroků projektu byla použita časová analýza metodou CPM. U každého projektu byl stanoven garant a realizační tým.

V závěru byl návrh projektu vyhodnocen jako reálný a realizovatelný, s přihlédnutím ke všem rizikům, která se k realizaci projektu pojí.

Při přezkoumávání a analýze SMK vyplynula na povrch otázka, zda i nadále pokračovat v certifikaci nemocnice podle normy ISO 9001. Odpověď na ni však do značné míry závisí i na vnějších faktorech (Integrovaná strategická koncepce pro rozvoj zdravotnictví a rozvoj zdravotnických služeb ve Zlínském kraji). Do projektové části nebyla zakomponována, neboť toto rozhodnutí nijak neovlivní efektivitu SMK v nemocnici. Řízení kvality podle normy ISO 9001 je v nemocnici dlouhodobě nastaveno a zavedeno a v tomto duchu je nutno pokračovat i nadále, ať již s certifikátem nebo bez něj.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] *100 let nemocnice ve Vsetíně*, 2011. Vyd. 1. Vsetín: Vsetínská nemocnice. 105 s. ISBN 978-80-254-9766-1.
- [2] BĚLOHLÁVEK, František, Pavol KOŠŤAN a Oldřich ŠULEŘ, 2006. *Management*. Vyd. 1. Brno: Computer Press. 724 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
- [3] BRIŠ, Petr, 2010. *Management kvality*. Vyd. 2. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. 208 s. ISBN 978-80-7318-912-9.
- [4] ČESKO. Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb ze dne 29. Června 2012. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*. 2012, částka 5, s. 8-14. Dostupný také z: [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c5/2012\\_6452\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c5/2012_6452_11.html).
- [5] ČESKO. Vyhláška č. 102 ze dne 22. března 2012 o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 39, s. 1737-1745. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vyhlaska-c102/2012-sb-o-hodnoceni-kvality-a-bezpeci-luzkove-zdravotni-pece-\\_6091\\_2439\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vyhlaska-c102/2012-sb-o-hodnoceni-kvality-a-bezpeci-luzkove-zdravotni-pece-_6091_2439_11.html)
- [6] ČESKO. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131, s. 4730-4801. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: [http://www.mzcr.cz/Legislativa/obsah/reforma-zdravotnictvi-\\_2428\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/obsah/reforma-zdravotnictvi-_2428_11.html).
- [7] ČSN EN ISO 15189. *Zdravotnické laboratoře – Zvláštní požadavky na kvalitu a způsobilost*. Praha: Český normalizační institut, 2007. 60 s.
- [8] ČSN EN ISO 9000. *Systémy managementu kvality – Základy, zásady, slovník*. Praha: Český normalizační institut, 2006. 59 s.
- [9] ČSN EN ISO 9001. *Systém managementu kvality – Požadavky*. Praha: Český normalizační institut, 2009. 56 s.
- [10] ČSN EN ISO 9004. *Systém managementu kvality – Směrnice pro zlepšování výkonnosti*. Praha: Český normalizační institut, 2002. 94 s.
- [11] DĚDINA Jiří a Jiří ODCHÁZEL, 2007. *Management a moderní organizování firmy*. Vyd. 1. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-2941-1.

- [12] GLADKIJ, Ivan et al., 2003. *Management ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Brno: Computer Press. 384 s. ISBN 80-7226-996-8.
- [13] GLADKIJ, Ivan, Leoš HEGER a Ladislav STRNAD, 1999. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 183 s. ISBN 80-7013-272-8.
- [14] HUTYRA, Milan et al., 2007. *Management jakosti*. Vyd. 1. Ostrava: VŠB - Technická univerzita Ostrava. 209 s. ISBN 978-80-248-1484-1.
- [15] ISO/IWA 1:2005. *Systém managementu kvality – Směrnice pro proces zlepšování služeb ve zdravotnických organizacích*. Praha: Národní informační středisko pro podporu jakosti, 2005. 141 s. ISBN 80-7283-207-7.
- [16] JAKUŠOVÁ, Viera, 2010. *Základy zdravotnického manažmentu*. Vyd. 1. Martin: Osveta. 142 s. ISBN 978-80-8063-347-9.
- [17] KOLČAVOVÁ, Alena, 2010. *Kvantitativní metody v rozhodování*. Vyd. 4., upr. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. 194 s. ISBN 978-80-7318-950-1.
- [18] MADAR, Jiří et al., 2004. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. Vyd. 1. Praha: Grada. 248 s. ISBN 80-247-0585-0.
- [19] MARX, David a František VLČEK, 2009. *Národní akreditační standardy pro nemocnice*. Vyd. 2. Praha: TIGIS. 127 s. ISBN 978-80-903750-6-2.
- [20] OBST, Otto et al., 2006. *Základy obecného managementu*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 74 s. ISBN 80-244-1365-5.
- [21] PEŠEK, Jaromír, 2003. *Tvorba systému jakosti ve zdravotnictví a lékárenství - s využitím norem ISO*. Vyd. 1. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-6056-8.
- [22] PORVAZNÍK, Ján a Janka LADOVÁ, 2010. *Celostní management*. Vyd. 4. Bratislava: Iris. 490 s. ISBN 978-80-89256-48-8.
- [23] PRŮŠA, Richard et al., 2008. *50 let České společnosti klinické biochemie*. Vyd. 1. Praha: ČSKB ČLSJEP. 140 s. ISBN 978-80-254-2771-2.
- [24] ROBBINS, Stephen a Mary Coulter, 2004. *Management*. Vyd. 1. Praha: Grada. 600 s. ISBN 80-247-0495-1.
- [25] SMEJKAL, Vladimír, a RAIS, Karel, 2006. *Řízení rizik ve firmách a jiných organizacích*. Vyd. 2. Praha: Grada. 300 s. ISBN 80-247-1667-4.

- [26] ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ, 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. Vyd. 1. Praha: Advent - Orion. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
- [27] ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ, 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Vyd. 1. Praha: Grada. 200 s. ISBN 80-7172-841-1.
- [28] ŠKRLA, Petr, 2005. *Především neublížit*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 162 s. ISBN 80-7013-419-4.

#### Internetové zdroje:

- [29] ČSKZ. Česká společnost pro kvalitu ve zdravotnictví. *cskz.cz* [online]. ©2006 [cit. 2012-07-28]. Dostupné z: <http://www.cskz.cz/index.htm>.
- [30] ETHEL. Luxembourg Declaration on Patient Safety. *ehotel.org* [online]. ©2001-2012 [cit. 2012-07-31]. Dostupné z: <http://www.ehotel.org/activities/tasks-sources/tf-patient-safety-emedication/luxembourg-declaration-on-patient-safety/>.
- [31] HŘIB, Zdeněk a Pavel VYCHYTIL. *Sledování nežádoucích událostí v lůžkových zdravotnických zařízeních následné péče*. [elektronická publikace]. ©2008 [cit. 2012-07-28]. Dostupné z: <http://www.lf3.cuni.cz/miranda2/export/sites/www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/verejne-zdravotnictvi/veda-a-vyzkum/>.
- [32] HŘIB, Zdeněk a Pavel VYCHYTIL. *Stručný teoretický úvod do problematiky nežádoucích událostí při poskytování zdravotní péče* [elektronická publikace]. ©2010 [cit. 2012-07-28]. Dostupné z: <http://www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/verejne-zdravotnictvi/NU/metodika/>.
- [33] KOP. O nás. *hodnoceni-nemocnic.cz* [online]. ©2010 [cit. 2012-07-31]. Dostupné z: <http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/O-projektu.html>.
- [34] MZ ČR. Cesta ke kvalitnímu a bezpečnějšímu zdravotnictví. *mzcr.cz* [online]. ©2010 [cit. 2012-07-31]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Kvalita/obsah/cesta-ke-kvalitnemu-a-bezpecnejsimu-zdravotnictvi\\_1815\\_13.html](http://www.mzcr.cz/Kvalita/obsah/cesta-ke-kvalitnemu-a-bezpecnejsimu-zdravotnictvi_1815_13.html).
- [35] MZ ČR. Resortní bezpečnostní cíle na období červen 2011 - duben 2012. *mzcr.cz* [online]. ©2012 [cit. 2012-07-31]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-pro-rok-2010\\_1882\\_15.html](http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-pro-rok-2010_1882_15.html).
- [36] ZDN. Řízení kvality péče? Možností je více. *zdravi.e15.cz* [online]. ©2006 [cit. 2012-07-28]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/komentare/rizeni-kvality-pece-moznosti-je-vice-172801>.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

CPM	Critical Path Method.
ČIA	Český institut pro akreditaci o.p.s.
EMS	Enviromental Management System.
EQA	European Quality Award.
EU	Evropská unie.
FG	Focus Group.
HSMS	Health and Safety Management System.
ISO	International Organization for Standardization.
ISQua	International Society for Quality in Health Care.
IWA	International Workshop Agreement.
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization.
JCI	Joint Commission International.
KK	Kontrolní kritéria.
KOP	Kvalita očima pacientů.
KZK	Kontinuální zvyšování kvality.
LSPP	Lékařská služba první pomoci.
MK	Manažer kvality.
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky.
NASKL	Národní autorizační středisko pro klinické laboratoře.
NO	Nápravná opatření.
NU	Nežádoucí událost.
PO	Preventivní opatření.
PVK	Představitel vedení pro kvalitu.
RBC	Resortní bezpečnostní cíle MZ ČR.

RDG	Radiodiagnostické oddělení.
SAK	Spojená akreditační komise, o.p.s.
SMK	System managementu kvality.
TQM	Total Quality Management.
WHO	World Health Organisation.

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obrázek 1 Vývoj managementu kvality ( <i>vlastní zpracování</i> ) .....	19
Obrázek 2 Schéma procesu ( <i>vlastní zpracování</i> ).....	21
Obrázek 3 Základní principy managementu kvality ( <i>vlastní zpracování</i> ).....	23
Obrázek 4 Magický trojúhelník zdravotnictví ( <i>vlastní zpracování</i> ).....	30
Obrázek 5 PESTLE analýza ( <i>vlastní zpracování</i> ) .....	42
Obrázek 6 SWOT analýza ( <i>vlastní zpracování</i> ) .....	43
Obrázek 7 Vsetínská nemocnice a.s. ( <i>interní materiály nemocnice</i> ).....	48
Obrázek 8 Mapa procesů ( <i>interní materiály nemocnice</i> ).....	54
Obrázek 9 SWOT analýza SMK v nemocnici ( <i>vlastní zpracování</i> ).....	79
Obrázek 10 Graf časové analýzy 1. projektu WinQSB ( <i>vlastní zpracování</i> ) .....	84
Obrázek 11 Graf časové analýzy 2. projektu WinQSB ( <i>vlastní zpracování</i> ) .....	90
Obrázek 12 Graf časové analýzy 3. projektu WinQSB ( <i>vlastní zpracování</i> ) .....	95
Obrázek 13 Graf časové analýzy projektu 4a WinQSB ( <i>vlastní zpracování</i> ) .....	102
Obrázek 14 Graf časové analýzy projektu 4b WinQSB ( <i>vlastní zpracování</i> ) .....	102



**SEZNAM TABULEK**

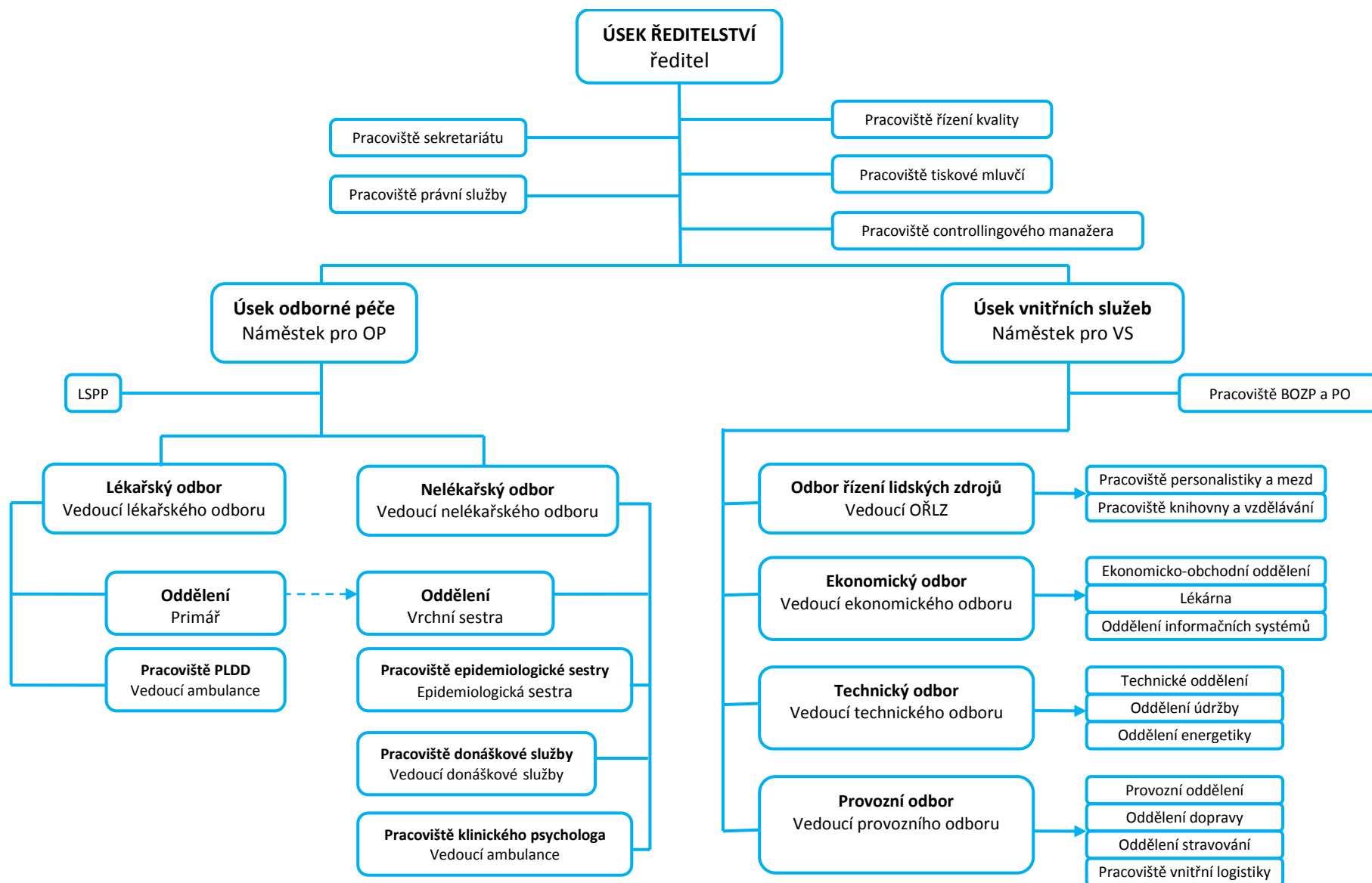
Tabulka 1 Studie výskytu NU ( <i>vlastní úprava dle Hřib a Vychytil, 2010</i> ) .....	38
Tabulka 2 Interní komunikace v nemocnici ( <i>vlastní zpracování</i> ) .....	59
Tabulka 3 Spokojenost hospitalizovaných pacientů ( <i>vlastní zpracování</i> ).....	72
Tabulka 4 Spokojenost ambulantních pacientů ( <i>vlastní zpracování</i> ) .....	72
Tabulka 5 Stížnosti k prošetření ( <i>vlastní zpracování</i> ) .....	73
Tabulka 6 Výsledky interních auditů ( <i>vlastní zpracování</i> ).....	74
Tabulka 7 Počet a struktura nežádoucích událostí ( <i>vlastní zpracování</i> ).....	76
Tabulka 8 Náklady na akreditaci a certifikaci ( <i>vlastní zpracování</i> ) .....	78
Tabulka 9 Projekt zefektivnění systému managementu kvality ( <i>vlastní zpracování</i> ) .....	80
Tabulka 10 Časový plán 1. projektu ( <i>vlastní zpracování</i> ) .....	82
Tabulka 11 Zadání 1. projektu WinQSB ( <i>vlastní zpracování</i> ) .....	83
Tabulka 12 Řešení 1. projektu WinQSB ( <i>vlastní zpracování</i> ) .....	83
Tabulka 13 Zobrazení kritické cesty 1. projektu WinQSB ( <i>vlastní zpracování</i> ).....	84
Tabulka 14 Souhrn 1. projektu ( <i>vlastní zpracování</i> ) .....	85
Tabulka 15 Časový plán 2. projektu ( <i>vlastní zpracování</i> ) .....	88
Tabulka 16 Zadání 2. projektu WinQSB ( <i>vlastní zpracování</i> ) .....	88
Tabulka 17 Řešení 2. projektu WinQSB ( <i>vlastní zpracování</i> ) .....	89
Tabulka 18 Zobrazení kritické cesty 2. projektu WinQSB ( <i>vlastní zpracování</i> ).....	89
Tabulka 19 Souhrn 2. projektu ( <i>vlastní zpracování</i> ) .....	91
Tabulka 20 Časový plán 3. projektu ( <i>vlastní zpracování</i> ) .....	93
Tabulka 21 Zadání 3. projektu WinQSB ( <i>vlastní zpracování</i> ) .....	93
Tabulka 22 Řešení 3. projektu WinQSB ( <i>vlastní zpracování</i> ) .....	94
Tabulka 23 Zobrazení kritické cesty 3. projektu WinQSB ( <i>vlastní zpracování</i> ).....	94
Tabulka 24 Souhrn 3. projektu ( <i>vlastní zpracování</i> ) .....	96
Tabulka 25 Časový plán projektu 4a ( <i>vlastní zpracování</i> ) .....	98
Tabulka 26 Časový plán projektu 4b ( <i>vlastní zpracování</i> ) .....	99
Tabulka 27 Zadání projektu 4a WinQSB ( <i>vlastní zpracování</i> ) .....	99
Tabulka 28 Zadání projektu 4b WinQSB ( <i>vlastní zpracování</i> ) .....	100
Tabulka 29 Řešení projektu 4a WinQSB ( <i>vlastní zpracování</i> ).....	100
Tabulka 30 Řešení projektu 4b WinQSB ( <i>vlastní zpracování</i> ) .....	100
Tabulka 31 Zobrazení kritické cesty projektu 4a WinQSB ( <i>vlastní zpracování</i> ).....	101
Tabulka 32 Zobrazení kritické cesty projektu 4b WinQSB ( <i>vlastní zpracování</i> ).....	101

Tabulka 33 Souhrn projektu 4a ( <i>vlastní zpracování</i> ).....	103
Tabulka 34 Souhrn projektu 4a ( <i>vlastní zpracování</i> ).....	104

**SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1 Organizační schéma nemocnice ( <i>interní materiály nemocnice</i> ) .....	116
Příloha 2 Politika kvality ( <i>interní materiály nemocnice</i> ).....	117

Příloha 1 Organizační schéma nemocnice (*interní materiály nemocnice*)





## POLITIKA KVALITY

### Poslání nemocnice:

Poskytovat vysoce kvalitní, bezpečnou, komplexní a ekonomicky efektivní zdravotní péči. Být učiteli se organizací, kde všichni zaměstnanci rozvíjejí své znalosti a dovednosti ve prospěch růstu potenciálu nemocnice. Podílet se na výchově a vzdělávání budoucích lékařských i nelékařských profesionálů a tím zajišťovat kvalitu a odbornost zdravotní péče našim pacientům do budoucna.

**B**ezpečná a kvalitní zdravotní péče každému jedinci na základě standardizovaných postupů a procesů vykonávaných kvalifikovanými zaměstnanci.

**E**vidence based medicine – poskytujeme zdravotní péči založenou na důkazech.

**Z**dravotní péče má vysoké finanční nároky. Naši činnost řídíme tak, aby byla hospodárná a efektivní ve smyslu vysokého zisku pro pacienta.

**P**oskytování zdravotní péče vyžaduje morálku a týmovou spolupráci všech zúčastněných v motivujícím prostředí.

**E**fektivní a systémové řízení zdravotní péče, stejně jako podpůrných i nakupovaných služeb, vede k minimalizaci rizika pro naše pacienty.

**Č**innost nemocnice se odvíjí a mění na základě potřeb veřejnosti, systému poskytování zdravotní péče a představ majitele, v centru naší pozornosti je však vždy pacient.

**C**ílem je prospěch pacienta, kdy na základě účinných diagnostických postupů a aplikací odpovídající léčby dosahujeme maximálního možného zlepšení zdravotního stavu nebo úplného vyléčení.

MUDr. Martin Metelka, MBA  
ředitel

Ve Vsetíně, dne 1. června 2011