

# **Projekt zefektivnění personálního managementu nelékařských zdravotnických pracovníků na Interní klinice IPVZ Krajské nemocnice T. Bati, a. s. Zlín**

Bc. Marcela Drábková

---

Diplomová práce  
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta managementu a ekonomiky

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta managementu a ekonomiky

Ústav managementu a marketingu

akademický rok: 2012/2013

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Marcela Drábková**  
Osobní číslo: **M11577**  
Studijní program: **N6208 Ekonomika a management**  
Studijní obor: **Management ve zdravotnictví**  
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Projekt zefektivnění personálního managementu nelékařských zdravotnických pracovníků na Interní klinice IPVZ Krajské nemocnice T. Bati, a. s. Zlín**

Zásady pro vypracování:

### Úvod

#### I. Teoretická část

- Popište teoretická východiska personálního managementu potřebná pro analytickou část.
- Aplikujte tyto teoretické poznatky na oblast zdravotnictví.

#### II. Praktická část

- Popište a analyzujte současný stav personálního managementu Interní kliniky Krajské nemocnice T. Bati, a. s. Zlín.
- Navrhněte projekt zefektivnění personálního managementu.
- Zhodnoťte projekt z hlediska nákladové analýzy.

### Závěr

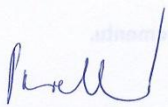
Rozsah diplomové práce: **70 stran**  
Rozsah příloh:  
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

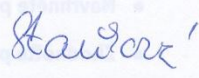
**CEJTHAMR, Václav a Jiří DĚDINA. Management a organizační chování. 2. vyd. Praha: Grada, 2010, 341 s. ISBN 978-80-247-3348-7.**  
**GLADKIJ, Ivana. Management ve zdravotnictví. Brno: Computer Press, 2003, 392 s. ISBN 80-7226-996-8.**  
**PROVAZNÍK, Ján a Janka LADOVÁ. Celostní management. 4. vyd. Bratislava: Iris, 2010, 490 s. ISBN 978-80-89256-48-8.**  
**SOUČEK, Zdeněk a Jan BURIAN. Strategické řízení zdravotnických zařízení. Praha: Professional Publishing, 2006, 195 s. ISBN 80-86946-18-5.**

Vedoucí diplomové práce: **prof. MUDr. Jaroslav Slaný, CSc.**  
Ústav managementu a marketingu  
Datum zadání diplomové práce: **21. června 2013**  
Termín odevzdání diplomové práce: **12. srpna 2013**

Ve Zlíně dne 21. června 2013

  
prof. Dr. Ing. Drahomíra Pavelková  
děkanka



  
Ing. Pavla Staňková, Ph.D.  
ředitel ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ/DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že:

- odevzdáním bakalářské/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>;
- bakalářská/diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému,
- na mou bakalářskou/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 nahlázení 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 mohu užít své dílo – bakalářskou/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 bakalářské/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 bakalářské/diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že:

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

Ve Zlíně 1. 8. 2013

  
-----

<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 přihlídá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce se zabývá efektivností personálního managementu na Interní klinice IPVZ Krajské nemocnice T. Bati, a. s. Zlín. Práce je rozdělena do dvou částí – teoretické a praktické. Teoretická část práce shrnuje oblast obecného a personálního managementu a managementu ve zdravotnictví. V praktické části je popsána charakteristika organizace interní kliniky. Následuje sběr dat metodou pro stanovení počtu ošetrovatelského personálu a jeho kvantifikační zastoupení na lůžkových odděleních interní kliniky, analýza budoucích trendů, analýza stakeholders a SWOT analýza. Pomocí naměřených hodnot ošetrovatelské zátěže nelékařského personálu je analyzována jeho vytiženost. V projektové části je na základě poznatků zjištěných v analytické části práce navržen projekt na zefektivnění personálního managementu interní kliniky. Součástí projektu je rovněž nákladová analýza navržených opatření a zhodnocení projektu.

Klíčová slova:

Analýza, management ve zdravotnictví, ošetrovatelská zátěž, personální management.

## **ABSTRACT**

This thesis deals with the efficiency of Personnel Management on Internal Clinic IPVZ Regional Hospital T. Bata, a. s. Zlín. The thesis is divided into two parts - theoretical and practical. The theoretical part of the paper summarizes the general and personnel management and healthcare management. The practical part describes the characteristics of the organization and Internal Clinic. The following is a data collection method for determining the number of nursing staff and quantification represented the wards of Internal Clinic, the analysis of future trends, stakeholders analysis and SWOT analysis. Using the measured values of nursing workload paramedical personnel is analyzed its workload. The project is based on the findings made in the analytical net work project designed to streamline the personnel management of Internal Clinic. The project is also a cost analysis of the proposed measures and evaluation of the project.

Keywords:

Analysis, management in health care, nursing workload, staffing management.

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucímu mé diplomové práce, prof. MUDr. Jaroslavu Slanému, CSc., za odborné vedení a cenné rady, které mi velmi pomohly při zpracování této práce.

Velké poděkování také patří celému týmu pracovníků interní kliniky, kteří se podíleli na sběru dat nutných k realizaci projektu.

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.



# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>12</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>13</b>
<b>1 ÚVOD DO MANAGEMENTU</b> .....	<b>14</b>
1.1 KOŘENY MANAGEMENTU .....	14
1.1.1 Historie poznatků o managementu .....	14
1.2 CELOSTNÍ MANAGEMENT .....	15
1.3 ZÁKLADNÍ MANAŽERSKÉ ČINNOSTI (FÁZE MANAGEMENTU).....	15
1.3.1 Rozhodování .....	15
1.3.2 Plánování.....	16
1.3.3 Kontrola.....	17
1.3.3.1 Fáze kontroly .....	17
1.3.3.2 Standardy .....	18
1.3.3.3 Audity .....	18
1.3.4 Komunikování.....	19
1.4 ORGANIZOVÁNÍ A ORGANIZAČNÍ KULTURA .....	19
1.4.1 Prvky organizační architektury .....	19
1.4.2 Organizační formy .....	19
1.4.2.1 Funkční struktura .....	20
1.4.2.2 Divizní struktura .....	20
1.4.2.3 Hybridní struktura.....	21
<b>2 MANAGEMENT VE ZDRAVOTNICTVÍ</b> .....	<b>22</b>
2.1 ZDRAVOTNÍ PÉČE .....	22
2.1.1 Primární zdravotní péče .....	22
2.1.2 Sekundární zdravotní péče .....	22
2.1.3 Terciární zdravotní péče.....	23
2.2 ZDRAVOTNICKÉ SYSTÉMY .....	23
2.2.1 Komerční pojištění – tržní model.....	23
2.2.2 Model zdravotního pojištění .....	23
2.2.3 Model národní zdravotní služby.....	24
2.2.4 Socialistický model .....	24
2.3 FUNKCE NEMOCNIC VE ZDRAVOTNICKÉM SYSTÉMU .....	24
2.3.1 Základní struktura nemocnic .....	25
2.4 FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB .....	25
2.4.1 Základní charakteristika úhradových mechanismů.....	26
2.4.1.1 Kapitační platba .....	26
2.4.1.2 Platba za ošetrovací den.....	26
2.4.1.3 Platba za výkon.....	26
2.4.1.4 Paušální platba .....	27
2.4.1.5 Úhrada dle DRG – platba za diagnózu .....	27
2.4.1.6 Spoluúčast pacienta.....	27
2.4.2 Trh zdravotních služeb .....	28
<b>3 STRATEGICKÉ ŘÍZENÍ ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ</b> .....	<b>29</b>

3.1	POSTUP PŘI ZPRACOVÁNÍ STRATEGIE ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ .....	29
3.2	IMPLEMENTACE STRATEGIE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ .....	31
<b>4</b>	<b>ZÁKLADY ŘÍZENÍ LIDSKÝCH ZDROJŮ .....</b>	<b>32</b>
4.1	ŘÍZENÍ LIDSKÝCH ZDROJŮ .....	32
4.1.1	Modely řízení lidských zdrojů .....	32
4.1.2	Cíle řízení lidských zdrojů .....	33
4.1.3	Cíle politiky řízení lidských zdrojů .....	34
4.1.4	Charakteristiky řízení lidských zdrojů .....	35
4.2	ŘÍZENÍ LIDSKÉHO KAPITÁLU .....	35
4.3	ÚLOHA PERSONÁLNÍHO ÚTVARU .....	35
4.3.1	Obecná úloha personálního útvaru .....	35
4.3.2	Úloha personálního útvaru v usnadňování a řízení změn .....	36
4.3.3	Organizace personálního útvaru .....	36
4.3.4	Marketing personálního útvaru .....	36
4.3.5	Outsourcing personální práce .....	37
4.3.6	Hodnocení personálního útvaru .....	37
4.4	ÚLOHA PERSONALISTŮ .....	37
4.5	ÚLOHA LINIOVÝCH MANAŽERŮ .....	37
4.6	PROCESY ŘÍZENÍ LIDSKÝCH ZDROJŮ .....	38
4.7	ZABEZPEČOVÁNÍ LIDSKÝCH ZDROJŮ PRO ORGANIZACI .....	38
4.8	ODMĚŇOVÁNÍ PRACOVNÍKŮ .....	38
4.8.1	Hodnocení práce .....	38
<b>5</b>	<b>MANAŽEŘI OŠETŘOVATELSTVÍ .....</b>	<b>40</b>
5.1	VLASTNOSTI A PŘEDNOSTI MANAŽERA .....	40
5.2	ROLE MANAŽERA .....	41
5.2.1	Mezilidské role .....	42
5.2.2	Informační role .....	42
5.2.3	Rozhodovací role .....	42
5.3	VEDENÍ LIDÍ .....	43
5.4	TÝM .....	44
5.5	VRCHOLOVÝ MANAGEMENT OŠETŘOVATELSTVÍ .....	44
5.6	STŘEDNÍ MANAGEMENT OŠETŘOVATELSTVÍ .....	44
5.6.1	Náplň práce vrchní sestry .....	44
5.7	LINIOVÝ MANAGEMENT OŠETŘOVATELSTVÍ .....	45
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>46</b>
<b>6</b>	<b>CHARAKTERISTIKA SPOLEČNOSTI .....</b>	<b>47</b>
6.1	POLITIKA A CÍLE KVALITY .....	47
6.2	HISTORIE INTERNÍHO ODDĚLENÍ .....	48
6.3	ORGANIZAČNÍ STRUKTURA .....	49
6.3.1	Pracovní tým interní kliniky .....	53
<b>7</b>	<b>STRUKTURA PROJEKTU .....</b>	<b>55</b>

7.1	IDENTIFIKACE PROBLÉMU.....	56
7.2	PŘÍPRAVNÁ FÁZE PROJEKTU .....	56
7.2.1	Sestavení projektového týmu .....	56
7.2.2	Časová analýza projektu .....	56
7.3	ANALÝZA SOUČASNÉHO STAVU.....	57
7.3.1	Metoda kvantifikace ošetrovatelské péče pro stanovení počtu ošetrovatelského personálu .....	58
7.3.1.1	Měření na interní klinice.....	59
7.3.1.2	První blok měření.....	60
7.3.1.3	Druhý blok měření .....	68
7.3.1.4	Třetí blok měření .....	77
7.3.1.5	Souhrn měření.....	85
7.3.2	Analýza budoucích trendů.....	86
7.3.3	Analýza stakeholders .....	87
7.3.4	Analýza SWOT .....	89
7.4	CÍL PROJEKTU.....	90
7.5	KROKY VEDOUcí KE SPLNĚNÍ CÍLŮ .....	90
7.5.1	Představení výsledků měření ošetrovatelské zátěže vrcholovému managementu KNTB, a. s. s návrhem řešení situace .....	90
7.5.2	Získání nových kandidátů na pozici NLZP.....	94
7.5.3	Přeměření ošetrovatelské zátěže .....	94
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>95</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>96</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>98</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>100</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>101</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>103</b>

## ÚVOD

Ve zdravotnictví, tak jako v jiných oborech, tvoří v současné době náklady na mzdy nejvyšší složku všech nákladů organizace. Zájmem zaměstnavatele tedy je, aby personál vykonával své pracovní povinnosti co nejefektivněji. Smysl této efektivity spočívá v pracovním výkonu a kvalitě odvedené práce. Od nepaměti se při poskytování zdravotních služeb traduje, že sestřičky i lékaři pracovali vždy ve vysokém pracovním vytížení. Motorem a jedinou motivací pro jejich pracovní nasazení byl smysl pomoci druhým. Tento trend trvá i do současnosti. Změnou životního stylu a modernizací doby, která přinesla technologický, chemický i informativní pokrok do medicíny, však i zdravotníci pociťují, že tato jediná motivace k dobře vykonávané práci nestačí. Peníze a jejich všeobecně známý nedostatek ve zdravotnictví výrazně ovlivňují motivaci zdravotnických pracovníků. Dalším negativním aspektem v práci zdravotnických pracovníků je riziko pracovního přetížení, od kterého je potom velmi blízko k „syndromu vyhoření“, nekvalitní ošetrovatelské péči o pacienty a k zvýšené fluktuaci. Zdrojem fluktuace nelékařského zdravotnického personálu mohou být také meziregionální rozdíly v odměňování. Přesčasové hodiny práce vedou k vyčerpání, což může vést k rostoucí tendenci chybovosti při práci a zároveň je s tím spojený nárůst nákladů celého zdravotnictví.

Aby zdravotnictví dokázalo odpovědět na měnící se potřeby společnosti, jako je stárnutí populace a s tím spojené měnící se nároky obyvatelstva na kvalitu poskytované péče, potřebuje kvalitní lidský kapitál. Pacienti jsou polymorbidní, více informováni a očekávají větší komfort péče. Pouze kvalitní pracovní síla bude schopná zajistit bezpečnou, kvalitní a vysoce specializovanou odbornou péči o pacienty. Je potřeba vyhovět odpovídajícím podmínkám nejen finančním a organizačním, ale i sociálním.

Tato práce se zabývá měřením vytíženosti nelékařského zdravotnického personálu interní kliniky pomocí metodiky, která je v praktické části této práce blíže vysvětlena. Pomocí měření ošetrovatelské zátěže je možné zhodnotit vytíženost nelékařského zdravotnického personálu a učinit opatření vedoucí jak k vyváženému pracovnímu vytížení, tak optimalizaci počtu nelékařského personálu. Efektivní vytížení nelékařského zdravotnického personálu povede ke zkvalitnění poskytované péče.

## TEORETICKÁ ČÁST

## 1 ÚVOD DO MANAGEMENTU

Management je disciplína, která představuje soubor poznatků, jež by si měl manažer osvojit pro svou práci. Získané poznatky musí manažer umět vhodně aplikovat, kombinovat a samozřejmě i rozvíjet. (Veber, 2009, s. 17)

Oblíbená Koontz-Weihrichova definice: „*Management je proces tvorby a udržování prostředí, ve kterém jednotlivci pracují společně ve skupinách a účinně dosahují vybraných cílů.*“ (Cejthamr a Dědina, 2010, s. 19)

### 1.1 Kořeny managementu

O vzniku managementu lze hovořit momentem vzniku lidstva. Zrod managementu je okamžikem uvědomění si člověka možnosti podělit se o zabezpečení svojí existence s jiným člověkem a zároveň dochází k využívání této možnosti. Některé názory spojují vznik managementu se vznikem písma a vynálezem tisku. (Provazník a Ladová, 2010, s. 417)

Archeologové objevili egyptské papyrasy, jejichž historie sahá před rok 1300 př. n. l., které popisují, jak se řídily státy dávnověku. Egyptská civilizace s množstvím obrovských staveb pyramid, chrámů a monumentálních hrobek vzbuzuje obdiv. Rozsáhlé stavby, jak vyplývá ze zachovalých papyrusů, řídil štáb lidí v čele s vysokým státním úředníkem podléhajícím králi. (Provazník a Ladová, 2010, s. 418)

#### 1.1.1 Historie poznatků o managementu

Management se začíná formovat po nástupu průmyslové revoluce. Dle dosavadních poznatků lze management klasifikovat podle časového a územního hlediska. Časové hledisko tvoří předklasický, klasický, behavioristický, moderní a empirický management. Podle území je management rozdělen na evropský, americký a japonský. Konec devatenáctého a první tři desítky minulého století jsou charakteristické klasickým obdobím managementu. Mezi dvě základní centra rozvoje managementu se řadí střední Evropa a Spojené státy americké. Prvním představitelem klasického managementu v Československu se stal začátkem 20. století Tomáš Baťa. Se svými sourozenci založil vlastní obuvnickou firmu, ve které zavedl svůj systém samosprávy dílen a účasti na zisku. (Veber, 2009, s. 306 – 312; Provazník a Ladová, 2010, s. 420 – 430)

## 1.2 Celostní management

Současný pohled na management jej vidí jako multidisciplinární vědu. Na utváření a využívání poznatků managementu mají velký vliv poznatky z technických a přírodních věd. Za základ managementu dodnes někteří považují pojem řízení. Nejvíce se využívají čtyři funkce řízení, které vymezila skupina amerických autorů: plánování, organizování, vedení a kontrola. Celostním managementem, který je v počátcích svého formování, jsou poznatky všeobecného managementu. V praxi přináší nesporný užitek. Umožňuje celistvý pohled na management spočívající ve formování celostního managementu jako ucelené integrované a komplexní soustavy informací o vlastnostech a dovednostech subjektů managementu. (Provazník a Ladová, 2010, s. 25 – 27)

## 1.3 Základní manažerské činnosti (fáze managementu)

*„Management a teorie řízení sleduje chování lidí – vedoucích a podřízených – v průběhu řízení v procesech plánování, organizování, vedení a kontroly, vysvětluje růst, stagnaci či úpadek organizací.“* (Cejthamr a Dědina, 2010, s. 18)

### 1.3.1 Rozhodování

Rozhodovací proces je chápán jako proces, kdy činíme rozhodnutí mezi alespoň dvěma možnostmi. (Dědina a Odcházal, 2007, s. 265)

- **Identifikace rozhodovacích problémů**

Předpokladem úspěšného rozhodnutí je především získávání, analýza a vyhodnocování různých informací. Velmi důležité je rozpoznání problémových situací, které mohou mít charakter odchylek od žádoucího stavu. Součástí této etapy je i posouzení dílčích problémů, stanovení priorit a jejich řešení. (Veber, 2009, s. 89 – 90)

- **Analýza a formulování rozhodovacích problémů**

Na základě hlubšího poznání problému může dojít k lepšímu formulování rozhodovacího problému. K důležitým krokům analýzy patří popis a počáteční formulování problému. Další důležitý krok je stanovit cíle řešení problému a specifikace podstaty problému. Závěrem této etapy je důležité znát příčiny problému. (Veber, 2009, s. 90)

- **Stanovení kritérií hodnocení**

Jednotlivé možné varianty budou hodnoceny podle navrženého souboru kritérií, aby bylo dosaženo stanovených cílů řešení problému. Kritéria můžeme třídit na kvantitativní a kvalitativní a na výnosová a nákladová. (Veber, 2009, s. 91 – 92)

- **Tvorba variant**

Etapou kladoucí vysoké nároky na tvůrčí schopnosti řešitelů je tvorba variant rozhodování. Častým nedostatkem v praxi je malá variantnost navržených řešení, kdy řešitelé se spokojí s tímto jedním návrhem. K rozšíření variantnosti směřuje skupinová příprava rozhodnutí. (Veber, 2009, s. 92)

- **Stanovení důsledků variant**

*„Do její náplně patří zjišťování předpokládaných vlivů a účinků jednotlivých variant z hlediska zvoleného souboru kritérií hodnocení.“* (Veber, 2009, s. 92)

- **Hodnocení důsledků a výběr varianty určené k realizaci**

Cílem je určení varianty řešení, která je z celého souboru kritérií variantou nejlepší. (Veber, 2009, s. 93 – 95)

- **Realizace zvolené varianty a kontrola výsledků**

V této etapě dochází k praktické realizaci zvoleného řešení. Poslední fází rozhodování je kontrola výsledku, zda nedošlo k odchylkám skutečně dosažených výsledků realizace. Je nutné zjistit, zda byl problém překonán a nedošlo v důsledku realizace k jiným problémům. V tomto případě by bylo nutné připravit a realizovat nápravná opatření. (Veber, 2009, s. 95)

### 1.3.2 Plánování

Součástí plánování je vymezení cílů, jichž má být dosaženo. Plánování je nástrojem rozvoje každé organizace. Při sestavování plánu je důležité časové hledisko, věcné hledisko a hledisko organizačních úrovní. (Veber, 2009, s. 100)

- **Cíl**

Důležitou součástí plánování je stanovení jasných cílů. Mezi důležité požadavky při vytyčení cílů plánu je určení priorit, měřitelnosti a přiměřenosti. (Veber, 2009, s. 102 – 103)

- **Aktivity**



Úkolem manažerů, kteří zpracovávají plány, jsou vhodně zvolené aktivity vedoucí ke konečným hodnotám cílů. (Veber, 2009, s. 104)

- **Zdroje**

K naplnění plánovaných záměrů jsou nutné materiální i nemateriální složky. (Veber, 2009, s. 104 – 105)

- **Termíny a odpovědnosti**

Řada úkolů je vázaná na přirozené termíny, jako např. rok, měsíc, týden. V některých případech je však nutné určit speciální lhůtu daného úkolu. (Veber, 2009, s. 105)

Při stanovování cílů se doporučuje dodržet požadavky vyjádřené zkratkou SMART. Tato zkratka vyjadřuje, že cíle musí být jednoznačné, měřitelné, realizovatelné, důležité a časově ohraničené. (Veber, 2009, s. 108; Blažková, 2007, s. 34)

### **1.3.3 Kontrola**

Určitou zpětnou vazbou je pro manažery na všech úrovních řízení kontrolní činnost. Základní dělení kontrolního procesu je na interní (vnitřní) kontrolu a na externí kontrolu. (Veber, 2009, s. 134 - 135)

#### **1.3.3.1 Fáze kontroly**

- **Určení předmětu kontroly**

Při určování kontroly je nutné respektovat některé obecné zásady. Za absolutně nevhodné se považují duplicitní kontroly. Musí se také důkladně zvážit úplná kontrola a možnost nahradit ji například kontrolou pouze namátkovou. (Veber, 2009, s. 236)

- **Získání a výběr informací pro kontrolu**

Zdrojem informací pro kontrolu jsou převážně vědomosti získané z „terénu“ pomocí přímého pozorování kontrolovaného subjektu. Řídící pracovník nemůže být fyzicky přítomen každé kontrole, proto je nucen řadu kontrol provádět zprostředkovaně, např. pomocí hlášení či zpráv od podřízených. (Veber, 2009, s. 136 – 137)

- **Ověření správnosti získaných informací**

Formální i věcná správnost informací je prevencí případných nedostatků. (Veber, 2009, s. 137)

- **Hodnocení kontrolovaných skutečností**

V této fázi dochází ke srovnávání zjištěných údajů s realitou. (Veber, 2009, s. 137)

- **Závěry a návrhy opatření**

V této fázi je prováděno případné nápravné opatření kontrolního zjištění. Kontrolou nemusí být zjištěny žádné problémy, nebo se řízená realita v dílčích oblastech odchyluje od žádoucího stavu a je třeba přijmout korigující opatření. Posledním možným závěrem kontroly je zjištění závažných nedostatků a je nutné přijmout nápravné opatření. (Veber, 2009, s. 137)

- **Zpětná kontrola**

Tato fáze je realizována v případě navržení nápravných opatření. (Veber, 2009, s. 137)

### 1.3.3.2 Standardy

Nebyly vytvořeny jednotné standardy. Většina organizací si vytvořila vlastní systém tvorby a formy standardů. Standardy vytváří vnitřní předpis, který upravuje a dokumentuje jednotlivé činnosti. Jsou nejběžnějším kritériem kontrolní činnosti.

### 1.3.3.3 Audity

Audit je definován jako: „*nezávislá, objektivní, zjišťovací a konzultační činnost zaměřená na přidávání hodnoty a zdokonalování procesů v organizaci. Interní audit pomáhá organizaci dosahovat jejich cílů tím, že přináší systematický metodický přístup k hodnocení a zlepšení efektivnosti řízení rizik, řídicích a kontrolních procesů a správy a řízení organizace*“. (Synek, 2007, s. 406)

Auditorskou činnost dělíme na externí a interní. V procesu řízení podnikatelských i neziskových organizací je stále více využíván interní audit. Útvar interního auditu tvoří kvalifikovaný, diskretní a důvěryhodný personál. Interní auditoři využívají ke své práci na celém světě Standardy pro profesionální praxi interního auditu. Musí být nezávislí, měli by hledat možnosti zvyšování efektivnosti společnosti a neměli by podléhat jiným kontrolám než kontrole vedení vlastní společnosti. Základním úkolem auditu je kontrola plnění politiky rozvoje, norem i pokynů vedení společnosti a provádět revizi kontrol na všech úsecích činnosti společnosti a ve všech jejích strukturách. Externí audit provádí nezávislá fyzická či právnická externí osoba zapsaná do seznamu auditorů, která o výsledku vydá srozumitelnou zprávu. (Synek, 2007, s. 406 - 410)

### 1.3.4 Komunikování

Rozlišujeme komunikaci vnější a vnitřní. Existuje řada doporučení k úspěšné komunikaci. Mezi základní patří nalézt ke komunikaci téma, které partnera zajímá. Dále je velmi důležité umění naslouchat a sdělovat. Rozlišujeme sdělování verbální, neverbální a činy. Mezi naslouchání řadíme naslouchání ušima, očima a srdcem. Nejrozšířenější formální komunikací je ústní komunikace. Naše řeč by měla být jednoduchá, přehledná, výstižná a podnětná. Dalším způsobem komunikování je písemná komunikace. Trendem dnešní doby je elektronická komunikace na internetové či intranetové síti. (Veber 2009, s. 181 – 189)

## 1.4 Organizování a organizační kultura

Organizační architektura převzala z architektury staveb čtyři základní činitele, mezi které patří účel, stavební materiál, styl a technologie. Účel firmy vysvětluje k čemu je firma založena. Hodnotíme faktory působící na podnik, provádíme analýzu okolí. Pro stanovení cílů lze použít SWOT analýzu. Strukturní organizační materiál zahrnuje organizační formy a jejich části. K dalšímu činiteli, stylu, lze řadit například styly vedení a řízení, firemní kultura, motivační nástroje, morálka a výkonnost manažera a organizační chování manažerů i zaměstnanců. Novodobé nástroje podpory řízení nazývané také soudobé technologie jsou informační systémy a komunikační technologie. (Cejthamr a Dědina, 2010, s. 27 – 28; Veber, 2009, s. 219 - 220)

### 1.4.1 Prvky organizační architektury

Mezi základní prvky organizační architektury a organizování patří specializace, koordinace, vytváření útvarů, rozpětí řízení a dělba kompetencí. V současnosti je hodně prosazována decentralizace, čímž rozumíme dělbu kompetencí na více míst a přenesení na nižší organizační úrovně. U delegování je nutné striktně rozdělit kompetence a přiřadit příslušné pravomoci, odpovědnosti a určit úkoly. Organizační předpoklady pro decentralizaci řídicích kompetencí představují štíhlé struktury. K zeštíhlování přispívá vytváření týmových struktur. (Veber, 2009, s. 223 – 224)

### 1.4.2 Organizační formy

Organizační struktury vytváří kostru umožňující plnit naplánované cíle. Manažer-organizátor volí základní formu, podle níž je struktura tvořena. Zda jde o formu funkční či divizní, rozhoduje právě tento zmíněný manažer. (Veber, 2009, s. 227)

### 1.4.2.1 Funkční struktura

Funkční struktura je organizační strukturou, ve které dochází k seskupování pracovníků do útvarů podle podobnosti úkolů. Tato organizační struktura se používá hlavně v malých a středních firmách, jež jsou často zaměřeny na menší počet výrobků nebo služeb, které vyžadují specializaci. Mezi klady této struktury patří specializace funkčních vedoucích a tím i jejich vysoká odbornost. Převládá tendence k centralizaci řízení, odděleně prováděné funkce vyžadují celkovou koordinaci. Výhodou funkční struktury je efektivní využívání zdrojů, protože seskupení podobných či stejných aktivit dovoluje využívání zařízení a společné řešení problémů. Využívání specializovaných intenzivních školení přináší rozvoj kvalifikace pracovníků. U pracovníků dochází k rychlejšímu postupu v kariéře. Vrcholové vedení koordinuje celkovou činnost a přináší strategická rozhodnutí. Je využívána týmová práce, která je usnadňována stejnou kvalifikací uvnitř skupiny. Naopak mezi nevýhodou funkční struktury řadíme pomalejší průběh rozhodovacího procesu, protože rozhodnutí je prováděno na nejvyšší úrovni, jež je často přetížena. Inovační aktivita je menší. Nejasným se stává podíl jednotlivých činností na celkovém úspěchu a to se může stát demotivací pro zaměstnance. Tato struktura nevytváří nejvhodnější předpoklady pro výchovu budoucích vrcholových manažerů. Velká izolovanost útvarů může vést ke špatné koordinaci mezi útvary. (Veber, 2009, s. 227 – 230)

### 1.4.2.2 Divizní struktura

V této struktuře dochází ke sloučení všech aktivit nutných k výrobě určitého výrobku či poskytnutí služby do jedné divize s vysokou autonomií. Divizní struktura klade důraz hlavně na výstupy. Nejčastější členění divizí je podle služeb, výrobků, zákazníků nebo místa působení. Výhodou divizní struktury je schopnost přizpůsobení se nestabilním podmínkám okolí, požadavkům zákazníků a rozdílům jednotlivých oblastí. Styk se zákazníky je operativnější a jejich spokojenost je větší. Hledisko spotřebitele se zdůrazňuje větším zaměřením se pracovníků na konečný produkt než na specializovanou činnost. Průhlednost divizí je způsobena tím, že každá divize má přímý vstup na trh. Mezi slabiny patří možnost méně efektivního využívání zdrojů, vyšší požadavky na lidskou práci, menší počet specialistů a upřednostňování cílů divize před cíli celé firmy. (Veber, 2009, s. 233 – 234)

### 1.4.2.3 Hybridní struktura

Je kombinací funkční a divizní struktury. Tvoří ji divizní jednotky a funkční útvary centralizované u vrcholového vedení společnosti. K výhodám patří simultánní koordinace mezi divizemi a uvnitř divizí, jednotné řízení divizí pomocí centralizované funkce, integrace cílů a úkolů, adaptabilita a efektivnost. Mezi slabiny řadíme pomalejší reakce na výjimečné situace a možný konflikt mezi vrcholovým vedením a divizemi. (Veber, 2009, s. 234 – 235)

## 2 MANAGEMENT VE ZDRAVOTNICTVÍ

*„Zdravotní politika představuje souhrn politických aktivit, které mají vliv na zdraví a kvalitu života lidí a společenských skupin. Obsahuje směry činností, jež působí na řadu institucí, služeb a podpůrných zařízení a na způsoby úhrady systému zdravotní péče. Zdravotní politika přesahuje činnost zdravotnických služeb a zahrnuje zamýšlené i nezamýšlené jednání veřejnosti, veřejných, soukromých i dobrovolných organizací a jedinců, které a kteří mají vliv na zdraví. To znamená, že zdravotní politika je zaměřena na osobní, environmentální a socioekonomické působení na zdraví a na složité a členěné poskytování služeb.“ (Gladkij, 2003, s. 11)*

### 2.1 Zdravotní péče

Zdravotní péči lze rozdělit v rámci zdravotní politiky na základní zdravotní péči a specializovanou zdravotní péči. Pyramidu služeb z hlediska účelné i hospodárné specializace, dostupnosti a spotřeby tvoří primární, sekundární a terciární péče.

#### 2.1.1 Primární zdravotní péče

Primární zdravotní péči rozumíme poskytování nezbytné (základní) zdravotní péče na municipální či lokální úrovni. Za zajištění služeb primární péče obyvatelstvu žijícímu v dané lokalitě je odpovědný odbor příslušného krajského úřadu. Každý člověk se registruje u lékaře primární péče dle vlastního uvážení. Primární péče probíhá na ambulantní úrovni a jde o péči praktických lékařů pro dospělé, péči praktických lékařů pro děti a dorost, péči prováděnou registrujícím stomatologem a péči prováděnou registrujícím gynekologem. Většina primárních lékařů v ČR je soukromých. Jejich péče je hrazena z veřejných zdrojů. Každý lékař primární péče musí mít udělenou licenci Českou lékařskou komorou a registraci příslušným zdravotnickým úřadem. Pokud jde o péči hrazenou z veřejných zdrojů, je nutné, aby měl privátní lékař také smlouvu se zdravotní pojišťovnou. Z efektivního a hlavně ekonomického hlediska je žádoucí, aby každý pacient prošel vstupní branou primární péče a poté až na případné specializované pracoviště. (Gladkij, 2003, s. 49; Šatera, 2012, s. 10)

#### 2.1.2 Sekundární zdravotní péče

Touto péčí rozumíme poskytování standardních specializovaných služeb ať již ambulantní formou či stacionární. Řada specializovaných ambulancí v České republice je jak v privát-

ním sektoru, tak i součástí nemocnic. Nemocnice mohou být většinou ve vlastnictví státu, soukromého či neziskového charakteru nebo mohou mít statut akciové společnosti aj. (Gladkij, 2003, s. 50; Šatera, 2012, s. 10)

### **2.1.3 Terciární zdravotní péče**

Při poskytování této péče jde o vysoce specializované diagnostické a léčebné komplexní služby. Zde jsou pacienti odesíláni ze sekundární zdravotnické péče. Tato péče je velmi finančně náročná a je poskytována v krajských a fakultních nemocnicích a ve výzkumných ústavech zřizovaných ministerstvem zdravotnictví. (Gladkij, 2003, s. 50)

## **2.2 Zdravotnické systémy**

Odezvou na nově vzniklé zdravotní potřeby po druhé světové válce byl vznik zdravotnických „makrosystémů“ v jednotlivých zemích. Při utváření těchto nových systémů sehrály důležitou roli různé sociální, ekonomické, kulturní a politické podmínky. V ekonomicky vyspělých zemích došlo v poválečném období ke vzniku čtyř základních typů zdravotnických systémů. (Gladkij, 2003, s. 50; Šatera, 2012, s. 20)

### **2.2.1 Komerční pojištění – tržní model**

S tímto systémem se setkáváme hlavně v USA. Charakteristickým znakem tohoto modelu je to, že stát negarantuje zdravotní péči. Plná odpovědnost za léčení a zdraví je výhradně na pacientovi a zdravotní pojištění je dobrovolné. Stát nekontroluje výši pojistného, ani negarantuje nabídku a cenu zdravotnických služeb. Tento systém nabízí velký výběr kvalitní péče, podporuje rozvoj nových medicínských technologií a soutěživost mezi zdravotnickými zařízeními, ale stává se pro mnoho lidí nedostupný. Negativně se jeví i nedostatečná preventivní péče. (Gladkij, 2003, s. 28; Šatera, 2012, s. 21 – 22)

### **2.2.2 Model zdravotního pojištění**

Tento model založil Otto von Bismarck a doplňuje se v něm neveřejný sektor se sektorem privátním. Uplatňuje se v Německu, Rakousku, Polsku a u nás v České republice. Tento systém je založen na povinném zdravotním pojištění, tedy na povinně předplacené službě u zdravotních pojišťoven. Mezi charakteristické znaky patří existence několika zdravotních pojišťoven jako veřejných institucí, které provádí úhradu poskytnuté péče. Do výše standardu garantuje zdravotní péči stát. Výhodou tohoto modelu je vysoká dostupnost základní zdravotní péče pro všechny a pestrá nabídka zdravotnických služeb. Část prostředků spo-

třebovávají pojišťovny pro svou činnost, což můžeme řadit mezi hlavní nedostatky. Následně pak dochází na úkor klientů a provozovatelů k finančním potížím pojišťoven. (Gladkij, 2003, s. 28; Šatera, 2012, s. 24)

### 2.2.3 Model národní zdravotní služby

Tento model, nazýván také Beveridgeovým, je realizován bez výrazných změn ve Velké Británii od roku 1948. Vznikl po druhé světové válce a bylo v něm docíleno zajištění zdravotní péče prostřednictvím státního rozpočtu. Charakteristickým znakem je garance bezplatné zdravotní péče státem. Mezi výhody tohoto systému patří obecná dostupnost služeb, přiměřená pozornost na prevenci a nízké náklady na zdravotní služby. Nevýhodou je nedostatek financí na investování, dlouhé čekací doby na neurgentní velké operace a nedostatečná motivace obyvatel k péči o vlastní zdraví. (Gladkij, 2003, s. 28; Šatera, 2012, s. 23 – 24)

### 2.2.4 Socialistický model

S tímto modelem se můžeme setkat v některých zemích bývalého SSSR a na Kubě. Výhodou modelu je dostupná péče, zajištěná prevence, dostatečně volená návaznost péče a racionálně zvolená síť zdravotnických zařízení. Negativní je nízká výkonnost systému, chronický nedostatek prostředků. Technický rozvoj brzdí nedostatek financí, motivace obyvatel k péči o své zdraví je nedostačující a dochází k podhodnocení práce lékařů a zdravotnických pracovníků. (Gladkij, 2003, s. 28)

## 2.3 Funkce nemocnic ve zdravotnickém systému

Nemocnice je definována jako „*lůžkové zdravotnické zařízení, které má licenci k poskytování zdravotní péče, má určitý počet lůžek, organizovaný zdravotnický tým požadované kvalifikace a je schopno poskytovat nepřetržité lékařské a ošetrovatelské služby.*“ Pacientům, kteří nemohou být léčeni ambulantně, je poskytována léčebná péče. Základní funkcí nemocnic jsou činnosti diagnostické, léčebné a činnosti související se sekundární a terciérní péčí. (Gladkij, 2003, s. 51)

Nemocnice lze třídit podle průměrné délky ošetrovací doby. Jde o nemocnice pro akutní péči, kde je průměrná délka hospitalizace jednoho pacienta do 30 dnů a nemocnice pro dlouhodobě nemocné. Další třídění je podle typu vlastnictví nemocnic na nemocnice ve vlastní správě a správě státu, veřejné nemocnice, jež spravuje město či obec, soukromé



nemocnice neziskového charakteru spravované církví a soukromé nemocnice například akciové společnosti či družstva. Dále mohou být nemocnice tříděny na specializované a všeobecné, které mohou být dále rozlišovány na nemocnice malé (do 300 lůžek), nemocnice střední (300 – 600 lůžek) a nemocnice velké (nad 600 lůžek). (Gladkij, 2003, s. 51)

### 2.3.1 Základní struktura nemocnic

Nemocnice se člení na tři samostatné subsystémy.

1. Subsystém je tvořen pracovištěm léčebně preventivní péče, které se skládá ze specializovaných oddělení nebo klinik rozčleněných dle lékařských oborů. Laboratorní a přístrojová pracoviště poskytují specializované služby společně všem oddělením.
2. Subsystém, který zahrnuje pracoviště logického typu, vykonává podpurné aktivity se zajištěním péče o pacienty a plynulým chodem nemocnice. Sem patří stravovací provoz, doprava, energetika a technické služby.
3. Subsystém zahrnuje vrcholový management nemocnice, ale také manažery střední úrovně a první linie.

Důležité kritérium efektivního fungování nemocnice je optimální poměr mezi počtem odborníků pracujících ve zdravotnictví a ostatních pracovníků. (Gladkij, 2003, s. 52)

## 2.4 Financování zdravotnických služeb

Po roce 1992 se v České republice přesunulo financování zdravotní péče z velké části na zdravotní pojišťovny, pouze menší část zůstala ve správě státu. Zdravotní pojišťovny hradí asi 90 % veřejných výdajů na zdravotní péči. Charakteristické pro zdravotní a sociální postavení občanů naší země je povinnost zdravotního pojištění. Zdravotní pojištění je definováno zákonem č. 48/1997 Sb., v aktualizovaném znění, který definuje rozsah a podmínky veřejného zdravotního pojištění. Zdravotní pojištění hradí jak zdravotní péči poskytnutou na území naší republiky, tak i nutné a neodkladné léčení v cizině. Naši spoluobčané si mohou sami dobrovolně zvolit svoji oborovou, regionální či podnikovou pojišťovnu. Pokud si žádnou nezvolí, jsou automaticky pojištěnci Všeobecné zdravotní pojišťovny, která je největší v ČR a má výsadní postavení. V současné době je u nás osm zdravotních pojišťoven. Zdravotní pojišťovny hospodaří prostřednictvím fondů dle vyhlášky Ministerstva financí ČR. Zdravotní pojišťovny musí předkládat ke schválení ministerstvu zdravotnictví pojistný plán, který je projednáván s ministerstvem financí a dále předkládán vládě ČR ke schválení. Na základě dohodovacího řízení mezi zástupci VZP a ostatních pojišťoven se zástupci

smluvních zdravotnických zařízení se stanovuje financování zdravotní péče zpravidla na následující čtvrtletí. Výše úhrady je stanovena podle dohodovacího řízení. (Zlámal a Bellová, 2005, s. 62 – 65)

#### **2.4.1 Základní charakteristika úhradových mechanismů**

Ze zdravotního pojištění probíhá úhrada mnoha typů zdravotní péče. Péče v nemocnicích je hrazena dle úhradové vyhlášky.

##### **2.4.1.1 Kapitační platba**

V současnosti je kapitační platbou hrazena zdravotní péče převážně praktickým lékařům. Lékaři uzavírají smlouvy se zdravotními pojišťovnami, které si vybrali jejich klienti. Tyto pacienty lékaři registrují ve svých ambulancích. Praktický lékař pravidelně, měsíčně, obdrží kapitační platbu za registrované pacienty, i když ho daný měsíc nenavštívili. S rostoucím věkem pacienta se zvyšuje i kapitační platba za tohoto pacienta. Praktický lékař dostane také úhradu za vybrané výkony podle počtu vykázaných bodů, jež nejsou součástí kapitační platby. Tato úhrada je nazývána kapitačně výkonová. (Gladkij, 2003, s. 114 – 115; Šatera, 2012, s. 72 – 73)

##### **2.4.1.2 Platba za ošetrovací den**

Tato forma úhrady se používá při poskytování ústavní péče hospitalizovaným pacientům v nemocnici, odborném léčebném ústavu, léčebně dlouhodobě nemocných a v zařízení hospicového typu. Základní jednotkou je částka garantovaná smluvně se zdravotní pojišťovnou na náklady jednoho dne ošetření podle kategorie ústavního zařízení. (Šatera, 2012, s. 73)

##### **2.4.1.3 Platba za výkon**

Při tomto typu úhrady se výše úhrady odvíjí od množství poskytnutých výkonů. Tento způsob úhrady byl v ČR aplikován od začátku 90. let minulého století. Hodnota bodu, která se pohybuje od 0,9 do 1,0 Kč, je určena pro příslušnou odbornost nebo daný typ zdravotnického zařízení. Platba za výkon je využívána především v ambulantní sféře. (Šatera, 2012, s. 73 – 74)

#### 2.4.1.4 Paušální platba

V roce 1997 byl zaveden koncept tzv. paušální úhrady. V rámci stanoveného období hradí zdravotní pojišťovna nemocnici paušální platbu stanovenou na základě počtu ošetřených pacientů v referenčním období. Platba v aktuálním období se vztahuje k předcházejícímu roku. Vychází se z údajů, které uvádí, kolik finančních prostředků obdržela daná nemocnice v předcházejícím roce. Tento systém úhrady plně fungoval až do roku 2007, kdy začíná být zaváděn do praxe pro stanovení paušálu systém DRG. (Gladkij, 2003, s. 122; Šatera, 2012, s. 73; Šedo 2012, s. 14 – 15)

#### 2.4.1.5 Úhrada dle DRG – platba za diagnózu

V roce 2012 se setkáváme s postupným sjednocováním podmínek pro poskytovatele zdravotnické péče formou přiblížení tzv. základní sazby. To se jeví jako důležitý krok k upevnění postavení systému „Diagnosis Related Groups“, pro který se etablovala zkratka DRG. Klasifikace na tomto principu se využívá ve většině zemí Evropské unie. V ČR byl konkrétně volen systém International-Refined DRG a v úhradách plošně aplikován v roce 2007. V tomto systému jsou seřazeny hospitalizace do větších skupin podle podobnosti z hlediska průměrně vynaložených nákladů i z hlediska klinického. Pro případy v dané skupině je určena jednotná úhrada, která by měla odpovídat průměrným nákladům na léčbu pacientů s tímto souborem diagnóz. U každého případu hospitalizace je podstatná hlavní diagnóza kódovaná dle české verze Mezinárodní klasifikace nemocí vydané Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR. Také je důležité zadat další přidružené onemocnění pacienta či případné komplikace. (Šedo, 2012, s. 11 – 19)

#### 2.4.1.6 Spoluúčast pacienta

Spoluúčast pacienta na poskytované zdravotnické péči tvoří asi 10 % finančních prostředků, které jsou vloženy do systému zdravotnictví v ČR. Mezi ně řadíme přímé platby za provedené výkony, platby za poskytnuté nadstandardní služby, úhrady regulačních poplatků a platby soukromého pojištění. (Šatera, 2012, s. 75)

S účinností od 1. dubna loňského roku došlo ke změně zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. Došlo také k doplnění některých souvisejících zákonů, například zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, zákona o specifických zdravotních službách či zákona o zdravotnické záchranné službě. Zejména novela zákona o veřejném zdravotním pojištění (č. 372/2011 Sb.) a o zdravotních službách má zásadní

význam. Druhy a formy zdravotní péče, dosud obsaženy v zákonu o veřejném zdravotním pojištění, byly novelou přesunuty do zákona o zdravotních službách. Na základě tohoto zákona jsou poskytovány zdravotní služby místo zdravotní péče.

Jsou stanoveny tři druhy poplatků:

- Ve výši 30 Kč

Jedná se o poplatek, který je hrazen za provedení klinického vyšetření u pacientů nad 18 let u praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost, gynekologa, stomatologa, klinického psychologa, klinického logopeda či jiného ambulantního specialisty. Poplatek se platí rovněž pouze za návštěvní službu pacientů starších 18 let u praktického lékaře či praktického lékaře pro děti a dorost. Dále za recept pokud je lék částečně nebo plně hrazen z veřejného zdravotního pojištění. (Šatera, 2012, s. 75)

- Ve výši 90 Kč

Platba v této výši se hradí za lékařskou službu první pomoci, včetně stomatologické a za ústavní pohotovostní službu. Poplatek nemusí být uhrazen, pokud dojde k následné hospitalizaci. (Šatera, 2012, s. 75)

- Ve výši 100 Kč

Za každý den poskytnutí ústavní péče v nemocnicích, LDN apod. Tuto částku je nutné uhradit rovněž při poskytnutí ústavní péče v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách a při komplexní lázeňské péči. (Šatera, 2012, s. 75)

#### **2.4.2 Trh zdravotních služeb**

Ekonomické teorie kladou důraz na realizaci sociální politiky, kdy vidí zdraví jako veřejný statek a veřejný zájem, ovšem za předpokladu nedokonalé konkurence na trhu zdravotních služeb. Je nezbytná řada státních zásahů, aby docházelo k narovnání v rámci alokace zdrojů trhu zdravotní péče. Mezi příčiny selhání na trhu zdravotních služeb patří nedokonalá konkurence, převaha informací zdravotnického zařízení nad pacientem, nekomplexnost trhu zdravotnických služeb. Zdravotní péče je heterogenním statkem, neexistuje rovný vztah mezi nabídkou a poptávkou. (Šatera, 2012, s. 16 – 17)

### 3 STRATEGICKÉ ŘÍZENÍ ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ

Řízení zdravotnických zařízení je stále náročnější. Dosud používané metody řízení jsou mnohdy nedostačující, proto je nutné, aby každé zdravotnické zařízení mělo určitou vizi o svém budoucím vývoji. Musí mít svou strategii. Součástí strategie je nejenom vize firmy, ale i strategické cíle a strategické operace. Strategické řízení je považováno za nejdůležitější a současně nejsložitější součást řízení. (Souček a Burian, 2006, s. 17 – 18)

Mezi základní předpoklady kvalifikovaně zpracované a implementované strategie do života patří rozhodnutí nejvyššího představitele zdravotnického zařízení o zpracování a aktivní implementaci strategie. O váze strategického řízení, chápání jeho specifických rysů a principů strategického myšlení a schopnosti aplikovat tyto principy do praxe musí být přesvědčen hlavně top a střední management. Rovněž je velmi důležitá základní znalost vývojových tendencí současného světa, jeho vývoje a seznámení se s okolím. Strategie je orientovaná v souladu s principy moderního managementu. Systém strategického řízení zajišťuje důslednou implementaci strategie. (Souček a Burian, 2006, s. 27)

#### 3.1 Postup při zpracování strategie zdravotnického zařízení

Při zpracování strategie zdravotnického zařízení je vhodné dodržet určitý postup.

Prvním krokem je rozhodnutí top managementu zpracovat strategii. Dalším důležitým krokem je vhodný výběr pracovníků, odborníků, kteří vytvoří strategický tým. Některá zdravotnická zařízení musí pracovníky o nutnosti zpracovat strategii a zavést systém strategického řízení přesvědčovat. K úspěšnému cíli je nutné pochopení a osvojení těchto principů. Zpracování první verze vize, kde je uveden pouze nástin strategie, tvoří východisko všech dalších prací. Je zde uvedena délka strategického období. Poté následuje segmentace, jejímiž základními složkami jsou produkty, zákazníci a zájmové regiony. Produktem jsou převážně zdravotnické výkony. Zákazníkem rozumíme pacienta či skupinu pacientů. Termínem „zájmové regiony“ rozumíme území, z nichž pacienti přicházejí. V dalším kroku se analyzuje okolí zdravotnického zařízení. Management či manažer řídicího zdravotnického zařízení se zabývá vývojem celosvětového, vědeckotechnického, politického, ekonomického, demografického, sociálního, ekologického a právního okolí. (Souček a Burian, 2006, s. 57 – 66)

Pro shrnutí výsledků analýzy okolí se používají metoda „PEST“ a metoda „4C“. PEST analýza zahrnuje popis politiky, ekonomiky, sociokulturní oblasti a technologie. Metoda

„4C“ analyzuje zákazníka, zájmové regiony, náklady a konkurenty. (Souček a Burian, 2006, s. 66 - 67)

Pro potřeby strategického řízení je nutné rozlišovat potenciální poptávku, dostupnou poptávku a cílenou poptávku. Předvídat poptávku musí každé zdravotnické zařízení, přestože je to relativně obtížné. Základem jakéhokoliv zdravotnického zařízení je existence poptávky po výkonech či výrobcích. Poptávka je ovlivňována řadou faktorů, které je nutné určit a poté rozdělit na faktory zdravotnickým zařízením neovlivnitelné a na faktory zařízení silně ovlivňující. Nástrojem k určení prognózy poptávky po zdravotnických výkonech je epidemiologie, která se zabývá studiem příčin a rozlišení nemoci a vad v populaci. Klinická epidemiologie studuje přirozený vývoj nemoci, sociální epidemiologie se zabývá faktory společnosti a prostředí a manažerská epidemiologie aplikuje epidemiologické principy na řízení zdravotnictví. (Souček a Burian, 2006, s. 67 - 74)

Dalším důležitým krokem je zjištění tržního podílu v zájmových regionech. Pro strategii je velmi důležitá analýza konkurence, vědeckotechnického rozvoje, energetiky, ekologie, zdrojů pracovních sil a samozřejmě vlastního zdravotnického zařízení. V další etapě, kdy již jsou k dispozici výsledky analýz a některých strategických operací, se formuje druhá verze mise a strategických cílů. (Souček a Burian, 2006, s. 77 - 89)

Nezbytnou součástí strategie je nákladová oblast, především oblast mezd, produktivity, počtu pracovníků, materiálových, energetických a režijních nákladů, úvěrů, zásob a odpisů. Efekty firmy jsou silně ovlivněny cenovou strategií a určením cílových cen. Nedílnou součástí strategie každého zdravotnického zařízení je využívání informačních technologií. Existuje několik informačních systémů zdravotnických zařízení, např.: klinický informační systém (KIS), manažerské informační systémy (MIS) a speciální zdravotnické informační systémy – PACS. K dosažení strategických cílů je velmi důležitá stimulace pracovníků. Součástí strategie jsou strategické operace, které se formulují průběžně v celém procesu zpracování strategie. (Souček a Burian, 2006, s. 90 - 107)

Ve zdravotnických zařízeních hrají významnou úlohu nejen ekonomické ukazatele, ale rovněž subjektivní vlivy a názory. Každá varianta strategie musí být vyhodnocena běžnými ekonomickými metodami, jež vyústí ve zpracování výkazů zisku a ztrát, rozvahy i tabulky cash-flow pro každý rok strategického období. Posledním krokem je výběr varianty strategie k realizaci podle toho, která z variant strategie nejlépe splňuje požadavky formulované ve vizi a strategických cílech. (Souček a Burian, 2006, s. 108 - 111)

### 3.2 Implementace strategie zdravotnických zařízení

Schválení obsahu strategie je nejzávažnější rozhodnutí majitele či zřizovatele zařízení. Nejvyšší statutární orgány se při rozhodování o schválení strategie zabývají celým jejím obsahem, zaměřují se na problémy rizik a na problémy finančních toků. Strategie musí být posouzena jak z hlediska medicínského, tak z hlediska ekonomického. Po schválení obsahu strategie je nutné vyjádření zřizovatele, zda danou variantu strategie realizovat. K tomu, aby strategie plnila úspěšně svůj úkol, je nutné jmenování strategického týmu. Průběh strategických operací a výsledků je nezbytné systematicky a důsledně hodnotit. Při hodnocení se posuzuje plnění úkolů a indikátorů. Obsah strategie se průběžně aktualizuje. Kromě průběžného sledování se osvědčilo každoroční komplexní posouzení celého obsahu strategie, kdy se posuzuje vývoj okolí a výsledky plnění jednotlivých strategických operací. Důležitou součástí aktualizace strategie zdravotnického zařízení je aktualizace předpovědi poptávky po jejich výkonech. (Souček a Burian, 2006, s. 141 - 156)

Kotler, který je nazýván guru managementu, říká: *„Máte-li stejnou strategii jako konkurenti, žádnou strategii nemáte. Je-li Vaše strategie odlišná, ale snadno napodobitelná, máte slabou strategii. Máte-li strategii odlišnou, jedinečnou a obtížně napodobitelnou, máte strategii silnou a trvalou.“* (Souček a Burian, 2006, s. 170)

## 4 ZÁKLADY ŘÍZENÍ LIDSKÝCH ZDROJŮ

Termín „řízení lidských zdrojů“ nahradil termín „personální řízení“ ve smyslu označení procesů týkajících se řízení lidí v organizacích. Řízení lidských zdrojů je definováno jako strategický a logicky promyšlený přístup k řízení toho nejdůležitějšího, co organizace mají, a to zaměstnanců. (Armstrong, 2007, s. 27)

### 4.1 Řízení lidských zdrojů

Prostřednictvím systémů lidských zdrojů funguje řízení lidských zdrojů, které propojuje filozofie lidských zdrojů, strategie lidských zdrojů, politiky lidských zdrojů, procesy v oblasti lidských zdrojů, praxe v oblasti lidských zdrojů a programy v oblasti lidských zdrojů. (Armstrong, 2007, s. 27)

V zájmu úspěšného řízení by měli manažeři pochopit význam lidských zdrojů a zároveň zmíněné lidské zdroje zabezpečovat, udržovat a rozvíjet, což je základním kamenem řízení lidských zdrojů. Řízení lidských zdrojů je považováno za úkol liniových a dalších manažerů, rovněž však personálního útvaru. (Donnelly, Gibson a Ivancevich, 2002, s. 540)

#### 4.1.1 Modely řízení lidských zdrojů

- **Model shody**

Představitelé Michiganské školy (Fomburn a kol., 1984) zastávali názor, že systémy lidských zdrojů a struktura organizace by měly být řízeny v souladu se strategií organizace. Dále šířili názor, že existuje cyklus lidských zdrojů, jež tvoří čtyři funkce vykonávané v organizacích:

1. Výběr – pracovní místa jsou přiřazována existujícím lidským zdrojům.
2. Hodnocení – sledování pracovního výkonu.
3. Odměňování – „*system odměňování je jedním z nejvíce nedostatečně využívaných a špatně prováděných manažerských nástrojů stimulace výkonů organizace*“, je nutné, aby docházelo k odměňování krátkodobých i dlouhodobých výsledků. Musí se respektovat to, že „*podnik musí fungovat a vyvíjet úsilí v současnosti, aby uspěl v budoucnosti.*“ (Armstrong, 2007, s. 28)

- **Harvardský systém**

Zakladatelem tohoto pojetí řízení lidských zdrojů byla harvardská škola Beera a kol. (1984). Vytvořila to, co Boxall (1992) nazývá „harvardský systém“. Zmiňovaný systém



vychází z přesvědčení, že personální problémy lze vyřešit. Beer s kolegy jsou názoru, že existuje spousta tlaků vyžadujících širší, komplexnější a strategičtější úhel pohledu na lidské zdroje organizace. Významná zásada řízení lidských zdrojů je záležitost liniových manažerů. Řízení lidských zdrojů má podle harvardské školy dva charakteristické rysy: „1. *linioví manažeři akceptují svou větší odpovědnost za zabezpečování propojenosti strategie konkurenceschopnosti a personální politiky; 2. posláním personálního útvaru je formulovat politiku a zásady, jimiž se řídí koncipování a realizace personálních činností tak, aby se více vzájemně podporovaly.*“ (Armstrong, 2007, s. 28 - 29)

#### 4.1.2 Cíle řízení lidských zdrojů

Obecným cílem řízení lidských zdrojů je schopnost organizace zajistit prostřednictvím lidí úspěšné plnění svých cílů. Řízení lidských zdrojů se týká plnění cílů v následujících oblastech.

- **Efektivnost organizace**

Podpora programů zlepšování efektivností organizace vytvářením účinných postupů v oblastech řízení znalosti i talentů je cílem strategie řízení lidských zdrojů. (Armstrong, 2007, s. 30)

- **Řízení lidského kapitálu**

Lidský kapitál definovali Bontis a kol. (1999) následujícím způsobem: „*Lidský kapitál představuje lidský faktor v organizaci; je to kombinace inteligence, dovedností a zkušeností, co dává organizaci její zvláštní charakter. Lidské složky organizace jsou ty složky, které jsou schopny učení se změny, inovace a kreativního úsilí, což – je-li řádně motivováno – zabezpečuje dlouhodobé přežití organizace.*“ Cílem řízení lidských zdrojů je zajistit, aby si organizace získala a udržela kvalifikované a dobře motivované pracovní síly. (Armstrong, 2007, s. 31)

- **Řízení znalostí**

Jde o jakýkoliv proces či jakékoli postupy vytváření, získávání, ovládnutí, sdílení a využívání znalostí, směřující ke zlepšování učení se a zlepšování výkonů v organizacích. (Armstrong, 2007, s. 31)

- **Řízení odměňování**

Řízení lidských zdrojů dělá všechny kroky potřebné ke zvyšování motivace a pracovní angažovanosti. Rovněž zavádí postupy, které mají zajistit, aby byli lidé hodnoceni a odměňováni za své výsledky, dovednosti a schopnosti. (Armstrong, 2007, s. 31)

- **Zaměstnanecké vztahy**

Prostřednictvím partnerství mezi managementem a pracovníky se udržují harmonické vztahy. (Armstrong, 2007, s. 31)

- **Uspokojování rozdílných potřeb**

Cílem řízení lidských zdrojů je politika respektující potřeby všech zainteresovaných stran, zabezpečující pro management různorodé pracovní síly. Respektuje individuální i skupinové rozdíly v osobních potřebách i ve stylu práce. Všichni pracovníci mají stejné příležitosti. (Armstrong, 2007, s. 31)

#### **4.1.3 Cíle politiky řízení lidských zdrojů**

Calldwell (2004) vyabstrahoval dvanáct cílů politiky řízení lidských zdrojů:

1. Řízení lidí je bohatství, které má zásadní význam pro vytváření konkurenční výhody organizace.
2. Důležité je propojování politik v oblasti řízení lidských zdrojů s politikami podnikání a podnikovou strategií.
3. Maximální reálný vzájemný soulad mezi politikou podnikání a podnikovou politikou.
4. Organizace musí být schopna rychleji reagovat na změny, zároveň je plošší a flexibilnější.
5. Týmová spolupráce a koordinace mezi organizačními jednotkami organizace.
6. Důsledná filozofie, ve které je zákazník na prvním místě.
7. Pravomoc pracovníků k řízení svého rozvoje a ke svému vzdělávání.
8. Kulturu orientovanou na výkon podporovat strategií odměňování.
9. Efektivní zapojení pracovníků vnitropodnikovou komunikací.
10. Pracovník bude oddán organizaci.
11. Odpovědnost liniových manažerů za politiku lidských zdrojů.
12. Role manažera, který se stává facilitátorem, usnadňovatelem práce a pracovního života pracovníků. (Armstrong, 2007, s. 32)

#### 4.1.4 Charakteristiky řízení lidských zdrojů

Řízení lidských zdrojů je rozmanité, strategické s důrazem na inteligenci, orientované na oddanost a angažovanost. Je založené na přesvědčení, že lidé jsou bohatství, aktivum (lidský kapitál). Preferuje spíše individualistický a unitaristický přístup k zaměstnaneckým vztahům. Záležitostí liniových manažerů je praktické řízení lidských zdrojů. Jednou z důležitých charakteristik je zaměření na podnikové hodnoty. Uvedené charakteristiky řízení lidských zdrojů nemají univerzální platnost. (Armstrong, 2007, s. 32 - 36)

### 4.2 Řízení lidského kapitálu

*„Řízení lidského kapitálu se týká získávání, analyzování a předkládání zpráv informujících o tom, jak v oblasti řízení lidí probíhá hodnota přidávající strategické investování a operativní rozhodování, a to jak na celoorganizační, tak na liniové úrovni. Charakteristickým rysem definice řízení lidského kapitálu je použití nástrojů měření jako určitého vodítka pro řízení lidí, které je považuje za bohatství, za aktiva organizace, a zdůrazňuje, že konkurenční výhody se dosahuje strategickým investováním do tohoto bohatství pomocí získávání a stabilizace pracovníků, řízení talentů a programů vzdělávání a rozvoje.“* (Armstrong, 2007, s. 47)

### 4.3 Úloha personálního útvaru

Personální útvar neboli útvar lidských zdrojů se zabývá řízením a rozvojem lidí v organizaci. Podílí se na vytváření a realizaci personálních strategií, politik a personálních činností. Mezi zmíněné personální činnosti řadíme: vytváření a rozvoj organizace, personální plánování, řízení talentů, řízení znalostí, získávání a výběr pracovníků, vzdělávání a rozvoj, řízení odměňování, vztahy s pracovníky, bezpečnost a ochrana zdraví při práci, péče o pracovníky, personální správa, plnění ze zákona vyplývajících povinností, záležitosti rovného zacházení a koordinace zaměstnaneckých vztahů. (Armstrong, 2007, s. 65)

#### 4.3.1 Obecná úloha personálního útvaru

Úlohou personálního útvaru je pomoci organizaci dosáhnout jejích cílů předkládáním podnětů, poskytováním rad a podporou pracovníků. Mezi základní cíle organizace patří vytváření personální strategie, politiky a praxe, jež slouží všemu, co se týká zaměstnávání a rozvoje lidí a vztahů existujících mezi managementem a pracovníky. Personální útvar, který

poskytuje rady a služby, umožňuje organizaci dosahovat jejích cílů prostřednictvím lidí. (Armstrong, 2007, s. 65 - 66)

#### **4.3.2 Úloha personálního útvaru v usnadňování a řízení změn**

Personální útvar by měl hrát jednu z hlavních úloh v neustálém zlepšování výkonu organizace, jednotlivých pracovníků a v personálních procesech, které podporují zlepšování a zaměřují se i na usnadňování změn. Adams (1991) identifikoval čtyři postupy k úloze personálního útvaru:

1. Interní agentura – personální útvar je nákladově samostatná jednotka.
2. Interní konzultační útvar – personální útvar poskytuje své služby liniovým manažerům, kteří mají určitou svobodu se obrátit na kohokoliv jiného, nejsou-li se službami personálního útvaru spokojeni.
3. Podnik uvnitř podniku – některé personální úkony jsou uspořádány do nezávislé organizace a ta může obchodovat nejenom interně, ale i externě.
4. Externí poradenská služba – organizační jednotky žádají o radu zcela nezávislé firmy mimo podnik.

Ze všech těchto přístupů vyplývá, že poskytované služby jsou zabezpečovány určitou formou smlouvy, která zároveň může obsahovat i dohodu o úrovni poskytovaných služeb. (Armstrong, 2007, s. 67 - 68)

#### **4.3.3 Organizace personálního útvaru**

Organizace personálního útvaru závisí na velikosti podniku, míře decentralizace činností, na typu prováděných prací, na druhu zaměstnávaných lidí a na roli, jež je personálnímu útvaru připisována. Není dostupná žádná norma určující poměr počtu personalistů k zaměstnancům. (Armstrong, 2007, s. 68)

#### **4.3.4 Marketing personálního útvaru**

Přání a potřeby vrcholových a liniových manažerů, kteří jsou vnitřními zákazníky, musejí personalisté rozpoznat a uspokojit. Lze toho dosáhnout pochopením potřeb podniku a rozhodujících faktorů jeho úspěchu. Mezi další kroky v marketingovém procesu je přesvědčit management, že jde o produkt či službu, které podnik potřebuje. Důležitý je počáteční průzkum u zákazníků a aby činnosti spojené s vývojem produktu byly provedeny důkladně. Jde o „brandink“ – vytváření dobré značky či dobrého jména. (Armstrong, 2007, s. 70)

#### 4.3.5 Outsourcing personální práce

Stále častěji jsou některé personální služby, které byly dříve požadovány výhradně za záležitost podniku, nakupovány od externích dodavatelů. Personální útvar přenechává některé své činnosti externím pracovníkům i jiným agenturám či firmám, které jsou poskytovateli služeb v oblastech vzdělávání, získávání pracovníků, vyhledávání vedoucích pracovníků, bezpečnost a ochrana při práci, péče, a poradenství o pracovníky, administrativa mzdové agendy a právní poradenství. Mezi důvody, proč je využíván outsourcing, patří úspora nákladů, koncentrace úsilí personalistů a získávání odbornějších služeb. Využívání outsourcingu má i nevýhody, např. finanční náročnost či pokles morálky pracovníků. Rozhodování o využívání outsourcingu by mělo být založeno na přísné analýze a tzv. benchmarkingu (poměrování). Ten umožní zjistit, jak řídí svou personální práci jiné organizace. Důležitý je také výběr externích dodavatelů. Požadované potenciální dodavatelské služby by měly na základě zadání předložit své nabídky, které obsahují splnění zadání a náklady. Před vypracováním a schválením smlouvy je nutné, aby byly jasně a jednoznačně vymezené služby, náklady a způsob, jakým je možné smlouvu ukončit. (Armstrong, 2007, s. 71 - 72)

#### 4.3.6 Hodnocení personálního útvaru

Je několik metod, které lze použít k hodnocení strategického a technického řízení lidských zdrojů: kvantitativní kritéria, zkoumání reakcí uživatelů, dohoda o úrovni služeb, zkoumání spokojenosti pracovníků, benchmarking, měření výkonu, karta vyváženého skóre personálního útvaru, preferovaný přístup k hodnocení. (Armstrong, 2007, s. 71 - 72)

### 4.4 Úloha personalistů

Mezi základní úkoly personalistů patří poskytování služeb vnitropodnikovým zákazníkům. Mezi tyto zákazníky patří: vedení organizace, linioví manažeři, vedoucí týmů a pracovních skupin a řadoví pracovníci. Služby se týkají plánování, získávání a výběru lidských zdrojů, rozvoje pracovníků, odměňování, zaměstnaneckých vztahů, zdraví a bezpečnosti a péče o pracovníky. Důležité je také věnovat pozornost zabezpečení potřebných pracovníků a ochraně zdraví při práci. (Armstrong, 2007, s. 79 - 95)

### 4.5 Úloha liniových manažerů

*„Podle definice Hutchinsona a Purcella (2003) linioví manažeři odpovídají za práci skupiny vyšší úrovně hierarchie řízení a jsou umístěni na nižších úrovních hierarchie řízení,*

obvykle pak na nejnižší. Mívají pracovníky, kteří jsou jim podřízeni, sami nemají žádnou odpovědnost za řízení nebo dozor a jsou odpovědni spíše za každodenní provádění jejich práce než za strategické záležitosti. Roli takových manažerů tvoří kombinace následujících činností: řízení lidí; řízení provozních nákladů; poskytování odborných znalostí; organizování, např. plánování přidělování práce a rozpis směn; sledování pracovních procesů; prověřování kvality; jednání se zákazníky / klienty a měření / posuzování výkonu.“ (Armstrong, 2007, s. 97)

#### **4.6 Procesy řízení lidských zdrojů**

Procesy řízení lidských zdrojů se týkají strategického řízení lidských zdrojů, politiky a praktických postupů, jež mají vliv na všechny stránky lidských zdrojů a řízení zaměstnanosti. (Armstrong, 2007, s. 113)

#### **4.7 Zabezpečování lidských zdrojů pro organizaci**

„Zabezpečování lidských zdrojů pro organizaci se týká zabezpečení toho, aby si organizace získala a udržela lidi, které potřebuje, a aby je také produktivně využívala. Týká se rovněž těch stránek zaměstnávání lidí, které souvisejí se vstupem nových pracovníků do organizace a – pokud neexistuje žádná jiná možnost – i s uvolňováním lidí. V každém případě se jedná o klíčovou část procesu řízení lidských zdrojů.“ (Armstrong, 2007, s. 301)

#### **4.8 Odměňování pracovníků**

Při řízení odměňování jde o formulování a realizaci strategie a politiky, jejichž cílem je odměňovat pracovníky spravedlivě a důsledně v souladu s jejich hodnotou pro organizaci a s jejich přispěním k plnění strategických cílů organizace. Řízení odměňování se zabývá vytvářením, realizací a udržováním systémů odměňování. Cílem odměňování je uspokojení potřeby organizace i všech stran na organizaci zainteresovaných. (Armstrong, 2007, s. 541)

##### **4.8.1 Hodnocení práce**

Pro řízení odměňování má nezastupitelný význam hodnocení práce. Poskytuje základní předpoklad, aby byla peněžní odměna spravedlivá. Významnou roli hraje jako nástroj k naplňování zásady, že za stejnou práci má být stejná odměna. Mezi cíle hodnocení práce patří: stanovit relativní hodnotu prací; poskytnout informace nutné k vytvoření a udržení

spravedlivých a obhajitelných mzdových, platových stupňů i struktur; poskytnout co nejobjektivnější základnu pro zařazování prací do stupňů; umožnit správné porovnání s tržními sazbami prací; být transparentní; zajistit, aby organizace plnila svou povinnost poskytovat stejnou peněžní odměnu za stejnou práci. (Armstrong, 2007, s. 541 - 542)

## 5 MANAŽEŘI OŠETŘOVATELSTVÍ

Manažer musí disponovat kombinací technických znalostí, společenských a lidských faktorů a koncepčních dovedností. Mezi přednosti úspěšného manažera patří základní znalosti a informace, které jsou potřebné k rozhodování a jednání na té nejzákladnější úrovni. Dalším předpokladem jsou specifické znalosti a vlastnosti ovlivňující přímo chování i výkon. Třetí skupinou vlastností úspěšného manažera jsou „nadkvality“ (metavlastnosti) umožňující rozeznat a rozvíjet manažerovy znalosti i rezervy a rozšiřovat schopnost jednání ve zvláštních situacích. Mezi tyto vlastnosti patří kreativita, duševní činnosti, sebepoznání a schopnost učit se. Práce manažera je velmi různorodá, je tvořena mnoha částmi a aktivity manažerů na obecné úrovni se mohou lišit. (Cejthamr a Dědina, 2010, s. 31 - 33)

Manažery ošetrovatelské péče jsou ti, jež provádí řízení ošetrovatelských služeb, současně i kontrolu, hodnocení a udržování kvality. Manažer by měl mít kladný vztah ke kvalitě, ve které by měl vidět přístupnou a nepřetržitou činnost. Kvalita by se měla stát součástí vnímání nejen manažerů, ale i zaměstnanců. Manažer by se měl snažit zabránit vzniku pochybení. Má-li být sestra manažerka, musí být vybavena příslušnými znalostmi a dovednostmi. Součástí přípravy sester manažerek by měla být analytická schopnost identifikovat problémy a schopnost efektivně vést a řídit lidi. (Grohar-Murray a DiCroce, 2003, s. 30; Plevová, 2012, s. 33)

### 5.1 Vlastnosti a přednosti manažera

Efektivní řízení v ošetrovatelství závisí na technických, personálních a koncepčních schopnostech sestry – manažerky. Mezi další důležité schopnosti řadíme účast na navrhování postupů, plánů i změn, ale i delegování úkolů. (Kilíková a Jakušová, 2008, s. 33)

Sedlák (2000) dělí schopnosti manažera na odborné, interpersonální, koncepční, diagnostické a analytické. (Kilíková a Jakušová, 2008, s. 31)

**Odborné schopnosti** se týkají sběru dat, analýzy a interpretace, schopností identifikovat a řešit problém, předpovídání výsledků, formulování pojmů, rozlišování rozdílů a poznávání podobností i uplatňování logiky. Tyto schopnosti jsou potřebné na vykonávání specializovaných aktivit a mohou zaručit včasné rozpoznání problému či hrozícího rizika. Odborné schopnosti pomáhají plánovat vlastní pracovní čas a zároveň jsou nevyhnutelné pro vytváření směrnic, norem, zpráv a pro formulování filozofie o poslání ošetrovatelství. (Kilíková a Jakušová, 2008, s. 31 - 32)



**Interpersonální schopnosti** zahrnují aktivní naslouchání, citlivost vůči odlišnému názoru, schopnost komunikovat, interpretovat, objasnit informaci, schopnost zachovat sebeúctu u ostatních a podporovat efektivní vztahy. Tyto schopnosti sestra manažerka uplatňuje při vedení rozboru s uchazeči o zaměstnání, při vedení porad a usměrňování schůzek zaměstnanců, při budování vztahů s jinými organizacemi a při řešení konfliktů mezi zaměstnanci. Sestra manažerka musí umět komunikovat, pochopit a motivovat jednotlivce i skupiny a oznamovat, co mají sestry vykonávat. (Kilíková a Jakušová, 2008, s. 32)

**Koncepční schopnosti** jsou schopnosti vyjednávat, zprostředkovávat, přesvědčovat, rozlišit a vytvořit síť. Citlivě vnímat souvislosti mezi jednotlivými částmi organizace umožňuje rozeznávání rozličných souvislostí, příčin a výsledků organizace. Problémy jsou vnímány v širokém kontextu. (Kilíková a Jakušová, 2008, s. 32)

**Diagnostické schopnosti** se uplatňují při zjišťování problémů a například při řešení fluktuace zaměstnanců. Manažer by měl v této situaci zjistit – diagnostikovat příčiny fluktuace a jiné příznaky, které by mohly ovlivňovat kvalitu poskytované péče. (Kilíková a Jakušová, 2008, s. 32)

**Analytické schopnosti** doplňují diagnostické schopnosti a znamenají schopnost sestry – manažerky určit klíčové faktory v dané situaci, vidět je ve vzájemných souvislostech, umět se rozhodnout, kterému z nich je potřeba věnovat největší pozornost. Můžeme říct, že pokud diagnostické schopnosti umožní sestře – manažerce pochopit situaci, analytické jí dovolí určit, co je potřeba v této situaci udělat. (Kilíková a Jakušová, 2008, s. 32)

**Osobnostní profil** sestry – manažerky je tvořen konkrétními předpoklady. Tato sestra je modelem odborných a řídicích schopností, měla by disponovat vysokou odbornou a intelektuální úrovní i předvídavostí. Předpoklady na funkci manažera má sestra, která je spolehlivá, zodpovědná, autonomní, pracovně samostatná, tvořivá, ochotná se vzdělávat a je otevřená přijímat nové poznatky a informace. Za důležitý předpoklad na tuto funkci se považuje zvládnout metodiku řízení a připravenost na změny. Ze sociálních dovedností by měla převládat schopnost komunikovat, orientovat se v sociálních situacích, řídit a budovat tým a účinně spolupracovat. (Kilíková a Jakušová, 2008, s. 32)

## 5.2 Role manažera

Zásadní informace o tzv. manažerských rolích sepsal kanadský autor Henry Mintzberg, který vychází z podrobné studie práce pěti řídicích pracovníků ve středně velkých až vel-

kých organizacích. V těchto studiích rovněž klasifikoval aktivity, jež tvoří základ práce vrcholového manažera. Práce manažera by mohla být popsána jako plnění různých „rolí“. (Cejthamr a Dědina, 2010, s. 34)

### 5.2.1 Mezilidské role

Vztahy, které vznikají z manažerova postavení a autority, můžeme nazývat mezilidské role.

1. Nejzákladnější a nejpřirozenější manažerskou rolí je role vůdčí osobnosti. Manažer organizaci reprezentuje a stává se účastníkem záležitostí ceremoniální povahy.
2. K nejvýznamnějším rolím patří role vedoucího, která prostupuje všechny manažerovy aktivity. Manažer má odpovědnost za plnění úkolů a za motivaci a vedení podřízených.
3. Do horizontálních vztahů s jednotlivci i skupinami mimo jejich jednotky či mimo organizaci zapojuje manažera role propojovatele. Jde o vztah mezi organizací a okolím. (Cejthamr a Dědina, 2010, s. 34)

### 5.2.2 Informační role

Tyto role mají vztah ke zdrojům a předávání informací. Manažer je získává během vykonávání mezilidských rolí.

1. V roli dohláze manažer hledá a přijímá informace, které mu umožňují rozvíjet chápání práce celé organizace a jejího okolí.
2. V roli šířitele informací manažer prostřednictvím propojovací role šíří informace z vnějšího prostředí do organizace a informace z vnitřního prostředí pomocí role vedoucího mezi podřízené.
3. V roli mluvčího předává manažer informace lidem mimo jednotku, například vedení a ostatním nadřízeným a široké veřejnosti jako dodavatelům, zákazníkům i tisku. (Cejthamr a Dědina, 2010, s. 34 - 35)

### 5.2.3 Rozhodovací role

Rozhodovací role obsahuje přijímání strategických organizačních rozhodnutí, které vychází z manažerova postavení i autority a z přístupu k informacím.

1. Role podnikatele znamená, že manažer může podněcovat a plánovat řízení změny prostřednictvím využívání diferencovaných příležitostí či řešením problémů a přijímáním opatření ke zlepšení situace.
2. Na nechtěné situace a nepředvídatelné události musí manažer reagovat v roli napravovatele poruch.
3. Své formální autority k přijímání rozhodnutí o tom, kde má být vynaložena práce, rozhodování o rozdělování zdrojů užívá manažer v roli rozdělovatele zdrojů. Jde o rozdělování zdrojů jako jsou peníze, čas, zásoby a zaměstnanci.
4. Role jednatele znamená to, že se manažer podílí na jednání s jedinci nebo organizacemi, např. podepsání nové smlouvy s oborovou organizací. Vyjednávání se opírá o manažerovu autoritu, důvěryhodnost, přístup k informacím a odpovědnost za dělení zdrojů. (Cejthamr a Dědina, 2010, s. 35)

### 5.3 Vedení lidí

Neexistuje všeobecně uznávaná definice vedení. Za jednu z nejzdařilejších považujeme definici P. B. Malone, který říká: „*Vedení znamená přimět lidi, aby dělali to, co chceme, a dělali to rádi.*“ Vedení a řízení není totéž. Vedení se zabývá motivací, energetizací a takovým působením na zaměstnance, které by mohlo ovlivnit chování a postoje. Podstatou vedení je vliv, který má určitý subjekt (vedoucí) na chování jiných subjektů (podřízených). Tento vliv můžeme označit také jako moc. Američtí psychologové French a Raven rozdělují moc na šest typů:

1. Odměňovací – podřízení jsou přesvědčeni o tom, že ztotožnění se s přáním vedoucího vyústí pro ně v cennou odměnu.
2. Donucovací – vedoucí má schopnost potrestat ty, kteří se nepodřídí jeho přáním, či jim odepřít odměnu.
3. Legitimní – je spojována se statutem, postavením či hodností vedoucího. Podřízení často uznávají, že vedoucí má právo rozhodovat na základě svého postavení v organizaci.
4. Odborná – podřízení jsou přesvědčeni o znalostech, dovednostech a zkušenostech vedoucího.
5. Informační – potřebné informace vlastní pouze manažer.
6. Vztahová – osobní kouzlo, které „vyzařuje“ z osobnosti vedoucího pracovníka. (Škrála a Škrlová, 2003, s. 264 - 265)

Úspěšný vedoucí se vyznačuje určitými rysy osobnosti. Dobrého vedoucího charakterizují tyto rysy: schopnosti, znalosti a dovednosti, vlastnosti osobnosti a postoje. (Bělohávek, 2003, s. 14)

## 5.4 Tým

Ve zdravotnictví je nepředstavitelné, aby jeden člověk zabezpečoval celkovou péči o zdraví zdravých lidí nebo sám holisticky ošetřoval nemocné. K dosažení cílů je nutná spolupráce jednotlivců – profesionálů, z nichž každý zajišťuje péči o jedince na úrovni své profese. Zdravotnictví se bez kvalitního multidisciplinárního týmu neobejde. (Plevová, 2012, s. 81)

Termínem „tým“ se rozumí menší počet lidí, kteří se vzájemně doplňují ve svých dovednostech, zaměřují se na jednotný cíl, mají společné výkonnostní záměry i odpovědnost. Pro úspěch týmu je důležitá vzájemná odpovědnost všech členů. (Škrála a Škrlová, 2003, s. 358)

## 5.5 Vrcholový management ošetrovatelství

Top manažer by měl mít vzdělání manažerské i ošetrovatelské. Zodpovídá za komplexní činnost ošetrovatelského úseku v organizaci. Podílí se na strategickém plánování a na zabezpečování finančních, personálních a materiálních zdrojů pro činnost ošetrovatelského úseku. Přímému vrcholovému managementu podléhají vrchní sestry jednotlivých oddělení. (Plevová, 2012, s. 38 - 39)

## 5.6 Střední management ošetrovatelství

Manažer střední linie je manažerem ošetrovatelství a členem vedení kliniky či oddělení. Je zodpovědný náměstkovi ošetrovatelské péče za veškerou činnost ošetrovatelského personálu na svém úseku. Může své určité kompetence delegovat na nižší články, např. na staniční či úsekové sestry. V současné době má nejenom specializační studium, ale mnohdy i bakalářské či magisterské. (Plevová, 2012, s. 40)

### 5.6.1 Náplň práce vrchní sestry

*„Náplň práce vrchní sestry (Kelnarová a kol, 2008; Lepiešová a kol. 1996; SAK ČR, 2006):*

- *odpovídá za úroveň a kvalitu ošetrovatelské péče na celém odborném oddělení*
- *podílí se na vytváření standardů ošetrovatelské péče a dbá na jejich dodržování*
- *odpovídá za úroveň vedení sesterské dokumentace na odborném oddělení*

- *podílí se na přijímání nových pracovníků na ošetrovací jednotky*
- *podílí se na zavádění nových ošetrovatelských postupů, sleduje novinky v ošetrovatelství*
- *pečuje o další vzdělávání členů ošetrovatelského týmu organizací vzdělávacích seminářů*
- *podílí se na zajištění chodu celého odborného oddělení*
- *komunikuje s vedením, zná organizační řád a plán rozvoje a zajišťuje, že činnost oddělení je v souladu s organizačním řádem a plánem rozvoje nemocnice*
- *aktivně se účastní programu kontinuálního zvyšování kvality*
- *zajišťuje fungování komunikace a spolupráce mezi jednotlivými odděleními*
- *deleguje, organizuje, konfrontuje a řeší vzniklé problémy (mnohdy v časové tísní)*
- *v rámci plánování se podílí na aplikaci zpracovaných strategických plánů na jednotlivé úseky jejího oboru*
- *realizuje proces plnění stanovených cílů, koordinuje činnosti v rámci plnění těchto cílů a kontroluje jejich splnění*
- *svoji organizační činnost zaměřuje především na staniční sestry, přes které organizuje naplánované činnosti*
- *vymezuje potřebné kompetence staničních sester (popřípadě je odebírá), kontroluje a hodnotí plnění stanovených úkolů*
- *řídí personální politiku na svém úseku*
- *ve spolupráci s NOP přijímá, přesouvá anebo propouští zaměstnance, vysílá zaměstnance v rámci potřeb na školení či další vzdělávání apod.“ (Plevová, 2012, s. 40 - 41)*

Popis pracovních činností vrchní sestry Interní kliniky viz příloha č. I.

## **5.7 Liniový management ošetrovatelství**

Staniční sestra je liniovým manažerem, jako vedoucí ošetrovatelského týmu na ošetrovací jednotce. Měla by to být zkušená sestra s dlouholetou praxí na příslušném oddělení a se specializačním postgraduálním vzděláváním v oboru. (Plevová, 2012, s. 41)

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

## 6 CHARAKTERISTIKA SPOLEČNOSTI

Krajská nemocnice T. Bati, a. s. se sídlem ve Zlíně se od ledna 2006 stala akciovou společností, jejímž jediným akcionářem je Zlínský kraj.

Historie nemocnice se datuje k roku 1927, kdy se určujícím podmínkou ke vzniku nemocnice stal Bařův dar 1 000 000 Kč. Bařovi se podařilo získat ke spolupráci na vybudování a založení nemocnice Dr. Bohuslava Alberta. Ve spolupráci se stavebním oddělením Bařových závodů a akademickým architektem Františkem L. Gahrou se podílel na návrhu plánu nemocnice. Ředitel Albert byl v prosazování svých myšlenek velmi zásadový a mnohdy se ostře postavil i proti Tomáři Bařovi. Koncem roku 1927 se uskutečnilo otevření hlavní budovy a dvou pavilonů. Správu a financování poskytoval bařův podpůrný fond. Mezníkem byla roku 1929 první smlouva s Okresní nemocenskou pojišťovnou. Od roku 1935 vzniklo 14 dalších pavilonů. Po roce 1945 změnila Bařova nemocnice název na Zemskou nemocnici a došlo k budování dalších pavilonů. Po roce 1960 působila jako Krajská nemocnice, pak nastal částečný útlum a stala se nemocnicí okresní. Ve druhé polovině minulého století došlo k budování nových pracovišť jako jsou gynekologicko-porodnické oddělení, laboratorní, chirurgické, interní, LDN. 1. července 1942 odešel dr. Albert na nátlak okupantů ze Zlína a již se nevrátil. Zemřel 9. 8. 1952. Bařova nemocnice se snažila stále udržovat trendy, které dr. Albert zanechal. V roce 2002 byla v důsledku vzniku krajů zřízena Bařova krajská nemocnice. Další a zatím poslední změna nastala roku 2005, kdy byla nemocnice zapsána u krajského soudu jako Krajská nemocnice T. Bati, a. s. (Bakala, 2002, s. 16 - 26)

### 6.1 Politika a cíle kvality

Interní oddělení přejímá v plném rozsahu politiku kvality KNTB, a. s. Text politiky kvality je na oddělení vyvěšen a všichni zaměstnanci s ním byli seznámeni, viz příloha II.

Oddělení se v mezích své působnosti podílí na plnění cílů kvality stanovených pro KNTB, a. s. Tyto cíle jsou na oddělení vyvěšeny a pracovníci s nimi byli seznámeni. Mimo to si oddělení volí indikátory kvality na následující roční období. Indikátory kvality představují měřitelná kritéria lékařské a ošetrovatelské péče. Tyto indikátory jsou hodnoceny periodicky každý rok ve výroční zprávě.

V rámci zajištění kvality ošetrovatelské péče a zejména jednotných postupů nelékařského zdravotnického personálu v celé KNTB, a. s. má nemocnice vytvořeny standarty ošetrova-

telské péče. Ty jsou rozděleny na obecné standardy ošetrovatelské péče, kde jsou popsány zejména principy k zajištění hygienické péče, vyšetřovací metody a terapeutické postupy a na standardy specifické ošetrovatelské péče, kde jsou popsány ošetrovatelské výkony a činnosti, které se provádějí výhradně na daném oddělení. Standardy jsou strukturovány podle metodiky Ministerstva zdravotnictví. (Standardy ošetrovatelské péče, 2010 [on-line])

Oddělení měří úroveň svých služeb ve čtyřech oblastech - lékařské, ošetrovatelské, ekonomické a v oblasti spokojenosti pacienta. První tři oblasti jsou měřeny pomocí objektivních ukazatelů – metrik se stanovenými cílovými hodnotami. Spokojenost pacienta bude sledována jako průměrná známka získaná ze subjektivního hodnocení uvedeného v dotazníku Kvalita očima pacientů, pacienti se v nich vyjadřují k osmi dimenzím kvality zdravotní péče. Na celý rok je naplánován harmonogram interních auditů. Výsledná hodnota každého auditu je na všech odděleních rovna nebo vyšší než 90 %. Výsledná kumulovaná průměrná hodnota jednotlivých typů interních auditů je rovna nebo vyšší než 95 %. Do 24 hodin od přijetí pacienta je stanoven a zaznamenán plán diagnostický nebo léčebný, do 12 hodin plán ošetrovatelské péče v daném rozsahu a kvalitě. Komplexní příjmové vyšetření lékařem je provedeno do 24 hodin a obsahově odpovídá standardu. Každý pacient je vyšetřen lékařem alespoň jednou denně a toto je zdokumentováno, záznam odpovídá standardu. Každý pacient, jehož hospitalizace trvá déle než 7 dní, má vypracovanou epikrízu dle vnitřních předpisů. Ordinance léčiv ve zdravotnické dokumentaci splňují náležitosti popsané ve vnitřním předpisu nemocnice.

Propouštěcí zpráva předběžná nebo definitivní obsahově odpovídá standardu a je vyhotovena v daném termínu. Závažnost následků mimořádných událostí má klesající tendence.

Vyjádření pacientů je pro celou naši kliniku prioritní. Naším pacientům je na každém oddělení nepřetržitě k dispozici kniha, do níž lze vyjádřit svůj názor. Kniha má za úkol zprostředkovat mezi personálem kliniky a pacienty veškeré náměty, požadavky, připomínky a v neposlední řadě také negativní a pozitivní hodnocení pacientů. Tato hodnocení nadále slouží velmi pozitivně jako nástroj k motivaci personálu.

## 6.2 Historie interního oddělení

Historii interny v Baťově nemocnici si nelze představit bez docenta dr. Václava Tolara, který zastával post primáře od 1. 3. 1931 až do roku 1960, ani bez jejího ředitele dr. Alberta. V březnu 1939 došlo ke vzniku II. interního oddělení umístěného v 9. a 10. paviloně, jehož přednostou byl dr. Pejše. Pejšeho ve funkci přednosta interny vystřídal roku 1946 dr.



Fojtík, který však odešel již roku 1948. Přednostou II. interního oddělení a infekčního oddělení se stal dr. Stanislav Čejka. Po odchodu dr. Čejky převzal vedení primář dr. Otto Sojka, CSc. Po odchodu doc. Tolara z funkce přednosta I. interního oddělení v roce 1962 přebíral oddělení dr. Fojtík a přivedl si dr. Rostislava Lukašíka. Interna dr. Fojtíka se specializovala na kardiologii a interna prim. Sojky vsadila na metabolické choroby, hematologii, endokrinologii. Po odchodu dr. Sojky se obě interny sloučily pod vedením prim Fojtíka a došlo ke vzniku tří ordinariátů. Dr. Rostislav Lukašík se stal ordinářem pro kardiologii, dr. Václav Škrobal pro gastroenterologii a profesor dr. Jaroslav Rybka pro diabetologii a choroby metabolismu. Od roku 1970 se interna rozdělila na oddělení A vedené primářem dr. Rostislavem Lukašíkem a oddělení B vedené primářem dr. Jaroslavem Rybkou, CSc. Slavnostní otevření nové budovy, v té době označené ještě jako Interna B, se konalo 9. 5. 1980. Vrchní sestrou byla Ludmila Janírková. Pracoviště bylo v prosinci 1982 jmenováno Školícím pracovištěm Katedry interního lékařství Institutu pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů a současně mu bylo 1. 1. 1983 propůjčeno Ministerstvem zdravotnictví ČR oprávnění k názvu Interní klinika. Ta byla 12. 4. 1984 jmenována Světovou zdravotnickou organizací centrem pro studium diabetu. Profesor dr. Jaroslav Rybka, CSc. byl primářem interní kliniky až do roku 2002, poté to byl dr. Čestmír Číhalík, dr. Orál a nyní je přednostou interní kliniky od roku 2010 MUDr. Jiří Latta. (Bakala, 2002, s. 57 - 69)

### 6.3 Organizační struktura

**Interní klinika** je největším lůžkovým oddělením KNTB, a. s. Disponuje 172 lůžky, z toho 24 lůžky intenzivní péče. Je spádovým interním oddělením pro celý bývalý okres Zlín a současně v některých odbornostech poskytuje specializovanou a vysoce specializovanou péči pro nemocné z celého Zlínského kraje, ve vybraných případech i ze širšího spádu. Pečuje o nemocné v celé šíři vnitřního lékařství. V oborech kardiologie, diabetologie a gastroenterologie poskytujeme vysoce specializovanou péči v rámci příslušných center.

Budova Interní kliniky byla postavena v r. 1982. Je zde pět stanic standardní lůžkové péče profilovaných podle specializovaných odborností. Naši klienti jsou zde hospitalizováni v třílůžkových pokojích se samostatným sociálním zařízením. K dispozici je jeden nadstandardní pokoj a několik jednolůžkových pokojů umožňujících oddělenou péči. Tři stanice intenzivní péče (celkem 24 lůžek) jsou uspořádány boxovým způsobem. V návaznosti na lůžkovou část pečují naši lékaři o nemocné v celé řadě odborných ambulancí. Většinou

se jedná o péči navazující na hospitalizaci, dořešení individuálních stavů nevyžadujících hospitalizaci, hlídání některých nálezů v čase, ale také o specializovanou ambulantní péči, kterou nelze poskytnout v privátních ambulancích příslušných odborností.

**Diabetologické centrum** IK IPVZ Krajské nemocnice T. Bati, a. s. má regionální charakter a je zřízeno jako jediné pro Zlínský kraj. Je specializovaným celkem, který poskytuje komplexní péči o diabetiky jak po stránce diagnostické, tak terapeutické. Organizačně má těsný vztah k pracovištím jiných oborů, které zabezpečují specializovanou péči o diabetiky. Podílí se na edukaci diabetiků v lázeňském léčebném domě Niva v Luhačovicích, lékaři centra jsou odbornými konzultanty lázeňského domu Miramare v Luhačovicích. Lékaři centra velmi úzce spolupracují se Svazem diabetiků a Svazem pro civilizační choroby ve Zlíně při přednáškových aktivitách a zajištění lékařského dohledu při fyzických aktivitách. Centrum spolupracuje s Mezinárodní diabetologickou federací a Evropskou společností pro studium diabetu a s Americkou diabetologickou asociací pro studium diabetické nohy a diabetické obuvi.

**Hemodialyzační centrum** provádí klasické bikarbonátové hemodialýzy u pacientů s chronickým selháním ledvin a dále akutní dialýzy u pacientů s akutním selháním ledvin a u pacientů s intoxikací dialyzovatelným jedem.

**Kardiovaskulární centrum** - katetrizační laboratoř - CATHLAB. Nově vybudované kardiovaskulární centrum zahájilo svou činnost v suterénu budovy Interní kliniky 9. 5. 2011. Zahrnuje invazivní arytmiologii a intervenční kardiologii, která má k dispozici nový dedikovaný kardiologický angiografický přístroj. Základem práce je vyšetřování stavu koronárních tepen - koronarografie. Naše pracoviště je jediným svého druhu ve Zlínském kraji, takže poskytuje své služby nemocným ze všech čtyř okresů Zlínského kraje. Týká se to jak plánovaných výkonů, tak akutních zákroků. Zde je nutno vyzdvihnout vynikající spolupráci se zdravotnickou záchrannou službou, kdy je většina pacientů s akutním infarktem myokardu bez zbytečné ztráty času přivázena přímo z místa primárního zásahu v terénu do CATHLABu, bez zajištění do spádových nemocnic. Tím je ušetřena nejméně půlhodina drahocenného času pro ohrožený myokard.

**Centrum digestivní endoskopie** pracoviště má akreditaci Ministerstva zdravotnictví, je centrem pro screening kolorektálního karcinomu a centrem pro biologickou léčbu nespecifických střevních zánětů. Zabezpečuje nepřetržitou 24 hodinovou endoskopickou službu. Endoskopické pracoviště zabezpečuje vyšetření i pro dětské pacienty. Provádí biologickou

léčbu hepatitidy C. **Centrum biologické léčby** nespecifických střevních zánětů je jediným pracovištěm kraje, které se specializuje na biologickou léčbu vybraných forem nespecifických střevních zánětů (ulcerosní kolitida a Crohnova choroba). Obě centra úzce spolupracují s lůžkovým zařízením celé kliniky a odbornou **gastroenterologickou ambulancí**.

**Plicní JIP** - je součástí plicního oddělení a disponuje 4 lůžky.

**Metabolická JIP (2. etáž)** - tato jednotka intenzivní péče je situována v přízemí budovy a má bezbariérový přístup. Tím je zabezpečena dobrá dosažitelnost záchranné služby. K dispozici je zde 8 lůžek, které jsou uspořádány boxovým způsobem. Všechna lůžka jsou monitorována přenosem signálu na centrální monitor v sesterně. Na této jednotce jsou hospitalizováni převážně pacienti se závažným, život ohrožujícím metabolickým rozvratem vnitřního prostředí organismu.

**Standardní lůžkové kardiologické oddělení (3. etáž a 4. etáž)** zde jsou přednostně hospitalizováni nemocní s kardiovaskulární problematikou. Výhradně jsou zde přijímáni pacienti k plánovaným kardiovaskulárním vyšetřením a výkonům, pokud nevyžadují intenzivní péči. Vzhledem k úzkému propojení s ostatními odděleními interní kliniky zajišťují lékaři kardiologického oddělení i konziliární péči o kardiologické pacienty hospitalizované na jiných odbornostech interní kliniky. Oddělení disponuje na 3. etáži 10 třílůžkovými pokoji a 2 jednolůžkovými pokoji vybavenými samostatným sociálním zařízením. Čtyři z těchto pokojů umožňují monitorování nemocných s přenosem signálu na centrální displej. Na 4. etáži je 17 lůžek. Všechny pokoje jsou napojeny na rozvod centrálního kyslíku. Lůžkové oddělení na 3. etáži je vybaveno telemetrií. Tak je možné snímat u pacientů srdeční akci na dálku, bez nutnosti napojení na monitor umístěný na pokoji.

**Koronární a antiarytmická jednotka (JIP – 4. etáž)** - na 12 lůžkách koronární a antiarytmické jednotky jsou, jak již název napovídá, hospitalizováni především nemocní s akutními kardiologickými onemocněními, ohrožením životních funkcí, nemocní s akutním infarktem myokardu, závažným srdečním selháním, život ohrožujícími poruchami rytmu a podobně. Všechna lůžka jsou monitorována přenosem signálu na centrální monitor na pracovišti sester a do pracovny lékaře. Krátkou dobu jsou zde hospitalizováni i nemocní po první implantaci kardiostimulátoru.

**Standardní lůžkové oddělení (5. etáž)** má k dispozici 35 lůžek. Na tuto etáž se přednostně ukládají pacienti s nově diagnostikovaným diabetem nebo dekompenzací stavu při tomto onemocnění. Je jim zde poskytována komplexní lékařská a ošetrovatelská péče, včetně

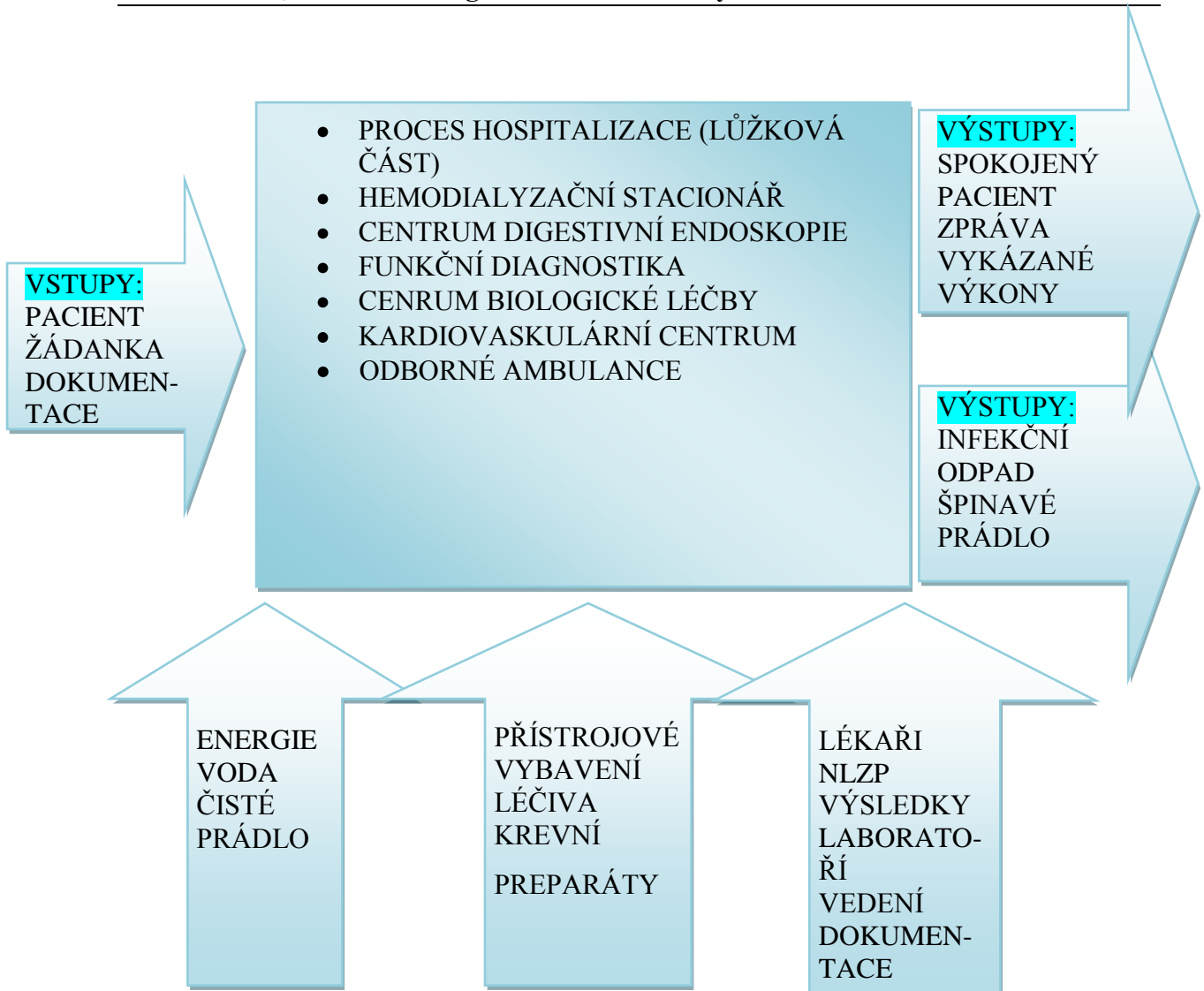
specifické edukace diabetiků, kterou zajišťují diabetické sestry navštěvující pravidelně pacienty s tímto onemocněním.

**Standardní lůžkové oddělení (6. etáž)** disponuje 35 lůžky a jsou zde přednostně hospitalizováni pacienti s dyspeptickými potížemi, pacienti s nespecifickými střevními záněty, jaterním selháváním apod. V rámci hospitalizace jsou podle ordinace lékaře připravováni nejčastěji k endoskopickým diagnosticko-léčebným zákrokům, které nejsou z nejrůznějších příčin schopni absolvovat ambulantně.

**Standardní lůžkové oddělení (7. etáž)** disponuje 26 lůžky a jsou zde přednostně ukládáni pacienti s akutním a chronickým selháváním ledvin. Oddělení úzce spolupracuje s hemodialyzačním centrem. U těchto pacientů jsou prováděny výkony, které zajišťují žilní přístup pro dialýzu.

Oddělení přejímají v plném rozsahu směrnice vydané a aktualizované KNTB, a. s. a řídí se standarty ošetrovatelské péče. V rámci kvality ošetrovatelské péče vedou všechna lůžková oddělení záznamy o výskytu dekubitů a mimořádných událostí. Úzce spolupracují s dalšími interními a lékařskými obory dle aktuálního stavu pacienta. S odděleními spolupracuje nutriční terapeut.

**Práci s pacientem na interní klinice** jsem popsala v procesu, čímž se rozumí algoritmičké zpracování postupu poskytované zdravotní péče v sekundární péči (specializované ambulance a přijetí pacienta na lůžkové oddělení). Algoritmus je rozdělen na VSTUP-PROCES-VÝSTUP a zobrazuje ho obrázek č. 1. Na každou samostatnou část algoritmu se vztahují vnitřní předpisy nemocnice KNTB a.s., s nimiž se musí zaměstnanci prokazatelně seznámit a je tím dodržen jednotný postup práce. Například v části VSTUP je PACIENT, bez něhož proces není možné zahájit a k této části vstupu se pak vztahují vnitřní předpisy – „Pravidla jednotného postupu při příjmu, překladu a propuštění pacienta“, „Edukace pacienta“, „Řízení zdravotnické dokumentace“ apod. Takto popsané procesy jsou jedním z požadavků pro získání a udržení certifikátu ISO 9001.



Obrázek 1. Práce s pacientem na IK, charakteristika procesu poskytování zdravotní péče (vlastní zpracování)

### 6.3.1 Pracovní tým interní kliniky

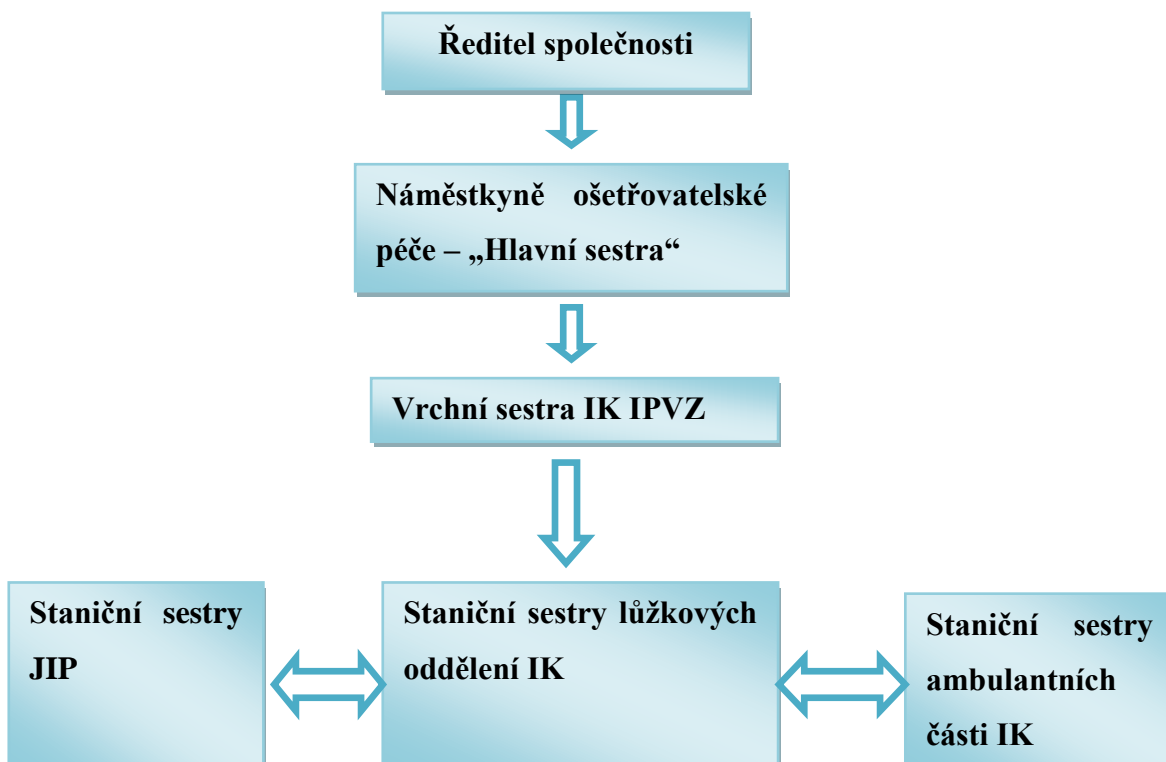
Pracovní tým nelékařských zdravotnických pracovníků (NLZP) interní kliniky tvoří vrchní sestra, 14 staničních sester, všeobecné sestry, zdravotničtí asistenti, ošetrovatelé, sanitáři a pracovnice úklidu. Tabulka plánu a plnění personálního obsazení interní kliniky je součástí přílohy III a IV.

Rozdělení dle zákona 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů:

- **Zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (ZPBD) po získání odborné způsobilosti** - odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry se získává absolvováním nejméně tříletého akreditovaného

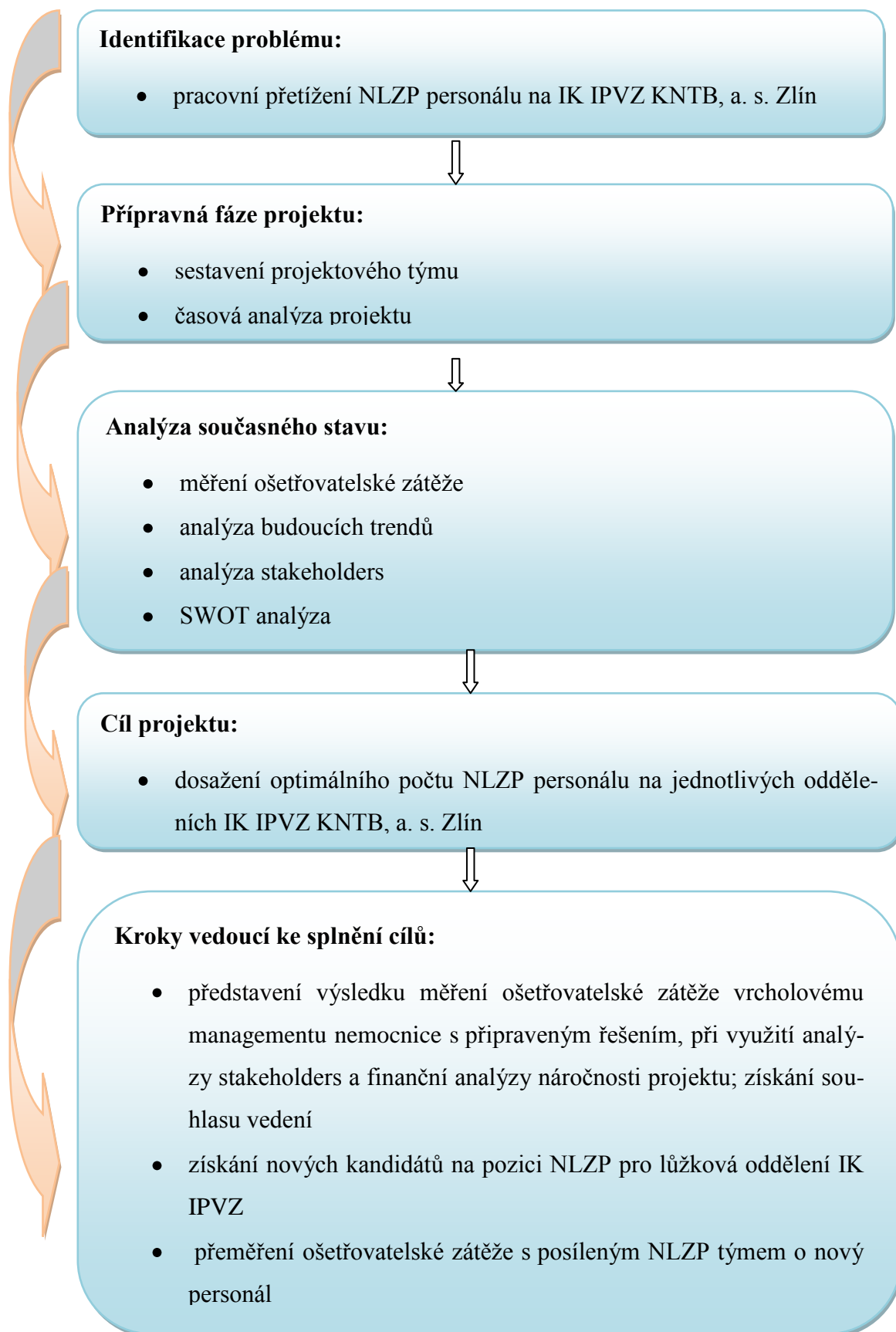
zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester, nebo nejméně tříletého studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách, či vysokoškolského studia. K tomu, aby mohl pracovník pracovat sám bez odborného dohledu, musí vlastnit také osvědčení vydané Ministerstvem zdravotnictví ČR.

- **Zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem (ZPOD) nebo přímým vedením** - odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotnického asistenta se získává absolvováním střední zdravotnické školy v oboru zdravotnický asistent. Dále mají odbornou způsobilost k výkonu povolání zdravotnického asistenta zdravotničtí pracovníci, kteří získali způsobilost k výkonu povolání zdravotnického záchranáře, porodní asistentky. Za výkon povolání zdravotnického asistenta se považuje poskytování ošetrovatelské péče pod odborným dohledem všeobecné sestry.
- **Zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání přímým vedením** – do této kategorie řadíme ošetrovatele a sanitáře.



Obrázek 2. Organizační schéma NLZP na interní klinice IPVZ (vlastní zpracování)

## 7 STRUKTURA PROJEKTU



Obrázek 3. Struktura projektu (vlastní zpracování)

## 7.1 Identifikace problému

Důsledkem nemocnosti personálu a potřebou vybírat řádnou dovolenou, na kterou mají zaměstnanci nárok, dochází k přetížení zbývajících sloužících NLZP personálu. Následkem přepracování bývá mnohdy nekvalitně odvedená práce. Je tedy nutné udělat maximum v prevenci přetěžování personálu. Od tohoto problému se skutečně odvíjí spousta dalších hrozících nedostatků jako například riziko snížení kvality poskytované práce.

## 7.2 Přípravná fáze projektu

V přípravné fázi projektu jsem sestavila projektový tým a časovou analýzu projektu.

### 7.2.1 Sestavení projektového týmu

Tabulka 1. *Sestavení projektového týmu (vlastní zpracování)*

Požadavek:	Odpovídá:
Vytvoření strategie projektu, dohled nad realizací jednotlivých kroků, představení projektu managementu nemocnice.	<b>Bc. Marcela Drábková, vrchní sestra IK IPVZ KNTB, a. s.</b>
Vytvoření analýzy měření ošetrovatelské zátěže, časové doporučení u SOP, jednorázové hodnoty. Kontrola validace dat při měření.	<b>Bc. Miroslava Karkošková, manažerka kvality KNTB, a. s.</b>
Měření ošetrovatelské zátěže.	<b>Bc. Marcela Drábková, staniční sestry lůžkových oddělení IK IPVZ KNTB, a. s. – validace dat.</b>

### 7.2.2 Časová analýza projektu

Tabulka 2. *Časová analýza (vlastní zpracování)*

Měsíc, rok	Úkol
Září 2012	Vytvoření strategie projektu.
Září 2012	Představení projektu náměstkyni ošetrovatelské péče KNTB, a. s.



29. května 2012	Edukace staničních sester v rámci provozní schůze, rozdání připravených materiálů k měření ošetrovatelské zátěže.
Květen 2012 – Květen 2013	Měření ošetrovatelské zátěže, práce s daty.
Květen 2013	Představení výsledků ošetrovatelské zátěže vedení nemocnice v rámci porady nelékařských zdravotnických pracovníků, představeno řešení situace.
Květen 2013	Vytvoření finanční analýzy pro mzdové náklady nového personálu, získání podpory managementu.
Květen 2013	Získání vhodných kandidátů na pozice NLZP pro IK IPVZ sloužící k posílení stávajícího personálu.
Červen 2013	Zahájení pracovního poměru s novými uchazeči, kontrolní měření ošetrovatelské zátěže.
7. července 2013	Přeměření ošetrovatelské zátěže s novým personálem, kontrola efektivity projektu.

### 7.3 Analýza současného stavu

V době, kdy mzdy personálu tvoří největší složku nákladů zdravotnických organizací, je na místě, aby vrcholový a střední management nemocnic zajistil optimální počet personálu a jejich vytížení tak, aby byla zachována kvalita poskytované péče pro pacienty. Tato práce se zabývá výše uvedeným v otázce zajištění ošetrovatelské péče, tedy personálním zabezpečením nelékařských zdravotnických pracovníků. Jejich počet a požadavky personálního zabezpečení jsou na Interní klinice IPVZ Krajské nemocnice T. Bati, a. s v rukou náměstkyně ošetrovatelské péče a vrchní sestry, které zajišťují optimální počet personálu na jednotlivých odděleních v souladu s požadavky ministerstva zdravotnictví. Interní klinika

v Krajské nemocnici T. Bati, a. s. disponuje celkem 172 lůžky, umístěných do pěti jednotlivých oddělení (3., 4., 5., 6., 7. etáž), z toho 24 lůžek čítají lůžka intenzivní péče.

Požadavky na minimální personální zabezpečení NLZP se řídí platnou vyhláškou ze dne 22. března 2012 **o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb**. Z této vyhlášky plyne následující personální zabezpečení NLZP pro interní obory v přepočtu na 30 lůžek:

1. všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí v oboru bez odborného dohledu 1,0 úvazek
2. všeobecná sestra bez odborného dohledu a všeobecná sestra nebo zdravotnický asistent 8,0
3. sanitář nebo ošetřovatel 3,5 úvazku

### **7.3.1 Metoda kvantifikace ošetřovatelské péče pro stanovení počtu ošetřovatelského personálu**

Podkladem pro stanovení metod byly závěry grantového úkolu IGA MZ ČR, jejichž výsledkem byla „Metoda kvantifikace ošetřovatelské péče“. Výstupem bylo stanovení průměrné časové hodnoty ošetřovatelské péče na 1 pacienta na 24 hodin. Pomocí této metody lze stanovit personální vybavení standardních ošetřovacích jednotek pro dospělé a jeho naplněním vytvořit podmínky pro poskytování kvalitní péče. Propočtení potřebného počtu ošetřovatelského personálu lze aplikovat na jakoukoliv organizační jednotku v nemocnici. Tato metoda zahrnuje potřebné postupy jak stanovit počet ošetřovatelského personálu a počet pracovních úvazků, včetně jejich kvalifikačního zastoupení. (Pochylá a Pochylý, 2010 [online])

**Celková pracovní doba ošetřovatelského personálu (CPDO)** pro zajištění ošetřovatelské péče podle minimálních požadavků organizace (KNTB, a. s.) na ošetřovací jednotce lůžkového interního typu za 24 hodin:

$$CPDO = M \times L \times O / 60$$

kde M je počet minut ošetřovatelské péče na 1 pacienta za 24 hodin,

kde L je počet lůžek,

kde O je obložnost. (Pochylá a Pochylý, 2008, s. 3)

Počet minut ošetrovatelské péče na 1 pacienta za 24 hodin je roven celkové ošetrovatelské zátěži NLZP personálu za 24 hodin/počet hospitalizovaných pacientů. Získáváme tedy průměr potřebného času na 1 pacienta/24 hodin.

Ošetrovatelskou péči je nutné rozdělit na základní ošetrovatelskou zátěž (ZOP), speciální ošetrovatelskou zátěž (SOP) a denní jednorázovou hodnotu. Součet uvedených hodnot je roven „M“. (Pochylá a Pochylý, 1999, s. 7 - 10)

Výsledné hodnoty na **základní ošetrovatelskou péči** v jednotlivých kategoriích pro interní obory lze podle Pochylé (1999) spočítat podle kategorií pacientů 1 až 4. Mezi hodnotící oblasti k určení kategorie pacienta patří pohybová schopnost pacienta, schopnost samostatnosti v oblasti osobní hygieny, výživy a vylučování, návštěvy toalety a stav psychiky. Záznamový list pro základní ošetrovatelskou péči viz příloha V.

Pro **speciální ošetrovatelskou zátěž** byly stanoveny terapeuticko-diagnostické výkony zahrnující kompletní potřebu času k jejich provedení. Každý výkon je ohodnocen body, přičemž jeden bod znamená 2,5 minut. Tyto body jsou získány z výzkumu stanovení metody pro určení optimalizace pracovního času sester lůžkových oddělení, který provedla Interní grantová agentura Ministerstva zdravotnictví. U výkonů, kde nebyla stanovena bodová hodnota, jsem vycházela z průměrného času potřebného k výkonu (průměr z 30 měření) a na základě výsledku jsem přiřadila příslušný počet bodů. Záznamový list pro speciální ošetrovatelskou péči viz příloha VI.

Do **denní jednorázové hodnoty** byly zařazeny činnosti nepřímé péče, které byly kvantifikovány podle naměřené nebo předpokládané časové náročnosti jednotlivých úkonů s jejich průměrnou frekvencí – součet činností byl zprůměrován na jednoho pacienta a dána tak jednorázová hodnota za 24 hodin. Záznamový list pro denní jednorázovou hodnotu viz příloha VII.

Cílem měření je zjistit počet minut ošetrovatelské péče na jednoho pacienta za 24 hodin (M), abychom mohli dosadit do vzorce CPDO. Celostátní průměr potřeby ošetrovatelské péče na jednoho pacienta je 150,8 minut. Pro co nejpřesnější výsledek jsem se rozhodla změřit ošetrovatelskou zátěž na interní klinice celkově v 30 měřeních.

### 7.3.1.1 Měření na interní klinice

Na Interní klinice IPVZ v KNTB, a. s. je 5 samostatných lůžkových oddělení. Na každém z nich probíhalo měření celkové ošetrovatelské zátěže 24 hodin. Bylo prováděno periodic-

ké měření pro validaci naměřených hodnot ve třech blocích, vždy po deseti měřeních. V prvním bloku po dobu 5 měsíců, ve druhém a třetím bloku po dobu čtrnácti dní.

### 7.3.1.2 První blok měření

První blok měření probíhal v různé dny v období od 30. 5. 2012 do 26. 9. 2012. Uvedené tabulky „měření ošetrovatelské zátěže“ obsahují celkový počet minut potřebný na základní a speciální ošetrovatelskou péči, denní jednorázovou hodnotu i čas potřebný na převozy pacientů na vyšetření a aktuální skladbu NLZP v měřený den. V tabulce „skutečný počet NLZP na 24 hodin“ jsou uvedené v horní části služby všeobecných sester, např. na 7. etáži sloužily dvě sestry na denní službě (2D11,5), dvě sestry na noční službě (2N11,5) a staničnická sestra (1R8). Ve spodní části tabulky jsou uvedeny služby sanitářů, např. dvě sanitářky na ranní službě (1R7,5) a jedna sanitářka na odpolední směně (1O7). Hodnota „100% ošetrovatelský výkon“ je součet všech minut sloužícího personálu v měřený den. Hodnota „ošetrovatelského výkonu reálného“ je procentuální vyčíslení, s jakým nasazením personál pracuje. Hodnota „počet minut průměrné ošetrovatelské péče na jednoho pacienta na 24 hodin“ lze vypočítat, pokud celkový počet minut ošetrovatelské péče za 24 hodin vydělíme počtem hospitalizovaných pacientů na dané etáži.

Tabulka 3. První měření ošetrovatelské zátěže dne 30. 5. 2012 (vlastní zpracování)

Etáž	7	6	5	4	3
<b>počet minut na ZOP</b>	2119	2630	1729	1172	1604
<b>počet minut na SOP</b>	3958,5	5567,5	5284,7	1892,75	2895
<b>jednorázová hodnota</b>	547,5	547,5	547,5	547,5	547,5
<b>převozy pacientů</b>	567,5	780	590	220	532,5
<b>celkový počet minut ošetrovatelské péče/24 hodin</b>	<b>7192,5</b>	<b>9525</b>	<b>8151,2</b>	<b>3832,25</b>	<b>5579</b>
<b>skutečný počet NLZP na 24 hodin</b>	2D11,5	3D11,5	3D11,5	1D11,5	3D11,5
	2N11,5	2N11,5	2N11,5	1N11,5	3N11,5
	1R8	1R8	1R8	1R8	1R8
	2R7,5	1R7	2R7,5	1R7,5	3R7,5
	1O7	1D11,5 1D10 1N11,5	1D11,5 1N11,5	1D11,5 1N11,5	1O7,5
<b>100% ošetrovatelský výkon</b>	4560 minut	6330 minut	6210 minut	3690 minut	6420 minut
<b>ošetrovatelský výkon reálný</b>	157,7 %	150,5 %	131,3 %	103,9 %	80,9 %
<b>počet minut průměrné oš. péče na 1 pacienta na 24 hod.</b>	248,0	257,4	220,3	201,7	155,0

Tabulka 4. Druhé měření ošetrovatelské zátěže dne 11. 6. 2012 (vlastní zpracování)

Etáž	7	6	5	4	3
počet minut na ZOP	1764	1729	1624	638	1526
počet minut na SOP	2010	2756,75	3338,75	2088,75	3073,75
jednorázová hodnota	547,5	547,5	547,5	547,5	547,5
převozy pacientů	417,5	442,5	417,5	375	232,5
<b>celkový počet minut ošetrovatelské péče/24 hodin</b>	<b>4739</b>	<b>5475,75</b>	<b>5927,75</b>	<b>3649,25</b>	<b>5379,75</b>
skutečný počet NLZP na 24 hodin	2D11,5	3D11,5	3D11,5	1D11,5	3D11,5
	2N11,5	2N11,5	2N11,5	1N11,5	3N11,5
	1R8	1R8	1R8	1R8	2R8
	2R7,5	1R7	2R7,5	1R7,5	2R7,5
	1O7	1D11,5	1D11,5	1D11,5	1O7,5
		1D10	1N11,5	1N11,5	
		1N11,5			
<b>100% ošetrovatelský výkon</b>	4560 minut	6330 minut	6210 minut	3690 minut	6450 minut
<b>ošetrovatelský výkon reálný</b>	103,9 %	86,5 %	95,5 %	98,9 %	83,4 %
<b>počet minut průměrné oš. péče na 1 pacienta na 24 hod.</b>	197,5	165,9	204,0	228,1	153,7

Tabulka 5. Třetí měření ošetrovatelské zátěže dne 22. 6. 2012 (vlastní zpracování)

Etáž	7	6	5	4	3
počet minut na ZOP	1803	2089	2166	777	1379
počet minut na SOP	2432,5	3573,5	5082	1736,25	3088,75
jednorázová hodnota	547,5	547,5	547,5	547,5	547,5
převozy pacientů	847,5	452,5	337,5	155	305
<b>celkový počet minut ošetrovatelské péče/24 hodin</b>	<b>5630,5</b>	<b>6662,5</b>	<b>8133</b>	<b>3215,75</b>	<b>5320,25</b>
skutečný počet NLZP na 24 hodin	2D11,5	3D11,5	2D11,5	1D11,5	3D11,5
	2N11,5	2N11,5	2N11,5	1N11,5	3N11,5
	1R8	1R8	1R8	1R8	1R8
	2R7,5	1R7	2R7,5	1R7,5	3R7,5
	1O7	1D11,5	1D11,5	1D11,5	1O7,5
		1D10	1N11,5	1N11,5	
		1N11,5			
<b>100% ošetrovatelský výkon</b>	4560 minut	6330 minut	5520 minut	3690 minut	6420 minut
<b>ošetrovatelský výkon reálný</b>	123,5 %	105,3 %	147,3 %	87,1 %	82,9 %
<b>počet minut průměrné oš. péče na 1 pacienta na 24 hod.</b>	281,5	237,9	262,4	214,4	171,6

Tabulka 6. Čtvrté měření ošetrovatelské zátěže dne 28. 6. 2012 (vlastní zpracování)

Etáž	5	6	5	4	3
počet minut na ZOP	1656	2078	1712	1166	1768
počet minut na SOP	3010	2553,75	4383,75	2272,5	3816,25
jednorázová hodnota	547,5	547,5	547,5	547,5	547,5
převozy pacientů	712,5	472	372,5	295	295
<b>celkový počet minut ošetrovatelské péče/24 hodin</b>	<b>5926</b>	<b>5651,25</b>	<b>7015,75</b>	<b>4281</b>	<b>6426,75</b>
skutečný počet NLZP na 24 hodin	2D11,5	3D11,5	2D11,5	1D11,5	3D11,5
	2N11,5	2N11,5	2N11,5	1N11,5	3N11,5
	1R8	1R8	1R8	1R8	1R8
	2R7,5	1R7	2R7,5	1R7,5	2R7,5
	1O7	1D11,5	1D11,5	1D11,5	1O7,5
		1D10	1N11,5	1N11,5	
		1N11,5			
<b>100% ošetrovatelský výkon</b>	4560 minut	6330 minut	5520 minut	3690 minut	5970 minut
<b>ošetrovatelský výkon reálný</b>	130,0 %	89,3 %	127,1 %	116,0 %	107,7 %
<b>počet minut průměrné oš. péče na 1 pacienta na 24 hod.</b>	296,3	235,5	241,9	285,4	207,3

Tabulka 7. Páté měření ošetrovatelské zátěže dne 4. 7. 2012 (vlastní zpracování)

Etáž	7	6	5	4	3
počet minut na ZOP	1484	1840	1533	348	605
počet minut na SOP	1706,25	2825	4531,25	1228,75	4026,25
jednorázová hodnota	547,5	547,5	547,5	547,5	547,5
převozy pacientů	192,5	447,5	407,5	100	195
<b>celkový počet minut ošetrovatelské péče/24 hodin</b>	<b>3930,25</b>	<b>5660</b>	<b>7019,25</b>	<b>2224,25</b>	<b>5373,75</b>
skutečný počet NLZP na 24 hodin	2D11,5	3D11,5	3D11,5	1D11,5	3D11,5
	2N11,5	2N11,5	2N11,5	1N11,5	3N11,5
	1R8	1R8	1R8	1R8	1R8
	3R7,5	1R7	2R7,5	1R7,5	2R7,5
	1O7	1D11,5	1D11,5	1D11,5	1O7,5
		1D10	1N11,5	1N11,5	
		1N11,5			
<b>100% ošetrovatelský výkon</b>	5010 minut	6330 minut	6210 minut	3690 minut	5970 minut
<b>ošetrovatelský výkon reálný</b>	78,5 %	89,4 %	113,0 %	60,3 %	90,0 %
<b>počet minut průměrné oš. péče na 1 pacienta na 24 hod.</b>	252,0	218,0	319,0	158,9	185,0

Tabulka 8. Šesté měření ošetrovatelské zátěže dne 8. 8. 2012 (vlastní zpracování)

Etáž	7	6	5	4	3
počet minut na ZOP	1853	1696	1309	454	1487
počet minut na SOP	2765	3240	4617,5	1488,75	5037
jednorázová hodnota	547,5	547,5	547,5	547,5	547,5
převozy pacientů	262,5	502,5	655	215	385
<b>celkový počet minut ošetrovatelské péče/24 hodin</b>	<b>5428</b>	<b>5986</b>	<b>7129</b>	<b>2705,25</b>	<b>7456,5</b>
skutečný počet NLZP na 24 hodin	2D11,5	3D11,5	3D11,5	1D11,5	3D11,5
	2N11,5	2N11,5	2N11,5	1N11,5	3N11,5
	1R8	1R8	1R8	1R8	1R8
	1R7,5	1R7	2R7,5	1R7,5	2R7,5
	1O7	1D11,5	1D11,5	1D11,5	1O7,5
		1D10	1N11,5	1N11,5	
		1N11,5			
<b>100% ošetrovatelský výkon</b>	4110 minut	6330 minut	6210 minut	3690 minut	5970 minut
<b>ošetrovatelský výkon reálný</b>	132,1 %	94,6 %	114,8 %	73,3 %	124,9 %
<b>počet minut průměrné oš. péče na 1 pacienta na 24 hod.</b>	226,2	187,1	230,0	180,3	248,6

Tabulka 9. Sedmé měření ošetrovatelské zátěže dne 14. 8. 2012 (vlastní zpracování)

Etáž	7	6	5	4	3
počet minut na ZOP	1633	1374	1123	343	1804
počet minut na SOP	2942	2885	4951	1070	3085
jednorázová hodnota	547,5	547,5	547,5	547,5	547,5
převozy pacientů	645	540	512,5	222,5	485
<b>celkový počet minut ošetrovatelské péče/24 hodin</b>	<b>5767,5</b>	<b>5346,5</b>	<b>7134</b>	<b>2183</b>	<b>5921,5</b>
skutečný počet NLZP na 24 hodin	2D11,5	3D11,5	3D11,5	1D11,5	3D11,5
	2N11,5	2N11,5	2N11,5	1N11,5	2N11,5
	1R8	1R8	1R8	1R8	2R8
	2R7,5	1R7	2R7,5	1R7,5	3R7,5
	1O7	1D11,5	1D11,5	1D11,5	1O7,5
		1D10	1N11,5	1N11,5	
		1N11,5			
<b>100% ošetrovatelský výkon</b>	4560 minut	6330 minut	6210 minut	3690 minut	6210 minut
<b>ošetrovatelský výkon reálný</b>	126,5 %	84,5 %	114,9 %	59,2 %	95,4 %
<b>počet minut průměrné oš. péče na 1 pacienta na 24 hod.</b>	240,0	167,1	230,1	145,5	197,4

Tabulka 10. Osmé měření ošetrovatelské zátěže dne 20. 8. 2012 (vlastní zpracování)

Etáž	7	6	5	4	3
počet minut na ZOP	1686	2113	1192	557	938
počet minut na SOP	2025	2041	3840	1225	4353,75
jednorázová hodnota	547,5	547,5	547,5	547,5	547,5
převozy pacientů	897,5	330	385	150	245
<b>celkový počet minut ošetrovatelské péče/24 hodin</b>	<b>5156</b>	<b>5031,5</b>	<b>5964,5</b>	<b>2479,5</b>	<b>6084,25</b>
skutečný počet NLZP na 24 h	2D11,5	3D11,5	3D11,5	1D11,5	3D11,5
	2N11,5	2N11,5	2N11,5	1N11,5	2N11,5
	1R8	1R8	1R8	1R8	2R8
	1R7,5	1R7	2R7,5	1R7,5	3R7,5
	1O7	1D11,5	1D11,5	1D11,5	1O7,5
		1D10	1N11,5	1N11,5	
		1N11,5			
<b>100% ošetrovatelský výkon</b>	4110 minut	6330 minut	6210 minut	3690 minut	6210 minut
<b>ošetrovatelský výkon reálný</b>	125,5 %	84,2 %	96,0 %	67,2 %	98,0 %
<b>počet minut průměrné oš. péče na 1 pacienta na 24 hod.</b>	214,8	148,0	192,4	165,3	202,8

Tabulka 11. Deváté měření ošetrovatelské zátěže dne 14. 9. 2012 (vlastní zpracování)

Etáž	7	6	5	4	3
počet minut na ZOP	2045	1647	1394	265	1324
počet minut na SOP	1542,5	2232,5	3426	1403,75	4761,25
jednorázová hodnota	547,5	547,5	547,5	547,5	547,5
převozy pacientů	737,5	287,5	432,5	122,5	220
<b>celkový počet minut ošetrovatelské péče/24 hodin</b>	<b>4872,5</b>	<b>4714,5</b>	<b>5800</b>	<b>2338,75</b>	<b>6852,75</b>
skutečný počet NLZP na 24 hodin	2D11,5	3D11,5	3D11,5	1D11,5	3D11,5
	2N11,5	2N11,5	2N11,5	1N11,5	3N11,5
	1R8	1R8	1R8	1R8	2R8
	2R7,5	1R7	2R7,5	1R7,5	3R7,5
	1O7	1D11,5	1D11,5	1D11,5	1O7,5
		1D10	1N11,5	1N11,5	
		1N11,5			
<b>100% ošetrovatelský výkon</b>	4560 minut	6330 minut	6210 minut	3690 minut	6900 minut
<b>ošetrovatelský výkon reálný</b>	106,9 %	74,5 %	93,4 %	63,4 %	99,3 %
<b>počet minut průměrné oš. péče na 1 pacienta na 24 hod.</b>	211,8	157,2	193,3	146,2	228,4



Tabulka 12. Desáté měření ošetrovatelské zátěže dne 26. 9. 2012 (vlastní zpracování)

Etáž	7	6	5	4	3
počet minut na ZOP	1588	1470	1757	865	1384
počet minut na SOP	1855	2297,5	2300	991,25	4043
jednorázová hodnota	547,5	547,5	547,5	547,5	547,5
převozy pacientů	467,5	577,5	397,5	320	295
<b>celkový počet minut ošetrovatelské péče/24 hodin</b>	<b>4458</b>	<b>4892,5</b>	<b>5002</b>	<b>2723,75</b>	<b>6269,5</b>
skutečný počet NLZP na 24 hodin	2D11,5	3D11,5	3D11,5	1D11,5	3D11,5
	2N11,5	2N11,5	2N11,5	1N11,5	3N11,5
	1R8	1R8	1R8	1R8	2R8
	3R7,5	1R7	1R7,5	1R7,5	3R7,5
	1O7	1D11,5	1D11,5	1D11,5	1O7,5
		1D10	1N11,5	1N11,5	
		1N11,5			
<b>100% ošetrovatelský výkon</b>	5010 minut	6330 minut	5760 minut	3690 minut	6900 minut
<b>ošetrovatelský výkon reálný</b>	89,0 %	77,6 %	86,8 %	73,8 %	91,0 %
<b>počet minut průměrné oš. péče na 1 pacienta na 24 hod.</b>	193,8	163,1	166,7	170,2	209,0

Tabulka 13. Závěr z prvního bloku měření ošetrovatelské zátěže personálu v procentech (vlastní zpracování)

měření v procentech	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	celkem	průměr na etáži
7.etáž	157,7	103,9	123,5	130,0	78,5	132,1	126,5	125,5	106,9	89,0	1173,6	117,36
6.etáž	150,5	86,5	105,3	89,3	89,4	94,6	84,5	84,2	74,5	77,6	936,4	93,64
5.etáž	131,3	95,5	147,3	127,1	113,0	114,8	114,9	96,0	93,4	86,8	1120,1	112,01
4.etáž	103,9	98,9	87,1	116,0	60,3	73,3	59,2	67,2	63,4	73,8	803,1	80,31
3.etáž	86,9	83,4	82,9	107,7	90,0	124,9	95,4	98,0	99,3	91,0	959,5	95,95
celkem:	630,3	468,2	546,1	570,1	431,2	539,7	480,5	470,9	437,5	418,2	4992,7	
průměr za den	126,1	93,6	109,2	114,0	86,2	107,9	96,1	94,2	87,5	83,6	99,9	

V tabulce 13 je uveden aritmetický průměr všech naměřených hodnot reálného ošetrovatelského výkonu ze všech dnů měření, ze všech pěti stanic, kde měření probíhalo, tzn. průměr z 50 hodnot, který je 99,9 %. Rovněž je zde uveden aritmetický průměr deseti měření na jednotlivých konkrétních etážích.

Tabulka 14. Závěr z prvního bloku měření - počet minut potřebných na ošetrovatelskou péči na jednoho pacienta za 24 hodin (vlastní zpracování)

měření v minutách	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	celkem:
7.etáž	248,0	197,5	281,5	296,0	252,0	226,2	240,0	214,8	211,8	193,8	2361,6
6.etáž	257,4	165,9	237,9	235,5	218,0	187,1	167,1	148,0	157,2	163,1	1937,2
5.etáž	220,3	204,0	262,4	241,9	319,0	230,0	230,1	192,4	193,3	166,7	2260,1
4.etáž	201,7	228,1	214,4	285,4	158,9	180,3	145,5	165,3	146,2	170,2	1896
3.etáž	155,0	153,7	171,6	207,3	185,0	248,6	197,4	202,8	228,4	209,0	1958,8
celkem:	1082	949,2	1168	1266	1133	1072	980,1	923,3	936,9	902,8	10413,7
průměr	216,5	189,8	233,6	253,2	226,6	214,4	196	184,7	187,4	180,6	208,3

V tabulce 14 je uveden aritmetický průměr ze všech 50 hodnot měření, který činí 208,3 minuty, což je čas potřebný na ošetrovatelskou péči na jednoho pacienta na den.

Tabulka 15. Vyčíslené minuty práce prvního bloku měření nad 100 % (vlastní zpracování)

	aritmetický průměr ze všech 10 hodnot „celkového počtu minut ošetrovatelské péče/24 hodin“ na konkrétní etáži	aritmetický průměr všech 10 naměřených hodnot ošetrovatelského výkonu reálného na konkrétní etáži v %	převís v minutách na den	potřebný čas, na který je nutné zajistit doplnění personálu na etáž a měsíc v hodinách
7.etáž	5310,03	117,36	785,46	393
6.etáž	5894,55	93,64	0,00	0
5.etáž	6727,65	112,01	720,78	361
4.etáž	2963,28	80,31	0,00	0
3.etáž	6066,40	95,95	0,00	0

V prvním bloku měření se ukázalo přetížení personálu na 7. a 5. etáži. Nejnižší zátěž personálu je na 4. etáži IK, kde však chod oddělení nedovoluje jiné sestavení personálního obsazení služeb než je stávající. Na této lůžkové stanici je pouze 17 lůžek, což měření rovněž ovlivní.

Z prvního bloku deseti měření vyplývá po zaokrouhlení 100% zátěž ošetrovatelského personálu při poskytování ošetrovatelské péče o pacienty. Počet minut ošetrovatelské péče na jednoho pacienta za 24 hodin, tzv. „M“, je 208,3 minuty. S aktuální hodnotou 208,3 minut je počítána celková pracovní doba ošetrovatelského personálu „CPDO“ pro srovnání validace naměřených dat na jednotlivých etážích. Hodnota obloženosti, tzv. „O“, je vypočítaná z průměrné obloženosti na interní klinice ve sledovaném období, což je 85 %.

- **7. etáž IK**

$$\text{CPDO} = M * L * O/60$$

$$\text{CPDO} = 208,3 * 26 * 0,85/60$$

$$\text{CPDO} = 76,7 \text{ hodin}$$

Průměrná hodnota dostupného personálu během deseti měření je na tomto oddělení 76 hodin na 24 hodin ošetrovatelské péče. Při plném obsazení služeb by to bylo 5010 minut = 83,5 hodin. Reálnou hodnotu ovlivnila absence personálu z důvodů nemocnosti. Pokud srovnáme hodnotu CPDO a reálný personál poskytující ošetrovatelskou péči po dobu 24 hodin, personál na 7. etáži pracuje na 100,9 %.

- **6. etáž IK**

$$\text{CPDO} = 208,3 * 35 * 0,85/60$$

$$\text{CPDO} = 103,3 \text{ hodin}$$

Průměrná hodnota dostupného personálu během deseti měření je na tomto oddělení 105,6 hodin na 24 hodin ošetrovatelské péče. Absence personálu v období měření nebyla žádná. Pokud srovnáme hodnotu CPDO a reálný personál poskytující ošetrovatelskou péči po dobu 24 hodin, personál na 6. etáži pracuje na 97,8 %.

- **5. etáž IK**

$$\text{CPDO} = 208,3 * 35 * 0,85/60$$

$$\text{CPDO} = 103,3 \text{ hodin}$$

Průměrná hodnota dostupného personálu během deseti měření je na tomto oddělení 100,5 hodin na 24 hodin ošetrovatelské péče. Při plném obsazení služeb by to bylo 6210 minut = 103,5 hodin. Reálnou hodnotu ovlivnila absence personálu z důvodů nemocnosti. Pokud srovnáme hodnotu CPDO a reálný personál poskytující ošetrovatelskou péči po dobu 24 hodin, personál na 5. etáži pracuje na 102,8 %.

- **4. etáž IK**

$$\text{CPDO} = 208,3 * 17 * 0,85/60$$

$$\text{CPDO} = 50,2 \text{ hodin}$$

Průměrná hodnota dostupného personálu během deseti měření je na tomto oddělení 61,5 hodin na 24 hodin ošetrovatelské péče. Absence personálu v období měření nebyla žádná.

Pokud srovnáme hodnotu CPDO a reálný personál poskytující ošetrovatelskou péči po dobu 24 hodin, personál na 4. etáži pracuje na 81,6 %.

- **3. etáž IK**

$$\text{CPDO} = 208,3 * 35 * 0,85/60$$

$$\text{CPDO} = 103,3 \text{ hodin}$$

Průměrná hodnota dostupného personálu během deseti měření je na tomto oddělení 105,7 hodin na 24 hodin ošetrovatelské péče. Při plném obsazení služeb by to bylo 6900 minut = 115 hodin. Reálnou hodnotu ovlivnila absence personálu z důvodů nemocnosti. Pokud srovnáme hodnotu CPDO a reálný personál poskytující ošetrovatelskou péči po dobu 24 hodin, personál na 3. etáži pracuje na 97,7 %.

**Závěr z prvního bloku měření:**

CPDO na všech etážích IK je 436,8 hodin/24 hodin.

Celkem při maximálním výkonu je dostupného personálu na všech lůžkových oddělení IK je 449,3 hodin/24 hodin.

Pokud srovnáme hodnotu CPDO a reálný personál poskytující ošetrovatelskou péči po dobu 24 hodin, personál na všech etážích IK pracuje na 96,2 %. Z prvního bloku deseti měření vyplývá 99,9% zátěž ošetrovatelského personálu při poskytování ošetrovatelské péče o pacienty. Rozdíl 3,7 % lze předpokládat jako zaokrouhlení desetinných míst směrem nahoru, jde o minimální odchylku.

### **7.3.1.3 Druhý blok měření**

Druhý blok měření probíhal od 7. 1. 2013 do 18. 1. 2013.

Tabulka 16. První měření ošetrovatelské zátěže dne 7. 1. 2013 (vlastní zpracování)

Etáž	7	6	5	4	3
počet minut na ZOP	2338	2137	2753	600	1288
počet minut na SOP	3170	5061	6488,75	1891,25	4030
jednorázová hodnota	547,5	547,5	547,5	547,5	547,5
převozy pacientů	740	302,5	532,5	220	267,5
<b>celkový počet minut ošetrovatelské péče/24 hodin</b>	<b>6795,5</b>	<b>8048</b>	<b>10321,75</b>	<b>3258,75</b>	<b>6133</b>
skutečný počet NLZP na 24 hodin	2D11,5	3D11,5	3D11,5	1D11,5	3D11,5
	2N11,5	2N11,5	2N11,5	1N11,5	3N11,5
	1R8	1R8	1R8	1R8	2R8
	2R7,5	1R7	1R7,5	1R7,5	3R7,5
	107	1D11,5	1D11,5	1D11,5	107,5
		1N11,5	1N11,5	1N11,5	
<b>100% ošetrovatelský výkon</b>	4560 minut	5730 minut	5760 minut	3690 minut	6900 minut
<b>ošetrovatelský výkon reálný</b>	149,0 %	140,5 %	179,2 %	88,3 %	88,9 %
<b>počet minut průměrné oš. péče na 1 pacienta na 24 hod.</b>	261,4	230,0	279,0	217,3	191,7

Tabulka 17. Druhé měření ošetrovatelské zátěže dne 8. 1. 2013 (vlastní zpracování)

Etáž	7	6	5	4	3
počet minut na ZOP	2179	2240	2532	685	1644
počet minut na SOP	3201,5	2638,75	6603,75	1617,5	4413,75
jednorázová hodnota	547,5	547,5	547,5	547,5	547,5
převozy pacientů	1130	315	482,5	1060	502,5
<b>celkový počet minut ošetrovatelské péče/24 hodin</b>	<b>7058</b>	<b>5741,25</b>	<b>10165,75</b>	<b>3910</b>	<b>7107,75</b>
skutečný počet NLZP na 24 hodin	2D11,5	3D11,5	3D11,5	1D11,5	3D11,5
	2N11,5	2N11,5	2N11,5	1N11,5	3N11,5
	1R8	1R8	1R8	1R8	2R8
	2R7,5	1R7	1R7,5	1R7,5	3R7,5
	107	1D11,5	1D11,5	1D11,5	107,5
		1D10	1N11,5	1N11,5	
		1N11,5			
<b>100% ošetrovatelský výkon</b>	4560 minut	6330 minut	5760 minut	3690 minut	6900 minut
<b>ošetrovatelský výkon reálný</b>	154,8 %	90,7 %	176,5 %	106,0 %	103,0 %
<b>počet minut průměrné oš. péče na 1 pacienta na 24 hod.</b>	271,5	168,9	282,4	230,0	215,4

Tabulka 18. Třetí měření ošetrovatelské zátěže dne 9. 1. 2013 (vlastní zpracování)

Etáž	7	6	5	4	3
počet minut na ZOP	2072	2276	2112	547	1828
počet minut na SOP	910	950	1317,5	607,5	4249
jednorázová hodnota	547,5	547,5	547,5	547,5	547,5
převozy pacientů	907,5	572,5	450	315	447,5
<b>celkový počet minut ošetrovatelské péče/24 hodin</b>	<b>4437</b>	<b>4346</b>	<b>4427</b>	<b>2017</b>	<b>7072</b>
skutečný počet NLZP na 24 hodin	2D11,5	3D11,5	3D11,5	1D11,5	3D11,5
	2N11,5	2N11,5	2N11,5	1N11,5	3N11,5
	1R8	1R8	1R8	1R8	2R8
	2R7,5	1R7	1R7,5	1R7,5	3R7,5
	1O7	1D11,5	1D11,5	1D11,5	1O7,5
		1N11,5	1N11,5		
<b>100% ošetrovatelský výkon</b>	4560 minut	5730 minut	5760 minut	3690 minut	6900 minut
<b>ošetrovatelský výkon reálný</b>	97,3 %	75,8 %	76,9 %	54,7 %	102,5 %
<b>počet minut průměrné oš. péče na 1 pacienta na 24 hod.</b>	177,5	127,8	134,2	118,6	202,1

Tabulka 19. Čtvrté měření ošetrovatelské zátěže dne 10. 1. 2013 (vlastní zpracování)

Etáž	7	6	5	4	3
počet minut na ZOP	2012	2305	2068	493	1651
počet minut na SOP	2637,5	3267,5	3987,5	1868,75	5511,25
jednorázová hodnota	547,5	547,5	547,5	547,5	547,5
převozy pacientů	832,5	555	680	197,5	405
<b>celkový počet minut ošetrovatelské péče/24 hodin</b>	<b>6029,5</b>	<b>6675</b>	<b>7283</b>	<b>3106,75</b>	<b>8114,75</b>
skutečný počet NLZP na 24 hodin	2D11,5	3D11,5	3D11,5	1D11,5	3D11,5
	2N11,5	2N11,5	2N11,5	1N11,5	3N11,5
	1R8	1R8	1R8	1R8	2R8
	2R7,5	1R7	1R7,5	1R7,5	3R7,5
	1O7	1D11,5	1D11,5	1D11,5	1O7,5
		1N11,5	1N11,5		
<b>100% ošetrovatelský výkon</b>	4560 minut	5730 minut	5760 minut	3690 minut	6900 minut
<b>ošetrovatelský výkon reálný</b>	132,2 %	116,5 %	126,4 %	84,2 %	117,6 %
<b>počet minut průměrné oš. péče na 1 pacienta na 24 hod.</b>	261,2	208,6	227,6	182,8	279,8

Tabulka 20. Páté měření ošetrovatelské zátěže dne 11. 1. 2013 (vlastní zpracování)

Etáž	7	6	5	4	3
počet minut na ZOP	2074	1891	2051	508	1905
počet minut na SOP	2705	4326,25	4925	1891,25	4852,5
jednorázová hodnota	547,5	547,5	547,5	547,5	547,5
převozy pacientů	832,5	712,5	567,5	212,5	432,5
<b>celkový počet minut ošetrovatelské péče/24 hodin</b>	<b>6159</b>	<b>7477,25</b>	<b>8091</b>	<b>3159,25</b>	<b>7737,5</b>
skutečný počet NLZP na 24 hodin	2D11,5	3D11,5	3D11,5	1D11,5	3D11,5
	2N11,5	2N11,5	2N11,5	1N11,5	3N11,5
	1R8	1R8	1R8	1R8	2R8
	2R7,5	1R7	2R7,5	1R7,5	3R7,5
	1O7	1D11,5	1D11,5	1D11,5	1O7,5
		1N11,5	1N11,5		
<b>100% ošetrovatelský výkon</b>	4560 minut	5730 minut	6210 minut	3690 minut	6900 minut
<b>ošetrovatelský výkon reálný</b>	135,1 %	130,5 %	130,3 %	85,6 %	112,1 %
<b>počet minut průměrné oš. péče na 1 pacienta na 24 hod.</b>	236,9	233,7	238,0	185,8	221,1

Tabulka 21. Šesté měření ošetrovatelské zátěže dne 14. 1. 2013 (vlastní zpracování)

Etáž	7	6	5	4	3
počet minut na ZOP	2470	2268	1900	445	4906,25
počet minut na SOP	2028	3080	3718,75	1592,5	1722
jednorázová hodnota	547,5	547,5	547,5	547,5	547,5
převozy pacientů	567,5	780	612,5	325	395
<b>celkový počet minut ošetrovatelské péče/24 hodin</b>	<b>5613</b>	<b>6675,5</b>	<b>6778,75</b>	<b>2910</b>	<b>7570,75</b>
skutečný počet NLZP na 24 hodin	2D11,5	3D11,5	3D11,5	1D11,5	3D11,5
	2N11,5	2N11,5	2N11,5	1N11,5	3N11,5
	1R8	1R8	1R8	1R8	2R8
	2R7,5	1R7	2R7,5	1R7,5	3R7,5
	1O7	1D11,5	1D11,5	1D11,5	1O7,5
		1N11,5	1N11,5		
<b>100% ošetrovatelský výkon</b>	4560 minut	5730 minut	6210 minut	3690 minut	6900 minut
<b>ošetrovatelský výkon reálný</b>	123,1 %	116,5 %	109,2 %	78,9 %	109,7 %
<b>počet minut průměrné oš. péče na 1 pacienta na 24 hod.</b>	233,9	202,3	211,8	207,9	229,4

Tabulka 22. Sedmé měření ošetrovatelské zátěže dne 15. 1. 2013 (vlastní zpracování)

Etáž	7	6	5	4	3
počet minut na ZOP	1706	2436	1777	373	1391
počet minut na SOP	2071,25	3670	3347,5	1561,25	4938,5
jednorázová hodnota	547,5	547,5	547,5	547,5	547,5
převozy pacientů	730	885	750	210	350
<b>celkový počet minut ošetrovatelské péče/24 hodin</b>	<b>5054,75</b>	<b>7538,5</b>	<b>6422</b>	<b>2691,75</b>	<b>7227</b>
skutečný počet NLZP na 24 hodin	2D11,5	3D11,5	3D11,5	1D11,5	3D11,5
	2N11,5	2N11,5	2N11,5	1N11,5	3N11,5
	1R8	1R8	1R8	1R8	2R8
	2R7,5	1R7	2R7,5	1R7,5	3R7,5
	1O7	1D11,5	1D11,5	1D11,5	1O7,5
		1N11,5	1N11,5		
<b>100% ošetrovatelský výkon</b>	4560 minut	5730 minut	6210 minut	3690 minut	6900 minut
<b>ošetrovatelský výkon reálný</b>	110,8 %	131,6 %	103,4 %	72,9 %	104,7 %
<b>počet minut průměrné oš. péče na 1 pacienta na 24 hod.</b>	229,8	209,4	183,5	244,7	258,1

Tabulka 23. Osmé měření ošetrovatelské zátěže dne 16. 1. 2013 (vlastní zpracování)

Etáž	7	6	5	4	3
počet minut na ZOP	1706	2436	1777	614	1161
počet minut na SOP	2055	2918,75	3281,25	1613,75	5646,25
jednorázová hodnota	547,5	547,5	547,5	547,5	547,5
převozy pacientů	900	385	512,5	200	275
<b>celkový počet minut ošetrovatelské péče/24 hodin</b>	<b>5208,5</b>	<b>6287,25</b>	<b>6118,25</b>	<b>2975,25</b>	<b>7629,75</b>
skutečný počet NLZP na 24 hodin	2D11,5	3D11,5	3D11,5	1D11,5	3D11,5
	2N11,5	2N11,5	2N11,5	1N11,5	3N11,5
	1R8	1R8	1R8	1R8	2R8
	2R7,5	1R7	2R7,5	1R7,5	3R7,5
	1O7	1D11,5	1D11,5	1D11,5	1O7,5
		1D10	1N11,5	1N11,5	
		1N11,5			
<b>100% ošetrovatelský výkon</b>	4560 minut	6330 minut	6210 minut	3690 minut	6900 minut
<b>ošetrovatelský výkon reálný</b>	114,2 %	99,3 %	98,5 %	80,6 %	110,6 %
<b>počet minut průměrné oš. péče na 1 pacienta na 24 hod.</b>	236,8	174,6	174,8	228,9	254,3



Tabulka 24. Deváté měření ošetrovatelské zátěže dne 17. 1. 2013 (vlastní zpracování)

Etáž	7	6	5	4	3
počet minut na ZOP	1522	1923	1379	644	1345
počet minut na SOP	2155	3718,75	2641,25	1600	4691,25
jednorázová hodnota	547,5	547,5	547,5	547,5	547,5
převozy pacientů	832,5	1923	590	295	510
<b>celkový počet minut ošetrovatelské péče/24 hodin</b>	<b>5057</b>	<b>8112,25</b>	<b>5157,75</b>	<b>3086,5</b>	<b>7093,75</b>
skutečný počet NLZP na 24 hodin	2D11,5	3D11,5	3D11,5	1D11,5	3D11,5
	2N11,5	2N11,5	2N11,5	1N11,5	3N11,5
	1R8	1R8	1R8	1R8	2R8
	2R7,5	1R7	1R7,5	1R7,5	2R7,5
	1O7	1D11,5	1D11,5	1D11,5	1O7,5
		1D10		1N11,5	
		1N11,5			
<b>100% ošetrovatelský výkon</b>	4560 minut	6330 minut	5070 minut	3690 minut	6450 minut
<b>ošetrovatelský výkon reálný</b>	110,9 %	128,2 %	101,7 %	83,6 %	110,0 %
<b>počet minut průměrné oš. péče na 1 pacienta na 24 hod.</b>	252,9	270,4	184,2	192,9	221,7

Tabulka 25. Desáté měření ošetrovatelské zátěže dne 18. 1. 2013 (vlastní zpracování)

Etáž	7	6	5	4	3
počet minut na ZOP	1584	2120	1338	210	1161
počet minut na SOP	2222,5	1626	3750	1512,5	5163,75
jednorázová hodnota	547,5	547,5	547,5	547,5	547,5
převozy pacientů	590	847,5	477,5	210	245
<b>celkový počet minut ošetrovatelské péče/24 hodin</b>	<b>4944</b>	<b>5141</b>	<b>6113</b>	<b>2480</b>	<b>7117,25</b>
skutečný počet NLZP na 24 hodin	2D11,5	3D11,5	3D11,5	1D11,5	3D11,5
	2N11,5	2N11,5	2N11,5	1N11,5	3N11,5
	1R8	1R8	1R8	1R8	2R8
	2R7,5	1R7	1R7,5	1R7,5	2R7,5
	1O7	1D11,5	1D11,5	1D11,5	1O7,5
		1D10	1N11,5	1N11,5	
		1N11,5			
<b>100% ošetrovatelský výkon</b>	4560 minut	6330 minut	5760 minut	3690 minut	6450 minut
<b>ošetrovatelský výkon reálný</b>	108,4 %	81,2 %	106,2 %	67,2 %	110,3 %
<b>počet minut průměrné oš. péče na 1 pacienta na 24 hod.</b>	235,4	171,4	226,4	190,8	209,3

Tabulka 26. Závěr z druhého bloku měření ošetrovatelské zátěže personálu v procentech (vlastní zpracování)

měření v procentech	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	celkem	průměr na etáži
7.etáž	149,0	154,8	97,3	132,2	135,1	123,1	110,8	114,2	110,9	108,4	1235,8	123,58
6.etáž	140,5	90,7	75,8	116,5	130,5	116,5	130,6	99,3	128,2	81,2	1109,8	110,98
5.etáž	179,2	176,5	76,9	126,4	130,3	109,2	103,4	98,5	110,7	106,2	1217,3	121,73
4.etáž	88,3	106,0	54,7	84,2	85,6	78,9	72,9	80,6	83,6	67,2	802	80,2
3.etáž	88,9	103,0	102,5	117,6	112,1	109,7	104,7	110,6	110,0	110,3	1069,4	106,94
celkem:	645,9	631	407,2	576,9	593,6	537,4	522,4	503,2	543,4	473,3	5434,3	
průměr za den	129,2	126,2	81,4	115,4	118,7	107,5	104,5	100,6	108,7	94,7	108,7	

V tabulce 26 je uveden aritmetický průměr všech naměřených hodnot reálného ošetrovatelského výkonu ze všech dnů měření a ze všech pěti stanic, kde měření probíhalo, tzn. průměr z 50 hodnot, který je 108,7 %. Rovněž je zde uveden aritmetický průměr deseti měření na jednotlivých konkrétních etážích.

Tabulka 27. Závěr z druhého bloku měření - počet minut potřebných na ošetrovatelskou péči na jednoho pacienta za 24 hodin (vlastní zpracování)

měření v minutách	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	celkem:
7.etáž	261,4	271,5	177,5	261,2	236,9	233,9	229,8	236,8	252,9	235,4	2397,3
6.etáž	230,0	168,9	127,8	208,6	233,7	202,3	209,4	174,6	270,4	171,4	1997,1
5.etáž	279,0	282,4	134,2	227,6	238	211,8	183,5	174,8	184,2	226,4	2141,9
4.etáž	217,3	230,0	118,6	182,8	185,8	207,9	244,7	228,9	192,9	190,8	1999,7
3.etáž	191,7	215,4	202,1	279,8	221,1	229,4	258,1	254,3	221,7	209,3	2282,9
celkem:	1179	1168	760,2	1160	1116	1085	1126	1069	1122	1033	10818,9
průměr	235,9	233,6	152	232	223,1	217,1	225,1	213,9	224,4	206,7	216,4

V tabulce 27 je uveden aritmetický průměr ze všech 50 hodnot měření, který činí 216,4 minuty, což je čas potřebný na ošetrovatelskou péči na jednoho pacienta na den.

Tabulka 28. Vyčíslené minuty práce druhého bloku měření nad 100 % (vlastní zpracování)

	aritmetický průměr ze všech 10 hodnot „celkového počtu minut ošetřovatelské péče/24 hodin“ na konkrétní etáži	aritmetický průměr všech 10 naměřených hodnot ošetřovatelského výkonu reálného na konkrétní etáži v %	převis v minutách na den	potřebný čas, na který je nutné zajistit doplnění personálu na etáž a měsíc v hodinách
7. etáž	5635,63	123,58	1075,32	538
6. etáž	6604,20	110,98	653,40	327
5. etáž	7087,83	121,73	1265,25	633
4. etáž	2959,53	80,20	0,00	0
3. etáž	7280,35	106,94	472,47	236

V druhém bloku měření se ukázalo přetížení personálu na všech etážích kromě 4. etáže. Důvod nejnižší zátěže personálu na 4. etáži IK byl již uveden.

Z druhého bloku deseti měření lze vyčíst 108,7% zátěž ošetřovatelského personálu při poskytování ošetřovatelské péče o pacienty. Počet minut ošetřovatelské péče na jednoho pacienta za 24 hodin, tzv. „M“, je 216,4 minuty. S aktuální hodnotou 216,4 minut je počítána celková pracovní doba ošetřovatelského personálu „CPDO“ pro srovnání validace naměřených dat na jednotlivých etážích. Hodnota obložnosti, tzv. „O“, je vypočítaná z průměrné obložnosti na Interní klinice ve sledovaném období což činí 90 %.

▪ **7. etáž IK**

$$CPDO = M * L * O/60$$

$$CPDO = 216,4 * 26 * 0,90/60$$

$$CPDO = 83,4 \text{ hodin}$$

Průměrná hodnota dostupného personálu během deseti měření je na tomto oddělení 76 hodin na 24 hodin ošetřovatelské péče. Při plném obsazení služeb by to bylo 5010 minut = 83,5 hodin. Reálnou hodnotu ovlivnila absence personálu z důvodů nemocnosti. Pokud srovnáme hodnotu CPDO a reálný personál poskytující ošetřovatelskou péči po dobu 24 hodin, personál na 7. etáži pracuje na 109,7 %.

▪ **6. etáž IK**

$$CPDO = 216,4 * 35 * 0,90/60$$

$$CPDO = 113,6 \text{ hodin}$$

Průměrná hodnota dostupného personálu během deseti měření je na tomto oddělení 99,5 hodin na 24 hodin ošetrovatelské péče. Při plném obsazení služeb by to bylo 6330 minut = 105,5 hodin. Reálnou hodnotu ovlivnila absence personálu z důvodů nemocnosti. Pokud srovnáme hodnotu CPDO a reálný personál poskytující ošetrovatelskou péči po dobu 24 hodin, personál na 6. etáži pracuje na 114,2 %.

- **5. etáž IK**

$$\text{CPDO} = 216,4 * 35 * 0,90/60$$

$$\text{CPDO} = 113,6 \text{ hodin}$$

Průměrná hodnota dostupného personálu během deseti měření je na tomto oddělení 97,9 hodin na 24 hodin ošetrovatelské péče. Při plném obsazení služeb by to bylo 6210 minut = 103,5 hodin. Reálnou hodnotu ovlivnila absence personálu z důvodů nemocnosti. Pokud srovnáme hodnotu CPDO a reálný personál poskytující ošetrovatelskou péči po dobu 24 hodin, personál na 5. etáži pracuje na 116 %.

- **4. etáž IK**

$$\text{CPDO} = 216,4 * 17 * 0,90/60$$

$$\text{CPDO} = 55,2 \text{ hodin}$$

Průměrná hodnota dostupného personálu během deseti měření je na tomto oddělení 61,5 hodin na 24 hodin ošetrovatelské péče. Absence personálu v období měření nebyla žádná. Pokud srovnáme hodnotu CPDO a reálný personál poskytující ošetrovatelskou péči po dobu 24 hodin, personál na 4. etáži pracuje na 89,8 %.

- **3. etáž IK**

$$\text{CPDO} = 216,4 * 35 * 0,90/60$$

$$\text{CPDO} = 113,6 \text{ hodin}$$

Průměrná hodnota dostupného personálu během deseti měření je na tomto oddělení 113,5 hodin na 24 hodin ošetrovatelské péče. Při plném obsazení služeb by to bylo 6900 minut = 115 hodin. Reálnou hodnotu ovlivnila absence personálu z důvodů nemocnosti. Pokud srovnáme hodnotu CPDO a reálný personál poskytující ošetrovatelskou péči po dobu 24 hodin, personál na 3. etáži pracuje na 100 %.

**Závěr z druhého bloku měření:**

CPDO na všech etážích IK je 479,4 hodin/24 hodin.

Celkem při maximálním výkonu dostupného personálu na všech lůžkových oddělení IK je 448,4 hodin/24 hodin.

Pokud srovnáme hodnotu CPDO a reálný personál poskytující ošetrovatelskou péči po dobu 24 hodin, personál na všech etážích IK pracuje na 105,94 %. Z prvního bloku deseti měření vyplývá 108,7 % zátěž ošetrovatelského personálu při poskytování ošetrovatelské péče o pacienty. Rozdíl 2,8 % lze předpokládat jako zaokrouhlení desetinných míst směrem nahoru, jde o minimální odchylku.

**7.3.1.4 Třetí blok měření**

Třetí blok měření probíhal v období od 22. 4. 2013 do 3. 5. 2013.

Tabulka 29. První měření ošetrovatelské zátěže dne 22. 4. 2013 (vlastní zpracování)

Etáž	7	6	5	4	3
<b>počet minut na ZOP</b>	1355	2048	2487	706	1504
<b>počet minut na SOP</b>	2023	3173,75	4552,5	1403,75	4988,75
<b>jednorázová hodnota</b>	547,5	547,5	547,5	547,5	547,5
<b>převozy pacientů</b>	540	517,5	507,5	205	420
<b>celkový počet minut ošetrovatelské péče/24 hodin</b>	<b>4465,5</b>	<b>6286,75</b>	<b>8094,5</b>	<b>2862,25</b>	<b>7460,25</b>
<b>skutečný počet NLZP na 24 hodin</b>	2D11,5	3D11,5	3D11,5	1D11,5	3D11,5
	2N11,5	2N11,5	2N11,5	1N11,5	3N11,5
	1R8	1R8	1R8	1R8	1R8
	3R7,5		1R7,5	1R7,5	2R7,5
	1O7	1D11,5 1N11,5	1D11,5	1D11,5 1N11,5	1O7,5
<b>100% ošetrovatelský výkon</b>	5010 minut	5310 minut	5070 minut	3690 minut	6450 minut
<b>ošetrovatelský výkon reálný</b>	89,1 %	118,4 %	159,6 %	77,6 %	115,7 %
<b>počet minut průměrné oš. péče na 1 pacienta na 24 hod.</b>	203,0	169,9	207,5	168,4	233,1

Tabulka 30. Druhé měření ošetrovatelské zátěže dne 23. 4. 2013 (vlastní zpracování)

Etáž	7	6	5	4	3
počet minut na ZOP	1470	1864	1963	703	1571
počet minut na SOP	2093,75	2680	3648,75	1841,25	5143,75
jednorázová hodnota	547,5	547,5	547,5	547,5	547,5
převozy pacientů	867,5	827,5	510	262,5	600
<b>celkový počet minut ošetrovatelské péče/24 hodin</b>	<b>4978,75</b>	<b>5919</b>	<b>6669,25</b>	<b>3354,25</b>	<b>7862,25</b>
skutečný počet NLZP na 24 hodin	2D11,5	3D11,5	3D11,5	1D11,5	3D11,5
	2N11,5	2N11,5	2N11,5	1N11,5	3N11,5
	1R8	1R8	1R8	1R8	2R8
	3R7,5		1R7,5	1R7,5	2R7,5
	107	1D11,5 1D10 1N11,5	1D11,5 1N11,5	1D11,5 1N11,5	107,5
<b>100% ošetrovatelský výkon</b>	5010 minut	5910 minut	5760 minut	3690 minut	6450 minut
<b>ošetrovatelský výkon reálný</b>	99,4 %	100,2 %	115,8 %	90,9 %	121,9 %
<b>počet minut průměrné oš. péče na 1 pacienta na 24 hod.</b>	237,1	169,1	190,6	197,3	224,6

Tabulka 31. Třetí měření ošetrovatelské zátěže dne 24. 4. 2013 (vlastní zpracování)

Etáž	7	6	5	4	3
počet minut na ZOP	1470	1779	1916	563	1516
počet minut na SOP	2597,5	2798,75	5770	1458,75	4761,25
jednorázová hodnota	547,5	547,5	547,5	547,5	547,5
převozy pacientů	785	310	327,5	295	405
<b>celkový počet minut ošetrovatelské péče/24 hodin</b>	<b>5400</b>	<b>5435,25</b>	<b>8561</b>	<b>2864,25</b>	<b>7229,75</b>
skutečný počet NLZP na 24 hodin	2D11,5	3D11,5	3D11,5	1D11,5	3D11,5
	2N11,5	2N11,5	2N11,5	1N11,5	3N11,5
	1R8	1R8	1R8	1R8	2R8
	3R7,5		1R7,5	1R7,5	3R7,5
	107	1D11,5 1D10 1N11,5	1D11,5 1N11,5	1D11,5 1N11,5	107,5
<b>100% ošetrovatelský výkon</b>	5010 minut	5910 minut	5760 minut	3690 minut	6900 minut
<b>ošetrovatelský výkon reálný</b>	107,8 %	92,0 %	148,6 %	77,6 %	104,8 %
<b>počet minut průměrné oš. péče na 1 pacienta na 24 hod.</b>	257,1	164,7	251,8	179,0	206,6

Tabulka 32. Čtvrté měření ošetrovatelské zátěže dne 25. 4. 2013 (vlastní zpracování)

Etáž	7	6	5	4	3
počet minut na ZOP	1649	1663	1445	478	4491,25
počet minut na SOP	2520	2550	4650	1612,5	1506
jednorázová hodnota	547,5	547,5	547,5	547,5	547,5
převozy pacientů	1047,5	565	267,5	242,5	425
<b>celkový počet minut ošetrovatelské péče/24 hodin</b>	<b>5764</b>	<b>5325,5</b>	<b>6910</b>	<b>2880,5</b>	<b>6969,75</b>
skutečný počet NLZP na 24 hodin	2D11,5	3D11,5	3D11,5	1D11,5	3D11,5
	2N11,5	2N11,5	2N11,5	1N11,5	3N11,5
	1R8	1R8	1R8	1R8	2R8
	3R7,5		1R7,5	1R7,5	3R7,5
	1O7	1D11,5 1D10 1N11,5	1D11,5 1N11,5	1D11,5 1N11,5	1O7,5
<b>100% ošetrovatelský výkon</b>	5010 minut	5910 minut	5760 minut	3690 minut	6900 minut
<b>ošetrovatelský výkon reálný</b>	115,1 %	90,1 %	120,0 %	78,1 %	101,0 %
<b>počet minut průměrné oš. péče na 1 pacienta na 24 hod.</b>	262,0	183,6	246,8	205,8	211,2

Tabulka 33. Páté měření ošetrovatelské zátěže dne 26. 4. 2013 (vlastní zpracování)

Etáž	7	6	5	4	3
počet minut na ZOP	1711	1596	1531	569	1490
počet minut na SOP	2411,5	2370	4301,25	1228,75	4793,75
jednorázová hodnota	547,5	547,5	547,5	547,5	547,5
převozy pacientů	745,5	625	325	280	425
<b>celkový počet minut ošetrovatelské péče/24 hodin</b>	<b>5415,5</b>	<b>5138,5</b>	<b>6704,75</b>	<b>2625,25</b>	<b>7256,25</b>
skutečný počet NLZP na 24 hodin	2D11,5	3D11,5	3D11,5	1D11,5	3D11,5
	2N11,5	2N11,5	2N11,5	1N11,5	3N11,5
	1R8	1R8	1R8	1R8	2R8
	2R7,5		1R7,5	1R7,5	3R7,5
	1O7	1D11,5 1D10 1N11,5	1D11,5 1N11,5	1D11,5 1N11,5	1O7,5
<b>100% ošetrovatelský výkon</b>	4560 minut	5910 minut	5760 minut	3690 minut	6900 minut
<b>ošetrovatelský výkon reálný</b>	118,8 %	87,0 %	116,4 %	71,1 %	105,2 %
<b>počet minut průměrné oš. péče na 1 pacienta na 24 hod.</b>	235,5	190,3	231,2	164,1	213,4

Tabulka 34. Šesté měření ošetrovatelské zátěže dne 29. 4. 2013 (vlastní zpracování)

Etáž	7	6	5	4	3
počet minut na ZOP	1601	1403	2053	460	1230
počet minut na SOP	2907,5	3193,75	3610	1253,75	4353,75
jednorázová hodnota	547,5	547,5	547,5	547,5	547,5
převozy pacientů	685	720	172,5	192,5	532,5
<b>celkový počet minut ošetrovatelské péče/24 hodin</b>	<b>5741</b>	<b>5864,25</b>	<b>6383</b>	<b>2453,75</b>	<b>6663,75</b>
skutečný počet NLZP na 24 hodin	2D11,5	3D11,5	3D11,5	1D11,5	3D11,5
	2N11,5	2N11,5	2N11,5	1N11,5	3N11,5
	1R8	1R8	1R8	1R8	2R8
	3R7,5		1R7,5	1R7,5	3R7,5
	107	1D11,5 1D10 1N11,5	1D11,5 1N11,5	1D11,5 1N11,5	107,5
<b>100% ošetrovatelský výkon</b>	5010 minut	5910 minut	5760 minut	3690 minut	6900 minut
<b>ošetrovatelský výkon reálný</b>	114,6 %	99,2 %	110,8 %	66,5 %	96,6 %
<b>počet minut průměrné oš. péče na 1 pacienta na 24 hod.</b>	302,2	189,2	199,5	175,3	246,8

Tabulka 35. Sedmé měření ošetrovatelské zátěže dne 30. 4. 2013 (vlastní zpracování)

Etáž	7	6	5	4	3
počet minut na ZOP	1408	1743	1909	346	1153
počet minut na SOP	2740	1900	3591,25	1318,75	4868,75
jednorázová hodnota	547,5	547,5	547,5	547,5	547,5
převozy pacientů	1170	700	290	167	557,5
<b>celkový počet minut ošetrovatelské péče/24 hodin</b>	<b>5865,5</b>	<b>4890,5</b>	<b>6337,75</b>	<b>2379,25</b>	<b>7126,75</b>
skutečný počet NLZP na 24 hodin	2D11,5	3D11,5	3D11,5	1D11,5	3D11,5
	2N11,5	2N11,5	2N11,5	1N11,5	3N11,5
	1R8	1R8	1R8	1R8	2R8
	3R7,5		1R7,5	1R7,5	3R7,5
	107	1D11,5 1D10 1N11,5	1D11,5 1N11,5	1D11,5 1N11,5	107,5
<b>100% ošetrovatelský výkon</b>	5010 minut	5910 minut	5760 minut	3690 minut	6900 minut
<b>ošetrovatelský výkon</b>	117,1 %	97,6 %	110,0 %	64,5 %	103,3 %
<b>počet minut průměrné oš. péče na 1 pacienta na 24 hod.</b>	293,3	148,2	198,1	169,9	254,5



Tabulka 36. Osmé měření ošetrovatelské zátěže dne 1. 5. 2013 (vlastní zpracování)

Etáž	7	6	5	4	3
počet minut na ZOP	2027	1473	1622	624	1239
počet minut na SOP	1522	2391,25	3046,25	910	4568,78
jednorázová hodnota	547,5	547,5	547,5	547,5	547,5
převozy pacientů	125	370	215	112,5	175
<b>celkový počet minut ošetrovatelské péče/24 hodin</b>	<b>4221,5</b>	<b>4781,75</b>	<b>5430,75</b>	<b>2194</b>	<b>6530,28</b>
skutečný počet NLZP na 24 hodin	2D11,5 2N11,5	3D11,5 2N11,5	3D11,5 2N11,5	1D11,5 1N11,5	3D11,5 3N11,5
	1R7,5	1D11,5 1N11,5	1D11,5 1N11,5	1D11,5 1N11,5	1R7,5
<b>100% ošetrovatelský výkon</b>	3210 minut	4830 minut	4830 minut	2760 minut	4590 minut
<b>ošetrovatelský výkon reálný</b>	131,5 %	99,0 %	112,4 %	79,5 %	142,3 %
<b>počet minut průměrné oš. péče na 1 pacienta na 24 hod.</b>	211,1	159,4	194,0	146,3	217,7

Tabulka 37. Deváté měření ošetrovatelské zátěže dne 2. 5. 2013 (vlastní zpracování)

Etáž	7	6	5	4	3
počet minut na ZOP	1644	1478	1599	686	1113
počet minut na SOP	2421,25	2806,25	3972,5	1031,25	4916,25
jednorázová hodnota	547,5	547,5	547,5	547,5	547,5
převozy pacientů	365	580	237,5	135	517,5
<b>celkový počet minut ošetrovatelské péče/24 hodin</b>	<b>4977,75</b>	<b>5411,75</b>	<b>6356,5</b>	<b>2399,75</b>	<b>7094,25</b>
skutečný počet NLZP na 24 hodin	2D11,5 2N11,5 1R8	3D11,5 2N11,5 1R8	3D11,5 2N11,5 1R8	1D11,5 1N11,5 1R8	3D11,5 3N11,5 2R8
	3R7,5 1O7	1D11,5 1D10 1N11,5	1R7,5 1D11,5 1N11,5	1R7,5 1D11,5 1N11,5	3R7,5 1O7,5
<b>100% ošetrovatelský výkon</b>	5010 minut	5910 minut	5760 minut	3690 minut	6900 minut
<b>ošetrovatelský výkon reálný</b>	99,4 %	91,6 %	110,4 %	65,0 %	102,8 %
<b>počet minut průměrné oš. péče na 1 pacienta na 24 hod.</b>	237,0	174,6	235,4	150,0	262,8

Tabulka 38. Desáté měření ošetrovatelské zátěže dne 3. 5. 2013 (vlastní zpracování)

Etáž	7	6	5	4	3
počet minut na ZOP	1644	1488	1702	576	4733,75
počet minut na SOP	2795	3342,5	4445	1105	1110
jednorázová hodnota	547,5	547,5	547,5	547,5	547,5
převozy pacientů	577,5	742,5	262,5	132,5	587,5
<b>celkový počet minut ošetrovatelské péče/24 hodin</b>	<b>5564</b>	<b>6120,5</b>	<b>6957</b>	<b>2361</b>	<b>6978,75</b>
skutečný počet NLZP na 24 Hodin	2D11,5	3D11,5	3D11,5	1D11,5	3D11,5
	2N11,5	2N11,5	2N11,5	1N11,5	3N11,5
	1R8	1R8	1R8	1R8	2R8
	3R7,5	1R7	2R7,5	1R7,5	3R7,5
	1O7	1D11,5	1D11,5	1D11,5	1O7,5
		1D10	1N11,5	1N11,5	
		1N11,5			
<b>100% ošetrovatelský výkon</b>	5010 minut	6330 minut	6210 minut	3690 minut	6900 minut
<b>ošetrovatelský výkon reálný</b>	111,1 %	96,7 %	112,0 %	64,0 %	101,1 %
<b>počet minut průměrné oš. péče na 1 pacienta na 24 hod.</b>	264,9	204,0	239,9	147,6	232,6

Tabulka 39. Závěr z třetího bloku měření - počet minut potřebných na ošetrovatelskou péči na jednoho pacienta za 24 hodin (vlastní zpracování)

měření v procentech	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	celkem:	průměr na etáži
7.etáž	89,1	99,4	107,8	115,1	118,8	114,6	117,1	131,5	99,4	111,1	1103,9	110,39
6.etáž	118,4	100,2	92,0	90,1	87,0	99,2	97,6	99,0	91,6	96,7	971,8	97,18
5.etáž	159,6	115,8	148,6	120,0	116,4	110,8	110,0	112,4	110,4	112,0	1216	121,6
4.etáž	77,6	90,9	77,6	78,1	71,1	66,5	64,5	79,5	65,0	64,0	734,8	73,48
3.etáž	115,7	121,9	104,8	101,0	105,2	96,6	103,3	142,3	102,8	101,1	1094,7	109,47
celkem:	560,4	528,2	530,8	504,3	498,5	487,7	492,5	564,7	469,2	484,9	5121,2	
průměr za den	112,1	105,6	106,2	100,9	99,7	97,5	98,5	112,9	93,8	97,0	102,4	

V tabulce 39 je uveden aritmetický průměr všech naměřených hodnot ošetrovatelského výkonu reálného ze všech dnů třetího bloku měření a ze všech pěti stanic, kde měření probíhalo, tzn. průměr z 50 hodnot, který je 102,4 %. Rovněž je zde uveden aritmetický průměr deseti měření na jednotlivých konkrétních etážích.

Tabulka 40. Závěr z třetího bloku měření - počet minut potřebných na ošetrovatelskou péči na jednoho pacienta za 24 hodin (vlastní zpracování)

měření v minutách	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	celkem:
7.etáž	203	237,1	257,1	262	235,5	302,2	293,3	211,1	237	265	2503,3
6.etáž	169,9	169,1	164,7	183,6	190,3	189,2	148,2	159,4	174,6	204	1753
5.etáž	207,5	190,6	251,8	246,8	231,2	199,5	198,1	194,0	235,4	239,9	2194,8
4.etáž	168,4	197,3	179,0	205,8	164,1	175,3	169,9	146,3	150,0	147,6	1703,7
3.etáž	233,1	224,6	206,6	211,2	213,4	246,8	254,5	217,7	262,8	232,6	2303,3
celkem:	981,9	1019	1059	1109	1035	1113	1064	928,5	1060	1089	10458,1
Průměr	196,4	203,7	211,8	221,9	206,9	222,6	212,8	185,7	212	217,8	209,2

V tabulce 40 je uveden aritmetický průměr ze všech 50 hodnot třetího bloku měření, který činí 209,2 minuty, což je čas potřebný na ošetrovatelskou péči na jednoho pacienta na den.

Tabulka 41. Vyčíslené minuty práce nad 100 % v třetím bloku měření (vlastní zpracování)

	aritmetický průměr ze všech 10 hodnot „celkového počtu minut ošetrovatelské péče/24 hodin“ na konkrétní etáži	aritmetický průměr všech 10 naměřených hodnot ošetrovatelského výkonu reálného na konkrétní etáži v %	převis v minutách na den	potřebný čas, na který je nutné zajistit doplnění personálu na etáž a měsíc v hodinách
7.etáž	5239,35	110,39	493,13	247
6.etáž	5517,38	97,18	0,00	0
5.etáž	6840,45	121,60	1215,08	608
4.etáž	2637,43	73,48	0,00	0
3.etáž	7117,20	109,47	615,69	308

V třetím bloku měření se ukázalo přetížení personálu na 7., 6., a 5. etáži.

Z třetího bloku deseti měření je vypočítaná 102,4% zátěž ošetrovatelského personálu při poskytování ošetrovatelské péče o pacienty. Počet minut ošetrovatelské péče na jednoho pacienta za 24 hodin, tzv. „M“, je 209,2 minuty. S aktuální hodnotou 209,2 minut je počítaná celková pracovní doba ošetrovatelského personálu „CPDO“ pro srovnání validace naměřených dat na jednotlivých etážích. Hodnota obložnosti, tzv. „O“, je vypočítaná z průměrné obložnosti na interní klinice ve sledovaném období, což je 86 %.

- **7. etáž IK**

$$CPDO = M * L * O/60$$

$$\text{CPDO} = 209,2 * 26 * 0,86/60$$

$$\text{CPDO} = 78 \text{ hodin}$$

Průměrná hodnota dostupného personálu během deseti měření je na tomto oddělení 79,8 hodin na 24 hodin ošetrovatelské péče. Při plném obsazení služeb by to bylo 5010 minut = 83,5 hodin. Reálnou hodnotu ovlivnila absence personálu z důvodů nemocnosti. Pokud srovnáme hodnotu CPDO a reálný personál poskytující ošetrovatelskou péči po dobu 24 hodin, personál na 7. etáži pracuje na 97,7 %.

- **6. etáž IK**

$$\text{CPDO} = 209,2 * 35 * 0,86/60$$

$$\text{CPDO} = 104,9 \text{ hodin}$$

Průměrná hodnota dostupného personálu během deseti měření je na tomto oddělení 96,4 hodin na 24 hodin ošetrovatelské péče. Při plném obsazení služeb by to bylo 6330 minut = 105,5 hodin. Reálnou hodnotu ovlivnila absence personálu z důvodů nemocnosti. Pokud srovnáme hodnotu CPDO a reálný personál poskytující ošetrovatelskou péči po dobu 24 hodin, personál na 6. etáži pracuje na 108,8 %.

- **5. etáž IK**

$$\text{CPDO} = 209,2 * 35 * 0,86/60$$

$$\text{CPDO} = 104,9 \text{ hodin}$$

Průměrná hodnota dostupného personálu během deseti měření je na tomto oddělení 94,1 hodin na 24 hodin ošetrovatelské péče. Při plném obsazení služeb by to bylo 6210 minut = 103,5 hodin. Reálnou hodnotu ovlivnila absence personálu z důvodů nemocnosti. Pokud srovnáme hodnotu CPDO a reálný personál poskytující ošetrovatelskou péči po dobu 24 hodin, personál na 5. etáži pracuje na 111,5 %.

- **4. etáž IK**

$$\text{CPDO} = 209,2 * 17 * 0,86/60$$

$$\text{CPDO} = 51 \text{ hodin}$$

Průměrná hodnota dostupného personálu během deseti měření je na tomto oddělení 60 hodin na 24 hodin ošetrovatelské péče. Absence personálu v období měření nebyla žádná.

Pokud srovnáme hodnotu CPDO a reálný personál poskytující ošetrovatelskou péči po dobu 24 hodin, personál na 4. etáži pracuje na 85 %.

▪ **3. etáž IK**

$$\text{CPDO} = 209,2 * 35 * 0,86/60$$

$$\text{CPDO} = 104,9 \text{ hodin}$$

Průměrná hodnota dostupného personálu během deseti měření je na tomto oddělení 109,7 hodin na 24 hodin ošetrovatelské péče. Při plném obsazení služeb by to bylo 6900 minut = 115 hodin. Reálnou hodnotu ovlivnila absence personálu z důvodů nemocnosti. Pokud srovnáme hodnotu CPDO a reálný personál poskytující ošetrovatelskou péči po dobu 24 hodin, personál na 3. etáži pracuje na 95,6 %.

**Závěr z třetího bloku měření:**

CPDO na všech etážích IK je 443,7 hodin/24 hodin.

Celkem při maximálním výkonu je dostupného personálu na všech lůžkových oddělení IK 440 hodin/24 hodin.

Pokud srovnáme hodnotu CPDO a reálný personál poskytující ošetrovatelskou péči po dobu 24 hodin, personál na všech etážích IK pracuje na 99,7 %. Z třetího bloku deseti měření vyplývá 102,4% zátěž ošetrovatelského personálu při poskytování ošetrovatelské péče o pacienty. Rozdíl 2,7 % lze předpokládat jako zaokrouhlení desetinných míst směrem nahoru, jde o minimální odchylku.

**7.3.1.5 Souhrn měření**

Ze všech třiceti měření na pěti stanicích (tzn. celkem 150 hodnot) lze získat celkový průměr „počtu minut průměrné ošetrovatelské péče na 1 pacienta na 24 hodin“, který je 211,3 minut.

Aritmetický průměr z 30 měření na 5 stanicích ukazuje na výkonnost personálu 103,7 %.

Tabulka 42. *Vyčíslené minuty práce nad 100 % ze všech třech bloků měření – souhrn (vlastní zpracování)*

	aritmetický průměr ze všech 30 hodnot „celkového počtu minut ošetřovatelské péče/24 hodin“ na konkrétní etáži	aritmetický průměr všech 30 naměřených hodnot ošetřovatelského výkonu reálného na konkrétní etáži v %	převís v minutách na den	potřebný čas, na který je nutné zajistit doplnění personálu na etáž a měsíc v hodinách
7.etáž	5395,00	117,11	788,22	394
6.etáž	6005,38	100,60	35,80	18
5.etáž	6885,31	118,45	1072,47	536
4.etáž	2853,41	78,00	0,00	0
3.etáž	6821,32	104,20	274,95	138

Tabulka 41 uvádí aritmetický průměr 30 hodnot „celkového počtu ošetřovatelské péče/24 hodin“ na jednotlivých lůžkových odděleních. Na těchto odděleních je z této hodnoty následně vypočítaný potřebný čas, který je nutné doplnit, aby nebyl personál přetížen.

### 7.3.2 Analýza budoucích trendů

Analýza budoucích trendů představuje základní rozvahu, která reflektuje identifikaci problému tohoto projektu. Z výše uvedeného lze tedy předpokládat, že přetížení nelékařského zdravotnického personálu může mít vzrůstající charakter do budoucích let a může tak vytvářet hrozbu pro poskytovatele i příjemce nemocniční zdravotní péče zejména v oborech, kde je ošetřovatelská péče náročnější. Ze širšího pohledu můžeme také předpokládat, že se úroveň ošetřovatelské péče může snížit nebo se rapidně lišit mezi jednotlivými poskytovateli zdravotnické péče. Neexistující jednotný systém odměňování a motivace pro nelékařský personál v různých nemocničních zařízeních v ČR také přispívá ke zvýšení fluktuace personálu.

Tabulka 43. *Analýza budoucích trendů (vlastní zpracování)*

Trend	Dopad trendu	Dynamika trendu	Typ dopadu	Konkrétní projev trendu	Typ
↑ délky zdravotnických studií u nelékařských pro-	velký	kontinuální	↓ - hrozba  ↑ + příle-	změna systému ve vzdělávání nelékařských profesí z oboru všeobecná sestra na zdravotnický asistent; HROZBY:	sociologický  legislativní

fesí			žitost	↓množství absolventů ↓kompetence u dokončeného studia s maturitou ↑požadavek na výši platu u vysokoškoláků, ↑ zájem o vysokoškolské studium PŘÍLEŽITOST: ↑ kvalita vzdělání u nelékařských profesí	ekonomický
↑ fluktuace NLZP personálu	velký	kontinuální	↓ - hrozba	↑ požadavky na NLZP ↑vysoký podíl žen v profesi - MD ↑zájem o méně náročnou práci u NLZP ↑nedostatečná motivace zaměstnanců	ekonomický
↑ požadavky na práci nelékařských profesí	Velký	kontinuální	↓ - hrozba	↑ náročnost práce = ↑ nároky na výběr vhodného kandidáta na pozici NLZP, ↓délka odpracovaných let na jednom pracovišti	sociologický legislativní
↑ nedostatečné platové ohodnocení, nedostatečné možnosti motivace zaměstnanců	Velký	kontinuální	↓ - hrozba	v porovnání se soukromým sektorem; minimální možnosti finančních odměn pro NLZP; ↓ platové tarify pro NLZP personál s dlouhou praxí	ekonomický

### 7.3.3 Analýza stakeholders

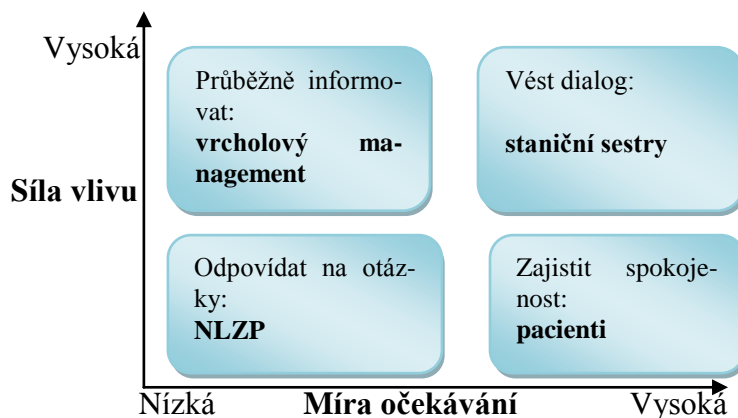
Analýza stakeholders byla zvolena pro efektivní komunikaci a pro předpokládaný vznik negací od zaměstnanců a managementu KNTB, a. s. při samotné realizaci projektu. V rámci posouzení rizik úspěšnosti projektu jsem určila následující stakeholders a na jejich základě jsem si vytvořila argumentační plán pro úspěšnější vyjednávání. Stakeholdery jsem

ohodnotila v matematické stupnici od 1-5, přičemž menší hodnota čísla odpovídá menšímu riziku. Hodnotila jsem sílu vlivu a míru očekávání v souvislosti s cíli projektu.

Tabulka 44. *Aanalýza stakeholders (vlastní zpracování)*

Stakeholders	Síla vlivu	Míra očekávání	Typ
staniční sestry	5	5	interní
vrcholový management nemocnice (ředitel nemocnice, náměstkyně pro ošetrovatelské péče, náměstek pro personální činnost)	5	5	interní
NLZP	3	4	interní
Pacienti	2	3	externí

Obrázek 4. *Strategie vyjednávání ze stakeholders (vlastní zpracování)*



Tabulka 45. *Strategie argumentačního plánu se stakeholders (vlastní zpracování)*

Stakeholders	Očekávané námitky	Argumentace
Staniční sestry	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vysoká administrativní náročnost měření ošetrovatelské zátěže</li> <li>- časová náročnost měření ošetrovatelské zátěže</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- poskytnutí objektivních údajů o pracovním vytížení</li> <li>- řešení situace přetížení NLZP personálu</li> <li>- bezpečnost pacientů</li> </ul>



		- předtištěný materiál k měření ošetrovatelské zátěže
<b>Management nemocnice</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- časová náročnost měření ošetrovatelské zátěže</li> <li>- zvýšení nákladů na mzdy personálu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- poskytnutí objektivních údajů o pracovním vytížení</li> <li>- nulová investice do měření ošetrovatelské zátěže (data poskytnou stávající zaměstnanci)</li> <li>- ověřená metoda pro stanovení ošetrovatelské zátěže a možnost jejího využití na jiných odděleních nemocnice</li> <li>- zlepšení kvality péče o pacienty bezpečnost pacientů</li> <li>- snížení fluktuace personálu a možné snížení nákladů proplácené přesčasové práce stávajícího personálu</li> </ul>
<b>NLZP</b>	- administrativní náročnost měření ošetrovatelské zátěže	- poskytnuté údaje představeny managementu nemocnice s požadavkem na řešení situace

### 7.3.4 Analýza SWOT

Tabulka 46. SWOT analýza interní kliniky (vlastní zpracování)

<b>S (Strenghts) – silné stránky</b>	<b>W (Weaknessess) – Slabé stránky</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- klinický informační systém</li> <li>- spádová hospitalizace pacientů</li> <li>- tabletový systém stravování</li> <li>- vlastní prádelna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- špatný stav budovy</li> <li>- nedostatek prostoru</li> <li>- absence denní místnosti pro nelékařský personál</li> <li>- nedostatečné vybavení oddělení zdravot-</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- potrubní pošta</li> <li>- kvalifikovaný odborný personál</li> <li>- dobré materiální zázemí</li> <li>- podpora celoživotního vzdělávání</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>nickou technikou</li> <li>- fyzická náročnost</li> <li>- fluktuace personálu</li> <li>- chybí pohyblivá složka platu k motivaci personálu</li> </ul>
<b>O (Opportunities) – Příležitosti</b>	<b>T (Threats) – Ohrožení</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- zvyšující se zájem pacientů o svůj zdravotní stav</li> <li>- možnost delegování úkolů</li> <li>- možnost vyjádřit svůj postoj na provozních schůzkách</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nedostatečné a nejisté finanční zdroje</li> <li>- záporný výsledek hospodaření nemocnice</li> <li>- syndrom vyhoření</li> <li>- stárnoucí populace</li> </ul>

## 7.4 Cíl projektu

Provedeným měření ošetrovatelské zátěže jsem zjistila, že je nelékařský personál na většině lůžkových oddělení interní kliniky dlouhodobě pracovním přetěžován. Měření nám potvrdilo identifikaci problému tohoto projektu. Cíl projektu tedy zůstává nezměněn. Cílem je dosáhnout optimálního počtu NLZP personálu na jednotlivých odděleních IK IPVZ KNTB, a. s. Zlín.

## 7.5 Kroky vedoucí ke splnění cílů

### 7.5.1 Představení výsledků měření ošetrovatelské zátěže vrcholovému managementu KNTB, a. s. s návrhem řešení situace

Představení výsledků měření ošetrovatelské zátěže vrcholovému managementu proběhlo v rámci schůzky s náměstkyní ošetrovatelské péče dne 13. 5. 2013. Zároveň byly prodiskutovány i problémy vyplývající z přetěžování personálu, které se odráží zejména na kvalitě poskytované ošetrovatelské péče. Probrána byla i rizika související s nedostatkem času personálu vůči provádění odborných výkonů a s potřebami pacientů. Při komunikaci s vrcholovým managementem jsem využívala argumentační plán stakeholders (viz 7.3.3). Zároveň jsem připravila řešení problému – přijetí nových zaměstnanců. Pro získání opti-

málního počtu nových zaměstnanců jsem využila „převisový čas“, který vznikl z měření ošetrovatelské zátěže. Jedná se o 1086 hodin, viz tabulka 42. Aby byly zajištěny co možná nejnižší personální náklady na nové zaměstnance, zvolila jsem cestu přijmout zdravotnické asistenty a sanitáře na typ smlouvy dohoda o pracovní činnosti. Při tomto typu smlouvy může zaměstnanec odpracovat měsíčně maximálně 80,5 hodiny.

Optimální počet zaměstnanců je tedy vyčíslen dvěma možnými způsoby:

- 13 nových zaměstnanců na DOPČ x 80,5 hodin/měsíčně = 1046,5 hodin
- 14 nových zaměstnanců na DOPČ x 80,5 hodin/měsíčně = 1127 hodin

Přikláním se tedy k přijetí 13 nových zaměstnanců na typ smlouvy DOPČ. V rámci optimálního rozdělení nového personálu na pozice sanitář a zdravotnický asistent vycházím ze současného stavu počtu zaměstnanců, který je na oddělení zastoupen 60% zdravotnických asistentů a všeobecných sester a 40% sanitářů.

Potřeba nových zaměstnanců tedy činí:

- 8 nových zaměstnanců na DOPČ na pozici zdravotnický asistent a 5 nových zaměstnanců na pozici sanitář.

Součástí návrhu tohoto řešení je i vytvořená nákladová analýza, která vyjadřuje náklady spojené s příjmem nových zaměstnanců. V neposlední řadě jsem srovnala náklady na nové zaměstnance a náklady na přesčasovou práci, kdyby posílení služeb měl vykonávat stávající personál.

Na základě předložení měření ošetrovatelské zátěže a na základě nákladové analýzy vrcholový management nemocnice souhlasil s řešením přijmout nový personál na smlouvu typu dohoda o pracovní činnosti (DOPČ).

Tabulka 47. *Nákladová analýza pro zdravotnické asistenty (vlastní zpracování)*

<b>Nákladová analýza zaměstnavatele KNTB, a. s. pro zefektivnění práce personálu na IK IPVZ KNTB, a. s. pro ZA</b>	
<b>Ochranný oděv:</b>	
Kalhoty bílé 3 ks á 152 Kč	456 Kč
Halena kombinovaná 3 ks á 119 Kč	357 Kč
Obuv zdravotní 1 pár	328 Kč
<b>Identifikace zaměstnance:</b>	
Obal na čipovou kartu	13,94 Kč
Laminová fólie na jmenovku	0,44 Kč
Sponka na jmenovku	3,96 Kč

Čipová karta	56,87 Kč
Samonamáčecí razítko	160,00 Kč
<b>Jednorázový náklad při přijetí nového zaměstnance:</b>	<b>1 376,21 Kč</b>
<b>Náklady na mzdu pro 1 zaměstnance pro DOPČ/měsíc</b>	
Mzdový tarif na hodinu práce	87 Kč
Předpokládaná doba práce na 80,5 hodin/měsíčně = hrubá mzda	7 003,50 Kč
odvody na sociální pojištění 25 %	1 750,88 Kč
odvody na zdravotní pojištění 9 %	630,32 Kč
<b>Náklady zaměstnavatele na mzdu za měsíc:</b>	<b>9 384,70 Kč</b>
<b>Požadované náklady pro přijetí 8 zaměstnanců na pozici ZA s plánovanou odpracovanou měsíční normou 80,5 hodiny</b>	
<b>Jednorázový náklad u 8 zaměstnanců</b>	<b>11 009,68 Kč</b>
Náklady na mzdu pro 8 zaměstnanců při DOPČ/měsíc	75 077,60 Kč
odvody na sociální pojištění 25 %	18 769,40 Kč
odvody na zdravotní pojištění 9 %	6 756,00 Kč
<b>Náklady zaměstnavatele na mzdu za měsíc pro 8 zaměstnanců ZA</b>	<b>100 603,00 Kč</b>
<b>ROČNÍ NÁKLADY NA MZDY 8 ZAMĚŠTNANCŮ dle výše uvedených požadavků:</b>	<b>1 207 236,00 Kč</b>
<b>JEDNORÁZOVÉ NÁKLADY PŘI PŘIJETÍ 8 NOVÝCH ZAMĚŠTNANCŮ:</b>	<b>11 009,68 Kč</b>
<b>CELKEM:</b>	<b>1 218 245,68 Kč</b>

Tabulka 48. Nákladová analýza pro sanitáře (vlastní zpracování)

<b>Nákladová analýza zaměstnavatele KNTB, a. s. pro zefektivnění práce personálu na IK IPVZ KNTB, a. s. pro sanitáře</b>	
<b>Ochranný oděv:</b>	
Kalhoty bílé 3 ks á 152 Kč	456 Kč
Halena kombinovaná 3 ks á 125 Kč	375 Kč
Obuv zdravotní 1 pár	328 Kč
<b>Identifikace zaměstnance:</b>	
Obal na čipovou kartu	13,94 Kč
Laminová fólie na jmenovku	0,44 Kč
Sponka na jmenovku	3,96 Kč
Čipová karta	56,87 Kč
<b>Jednorázový náklad při přijetí nového zaměstnance:</b>	<b>1 234,21 Kč</b>
<b>Náklady na mzdu pro 1 zaměstnance pro DOPČ/měsíc</b>	
Mzdový tarif na hodinu práce	65 Kč
Předpokládaná doba práce na 80,5 hodin/měsíčně = hrubá mzda	5 232,50 Kč
odvody na sociální pojištění 25 %	1 308,00 Kč
odvody na zdravotní pojištění 9 %	770,93 Kč
<b>Náklady zaměstnavatele na mzdu za měsíc:</b>	<b>7 311,43 Kč</b>

<b>Požadované náklady pro přijetí 5 zaměstnanců na pozici SANITÁŘ s plánovanou odpracovanou měsíční normou 80,5 hodiny</b>	
<b>Jednorázový náklad</b>	<b>6 171,05 Kč</b>
Náklady na mzdu pro 5 zaměstnanců při DOPČ/měsíc	36 557,15 Kč
odvody na sociální pojištění 25 %	9 139,28 Kč
odvody na zdravotní pojištění 9 %	3 290,14 Kč
<b>Náklady zaměstnavatele na měsíční mzdu pro 5 zaměstnanců na pozici SANITÁŘ</b>	<b>48 986,57 Kč</b>
<b>ROČNÍ NÁKLADY NA MZDY 5 ZAMĚSTNANCŮ dle výše uvedených požadavků:</b>	<b>587 838,84 Kč</b>
<b>JEDNORÁZOVÉ NÁKLADY PŘI PŘIJETÍ 5 NOVÝCH ZAMĚSTNANCŮ:</b>	<b>6 171,05 Kč</b>
<b>CELKEM:</b>	<b>594 009,89 Kč</b>

Náklady za 5 sanitářů a 8 zdravotnických asistentů za jeden rok činí 1 812 255,57 Kč.

Tabulka 49. Přesčasová práce (vlastní zpracování)

<b>Nákladová analýza zaměstnavatele KNTB, a. s. pro přesčasovou práci personálu na IK IPVZ KNTB, a. s. pro sanitáře</b>	
<b>Měsíční počet přesčasových hodin 402,5 hodin</b>	
<b>80 % všední sazba 100 Kč * 322 hodin</b>	<b>32 200,00 Kč</b>
odvody na sociální pojištění 25 %	8 050,00 Kč
odvody na zdravotní pojištění 9 %	2 898,00 Kč
<b>20 % víkendová sazba 130 Kč * 80,5 hodin</b>	<b>10 465,00 Kč</b>
odvody na sociální pojištění 25 %	2 616,25 Kč
odvody na zdravotní pojištění 9 %	941,85 Kč
<b>CELKEM:</b>	<b>57 171,10 Kč</b>
<b>Nákladová analýza zaměstnavatele KNTB, a. s. pro přesčasovou práci personálu na IK IPVZ KNTB, a. s. pro všeobecnou sestru</b>	
<b>Měsíční počet přesčasových hodin 644 hodin</b>	
<b>80 % všední sazba 145 Kč * 515,2 hodin</b>	<b>74 704,00 Kč</b>
odvody na sociální pojištění 25 %	18 676,00 Kč
odvody na zdravotní pojištění 9 %	6 723,36 Kč
<b>20 % víkendová sazba 200 Kč * 128 hodin</b>	<b>25 760,00 Kč</b>
odvody na sociální pojištění 25 %	6 440,00 Kč
odvody na zdravotní pojištění 9 %	2 318,40 Kč
<b>CELKEM:</b>	<b>134 621,76 Kč</b>
<b>NÁKLADY NA 1 046,5 HODIN MĚSÍČNÍ PŘESČASOVÉ PRÁCE</b>	<b>191 792,86 Kč</b>
<b>NÁKLADY NA PŘESČASOVOU PRÁCI ZA ROK</b>	<b>2 301 514,32 Kč</b>

Náklady na proplácení přesčasových hodin zaměstnancům za rok by činily 2 301 514,32 Kč, což je o 489 258,75 Kč více, než náklady na přijetí výše uvedených nových zaměstnanců na DOPČ.

### 7.5.2 Získání nových kandidátů na pozici NLZP

Na základě souhlasu vrcholového managementu jsem v měsíci červnu provedla pohovory s kandidáty na nové pozice nelékařského zdravotnického personálu pro zajištění optimálního počtu zaměstnanců viz 7.5.1. Zájem o tyto nově vzniklá pracovní místa měli zejména studenti ze Střední a vyšší zdravotnické školy ve Zlíně a z Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, FHS, oboru všeobecná sestra. Výběr personálu usnadnil i fakt, že v rámci studijních povinností u nás studenti vykonávali již v minulosti praxi a s pracovním prostředím interní kliniky jsou seznámeni. Nový personál nastoupil k 1. 7. 2013.

### 7.5.3 Přeměření ošetrovatelské zátěže

Po přijetí nového personálu a jeho obsazení do služeb došlo k přeměření ošetrovatelské zátěže, která na žádném oddělení nepřesáhla 100 %. Cíl byl splněn.

Tabulka 50. Kontrolní měření ošetrovatelské zátěže dne 8. 7. 2013 (vlastní zpracování)

Etáž	7	6	5	4	3
<b>počet minut na ZOP</b>	1986,25	2756,25	4276,25	1451,25	4531,25
<b>počet minut na SOP</b>	1543	2388	1576	665	927
<b>jednorázová hodnota</b>	547,5	547,5	547,5	547,5	547,5
<b>převozy pacientů</b>	557,5	527,5	650	135	375
<b>celkový počet minut ošetrovatelské péče/24 hodin</b>	<b>4634,25</b>	<b>6219,25</b>	<b>7049,75</b>	<b>2798,75</b>	<b>6380,75</b>
<b>skutečný počet NLZP na 24 hodin</b>	2D 1,5	3D 1,5	<b>4D11,5</b>	1D11,5	3D11,5
	2N11,5	2N11,5	2N11,5	1N11,5	3N11,5
	1R	1R8	1R8	1R8	2R8
	3R7,5	1R7	<b>3R7,5</b>	1R7,5	3R7,5
	1O7	1D11,5	1D11,5	1D11,5	1O7,5
		1D10	1N11,5	1N11,5	
		1N11,5			
<b>100% ošetrovatelský výkon</b>	5010 minut	6330 minut	7350 minut	3690 minut	6900 minut
<b>ošetrovatelský výkon reálný</b>	92,5 %	98,3 %	95,9 %	75,9 %	92,5 %
<b>počet minut průměrné oš. péče na 1 pacienta na 24 hodin</b>	231,7	172,8	220,3	174,9	212,7

## ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo dosáhnout optimálního počtu NLZP na jednotlivých odděleních IK IPVZ KNTB, a. s. Zlín.

Po provedení měření ošetrovatelské zátěže bylo zjištěno, že stávající NLZP na některých odděleních interní kliniky podává pracovní výkon přes 100 %, což negativně ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče a přináší rizika při provádění odborných výkonů. Z procentuálního výpočtu nad 100 % ošetrovatelské zátěže jsem vypočítala chybějící čas stávajícímu personálu, který by potřeboval, aby výkon práce nepřevyšoval 100 %. Potřebný čas jsem převedla na potenciaální potřebu počtu nových zaměstnanců, kteří by mohli pracovat na dohodu o pracovní činnosti, která je pro zaměstnavatele finančně výhodnější. Provedla jsem nákladovou analýzu, která představuje kompletní náklady na přijetí nových zaměstnanců. Součástí nákladové analýzy je srovnání finančních nákladů, které by zaměstnavatel vynaložil na přesčasovou práci stávajícímu NLZP, kdyby tento personál posiloval služby tak, aby nedocházelo k převýšení pracovního výkonu nad 100 %. Z vyčíslených nákladů je pro zaměstnavatele výhodnější přijmout nové zaměstnance na typ smlouvy dohoda o pracovní činnosti.

Tyto výsledky byly představeny vrcholovému managementu nemocnice a to náměstkyni ošetrovatelské péče a náměstkovi pro řízení lidských zdrojů. Oba souhlasili s navrženým postupem.

Po výběru vhodných kandidátů na nově vzniklá pracovní místa jsem vhodně rozdělila tento personál na pět lůžkových oddělení, tak, aby posílení provozu bylo co nejefektivnější. Z celkového počtu osmi přijatých zdravotnických asistentů se tři přiřadili na 7. etáž lůžkového oddělení IK, tři se přijali na 5. etáž lůžkového oddělení interní kliniky a dva zdravotničtí asistenti se umístili na 3. etáž lůžkového oddělení interní kliniky. Z celkového počtu pěti nově přijatých sanitářů se dva umístili na 7. etáž lůžkového oddělení, dva na 5. etáž lůžkového oddělení a jeden na 3. etáž lůžkového oddělení. Samozřejmě s možností výpomoci těchto pracovníků mezi jednotlivými etážemi.

S novým personálem byla znovu přeměřena ošetrovatelská zátěž, jejíž výsledky vyšly uspokojivě. Ošetrovatelský výkon byl maximální na 6. etáži - 98,3 %. Průměr ošetrovatelské zátěže na všech etážích při kontrolním měření byl 91,02 %.

Projekt lze tedy zhodnotit jako efektivní.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### Monografie:

- ARMSTRONG, Michael, 2007. *Řízení lidských zdrojů*. Praha: Grada. 789 s. ISBN 978-80-247-1407-3.
- BAKALA, Jiří, 2002. *Historie Baťovy nemocnice ve Zlíně 1927 – 2002*. Zlín. 123 s.
- BALŽKOVÁ, Martina, 2007. *Marketingové řízení a plánování pro malé a střední firmy*. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-247-1535-3.
- BĚLOHLÁVEK, František, 2008. *Jak vést a motivovat lidi*. Brno: Computer Press. 113 s. ISBN 978-80-251-2235-8.
- CEJTHAMR, Václav a Jiří DĚDINA, 2010. *Management a organizační chování*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3348-7.
- DĚDINA, Jiří a Jiří ODCHÁZEL, 2007. *Management a moderní organizování firmy*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-2149-1.
- DONNELLY, James H, James GIBSON, John IVANCEVICH. 1997. *Management*. Překlad Jana Heřmanová, Věra Topilová. Praha: Grada. 821 s. ISBN 80-716-9422-3.
- GLADKIJ, Ivan, 2003. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
- GROHAR-MURRAY, Marry Ellen a Helen R DICROCE. 2003. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. Překlad Jana Heřmanová, Věra Topilová. Praha: Grada. 317 s. ISBN 80-247-0267-3.
- KILÍKOVÁ, Mária a Viera JAKUŠOVÁ, 2010. *Teória a prax manažmentu v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. 148 s. ISBN 978-80-8063-290-8.
- PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2012. *Management v ošetrovatel'ství*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0
- POCHYLÁ, Karla a Otakar POCHYLÝ, 1999. *Metoda kvantifikace ošetrovatelské péče pro stanovení počtu ošetrovatelského personálu*. Brno: IDV PZ. 48 s. ISBN 80-7013-290-6.
- POCHYLÁ, Karla a Otakar POCHYLÝ, 2008. *Metoda pro stanovení počtu a kvalifikačního zastoupení ošetrovatelského personálu na standardních ošetrovatelských jednotkách pro dospělé oborů interních, chirurgických, gynekologie a porodnictví, ošetrovatelských a pobytových lůžkách, jako východisko pro vytvoření standardu*



*personálního vybavení daného pracoviště. Pracovní postupy.* Praha: Galén. 20 s. ISBN 978-80-7262-550-5.

PROVAZNÍK, Ján a Janka LADOVÁ, 2010. *Celostní management.* 4. vyd. Bratislava: Iris. 490 s. ISBN 978-80-89256-48-8.

SOUČEK Zdeněk a Jan BURIAN, 2006. *Strategické řízení zdravotnických zařízení.* Praha: Professional Publishing. 196 s. ISBN 80-86946-18-5.

SYNEK, Miloslav a kol. *Manažerská ekonomika.* 2007. 4. aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada. 464 s. ISBN 978-80-247-1992-4.

ŠATERA, Karel, 2012. *Zdravotní pojištění a ekonomika.* 2. upravené vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. 125 s. ISBN 978-80-7454-135-3.

ŠEDO, Jiří, 2012. *DRG v praxi: Seznámení s českou implementací úhradového systému DRG.* Praha: Galén. 97 s. ISBN 978-80-7262-950-3.

ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ, 2003. *Kreativní ošetrovatelský management.* Praha: Orion. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.

VEBER, Jaromír, 2009. *Management: základy, moderní manažerské přístupy, výkonnost a prosperita.* 2., aktualiz. vyd. Praha: Management Press. 734 s. ISBN 978-80-7261-200-0.

ZLÁMAL, Jaroslav a Jana BELLOVÁ, 2005. *Ekonomika zdravotnictví.* Brno: NCONZO. 206 s. ISBN 80-701-3429-1.

### **Internetové zdroje:**

POCHYLÁ, Karla a Otakar POCHYLÝ. *Metoda pro stanovení počtu ošetrovatelského personálu.* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, © 2010 [cit. 2013-06-27]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/standardy-oseetrovatelske-pece\\_2889\\_15.html](http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/standardy-oseetrovatelske-pece_2889_15.html)

*Standardy ošetrovatelské péče: Kvalita a bezpečí* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, © 2010 [cit. 2013-06-16]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/standardy-oseetrovatelske-pece\\_2889\\_15.html](http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/standardy-oseetrovatelske-pece_2889_15.html)

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

apod.	a podobně
CATHALAB	katetrizační laboratoř
CSc.	kandidát věd
CPDO	celková pracovní doba ošetrovatelského personálu
ČR	Česká republika
D	denní služba
doc.	docent
DOPČ	dohoda o pracovní činnosti
Dr.	lékař
DRG	diagnosis Related Groups
FHS	Fakulta humanitních studií
hod.	hodin
IGA MZ	Interní grantová agentura Ministerstva zdravotnictví
IK	interní klinika
IK IPVZ	interní klinika institut postgraduálního vzdělávání zdravotníků
ISO	International Organization for Standardization
KIS	klinický informační systém
ks.	kus
KNTB	Krajská nemocnice Tomáše Bati
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
MIS	manažerský informační systém
MUDr.	lékař
N	noční služba
např.	například

---

NLZP	nelékařský zdravotnický personál
MD	mateřská dovolená
oš.	ošetřovatelský/á
PACS	picture archiving and communication system
př. n. l.	před naším letopočtem
R	ranní služba
SAK	Spojená akreditační komise
Sb.	sbírka
SOP	speciální ošetřovatelská péče
SSSR	Svaz sovětských socialistických republik
tzv.	takzvaně
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
ZA	zdravotnický asistent
ZOP	základní ošetřovatelská péče
ZPOD	zdravotnický pracovník pod odborným dohledem
ZPBD	zdravotnický pracovník bez odborného dohledu

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obrázek 1. <i>Práce s pacientem na IK, charakteristika procesu poskytování zdravotní péče (vlastní zpracování)</i> .....	53
Obrázek 2. <i>Organizační schéma NLZP na interní klinice IPVZ (vlastní zpracování)</i> .....	54
Obrázek 3. <i>Struktura projektu (vlastní zpracování)</i> .....	55
Obrázek 4. <i>Strategie vyjednávání ze stakeholders</i> .....	88

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1. <i>Sestavení projektového týmu (vlastní zpracování)</i> .....	56
Tabulka 2. <i>Časová analýza (vlastní zpracování)</i> .....	56
Tabulka 3. <i>První měření ošetrovatelské zátěže dne 30. 5. 2012 (vlastní zpracování)</i> .....	60
Tabulka 4. <i>Druhé měření ošetrovatelské zátěže dne 11. 6. 2012 (vlastní zpracování)</i> .....	61
Tabulka 5. <i>Třetí měření ošetrovatelské zátěže dne 22. 6. 2012 (vlastní zpracování)</i> .....	61
Tabulka 6. <i>Čtvrté měření ošetrovatelské zátěže dne 28. 6. 2012 (vlastní zpracování)</i> .....	62
Tabulka 7. <i>Páté měření ošetrovatelské zátěže dne 4. 7. 2012 (vlastní zpracování)</i> .....	62
Tabulka 8. <i>Šesté měření ošetrovatelské zátěže dne 8. 8. 2012 (vlastní zpracování)</i> .....	63
Tabulka 9. <i>Sedmé měření ošetrovatelské zátěže dne 14. 8. 2012 (vlastní zpracování)</i> .....	63
Tabulka 10. <i>Osmé měření ošetrovatelské zátěže dne 20. 8. 2012 (vlastní zpracování)</i> .....	64
Tabulka 11. <i>Deváté měření ošetrovatelské zátěže dne 14. 9. 2012 (vlastní zpracování)</i> .....	64
Tabulka 12. <i>Desáté měření ošetrovatelské zátěže dne 26. 9. 2012 (vlastní zpracování)</i> .....	65
Tabulka 13. <i>Závěr z prvního bloku měření ošetrovatelské zátěže personálu v procentech (vlastní zpracování)</i> .....	65
Tabulka 14. <i>Závěr z prvního bloku měření - počet minut potřebných na ošetrovatelskou péči na jednoho pacienta za 24 hodin (vlastní zpracování)</i> .....	66
Tabulka 15. <i>Vyčíslené minuty práce prvního bloku měření nad 100 % (vlastní zpracování)</i> .....	66
Tabulka 16. <i>První měření ošetrovatelské zátěže dne 7. 1. 2013 (vlastní zpracování)</i> .....	69
Tabulka 17. <i>Druhé měření ošetrovatelské zátěže dne 8. 1. 2013 (vlastní zpracování)</i> .....	69
Tabulka 18. <i>Třetí měření ošetrovatelské zátěže dne 9. 1. 2013 (vlastní zpracování)</i> .....	70
Tabulka 19. <i>Čtvrté měření ošetrovatelské zátěže dne 10. 1. 2013 (vlastní zpracování)</i> .....	70
Tabulka 20. <i>Páté měření ošetrovatelské zátěže dne 11. 1. 2013 (vlastní zpracování)</i> .....	71
Tabulka 21. <i>Šesté měření ošetrovatelské zátěže dne 14. 1. 2013 (vlastní zpracování)</i> .....	71
Tabulka 22. <i>Sedmé měření ošetrovatelské zátěže dne 15. 1. 2013 (vlastní zpracování)</i> .....	72
Tabulka 23. <i>Osmé měření ošetrovatelské zátěže dne 16. 1. 2013 (vlastní zpracování)</i> .....	72
Tabulka 24. <i>Deváté měření ošetrovatelské zátěže dne 17. 1. 2013 (vlastní zpracování)</i> .....	73
Tabulka 25. <i>Desáté měření ošetrovatelské zátěže dne 18. 1. 2013 (vlastní zpracování)</i> .....	73
Tabulka 26. <i>Závěr z druhého bloku měření ošetrovatelské zátěže personálu v procentech (vlastní zpracování)</i> .....	74

Tabulka 27. Závěr z druhého bloku měření - počet minut potřebných na ošetřovatelskou péči na jednoho pacienta za 24 hodin (vlastní zpracování) .....	74
Tabulka 28. Vyčíslené minuty práce druhého bloku měření nad 100 % (vlastní zpracování) .....	75
Tabulka 29. První měření ošetřovatelské zátěže dne 22. 4. 2013 (vlastní zpracování) .....	77
Tabulka 30. Druhé měření ošetřovatelské zátěže dne 23. 4. 2013 (vlastní zpracování) .....	78
Tabulka 31. Třetí měření ošetřovatelské zátěže dne 24. 4. 2013 (vlastní zpracování) .....	78
Tabulka 32. Čtvrté měření ošetřovatelské zátěže dne 25. 4. 2013 (vlastní zpracování) .....	79
Tabulka 33. Páté měření ošetřovatelské zátěže dne 26. 4. 2013 (vlastní zpracování) .....	79
Tabulka 34. Šesté měření ošetřovatelské zátěže dne 29. 4. 2013 (vlastní zpracování) .....	80
Tabulka 35. Sedmé měření ošetřovatelské zátěže dne 30. 4. 2013 (vlastní zpracování) .....	80
Tabulka 36. Osmé měření ošetřovatelské zátěže dne 1. 5. 2013 (vlastní zpracování) .....	81
Tabulka 37. Deváté měření ošetřovatelské zátěže dne 2. 5. 2013 (vlastní zpracování) .....	81
Tabulka 38. Desáté měření ošetřovatelské zátěže dne 3. 5. 2013 (vlastní zpracování) .....	82
Tabulka 39. Závěr z třetího bloku měření - počet minut potřebných na ošetřovatelskou péči na jednoho pacienta za 24 hodin (vlastní zpracování) .....	82
Tabulka 40. Závěr z třetího bloku měření - počet minut potřebných na ošetřovatelskou péči na jednoho pacienta za 24 hodin (vlastní zpracování) .....	83
Tabulka 41. Vyčíslené minuty práce nad 100 % v třetím bloku měření (vlastní zpracování) .....	83
Tabulka 42. Vyčíslené minuty práce nad 100 % ze všech třech bloků měření – souhrn (vlastní zpracování) .....	86
Tabulka 43. Analýza budoucích trendů (vlastní zpracování) .....	86
Tabulka 44. Analýza stakeholders (vlastní zpracování) .....	88
Tabulka 45. Strategie argumentačního plánu se stakeholders (vlastní zpracování) .....	88
Tabulka 46. SWOT analýza interní kliniky (vlastní zpracování) .....	89
Tabulka 47. Nákladová analýza pro zdravotnické asistenty (vlastní zpracování) .....	91
Tabulka 48. Nákladová analýza pro sanitáře (vlastní zpracování) .....	92
Tabulka 49. Přesčasová práce (vlastní zpracování) .....	93
Tabulka 50. Kontrolní měření ošetřovatelské zátěže dne 8. 7. 2013 (vlastní zpracování) .....	94

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Popis pracovní činnosti vrchní sestry interní kliniky

Příloha P II: Cíle kvality KNTB 2013

Příloha P III: Plán pracovníků

Příloha P IV: Plnění pracovníků

Příloha P V: Výsledné hodnoty na základní ošetrovatelskou péči (ZOP) v jednotlivých kategoriích pro interní obory podle Pochylé (1999)

Příloha P VI: Záznamový list speciální ošetrovatelské zátěže (SOP) na IK IPVZ v KNTB, a. s. Zlín - standardní lůžka

Příloha P VII: Denní jednorázová hodnota na standardních lůžkových stanicích IK IPVZ KNTB, a. s. Zlín

## PŘÍLOHA P I: POPIS PRACOVNÍ ČINNOSTI VRCHNÍ SESTRY INTERNÍ KLINIKY

Zaměstnavatel:	Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Jméno a příjmení:	<b>Bc. Drábková Marcela</b>
Pracovní pozice:	vrchní sestra
Útvar - pracoviště:	Interní klinika IPVZ
Nadřízená pozice:	Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči (NOP)
Řídí funkce:	Staniční sestry Nelékařské zdravotnické pracovníky (NLZP) Pracovnice úklidu
Zastupuje:	
Platnost od:	
Základní charakteristika:	
Vede nelékařské zdravotnické pracovníky a pracovnice úklidu na svém pracovišti	
<b>Konkrétní činnosti:</b>	
<p><b>1. V oblasti ošetrovatelské činnosti</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Řídí práci NLZP v oblasti ošetrovatelské péče podle nejnovějších ošetrovatelských metod na všech stanicích lůžkové a ambulantní péče</li> <li>- Řídí porady staničních sester</li> <li>- Schvaluje rozpis služby a vede evidenci odpracovaných hodin, zpracovává podklady pro mzdovou účtárnu</li> <li>- Ukládá úkoly podřízeným pracovníkům k zajištění kvality ošetrovatelské péče o pacienty</li> <li>- Realizuje nové metody ošetrovatelské péče, vzdělává sestry a organizuje péči prostřednictvím skupinové ošetrovatelské péče a ošetrovatelského procesu</li> <li>- Ve spolupráci s primářem oddělení koordinuje ošetrovatelskou a léčebnou péči</li> <li>- Spolupracuje s primářem oddělení při realizaci a pravidelné revizi standardů pro celou oblast ošetrovatelské péče</li> <li>- Ve spolupráci s primářem připravuje oddělení k certifikaci, akreditaci</li> <li>- Účastní se vizit na oddělení, schůzek lékařského kolektivu a porad vedoucích NLZP</li> <li>- Kontroluje odbornou a administrativní činnost podřízených na svém úseku související s příslušnými předpisy KNTB</li> <li>- Koordinuje šetření spokojenosti pacientů, rodičů, zaměstnanců v rámci oddělení</li> <li>- Pravidelně informuje podřízené pracovníky o zdravotnických předpisech a informacích, které mají vztah k jejich práci</li> </ul>	



## **2. V oblasti personální činnosti ve spolupráci s NOP**

- Spolupracuje při náboru a výběru nových zaměstnanců
- Řídí přemístování podřízených pracovníků v zájmu zajištění provozu
- Rozhoduje o prohlubování případně rozšiřování kvalifikace podřízených zaměstnanců
- Spravuje základní personální dokumentaci o podřízených v rozsahu nutném pro potřeby oddělení
- Zodpovídá za aktualizaci dat v organizačním schématu OrgPlus a pro přílohu č. 2
- Navrhuje změnu systematizace pracovních míst personálu na svém úseku
- Vypracovává plán adaptačního procesu, sleduje průběh adaptace
- Rozhoduje o čerpání dovolené podřízených zaměstnanců
- Navrhuje rozšíření kvalifikace podřízených zaměstnanců s ohledem na budoucí využití pracovníků v praxi
- Organizuje a kontroluje realizaci opatření bezpečnosti práce a hygieny svém oddělení
- Pravidelně hodnotí pracovní výkon podřízených zaměstnanců nejméně 1 krát ročně

## **3. V oblasti vzdělávání**

- Ve spolupráci s NOP, staničními sestrami ev. sestrami školitelkami na svém pracovišti koordinuje klinickou a ošetrovatelskou praxi studentů středních, vyšších a vysokých zdravotnických škol a mediků
- Organizuje odborné stáže podřízených zaměstnanců na jiných odděleních v rámci KNTB
- Organizuje odborné semináře v rámci oddělení
- Podílí se na organizaci a odborném zajištění odborných konferencí organizovaných KNTB
- Soustavně se vzdělává v oblastech souvisejících s poskytováním a organizací ošetrovatelské péče

## **4. V oblasti ekonomické činnosti**

- Průběžně sleduje čerpání mzdových nákladů
- Spolupracuje s primářem oddělení při čerpání nákladů na materiální zajištění svého úseku
- Průběžně sleduje ekonomické ukazatele hospodaření střediska a v rozsahu svých kompetencí se podílí na zlepšování těchto ukazatelů
- Zodpovídá za vybavení a zásoby materiálu na oddělení a dohlíží na efektivní hospodaření s ním (dodržování stanovených limitů)
- Koordinuje s pověřenými osobami péči o zdravotnické prostředky v inventáři svého pracoviště
- Zodpovídá za požadavky pro sklady spotřebního zdravotnického materiálu, pro sklady čisticích, dezinfekčních a kancelářských potřeb, aj.

## **5. V oblasti provozní činnosti**

- Zajišťuje technické podmínky pro poskytování léčebné a ošetrovatelské péče

## **6. V oblasti kontrolní činnosti**

- Koordinuje kontrolní činnost staničních sester
- Provádí pravidelné kontroly kvality ošetrovatelské péče a dodržování stanovených postupů – ošetrovatelských standardů, plnění ošetrovatelských plánů, vedení ošetrovatelské dokumentace, hlášení o počtu nemocných a jejich diet a dodržování platných předpisů organizace a ostatních činností vyplývajících z funkčního zařazení; vede záznamy o této kontrolní činnosti
- Spolupracuje s NOP při realizaci auditu ošetrovatelských činností

**Povinnosti v celoživotním vzdělávání**

- Rozvíjí svůj profesionální rozhled absolvováním odborných seminářů vztahujících se k oboru, případně k managementu ošetrovatelství
- Obnovuje si osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu
- Předává vlastní zkušenosti a znalosti aktivní přednáškovou činností
- Účastní se všech školení povinných pro vedoucí pracovníky

**Odpovědnosti**

- Odpovídá za poskytování péče lege artis
- Odpovídá za dodržování vnitřních předpisů organizace
- Odpovídá za poskytování ošetrovatelské péče kompetentními osobami
- Řídí ekonomické náklady
- Odpovídá za dodržování předpisů BOZP
- Odpovídá za zajištění provozu oddělení po stránce lidských, materiálních i technických zdrojů
- Má kompetence v rozsahu náplně činnosti všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v oboru ošetrovatelská péče o dospělé – interna.

Vykonává další práce vyplývající z plnění konkrétních úkolů.

**Související legislativa:**

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařského povolání a k výkonu činností související s poskytováním zdravotní péče, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška 195/ 2005 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče.

Požadované vzdělání	specializovaná způsobilost nebo vysokoškolské vzdělání v oboru ošetrovatelství
Odborná způsobilost dle zákona č. 96/2004 Sb.	odborná způsobilost v oboru dle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu
Požadovaná praxe v oboru	10 let
Požadované způsobilosti (znalosti, dovednosti)	uživatelská znalost práce na PC včetně práce s KIS schopnost komunikovat a kooperovat, řešit problémy, samostatnost, schopnost přijmout odpovědnost, zdůvodňovat a hodnotit práci svou i podřízených, vzdělávat se

## **PŘÍLOHA P II:**

### **CÍLE KVALITY KNTB PRO ROK 2013**

- 1) UDRŽET TREND V PŘIBLIŽOVÁNÍ SE VYROVNANÉMU HOSPODAŘENÍ I PŘI ZHORŠENÝCH ÚHRADOVÝCH PODMÍNKÁCH CESTOU ZVÝŠENÍ EFEKTIVNOSTI VYNALOŽENÝCH PROSTŘEDKŮ, A TO PŘEDEVŠÍM UDRŽENÍM VÝŠE OSOBNÍCH NÁKLADŮ NA ÚROVNI ROKU 2012 A SNÍŽENÍM SPOTŘEBY MATERIÁLU O 2 % PROTI ROKU 2012.**  
T: LEDEN 2014.  
ZODPOVÍDÁ: VEDENÍ NEMOCNICE.
- 2) ZVÝŠENÍ VÝNOSŮ A PŘIDANÉ HODNOTY NA PRACOVNÍKA. SNÍŽENÍ PODÍLU OSOBNÍCH NÁKLADŮ A SPOTŘEBY MATERIÁLU VE VÝNOSECH.**  
T: LEDEN 2014.  
ZODPOVÍDÁ: VEDENÍ NEMOCNICE.
- 3) ZAHÁJENÍ „0“ ETAPY VÝSTAVBY CENTRÁLNÍHO OBJEKTU A CENTRÁLNÍHO URGENTNÍHO PŘÍJMU.**  
T: PROSINEC 2013.  
ZODPOVÍDÁ: VEDENÍ NEMOCNICE.
- 4) ZAVÉST METODIKU HODNOCENÍ ZAMĚSTNANCŮ NEMOCNICE.**  
T: PROSINEC 2013.  
ZODPOVÍDÁ: NÁMĚSTEK PRO PERSONÁLNÍ A PRÁVNÍ OBLAST.
- 5) DOSÁHNOUT ÚROVNĚ AUDITU Č. II NASKL VE VŠECH KLINICKÝCH LABORATOŘÍCH DLE NORMY ČSN EN ISO 15189:2007 (požadavky na způsobilost a kvalitu zdravotnických laboratoří).**  
T: PROSINEC 2013.  
ZODPOVÍDAJÍ: PŘÍSLUŠNÍ VEDOUCÍ LABORATOŘÍ.
- 6) OBHÁJIT CERTIFIKÁT SYSTÉMU MANAGEMENTU KVALITY ISO 9001 PŘI DOZOROVÉM AUDITU.**  
T: ZÁŘÍ 2013.  
ZODPOVÍDÁ: VEDENÍ NEMOCNICE.
- 7) ZPROVOZNĚNÍ GAMA KAMERY NA ODDĚLENÍ NUKLEÁRNÍ MEDICÍNY.**  
T: DUBEN 2013.  
ZODPOVÍDÁ: NÁMĚSTKYNĚ PRO EKONOMIKU A PROVOZ.
- 8) ZLEPŠIT HLÁŠENÍ NN OŠETŘUJÍCÍM LÉKAŘEM V KIS.**  
METRIKA: HLÁŠENÍ NOZOKOMIÁLNÍCH NÁKAZ V KIS/POČET NN EVIDOVANÝCH NEMOCNIČNÍM EPIDEMIOLOGEM

T: PROSINEC 2013.

ZODPOVÍDAJÍ: PRIMÁŘI ODDĚLENÍ.

**9) KOP - KVALITA OČIMA PACIENTŮ:**

**A) ZVÝŠENÍ RATINGU KVALITY OČIMA PACIENTŮ O JEDEN STUPEŇ, Z HODNOTY „B+“ NA HODNOTU „A-„ (tedy na hodnotu „standardní kvality zdravotní péče“)**

**B) ZVÝŠIT HODNOCENÍ INDIKÁTORŮ: „ZNALOST OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE“ (podporovat představování lékařů pacientům), SROZUMITELNOST ODPOVĚDÍ LÉKAŘE“, „SROZUMITELNOST ODPOVĚDÍ SESTRY“.**

T: PROSINEC 2013.

ZODPOVÍDAJÍ: PRIMÁŘI ODDĚLENÍ, VEDOUCÍ NLZP.

SCHVÁLENO PŘEDSTAVENSTVEM KNTB, a. s., DNE 18. 2. 2013.

## PŘÍLOHA P III: PLÁN PRACOVNÍKŮ

	lůžka nasmlouvaná	lůžka skutečnost	vrchní sestra, SV	staniční sestra, SV	ZPBD SV	ZPBD	ZPOD	ROŠ/ převazová	ZPOD bez mat. 99/2012	RA	THP	úklid	Suma VS dle vyhlášky 99/2012	Potřeba oddělení pro provoz	Rozdíl potřeba - vyhláška 99/2012
JIP 2. etáž	8	8		1	4,6	13			1,6			1	18,6	20,6	2
JIP 4. etáž	12	12		1	6,6	19,8			2,4			0,6	27,4	25,4	-2
JIP plicní	4	4		1	4,8	4			0,8				9,8	9,8	0
JIP	24	24	0	3	16	36,8			4,8			1,6	55,8	55,8	0
3. etáž	28	35		1		7,52			3,29			2	8,52	16	7,48
4. etáž	17	17		0,7		5,57			2,44			2	6,27	6	-0,27
5. etáž	28	35		1		7,52			3,29			2	8,52	11,6	3,08
6. etáž	28	35		1		7,52			3,29			2	8,52	11,6	3,08
7. etáž	24	26		0,88		6,55			2,87			2	7,43	10,5	3,07
Celkem SL	125	148	0	4,58	0	34,68			15,18			10	39,26	55,7	16,44
Dialýza				1	6,78	7			2			1	14,78	14,78	0
Příjem				1		9			5		6	0,5	11	11	0
Ambulance				1		7						2DO Č	8	8	0
Funkční				1		8							9	9	0
KVC				1	7				2	1		1	10	8	-2
Endoskopie				1		4			1				5	5	0
Spisovna						7					3		7	7	0
Celkem amb.				6	13,78	42			10	1	9	2,5	64,78	62,78	-2
Celkem odd.		172	0	13,58	29,78	113,48			29,98	1	9	14	159,84	174,28	14,44

## PŘÍLOHA P IV: PLNĚNÍ PRACOVNÍKŮ

	lůžka nasmlouvaná	lůžka skutečnost	vrchní sestra, SV	staniční sestra, SV	ZPBD SV	ZPBD	ZPOD	ROŠ/ převazová	ZPOD bez mat. 99/2012	RA	THP	úklid	Suma VS	Rozdíl skutečnost - provoz - ROŠ, Přev.	DPN VS započte- ných
JIP 2. etáž	8	8		1	5,5	6,8	6,3		4				19,6	-1	
JIP 4. etáž	12	12		1	3,6	12	10,2	1	5				27,8	2,4	-3,6
JIP plicní	4	4		1	2	5,8	1,8		2				10,6	0,8	-1
JIP	24	24		3	11,1		42,9	1	11	0	0	0	58	2,2	-4,6
3. etáž	28	35		1	2	8,4	5		4			2	16,4	0,4	-0,8
4. etáž	17	17		1		4	1		4				6	0	0
5. etáž	28	35		1		8,3	2,5	1	5,8				12,8	0,2	-2
6. etáž	28	35		1		4,8	5,3	1	8,8				12,1	-0,5	-1
7. etáž	24	26	1	1		7,7	1,6	1	4			2	12,3	-0,2	0
Celkem SL	125	148	1	5	2		48,6	3	26,6			4	59,6	-0,1	-3,8
Dialýza				1	5,75	7,5			2				14,25	-0,53	
Příjem				1		6	1,2		5		5,5		8,2	-2,8	
Ambulan- ce				1	4	4,3							10,3	2,3	
Funkční				1		5,2							6,2	-2,8	
KVC				1	6,4				2	1		1	8,8	0,8	-1
Endosko- pie				1	3	1			1				5	0	
Spisovna											3,7		0	-7	
Celkem amb.		0	0	6	19,15		25,2		10	1	9,2	1	52,75	-10,03	-1
Celkem odd.		172	1	14	32,25		116,7	4	47,6	1	9,2	5	170,35	-7,93	-9,4

## PŘÍLOHA P V:

<b>Výsledné hodnoty na základní ošetrovatelskou péči (ZOP) v jednotlivých kategoriích pro interní obory podle Pochylé (1999)</b>			
<b>Stupeň kategorie pacienta:</b>	<b>Oš. zátěž v minutách/pacienta/24h.</b>	<b>Aktuální stav na odd.</b>	<b>Součet minut</b>
Kategorie pacienta 1	<b>5 min.</b>		
Kategorie pacienta 2	<b>23 min.</b>		
Kategorie pacienta 3	<b>62 min.</b>		
Kategorie pacienta 4	<b>122 min.</b>		
Celkem pro oddělení ZOP:			

## PŘÍLOHA P VI:

<b>Záznamový list speciální ošetrovatelské zátěže (SOP) na IK IPVZ v KNTB, a. s. Zlín - standardní lůžka</b>				
<b>Oddělení:</b>				
<b>Datum:</b>				
<b>Sestra na denní službě:</b>				
<b>Sestra na noční službě:</b>				
<b>1 bod je roven 2,5 min.</b>				
<b>Činnost/Ošetrovatelský výkon</b>	<b>Bodová hodnota</b>	<b>Četnost D</b>	<b>Četnost N</b>	<b>Celkem</b>
Podávání léků per os	1,5			
Aplikace injekcí s.c., i.m.	2			
Aplikace infuzí	6			
Aplikace i.v. injekcí	4			
Asistence při aplikaci krevních derivátů	8			
Aplikace léčebných prostředků místě	2			
Oxygenoterapie	4			
Monitorování vitálních funkcí	1			
Zhotovení EKG záznamů	4			
Vedení bilance tekutin	2			
Péče o ránu	3			
Zajištění žilního vstupu	4			
Péče o žilní přístup, CŽK	1			
Péče o stomii, PEG, NGS	6			
Bandáže DKK	2			
Podání klyzmatu	4			
Cévkování močového měchýře	5			
Odběr biologického materiálu	3			
Stanovení glykemie glukometrem	2			
Edukace pacienta a jeho rodiny - základní informace	3			
Edukace pacienta – specifická	10			
Příprava pacienta a asistence u punkce	10			
Příprava pacienta k invazivnímu výkonu	10			
Zajištění konziliárních a jiných vyšetření	2			
Příjem, překlad, propuštění, úmrtí	10			
Doprovod sestrou na vyšetření	18			
Plnění ordinací z vizit	4			
CVT	8			
<b>Celkem</b>				



**PŘÍLOHA P VII:**

<b>Denní jednorázová hodnota na standardních lůžkových stanicích IK IPVZ KNTB, a. s. Zlín</b>		
Oddělení: Datum: Sestra na denní službě: Sestra na noční službě:		
<b>Činnost denní jednorázové hodnoty</b>	<b>Body</b>	<b>Součet potřebného času: pa- cient/24h</b>
Přebírání služby	10 (2x)	50
Písemné plánování ošetrovatelské péče	15 (2x)	75
Předávání pacienta	15 (1x)	37,5
Administrativní činnost související s vizitou (příprava dokumentace, kompletace výsled- ků, kontrola úplnosti záznamů, kontrola splněných ordinací	15 (1x)	37,5
Konzultační činnosti s lékařem	10 (2x)	50
Telefonické hovory	15 (2x)	75
Péče o pomůcky, přístroje, příprava materiá- lu	10 (2x)	50
Plnění týdenního harmonogramu činností	15 (2x)	37,5
Povinná přestávka	12 (2x)	60
Neplánované pochůzky	10 (2x)	50
Jednání s rodinnými příslušníky	5 (2x)	25
<b>Celkem</b>		<b>547,5</b>