

Inovace akutní péče v regionu Jičín

Bc. Dana Bejrová, DiS.

Diplomová práce
2015

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky
Ústav managementu a marketingu
akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Dana Bejrová, DiS.**
Osobní číslo: **M13644**
Studijní program: **N6208 Ekonomika a management**
Studijní obor: **Management ve zdravotnictví**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Inovace akutní péče v regionu Jičín**

Zásady pro vypracování:

Úvod

Definujte cíle práce a použité metody zpracování práce.

I. Teoretická část

- Na základě literární rešerše charakterizujte proces příjmu akutních pacientů do zdravotnického zařízení a jeho řízení.

II. Praktická část

- Analyzujte současný stav systému návaznosti přednemocniční a nemocniční péče v Královéhradeckém kraji, zejména regionu Jičín.
- Na základě analýzy vytvořte projekt inovovaného systému akutní péče.
- Vyhodnoťte náklady na inovaci a očekávané přínosy a rizika.

Závěr

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

Seznam odborné literatury:

DOBIÁŠ, Viliam. Klinická propedeutika v urgentní medicíně. Praha: Grada, 2013, 208 s. ISBN 978-802-4745-718.
FIŠER, Roman. Procesní řízení pro manažery: jak zařídit, aby lidé věděli, chtěli, uměli i mohli. Praha: Grada, 2014, 173 s. ISBN 978-80-247-5038-5.
GLADKIJ, Ivan. Management ve zdravotnictví. Brno: Computer Press, 2003, 380 s. ISBN 80-722-6996-8.
LINDENAU-STOCKFISCH, Verena. Lean management in hospitals: principles and key factors for successful implementation. Hamburg: Diplomica Verlag, 2011, 73 p. ISBN 9783863415181.
PLEVOVÁ, Ilona. Management v ošetrovatelství. Praha: Grada, 2012, 304 s. ISBN 978-802-4738-710.
WALSH, Kay a Karen S. ZANDER. Emergency department case management: strategies for creating and sustaining a successful program. Marblehead, MA: HCPro, 2007, 180 p. ISBN 16-014-6046-5.

Vedoucí diplomové práce: **prof. MUDr. Jaroslav Slaný, CSc.**
Ústav managementu a marketingu
Datum zadání diplomové práce: **16. února 2015**
Termín odevzdání diplomové práce: **27. dubna 2015**

Ve Zlíně dne 16. února 2015

prof. Dr. Ing. Drahomíra Pavelková
děkanka



doc. Ing. Pavla Staňková, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ/DIPLOMOVÉ PRÁCE

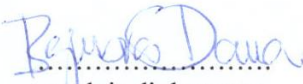
Prohlašuji, že

- beru na vědomí, že odevzdáním diplomové/bakalářské 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;
- beru na vědomí, že diplomová/bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí, že jeden výtisk diplomové/bakalářské práce bude uložen na elektronickém nosiči v příruční knihovně Fakulty managementu a ekonomiky Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně;
- byl/a jsem seznámen/a s tím, že na moji diplomovou/bakalářskou 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;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 2 a 3 autorského zákona mohu užít své dílo – diplomovou/bakalářskou práci nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen připouští-li tak licenční smlouva uzavřená mezi mnou a Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně s tím, že vyrovnání případného přiměřeného příspěvku na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše) bude rovněž předmětem této licenční smlouvy;
- beru na vědomí, že pokud bylo k vypracování diplomové/bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tedy pouze k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové/bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- beru na vědomí, že pokud je výstupem diplomové/bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá. Neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji,

1. že jsem na diplomové/bakalářské práci pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.
2. že odevzdaná verze diplomové/bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně 27.4.2015


podpis diplomanta

ABSTRAKT

Tématem diplomové práce je inovace akutní péče v regionu Jičín a zabývá se v teoretické části stručnou charakteristikou procesu a procesního řízení zejména na základě dostupné odborné literatury, v závěru je nastíněna obecná problematika příjmu akutních pacientů do zdravotnických zařízení a návaznost přednemocniční a nemocniční péče. Praktická část práce se věnuje regionu Jičín v Královéhradeckém kraji, konkrétně Oblastní nemocnici Jičín, a. s. V úvodu jsou uvedeny základní historické a současné rysy společnosti a dále se věnuje analýzám makroprostředí a mikroprostředí. V poslední části práce hodnotím interpretované výsledky analýz a navrhuji optimální řešení pro proces příjmu akutních pacientů, kterým je z dlouhodobého hlediska vznik centrálního příjmu. V závěru krátce hodnotím náklady, rizika a přínosy výše uvedeného projektu.

Klíčová slova: Centrální příjem, nemocniční péče, proces, procesní řízení.

ABSTRACT

The thesis of the diploma is an innovation acute care in the region of Jičín and it discusses the theoretical part of the brief characteristics of processes and process management in particular on the basis of the available literature, in conclusion, there is a general problem in receiving emergency patients to medical facilities and continuity of pre-hospital and hospital care. The practical part is devoted to the region of Jičín and Hradec Králové region, namely the regional hospital Jičín, as in the beginning are the basic features of historical and contemporary society and is dedicated to the analysis of macro and micro. In the last part I evaluate the interpreted results of analysis and suggest the optimal solution for acute patients receiving the process, which is the long-term establishment of the central intake. In conclusion, briefly evaluate the costs, risks and benefits of the above project.

Keywords: Central receiving, hospital care, process, process management.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Inovace akutní péče v regionu Jičín vypracovala samostatně pod vedením prof. MUDr. Jaroslava Slaného, CSc. a ve spolupráci s Oblastní nemocnicí Jičín, a. s., na základě odborných konzultací s Ing. Petrem Mackem a ředitelem nemocnice MUDr. Tomášem Jedličkou, MHA. V seznamu zdrojů jsem uvedla všechny použité odborné zdroje v souladu s právními předpisy a vnitřními předpisy Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

Poděkování

Na tomto místě chci poděkovat zejména svému vedoucímu práce prof. MUDr. Jaroslavu Slanému, CSc. za užitečné rady, vstřícnost a shovívavost. Dále bych ráda poděkovala Ing. Petru Mackovi a řediteli nemocnice MUDr. Tomášovi Jedličkovi, MHA za podněty a pomoc při zpracování dat.

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 PROCESNÍ PROSTŘEDÍ OBECNĚ	11
1.1 DEFINICE PROCESU	11
1.2 FUNKČNÍ ŘÍZENÍ	12
1.3 PROCESNÍ ŘÍZENÍ	12
1.3.1 Zlepšování procesů.....	15
2 IMPLEMENTACE PROCESNÍHO ŘÍZENÍ	18
2.1 STRATEGICKÉ PLÁNOVÁNÍ.....	18
2.2 PROCESNÍ ANALÝZA	19
2.2.1 Vlastní implementace procesního řízení	20
2.2.1.1 Konektivita.....	20
2.2.1.2 Efektivita.....	21
2.2.1.3 Flexibilita.....	23
2.2.1.4 Dynamika.....	24
3 POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE	25
3.1 LEGISLATIVNÍ RÁMEC.....	25
3.2 ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ.....	26
3.3 DRUHY A FORMY ZDRAVOTNÍ PÉČE	27
3.3.1 Zdravotní péče a její úhrada	28
3.4 PŘÍJEM AKUTNÍCH PACIENTŮ - URGENTNÍ PŘÍJEM VS. PAVILÓNOVÝ TYP	29
II PRAKTICKÁ ČÁST	31
4 KRÁLOVÉHRADECKÝ KRAJ – REGION JIČÍN	32
4.1 HISTORIE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ V REGIONU JIČÍN	32
4.1.1 Hořice.....	32
4.1.2 Nová Paka	32
4.1.3 Nový Bydžov	33
4.1.4 Jičín	33
4.2 SOUČASNOST - OBLASTNÍ NEMOCNICE JIČÍN, A. S.	34
5 ANALÝZA OBLASTNÍ NEMOCNICE JIČÍN, A. S.	37
5.1 ANALÝZA MAKROPROSTŘEDÍ	37
5.2 ANALÝZA VNĚJŠÍHO MIKROPROSTŘEDÍ	42
5.3 ANALÝZA VNITŘNÍHO MIKROPROSTŘEDÍ	44
5.4 ANALÝZA SYSTÉMU NÁVAZNOSTI PŘEDNEMOCNIČNÍ A NEMOCNIČNÍ PÉČE V KRÁLOVÉHRADECKÉM KRAJI	46
5.4.1 Region Jičín.....	48
5.5 BENCHMARKING	54
5.5.1 Fakultní nemocnice Hradec Králové.....	54
5.5.2 Klaudiánova nemocnice Mladá Boleslav, a.s.	56
5.6 ANALÝZA SWOT	56
6 NÁVRH OPTIMÁLNÍHO ŘEŠENÍ	59

6.1	NÁVRH K PROJEKTU CENTRÁLNÍHO PŘÍJMU	60
6.1.1	Struktura centrálního příjmu	61
6.1.2	Materiální a přístrojové vybavení	61
6.1.3	Návrh nákresu centrálního příjmu.....	62
6.1.4	Personální zabezpečení	65
6.1.5	Komunikace na centrálním příjmu.....	65
6.2	NÁKLADOVÁ ANALÝZA	66
6.2.1	Stavební práce	66
6.2.2	Materiálové, přístrojové a jiné vybavení.....	67
6.2.3	Personál	68
6.3	ZHODNOCENÍ RIZIK A PŘÍNOSŮ	70
6.3.1	Rizika	70
6.3.2	Přínosy.....	71
	ZÁVĚR	72
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	74
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	77
	SEZNAM OBRÁZKŮ	79
	SEZNAM GRAFŮ	80
	SEZNAM TABULEK.....	81
	SEZNAM PŘÍLOH.....	82

ÚVOD

Se slovem proces se dnes lze setkat na každém kroku. Oblíbili si ho manažeři, politici, učitelé i úředníci. V současné turbulentní době je slyšet všude kolem nás, dá se používat téměř v jakémkoli významu, stalo se zkrátkou fenoménem naší doby. Opravdový význam procesu a tedy i procesního řízení má daleko větší hloubku, než se na první pohled zdá. Bez procesního řízení se dnes neobejdou úspěšné velké firmy nadnárodních formátů a i pro menší společnost dokáže procesní řízení mnoho. Dokonce i v tak specifickém odvětví jakým je zdravotnictví je žádoucí zaměřit se na probíhající procesy a jejich analýzou nalézt místa vhodná k narovnání a zefektivnit tak činnost zdravotnických zařízení. Je mnoho činností a zájmů, které zdravotnická zařízení sledují, nicméně jedním z nejpálčivějších problémů zdravotnických zařízení je první základní proces, který má mnoho úskalí – příjem pacientů.

Cílem této diplomové práce je inovovat akutní péči v regionu Jičínska, konkrétně v Oblastní nemocnici Jičín, a. s. Toto téma je velmi aktuální, protože právě v tak velkých zdravotnických organizacích jako jsou nemocnice často dochází k plýtvání zdroji a neefektivitě práce i přes to, že se často potýkají s podfinancováním. Za účelem dosažení cíle je třeba zpracovat analýzu okolí a současný stav Oblastní nemocnice Jičín a. s. a poté i přijímací proces pacientů. Žádoucím prvkem zde bude zejména zmapování návaznosti přednemocniční a nemocniční péče a vyhledání rezerv v celém procesu. Dále bude třeba proces narovnat a navrhnout optimální řešení problému. Doufám, že bude možné nalezená řešení implementovat do praxe a v Oblastní nemocnici Jičín a. s. dojde k úsporám a zvýšení efektivity práce.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PROCESNÍ PROSTŘEDÍ OBECNĚ

Každá efektivně fungující společnost musí v současné turbulentní době identifikovat a řídit širokou škálu vzájemně propojených činností. Každou takovou činnost, která využívá zdroje a přetváří vstupy na výstupy, lze považovat za proces. Aplikace procesů v organizaci, identifikace daných procesů a jejich vzájemné působení a řízení se označuje jako procesní přístup (Skutková, 2011, s. 29).

1.1 Definice procesu

Se slovem proces se setkáváme v každodenním životě tak často, že si jej vlastně ani neuvědomujeme, procesy všeho druhu jsou považovány za samozřejmost. Hlavním smyslem existence procesů je vytvoření nějakého výstupu čili produktu procesu, kdy se jedná o výrobek nebo službu, kterou jsou uspokojeny potřeby zákazníků. Podle ČSN ISO 9001:2001 je proces definován takto: „Proces je soubor vzájemně související nebo vzájemně působících činností, které přeměňují vstupy na výstupy.“ Dále dle Svozilové (2011) se např. procesem rozumí „série logických souvisejících činností nebo úkolů, jejichž prostřednictvím – jsou-li postupně vykonány – má být vytvořen předem definovaný soubor výsledků.“

Existuje mnoho definic pojmu procesu, v zásadě se ale odborná literatura shoduje na několika charakteristických znacích. Proces je:

- ✓ opakovatelný, pokud je standardizován,
- ✓ výstup tvoří jasně určitelná přidaná hodnota pro finální produkt/službu,
- ✓ je měřitelný parametry, jako jsou náklady, průběžná doba, kvalita apod.,
- ✓ každý proces má svého vlastníka a svého zákazníka,
- ✓ je jasně vymezen jeho začátek, konec a návaznost na další procesy,
- ✓ pracuje se zdroji (finančními, hmotnými a lidskými),
- ✓ je omezen tzv. regulátory řízení (závazné vyhlášky, normy atd.).

S procesem samotným úzce souvisí procesní tok, což Svozilová (2011) uvádí jako sled určitých událostí nebo kroků, které ve výsledku vytváří určitou hodnotu pro konečného uživatele a navazuje na něj samotné procesní řízení.

1.2 Funkční řízení

Předchůdcem procesního řízení a zároveň bývalým zástupcem jednoho z nejhojnějších manažerských přístupů řízení organizace je tzv. *funkční řízení*. Jako zakladatele uvádí mnoho zdrojů Adama Smithe a jeho dílo Bohatství národů, vycházející z tehdejších podmínek nenasycenosti trhu, dostatku zdrojů a mírným tempem předpovědi změn. Podstatu tohoto přístupu tvoří struktura organizace pyramidového typu, kdy je práce rozdělena na nejjednodušší úkony proveditelné i těmi nejméně kvalifikovanými pracovníky, kteří jsou poté sdružováni dle specializace a zaměření do jednotlivých jednotek a ty pak dále do útvarů, které vykonávají dílčí činnosti určitého procesu (Grasseová a kol., 2008). Ovšem kromě této velmi užitečné výhody má funkční řízení i řadu nevýhod (zájmy funkcí nemusí být v souladu se strategickými funkcemi podniku, lidé se věnují soupeření uvnitř podniku místo soupeření s konkurencí, větší byrokracie, neexistence strategického řízení funkcí, za jeden proces odpovídá více lidí, je nejasná zodpovědnost a rozhodnutí se přesouvá na vrcholového manažera, neměřitelné náklady aj.) Fišer (2014) tvrdí, že v českém prostředí pravděpodobně i v současné době převládá funkční styl řízení, i přesto, že ve světě jeho nevýhody vedly ke špatně dokumentovanému chování a postupům a tyto chyby a nedostatky byly shledány natolik zásadní, že efektivnost funkčního řízení byla velmi oslabena a poklesla. Jelikož všechny nedostatky a nevýhody funkčního řízení odstraňuje řízení procesů, bylo funkční řízení sesazeno z vedoucí pozice manažerského řízení organizace a postupně bylo a je v těchto společnostech nahrazováno řízením procesním.

1.3 Procesní řízení

Cílem celého *procesního řízení* je odkrýt jednotlivé procesy, jež jsou překryté funkční organizací. Umožňují jednotlivé elementární části průběžně analyzovat, hodnotit a následně zlepšovat celkovou efektivitu organizace. Dílčím cílem je odstranění činností, které celkovou efektivitu zhoršují a představují tak úzká místa, kde dochází k časovým prodlevám, plýtvání zdroji či nepřidávání hodnoty. Umožňuje „narovnání“ původně nepřehledného toku činností v uzavřených útvarech a lepší pochopení jejich provázanosti naskrz celou organizací. Dle Fišera (2014) je procesní řízení založeno na „zdravém rozumu“ a zodpovězení základních jednoduchých otázek v uvedeném pořadí: co má být uděláno, jak a kdo to udělá. Hromková a Tučková (2008) uvádějí, že procesní řízení napomáhá vytvářet vztahy mezi zákazníky a dodavateli, zapojuje všechny zaměstnance společnosti do plánování, realizace a zlepšování procesů a není založené pouze na kontrole

zadaných úkolů. Při stanovení povinností vychází ze stanovených a měřitelných požadavků konkrétních zákazníků, je založeno na pružné reakci na požadavky zákazníka a v neposlední řadě napomáhá řešit vzniklé problémy hned, jakmile se objeví.

Až do počátku devadesátých let dvacátého století se o procesním řízení až na výjimky (např. Japonsko) příliš nehovořilo. V devadesátých letech došlo ke změně v procesním zlepšovatelství, tzv. reengineeringu, který byl v té době považován za všespasitelné řešení. Michael Hammer, americký inženýr známý jako jeden ze zakladatelů řízení teorie Business process reengineering tvrdil, že identifikací, zviditelněním, pochopením a znovuvymyšlením lze komplexní podnikové procesy prakticky nově navrhnout a tím i dramaticky vylepšit. Předpokladem bylo nalezení neefektivních uzlů, odstranění a smazání nedomyšlených kroků a přehnaných zvyklostí. Kritickým faktorem bylo inovativní užití informačních technologií, zlepšení toků pracovních úkonů, zvyšování výkonnosti a další. „Hammer tehdy přirovnal reengineering podnikových procesů k „zamítnutí průmyslové revoluce“, protože hlásal ústup od nadměrné specializace a vybízel ke sloučení úkolů do smysluplně postupujících viditelných procesů“ (Svozilová, 2011, s. 19 – 20). Náhlý vzestup nového pojetí řízení byl spojen až s neúměrným nadšením a stál za často až hysterickou snahou změnit v podnicích od základu téměř vše. Výsledky byly na startu 21. století nahrazeny novým manévrem a to odevzdáním se do rukou informačních technologií, kdy byly procesy, znalosti a schopnosti odstaveny na vedlejší kolej. Dle Svozilové (2011) došlo k optimálnímu řešení teprve v posledním desetiletí a to po rozčarování z neefektivnosti slepého užívání velkých integrovaných podnikových balíčků pokrývajících prakticky všechny podnikové funkce („best practices“) a následnému propojení obou tak vehementně propagovaných proudů: zaměření na modelování procesů a jejich podpora informačními technologiemi. Fišer (2014) uvádí, že existují tři proměnné, které ovlivňují úspěšnost procesního řízení - jsou jimi:

- ✓ organizační struktura,
- ✓ manažerský styl a
- ✓ kultura organizace.

Tyto proměnné přezdívané jako „trojúhelník SSK“ se vzájemně ovlivňují a vytvářejí podmínky pro úspěch či neúspěch celé organizace.



Obr. 1 Trojúhelník SSK (Fišer, 2014)

Struktura vyjadřuje způsob distribuce odpovědností s pravomocí na konkrétní pracovní pozice a jejich zařazení v celkové organizační struktuře společnosti. Funkční přístup k vytváření struktury postupuje od vytváření pracovních pozic k jejich plnění povinnostmi a pravomocemi, procesní přístup pak začíná na úrovni identifikaci procesů a činností, které mají být vykonány a pokračuje k jejich následnému přiřazení organizačním jednotkám, pozicím a konkrétním lidem. Jedná-li se o změnu na této úrovni, lze dle Fišera (2014) začít s popsáním hlavních procesů a odstraněním těch činností, které nejsou pro proces nutné. Činnosti, které zbudou lze přiřadit ke konkrétním pracovním pozicím, revidovat a pokud je třeba i redukovat pracovní náplň.

Stylem řízení Fišer (2014) myslí způsob zadávání a hodnocení úkolů. Z hlediska procesního řízení se jedná o tři styly:

- ✓ formální – dodržování formálních pravidel a postupů,
- ✓ direktivní – koncentrace na výkonnost bez ohledu na zapojení lidských zdrojů,
- ✓ týmový – dbající o výsledky i o lidi.

Na úrovni manažerského stylu je změna podstatně složitější. Zavádění procesního řízení naráží na největší úskalí právě v této oblasti. Logická snaha je o týmový styl řízení s případy, kdy se nelze vyhnout řízení direktivnímu, což vyžaduje operativní změnu postojů a rozvoj řady sociálních dovedností.

Kulturou organizace Fišer (2014) myslí chování či jeho vzorce při plnění úkolů. Dbá se především na pravidla a funkční hierarchii, v kultuře moci se jedná o neustálý přísun příkazů a důslednou kontrolu a v kultuře výsledků pak spolupracují na jejich dosažení – často i mimo formální rámec. Pokud se jedná o změnu firemní kultury, měl by se definovat projev každodenního chování zaměstnanců (včetně vrcholového managementu) a jak se budou tyto projevy měřit a hodnotit. Bez určité motivace, která podpoří loajalitu a iniciativu zaměstnanců, se zde neobejdeme.

Skutečně ovládat a měnit lze ale ve výše uvedeném trojúhelníku pouze písmeno S (strukturu a styl), písmeno K značící kulturu organizace se bude měnit samo v závislosti na změnách ve způsobu řízení a organizování. Platí tedy, že

$$S + S \rightarrow K.$$

Skutečné posuny v organizační struktuře můžeme očekávat v horizontu měsíců až let a stejný časový horizont tedy by mělo mít i naše očekávání maximálních přínosů procesního řízení (Fišer, 2014, s. 36 - 46).

1.3.1 Zlepšování procesů

Řízení procesů a činností v organizaci a jejich analýza je, jak vyplývá z výše uvedeného, jednou z nejdůležitějších činností managementu. Hledáme-li stav, který zaručí maximalizaci jejich výkonnosti, je třeba zaručit optimální synchronizaci lidských zdrojů (přínos schopností a motivace), technologií (usnadnění či automatizace jednotlivých kroků) a prostředí (trhy, konkurenční síly, podnikatelské a legislativní podmínky, vlastnosti a uplatnění konkrétního produktu aj.) (Svozilová, 2011). Při současné proměnlivosti podnikatelského života nebývá vždy možné každý proces popsat do minimálního detailu každé situace, která se může naskytnout. Změna je součástí běžné reality, a pokud jsme připraveni na běžný standard, pak nás občasné výjimky nemusí nutně vyvést z konceptu. Pokud známe proces a víme, kam nás případná odbočka zavede, kde a kdy nás zase do obvyklého sledu vrátí, pak můžeme minimalizovat rizika spojená s okamžitou improvizací. Nicméně správně popsané procesy jsou jedinečným zdrojem poznání a posuzování zlepšovatelství návrhů. Pokud děláme každý den stejnou věc jinak, pak ne vždy dokážeme rozpoznat, která varianta je ta správná. Aby podnikové procesy pomohly organizaci v dosahování cílů, měly by dle Svozilové (2011, s. 26) splňovat následující předpoklady:

- ✓ Musí korespondovat s potřebami a strategickými cíli podniku.

- ✓ Musí být dobře navržené, aby pokryly běžné scénáře a nadměrně nezatěžovaly úkony řízení.
- ✓ Měly by být dostatečně flexibilní, aby dokázaly reagovat na změny prostředí a mimořádné situace s přiměřenou pružností.
- ✓ Musí být zaměřené na výkon, kvalitu výstupů i efektivitu v celém svém cyklu tak, aby ekonomicky využívaly všech přidělených zdrojů, neobsahovaly oblasti plýtvání, a to jak materiálními zdroji, tak intelektem všech zúčastněných.

Zlepšování procesů se dle dostupné literatury myslí činností zaměřenou na postupné zvyšování kvality, produktivity nebo doby zpracování podnikového procesu prostřednictvím eliminace neproduktivních činností a nákladů (Svozilová, 2011). Většina přístupů neustálé inovace procesů a standardních procesních modelů rozeznává pět úrovní poznávání:

- ✓ Individuální – znalost získaná při výkonu určitých úkonů a je sdílena mezi jedinci náhodně.
- ✓ Skupinové – znalost je nabyta ve skupině či týmu např. při společných projektech.
- ✓ Poznávání na úrovni organizace – skupinové poznání je cíleně shromažďováno a standardizováno na úrovni organizace.
- ✓ Kvantitativní poznávání – využívání podnikových znalostí a zkušeností je měřeno tak, aby se rozhodování o případných změnách zakládalo na faktech a tyto změny byly cíleny do oblastí nejpálčivějších potřeb.
- ✓ Strategické poznávání – shromažďování, předávání a vyhodnocování postupu napříč celou organizací je přímou součástí strategického řízení, o kterém bude pojednáno později.

V prvních čtyřech formách se jedná o zlepšování efektivity, produktivity práce a celkovou vnitřní souhru všech elementů podnikového procesního řízení. Poslední – strategické poznávání – se soustřeďuje na vyšší úrovně vnitřního řízení a na rozhodování podniku k vnějšímu prostředí. V některé literatuře (spíše od zahraničních autorů) se podobný nástroj narovnávání procesů nazývá Lean metoda či Lean Six Sigma. Ve své knize *Principy a klíčové faktory v implementaci Lean managementu v nemocnicích* Verena Lindenau-Stockfish propaguje již v názvu zmíněnou metodu Lean, která je založena na cyklickém přístupu ke zlepšování procesu a nejen ona tvrdí, že v dnešním moderním zdravotnickém systému se drží určitý paradox: na jedné straně nemocnice vybavené špičkovou technologií

a vysoce erudovaným personálem pracujícím v nejlepších hygienických podmínkách se považují za standard a na druhou stranu je ten samý systém zdravotní péče chorý, škrtý ve výdajích, mzdy a personální obsazení jsou neustále na pořadu dne. Proto je třeba vytvořit propracovanější koncept, který by pomohl nemocnicím pracovat efektivněji a účinněji. Mezi nástroje pro řízení jakosti patří i metoda Lean, která je vhodnou cestou pro zdravotnické organizace jak najít cestu ven z tohoto dilematu (Lindenau-Stockfisch, 2011).

2 IMPLEMENTACE PROCESNÍHO ŘÍZENÍ

Ať už zavádíme procesní řízení či chceme inovovat to stávající, měli bychom si nejdříve položit základní otázky „Co chci vyřešit? Co očekávám? Čeho chci dosáhnout?“ Pokud jsou naše cíle jasné, můžeme si odpovědět, jakou úroveň procesního řízení potřebujeme a jakými kroky se na ni skutečně dostaneme (Fišer, 2014).

2.1 Strategické plánování

„Strategie není výsledkem plánovacího procesu. Naopak je jeho výchozím bodem.“

Henry Mintzberg

Techniky prognózování jsou široce rozšířené a mají poměrně mnoho modifikací. Jedná se např. o rozdělení na techniky statistické, subjektivní, techniky technologického předvídání a techniky strategické analýzy (Plevová, 2012).

Strategický plán nám určuje, jaký je vlastně význam a poslání organizace, tedy komu má sloužit, jaké potřeby má naplňovat a podle kterých pravidel. Měl by být definován orientační rámec při analýze okolního prostředí i vlastní organizace. K tomu slouží techniky strategických analýz, které uvádí např. Plevová (2012), která se věnuje uvedenému tématu ve spojení se zdravotnictvím v knize Management ošetrovatelství. Celková základní situační analýza obsahuje:

- ✓ analýzu makroprostředí,
- ✓ analýzu vnějšího mikroprostředí a
- ✓ analýzu vnitřního mikroprostředí.

Analýzu makroprostředí je možno provést pomocí PEST, STEP či SLEPT analýz, kde jde v zásadě o zhodnocení politických, legislativních, ekonomických, sociálních a technologických faktorů prostředí (Staňková, 2013). Pro analýzu vnějšího mikroprostředí se velmi často používá analýza tzv. Porterova modelu, tato technika vychází z faktu, že konkurenční prostředí tvoří pět základních sil, které mají na podnik různý vliv (Plevová, 2012). Pro celkové shrnutí všech uvedených analýz můžeme použít analýzu SWOT. Tato technika je velmi užitečnou, pohotovou a snadno využitelnou analýzou, která slouží k určení významných charakteristik důležitých pro podnikovou taktiku a strategii. V kritice je SWOT analýze vytýkána přílišná jednoduchost a značná subjektivita, nicméně představuje otevřené hodnocení schopností a možností podniku na trhu. Jak uvádí Plevová (2012)

i Staňková (2013) SWOT analýza je technikou, která nám umožní získat odpovídající znalost interních možností podniku i dopad vlivů z okolí. Její název je zkratka anglických slov, jejichž význam je následující:

Strengths – silné stránky, přednosti.

Weaknesses – slabé stránky, nedostatky.

Opportunities – příležitosti.

Threats – hrozby.

2.2 Procesní analýza

Smyslem procesní analýzy je na jednoduše a srozumitelně namodelovaných procesech najít nedostatky a možnosti zlepšení. Obecně se dle Grasseové (2008) používají dvě metody:

- ✓ analýza vnitřní logiky procesu a
- ✓ benchmarking.

Analýza vnitřní logiky nám vypovídá o tom, zda způsob, kterým danou věc děláme, je ten nejlepší. Zajímavý odborný názor publikuje Fišer ve své knize Procesní řízení pro manažery, jehož myšlenky jsou uvedeny níže. Benchmarking znamená systematické porovnávání našeho způsobu organizace práce, způsobu řízení, výkonnosti, úrovni produktů/služeb apod. s jinými globálně úspěšnými organizacemi s cílem dosáhnout podnikatelské excelence. Postup benchmarkingu má v zásadě následující kroky:

- ✓ Identifikujeme oblasti, které si přejeme zlepšit.
- ✓ Nalezneme organizaci či organizace, jež se nám podobá organizací práce a má objektivně lepší výkonnostní výsledky než my a detailně prozkoumáme, jak procesy probíhají zde. Vhodné ukazatele pro benchmarking hledáme např. v produktivitě, jakosti, spokojenosti zákazníků, časových požadavcích, dokumentačních nákladech aj.
- ✓ Poté zahájíme vlastní proces zdokonalování nejprve podrobnou analýzou a porovnáním zjištěných výsledků s naším stylem organizace a následně zahájíme implementací nejlepších zjištěných postupů.

Klíčovou otázkou, na kterou bychom si tedy měli odpovědět hned v úvodu je, do jaké míry podrobnosti potřebujeme procesy popisovat – popsání procesů do nejmenších detailů je totiž mnohdy příčina neúspěchu z důvodu velké pracnosti a neudržitelnosti aktualizací. Úroveň detailů procesního modelu závisí samozřejmě na účelu, pro který model vytváříme.

Analýza procesů pomáhá jednotlivé procesy identifikovat, popsat, vizualizovat a dát do vzájemných souvislostí. Může poskytnout jak detailní, tak přehledový obrázek o podnikových procesech a zvýraznit nedostatky či problémy. Typické výstupy analýzy procesů jsou zmíněné procesní modely nebo celková mapa procesů v organizaci (ManagementMania, ©2011).

2.2.1 Vlastní implementace procesního řízení

V zásadě se jedná o čtyři stupně:

- ✓ konektivitu,
- ✓ efektivitu,
- ✓ flexibilitu a
- ✓ dynamiku.

2.2.1.1 Konektivita

V prvním kroku *konektivity* se jedná o vymezení procesů. Pokud se již zde rozhodneme vytvořit celkovou procesní mapu, doporučuje Fišer (2014) vyjít z referenčního modelu organizace, ten zachycuje nejdůležitější vazby procesů na její okolí a současně ukazuje i nejdůležitější typy zdrojů. V referenčním modelu se doporučuje rozlišovat pět typů procesů:

Hlavní procesy přímo přispívají k naplnění poslání organizace a zároveň jsou klíčové pro její samostatnou existenci. Jedná se o celý řetězec činností, které přidávají hodnotu během přímého kontaktu s externím zákazníkem, nejlépe již od vzniku potřeby až po její uspokojení službou či výrobkem.

V *řídících procesech* se jedná především o činnosti jako plánování, kontrola a monitoring, vyhodnocování, řízení lidských zdrojů/marketingu/informací atd., které nepřidávají hodnotu (možno je tedy též řadit mezi podpůrné procesy). Tyto procesy strategického a operačně-taktického významu zajišťují vytvoření prostředí pro fungování ostatních procesů tím, že zajišťují integritu a fungování organizace.

Podpůrné procesy zajišťují převážně obslužné funkce pro zabezpečování chodu ostatních procesů. V zájmu uvolnění kapacit pro možnost soustředit se na hlavní činnosti firmy jsou tyto procesy vhodné pro outsourcing.

Projekty lze chápat jako procesy, které jsou vykonány pouze jednou.

Zdrojové procesy se starají o firemní zdroje v klíčových oblastech společnosti - lidé a jejich zdroje, finanční zdroje a zdroje informační a technologické (Fišer, 2014; Řepa, 2007).

2.2.1.2 *Efektivita*

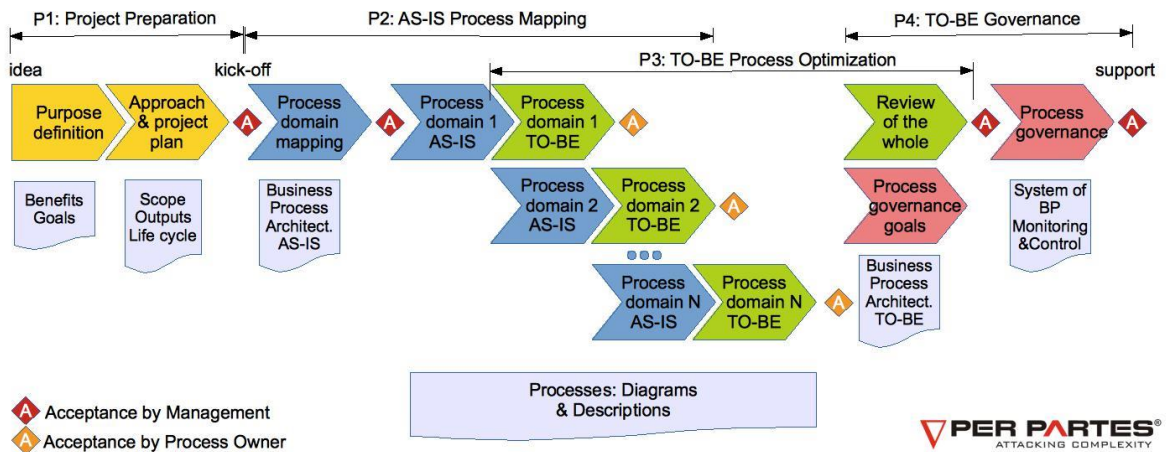
Chceme-li proces zbavit nadbytečných činností, potřebujeme v první řadě analyzovat současný stav. Po zmapování vstupů a výstupů procesů a činností včetně přiřazení pracovníků s odpovědností za definovanou činnost či proces (použitím např. matice odpovědnosti) a zhodnocení konektivity procesů je dalším krokem je zjištění zdrojů *neefektivity*, kde je velmi důležité vnímat společnost jako celek a nelpět pouze na jednom úseku. Fišer (2014) uvádí v své knize častý omyl, kdy ne vždy znamená jednoznačné lokální zlepšení zvýšení efektivity celé organizace, naopak, může působit až kontraproduktivně. Pokud si osvojíme procesní paradigma, proces správně vymezíme a pochopíme, čím je výkonnost procesu limitována, můžeme svoji pozornost zaměřit právě na ta místa, kde místní zlepšení pomůže procesu jako celku. V odborné literatuře je tento krok často nazýván analýzou AS-IS čili analýzou současného stavu.

Po zjištění neefektivních uzlů dojde v prvním kroku optimalizace k redukci činností, které nepřidávají hodnotu. Přidaná hodnota je jednoduše řečeno hodnota rozdílu mezi hodnotou vstupů a hodnotou výstupů procesu, přičemž by měla být jako taková posuzována zákazníkem. Pro každou činnost, kterou chceme analyzovat, si musíme položit otázku, zda ji potřebujeme a zda nás nepřipravuje o cenné zdroje. Tok navazujících procesů by měl být plynulý, činnost by měla navazovat na další bez zbytečného čekání. Dle Fišera (2014) se v tomto místě velmi často nachází mnoho překážek k odstranění. Jedná se zpravidla o čekání v procesech, kde jsou zařazeny řídicí či schvalovací činnosti, které vykonává pracovník z vyššího managementu. Obecně je proto doporučováno, aby zapojení manažerů do procesů, které samy o sobě nemají řídicí charakter, bylo co nejmenší. Logickou cestou je míra delegování, která však vyžaduje kompetence a schopnosti podřízených pracovníků. Omezování těchto přerušení přímo souvisí s manažerským stylem v již uvedeném trojúhelní-

níku SSK. V neposlední řadě je potřeba zhodnotit hospodaření se zdroji, respektive to, zda zdroje využívané v procesu odpovídají tomu, jak je proces náročný.

Po získání přehledu o současných procesech a analýze zdrojů neefektivnosti přichází na řadu model TO-BE a totiž vytvoření procesního modelu, kde budou napraveny nedostatky a vytvoří se základ pro změnu procesů. V první řadě je třeba si jasně stanovit cíle, které chceme dosáhnout změnou procesů a ujasnit si metodiku, kterou budeme využívat. Odpovědi na všechny základní otázky by měly být diskutovány v týmu odborníků a konzultovány s externími i interními zákazníky procesu (Fišer, 2014). Samozřejmé je projednání s vrcholovým managementem, jeho trvalá podpora je nezbytná pro úspěšnou realizaci každé změny. Procesním modelem je vlastně již zmíněná procesní mapa doplněná o zdroje a další informace. Jak již bylo uvedeno, procesní mapa je grafické znázornění procesů, obvykle znázorněny do procesního stromu, na jehož nejnižší úrovni jsou procesy zobrazeny až do úrovně jednotlivých aktivit, což bývá nazýváno procesním diagramem. Samotný procesní model by se měl vytvářet s pomocí specializovaného programového vybavení. Dle Fišera (2014) jsou elementárními úkony v modelování validace vstupů a výstupů a důsledný postup z vrcholové úrovně procesů na úrovně nižší. Po těchto činnostech bychom měli mít model TO-BE a je možno ho převést do praktického života. Výstupem modelu TO-BE by mělo být:

- ✓ Vymezení procesu formou vstupů, výstupů a zdrojů.
- ✓ Procesní mapa (vazby). Procesní diagram (činnosti).
- ✓ Přehled lidí zapojených do procesu (dle odpovědnosti, pravomocí).
- ✓ Přehled o zapojení organizačních jednotek.
- ✓ Přehled o softwaru a ostatních informačních technologiích.
- ✓ Přehled o dalších zdrojích.



Obr. 2 Příklad procesního mapování (Per Partes, ©2012)

2.2.1.3 Flexibilita

Při budování efektivity jsme procesy očistili od zbytečných činností, nastavili v nich logické vazby a vybavili je optimálními zdroji. Změnili jsme způsob tvorby i obsah pracovních náplní, možná jsme provedli dílčí změny v organizační struktuře. Fišer (2014) uvádí, že v této fázi často zavádění procesního řízení ve firmách a organizacích končí, a to i přesto, že proces dosud není řízen jako celek, což může představovat omezení v pružnosti, a to jak z pohledu jeho operativní výkonnosti (změny v požadované kapacitě, reakce na výpadky zdrojů a vstupů), tak z pohledu změn uspořádání procesu v rámci jeho trvalého zlepšování. Opatření k dosažení flexibility lze vtěsnat do dvou základních podmínek:

- ✓ Zajištění spolupráce lidí napříč celým procesem.
- ✓ Zavedení řídicích mechanismů, které umožní, aby spolupráce lidí byla vždy směřována žádoucím směrem.

První podmínka je tzv. měkká podmínka a zahrnuje získání lidí ke sdílení společných cílů, vyhledávání odlišných rolí pro různé zaměstnance a následné náležité ocenění – hodnocením i odměňováním. Zároveň by lidé měli být plně a trvale informováni o vnějších hrozbách a jejich důsledcích v případě, že jim nebudou aktivně čelit. Druhou podmínkou je tzv. tvrdá podmínka a jedná se o poměrně sofistikovaný výběr nástrojů, které zahrnují stanovení cílů, cest, zaměření se na výkon, hodnocení výsledků aj. Fišer (2014) popisuje mimo zahraničních vzorců např. teorii řízení dle úzkých míst (zlepšovat pouze tam, kde to má význam pro celý proces) a používá maticovou organizační strukturu. Zároveň zdůrazňuje, že v této fázi se neobejdeme bez pracovních týmů a skupin.

2.2.1.4 Dynamika

Vrcholem procesní pyramidy je dynamika, v tomto procesu připouštíme, že v každém cyklu procesu budeme produkovat jiné výstupy a budeme tedy postupovat jiným způsobem s odlišnými zdroji. Stabilními prvky zůstávají vyšší cíl procesu a jeho účel, které zajišťují konektivitu procesu na firemní kontext. Dynamické procesy najdeme všude tam, kde je zákazník již od počátku součástí řešení a dle jeho požadavků je realizován produkt. Fišer (2014) dále uvádí, že obdobně volnější procesy nalezneme v oblastech vývoje, marketingu, strategického řízení a v oblasti řízení lidských zdrojů, tedy všude tam, kde je hledání nových řešení důležitější než efektivní a flexibilní dodávka výstupů. Dynamické procesy jsou založeny na učících se týmech a vyžadují týmové řízení s leadershipem.

3 POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Zdraví je obecně pokládáno za osobní nehmotný statek s nevyčíslitelnou hodnotou, který je základem kvality života každého z nás (Skutková, 2011).

3.1 Legislativní rámec

Naším nejvyšším právním předpisem je Ústava České republiky a součástí ústavního pořádku České republiky je předpis č. 2/1993 Sb. Listina základních práv a svobod, kde se v článku 31 uvádí, že každý má právo na ochranu zdraví a na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon (AION CS, ©2010). Základním pilířem teorie řízení zdravotnického zařízení a poskytování zdravotní péče je v současné době předpis č. 372/2011 Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Tento zákon upravuje zdravotní služby a podmínky jejich poskytování a s tím spojený výkon státní správy, druhy a formy zdravotní péče, práva a povinnosti pacientů a osob pacientům blízkých, poskytovatelů zdravotních služeb, zdravotnických pracovníků, jiných odborných pracovníků a dalších osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, podmínky hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, další činnosti související s poskytováním zdravotních služeb a zapracovává příslušné předpisy Evropské unie (Česká republika, 2011).

Dalšími právními normami, které úzce souvisí s provozem zdravotnického zařízení a s poskytováním zdravotní péče jsou:

- ✓ zákon, kterým se mění zákon č. 372/2011 Sb. – předpis č. 66/2013 Sb. a dále
- ✓ č. 24/1952 Sb. Nařízení ministra zdravotnictví o organizaci preventivní a léčebné péče,
- ✓ č. 258/2000 Sb. Zákon o ochraně veřejného zdraví,
- ✓ č. 48/1997 Sb. Zákon o veřejném zdravotním pojištění,
- ✓ č. 268/2009 Sb. Vyhláška o technických požadavcích na stavby,
- ✓ č. 398/2009 Sb. Vyhláška o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb,
- ✓ č. 246/2001 Sb. Vyhláška o požární prevenci,

- ✓ č. 92/2012 Sb. Vyhláška o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče,
- ✓ č. 195/2005 Sb. Vyhláška, kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče a vyhláška č. 6/2003 Sb., kterou se stanoví hygienické limity chemických, fyzikálních a biologických ukazatelů pro vnitřní prostředí obytných místností některých staveb,
- ✓ č. 383/2001 Sb. Vyhláška o podrobnostech nakládání s odpady,
- ✓ č. 378/2007 Sb. Zákon o léčivech,
- ✓ č. 84/2008 Sb. Vyhláška o správné lékárenské praxi, bližších podmínkách zacházení s léčivými látkami v lékárnách, zdravotnických zařízeních a u dalších provozovatelů a zařízení vydávajících léčivé přípravky,
- ✓ č. 307/2002 Sb. Vyhláška o radiační ochraně, ve znění vyhlášky č. 499/2005 Sb.,
- ✓ č. 95/2004 Sb. Zákon o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů,
- ✓ č. 96/2004 Sb. Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních,
- ✓ č. 167/1998 Sb. Zákon o návykových látkách,
- ✓ č. 307/2002 Sb. Vyhláška o ochraně zdraví při práci a nařízení vlády č. 361/2007 Sb.,
- ✓ č. 143/2008 Sb. Vyhláška o lidské krvi, ve znění vyhlášky č. 351/2010 Sb.,
- ✓ č. 374/2011 Sb. Zákon o zdravotnické záchranné službě a jiné další (API, ©2010).

3.2 Zdravotnická zařízení

Zdravotnická péče je pacienty spotřebována ve zdravotnických zařízeních, které jsou tedy nedílnou součástí zdravotnického systému (Šatera, 2012). Dle platné legislativy je zdravotní péče poskytována zdravotnickými zařízeními státu, obcí, fyzických i právnických osob a to v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy. Zdravotnické zařízení, které poskytuje zdravotní péči, je povinné být personálně, věcně a technicky vybaveno pro druh a rozsah poskytované zdravotní péče a musí splňovat hygienické požadavky na pro-

voz dle platné legislativy. Tyto požadavky jsou kontrolovány Ministerstvem zdravotnictví, u nestátních zdravotnických zařízení příslušným orgánem pro registraci a také příslušným orgánem ochrany veřejného zdraví.

V první polovině 90. let minulého století došlo v České republice k významným změnám v rámci zdravotnických zařízení, neboť vláda České republiky přijala opatření k privatizaci zdravotnických zařízení. Pro potřeby privatizace byla zdravotnická zařízení členěna na volně privatizovatelná, vázaně privatizovatelná a neprivatizovatelná či zatím neprivatizovatelná. Volně privatizovatelná zdravotnická zařízení byla ta, která neměla v regionu monopolní postavení a kde nebylo potřeba regulovat strukturu a rozsah poskytované zdravotní péče. Vázaně privatizovatelná zdravotnická zařízení měla v regionu monopolní postavení a byl jim smluvně upraven závazek poskytovat minimální rozsah zdravotní péče v požadované struktuře. Zdravotnická zařízení neprivatizovatelná či zatím neprivatizovatelná byla zařízení s jedinečným charakterem služeb, což znamená, že poskytovala vysoce specializovanou zdravotní péči nebo měla značnou vědeckovýzkumnou roli. V České republice se k těmto zařízením řadí především fakultní nemocnice či některá zařízení pro výkon státní správy ve zdravotnictví (např. Státní ústav pro kontrolu léčiv). V současné době existují v České republice tři formy zdravotnických zařízení, a to zdravotnická zařízení ve vlastnictví státu, respektive pod správou Ministerstva zdravotnictví České republiky, veřejná zdravotnická zařízení ve správě Krajských úřadů a nestátní zdravotnická zařízení (Šatera, 2012).

3.3 Druhy a formy zdravotní péče

Druhy zdravotní péče dělené dle časové naléhavosti jsou popsány ve výše uvedené legislativě, v základu se dělí na neodkladnou, akutní, nezbytnou a plánovanou péči, kdy se péče nezbytná týká pouze zahraničních pojištěnců.

Druhy zdravotní péče se dělené dle účelu jejího poskytnutí rozlišujeme na preventivní, diagnostickou, dispenzární, léčebnou, posudkovou, léčebně rehabilitační, ošetřovatelskou, paliativní a lékárenskou a klinicko-farmaceutickou (Plevová, 2012).

Formy zdravotní péče jsou obecně rozděleny dle dikce zákona (API, ©2010):

Ambulantní (primární, specializovaná a stacionární), kdy se jedná o péči, při níž se nevyžaduje hospitalizace na lůžko či do zdravotnického zařízení poskytovatele jednodenní péče.

Jednodenní péči je nazýváno poskytování péče pacientům sice na lůžku, ale po dobu kratší 24 hodin. V tomto případě musí být zajištěna nepřetržitá dostupnost intenzivní akutní lůžkové péče.

Lůžkovou péči nelze poskytnout ambulantně, jedná se o hospitalizaci pacienta. Tato péče je nepřetržitá a rozumí se jí akutní lůžková péče, akutní lůžková péče standardní, následná lůžková péče a dlouhodobá lůžková péče.

Poslední formou je zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta typu návštěvní služby, domácí péče a lze k ní přiřadit i péči poskytovanou zdravotnickou záchrannou službou.

3.3.1 Zdravotní péče a její úhrada

Zdravotnické služby jsou hrazeny v souladu s právní normou z veřejného zdravotního pojištění (tyto úhrady tvoří 80%), z veřejných zdrojů (rozpočtu Ministerstva zdravotnictví), z prostředků různých nadací, církví, ze soukromých zdrojů, z přímých plateb pacientů a ze soukromého pojištění. Hrazená zdravotní péče je poskytována pojištěnci s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav za podmínek stanovených zákonem. Mechanismus úhrad je poměrně rozsáhlou a komplikovanou záležitostí, níže jsou uvedené základní formy úhrad (Šatera, 2012).

Kapitační platba – tato platba je určena praktickým lékařům pro děti a dospělé, výše této platby odráží počet registrovaných pacientů, jejich věkovou strukturu a rozsah ordinačních hodin příslušného lékaře. O variantu *kapitačně výkonové platby* se jedná v případě, že lékař provádí výkony, které nejsou zahrnuty v kapitační platbě a kombinuje tak formu výkonové úhrady s kapitační platbou.

Platba za ošetřovací den – tato platba je uplatněna v případě hospitalizace pacienta a základní jednotkou jsou náklady pacienta na jeden den. Nemocnicím je také často prováděna tzv. *paušální platba*, kdy zdravotní pojišťovna hradí nemocnici určitou částku v rámci stanoveného období.

Platba za výkon – v rámci tohoto typu úhrady je uhrazena vždy konkrétní jednotlivá položka zdravotní péče. K jednotlivým výkonům je přiřazen počet bodů (či vyjádření v Kč u stomatologické péče). Hodnota bodu je určena dle odbornosti či typu zdravotnického zařízení.

Úhrada dle DRG – tato metoda přišla z USA a v České republice se testuje od roku 1997, odborná veřejnost nepovažuje tento systém samotný za ideální, protože tento způsob úhrady stanovuje platbu za konkrétní diagnózu, kdy pracuje s „průměrným“ pacientem. Pokud se u pacienta vyskytnou komplikace, je jeho léčení dražší než stanovená hodnota. Obvykle se poskytuje v kombinaci s paušální platbou.

3.4 Příjem akutních pacientů - Urgentní příjem vs. pavilónový typ

Obor urgentní medicína je relativně mladým lékařským oborem. Její začátky se datují od začátku sedmdesátých let v USA. V Evropě došlo k zřizování urgentní medicíny jako oboru od osmdesátých let. Podle americké literatury (Urgentní medicína, 2004) je vznik oboru urgentní medicína odpovědí na tři skutečnosti:

- ✓ na narůstající potřebu zříditi záchrannou zdravotnickou službu v reakci na požadavky obyvatel,
- ✓ na změny struktury nemocnic a nové metody léčebné péče a
- ✓ na vývoj zdravotnické technologie: dostupnost rychlé diagnózy a správné terapie.

Jádrem urgentní medicíny jsou dovednosti týkající se časného stanovení diagnózy z dostupných příznaků a zahájení správného léčení pacienta včetně resuscitace. V Československu vznikly podmínky pro budování přednemocniční neodkladné péče v roce 1974 po vydání metodických opatření Ministerstva zdravotnictví, v souvislosti se zavedením zásad diferencované péče a s vydáním koncepce oboru anesteziologie a resuscitace. Různorodost případů vede k neustálé potřebě zlepšovat připravenost lékařů i nelékařského zdravotnického personálu.

Oddělení urgentního příjmu jsou u nás realizována až v posledních dekadách. Jejich vzniku dlouho bránil pavilónový způsob budování nemocnic zděděný již od 19. století v zájmu ochrany nemocných před šířením infekčních onemocnění. Důsledkem je v regionech, kde nemocnice nedisponují centrálním příjmem pacientů, rozvážení nemocných podle rozhodnutí posádky ZZS až do jednotlivých pavilonů, kde často nejsou příznivé podmínky pro plynulé převzetí pacienta. Vesměs všude tam, kde není nemocnice s centrálním příjmem, je závažným problémem zajištění plynulého přechodu neodkladné péče o postiženého z přednemocniční do nemocniční etapy neodkladné péče. Řešením je zřízení oddělení urgentních příjmů v jednotlivých nemocnicích, kde by byla nepřetržitá připravenost pro přijetí nemocného pro poskytnutí nemocniční neodkladné péče navazující bez ztráty času na předne-

mocniční neodkladnou péči zahájenou v terénu, jako je tomu již ve velkých a některých menších nemocnicích. V tomto případě příjmové vakuum neexistuje nebo je minimální. Jde v podstatě o soustředění potřebného materiálně-technického vybavení a odborného personálu na jedno pracoviště v nemocnici, k němuž přiléhají pracoviště návazné neodkladné péče: lůžková část ARO, oborové JIP, pohotovostní operační sál a porodní sál. Prakticky všechna vyšetření jsou pacientovi zajištěna na jednom místě. Tím se významně zvyšuje účinnost poskytované péče a nutně vede ke snížení mortality postižených a ke snížení nákladů na vybavení a provoz nemocnice. Jde o oddělení nemocnic, která by měla být jedinou vstupní branou pro pacienty, kteří buď přijdou sami, nebo jsou přiváženi zdravotnickou záchrannou službou. Oddělení má obvykle několik expektačních lůžek pro krátkodobý, maximálně 24hodinový, pobyt v nemocnici. Tento systém je dle odborníků (Walsh a Zander, 2007) výhodný z mnoha hledisek:

- ✓ Pacienti chodí a jsou dováženi jen na jedno místo v nemocnici, kde je koncentrován odborný personál a základní diagnostický i léčebný komplement.
- ✓ Lze se zde setkat s banálními stavy, stejně jako kriticky nemocnými či zraněnými pacienty. Koncentrace odborníků z více oborů dává šanci pro rychlé řešení pacientů ve velmi těžkém stavu.
- ✓ Nejvíce získávají kritičtí pacienti, pro ty ostatní je to jednoduché a pohodlné.
- ✓ Tento systém je výhodný a jednoduchý jak pro pacienta, tak i pro zdravotnickou záchrannou službu a nemocnici.
- ✓ V ideálním případě urgentní příjem zamezuje duplicitním vyšetřením a omezuje transporty mezi jednotlivými klinikami/pavilony.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 KRÁLOVÉHRADECKÝ KRAJ – REGION JIČÍN

Správní obvod Jičína, obce s rozšířenou působností, zaujímá plochu 59.666 ha, tj. katastrální území 77 obcí. Žije zde cca 47 tisíc obyvatel – dle dřívějšího správního rozdělení měl okres cca 80 tisíc obyvatel – byl rozdělen na Jičín, Hořice a Novou Paku (Město Jičín, ©2013).

4.1 Historie zdravotnických zařízení v regionu Jičín

Do regionu Jičín je v této práci zahrnuto i město Nový Bydžov, které nefigurovalo v bývalém okrese. Důvodem je fúze nemocnic v Jičíně a v Novém Bydžově v minulých letech, o které je psáno dále.

4.1.1 Hořice

Od myšlenky a rozhodnutí v roce 1862 vybudovat nemocnici uplynulo 26 let, než byla slavnostně otevřena. Město Hořice si ji vybuďovalo z vlastních prostředků a ze sbírek občanů a první dva roky město financovalo celý provoz. Před otevřením musela být nemocnice vysvěcena důstojným děkanem a biskupským vikářem P. Bohumilem Haklem a dne 21. ledna 1889 byli do hořické nemocnice – otevřené jako Všeobecná veřejná okresní nemocnice Františka Josefa I. v Hořicích – přijímáni první pacienti (Městská nemocnice Hořice, © 2009). V současné době Městská nemocnice Hořice zajišťuje ambulantní provozy a poskytuje komplexní zdravotnické a sociální služby pro hospitalizované pacienty vyžadující následnou, dlouhodobou a rehabilitační péči na 120 lůžcích.

4.1.2 Nová Paka

V prostorách kláštera postaveného v roce 1724 vznikla v roce 1875 Všeobecná nemocnice Novopacká s oddělením chirurgie, interny, porodnice a posléze i s laboratoří. Hlavní část nemocnice byla přebudována z objektů patřících církvi a doplněna výstavbou hospodářského objektu v roce 1928. Od roku 1951 byla nemocnice vedena jako Okresní ústav národního zdraví v Nové Pace, koncem padesátých let byla zrušena porodnice a nahradilo ji psychiatrické oddělení. V roce 1963 přešla nemocnice pod správu Okresního ústavu národního zdraví v Jičíně. V rámci reprofilizace v roce 1978 došlo k přeměně chirurgického oddělení na léčebnu dlouhodobě nemocných a pokračováním bylo zrušení interního oddělení v roce 1980 a rozšíření léčebny i na tato lůžka. V roce 1991 se od léčebny oddělilo

rehabilitační oddělení, následně v roce 2000 byla do Jičína přestěhována laboratoř a nakonec byla v roce 2004 činnost nemocnice ukončena a rehabilitační oddělení a část LDN byla přesunuta po fúzi s Novobydžovskou nemocnicí a. s. do Nového Bydžova. Psychiatrické oddělení bylo přemístěno do Jičína (ON Jičín, ©2011). V současné době slouží rekonstruované prostory charitě Život bez bariér.

4.1.3 Nový Bydžov

V letech 1853 - 1855 byla postavena Novobydžovská nemocnice jako reakce na atentát na císaře Františka Josefa I. Z doby kolem první světové války je nutno uvést alespoň MUDr. Josefa Formana, který stál v čele nemocnice od roku 1923 a v letech 1925 - 1940 byl primářem. Hlavně jeho zásluhou byla nemocnice v letech 1923 - 1926 opravena a modernizována. Roku 1932 byl otevřen pavilon infekce a několik let poté byla otevřena chirurgie. K dalším světlým bodům nemocnice patří až rok 1949, kdy byl postaven současný pavilon interních oborů. Roku 1960 byl zrušen okres Nový Bydžov a v souvislosti s tím přešla nemocnice pod Okresní ústav národního zdraví Hradec Králové. V roce 1991 byla přejmenována na Nemocnici s poliklinikou Nový Bydžov a v roce 1996 na Okresní nemocnici v Novém Bydžově. Roku 1994 byl vystavěn poslední pavilon Gynekologicko-porodnický. Vzhledem k reorganizaci zdravotní péče přešla nemocnice od 1. 1. 2003 pod správu nového zřizovatele, kterým byl Krajský úřad Královéhradeckého kraje a o rok později přešla nemocnice na formu nestátního zdravotnického zařízení, a to na akciovou společnost. 1. 8. 2004 došlo k fúzi s Oblastní nemocnicí Jičín a. s. a v současné době je tedy Novobydžovská nemocnice součástí Oblastní nemocnice Jičín a.s. (ON Jičín, ©2011).

4.1.4 Jičín

První zmínky o existenci nemocnice Jičín můžeme datovat již do druhé poloviny 15. století, v roce 1460 se totiž píše o „domu malomocných“, těžko se však dá zjistit, kde v nejstarších dobách nemocnice skutečně stávala. V první polovině 17. století za doby vlády Albrechta z Valdštejna byla již sepsána zakládající listina pro jičínský špitál, kde se uvádí, že místo bude sloužit pro ženy a muže z poddaných pokročilého věku, kdo si nemohou vydělávat na živobytí. Dle zápisu se stavbou nemocnice začalo v roce 1629, ale po zavraždění Albrechta z Valdštejna byly jeho dekrety suspendovány císařským rozhodnutím, špitál byl odkázán na almužnu a následně byl v době morové epidemie roku 1680 uzavřen. Během dalších století byly v jičínském okrese vybudovány další malé nemocnice jejichž cílem byla péče o jičínské obyvatelstvo (Kukulova soukromá nemocnice a Jičínská

veřejná nemocnice). Současná poloha jičínské nemocnice je známá z roku 1921, kdy byl předložen projekt k realizaci na bývalém vojenském cvičišti. Základní kámen byl položen 23. 4. 1923 s nápisem *Aegroti salus suprema lex esto*¹. Do roku 1930 byly postupně vybudovány jednotlivé pavilony – chirurgický, dezinfekční, interní, pitevna, márnice aj. Osvětlení bylo elektrické, voda z městského vodovodu a kanalizace byla svedena do městské sítě. Pokoje pro nemocné byly o 80 lůžkách. Později byl na základě zákona č. 103/1951 zřízen Okresní ústav národního zdraví, kterým stát převzal garanta léčebné a preventivní péče o obyvatelstvo. Nadále v nemocnici docházelo k jejímu rozšiřování, výstavbě nových pavilonů a částečné rekonstrukci. V roce 1996 vzniklo v jičínské nemocnici Okresní operační středisko, jehož součástí byla Zdravotnická záchranná služba. Toto středisko mělo za úkol centrálně sdružovat všechna telefonická tísňová volání z celého okresu na jedno místo, kde přijímala hovory erudovaná dispečerka (zdravotní sestra), která na základě výzvy zprostředkovala pomoc dle potřeby (buď lékařskou službu první pomoci nebo posádku rychlé lékařské pomoci). V souvislosti s rušením Okresních úřadů je od 1. 1. 2003 zřizovatelem nemocnice Královéhradecký kraj a nemocnice se stala nestátním zdravotnickým zařízením. Na základě usnesení zastupitelstva Královéhradeckého kraje se od 27. 3. 2003 změnil název Okresní nemocnice Jičín na „Oblastní nemocnice Jičín“. O rok později začala poskytovat veškerou zdravotní péči, kterou poskytovala Oblastní nemocnice Jičín (příspěvková organizace), nově založená "Oblastní nemocnice Jičín a. s.", jejímž jediným akcionářem je Královéhradecký kraj. V září 2003 založil Královéhradecký kraj společnost Zdravotnický holding Královéhradeckého kraje, a. s. se 100 % podílem akcií a zastupitelstvo Královéhradeckého kraje usnesením č. 7/338/2005 ze dne 22. 9. 2005 schválilo převod akcií společnosti Oblastní nemocnice Jičín a. s. na základě posudku znalce do vlastnictví Zdravotnického holdingu Královéhradeckého kraje a. s. (ON Jičín, ©2011).

4.2 Současnost - Oblastní nemocnice Jičín, a. s.

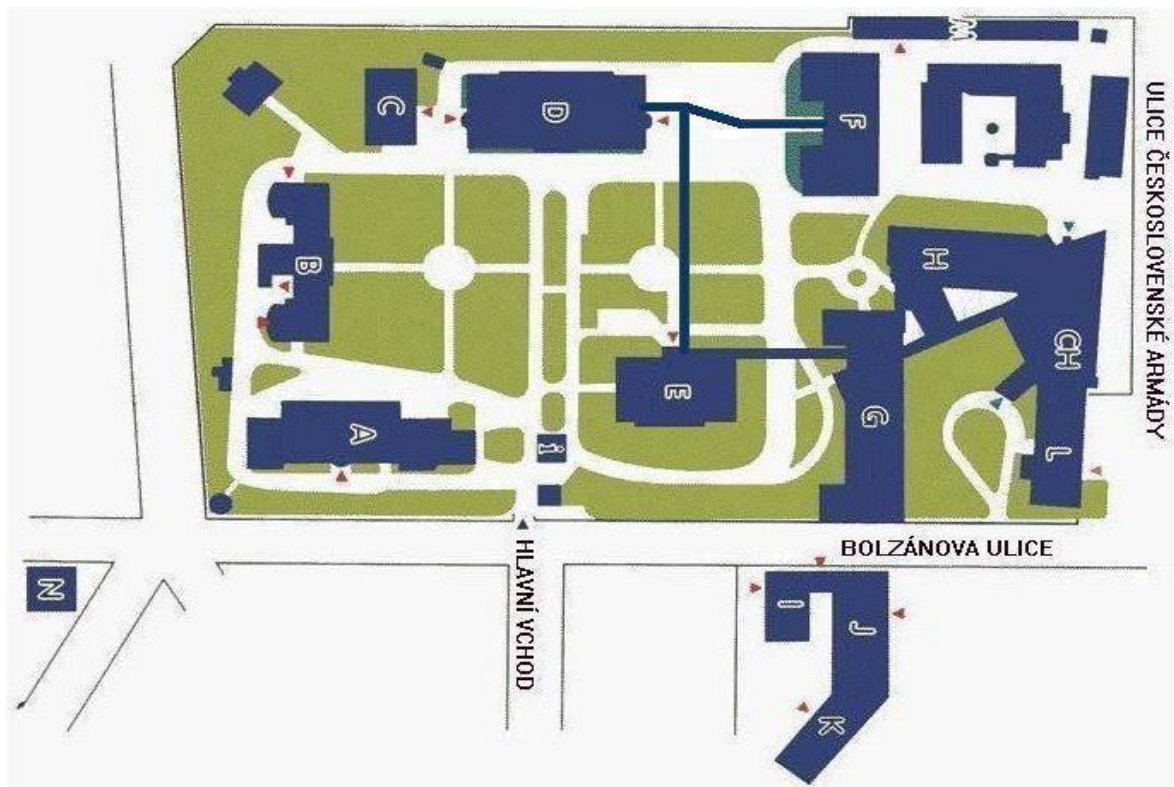
Společnost Zdravotnický holding Královéhradeckého kraje a.s. stojí jako řídicí osoba v čele koncernu, jehož součástí jsou dále následující řízené osoby:

- ✓ Oblastní nemocnice Náchod a. s.

¹ Blaho nemocného budiž nejvyšším příkazem.

- ✓ Oblastní nemocnice Jičín a. s.
- ✓ Oblastní nemocnice Trutnov a. s.
- ✓ Městská nemocnice a. s. (Dvůr Králové)
- ✓ Královéhradecká lékárna a. s.
- ✓ Centrální zdravotnická zadavatelská s.r.o.

Oblastní nemocnice Jičín je rozložena do dvou areálů – v Jičíně a Novém Bydžově. Má celkem 508 lůžek, z toho 362 akutních a 146 lůžek následných. Areál nemocnice v Jičíně je umístěn severovýchodně od centra města, je koncipován jako volný, pavilónový s bohatou zelení v nemocničním parku.



Obr. 3 Oblastní nemocnice Jičín, a.s. (Nemocnice Jičín, ©2011)

Rovněž areál nemocnice v Novém Bydžově je umístěn nedaleko centra města v rozsáhlém parku (KHK, ©2003). Oblastní nemocnice Jičín a. s. poskytuje akutní péči pro celý okres Jičín, Novobydžovsko a v oborech interního lékařství, kardiologie a onkologie částečně i pro sousední okresy Libereckého a Středočeského kraje.

Kromě základních oddělení, tj. interního včetně JIP a dialyzačního střediska, chirurgického, dětského a gynekologicko-porodnického, je součástí ON Jičín a.s. oddělení anesteziologicko-resuscitační, radioterapeutické, neurologické, oddělení ušní, nosní, krční, psychiatrické, rehabilitační, léčebna dlouhodobě nemocných. Nedílnou součástí jsou oddělení komplementů – radiodiagnostické s počítačovou tomografií, oddělení nukleární medicíny, mikrobiologie, oddělení klinické biochemie, transfusní a hematologické oddělení, dopravní zdravotnická služba a lékárna.

Základní údaje o Oblastní nemocnici Jičín a. s. (KHK, ©2003; KHK, ©2013)

Základní kapitál: 2.000.000,- Kč

Zakladatel: Královéhradecký kraj

Založení společnosti: 4. 12. 2003

Zahájení činnosti: 1. 1. 2004

Akcionář: Zdravotnický holding Královéhradeckého kraje a. s., vlastní 100 % akcií

Předmět podnikání:

- ✓ Hostinská činnost
- ✓ Poskytování zdravotních služeb podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů
- ✓ Činnost účetních poradců, vedení účetnictví, vedení daňové evidence
- ✓ Masérské, rekondiční a regenerační služby
- ✓ Výroba, obchod a služby neuvedené v přílohách 1 až 3 živnostenského zákona

Nemocnice v průběhu roku 2007 získala akreditace na vzdělávání lékařů pro obory: anesteziologie a resuscitace, lékařská mikrobiologie, ORL, neurologie, klinická biochemie, vnitřní lékařství a rehabilitační a fyzikální biomedicína.

V červenci 2010 společnost získala Certifikát integrovaného systému řízení pro poskytování zdravotních služeb v oblasti léčebně – preventivní, diagnostické a ošetrovatelské péče, jenž byl shledán shodným s požadavky norem ČSN EN ISO 9001:2009 – systém managementu jakosti, ČSN EN ISO 14001:2005 – systém ochrany životního prostředí a ČSN EN ISO OHSAS 18001:2008 – ochrana zdraví a bezpečnosti při práci (ON Jičín, ©2011).

5 ANALÝZA OBLASTNÍ NEMOCNICE JIČÍN, A. S.

Analýza oblastní nemocnice Jičín, a.s. je provedena základním zhodnocením pomocí několika modelů popsaných v teoretické části práce.

5.1 Analýza makroprostředí

K analýze makroprostředí byla použita metoda PESTE ve vlastním zpracování s některými fakty uvedenými v analýze strategie rozvoje Královéhradeckého kraje 2014 – 2020, ve Výročních zprávách Oblastní nemocnice Jičín, a.s. a dle statistických dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR) a Českého statistického úřadu (ČSÚ).

Politicko-právní prostředí

Základní legislativa je uvedena v teoretické části práce, lze ale zmínit relativně mladé právní normy, kterými jsou předpis č. 372/2011 Zákon o zdravotních službách, Zákon občanský zákoník č. 89/2012 s účinností od 1. 1. 2014 a vyhláška o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení č. 92/2012 Sb.

Oblastní nemocnice Jičín se dotkly výše uvedené normy zejména v propitvanosti. Pitva může odhalit chybnou diagnózu nebo terapeutické komplikace, dovoluje ověřovat účinnost léčby a studovat choroby. Dle koncepce patologie, kterou zveřejnila Společnost patologů České lékařské společnosti J. E. Purkyně v roce 2000, je relativně vysoká míra propitvanosti ve fakultních a dalších velkých nemocnicích, kdežto v malých nemocnicích bývá velice nízká, dokonce až nulová. Propitvanost neboli podíl mrtvých, kteří jsou odesláni na pitvu, je v České republice kolem třiceti procent, v Královéhradeckém kraji se jedná o číslo lehce nad 20 % (ČLK, 2015). Dle občanského zákoníku - předpis č. 89/2012 Sb. (AION CS, ©2010a) např. u člověka, který zemře, aniž projeví souhlas s pitvou nebo s použitím svého těla po smrti způsobem podle § 115, platí, že s provedením pitvy nebo s takovým použitím svého těla nesouhlasí. Musí se jednat dle § 113: Provést pitvu nebo použít lidské tělo po smrti člověka pro potřeby lékařské vědy, výzkumu nebo k výukovým účelům bez souhlasu zemřelého lze jen, pokud tak stanoví jiný zákon. Tím je myšlen zákon č. 372/2011, kde se patologicko – anatomické pitvy týkají zejména porodnicko-gynekologického oddělení, operačních oborů, potažmo dětského oddělení. V ostatních běžných případech lze nařídit pouze pitvu zdravotní a i ta má svá přísná kritéria (nejběžnější indikací je náhlé či neočekávané úmrtí). Podle posledních závěrů některých odborní-

ků v oboru patologie by se míra propitvanosti zdravotnického zařízení mohla v budoucnu ukotvit v pravidlech pro udělení certifikace.

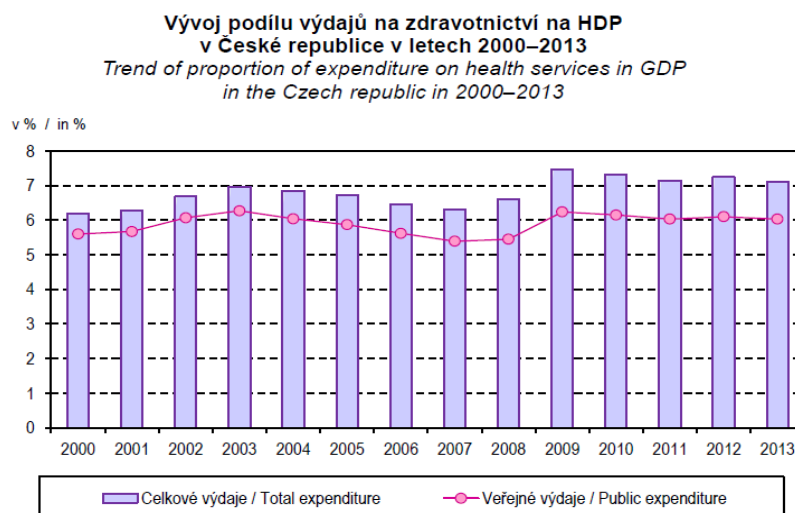
Dalším palčivým bodem je úhradová vyhláška, kterou se tzv. omezuje dostupnost zdravotnických služeb. Jde v podstatě o fakt, že část provedených a vykázaných výkonů nad určitou hranici zdravotní pojišťovny nezaplatí vůbec nebo zaplatí jen částečně. Pro rok 2014 byla nastavena nová úhradová vyhláška, kterou avizovala nemocnice v Jičíně ve výroční zprávě jako lépe nastavenou (ve srovnání s rokem 2013, kdy došlo k významným restriktivním opatřením) a očekávala vzrůstající výnosy z tržeb od zdravotních pojišťoven. Od 1. 1. 2014 došlo ale také ke zrušení regulačních poplatků za hospitalizaci, což se projevilo ve snížení výnosů v celkové hodnotě cca 12 mil. Kč (ON Jičín, ©2013).

Podrobné popsání konkrétních ekonomických ukazatelů včetně dopadů např. u přesčasové práce při řešení ústavních pohotovostních služeb aj. se dále věnuji v analýze vnitřního mikroprostředí, nicméně toto téma přesahuje kapacitu kapitol diplomové práce vázané k vybranému tématu.

Ekonomické prostředí

Podíl výdajů na zdravotnictví na celkovém hrubém domácím produktu (HDP) je často používaný ukazatel pro mezinárodní srovnání. Zjednodušeně představuje podíl výdajů na zdravotnictví na celkových výdajích na nákup zboží a služeb v dané zemi. Tento údaj je však nutno považovat vždy pouze za orientační, závisí na cenových hladinách v jednotlivých zemích a může být ovlivněn případnými metodickými rozdíly mezi zeměmi. Dle dat ÚZIS ČR a ČSÚ je trend z posledních deseti let stoupající (Obr. 4), v současné době se podíl celkových výdajů na zdravotnictví na HDP pohybuje okolo 7,12 % (ÚZIS ČR, © 2014).

Ve vyspělých západoevropských zemích (Belgie, Dánsko, Francie, Německo, Nizozemsko, Švýcarsko) ukazatel podílu výdajů na zdravotnictví na HDP pravidelně přesahuje 10 %. Ve srovnání s hodnotami daného ukazatele se jeví zdravotnictví v ČR jako méně finančně saturované, je však třeba brát v úvahu i obecně vyšší cenové hladiny a vyšší nákladnost zdravotnictví ve jmenovaných zemích – kromě jiného pravděpodobně vyšší cenu práce (ČLK, 2015).



*Obr. 4 Vývoj podílu výdajů na zdravotnictví na HDP v ČR
v letech 2000 – 2013 (ÚZIS ČR, ©2014)*

Od roku 2009 se celkové výdaje na zdravotnictví drží na úrovni kolem 290 miliard Kč. Výdaje roku 2013 dle aktuální kalkulace ÚZIS ČR činily 290,9 mld. Kč. Podíl veřejných výdajů na zdravotnictví v roce 2013 činil 84,7 % a soukromé výdaje v témže roce tvořily 15,3 % výdajů na zdravotnictví. Výdaje veřejného zdravotního pojištění jako největšího zdroje financí pro zdravotnictví v roce 2013 dosáhly 229,9 mld. Kč (ÚZIS ČR, ©2014).

Ke konci roku 2013 bylo v ČR evidováno 29 218 poskytovatelů zdravotnických služeb, ve kterých pracovalo vyjádřeno v přepočtených počtech 39 719 lékařů, 7 247 zubních lékařů a 107 244 samostatných zdravotnických pracovníků nelékařů s odbornou způsobilostí. Na 1 lékaře připadá v průměru 222 obyvatel (ÚZIS ČR, ©2014).

V regionu Jičín Královéhradeckého kraje je evidováno celkem 234 zdravotnických zařízení, ve kterých ke konci roku 2013 pracovalo (v přepočtu) 276,23 lékařů a 598,06 nelékařských zdravotnických pracovníků s odbornou způsobilostí. Konkrétně v Oblastní nemocnici Jičín ke konci roku 2013 pracovalo 55,56 lékařů. Další zajímavá data jsou uvedena v příloze P I.

V roce 2013 bylo v České republice dle Státního úřadu pro kontrolu léčiv (SÚKL) dodáno do lékáren, zdravotnických zařízení a prodejcům vyhrazených léčiv 267,91 milionů balení léčivých přípravků, což ve srovnání s rokem 2012 znamená pokles o 4,37 %. Finanční hodnota distribuovaných léčivých přípravků je 55,20 miliardy Kč, viz. příloha P II (ÚZIS ČR, ©2014).

Konkrétním ekonomickým ukazatelům se také věnuji v analýze vnitřního mikroprostředí.

Sociální prostředí

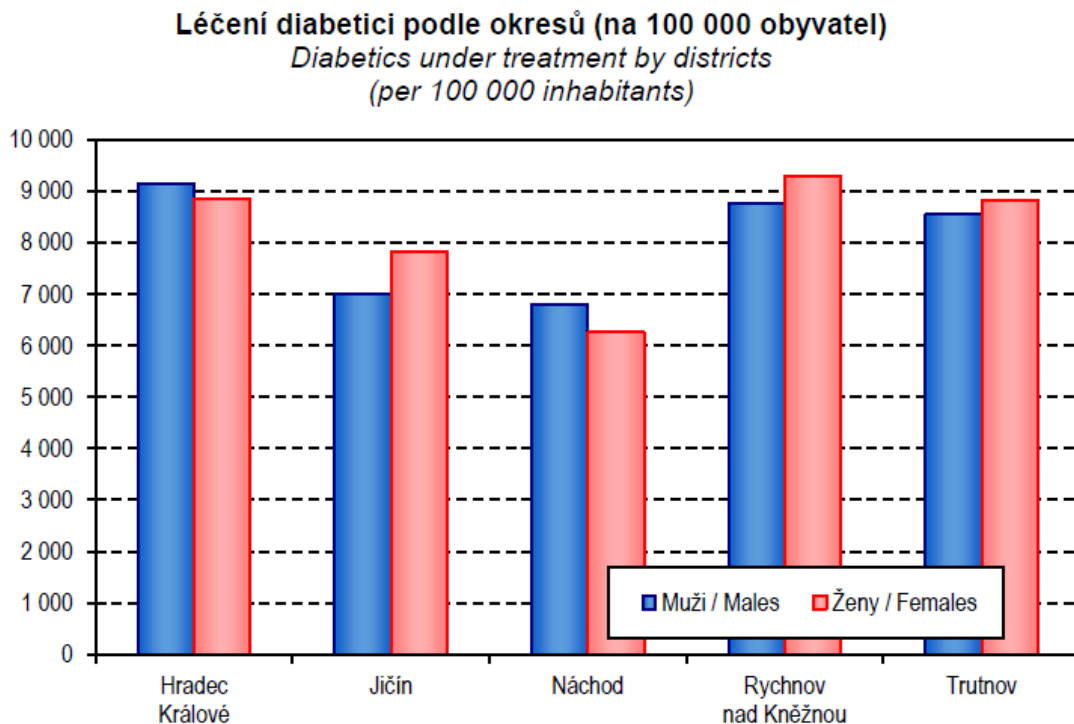
Dle dat ÚZIS ČR (©2014) žilo k 31. 12. 2013 v Královéhradeckém kraji 551 909 obyvatel s obvyklou převahou žen (51 %). V roce 2013 došlo ke snížení počtu obyvatel, úbytek činil 1037 obyvatel, migrační saldo (přírůstek stěhováním) bylo opět záporné (-570), takže i přirozený přírůstek kraje se pohyboval v záporných hodnotách. Narodilo se o 467 osob méně, než jich v roce 2013 zemřelo. Celkový přírůstek v České republice činil -3 706 osob a to díky zápornému migračnímu saldu i přirozenému úbytku. V celé České republice i nadále pokračuje proces demografického stárnutí. Zastoupení dětské populace bylo v současné době v Královéhradeckém kraji 14,9 % a v ČR 15 %. V kraji mírně vzrostl podíl osob ve věku 65 let a více na 18,4 % (v roce 2012 to bylo 17,8 %). Stárnutí obyvatelstva dokládá i zvyšování průměrného věku populace. V níže uvedené tabulce jsou přehledná data o věkové struktuře obyvatelstva konkrétního regionu Jičín.

Tab. 1 Věková struktura obyvatelstva okresu Jičín v roce 2013 (ÚZIS ČR, ©2014)

	Jičín					
0–4	4 054	5,1	2 131	5,4	1 923	4,8
0–14	11 688	14,8	6 102	15,5	5 586	14,0
15–49	x	x	x	x	17 786	44,6
15–64	53 155	67,1	27 254	69,4	25 901	64,9
65+	14 325	18,1	5 928	15,1	8 397	21,1
Total	79 168	100,0	39 284	100,0	39 884	100,0

Informace o zdravotním stavu obyvatelstva kraje jsou zpracovány na základě povinných hlášení, z výkazů o činnosti ambulantních zdravotnických zařízení ve vybraných oborech léčebné preventivní péče a šetření v rámci Národního zdravotnického informačního systému. Velmi závažným a jedním z nejobávanějších onemocnění jsou zhoubné novotvary, které tvoří 25 % všech úmrtí a po nemocech oběhové soustavy (50 % všech úmrtí, i když mortalita za poslední roky významně klesá) jsou nejčastější příčinou úmrtí v kraji. V důsledku dohledávání, prezentované v této práci, jsou následující data za rok 2011. Podle konečných údajů Národního onkologického registru České republiky (ÚZIS ČR, ©2014) bylo v roce 2011 hlášeno v Královéhradeckém kraji 4 727 nových onemocnění zhoubnými novotvarami a novotvarami in situ, což představuje nárůst o 178 hlášení oproti roku 2010. Z tohoto počtu bylo 2 486 nově hlášených onemocnění u mužů a 2 241 u žen. Rozdělení mezi pohlavími je rovnoměrné.

Mezi nejčastější civilizační choroby patří diabetes mellitus. Počet léčených diabetiků se průběžně zvyšuje, ale v kraji došlo v roce 2013 ke snížení počtu vykázaných diabetiků (47 717 v roce 2012 a v roce 2013 pouze 45 258 pacientů). Struktura pacientů podle druhu léčby nezaznamenala výraznějších rozdílů oproti předchozímu období (ÚZIS ČR, ©2014).



Obr. 5 Léčení diabetici podle sídla zdravotnického zařízení v roce 2013
(ÚZIS ČR, ©2014)

Technologické prostředí

Technologické prostředí se týká např. vládních výdajů na výzkum, na nové objevy, patentů, vývoje nových technologií apod., což je téma, které přesahuje zaměřením tuto práci. Lze zde ale zdůraznit potřebu neustálého obměňování a soulad s technologickým pokrokem, bez kterého se v současné době žádné moderní a úspěšné zdravotnické zařízení neobejde.

Environmentální prostředí

Ve srovnání s ostatními kraji ČR patří Královéhradecký kraj k regionům s relativně kvalitním životním prostředím, regionálně se na území kraje diferencují lokality se zhoršenou kvalitou životního prostředí až prostředí narušená (hřebenové partie hor, průmyslové ob-

lasti Polabí). Královéhradecký kraj se řadí k regionům s čistým ovzduším, pouze větší města se lokálně potýkají s nárůstem emisí oxidu dusíku, oxidu uhelnatého a nárůstem hluku. Kapacita podzemních a povrchových zdrojů vody je zatím dostatečná a pokrývá potřeby obyvatel, v kraji je poměrně dobře rozvinutý systém veřejných vodovodů, ze všech bývalých okresů regionu výrazně v podílu připojených obcí i obyvatel zaostává okres Jičín. Napojení obyvatel na veřejné vodovody se tak dá charakterizovat jako dobré, stále ale existují především lokální problémy s kvalitou a zajištěním dostatečného zdroje pitné vody pro období sucha a problémy se zajištěním zdroje pro případ katastrof a krizových situací, jako byly povodně (KHK, ©2013). Ve spojení se zdravotnictvím je problémem kolonizace teplé vody patogeny, což řešila v minulosti i Oblastní nemocnice Jičín, a. s.

5.2 Analýza vnějšího mikroprostředí

K základnímu zhodnocení vnějšího mikroprostředí byla použita Porterova analýza pěti konkurenčních sil.

Hrozba vstupů nových konkurentů na trh

Hrozba zvýšení konkurenčního tlaku na Oblastní nemocnici Jičín, a. s. je poměrně vysoká. Nejedná se zde přímo o státní zařízení, zde existují určité bariéry vstupu do odvětví, které v drtivé míře představují licence a zdravotní pojišťovny, ale vzhledem k současnému rozmachu podnikatelských činností i ve zdravotnictví a rozvoji nestátních zdravotnických zařízení je pravděpodobné, že vznikne další specializovaná ambulance či spíše např. sanatorium s lůžkovou péčí, ve kterém se bude za poskytování zdravotní péče jednoduše platit (v závislosti na druhu zařízení – smluvní, nesmluvní). V dnešní době se jedná zejména o obory v péči o seniory, krátké operativní výkony, oční lékařství, gynekologie aj. Je to jednoznačná příležitost pro konkurenty i v regionu Jičín, kde zatím není mnoho zdravotnických zařízení tohoto charakteru.

Hrozba vzniku substitutů

Na poli klasické lůžkové péče lze jen těžko v regionu Jičín substituovat. V ideálním případě by se jednalo o lucidní a velmi schopné praktické a dětské lékaře, kteří by se ve velké míře věnovali svým pacientům v návštěvních hodinách, v další řadě pečovatelské a jiné sociální služby, které by mohly nahradit do určité míry přímou hospitalizaci, ale pouze v případech, kdy se jedná o hospitalizace spíše ze sociálních důvodů. Za intenzivní a resuscitační lůžka není možné najít v současné době adekvátní substitut.

Síla kupujících

Sílu kupujících čili v tomto případě pacientů nelze podcenit, nicméně se ve zdravotnictví jedná stále o roli relativně podřízenou. Byť se z pacienta stává s postupem let spíše partner, je tomu tak pouze z lidského a etického hlediska, v zásadě je to stále vztah podřízenosti, kdy jsme v rolích nemocného závislí na službách a podmínkách zdravotnického zařízení, které si vybereme. V současné době je možnost výběru ve většině případů jakéhokoliv zdravotnického zařízení svobodně možná, nicméně dodržování určité spádovosti má svůj význam a smysl – dle demografického a sociálního vývoje lze zjednodušeně řečeno plánovat např. počet lékařů nebo lůžek ve zdravotnických zařízeních.

Síla dodavatelů

Síla dodavatelů je nesporná. Pro provoz ON Jičín, a. s. jsou finance od zdravotních pojišťoven zcela zásadní. Několik let sice hovoří odborná veřejnost o možnosti Ministerstva zdravotnictví sjednotit výši plateb od zdravotních pojišťoven za stejnou péči všem nemocným, ale podle vyjádření mluvčího Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR Oldřicha Tichého VZP ČR nemůže zveřejnit detaily smluv s poskytovateli, tedy ani to, kolik jim platí. Pro systém zdravotního pojištění by bylo určitě zajímavé srovnat platby různých pojišťoven.

V tomto bodě hraje významnou roli i tzv. úhradová vyhláška (Vyhlášky č. 324/2014 Sb., č. 325/2014 Sb. a č. 326/2014Sb.), která svým nastavením ovlivňuje příjmy zdravotnických zařízení. Finančním příjmem jsou samozřejmě dále dotace a menší částí se podílejí např. i dary nebo školení v poskytování první pomoci.

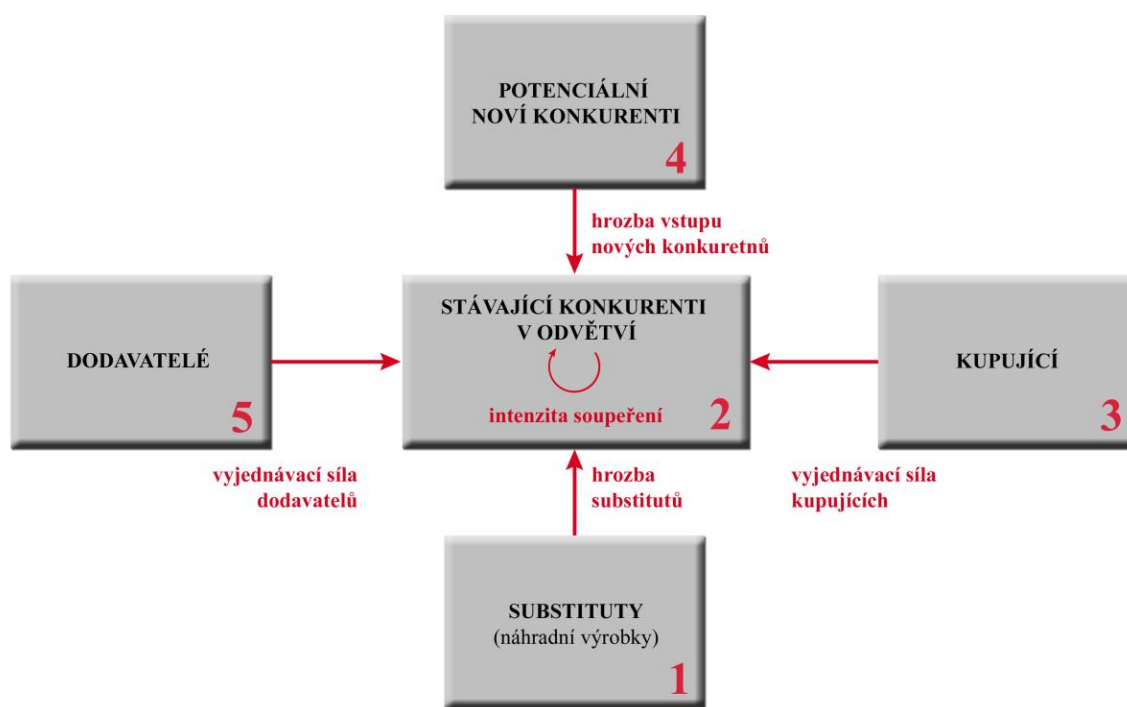
Konkurenční rivalita

Stávající konkurenční rivalita není příliš vysoká, v kraji je centrálním zdravotnickým zařízením pro vysoce specializovanou péči (včetně vlastního spádu pacientů) Fakultní nemocnice Hradec Králové a dále je geograficky rovnoměrně rozloženo dalších pět nemocnic Zdravotnického holdingu KHK, a. s. s vlastním spádem pacientů. Naváznost péče z nemocnic středních a malých na vyšší pracoviště specializované péče je výborná, vlastní rivalita není signifikantní, jedná se ve většině případů o jednotlivá přání pacientů být hospitalizován mimo spád – ve fakultní nemocnici a zřídka ve středních a velkých nemocnicích sousedních krajů (Liberec, Pardubice, Mladá Boleslav, Praha).

Síla komplementářů (šestá síla)

V některé literatuře uváděná tzv. šestá síla čili síla organizací, které jsou nějakým způsobem závislé na existenci provozovatele a naopak. U Oblastní nemocnice Jičín, a. s. je možné uvést vlastní nemocniční lékárnou „U Brány“, která je přímým dodavatelem většiny léčiv a Královéhradeckou lékárnou, a. s. (dodávky infúzních roztoků), která patří pod Zdravotnický holding KHK, a. s. Dále např. Fakultní nemocnici Hradec Králové, která zpracovává vzorky tkání k morfologickému vyšetření, které není možné v ON Jičín vyhodnotit a firmu CZZ, s.r.o., která udává v předmětu smlouvy dodávky spotřebního zdravotnického materiálu, čistícího, kancelářského a ostatního všeobecného materiálu.

Pořadí významnosti jednotlivých faktorů konkurence dle mého subjektivního hodnocení je graficky znázorněno níže. Hodnotící stupnice je od 1 do 5, kdy 5 znamená velmi silnou hrozbu a 1 velmi slabou hrozbu.



Obr. 6 Porterův model pěti konkurenčních sil a hodnocení hrozeb (vlastní zpracování)

5.3 Analýza vnitřního mikroprostředí

Ke zhodnocení bylo vybráno několik základních otázek analýzy vnitřního mikroprostředí, na které by nám analýza měla dát odpovědi.

Ziskovost poskytovaných služeb – ekonomické hospodaření.

Za rok 2013 vykázala Oblastní nemocnice Jičín a. s. ztrátu -3.775 tis. Kč (ON Jičín, ©2014), viz. příloha P III. Došlo k tvrdým personálním i organizačním změnám v důsledku restriktivní úhradové vyhlášky na rok 2013, průměrný stav zaměstnanců musel být snížen o 25,9 (ON Jičín, ©2014) v řadách nelékařů a technicko-administrativních pracovníků. Také došlo k omezení přesčasové práce stanovením pevných limitů a i v budoucnu se plánuje další omezení v souladu s právními normami. Na výši výnosů má kromě úhradové vyhlášky negativní vliv zrušení regulačních poplatků. Úhradová vyhláška přinesla na rok 2013 drastické snížení úhrad jak u akutní, tak u následné péče – jen u VZP ČR došlo v akutní péči ke snížení úhrady o více jak 32 mil. Kč. Úhrady celkem klesly pod úroveň roku 2009 (ON Jičín, ©2014).

Technologický pokrok. Trendy.

Koncem roku 2013 bylo na radiodiagnostickém pracovišti uvedeno do provozu moderní 64 spirálový přístroj počítačové tomografie (CT), se kterými jsou odborníci schopni zhodnotit i stav myokardu a koronárních cév. CT bylo pořízeno v celkové hodnotě 12.677,17 tis. Kč ze zdrojů KHK (ON Jičín, ©2014).

Trendy v medicíně a v poskytování zdravotní péče jsou obsáhlé téma, je totiž spousta cest, kterými se lze ubírat. Obecně se dá říci a platí to právě i u Oblastní nemocnice Jičín a. s., že se s postupem let zvyšuje snaha o maximalizaci vstřícnosti zdravotnických zařízení a jejich pracovníků vůči všem pacientům ve smyslu zapojení do procesu rozhodování o nich samotných. Jedná se o poskytování přesných a pokud možno dokonalých informací, přednesení přínosů a rizik vyšetření/terapie/výkonu s doporučením a ponechání finálního rozhodnutí na pacientovi. Další snahou je snížení počtu přijímaných pacientů, např. i zapojením praktických lékařů do péče o pacienty ve větší míře než doposud. V ON Jičín pořádají odborníci z kardiologie každoročně několik seminářů, kde se věnují právě praktickým lékařům a jejich spolupráci. Další zásadním přínosem je posílat na vyšší specializované pracoviště jen ty pacienty, kteří z toho jednoznačně profitují a následně je doléčit či sledovat ve svém spádu (např. RHB po CMP, paliativní onkologická terapie v místě bydliště pacienta, maximum neinvazivní diagnostiky kardiologických diagnóz ve spádu aj.).

Rezervy organizace.

V nemocnici citelně chybí jednotný proces příjmu akutních pacientů s vlastním systémem třídění, který by ho usnadnil. Dále jsou postrádány obory s případnou návazností malých

výkonů jako je urologie, ortopedie, cévní chirurgie, jako vhodné se také jeví zřízení např. angiografie, revmatologie aj.

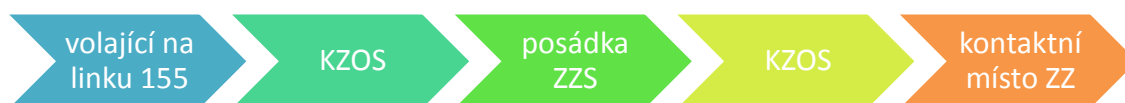
Možnosti a převýšení konkurence.

Oblastní nemocnice Jičín, a.s. disponuje velmi dobrou vybaveností, pyšní se např. gama kamerou v oboru nukleární medicína, kterou využívají i někteří pacienti z Fakultní nemocnice Hradec Králové (FN HK) pro perfuzní scintigrafii plic a scintigrafické vyšetření plicní ventilace. Rozsáhleji se nemocnice věnuje také onkologickým a kardiologickým pacientům ve srovnání s ostatními holdingovými nemocnicemi - pro porovnání např. jícnová echokardiografie je odborníky prováděna cca 6x častěji v ON Jičín než v ON Trutnov, což jsou oblasti s podobným spádem pacientů.

5.4 Analýza systému návaznosti přednemocniční a nemocniční péče v Královéhradeckém kraji

Fakta, která nejsou citovaná, jsou empiricky získaná letitou praxí u Zdravotnické záchranné služby Královéhradeckého kraje (ZZS KHK) či rozhovorem s top managementem nemocnice, zejména ředitelem Oblastní nemocnice Jičín, a. s. MUDr. Jedličkou, MHA a z jeho pověření s Ing. Mackem z úseku statistik a úhrad zdravotní péče.

Proces a návaznost přednemocniční a nemocniční péče si lze jednoduše představit následovně:



Obr. 7 Proces informačního toku návaznosti přednemocniční a nemocniční péče (vlastní zpracování)

- ✓ Všichni volající na tísňovou linku 155 se dovolají na příslušné Krajské zdravotnické operační středisko (KZOS) a jejich výzva je vždy vyřešena dle určitých kritérií.
- ✓ V případě, že je tak indikováno je řešením výjezd posádky ZZS.

V případě, že dojde k transportu pacienta do zdravotnického zařízení (v naprosté většině událostí) je povinností příjezd každého pacienta avizovat. Děje se tak ve dvou krocích:

- ✓ hlášení posádky ZZS operačnímu středisku ve formě strukturované informace a

- ✓ hlášení KZOS kontaktnímu místu příslušného zdravotnického zařízení.

Kontaktní místo je dle zákona č. 374/2011 Sb. Zákon o zdravotnické záchranné službě, § 6 (AION CS, ©2010) zřízeno poskytovatelem akutní lůžkové péče pro spolupráci s poskytovatelem zdravotnické záchranné služby za účelem zajištění příjmu pacienta a neodkladného pokračování v poskytování zdravotních služeb; zřídí-li poskytovatel akutní lůžkové péče urgentní příjem, je kontaktní místo jeho součástí. Cílový poskytovatel akutní lůžkové péče je povinen převzít pacienta do své péče, pokud jeho kontaktním místem byla možnost přijmout pacienta potvrzena zdravotnickému operačnímu středisku.

V Královéhradeckém kraji provozuje svou činnost devět nemocnic pro příjem akutních pacientů přivážených ZZS, u každé z nich je uvedeno umístění příslušného kontaktního místa:

1. Fakultní nemocnice Hradec Králové – Oddělení urgentní medicíny
2. Oblastní nemocnice Náchod, a. s. – Infocentrum
3. Oblastní nemocnice Rychnov n. K., a. s. (Náchod) - Recepce
4. Nemocnice Broumov (Náchod) – Interní ambulance
5. Městská nemocnice, a. s. - Dvůr Králové - JIP
6. Oblastní nemocnice Jičín, a. s. - ARO
7. Nemocnice Nový Bydžov (Jičín) - JIP
8. Oblastní nemocnice Trutnov, a. s. - ARO
9. Česko-německá horská nemocnice Krkonoše, s.r.o. - Infocentrum

Následný proces – předání pacienta po ohlášení příslušnému poskytovateli akutní lůžkové péče se liší dle zvyklostí a možností nemocnic. Zde se bohužel již nejedná o jednotný systém ani proces, který by byl obousměrně nastaven. V drtivé většině není např. v nemocnicích nastaven systém třídění pacientů (viz. Graf 1) a při slepém spoléhání se na rozhodnutí posádky ZZS dochází k mnohým nedorozuměním a zbytečnostem.



Graf 1 Existence třídícího systému pacientů v nemocnicích KHK (Bejrová, 2013)

5.4.1 Region Jičín

Příjem většiny akutních pacientů v regionu Jičín je soustředěn do nemocnice v Jičíně. Proces příjmu akutních pacientů přivážených posádkami ZZS, který je popsán výše, je zde samozřejmě aplikován, kontaktní místo je zřízeno na anesteziologicko-resuscitačním oddělení (ARO). Personál ARO obdrží strukturovanou informaci od operátora KZOS a předá ji v neměnném stavu dále dle rozhodnutí posádky ZZS na příslušnou ambulanci.

Vybraná Pro vs. Con:

- ✓ S operátorem KZOS komunikuje erudovaný zdravotnický personál – medicínská terminologie zde není překážkou.
- ✓ Oboustranný rychlý přehled o volné kapacitě intenzivních a resuscitačních lůžek.
- ✓ Liknavost v řešení nahlášených tzv. stop–stavů na oddělení (legislativní opora?)
- ✓ Rozhodnutí o směřování do cílových ambulancí či na oddělení je ponecháno bez rozdílu na posádce ZZS, která mnohdy není znalá zvyklostí příslušných ambulancí ani aktuální situace obsazenosti ambulancí a zaneprázdněnosti personálu nemocnice. Neexistuje třídící systém.
- ✓ Mnohdy není v terénu možno diagnostikovat a přiřadit pacienta úzké odbornosti, což způsobuje občasné nedorozumění na příjmových ambulancích.

Proces příjmu akutních pacientů v nemocnici

Níže popsáný proces platí nejen pro pacienty přivezených ZZS, ale i pro pacienty, kteří do nemocnice přijíždějí/přichází po vlastní ose.

Příjezd/příchod hlavní bránou přes vrátnici do nemocnice, posádky ZZS mají možnost vjezdu zadní bránou (automatizovaná brána bez závory). Jak bylo již uvedeno, jedná se o nemocnici pavilónového typu, hlavní pavilony jsou propojeny moderními prosklenými chodbami.

Vstup do nemocnice – dle stavu pacienta, symptomů či pracovní diagnózy směřování pro chirurgické a operativní obory, ORL, dětské oddělení, gynekologicko-porodnické oddělení – *recepce I.* (hlavní recepce) – budovy G, H, CH.

- ✓ Chirurgické ambulance: 4 v pracovní době, 1 v době ústavní pohotovostní služby (ÚPS)
- ✓ ORL: 1 v pracovní době i během ÚPS
- ✓ Dětská ambulance: 1 v pracovní době, 0 během ÚPS (příjem přímo na oddělení)

- ✓ Gynekologicko-porodnická ambulance: 1 v pracovní době i během ÚPS

Vstup do nemocnice – dle stavu pacienta, symptomů či pracovní diagnózy pro směřování interní obory, neurologie, LSPP – *recepce II.* – budovy D, (B).

- ✓ Interní ambulance: 2 + 1 kardiologická ambulance v pracovní době, 1 – 2 během ÚPS
- ✓ Neurologická ambulance: 1 v pracovní době, 0 během ÚPS (příjem přímo na oddělení)
- ✓ LSPP: víkendy, svátky 8 – 20 hod.

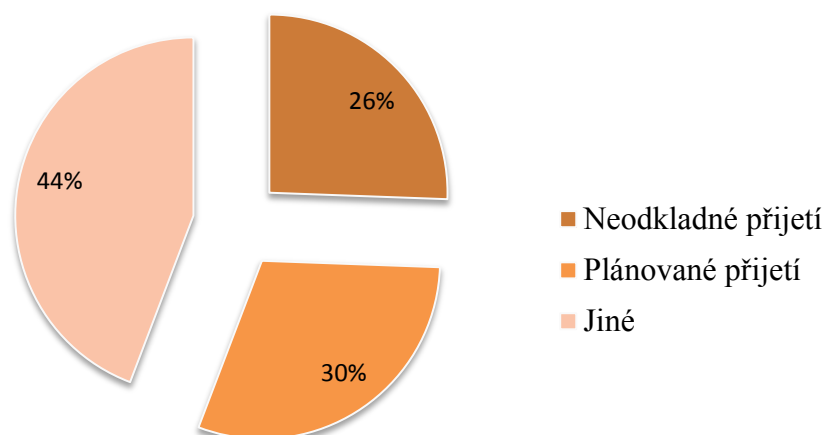
Vstup do nemocnice (pouze v pracovní době) – dle směřování onkologie, psychiatrie (pouze ambulantní příjem, lůžka pro plánovanou neakutní péči) – recepce jsou příjmové ambulance. V době ÚPS je příjmovou ambulancí těchto oborů *interní* ambulance.

V případě pacienta v kritickém stavu je možností posádky rozhodnout o přímém přijetí na jednotku intenzivní péče (JIP) nebo ARO a v tomto případě není většinou vyžadován administrativní výkon na recepci. V ostatních případech je prvním krokem registrace pacientů na výše uvedených recepcích, následné vyčkání na uvolnění ambulance pokud je v provozu či na příchod sloužícího lékaře příslušného oboru na příjmovou ambulanci a posledním krokem je předání zdravotních informací o přiváženém pacientovi. Zde proces prolnutí PNP a NP končí, v některých případech pokračuje po domluvě obou stran transportem pacienta na příslušné lůžkové oddělení (tento krok vyžaduje rychlost rozhodnutí lékařů na příjmových ambulancích o přijetí a vstřícnosti posádky ZZS v rádech několika málo minut).

Stejně je nastaven proces příjmu akutních pacientů i v nemocnici v Novém Bydžově, která je součástí Oblastní nemocnice Jičín, a. s., nicméně akutní péče je zde velmi omezena. Nemocnice Nový Bydžov disponuje pouze interním a rehabilitačním oddělením a několika specializovanými ambulancemi s návazností na lůžkovou péči právě v Jičíně. Potenciál areálu v Novém Bydžově by mohl být v rozšíření již stávajících oddělení lůžek následné péče a rehabilitace a přesunutí veškeré akutní péče do nemocnice v Jičíně, o tomto bude pojednáno v závěru práce.

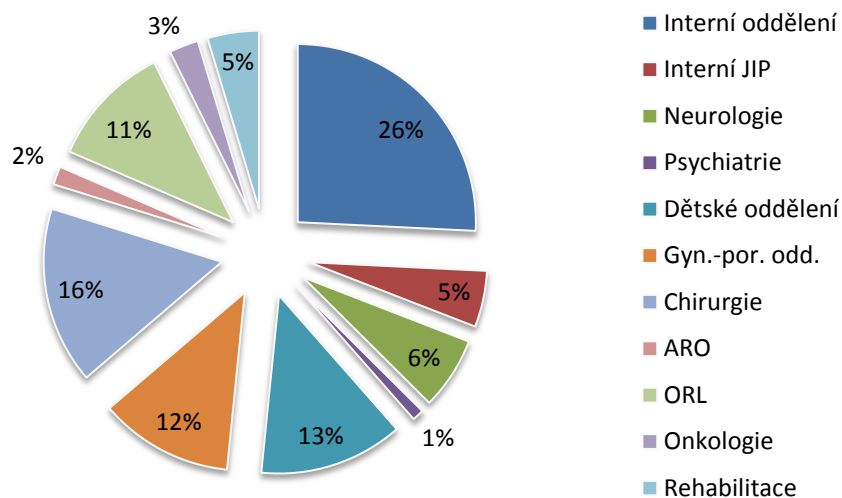
Veškerá níže uvedená data jsou získána z interních materiálů a statistik ON Jičín ve vlastním zpracování.

V roce 2013 bylo k hospitalizaci v ON Jičín přijato na akutní lůžka 15 830 pacientů, způsob přijetí nemocnice dělí dle vzoru ÚZIS na neodkladný, plánovaný a jiný. V případě neodkladného přijetí šlo o 4 049 pacientů, plánovaného přijetí o 4 782 pacientů a jiné přijetí o 6 999 pacientů. Neodkladným příjmem je myšlen úraz nebo akutní stav, který bezprostředně ohrožuje nemocného nebo jeho okolí (akutní infekční onemocnění, fyziologické porody, duševní porucha, intoxikace nebo jiná náhlá příhoda). Plánovaná hospitalizace jednoduše znamená, že přijetí pacienta je plánováno a je určen přesný datum 1. dne hospitalizace. Pod termín jiný způsob přijetí se zahrnou všechny případy, kdy nemocný není bezprostředně ohrožen na životě, jeho přijetí nebylo předem plánováno, ale nic nebrání jeho přijetí (některé infekční onemocnění, volná lůžková kapacita a překlady mezi jednotlivými odděleními či zařízeními pokud překlad není vyvolán náhlým zhoršením stavu pacienta). Z níže uvedeného grafu lze hodnotit plánování lůžkové kapacity nemocnice Jičín jako velmi dobré.



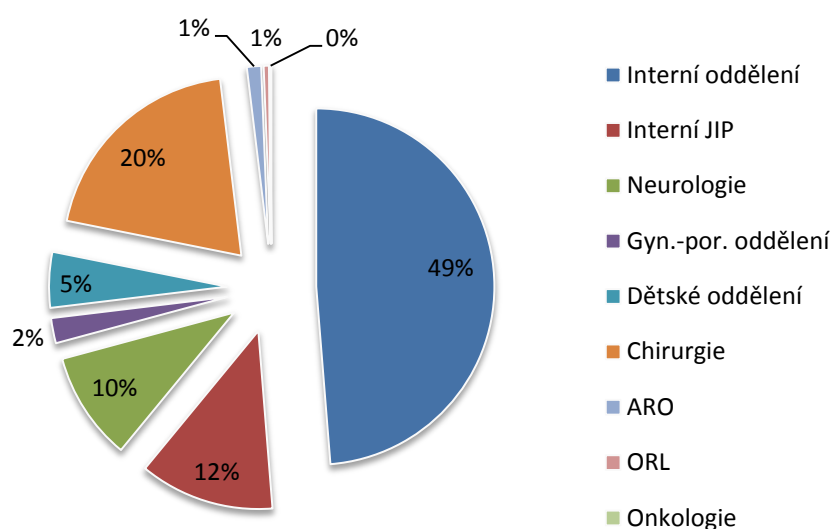
Graf 2 Pacienti přijatí k hospitalizaci na akutní lůžka v roce 2013 (vlastní zpracování s daty ON Jičín)

Z celkového počtu pacientů přijatých k hospitalizaci na akutní lůžka bylo 3 869 směřováno na interní oddělení, 767 na interní JIP, 986 na neurologické oddělení, 159 na psychiatrii, 1 963 na dětské oddělení, 1 824 na oddělení gynekologicko-porodnické, 2 413 na chirurgii, 250 na ARO, 1 681 na ORL, 399 na onkologii a 699 na rehabilitační oddělení.



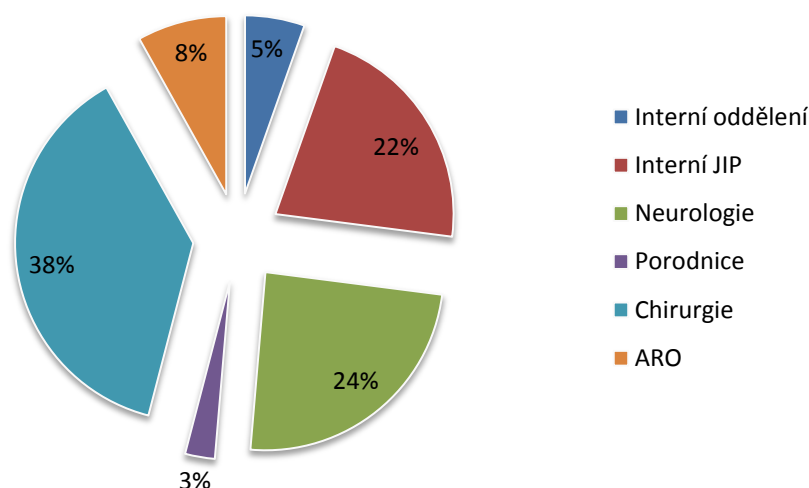
Graf 3 Hospitalizace na akutních lůžkách dle druhu oddělení v roce 2013
(vlastní zpracování s daty ON Jičín)

Největší podíl zaujímají interní pacienti. Z uvedeného počtu 3 869 bylo přivezeno posádkou ZZS do nemocnice 1 322 pacientů, což je markantní část pacientů (téměř 50 %) v číslech ZZS. Z celkového počtu pacientů přijatých k hospitalizaci bylo totiž přivezeno posádkami ZZS 2 713 pacientů, z toho bylo kromě zmíněného počtu pacientů na interní oddělení dále předáno 332 pacientů na JIP, 267 na neurologii, 137 na dětské oddělení, 62 na gynekologicko-porodnické oddělení, 541 na chirurgii, 35 na ARO, 13 na ORL a 4 na onkologické oddělení (viz Graf 4).



Graf 4 Pacienti přivezeni posádkami ZZS dle druhu oddělení následné hospitalizace v roce 2013 (vlastní zpracování s daty ON Jičín)

Zmiňované suboptimální nastavení procesu příjmu akutních pacientů dokládají částečně i čísla pacientů, kteří byli v den přijetí překládáni v rámci nemocnice mezi pavilóny – 159 za rok 2013. Z toho se to týká nejvíce překladů na chirurgii – 68, na interní JIP – 24 nebo interní oddělení – 12 a na ARO – 24 pacientů. Pro bližší analýzu by bylo třeba seznámit se s počty transportů z nemocnice Nový Bydžov u pacientů z chirurgické ambulance, kde není chirurgické lůžkové oddělení (primárně hospitalizace na interním oddělení?) a s transporty pro akutní zhoršení zdravotního stavu na intenzivní a resuscitační lůžka. Lze ale zhodnotit tento překlad pacienta v 1. dni hospitalizace, který byl přivezen posádkou ZZS (viz. Graf 5). Počet těchto pacientů je 37, z toho 2 byli přeloženi na interní oddělení, 8 na JIP, 9 na neurologii, 1 na porodnici, 14 na chirurgii a 3 na ARO. Pomineme-li JIP a ARO, kde můžeme předpokládat náhlé zhoršení zdravotního stavu, lze hovořit o relativní chybovosti směřování pacientů.

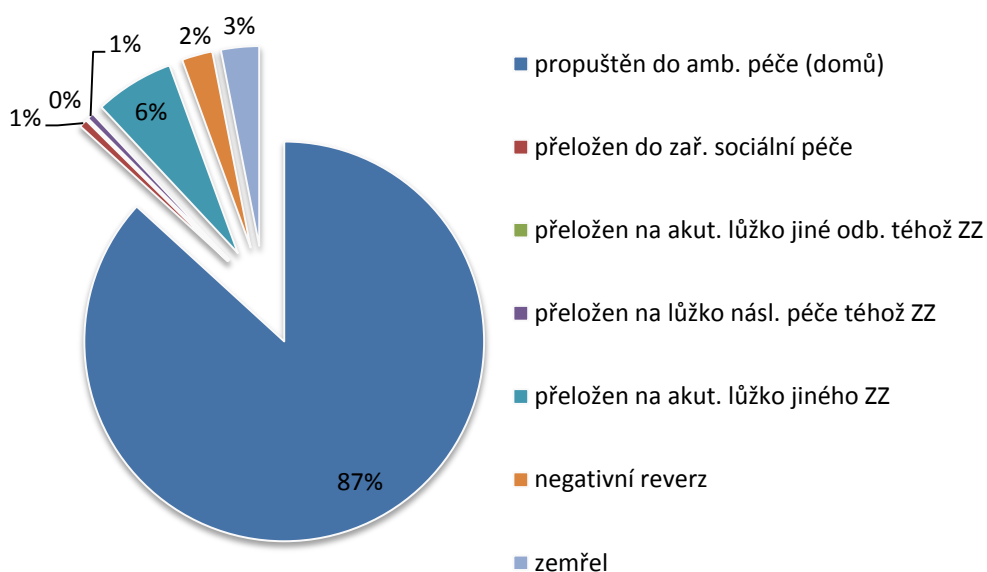


Graf 5 Překlady pacientů přivezených ZZS v 1. dni hospitalizace v rámci zdravotnického zařízení v roce 2013 (vlastní zpracování s daty ON Jičín)

Z hlediska jednodenní hospitalizace lze zjistit i počet pacientů, kteří byli v prvním dnu hospitalizace transportováni do jiného zdravotnického zařízení – 210. Z toho 30 z interního oddělení, 90 z JIP, 4 z ARO, 23 z neurologie, 34 z dětského oddělení, 6 z gynekologicko-porodnického oddělení, 22 z chirurgie a 1 z onkologie. Největší měrou jsou zastoupeni pacienti z JIP, kde se předpokládá po základní diagnostice a stabilizaci zdravotního stavu překlad do Fakultní nemocnice Hradec Králové, zejména na interní (kardiologické a arytmiologické) JIP. Signifikantní objem těchto pacientů je opět přivezen posádkami ZZS – 82. Z devadesáti transportovaných pacientů na vyšší pracoviště jich bylo 53 dopravených

právě vozem ZZS. Zde se nabízí otázka, zda tak nemohlo být učiněno u některých pacientů přímou trasou již z terénu, ale tuto domněnku by bylo třeba ověřit a založit na faktu diagnózy, stavu pacientů v době zásahu a možnostech a postupech ZZS i nemocnice.

Dalším zhodnocením připadají v úvahu dvoudenní (viz. Graf 6) případně třídní hospitalizace – zde záleží na zvyklostech zdravotnického zařízení, kterým by se měli zkoumané vzorky analýzy přizpůsobit. Tyto krátké hospitalizace zahrnují i malé operační výkony, plánovaná vyšetření s následnou několikahodinovou observací aj. V ON Jičín byla smluvně zavedena tzv. jednodenní péče tam, kde není nutná přímá hospitalizace a v budoucnu bude jistě více a více využívána. Pro velmi jednoduchý pohled z ekonomického hlediska se dá říci, že hospitalizace je zdravotní pojišťovnou lépe placena než ambulantní péče, na smlouváním jednodenní péče se dostaneme do pomyslného středu finanční náročnosti, ke které nás v roli zdravotnického zařízení bude tlačit právě zdravotní pojišťovna.



Graf 6 Dvoudenní hospitalizace z pohledu DRG v roce 2013 (vlastní zpracování s daty ON Jičín)

Ve výše uvedeném grafu je pracováno s daty z pohledu případů čili systému DRG („platba za diagnózu“). Celkem bylo propuštěno nebo zemřelo druhý den hospitalizace 1 688 pacientů, z toho 1 465 bylo propuštěno domů nebo do ambulantní péče, 11 bylo přeloženo do zařízení sociální péče, 108 bylo přeloženo na akutní lůžko jiného zdravotnického zařízení, 42 opustilo nemocnici předčasně podepsáním negativního reverzu, 9 bylo přelo-

ženo na lůžka následné péče a 1 byl přeložen na akutní lůžko jiné odbornosti než byl přijat v rámci ON Jičín. Zemřelo 52 pacientů, z toho byl u 1 vystaven poukaz na pitvu.

Pro přehlednost uvádím pohled na již uvedená data, nyní z pohledu DRG, v roce 2013:

- ✓ počet pacientů přijatých k hospitalizaci na akutní lůžka – 14 184,
- ✓ počet pacientů propuštěných druhý den hospitalizace – 1 688, tj. 11,9 %.

Vysoká čísla významná pro optimální nastavení procesu příjmu akutních pacientů jsou dále ambulantní návštěvy. Počet ambulantních návštěv za rok 2013 v ON Jičín je 247 559, z toho ambulantních pacientů je 47 828, tzn., že každý jeden pacient byl přijat ambulantním lékařem 5,2krát. Z toho vyhledalo lékařskou službu první pomoci (LSPP) 2 100 pacientů za rok, zde je počet celkových návštěv 2 446, což znamená, že v průměru přišel pacient 1,2krát.

5.5 Benchmarking

Benchmarking byl uveden v teoretické části jako jeden ze způsobů metodiky procesního řízení. V případě Oblastní nemocnice Jičín ho lze aplikovat na proces příjmu akutních pacientů ve srovnání s Fakultní nemocnicí Hradec Králové, která je ale nepoměrně větší a jedná se navíc o nemocnici s vysokou specializací v oborech kardiologie, traumatologie, neurochirurgie, neonatologie a mnoha dalších. Stran druhého srovnání, které připadá v úvahu, se jedná o Klaudiánovu nemocnici v Mladé Boleslavi.

5.5.1 Fakultní nemocnice Hradec Králové

Oddělení urgentní medicíny - OUM

Příjem pacientů přivážených posádkami ZZS s pracovní diagnózou:

- ✓ interního charakteru kromě pacientů přímo směřujících na sál PCI,
- ✓ chirurgického charakteru včetně tzv. trauma triage pozitivních pacientů a
- ✓ CMP i suspektně, mimo spád pacienti tzv. CMP triage pozitivní.

Pacienti jsou umístěni na tzv. expektační lůžka, kde se nadále řeší jejich zdravotní stav a postupuje se dle potřeby vyšetřením, léčbou, propuštěním či hospitalizací buď ve spádové (pokud jí není fakultní) nebo fakultní nemocnici (potřeba specializované péče).

Pacienti oboru pediatrie, psychiatrie, urologie, gynekologie a porodnictví, infekčních nemocí a ostatní s neurologickými příznaky jsou směřováni přímo na příslušné ambulance.

Jak již bylo uvedeno, každý pacient je telefonicky avizován na kontaktní místo pomocí strukturované informace. Ty jsou dvojího druhu. Pokud se jedná o pacienta, který nevyžaduje vysoce specializovanou péči, postačuje základní sdělení: pohlaví, věk, pracovní diagnóza, popř. symptomy, požadavky na personál zdravotnického zařízení při příjezdu a předpokládaný čas dosažení příslušného zdravotnického zařízení. Pokud se jedná o pacienta s ventilační nebo oběhovou nestabilitou nebo trauma triáž pozitivního pacienta a pacienta po kardiopulmonální resuscitaci (KPR) rozšiřuje se strukturovaná informace o další jasně dané údaje: mechanismus příčiny současného stavu, stav vědomí, ventilační parametry, stabilita hemodynamiky, speciální požadavky na odbornost přijímacího týmu, popř. aktivace transfúzního protokolu. Obě strany – jak personál KZOS, tak personál kontaktního místa pracují během avíza se stejně strukturovanými formuláři, aby během procesu nedocházelo k nedorozuměním.

Oddělení urgentní medicíny ve FN Hradec Králové využívá jako jediný z nemocnic v kraji vlastní třídící systém všech pacientů. Jde o mezinárodně užívaný třídící nástroj Emergency severity index, který je založen na rozřídění pacientů do pěti úrovní, přičemž má každá svoji časovou naléhavost (např. selhání životních funkcí – 1, potřeba vypsání receptu – 5). Pro úplnost je třeba zmínit poměrně signifikantní množství pacientů, kteří se na OUM dostanou po vlastní ose.

Příjem pacientů přijíždějících (přicházejících) po vlastní ose:

- ✓ S jakýmkoli potíží, jedná se také o pacienty vyhledávající lékařskou pohotovostní službu a s doporučením od praktických a jiných odborných lékařů.

Vybraná Pro vs. Con:

Příjem akutních pacientů s každou závažností stavu (jednotnost, přímo dostupná specializovaná péče, zvyšování erudice personálu).

Hladká návaznost přednemocniční a nemocniční péče.

Omezení duplicit vyšetření. Veškerá péče na jednom místě.

Dlouhé čekací doby z důvodu přetíženosti (opakované návštěvy, návštěvy bez doporučení, např. u pacientů s relativně nezávažnými obtížemi řešitelnými praktickým lékařem).

5.5.2 Klaudiánova nemocnice Mladá Boleslav, a.s.

Urgentní interní příjem dospělých - UIPD

Příjem pacientů přivážených posádkami ZZS s pracovní diagnózou:

- ✓ interního charakteru kromě pacientů přímo směřujících na sál PCI (Liberec, Praha) či pacientů s UPV (ARO) a
- ✓ neurologického charakteru.

Pacienti jsou umístěni na expektační lůžka, kde se nadále řeší jejich zdravotní stav a postupuje se dle potřeby vyšetřením, léčbou, dimisí či hospitalizací, popř. sekundárním transportem na vyšší pracoviště.

Příjem pacientů přijíždějících (přicházejících) po vlastní ose:

- ✓ S jakýmkoli potížími interního a neurologického charakteru, včetně služeb lékařské pohotovostní služby, dále se jedná o předoperační vyšetření k plánovaným výkonům a příjem pacientů k plánované hospitalizaci.

Vybraná Pro vs. Con:

Příjem akutních pacientů výše uvedených oborů, centralizace péče.

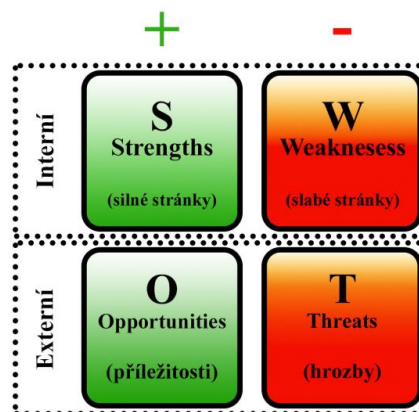
Chybí první „nárazník“ – třídící personál, třídí se namátkově a spíše subjektivně.

Pouze nízkoprahový příjem.

Dlouhé čekací doby z důvodu přetíženosti (opakované návštěvy, návštěvy bez doporučení, zástup za praktické lékaře, předoperační vyšetření a příjem pacientů k plánovaným hospitalizacím).

5.6 Analýza SWOT

Analýzou SWOT je provedeno celkové shrnutí všech předcházejících dílčích analýz.



Obr. 8 Analýza SWOT

(vlastní zpracování)

S

- ✓ Dobrá dostupnost ON Jičín, a.s.
- ✓ Vybavenost zdravotnického zařízení odpovídající evropským standardům.
- ✓ Lékaři se specializací a letitou praxí oborů převyšující standard oblastní nemocnice – nukleární medicína, kardiologie, onkologie.
- ✓ Dobrá vzájemná spolupráce s vysoce specializovaným pracovištěm (FN Hradec Králové).
- ✓ Certifikace ISO a úspěšná recertifikace – ČSN EN ISO 9001:2009 – systém managementu jakosti, ČSN EN ISO 14001:2005 – systém ochrany životního prostředí a ČSN EN ISO OHSAS 18001:2008 – ochrana zdraví a bezpečnosti při práci.
- ✓ Dlouhodobě uspokojivý výsledek hospodaření, přední místo mezi tzv. holdingovými nemocnicemi KHK.
- ✓ Vzdělávací programy pro zaměstnance a veřejnost, jak odbornou, tak laickou.
- ✓ Opakované úspěšné celostátní hodnocení spokojenosti pacientů v anketě „Nemocnice ČR očima pacientů“.

W

- ✓ Nevyhovující rozvrh akutních lůžek (nemocnice v Novém Bydžově – JIP a interní oddělení).
- ✓ Centrální příjem pacientů – chybí plynulá návaznost PNP a NP.
- ✓ Nemocnice nemá statut iktového centra.
- ✓ Chybí obory s návazností malých výkonů (např. urologie – využívána ambulance mimo areál nemocnice).

O

- ✓ Stárnutí populace, zvýšená šance na kvalitní dožití.
- ✓ Vliv zdravotních pojišťoven – jednodenní péče.
- ✓ Zlepšující se povědomí laiků o zdravotnictví jako takovém, zvýšení zájmu.
- ✓ Zlepšování zdravotního stavu populace – preventivní péče, mladá generace praktických lékařů.

T

- ✓ Vzrůstající potřeba zdravotních služeb a nároky na ni v důsledku stárnutí populace; neudržitelnost rozsahu péče, nutná restrukturalizace – sloučení akutních lůžek (nemocnice v Novém Bydžově + rozšíření počtu lůžek následné péče v nemocnici v Novém Bydžově?).
- ✓ Úhradová vyhláška. Nesoulad v některých legislativních normách.
- ✓ Závislost rozsahu zdravotnické péče (výkonů) na nasmlouvání ze strany zdravotních pojišťoven.
- ✓ Odchod lékařů do zahraničí a do privátního sektoru (generační obměny, mzdy).
- ✓ Nárůst sazeb DPH.
- ✓ Postupně sílící konkurenční prostředí.

6 NÁVRH OPTIMÁLNÍHO ŘEŠENÍ

Ze shrnutí předcházejících analýz vyplývá mnoho možností a potřeb k řešení. Nejpalčivěji se jeví chybějící systém plynulé návaznosti přednemocniční a nemocniční péče. Řešení příjmového vakua lze rozdělit na krátkodobá a dlouhodobá.

Z hlediska *krátkodobé* budoucnosti lze okamžitým jednoduchým nastavením třídícího systému pro příjem akutních pacientů částečně narovnat proces směrem k optimu. Narovnání tohoto procesu zahrnuje následující kroky:

- 1) Vytvoření vlastního třídícího systému příjmu akutních pacientů, zejména pro kritické pacienty přivážené posádkami ZZS.
- 2) Zaškolení personálu současného kontaktního místa zahrnující v první řadě přesvědčení a získání lidí pro novou ideu, motivování - nástroj, kterým skutečně mohou řídit proces (již vytvořený třídící systém z kroku 1), popř. finanční ohodnocení za navýšení pracovních povinností.
- 3) Paralelně s krokem 2 – dohoda se Zdravotnickou záchrannou službou KHK, případně aplikace připomínek do procesu, zaškolení operátorů KZOS.
- 4) Zahájení nového procesu.
- 5) Určení délky zkušební doby, kdy se tolerují mírné nedostatky či neshody.
- 6) Ověření funkčnosti v krátkém (týdny) a dlouhém (statistické zhodnocení za rok) horizontu.
- 7) Další případné úpravy procesu.

Vytvořením vlastního třídícího systému nemocnice eliminuje ve velké míře vnitroustavní překlady. Převezme sice rozhodovací proces a tím i odpovědnost od ZZS, ale zásadně se zvýší efektivita činnosti nemocnice jako celku a eliminují se konfliktní situace mezi odděleními (ambulancemi) a mezi ambulancemi a ZZS. V kroku 1 by mohl připadat v úvahu vhodný komunikační nemocniční nástroj, např. softwarová podpora typu elektronického přehledu o volné kapacitě lůžek, o počtu pacientů na jednotlivých ambulancích v určitých hodinách apod. Tento nástroj by mohl být následně využit i v cíli dlouhodobého hlediska.

Z *dlouhodobého* hlediska je řešením vybudování centrálního (urgentního) příjmu. Tento cíl může být plněn paralelně s výše uvedeným nebo samostatně. Centrální příjem se v současné době zavádí v mnoha nemocničních zařízeních, avšak provedení, kapacita a velikost jsou po-

každé jiné, přizpůsobené velikosti a dispozičním možnostem stavby nemocnice, velikosti spádové oblasti (objemu pacientů v regionu) a organizaci práce. Dle znění zákona č. 374/2011 Sb. je urgentní příjem specializované pracoviště poskytovatele akutní lůžkové péče s nepřetržitým provozem, které zajišťuje příjem a poskytování intenzivní akutní lůžkové péče a specializované ambulantní péče pacientům s náhle vzniklým závažným postižením zdraví a pacientům v přímém ohrožení života (AION CS, ©2010b). Oddělení urgentního příjmu, v synonymech oddělení centrálního příjmu, Emergency, akutní příjem, aj. je tedy prostorem, kde jsou přijímáni a ošetřováni pacienti přicházející do nemocnice pro akutní onemocnění. Je to vlastně vstupní brána do zdravotnického zařízení ať už je pacient přivážen posádkou ZZS či rodinou, přáteli nebo po svých po strážce medicínské i administrativní. Dle Poláka (2014, s. 23) lze priority centrálního příjmu shrnout následovně:

- ✓ Provádí život zachraňující výkony.
- ✓ Provádí léčbu bolesti.
- ✓ Identifikuje důležité problémy medicínské i sociální.
- ✓ Zahajuje diagnostiku nebo v ni pokračuje (s návazností na ZZS, praktické lékaře aj.).
- ✓ Zahajuje nebo pokračuje v terapii (s návazností na ZZS, praktické lékaře aj.).
- ✓ Rozhoduje o přijetí pacienta na příslušné oddělení nebo o předání pacienta do ambulantní péče.
- ✓ Zajišťuje transport pacientů jak v rámci zdravotnického zařízení, tak mezi zdravotnickými zařízeními ve spolupráci s KZOS a posádkami ZZS.

U některých pacientů je faktem, že je diagnostika i léčba zahájena i ukončena na centrálnímu příjmu, na tzv. expektačních lůžkách, která jsou určena pro pacienty ambulantní či jednodenní péče (péče poskytovaná max. 24 hodin) před propuštěním, hospitalizací či transportem do jiného zdravotnického zařízení.

6.1 Návrh k projektu centrálního příjmu

Obecně se dá se říci, že existují tři typy činností, které centrální příjem zabezpečuje. Jedná se o administrativní činnost spojenou s přijímáním pacientů, dále urgentní příjem pacientů a odborné úkony jako kontroly, specializované poradny apod. V jakém rozsahu se nemocnice rozhodne centrální příjem realizovat, je čistě individuální záležitostí. Pro Oblastní nemocnici Jičín, a. s. se jeví jako nejvhodnější spojit pouze první dvě činnosti a kontroly

a poradenství ponechat ve stávajících samostatných ambulancích v ordinačních hodinách, kde by jejich činnost již nadále nenarušoval akutní pacient.

6.1.1 Struktura centrálního příjmu

I.

První částí je recepce, informační místo, registr, filtr – jednoduše místo, které je prvním kontaktním místem pro příchozí pacienty, poskytuje informace pro návštěvníky, zajišťuje administrativu, ale také určuje naléhavost případu dle vytvořeného třídícího systému. Proto je nutné, aby zde sloužil speciálně vyškolený zdravotní pracovník. Na tomto administrativním příjmu předkládají příchozí pacienti své identifikační doklady – občanský průkaz, průkaz pojištěnce, popř. doporučení od praktického lékaře atd., zaevidují se osobní údaje pacienta do nemocničního informačního systému (NIS), tiskne se stanovená dokumentace a pacienti jsou postoupeni dalšímu procesu. Zmíněný třídící systém může být převzat z jakéhokoli jiného (např. již uvedené mezinárodní ESI) třídění nebo je vytvořen personálem centrálního příjmu či vedením nemocnice. V podstatě na tom nezáleží, důležité je, že pořadí pacientů neurčuje čas příchodu/příjezdu do nemocnice, ale závažnost jeho zdravotního stavu. Nedílnou součástí tohoto oddělení je dle platné legislativy již zmiňované kontaktní místo, které je v současné době umístěno na ARO.

II.

Druhá část se dá nazvat již samotným oddělením urgentního příjmu a má tři základní prostory: ambulance, které slouží pro poskytování zdravotních služeb většinou příchozím pacientům po vlastní ose a bez závažného postižení zdraví, expektační lůžka pro maximálně 24 hodinovou observaci pacienta za účelem diagnostiky, terapie, čekání na výsledky vyšetření nebo uvolnění lůžka ve zdravotnickém zařízení před hospitalizací a poslední je tzv. crash nebo resuscitační část, která slouží pro péči o pacienty se závažným postižením zdraví a v přímém ohrožení života.

6.1.2 Materiální a přístrojové vybavení

Dle Věstníku č. 4/2015 Ministerstva zdravotnictví ČR (MZ ČR, ©2015) vybavení urgentního příjmu zahrnuje následující:

- ✓ umyvadlo a dvoudřez,
- ✓ skříň na léčivé přípravky a zdravotnický materiál,
- ✓ vyšetřovací lehátko nebo lůžko, které umožňuje RTG vyšetření,

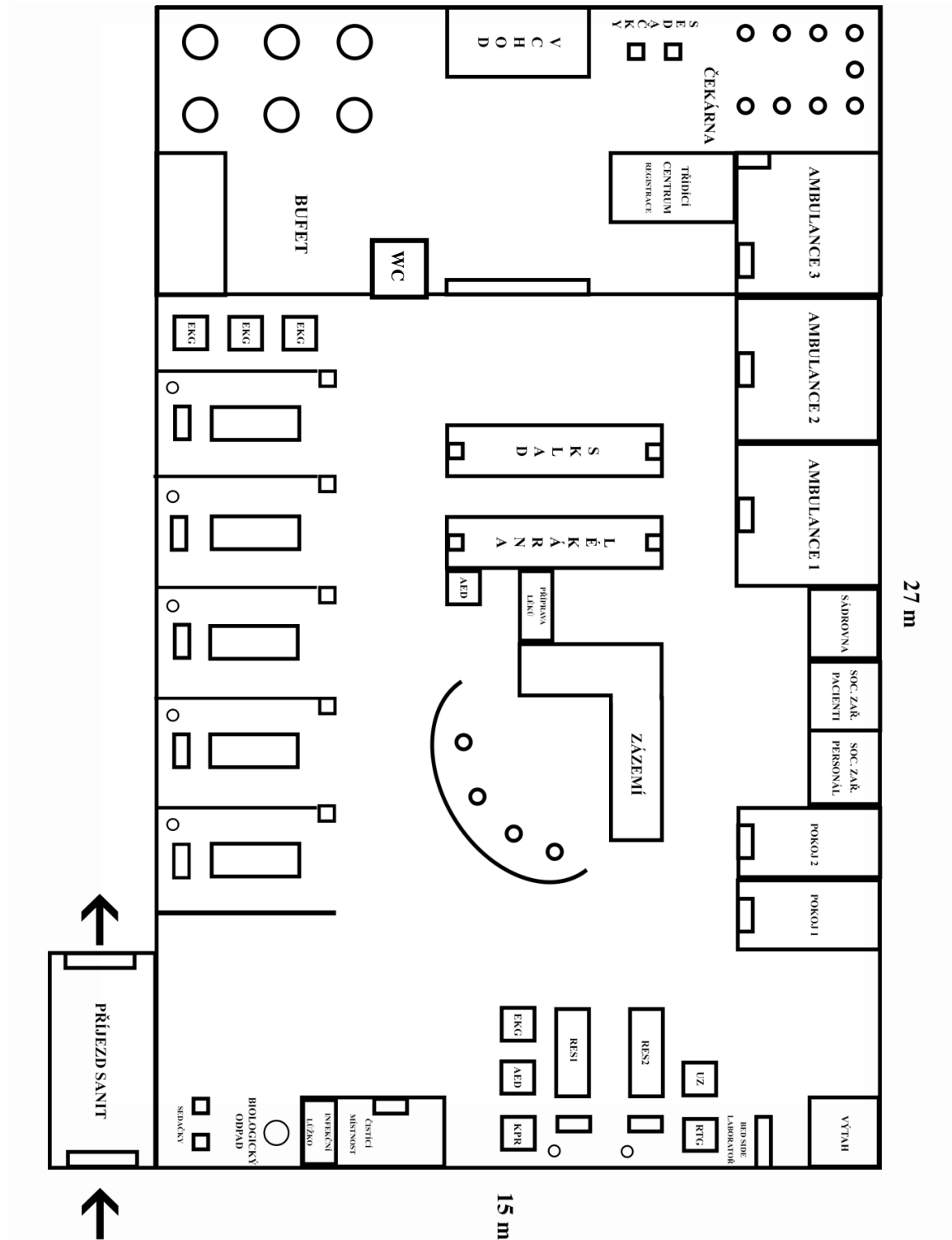
- ✓ transportní lehátko nebo stretcher pro převoz pacientů,
- ✓ sprchovací lehátko,
- ✓ mobilní RTG přístroj skiagraficko-skiaskopický s C ramenem,
- ✓ monitor vitálních funkcí (EKG, NIBP, SpO₂, Temp.),
- ✓ transportní ventilátor,
- ✓ defibrilátor,
- ✓ anesteziologický přístroj, pokud není dostupný na jiném pracovišti zdravotnického zařízení,
- ✓ resuscitační vozík pro uložení pomůcek a léčivých přípravků,
- ✓ monitor, pokud je digitální přenos obrazů nebo negatoskop,
- ✓ infuzní stojan,
- ✓ infuzní pumpa,
- ✓ dávkovač stříkačkový,
- ✓ zdroj medicínálního kyslíku, centrálního vakua a tlakového vzduchu pro ventilované pacienty
- ✓ rozvod vakua se nevyžaduje, pokud je oddělení vybavené elektrickými odsávacími,
mi,
- ✓ chladnička,
- ✓ nepřenosná uzamykatelná schránka z kovu, pokud se skladují omamné nebo psychotropní látky nebo přípravky je obsahující,
- ✓ počítač a jednotné úložiště dat propojené datovou sítí a tiskárna; jednotné úložiště dat může být společné pro více pracovišť nebo celé zdravotnické zařízení,
- ✓ náhradní zdroj elektrické energie.

Výše uvedené vybavení je pevně stanovené a jedná se o minimální standard. V ON Jičín by byl rozšířen o další potřebné vybavení včetně diagnostického komplementu.

6.1.3 Návrh nákresu centrálního příjmu

Níže je uveden základní nákres rámcové představy o oddělení centrálního příjmu, který je pomyslně umístěn uprostřed nemocničního areálu v rohu nemocničního parku s již vybudovanými spojovacími chodbami s návazností na ARO, JIP, centrální operační sály a porodní sál, radiologické oddělení a oddělení nukleární medicíny. Spojovací chodbou se také dostaneme na akutní lůžka standardních oddělení všech ostatních oborů vyjma onkologie a v neposlední řadě na centrum klinických laboratoří (kromě transfúzního a hematologic-

kého oddělení, které je bohužel umístěno mimo areál – přes silnici proti hlavnímu vjezdu; v budoucnu je uvažováno vedení ON Jičín přesunout kompletní oddělení klinických laboratoří do areálu nemocnice, kde jsou prázdné prostory bývalého interního oddělení).



Obr. 9 Podklad nákresu pro návrh centrálního příjmu ON Jičín
(vlastní návrh, zpracovala Krenčíková, 2015)

Ze severní strany je umístěn vchod pro příchozí pacienty, který je situovaný směrem k hlavní bráně. Vlevo od vchodu je čekárna u prostor pro sedačky pro pacienty. U čekárny se nachází strategický bod recepce či registrace, které plní i funkci třídícího centra. Odtud je možné projít do ambulance č. 1, která by měla sloužit místo stávající ambulance LSPP a je průchozí dále i do čekárny, aniž by se pacient musel vracet přes recepci. Vpravo je kavárna a toalety. Přimo naproti hlavnímu vchodu jsou umístěny dveře do prostor centrálního příjmu a hned vlevo za nimi jsou další dvě ambulance. Ambulance č. 2 je pro sloužícího lékaře interních oborů a ambulance č. 3 je pro sloužícího chirurga se sádrovnou a je propojena se zákrovým sálkem. Vedle jsou umístěny toalety pro pacienty a personál, na které navazuje zázemí pokojů pro sloužící personál. Z pohledu od vchodu v levém vzdáleném rohu je výtah, kterým se lze dopravit do již vybudovaných spojovacích chodeb, o kterých jsem již hovořila.

Vrátíme se ke vchodu do prostoru centrálního příjmu a přímo před vchodem je sklad a za ním lékárna, které jsou umístěny tak, aby mezi nimi byla chodba. Jsou oboustranně přístupné, tzn. od ambulancí a od expektačních lůžek, které jsou umístěny od vchodu vpravo. Celkem je počítáno s pěti lůžky, oddělenými stavebně. U každého lůžka je v základu pojízdný pult, dezinfekce na ruce, monitor základních životních funkcí propojený s hlavním monitorem v centrálním zázemí, deka s povlečením nebo jednorázová deka, infúzní stojan a výstup z rozvodu pro aplikaci medicínálního kyslíku. Ostatní vybavení pro základní vyšetření pacienta a jiné pomůcky či vybavení (náhradní prádlo a deka, dezinfekční prostředky, pomůcky k zavedení intravenózních kanyl, odběrové zkumavky a mnoho dalších) jsou umístěny ve skladu, v lékárně a část přípravně léčiv a pomůcek. U prvního expektačního lůžka jsou tři pojízdné přístroje 12svodového EKG, které je možno libovolně přemisťovat mezi boxy. Každý box má stěně úchyt nebo kapsu, kde je možno položit či připnout desky s dokumentací centrálního příjmu příslušného pacienta.

Za posledním expektačním lůžkem je prostor pro příjezd sanit. U vjezdu jsou po pravé straně umístěny sedačky pro pacienty. Dále vidíme prostor pro biologický odpad a místnost, která lze využít jako infekční box s gumovou vanou (infekční lůžko) pro nutnou očistu pacienta, výplach žaludku a jiné.

Dále jsou umístěna dvě lůžka, která jsou plně vybavena jako resuscitační, pojízdný vozík s pomůckami pro KPR, defibrilátor, ultrazvuk, pojízdný RTG přístroj s C ramenem a bed-side laboratoř.

Uprostřed oddělení je centrální zázemí, kde je hlavní sledovací monitor pro monitoraci pacientů, je zde zřízeno kontaktní místo, telefony, počítač s napojením na modifikovaný systém NIS (o kterém se zmiňuji dále), defibrilátor a další.

Celý prostor centrálního příjmu je koncipován tak, aby bylo co největší množství potřebných pomůcek a vybavení dostupných od všech lůžek co nejlépe. Centrální zázemí je situováno do tvaru U tak, aby odtud bylo možné observovat všechny pacienty.

6.1.4 Personální zabezpečení

Péče urgentního příjmu musí být dle Věstníku zajištěna:

- ✓ urgentním lékařem, anesteziologem, intenzivistou, chirurgem, internistou, kardiologem,
- ✓ neurologem nebo traumatologem,
- ✓ všeobecnou sestrou bez odborného dohledu,
- ✓ sestrou pro intenzivní péči bez dohledu nebo zdravotnickým záchranářem - fyzická přítomnost na vyžádání a
- ✓ sanitářem nebo ošetřovatelem - fyzická přítomnost na vyžádání.

Pokud není urgentní příjem zajištěn lékařem se specializovanou způsobilostí (urgentní medicína, intenzivní medicína nebo anestezie) musí být zajištěna fyzická přítomnost alespoň jednoho z těchto lékařů do 5 minut od vyžádání.

6.1.5 Komunikace na centrálním příjmu

Komunikace patří na centrálním příjmu mezi základní procesy měkkých dovedností. Komunikačních kanálů je na tomto pracovišti velmi mnoho a je třeba si osvojit rychlou orientaci v problému, rozhodování a koncentraci na priority. Zdravotníci, kteří jsou zkušení v cíleném dotazování pacientů mají výhodu, právě na centrálním příjmu je osvojení tohoto umění velmi důležité.

Kontaktní místo, které je dle dikce zákona umístěno právě na centrálním příjmu bylo již zmiňováno a proces kolem něj popsán.

V případě zřízení centrálního příjmu by bylo vhodné modifikovat stávající nemocniční informační systém tak, aby personál mohl kromě registru pacientů řešit elektronicky třídění pacientů, přiřadit jim prioritu včetně doporučených konzilií, komunikaci mezi jednotlivými odděleními vyšetřovacích metod, kapacitu volných lůžek v celé nemocnici a tím řešení

zmíněných stop-stavů aj. V ideálním případě by se mohlo jednat i jednotný komplexní objednávkový systém pro plánované kontroly a komunikaci s KZOS ZZS KHK stran avíz příjíždějících pacientů.

6.2 Nákladová analýza

Nákladová analýza zahrnuje základní analýzu stavebních prací, materiálového, přístrojového a jiného vybavení a rozvahou personálního obsazení. Není zde započítána položka mzdy, protože půjde v drtivé většině o přeskupení stávajícího personálu a navýšení mzdových nákladů není v současné době zcela upřesněno.

6.2.1 Stavební práce

Ministerstvo zdravotnictví vydalo Manuál stavební standardy pro metodiku výpočtu nákladů na výstavbu a oceňování pro zdravotnická zařízení v České republice založenou na metodice Holandska. Pro výstavbu zdravotnického zařízení je nejběžnější metodou vybrat si generálního dodavatele ve výběrovém řízení. To znamená, že je vybrán jeden dodavatel, který realizuje kompletní projekt. Po vypracování konečného konstrukčního plánu a popisu použitého materiálu, provede architekt kalkulaci množství (materiálu) a nákladů. Vybraní dodavatelé zakládají své výpočty nákladů na základě seznamu množství, tak jak bylo připraveno architektem. Dodavatelé podílející se na procesu výběrového řízení se musí zavázat k dodržení kvality a časového rozvrhu. Dodavatel s nejnižší cenou většinou dostává projekt k realizaci. V případě, že cena předkládaná dodavatelem přesahuje architektem odhadnuté náklady, začínají další kola jednání s dodavatelem (MZ ČR, ©2010). Standardní ceník s cenami za kubický metr nemá v České republice v současné době žádné právní ukotvení. Celkově je česká metodika pro výpočet stavebních nákladů založena na základní ceně za metr kubický. Obecně je třeba ve fázi plánování zhodnotit náklady přímé, dodatečné a náklady na medicínskou a nemedicínskou techniku a vybavení. Dalším krokem je kalkulace. Metodika kalkulace je dle stavebního standardu následující: první krok dává odhad investičních nákladů za celkový projekt a krok druhý přináší podrobnější kalkulaci investičních nákladů jednotlivých subkomponentů stavebního projektu. Kalkulace investičních nákladů: metry kubické x cena za metr kubický. Dle kódu 5 (centrální příjem a expektační lůžka) je pro novostavbu cenový průměr **5.750,- Kč/m³**. S ohledem na nutnost stanovení průměrných nákladů na realizaci 1 m³ daného provozu jsou uvažovány obvyklé funkční celky (průměrné) velikosti, vždy komplexně vybavené a provozuschopné s velikostí pro-

vozů pro větší okresní nemocnici. Uvažované charakteristiky, velikosti a kapacity provozních jednotek jak je uvedeno ve stavebním standardu: „centrální příjem: příjmové ambulance včetně čekáren, personálního a patientského zázemí, expektačních lůžek, zákrokového sálku apod.“ (MZ ČR, ©2010). V případě novostavby je do uvažovaného rozpětí investičních nákladů zahrnuta vlastní stavba a klasické vnitřní instalace, rozvody vody, kanalizace, vytápění, silnoproudou elektroinstalaci, slaboproudé rozvody, rozvody medicínálních plynů a běžnou stavební vzduchotechniku. Neobsahuje technologické soubory, ani zdravotnické technologie.

Základní charakteristika materiálů a předpoklady stavby zahrnuje zakládání v únosných zeminách na železobetonových základových pasech nebo patkách, konstrukční systém, obvodový plášť nebo příčky, střechu, fasádu, sklady a povrchy podlah, povrchy stěn, podhledy, okna, prosklené stěny, izolace tepelné a proti vodě, vytápění, rozvody silnoproudu a slaboproudu, rozvody medicínálních plynů a vzduchotechnika (MZ ČR, ©2010). Významným navýšením nákladů může dojít např. požadavkem na zatížení střechy heliportem aj. V případě vybudování stavby centrálního příjmu v ON Jičín si dovoluji velmi hrubý odhad: plánovaná budova cca 27 x 15 x 3 m, to znamená z výše uvedených vzorců:

$$1\,215\text{m}^3 \times 5.750,- \text{ Kč} = 6.986.250,- \text{ Kč}.$$

Tato částka představuje náklady na vybudování centrálního příjmu.

6.2.2 Materiálové, přístrojové a jiné vybavení

Z níže uvedených dat získaných z interních materiálů nemocnice lze vyčíst nejnákladnější plánované vybavení k zakoupení v celkové hodnotě 10.700.000,- Kč. Na posledním řádku jsou rámcově nastaveny finance pro úpravy (vybudování) prostor centrálního příjmu, celková částka se liší ve srovnání s mým výpočtem téměř o 1 mil. Kč. Důvod spatřuji v potřebě upravit výjezd výtahem do již stávajících spojovacích chodeb a příjezdový prostor pro sanitní vozy, což není v nákladové analýze stavby zahrnuto. Důležité je, že investice do zřízení centrálního příjmu je investice jednorázová, kdežto výhody z efektivity organizace práce jsou dlouhodobé, čili pomyslný ekonomický zisk z této přeměny se bude každým rokem zvyšovat.

Tab. 2 Projektový finanční záměr centrálního příjmu

ON Jičín, a. s. v Kč (ON Jičín, 2015)

Operační světlo se satelitem 3 ks	3.000.000
Operační stůl zákrokový	2.000.000
Vyšetřovací lehátko 3 ks	300.000
Lůžka pro expektaci	500.000
Monitory a centrála pro expektaci	1.300.000
Infúzní pumpy a dávkovače pro expektaci	350.000
Analyzátor POC	500.000
Ultrazvukový přístroj	800.000
EKG	50.000
pojízdný RTG přístroj s C ramenem	1 500.000
Defibrilátor 2 ks	400.000
Úprava prostor	8.000.000

K výše uvedeným nákladům je potřeba přičíst další vstupní náklady např. na uniformy a obuv personálu (v případě počtu cca 50 pracovníků na oddělení se bude jednat o 100.000,- Kč). Zvýšení provozních nákladů po vybudování oddělení centrálního příjmu se dá stanovit na základě znalosti aktuálních nákladů výše energie, vodného a stočného, dodávek léčiv a zdravotnického a nezdravotnického materiálu a na základě znalosti jednotlivých pavilónů nemocnice, jejich vybavení a provozu, kde můžeme porovnat jejich jednotlivé spotřeby. Na základě podobnosti lze následně stanovit nárůstové procento, které dle odhadu bude činit 6 %.

6.2.3 Personál

Konkrétní úspora personálu je nyní těžko kvantifikovatelná, jelikož se návrh projektu skládá ze složitějšího organizačního přeskupení.

Obecně lze předpokládat, že zdravotní sestra kolem 35 let s určitou odborností a specializací může průměrně vydělávat cca 27.000 Kč hrubého měsíčně. Úsporou jedné této pracovní síly se ročně ušetří 430 tis. Kč (včetně zdravotního a sociálního pojištění placeného zaměstnavatelem). U atestovaného lékaře s praxí kolem 40 let a s 60.000 Kč hrubého je to cca 964 tis. Kč.

V případě centrálního příjmu v nemocnici Jičín by se ale jednalo spíše o organizační přeskupení pracovníků tak, aby spíše nedocházelo k přílišnému navýšení nákladů.

V úvahu připadá několik změn:

1) *Zrušení recepcí I. a II.* – personální i prostorová úspora.

Příchozí pacienti se registrují bez rozdílu na oddělení urgentního příjmu (OUP). V případě přetížení registru na OUP, který má zároveň plnit funkci třídícího centra je možné přesunout jednoho pracovníka stávající recepce sem v časovém rozmezí klasické pracovní doby.

2) *Zrušení LSPP Nová Paka* (LSPP Nová Paka je provozována ON Jičín).

Zavření stávající ordinace LSPP v Nové Pace by sice bylo náročné z hlediska politicko-sociálního vnímání veřejností, nicméně z hlediska statistických dat počtu ošetřených pacientů a argumentací místní posádkou Zdravotnické záchranné služby RZP Nová Paka by tento krok mohl být úspěšný. Sloužící lékaři i nelékařský zdravotnický personál (NLZP) by byli využiti na OUP.

3) *Přesunutí LSPP Jičín do prostor OUP.*

4) *Omezit počet chirurgických ambulancí.*

Ze stávajících čtyř chirurgických ambulancí v pracovní době je možné ponechat dvě, které by plynule prováděly činnost zmíněných čtyř, avšak bez narušování akutními případy. Jednoho lékaře plus nelékařský zdravotnický personál ze zrušených ambulancí využít na OUP. Zároveň by se částečně vyřešila i přesčasová práce lékařů.

Protože žádná z ambulancí kromě chirurgické nedisponují v současné době sanitářem ani ošetřovatelem, je k zvážení, zda by na OUP sloužil jeden (úspora ze stávající chirurgie) nebo dva s rozšířenou působností (pro chirurgii i OUP), z toho v jednom případě by se mohlo jednat o fyzickou přítomnost na vyžádání (benchmarking UIPD Klaudivovy nemocnice).

5) *Využití lékaře (potenciálně i NLZP) sloužícího v posádce ZZS KHK* se základnou v areálu nemocnice Jičín. Tato varianta je ke zvážení a diskuzi zejména z právního hlediska.

V tabulce uvádím možné rozvržení obsazení centrálního příjmu ON Jičín personálem podle zákona č. 95/2004 Sb. Zákon o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta a č. 96/2004 Sb. Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních a jiných souvisejících právních norem.

Tab. 3 Rozvaha personálního obsazení OUP ON Jičín (vlastní zpracování)

	v pracovní době	ÚPS
Lékař se special. způsobilostí	1 nebo na vyžádání	na vyžádání
Lékař int. oborů + chirurg	1+1 nebo 2+1	1+1

	denní směna 8 h	denní směna 12 h	noční směna
NLZP bez odb. dohledu	2 nebo 1	2 nebo 3	2
Sanitář nebo ošetřovatel	1	1	na vyžádání
Pom. personál pro úklid	pravidelný úklid	na vyžádání	0

6.3 Zhodnocení rizik a přínosů

Ze všech předcházejících analýz a interpretovaných výsledků či návrhů řešení plyne, že vybudování centrálního příjmu bude jednoznačným přínosem nejen pro Oblastní nemocnici Jičín, a. s., ale i pro Zdravotnickou záchrannou službu KHK a v neposlední řadě právě pro pacienty. Každý projekt sebou přirozeně nese kromě přínosů i určitá rizika. Níže uvádím nejpravděpodobnější z nich.

6.3.1 Rizika

Nedostatek finančních prostředků.

Základním krokem při plánování zřízení centrálního příjmu je pečlivě vypracovaný projekt a plánování financí. V průběhu stavby může i během krátké doby dojít k neočekávaným výdajům a tím ohrožení dokončení projektu. Finanční podpora Královéhradeckého kraje dotacemi je pravděpodobná, nicméně část bude jistě hrazena z vlastních zdrojů nemocnice.

Změna stávajícího top managementu.

Možné riziko by mohla přinést změna stávajícího vedení, ale protože je ve vedení nemocnice předseda představenstva teprve od ledna 2015 a jedná se o velmi zkušeného lékaře i manažera, jehož vize se jednoznačně ubírá k uskutečnění projektu, není toto riziko v současné době významné.

Chybějící zkušenosti členů týmu centrálního příjmu.

Možným rizikem je nezvyklá organizace práce a relativní sloučení odborností v jednu, což může působit počáteční rozpaky. I když je personál nemocnice ve většině velmi zkušený, může dojít ke zvyšování nároků na jejich erudici i pracovní činnost. V některých případech

může zmíněný nekomfort či kladené nároky způsobit odliv zaměstnanců, na druhou stranu se jedná o příležitost, která může být lákavá pro další odborníky z jiných regionů. Tomuto riziku ze předejít poskytováním úplných informací personálu již v průběhu uskutečňování projektu a včasným školením či kurzy.

6.3.2 Přínosy

ON Jičín.

Vznikem centrálního příjmu a jeho vhodným působením se narovná proces příjmu akutních pacientů a zruší se příjmové vakuum. Odborný personál a základní diagnostický i léčebný komplement pro příjem akutních pacientů jsou soustředěny na jedno místo v nemocnici. Koncentrace odborníků různých oborů na centrálním příjmu dává šanci rychlému řešení kritického pacienta, kde zásadní roli hraje správné rozhodnutí během krátkého času. V neposlední řadě dojde k ekonomickým úsporám nemocnice zamezením duplicitních vyšetření a časovým úsporám z překladů mezi jednotlivými pavilony aj.

ZZS.

V terénu nebudou posádky ZZS zatíženy přemýšlením o cílovém směřování pacientů, směřování v případě ON Jičín bude jednotné. Úspora času při čekání na uvolnění ambulancí, eliminace konfliktních situací při předání pacienta a hladká návaznost péče – to vše jsou atributy, které ZZS KHK jistě ocení a bude v jejím zájmu vznik centrálního příjmu podporovat.

Pacient.

Pacienti nemusejí ani v nočních hodinách přemýšlet, kam mají se svými zdravotními obtížemi jít, jednoduše přijdou do recepce oddělení urgentního příjmu a zbytek obstará personál. V případě, že pacient potřebuje ošetření od lékařů různých specializací, veškerá péče je mu poskytnuta na jednom místě. Je to jednoduché a pohodlné.

ZÁVĚR

Problémy českého zdravotnictví jsou rozsáhlé, multioborové a složité. Obecně ale platí, že právě právě systematická eliminace plýtvání má kruciální význam při zvyšování úrovně zdravotnických zařízení. Jak dokazují mnohé analýzy a studie, je možné současně zvyšovat kvalitu a snižovat náklady. Z dosažených výsledků profitují zpravidla všechny zainteresované strany. Pokud chceme daného cíle dosáhnout, musíme mnohdy i zásadně přepracovat základní procesy pro poskytování zdravotní péče.

Cílem diplomové bylo inovovat akutní péči v regionu Jičín a protože místně příslušnou nemocnicí je Oblastní nemocnice Jičín, a. s., směřovala jsem cíl k ní. V teoretické části jsem nejprve vymezila pojem proces a bazálně popsala rozdíly mezi funkčním a procesním řízením. Následně jsem zmínila podstatu strategického plánování a procesní analýzy s vlastním postupem implementace procesního řízení. Dílčím cílem byla charakterizovat proces příjmu akutních pacientů do zdravotnického zařízení včetně základního legislativního rámce. V praktické části v úvodu představuji region Jičín a historii i současný stav jeho zdravotnických zařízení. Zejména se poté věnuji analýzám makroprostředí a mikroprostředí, které bylo nutné zpracovat pro potřebu splnění cíle. Nejužší analýza se týká systému návaznosti přednemocniční a nemocniční péče, ve které jsem hledala úzká místa a prostory pro zlepšení procesu s inspirací procesní metodiky benchmarkingu. Po závěrečné analýze SWOT jsem hledala optimální řešení a pokusila se jej navrhnout. Návrhy jsou rozděleny dle časových hledisek, podrobněji jsem se věnovala hledisku dlouhodobému, což znamená vzniku centrálního příjmu akutních pacientů. Návrh na projekt vzniku centrálního příjmu jsem rozdělila na části ve kterých se věnuji stavbě, vybavení komplememtem a personálním obsazením. Poté jsem návrh podrobila základní nákladové analýze a zhodnotila jsem přínosy a rizika. Výše uvedený projekt má nemocnice v plánu uskutečnit v časovém horizontu čtyř let.

Během zpracování statistických dat a interpretace výsledků jsem došla k závěru, že určitá data jsou jistým renoncem, např. dle interních dat ON Jičín bylo za rok 2013 přijato 500 pacientů na lůžka následné péče z indikace posádky ZZS, což není možné. Posádka ZZS nemá k umístění pacienta na toto lůžko nástroje a pokud by je měla, nebude to proveditelné v uvedeném počtu pacientů. Výstupem není, že data jsou špatná nebo personál neschopný, ale že s personálem není pracováno. Nemají důležité informace proč jsou statistiky důležité a proč by se měli zamýšlet nad zadáváním kódů při přijetí pacienta. U lůžek následné péče

ještě chvíli zůstaneme z důvodu možných finančních úspor uzavřením akutních lůžek ve stávající nemocnici v Novém Bydžově. Při přesunutí kompletní akutní péče do Jičína by se eliminovali sekundární transporty z nemocnice v Novém Bydžově a zpět a naskytl by se potřebný prostor pro rozšíření stávajícího počtu lůžek následné péče a rehabilitačních lůžek. Dalším možným bodem do diskuze je využití personálního týmu centrálního či urgentního příjmu pro funkci resuscitačního týmu nemocnice či např. pro potřeby školení v resuscitaci a urgentní medicíně.

Ve stavebním návrhu je záměrně opomenuta stavba heliportu ze dvou důvodů. Prvním je finanční náročnost a druhým je rozvaha nad časovým rámcem dosažení vyššího pracoviště FN Hradec Králové vozem ZZS (30 – 45 minut dle situace provozu na silnicích). Vzhledem k uvedenému se jeví zřízení heliportu jako spíše neefektivní.

Jak dokládají výsledky analýz, vznik centrálního příjmu je nesporným přínosem. Vstup do příjmového procesu nemocnice je pro pacienty pohodlnější, celkově pro všechny systematictější a v neposlední řadě dojde k ekonomickým úsporám. Pacientův problém je řešen komplexně, odborný personál i veškerý diagnostický a vyšetřovací komplement je na jednom místě, nedochází k administrativním zbytečnostem a k duplicitám vyšetření. Kromě uvedených přínosů nezapomínejme, že „zbytečné“ přijetí pacienta k hospitalizaci je nejen drahé, ale i se zvyšuje riziko nozokomiálních nákaz s negativním dopadem na mortalitu pacientů.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

AION CS, s. r. o., ©2010a. Zákon občanský zákoník: Předpis č. 89/2012 Sb. *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2015-04-11]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>

AION CS, s. r. o., ©2010b. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování: zákon o zdravotních službách. *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2015-04-01]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

AION CS, s. r. o., ©2010c. Zákon o zdravotnické záchranné službě. *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2015-04-01]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-374#p6>

BEJROVÁ, Dana, 2013. *Kontaktní místa zdravotnických zařízení v KHK: Případová studie*. Hradec Králové.

ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA, ©2015. *Tempus Medicorum*. Olomouc. Časopis ČLK, roč. 24, č. 4. ISSN 1214-7524.

ČSÚ, ©2013. *Český statistický úřad* [online]. Praha. [cit. 2015-04-01]. Dostupné z: <https://www.czso.cz>

DOBIÁŠ, Viliam, 2013. *Klinická propedeutika v urgentní medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 208 s. ISBN 978-802-4745-718.

FIŠER, Roman, 2014. *Procesní řízení pro manažery: jak zařídit, aby lidé věděli, chtěli, uměli i mohli*. 1. vyd. Praha: Grada, 173 s. ISBN 978-80-247-5038-5.

GLADKIJ, Ivan, 2003. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press. 380 s. ISBN 80-722-6996-8.

GRASSEOVÁ, Monika, Radek DUBEC a Roman HORÁK, 2008. *Procesní řízení ve veřejném sektoru: teoretická východiska a praktické příklady*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 266 s. ISBN 978-80-251-1987-7.

HROMKOVÁ, Ludmila a Zuzana TUČKOVÁ, 2008. *Reengineering podnikových procesů*. Vyd. 1. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 139 s. ISBN 978-80-7318-759-0.

KRÁLOVÉHRADECKÝ KRAJ, ©2003. *Zdravotnický holding Královéhradeckého kraje* [online]. Hradec Králové. [cit. 2015-04-14]. Dostupné z: <http://www.zhkhk.cz/spolecnosti-holdingu/oblastni-nemocnice-jicin>

KRÁLOVÉHRADECKÝ KRAJ, ©2013. *Strategie rozvoje Královéhradeckého kraje 2014 - 2020* [online]. Hradec Králové. [cit. 2015-03-22]. Dostupné z: http://www.strategie2020.cz/docs2/SRK_probleмова_analyza.pdf

LINDENAU-STOCKFISCH, Verena, 2011. *Lean management in hospitals: principles and key factors for successful implementation*. Hamburg: Diplomica Verlag, 73 p. ISBN 9783863415181.

MANAGEMENTMANIA.COM LLC., ©2011. *ManagementMania* [online]. Mapa procesů. USA. [cit. 2015-03-09]. Dostupné z: <https://managementmania.com/cs/mapa-procesu>

MĚSTO HOŘICE, ©2009. *Městská nemocnice Hořice* [online]. Hořice. [cit. 2015-04-10]. Dostupné z: <http://www.nemocnicehorice.cz/historie.html>

MĚSTSKÝ ÚŘAD JIČÍN, ©2013. *Město Jičín* [online]. Jičín. [cit. 2015-03-19]. Dostupné z: <https://www.mujiicin.cz/informace-o-meste/d-1279844/p1=61626>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, ©2010. *Manuál stavební standardy* [online]. Praha. [cit. 2015-04-22]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/Soubor.ashx?souborID=5186&typ=application/pdf&nazev=Metodika+oce%C5%88ov%C3%A1n%C3%AD.pdf>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, ©2015. *Věstník* [online]. Praha. Roč. 2015, č. 4 [cit. 2015-04-20]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c-4/2015_10111_3242_11.html

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ, ©2010 – 2014. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. Praha. [cit. 2015-02-15]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cr-kraje/kraje/kralovehradecky-kraj>

OBLASTNÍ NEMOCNICE JIČÍN, A. S., ©2011. [online]. [cit. 2015-04-01]. Dostupné z: <http://www.nemjc.cz/historie>

OBLASTNÍ NEMOCNICE JIČÍN, a. s., 2014. *Statistická data*. Jičín.

OBLASTNÍ NEMOCNICE JIČÍN, a. s., 2015. *Interní dokumenty*. Jičín.

PARTES CONSULTING, s. r. o., ©2012. *Per Partes: Attacking Complexity* [online]. Procesní přístup. [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: http://www.perpartes.cz/sluzby/procesy_detail

ŘEPA, Václav, 2007. *Podnikové procesy: procesní řízení a modelování*. 2., akt. a rozš. vyd. Praha: Grada, 281 s. ISBN 978-80-247-2252-8.

SKUTKOVÁ, Tereza, 2011. *Projekt zavedení procesního řízení ve zdravotnickém zařízení XY, s.r.o.* Zlín. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce doc. Ing. Ludmila Hromková, CSc.

STAŇKOVÁ, Pavla, 2013. UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ. *Marketing zdravotnictví*. Zlín: TIGRIS, spol s r. o., 104 s. ISBN 987-80-86062-84-6.

SVOZILOVÁ, Alena, 2011. *Zlepšování podnikových procesů*. 1. vyd. Praha: Grada, 223 s. Expert. ISBN 978-80-247-3938-0.

ŠATERA, Karel, 2012. *Zdravotní pojištění a ekonomika*. Vyd. 2., upravené. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 125 s. ISBN 978-807-4541-353.

Urgentní medicína: časopis pro neodkladnou lékařskou péči, 2004. České Budějovice: MEDIPRAX CB, s.r.o., roč. 7, č. 3. ISSN 1212 - 1924.

ÚZIS ČR, ©2014. *Zdravotnická ročenka Královéhradeckého kraje 2013*. [online]. Praha. [cit. 2015-03-03]. ISBN 978-80-7472-125-0. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-kralovehradeckeho-kraje>

WALSH, Kay a Karen S ZANDER, 2007. *Emergency department case management: strategies for creating and sustaining a successful program*. Marblehead, MA: HCPro, 180 p. ISBN 16-014-6046-5.

Zpráva nezávislého auditora pro společnost Oblastní nemocnice Jičín, a.s., ©2013. [online] Brno: A&CE Audit s.r.o. Dostupné z: http://www.nemjc.cz/files/files/O%20N%C3%81S/V%C3%BDro%C4%8Dn%C3%AD%20zpr%C3%A1vy/VZ2013/Oblastn%C3%AD%20nemocnice%20Ji%C4%8D%C3%ADn%20a_s_%20-%20V%C3%BDro%C4%8Dn%C3%AD%20zpr%C3%A1va%202013.pdf

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení.
CMP	Cévní mozková příhoda.
CT	Výpočetní tomografie.
ČSÚ	Český statistický úřad.
DPH	Daň z přidané hodnoty.
DRG	Diagnosis-related group (klasifikační systém klinických případů v lékařství).
EKG	Elektrokardiograf.
ESI	Emergency Severity Index.
FN HK	Fakultní nemocnice Hradec Králové.
HDP	Hrubý domácí produkt.
ISO	Mezinárodní organizace pro normalizaci.
JIP	Jednotka intenzivní péče.
KPR	Kardiopulmonální resuscitace.
KZOS	Krajské zdravotnické operační středisko.
LSPP	Lékařská služba první pomoci.
NIS	Nemocniční informační systém.
NLZP	Nelékařský zdravotnický pracovník.
NP	Nemocniční péče.
ON	Oblastní nemocnice.
ORL	Otorhinolaryngologie.
OUM	Oddělení urgentní medicíny.
OUP	Oddělení urgentního příjmu.
PCI	Perkutánní koronární intervence.
PNP	Přednemocniční neodkladná péče.

SÚKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv.
UIPD	Urgentní interní příjem dospělých.
ÚPS	Ústavní pohotovostní služba.
UPV	Umělá plicní ventilace.
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací České republiky.
ZZS KHK	Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje.

SEZNAM OBRÁZKŮ

<i>Obr. 1 Trojúhelník SSK (Fišer, 2014)</i>	14
<i>Obr. 2 Příklad procesního mapování (Per Partes, ©2012)</i>	23
<i>Obr. 3 Oblastní nemocnice Jičín, a.s. (Nemocnice Jičín, ©2011)</i>	35
<i>Obr. 4 Vývoj podílu výdajů na zdravotnictví na HDP v ČR v letech 2000 – 2013 (ÚZIS ČR, ©2014)</i>	39
<i>Obr. 5 Léčení diabetici podle sídla zdravotnického zařízení v roce 2013 (ÚZIS ČR, ©2014)</i>	41
<i>Obr. 6 Porterův model pěti konkurenčních sil a hodnocení hrozeb (vlastní zpracování)</i>	44
<i>Obr. 7 Proces informačního toku návaznosti přednemocniční a nemocniční péče (vlastní zpracování)</i>	46
<i>Obr. 8 Analýza SWOT</i>	57
<i>Obr. 9 Podklad nákresu pro návrh centrálního příjmu ON Jičín</i>	63

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 1 Existence třídícího systému pacientů v nemocnicích KHK (Bejrová, 2013).....</i>	<i>47</i>
<i>Graf 2 Pacienti přijatí k hospitalizaci na akutní lůžka v roce 2013 (vlastní zpracování s daty ON Jičín)</i>	<i>50</i>
<i>Graf 3 Hospitalizace na akutních lůžkách dle druhu oddělení v roce 2013 (vlastní zpracování s daty ON Jičín)</i>	<i>51</i>
<i>Graf 4 Pacienti přivezeni posádkami ZZS dle druhu oddělení následné hospitalizace v roce 2013 (vlastní zpracování s daty ON Jičín)</i>	<i>51</i>
<i>Graf 5 Překlady pacientů přivezených ZZS v 1. dni hospitalizace v rámci zdravotnického zařízení v roce 2013 (vlastní zpracování s daty ON Jičín)</i>	<i>52</i>
<i>Graf 6 Dvoudenní hospitalizace z pohledu DRG v roce 2013 (vlastní zpracování s daty ON Jičín)</i>	<i>53</i>

SEZNAM TABULEK

<i>Tab. 1 Věková struktura obyvatelstva okresu Jičín v roce 2013 (ÚZIS ČR, ©2014)</i>	<i>40</i>
<i>Tab. 2 Projektový finanční záměr centrálního příjmu</i>	<i>68</i>
<i>Tab. 3 Rozvaha personálního obsazení OUP ON Jičín (vlastní zpracování).....</i>	<i>70</i>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I Přehled zdravotnických zařízení podle okresu sídla v roce 2013

Příloha P II Spotřeba vybraných skupin léčiv v roce 2012

Příloha P III Výsledky hospodaření ON Jičín, a. s.

PŘÍLOHA P I: PŘEHLED ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ PODLE OKRESU SÍDLA V ROCE 2013

3.2 Přehled zdravotnických zařízení podle okresu sídla zdravotnického zařízení

Survey of health establishments by district of the seat of health establishment

Území Territory	Nemocnice (lůžková část) <i>Hospitals (in-patient care)</i>			
	lékaři (přepočtený počet) ¹⁾ <i>physicians (FTE) ¹⁾</i>		lůžka ²⁾ <i>beds ²⁾</i>	
	absolutně <i>number</i>	na 10 000 obyvatel <i>per 10 000 inhabit.</i>	absolutně <i>number</i>	na 10 000 obyvatel <i>per 10 000 inhabit.</i>
ČR	10 839,41	10,31	56 807	54,04
Královéhradecký kraj	575,97	10,44	3 286	59,54
Hradec Králové	316,76	19,47	1 439	88,47
Jičín	56,55	7,14	290	36,63
Náchod	71,44	6,40	590	52,87
Rychnov nad Kněž.	32,68	4,14	262	33,19
Trutnov	98,54	8,24	705	58,97

¹⁾ Včetně zubních lékařů

¹⁾ *Incl. dentists*

²⁾ Bez lůžek dialyzačních, včetně novorozeneckých

²⁾ *Excl. beds for dialysis, incl. newborn cots*

(ÚZIS ČR, ©2014)

PŘÍLOHA P II: SPOTŘEBA VYBRANÝCH SKUPIN LÉČIV V ROCE 2012

4.11 Spotřeba vybraných skupin léčiv v DDD/1000 obyv./den ve vybraných zemích OECD za rok 2012

*Consumption of selected drugs in DDD/1000 inhab./day
in selected OECD countries in 2012*

	Česká rep. Czech Rep.	Belgie Belgium	Dánsko Denmark	Finsko Finland	Německo Germany	Nizozemsko Netherlands	Rakousko Austria	Slovensko Slovakia	Spojené král. United Kingd.
N02 analgetika <i>Analgesics</i>	21,1	16,7	97,7	50,6	24,3	16,3	11,0	32,1	35,8
N05B anxiolytika <i>Anxiolytics</i>	13,4	.	10,3	25,6	4,4	6,7	8,0	21,2	4,9
N06A antidepresiva <i>Antidepressants</i>	46,2	70,4	83,2	69,8	51,9	42,4	58,0	30,2	75,0
R03 obstrukční choroby dýchacích cest <i>Obstruct. airways disease</i>	45,2	52,6	59,4	62,4	49,9	61,2	22,6	34,8	90,9

Zdroj: OECD Health Data červen 2014
Source: OECD Health Data June 2014

¹⁾ Údaje za rok 2011
¹⁾ Data for 2011

(ÚZIS ČR, ©2014)

PŘÍLOHA P III: VÝSLEDKY HOSPODAŘENÍ ON JIČÍN, A. S.

Tab. 1 Souhrnný přehled hlavních ekonomických ukazatelů

Ukazatel	Měrná jednotka	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Náklady	tis. Kč	542.389	601.102	620.654	626.323	636.977	609.224
Výnosy	tis. Kč	531.821	601.226	616.510	621.226	631.570	605.449
Hospodářský výsledek (+, -)	tis. Kč	-10.568	124	-4.144	-5.097	-5.407	-3.775
Nerozdělený zisk minulých let	tis. Kč	3.296	0	0	0	0	0
Neuhrazená ztráta z minulých let	tis. Kč	-15.813	-22.584	-22.467	-26.610	-31.707	-37.114
Prům.přep.evid. stav zaměstnanců	osoby	801,75	827,68	831,69	834,63	828,27	802,41
Dlouhodobý H a N majetek PC	tis. Kč	72.679	100.949	104.858	109.054	112.440	115.160
Dlouhodobý H a N majetek ZC	tis. Kč	33.603	52.355	46.135	38.638	34.640	32.487
Zásoby	tis. Kč	12.675	12.117	11.069	10.425	10.406	10.474
Krátkodobý finanční majetek	tis. Kč	32.521	4.912	3.967	12.292	4.400	4.371
Pohledávky z obchodních vztahů	tis. Kč	40.309	77.983	75.500	75.314	75.712	74.659
Závazky z obchodních vztahů	tis. Kč	71.133	66.408	59.814	54.761	71.666	50.578
Rezervní fond	tis. Kč	0	0	6	6	6	6

Tab. 2 Vybrané poměrové ukazatele

Ukazatel	Měrná jednotka	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Průměrná měsíční mzda celkem	Kč	21.779	23.571	25.124	26.619	27.744	27.266
Průměrná měsíční mzda lékaře vč. OON	Kč	50.152	52.249	54.030	63.495	67.493	65.561
Podíl osobních nákladů na nákladech	%	53,28	53,25	55,83	58,71	58,98	59,41
Výnosy na 1 zaměstnance	tis. Kč	663,33	726,40	741,27	744,31	762,52	754,54
Náklady na 1 zaměstnance/1 den	Kč	1.853,4	1.989,7	2.044,5	2.055,9	2.106,9	2.080,1
Náklady na energie na 1 kal. den	tis. Kč	83,61	76,64	71,14	74,59	84,50	74,98
Náklady léků/hospitalizaci	Kč		1.283,7	1.283,8	1.229,8	1.157,7	1.137,7
Náklady SZM/hospitalizaci (bez impl.a sluh.)	Kč		518,82	574,76	611,93	603,5	882,39
Vykázané body vůči ZP/1pr.př.lékaře	tis. bodů	4.182,4	4.532,5	4.534,3	4.367,1	4.196,4	4.242,5

(ON Jičín, ©2014)