

Projekt zavedení interního auditu ve vybraném zdravotnickém zařízení

Bc. Tomáš Morávek

Diplomová práce
2018



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky
Ústav managementu a marketingu
akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Tomáš Morávek**
Osobní číslo: **M160008**
Studijní program: **N6208 Ekonomika a management**
Studijní obor: **Management ve zdravotnictví**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Projekt zavedení interního auditu ve vybraném zdravotnickém zařízení**

Zásady pro vypracování:

Úvod

Definujte cíle práce a použité metody zpracování práce.

I. Teoretická část

- Zpracujte teoretické poznatky vztahující se k problematice managementu kvality, auditů a interního auditu.

II. Praktická část

- Analyzujte současné fungování interních auditů ve vybraném zdravotnickém zařízení.
- Vytvořte projekt zavedení interních auditů ve vybraném zdravotnickém zařízení.
- Projekt podrobte časové, nákladové a rizikové analýze.

Závěr

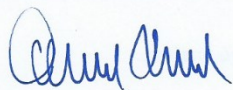
Rozsah diplomové práce: cca 70 stran
Rozsah příloh:
Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

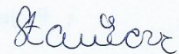
EVANS, Bruce E. EMS quality management and research. 1st Ed. Boston: Pearson, 2015, 288 s. ISBN 978-0-13-815281-9
JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. 5th Ed. U.S.A: Joint Commission International, 2013, 296 s. ISBN 978-1-59940-787-6
LOJDA, Jan. Manažerské dovednosti. 1. vydání. Praha: Grada, 2011, 184 s. ISBN 978-80-247-3902-1
MADAR, Jiří. Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení. 1. vydání. Praha: Grada, 2004, 248 s. ISBN 80-247-0585-0
PLEVOVÁ, Ilona. Management v ošetrovatelství. 1. vydání. Praha: Grada, 2012, 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0

Vedoucí diplomové práce: Ing. Janka Vydrová, Ph.D.
Ústav managementu a marketingu
Datum zadání diplomové práce: 15. prosince 2017
Termín odevzdání diplomové práce: 17. dubna 2018

Ve Zlíně dne 15. prosince 2017



doc. Ing. David Tuček, Ph.D.
děkan



doc. Ing. Pavla Staňková, Ph.D.
ředitelka 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 1.4.2018

.....
podpis diplomanta

ABSTRAKT

Diplomová práce je zaměřena na zavádění interních auditů na Zdravotnické záchranné službě Královéhradeckého kraje. Teoretická část definuje management kvality, fungování interních a externích auditů a popisuje specifika interních auditů v prostředí přednemocniční péče. Praktická část popisuje organizaci se zaměřením na interní audity. Získané poznatky jsou podrobeny analýze pomocí metody PEST, 7S a SWOT. Následně je vypracován projekt zavedení interních auditů do organizace.

Klíčová slova: audit, interní audit, přednemocniční péče, zdravotnická záchranná služba, Královéhradecký kraj, projekt

ABSTRACT

The diploma thesis deals with the introduction of internal audits into the Emergency Medical Service of Hradec Kralove region. The theoretical part informs about quality management, workings of internal and external audits and specifics of internal audits in prehospital care. The practical part is devoted to the description of the organisation, with a focus on internal audits. The findings are analysed using PEST Analysis Method, 7S model and SWOT analysis. The data are used to make the project of the introduction of internal audits into the organisation.

Keywords: audit, internal audit, prehospital care, emergency medical service, Hradec Kralove region, project

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji vedoucí diplomové práce Ing. Jance Vydrové, Ph.D., za odborné vedení, věcné rady a lidský přístup. Dále děkuji vedení a zaměstnancům Zdravotnické záchranné služby Královéhradeckého kraje za ochotu a pomoc. V neposlední řadě chci poděkovat také své rodině a přátelům za podporu a trpělivost při psaní diplomové práce.

„Lidé se obávají neznáma. Jest pravda, že každé opuštění starého znamená nejistotu – skok do tmy. Avšak kdo chce pomoci sobě a jiným, musí opustit dobré, aby mohl vybojovat lepší. Nesmí držeti pevně vrabce v hrsti jen proto, že je lepší než holub na střeše. Bez odvahy ke změně není zlepšení, a tak není ani blahobytu.“

Tomáš Baťa, 1876 - 1932

OBSAH

ÚVOD	10
CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE	12
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 KVALITA A MANAGEMENT	14
1.1 KVALITA	14
1.1.1 Dimenze kvality	15
1.2 MANAGEMENT	16
1.2.1 Úrovně managementu	16
1.2.2 Manažerské techniky	17
1.2.3 Manažer, jeho vlastnosti a role.....	18
1.3 MANAGEMENT KVALITY	19
1.3.1 Nástroje řízení a plánování managementu kvality	19
1.3.2 Kontinuální zvyšování jakosti	22
1.4 MANAGEMENT KVALITY VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	23
1.4.1 Historie managementu kvality	23
1.4.2 Indikátory kvality ve zdravotnictví	24
2 KONTROLNÍ ČINNOST A AUDIT VE ZDRAVOTNICTVÍ	25
2.1 ROZDĚLENÍ AUDITŮ.....	26
2.1.1 Druhy auditů nezávisle na odvětví	26
2.1.2 Druhy auditů dle dalších hodnotících kritérií.....	27
2.2 EXTERNÍ AUDIT	28
2.2.1 Organizace poskytující akreditaci	28
2.3 INTERNÍ AUDIT	31
2.3.1 Druhy interních auditů	34
2.3.2 Profil interního auditora	34
2.3.3 Fáze interního auditu	35
2.3.4 Zprávy z auditu (kontrolní listy)	38
2.3.5 Začlenění systému provádění interních auditů do organizační struktury.....	38
3 AUDIT V PŘEDNEMOCNIČNÍ PÉČI	40
3.1 INTERNÍ AUDIT V PŘEDNEMOCNIČNÍ PÉČI	40
3.2 EXTERNÍ AUDIT V PŘEDNEMOCNIČNÍ PÉČI	41
4 SHRUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI	42
PRAKTICKÁ ČÁST	43
5 CHARAKTERISTIKA SPOLEČNOSTI	44
5.1 HISTORIE ZZS KHK	46
6 ORGANIZAČNÍ A KOMPETENČNÍ USPOŘÁDÁNÍ V ORGANIZACI	48

6.1	ÚSEK ŘEDITELSTVÍ	48
6.2	ZDRAVOTNICKÝ ÚSEK	49
6.3	VZDĚLÁVACÍ A VÝCVIKOVÉ STŘEDISKO	50
6.4	PERSONÁLNÍ A MZDOVÝ ÚSEK	50
6.5	EKONOMICKO-PROVOZNÍ ÚSEK	50
7	SOUČASNÝ STAV MANAGEMENTU KVALITY V ORGANIZACI	51
7.1	ŘÍZENÍ KVALITY	51
7.2	FUNGOVÁNÍ INTERNÍCH AUDITŮ	52
8	PŘEZKOUMÁNÍ A ANALÝZA SOUČASNÉHO STAVU INTERNÍCH AUDITŮ V ORGANIZACI	54
8.1	PŘEZKOUMÁNÍ MANAGEMENTU KVALITY V ORGANIZACI	54
8.2	PŘEZKOUMÁNÍ FUNGOVÁNÍ INTERNÍCH AUDITŮ V ORGANIZACI	54
8.2.1	Přezkoumání fungování systému CODE-STAT	55
8.2.2	Přezkoumání činnosti inspektora provozu	55
8.3	ANALÝZA ZAVEDENÍ INTERNÍHO AUDITU V ORGANIZACI	56
8.3.1	PEST analýza organizace	56
8.3.1.1	Politicko-právní prostředí	56
8.3.1.2	Ekonomické prostředí	56
8.3.1.3	Sociálně kulturní prostředí	58
8.3.1.4	Technologické prostředí	59
8.3.2	Model 7S – McKinsey	60
8.3.2.1	Strategy = strategie	60
8.3.2.2	Structure = struktura organizace	60
8.3.2.3	Systems = systémové procedury	60
8.3.2.4	Skills = schopnosti	61
8.3.2.5	Shared values = sdílené hodnoty	61
8.3.2.6	Staff = spolupracovníci	62
8.3.2.7	Style = styl vedení práce	62
9	VÝSTUP PŘEZKOUMÁNÍ SOUČASNÉHO STAVU INTERNÍCH AUDITŮ V ORGANIZACI	63
9.1	KLÍČOVÉ OBLASTI PRO VYTVOŘENÍ KONCEPCE ZAVEDENÍ INTERNÍCH AUDITŮ V ORGANIZACI	64
10	PROJEKT ZAVEDENÍ INTERNÍCH AUDITŮ V ORGANIZACI	65
10.1	DEFINICE PROJEKTU	65
10.2	ZAVEDENÍ KONCEPTU OŠETŘOVATELSKÝCH INTERNÍCH AUDITŮ NA ZZS KHK	66
10.2.1	Popis procesu pro splnění cíle	66
10.2.2	Náklady a prostředky realizace	69
10.2.3	Přínosy a návratnost investic	71
10.2.4	Rizika a opatření	71
10.2.5	Časová analýza	77
10.2.6	Shrnutí	79
10.3	VYTVOŘENÍ STANDARDIZOVANÉHO KONTROLNÍHO LISTU PRO INTERNÍ AUDITY NA ZZS KHK	80
10.3.1	Popis procesu pro splnění cíle	80
10.3.2	Náklady a prostředky realizace	82

10.3.3	Přínosy a návratnost investic.....	82
10.3.4	Rizika a opatření	82
10.3.5	Časová analýza.....	82
10.3.6	Shrnutí	84
10.4	VYTVOŘENÍ JEDNOTLIVÝCH HODNOTÍCÍCH KRITÉRIÍ INTERNÍHO OŠETŘOVATELSKÉHO AUDITU V PNP PRO VYBRANÉ ZDRAVOTNÍ INDIKACE	86
10.4.1	Kontrolní list – kardiopulmonální resuscitace	86
10.4.2	Kontrolní list – cévní mozková příhoda.....	87
10.4.3	Kontrolní list – akutní koronární syndrom.....	88
10.4.4	Kontrolní list – minimální vyšetření	89
11	ZHODNOCENÍ PROJEKTU ZAVEDENÍ INTERNÍCH AUDITŮ V ORGANIZACI DO PRAXE	90
	ZÁVĚR	91
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	92
	SEZNAM OBRÁZKŮ	99
	SEZNAM TABULEK.....	100
	SEZNAM PŘÍLOH.....	101

ÚVOD

Interní audit – termín, který ve většině z nás probouzí nepříjemné představy. Představy o tom, že nám bude někdo něco kontrolovat, hledat naše chyby a za každou cenu nás bude chtít nachytat.

Jak je to ale s interním auditem doopravdy? Proč existuje? A proč se někteří z nás rozhodnou tuto nepříjemnou a od jiných špatně přijímanou činnost dělat?

Zdravotnictví, stejně jako mnoho dalších odvětví, je obor, který se neustále rozvíjí a posouvá hranice lidských možností. Každý pokrok a rozvoj s sebou ale přináší jistá rizika a nemalé ekonomické nároky. Zároveň se mění i pohled člověka – pacienta na zdravotní péči jako takovou. Všichni očekávají „dokonalé“ zdravotnictví s nejmodernějšími postupy. Jak zvládnout technologický rozvoj a očekávání laické veřejnosti? Je to úkol složitý a mnohdy i nemožný.

Jedinou správnou cestou se jeví zvyšování kvality poskytované péče při co nejnižších vynaložených nákladech. Kvalita však nevznikne sama o sobě bez našeho přičinění a interní audit zpravidla bývá prvním krokem při systematickém zavádění kvality do organizace.

Interní audity mají kromě negativ bezesporu i řadu benefitů. Už vlastní zamyšlení nad tím, co a jak auditovat, často vede ke zjištění, že nemáme ten či onen proces popsáný, že neexistují jednotná pravidla pro danou situaci. V této fázi se obvykle začíná „probouzet“ manažer kvality či jiný odpovědný zaměstnanec a začne přemýšlet, jak vlastně kvalitu nastavit.

Dalším přínosem zavádění kvality je vytváření jednotlivých kritérií pro auditovanou oblast. Oddělení kvality či interní auditoři podrobně zkoumají dokumenty, z kterých bude vycházet audit a někdy objeví systémově špatně nastavené procesy či chyby.

A vlastní audit? Pokud je dobře vykomunikován vedením organizace v době zavádění do praxe a správně veden interními auditory při vlastním auditu, stane se přínosem i pro auditované.

Audit na záchranné službě má proti lůžkovým zařízením a ambulancím svá specifika. Probíhá v terénu, kde jde obvykle o zdraví nebo dokonce život člověka. Navíc se s audity a obecně s kvalitou na záchranné službě začínalo daleko později než v jiných zdravotnických zařízeních. Málokoho napadlo řešit takové „nedůležité věci“, když jde o život. Ale doba se mění a i záchranná služba chce mít potvrzení toho, že zaměstnanci dělají svoji práci kvalitně.

Spojená akreditační komise na tyto potřeby zareagovala jako první, vydala indikátory pro akreditaci a první pracoviště ZZS už ji získala.

Jsem zaměstnancem ZZS KHK a zároveň zaměstnancem jednotky intenzivní péče nemocnice, která v loňském roce obdržela akreditaci SAK. Měl jsem tak možnost zažít přípravu na tento proces včetně mnoha interních auditů. Proto jsem se rozhodl využít čerstvě nabytých zkušeností a prostřednictvím diplomové práce je aplikovat tam, kde se se zaváděním kvality a interními audity teprve začíná – na ZZS Královéhradeckého kraje.

Jako cíl diplomové práce jsem si tedy určil vytvořit projekt zavedení interních ošetřovatelských auditů do ZZS KHK na základě analýzy současného stavu managementu kvality a kontrolních mechanismů.

CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE

Interní audit je důležitým kontrolním mechanismem každé organizací nastavené činnosti. Je nedílnou součástí managementu kvality jako celku. Umožňuje na základě zpětné vazby provádět nápravná opatření – například úpravu standardizovaného postupu nebo reedukaci zaměstnanců. Jenom tak je možné kontinuálně zvyšovat úroveň kvality v organizaci.

Cílem diplomové práce je vytvoření projektu zavedení ošetřovatelských interních auditů na ZZS KHK na základě analýzy současného stavu managementu kvality a fungování vnitřní kontrolních mechanismů v organizaci.

Účelem teoretické části je na základě odborných literárních zdrojů popsat kvalitu a management obecně, definovat management kvality jako celek a objasnit základní procesy a principy jeho fungování. Následně je diplomová práce zaměřena na problematiku externích a interních auditů. Další kapitola definuje nejzásadnější odlišnosti v provádění kontrolní činnosti v nemocniční a přednemocniční péči.

Praktická část je rozdělena do dvou podkapitol. První hodnotí současný stav managementu kvality a interních auditů na ZZS KHK a následně jej analyzuje prostřednictvím přezkoumání jednotlivých oblastí s využitím metod 7S, PEST a SWOT. Pro sběr dat jsou použity kvalitativní metody pozorování a analýzy interních i veřejných dokumentů.

Poslední část práce, na základě získaných dat, navrhuje koncepci interních auditů na ZZS KHK. Součástí projektu je vytvoření standardizovaného kontrolního listu k interním auditům na ZZS KHK. Dále jsou představena hodnotící kritéria pro vybrané zdravotní indikace.

Po předchozím jednáním s vedením ZZS KHK bude diplomová práce po jejím obhájení poskytnuta organizaci k dalšímu využití.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KVALITA A MANAGEMENT

1.1 Kvalita

Kvalita. S tímto pojmem se setkáváme dennodenně. Jaký je ale její pravý význam? V literatuře je často zaměňována za jakost či způsobilost k užití. „Podle akademického slovníku cizích slov je kvalita vymezena jako souhrn užitečných vlastností výrobků nebo služby, souhrn typických, zpravidla kladných vlastností“ (Janíček et al., 2013, s. 223). Laická veřejnost by kvalitní věc popsala jako dobrou či spolehlivou. Lze říci, že kvalitní jsou takové produkty, jejichž vlastnosti jsou v souladu s požadavky spotřebitele. Právě tak ji definoval mimo jiné i Philip B. Crosby. Norma ISO 9001, která je mezinárodně uznávanou certifikací systému managementu kvality, ji popisuje jako: „Stupeň splnění požadavků souborem obsažených prvků“ (ManagementMania, 2017).

Další zdroje udávají, že:

- „Kvalita je míra dokonalosti (*The degree of excellence*) (*Oxford Dictionary*)
- *Kvalita je dosahování a poskytování zdraví a uspokojení (Achieving and producing health and satisfaction) (Avedis Donabedian)*“ (Univerzita Karlova v Praze et al., 2004).

Na základě výše uvedeného lze na kvalitu pohlížet subjektivně či objektivně. Subjektivní pohled je ten, kdy jeden a ten stejný produkt je pro jednoho kvalitní, pro druhého nikoli. Záleží vždy na požadavcích jedince, protože pro každého jsou prioritní jiné vlastnosti. Kvalitu lze hodnotit i objektivně, a to pomocí přesně stanovených indikátorů.

Základní princip hodnocení kvality je ve všech oborech stejný. V každém odvětví však existují jistá specifika. Výjimkou není ani zdravotnictví – obor, jehož hlavním cílem je poskytování zdravotní péče pacientům. Ta kvalitní musí zajistit určitý, nepodkročitelný standard. Jak říká Donabedian je to: „*takový druh péče, při které lze očekávat maximální užitek pro pacientovo zdraví a kdy očekávaný užitek je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu*“ (Mášová a Havrdlíková, 2009).

Nutno si uvědomit, že pokud je v průmyslu nežádoucí vytvořit nekvalitní výrobek, ve zdravotnictví má takové „selhání“ mnohonásobně větší následky. Je proto nezbytné rozvíjet systém kvality ve zdravotnictví kontinuálně se snahou co nejvíce eliminovat potenciální rizika. Stejně tak, jako bylo nutné vytvořit ucelený systém kvality v lůžkových a ambulantních za-

řízení, je důležité zorganizovat fungující a komplexní systém kvality včetně jejího hodnocení i v přednemocniční péči. Poskytování péče zdravotnickou záchrannou službou se výrazně od té nemocniční liší. Ať už se jedná o nedostatek času, nedostatek informací či nemožnosti si předem naplánovat kontrolní činnost.

1.1.1 Dimenze kvality

Mezi zakladatele managementu kvality ve zdravotnictví bezesporu patří Avedis Donabedian. Muž libanonského původu, který později působil na několika významných univerzitách ve Spojených státech amerických. Ten rozdělil kvalitu do devíti základních dimenzí:

- 1) Přiměřenost – taková intervence, která je pro pacienta relevantní a v souladu se současnými odbornými postupy.
- 2) Dostupnost – adekvátní péče by měla být pro pacienta vždy k dispozici.
- 3) Kontinuita – jednotlivé léčebné kroky na sebe mají navazovat (například spolupráce mezi praktickými lékaři, ZZS a nemocničními zařízeními).
- 4) Účinnost – poskytovaná péče by měla být prokazatelně účinná.
- 5) Vhodnost – správná terapie, vzhledem k současným odborným poznatkům.
- 6) Efektivita/výkonnost – poměr výsledku léčby k vynaloženým nákladům za léčbu.
- 7) Respekt a lidskost – pacient (případně osoby blízké) mají být informováni o léčebných intervencích, důvodech jejich provádění a různých možnostech léčby.
- 8) Bezpečí – musí být zajištěno provádění intervencí správným způsobem.
- 9) Včasnost – zdravotní péče by měla být poskytnuta včas a bez zbytečného odkladu (Vlček, 2011, s. 6–8; Best, 2004).

Z těchto dimenzí vychází v současné době většina standardů a doporučení organizací, které se zabývají kvalitou ve zdravotnictví včetně těch, které udělují akreditace (SAK, JCIA).

1.2 Management

Pro pochopení pravého významu managementu kvality je nejprve nutné porozumět samotnému managementu.

„Bělohlávek a kol. (2006) definuje management jako proces systematického plánování, organizování, vedení lidí a kontrolování, který směřuje k dosažení cílů organizace“ (Plevová, 2012, s. 11).

Liebler a McConnelly formulovali management jako proces, “ v jehož průběhu se věci dělají pomocí lidí a s lidmi. Je to plánování a řízení úsilí, organizování a využití zdrojů (jak lidí, tak materiálu) k dosažení předem stanoveného cíle. [...] Akademický slovník cizích slov (2001) definuje management jako systém a metody řízení podniku, koncernu, národního hospodářství placenými zaměstnanci, manažery“ (Plevová, 2012, s. 11).

Drucker zdůrazňoval, že management slouží především ke koordinaci činností pracovníků s účelem dosáhnout cílů organizace, které není možné dosáhnout individuálními silami jednotlivců (Madar, 2004, s. 21).

Lze tedy tvrdit, že existují čtyři základní pohledy na management. Může představovat určitý způsob vedení lidí, vrcholové představitel organizace, schopnost člověka nebo předmět studia či výzkumu (Plevová, 2012, s. 11).

1.2.1 Úrovně managementu

V současné době je prezentován tříúrovňový manažerský koncept. Tvoří jej:

1. Vrchový management (top management)/strategická úroveň
 - Vrcholoví manažeři plánují dlouhodobé strategie organizace a udávají směr, jakým se bude organizace dále ubírat. Mimo jiné řídí střední management, kterému prezentují svá rozhodnutí (například ředitel, náměstek či hlavní sestra).
2. Střední management (middle management)/taktická úroveň
 - Jedná se o vedoucí pracovníky jednotlivých úseků. Rozpracovávají akční plán, kterým má organizace dosáhnout požadovaných výsledků (například vedoucí ekonomického/technického/personálního aj. úseku, vrchní sestra).

3. Prvoliniový management/manažer první linie (low management)/operativní úroveň
- Je mezičlánek mezi individuálními pracovníky a manažery. Vedou své podřízené, delegují jim jednotlivé činnosti požadované vyšším managementem. Provádí opakovaně kontroly a při zjištění nedostatků zajišťují nápravu (například: mistr, dispečer nebo staniční sestra) (Prukner a Novák, 2004).

1.2.2 Manažerské techniky

Jedná se o systematické a analytické manažerské metody, jejichž cílem je efektivně a konstruktivně vést organizaci k výkonnostnímu a kvalitativnímu růstu. V současné době je preferována tvorba rozhodnutí na základě logických objektivních zjištění prostřednictvím důkladných analýz. Právě k tomu slouží manažerské techniky, které mohou být velmi různorodé.

Dle Plevové jsou uplatňovány hlavně v následujících oblastech:

- **obecný management** – používá se především pro širší pochopení souvislostí fungování organizace společně s porozuměním základních analytických technik jako je SWOT analýza či efektivní porada,
- **marketingový management** – jedná se o jednu z klíčových složek organizace, prostřednictvím které probíhá analýza trhu, například pomocí prvků marketingového mixu,
- **provozní management** – kontroluje a hodnotí, zda jsou efektivně využívány vstupy (zdroje) k dosažení cílů organizace prostřednictvím TQM (total quality management, systém just-in-time),
- **finanční management** – analyzuje, hodnotí a kontroluje hospodaření společnosti, plní zásadní roli pro fungování každého podniku,
- **personální management** – hodnotí kvalitativně i kvantitativně složení organizace po personální stránce, množství kvalifikovaných, kompetentních či motivovaných pracovníků, například prostřednictvím personálních auditů či kariérních plánů,
- **vědecký management** – díky němu jsou kvantitativní techniky (např.: lineární programování, ABC analýza) použity při plánování či řešení problémů,

- **výkonnost a efektivita** – cílem je dosáhnout co nejefektivnějšího využívání zdrojů při tvorbě produktu (provozní, personální, materiální, finanční atd.), hodnotí se pomocí auditu řízení či monitorování výkonnosti organizace (2012, s. 13–14).

1.2.3 Manažer, jeho vlastnosti a role

Pojem manažer/manager pochází z anglického originálu *manage*, v překladu řídit či organizovat. „*Je odpovědný za úspěšný chod útvaru (střední manažer), týmu (projektový manažer) nebo i celé organizace (top manažer), kterou řídí. Manažera lze charakterizovat jako osobu, která identifikuje a dosahuje cílů organizace prostřednictvím rozmístování vhodných zdrojů (lidských, finančních, informačních apod.).*“ (Else AZ, 2017) Jiná definice uvádí, že: „*manažer je člověk, který dosahuje stanovených cílů s lidmi a prostřednictvím nich*“ (Lojda, 2011, s. 10).

Ve většině společností je jedinec do pozice manažera jmenován na základě schopností a znalostí. Pokud se jím chce člověk stát, musí mít jisté vrozené předpoklady i dostatečné vědomosti a dovednosti. Aby byl úspěšný, musí být inteligentní, temperamentní, schopný delegovat pravomoci, nekonfliktní, přístupný názorům ostatních a do určité míry autoritativní. Je nutné zdůraznit, že manažer by měl zůstat také „člověkem“, který bude schopen porozumět ostatním. Bude-li v pracovním kolektivu panovat klidná atmosféra s přesně stanovenými povinnostmi a kompetencemi, bude dosahováno cílů daleko snáze. Pro výkon manažerské pozice je nutné mít adekvátní vědomosti, motivaci se kontinuálně vzdělávat a potřebu nové znalosti a dovednosti uplatňovat v praxi. Obecně totiž platí, že pokud jedinec přestane mít zájem o daný obor a nebude sledovat nové trendy, přestane být pro organizaci přínosem.

Úspěšný manažer musí zastávat několik rolí najednou. Lze je rozdělit do těchto skupin:

- **Interpersonální** – aktivně se zapojuje do mezilidských vztahů jako představitel organizace (například prezentace společnosti), vedoucí (pro své podřízené) nebo spojovatel (při jednání s ostatními manažery),
- **informační** – v rámci interpersonální role získává informace, které následně využívá. Zde působí jako pozorovatel (absorbuje nové poznatky), distributor (předává informace svým kolegům) nebo mluvčí (pro jednání s médii),
- **rozhodovací** – působí jako podnikatel (přichází s novou strategií či nápadem), distributor (využívá co nejefektivněji všechny dostupné zdroje), řešitel (pohotově reaguje na problémy a řeší je) či vyjednávač (s odbory či zákazníky),

- **administrativní** – zaznamenává všechny své kroky do dokumentace (distributor), hodnotí hospodaření organizace (správce rozpočtu) a kontroluje správnost pracovních kroků svých podřízených (kontrolor) (Plevová, 2012, s. 18–19).

1.3 Management kvality

Skovajsa ve své publikaci uvádí, že: „*Řízení kvality je především snaha o neustálé zlepšování, jehož výsledkem jsou efektivnější procesy a ve svém důsledku snížené náklady a zvýšená produktivita. Je to velmi široké téma zahrnující téměř všechny firemní procesy. Kvalita a její řízení je jedním z rozhodujících faktorů stabilního ekonomického růstu organizací i podnikajících jednotlivců.*“ (Skovajsa, 2016, kap. 3) Pouze fungující management kvality zajistí organizaci její kontinuální rozvoj, konkurenceschopnost, minimalizaci pochybení a ekonomických ztrát.

1.3.1 Nástroje řízení a plánování managementu kvality

V 60. letech dvacátého století popsal Kaoru Isikawa a William Edwards Deming sedm základních manažerských nástrojů pro kontinuální řešení zvyšování kvality. Tento systém si později získal svoji oblibu především pro svou jednoduchost. Jedná se o: „*pevně stanovený soubor především grafických technik napomáhajících řešení problémů s kvalitou*“ (Šlachová, 2013, s. 5). Je často nazýván jako sedm základních nástrojů řízení kvality (Seven tools, The first seven, The old seven, The basic seven apod.).

1. Kontrolní tabulky (Vývojový-postupový diagram)

První nástroj managementu kvality, takzvané kontrolní tabulky, slouží především pro sběr dat, které mohou být následně využity jako podklad například pro Paretovu analýzu či tvorbu histogramu. Jedná se o velmi univerzální nástroj, který lze začlenit do jakéhokoli pracovního procesu. Pomocí kontrolních tabulek lze objektivně hodnotit oblasti, ve kterých dochází k výskytu nekvality či oblasti, které jsou pro podnik nadbytečné. Pro jejich fungování musí být splněno 5 základních pravidel:

- zhodnotit, jaký problém (objekt pozornosti) se sleduje,
- určit od kdy a jakým způsobem bude sběr dat probíhat,
- definovat konkrétní kontrolní tabulku, její formu, užívání značek, jakým způsobem budou data sbírána,
- před samotným šetřením zkontrolovat na testovací skupině, zda tabulka plní svůj účel,

- pokaždé, kdy dojde ke konkrétnímu problému, je nutné jej zaznamenat do tabulky (American society of quality, 2017a; Madar, 2004, s. 37; Šlaichová, 2013, s. 6).

2. Histogram

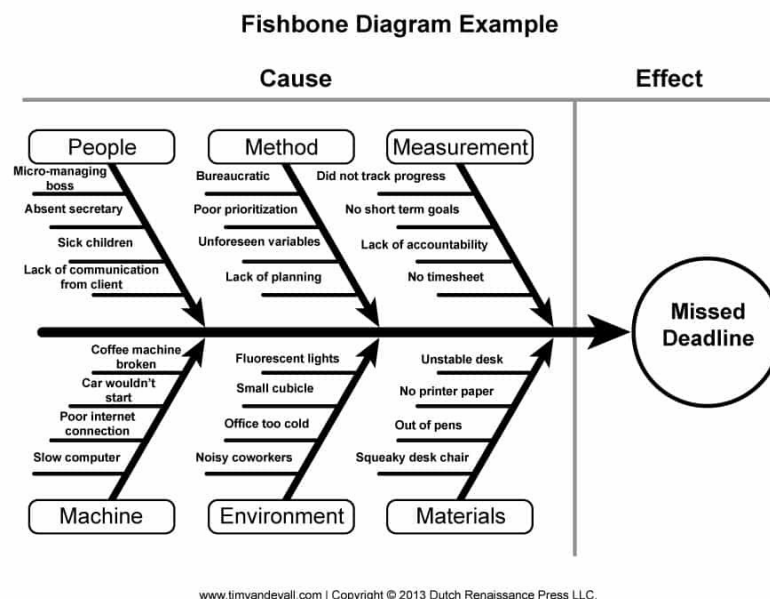
Histogram prezentuje data grafickou formou, což zlepšuje jejich přehlednost a použitelnost. Pro jeho vytvoření se využívají například kontrolní tabulky. Nutností je dostatečné množství validních dat. Existuje široké spektrum histogramů, které je možno využít. Nejčastěji se užívají následující:

- zvonovitý – opisuje tvar Gaussovy-Laplaceovy křivky,
- dvou či vícevrcholový,
- ploché – často popisuje změnu stejného parametru v čase,
- dvouvrcholový s výraznou četností hodnot v krajním bodě – při úmyslném zkreslení dat apod. (American society of quality, 2017b; Šlaichová, 2013, s. 14–19).

3. Diagram příčin a následku (Isikawa diagram)

Isikawa diagram (též známý jako diagram rybí kosti) je v současné době jednou z nejčastějších technik využívaných v managementu kvality. Vychází z myšlenky, že každý problém má svoji jasně definovanou příčinu. Tu lze následně důkladně zanalyzovat a najít nejlepší možný způsob nápravy. V rámci analýzy se hledají příčiny problémů v těchto osmi dimenzích (tzv. 8M):

- **lidé (Man power)** – chyba způsobená pracovníkem,
- **metoda (Methods)** – příčinou jsou špatně nastavená pravidla organizace (například směrnice či doporučené postupy),
- **stroje (Machines)** – porucha či špatné nastavení stroje,
- **materiál (Material)** – nekvalitní či špatně zvolený zpracovávaný materiál,
- **měření (Measurements)** – špatně kalibrovaný přístroj či způsob měření,
- **prostředí (Mother nature – Environment)** – chyba zapříčiněná špatnými klimatickými podmínkami (teplota, vlhkost aj.),
- **management (Management)** – problém vzniká nevhodným stylem vedení,
- **údržba (Maintance)** – příčina je v údržbě (například materiálu, strojů aj.) (TemplateLAB, 2016; ManagementMania, 2015).



Obr. 1 Isikawa diagram (TemplateLAB, 2016; Evans, 2014)

4. Formuláře a tabulky pro sběr údajů

Slouží především pro sběr údajů, které se vztahují ke konkrétnímu problému. Výhodou je především možnost získat za relativně krátkou dobu velké množství dat. Používané formuláře mohou být v papírové či elektronické podobě, musí být jednoduché a srozumitelné. Tvůrce formuláře musí mít stanoveny cíle výzkumu (předpokládaný výstup) a určené výzkumné metody (Madar, 2004, s. 38).

5. Paretův diagram

Vilfredo Pareto byl italský ekonom žijící v 19. století. Přišel s myšlenkou, že by se měly odstraňovat chyby nikoli náhodně, ale podle četnosti jejich výskytu. Později se touto technikou zabýval i neméně známý ekonom J.M. Duran, který tvrdil, že 80 % následků je způsobeno 20 % příčin. Paretův diagram je v současné době považován za velmi komplexní techniku využívanou typicky při analýze reklamací. Zjištěný problém bývá následně předmětem diskuse pomocí Isikawova diagramu. V první fázi jsou zapisovány výskyty vad dle jejich absolutních četností. Následně jsou přepočítány do četností relativních, které jsou graficky zaznamenány do tzv. Lorenzovy křivky. Výsledkem je zajištění eliminace následků, které se vyskytují v nejvyšších četnostech (Madar, 2004, s. 38–39).

Ve zdravotnictví je metoda využívána například při řešení nežádoucích událostí (zejména závažných).

6. Bodový diagram (korelační diagram)

Bodový, též korelační diagram, vychází z myšlenky grafického zaznamenávání souřadnic do kartézské soustavy o dvou neznámých. Jedná se o velmi užitečnou techniku zjišťující vztah mezi dvěma parametry, které jsou sledovány. Velkou předností je její univerzálnost a jednoduchost (Stulík, 2011; Madar, 2004, s. 39).

7. Regulační diagram

Regulační diagram graficky zaznamenává vývoj jedné sledované veličiny v čase. V grafu vždy existuje maximální a minimální hranice, která může vycházet z historických hodnot, nebo může být stanovena samotnou organizací. Cílem je, aby se získané hodnoty pohybovaly co nejbližší střední, která se nachází přesně v poloviční vzdálenosti mezi maximální a minimální hranicí. Metoda se využívá například pro sledování stability pracovního procesu (Madar, 2004, s. 40).

1.3.2 Kontinuální zvyšování jakosti

William Edward Deming vyvinul v polovině dvacátého století tzv. Demingův cyklus (metoda PDCA). Vychází ze čtyř následujících jednoduchých kroků:

1. plan (plánuj) – plánuj zlepšení procesu,
 2. do (realizuj) – aplikuj teoretické plány do praxe,
 3. control (kontroluj) – zkontroluj, zda bylo dosaženo očekávaného výsledku,
 4. act (reaguj) – reaguj na zjištěné nedostatky, zajisti nápravu (opakuj krok 2 – 4)
- (ManagementMania, 2016).



Obr. 2 Demingův cyklus (Singhal, 2014)

Prezentovaný obrázek jasně ukazuje, že cyklickým opakováním metody PDCA dosahuje organizace kontinuálního zvyšování kvality.

1.4 Management kvality ve zdravotnictví

Řízení jakosti je významným prvkem vytváření kvalitního prostředí pro poskytování zdravotní péče. Kvalita a její řízení má zásadní význam pro stabilní pozici zdravotnického zařízení. Zvyšování kvality je kontinuální a nikdy nekončící proces. Smyslem managementu kvality ve zdravotnictví je poskytovat co možná nejvyšší úroveň kvality zdravotní péče s co nejnižšími ekonomickými nároky. Přínosem managementu kvality je mimo jiné minimalizace výskytu pochybení, které ve zdravotnictví může mít fatální následky.

1.4.1 Historie managementu kvality

První zmínky o managementu kvality ve zdravotnictví jsou v literatuře spojovány se jménem Ernesta Amory Codmana (1869-1940). Ten pracoval jako chirurg v Massachusettské všeobecné nemocnici ve Spojených státech amerických. Později založil vlastní nemocnici, aby se mohl naplno věnovat svému celoživotnímu cíli – managementu kvality. Snažil se o standardizované zdravotnictví poskytující kvalitní péči. Jeho koncept později přebrali i další zdravotnická zařízení (Válková, 2015, s. 13–14).

V roce 1951 vznikla první Společná komise pro akreditaci nemocnic, ze které se v roce 1987 vyvinula Joint Commission on Accreditation of Health Care Organisation (JCAHO). Cílem bylo a stále je kontinuální zvyšování kvality zdravotní péče prostřednictvím tvorby standardů (respektive standardizovaných postupů), na jejichž základě je udělována akreditace. Ta zaručuje určité nepodkročitelné minimum úrovně kvality poskytované zdravotní péče (Válková, 2015, s. 13–14).

Na sklonku minulého století se kvalitou poskytování zdravotní péče začala zabývat i Česká republika. „*Dceřinou společností JCAHO se stala Joint Commission International Accreditation (JCIA), která od roku 1998 působí i v České republice a v roce 1999 vydala Standardy pro mezinárodní akreditaci nemocnic.*“ (Válková, 2015, s. 14) V tomtéž roce vznikla i Spojená akreditační komise, jejíž cílem je trvalé zvyšování kvality ve zdravotnických zařízeních v ČR.

Spojená akreditační komise postupně vytvořila akreditační standardy a nabídla možnost akreditace nejprve nemocnicím, dále léčebnám dlouhodobě nemocných, ambulantním zařízením a pobytovým zařízením sociálních služeb. V říjnu 2016 vznikla i pilotní verze „Akreditačních standardů pro ZZS“ (Spojená akreditační komise, 2016).

1.4.2 Indikátory kvality ve zdravotnictví

Aby mohla být kvalita v jakémkoli oboru (nejen ve zdravotnictví) měřena, musí být stanoveny hodnotící ukazatele. Odborná literatura je definuje jako tzv. indikátory kvality. První zmínky o nich jsou z období Krymské války (polovina 19. století), kdy je specifikovala Florence Nightingalová. Později myšlenku rozšířili a aplikovali do praxe američtí lékaři, kteří si začali uvědomovat nutnost vytvoření standardizované péče. Donabedian popisuje indikátor kvality jako: „*jasně definovaný prvek nemoci nebo péče, který je přesně měřitelný, má specifický vztah ke kvalitě a popisuje strukturu, proces nebo výsledek.*“ (Vašátková a Ulrychová, 2007) Indikátory mohou být hodnoceny celosvětově nebo celorepublikově (nejčastěji v rámci akreditací) či v rámci organizace samotné (Vašátková a Ulrychová, 2007; Spojená akreditační komise, 2010b).

K nejčastěji sledovaným indikátorům kvality se řadí například počet infekcí spojených se zdravotní péčí, počet pádů, počet neplánovaných návratů pacienta na jednotku intenzivní péče, počet reoperací, počet neplánovaných císařských řezů, počet dekubitů vzniklých v daném zdravotnickém zařízení, výše novorozenecké mortality a mnoho dalších.

2 KONTROLNÍ ČINNOST A AUDIT VE ZDRAVOTNICTVÍ

„Kontrola zahrnuje veškeré činnosti, jimiž je zjišťováno, zda dosahované výsledky odpovídají výsledkům plánovaným.“ (Dvořáček, 2003, s. 45) Pochází z latinské kombinace slov „contra“ = proti a „rotulus“ = svitek. Jinak řečeno protisvitek či protizápis. V literatuře jej definují jako: „proces soustavného sledování stavu plnění úkolů, cílů a plánů organizace a provádění takových intervencí, které by vedly k požadovanému výsledku“ (Gladkij et al., 2003, s. 276).

Kontrola mimo jiné plní i funkci poznávací, ovlivňující a preventivní. Poskytuje tedy řídicím složkám organizace důležitou zpětnou vazbu o stupni dokonalosti nastavení jednotlivých pracovních procesů a umožňuje jim tak reagovat na zjištěné nedostatky. Pro kontrolní činnost existuje celá řada nástrojů. Jedním z nich je i audit (Gladkij et al., 2003, s. 276–279).

Dvořáček tvrdí, že interní audit je: „činnost, kterou vykonává specializovaný personál ve vlastním podniku, přičemž jeho činnost se vztahuje na všechny druhy operací, které se v podniku uskuteční tak, aby byla zajištěna vnitřní kontrola a efektivnost řízení, a to nezávisle na výkonu funkce a odpovědnosti vedoucích pracovníků uvedeného podniku.“ (2003, s. 4)

V mnoha oborech je využíván jako nástroj měření kvality. Pochylá ve své knize popisuje audit jako: „systematický způsob zhodnocování ošetrovatelské péče a diskuse o kvalitě poskytované péče s ohledem na její účinnost, etickou přiměřenost a finanční efektivitu. Průběžné hodnocení hodnotí probíhající péči. Zpětné hodnocení hodnotí již poskytnutou péči a to na základě studia ošetrovatelské dokumentace a jiných písemných dokumentů.“ (2005, s. 31) Gladkij popisuje audit v lékařství jako: „ověření zda zvolený diagnostický nebo léčebný postup odpovídá obecně uznávaným standardům.“ (2003, s. 360) Válková tvrdí, že: „Auditem se prověřuje reálný stav, to znamená shodu či neshodu s kontrolními kritérii. Audit je používán jako účinný nástroj managementu. Jeho cílem je odstranění slabých míst, proto vyžaduje nápravná opatření, která vedou ke zlepšení kvality péče“ (2015, s. 28).

Obecně lze tedy audit shrnout jako systematický proces, který na základě stanovených kritérií hodnotí zdravotní péči. V souladu s nastavenými pravidly je stanovena shoda či neshoda s hodnotícími kritérii. Cílem auditu je nalezení shody ve struktuře či procesu a odhalení rizikových oblastí. Výsledkem by měla být nápravná opatření s následným zvýšením úrovně kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče.

2.1 Rozdělení auditů

Existují různé druhy dělení auditů. Následující kapitola popisuje členění často uváděné v odborné literatuře.

2.1.1 Druhy auditů nezávisle na odvětví

Odborná literatura prezentuje dělení auditů nezávisle na odvětví následovně:

- **finanční audit** – hodnotí správnost závěrečných a bilančních zpráv o výsledcích hospodaření organizace,
- **audit kvality** – kontroluje systém řízení kvality v organizaci,
- **ekologický audit** – hodnotí, zda je dopad působení organizace na životní prostředí ve shodě s požadavky ochrany životního prostředí,
- **audit informačního systému** – komplexně hodnotí fungování informačních technologií (software, hardware, bezpečnost a hospodaření s daty aj.),
- **bezpečnostní audit** – hodnotí, zda a jakým způsobem v organizaci funguje systém bezpečnosti,
- **technický audit** – kontroluje kvalitu výrobků,
- **procesní audit** – hodnotí stupeň dokonalosti fungování procesů v organizaci,
- **manažerský audit** – hodnotí úroveň fungování managementu na všech pracovních úrovních,
- **strategický audit** – kontroluje využívané obchodní strategie,
- **forenzní audit** – zaměřen na odhalení účetních podvodů, analyzuje případný rozsah škod způsobených protiprávním jednáním,
- **energetický audit** – sleduje efektivitu využívání energie v organizaci v rámci energetického hospodaření,
- **personální audit** – hodnotí personální obsazení organizace, využitelnost jednotlivých pracovních pozic, nebo adekvátnost vzdělávání zaměstnanců,
- **audit projektů** – ověřuje čerpání financí z projektů financovaných například státním rozpočtem či Evropskou unií (Žufanová, 2010; ManagementMania, 2011).

2.1.2 Druhy auditů dle dalších hodnotících kritérií

Gladkij ve své publikaci rozděluje audity v závislosti na úhlu pohledu následujícím způsobem:

1) Dle místa provádění auditu:

- přímý – kontrola přímo na auditovaném pracovišti,
- nepřímý – kontrola dokumentace mimo pracoviště.

2) Dle trvání auditu:

- nepřetržitý – probíhá kontinuálně, v pravidelných intervalech jsou data vyhodnocována,
- plánovaný – provádění šetření na základě ročního plánu auditů (přístupný pro všechna pracoviště),
- neplánovaný – mimořádná kontrola (například na požadavek vedení, při opakujících se nežádoucích událostech, při plánovaných revizích interních dokumentů atd.).

3) Dle rozsahu auditu:

- komplexní – zaměřen na celou organizaci,
- dílčí – sleduje pouze jednu konkrétní oblast (například audit na identifikaci pacienta).

4) Dle způsobu provádění auditu:

- slovní – komunikace přímo s pacienty či pracovníky,
- hmotný – kontrola například písemné dokumentace,
- hodnotový – zaměřen například na financování a hospodaření organizace.

5) Dle vykonavatele auditu:

- vnější (externí) – prováděn nezávislým pozorovatelem s cílem získat nestranné závěry,
- vnitřní (interní) – prováděn interními zaměstnanci za účelem nalezení shody nastavených postupů s cílem dosahovat kontinuálního zvyšování kvality (2003, s. 283).

2.2 Externí audit

Externí audit je prováděn „třetí osobou“, která nemá k organizaci žádné vazby. Dvořáček říká, že: „*Externí auditor je fyzická nebo právnická osoba zapsaná do seznamu auditorů. Externí auditor musí být nezávislý jak na státních orgánech, tak na vedení auditované společnosti i na ostatních zájmových skupinách.*“ (2003, s. 18) Právě nezávislost auditorského týmu je jeho největší předností. Nevýhodou metody je velká finanční náročnost, neznalost prostředí nebo provádění auditu v krátkém časovém úseku. Externí šetření je prováděno ze dvou hlavních důvodů:

- snahy získat ucelený nezávislý obraz o organizaci (například při zásadních personálních změnách v oblasti vrcholového managementu),
- získání akreditace či certifikace.

2.2.1 Organizace poskytující akreditaci

Akreditace je slovo francouzského původu *accréditer*. V překladu „ověřit důvěryhodnost“. „*Znamená vždy oficiální uznání (ověření) způsobilosti vykonávat určitou činnost, případně tuto činnost provádět na zaručené úrovni.*“ (Chaloupková, 2007)

„*Obecně platí, že jakýkoli systém řízení kvality zavedený ve zdravotnické organizaci zvyšuje míru bezpečí poskytované péče a její kvality. Tím, že dojde ke standardizaci – tedy k přesnému popisu vybraných (obvykle rizikových) procesů – například podávání léků, předanestetické vyšetření apod. – zvýší se pravděpodobnost, že pracovníci budou tyto procesy provádět stejným způsobem – minimalizuje se nežádoucí variabilita.*“ (Spojená akreditační komise, 2010a) Další výhodou je nastavení všech procesů v organizaci dle platné legislativy. V zahraničí má pro zdravotnické zařízení získání akreditace přímou vazbu na výši finanční úhrady od zdravotních pojišťoven, což vede k možnosti rozvoje organizace ve všech oblastech (Spojená akreditační komise, 2010a). V ČR v současné době takové zvýhodnění neexistuje, ale opakovaně se o jeho zavedení diskutuje.

Organizace, které jsou oprávněny k provádění hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, lze rozdělit do dvou skupin: mezinárodní (např. JCIA) a národní (např. SAK). Nyní budou prezentovány některé z nich:

1) The Joint Commission (Joint Commission International Accreditation)

- Společnost byla založena již v roce 1951 v USA. Jedná se o neziskovou organizaci akreditující široké spektrum zdravotnických zařízení (nemocniční, ambulantní, domácí, laboratorní,...). Cílem je zajištění poskytování bezpečné a kvalitní zdravotní péče. Obdobně jako Spojená akreditační komise poskytuje mimo akreditační i poradenské či vzdělávací služby. V ČR působí dceřiná společnost Joint Commission International Accreditation (Joint Commission, 2017b).
- Výhodou akreditace JCIA je především světové jméno a zaručeně vysoce kvalitní zdravotní péče. Jako negativní lze vnímat vysokou ekonomickou zátěž pro zdravotnické zařízení, která mnohonásobně převyšuje náklady na akreditaci od jiných společností. Akreditační standardy se dělí do dvou skupin:
 - týkající se potřeb pacienta,
 - týkající se fungování organizace jako instituce.

Náročnost procesu získání akreditace JCIA dokazuje 500 hodnotících ukazatelů (Madar, 2004, s. 43–44; Joint Commission International, 2013).

2) Spojená akreditační komise (SAK)

- Jedná se o nestátní neziskovou organizaci (konkrétně obecně prospěšnou společnost) jejíž cílem je kontinuální zvyšování kvality a zajištění bezpečnosti ve zdravotnických zařízeních. Organizace působí na trhu od roku 1998, avšak až: „od 21. 6. 2012 je Spojená akreditační komise, o.p.s., oprávněným hodnotitelem kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, pro druhy zdravotní péče“ (Spojená akreditační komise, 2010b).
- Kvalita a bezpečí poskytované zdravotní péče jsou auditovány dle jednotlivých akreditačních standardů, které jsou volně přístupné v publikaci „Akreditační standardy pro nemocnice“ (autorem je společnost SAK). Zde je popsáno všech 13 sledovaných oblastí (resortní bezpečnosti cíle, práva pacientů a jejich edukace, dostupnost a kontinuita péče, diagnostická a terapeutická péče, anesteziologická a chirurgická péče, objednávání, předepisování a podávání léků a léčiv, hygiena nemocničního prostředí a protiepidemická opatření, řízení

a správa, řízení kvality a bezpečí, bezpečí komunikace, informace a komunikace, řízení lidských zdrojů), které jsou následně hodnoceny. V rámci každé kapitoly jsou prezentovány jednotlivé standardy. Jejich součástí je vždy vlastní znění standardu, účel standardu a indikátory, na základě kterých je hodnoceno, zda je dostatečně naplněn (Spojená akreditační komise, 2016).

- Pro zdravotnickou záchrannou službu jsou v současné době vytvořeny akreditační standardy v pilotní verzi.
- Spojená akreditační komise ke kontinuálnímu zvyšování kvality využívá následující prostředky:
 - tvorbu akreditačních standardů včetně detailní metodiky,
 - podporu a poradenskou činnost zdravotnickým zařízením, které se připravují na akreditaci se společnostmi SAK včetně předakreditačních šetření,
 - organizaci vzdělávacích akcí pro zdravotnický personál,
 - publikaci literatury zaměřené na problematiku kvality ve zdravotnictví,
 - spolupráci se zahraničními institucemi, které mají obdobné cíle,
 - vzdělávání vlastních konzultantů a auditorů (Válková, 2015, s. 13–14; Joint Commission, 2017b; Spojená akreditační komise, 2010b).

3) ISO 9000:2000 (International Organization for Standardization)

Soubor norem ISO byl poprvé uveden v ČR v roce 1987. Zaměřuje se na zavedení systematického a transparentního systému řízení v organizaci. Výrazným pozitivem je univerzalita norem ISO, kterou je možné aplikovat na jakoukoli organizaci, ať už se jedná o regionální, národní či nadnárodní společnost. Cílem je kontinuálně zvyšovat výkonnost organizace na podkladě plnění potřeb všech zainteresovaných stran. V rámci norem ISO 9000 existuje celkem 8 zásad, na které se pro zvýšení výkonnosti organizace musí společnost zaměřit:

- **zaměření na zákazníka** – organizace je závislá na svých zákaznících, je nutné identifikovat a plnit jejich potřeby,
- **vedení a řízení lidí** – musí být stanoven jasný lídr, který vytváří správné interní prostředí pro plnění cílů organizace,
- **zapojení lidí** – všichni zaměstnanci jsou plně zapojeni do adekvátních pracovních procesů,

- **procesuální přístup** – cílů se lépe dosahuje, pokud jsou činnosti a související zdroje vedeny jako proces,
- **systémový přístup k managementu** – pro dostatečnou efektivitu procesů je třeba je dostatečně identifikovat a porozumět jim,
- **neustálé zlepšování** – pro zvýšení výkonnosti je nutné se neustále jako organizace vyvíjet a zlepšovat,
- **přístup k rozhodování zakládajícího se na faktech** – rozhodovat se na základě kvalitní objektivní analýzy (ne dle svého uvážení),
- **vzájemně prospěšné dodavatelské vztahy** – vztah dodavatel-odběratel přináší oběma stranám užitek, je nutné jej rozvíjet (Český normalizační institut, 2006).

4) Další komise působící na území ČR

- V současné době existuje celkem 8 společností, které jsou dle § 98 odst. 4. zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování zmocněny Ministerstvem zdravotnictví ČR k hodnocení a udělování oprávnění k provádění hodnocení kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče. Jedná se o následující:
 - Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví (od r. 2012),
 - T Cert (od r. 2013),
 - EURO CERT CZ (od r. 2013),
 - MUDr. Zdeněk Machálek (od r. 2014),
 - LL-C (Certification) Czech Republic (od r. 2015),
 - DNV GL Business Assurance Czech republic (od r. 2015),
 - CZECH QUALITY UNION (od r. 2017) (Ministerstvo Zdravotnictví ČR, 2017a).

2.3 Interní audit

V odborné literatuře jsou uváděny dva druhy definic interního auditu – moderní a tradiční:

1. „tradiční definice, podle níž je cílem interního auditu analyzovat a hodnotit (s ohledem na případné možnosti korekce) vnitřní podnikovou kontrolu tak, aby byla zjištěna integrita majetku podniku, pravdivost informací a stálé efektivní řízení podniku.“ (Balhar, 2016, s. 9)

2. Moderní definice, která je v současné době více společensky uznávanou, mimo jiné je schválena Institutem interních auditorů, ji popisuje jako: „*nezávislou, objektivně ujišťující a konzultační činnost zaměřenou na přidávání hodnoty a zdokonalení procesů v organizaci. Interní audit napomáhá organizaci dosahovat jejich cílů tím, že přináší systematický metodický přístup k hodnocení systému risk managementu, vnitřního řídicího a kontrolního systému (Internal Control) a Corporate Governance.*“ (Kupka, 2009, s. 14)

Provádění interních auditů je zakotveno v zákoně č. 372/2011 Sb. část pátá, § 45, kde je stanoveno, že: „*Poskytovatel je rovněž povinen v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb: [...] zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb*“ (Česko, 2011b).

Vykonávání interních auditů je také jedním z akreditačních standardů společností JCI, SAK a ISO.

Vykonavatel interního auditu by měl vždy dodržovat určená kritéria, které jsou v souladu s tzv. Mezinárodním rámcem profesionální praxe interního auditu (International Professional Practice Framework – zkráceně IPPF) – poprvé publikován v roce 2002. Ten poskytuje propracovanou metodiku průběhu interního auditu od jeho přípravy, provedení až po jeho interpretaci. Rozsah IPPF byl v roce 2009 zúžen na nezbytné minimum, tedy na závazné směrnice, které lze rozdělit do dvou skupin – **povinné** (nutné se s nimi zcela ztotožnit) a **důrazně doporučené** (lze je nerespektovat, ale silně se to nedoporučuje) (Kupka, 2009, s. 11–14).

Interní audit je definován následujícími šesti prvky:

1. **nezávislá a objektivní činnost** – audit provádějí interní zaměstnanci či outsourcovaná organizace, která nemá vztah ke zkoumanému pracovišti. Zároveň jsou závěry šetření vyhodnocovány z objektivních zdrojů (ve většině případech je tištěna auditní dokumentace). V některých organizacích je dodržována zásada, že interní auditor nesmí působit v managementu (neschvaluje směrnice či jiná pravidla) a zároveň nesmí provádět šetření na odděleních, kde dříve působil (ať už jako pracovník, tvůrce řídicích dokumentů nebo konzultant),
2. **ujištění a konzultace** – interní audit má mimo jiné i funkci konzultační při řešení existujících problémů a rizik v zařízení,

3. **přidaná hodnota a zdokonalování** – interní audit vede k identifikaci, analýze a eliminaci hrozeb. Postupně zjišťuje příčiny jednotlivých problémů a rozkrývá další, které jsou „ukryty pod povrchem“. Přináší tak organizaci „přidanou hodnotu“ tím, že identifikuje potenciální rizika,
4. **vnímání organizace jako celek** – cílem interních auditů je dosahovat nejen dílčích analytických výsledků, ale i napomáhat organizaci jako celku. Auditóři musí být seznámeni s cíli, procesy, problémy a jejich příčinami, které chápou v souvislostech (Kupka, 2009, s. 14–16; Dvořáček, 2003, s. 12–17),
5. **vymezení hranic** – „*Interní auditoři hodnotí a zdokonalují efektivnost fungování risk managementu uvnitř organizace, řídicího a kontrolního systému a hodnotí a zdokonalují procesy související se správou a řízením organizace.*“ (Kupka 2009, s. 16)
6. **unikátní forma franchisingu** – interní audit existuje za podmínky systematičnosti (standardizované šetření) a v souladu se standardy (Kupka, 2009, s. 14–16; Dvořáček, 2003, s. 12–17).

Cílem interního auditu je zjištění reálného obrazu stavu organizace v auditované oblasti. Pokud je prováděn vlastními zaměstnanci, přináší společnosti mnoho výhod, mezi něž patří:

- **časová flexibilita** – mohou provádět interní šetření v té době, kdy nenaruší chod pracoviště,
- **neformální vztahy auditorů,**
- **znalost prostředí** – auditoři dokonale znají auditovaná pracoviště,
- **nízká finanční náročnost** – interní audity jsou výrazně levnější než audity vykonávané externí firmou.

Časová flexibilita, neformální vztahy a znalost prostředí mohou být za určitých podmínek nevýhodami. Pokud se auditoři snaží časově přizpůsobit jednotlivým pracovištím, nemusí získat kompletní informace o všech procesech na daném oddělení. Neformální vztahy mohou ovlivnit výsledek auditu v pozitivním (přátelství mezi auditovaným a auditorem), tak v negativním („nevyřízené účty“) smyslu. Znalost prostředí může za určitých podmínek fungovat jako „provozní slepota“.

2.3.1 Druhy interních auditů

Jak uvádí Balhar ve své diplomové práci, interní audit je možné členit následovným způsobem:

1. *„Finanční audit,*
2. *prevenci a odhalování podvodů,*
3. *vnitřní účetní kontrola,*
4. *audit kontraktů (investoři, odběratelé, dodavatelé),*
5. *audit souladu podnikové politiky a postupů se zákony, vyhláškami a nejrůznějšími nařízeními,*
6. *audit určitých hospodářských operací,*
7. *audit výkonnosti (produktivity),*
8. *audit podniku,*
9. *audit managementu,*
10. *audit jakosti,*
11. *audit vlivu podniku na životní prostředí,*
12. *audit personálního rozvoje,*
13. *audit vnějších podnikových vztahů.*“(2016, s. 10)

2.3.2 Profil interního auditora

Pro úspěšné fungování systému interních auditů v organizaci je jedním ze zásadních faktorů ten lidský. Pro vykonávání takové pozice je nezbytné mít patřičné vzdělání. V současné legislativě není přesně stanovené – nepodkročitelné minimum si určuje organizace sama. Interní auditoři mohou absolvovat certifikované kurzy či školení pořádané zaměstnavatelem.

Neméně důležité jsou i osobnostní rysy a dovednosti auditora. Dvořáček ve své knize uvádí, že každý interní auditor by měl být:

- temperamentní osoba, která dokáže získat ostatní na svoji stranu,
- neagresivní, tolerantní, naslouchající, pohotově reagující,
- vzdělaný, se snahou se dále vzdělávat,
- čestný a objektivní (manipulativní chování v menší míře může být také přínosem),
- komunikačně zdatný, logicky uvažující, systematický,
- časově flexibilní, nezávislý, pečlivý, obětavý k práci a
- mít společenské vystupování a etické zásady (2003, s. 78).

V literatuře jsou uváděna i pravidla chování při provádění interního auditu:

- korektnost, příjemné a nekonfliktní jednání,
- zdržení se prezentování svých názorů o práci kolegů, nadřízených, podřízených či celkově o vedení a organizaci podniku,
- diskrétnost ve všech ohledech – mluvit o práci jen v práci, mimo práci nikoli,
- schopnost naslouchat, získávat potřebné informace,
- důkladnost, systematickosti, objektivnost, pečlivost,
- solidnost, dochvilnost, respektování zvyků oddělení, dodržování časového harmonogramu auditu,
- péče o vnější stránku – vzhled, vhodné oblečení, detailní prvky (Dvořáček, 2003, s. 82).

2.3.3 Fáze interního auditu

Dvořáček a Kafka ve své publikaci popisuje obecné schéma průběhu interních auditů:

1. *„Porozumění auditovanému objektu.*
2. *Stanovení cíle auditu.*
3. *Určení požadovaného důkazního materiálu.*
4. *Rozhodnout o vhodných technikách auditu.*
5. *Shromáždění a analýza auditorových podkladů.*
6. *Vytvoření zjištění a závěry auditu.*
7. *Vypracování auditorové zprávy.*
8. *Postaudit – ověření výsledků řešení v praxi.*“ (2005)

Samotný pracovní postup interního auditu lze rozdělit do pěti základních kroků.

1. Plánování interního auditu:

- Je důležité správně určit obecný předmět auditu, který má dostatečnou vypovídající hodnotu pro zadavatele. Výsledek musí být smysluplný a přínosný.
- Předmět většinou určuje vedení organizace (ve zdravotnictví náměstek pro léčebnou či ošetrovatelskou péči, manažer kvality apod.).
- Auditorovou činnost lze plánovat ve dlouhodobém (3 – 5 let), střednědobém (roční) a krátkodobém (operativní; čtvrtletí – dny) horizontu.

- Nejčastěji bývá využíván tzv. roční plán, který musí obsahovat následující:
 - „*předmět, rozsah a cíl auditu,*
 - *auditorský subjekt,*
 - *auditorské období,*
 - *časové rozvržení vykonávání auditorských činností,*
 - *použité postupy a personální zajištění.*“ (Krechovská, 2012)
- Plán průběhu plánovaných interních auditů by měl být přístupný všem zúčastněným.

2. Příprava jednotlivých auditů

- Hlavní interní auditor ve spolupráci s týmem auditorů sestaví jednotlivé kontrolní listy se stanovením způsobu provádění interního šetření (pozorování, rozhovor s pacientem, rozhovor se zaměstnanci, kontrola dokumentace, kontrola pracovního prostředí aj.).

3. Vlastní průběh auditu

- Na úvod auditu se musí auditori představit a seznámit auditované s průběhem auditu (cíl, metody, výstup).
- Interní audit využívá dvě základní metody sledování:
 - „**metoda skrz**“ (trasování, tracker, stopař) je zaměřena na jednu či pár sledovaných položek od okamžiku příchodu do organizace do doby, kdy ji zase opustí (ve zdravotnictví například průběh hospitalizace pacienta),
 - kontrola **jedné sledované oblasti** na daném auditovaném pracovišti (ve zdravotnictví například kontrola dodržování jednoho vnitřního dokumentu).
- Dále lze členit metody provádění interního auditu na:
 - **pozorování** – auditor sleduje provádění činností na pracovišti,
 - **rozhovor** – auditovanému jsou kladeny cílené otázky, zdá zná pracovník vnitřní dokumentaci organizace a ví, jak by se měl v dané situaci zachovat. Rovněž je možné klást otázky pacientovi, a tím ověřit pravdivost tvrzení personálu,
 - **prověřování dokumentace** – kontrola používané dokumentace a hodnocení zápisu do ní. V dokumentaci lze ověřit správnost zápisu jednotlivých činností (podání návykové látky, aplikace injekce atd.).

- Využívají se tedy primární zdroje (přímo z „terénu“) nebo sekundární (týká se především vyššího managementu, který je nucen se spolehnout z časových důvodů na informace od svých podřízených, z hlášení, zpráv aj.).
- Každá získaná informace musí být správně jak z formálního (úplnost údajů, oprávněnost podpisů aj.) tak i věcného hlediska (vyloučení nelogických nebo neúplných dat apod.).
- Na případné nedostatky musí být auditovaný upozorněn neprodleně (taktně a bez přítomnosti pacientů).

4. Závěry a návrh řešení

- Na závěr auditu auditor společně s vedoucím pracoviště zhodnotí audit. O výsledcích musí být informováni všichni auditovaní. Závěrečným hodnocením je některá z následujících variant:
 - *„nech být“ – tzn., že kontrolou nebyly zjištěné žádné problémy, vývoj řízené reality je v žádoucím stavu. Žádná korigující či jiná opatření nejsou nutná,*
 - *„proved' korigující opatření“ – k tomuto řešení se přistoupí v případě, kdy vývoj řízené reality se v dílčích oblastech odchyluje od žádoucího stavu, takže je třeba přijmout korigující opatření, která upraví řízenou realitu;*
 - *„uskutečni nápravná opatření“ – ve všech případech, kdy jsou zjištěny problémy typu „porucha“, tj. nastala neshoda ve vývoji řízené reality oproti předpokládanému stavu (specifikaci, standardu, plánu) je třeba provést opatření k nápravě. Návrh by měl přednést kontrolovaný.*
 - *„přijmi nová řešení“ – vyvíjí-li se řízená realita nežádoucím směrem nebo jsou-li zjištěny závažné nedostatky, je třeba přijmout nová zásadní rozhodnutí, které bude znamenat jiný směr řešení problému.“ (miras.cz, 2017)*

5. Nápravná opatření

- Po ukončení interního auditu na pracovišti následuje vytvoření nápravných opatření, která jsou uvedena do praxe. S odstupem času je jejich funkčnost opakovaně hodnocena, zda vedla ke zvýšení kvality (případně snížení rizika pochybení) (Krechovská, 2012).

2.3.4 Zprávy z auditu (kontrolní listy)

V okamžiku, kdy jsou ukončeny všechny části auditu, musí vedoucí interní auditor sestavit tzv. předběžnou auditorskou zprávu, kterou následně prodiskutuje s ostatními členy dané skupiny auditorů. Následně je vytvořena definitivní verze. Ta je vždy jediným hmatatelným výsledkem kontrolní činnosti. Princip psaní zpráv z auditorské činnosti je popisován ve „Standardech pro profesionální praxe interního auditu“. Korektní auditorská zpráva by měla splňovat následující parametry:

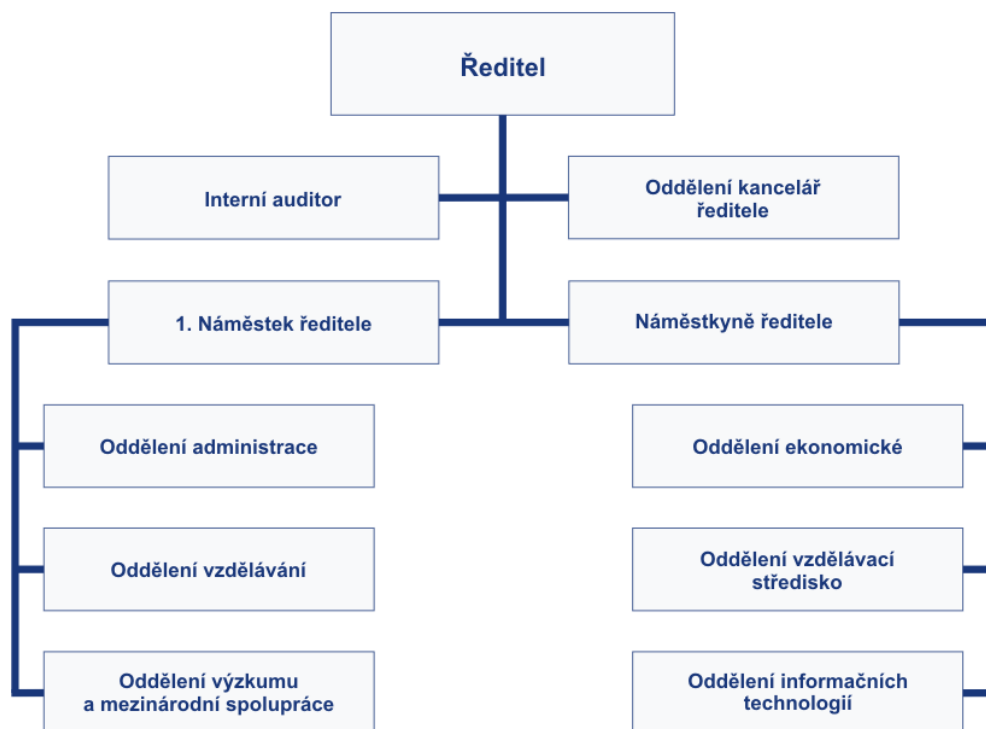
1. *„pečlivá a vzorná příprava,*
2. *správná stylizace,*
3. *jednoduché a přehledné uspořádání,*
4. *normalizovaná struktura zprávy (pozn. autora – obsah, úvod, cíle, posudek a stanovisko autora, doporučení, soupis výjimek),*
5. *stručnost a věcnost,*
6. *přesnost.*“ (Dvořáček, 2003, s. 122)

Jednotlivé kontrolní listy musí být evidovány způsobem, který si stanoví organizace.

2.3.5 Začlenění systému provádění interních auditů do organizační struktury

Při zavádění interního auditu do praxe je častou chybou jeho nevhodné zařazení do organizační struktury. Vždy záleží na velikosti společnosti, do které je systém interních auditů zaváděn. V malé organizaci je zbytečné zakládat celé oddělení zabývající se prováděním kontrolní činnosti. Ve velké, národní či nadnárodní firmě nebývá výjimkou, že takové oddělení zaměstnává několik desítek či stovek auditorů. Oddělení interního auditu (případně funkce interního auditora) by mělo být v ideálním případě zcela nezávislé na jiných útva-
rech. Výhodou takového začlenění je možnost provádět interní audit kdekoli bez rizika vzniku postihu při zjištění nedostatku na pracovišti (obdobně by mohl jednat například vedoucí pracovník při snaze „zamést“ zjištěné problémy „pod koberec“) (Dvořáček, 2003, s. 66–68; Krechovská, 2012).

Ukázkou pro vhodné začlenění pozice interního auditora (případně oddělení interního auditora) do organizační struktury je schéma dostupné na internetových stránkách Institutu pro veřejnou zprávu Praha:



Obr. 3 Vhodné začlenění pozice IA do organizační struktury (Institut pro veřejnou správu Praha, 2016)

3 AUDIT V PŘEDNEMOCNIČNÍ PÉČI

3.1 Interní audit v přednemocniční péči

Prostředí přednemocniční péče je v porovnání s tím nemocničním velmi odlišné. Pokud se ZZS rozhodne pro vytvoření systému interních auditů, musí tato specifika respektovat. Rovněž je nutné zohlednit legislativu platnou pro zdravotnickou záchrannou službu (primárně zákon č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě). Zejména je nutné zaměřit se na následující:

1. Výzva k poskytnutí zdravotní péče

V ČR probíhá vždy telefonickou formou na lince 155 (popř. 112). Dispečer ZZS získá všechny nezbytné informace o pacientovi a jeho aktuálním zdravotním stavu. Zároveň vysílá na místo posádku zdravotnické záchranné služby (RZP, RLP, RV, či LZS), která na přijetí výzvy musí zareagovat vyjetím na místo zásahu do dvou minut.

Při provádění některých forem interních auditů (například ošetřovatelský) musí být interní auditor vždy připraven k výjezdu s posádkou ZZS. Pacientovi je na místě poskytnuta nezbytná zdravotní péče, a v případě potřeby je odvezen do zdravotnického zařízení. Audit musí proběhnout ve stejném časovém horizontu jako výjezd posádky. Rovněž nemohou být použity všechny metody (například rozhovor se zdravotníkem či pacientem). Nejvhodnější se v současné době jeví pozorování zdravotníků při vykonávání své práce. Dalším specifikem je nemožnost naplánování přesného časového plánu (ten se musí přizpůsobit jednotlivým zásahům).

2. Zdravotnická služba dojíždí za pacientem nikoli pacient za zdravotní péčí

Významným specifikem je prostředí, ve které je zdravotní péče pacientovi poskytována. I když je vybavení sanitního vozu považováno za dostatečné, je proti zdravotnickým zařízením velmi omezené. V některých situacích je nutné pacienta ošetřit v místě, kde došlo ke zhoršení zdravotního stavu (doma, na silnici, na pracovišti apod.). V takových podmínkách je poskytování zdravotní péče komplikované, často s nutností improvizace.

Interní audit provádí obvykle jeden interní auditor (vzhledem ke specifickým PNP by mohla být další osoba na místě události vnímána negativně veřejností i posádkami ZZS).

Interní auditor musí mít k dispozici vozidlo s právem přednostní jízdy, musí mít s jeho řízením dostatečné zkušenosti, aby neohrozil sám sebe ani další účastníky silničního provozu a zároveň mohl na místo zásahu dojet ve srovnatelném čase jako posádka ZZS.

3. Spolupráce s dalšími složkami IZS

V rámci přednemocniční péče je někdy zapotřebí využít další složky integrovaného záchranného systému (HZS, PČR, MěP). V těchto případech často není prostor pro interního auditora a jeho přítomnost na místě, jako vykonavatele auditu, je kontraproduktivní.

Pokud se interní auditor dokáže začlenit do týmu „jako člen navíc“ může být jeho přítomnost na místě zásahu přínosem.

3.2 Externí audit v přednemocniční péči

S rozvojem kvality a zaváděním systému interních auditů v přednemocniční péče vznikla potřeba i na externí hodnocení kvality – akreditaci. Dlouhou dobu nebyly v ČR žádné akreditační standardy pro ZZS. To se změnilo v listopadu 2016, kdy Spojená akreditační komise vydala pilotní verzi akreditačních standardů pro ZZS, které jsou rozděleny do následujících skupin:

- dostupnost, koordinace, kontinuita a postupy zdravotní péče,
- objednávání, předepisování a podávání léků a léčiv,
- bezpečnost prostředí a vybavení výjezdových skupin,
- práva pacientů,
- zdravotnická dokumentace,
- informační technologie a informace o pacientech,
- řízení a správa,
- řízení kvality a bezpečí a řízení lidských zdrojů (Vlček a Marx, 2016, s. 9–47).

Prvními ZZS v ČR, které získaly akreditaci SAK, byly v loňském roce (2017) ZZS Karlovarského a Olomouckého kraje. Nyní se na akreditaci připravují i další.

4 SHRUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

Teoretická část diplomové práce je rozdělena do třech hlavních kapitol:

- kvalita a management,
- kontrolní činnost a audit,
- specifika interního auditu v přednemocniční péči.

Kapitola **Kvalita a management** definuje kvalitu jako pojem a vysvětluje devět základních dimenzí kvality dle Donabediana. Dále popisuje management jako celek, prezentuje jeho stratifikaci, používané manažerské techniky a osobnostní rysy správného manažera. Závěrem představuje vývoj managementu kvality, indikátory kvality, PDCA cyklus a sedm základních nástrojů řízení kvality.

Kapitola **Kontrolní činnost a audit ve zdravotnictví** se zabývá rozdělením auditů dle odvětví, místa, doby trvání nebo vztahu auditora ke společnosti. Samostatně se věnuje internímu a externímu auditu. Podkapitola externí audit popisuje jeho pozitiva i negativa a organizace, které jej provádějí (JCIA, SAK, ISO,...). Dále je definován pojem interní audit, jsou prezentovány jeho klady i zápory a je popsána osobnost interního auditora. Následně se detailněji věnuje podstatě fungování interních auditů ve zdravotnickém zařízení včetně doporučení pro psaní auditorských zpráv či správném začlenění interních auditorů do hierarchie organizace.

Kapitola **Audit v přednemocniční péči** objasňuje specifika přednemocniční péče, která je nezbytné respektovat při zavádění systému auditů na ZZS.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 CHARAKTERISTIKA SPOLEČNOSTI

Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje existuje v současné podobě od roku 2004, kdy došlo k celorepublikové restrukturalizaci zdravotnických záchranných služeb. Jedná se o příspěvkovou organizaci, která je mimo jiné financována i z krajského rozpočtu. Hlavním cílem ZZS KHK je zajišťovat na základě tísňového volání na linku 155 (případně 112) neodkladnou přednemocniční péči u pacientů se závažným poškozením zdraví nebo ohrožením života samotného. ZZS KHK zajišťuje službu na celém území Královéhradeckého kraje (4759 km²) pro více než půl milionu obyvatel (550 804). V současné době je provozováno celkem 31 posádek ZZS KHK na 15 základnách ve 13 městech. Posádky jsou rozděleny do 4 základních skupin a operačního střediska:

1. **RZP: rychlá zdravotnická pomoc**, sanitní vůz (Volkswagen Transporter nebo Mercedes Sprinter), složení posádky: zdravotnický záchranář + řidič ZZS/zdravotnický záchranář vykonávající pozici řidiče vozu s právem přednostní jízdy.
2. **RLP: rychlá lékařská pomoc**, sanitní vůz (Volkswagen Transporter nebo Mercedes Sprinter): lékař ZZS + zdravotnický záchranář + řidič ZZS/zdravotnický záchranář vykonávající pozici řidiče vozu s právem přednostní jízdy.
3. **RV: rendez-vous systém** („potkávací“ systém), osobní vůz (Škoda Yeti nebo Volkswagen Touareg), lékař ZZS + zdravotnický záchranář vykonávající pozici řidiče vozu s právem přednostní jízdy.
4. **LZS: letecká záchranná služba**, vrtulník provozovaný společností DSA a.s., lékař ZZS + zdravotnický záchranář + pilot (zaměstnanec DSA a.s.) (Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje, 2017a).

KZOS: krajské zdravotnické operační středisko. Pojítka mezi žadateli PNP (volající) a vykonavateli (posádky ZZS). Dispečerů (zdravotničtí záchranáři) zpracovávají výzvu a vysílají posádku na místo události. Dále jsou schopni poskytnout TAPP (telefonicky asistovanou první pomoc) či TANR (telefonicky asistovanou neodkladnou resuscitaci) (Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje, 2017b).



Obr. 4 Vozový park ZZS KHK (Baranec, 2017)

Stručná charakteristika organizace vycházející z obchodního rejstříku:

Název organizace: Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje

Adresa: Hradecká 1620/2a, Hradec Králové, 500 12

IČO: 48145122

Právní forma: příspěvková organizace

Spisová značka: 829 Pr, Krajský soud v Hradci Králové

Datum zápisu: 27. 2. 2004

Ředitel organizace: MUDr. Libor Seneta

Předmět činnosti:

- zajištění PNP v místě úrazu či onemocnění a jeho transport do zdravotnického zařízení,
- příjem, zhodnocení a zpracování telefonické výzvy na tísňovou linku. Určení způsobu poskytnutí PNP, komunikace se zdravotnickými zařízeními,
- přeprava pacientů mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními a pacientů ze zahraničí do ČR včetně podpory transplantačního programu,
- plnění povinnosti krizové připravenosti dle zákona č. 374/2011 Sb.,
- spolupráce s praktickými lékaři, LSPP a se složkami IZS,
- výuka odborné i laické veřejnosti v poskytování první pomoci včetně základů resuscitace,
- spolupráce při zajištění zdravotního dohledu při kulturních a sportovních akcích,
- provádění prohlídky zemřelých v „terénu“ (Kurzy.cz, 2018).

5.1 Historie ZZS KHK

První zmínky o zdravotnické záchranné službě v Hradci Králové se datují k 3. listopadu 1980. Výjezdová skupina byla součástí Fakultní nemocnice Hradec Králové, jejíž provoz zajišťovali zaměstnanci anesteziologicko-resuscitačního oddělení. O 12 let později vzniklo samostatné oddělení – „Záchranná služba Fakultní nemocnice v Hradci Králové“. Tehdy se poprvé začalo reálně uvažovat o možnosti existence ZZS mimo organizační strukturu Fakultní nemocnice v Hradci Králové. Následující rok (1993) bylo založeno územní středisko záchranné služby v Hradci Králové. Zlomovým byl rok 2004, kdy nejen v Královéhradeckém kraji došlo k restrukturalizaci ZZS a převedení z okresní samosprávy pod krajskou. Jednotlivá střediska ZZS KHK byla spojena pod jednotné vedení a organizace přejmenována na „Zdravotnickou záchrannou službu Královéhradeckého kraje p.o.“ V tomtéž roce se změnilo i financování ZZS KHK (Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje 2017a).

V listopadu 1990 vznikla letecká záchranná služba v Hradci Králové, jejíž provozovatelem byla nejprve Letecká správa SNB (později Policie ČR). Od roku 2009 zajišťuje leteckou záchrannou službu soukromá společnost DSA a.s. (Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje, 2017a).

Krajské zdravotní operační středisko existuje od roku 2004. Po celou dobu existence sídlí v Hradci Králové. V roce 2015 bylo přesunuto a modernizováno. To zvýšilo kvalitu poskytovaných služeb tísňové linky 155 (případně 112) a komfort pro dispečery (Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje, 2017b).

6 ORGANIZAČNÍ A KOMPETENČNÍ USPOŘÁDÁNÍ V ORGANIZACI

Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje je z pohledu organizační struktury členěna na úsek ředitelství, zdravotnický úsek, vzdělávací a výcvikové středisko, personální a mzdový úsek a ekonomicko-provozní úsek. Schéma organizační struktury ZZS KHK je uvedeno v Příloze P I.

6.1 Úsek ředitelství

V čele úseku ředitelství stojí ředitel – statutární zástupce organizace. Zodpovídá za:

- „řízení společnosti v souladu se stanovenými vizemi a cíli,
- realizaci vůdčích strategií společnosti, a to v úzké spolupráci s ostatními organizačními celky a vedoucími zaměstnanci nemocnice (pozn. autora: či jiného zdravotnického zařízení),
- zajišťuje plnění úkolů nemocnice (pozn. autora: či jiného zdravotnického zařízení) ve všech oblastech,
- jmenuje do funkce a odvolává z funkce vedoucí zaměstnance.“ (Czeffer, 2012, s. 50)

Další součástí úseku:

- **Sekretariát ředitele** – zajišťuje organizaci časového programu ředitele, administrativu, vedení záznamů z jednání, správu spisové agendy,...
- **Oddělení PR (tiskový mluvčí)** – zajišťuje komunikaci s médii a veřejností, informuje o zásadních změnách v organizaci, zaměřuje se na propagaci organizace veřejnosti apod.
- **BOZP** – zajišťuje pravidelná školení bezpečnosti práce zaměstnanců, v rámci prevence hledá a eliminuje rizika zdraví, řeší pracovní úrazy,...
- **Pracoviště krizové připravenosti** – zřízeno dle zákona č. 374/2011 Sb., koordinuje úkoly vyplývající z krizových a havarijních plánů a dokumentace IZS, psychosociální intervenční služby pro zaměstnance, postižené i osoby blízké, zajišťuje vzdělávání a výcvik složek IZS pro mimořádnou událost s hromadným postižením zdraví,...
- **Právní služby** – úsek zajišťuje právní poradenství pro potřeby organizace, začleňuje legislativní úpravy do chodu společnosti, poskytuje právní služby zaměstnanců při soudních sporech apod.

- **Kontrola a kvalita poskytování PNP** – zaměřuje se na zavádění a kontinuální zvyšování úrovně kvality v organizaci.

6.2 Zdravotnický úsek

Zdravotnický úsek je stěžejní součástí ZZS. Je to „výkonná ruka“ organizace, jejíž pole působnosti je rozsáhlé a činnosti velmi specifické. Poskytuje poradenské a informační služby, komunikaci s volajícími na tísňové lince 155 (respektive 112), zpracovává výzvy a vysílá posádky na místo zásahu a zajišťuje primární péči o pacienta.

Zdravotnický úsek lze rozdělit do čtyř skupin:

- **Informační zdravotnické centrum** – působí v prostorách KZOS (linka 841 155 155), slouží pro telefonickou konzultaci zdravotního stavu, který nelze označit za život ohrožující (není primárně indikován výjezd posádky ZZS KHK), dispečer následně radí s dalším postupem (zhodnotí nutnost vyslání posádky záchranné služby, doporučí léčbu či navrhne další možnosti).
- **Krajské zdravotní operační středisko** – slouží především k propojení žadatelů záchranné služby (pacientů) a její vykonavatelů (posádek ZZS KHK), mimo tuto činnost zajišťuje též plánování sekundárních transportů (mezi zdravotnickými zařízeními v případě, že není možné pacienta přepravovat bez kontinuálního zdravotnického dohledu). Ročně je tímto způsobem zpracováno přibližně 75 000 tísňových výzev (Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje, 2017b).
- **Letecká záchranná služba Královéhradeckého kraje** – je využívána u pacientů postižených závažným onemocněním či úrazem s prioritou rychlého transportu do nemocnice. Dále je využívána při záchraně pacientů z nepřístupného terénu, kdy je nutné využívat tzv. techniku lanového podvěsu.
- **Výjezdové základny (oblast Sever, oblast Jih)** – celkem 15 výjezdových základen a 30 výjezdových týmů (21x RZP, 6x RV, 3x RLP), po zpracování výzvy na KZOS je vyslána nejbližší posádka k pacientovi, na místě mu je poskytnuta adekvátní přednemocniční péče a následně je v případě potřeby další péče transportován do zdravotnického zařízení.

6.3 Vzdělávací a výcvikové středisko

Vzdělávací a výcvikové středisko každoročně organizuje povinné vzdělávací semináře pro všechny zaměstnance ZZS KHK. Zpravidla jednou ročně je pořádáno „velké“ cvičení IZS, které je následně v rámci školení prezentováno. Zjištěné nedostatky vedoucí vzdělávacího a výcvikového střediska začleňuje do dalších vzdělávacích akcí. Mimo vzdělávání svých zaměstnanců realizuje výuku první pomoci i pro další složky IZS, dobrovolníky („first responders“) i laickou veřejnost.

6.4 Personální a mzdový úsek

Personální a mzdový úsek zajišťuje vypisování výběrových řízení na volná pracovní místa v organizaci a formální přijetí nových zaměstnanců. Ve spolupráci se vzdělávacím a výcvikovým střediskem podporuje vzdělávání. Zpracovává a kontroluje výkazy práce svých zaměstnanců. Vede personální a mzdové statistiky. Eviduje a vytváří dokumenty stanovující pracovně-právní vztah mezi zaměstnancem a organizací.

6.5 Ekonomicko-provozní úsek

Ekonomicko-provozní úsek zahrnuje:

- **finanční odbor** – provádí finanční operace na základě získaných podkladů a nařízení z jiných úseků ZZS KHK, podílí se na sestavení a plnění ročního rozpočtu, na konci účetního období vytváří závěrečnou zprávu z hospodaření společnosti,
- **provozní odbor** – zabezpečuje technickou údržbu, BTK, realizaci a průběžné kontroly stavebních investic,
- **odbor dopravy** – odpovídá za údržbu vozového parku ZZS KHK, zajišťuje opravy vozidel a event. reklamace,
- **odbor informatiky** – zajišťuje technickou podporu informačního systému (mzdový a personální systém, systém pro elektronickou kartotéku pacientů, rozhraní pro výjezdové tablety, vnitřní informační systém aj.), odstraňuje vzniklé závady,
- **zdravotní pojišťovny** – úsek je odpovědný za komunikaci a vykazování výjezdů příslušným zdravotním pojišťovnám včetně plateb zahraničních ZP za své pojištění, eviduje smluvní vztahy mezi ZZS KHK a jednotlivými ZP,
- **operační evidence a ostatní činnosti** – odbor zabezpečuje hospodaření s drobným dlouhodobým hmotným majetkem.

7 SOUČASNÝ STAV MANAGEMENTU KVALITY V ORGANIZACI

7.1 Řízení kvality

Na ZZS KHK jsou vydávány standardizované dokumenty (metodické pokyny, příkazy ředitele, směrnice ředitele, standardy přednemocniční péče). Jejich cílem je popsat, jak se v daných situacích zachovat a jak postupovat.

První standardizovaný dokument (standard PNP o KPR dospělého) byl vytvořen v roce 2008. V současné době jich je v platnosti devadesát. Standardizované dokumenty jsou v organizaci členěny dle následujících kritérií:

- **pro koho je určen:**
 - pro posádku (2x NLZP – zdravotnický záchranář + zdravotnický záchranář/řidič),
 - pro lékaře ZZS,
 - pro dispečera KZOS,
- **dle typu standardu PNP:**
 - procesuální (pro NLZP) – 21x,
 - léčebné (pro lékaře a NLZP ZZS KHK) – 3x,
 - výkonové (pro posádky ZZS KHK) – 18x,
- **další standardizované dokumenty:**
 - metodické pokyny (určené pro všechny zdravotníky ZZS KHK, KZOS, krizový management, technickou část a dílnu) – 11x,
 - příkazy ředitele – 9x,
 - směrnice ředitele – 28x.

Každý standardizovaný dokument vzniká stejným způsobem. Nejprve je pověřen autor dokumentu, který vytvoří první verzi. Tu připomínkuje odborný garant. Po zapracování jeho připomínek je dokument formálně upraven do definitivní podoby (název, číslo, platnost – účinnost od; ruší se, pro koho je standard určen) a předán řediteli k podpisu. O vydání dokumentu jsou všichni zaměstnanci informováni prostřednictvím e-mailu a intranetu (vnitřní internetový portál ZZS KHK).

Struktura standardizovaného dokumentu:

- úvodní strana,
- účel dokumentu,
- rozsah platnosti a odpovědnosti,
- cíl (jaký je přínos dokumentu),
- zkratky a pojmy,
- pomůcky (pouze u standardu PNP)
- postup,
- rozdělovník,
- přílohy,
- event. související dokumenty.

Tvorba standardů na ZZS KHK probíhá kontinuálně v závislosti na vývoji organizace (například při změně využívané techniky či technologie).

7.2 Fungování interních auditů

Existenci standardizovaných dokumentů lze považovat za jeden ze základních „stavebních kamenů“ efektivního a úspěšného managementu kvality. V současné době ZZS KHK uvažuje o zavedení systému interních auditů. Již existuje hodnocení kvality při provádění rozšířené neodkladné kardiopulmonální resuscitace, pozice inspektora provozu, zpětnovazebné mechanismy vzdělávání zaměstnanců či kontrola „Záznamu o výjezdu“.

1. HODNOCENÍ KPR (program CODE-STAT)

- Dlouhodobým cílem ZZS KHK je dosahovat kvalitní KPR. Každá resuscitace je automaticky zaznamenávána do paměti monitoru. Ten prostřednictvím defibrilačních elektrod nalepených na hrudi postiženého, hodnotí aktuální srdeční rytmus, frekvenci i hloubku kompresí hrudníku, defibrilační výboje, délku provádění KPR či její přerušování. Záznam je odeslán do interní paměti organizace, kde jej průběžně vyhodnocují kompetentní osoby. Na základě skupinového rozboru jsou opakována školení na provádění ALS (advanced life support), a to buď v rámci celé organizace, nebo pouze na vybraných výjezdových staništích. Tento program probíhá v rámci královéhradecké záchranné služby přibližně dva roky.

2. INSPEKTOR PROVOZU

- Inspektor provozu působí v rámci úseku „Kontroly a kvality poskytování PNP“ přibližně čtyři roky. Jeho činnost je zajišťována v nepřetržitém provozu. Dle oficiálních internetových stránek je: „*zaměřena na přímé poskytování přednemocniční neodkladné péče výjezdovými skupinami ZZS KHK ve všech fázích výjezdu s cílem zhodnocení chování systému a získání reálných informací přímo z terénu.*“ (Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje, 2017c) V současnosti plní inspektor provozu popsané činnosti pouze částečně. Spíše zastává podpůrnou funkci v případech, kdy jsou vyčerpány kapacity systému ZZS KHK. V praxi se jedná o zástup zdravotnických záchranářů/řidičů, kteří jsou náhle zdravotně indisponovaní. Rovněž vyjíždí k zásahům s nejvyšší prioritou (nejčastěji náhlá zástava oběhu), poskytuje PNP před příjezdem posádky ZZS KHK (v případě, že je jeho dojezdový čas výrazně kratší), vzdělává zdravotnické záchranáře na jednotlivých základnách ZZS KHK nebo je při vzniku mimořádné události (hromadné postižení zdraví) „vedoucím zdravotnické složky“.

3. KONTROLA VÝSTUPU EDUKAČNÍ ČINNOSTI ZZS KHK

- Jednou z aktivit výcvikového a vzdělávacího střediska je provádění tří až čtyř školení na vybrané téma pro všechny zaměstnance výjezdových skupin (posádek ZZS KHK). Po každém školení následuje písemný test, který prověří získané znalosti. Výsledky jsou převáděny školiteli do elektronické podoby a na základě statistiky je vyhodnocen reálný výstup školení.

4. KONTROLA ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

- V rámci každého výjezdu vypracovává zasahující posádka zdravotnickou dokumentaci (tzv. Záznam o výjezdu). Ten je vyhotoven ve dvou kopiích (jedna pro pacienta, jedna pro ZZS KHK). Je povinností vedoucího výjezdového střediska (NLZP) kontinuálně provádět kontrolu úplnosti a správnosti zápisu. Při zjištění opakujících se chyb vedoucí pracovník upozorní daného zaměstnance a stanoví způsob nápravy.

8 PŘEZKOUMÁNÍ A ANALÝZA SOUČASNÉHO STAVU INTERNÍCH AUDITŮ V ORGANIZACI

8.1 Přezkoumání managementu kvality v organizaci

Organizační struktura

Z hlediska organizační struktury je „Úsek pro kontrolu a kvalitu poskytované PNP“ zcela nezávislý na jiných útvarech. Je zařazen do úseku ředitelství a ředitel je jeho přímým nadřízeným.

Začlenění managementu kvality (úseku pro kontrolu a kvalitu poskytované PNP) v organizaci lze hodnotit jako **dostatečně efektivní**.

Standardizované dokumenty

Na ZZS KHK jsou vytvářeny standardizované dokumenty již 10 let. V závislosti na potřebách organizace jsou aktualizovány a zároveň rušeny dokumenty nepotřebné.

Většina současných standardizovaných dokumentů je primárně určena pro posádky ZZS KHK (2x NLZP – zdravotnický záchranář + zdravotnický záchranář/řidič). Pro KZOS je počet dokumentů rovněž dostatečný. Problémem jsou standardizované dokumenty pro lékaře. V současné době existují pouze 3.

Fungování tvorby standardizovaných dokumentů v organizaci lze hodnotit jako **dostatečně efektivní**. Bylo by vhodné se do budoucna více zaměřit na tvorbu standardizovaných dokumentů určených pro lékaře ZZS KHK.

8.2 Přezkoumání fungování interních auditů v organizaci

Systém provádění interní kontroly dodržování postupů uvedených ve standardizovaných dokumentech by měl být nedílnou součástí každého fungujícího managementu kvality. Vzhledem k tomu, že možnost hodnocení kvality v lůžkových zařízeních existuje od roku 1998 a v přednemocniční péči až od roku 2016, není hodnocení kvality v přednemocniční péči dostatečně fungující a účinné. Žádoucí je jeho urychlený rozvoj, který však s sebou přinese celou řadu komplikací (špatné vnímání od zaměstnanců, pacientů i jejich blízkých; nedobře nastavené procesy kontroly apod.).

V současné době považují úroveň interních auditů na ZZS KHK za **nedostatečně efektivní**.

8.2.1 Přezkoumání fungování systému CODE-STAT

System Code-stat poskytuje zpětnou vazbu o každé proběhlé rozšířené kardiopulmonální resuscitaci postiženého provedené posádkou ZZS KHK. Pomáhá hodnotit pomocí samolepicích elektrod kvalitu i frekvenci kompresí hrudníku, prováděnou umělou plicní ventilací, množství podaných defibrilačních výbojů, délku přerušování kompresí hrudníku a hodnocení aktuálního srdečního rytmu pacienta.

Dle dostupných informací a diskuzí s odpovědnými zaměstnanci ZZS KHK je zřejmé, že systém Code-stat **plní svoji funkci** a je jednoznačným přínosem pro všechny pracovníky ZZS KHK, včetně zaměstnanců „Úseku kontroly a kvality poskytování PNP“.

8.2.2 Přezkoumání činnosti inspektora provozu

Inspektor provozu ZZS KHK v současné době plní podpůrnou funkci pro případy, kdy jsou vyčerpány veškeré zdroje organizace. Jedná se o:

- náhradu náhle vzniklé krátkodobé či dlouhodobé pracovní neschopnosti zaměstnance ZZS KHK na pozici zdravotnický záchranář či řidič vozu ZZS,
- transport přípravku Actilyse pro posádky ZZS KHK, které mají podezření na masivní plicní embolii, v případech, kdy existuje riziko z prodlení podání léčivého preparátu,
- zdravotnická podpora posádek ZZS KHK na místě zásahu,
- přijetí výzvy a samostatné absolvování zásahu v případech, kdy jsou vyčerpány veškeré kapacity organizace (například není možné vyslat na místo události jiné vozidlo) a kdy existuje riziko z prodlení ze včasného neposkytnutí přednemocniční péče,
- vzdělávání posádek ZZS KHK na výjezdových stanovištích,
- při vzniku mimořádné události (hromadné postižení zdraví) zastává pozici „vedoucího zdravotnické složky“).

Dle zjištěných informací neprovádí žádné hodnocení kvality poskytované přednemocniční péče posádky ZZS KHK. Jako důvody se jeví:

- neexistence koncepce provádění auditů na ZZS KHK,
- neexistence hodnotících listů a kritérií, které by zajistily objektivní a jednotné hodnocení zásahu.

Činnost inspektora provozu na ZZS KHK je omezená a z hlediska **kontroly kvality v PNP nedostačující**. Pro hodnocení kvality a provádění interních auditů má inspektor provozu do

budoucná velký potenciál (jako řadový interní auditor). Pro zavádění projektu interních auditů na ZZS KHK se v současné době jako výhodnější jeví zaměstnávat interního auditora (event. hlavního interního auditora) na hlavní pracovní poměr.

8.3 Analýza zavedení interního auditu v organizaci

8.3.1 PEST analýza organizace

8.3.1.1 Politicko-právní prostředí

Pro zdravotnickou záchrannou službu je legislativně nejvýznamnější zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě. Ten jasně vymezuje práva a povinnosti poskytovatele přednemocniční péče, stejně tak jako návaznost na péči nemocniční. Definiuje dostupnost posádek zdravotnické záchranné služby včetně dodržování dojezdových časů. Vymezuje působnost zdravotnické záchranné služby v ČR, její organizační strukturu či aktivaci a fungování traumatologického plánu (Česko, 2011a).

Mimo výše uvedené legislativní úpravy se na ZZS jakožto zdravotní službu vztahuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. V části páté se píše, že: „*Poskytovatel je rovněž povinen v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb: [...] zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb*“ (Česko, 2011b).

V současné době tedy existuje legislativní povinnost zaměřit se na kvalitu u poskytovatelů zdravotních služeb. Vzhledem k opožděnému vývoji managementu kvality na ZZS v ČR je nezbytné začít provádět interní auditu i v přednemocniční péči, a tím naplnit literu zákona. Hodnocení kvality ve všech zdravotních službách není postaveno na principu dobrovolnosti, ale na principu povinnosti.

8.3.1.2 Ekonomické prostředí

Dle dostupných dat lze hodnotit, že evropská ekonomika na konci roku 2017 dosahovala nejvyššího ekonomického růstu za posledních 10 let. Česká ekonomika se v tomto směru chová velmi obdobně. Ekonomický výkon očištěný reálným hrubým domácím produktem ve 3. čtvrtletí roku 2017 vzrostl o 5,0 %, nicméně v porovnání s předchozím obdobím poklesl o 0,5. Pro rok 2018 je odhadován růst reálného hrubého domácího produktu o 3,4 %. Zároveň se očekává zpřísnění měnových podmínek v eurozóně, což by se mělo dále projevit i roce 2019, kdy růst stejného parametru má zpomalit na 2,6 %. Průměrná míra inflace

za rok 2017 činí 2,5 %. Pro následující období je očekáván obdobný růst cenové hladiny. Od roku 2014 nadále pokračuje setrvalý růst zaměstnanosti (vždy více než 1 %), což způsobuje postupné vyčerpávání nevyužitých lidských zdrojů. To se stává postupně bariérou pro další expanzi a zvýšení výdělků firem, které se snaží zaměřit na zvýšení produktivity (efektivity) práce. V minulém roce poklesla nezaměstnanost na českém trhu práce o 0,4 % (z 2,8 % na 2,4 %). Do dalšího kalendářního období je očekáván mírný pokles na 2,3 % (Ministerstvo financí ČR, 2018).

Financování ZZS je celorepublikově definováno jako vícezdrojové. Prioritně je financováno zřizovatelem (krajem) (60 – 70 % celého rozpočtu ZZS). Platby za poskytnutou péči hradí zdravotní pojišťovny (cizinci či pacienti bez platného zdravotního pojištění v ČR jsou samoplátcí). K přesnému vyčíslení požadované částky slouží tzv. bodovací systém odbornosti 709 – urgentní medicína, kdy je dle náročnosti každý výkon ohodnocen určitým počtem bodů. Hodnota jednoho bodu pro rok 2018 je stanovena na výši 1,15 Kč. Za absolvovaný výjezd se zároveň přičítává i bodová sazba za ujetý kilometr, která je ohodnocena ve výši 41,93 bodu/ km. Vždy se počítá absolvovaná trasa od přijetí výzvy do návratu na výjezdové stanoviště. Po jejich sečtení se následně zjištěné číslo vynásobí hodnotou 1 bodu v českých korunách a tato finální částka je požadována po zdravotní pojišťovně (Pfeiferová, 2011; Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2017b). Hodnota bodu se každoročně upravuje úhradovou vyhláškou vydávanou Ministerstvem zdravotnictví ČR v závislosti na mnoha faktorech (například v závislosti na inflaci české měny, ceně užívaného materiálu apod.).

Z ekonomického hlediska nelze opomenout, že organizace, která má plně fungující tým managementu kvality, jehož součástí jsou i interní audity, dosahuje daleko lepších ekonomických výsledků než ta, která jej neuplatňuje. Je to způsobeno především optimalizací pracovních procesů a jejich standardizováním, což v dlouhodobějším hledisku vede ke snížení nákladů (spotřeba menšího množství materiálu, časová úspora aj.). Pokud bude ZZS KHK plně využívat možnosti interních auditorů, dají se očekávat kontinuální zvyšování kvality poskytované přednemocniční péče, zefektivnění všech interních procesů a nemalé finanční úspory. Závěrečná zpráva o hospodaření organizace za rok 2017 doposud nebyla zpřístupněna zaměstnancům. Po konzultaci s vedením ZZS KHK nemohou být prezentovány ani výsledky hospodaření z předchozích let.

8.3.1.3 Sociálně kulturní prostředí

Královéhradecký kraj tvoří, společně s krajem Pardubickým a Libereckým, oblast Severovýchod. Na jeho území se mimo Orlických hor a Broumovských stěn nachází také nejvyšší pohoří ČR – Krkonoše, jejichž nejvyšším vrcholem je Sněžka (1602 m. n. m.). Na jihu a jihozápadě oblast Severovýchod zasahuje také do Polabské nížiny. Dělí se na 15 správních obvodů obcí s rozšířenou působností a 35 správních obvodů obcí s pověřeným úřadem a v součtu 448 obcí, z nichž má 48 statut města a 12 městyse (Český statistický úřad, 2017).

Rozlohou 4 759 km² zaujímá Královéhradecký kraj šest procent rozlohy České republiky a řadí se na 9. místo v pořadí krajů. [...] Rozlohou je největší okres Trutnov, který tvoří téměř čtvrtinu rozlohy kraje, za ním následuje s více než pětinou okres Rychnov nad Kněžnou a zbytek území se rovnoměrně, zhruba po 18 %, dělí mezi tři zbývající okresy.“ (Český statistický úřad, 2017)

Z těchto dat je patrné, že Královéhradecký kraj se rozkládá z geografického hlediska na velmi členitým a nesjednoceným povrchu – jedná se o kraj s největším rozpětím mezi nejvyšší a nejnižší položeným bodem kraje. Především v horských oblastech bývá přístup k pacientům, zejména pro pozemní posádky ZZS, ztížený. Proto je v těchto lokalitách často využívána LZS.

Na konci roku 2015 zde žilo celkem 551 421 obyvatel, což je přibližně 5% podíl obyvatelstva ČR. Nejlidnatějším okresem je Hradec Králové (téměř 163 tisíc obyvatel), naopak populačně nejmenší jsou oblasti Rychnov nad Kněžnou a Jičín. V kraji žije průměrně 116 obyvatel/km². Nedosahuje tak celorepublikové hustoty 134 obyvatel/km² (Český statistický úřad, 2017).

„Královéhradecký kraj měl k 31. 12. 2015 stále nejnižší podíl obyvatel ve věku 15–64 let ze všech krajů (65,3 %) a zároveň měl nejvyšší podíl obyvatel ve věku nad 65 let (19,6 %), předstihl opět Hl. m. Prahu. Průměrný věk 42,5 roků je rovněž nad republikovým průměrem a byl nejvyšší mezi kraji.“ (Český statistický úřad, 2017)

Jak je z výše uvedené citace patrné, Královéhradecký kraj má v rámci ČR nejvíce seniorů nad 65 let. Tato skutečnost ještě zvyšuje požadavky na kvalitní poskytování přednemocniční péče.

Dle statistik zásahů ZZS v ČR i nadále pokračuje trend růstu počtu absolvovaných výjezdů, což se promítá i do rozšiřování sítě výjezdových základen a výjezdových skupin. Následující tabulka poskytuje porovnání statistik z roku 2008, 2013 a 2017.

Tab. 1 Statistika výjezdů ZZS ČR (Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR, 2018)

Rok	2008	2013	2017
Celkový počet výjezdů	730 122	945 348	1 094 808
Počet výjezdových skupin	476	546	584
Počet výjezdových základen	273	293	307

8.3.1.4 Technologické prostředí

Dostatek plně vybavených vozidel pro posádky ZZS KHK je základním předpokladem pro poskytování dostatečné a kvalitní přednemocniční neodkladné péče. Neustále dochází ke zlepšování a zdokonalování již existujících technologií nebo k vývoji a vytváření technologií zcela nových. Před několika málo lety bylo nemyslitelné, že by existoval přístroj, který provádí nepřímou srdeční masáž či multifunkční „monitor“, který dokáže být najednou elektrokardiografem, tonometrem, defibrilátorem, saturačním čidlem i kapnometrem. Zásadním zkvalitněním péče o pacienty s akutním koronárním syndromem je možnost elektronicky odeslat záznam EKG křivky na specializované pracoviště a neprodleně telefonicky konzultovat další postup. Samozřejmě v závislosti na technologickém pokroku dochází také k rozvoji schopností a možností zdravotnického záchranáře v přednemocniční péči.

Finanční prostředky na technický i edukační materiál zajišťuje zřizovatel (kraj) ze svého rozpočtu. Po vstupu do Evropské unie jsou prostředky rovněž účelově čerpány prostřednictvím evropských fondů. Z nich byly pořízeny například nové sanitní vozy nebo zajištěna výstavba nové výjezdové základny Temný důl.

8.3.2 Model 7S – McKinsey

8.3.2.1 *Strategy = strategie*

„Hlavním úkolem ZZS KHK je na základě tísňové výzvy poskytovat přednemocniční neodkladnou péči osobám se závažným postižením zdraví nebo v přímém ohrožení života, to přímo na místě události.“ (Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje, 2017a)

V současné době existuje strategie ZZS KHK, ta však není volně přístupná. Do budoucna by bylo vhodné ji zveřejnit.

Na úseku „Kontroly a kvality poskytování PNP“ je situace obdobná. Neexistují žádné oficiálně přístupné cíle ani strategie.

Neznalost strategie zaměstnanci lze považovat za potenciálně slabou stránku, kterou však není příliš obtížné odstranit.

8.3.2.2 *Structure = struktura organizace*

Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje má formální štábně-liniovou organizační strukturu. Zaměstnává mnoho zaměstnanců na hlavní pracovní poměr. Těm poskytuje odpovídající finanční ohodnocení (podle příslušných platových tabulek) i benefity („stravenky“, slevy u vybraných obchodních společností, příspěvek na volnočasové aktivity, výhodné firemní telefonní tarify,...). Rovněž zaměstnává pracovníky na vedlejší pracovní poměr (dohoda o pracovní činnosti), ze kterých následně vybírá nové kmenové zaměstnance.

Úsek „Kontroly a kvality poskytování PNP“ v současné době zaměstnává většinou pouze inspektory provozu na vedlejší pracovní poměr. Ti jsou zároveň zaměstnanci ZZS KHK v hlavním pracovním poměru (pozice zdravotnický záchranář).

8.3.2.3 *Systems = systémové procedury*

Na ZZS KHK funguje demokratický styl řízení. Na základě závěrečné rozpočtové zprávy předchozího roku (účetního období) je vytvářen a následně plněn rozpočet pro rok následující. Výše a rozsah plánovaných investic je tak závislý na hospodaření organizace v předchozích letech. Společnost rovněž využívá tzv. evropské účelové fondy (například pro stavbu nových výjezdových základů či koupi sanitních vozů). Ve střednědobém horizontu jsou plánovány nákupy dlouhodobého hmotného majetku (například vozů ZZS, jejich přístrojového vybavení nebo rekonstrukce či výstavby nových výjezdových základů). Mzda zaměstnanců se

řídí platovými tabulkami zakotvenými v nařízení vlády č. 222/2010 Sb. V průběhu roku vedení organizace získává prostřednictvím zpětnovazebných mechanismů informace o současném stavu společnosti a reaguje na ně (vyhledává další finanční zdroje nebo snižuje výdaje). Standardy PNP jsou v závislosti na potřebách ZZS KHK průběžně vytvářeny, aktualizovány i rušeny (pokud ztratí svůj význam). Pověření zaměstnanci dále provádějí během roku kontroly na jednotlivých výjezdových stanovištích.

Úsek „Kontroly a kvality poskytování PNP“ je řízen na základě prováděné kontrolní činnosti. Zavedení systému interních auditů v organizaci by umožnilo získat více validních dat, na jejichž základy by mohly být nastavovány jednotlivé systémové procedury.

8.3.2.4 Skills = schopnosti

Každý zaměstnanec ZZS KHK musí být dostatečně odborně i zdravotně způsobilý k výkonu povolání. V současné době je pro činnost zdravotnického záchranáře požadováno vysokoškolské vzdělávání (bakalářské studium) a pro výkon vedoucích pracovníků zároveň i jistá délka praxe. Při výkonu povolání absolvují zaměstnanci povinné interní vzdělávací akce, které zkvalitňují znalosti a zdokonalují jejich dovednosti (manipulace s přístrojovou technikou, specializovaným zdravotnickým materiálem apod.). Dále organizace umožňuje zaměstnancům absolvovat externí formu vzdělávání. V těchto případech je podporuje hmotnou (hradí účastnický poplatek) i nehmotnou formou (uvolní zaměstnance z práce).

Do celoživotního vzdělávání by se měl v průběhu své aktivní služby zapojit každý záchranář. Pouze tak je totiž možné „udržet krok“ s technickým, informačním i vědomostním rozvojem zdravotnictví.

Zaměstnanci úseku „Kontroly a kvality poskytování PNP“ jsou při nástupu nejprve proškoleni prostřednictvím interního vzdělávacího semináře. Dále je jim umožněno využít externí formy vzdělávání.

8.3.2.5 Shared values = sdílené hodnoty

Zájmem každého zaměstnance je poskytovat kvalitní přednemocniční neodkladnou péči s cílem akutní léčby onemocnění a směřování do adekvátního zdravotnického zařízení. Každý pracovník ZZS KHK by měl šířit dobré jméno organizace a rozšiřovat povědomost laické veřejnosti o poskytování první pomoci (znalost linky 155, provádění KPR a podobně).

Cílem zaměstnanců úseku „Kontroly a kvality poskytování PNP“ je prostřednictvím provádění interních auditů v organizaci poskytovat zpětnou vazbu, a tím dosahovat kontinuálního

zvyšování kvality. Dlouhodobým společným cílem úseku i společnosti je zisk akreditace s jednou z akreditačních společností, které působí v ČR.

8.3.2.6 Staff = spolupracovníci

Kvalita a úroveň poskytované PNP je závislá na jednotlivých zaměstnancích. Proto vedení ZZS KHK vždy důkladně provádí výběr nových pracovníků prostřednictvím přijímacích řízení. Na ZZS KHK pracují převážně zaměstnanci ve věku 30 – 50 let. ZZS KHK přijímá zdravotnické záchranáře také na vedlejší pracovní poměr. Po ukončení hlavního pracovního poměru některého pracovníka jsou kandidáty na obsazení volného místa právě zaměstnanci na DPP/DPČ. Spolupráce mezi zaměstnanci je obvykle bezproblémová, často přesahuje rámec plnění pracovních povinností. V současné době není nastavený žádný systém hodnocení spokojenosti zaměstnanců či pacientů.

8.3.2.7 Style = styl vedení práce

V rámci podnikové struktury je vrcholovým managementem preferován demokratický styl řízení. V případě nutnosti či povinnosti (například úprava legislativy či nařízení zřizovatele) musí být přistoupeno k autoritativnímu stylu vedení. Spolupráce vedoucích pracovníků organizace je na profesionální úrovni. Informace z porad vedení jsou předávány zaměstnancům jednotlivých středisek vedoucími pracovníky. Problémy a připomínky předávají zdravotničtí záchranáři vedoucímu střediska, který je v případě potřeby posouvá kompetentním osobám k dalšímu řešení.

9 VÝSTUP PŘEZKOUMÁNÍ SOUČASNÉHO STAVU INTERNÍCH AUDITŮ V ORGANIZACI

Analytická fáze diplomové práce je rozdělena do tří částí. První prezentuje vybranou organizaci (ZZS KHK), poukazuje na základními principy jejího fungování, popisuje stručně vývoj společnosti. Druhá část je zaměřena na představení současného stavu managementu kvality na ZZS KHK – existenci a vývoj standardizovaných dokumentů (od roku 2008) a současný stav fungování systému interních auditů. Závěrečná část hodnotí všechny zjištěné poznatky pomocí porovnání teoretických předpokladů a nynějšího stavu managementu kvality a koncepce interních auditů. V její druhé polovině jsou využity pro komplexní analýzy metody PEST a 7S McKinsey.

Poznatky byly využity pro vytvoření SWOT analýzy zaměřené na zavedení interních auditů na ZZS KHK.

Tab. 2 SWOT analýza (vlastní zpracování)

Strengths (silné stránky)	Weaknesses (slabé stránky)
Legislativní povinnost provádění interních auditů dle zákona 372/2011 Sb.	Nedostatečné personální zajištění úseku kvality (chybí hlavní interní auditor)
Zakotvení úseku kvality do organizační struktury ZZS KHK (nezávislost inspektora provozu)	Nedostatečná náplň práce inspektora provozu
Existující standardizované dokumenty	Chybějící koncepce, plán a kontrolní listy interních auditů
V současnosti probíhající interní audity v oblasti zdravotnické dokumentace a KPR	Administrativní zátěž pro interní auditory
Existující technické vybavení (vozidlo inspektora provozu)	Finanční zatížení
Zvýšení kvality poskytované PNP (event. získání akreditace)	Nezájem vedení spolupracovat na zavedení interních auditů
Lepší postavení na trhu práce (zájem o zaměstnání v akreditované společnosti)	Špatně zvolená hodnotící kritéria

Opportunities (příležitosti)	Threats (hrozby)
Povinnost získání akreditace v přednemocniční péči	Nepochopení principu provádění interních auditů zaměstnanci, neochota spolupracovat
Medializace zvyšování kvality na ZZS KHK	Nepochopení principu provádění interních auditů veřejností/pacientem
Zlepšení image ZZS KHK	Politické stanovení jiných priorit (politická nestabilita)
Zvýhodnění kvality v rámci plateb ZP	Odmítnutí podpory interních auditů zřizovatelem (krajem)
Méně soudních sporů (zvyšování kvality PNP)	Neprofesionální chování interního auditora
	Malá nezaměstnanost v regionu – nemožnost nalézt vhodného zaměstnance na pozici hlavního interního auditora

9.1 Klíčové oblasti pro vytvoření koncepce zavedení interních auditů v organizaci

Pro úspěšné zavedení níže uvedeného projektu v organizaci je zapotřebí se zaměřit na následující dílčí cíle:

1. Představit koncepci interních auditů včetně časové, nákladové a rizikové analýzy.
2. Vytvořit šablonu kontrolního listu pro hodnocení interních auditů.
3. Vytvořit hodnotící kritéria interního auditu v PNP pro vybrané zdravotní indikace.

10 PROJEKT ZAVEDENÍ INTERNÍCH AUDITŮ V ORGANIZACI

V průběhu analýzy organizace bylo zjištěno, že na ZZS KHK se interní audity provádějí pouze v některých oblastech (zdravotnická dokumentace, KPR). Vzhledem k velké náročnosti zavedení interních auditů jako celku do organizace a možnostem rozsahu diplomové práce bylo po jednání s vedením ZZS KHK rozhodnuto o vytvoření projektu zavedení interních auditů pro NLZP (též interní ošetřovatelský audit). Rozhodnutí bylo mimo jiné ovlivněno i vzděláním autora (bakalářské studium zdravotnický záchranář).

10.1 Definice projektu

Tab. 3 Projekt zavedení koncepce interních auditů na ZZS KHK (vlastní zpracování)

Projekt zavedení koncepce ošetřovatelských interních auditů na ZZS KHK	
Hlavní cíl	Vytvořit koncepci zavedení ošetřovatelských interních auditů na ZZS KHK.
Vedlejší cíle	<ol style="list-style-type: none"> 1) Prezentovat postup zavedení interních ošetřovatelských auditů na ZZS KHK podléhající časové, nákladové a rizikové analýze. 2) Vytvořit standardizovaný dokument pro hodnocení ošetřovatelských interních auditů. 3) Vytvořit specifická hodnotící kritéria ošetřovatelského interního auditu v PNP pro vybrané zdravotní indikace.
Odpovědný pracovník	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ředitel organizace ○ Vedoucí oddělení kvality
Realizační tým	<ul style="list-style-type: none"> ○ Autor projektu ○ Vedoucí úseku kvality ○ Hlavní interní auditor ○ Personální a mzdový úsek ○ IT oddělení
Popis realizace	Realizovat dílčí projekty v časové posloupnosti uvedené v DP.

10.2 Zavedení konceptu ošetřovatelských interních auditů na ZZS KHK

Cílem dílčího projektu DP je vytvořit koncepci fungování ošetřovatelských interních auditů na ZZS KHK, které mají v současné době dostatečné množství standardizovaných postupů.

10.2.1 Popis procesu pro splnění cíle

Pro splnění dílčího projektu je nutné absolvovat několik zásadních kroků, v prezentované časové posloupnosti. Zavedení projektu je rozděleno do třech částí.

První fáze objasňuje postup autora projektu v rámci dané organizace.

1. **Seznámení s projektem vedení organizace.** Představit pozitiva i negativa, očekávaný přínos do budoucna, personální i finanční nároky, reagovat na všechny dotazy, připomínky zvážit a případně je zapracovat do konceptu. Pro další vývoj je zcela nezbytné získat souhlas a podporu.

V případě kladného přijetí návrhu požádat o ustanovení odpovědných osob pracujících v organizaci, kteří budou na projektu interních auditů na ZZS KHK spolupracovat. Zároveň je nezbytné stanovit časový rámec zavedení projektu.

2. **Začlenění do organizační struktury.** Navrhnout vedení předpokládané začlenění hlavního interního auditora (případně řadových interních auditorů) do organizační struktury. Očekávané schéma hierarchie je následující:



Obr. 5 Organizační zařazení vedoucího interních auditů (vlastní zpracování)

V rámci druhé fáze musí autor projektu absolvovat schůzku s vedoucím úseku „Kontroly a kvality poskytované PNP“, specifikovat kompetence hlavního interního auditora (případně

řadových interních auditorů) a určit potřebný počet pracovních úvazků pro zavedení projektu.

1. **Spolupráce s vedoucím úseku „Kontroly a kvality poskytované PNP“.** Na základě předchozích jednání s vedením ZZS KHK je zajištěna spolupráce s vedoucím úseku kvality. V rámci osobní schůzky je seznámen s podrobnostmi projektu. Cílem setkání je konstruktivní diskuse, získání jeho podpory, nápadů a připomínek.

2. **Kompetenční rámec hlavního interního auditora a řadových interních auditorů.**

Po osobní konzultaci s hlavními auditory z jiných zdravotnických organizací byly navrženy pro hlavního interního auditora následující kompetence:

- připravovat plán interních auditů na daný rok,
- podílet se na tvorbě hodnotících kritérií daných kontrolních listů,
- provádět interní audity,
- informovat úsek kvality o probíhajících interních auditech na poradách,
- zpracovávat data z prováděných interních auditů,
- hodnotit účinnost a efektivitu provádění interních auditů,
- navrhnout nápravná opatření.

V případě vytvoření týmu interních auditorů budou přiděleny hlavnímu internímu auditorovi další kompetence:

- školit interní auditory,
- koordinovat tým interních auditorů.
- kontrolovat činnost jednotlivých interních auditorů,
- připravovat podklady pro vyplácení odměn interním auditorům.

Řadovým interním auditorům (v případě zapojení inspektorů provozu) bude do pracovní náplně přidána kompetence provádět interní audity.

3. **Pracovněprávní vztah hlavního interního auditora i interních auditorů na ZZS KHK.** Pro uvedení projektu do provozu není v první fázi nutné zaměstnávat více než jednu osobu (hlavního interního auditora) na hlavní pracovní poměr.

Vzhledem k předpokládanému budoucímu přínosu je pravděpodobné založení týmu interních auditorů (rozšíření o další zaměstnance). Je ke zvážení, zda zaměstnávat na vedlejší pracovní poměr současné zaměstnance (například inspektory provozu). Pozitivem se jeví znalost prostředí i vnitřních dokumentů. Negativně lze vnímat interpersonální vazby (tlak na nezávislost interních auditů).

Činnost hlavního interního auditora je dále specifikována následovně:

- pracuje na hlavní pracovní poměr v úvazku 1,0,
- pružná pracovní doba (z důvodu možnosti přizpůsobit se potřebám rámcově plánovaných auditů),
- množství vykonaných interních auditů je 400 – 600/rok,
- místo výkonu interního auditu: bude totožné s místem vybraného zásahu posádky ZZS KHK. Oblast a zdravotní indikace bude v souladu s rámcovým plánem auditů. Interní auditor bude k výkonu práce používat služební vůz s právem přednostní jízdy (vozidlo bude k dispozici na ředitelství ZZS v Hradci Králové),
- zápis o provedení interního auditu bude probíhat elektronickou cestou (tablet s příslušnou technologickou podporou). Data budou následně automaticky odesílána na centrální server ZZS KHK.

V případě, že dojde k rozšíření týmu interních auditorů je plánováno navýšení množství provedených auditů. Předpokládané navýšení je odhadováno přibližně na 1 000 (400 – 600 absolvuje hlavní interní auditor a 400 – 600 ostatní auditoři).

4. **Technické a finanční zajištění.** V současné době na ZZS KHK již existuje pracovní pozice inspektora provozu (spadá pod úsek kvality a kontroly poskytované PNP), který plní podpůrnou funkci pro výkonnou složku organizace (posádky ZZS KHK). K tomuto účelu je vyhrazeno několik osobních vozů s právem přednostní jízdy. Není tedy nutné pro pozici hlavního interního auditora pořizovat další vozidlo. Pro zjednodušení výkonu vnitřní kontroly je nezbytné pořídit tablet/tablety (dle množství sloužících interních auditorů), ve kterých budou v rámci šetření vyplňovány elektronické hodnotící listy. Finanční stránka projektu bude řešena v kapitole 10.2.2 (Náklady a prostředky realizace).
5. **Rámcový roční plán interních auditů.** V pracovní náplni hlavního interního auditora je povinnost tvorby ročního plánu interních auditů. Ten stanoví kdy, kde a v jakém rozsahu bude prováděno interní šetření zaměřené na hodnocení kvality poskytované přednemocniční péče. Hlavní interní auditor je povinen dokument předat vedoucímu pracovníkovi úseku kontroly a kvality poskytované PNP, který jej po konzultaci s vedením ZZS KHK schválí a následně zajistí jeho zveřejnění na intranetu (vnitřní internetový portál ZZS KHK) v dostatečném předstihu před začátkem jeho platnosti.

6. **Standardizované hodnotící archy a kritéria.** Tématu je věnovaná samostatná kapitola 10.3.

10.2.2 Náklady a prostředky realizace

Pro výpočet nákladů na zaměstnance je předpokládáno využívání konta pracovní doby (stejně jako tomu je u jiných zaměstnanců ZZS KHK). Při zvážení všech důvodů jeho nepřítomnosti (víkendy, svátky, řádná dovolená, event. pracovní neschopnost,...) odpracuje přibližně 200 dní ročně.

Náklady jsou vypočítávány pro pilotní projekt, kdy interní audity vykonává pouze hlavní interní auditor sám bez existence týmu interních auditorů.

Při zavádění interních auditů na ZZS KHK bude přijat nový zaměstnanec na pozici hlavního interního auditora. Proto je nezbytné kalkulovat i s dalšími náklady:

- vstupní lékařská prohlídka,
- vstupní školení,
- pracovní oděv a obuv (stejná jako mají zdravotničtí záchranáři ZZS KHK),
- externí školení „Interní auditor v zařízeních poskytujících zdravotní služby“ na certifikovaném pracovišti (NCO NZO, 2018).

Certifikované kurzy pro interní audity na ZZS zatím nejsou v nabídce.

Tab. 4 Náklady a investice projektu (1. projekt) (vlastní zpracování)

Měsíční náklady na realizaci	Částka (CZK)
Prostory na základně ZZS KHK	0,-
Technické zařízení – tablet	40 000,-
Pořízení vozidla s právem přednostní jízdy	0,-
Finanční ohodnocení interních auditorů	55 000 + 2 500 = 57 500,-
Náklady na pohonné hmoty vozidla	200 (km za směnu)*200 (odpracované dny ročně)/100*8(spotřeba vozu) * 31 (cena 1l paliva) /12 = 8 267,- <i>Cena paliva kalkulována v lednu 2018</i>
Vstupní náklady na zaměstnance:	
○ Vstupní lékařská prohlídka	500,-
○ Vstupní školení	500,-
○ Pracovní oděv a obuv	5 000,-
○ Kurz interní auditor (NCO NZO)	3 000,-
CELKEM:	
○ Vstupní náklady	49 000,-
○ Cyklické náklady/měsíc	65 767,- (mzda + náklady na palivo)

Tab. 5 Finanční ohodnocení zaměstnanců (1. projekt) (vlastní zpracování)

Měsíční finanční odměny	Částka (CZK)
Hlavní interní auditor	
○ Fixní plat	55 000,- (superhrubá mzda)
○ Osobní ohodnocení (výši stanoví ředitel org.)	0 – 5 000,-

Platové ohodnocení hlavního interního auditora vychází z platových tabulek pro oblast zdravotnictví na rok 2018 (viz Příloha P II). Pro ukázkou byla použita 11. platová třída a délka praxe do 19 let (Šnajdrová, 2017).

10.2.3 Přínosy a návratnost investic

V současné době není možno konkrétně vykalkulovat přínos a návratnost investic. Lze s jistotou říci, že zavedení interních auditů na ZZS KHK povede ke:

- kontinuálnímu zvyšování kvality,
- standardizaci průběhu výjezdů posádek ZZS KHK, který povede k finanční úspoře,
- potenciálně lepším vyjednávacím podmínkám mezi ZZS KHK a ZP ČR (obdobně jako v zahraničí),
- zlepšení image organizace apod.

10.2.4 Rizika a opatření

V rizikové analýze bylo využito prvků managementu rizik, kdy každý obsahuje identifikaci rizika, matici rizik (ohodnocení pravděpodobnosti a závažnosti následků), preventivní a nápravná opatření. Zavedení systému interního auditu na ZZS KHK s sebou přináší následná rizika, která je nezbytné prostřednictvím preventivních opatření eliminovat. Jedná se o:

- 1) **„Nevhodnou povahu“ interního auditora** – při nástupu nového zaměstnance do organizace takové riziko existuje vždy. V případě, že nebude na pozici hlavního interního auditora vybrán kandidát odpovídající charakteru profese, mohou vzniknout už v okamžiku zavádění interních auditů do praxe nemalé problémy („kritická“ závažnost následků). Auditor a celý projekt bude zaměstnanci vnímán jako konfliktní a nevhodný. Jelikož je výběrové řízení na pozici hlavního interního auditora konáno pouze při obsazení pracovní pozice, je frekvence výskytu takového pochybení zanedbatelná.

ZÁVAŽNOST NÁSLEDKŮ

	1	2	3	4	5	
PRAVDĚPODOBNOST	5	5	10	15	20	25
	4	4	8	12	16	20
	3	3	6	9	12	15
	2	2	4	6	8	10
	1	1	2	3	4	

Obr. 6 Matice rizik 1 (vlastní zpracování)

Preventivní opatření:

- na pozici hlavního interního auditora vybírat zaměstnance s dostatečným vzděláním. Lze:
 - vybrat kmenového zaměstnance ZZS KHK může být pro zaměstnavatele výhodou – „znalost jeho povahových rysů“,
 - přijmout „nového“ zaměstnance – je vhodné volit kandidáta, který má zkušenosti s obdobnou pracovní pozicí, dále je nezbytné prověřovat jeho přístup a chování (zejména ve zkušební době). Ke zpětné vazbě je vhodné využít zaměstnance jednotlivých pracovišť – vedoucí výjezdových středisek. Po celou dobu adaptačního procesu je nutná dostatečná komunikace a zpětná vazba ze strany zaměstnavatele.

Nápravná opatření:

- V případě, že by byl přijat na pozici hlavního interního auditora jedinec, který danou pozici profesně nezvládá, je nutné řešit problém přímo se zaměstnancem (rozhovor). Není-li nalezeno řešení přijatelné pro zaměstnance i zaměstnavatele, je nezbytné s ním rozvázat pracovní poměr (ideálně ve zkušební době).
- 2) **Špatně pochopený důvod provádění interních auditů zaměstnanci** – v mnoha organizacích je zavádění interních auditů vnímáno jako snaha vedení řadové zaměstnance „šikanovat“ s cílem najít chyby a možnosti jim snížit finanční ohodnocení.

Pokud nebude zavedení interních auditů na ZZS KHK dobře vykomunikováno s řadovými zaměstnanci, existuje riziko („velmi pravděpodobné“) výskytu konfliktních situací mezi hlavním interním auditorem a posádkami záchranné služby. To může mít pro zaváděný proces „těžké“ následky. Základní myšlenkou a cílem interních auditů je vyhledávat shody v procesech, případné neshody identifikovat před vznikem nežádoucí události. Rovněž je cílem auditů nacházení špatného nastavení interních procesů zaměstnavatelem.

		ZÁVAŽNOST NÁSLEDKŮ				
		1	2	3	4	5
PRAVDĚPODOBNOST	5	5	10	15	20	25
	4	4	8	12	20	20
	3	3	6	9	12	15
	2	2	4	6	8	10
	1	1	2	3	4	5

Obr. 7 Matice rizik 2 (vlastní zpracování)

Preventivní a nápravná opatření (v tomto případě jsou shodná):

- správná komunikace v rámci organizace. V dostatečném časovém předstupu seznámit všechny zaměstnance se zamýšleným projektem. Vysvětlit důvody pro vykonávání interních auditů včetně legislativní povinnosti, vyzdvihnout výhody, dementovat mylné představy. Je nutné klást důraz na osobní setkání se zaměstnanci s možností konstruktivní diskuze a v případě potřeby setkání opakovat,
- navrhnout zaměstnancům možnost podílet se na zpětné vazbě z proběhlých auditů – nastavit možnost jak informovat vedení v případě konfliktních situací či neprofesionálního chování interního auditora.

- 3) **Špatně pochopený důvod provádění interních auditů pacientem a laickou veřejností** – při zavádění interních auditů lze předpokládat, že by mohly vznikat nedorozumění na místě zásahu mezi auditorem, pacientem a laickou veřejností. Veřejnost může vnímat interního auditora jako někoho, kdo je na místě „navíc“, kdo pacientovi ani zasahující posádce nepomáhá. Pravděpodobnost výskytu pochybení je vzhledem k povaze povolání „vysoce pravděpodobná“ (teoreticky v rámci každého výjezdu) a závažnost následků pro zavedení projektu interních auditů je zařazeno do kategorie „těžká“.

		ZÁVAŽNOST NÁSLEDKŮ				
		1	2	3	4	5
PRAVDĚPODOBNOST	5	5	10	15	20	25
	4	4	8	12	16	20
	3	3	6	9	12	15
	2	2	4	6	8	10
	1	1	2	3	4	5

Obr. 8 Matice rizik 3 (vlastní zpracování)

Preventivní a nápravná opatření (v tomto případě jsou shodná):

- v časovém horizontu několika měsíců před uvedením projektu do praxe je vhodné zapojit do činnosti oddělení PR (tiskový mluvčí), které interní audity dostatečně a vhodně medializuje prostřednictvím televizních i rozhlasových rozhovorů a reportáží, kde vysvětlí důvod přítomnosti oné „osoby navíc“ na místě zásahu.

- 4) **Nekvalitně či nevhodně zpracovaný kontrolní list** – při tvorbě standardizovaného dokumentu i jednotlivých hodnotících kritérií může dojít v případě nedostatečných zkušeností autora nebo časové tísně k vytvoření neúplného formuláře, špatně nastaveným údajům či kritériím. Výskyt takového pochybení je „málo pravděpodobný“ s „lehkou“ závažností následků

		ZÁVAŽNOST NÁSLEDKŮ				
		1	2	3	4	5
PRAVDĚPODOBNOST	5	5	10	15	20	25
	4	4	8	12	16	20
	3	3	4	9	12	15
	2	2	4	6	8	10
	1	1	2	3	4	5

Obr. 9 Matice rizik 4 (vlastní zpracování)

Preventivní opatření:

- dostatečná časová dotace pro vytvoření kvalitního standardizovaného dokumentu podléhajícího opakované kontrole ze strany jeho autora, oponentů i vedení,
- dostatečné zkušenosti a znalosti interního auditora.

Nápravná opatření:

- v případě vytvoření kontrolního listu, který je pro provádění interních auditů na ZZS KHK nevhodný, je nezbytné dokument přepracovat.

- 5) **Nezájem vedení spolupracovat při zavádění interních auditů** – pokud jsou interní audity v organizaci nastavovány z důvodu nařízení zřizovatele, a ne z důvodu snahy vedení zkvalitnit zdravotní péči, může to mít pro zavedení projektu na ZZS KHK závažné následky („kritické“). Nicméně v současné době je vedení společnosti nakloněno pro myšlenku provádění interních auditů, proto je četnost výskytu pochybení označena za „nepravděpodobnou“.

ZÁVAŽNOST NÁSLEDKŮ

	1	2	3	4	5	
PRAVDĚPODOBNOST	5	5	10	15	20	25
	4	4	8	12	16	20
	3	3	6	9	12	15
	2	2	4	6	8	10
	1	1	2	3	4	

Obr. 10 Matice rizik 5 (vlastní zpracování)

Preventivní opatření:

- Před vlastním zavedením interních auditů do společnosti je vhodné s vedením opakovaně jednat o myšlence kvality ve zdravotnictví, zjistit jejich názory a postoje. Pro další postup je nezbytné získat jeho plnou podporu.

Nápravná opatření:

- Pokud autor projektu zjistí, že vedení nemá zájem o zavádění interních auditů do společnosti, je vhodné se s ním opakovaně sejít a vyslechnout si jejich námítky. Pokud je postoj vedení organizace k projektu interních auditů negativní, není možné jej zavést.

10.2.5 Časová analýza

Při zavádění konceptu interních auditů pro NLZP do organizace je nezbytné postupovat dle přesně stanoveného časového plánu. Nejprve je s projektem seznámeno vedení společnosti (prezentovány výsledky analýz, přínos, náklady atd.), které jej následně schválí. Dále musí být upravena organizační struktura společnosti. Poté je vyhlášeno výběrové řízení na pozici hlavního interního auditora včetně přesně stanovených požadavků na dané místo. Nově přijatý hlavní interní audit vypracuje rámcový roční plán interních auditů, který předloží vedoucímu oddělení kvality k připomínkování. Na jeho základě vytvoří jednotlivé kontrolní listy. Ty jsou zaměstnanci IT oddělení převedeny do elektronické podoby a připraveny k použití.

Síťový diagram byl vytvořen na základě získaných dat prostřednictvím programu WinQSB.

Tab. 6 Časová analýza (1.projekt) (vlastní zpracování)

Činnost	Popis činnosti	Doba trvání (dny)	Předchozí činnost
A	Představení a schválení projektu vedením	14	-
B	Úprava organizační struktury	1	A
C	Výběrové řízení a stanovení hlavního interního auditora	30	B
D	Vytvoření a schválení rámcového ročního plánu interních auditů	7	C
E	Vytvoření kontrolních listů dle směrnic	30	D
F	Zajištění technické (tablet) a technologické (rozhraní tablet↔server ZZS KHK) požadavky	10	E

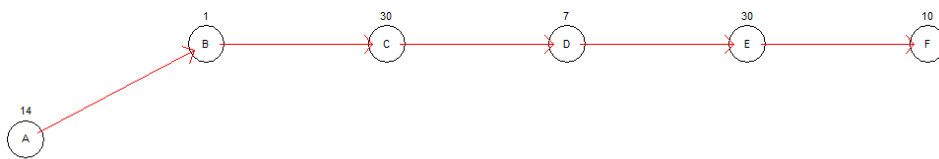
Tab. 7 Zadání síťového diagramu 1a (1.projekt) (vlastní zpracování)

Activity	Activity time	Predecessor 1	Predecessor 2	Predecessor 3	Predecessor 4	Predecessor 5	Predecessor 6	Predecessor 7
A	14							
B	1	A						
C	30	B						
D	7	C						
E	30	D						
F	10	E						

Tab. 8 Zadání síťového diagramu 1b (1.projekt) (vlastní zpracování)

Activity	Activity time	Early Start	Early Finish	Late Start	Late Finish	Slack
Project	92					
A	14	0	14	0	14	0
B	1	14	15	14	15	0
C	30	15	45	15	45	0
D	7	45	52	45	52	0
E	30	52	82	52	82	0
F	10	82	92	82	92	0

Precédence Graph



Obr. 11 Síťový diagram (1. projekt) (vlastní zpracování)

Doba projektu: minimální doba trvání projektu zavedení ošetřovatelského interního auditu na ZZS KHK je 92 dní.

Kritická cesta: provedení projektu s nulovou časovou rezervou je v posloupnosti těchto dílčích činností: A → B → C → D → E → F.

10.2.6 Shrnutí

Cílem projektu je zavedení interních auditů na ZZS KHK. Garantováním projektu byli pověřeni ředitel organizace a vedoucí úseku kvality (přímý nadřízený). Na realizaci se mimo autora projektu dále zapojí zaměstnanci úseku kvality, IT oddělení (technologické rozhraní pro elektronické kontrolní listy) a pověřený zaměstnanec personálního a mzdového úseku (vyhlášení výběrového řízení). Jednotlivé kroky zavedení projektu jsou blíže specifikovány v podkapitole „Popis procesu pro splnění cíle“. Finanční náklady jsou rozděleny na vstupní (49 000,-) a cyklické (65 767,-/měsíc). Dále je počítáno s náklady nefinančními (časové a vědomostní). Rizika byla určena následující: „nevhodná povaha“ interního auditora, špatné pochopení příčiny provádění interních auditů zaměstnanci či pacientem/laickou veřejností, nekvalitně zpracovaný kontrolní list a nezáměr vedení spolupracovat při zavádění interních auditů. Ke každému riziku bylo vytvořeno preventivní i nápravné opatření. Délka zavádění projektu interních auditů do společnosti je stanovena na 92 dní.

Tab. 9 Shrnutí 1. projektu (vlastní zpracování)

Projekt zavedení koncepce interních auditů na ZZS KHK	
Garant projektu	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ředitel organizace ○ Vedoucí úseku kvality
Realizační tým	<ul style="list-style-type: none"> ○ Autor projektu ○ Vedoucí úseku kvality ○ Hlavní interní auditor ○ IT oddělení ○ Personální a mzdový úsek
Dílčí kroky	<ul style="list-style-type: none"> ○ Představení a schválení projektu vedením ○ Úprava organizační struktury ○ Výběrové řízení a stanovení hlavního interního auditora ○ Vytvoření a schválení ročního rámcového plánu interních auditů ○ Vytvoření kontrolních listů dle směrnic ○ Splnit technické a technologické požadavky projektu

Náklady	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nefinanční (čas, know-how) ○ Finanční (vstupní 49 000,-; cyklické 65 767,-)
Výnosy	<ul style="list-style-type: none"> ○ Finanční (nyní nelze kalkulovat) ○ Nefinanční
Rizika a opatření	<ul style="list-style-type: none"> ○ ANO, uvedena výše
Délka projektu	<ul style="list-style-type: none"> ○ 92 dní

10.3 Vytvoření standardizovaného kontrolního listu pro interní audity na ZZS KHK

Cílem dílčí části projektu je vytvořit šablonu kontrolního listu pro provádění interních auditů na ZZS KHK. Vytvořená šablona bude nabídnuta vedení ZZS KHK, které ji v případě zájmu využije pro provádění interních auditů.

10.3.1 Popis procesu pro splnění cíle

Plnění dílčího úkolu je rozděleno do dvou částí. První popisuje vytvoření vzorového kontrolního listu, který bude následně používán jako standardizovaný dokument. Druhá fáze definuje příslušný schvalovací proces.

1. Vzorový standardizovaný list pro hodnocení ošetřovatelského interního auditu.

- Každý standardizovaný dokument ZZS KHK musí mít jednotnou formální strukturu. Kontrolní list obsahuje následující údaje:
 - **Záhlaví:** vlevo je umístěno logo organizace.
 - **Identifikační údaje** – slouží pro identifikaci konkrétního výjezdu a možnost spárovat zprávu z ošetřovatelského interního auditu (vyplňuje interní auditor) a záznamu o výjezdu (vyplňuje příslušná posádka ZZS KHK):
 - číslo interního auditu (pořadové číslo auditu v daném roce, stanovuje interní auditor)/ pořadové číslo výjezdu (pořadové číslo výjezdu posádky ZZS KHK v daný den, přiděleno KZOS),
 - výjezdové středisko – základna zasahující posádky,
 - číslo vozu – interně stanovený trojmístný číselný kód univerzální pro každé vozidlo ZZS KHK,

- vedoucí výjezdové střediska – NLZP pověření vedením jednotlivých středisek ZZS KHK,
- zasahující posádka – jmenovité složení posádky,
- předmět interního auditu – sledovaná problematika,
- datum a místo proběhlého interního auditu,
- čas příjezdu na místo zásahu ZZS a čas příjezdu interního auditora.
- **Hodnotící list** – dle standardizovaných postupů jsou popsána hodnotící kritéria. Interní auditor hodnotí shodu či neshodu v auditovaném procesu. V případě, že není možné určité kritérium vyhodnotit, označí v kontrolním listu do položky „nehodnoceno“.
- **Zjištěné neshody při interním auditu** – na základě hodnotících kritérií interní auditor přesně popíše zjištěnou neshodu.
- **Návrhy k nápravným opatřením** – prostřednictvím písemné komunikace (e-mail) interní auditor ve spolupráci s vedoucím střediska (event. dalšími dotčenými osobami) doporučí postup pro odstranění neshody.
- **Odstranění neshod do** – po dohodě s vedoucím střediska bude určen termín odstranění neshody.
- **Vedlejší nález** – uvádí interní auditor v případě, že nalezne nedostatek, který není předmětem konaného interního auditu.
- **Prostor pro slovní hodnocení** – nepovinné pole, kam auditor vyplňuje zjištěné poznatky nad rámec vypracovaného dokumentu.
- **Rozdělovník zprávy** – definuje, komu bude dokument v elektronické podobě doručen.
- **Zápatí** – vlevo je uveden spisový znak (řízená dokumentace), vpravo číslo směrnice, ze které hodnotící list vychází + aktuální a celkový počet stran dokumentu.

Konkrétní podoba šablony kontrolního listu pro ošetřovatelský interní audit je uvedena v příloze P III.

2. Schvalovací a revizní proces oficiálního dokumentu organizace.

- Standardizovaný dokument vždy podléhá schvalovacímu a reviznímu procesu. Autor při vytváření vzoru hodnotícího listu konzultuje další postup se zaměstnanci úseku kvality a hlavním interním auditorem. Následně jsou

zpracovány připomínky zúčastněných. Na závěr procesu je vzor kontrolního listu schválen ředitelem ZZS KHK a stane se přílohou příslušné směrnice.

10.3.2 Náklady a prostředky realizace

Lze předpokládat, že finanční náklady budou nulové a nefinanční (čas) budou investovány v rámci případných úprav a schvalováním ze strany nadřízených pracovníků.

Tab. 10 Náklady a investice projektu (2. projekt) (vlastní zpracování)

Měsíční náklady na realizaci	Částka (CZK)
Prostory na základně ZZS KHK	0,-
Technické a technologické požadavky	0,- (součást 1. projektu)
Tvorba standardizovaného dokumentu	0,-
CELKEM:	0,-

10.3.3 Přínosy a návratnost investic

Dílčí projekt s sebou nepřináší žádné finanční náklady, návratnost investic proto není možná.

10.3.4 Rizika a opatření

Rizika nebyla shledána.

10.3.5 Časová analýza

Pro vytvoření standardizovaného dokumentu – šablony kontrolního listu pro interní ošetřovatelské audity je třeba respektovat nastavený časový plán. V první fázi je vedení organizace prezentována potřeba standardizovaného dokumentu. Poté je ve spolupráci s realizačním týmem vytvořen návrh „vzorového“ kontrolního listu. Ten následně podléhá reviznímu a schvalovacímu procesu. V průběhu zavádění dílčího projektu je ve spolupráci s IT oddělením šablona kontrolního listu převedena do elektronické podoby a vytvořeno softwarové rozhraní pro komunikaci tabletu a centrálního serveru.

Síťový diagram byl vytvořen na základě získaných dat prostřednictvím programu WinQSB.

Tab. 11 Časová analýza (2. projekt) (vlastní zpracování)

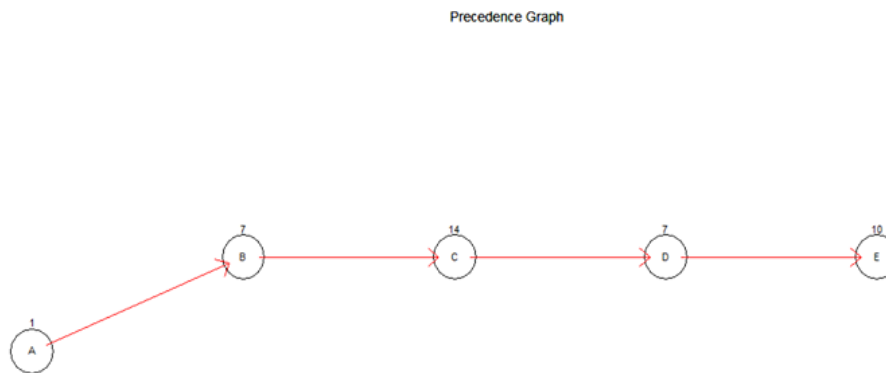
Činnost	Popis činnosti	Doba trvání (dny)	Předchozí činnost
A	Představení projektu vedení	1	-
B	Ve spolupráci s vedoucím úseku kvality a hlavní interním auditorem vytvořit vzorový hodnotící list	7	A
C	Oponentura a revize dokumentu	14	B
D	Schvalovací proces a úprava směrnice	7	C
E	Splnit technologické (rozhraní tablet↔server ZZS KHK) požadavky	10	D

Tab. 12 Zadání síťového diagramu 2a (2. projekt) (vlastní zpracování)

Activity	Activity time	Predecessor 1	Predecessor 2	Predecessor 3	Predecessor 4	Predecessor 5	Predecessor 6	Predecessor 7
A	1							
B	7	A						
C	14	B						
D	7	C						
E	10	D						

Tab. 13 Zadání síťového diagramu 2b (2. projekt) (vlastní zpracování)

Activity	Activity time	Early Start	Early Finish	Late Start	Late Finish	Slack
Project	39					
A	1	0	1	0	1	0
B	7	1	8	1	8	0
C	14	8	22	8	22	0
D	7	22	29	22	29	0
E	10	29	39	29	39	0



Obr. 12 Síťový diagram (2. projekt) (vlastní zpracování)

Doba projektu: minimální doba trvání projektu zavedení ošetřovatelského interního auditu na ZZS KHK je 39 dní.

Kritická cesta: provedení projektu s nulovou časovou rezervou je v posloupnosti těchto dílčích činností: $A \rightarrow B \rightarrow C \rightarrow D \rightarrow E$.

10.3.6 Shrnutí

Jako dílčí cíl projektu bylo stanoveno vytvořit standardizovanou šablonu kontrolního listu interních ošetřovatelských auditů na ZZS KHK. Garanty projektu byl určení ředitel organizace a vedoucí úseku kvality. Na realizaci se mimo autora bude podílet vedoucí úseku kvality, hlavní interní auditor a zaměstnanci IT oddělení. Jednotlivé kroky pro splnění cíle projektu jsou popsány v příslušné kapitole. Finanční náklady jsou nulové, a proto nelze určit ani návratnost investic. Očekávaná doba zavedení projektu je 39 dní.

Tab. 14 Shrnutí 2. projektu (vlastní zpracování)

Projekt zavedení vzorového kontrolního listu pro interní auditu na ZZS KHK	
Garant projektu	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ředitel organizace ○ Vedoucí úseku kvality
Realizační tým	<ul style="list-style-type: none"> ○ Autor projektu ○ Vedoucí úseku kvality ○ Hlavní interní auditor ○ IT oddělení

Dílčí kroky	<ul style="list-style-type: none">○ Představení projektu vedení○ Ve spolupráci s vedoucím úseku kvality a hlavního interního auditora vytvoření vzorového kontrolního listu○ Oponentura a revize dokumentu○ Schvalovací proces○ Splnění technologických požadavků projektu
Náklady	<ul style="list-style-type: none">○ Nefinanční (čas, know-how)
Výnosy	<ul style="list-style-type: none">○ Nefinanční
Rizika a opatření	<ul style="list-style-type: none">○ Neshledána
Délka projektu	<ul style="list-style-type: none">○ 39 dní

10.4 Vytvoření jednotlivých hodnotících kritérií interního ošetřovatelského auditu v PNP pro vybrané zdravotní indikace

Cílem této části DP je vypracovat konkrétní hodnotící kritéria pro vybrané zdravotní indikace. Ty byly určeny na základě evropské statistiky příčin úmrtí z roku 2014 (viz Příloha P IV). Hodnotící kritéria jsou stanovena na základě platných standardů PNP. Po domluvě s vedením ZZS KHK nejsou standardy součástí DP.

10.4.1 Kontrolní list – kardiopulmonální resuscitace

Srdeční zástava je jedním z nejvíce život ohrožujících stavů. V těchto situacích je vyvíjen na posádku časový tlak – záchranáři většinou přijíždějí na místo zásahu pod zákonnou normou 20 minut (dle zákona č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě). Interní audit může být v tomto případě proveden pouze, je-li se schopen interní auditor na místo zásahu dostavit ve srovnatelném čase jako první přijíždějící posádka. Kontrolní list obsahuje kritéria pro hodnocení rozšířené neodkladné KPR:

Tab. 15 Hodnotící kritéria – Kardiopulmonální resuscitace (vlastní zpracování)

Pořadové číslo	Hodnotící kritérium	Shoda		Nehodnoceno
		Ano	Ne	
1.	Použití osobních ochranných pracovních pomůcek			
2.	Pomůcky na místě (LP, batoh, odsávačka, zdroj O ₂)			
3.	Zprůchodnění dýchacích cest (A – Airway)			
4.	Kontrola NZO (dech, tep, časový interval)			
5.	Zahájení kompresí hrudníku (C – Circulation)			
6.	Voláno KZOS o KPR + žádost o posádku s lékařem			
7.	Nalepení Quick-combo elektrody			
8.	Analýza rytmu v režimu AED			
9.	Podání defibrilačního výboje (pokud je třeba)			
10.	Dodržování bezpečnosti práce při defibrilaci			
11.	Zajištění DC adekvátní pomůckou (B – Breathing)			
12.	Ventilace pacienta (poměr 30:2 při netěsnosti)			

13.	Kvalitně prováděné komprese hrudníku			
14.	Řešení reverzibilních příčin NZO			
15.	Včasné rozpoznání ROSC			
CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PROVÁDĚNÉ KPR				
16.	Kvalitně prováděná srdeční masáž			
17.	Kvalitně prováděná ventilace			
18.	Dodržení časových intervalů – ANALÝZA rytmu			
19.	Dodržení časových intervalů – podaná FARMAKA			
20.	Minimalizace času neprovádění KPR			
CELKEM:				

10.4.2 Kontrolní list – cévní mozková příhoda

Cévní mozková příhoda je druhou nejčastější neúrazovou příčinou úmrtí pacienta. Vždy dochází k poškození mozkové tkáně z důvodu nedostatku přísunu živin i kyslíku. Obecně se dělí do dvou skupin a to na ischemické (dochází k uzavření některé mozkové tepny) a na hemoragické (vzniká prasknutím mozkové cévy). Postižení mozkové tkáně je do jisté fáze reverzibilní. Závisí vždy na čase, kdy se objeví první klinické projevy. Poté vzniká několikahodinové „terapeutické okno“, kdy je možné minimalizovat následky onemocnění. Pro posádky ZZS KHK je prioritou rychlý transport pacienta do specializovaného (tzv. iktového) centra, kde je mu poskytnuta vysoce specializovaná zdravotní péče. Kontrolní list obsahuje kritéria pro hodnocení postupu při cévní mozkové příhodě:

Tab. 16 Hodnotící kritéria – Cévní mozková příhoda (vlastní zpracování)

Pořadové číslo	Hodnotící kritérium	Shoda		Nehodnoceno
		Ano	Ne	
1.	Použití osobních ochranných pracovních pomůcek			
2.	Pomůcky na místě (zdroj O ₂ , batoh, monitor)			
3.	Odběr anamnézy pacienta – OA, FA, AA, subjektivní obtíže			
4.	Cílený dotaz na vznik prvních příznaků nebo kdy byl pacient naposledy „v pořádku“			

5.	Provedeno klinické vyšetření pacienta			
6.	Zajištění oxygenoterapie (5l/min) při $SpO_2 \leq 93\%$			
7.	Zavedení PŽV na neparetické končetině			
8.	Kontrola hladiny glykemie			
9.	Zhodnocení indikací a kontraindikací k trombolytické léčbě a kontakt s KZOS			
10.	Správné provedení telefonické lékařské ordinace včetně zápisu do dokumentace			
11.	Správná poloha pacienta – polosed/vleže			
12.	Správné směřování pacienta do zdrav. zařízení			
CELKEM:				

10.4.3 Kontrolní list – akutní koronární syndrom

Akutní koronární syndrom je souhrnný název pro netraumatické poškození srdečního svalu, které je v rozvinutých zemích častou příčinou úmrtí. Vždy se jedná o závažný život ohrožující stav, který vyžaduje včasné zahájenou léčbu a rychlý transport na specializované pracoviště. Pro záchranu jedince je v tomto směru pozice ZZS v ČR nezastupitelná. Kontrolní list obsahuje kritéria pro hodnocení postupu při akutním koronárním syndromu:

Tab. 17 Hodnotící kritéria – Akutní koronární syndrom (vlastní zpracování)

Pořadové číslo	Hodnotící kritérium	Shoda		Nehodnoceno
		Ano	Ne	
1.	Použití osobních ochranných pracovních pomůcek			
2.	Pomůcky na místě (batoh, monitor, zdroj O ₂)			
3.	Správný odběr základní anamnézy – OA, AA, FA, subjektivní obtíže			
4.	Natočení 12svodového EKG (≤ 10 min od příjezdu)			
5.	Správné zhodnocení křivky ZZ			
6.	Cílený dotaz na délku obtíží, příčinu vzniku, charakter bolesti a její propagace			
7.	Provedení klinického vyšetření			
8.	Odeslání záznamu do specializovaného centra			

9.	Provedení telefonické konzultace pacienta s lékařem a zaznamenání ordinace do zdravotnické dokumentace			
10.	Oxygenoterapie – při $SpO_2 \leq 93\%$			
11.	Podání léků dle konzultace s lékařem			
12.	Správné směřování pacienta (pokud není součástí ordinace)			
CELKEM:				

10.4.4 Kontrolní list – minimální vyšetření

Poslední kontrolní list je zpracován pro minimální vyšetření pacienta (standard PNP). Je to postup, který se užívá při každém zásahu posádek ZZS KHK. Tím pádem umožňuje internímu auditorovi provést audit při každém zásahu bez ohledu na zdravotní indikaci. Kontrolní list obsahuje kritéria pro hodnocení minimálního vyšetření pacienta:

Tab. 18 Hodnotící kritéria – Minimální vyšetření (vlastní zpracování)

Pořadové číslo	Hodnotící kritérium	Shoda		Nehodnoceno
		Ano	Ne	
1.	Použití osobních ochranných pracovních pomůcek			
2.	Pomůcky na místě (batoh, monitor, zdroj O ₂)			
3.	Správný odběr anamnézy – OA, AA, FA, subjektivní obtíže			
4.	Provedení klinického vyšetření			
5.	Správné stanovení pracovní diagnózy			
6.	Správný a úplný zápis do dokumentace			
CELKEM:				

11 ZHODNOCENÍ PROJEKTU ZAVEDENÍ INTERNÍCH AUDITŮ V ORGANIZACI DO PRAXE

Projekt zavedení interních auditů na Zdravotnické záchranné službě Královéhradeckého kraje je rozdělen do tří dílčích projektů, které se navzájem prolínají.

První část popisuje koncepci zavedení interních auditů na ZZS KHK. Druhý prezentuje tvorbu standardizovaného dokumentu (šablony kontrolního listu) a poslední se věnuje tvorbě konkrétních hodnotících kritérií k vybraným zdravotním indikacím.

V rámci projektové části byla rovněž stanovena rizika spojená se zavedením projektu do praxe. Ke každému potenciálnímu riziku bylo nabídnuto odpovídající preventivní opatření.

Náklady a prostředky na realizaci každého projektu jsou konkrétně definovány v jednotlivých kapitolách. Vzhledem k ročnímu obratu společnosti ZZS KHK je finančně projekt nenáročný.

Na základě provedených analýz a prezentovaného postupu konstatuji, že je projekt v současné době velmi dobře realizovatelný.

Projekt zavedení interních auditů na ZZS KHK bude po obhájení diplomové práce nabídnut organizaci k interní analýze.

ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo vytvořit projekt zavedení interních auditů na Zdravotnickou záchrannou službu Královéhradeckého kraje. Diplomová práce byla rozčleněna na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část se zabývala kvalitou a managementem obecně, managementem kvality a audity. Dále se zaměřovala na interní audity v přednemocniční péči. Celá teoretická část byla zpracována za pomoci odborných českých i světových zdrojů.

V první fázi praktické části bylo zhodnoceno současné fungování managementu kvality ZZS KHK se zaměřením na provádění interních auditů. Činnosti společnosti byly následně podrobeny strategickým analýzám. Jejich výstup byl poté shrnut ve SWOT analýze.

Ve druhé fázi byl vytvořen vlastní projekt zavedení interních auditů na ZZS KHK. Ten byl rozdělen do několika dílčích částí. Každá (mimo poslední) obsahovala definici projektu, potřebné náklady a prostředky realizace, přínosnost a návratnost investic, rizika a opatření, časovou analýzu a shrnutí celého dílčího návrhu. Poslední část prezentovala hodnotící kritéria pro vybrané zdravotní indikace.

Bylo určeno několik potenciálních rizik, kterým je nutné se při realizaci projektu vyhnout prostřednictvím preventivních opatření. Po provedení časové analýzy bylo zjištěno, že zavedení celého konceptu interních auditů potrvá v případě bezproblémové realizace přibližně tři měsíce.

Při závěrečném shrnutí byl projekt hodnocen jako dobře realizovatelný a finančně nenáročný (vzhledem k velikosti organizace). Nicméně návratnost vložených investic nebylo možné stanovit.

Hlavní i vedlejší cíle projektu diplomové práce byly splněny. Na základě domluvy s vedením ZZS KHK bude po obhajobě diplomová práce předána organizaci k další analýze.

Interní audit je nedílnou součástí každého fungujícího managementu kvality. V současné době se, na rozdíl od zdravotnických zařízení, s managementem kvality i interními audity v přednemocniční péči teprve začíná. Projekt zavedení interních auditů na ZZS KHK umožní organizaci získat prostřednictvím zpětné vazby validní informace o úrovni poskytované přednemocniční péče, což vytvoří prostor pro kontinuální zvyšování kvality.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AMERICAN SOCIETY OF QUALITY, 2017a. *Learn about quality: histogram analysis* [online]. ©2017 [cit. 2017-09-20]. Dostupné z: <http://asq.org/learn-about-quality/data-collection-analysis-tools/overview/histogram.html>

AMERICAN SOCIETY OF QUALITY, 2017b. *Learn about quality: check sheet* [online]. ©2017 [cit. 2017-09-17]. Dostupné z: <http://asq.org/learn-about-quality/data-collection-analysis-tools/overview/check-sheet.html>

Audit, 2017. *ManagementMania* [online]. ©2017 [cit. 2017-11-12]. Dostupné z: <https://managementmania.com/cs/audit>

ASOCIACE ZDRAVOTNICKÝCH ZÁCHRANNÝCH SLUŽEB ČR, 2018. Statistika výjezdové činnosti ZZS v ČR za rok 2017. *Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR* [online]. ©2018 [cit. 2018-03-07]. Dostupné z: <http://www.azzs.cz/news/66/57/Statistika-vyjezdove-cinnosti-ZZS-v-cR-za-rok-2017/>

BALHAR, Filip, 2016. *Analýza procesu auditu kvality v konkrétním podniku* [online]. Brno, ©2016 [cit. 2017-11-26]. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně, Ekonomicko-správní fakulta. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/391253/esf_m/verejna_cast.pdf

BARANEC, Vojtěch, 2017. Images by vbaranec In: *PicBon: online Instagram posts viewer* [online]. ©2017 [cit. 2018-02-14]. Dostupné https://www.picbon.com/user/vbaranec/1190096733/1516061451856240376_1190096733

BEST, M., 2004. Avedis Donabedian: father of quality assurance and poet. *Quality and Safety in Health Care* [online]. ©2004, 13(6), 472–473. ISSN 1475-3901. Dostupné z: doi:10.1136/qshc.2004.012591

ČESKO, 2011a. *Zákon č. 374/2011 Sb. ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotnické záchranné službě* [online]. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2011, částka 131, s. 4839-4848. [cit. 2018-03-12] ISSN 1211-1244. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-374#p9>

ČESKO, 2011b. *Zákon č. 372/2011 Sb. ze dne 8. prosince 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování* [online]. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2011, částka 131, s. 4839-4848. [cit. 2018-03-20] ISSN 1211-1244. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast9>

ČESKÝ NORMALIZAČNÍ INSTITUT, 2006. *Systémy managementu kvality – Základní principy a slovník* [online]. 2006. Praha, Český normalizační institut [cit. 2017-11-16]. Dostupné z: <https://www.ulozto.cz/!Fz1JFKdW4/iso-9000-i-cast-pdf>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2017. Charakteristika kraje [online]. Hradec Králové: Krajská správa ČSÚ v Hradci Králové, ©2017 [cit. 2018-02-28]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/xh/strucna_charakteristika_kraje

CZEFFER, Libor, 2012. *Zefektivnění systému managementu kvality ve Vsetínské nemocnici a.s.* [online]. Zlín, ©2012 [cit. 2018-02-19]. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta managementu a ekonomiky. Dostupné z: <http://docplayer.cz/28822381-Zefektivneni-systemu-managementu-kvality-ve-vsetinske-nemocnici-a-s-bc-libor-czeffer.html>

Demingův cyklus (Deming Cycle, PDCA Cycle), 2016. *ManagementMania* [online]. ©2016 [cit. 2018-03-20]. Dostupné z: <https://managementmania.com/cs/deminguv-cyklus>

DVOŘÁČEK, Jiří, 2003. *Interní audit a kontrola*. 2. vydání. Praha: C.H. Beck, ISBN 978-80-7179-805-7.

DVOŘÁČEK, Jiří a Tomáš KAFKA, 2005. *Interní audit v praxi*. Brno: Computer Press, ISBN 978-80-251-0836-9.

ELSE AZ, 2017. *Manažer (Manager)* [online]. Praha: Else internanational, ©2017 [cit. 2017-08-30]. Dostupné z: <http://www.elseaz.cz/slovník/manazer-manager/>

EUROSTAT, 2018. *Causes of death statistics* [online]. ©2018 [cit. 2018-03-17]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Causes_of_death_statistics

EVANS, Bruce E., 2014. *EMS Quality Management and Research*. Boston: Pearson, ISBN 978-0-13-815281-9.

GLADKIJ, Ivan et al., 2003. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, ISBN 80-7226-996-8.

CHALOUPKOVÁ, Věra, 2007. *Příprava systému akreditací zdravotnických zařízení v ČR* [online]. Centrum pro kvalitu ve zdravotnictví. ©2007 [cit. 2017-11-14]. Dostupné z: <http://apps.szu.cz/cekz/dokumenty/akreditace/akreditaceZZ.pdf>

INSTITUT PRO VEŘEJNOU SPRÁVU PRAHA, 2016. Organizační struktura. *Institut pro veřejnou správu Praha* [online]. ©2016 [cit. 2017-12-06]. Dostupné z: <https://www.institutpraha.cz/o-nas/organizacni-struktura/>

Ishikawův diagram, 2015. *ManagementMania* [online] ©2015 [cit. 2017-10-21]. Dostupné z: <https://managementmania.com/cs/ishikawuv-diagram>

JANÍČEK, Přemysl et al., 2013. *Expertní inženýrství v systémovém pojetí* [online]. Praha: Grada, ©2013 [cit. 2018-03-13]. ISBN 978-80-247-8196-9. Dostupné z: <https://books.google.cz/books?id=5etgAgAAQBAJ&pg=PA223>

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2013. *Joint commission international accreditation standards for hospitals: including standards for academic medical center hospitals*. 5th ed. Oakbrook Terrace: Joint Commission International ISBN 978-1-59940-787-6.

JOINT COMMISSION, 2017a. Ernest Amory Codman Award®. *The Joint Commission* [online]. ©2017 [cit. 2017-05-09]. Dostupné z: <https://www.jointcommission.org/codman.aspx>

JOINT COMMISSION, 2017b. Joint Commission FAQ Page. *The Joint Commission* [online]. ©2017 [cit. 2017-11-16]. Dostupné z: <https://www.jointcommission.org/about/joint-commissionfaqs.aspx?CategoryId=10#2274>

KRECHOVSKÁ, Michaela, 2012. *Postupy interního auditu* [online]. ©2012 [cit. 2017-04-12]. Dostupné z: https://fek.zcu.cz/blob.php?table=internet_list&type=FileType&file=Data&name=FileName&idname=IDInternet&id=3073

KUPKA, Tomáš, 2009. *Průvodce pro interní audit a risk management*. Praha: C.H. Beck, ISBN 978-80-7400-121-5.

Kvalita (jakost). *ManagementMania* [online]. ©2017 [cit. 2017-08-03]. Dostupné z: <https://managementmania.com/cs/kvalita-jakost>

LOJDA, Jan, 2011. *Manažerské dovednosti*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3902-1.

MADAR, Jiří, 2004. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. Praha: Grada, ISBN 80-247-0585-0.

Management – kontrola. *miras.cz* [online]. ©2017 [cit. 2017-11-12]. Dostupné z: <http://www.miras.cz/seminarky/management-kontrola.php>

MÁŠOVÁ, Renata a Markéta. HAVRDLÍKOVÁ, 2009. Standardy ošetrovatelské péče podle Donabediána. *Sestra*. 2009, 19(9), 19-20. ISSN 1210-0404.

MARX, David a František VLČEK (eds.), 2013. *Akreditační standardy pro nemocnice*. 3. vydání. Praha: Spojená akreditační komise. ISBN 978-80-87323-04-05.

MINISTERSTVO FINANCÍ ČR, 2018. Predikce makroekonomického vývoje v ČR. *Makroekonomická predikce České republiky; leden 2018*. 28–44. ISSN 1804–7971.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2017a. Seznam oprávněných osob. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Poslední úprava: ©2017 [cit. 2017-11-20]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpecni/obsah/seznam-opravnenych-osob_3205_29.html

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2017b. *Vyhláška ze dne 19. října 2017 o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2018* [online]. 2017. B.m.: Ministerstvo zdravotnictví ČR. [cit. 2018-02-28]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=353/2017&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

NCO NZO, 2018. Certifikovaný kurz: Interní auditor v zařízeních poskytujících zdravotní služby. *Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů* [online]. [cit. 2018-03-27]. Dostupné z: https://www.nconzo.cz/web/guest/nabidka-akci-2018?p_p_id=Registration-Form_WAR_IS_NCO_PORTAL_INSTANCE_BL2p&p_p_lifecycle=0&p_p_state=pop_up&p_p_mode=view&p_p_col_id=_118_INSTANCE_dZD0__column-2&p_p_col_pos=1&p_p_col_count=3&tplan-cisp=9122

PFEIFEROVÁ, Mária, 2011. Bez obalu. *Financování zdravotnické záchranné služby* [online]. ©2011 [cit. 2016-10-19]. Dostupné z: <https://d-dur.rozhlas.cz/financovani-zdravotnicke-zachranne-sluzby-7055513>

PLEVOVÁ, Ilona, 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3871-0.

POCHYLÁ, Karla, 2005. *Koncepce českého ošetrovatelství: základní terminologie*. 2. přepracované vyd.. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, ISBN 978-80-7013-420-7.

PRUKNER, Vítězslav a Jaromír NOVÁK, 2004. Charakteristika manažera, jeho činnosti, role a požadavky na něj kladené. In: *Základy managementu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, ISBN 978-80-244-4182-5.

SINGHAL, Keshav Ram (ed.), 2014. Quality Concepts and ISO 9001:2008 QMS Awareness. *awareness.blogspot.cz* [online]. ©2014 [cit. 2018-03-29]. Dostupné z: <http://iso9001-2008awareness.blogspot.cz/2014/04/pdca-cycle.html>

SKOVAJSA, Adam, 2016. *Management kvality: interní studijní materiál* [online] Uherské Hradiště: Vyšší odborná škola a Jazyková škola s právem státní jazykové zkoušky, 2016 [cit. 2018-03-23]. Dostupné z: <https://publi.cz/books/276/03.html>

SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE, 2010a. Dotazy na organizační stránku akreditace SAK, o.p.s. *Spojená akreditační komise* [online]. ©2010 [cit. 2017-11-14]. Dostupné z: http://www.sakcr.cz/cz-main/casto-kladene-dotazy/organizacni-dotazy/#faq_8

SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE, 2010b. O nás. *SAK* [online]. ©2010 [cit. 2017-11-14]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-top/o-nas/>

SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE, 2016. Dokumenty ke stažení - akreditace. *Spojená akreditační komise* [online]. ©2016 [cit. 2018-03-20]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/dokumenty/akreditace/>

STULÍK, Jiří, 2011. *Korelační diagram* [online]. ©2011. [cit. 2017-10-26]. Dostupné z: http://moodle2.gymcheb.cz/pluginfile.php/124870/mod_resource/content/1/Bo-dovy_graf.pdf

ŠLAICHOVÁ, Eva, 2013. Sedm základních nástrojů řízení jakosti. In: [online]. Technická univerzita Liberec. © 2013 [cit. 2017-09-11]. Dostupné z: http://multiedu.tul.cz/~eva.slai-chova/multiedu/Rizeni_jakosti/Zakladni_nastroje_RJA.pdf

ŠNAJDROVÁ, Lenka, 2017. Nové platové tabulky od ledna 2018! *Ošetrovatelství.info* [online]. ©2017 [cit. 2018-03-10]. Dostupné z: <http://www.osetrovatelstvi.info/nove-platove-tabulky-od-ledna-2018/>

TEMPLATELAB, 2016. 43 Great Fishbone Diagram Templates & Examples [Word, Excel]. *TemplateLAB* [online]. ©2016 [cit. 2017-10-21]. Dostupné z: <https://template-lab.com/fishbone-diagram-templates/>

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE, 2004. *Zlepšení systému řízení zdravotní péče, technická asistence* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2004 [cit. 2017-08-20]. Dostupné z: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ZurlSLtw3wgJ:www.mzcr.cz/Soubor.ashx%3FsouborID%3D6405%26typ%3D.pdf>

VÁLKOVÁ, Monika, 2015. *Hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. ISBN 978-80-87023-45-7.

VAŠÁTKOVÁ, Ivana a Hana ULRYCHOVÁ. Kvalita ošetrovatelské péče a její standardizace. *Sestra*. 2007, 17(2), 21-22. ISSN 1210-0404. 17(2), 21–22. ISSN 12-10-0404.

VLČEK, František, 2011. Jak na indikátory kvality. In: [online]. Olomouc. ©2011 [cit. 2017-09-11]. Dostupné z: <file:///C:/Users/User/Downloads/193vlcekindikatorykvalityolomouc2011.pdf>

VLČEK, František a David MARX (eds.), 2016. *Akreditační standardy pro zdravotnické záchranné služby* [online]. ©2016. Praha: Spojená akreditační komise [cit. 2018-03-22]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/dokumenty/akreditace/>

Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje, Hradec Králové, IČO 48145122. *Kurzy.cz* [online]. ©2018 [cit. 2018-02-09]. Dostupné z: <https://rejstrik-firem.kurzy.cz/48145122/zdravotnicka-zachranna-sluzba-kralovehradeckeho-kraje/>

ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA KRÁLOVÉHRADECKÉHO KRAJE, 2017a. Zachraňujeme Vaše životy od roku 2004. *Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje* [online]. ©2017 [cit. 2018-02-09]. Dostupné z: <https://www.zzskhk.cz/cs/zachranujeme-vase-zivoty-od-roku-2004>

ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA KRÁLOVÉHRADECKÉHO KRAJE, 2017b. KZOS: Krajské zdravotnické operační středisko Zdravotnické záchranné služby Královéhradeckého kraje. *Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje*, [online]. ©2017 [cit. 2018-02-14]. Dostupné z: <https://www.zzskhk.cz/cs/kzos>

ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA KRÁLOVÉHRADECKÉHO KRAJE, 2017c. Organizační struktura. *Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje* [online] ©2017 [cit. 2018-02-18]. Dostupné z: <https://www.zzskhk.cz/cs/organizacni-struktura>

ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA KRÁLOVÉHRADECKÉHO KRAJE, 2017d. Úsek kontroly kvality PNP a inspektor provozu. *Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje* [online] © 2017 [cit. 2018-02-22]. Dostupné z: <https://www.zzskhk.cz/cs/usek-kontroly-kvality-pnp-a-inspektor-provozu>

ŽUFANOVÁ, Hana, 2010. *Audit? Audit!* [online prezentace]. 2010 [cit. 2017-11-12]. Dostupné z: <http://www.projektmanazer.cz/sites/default/files/dokumenty/novinky/listopad/pm250auditzufanova.pdf>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AA	Alergologická anamnéza
AED	Automatický externí defibrilátor
ALS	Advanced life support (rozšířená neodkladná resuscitace)
BTK	Bezpečnostně technická kontrola
DC	Dýchací cesty
DPČ	Dohoda o pracovní činnosti
DP	Diplomová práce
DPP	Dohoda o provedení práce
EKG	Elektrokardiogram
FA	Farmakologická anamnéza
HPP	Hlavní pracovní poměr
IA	Interní auditor
IPPF	International Professional Practice Framework
IZS	Integrovaný záchranný systém
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Health Care Organisation
JCIA	Joint Commission International Accreditation
KHK	Královéhradecký kraj
KZOS	Krajské zdravotní operační středisko
LP	Lifepak (multifunkční monitor na ZZS)
LSPP	Lékařská služba první pomoci
LZS	Letecká záchranná služba
MěP	Městská policie
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NCO NZO	Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

NZO	Náhlá zástava oběhu
OA	Osobní anamnéza
PDCA	Plan, Do, Control, Act (Demingův cyklus)
p.o	Příspěvková organizace
PNP	Přednemocniční neodkladná péče
PR	Public relations (tiskový mluvčí)
PŽV	Periferní žilní vstup
RLP	Rychlá lékařská pomoc
ROSC	Restore of Spontaneous Circulation (obnova spontánní cirkulace krevního oběhu)
RV	Rendez-vous (osobní vůz ZZS s lékařem)
RZP	Rychlá záchranná pomoc
SAK	Spojená akreditační komise
SM	Směrnice
SNB	Sbor národní bezpečnosti
SpO ₂	Saturace krve kyslíkem
ZP	Zdravotní pojišťovna
ZP ČR	Zdravotní pojišťovny České republiky
ZZ	Zdravotnický záchranář
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 Isikawa diagram (TemplateLAB, 2016; Evans, 2014)	21
Obr. 2 Demingův cyklus (Singhal, 2014)	22
Obr. 3 Vhodné začlenění pozice IA do organizační struktury (Institut pro veřejnou správu Praha, 2016)	39
Obr. 4 Vozový park ZZS KHK (Baranec, 2017)	45
Obr. 5 Organizační zařazení vedoucího interních auditů (vlastní zpracování)	66
Obr. 6 Matice rizik 1 (vlastní zpracování)	72
Obr. 7 Matice rizik 2 (vlastní zpracování)	73
Obr. 8 Matice rizik 3 (vlastní zpracování)	74
Obr. 9 Matice rizik 4 (vlastní zpracování)	75
Obr. 10 Matice rizik 5 (vlastní zpracování)	76
Obr. 11 Síťový diagram (1. projekt) (vlastní zpracování)	78
Obr. 12 Síťový diagram (2. projekt) (vlastní zpracování)	84

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 Statistika výjezdů ZZS ČR (Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR, 2018)	59
Tab. 2 SWOT analýza (vlastní zpracování)	63
Tab. 3 Projekt zavedení koncepce interních auditů na ZZS KHK (vlastní zpracování)	65
Tab. 4 Náklady a investice projektu (1. projekt) (vlastní zpracování)	70
Tab. 5 Finanční ohodnocení zaměstnanců (1. projekt) (vlastní zpracování)	70
Tab. 6 Časová analýza (1. projekt) (vlastní zpracování)	77
Tab. 7 Zadání síťového diagramu 1a (1. projekt) (vlastní zpracování)	78
Tab. 8 Zadání síťového diagramu 1b (1. projekt) (vlastní zpracování)	78
Tab. 9 Shrnutí 1. projektu (vlastní zpracování)	79
Tab. 10 Náklady a investice projektu (2. projekt) (vlastní zpracování)	82
Tab. 11 Časová analýza (2. projekt) (vlastní zpracování)	83
Tab. 12 Zadání síťového diagramu 2a (2. projekt) (vlastní zpracování)	83
Tab. 13 Zadání síťového diagramu 2b (2. projekt) (vlastní zpracování)	83
Tab. 14 Shrnutí 2. projektu (vlastní zpracování)	84
Tab. 15 Hodnotící kritéria – Kardiopulmonální resuscitace (vlastní zpracování)	86
Tab. 16 Hodnotící kritéria – Cévní mozková příhoda (vlastní zpracování)	87
Tab. 17 Hodnotící kritéria – Akutní koronární syndrom (vlastní zpracování)	88
Tab. 18 Hodnotící kritéria – Minimální vyšetření (vlastní zpracování)	89

SEZNAM PŘÍLOH

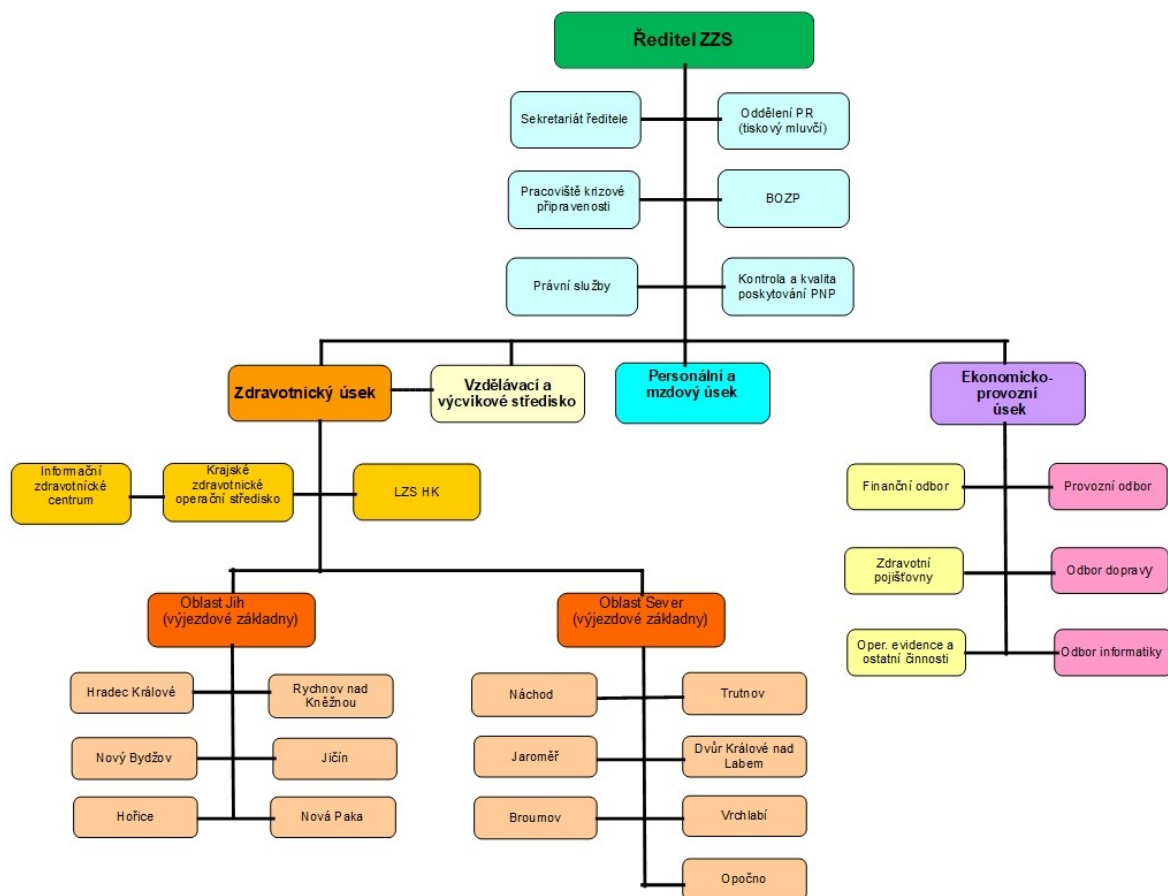
Příloha P I: Organizační struktura ZZS KHK, 2018

Příloha P II: Platové tabulky zdravotnictví, 2018

Příloha P III: Kontrolní list pro interní audit na ZZS KHK

Příloha P IV: Evropská statistika příčiny úmrtí, 2014

PŘÍLOHA P I: ORGANIZAČNÍ STRUKTURA ZZS KHK, 2018



(Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje 2017c)

PŘÍLOHA P II: PLATOVÉ TABULKY ZDRAVOTNICTVÍ, 2018

Platový stupeň	Počet let započítatelné praxe	Platová třída													
		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	do 1 roku	11 140	12 080	13 090	14 210	15 390	16 690	18 120	19 660	21 300	23 160	25 080	27 190	29 520	32 030
2	do 2 let	11 580	12 530	13 600	14 770	15 980	17 330	18 800	20 400	22 100	24 020	26 020	28 240	30 620	33 250
3	do 4 let	12 020	13 010	14 110	15 320	16 580	17 980	19 530	21 170	22 960	24 960	27 030	29 310	31 790	34 510
4	do 6 let	12 460	13 520	14 630	15 900	17 220	18 670	20 270	21 970	23 830	25 880	28 020	30 400	32 980	35 800
5	do 9 let	12 930	14 030	15 200	16 490	17 870	19 390	21 040	22 800	24 730	26 860	29 090	31 550	34 230	37 150
6	do 12 let	13 410	14 560	15 760	17 130	18 540	20 110	21 840	23 640	25 650	27 880	30 190	32 730	35 500	38 550
7	do 15 let	13 950	15 110	16 380	17 760	19 240	20 850	22 680	24 560	26 620	28 920	31 330	33 970	36 880	40 000
8	do 19 let	14 470	15 680	16 980	18 450	19 960	21 630	23 530	25 490	27 630	30 030	32 510	35 260	38 240	41 530
9	do 23 let	15 000	16 270	17 630	19 140	20 730	22 460	24 400	26 430	28 670	31 150	33 740	36 570	39 690	43 100
10	do 27 let	15 590	16 900	18 300	19 880	21 510	23 290	25 340	27 440	29 760	32 330	35 020	37 970	41 200	44 720
11	do 32 let	16 160	17 530	18 990	20 640	22 320	24 190	26 310	28 490	30 890	33 520	36 340	39 380	42 760	46 400
12	nad 32 let	16 780	18 210	19 690	21 420	23 170	25 100	27 310	29 560	32 070	34 810	37 710	40 880	44 370	48 140

(Šnajdrová, 2017)

PŘÍLOHA P III: KONTROLNÍ LIST PRO INTERNÍ AUDIT NA ZZS KHK

Logo organizace

Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje	Číslo interního auditu/ pořadové číslo výjezdu			
Kontrolní list pro ošetřovatelský interní audit				
Výjezdové středisko:	Číslo vozu:			
Vedoucí výjezdového střediska: ZASAHUJÍCÍ POSÁDKA Zdravotnický záchranář: Řidič:				
Předmět interního auditu:				
Datum, místo:	Čas příjezdu na místo IA: Čas příjezdu na místo ZZS:			
Pořadové číslo	Hodnotící kritérium	Shoda		Nehodnoceno
		Ano	Ne	
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
CELKOVÉ HODNOCENÍ ZÁSAHU				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
CELKEM:				

Spisový znak:

SM ...
Strana 1 (celkem 2)

Logo organizace

Zjištěné neshody při interním auditu:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Návrhy k nápravným opatření:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Odstranění neshod do:

Vedlejší nález:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Prostor pro slovní hodnocení (nepovinné pole):

Rozdělovník zprávy: 1. Hlavní IA
2. Vedoucí příslušného výjezdového střediska

PŘÍLOHA P IV: EVROPSKÁ STATISTIKA PŘÍČINY ÚMRTÍ;2014

	Circulatory disease				Total				Females			
	Circulatory disease	Heart disease (*)	Cancer (*)	Lung cancer (*)	Colorectal cancer	Respiratory diseases	Diseases of the nervous system	Transport accidents	Suicide	Breast cancer	Cancer of the cervix	Cancer of the uterus
EU-28 (*)	373.6	126.3	261.5	54.4	30.5	78.3	38.6	5.8	11.3	32.6	3.9	6.6
Belgium	281.9	72.4	252.6	61.6	26.1	95.7	46.5	6.7	17.3	37.0	2.7	6.4
Bulgaria	1 131.0	195.4	242.4	45.5	34.9	58.1	15.3	9.0	9.9	32.6	8.7	9.0
Czech Republic	615.2	333.1	284.6	53.1	37.9	73.4	30.8	7.8	14.4	29.1	5.7	8.0
Denmark	256.6	81.0	300.6	71.7	35.2	115.7	42.9	4.0	11.9	39.7	3.6	6.1
Germany	403.5	142.8	253.2	51.0	29.0	68.0	29.6	4.6	11.9	35.6	3.2	4.9
Estonia	699.6	295.5	299.4	55.3	36.0	43.8	21.8	7.5	18.3	31.8	8.6	5.9
Ireland	309.9	147.5	288.3	61.5	32.4	125.9	48.7	4.0	11.0	41.2	5.0	7.8
Greece	381.4	103.0	249.3	61.9	23.3	108.1	20.9	8.6	5.0	31.0	2.3	5.9
Spain	245.0	68.2	232.7	47.8	33.6	91.7	48.5	4.3	8.2	23.7	2.3	6.2
France	202.9	49.3	245.4	50.1	26.1	52.0	50.2	5.1	14.1	32.9	2.2	7.4
Croatia	678.6	306.5	336.4	65.2	51.0	59.7	21.3	8.9	16.8	44.5	5.5	11.1
Italy	310.1	98.3	246.6	49.4	27.0	58.3	34.3	5.6	6.3	31.7	1.3	6.5
Cyprus	351.8	108.7	201.0	37.2	16.7	86.2	26.8	6.5	4.5	26.6	1.5	9.2
Latvia	882.7	442.7	299.3	46.9	34.2	35.9	15.6	12.4	19.0	34.6	9.5	9.5
Lithuania	848.8	564.4	276.2	46.1	32.1	42.1	20.8	10.7	31.5	28.5	10.4	8.4
Luxembourg	296.9	80.3	260.7	59.6	25.5	63.8	38.0	6.0	13.4	35.6	3.2	6.3
Hungary	761.5	390.6	348.1	89.8	55.0	78.6	19.9	8.1	19.4	37.9	7.6	8.2
Malta	372.4	202.8	233.5	43.2	28.3	96.6	21.0	2.5	8.3	35.1	1.8	12.7
Netherlands	271.7	62.4	282.2	66.7	32.9	74.1	48.3	4.1	11.1	35.2	2.4	5.9
Austria	418.1	179.1	249.3	47.5	26.4	46.6	32.6	5.8	15.3	32.4	3.4	5.5
Poland	591.4	129.1	292.3	69.2	36.0	69.1	16.5	10.3	15.5	31.0	8.3	8.0
Portugal	305.8	69.6	242.1	36.4	35.0	116.7	32.8	7.8	11.3	26.7	3.5	6.4
Romania	951.3	320.3	273.2	54.2	32.4	78.4	21.0	12.3	11.4	32.1	16.4	6.0
Slovenia	451.3	102.8	299.9	58.6	38.4	66.3	21.1	6.7	18.9	33.5	4.4	9.3
Slovakia	654.6	388.8	324.1	50.0	49.2	74.9	29.5	8.5	10.8	35.8	8.7	9.9
Finland	378.8	199.2	218.6	39.0	22.6	34.4	155.0	5.7	14.6	26.6	1.8	6.1
Sweden	338.3	131.2	234.8	38.7	29.2	58.1	42.6	3.4	12.1	27.0	2.6	6.3
United Kingdom	264.9	118.4	278.4	61.4	27.7	130.9	47.6	2.8	7.1	34.7	2.8	6.7
Liechtenstein	296.4	73.7	203.0	31.3	6.8	89.8	67.6	10.3	10.2	41.0	..	9.9
Norway	272.6	95.7	252.5	50.5	36.4	88.4	45.4	4.0	7.3	27.2	2.7	7.2
Switzerland	280.0	97.8	219.6	42.1	22.8	51.3	44.5	3.6	12.8	31.1	1.4	5.1
Serbia	931.6	159.5	298.3	69.4	37.2	79.7	27.3	7.6	15.9	41.9	10.4	8.0
Turkey (*)	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	4.2

(*) Ischaemic heart diseases.

(*) Malignant neoplasms.

(*) Malignant neoplasms of trachea, bronchus and lung.

(*) For the age standardisation, among older people, the age group aged 85 and over was used rather than separate age groups for 85-89, 90-94 and 95 and over.

(*) 2013.

Source: Eurostat (online data code: hlth_cd_asdr2)

(Eurostat, 2018)