

Projekt zavedení managementu kvality ve vybrané zdravotnické organizaci

Bc. Vendula Johanes

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. Vendula Johanes**
Osobní číslo: **M15659**
Studijní program: **N6208 Ekonomika a management**
Studijní obor: **Management ve zdravotnictví**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Projekt zavedení managementu kvality ve vybrané zdravotnické organizaci**

Zásady pro vypracování:

Úvod

Definujte cíle práce a použité metody zpracování práce.

I. Teoretická část

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

II. Praktická část

- Charakterizujte vybranou organizaci a analyzujte její současný stav.
- Na základě zhodnocených výsledků analýz vytvořte projekt zavedení managementu kvality do firmy.
- 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:

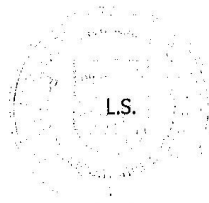
BRIŠ, P. Management kvality. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2010, 208 s. ISBN 987-80-7318-912-9.
BUCHBINDER, S. B. a SHANKS. N. H. Introduction to health care management. Burlington, Mass.: Jones and Barlett Learning, 2012, 494 s. ISBN 978-0-7637-9086-8.
GLADKIJ, I. Management ve zdravotnictví. Brno: Computer Press, 2003, 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
NENADÁL, J. a kol. Moderní management jakosti: principy, postupy, metody. Praha: Management Press, 2011, 377 s. ISBN 978-80-7261-186-7.
PURUSHOTHAMA, B. Effective implementation of quality management systems. New Delhi: Woodhead Publishing India, 2010, 170 s. ISBN 9780857090010.

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

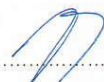
- beru na vědomí, že odevzdáním diplomové/bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby;
- beru na vědomí, že diplomová/bakalářská 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 s přípustí-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

Jméno a příjmení: 16.4.2018


.....
podpis diplomanta

ABSTRAKT

Tato diplomová práce se zabývá implementací managementu kvality do vybrané rehabilitační ambulance v Olomouci. Cílem této práce je poskytnout náhled na jednotlivé kroky, jež vedou k samotnému zavádění managementu kvality do zdravotnického zařízení. Teoretická část definuje kvalitu, včetně historického vývoje, systémy kvality, specifikuje kvalitu ve zdravotnictví a související legislativu. Praktická část je rozdělena na analytickou část, která se zabývá analýzou makroprostředí a mikroprostředí organizace, a část projektovou, která se zabývá již samotnou implementací. V závěru je podrobena časovou, nákladovou a rizikovou analýzou, a jeho celkové zhodnocení. Výsledkem diplomové práce je vytvoření projektu, který může sloužit jako podklad nebo inspirace pro vedení organizace, pro niž byl navrhnut.

Klíčová slova: kvalita, management kvality, implementace managementu kvality, analýza, projekt

ABSTRACT

This diploma thesis deals with the implementation of quality management in a selected physiotherapy outpatient clinic in Olomouc. The aim is to provide an overview of the individual steps leading to the introduction of quality management into health services. The theoretical part defines quality, including the history, quality systems, specifies quality in health care and the related legislation. The practical part is divided into an analytical part dealing with the analysis of the organization's macro and micro environments, and a project part dealing with the implementation. The final section provides a time, cost and risk analysis, and the overall evaluation. The result of the thesis is the creation of a project which can serve as background or inspiration for the management of the health care facility for which it was designed.

Keywords: quality, quality management, quality management implementation, analysis, project

Ráda bych poděkovala Ing. Jance Vydrové, Ph.D. za její odborné vedení, ochotu pomoci a za všechny její cenné rady, inspiraci, připomínky, podporu při zpracování práce a věnovaný čas.

OBSAH

ÚVOD	9
CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 KVALITA	12
1.1 HISTORIE KVALITY	13
1.2 DEFINICE KVALITY	14
2 MANAGEMENT KVALITY	16
2.1 KONCEPCE MANAGEMENTU KVALITY	16
2.1.1 ISO	16
2.1.2 SAK.....	19
2.1.3 TQM.....	20
2.1.4 EFQM.....	21
2.1.5 JCAHO.....	22
2.1.6 JCIA	23
2.2 VÝZNAM MANAGEMENTU KVALITY	23
2.3 AKREDITACE	25
2.3.1 VYMEZENÍ POJMU AKREDITACE	25
2.3.2 VÝZNAM A PŘÍNOS AKREDITACE	26
2.3.3 PRŮBĚH AKREDITACE	27
3 KVALITA VE ZDRAVOTNICTVÍ	29
3.1 HISTORIE.....	30
3.2 SPECIFIKA ZAVÁDĚNÍ MANAGEMENTU KVALITY VE ZDRAVOTNICTVÍ	31
3.3 SYSTÉMY KVALITY VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	33
3.4 LEGISLATIVA.....	34
4 SITUAČNÍ ANALÝZA	37
4.1 PEST ANALÝZA.....	37
4.2 PORTERŮV MODEL.....	37
4.3 SWOT ANALÝZA.....	39
5 EKONOMIKA ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE	42
6 ZÁVĚREČNÉ ZHODNOCENÍ TEORETICKÉ ČÁSTI	43
II PRAKTICKÁ ČÁST	44
7 PŘEDSTAVENÍ ORGANIZACE – REHABILITACE XY	45
7.1 SITUAČNÍ ANALÝZA	47
7.1.1 PEST ANALÝZA	47

7.1.1.1 Politicko - právní vlivy	47
7.1.1.2 Ekonomické vlivy	49
7.1.1.3 Sociologické vlivy	52
7.1.1.4 Technologické vlivy	52
7.1.2 PORTER ANALÝZA	53
7.1.2.1 Hrozba nových vstupů konkurentů na trh.....	53
7.1.2.2 Konkurenční rivalita v odvětví	53
7.1.2.3 Vyjednávací síla dodavatelů	54
7.1.2.4 Vyjednávací síla odběratelů.....	54
7.1.2.5 Hrozba substitutů	54
7.1.2.6 Shrnutí Porterovy analýzy	55
7.1.3 FINANČNÍ ANALÝZA ORGANIZACE	55
7.1.4 PRŮZKUMY SPOKOJENOSTI PACIENTŮ.....	57
7.1.5 SWOT ANALÝZA	63
7.1.2.2 Silné stránky	64
7.1.2.3 Slabé stránky.....	64
7.1.2.4 Příležitosti	64
7.1.2.5 Hrozby	65
7.1.2.6 Shrnutí SWOT analýzy.....	65
7.1.6 ZÁVĚRY Z ANALÝZ.....	67
8 PROJEKT ZAVEDENÍ MANAGEMENTU KVALITY	68
8.1 CÍLE PROJEKTU	68
8.2 PŘÍPRAVA PROJEKTU	69
8.3 ČASOVÁ ANALÝZA	72
8.4 RIZIKOVÁ ANALÝZA	73
8.5 NÁKLADOVÁ ANALÝZA	78
8.6 MARKETINGOVÁ KONCEPCE	79
8.7 ZHODNOCENÍ NÁVRHU PROJEKTU	81
ZÁVĚR	83
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	84
SEZNAM OBRÁZKŮ	89
SEZNAM TABULEK.....	90
SEZNAM GRAFŮ	91

ÚVOD

Jedním z nejdiskutovanějších témat posledních let je kvalita zdravotní péče a její zavedení do zdravotnické organizace a její následné udržení. Zvlášt po vstupu České republiky do Evropské unie se v oboru zdravotnictví kvalita zdravotních služeb a péče začala více porovnávat. Zdraví je pro člověka jednou z prioritních hodnot a její úroveň a dostupnost zdravotních služeb je pro něj důležitá, protože výrazným způsobem ovlivňuje kvalitu života. Proto se každé zdravotnické zařízení snaží poskytovat co nejkvalitnější zdravotní péči a zaměřují se na zvyšování kvality ošetrovatelské péče. Jednají tak z důvodu například zajištění spokojenosti a očekávání pacientů a tím i dobrou pověst organizace, uspokojení potřeb a požadavků pacientů, úspěch v široké konkurenci, neméně důležitým důvodem je snaha přiblížit se standardům Evropské unie, etická stránka zdravotnického personálu a v neposlední řadě efektivní využívání lidských a finančních zdrojů v rámci zdravotnické organizace. Je třeba si uvědomit, že management kvality se týká celé organizace od vrcholového vedení až k poslednímu zaměstnanci, jedná se o nikdy nekončící koloběh.

K neustálému zvyšování nároků na kvalitu poskytované zdravotní péče, je důležité zavádění systémů řízení kvality zdravotní péče, protože kvalita, respektive celý management kvality, je v dnešní době zásadním aspektem úspěšnosti organizace. Zjištěné a nadále vyhodnocené výsledky jsou dobrou zpětnou vazbou pro management zdravotnické organizace a podnětem pro další zlepšování kvality.

Tato diplomová práce přibližuje aktuální a velmi diskutovanou problematiku poskytování zdravotních služeb, ve své teoretické části definuje základní pojmy jako je kvalita, její historii, význam zavádění managementu kvality do organizace, dílčí koncepce managementu kvality, legislativu, řízení kvality.

V praktické části je představena vybraná zdravotnická organizace, provedeny analýzy jejího současného stavu, tzn. analýzu mikroprostředí a makroprostředí, monitoring spokojenosti pacientů prostřednictvím dotazníků a jejich následné vyhodnocení, a sestaven plán projektu, náklady a rizika implementace managementu kvality do vybrané zdravotnické organizace.

Cílem diplomové práce bylo zmapovat rozsah poskytované kvality zdravotní péče, na základě vypracovaných analýz navrhnout postup pro nastavení a následné řízení kvality odpovídající požadavkům zákona a potřebám analyzovaného zdravotnického zařízení, které s touto oblastí nemělo doposud jakékoli zkušenosti.

CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE

Hlavním cílem diplomové práce je na základě zjištěných faktů vyplývajících z teoretické části a následných provedených analýz zpracovat projekt implementace managementu kvality ve vybrané zdravotnické organizaci, která s touto oblastí neměla dosud žádné zkušenosti.

Cíle navrženého projektu:

- zajištění vysoké úrovně kvality poskytovaných odborných lékařských i ošetrovatelských činností
- neustále zajist'ovat spokojenost pacientů
- zefektivnit hospodárnost provozu organizace

Metody zpracování práce

Ke zpracování projektu bylo nejdříve nutné analyzovat prostředí organizace. K tomu bylo použito analýzy PEST, PORTER, SWOT a finanční analýza organizace. Součástí je i dotazníkové šetření, které probíhalo ve vybrané organizaci od prosince 2017 do února 2018. Celkem bylo zpracováno 80 dotazníků a cílovou skupinou byli muži a ženy, kteří ve sledovaném období využívali služeb rehabilitace Zdraví s.r.o. Pro vyhodnocení dotazníků bylo užito absolutní a relativní četnosti.

Na základě kvalitativní analýzy zdravotnického zařízení a identifikace klíčových procesů byl vytvořen projekt implementace managementu kvality, v němž budou popsány jednotlivé dílčí kroky. V závěru je projekt podroben časové, nákladové a rizikové analýze, zda jsou postupy realizovatelné, a celkové zhodnocení projektu.

V diplomové práci jsou použity metody analýzy, syntézy a dedukce.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KVALITA

1.1 Historie kvality

Pohled a názory na kvalitu mezi výrobci, zákazníky, poskytovateli služeb a distributory procházel značným vývojem a neustálými změnami, stejně jako hospodářské a výrobní podmínky.

Briš (2005, s. 6) uvádí, že k prvnímu posunu názoru na jakost došlo v období, kdy se produkt stal předmětem směny a vytvořil se vztah poskytovatele produktu - zákazník. Pro tuto dobu bylo charakteristické, že ten, kdo produkt poskytovatel byl v přímém kontaktu se svým zákazníkem, čili většinou znal jeho požadavky a přání. Plně odpovídal za kvalitu nabízeného produktu.

Období druhé světové války a raně poválečné doby soustředilo svoji pozornost na vlastní výrobu a technickou kontrolu vstupů a výstupů. Začaly se objevovat nové trendy v přístupu kvality. Zákazníkům již nestačily jen předepsané vlastnosti produktu, začali narůstat požadavky zákazníků a více se zajímali o další kritéria jako jsou vzhled výrobku, jeho spolehlivost, komfort při užívání a úsporu. Začaly se objevovat služby spojené s péčí o zákazníka, stupňoval se zájem o prodejní a poprodejní servis.

Novou situaci na světových trzích prvně pochopili japonští manažeři a stratégové, kteří jako první docenili teorii W. E. Deminga o komplexním přístupu k managementu kvalitu a s pomocí jeho metod dokázali, že toto chápání kvality je konkurenční výhodou i účinným nástrojem k prosperitě.

Počátkem 80. let ustanovila Mezinárodní organizace pro normalizaci ISO technickou komisi, která vypracovala normy ISO řady 9000, a v roce 1987 byly přijaty. Tyto standardy jsou součástí národních systémů norem ve většině vyspělých zemí.

Významným krokem pro dosahování vyšší kvality v organizaci a tím i dalších podnikatelských úspěchů bylo zjištění, že kvalitu je potřeba řídit systematicky, a to zavést komplexní řízení kvality (TQM, Total Quality management), jež se zaměřuje na cíle organizace, procesech i lidech a to včetně otázek etiky a podnikové kultury.

Počátkem 90. let vzniká model excelence – EFQM, který se základem pro hodnocení organizací v soutěži o Evropskou cenu kvality. Na podobném principu je ve Spojených státech udělována Baldringova cena za kvalitu a v Japonsku Demingova cena za jakost.

Konec 20. století je charakteristický rozvojem informačních technologií a globálních konkurencí. Ta nutí organizace, která chce uspět na trhu, začleňovat do svých systémů

další oblasti jako jsou problematika bezpečnosti práce a oblast životního prostředí, tzv. integrovaný management.

V Evropské unii je problematice kvality věnována mimořádná pozornost. Pro dosažení evropské konkurenceschopnosti byla v roce 1993 podpora kvality zařazena do Bílé knihy „Rozvoj, konkurenceschopnost a zaměstnanost.“ Byly přijaty dokumenty „A European Quality Promotion Policy for Improving European Competitiveness“ a „Benchmarking the competitiveness of European Industry.“ Ty se staly základem podobných politik v členských státech Evropské unie. V roce 1998 byla na Evropském konventu v Paříži podepsána „Evropská charta kvality.“

Snahy o sjednocení a kodifikaci přístupů v hodnocení kvality našly odezvu i u nás a v roce 1995 byl představen Program Ceny České republiky za jakost. Ten vychází a důsledně respektuje model EFQM a soutěže o evropskou cenu kvality. Od roku 2006 má tento program statut Národní ceny kvality České republiky.

V roce 2000 přijala vláda České republiky dokument Národní politika podpory jakosti, který popisuje vztah státu k potřebám rozvoje kvality.

V oblasti managementu kvality hraje významnou roli Česká společnost pro jakost (dále jen ČSJ), která je nositelem a koordinátorem řady aktivit a respektovanou názorovou platformou. ČSJ - uznávané centrum pro vývoj, získávání a šíření poznatků pro podporu úspěšnosti organizací a zvyšování kvality života, jejichž posláním je rozvoj, získávání a šíření nových poznatků z oblasti kvality a jejich řízení pro uspokojování profesních potřeb svých členů, pro podporu organizací při dosahování úspěšnosti a pro zvyšování kvality života občanů. ČSJ zabezpečuje fungování Národního informačního střediska pro podporu jakosti.

Mezi nejznámější světové představitele řízení jakosti bych uvedla W. E. Deminga a J. M. Jurana.

W. E. Deming – byl americký statistik, který proslul svou průkopnickou prací statistického řízení jakosti v Japonsku. Definoval sedm smrtelných chorob firmy = jednání vedoucích k zániku firmy:

1. nedostatek vytrvalosti
2. důraz na krátkodobé zisky
3. hodnocení na základě výběru, zásluh a každoroční hodnocení výkonů
4. vrtkavost managementu
5. řízení firmy jen na základě viditelných čísel

6. nadměrné náklady na zdravotní péči

7. nadměrné náklady na záruční opravy

Je mu připisováno autorství metody zlepšování PDCA jako systematického přístupu k řešení problémů. Je po něm pojmenována japonská cena za jakost – Demingova cena.

J. M. Juran – „otec“ moderního managementu kvality, byl celosvětově vnímán jako průkopník a šířitel podnikové kvality, v oblasti managementu kvality se řadil mezi nejvýznamnější myslitele 20. století. Jako první poukázal na náklady spojené s řízením jakosti. Napsal několik knih, např. „Quality Control Handbook“ (Příručka řízení jakosti), která je velmi populární a byla prodávána po celém světě, nejvíce upoutala pozornost Japonské unie vědců a inženýrů, kteří ho pozvali do Japonska, kde vedl řadu kurzů v Řízení kvality.

Řízení jakosti není nic ukončeného, její výkon se neustále mění a vyvíjí. Stále ještě existuje prostor pro zdokonalování.

1.2 Definice kvality

Přesně definovat kvalitu jako takovou není příliš jednoduché, a to z toho důvodu, že to není jen soubor metod, postupů a technik, ale je chápána jako filozofie, jež je úzce spjata s kulturou organizace. Kvalitu můžeme charakterizovat hned několika způsoby.

Dle WHO je kvalita souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, které jsou určeny potřebami obyvatelstva na základě poznatků lékařských věd a praxe.

Gladkij a kol. (2003, s. 364) definuje kvalitu jako souhrn vlastností výrobku či služeb vyjadřující způsobilost uspokojovat potřeby, ke kterým jsou příslušné výrobky či služby určeny. Kvalita zdravotní péče znamená dělat správné věci, ve vhodný čas, správným způsobem, správným lidem a dosahovat vzhledem k daným podmínkám nejlepších výsledků.

Nenadál et al. (2011, s. 13) ve své knize cituje průkopníky kvality a jejich definice:

Joseph M. Juran formuloval kvalitu takto: „Jakost je způsobilost k užití.“

Philip B. Crosby: „Jakost je shoda s požadavky.“

Feigenbaum: „Kvalita je to, co za ni považuje zákazník.“

Oficiální definice dle International Organization for Standardization zní: *„Kvalita (jakost) je souhrn vlastností a charakteristik výrobku nebo služby, podmiňujících jeho schopnost uspokojovat stanovené, nebo předpokládané potřeby.“* (Tuček, Bolák, 2006, s. 157)

Nenadál a kol. (2011, s. 14) ovšem nepovažuje zmíněné definice za neměnné a strnulé. Tak jako všechno kolem nás, vyvíjí se i chápání a vztah k jakosti. V posledních několika letech je v celém světě např. zřetelný příklon k tomu, aby jakost byla chápána jako určitý stav nadprůměrné výkonnosti v oblasti řízení organizací a jimi dosahovaných výsledků, která je nabízena všem zainteresovaným stranám, včetně životního prostředí.

Všichni máme rádi kvalitní výrobky. Přirozeně. Kvalitní výrobek znamená spokojený a vracející se zákazník. Kvalita tedy znamená dobré vlastnosti výrobku aneb služby.

2 MANAGEMENT KVALITY

2.1 Koncepce managementu kvality

Poskytováním kvalitních zdravotnických služeb se zabývají různé země ve světě a vznikly různé modely, které se zaměřují na kvalitu poskytované zdravotní péče.

Válková (2015, s. 37) tyto modely rozděluje do čtyř základních kategorií:

1. kategorie: Modely systémů řízení kvality - Mezinárodní organizace pro normalizaci, ISO
2. kategorie: Modely (národní i nadnárodní) akreditačních standardů - JCAHO, JCIA, SAK ČR
3. kategorie: Modely definující proces tvorby národních akreditačních standardů, ISQua, ALPHA, které jsou zaměřeny na klienta a zapojení klienta do zdravotní péče a respektování práv pacienta, monitorování kvality, řízení rizik a kontinuita procesu.
4. kategorie: Modely excelence – světové ceny za kvalitu, Baldrige, EFQM, Six Sigma.

V podmínkách českého zdravotnictví jsou nejvíce zastoupeny systémy založené na národních akreditačních standardech SAK a principech norem ISO 9000.

Ve výjimečných situacích získalo několik fakultních nemocnic v České republice certifikát v rámci mezinárodních akreditací. Jelikož v podmínkách středních a malých nemocnic je dosažení těchto akreditací víceméně nemožné, např. z důvodu vysokých nákladů anebo z požadavků vysoce překračující legislativní rámce České republiky a tím pádem je jejich výskyt spíše sporadický, nebudou v textu uvedeny.

2.1.1 ISO

ISO (International Organization for Standardization) je mezinárodní organizace zabývající se tvorbou norem, je nejrozšířenějším modelem kvality. Vznikla v roce 1947 v Ženevě s cílem vytvářet technické standardy téměř ve všech odvětvích.

Jejím programem je především zkoumání procesů v organizaci z pohledu kvality. Tento program má ověřit, zda v organizaci existují správně dokumentované a efektivně fungující procesy kvality, a zajistit základní podmínky a předpoklady pro trvalou kvalitu procesů v dané organizaci. (Pešek, 2003, s. 36)

Sama o sobě zkratka ISO neříká, čemu se norma věnuje a přesné označení vystihuje číselný kód. Jediným orgánem oprávněným k vydání norem v České republice je Český mezinárodní institut. Česká norma nese označení ČSN a uvádí se před „EN ISO“.

Mezi nejrozšířenější standardy normy ISO je dle SUSS Consulting (©2017) systém ISO 9001, který je aplikovatelný na všechny typy firem bez ohledu na jejich velikost a obor činnosti. Aktuální verze ISO 9001 vyšla v září 2015, česká verze normy ISO 9001 je platná od března 2016.

Řízení kvality dle ISO 9001 je založeno na aplikaci procesního přístupu řízení, zdůrazňuje význam strategického řízení, zavádí povinné řízení rizik a příležitostí.

Škrlovi (2003, s. 47) uvádí, že získání certifikace ISO 9001 znamená, že organizace byla prošetřena a bylo zjištěno, že má systém managementu, který zajišťuje důslednost a spolehlivost.

Systém managementu kvality dle ISO 9001 zavádí potřebný řád. Organizace si sama určuje, jaké konkrétní postupy do systému řízení zavede a jak je bude provádět. Zavedený systém jí pak pomáhá v neustálém zlepšování svých činností, nutí organizaci svou práci řídit a zlepšovat. (Kvalita ve veřejné správě ©2014-2020)

Dle Peška (2003, s. 37) normy ISO neurčují přesná pravidla, ale pouze definují, co se musí kontrolovat prostřednictvím množství požadavků, které norma vyžaduje. Norma nehovoří o tom, jak mají být jednotlivé procesy kontrolované, nedávají velmi mnoho flexibility zavádějící organizaci, takže systém kvality, který organizace vytváří, může plně vyhovovat jak jí, tak i jejím zákazníkům či pacientům.

Pešek (2003, s. 37) uvádí následující charakteristické rysy normy ISO:

- zaměření na stabilitu kvality,
- zavádění pořádku a disciplíny do zabezpečení kvality,
- detailní dokumentace všech postupů zabezpečování kvality,
- dokladovost (evidence, záznamy), realizace postupů,
- zpětná vazba a na jejím základě uskutečnění nápravy,
- maximální dosažení spokojenosti zákazníka,
- nepřetržité zlepšování,
- prevence neshod.

Úspěšné vedení a fungování organizace vyžaduje, aby byla vedena a řízena systematickým a transparentním způsobem. Úspěch může být výsledkem zavádění a udržování takového systému managementu, jehož cílem je neustálé zlepšování výkonnosti organizace, a to na základě potřeb zainteresovaných stran. Řízení organizace zahrnuje management kvality společně s dalšími disciplínami managementu.

Madar a kol. (2004, s. 51 – 52) identifikuje osm zásad managementu kvality, které může vrcholové vedení používat pro vedení organizace ke zvýšení výkonnosti:

- a) orientace na zákazníka
- b) moderní management
- c) orientace na pracovníky na všech úrovních organizace
- d) aplikace pojetí rozhodujících činností organizace jako procesů
- e) systémový přístup
- f) zabezpečení neustálého zlepšování
- g) analýza údajů a informací
- h) úsilí o partnerství

M Visoion Consulting (©2017) uvádí, že přirozeným završením zavádění ISO norem je certifikace. Certifikační audit, aby byl skutečně právoplatný, musí být realizován akreditovaným certifikačním orgánem. Těchto je na trhu ČR cca 85. Certifikačním auditem bude prověřen zavedený systém, zda odpovídá požadavkům organizace, právním a legislativním požadavkům a požadavkům daných ISO norem.

Certifikace je poté obhajována v rámci recertifikačních auditů externím hodnotitelem.

Pešek (2003, s. 27) popisuje certifikaci jako ověření shody se specifikovanými požadavky – nestranné, kvalifikované prověření způsobilosti např. služby třetí nezávislou stranou, ukončené vydáním certifikátu = doklad o shodě systému jakosti organizace s kritérii předepsaných norem. Certifikace zdravotnického zařízení dle Peška (2003, s. 43) potvrzuje pomocí kompetentního nezávislého orgánu, že toto zařízení je schopno dodávat pacientům zdravotnické služby odpovídající požadavkům normy ISO. Systémy zaváděné podle této normy jsou v současné době z hlediska metodologie pravděpodobně nejpropracovanější a mohou být kompatibilní s požadavky akreditačních standardů vydávaných Ministerstvem zdravotnictví.

2.1.2 SAK

Škrla a Škrlová (2003, s. 49) uvádí, že spojená akreditační komise (SAK) byla založena v roce 1998 jako zájmové sdružení právnických osob. Jejím hlavním posláním je trvalé zlepšování kvality a bezpečí zdravotních služeb v České republice pomocí akreditací poskytovatelů, poradenské činnosti a publikačních aktivit.

SAK se sídlem v Praze vydala v roce 1998 padesát akreditačních standardů, které jsou rozděleny do deseti tematických oblastí (Válková, 2015, s. 38) Práce podle těchto standardů není systémová, jednotlivé položky nejsou mezi sebou provázány. (Madar a kol., 2004, s. 44) Marx a Vlček (2009, s. 5 - 6) rozdělují standardy do deseti oblastí, které jsou SAK posuzovány, a to:

- standardy řízení kvality a bezpečí
- standardy diagnostikované péče
- standardy péče o pacienty
- standardy kontinuity zdravotnické péče
- standardy dodržování práv pacientů
- standardy podmínek poskytování péče
- standardy managementu
- standardy řízení lidských zdrojů
- standardy pro sběr a zpracování informací
- standardy protiepidemických opatření

SAK ČR realizuje ve zdravotnických zařízeních, která o to požádají, tzv. akreditační šetření s cílem zajistit shodu mezi akreditačními standardy a aktuálním stavem zdravotnického zařízení. Prokáže-li se shoda, SAK ČR udělí zdravotnickému zařízení akreditační certifikát platný 2-3 roky. (Válková, 2015, s. 38) Osvědčení vydané touto komisí má platnost pouze pro oblast zdravotnictví České republiky, a i to je sporné, protože není zakotvené v žádné právní normě. Navíc cena za akreditaci SAK se počítá za jednotlivá oddělení a je stejně vysoká, ne-li vyšší než cena za evropsky uznávaný certifikát dle normy ISO. (Madar, 2004, s. 44)

V roce 2009 vstoupilo v platnost nové vydání Národních akreditačních standardů. SAK ČR, která přináší zdravotnickým organizacím moderní a efektivní nástroj zvyšování kvality a bezpečí poskytované péče. Celkový počet standardů se zvýšil na 74.

Od roku 2012 je SAK ČR oprávněna hodnotit a certifikovat kvalitu a bezpečí lůžkové zdravotní péče.

2.1.3 TQM

Total management quality (TQM) byla formulována během druhé poloviny dvacátého století zejména v Japonsku, následně v USA a Evropě. (Nenadál a kol., 2008, s. 46)

Spejchalová (2014, s. 35) upozorňuje na požadavky, které spadají do oblasti TQM, jež neměly nikdy podobu norem, vznikala spíše doporučení guruů kvality, která se tradovala ve sbornících a tzv. příručkách kvality. Postupem času se požadavky ustálily a nyní jsou sepsány ve formě předpokladů pro získání cen za jakost.

TQM vzniklo na základě zkušeností japonských a amerických firem zaměřených na zabezpečování jakosti a klade důraz na neustálé zlepšování. Celkově je řízení kvality podle Madara (2004, s. 45) koncipováno tak, aby fungovalo maximálně efektivně a výkonně, s co možno nejnižšími náklady, aby maximálně využívalo lidské a materiální zdroje ve všech oblastech, které ji tvoří.

Pešek (2003, s. 45) dodává, že TQM vyžaduje úplnou a bezvýhradnou angažovanost zaměstnanců na všech úrovních a ve všech oblastech řízení společnosti, která musí začínat jejím vedením. Proto je třeba znát perfektně současné a budoucí potřeby a požadavky zákazníků a komplexně znát své zaměstnance tak, aby všichni měli na zřeteli neustálé zdokonalování kvality v rámci své působnosti i v celé organizaci.

Spejchalová (2014, s. 34 – 35) vysvětluje zkratku TQM následovně:

T – Total – komplexní, úplné. Každý pracovník se podílí na zajištění dokonalého produktu, řízení se týká všech činností, kvalita prostupuje celou firmou.

Q – Quality – jakost je chápána jako kvalita produktu – tedy bezvadnost, plnění požadavků a stabilita, ale také jako kvalita procesů, zdrojů.

M – Management – řízení ve všech složkách, tj. strategické, taktické i operativní. Zahrnuje všechny manažerské aktivity – plánování, motivaci, vedení, kontrolu, atd.

Hlavními principy strategie TQM v systému zdravotní péče jsou dle Madara (2004, s. 45):

- zaměření na uživatele péče, klienty – pacienty

- týmová spolupráce
- odstranění profesionálních bariér
- řízení lidských zdrojů

Spejchalová (2014, s. 35) zařazuje mezi zásadní témata TQM:

- trvalé zlepšování
- benchmarking
- orientaci na zákazníka
- leadership
- uvědomění si priorit
- uplatnění prevence
- důraz na bezvadnost

Konečným cílem TQM je transformace celého systému zdravotní péče tak, aby personál, složky a všechny ostatní činnosti byly zaměřeny na uspokojování potřeb klientů. (Madar, 2004, s. 45)

2.1.4 EFQM

Evropská komise pro řízení kvality (EFQM) byla založena v roce 1988. Posláním EFQM je stimulovat evropské instituce ke zlepšování jejich činností s cílem dosáhnout vysokého stupně spokojenosti jejich zákazníků i zaměstnanců a podporovat manažery evropských organizací v prosazování postupů, které kvalitu vnímají jako zásadní faktor k dosažení konkurenční výhody. Jednotlivé organizace se posuzují v definovaných oblastech. EFQM poskytuje zájemcům strategickou osnovu a kritéria pro řízení organizace. (Nenadál a kol., 2004, s. 46)

Ve Spojených státech amerických je na podobných principech udělována Baldringova cena za jakost a v Japonsku Demingova cena za jakost.

Spejchalová (2014, s. 35) uvádí, že EFQM stanovuje 9 základních a 32 dílčích kritérií, která slouží pro posouzení systému řízení v organizaci, pro sebehodnocení, pro ověření úrovně managementu organizace. Prvních pět kritérií je chápáno jako předpoklady modelu (nástroje), které poskytují návod na to, jak dosahovat nadprůměrných výsledků. Výsledky jsou posuzovány ve zbylých čtyřech kritériích.

Organizace, která plní požadavky programu, může získat Evropskou cenu za kvalitu. Zdravotnické zařízení, které si volí tento model kvality, může v budoucnu očekávat kladný

hospodářský výsledek, ale také kladné hodnocení poskytovaných služeb laickou i odbornou veřejností. (Válková, 2015, s. 38-39)

Na tvorbě a průběžném zdokonalování tohoto modelu se podílejí desítky nejlepších manažerů evropských firem, univerzitních profesorů i profesionálních poradců a v jednotlivých 32 dílčích kritériích je ukryto jedinečné know – how pro další intenzivní rozvoj systémů řízení všech typů organizací. (Nenadál a kol., 2008, s. 48)

Dle Gladkije a kol. (2003, s. 312 – 313) výhodou tohoto modelu je na rozdíl od systémů založených na klasických ISO normách kontinuální charakter řízení kvality. Zatímco zavedení ISO norem nastolí v organizaci určitý stav, ale nevede ke kontinuálnímu dalšímu zvyšování kvality a jejímu řízení, EFQM nutí organizaci k neustálému monitorování svého vlastního stavu a k průběžnému zvyšování kvality.

Nenadál (2002, s. 31 – 32) srovnává ISO a TQM tak, že po splnění požadavků ISO norem představuje zvládnutí modelu EFQM jen asi z 25%.

EFQM vyvinul a propaguje v Evropě nejrozšířenější a velmi respektovaný model Excellence. Jako excellence je přitom chápáno vynikající působení organizace v oblasti řízení i dosahování výsledků (Nenadál, 2011, s. 47). Nenadál a kol. dále uvádějí (2011, s. 47), že logiku i vzájemné vztahy tohoto modelu není těžké pochopit: podmínkou dosahování dlouhodobých vynikajících klíčových výsledků výkonnosti organizací je dosahování nadprůměrných výsledků v oblasti spokojenosti a loajality externích zákazníků i vlastních zaměstnanců, jakož i v oblasti vnímání organizace ze strany okolí, např. občany regionu apod.

2.1.5 JCAHO

Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) byla založena v USA, sleduje úroveň a kvalitu zdravotnictví od roku 1951. Madar a kol. (2004, s. 43 – 44) ji definují jako nezávislou neziskovou organizaci, která se stále snaží rozpracovávat soubor kritériích pro hodnocení úrovně a kvality poskytované péče v nemocnicích. Nemocnice jsou hodnoceny podle 500 ukazatelů. Komise má přístup do dokumentace, hovoří s personálem a pacienty. Zaměřuje se na práva pacientů, etiku, výchovu pacienta a rodiny, sledování infekcí, na lékaře a sestry, řízení nemocnice, šíření informací. Její dceřinou společností je JCIA.

2.1.6 JCIA

V roce 1999 byl vytvořen Mezinárodní akreditační program s názvem Joint Commission International (JCIA, Spojená akreditační komise). Tento akreditační program získal mezinárodní uznání, neboť standard kvality byl vytvořen ve spolupráci se zástupci 16 zemí reprezentující hlavní světové trhy. Obsahuje 370 standardů a hlavní cíle, které jsou zaměřeny na efektivitu a kvalitu péče, řízení rizik a vytváření optimálního léčebného prostředí. Tento program je založen na změně myšlení lidí pracujících v organizaci a na přístupu ke změnám. Podmínky úspěchu modelu řízení kvality je odstranění provozní slepoty a překonání odporu ke změnám u zaměstnanců. Standardy kvality se týkají práv nemocných, diagnostických procesů, ošetrovatelské péče o nemocné a edukaci nemocného a jeho rodiny. (Válková, 2015, s. 38)

2.2 Význam managementu kvality

Většina organizací využívá systém řízení kvality, aniž by to věděly. Jiné organizace mají zase vystavené certifikáty viditelně na zdi, ale o skutečně fungujícím řízení kvality nemůže být řeč. Ne všichni řídicí pracovníci akceptují dramatické změny a důležitost v pohledu na kvalitu a zdůvodňují to tím, že je to jen rozvoj, anebo dokonce módní jev, který je potřeba jen přežít. Ovšem skutečnost je taková, že pokud má organizace na konkurenčním trhu přežít, měl by tématu managementu kvality věnovat zásadní pozornost. Jestliže se organizace rozhodnou pro zavádění systému kvality, jde o strategický a velmi tah.

Managementem systému jakosti rozumíme všechny činnosti celého vedení, které stanovují politiku jakosti, cíle a odpovědnosti a realizují je takovými prostředky, jako je plánování jakosti, řízení jakosti, zabezpečování jakosti a zlepšování jakosti v rámci systému jakosti. (Pešek, 2003, s. 51)

V průběhu 20. století a zvláště v posledních letech se výrazně mění světová ekonomika a dokonce se mluví i o revoluci jakosti, a to tím, že převažuje nabídka nad poptávkou, zvyšuje se tlak na snižování objemu jednotlivých dodávek, zkracují se inovační cykly, zlepšuje se informovanost zákazníků, zrychluje se přenos informací a znalostí, zvyšuje se produkční kapacita v mnoha odvětvích. Význam zavádění managementu kvality, jak jsem popsala výše, je hned několik. Dalším rozhodujícím aspektem je stabilní ekonomický růst. Firmy se zavedeným systémem řízení kvality dosahují dlouhodobě výrazně lepších výsledků a to i ve zvyšování produktivity a redukci nákladů. Účinkem systému

managementu kvality je stoupající míra spokojenosti a loajality klientů, a to tím, že se zvyšuje schopnost trefovat do požadavků klientů a následnými pozitivními referencemi pro další klientelu.

Současné systémy řízení kvality fungují nejen jako nástroj pro prevenci vad, snižování reklamací a zmírnění nespokojenosti zákazníků, ale také vedou k neustálému zlepšování a uspokojování potřeb zákazníků.

Firma, která chce být úspěšná na současném, trhu musí porozumět rozmanitosti společnosti, ve které působí. Úspěšnost na trhu = pochopení potřeb každého, nestačí jen plnit potřeby zákazníka, musíme při každé příležitosti překračovat jejich očekávání.

Dalším významným důvodem zavádění managementu kvality je rozvoj lidského potenciálu. Řízení kvality v organizaci vede k zvyšujícím se nárokům na zaměstnance, na jejich znalosti, orientování se v dané problematice, seberealizace a tím i k osobnímu růstu jednotlivce, ale i rozvíjení znalostí a dovedností v oblasti celého týmu, jejich komunikaci a systémové myšlení. Každý zaměstnanec zná své kompetence a odpovědnost, činnosti jsou vykonávány plánovitě v souladu s danými předpisy. Tím se snižuje hladina stresu u zaměstnanců i v celé organizaci.

Spejchlová (2010, s. 10-11) definuje 6 přínosů zavedení systému řízení kvality:

- snížení výrobních nákladů
- snížení rizika sankcí
- zavedení pořádku a vnitřního řádu
- zvýšení kvalifikace
- změna v kultuře organizace
- aplikace principů procesního řízení

Dle Gladkij (2003, s. 311) význam akreditačního procesu spočívá:

- v jeho reálném příspěvku k vytváření podmínek pro zavedení programu soustavného zlepšování kvality ve zdravotnických institucích,
- v zavádění průkazně ověřených doporučených postupů a standardů do poskytování zdravotnických služeb, jejichž cílem je snížit nežádoucí a nepodloženou variabilitu mezi jednotlivými poskytovateli zdravotní péče a mezi jimi zaváděnými procesy a realizovanými výkony,

- ve formální informaci a záruce pro pacienty a plátce, že zdravotnická instituce splňuje rozhodující předepsané a očekávané požadavky na kvalitu a bezpečnost

Výzkumy, které byly realizované v minulých letech v rámci Evropské unie ukázaly, že až 66 % příčin ztrát trhů padá na vrub nízké jakosti výrobků a služeb. (Nenadál, 2002, s. 14)

2.3 Akreditace

2.3.1 Vymezení pojmu akreditace

Akreditace je proces, při kterém externí organizace hodnotí, zda se procesy probíhající ve zdravotnickém zařízení shodují s akreditačními standardy s cílem zajistit kontinuální zvyšování kvality a bezpečí pacientů. Akreditační standardy Spojené akreditační komise (SAK) popisují činnosti a oblasti, které musí zdravotnické zařízení upravit vnitřním předpisem (směrnice, řády) a zajistit jejich standardizaci. Podstata akreditace spočívá v jejich sladění a správném, soustavném dodržování. Pacienti vnímají akreditované pracoviště jako záruku toho, že dané zařízení splňuje určité základní požadavky na kvalitu a bezpečnost poskytované péče. (Škrlovi, 2003. s. 73)

Subjekty, které dosáhly akreditace a tento statut si nadále udržují, prokazují nejen svou odbornou způsobilost, ale i spolehlivost a důvěryhodnost výsledků jejich činnosti.

V každé zemi existuje akreditační úřad, udělující akreditace po splnění kritérií, které jsou stanoveny mezinárodními normami. V České republice toto oprávnění má Český institut pro akreditaci (ČIA). V každé zemi je akreditační orgán zpravidla jen jeden.

Akreditace zdravotnických zařízení je podle Peška (2003, s. 27) uznání, že zdravotnické zařízení jsou způsobilé k poskytování kvalitní zdravotnické péče a mají vytvořen funkční a efektivní systém pro posuzování výkonnosti a pro kontinuální zvyšování kvality poskytované péče.

Akreditace vyžaduje od managementu kvality, aby změnil chod organizace, stanovil cíle, změnil procesy i vztahy. Je to proces, při němž nezávislá organizace posuzuje činnost dané organizace a ověřuje, do jaké míry odpovídá předepsaným standardům.

Gladkij (2003, s. 311) uvádí, že cílem akreditace je standardizovat a soustavně zlepšovat kvalitu poskytované zdravotní péče zdravotnickými institucemi a tím výsledně i celý zdravotnictvím, a to na základě průkazně ověřených poznatků a zkušeností, a formálně tak

završovat a ověřovat implementaci soustavného řízení a zlepšování kvality a bezpečnost poskytované zdravotnické péče.

Každá organizace dřív nebo později začne po nějaké době svého fungování stagnovat a tím pádem méně konkurenceschopnou. Pokud nedojde v organizaci ke změně, k nastartování procesů, které oživí organizaci samotnou, dochází pozvolna jen k formálnímu fungování organizace a následně může dojít až k ukončení své činnosti. Akreditace je v podstatě výzvou nejen pro vedoucí management, ale i pro zaměstnance organizace, aby k této situaci nedošlo.

Válková (2015, s. 33) uvádí, že cílem realizace akreditací tedy není jen získání akreditačního osvědčení. Stojí za ní především snaha zdravotnické instituce standardizovat a kontinuálně zkvalitňovat poskytováním lékařské, ošetrovatelské péče, zlepšit kulturu organizace a zlepšit způsob řízení.

2.3.2 Význam a přínos akreditace

Výhody akreditace lze spatřovat v následujících oblastech:

- zvýšená důvěryhodnost akreditovaných organizací v dodržování dané úrovně kvality poskytovaných služeb,
- objektivní posouzení nezávislou, třetí stranou,
- na základě požadavků akreditované komise je zaručen neustálý rozvoj systému kvality, což má také za následek zvyšování kvality služeb,
- minimalizace a předcházení neshodám,
- výhoda na konkurenčním trhu oproti neakreditovaným subjektům,
- soustavná externí a interní kontrola,
- zvýhodnění od pojišťoven, snadnější jednání s pojišťovnami,
- zákazník, potažmo pacient má potvrzeno, že poskytované služby jsou na vysoké úrovni,
- akreditace vytváří kulturu organizace i systém týmového vedení s přetrvávající snahou zvyšovat kvalitu na všech úrovních řízení,
- zpřehlednění provozu (lepší organizace práce),

- zmapování jednotlivých úseků organizace,
- sjednocení nových systémů (vnitřní řídicí dokumentace, vytvoření standardů).

Akreditace má i určité nevýhody:

- větší nároky na administrativu,
- finanční zátěž (školení, akreditační poplatky, modernizace technického vybavení),
- časová náročnost (příprava, realizace akreditace),
- přijetí systému zaměstnanci (změna myšlení, problematika nových postupů),
- komplexnější pohled managementu kvality,
- neustálý vývoj národní legislativy.

2.3.3 Průběh akreditace

Akreditační proces začíná po přípravě oficiálním podáním přihlášky k akreditaci u organizace, která akreditace provádí. (Válková, 2015, s. 35) Příprava k akreditaci trvá od 8 měsíců do dvou let, záleží na velikosti zařízení, na stupni připravenosti, na organizaci přípravy a mnoha dalších faktorech. Do přípravy zaměstnanců patří např. přednášky, edukační materiály, kaučink na pracovišti, systematické vzdělávání, kontrolní činnosti a další. Postup při zavádění systému managementu spočívá v seznámení členů vrcholového managementu s požadavky systému řízení jakosti, školení vrcholového a středního managementu k zavádění systému managementu. Všichni zaměstnanci dle odpovědnosti se poté podílí na zpracování dokumentace a identifikaci procesů. Následně probíhají interní audity – prověření zaváděného systému, zjištění míry implementace úrovně řídicí dokumentace.

Zdravotnické zařízení, pak zaplatí příslušné poplatky a obdrží akreditační standardy, které musí při akreditaci splnit. Tyto standardy představují minimum, na kterém se shodli experti z dané země a ze světa. V termínu porovná inspekční tým tyto požadavky s realitou v zdravotnickém zařízení. Po splnění všech podmínek akreditační komisí obdrží zdravotnické zařízení platné vysvědčení – certifikát, který je platný 2-3 roky. Pokud

zdravotnické zařízení požadavky nesplňuje, obdrží seznam nedostatků a termín, do kterého mají být tyto nedostatky odstraněny. (Válková, 2015, s. 35)

Certifikát mohou udělovat pouze organizace, které k tomu jsou nadány tzv. akreditací. Akreditační orgán určí, jaké obory podnikání může konkrétní certifikační orgán ověřovat (certifikovat), a pravidelně kontroluje činnosti při provádění certifikace a vydávání certifikátů. (Spejchalová, 2014, s. 40)

Certifikační orgány jsou nezávislé výdělečné subjekty, kterým organizace platí za provedení auditu (nezávislého, nestranného prověření systému řízení).

Na trhu se v současné době vyskytují i certifikační orgány neakreditované, které nabízejí certifikaci na kde co a zcela bez pravidel. Takovým subjektům je dobré se vyhnout, protože jimi vydaný certifikát je pouze papírem na zdi bez nějakého smyslu a skutečné hodnoty pro firmu. (Spejchalová, 2014, s. 40)

3 KVALITA VE ZDRAVOTNICTVÍ

Spojená akreditační komise (©2010) cituje kvalitu zdravotní péče podle profesora veřejného zdravotnictví Avedise Donabediana jako „*takový druh péče, při kterém lze očekávat maximální užitek pro pacientovo zdraví a kdy očekávaný užitek je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu.*“

Škrlovi (2003, s. 36) definovali kvalitu péče jednoduše: „Dělat správné věci správně, na správném místě a se správnými lidmi.“

Gladkij (2003, s. 292) uvádí definici kvality Světovou zdravotnickou organizací (WHO) z roku 1966 „*jako souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, které jsou určeny potřebami obyvatelstva na základě poznatků lékařských věd a praxe.*“

Kvalita zdravotní péče může být také definována jako stupeň, v němž péče poskytovaná zdravotnickými institucemi jednotlivcům nebo specifickým populacím zvyšuje pravděpodobnost žádoucích zdravotních výsledků je konzistentní se současnými odbornými znalostmi a současně přináší spokojenost pacientů i zdravotnických pracovníků. Gladkij a kol. (2003, s. 292) charakterizuje kvalitu poskytovaných zdravotnických služeb přítomností následujících vlastností:

- účinnost
- dostupnost a včasnost
- bezpečnost
- přiměřenost zdravotnímu stavu
- soustavnost a návaznost
- přijatelnost pro pacienty
- ekonomická efektivnost vznikající dodržováním jednoty medicínské a ekonomické racionality.

WHO zahrnuje tři pohledy na kvalitu poskytování zdravotních služeb:

- kvalita z pohledu pacienta – zohlednění zájmů, potřeb a přání pacienta.
- kvalita řízení managementu – vytváření a dodržování předpisů.

- odbornou kvalitu poskytovaných služeb – správná odborná praxe. (Válková, 2015, s. 12)

Madar (2004, s. 33-34) rozlišuje tyto 3 dimenze zdravotnických služeb:

- kvalita z pohledu pacienta/klienta – co pacienti vyžadují od služby,
- kvalita z hlediska profesionálního – postupy lege artis, použití vhodných technik a procedur k naplnění potřeb pacienta,
- kvalita z hlediska řízení – co nejekonomičtější a nejproduktivnější využití zdrojů v rámci limitů a různých omezení.

Škrla a Škrlová (2003, s. 18) hodnotí kvalitu:

- z pohledu lékařského a ošetrovatelského personálu - hodnotí stav pacienta, řídí terapii, poskytuje péči a uspokojuje potřeby vzniklé v souvislosti s onemocněním pacienta a edukuje pacienta i sebe,
- z pohledu pacienta - pacient hodnotí kvalitu na základě toho, zda je či není spokojen s nemocniční péčí, prostředím, přístupem personálu k němu,
- z pohledu výstupů – kvalita je hodnocena na základě vyhodnocení pravidelných lékařských opatření a toho, zda u pacienta došlo ke zlepšení zdravotního stavu nebo kvality jeho života.

3.1 Historie

Za zakladatele systému řízení kvality je považován Ernest Codman. Již v roce 1917 rozvinula American College of Surgeons první akreditační standardy, kdy se jimi začalo řídit více než 3000 nemocnic a zdravotnických zařízení.

V roce 1951 byla zřízena první Společná komise pro akreditaci nemocnic, jež začala tvořit a publikovat první standard pro posouzení kvality a bezpečnosti poskytované péče. Tato organizace byla v roce 1987 přejmenována na Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHO), jejímž posláním je zlepšovat kvalitu zdravotní péče tím, že vypracovává a publikuje standardy, kontroluje činnost jednotlivých zdravotnických zařízení a vydává akreditace.

V roce 1998 byla v České republice vytvořena její dceřinná společnost Joint Commission International Accreditation (JCIA), která v roce 1999 vydala standardy pro mezinárodní akreditaci nemocnic.

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

Zásadním způsobem se v oblasti systému managementu kvality ve zdravotnictví angažuje také Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZ ČR), ať už formou projektů, tvorbou legislativních omezení nebo přebírání mezinárodních doporučení. MZ ČR zřídilo v roce 1996 oddělení kvality péče a v roce 1997 byla ustanovena pracovní skupina pro akreditaci, které provedla pilotní projekt akreditační studii pěti nemocnic s cílem vyzkoušet aplikaci národních standardů kvality nemocnic a upozornit na problémy, které nebyl zevnitř organizace pocíťovány.

V roce 1998 byla založena v rámci hodnocení a řízení kvality v České republice Spojená akreditační komise (SAK). Jejím účelem je neustálé zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče v České republice pomocí akreditací zdravotnických organizací, publikační činností a poradenství.

V roce 2006 vznikla Česká společnost pro kvalitu ve zdravotnictví, jejíž hlavní činností je shromažďování informací o systémech kontinuálního zvyšování kvality ve zdravotnictví, vytváření podmínek pro zavádění systémů řízení kvality ve zdravotnictví, pořádání konferencí a seminářů věnovaných problematice kvality ve zdravotnictví a spolupracuje s národními i mezinárodními společnostmi pro kvalitu ve zdravotnictví.

3.2 Specifika zavádění managementu kvality ve zdravotnictví

Řízení zdravotní péče není snadné. Jednoduchá definice říká: „Řídit znamená realizovat věci prostřednictvím lidí.“ Velkou roli zde totiž hraje lidský faktor, a to zejména v oblasti přímého styku s pacientem. Poskytování služeb lidem je velmi intenzivní práce a chyby mohou pacienta poškodit. Kvalita práce závisí na personálu, který poskytuje zdravotní péči. Efektivita, produktivita a motivace zdravotnického personálu přímo souvisí s tím, jak organizace dosahuje svých cílů a kvality zdravotní péče. Buchbinder (2012, s. 40) upozorňuje na důležitost motivace: „Motivace je vnitřním procesem, který vyjadřuje vůli člověka vyvinout větší úsilí vedoucí k dosažení stanoveného cíle nebo výsledku.“ Buchbinder (2012, s. 40) dále uvádí, že nejdůležitějšími motivačními stimuly jsou potřeby, jež mají proměnlivý charakter dle míry uspokojení.

Dle Peška (2003, s. 19) mají služby ve zdravotnictví nehmotný charakter, proto je obtížné měřit úroveň jejich jakosti. Pokud nebude zdravotnické zařízení poskytovat kvalitní služby ve všech oblastech péče o pacienta, nebude pacienty vnímáno jako kvalitní zdravotnické zařízení. Ve zdravotnictví představuje kvalita lékařské péče 50 %, ošetrovatelská péče 25 %, chování personálu 15 % a hodnocení vnitřního prostředí organizace 10 %. Pacient tedy velmi citlivě vnímá pocit péče, neformálního zájmu, slušnosti i kompetence zdravotníků.

Kvalitní zdravotní péče by měla vést k optimálnímu zkušení zdraví pacienta, zdůrazňovat zlepšení zdraví a prevencí nemoci, být provedena včas, usilovat o informovanou kooperaci a spoluúčast pacienta v procesu léčebné péče, být založena na přijatých principech lékařské vědy a odborném a efektivním využití správné technologie a profesionálních prostředků, být zajišťována s citlivostí a se zájmem o blaho nemocného, být dostatečně popsána v lékařské dokumentaci, aby umožnila pokračování péče.

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

Pešek (2003, s. 14) upozorňuje, že účelem realizace systému jakosti ve zdravotnickém zařízení je dosažení shody v zabezpečování jakosti v činnosti tohoto zařízení s požadavky pacientů a jiných zainteresovaných stran, např. státu, Ministerstva zdravotnictví, Zdravotní pojišťovny, zdravotnického personálu, dodavatelů, zaměstnavatelů atd.

Zdravotníci jsou známí svým odmítavým postojem k zavádění jakýchkoliv změn, i systémům managementu kvality. Mezi zdravotníky je totiž zakořeněn předpoklad, že zdravotníci nechybují a chybují-li, jsou pak považováni za zdravotníky špatné. Kvalita je mnohdy zdravotníky vnímána a hodnocena na úrovni jednotlivce, nejvýše oddělení.

Kvalita ve zdravotnictví je závislá jak na kvalitě celku, a na kvalitě jeho částí a obecnou snahou zdravotníků má být ztotožňování cílů celku a jeho částí. (Gladkij a kol., 2003, s. 291)

Ve zdravotnictví proto existují systémy řízení jakosti. Odpověď na otázku, zda organizace systém jakosti potřebuje, je jednoduchá. Mohou to vyžadovat přímo pacienti, rostou stížnosti ze strany pacientů, jsou problémy s dodržováním kvality na jednotlivých pracovištích, pokud chce organizace dosáhnout vyšší úrovně kvality nebo pokud stávající

system řízení nemá patřičný řád a efektivitu. Pojem kvalitní zdravotní péče v sobě obsahuje především schopnost uspokojit potřeby pacientů.

3.3 Systémy kvality ve zdravotnictví

Gladkij a kol. (2003, s, 290) definují systém kvality ve zdravotnictví jako souhrn struktury organizace, jednotlivých odpovědností, procedur, procesů a zdrojů, které jsou potřebné k soustavnému zlepšování kvality poskytovaných zdravotnických služeb, jejichž konečným cílem je zlepšování zdravotního stavu, zvyšování kvality života a spokojenosti obyvatel, o něž pečují. Systém kvality tedy zahrnuje celý proces tvorby postupů, sběru informací, stanovení standardů a hodnocení výsledků toho, co ve zdravotnictví organizujeme jako zdravotní péči a zdravotnické služby. Cílem systému kvality je zlepšování kvality péče, poskytované v souladu s potřebami a požadavky pacientů a dalších vnějších a vnitřních klientů. Cílem zlepšování kvality je rovněž omezit chyby, nežádoucí výsledky, promrhaný čas a přídatné náklady spojené se špatnou jakostí konkrétního zdravotnického výkonu či služby.

Pešek (2003, s. 15) uvádí, o co by mělo zavedení systému jakosti ve zdravotnickém zařízení usilovat:

- zvýšení spokojenosti pacientů,
- uspokojení potřeb a očekávání pacientů,
- zajištění kvality a kontinuity všech činností,
- vnesení větší transparentnosti a efektivity do provozních činností ve zdravotnickém zařízení,
- efektivní využívání finančních i lidských zdrojů,
- prokazování způsobilosti plnit požadavky zákazníka (pacienta),
- interní a externí zhodnocení této způsobilosti.

Pokud chceme usměrňovat růst kvality, je třeba znát faktory, které přispívají k implementaci systému kvality. Jsou to tlak zevního prostředí na zdravotnické organizace ze strany pacientů, zdravotních pojišťoven, vlády, komunitní skupiny, regionální autority nebo organizací, které je nutí k určitým regulacím.

Gladkij (a kol. 2003, s. 296) formuloval hypotézy, že instituce zavádějí a rozvíjejí systém kvality tím spíše:

- čím naléhavější budou legislativní požadavky,
- čím více se budou poskytovatelé péče v rámci soutěže snažit napodobit úspěšné zdravotnické a jiné instituce,
- čím větší bude tlak na compliance s očekáváním a hodnotami vlivných zájmových skupin.

Kvalita a efektivnost poskytovaných služeb závisí i na racionalitě institucionálního uspořádání, protože podle nabízených služeb vyplývají optimální způsoby systémů managementu kvality, jejich hodnocení i kontroly.

Zavádění systémů kvality představuje relativně nový přístup a často bývá chápána jako komplexní inovace, nebo něco nebývalého, v některých případech i nepatřičného. Iniciable a následná implementace systému kvality ve finále závisí na připravenosti a individuálních charakteristik manažerů a odborných pracovníků.

3.4 Legislativa

Zdravotnictví je bezesporu jedním z nejrychleji se rozvíjejících odvětví z hlediska vědy a techniky i ekonomických, právních a jiných společenských souvislostí. Lékař i každý jiný zdravotnický pracovník se dennodenně setkává s problémy, které plynou z poskytování zdravotní péče, na druhu stranu mají ale i širší dimenzi. Do této oblasti spadá nepochybně i právo, protože každá přístup k pacientovi, vzájemné vztahy mezi pracovníky, ať už mezi kolegy nebo nadřízenými a podřízenými, vztahy mezi poskytovateli zdravotní péče, zdravotní pojišťovny a dodavatelé služeb či léčiv, vybavení musí mít ekonomický i právní rámec.

Vztah mezi zdravotnictvím a právem je významnou problematikou, která zajímá nejen pracovníky, ale také studenty zdravotnických oborů a práva, v podstatě každého jako subjekt a objekt zdravotní péče.

Zdravotnické zařízení je z pohledu právního určitý celek, který je tvořený hmotnými, nehmotnými a osobními složkami, a který je podle právních předpisů způsobilý k výkonu zdravotní péče. Ve zdravotnickém zařízení pracují zdravotničtí pracovníci. Ti jediní jsou oprávněni k výkonu léčebné péče. Spadá sem lékař, farmaceut, klinický logoped a

psycholog a další osoby, které získaly studiem nebo odborným školením kvalifikaci k poskytování zdravotní péče.

Dále se setkáváme hlavně při posuzování odpovědnosti lékaře s pojmem *lege artis*.

Sovová (2011, s. 23 – 24) definuje jednání *lege artis* jako způsob léčení, prevence a diagnostiky, který je v souladu s nejvyšším stupněm vědeckého poznání a praxe. Doslovně to v překladu znamená zákonným způsobem, nejde však o žádný zákon, který by určoval, jak má být při léčbě postupováno. V našich podmínkách je aplikace nejlepšího možného postupu ohraničena ekonomickými možnostmi jak konkrétního zdravotnického zařízení, tak celým systémem financování zdravotní péče.

Klíčovým pojmem ve zdravotnickém právu je pojem pacient. Zákon o péči o zdraví lidu i etické kodexy mluví o nemocném a pacientovi, soukromí poskytovatelé pacienty nazývají klientem. Z důvodu častých novelizací a vývojem chápání postavení konzumenta zdravotních služeb nebyla terminologie sjednocena.

Za základ zdravotnického práva je považován vztah pacient – lékař, který je upraven právními i etickými norami. Sovová (2011, s. 28) seřadila základní povinnosti zdravotnických pracovníků, zejména ve vztahu lékař – pacient:

- povinnost léčit,
- povinnost využít všechny dostupné možnosti léčení a aplikovat soudobé poznatky vědy,
- povinnost přispívat k dalšímu rozvoji vědy,
- svolení pacienta k lékařským zákrokům,
- důvěra pacienta v lékaře,
- partnerský vztah mezi lékařem a pacientem,
- autonomie lékařského povolání,
- lékařská aprobace a svobodný výkon povolání.

Z důvodu ekonomických bariér při využívání nových metod ve zdravotnictví jsou projednávány standardy ošetrovatelské péče, což jsou doporučené postupy při konkrétní léčbě, jež budou vždy hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Sovová (2011, s. 25) definuje standard jako konkrétní léčebný postup, ale i technické a personální vybavení

zdravotnických zařízení, strukturu a hierarchii jednotlivých typů zdravotnických pracovišť, včetně jejich spádovosti a dostupnosti. Cílem Standardů dle Sovové je zajistit vysokou kvalitu a efektivnost zdravotní péče a omezit přitom neúčelné nakládání s finančními prostředky ve zdravotnictví.

4 SITUAČNÍ ANALÝZA

4.1 PEST analýza

PEST analýza je dle Zuzíka (2016, s. 63) nejznámější a nejpoužívanější analýzou pro definování vlivů makroprostředí. To znamená, že analyzují to prostředí organizace, které organizace nemůže ovlivnit, ale které ovlivňuje ji samotnou.

Písmena v názvu vycházejí z názvů segmentů, a to konkrétně **P**olitické, **E**konomické, **S**ociální a **T**echnologické. PEST analýza je někdy autory rozšířena o další faktory, konkrétně legislativní a ekologické, tzv. PESTLE analýza. Staňková (2013, s. 152) uvádí také tzv. SLEPT analýza, která vychází z analýzy PEST, přičemž odděluje faktory politické a faktory legislativní.

Politicko – právní faktory: jsou zaměřeny na stabilitu v politické oblasti, podpora státu, míra korupce, zdravotní politika státu, předpisy EU, činnosti zájmových sdružení a svazů, ochrana životního prostředí, zásahy vlády a centrální banky do vývoje ekonomiky, důvěra občanů v politické instituce, analyzují změny v zákonech a vyhláškách a zkoumají jejich dopad na společnost.

Ekonomické faktory: analyzují a vyhodnocují především makroekonomické faktory, jako jsou měnové kurzy, inflace, hrubý domácí produkt, výdaje na zdravotnictví, příjmy obyvatelstva, stabilita měny, vyrovnanost státního rozpočtu, dávky sociální podpory, kupní síla a nákupní zvyky spotřebitele, míra nezaměstnanosti.

Sociální faktory: zaměřují se na demografický vývoj (změny počtu obyvatel a populační přírůstek – narození, úmrtnost, mobilita, struktura obyvatel), úroveň vzdělání, životní úroveň obyvatel, průměrný věk, postoj k práci, průměrný příjem obyvatel, kulturní faktory.

Technologické faktory: zde se sledují faktory, jako jsou podpora výzkumu, úroveň technického vybavení společnosti, informační technologie, nové objevy a trendy, rychlost technologických změn.

4.2 Porterův model

Pětifaktorový model konkurenčního prostředí, jehož autorem je Michael Porter, nám při objektivním zpracování nabízí rozbor současného stavu i přehled o případných možnostech konkurenčního trhu. Nazývá se také analýza vnějšího mikroprostředí, které hodnotí 5 konkurenčních sil, a to:

- hrozba nových vstupů konkurentů na trh
- konkurenční rivalita v odvětví
- vyjednávací síla dodavatelů
- vyjednávací síla zákazníků
- hrozba substitutů

Staňková (2013, s. 158) navíc píše, že někteří autoři uvádí i šestou sílu – sílu komplementářů, což jsou organizace, jejichž činnost je nějakým způsobem závislá na péči poskytované v nemocnicích a naopak. Komplementářem mohou být např. externí fyzioterapeuti, externí klinické laboratoře, oddělení klinické biochemie aj. Jde tedy o takové služby, které nemocnice neposkytuje, a jsou nezbytnou součástí procesu poskytování zdravotní služby.

Tyto faktory ovlivňují ceny, náklady, investice v daném oboru, což jsou základní složky návratnosti vložených finančních prostředků.

Hrozba nových vstupů konkurentů na trh

Pokud chceme tuto oblast převádět na zdravotnictví, můžeme tuto sílu nazvat také hrozba nově vstupujících zdravotnických institucí. Na sílu tohoto rizika mají vliv bariéry vstupu do daného oboru. Za hlavní bariéry můžeme zmínit kapitálovou náročnost, legislativu, nároky na personál a technické vybavení a v neposlední řadě stanovení podmínek ze strany zdravotních pojišťoven.

Konkurenční rivalita v odvětví

Čím je rivalita v prostředí intenzivnější, tím více jsou zdravotnická zařízení motivováni k neustálému zvyšování kvality poskytovaných služeb a většímu uspokojování potřeb pacientů. Konkurenční rivalitu ovlivňuje poptávka po konkrétních službách, výška vstupních bariér, struktura odvětví, popř. ceny.

Vyjednávací síla dodavatelů

Dodavatelé jsou jednotlivci anebo firmy, které poskytují potřebné zdroje či služby, jež je na nich zdravotnická organizace závislá. Výběr dodavatelů je velkou prioritou, protože výrazně ovlivňuje kvalitu poskytované péče i finanční zatížení.

Podle Staňkové (2013, s. 155) ovlivňuje vyjednávací sílu dodavatelů zejména jejich počet a úroveň specializace. To pak má následně vliv na schopnost dodavatele při vyjednávání podmínek prodeje.

Gladkij a kol. (2003, s. 83) navíc dodává, že dodavatelé léků, zdravotnické techniky, zboží a služeb velmi významně ovlivňují ekonomiku zdravotnického systému a jeho celkovou spolehlivost. Je úkolem manažerů zdravotnických zařízení, aby spolupracovali s takovými dodavateli, kteří jsou spolehliví a uplatňují při obchodních kontaktech se zdravotnickými zařízeními rozumnou cenovou politiku.

Vyjednávací síla zákazníků

Zákazníci ve zdravotnictví jsou pacienti, kteří přichází s jakoukoli poruchou zdraví a očekávají rychlé stanovení příčiny jejich potíží a následně jejich odstranění. Důležité je brát v potaz demografický faktor (věk, pohlaví), který má vliv na strukturu poskytovaných služeb a péče, dále stanovení diagnózy, časovou dostupnost, kvalita komunikace pacient – lékař, kvalitní prostředí, jež minimalizuje pacientův stres, kvalifikovaný a přívětivý personál, dostupnost zdravotní péče, podmínky poskytování zdravotní péče stanovené zdravotními pojišťovnami.

Hrozba substitutů

Substituční služby Staňková (2013, s. 158) popisuje jako služby většinou z jiného odvětví, které mohou dané služby nahradit. Tedy pro určitou skupinu klientů mají stejnou funkci, jen jsou postaveny na jiné technologii. Vzhledem ke specifčnosti služeb poskytovaných v rámci nemocniční péče je hrozba substitutů velmi nízká. Můžeme zde nalézt pouze určité oblasti zdravotní péče, které by mohl poskytované služby nahradit.

4.3 SWOT analýza

SWOT analýza byla vyvinuta v 70. letech minulého století a stala se celosvětově nejrozšířenější analýzou nejenom v oblasti managementu. (Zuzák, 2016, s. 74)

Dle Sedláčkové (2006, s. 40) je SWOT analýza jednoduchým nástrojem a využívá závěrů z předchozích analýz. Rozlišuje dvě charakteristiky vnitřní situace podniku – silné (**S**trengths) a slabé (**W**eaknesses) stránky a dvě charakteristiky vnějšího okolí podniku – příležitosti (**O**pportunities) a hrozby (**T**hreats). Podle Sedláčkové cílem SWOT analýzy je rozvoj silných stránek a naopak potlačení slabých stránek. Ale současně by organizace měla být připravena na potenciaální příležitosti a hrozby. Cílem strategií dle Zuzáka (2016, s. 75) bývá využití silných stránek k úspěšnosti organizace a současně také využití příležitostí, které poskytuje vnější prostředí. Rovněž silné stránky lze využít k eliminování

ohrožení. Slabé stránky je možné odstranit, nebo nejsou tak významné, nelze je odstranit, případně by to bylo nákladné.

Zlámal (2009, s. 54) navíc dodává, že podrobný rozpis SWOT analýzy umožňuje analytikovi jasně vymezit pozici a možný vývoj analyzovaného jevu. Pozitivní funkce SWOT analýzy spočívá v hledání a uvědomování si závažnosti dané stránky. Tyto aspekty jsou důležité pro pozdější připravenost na možný budoucí vývoj zobrazovaného jevu.

Metoda SWOT dle mého názoru patří mezi základní metody marketingu a umožňuje managementu kvalitní rozhodování především o strategii na další období. Dá se využít jednak při analýze vlastního podniku, ale také pro posouzení a hodnocení konkurence, veřejnosti i obchodních partnerů. Podklady získává podnik rozhovory se zaměstnanci, pacienty, objektivně porovnává podnik s konkurencí, i managerským brainstormingem, inspirací mohou být již v minulosti zpracované analýzy SWOT. Nezpochybnitelnou výhodou je potom situace, kdy organizace provádí SWOT analýzu v pravidelných intervalech a tím podává informace o vývoji firmy.

Keřkovský (2009, s. 51) uvádí zásady při stanovení SWOT analýzy:

- analýza by měla být zpracována objektivně, nejlépe předložena k posouzení dalším expertům, jejichž názory jsou při závěrečném zpracování náležitě zohledněny,
- analýze by měly být probírány pouze problémy dlouhodobějšího charakteru,
- měla by být zaměřena na podstatná fakta a jevy,
- SWOT analýza by měla mít svůj závěr, zhodnocení toho, co jsme provedením analýzy zjistili,
- závěry z analýzy by měly být relevantní, tzn. SWOT analýza by měla být prováděna vždy na konkrétní účel.

Silné stránky odpovídají na otázky: V čem máme konkurenční výhody? Které naše služby jsou lepší než u konkurenčních nemocnic? Které z nástrojů marketingu využíváme lépe než konkurence? Jaká je úroveň našich zaměstnanců? Jaké výhodné podmínky jim nabízíme? (Staňková, 2013, s. 159)

Slabé stránky odpovídají na otázky: Kde máme nedostatky oproti konkurenci? Které naše služby mají horší úroveň než u konkurence? Proč nám odcházejí zaměstnanci? Jaké důvody mají naši zaměstnanci k nespokojenosti? Jaké mezery a co bychom mohli zlepšit? (Staňková, 2013, s. 159)

Příležitosti odpovídají na otázky: Které sociální trendy a změny v chování lidí bychom mohli využít? Jaké jsou nové trendy na trhu, které bychom mohli chápat jako příležitost? (Staňková, 2013, s. 159)

Hrozby odpovídají na otázky: Je pravděpodobné, že na trh vstoupí nová konkurenční nemocnice? Dojde v nejbližší k takovým změnám v legislativě, které nás mohou ohrozit? Vzroste cena nakupovaných zdravotnických materiálů? Které demografické faktory mohou negativně ovlivnit fungování nemocnic? Jaké jsou hrozby vyplývající z politiky zdravotních pojišťoven? (Staňková, 2013, s. 159)

5 EKONOMIKA ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE

Ekonomika zdravotnické organizace závisí na ekonomických faktorech úspěšnosti (dobré pověsti, vstřícnosti, rozsahu nabídky poskytovaných zdravotních služeb a množství výkonů) a také na právní formě zdravotnické instituce. Na druhou stranu, ať už je první forma organizace jakákoli, základní ekonomické pojmy, jako jsou náklady, výnosy, hospodářský výsledek, cash flow, apod. jsou známé pro všechny typy organizací.

Tyto základní pojmy ekonomiky sestavují podniky z důvodu, aby získaly přehled o tom, jaká je jejich finanční situace. Zda je podnik dostatečně ziskový, jaká je jeho kapitálová struktura a zda je vhodné, aby byla právě taková. Průběžná znalost finanční situace každé instituce napomáhá k lepšímu financování a také lepšímu získávání finančních zdrojů.

Náklady

Náklady představují spotřebu vstupů při výrobě výrobků či služeb v peněžním vyjádření. Je to suma prostředků, které organizace spotřebovala na získání výnosů. (Purushothama, 2010, s. 15)

S touto definicí souhlasí i Gladkij a kol. (2003, s. 139), který popisuje náklady jako „*spotřebu věcných prostředků a práce v peněžním vyjádření*“.

Každá organizace usiluje o co nejlepší hospodárnost, tj. dosažení co možná nejlepších výsledků s co nejmenšími vstupy. Jinými slovy, snižovat náklady a zvyšovat výnosy.

Výnosy

Gladkij a kol. (2003, s. 141) definuje výnosy jako „*oceněné výkony činností*.“ Příkladem výnosů jsou tržby za určité období, nebo-li příjmy. Výnosy z podnikatelské činnosti by měly být alespoň takové, aby pokryly náklady, ovšem snahou každé firmy je zajištění dlouhodobého dosahování zisku.

Hospodářský výsledek

Hospodářský výsledek je rozdíl mezi výnosy a náklady organizace za určité období, kterým je zisk anebo ztráta. Zisk je hlavním cílem podnikání, kterým organizace prokazuje svou úspěšnost nejen vlastníkům, ale také konkurenci a partnerům. Hospodářský výsledek nám dává informaci o dalším postupu, inovacím, investicích, mzdových podmínkách, apod.

6 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

Cílem teoretické části bylo zpracovat literární rešerši týkající se managementu kvality se specifikací na zdravotní služby, a je rozdělena na několik na sebe plynule navazujících částí.

První část se týká obecně kvality a její historie, definuje pojem kvalitu od různých autorů, jsou vypsány pohledy a názory na kvalitu od prvního posunu názoru na kvalitu až po současnost, zrod jednotlivých koncepcí v průběhu času a byli vyjmenováni nejvýznamnější historičtí představitelé pro kvalitu.

V druhé části byly definovány jednotlivé koncepce managementu kvality na úrovni vnitrostátní i mezinárodní, byly vypsány důvody zavádění managementu kvality do organizací, dále byl vymezen pojem akreditace a její význam, přínos, ale i nevýhody.

V další části, třetí, se zaměřuje již konkrétně na management kvality ve zdravotnictví, byly vypsány specifika zavádění systému managementu kvality ve zdravotnictví, systémy ve zdravotnictví a s tím spojená právní úprava České republiky i mezinárodní legislativní prameny.

Ve čtvrté části jsou popsány situační analýzy, které jsou základem pro praktickou část a následné sestavení projektu. Konkrétně se jedná o analýzu PEST, PORTER, SWOT.

A poslední část se zaměřuje na ekonomiku ve zdravotnictví, kde byly popsány základní pojmy, jako jsou náklady, výnosy a hospodářský výsledek, z nich následně vychází nákladová analýza v projektové části diplomové práce a celkové zhodnocení cílů diplomové práce.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 PŘEDSTAVENÍ ORGANIZACE – REHABILITACE XY

Firma vznikla v únoru 1995 a byla založena fyzickou osobou. Nejdříve fungovalo jedno pracoviště v pronájmu v Olomouci na ulici Aksamitova s 5 zaměstnanci. V říjnu téhož roku vzniklo druhé pracoviště na Janského ulici, které je součástí společenství vlastníků fyzických osob, kde začaly pracovat 3 zaměstnanci. V roce 2004 se pracoviště z Aksamitové ulice přestěhovalo do vlastní budovy v centru města. V únoru 2012 změnila majitelka formu podnikání z fyzické osoby na společnost s ručením omezeným. V dalších letech se organizace rozvíjela a nyní na pracovišti na Janského ulici firma zaměstnává 5 fyzioterapeutek, na Vídeňské ulici 10, dále pak 2 lékařky, které se pravidelně střídají na obou pracovištích. Organizační struktura není stanovena. Hlavním předmětem činnosti je poskytování kvalitní ambulantní péče v oboru fyzioterapie. Provoz je zajištěn denně od pondělí do čtvrtku 7:00 – 17:00 a v pátek 7:00 – 14:00 hodin. V tomto zařízení se zaměřují na poúrazovou a pooperační rehabilitaci, na pacienty s chronickými i akutními vertebrogenními problémy, problémy pohybového aparátu, vadné držení těla u dětí, problémy při neurologických onemocněních a v neposlední řadě i onemocněním v oblasti gynekologie a porodnictví. Na oddělení mohou chodit pacienti s doporučením, ale i bez něj. Firma spolupracuje a má smlouvy s hlavními velkými pojišťovnami, konkrétně Všeobecnou zdravotní pojišťovnou, Vojenskou zdravotní pojišťovnou, pojišťovnou Ministerstva vnitra, Oborou zdravotní pojišťovnou, Revírní bratrskou pokladnou a Českou průmyslovou pojišťovnou.

Organizace je špičkovým poskytovatelem zdravotních služeb a zaujímá přední místo mezi poskytovateli služeb veřejného zdravotnictví v Olomouci. Jednotlivá pracoviště sledují moderní trendy v medicíně, disponují náročnými a účinnými léčebnými programy a moderním přístrojovým vybavením. Kvalifikovaní zdravotničtí pracovníci - lékaři, fyzioterapeuti i další nelékařský personál jsou připraveni denně ochotně pomoci pacientům při navrácení zdraví a zmírnění utrpení.

Procedury, které se v organizaci nabízí, napomáhají k celkové rekondici a regeneraci, k posílení jednotlivých partií těla, zlepšení pohyblivosti a vymizení potíží. Po vyšetření pacienta se aplikují vždy metody, které nejlépe vyhovují určitému problému nebo diagnóze. Mezi poskytované služby patří vyšetření odborným rehabilitačním lékařem, další již konkrétní rehabilitační procedury jsou v kompetenci fyzioterapeutů. Rehabilitace XY (©2006a) uvádí přesný výčet svých procedur: vstupní a výstupní kineziologický rozbor, individuální léčebný tělocvik a kompenzační cvičení, léčba vertebrogenních potíží,

míčkování, léčba funkční ženské sterility metodou Ludmily Mojžíšové, cvičení na balančních plochách, mobilizace periferních kloubů a páteře, měkké techniky, reflexní terapie, nácvik lokomoce, mechanoterapie, elektroléčba (ultrazvuk, fyzikální terapie, magnetoterapie), světloléčba, parafínové zábaly, částečná vodoléčba, lymfoven.

Tabulka 1 Indikace Rehabilitace XY za rok 2017

Diagnóza	Počet pacientů nově přijatých k léčbě	Muži	Ženy
Nemoci nervové soustavy	1429	632	797
Nemoci oběhové soustavy	19	6	13
Nemoci svalové a kosterní soustavy	1569	561	1008
Nemoci urogynekologické	24	0	24
Poranění, operace	467	259	208
Ostatní	54	19	35
CELKEM	3562	1477	2085

Zdroj: vlastní zpracování dle interního zdroje organizace

Předmětem podnikání ambulance je:

- poskytování ambulantní, základní a specializované, léčebné, preventivní a lékařské péče a dalších služeb souvisejících s poskytováním zdravotní péče v souladu s platnou právní úpravou,
- masérské, rekondiční a regenerační služby,
- léčba funkční ženské sterility,
- pronájem prostor,
- výuka.

Obrázek 1 Rehabilitace XY

Zdroj: interní materiál organizace

7.1 SITUAČNÍ ANALÝZA

7.1.1 PEST analýza

Aby byla organizace úspěšná, je více nezbytné monitorovat vnější okolí, jež na organizaci působí a zásadně ovlivňuje její fungování. Faktory plynoucí z makroprostředí jsou pro organizaci většinou danými podmínkami. Je potřebné je přijmout, vyrovnat se s nimi, jelikož je organizace nijak nevlivní. Klíčové je znát důsledek působení těchto faktorů na organizaci. K analýze makroprostředí slouží PEST analýza, která je podrobněji popsána v kapitole 4.1.

7.1.1.1 Politicko – právní faktory

Česko, úředním názvem Česká republika, je dle své ústavy parlamentní, demografický právní stát s liberálním státním režimem a politickým systémem založeným na svobodné soutěži politických stran a hnutí. Zdravotnictví se řídí platnými právními normami. Schvalování zákonů a vyhlášek má v České republice jako hlavní kompetence parlament tvořený poslaneckou sněmovnou a senátem.

V oblasti zdravotnického práva je Česká republika vázána mezinárodními smlouvami, úmluvy a dohodami, proto můžeme zdravotnické právo rozdělit na vnitrostátní a mezinárodní.

Základní rámec vnitrostátní úpravy vymezuje Ústava České republiky (Ústavní zákon č. 1/1993 Sb.) a Listina základních práv a svobod (Ústavní zákon č. 2/1993 Sb.)

Stěžejním zákonem pro naše potřeby je zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Tento zákon se zabývá především zdravotními službami a podmínkami jejich poskytování ve všech typech zdravotnických zařízení, preventivních prohlídkách, druhy a formami zdravotní péče, právem a povinnostmi pacientů a osob blízkých pacientům, podmínkami hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, podmínky udělení oprávnění k provádění hodnocení kvality, informováním pacientů a třetích stran, nahlížení do zdravotnické dokumentace, zdravotnické dokumentaci, povinné mlčenlivosti zdravotních pracovníků, poskytování zdravotní péče bez souhlasu pacienta. Jeho devátá část nese název Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb. Tento proces je definován jako dobrovolný a podle hodnotících standardů posuzuje organizační úroveň poskytování zdravotních služeb, a to z hlediska jejich kvality a bezpečí. Jsou stanoveny podmínky, které je nutno splnit, aby ministerstvem zdravotnictví bylo uděleno oprávnění (fyzické či právnické osobě) k provádění této hodnotící činnosti. (Válková, 2015, s. 34)

Hlavní právní úpravu poskytování zdravotní a léčebné péče, základy vztahu pacient – lékař a odpovědi za její poskytování, včetně vymezení úkolů ve zdravotní výchově obyvatelstva a ve vědě a výzkumu, je provedena zákonem 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu. (Sovová, 2011, s. 30) Tento zákon vymezuje dále např. odborné vzdělání zdravotníků.

Zákonem č. 48/1997 Sb. je upraveno financování zdravotní péče.

Zdravotní pojištění osob v ČR definuje zákon č. 48/1997 Sb., v aktualizovaném znění. Tento zákon upravuje veřejné zdravotní pojištění, rozsah a podmínky, za nichž je na základě tohoto zákona zdravotní péče poskytována. Na tento zákon navazuje zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, tj. zákon č. 592/1992 Sb., v aktualizovaném znění. (Gladkij a kol., 2003, s. 73)

Zákon č. 551/1991 Sb. upravuje činnost a úkoly jednotlivých zdravotních pojišťoven a zákon č. 280/1992 Sb. o resortních, oborových a dalších zdravotních pojišťovnách, vnášející do zdravotního pojištění konkurenční prostředí.

Striktní ochranu osobních údajů pacientů připomíná zákon č. 101/ 2001 Sb. o ochraně osobních údajů.

S rostoucí racionalizací ve zdravotní péči začala do jisté míry a odlišně v různých státech veřejná důvěra ve vlastní suverénní regulaci odborných pracovníků ztrácet na síle. Výsledkem bylo přijetí zákonů nebo pasáží zákonů týkajících se kvality zdravotní péče v řadě evropských států (Německo, Belgie, Rakousko). Přesto jsou přijaté zákony o kvalitě poskytované zdravotní péče v evropských zemích založeny na principech profesní autoregulace a obsahují jen omezený počet obecných požadavků na prvky kvality (namísto velkého množství detailních norem). Důvod této skutečnosti spočívá v tom, že cílem takových zákonů v oblasti tak složité a velmi komplexní problematiky, jakou je poskytování zdravotnické péče, existuje skutečně snaha vytvořit optimální podmínky pro dosažení kvality této péče za předpokladu, že jednotlivé zdravotnické či profesní instituce si pak vytvářejí samy svůj vlastní výklad dobré kvality pro své klienty a pro své specifické okolnosti, a tak relevantně odpovídají na obecné požadavky. (Gladkij, 2003, s. 297-298)

Hodnocení kvality můžeme hledat ve Věštníku Ministerstva zdravotnictví 5/2012, který se zabývá minimálními požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytování zdravotních služeb. Nalezneme zde mimojiné soubor minimálních požadavků a parametry, podle kterých je posuzovatel schopný určit, zda zdravotnická organizace splňuje dané požadavky, či nikoli.

Zákon č. 102/2012 Sb. o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče vymezuje požadavky na hodnocení kvality směrem k hodnotícím osobám.

Protokoly o preventivně technických kontrolách zdravotních prostředků, protokoly o revizích, karty přístrojů, záznamy o instruktážích a školeních obsluhy a jiné definuje Zákon č. 268/2014 Sb. o zdravotnických prostředcích.

K nejdůležitějším mezinárodním pramenům medicínského práva dle Sovové (2011, s. 30) patří Úmluva o ochraně lidských práv a svobod (zákon č. 209/1992 Sb.), Úmluva o právech dítěte (zákon č. 104/1991 Sb.), Úmluva o lidských právech a biomedicíně (zákon č. 96/2001 Sb.)

7.1.1.2 Ekonomické faktory

Jelikož zdravotnictví v České republice je financována z veřejného zdravotního pojištění, je závislá na makroekonomickém vývoji země. Klíčový je pohyb hrubého domácího produktu (HDP) a také nezaměstnanosti. HDP podle ČSÚ (©2018a) vzrostl ve 4. čtvrtletí 2017 mezičtvrtletně o 0,5 % a meziročně o 5,2 %. Růst HDP za celý rok 2017 činil 4,5 %, tj. o 4,5 % vyšší než v roce 2016. K mezinárodnímu růstu přispěly všechny hlavní

výdajové složky HDP, dařilo se většině odvětví národního hospodářství, především průmyslu, ale i v odvětví služeb.

Tabulka 2 Vývoj HDP v %

	1.čtvrtletí	2.čtvrtletí	3.čtvrtletí	4.čtvrtletí	Rok 2017
K předchozímu čtvrtletí	1,5	2,4	0,6	0,5	4,5
Ke stejnému čtvrtletí 2016	3,0	4,6	5,1	5,2	

Zdroj: vlastní zpracování dle ČSÚ, ©2018a

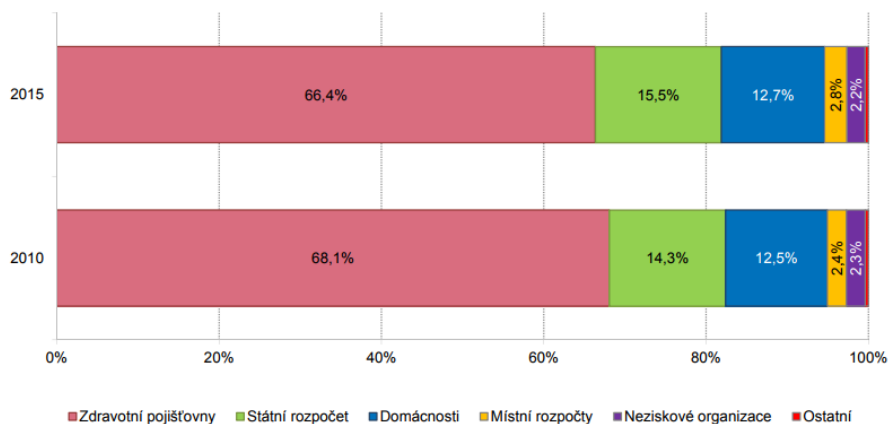
V roce 2017 vzrostla průměrná hrubá měsíční nominální mzda na přepočtené počty zaměstnanců v národním hospodářství proti stejnému období předchozího roku o 8 %, ČSÚ (©2018b) uvádí nynější průměrnou hrubou mzdu v České republice, a to 31 646 Kč.

V období let 2010 – 2014 stouply celkové výdaje na zdravotní péči dle ČSÚ (©2017a) z 340,7 mld. Kč v roce 2010 na 350,0 mld. Kč v roce 2014. Běžné výdaje na zdravotní péči se zvýšila z 334,5 mld. Kč v roce 2010 na 346,9 mld. Kč, tj. o 5,4 % (ročně průměrně o 0,9 %). Dynamika vývoje počtu obyvatel v České republice byla v porovnání s tímto tempem nižší (přírůstek středního stavu počtu obyvatel činil 0,1 %), a tak průměrné běžné výdaje na zdravotní péči na jednoho obyvatele vzrostly od roku 2010 z 31 812 Kč na 32 962 Kč (tj. o 3,6 %). Celkové kapitálové výdaje financované ze státního nebo místních rozpočtů v oblasti zdravotní péče naopak v období 2010 – 2015 poklesly z 5,3 mld. Kč na 3,5 mld. Kč (tj. o 33,6 %), uvádí nadále ČSÚ (©2017a). V porovnání s vývojem hlavního makro ukazatele ekonomického výkonu – HDP, celkové výdaje na zdravotní péči zaostávaly a jejich podíl na HDP se v uvedených letech snížil z 8,6 % na 8,2 %.

Celkové výdaje zahrnují veřejné zdroje (veřejné rozpočty, zdravotní pojištění), soukromé zdroje (soukromé pojištění, závodní preventivní péče) a přímé platby domácností (spoluúčast pacientů). V České republice mají klíčové postavení ve financování zdravotní péče zdravotní pojišťovny, hradí přes dvě třetiny výdajů na zdravotnictví. Asi 15 % je hrazeno ze státního rozpočtu a 12 % domácnostmi.

Znázornění výdajů na zdravotní péči v období 2010 – 2015 v následujícím grafu:

Graf 1 Výdaje na zdravotní péči v ČR

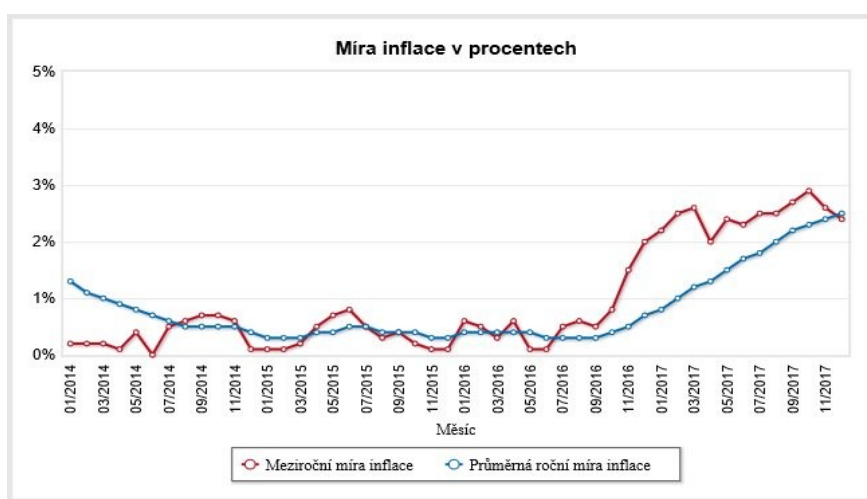


Zdroj: ČSÚ, ©2017a

Na trhu práce pokračoval růst zaměstnanosti. Ve 4. čtvrtletí 2017 byla zaměstnanost dle ČSÚ (©2018c) o 0,8 % vyšší než v předchozím čtvrtletí a oproti čtvrtletí loňského roku vzrostla o 2,0 %, tj. 74,3 %, což je rekordní úroveň za dobu existence samostatné České republiky. Počet nezaměstnaných je 128,7 tis. Obecná míra nezaměstnanosti klesla na 2,4 %, což je nejnižší hodnota v celé Evropské unii.

Míra inflace vyjádřená přírůstkem průměrného indexu spotřebitelských cen za posledních 12 měsíců proti průměru předchozích 12 měsíců byla v listopadu 2017 2,4 %. Průměrná roční inflace za rok 2017 byla 2,5 % (ČSÚ ©2018d)

Obrázek 2 Míra inflace v %



Zdroj: ČSÚ, ©2018d

7.1.1.3 Společenské faktory

Stejně jako stárne populace dalších vyspělých zemí, podobně stárne i Česká populace. Stárnutí je aktuálně jeden z nejvýznamnějších problémů všech vyspělých států. Stárnutí obyvatel má velmi významný dopad do celé společnosti. Tento demografický pojem se sebou nepřináší jen zvýšené náklady na zdravotní péči i sociální systém, ale také to znamená postupný nedostatek ekonomicky aktivních lidí. Po celou druhou polovinu 21. století bude v České republice žít 2,5x více seniorů než dětí. Tomu nezabrání ani masivnější migrace ani o něco vyšší plodnost.

Základní demografické údaje k 30. 9. 2017 dle ČSÚ (©2017b) :

- celkový počet obyvatel České republiky: 10 597 473
- porodnost: 113 083 - živě 112 663, mrtvě 420
- úmrtnost: 107 750
- počet sňatků: 45,6 tisíce, rozvodů: 18,9 tisíce
- migrace: celkově vlivem migrace přibylo v České republice 20 064 obyvatel, přistěhovalo se ze zahraničí 37 503 obyvatel, vystěhovalo 17 439 obyvatel

Organizace se nachází přímo v centru Olomouce. Olomoucký kraj o rozloze 5 267 km² má 633 925 obyvatel, z toho muži 309 999 a ženy 323 926. Průměrný věk je 42,4, muži 40,8, ženy 43,9 let.

ČSÚ (©2017b) uvádí pohyb obyvatelstva v 1. – 3. čtvrtletí 2017 v Olomouckém kraji:

- počet narození: 5004
- zemřelí: 5 296
- celkový přírůstek: -768 (přistěhovalí 3 626, vystěhovalí 4 102)

7.1.1.4 Technologické faktory

Technologické faktory vykazují velmi dynamický vývoj. Pro existenci a konkurenceschopnosti organizace je důležité sledovat trendy a novinky ve vývoji nových technologií. Organizace vývoj v této oblasti sleduje a snaží se přizpůsobovat. Disponuje nejmodernějším přístrojovým vybavením, dle potřeby ji obnovuje a zajišťuje pacientům požadovanou terapii. Všechny tyto techniky se pořizují z vlastních zdrojů.

7.1.1.5 Shrnutí PEST analýzy

PEST analýzou byly zjištěny následující fakta. Dopadem neustálého stárnutí obyvatelstva rostou přímou úměrou i náklady na zdravotnictví, přičemž nejvýznamnější část těchto výdajů je hrazena ze zdravotního pojištění. Vysoké požadavky jsou kladeny na kvalitu poskytované péče, kdy pacienti očekávají profesionální přístup a poskytování zdravotní péče pomocí nejmodernější technologie, což i tohle má vliv na samotné zvyšování výdajů. Relativně ustálené jsou politicko – právní faktory, kde vývoj probíhá pomalu a je závislý na politických změnách. Podobě tomu je také u vývoje sociálních a demografických faktorů. I tyto změny probíhají pomalým tempem a dalo by se říci i předvídatelně.

7.1.2 PORTER ANALÝZA

7.1.2.1 Hrozba nových vstupů konkurentů na trh

Potencionální konkurenti organizace mohou být hlavně nově vzniklé rehabilitační ambulance s větším zázemím, lépe vybavenou tělocvičnou, celotělovou vířivkou, balneologií. Významnou nevýhodou pro nově vznikající zdravotnická zařízení je fakt, že lidé více důvěřují poskytovateli zdravotní péče s delší historií a zkušenostmi. Nemalou překážkou vstupu do odvětví je obtížnost získat smlouvy se zdravotními pojišťovnami, což může nově vznikající konkurenty odrazovat. Obtížné je vůbec samotné vybudování nového rehabilitačního centra jak po stránce časové, administrativní, tak i finanční. V poslední době stále přibývá osob, které potřebují rehabilitační péči, a klientela neustále roste. Z důvodů výše jmenovaných považují hrozbu nově vstupujících konkurencí za nízkou.

7.1.2.2 Konkurenční rivalita v odvětví

I ve sféře zdravotnické je konkurence důležitá a přináší s sebou pozitivní důsledky, a to nátlak na vyšší kvalitu poskytované péče a služeb, vstřícnost zdravotnického personálu a v neposlední řadě i snížení nákladů. Znalost konkurence je důležitým faktorem k úspěchu, a proto je více než potřebné analyzovat tuto oblast. Do stávající konkurence spadají zdravotnická zařízení, která se nachází z geografického hlediska v blízké vzdálenosti, jako např. ve stejné městské části, nebo i zařízení nabízející ve stejném nebo podobném rozsahu. Jako největší konkurenty dle mého názoru jsou již zavedené rehabilitační ambulance, které mají dobrou pověst. Tyto ambulance vnímám jako průměrnou hrozbu.

7.1.2.3 Vyjednávací síla dodavatelů

Mezi dodavatele můžeme zařadit firmy, které prodávají polohovatelná lehátka, rehabilitační pomůcky a dalšího vybavení potřebného pro každodenní používání a provoz oddělení. Jednotlivé technické vybavení, jako jsou přístroje na elektroléčbu, ultrazvuk, magnetoterapii či lymfoven se pořizují při založení ambulance a dále se tyto služby již využívají velmi zřídka, např. při dokoupení náhradních dílů či jiných speciálních přidružených pomůcek. Vyjednávací síla dodavatelů je tedy nízká.

7.1.2.4 Vyjednávací síla odběratelů

Mezi odběratele můžeme zařadit pacienty a zdravotní pojišťovny. Pacienti přicházejí za rehabilitační ambulanci většinou s doporučením od jiného ambulantního specialisty, nejčastěji ortopeda a neurologa, kteří jsou po úrazech, operacích, mají neurologické potíže či bolesti. Z důvodu neustále se zvyšujícího počtu pacientů i pevně stanovených cen výkonů za přímou úhradu shledávám vyjednávací sílu pacientů za nízkou. Jak již bylo uvedeno, mezi další odběratele zařazujeme i zdravotní pojišťovny. Ty nastavují pravidla spolupráce, mají pevně stanoven bodové úhrady za jednotlivé výkony. Vyjednávací sílu pojišťoven považuji za vysokou, neboť prozatím neexistuje možnost zvýšení úhrad za body k výkonům, navíc je malé pravděpodobné, navýšení smluv s jinými, menšími pojišťovnami.

7.1.2.5 Hrozba substitutů

Substituce obecně je záměna. Záměna jednoho statku za jiný, který zároveň uspokojí stejnou potřebu, nebo mají stejný užitek pro spotřebitele. V našem případě nezná nahrazení samotné rehabilitace. Na druhou stranu nahradit fyzioterapeuta je nemožné. Běžně si veřejnost zaměňuje fyzioterapeuta s masérem, aniž by si uvědomovala, že mezi nimi existuje značný rozdíl. Fyzioterapeut je vysokoškolsky vzdělaný člověk, který se celoživotně ve svém oboru vzdělává. Kdežto masérem se může stát v podstatě kdokoli, stačí absolvovat masérský kurz v trvání pouze pár týdnů, přičemž jakákoli znalost anatomie, fyziologie či neurologie není k vydání certifikátu třeba. Vzdáleně by mohly být za substituty považovány alternativní medicína, lázeňství, popř. již zmiňované masážní či wellness centra.

7.1.2.6 Shrnutí Porterovy analýzy

Na základě Porterovy analýzy lze konstatovat, že Rehabilitace Zdraví s.r.o. je prosperující organizace, nabídka služeb odpovídá jejímu zaměření a usiluje o co nejlepší komplexnost poskytovaných služeb. Klade také důraz na profesionální a zároveň empatický přístup zaměstnanců. Z analýzy vyplývá, že organizace není výrazně ohrožena, nejvyšší uroveň má vyjednávací síla odběratelů, ve smyslu zdravotních pojišťoven, které nastavují pravidla spolupráce. Rehabilitace musí pokračovat v poskytování služeb jako dosud a udržet si své postavení mezi konkurenty. Ve vztahu k dodavatelům má organizace silnější pozici, stejně tak jako vyjednávací síla dodavatelů.

7.1.3 Finanční analýza organizace

V této části diplomové práce bude proveden základní přehled o výnosech, nákladech a hospodářském výsledku dané organizace v období 2015 – 2017 z údajů získaných od majitelky organizace.

Každá organizace by měla mít přehled o tom, jak se jí daří hospodařit se svými finančními prostředky a jak efektivně využívá finanční zdroje.

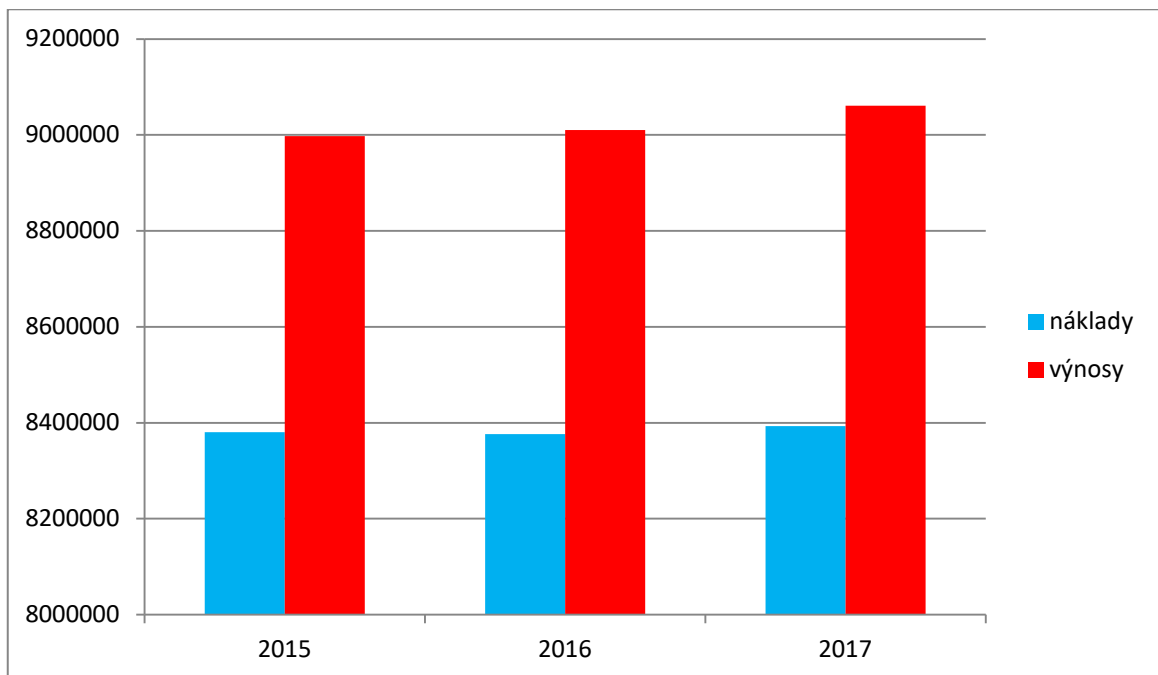
Rehabilitace XY hospodaří s finančními prostředky získanými z výkonů činnosti. Konkrétně jsou to finanční prostředky získané z tržby z prodeje služeb a finanční výnosy.

Do nákladů Rehabilitace XY byli zařazeny:

- spotřebované nákupy (spotřeba materiálu, kancelářské vybavení, zdravotnický materiál, pracovní oblečení a obuv, spotřeba energie)
- služby (cestovné, nájem, telefon, internet, spoje, reklama, časopisy, praní, čištění, úklid, ostatní služby)
- osobní náklady (mzdové náklady, zákonné sociální a zdravotní pojištění, zákonné sociální náklady)
- daně a poplatky (Český rozhlas)
- jiné provozní náklady (poskytnuté dary, ostatní provozní náklady)
- odpisy, rezervy, komplexní náklady (odpisy dlouhodobého nehmotného majetku)
- finanční náklady (úroky, náklady z přecenění majetku, ostatní a mimořádné finanční náklady)
- daně z příjmu, převodové účty a rezervy.

Náklady a výnosy organizace za období 2015 – 2017 je znázorněno v následujícím grafu:

Graf 2 Výnosy a náklady Rehabilitace XY 2015 – 2017

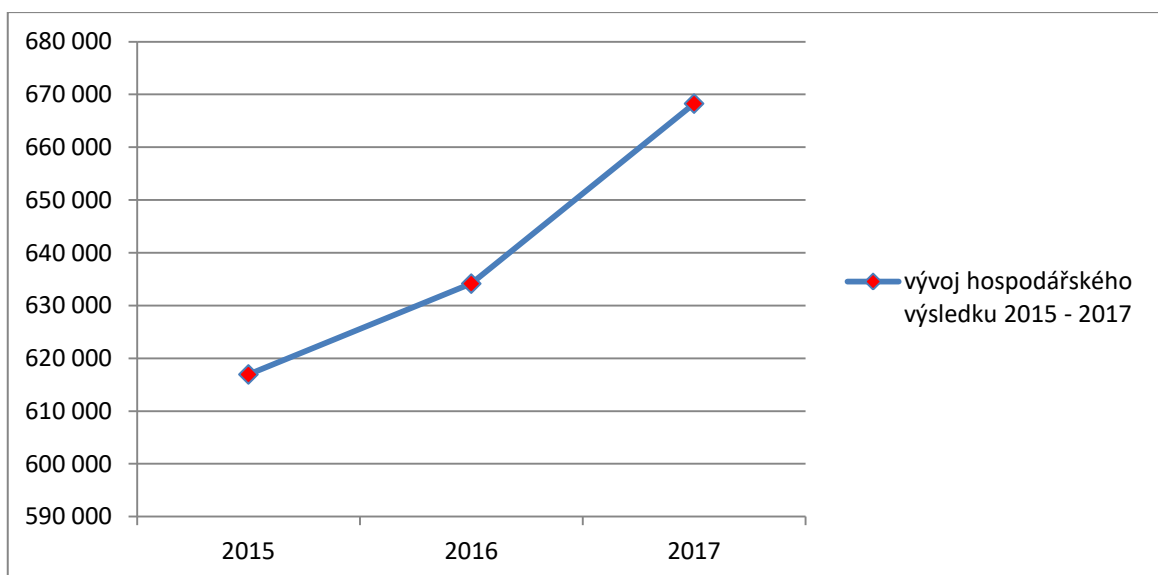


Zdroj: vlastní zpracování

Hospodářský výsledek, jak bylo popsáno v kapitole 5, je rozdíl mezi dosaženými výnosy a vynaleženými náklady na podnikatelskou činnost.

Grafický přehled vývoje hospodářského výsledku v období 2015 - 2017 ukazuje následující graf:

Graf 3 Hospodářský výsledek Rehabilitace XY 2015 – 2017



Zdroj: vlastní zpracování

Ukazatel autarkie – vyjadřuje míru soběstačnosti firmy z hlediska pokrytí nákladů hlavní činností z dosažených výnosů. Hodnoty autarkie by měly dosahovat hodnot vyšší než 1, tehdy výnosy přesahují náklady.

$$\text{autarkie} = \frac{\text{výnosy z hlavní činnosti}}{\text{náklady na hlavní činnost}} * 100 (\%)$$

$$\text{Výpočet autarkie} = 107 \%$$

Ukazatel rentability – vyjadřuje výkonnost podniku, výnosnost vložených prostředků, účinnost užívaných prostředků a prováděné činnosti.

$$\text{rentabilita: } \frac{\text{výstup (výsledek)}}{\text{vstup (vynaložené prostředky)}}$$

$$\text{Výpočet rentability} = 7,96$$

7.1.3.1 Shrnutí finanční analýzy

Z výpočtů ukazatelů finanční analýzy (autarkie a rentability) a zpracování vývoje hospodářského výsledku v posledních třech letech je patrné, že organizace dlouhodobě vykazuje dostatečný zisk na pokrytí všech svých nákladů a může si dovolit investici ve formě implementace managementu kvality.

7.1.4 Průzkumy spokojenosti pacientů

Jedním z nejdůležitějších indikátorů kvality je míra spokojenosti pacientů, která podává podstatné informace o celkové úrovni kvality ve zdravotnické organizaci. Kvalita není jen o schopnostech zdravotnického personálu poskytovat tu nejlepší péči, ale je to také o tom umět uspokojovat pacientova očekávání a potřeby, který hodnotí kvalitu podle objektivních u subjektivních ukazatelů. Pacient od zdravotnického personálu očekává nejen profesionální přístup a humánní chování, ale také empatii, efektivní komunikaci, vstřícné a důstojné jednání a v neposlední řadě poskytnutí všech potřebných informací.

Míra spokojenosti pacientů je velmi důležitá pro zdravotnický personál i jak zpětná vazba pro vrcholové vedení organizace, protože jsou využívány jako zdroj podnětů k zvyšování úrovně a účinnosti ošetrovatelské péče.

Spokojenost pacienta je klíčovým faktorem výkonnosti managementu kvality, jelikož maximalizace míry spokojenosti pacienta je jednou ze základních funkcí managementu

kvality. Také se ukazuje, že údaje o tomto vývoji spokojenosti jsou neméně podstatnými vstupy rozhodování o možných programech dalšího zlepšování.

Významnou roli v rozhodovacím procesu pacienta hraje podle Buchbinder (2012, s. 105-106) poskytovatelé zdravotní péče a především dostupnost informací a způsob, jakým jsou na veřejnosti managementem zdravotnického zařízení prezentovány.

Nenadál (2002, s. 131) upozorňuje na důležitost monitorování a měření spokojenosti, které jsou jedním z důležitých údajů ve funkčních systémech jakosti a naplňují princip zpětné vazby účinného managementu jakosti. Nenadál (2002, s. 137) dále důrazně doporučuje, aby procesy monitoringu spokojenosti organizace zahrnuli co nejdříve do svého strategického managementu.

K hlavním metodám naslouchání potřeb pacientů jsou:

- přímý rozhovor
- dotazníková metoda
- metoda kritických událostí
- diskuse v ohniskových skupinách

Nenadál a kol. (2003, s. 28) doporučuje užívat především metodu kritických událostí, jelikož jde vidět naprosto konkrétní vyjádření respondenta, které se pojí ke konkrétní pozitivní nebo negativní zkušenosti s danou organizací. Ovšem nejpoužívanějším nástrojem zpětné vazby je dotazníková metoda.

Management kvality musí být informován s výsledky dotazníkové šetření, měl by být schopen vybrat nejkritičtější oblasti v poskytování péče z pohledu pacienta, a na ty se zaměřit s cílem je co nejdříve zlepšit. Teprve poté má monitorování spokojenosti pacientů smysl.

Nejobjektivnější metodou sběru dat je přímý rozhovor, jenž garantuje také požadovaný účinek, na druhou stranu by ale měl být uskutečňován speciálně vyškolenými týmy, např. studenty vysokých škol se zaměřením na marketing, management kvality, sociologie, atd.

Nicméně nejpoužívanějším nástrojem ke sbírání dat, kterým můžeme hodnotit spokojenost pacientů, je využití dotazníků, v nichž se pacienti mohou svobodně a anonymně vyjadřovat a prezentovat své názory.

Zlámal (2009, s. 132) uvádí zásady sestavení dotazníku:

- nesmí tázaného příliš zatěžovat,
- má být krátký,

- vyplnění nesmí trvat více než několik minut,
- nesmí mít více než tři desítky jednoduchých otázek,
- otázky se nemají týkat soukromí tázaného,
- má být přehledně uspořádán a graficky upraven.

Naopak Nenadál (2003, s. 31) ve své knize upozorňuje, že počet otázek by neměl přesáhnout 15.

Samotný sběr dat pro potřeby mé diplomové práce proběhl v období prosinec 2017 – únor 2018. Hned v úvodu dotazníku byli respondenti poučeni o anonymitě a účelu dotazníkového šetření. Dotazník obsahuje 15 otázek, 14 otázek je s výběrem jedné možnosti a 1 otázka je otevřená s výběrem více odpovědí i s možností se slovně vyjádřit. Bylo odevzdáno celkem 80 vyplněných dotazníků od dospělých respondentů a jejich návratnost byla 100%. Cílovou skupinou byli muži a ženy, kteří ve sledovaném období využili služeb Rehabilitace XY. Dotazník je součástí této diplomové práce (viz. Příloha 1)

7.1.4.1 Vyhodnocení dotazníkového šetření

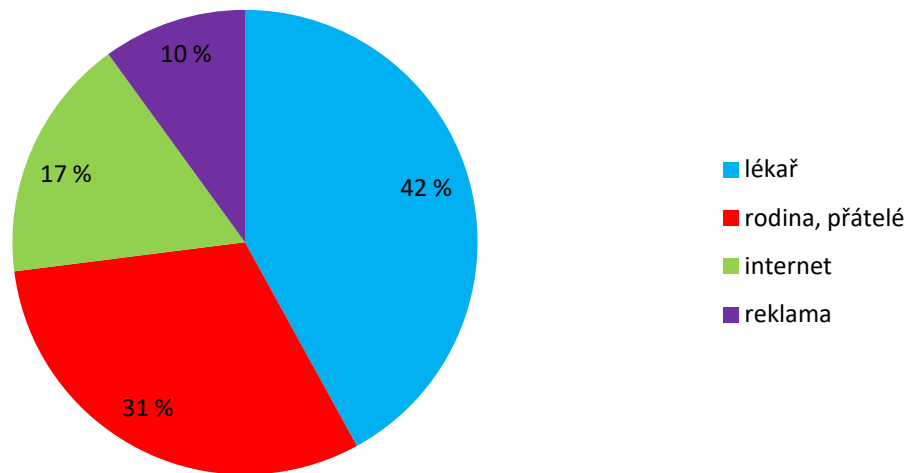
Dotazník pro mé účely vyplnilo celkem 80 pacientů, z toho 79 % žen a 21 % mužů. Hodnotili čekací doby na objednání, ordinační dobu, trvání terapie, chování a odbornost personálu, poskytované služby, dostupnost zařízení, přístup na oddělení, vzhled budovy uvnitř i vně, vybavení organizace, úroveň komunikace fyzioterapeut - pacient, edukace pacienta, individuální přístup, technické vybavení, webové stránky.

Výsledky ukázaly, že 98 % pacientů je tu oproti konkurenci, která je v Olomouci poměrně vysoká, maximálně spokojeno s poskytovanými službami. Nejvíce si pacienti pochvalují personál, empatii fyzioterapeutů, aktivní zapojení do léčby, krátké čekací doby, velkou tělocvičnu, soukromí, více možností poskytovaných zdravotních služeb a dopravní dostupnost. Naopak jsou nespokojeni s absencí celotělové vodoléčby, objednání na více odpolední/večerní termíny a se vzhledem budovy.

Otázka č. 1 - Z vyhodnocení dotazníků nám vyplynulo, že oslovenými byli převážně ženy a to 79 %, muži 21 %.

Otázka č. 2 – Jak jste se o naši organizaci dozvěděl/a?

42 % uvádí, že první informace dostali od lékaře, 31 % od rodiny či přátel, 17 % získali informace z internetu a 10 % reklama.



Otázka č. 3 – Jak hodnotíte přístup a označení oddělení?

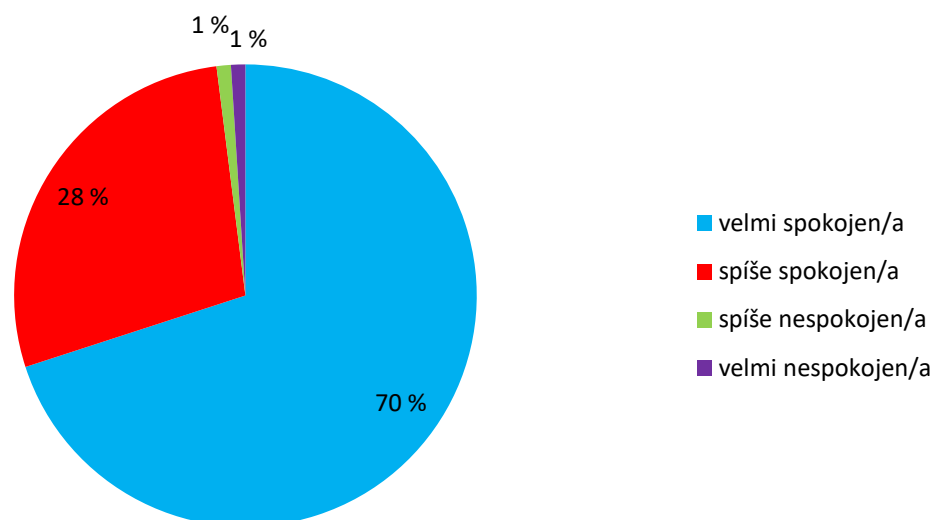
Z 5 nabízených možností vybírali respondenti pouze ty kladné, tzn. velmi spokojena a spíše spokojena.

Otázka č. 4 – Jak jste spokojen/a s termínem objednání?

I na tuto otázku odpovídali pozitivně, někteří dokonce vlastními slovy dopsali, že byli mile překvapeni rychlostí objednání k lékaři i na následné terapie.

Otázka č. 5 - Jak jste spokojen/a s ordinační dobou?

70 % respondentů uvedlo, že jsou velmi spokojeni, 28 % spíše spokojeni, 2% byli nespokojeni a rádi by ordinační dobu prodloužili.

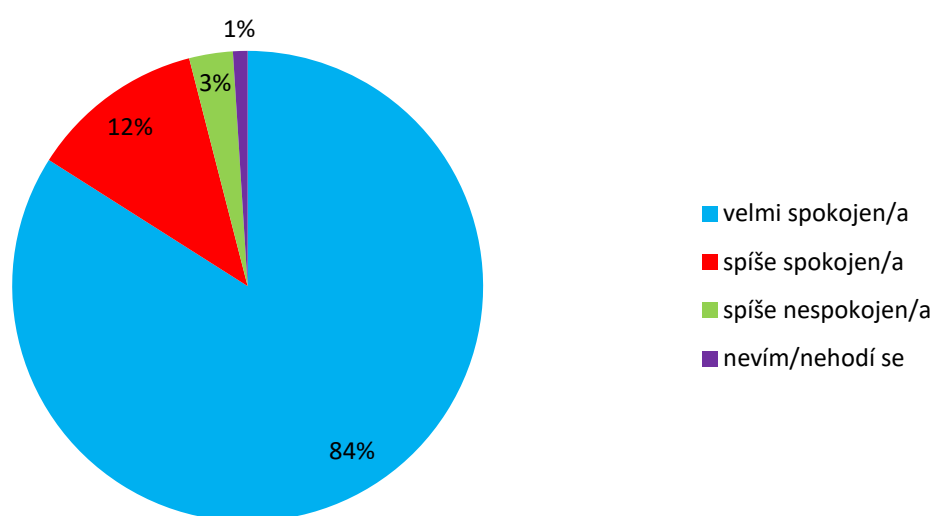


Otázka č. 6 – Jak jste spokojen/a se vzhledem oddělení?

Z nabízených možností vybírali respondenti odpovědi zhruba ve stejném počtu, někteří jsou velmi spokojeni, na druhou stranu jsou i tací, co jsou velmi nespokojeni nebo tuto otázku nevěděli/neuměli/nechtěli odpovědět.

Otázka č. 7 - Jak jste spokojen/a s časem, po který se Vám fyzioterapeut věnuje?

84 % respondentů hodnotilo čas strávený na terapii za velmi uspokojivý, 12 % byli spíše spokojeni, 3 % spíše nespokojeni a 1% respondentů nevědělo, zřejmě nemá jiné další zkušenosti např. v jiných rehabilitačních ambulancích.



Otázka č. 8 – Jste spokojen/a, jak Vás fyzioterapeut zapojuje do rozhodování o zdravotní péči?

Na tuto otázku odpovědělo 87 %, že jsou velmi spokojeni, 12 % spíše spokojeni a 1 % spíše nespokojeni.

Otázka č. 9 – Jste spokojen/a, jak Vám fyzioterapeut vysvětluje účel vyšetření a léčby?

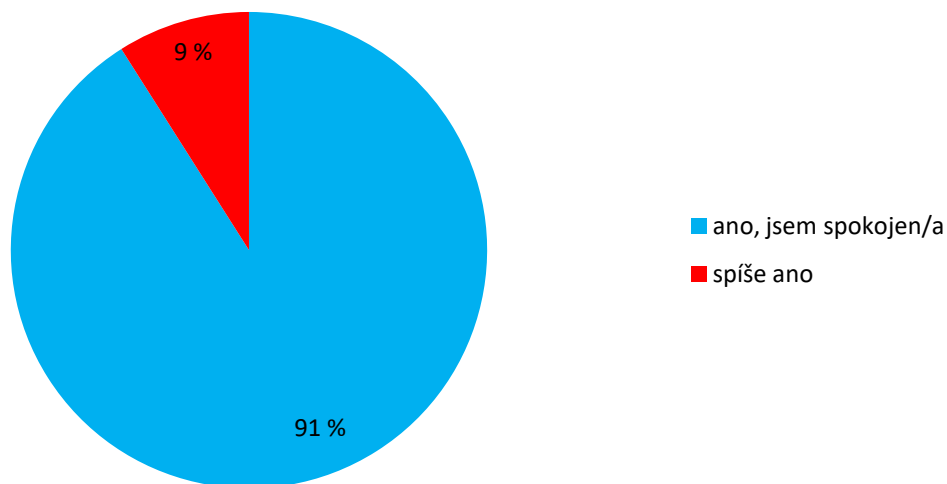
I u této otázky jsou výsledky velmi kladné. 89 % uvádí „velmi spokojeni“, 10 % spíše spokojeni a 1 % „nevím/nehodí se“.

Otázka č. 10 – Jak hodnotíte úroveň a kvalitu technického vybavení?

U této otázky jsem se setkala nejvíce s odpovědí „nevím/nehodí se“ (30 %) nebo naopak hodnotili technické vybavení velmi kladně (68 %).

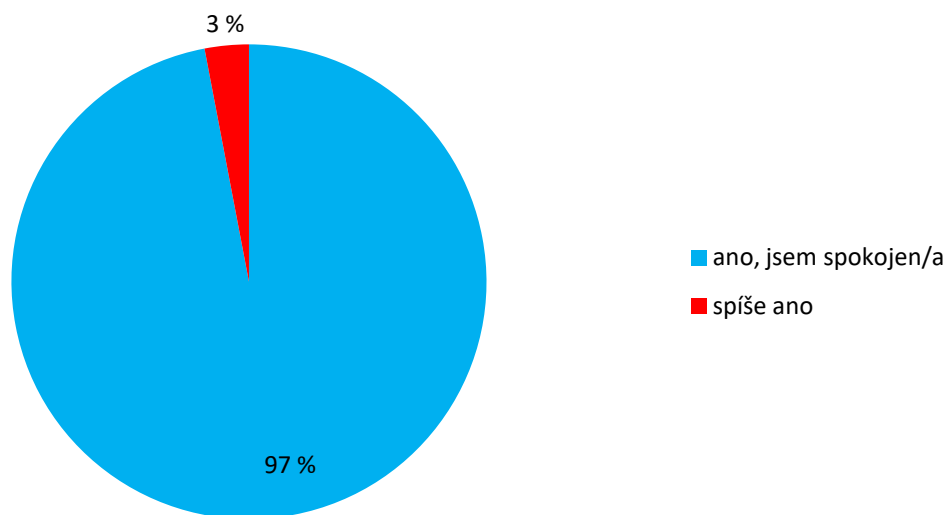
Otázka č. 11 - Máte při terapii pocit důvěry, bezpečí?

Celkem 100 % respondentů hodnotilo z nabízených pěti možností, pouze ty kladné, a to, že jsou spokojeni. Viz následující graf.



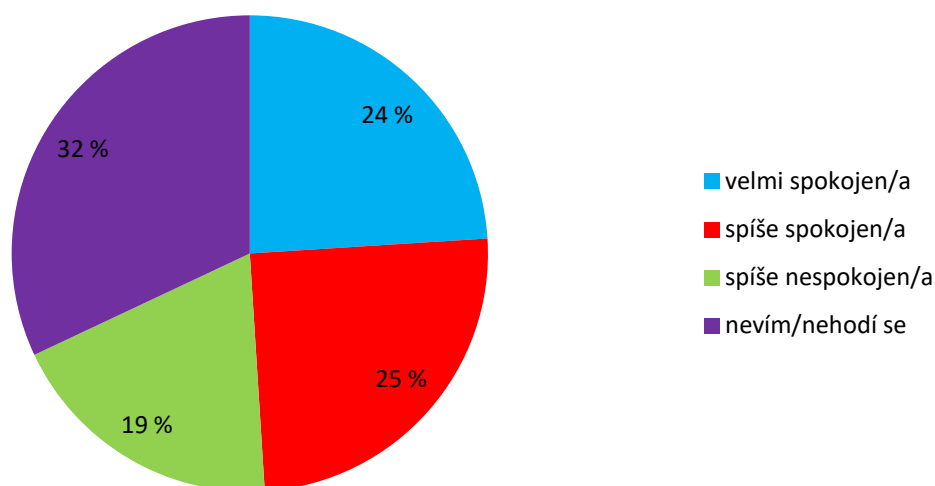
Otázka č. 12 - Byl/a jste spokojen/a s dostupností nabízených služeb?

Všech 80 oslovených respondentů bylo spokojeno s dostupností nabízených služeb.



Otázka č. 13 - Jak hodnotíte webové stránky organizace?

Webové stránky hodnotilo kladně 49 % respondentů, spíše nespokojeno je 19 %, velmi nespokojeno 0 % a 32 % neví. Zřejmě webové stránky nenavštívili a používají jiný sběr informací.



Otázka č. 14 – Jaké jsou Vaše návrhy na zlepšení?

Zde si mohli respondenti vybírat hned z několika odpovědí a měli prostor i na individuální slovní vyjádření. 14 % respondentů navrhuje objednávání online či WIFI připojení, 10 % pacientů navrhuje pořízení automatu na vodu či kávu, 5 % by chtělo upravit ordinační dobu, 1% by uvítalo dětský koutek, hezčí, větší kabinky na elektroléčbu a rozdávání prospektů se cvičením.

Otázka č. 15 – Doporučil/a byste organizaci svým známým?

Jendozančně ano by rehabilitaci doporučilo své rodině, přátelům i známým 99 % respondentů, 1 % spíše ano. To je velmi pozitivní výsledek.

Tyto informace je nutné brát taktéž jako doporučení, ale jisté závěry z toho vyplývají. Klientela je náročná a vědoma si standardů poskytovaných služeb a konkurence.

7.1.5 SWOT analýza

V rámci vytvoření možné strategie a hodnocení kvality jsem zpracovala komplexní SWOT analýzu mnou zvolené firmy na základě detailního poznání podmínek a současného stavu

společnosti. Vycházela jsem při tom ze získaných informací o dané instituci ze strany majitelů, z rozhovorů s klíčovými zaměstnanci, z pracovního působení v organizaci, od pacientů a ze strategických dokumentů zpracovaných společností.

Obsah a výsledky SWOT analýzy společnosti Rehabilitace XY jsou popsány dále.

7.1.5.1 Silné stránky

- vlastní prostory k podnikání
- kvalifikovaný a zkušený personál
- široký rozsah poskytované péče
- krátká čekací doba objednání
- finanční stabilita firmy
- dobrá pověst
- uzavřené smlouvy se všemi zdravotními pojišťovnami
- stabilní personální obsazení
- výborná lokalita organizace (centrum Olomouce)
- individuální přístup k pacientům

7.1.5.2 Slabé stránky

- vzhled budovy
- absence celkové vodoléčby
- absence odpoledních/večerních termínů terapie
- konzervativní přístup k inovacím
- žádná aktivita v oblasti marketingu
- chybějící systém řízení kvality
- nedostatek parkovacích míst v okolí
- chybějící stanovená organizační struktura
- absence podnikových plánů, strategií, vizí, poslání
- nevyužití všech prostor organizace

7.1.5.3 Příležitosti

- příspěvky pojišťoven na zdravotní péči
- pravidelné navyšování úhrad za výkony
- stárnutí populace
- zvyšující se počet civilizačních onemocnění

- posilování obecné konkurenceschopnosti
- populační růst zájmů o vlastní zdraví
- široká škála pacientů všech věkových kategorií
- nové léčebně-rehabilitační postupy
- vysoká poptávka rehabilitační péče
- příznivé podmínky na trhu

7.1.5.4 Hrozby

- přechod pacientů ke konkurenci s širší nabídkou poskytovaných služeb
- nedostatek kvalifikovaného personálu
- nedořešené majetkové vztahy
- legislativa
- omezení ze strany pojišťovny
- rozvázání smlouvy některou zdravotní pojišťovnou s rehabilitací
- zvyšování cen nájemného a energií
- blízkost konkurence
- disproporce mezi vykázanou zdravotní péčí a úhradou od zdravotních pojišťoven
- vývoj mzdových nákladů

7.1.5.5 Shrnutí SWOT analýzy

Rehabilitace disponuje celou řadou silných stránek jako je výborná lokalita přímo v centru Olomouce (pracoviště na Vídeňské ulici) a v nejlidnatějším sídlišti v Olomouci (pracoviště Janského). Obě pracoviště se snadnou dostupností městské hromadné dopravy i integrovanou dopravou z blízkých vesnic a měst. O dobré pověsti je možno hovořit z důvodu několika let nepřetržité praxe i hodnocení na webových stránkách, které se věnují tématu hodnocení lékařů. Jako další faktor silné stránky může sloužit stabilní personální obsazení a vysoce kvalifikovaní zaměstnanci bez viditelných sklonů frustrace, poskytující široký rozsah zdravotní péče s individuálním a empatickým přístupem ke každému pacientovi. Úspěch jsou také vlastní prostory k podnikání a nejen tím finanční stabilita firmy.

Naopak výraznou slabou stránkou je absence v oblasti marketingu a managementu kvality s tím související chybějící jakákoli propagace organizace, reklama, nevypracovaná organizační struktura i podnikové plány, vize, poslání. Také vzhled budovy na první pohled není lákavý, označení rehabilitace konkrétně na pobočce na Vídeňské ulici je

nezřetelný. I když majitelka vlastní celý objekt o rozloze zhruba 850m², využívá se pouze malá část, asi 150m² v suterénu domu. Kvůli vývoji na trhu i konkurenční schopnosti by bylo více než vhodné, aby společnost zavedla systém řízení kvality, jež by organizaci posunula do výhody. Nedostatek parkovacích míst je problematikou obou pracovišť. V centru Olomouce se musí platit za parkovací stání 30,- na hodinu a je kapacitně omezena. A u pracoviště na ulici Janského je parkování sice zdarma, za to je ho rapidní nedostatek, protože ve zdravotním středisku samo o sobě je několik ordinací lékařů (všeobecný, zubní, kožní, dětské, 2 lékárny, solná komora a sportovní centrum) a v těsné blízkosti střediska se nachází supermarket, pošta, banka a restaurace. Takže kapacita parkovacích míst nestačí.

Mezi příležitosti můžeme jednoznačně zařadit demografický vývoj populace, ukazující stárnutí obyvatel a zvyšující se počet civilizačních onemocnění, s čímž souvisí stále se zvyšující a častější potřeba rehabilitační péče. Vývoj ve všech odvětví je velmi rychlý, takže sledování nových trendů, postupů a inovací ve fyzioterapii, a jejich následné uplatňování v praxi, je více než potřebné. V České republice postupně roste zájem o vlastní zdraví, ekologické myšlení, aktivní začlenění zdravého životního stylu.

A mezi hrozby zmiňme nedostatek nového kvalifikovaného personálu, např. z důvodu odchodu zdravotníků do zahraničí za vyšší mzdou a lepšími pracovními podmínkami. Hrozbou je také stávající, případně také nově vzniklá, konkurence nabízející zajímavější služby, terapie, novinky,... Do hrozeb spadá i platební (ne)schopnost zdravotnicj pojišťoven, kde bych upozornila na pozdě provedené platby za výkony i redukce vykázaných výkonů. Hrozby jsou také legislativní a politické změny, jež by kladly vyšší požadavky na chod nestátních zdravotnických organizací.

7.1.6 Závěr z analýz

Po vyhodnocení dotazníků a jednotlivých analýz i zjištění, že skoro všichni pacienti jsou zde spokojeni a že organizace je prosperující firmou, která má v Olomouckém kraji význané postavení, jsem došla k závěru, že nejlepší volbou pro tuto firmu bude strategie stability, která spočívá v udržení stávající klientely a získání nové za pomocí implementace managementu kvality, marketingové komunikace a rekonstrukce firemních prostor. Po částech dojde ke zlepšení pracoviště z hlediska poskytovaných služeb, zvětšení prostor, úprava webových stránek a dále se zaměří na získání většího povědomí veřejnosti o tomto

zařízení buď formou reklamy v novinách, nebo v rádiu, nabízí se i možnost využití sociálních sítí.

Jelikož se pracoviště nachází v poměrně rozlehlé vile, ve které se využívá prozatím jen suterén, navrhuji na podkladě získaných informací investici do celkové rekonstrukce a rozšíření pracoviště o další místnosti na individuální léčbu, vodoléčbu i kanceláře. Je tu i možnost vybudování velké tělocvičny na skupinové cvičení, případně na větší počet posilovacích strojů. Prostory by se dále mohly pronajímat na pořádání různých seminářů, pravidelných cvičení (např. cvičení na velkých míčích, pilates, cvičení pro těhotné) či školení zaměstnanců.

V návaznosti na zvětšování prostor bude nutné po rozšíření pracovišť přijmout nové fyzioterapeuty, administrativní pracovníci a zaměstnance pro jakost. Nabízí se i myšlenka upravit pracovní dobu zaměstnanců, např. střídáním „dlouhých“ a „krátkých“ týdnů, aby se prodloužil provoz denně 7:00 – 19:00 hodin. Všichni zaměstnanci by měli být pro stanovenou práci kompetentní, proto by organizace měla určit nezbytnou odbornou způsobilost pro každou pracovní funkci, zajišťovat, aby si zaměstnanci byli vědomi závažnosti své práce a jejich dopadů na jakost, hodnotit efektivnost určování a zvyšování kompetentnosti zaměstnanců. Tato efektivita se může zjišťovat např. počtem školení za rok, posouzení využití v denní praxi, posouzení spokojenosti pacienta. Pro udržení odbornosti a nutnosti dalšího vzdělávání musí zdravotník za určitý časový úsek nasbírat určitý počet kreditů, kterými jsou ohodnoceny konference, semináře, vzdělávací kurzy, apod. Organizace musí zajistit povědomí pracovníků o významu a důležitosti prováděných činností a podílu na celkové kvalitě služeb, měla by své zaměstnance hodnotit a hmotně či nehmotně motivovat, podporovat je i ve vzdělání mimo obor, např. kontakt s pacientem, komunikace, počítačová technika, řízení jakosti, sledování trendů v rehabilitaci, atd.

8 PROJEKT ZAVEDENÍ MANAGEMENTU KVALITY

8.1 Cíle projektu

Prvním krokem, který předchází jakémukoli zavádění systému řízení kvality, je přesvědčit vedení organizace o důležitosti řízení kvality. V této fázi je podstatné připravit podklady, včetně analýzy současného stavu.

Pro úspěšné a plynulé zavedení normy ČSN EN ISO 9001:2015 do vybrané zdravotnické organizace je více než nutné si nejdříve stanovit plán tohoto zavedení, který zároveň bude sloužit jako návod pro jednotlivé kroky a požadavky které norma vyžaduje. K plánu je potřeba znát i předběžný finanční odhad a stanovení možností výskytu rizik projektu.

Strategické cíle projektu implementace managementu kvality:

1. Zajištění vysoké úrovně kvality poskytovaných odborných lékařských i ošetrovatelských činností.
2. Spokojenost pacientů s poskytovanými službami, sledování a pravidelné vyhodnocování aktuální situace a odstraňování nedostatků.
3. Hospodárnost provozu organizace a maximální efektivita při provádění činností.

Způsob měření a hodnocení strategických cílů:

Ad 1 – provádění interních i externích auditů, kontrol, vzdělávání zaměstnanců, plnění podmínek norem ISO, recertifikace

Ad 2 - vyplňování dotazníků a jejich následné vyhodnocování, přímé rozhovory s pacienty

Ad 3 – zpracování účetních výkazů, sledování hospodářského výsledku organizace

Pro naplnění výše vypsanych strategických cílů je nutné stanovit i úkoly:

1. Sjednotit a koordinovat činnosti na obou pracovištích
2. Stanovit způsob získávání informací a kontroly
3. Přesně stanovit pravomoce
4. Zajistit dodržování platných zákonů a předpisů
5. Definovat kontroly a vyhodnocovat prováděné činnosti
6. Zajistit neustálé zlepšování poskytovaných činností a vyhodnocovat nedostatky

8.2 Příprava projektu

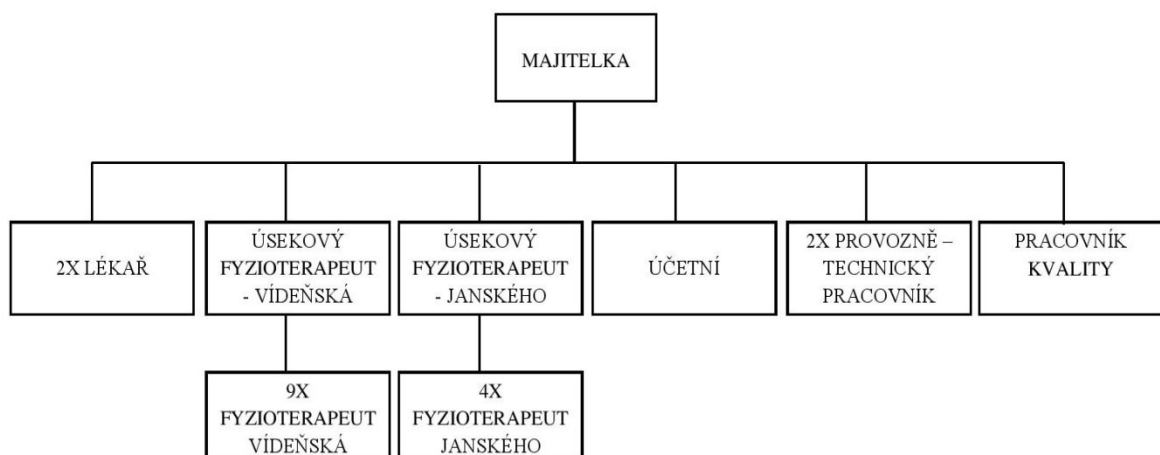
Implementace systému managementu kvality do vybrané zdravotnické organizace, neboli úspěšná realizace záměru, vyžaduje zabezpečení organizačních, ekonomických, personálních a technických zdrojů.

Co se týká technického zabezpečení je organizace na dostatečné úrovni. Disponuje kvalitními zdravotnickými přístroji i kvalitní sítí výpočetní techniky, kterou v případě potřeby obnovuje a tím zajišťuje pacientům požadovanou terapii.

V oblasti personálních zdrojů bude nutné nejprve stanovit pravomoce, odpovědnost, organizační strukturu a celou koordinaci při zavádění systému kvality i jejím následném udržování. Bude třeba vytvořit nové pracovní funkce a tím pádem i pracovní náplně a zajistit odbornou spolupráci. Jelikož se zavedení systému týká všech zaměstnanců organizace, je více než důležité, aby každý zaměstnanec prošel interním školením. Organizační struktura slouží k řízení a koordinaci činností všech zaměstnanců organizace, umožňuje větší efektivitu společnosti a využití zdrojů. Vyplývá z ní náplň práce, odpovědností a pravomocí jednotlivých úseků a pozic. Činnost jednotlivých částí organizace je popsáno v organizačním řádu, náplň práce pak v poisech práce. Náplň práce jednotlivých zaměstnanců naší organizace má na starost vedené organizace, přímo majitelka.

Organizační struktura nebyla prozatím nastavena, tudíž bylo nutné ji vytvořit.

Obrázek 3 Organizační struktura organizace



Zdroj: vlastní zpracování dle interního zdroje

Na zajištění těchto zdrojů by organizace měla určit finanční prostředky, které vedení organizace vyčlení na pokrytí nákladů spojených se zaváděním systému, a to je k pokrytí poradenských a certifikačních služeb, nákladů na mzdy a technické řešení požadavků dané normy.

V rámci organizovaného zabezpečení vyvstala otázka, zda bude pro tuto činnosti uvolněn stávající zaměstnanec, anebo organizace přijme nového pracovníka, který se bude této problematice naplno věnovat. Na základě doporučení jiných organizací a z důvodu zachování provozu, ale také z časových a organizačních vedené organizace bude volit variantu přijetí nového zaměstnance, jehož hlavní pracovní náplní bude příprava a následné udržování zavedeného systému, a jež bude přímo podřízen majitelce a v dané oblasti mu byli uděleny příslušné pravomoci.

V této přípravné fázi bude nutné zvažovat, zda bude potřeba využít služeb některé z odborných poradenských firem. Tyto organizace hrají významnou roli zejména při návrhu způsobu zavádění, aktualizace a zajištění certifikace, pomohou realizovat požadované změny, provádějí potřebná školení a audity, a má nespornou výhodu v úspoře času ve všech fázích realizace projektu. Těchto firem je na trhu mnoho, výběr se zužuje dle retencí, finančních možností, odborného profesionálního přístupu a způsobilosti i mnoholeté zkušenosti se zaváděním systému managementu kvality do organizace. Dle výběru konkrétní firmy se dále zaměstnanec organizace a externí konzultant dohodnou a připraví časový harmonogram.

Při zavádění systému je potřeba klást velký důraz na informovanost a aktivní zapojení všech zaměstnanců a od vrcholového vedení bude potřeba zajistit potřebnou motivaci. Prioritou ze všeho bude proškolení zaměstnanců ve spolupráci s vybranou poradenskou firmou, seznámení se základními pojmy v oblasti kvality a potřebnými požadavky příslušné normy. Dále bude nutné vybrat zaměstnance do funkce interního auditora, proškolit ho a zacvičit. Zaměstnanec odpovědný za zavádění systému společně s externím konzultantem mají za úkol postupně tvořit a upravovat technicko – organizační postupy, pracovní povinnosti, odpovědnosti a pravomoci, upravit plány, kontroly, značení u přístrojů, revize, kalibrace. Vše musí být průběžně dokumentováno a přehledně rozděleno do jednotlivých oblastí. Všechny důležité činnosti a procesy související se zaváděním systému by měly být sepsány v Příručce jakosti.

Příručka jakosti

- je základní řízený dokument v tištěné formě strukturovaný dle normy uložen u manažera jakosti k nahlédnutí všem zaměstnancům organizace,
- tvoří se v závěru tvorby dokumentace,
- je zpracována s ohledem na organizační strukturu a velikost společnosti,
- je používána pro školení pracovníků a slouží jako podklad pro auditory,
- specifikuje metody, kterými se plní požadavky na jakost, a to včetně určení pravomocí, odpovědností, postupů, kritérií, dokumentů,
- je v souladu se záměry organizace, tj. uspokojení potřeb pacienta, soustavné zlepšování poskytovaných služeb,
- obsahuje všeobecný popis společnosti, popis analýz a jejich závěry,
- s příručkou jsou seznámeni všichni zaměstnanci společnosti.

Poté by po realizovaných úspěšných interních auditů na obou pracovištích a také na základě doporučení poradenské firmy mohla organizace podstoupit certifikační audit vybranou certifikační společností. Při rozhodování o výběru této certifikační firmy opět hraje roli cena, reference, zkušenosti v oblasti zdravotnictví a profesionální přístup.

Samotné certifikaci certifikační společností předchází precertifikační interní audit, během něhož dochází k ověření systému, zda splňuje všechny stanovené požadavky normy vyškoleným interním auditorem. Výsledky a závěry z těchto analýz musí být zdokumentovány a zjištěné nedostatky průběžně odstraňovány pověřenými zaměstnanci. Na závěr všeho, tedy po promyšlené přípravě, po úspěšném zavedení systému i řízené dokumentace do provozu a věření funkčnosti interním auditorem, by poté pracovník pro jakost zpracoval závěrečnou zprávu, která by byla předložena vedení organizace. Po odsouhlasení vedením, doporučení poradenské firmy a úspěšném interním auditu bude oslovena vybraná certifikační organizace na provedení certifikovaného auditu a upřesní se termín certifikace.

Certifikační audit probíhá zpravidla několik dní a potvrdí plnění všech požadavků normy. Je více než vhodné doprovod externího auditu interní auditorem i externím odborným konzultantem z poradenské firmy, který pomáhá při zavádění systému do organizace. Vedoucí auditor zodpovídá za dodržení časového harmonogramu, což je nezbytné pro úspěšný průběh auditu. Také je třeba mít k dispozici vyžádanou přehlednou dokumentaci a umět se v ní rychle orientovat.

Získání certifikátu ovšem pro organizaci a její zaměstnance není konečné. Již jednou zavedený systém kvality se musí monitorovat neustálými, pravidelně se opakujícími interními audity, kterými organizace sleduje funkčnost zavedeného systému managementu kvality, a konzultují případné potíže s poradenskou firmou. Závěry z těchto auditů jsou předkládány písemně zaměstnancem pro jakost vedení organizace. Vedení by poté mělo minimálně v ročních intervalech hodnotit prováděnou činnost, přezkoumat efektivnost systému pomocí výsledků z auditů, kontrol, informací a podkladů od zaměstnance pro jakost.

Certifikační společnost, jež udělila certifikát, ověřuje zavedení systému a dodržování stanovených požadavků normy v tzv. dozorových auditech. Tyto audity probíhají podle plánu jednou za rok po dobu tří let. Tyto kontrolní mechanismy zajišťují průběžnou aktualizaci, zpětnou kontrolní vazbu a životnost systému. Po uplynutí tohoto období dochází k recertifikačnímu auditu.

Cílem přezkoumání systému managementu kvality je ověřit, zda je zajištěna kontinuita vhodnosti, efektivnosti a přiměřenosti, dále posouzení možnosti pro zlepšení, popř. jiných změn v systému.

8.3 Časová analýza

Projekt implementace systému managementu kvality je navržen pro úspěšné zavedení systému kvality podle normy ČSN EN ISO 9001:2015 do organizace Rehabilitace XY.

Výsledkem popisovaného projektu by mělo být zavedení systému managementu kvality podle normy uvedené výše a to v období duben – prosinec 2018 s následným auditem certifikační společnosti, jež by měl poté proběhnout začátkem roku 2019.

Projekt se drží požadavků výše zmíněné normy a je rozdělen do několika stupňů:

1. stupeň – situační analýza
2. stupeň – vypracování dokumentace
3. stupeň – zavedení do praxe

Přehledný rozpis činností v určitém čase je uveden v následující Tabulce:

Tabulka 3 Časový harmonogram implementace systému

Název	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1/2019
Situační analýza	X									
Stanovení cílů	X									
Zpracování projektu + konzultace s vedením		X	X							
Úvodní školení			X							
Politika a cíle jakosti			X							
Vytvoření kontextu organizace			X							
Vytvoření příručky kvality			X							
Plán realizace		X								
Vypracování dokumentace			X							
Školení interního auditora			X							
Zavádění do praxe				X	X	X	X	X		
Interní audit								X	X	
Úpravy systému				X	X	X	X	X	X	
Certifikace										X

Zdroj: vlastní zpracování

8.4 Riziková analýza

Každá organizace, a to i ta zdravotnická, by měla brát v úvahu a počítat s možností vyskytnutí jakýchkoli rizik. Je velká pravděpodobnost, že se některé nepříjemné situace objeví a z toho důvodu by se hned při založení i v dalším průběhu a fungování organizace měly určovat. Už jen pouze jejich identifikace by mohla sloužit preventivně před dalšími navazujícími, popř. i náchylnějšími oblastmi, nebo případně eliminovat jejich dopad. Pomáhá také zvážit nějaké další kroky nebo rozhodnutí s patřičným odstupem.

K nejdůležitější části analýzy rizik patří definice možných rizik. Čím lépe se tento krok zvládne, tím je větší šance, že se dokážeme s případným budoucím rizikem a jejich následným následkům předcházet. Je třeba se zamyslet nad tím, co je třeba udělat pro minimalizaci vypsanych rizik, dále je třeba zvažovat rizika včas a tím se vyhneme improvizacím a nesprávným rozhodnutím. Je možné si zajistit i názor „zvenčí“, neměli bychom se spoléhat pouze na svůj pohled.

Dále jsou popsána možná rizika, která se pojí se zaváděním systému ve vybrané organizaci, jejich pravděpodobnost výskytu, intenzita negativního dopadu i nápravná opatření.

Riziko č. 1

Jedním z rizik projektu je nesplnění normou nastavených požadavků, jež může být při zavádění systému kvality fatální, jelikož by organizace neprošla následnou certifikací.

Protiopatření: A protože právě certifikace je žádoucím výsledkem celého projektu, musí organizace lpět na přesném dodržování a plnění požadavků pravidelným dohlížením a kontrolou.

Pravděpodobnost výskytu: nízké riziko

Intenzita negativního dopadu: vysoká

Riziko č. 2

Dalším rizikem může být nevyhovující nastavení systému managementu kvality, jenž by byl stěží udržitelný do budoucna. Nastavit tento systém do každé organizace je poměrně nelehký úkol, musí vyhovovat její velikosti, počtu zaměstnanců, její specifikaci a zaměření.

Protiopatření: pro toto riziko je tedy žádoucí v co největší míře kooperovat s poradenskou firmou, která systém managementu kvality zavádí, komunikovat, sdělovat své přání, požadavky a představy. Je potřeba najít vhodné kompromisy mezi platnými požadavky normy a jejími doporučeními a výhodou pro organizaci.

Pravděpodobnost výskytu: střední riziko

Intenzita negativního dopadu: vysoká

Riziko č. 3

Rizikem je také neochota zaměstnanců podílet se na změnách souvisejících se zaváděním systému. Tento problém nastává při implementaci u většiny společností. Je to dáno určitou pohodlností zaměstnanců, obavou ze změn, neochotou i nedostatečnou motivací. Protože pokud nejsou zaměstnanci dostatečně a uspokojivě motivováni, k realizaci plánů, potažmo cílů organizace a jejich následnému plnění nikdy nedojde. V praxi často problematika motivace zaměstnanců není respektována, často bohužel podceňována.

Protiopatření: kroky vedoucí k protiopatření tohoto rizika jsou v komunikaci ve vztahu zaměstnanec – zaměstnavatel, dostatečném seznámení s projektem v jeho začátcích, vhodně motivovat. Za zásadní je umět spojit individuální zájmy zaměstnance s cíl organizace tak, aby při plánovaném plnění cílů se současně dosahovalo i vysokého subjektivního uspokojení.

Pravděpodobnost výskytu: vysoké riziko

Intenzita negativního dopadu: vysoká

Riziko č. 4

S tím se dostáváme k dalšímu možnému riziku, a to, nedostatečné proškolení zaměstnanců, což může být nemalým problémem, protože je velice důležité, aby všichni zainteresovaní zaměstnanci správně pochopili, jak bude zavádění systému managementu kvality probíhat a samotný systém v organizaci fungovat.

Protiopatření: tomuto riziku je potřeba se vyvarovat tím, že zaměstnanci budou důkladně seznámeni a proškoleni s postupy, jež dostanou pevný řád a budou popsány ve směrnici či v jiných nařízeních. Např. školení může probíhat i vícekrát s prostorem na otázky a diskusi, projednání nejasných věcí může probíhat kolektivně, anebo je možné nechat prostor na individuální konzultace, popř. dát informace zaměstnancům i písemně, kteří to stvrdí svým podpisem a zaručuje je dodržovat uvedená stanoviska.

Pravděpodobnost výskytu: nízká

Intenzita negativního dopadu: střední

Riziko č. 5

Nedostatečná komunikace vedoucích pracovníků se zaměstnanci o celém systému, zvláště ve velkých organizacích, způsobuje nevědomost a možná i méněcennost zaměstnanců, kteří by o těchto změnách měli určitě vědět, protože implementace systému se týká celé organizace.

Protiopatření: vedení organizace by mělo co nejdříve, nejlépe na začátku celého projektu, informovat všechny zaměstnance o chystaných změnách a dopadech na organizaci i zaměstnance.

Pravděpodobnost výskytu: střední

Intenzita negativního dopadu: střední

Riziko č. 6

V neposlední řadě je riziko neudržení již zavedeného systému. Jelikož se společnosti jedná o její fungování z dlouhodobějšího hlediska a aby systém přinášel organizaci pozitivní ohlasy, je na místě riziko zmírnit eliminací všech možných rizik (a to ne jen výše vypsáných).

Protiopatření: celý systém by měl být na míru nastaven dané organizaci, všichni zaměstnanci by o tom měli být informováni, být nedílnou součástí a aktivně se na tom podílet, samozřejmostí je neustálé plnění daných požadavků normy a zajištění kompetencí a odpovědností.

Pravděpodobnost výskytu: střední

Intenzita negativního dopadu: vysoká

Tabulka 4 Matice hodnocení rizik

HODNOCENÉ RIZIKO				
ZÁVAŽNOST DOPADU	PRAVDĚPODOBNOST VZNIKU UDÁLOSTI			
	1	2	3	4
4	4	8	12	16
3	3	6	9	12
2	2	4	6	8
1	1	2	3	4

Zdroj: vlastní zpracování dle Fotra a Hnilici (2014, s. 38)

Modrá barva – riziko nízké

Žlutá barva – riziko střední

Červená barva – riziko vysoké

Seznam rizik navrhovaného projektu:

R1 = nesplnění normou nastavených požadavků

R2 = vyhovující nastavení systému managementu kvality

R3 = neochota zaměstnanců

R4 = nedostatečné proškolení zaměstnanců

R5 = nedostatečná komunikace vedoucích pracovníků se zaměstnanci

R6 = neudržení již zavedeného systému

Jednotlivá rizika jsem vložila do matice hodnocení možných rizik:

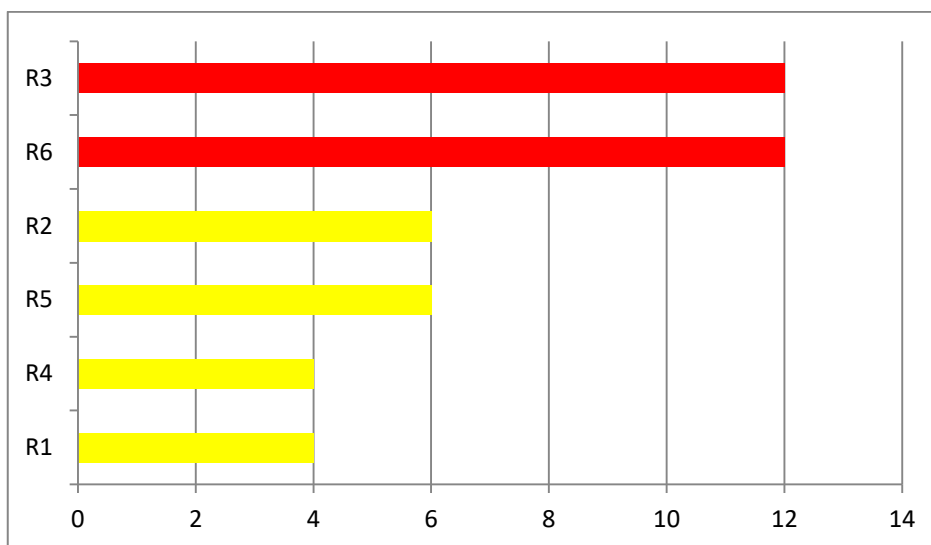
Tabulka 5 Matice hodnocení možných rizik

HODNOCENÉ RIZIKO				
ZÁVAŽNOST DOPADU	PRAVDĚPODOBNOST VZNIKU UDÁLOSTI			
	1	2	3	4
4	R1		R3, R6	
3		R5, R2		
2		R4		
1				

Zdroj: vlastní zpracování dle Fotra a Hnilici (2014, s. 38)

Popsaná rizika jsem přehledně znázornila ještě v grafu hodnocení rizik:

Graf 4 Hodnocení rizik



Zdroj: vlastní zpracování

8.5 Nákladová analýza

Náklady, které společnost vynaloží na zajištění procesu řízení jakosti, jsou prostředky na zabezpečování chodu systému řízení jakosti, prostředky na zjišťování nekvality a na návrh a realizace nápravných opatření. (Purushothama, 2010, s. 15)

Každá organizace při zavádění systému managementu kvality s následnou certifikací musí počítat s několika nákladovými položkami navíc, jež vytváří celkovou konečnou částku. Jsou to náklady na implementaci, které společnost hradí sama sobě (náklady na školení

zaměstnanců, náklady na čas všech zaměstnanců, kteří se na tvorbě zavedení systém intenzivně podílí, tím pádem se nemohou věnovat své obvyklé pracovní náplni. Tyto náklady narůstají, pokud si organizace zavádí sama bez pomoci poradenské firmy. Stanovení finančních nákladů tedy závisí na volbě formy přípravy. Tato diplomová práce preferuje variantu implementaci systému pomocí poradenské firmy. Jednoznačnou výhodou tohoto výběru je časová úspora a nerušený chod organizace. Náklady pro poradenskou firmu, která pomáhá realizovat požadované změny je různá, pohybuje se asi od 20 000,-. Např. M Vision Consulting uvádí cenu za zavedení pro organizaci o 1 – 3 zaměstnancích, 1 provozovně, 1 činnosti a zavedení 1 normy 19 900,- bez DPH. Po telefonické konzultaci, abychom mohli pro naše účely stanovit konkrétní cenu, nám poradenská firma nabídla cenu cca 85 000,- bez DPH. Záleží na velikosti organizace, počtu zaměstnanců, konečnou cenu ovlivňuje i rozsah prováděných změn a čas strávený nad zaváděním systému do zdravotnické organizace. Samotná certifikace poté stojí cca 50 000,- a i zde se objevují rozdílné ceny.

Součástí implementace systém kvality bývá i interní audit, pokud zdravotnická organizace pomáhá poradenská firma, anebo může být prováděn i zvlášť. Náklady na interní audit kvality, školení, náklady na průzkum trhu a porovnávání s konkurencí Purushothama (2010, s. 16) definuje jako řízené náklady. Kromě těchto výdajů je potřeba i počítat ještě s případnými výdaji, které vznikly při odstraňování nedostatků zjištěných při interním auditu. V následující tabulce jsou zaznamenány jako položka rezerva. V tabulce nejsou zaznamenány implicitní náklady, jež jsou spojené se spotřebou materiálu a užití lidských zdrojů. Jedná se o zaměstnance, kteří se jakýmkoli způsobem podílejí na přípravě a realizaci tohoto projektu v rámci své pracovní činnosti. Ovšem konkrétní stanovení těchto nákladů není nyní možné. Hodnoty průměrného platového ohodnocení byly čerpány ze serveru www.platy.cz. Částky za jednotlivá školení, audity a certifikace byly přebrány ze stránek poradenských a certifikačních firem.

Tabulka 6 Specifikace nákladů

Položka	cena
Náklady na zavádění (poradenská firma)	85 000,-
Plat manažera kvality	45 000,-/měs. hrubého
Interní audit	10 000,-
Rezerva	5 000,-
Certifikace	50 000,-

Zdroj: vlastní zpracování

8.6 Marketingová koncepce organizace

Základní předpoklad prosperujícího rozvoje organizace je mít jasně definované dlouhodobé cíle, poslání a vizi společnosti, které identifikují, v co organizace věří. I to doposud organizaci chybělo.

Po rozhovoru s jednatelekou a následném osobním uvážení byly pro organizaci definovány tyto vize, poslání, motto a cíle:

Vizi nastiňuje, čím chce společnost být, svoji budoucnost, popisuje své ideály a priority.

VIZE Rehabilitace XY do roku 2020 jsou:

Rehabilitace XY chce být do konce roku 2020 uznávanou a prosperující organizací s významným postavením ve svém oboru v Olomouckém kraji, která efektivně využívá prostředky k inovacím, jež povedou k uspokojování očekávaných potřeb pacienta s udržení spolupracující atmosféry v rámci organizace i vně.

Posláním se jednoduše formuluje, proč organizace existuje, jaký je její účel a smysl podnikání. Je určena pro pacienty, zaměstnance a obchodní partnery.

POSLÁNÍ: Posláním Rehabilitace XY je poskytovat odborné a komplexní rehabilitační služby s respektem a důstojností pacientům s akutním i chronickým onemocněním prostřednictvím kvalifikovaného personálu s využitím nejmodernějších rehabilitačních metod a techniky v příjemném prostředí vlastních prostor.

Motto je výstižná fráze nebo určité seskupení slov, které se vztahuje k základní myšlence organizace a pomáhá k ní upoutat pozornost veřejnosti.

MOTTO: Vykonávání smysluplné rehabilitace.

V tom, co děláme, chceme být nejlepší.

Tady nečekáte.

Cíle organizace je stanovení toho, co nebo čeho se chce dosáhnout v daném časovém horizontu. Bez logicky stanovených cílů a strategií nelze účinně organizovat a kontrolovat. Ke stanovení cílů slouží pomůcka SMART.

S – Specific - Specifický

M – Measurable - Měřitelný

A – Achievable – Atraktivní

R – Relevant - Relevantní

T – Time-bound – Časově ohraničený

CÍLE:

- připravit projekt implementace managementu kvality do konce roku 2018,
- certifikace,
- vyřešit majetkové vztahy,
- zabezpečit spokojenost pacienta i personálu,
- zvýšit konkurenceschopnost,
- zajistit odborné, bezpečné a kvalitně poskytované zdravotní péče,
- zajistit kvalitní a kompetentní personál,
- rozvíjet a motivovat k celoživotnímu vzdělávání,
- budovat goodwill,
- posílit ekonomickou stabilitu organizace,
- zefektivnit vedení a chod organizace,
- rekonstrukce budovy.

8.7 Zhodnocení návrhu projektu

Projekt implementace managementu kvality do Rehabilitace XY končí v této diplomové práci plánovaným předložením majitelce organizace.

Pokud se zavedením kvality do organizace rozumí proces naplnění myšlenky, které předchází několik analýz a plán postupování, jak této myšlenky docílit, tak tato práce dokládá, že myšlenka implementace managementu kvality v konkrétních podmínkách organizace je plně realizovatelná.

Důležitým krokem bylo vyhodnotit finanční stránku organizace a celého projektu. Výsledek hospodaření ukazuje, že organizace je dlouhodobě výnosná a investici si může dovolit. Náklady a protředky na realizaci projektu stanovuje nákladová analýza. Finanční výnosy z projektu nelze v tuto chvíli vyjádřit ani odhadnout, spíše se bude jednat o výnosy nefinančního charakteru.

Riziková analýza poukázala na možná rizika projektu, na která se organizace může předem připravit, a ke kterým byla rovnou navržena jednotlivá protipatření.

Pomocí časové analýzy byly vyjádřeny jednotlivé činnosti logicky poskládané a na sebe navazující.

Navrhnuté změny nejsou vratného charakteru a dílčí kroky a postupy lze aktuálně přizpůsobit daným podmínkám organizace.

Na závěr jsem si položila otázku: „Proč by se vedení této firmy mělo rozhodnout pro přijetí systému jakosti?“

Odpovědi jsou jednoznačné:

- rozdělení odpovědností a pravomocí,
- snížení nákladů na administrativu a správu,
- zpřehlednění a zjednodušení struktury dokumentace,
- spokojenost pacientů,
- spokojenost zaměstnanců,
- zvýšení rentability,
- zapojení do ochrany životního prostředí a ochrany zdraví a bezpečnosti při práci,
- systém napomáhá řízení rozvoje společnosti,
- smysluplná tvorba cílů politiky kvality s následnou kontrolou jejich plnění zapojuje všechny zaměstnance do systému poskytování kvalitní zdravotní péče,
- nesporné plus je, že rozhodne-li se organizace pro jakoukoli formu řízení jakosti, musí si vytknout jasně daný cíl a pomocí nestranného posuzovatele, auditora, si

- ověří, jak se ho podařilo splnit → posuny organizace ve smyslu kvality a efektivity,
- odkryje se provozní slepota a tím často i zbytečné činnosti.

I když si nečiním nárok na vyřešení této situace, dovolím si předvídat, že organizace, která nebude mít kvalitu své práce stvrzenou příslušným certifikátem, nebude pro své partnery, potažmo pacienty, existovat. Pacient si bude dávat pozor, komu svěří péči o své zdraví. Samozřejmě to vyžaduje jisté změny v přístupu i v myšlení všech zaměstnanců a vedení organizace.

Projekt této diplomové práce byl nedávno předložen majitelce organizace. Pevně věřím, že další možná cesta je právě tato.

ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo zmapovat rozsah a úroveň poskytované kvality zdravotní péče, navrhnout projekt pro zavedení a následné řízení kvality odpovídající požadavkům zákona, systému a potřebám analyzovaného zdravotnického zařízení, které s touto oblastí nemělo doposud jakékoli zkušenosti. Přínosem této práce je ucelený pohled na problematiku poskytování zdravotních služeb v dané organizaci.

Diplomová práce byla rozdělena na tři části, teoretická, praktická a analytická část. V teoretické části jsem se věnovala kvalitě, její historii, kvalitě ve zdravotnictví, vysvětlení pojmů oblasti managementu kvality a hodnocení kvality. Čerpala jsem z odborné literatury a internetu, a tyto teoretické znalosti se staly východiskem pro tvorbu praktické části a daného projektu.

V praktické části jsem pomocí dotazníkové metody a metody řízeného rozhovoru s majitelkou firmy analyzovala úroveň poskytovaných služeb v dané zdravotnické organizaci. Jednotlivé analýzy stavu organizace byly provedeny na současný stav, z nichž vychází řada poznatků, které jsem aplikovala v návrhu plánu na zavádění managementu kvality.

Z nákladové, časové a rizikové analýzy vyplynulo, že navrhovaný projekt je s přihlédnutím ke všem rizikům, která se pojí k realizaci projektu, proveditelný a povede k cílům, jež byly stanoveny. Projekt byl zpracován pro potřeby diplomové práce a v brzké době bude představen vrcholovému vedení organizace.

Dovolím si předvídat, že organizace, která nebude mít kvalitu své práce stvrzenou příslušným certifikátem, nebude pro své partnery, potažmo pacienty, existovat. Pacient si bude dávat pozor, komu svěří péči o své zdraví. Samozřejmě to vyžaduje jisté změny v přístupu i v myšlení všech zaměstnanců a vedení organizace. Pevně věřím, že další možná cesta pro tuto organizaci je právě tato.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Odborné monografie:

BRIŠ, Petr. *Management kvality*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2005. ISBN 80-7318-312-9.

BUCHBINDER, Sharon and Nancy SHANKS. *Introduction to health care management*. Burlington, Mass.: Jones and Barlett Learning, 2012. ISBN 978-0-7637-9086-8.

FOTR, Jiří a Jiří HNILICA, 2014. *Aplikovaná analýza rizika ve finančním managementu a investičním rozhodování*. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, 299 s. Expert. ISBN 978-80-247-5104-7.

DĚDINA, Jiří a Jiří ODCHÁZEL. *Management a moderní organizování firmy*. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. ISBN 978-80-247-2149-1.

GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003, 380 s. ISBN 80-7226-996-8.

KEŘKOVSKÝ, Miloslav. *Moderní přístupy k řízení výroby*. Praha: C.H.BECK, 2009. ISBN 978-80-7400-119-2.

KOTLER, Philip a Kevin Lane KELLER. *Marketing management*. 14. vyd. Praha: Grada, 2013, 814 s. ISBN 978-80-247-4150-5.

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

MARX, David a František VLČEK. *Národní akreditační standardy pro nemocnice*. 2.vyd. Praha: Spojená akreditační komise ČR společně s nakladatelstvím TIGIS, spol. s.r.o., 2008. ISBN 978-80-903750-6-2.

NENADÁL, Jaroslav a kol. *Moderní management jakosti: principy, postupy, metody*. Praha: Management Press, 2011. ISBN 978-80-7261-186-7.

NENADÁL, Jaroslav a kol. *Moderní systémy řízení jakosti. Quality management*. Praha: Management Press, 2002. ISBN 80-7261-071-6.

PEŠEK, Jaromír. *Tvorba systému jakosti ve zdravotnictví a lékárenství s využitím norem ISO*. Praha: Grada Publishing a.s., 2003. ISBN 80-247-0551-6.

PURUSHOTHAMA, Badarayanachar. *Effective implementation of quality management systems*. New Delhi: Woodhead Publishing India, 2010. ISBN 9780857090010.

SLOUKA, David. *Vedení a marketing malých zdravotnických organizací*. Praha: Grada Publishing a.s., 2017. ISBN 978-80-271-0469-7.

SOVOVÁ, Olga. *Zdravotnická praxe a právo*. Praha: Leges a.s., 2011. ISBN 978-80-87212-72-1.

SPEJCHALOVÁ, Dana. *Systémy řízení*. Praha: Vysoká škola ekonomie a managementu, 2014. ISBN 978-80-87839-14-0.

STAŇKOVÁ, Pavla. *Marketingové řízení nemocnic*. Žilina: Georg, 2013, 208 s. ISBN 978-80-89401-64-2.

ŠKRLA, Petr. *Především neublížit. Cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-419-4.

ŠKRLA, Petr a Magda Škrlová. *Řízení rizik ve zdravotnických organizacích*. Praha: Grada Publishin a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2616-8.

ŠKRLOVI, Petr a Magda. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent Orion s.r.o., 2003. ISBN 80-7172-841-1.

TUČEK, David a Roman BOBÁK. *Výrobní systémy*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2006. ISBN 80-7318-381-1.

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

VEBER, Jaromír. *Enviromentální management*. Praha: Ediční středisko Vysoké škole ekonomické v Praze, 2002. ISBN 80-245-0336-0.

VEBER, Jaromír. *Management kvality a enviromentu*. Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze, 2002. ISBN 80-245-0289-5.

ZLÁMAL, Jaroslav. *Marketing ve zdravotnictví*. 2. Vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009, 150 s. ISBN 978-80-7013-503-7.

ZUZÁK, Roman. *Strategický management*. Praha: Policejní akademie České republiky v Praze, 2016. ISBN 978-80-7251-460-1.

Elektronické zdroje:

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, ©2017a. *Zdravotnické účty ČR 2010 – 2015*. Souhrnné výsledky zdravotnických účtů [online]. [cit. 2018-01-26]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/46013402/26000517k2.pdf/9162ef5e-873d-45ef-8def-9500b5e2d5f1?version=1.0>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, ©2017b. *Pohyb obyvatelstva – 1. – 3. čtvrtletí 2017*. [online]. [cit. 2018-01-21]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/cri/pohyb-obyvatelstva-1-3-ctvrtleti-2017>.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, ©2018a. *Tvorba a užití HDP – 4. čtvrtletí 2017*. [online]. [cit. 2018-04-03]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/czso/cri/tvorba-a-uziti-hdp-4-ctvrtleti-2017>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, ©2018b. *Vývoj mezd zaměstnanců - 4. čtvrtletí*. [online]. [cit. 2018-04-03]. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/10180/45390706/cpmz030918_analyza.pdf/07aaa83c-78ca-4214-af61-253c19b572c7?version=1.0

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, ©2018c. *Zaměstnanost a nezaměstnanost podle výsledků VŠPS – čtvrtletní údaje – 4. Čtvrtletí 2017*. [online]. [cit. 2018-04-03]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/czso/zamestnanost-a-nezamestnanost-podle-vysledku-vsps-ctvrtletni-udaje-4-ctvrtleti-2017>.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, ©2018d. *Inflace – druhy, definice, tabulky*. [online]. [cit. 2018-04-03]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/czso/mira_inflace

KVALITA VE VEŘEJNÉ SPRÁVĚ, ©2014 – 2010. *Systémové přístupy dle koncepce ISO*. [online]. [cit. 2017-12-10]. Dostupné z: <http://www.kvalitavs.cz/iso>.

LÉČEBNÁ REHABILITACE ZDRAVÍ s.r.o., ©2006a. *Procedury*. [online]. [cit. 2018-01-17]. Dostupné z: <http://www.rehabilitace-procedury.php>.

M VISION Consulting s.r.o., ©2017. *Certifikace ISO norem*. [online]. [cit. 2017-12-18]. Dostupné z: <http://www.9001.cz/certifikace-iso-norem>.

SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE Česká republika, ©2010. *Standardy ošetrovatelské péče podle Donabediána*. [online]. [cit. 2017-12-18]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz->

main/napsali-o-nas/rok-2009/standardy-osetrovatelske-pece-podle-Donabediana-.148/?article_bar=3

SUSS Consulting s.r.o., ©2017. *Systém managementu kvality. ISO 9001*. [online]. [cit. 2017-12-19]. Dostupné z: <http://www.suss.cz/iso-9-001/>.

SEZNAM SYMBOLŮ A ZKRATEK

aj.	a jiné
a kol.	a kolektiv
apod.	a podobně
cit.	citováno
č.	číslo
ČIA	Český institut pro akreditaci
ČR	Česká republika
ČSJ	Český společnost pro jakost
ČSN	Československá státní normy
ČSÚ	Český statistický úřad
EFQM	European Foundation for Quality Management
et al.	a kolektiv
EU	Evropská Unie
HDP	Hrubý domácí produkt
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Health care Organizations
JCIA	Joint Commission Internationa
měs.	měsíčně
mld.	miliarda
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
např.	například
PDCA	plan-do-check-act (naplánuj-proveď-ověř-jednej)
s.	strana
SAK	Spojená akreditační komise
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats (silné stránky, slabé stránky, příležitosti a hrozby)
tis.	tisíc
TQM	Total Quality Management
tzn.	to znamená
tzv.	takzvaný
vyd.	vydání
WHO	World Health Organization

SEZNAM OBRÁZKŮ

<i>Obrázek 1 Rehabilitace XY</i>	47
<i>Obrázek 2 Míra inflace v %</i>	51
<i>Obrázek 3 Organizační struktura</i>	69

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1 Indikace Rehabilitace XY za rok 2017</i>	46
<i>Tabulka 2 Vývoj HDP v %</i>	50
<i>Tabulka 3 Časový harmonogram implementace systému</i>	73
<i>Tabulka 4 Matice hodnocení rizik</i>	76
<i>Tabulka 5 Matice hodnocení možných rizik</i>	77
<i>Tabulka 6 Specifikace nákladů</i>	78

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 1 Výdaje na zdravotní péči v ČR</i>	<i>51</i>
<i>Graf 2 Výnosy a náklady Rehabilitace XY 2015 - 2017</i>	<i>56</i>
<i>Graf 3 Hospodářský výsledek Rehabilitace XY 2015 - 2017</i>	<i>56</i>
<i>Graf 4 Hodnocení rizik</i>	<i>77</i>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Dotazník..... 93

Příloha 1 Dotazník

DOTAZNÍK SPOKOJENOSTI

Vážená paní, vážený pane,

dovolte mi se na Vás obrátit s prosbou vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní a všechny poskytnuté údaje využijeme pouze ke zpracování diplomové práce. V jednotlivých otázkách zaškrtněte jen tu variantu, která nejvíce vystihuje Vaši odpověď.

Děkuji Vám za pravdivé odpovědi a za Váš čas věnovaný vyplňování tohoto dotazníku.

1. Pohlaví: muž

žena

2. Jak jste se o naši organizaci dozvěděl/a?

lékař

rodina, přátelé, známí

internet

reklama

jiné, popř. jaké?

6. Jak hodnotíte přístup a označení oddělení?

velmi spokojen/a

spíše spokojen/a

spíše nespokojen/a

velmi nespokojen/a

nevím/nehodí se

7. Jak jste spokojen/a s termínem objednání?

velmi spokojen/a

spíše spokojen/a

spíše nespokojen/a

velmi nespokojen/a

nevím/nehodí se

8. Jak jste spokojen/a s ordinační dobou?

velmi spokojen/a

spíše spokojen/a

spíše nespokojen/a

velmi nespokojen/a

- nevím/nehodí se

9. Jak jste spokojen/a se vzhledem oddělení?

- velmi spokojen/a
- spíše spokojen/a
- spíše nespokojen/a
- velmi nespokojen/a
- nevím/nehodí se

10. Jak jste spokojen/a s časem, po který se Vám fyzioterapeut věnuje?

- velmi spokojen/a
- spíše spokojen/a
- spíše nespokojen/a
- velmi nespokojen/a
- nevím/nehodí se

11. Jste spokojen/a, jak Vás fyzioterapeut zapojuje do rozhodování o zdravotní péči?

- velmi spokojen/a
- spíše spokojen/a
- spíše nespokojen/a
- velmi nespokojen/a
- nevím/nehodí se

13. Jste spokojen, jak Vám fyzioterapeut vysvětluje účel vyšetření a léčby?

- velmi spokojen/a
- spíše spokojen/a
- spíše nespokojen/a
- velmi nespokojen/a
- nevím/nehodí se

14. Jak hodnotíte úroveň a kvalitu technického vybavení?

- velmi spokojen/a
- spíše spokojen/a
- spíše nespokojen/a
- velmi nespokojen/a
- nevím/nehodí se

15. Máte při práci pocit důvěry, bezpečí?

- ano, jsem spokojen/a
- spíše ano

- spíše ne
- velmi nespokojen/a
- nevím/nehodí se

17. Byl/a jste spokojen s dostupností nabízených služeb?

- ano, jsem spokojen/a
- spíše ano
- spíše ne
- velmi nespokojen/a
- nevím/nehodí se

18. Jak hodnotíte webové stránky organizace?

- velmi spokojen/a
- spíše spokojen/a
- spíše nespokojen/a
- velmi nespokojen/a
- nevím/nehodí se

19. Jaké jsou Vaše návrhy na zlepšení? (vybrat můžete i více odpovědí)

- online objednání
- automat na kávu, vodu
- wifi připojení
- upravit ordinační dobu
- TV
- zvětšit kabinky na elektroléčbě
- reprodukce hudby
- více židlí v čekárně
- jiné
- žádné

20. Doporučil/a byste organizaci svým známým?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

