

# **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**2008**

**Bc. Jiřina Valentová**

# JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

Ekonomická fakulta

Katedra řízení

Studijní program: N6208 Ekonomika a management

Studijní obor : Obchodní podnikání



## Akreditace a certifikace v řízení kvality služeb

Vedoucí diplomové práce  
doc. Ing. Darja Holátová, PhD.

Autor  
Bc. Jiřina Valentová

2008

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Akreditace a certifikace v řízení kvality služeb“ vypracovala samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.

V Českých Budějovicích 28. 4. 2008

Jiřina Valentová

## Poděkování

Děkuji vedoucí diplomové práce **doc. Ing. Darje Holátové, PhD.**  
za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

Současně děkuji vedení Nemocnice Strakonice, a.s. a vedení Nemocnice Písek, a.s.,  
**MUDr. Tomáši Fialovi**, předsedovi představenstva Nemocnice Strakonice, a.s.,  
**Ing. Miroslavu Janovskému** předsedovi představenstva Nemocnice Písek, a.s.

Za cenné informace a odborné rady děkuji

**MUDr. Romanu Audolenskému**, náměstkovi pro kvalitu léčebné péče a řízení jakosti  
Nemocnice Strakonice, a.s.,  
**MUDr. Jozefu Filkovi, CSc.**, místopředsedovi představenstva a náměstkovi pro kvalitu  
Nemocnice Písek, a.s.,  
**Bc. Janě Somrové**, hlavní sestře Nemocnice Písek, a.s.

# Obsah

<b>1 Úvod .....</b>	<b>7</b>
<b>2 Literární rešerše.....</b>	<b>9</b>
<b>2.1 Kvalita.....</b>	<b>9</b>
2.1.1 Kvalita služeb .....	11
2.1.2 Kvalita ve zdravotnictví .....	12
2.1.3 Tvorba systému jakosti ve zdravotnictví .....	16
<b>2.2 Systém řízení kvality ve zdravotnictví .....</b>	<b>21</b>
2.2.1 Certifikace .....	22
2.2.2 Akreditace .....	27
<b>2.3 Nemocnice.....</b>	<b>31</b>
2.3.1 Nemocniční síť .....	33
<b>2.4 Mezinárodní vazby .....</b>	<b>35</b>
<b>3 Metodika a cíle práce.....</b>	<b>38</b>
<b>4 Akreditace a certifikace nemocnic .....</b>	<b>40</b>
<b>4.1 Analýza procesu certifikace .....</b>	<b>42</b>
4.1.1 Proces certifikace v Nemocnici Strakonice.....	43
<b>4.2 Analýza procesu akreditace .....</b>	<b>62</b>
4.2.1 Proces akreditace v Nemocnici Písek .....	63
<b>5 Diskuse a návrhy .....</b>	<b>76</b>
<b>6 Závěr .....</b>	<b>87</b>
<b>7 Summary .....</b>	<b>89</b>
<b>8 Přehled použité literatury.....</b>	<b>90</b>
Abecední seznam literatury.....	92
Seznam tabulek .....	94
Seznam grafů.....	95
Seznam příloh.....	97

# 1 Úvod

Management řízení kvality proniká stále více do řízení všech podniků jak ve světě, tak i u nás v České republice. V posledních letech je tento jev patrný nejen v průmyslu, ale i ve službách. Volba systému řízení kvality v průmyslu i ve službách je jednoznačná. Normy řady ISO 9000:2000 jsou v Evropě i v ostatních státech zcela jasnou uznávanou a jedinou volbou jako základ pro možnost umět řídit kvalitu v podniku, továrně, bance atd. Nikdo se nad tím nepozastavuje a počet certifikovaných firem v České republice utěšeně stoupá. Důvod je jasný. Kdo chce uspět na trhu v Evropě, nemá jinou možnost. Některé firmy jdou samozřejmě po zavedení systému dále a jako nástavbu nad tímto systémem plní podmínky akreditací.

Jakost není jen aktuální a módní problematika pro výrobní podniky, ale je cílem i nevýrobních aktivit, počínaje obchodním sektorem přes servis až po činnosti veřejného sektoru – sem patří, mimo jiné, i zdravotnictví.

Právě kvalita služeb ve zdravotnictví stojí v poslední době stále více ve středu zájmu jak odborníků tak široké veřejnosti. Tato oblast má však zcela specifické postavení, proto i měření a řízení kvality ve zdravotnictví má oproti jiným odvětvím výroby a služeb řadu významných odlišností. Systém kvality ve zdravotnictví zahrnuje vše, co je činěno při poskytování zdravotnických služeb, jejichž konečným cílem je zlepšování zdravotního stavu, zvyšování kvality života a spokojenosti obyvatel, o něž zdravotnická zařízení pečují. Právě u velkých poskytovatelů zdravotní péče, tj. u nemocnic, je pro klienta, resp. pacienta, velmi obtížné přesvědčit se o kvalitě poskytovaných služeb dříve, než tyto služby bude potřebovat využívat.

Kvalita poskytovaných zdravotnických služeb je citlivým tématem, které nezajímá jen provozovatele zdravotnických zařízení. Zajímá státní správu, plátce zdravotního pojištění a hlavně širokou veřejnost, tedy pacienty. Sledování kvality je velmi důležité a zavedení funkčního systému velmi obtížné. Vývoj v oblasti sledování a řízení kvality pokročil a nemocnice jsou nuceny držet krok s celosvětovým trendem. Česká republika a její zdravotnictví zvláště na systematické kontrolování kvality nejsou z minulosti zvyklé. Výběr systému sledování kvality, stanovení indikátorů kvality, příprava jejich systematické kontroly, vytváření zpětných vazeb a náprava nedostatků se v tomto prostředí stává někdy nevídanou, ale nezbytnou novinkou.

Z důvodu vzrůstající konkurence v oblasti poskytovatelů zdravotní péče začaly nemocnice v poslední době zveřejňovat marketingově zajímavá data o prokazatelně dosahované kvalitě poskytovaných služeb, plátcí zdravotní péče i pacienti se mohou v rámci svých možností rozhodovat o tom, které zdravotnické zařízení je pro ně výhodnější. Vznikly systémy hodnotící kvalitu procesů v nemocnicích. Z nich se dnes používají jednak méně vypovídající a úzce zaměřené metody založené na sebehodnocení a benchmarkingu, jednak metody založené na porovnání s normami ISO nebo standardy. Získání osvědčení v podobě certifikátu o kvalitě poskytované péče se pak pro nemocnici stává konkurenční výhodou.

Mezi nabízenými programy hodnocení kvality ve zdravotnictví nejčastěji převažují akreditace a certifikace. Oba způsoby potvrzování úrovně kvality mají společnou organizační náročnost přípravy. Jde o přípravu podmínek pro celou řadu změn, někdy i velmi zásadních a navzájem velmi provázaných. Proto nemocnice, která se rozhodne jít cestou kvality, musí velmi pečlivě volit, který ze systémů procesního řízení zavede, zda je pro ni výhodnější zahájit proces certifikace či akreditace.

Cílem diplomové práce s názvem „Akreditace a certifikace v řízení kvality služeb“ je analýza a komparace Národních akreditačních standardů v oblasti zdravotnictví a zavádění systému managementu jakosti v nemocnicích s cílem získání certifikace a na základě analýzy obou systémů postihnout rozdíly v rozsahu a hodnocení certifikace a akreditace v nemocnicích. Diplomová práce je tak zaměřena na management kvality v poskytování zdravotní péče nemocnicemi s cílem zajistit kvalitu a bezpečí pro pacienty. Zavedení systémů řízení jakosti může nemocnici nemírně pomoci ve snížení rizik, a tím i k lepší klinické péči.

V současné době je cílem dosáhnout u všech nemocnic v Jihočeském kraji nastavení jednotného systému řízení kvality, rozbor jednotlivých programů hodnocení kvality tak může být východiskem při rozhodování o zavedení konkrétního procesu v nemocnicích.

## 2 Literární rešerše

Oblast řízení kvality služeb ve zdravotnictví nemá u nás ucelené literární zpracování. V publikacích o řízení kvality služeb je zdravotnictví většinou opomíjeno nebo zmiňováno pouze okrajově, a to právě z důvodu značných odlišností proti ostatním oblastem poskytování služeb. Byla jsem proto nucena čerpat převážně z odborných přednášek a statí na toto téma, z interních podkladů nemocnic. Dále jsem čerpala z knih a elektronických dokumentů uvedených v seznamu použité literatury. Řada titulů se však k dané problematice vztahuje pouze okrajově a bez vazby na oblast zdravotnictví. Základní údaje, parametry a ukazatele nemocnic pro účely této práce mi bylo umožněno čerpat z interních zdrojů nemocnic.

### 2.1 Kvalita

Díky vzrůstající integraci světového trhu a vytváření tzv. globální konkurence je kvalita stále více chápána jako jeden ze tří strategických faktorů, které rozhodují o konkurenční schopnosti a ekonomické úspěšnosti na domácím i světovém trhu. V posledních dvou desetiletích stoupl význam jakosti ve světovém měřítku tak dramaticky, že se někdy hovoří o revoluci jakosti.

Jakost se chápe jako vlastnost nebo souhrn vlastností, které produktu dávají schopnost splnit potřebu zákazníka, splnit jeho požadavky<sup>1</sup>. Kvalita v jakékoliv organizaci obecně znamená vyrábět produkty či poskytovat služby ve shodě s požadavky zákazníků či klientů<sup>2</sup>.

Slovo „kvalita“, jehož současným synonymem je i výraz „jakost“, se používalo už ve středověku, což nepochybně souviselo s tím, že lidé se vždy zajímali o to, jak jim slouží výrobky, které směňovali na trhu. Nejstarší definice pojmu „kvalita“ je přisuzována Aristotelovi a lze se s ní setkat i v moderních filozofických slovnících. Pro využití v dnešní době a v ekonomice je však nevhodná.<sup>3</sup>

Prvními „organizacemi“, které sledovaly kvalitu, byly jednotlivé cechy. Stanovily pravidla, sledovaly jejich plnění a za neplnění, či šizení zákazníků dokonce trestaly (useknutím ruky, nebo dokonce popravou). Změnu ve sledování kvality znamenala manufakturní výroba. Dříve byl za kvalitu zodpovědný pouze jeden výrobce. Při dělbě



práce je ale nutno sledovat a kontrolovat celý proces výroby a kvalitu na jednotlivých úsecích tohoto procesu.<sup>4</sup>

Postupně se vyvíjela teorie míry odpovědnosti za kvalitu i nevýrobních, servisních útvarů a vývoje, do popředí se dostávala odpovědnost vedení podniku za kvalitu.

Koncem 80. let min. stol. se začíná management kvality orientovat na zákazníka. Tím, kdo rozhoduje, zda je výrobek či služba kvalitní, je zákazník. Pokud je zákazník spokojený a nakupuje, je výrobek či služba kvalitní. Podniky na tuto situaci reagovaly reengineeringem procesů, do popředí se dostával marketing. Přestávala vyhovovat funkční struktura firem a objevila se orientace na procesní řízení.<sup>5</sup> Poprvé se také objevují snahy o prokazování managementu kvality.

V 80. letech byla ustanovena technická komise ISO/TC 176, která zpracovala návrhy norem pro řízení jakosti. Schváleny byly v roce 1987 jako normy řady 9000. Podle nich se může řídit jakákoliv organizace v jakémkoliv státě světa. Normy byly revidovány v roce 1994 a v roce 2000.<sup>6</sup>

V současné době se dále pro trvalé zlepšování managementu kvality využívají další metody TQM (Total Quality Management) především v USA.<sup>6</sup> Další aktivitou, která sleduje podporu jakosti firmy a má buď právní, nebo dobrovolný základ, je akreditace.

Dnes je slovo „jakost“ tak trochu zaklínadlo. Všichni jej často a rádi používají. Ale co si pod tím představuje, umí vysvětlit jen málokdo. Pro jednoho je jakostním výrobkem produkt jedné firmy, zatímco pro druhého je tento produkt naprosto nevyhovující a z mnoha důvodů nepřijatelný.<sup>7</sup>

Obecně lze říci, že kvalita je vlastnost, kterou zákazník či klient očekává od našeho produktu či služby. Za touto vlastností stojí celá řada parametrů závislých na povaze služby, kterou poskytujeme.<sup>7</sup>

Definic, přístupů a pohledů, na to, co je tedy kvalita, je mnoho, např.:

- Kvalita je celkový soubor znaků entity, které ovlivňují schopnosti uspokojovat stanovené a předpokládané potřeby.
- Jakost je shoda s požadavky.
- Jakost je to, co za ni považuje zákazník.
- Jakost je míra výsledku, která může být kategorizována v různých třídách.<sup>8</sup>

Ve všech definicích jsou tím hlavním hodnocením kvality zákazník a jeho požadavky na výrobek či službu. Míra hodnocení je velmi subjektivní a je ovlivněna mnoha faktory – demografickými, sociálními, biologickými, apod.

Dalšími, kdo vnáší požadavky na kvalitu, je společnost (stát) ve formě zákonů, nařízení a vyhlášek, které musí firmy bezpodmínečně plnit, a to v oblasti bezpečnosti, hygieny, emisí apod.<sup>2</sup>

Pro praktický život a řízení firem byla vypracována asi nejlepší obecná definice kvality, která je nejenom univerzální, ale i velmi závažná. Uvádí ji norma ČSN EN ISO 9001:2000<sup>9</sup>, když říká, že jakost „je stupeň splnění požadavků souborem inherentních znaků“. Požadavkem ve smyslu této normy je potřeba nebo očekávání, které jsou stanoveny, obecně se předpokládají nebo jsou závazné.

Prohlubující se konkurence nutí obecně výrobce a poskytovatele služeb věnovat jakosti zvýšenou pozornost. Velmi záleží na tom, aby zákazník měl důvěru v to, že právě tento výrobek a tato služba splňují jeho představy a požadavky na jakost. Ty se v mnoha případech mohou časem měnit, a proto je třeba požadavky na jakost periodicky přezkoumávat.<sup>10</sup> Nejdůležitější však je, že pro kvalitní výrobek či službu je nutné řídit kvalitu systémově v celé firmě a na všech úrovních.

### **2.1.1 Kvalita služeb**

Téměř na každém kroku se setkáváme s aktivitami, jež se obvykle nazývají službami – od oprav domácích spotřebičů přes ryze osobní servis až po činnosti veřejného sektoru. Je to činnost odehrávající se přímo mezi zákazníkem a poskytovatelem služby. Může být poskytována buď v čisté podobě (např. poradenství), nebo ve spojení, či s použitím hmotných produktů (např. ubytovací služby, bankovníctví).<sup>11</sup>

Management jakosti služeb nabývá v posledních letech na významu. Ve vyspělých zemích neustále roste podíl služeb na tvorbě hrubého domácího produktu, sféra služeb zaměstnává čím dál více lidí, značné množství organizací poskytujících služby se pohybuje ještě v náročnějších konkurenčních podmínkách než průmyslové podniky. Přestože hlavní oblasti managementu jakosti ve službách jsou totožné

s managementem jakosti výrobních organizací, lze vystopovat i určité rysy, typické právě pro oblast služeb.

Charakter naprosté většiny služeb je nehmotný, abstraktní a je tedy obtížné měřit úroveň jejich kvality. Zkušenosti potvrzují, že cena často nehraje u služeb dominantní roli, což potvrzuje např. vyhledávání drahých restaurací, luxusních služeb turistického ruchu apod. Pozitivní reference jiných maximálně spokojených zákazníků hrají při vyhledávání dodavatelů služeb ještě důležitější úlohu, než je tomu u hmotných produktů. Proto i ztráta image může mít pro organizace služeb mnohem dramatičtější důsledky.<sup>12</sup>

Služba je charakteristická tím, že těžištěm jsou vždy pracovníci v první linii. Má lepší možnost pružněji reagovat na přání zákazníků. Zákazník je také tím, kdo především formuluje požadavky na službu. Služba má ale proti výrobku jednu nevýhodu. Mnohem obtížněji se požadavky zákazníků plní a hlavně se hůře stanovují měřitelná kritéria služby.<sup>5</sup>

Význam role lidského faktoru v oblasti služeb stále dramatičticky roste, zvláště ve chvílích přímého styku se zákazníkem. Ten zde velmi citlivě vnímá pocit péče, neformálního zájmu, slušnosti i kompetence personálu. Takzvaná měkká jakost tak může být pro celkové posuzování služby zákazníkem důležitější než technické vybavení.<sup>12</sup>

Je známo, že zákazníci vnímají riziko při nákupu služeb mnohem intenzivněji než při nákupu hotových výrobků, proto se ukazuje jako naprosto nezbytné informovat zákazníky v dostatečném předstihu o tom, co mohou od poskytnuté služby očekávat. Na druhé straně pro úspěch a účinnost poskytnuté služby může být velmi významná i úloha a aktivita zákazníka.<sup>13</sup> Tato skutečnost je typická např. pro oblast vzdělávání, ale i pro oblast zdravotnictví.

## **2.1.2 Kvalita ve zdravotnictví**

Mezi služby patří samozřejmě i poskytování zdravotnických služeb. Vše, co bylo napsáno výše, to jasně potvrzuje. Zákazníkem je zde pacient, zdravotní pojišťovny, samoplátci. Rozhodující roli mají pracovníci v první linii (lékaři, sestry), klienti mají určité požadavky, na které poskytovatel musí reagovat a plnit je. Zdravotnictví

poskytuje službu jako jiné sektory (poradenství, bankovníctví, hotely, cestovní kanceláře). Jeho pozice je však složitější, neboť pracuje s nemocnými, stresovanými lidmi a každá chyba může skončit tím nejhorším - poškozením zdraví, či dokonce úmrtím. Jako poskytovatel služeb má zřejmě nejhorší a nejméně standardní podmínky (systém úhrad, legislativu atd.), ale musí se s nimi vyrovnat.<sup>5</sup> Je nutné poskytovat zdravotní služby v co největší kvalitě, standardně je měřit, hodnotit a společně prosazovat standardní externí podmínky od státu a plátců.<sup>14</sup>

Obecně kvalitu ve zdravotnictví chápeme jako poskytování takové péče, která uspokojí nebo dokonce předčí očekávání pacientů - klientů. Světová zdravotnická organizace (dále WHO) definovala kvalitu zdravotní péče v roce 1966 jako „souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určený potřebami na základě lékařských věd a praxe“.<sup>14</sup>

Stručně řečeno, systém kvality ve zdravotnictví je vše, co je činěno při poskytování zdravotnických služeb, jejichž konečným cílem je zlepšování zdravotního stavu, zvyšování kvality života a spokojenosti obyvatel, o něž zdravotnická zařízení pečují. Systém kvality se týká všech procesů od jejich začátku až po jejich konec - zahrnuje kvalitu řízení, kvalitu zdrojů, kvalitu pracovních procesů, kvalitu personálu, kvalitu prostředí, kvalitu péče, atd. Vše je podřízeno tomu, aby konečným výsledkem byla spokojenost pacienta jako zákazníka.

Je však nutno konstatovat, že zdravotnictví patří k těm nejrizikovějším oblastem lidské činnosti. Jít do nemocnice je mnohem nebezpečnější než skočit na laně z mostu nebo sednout do letadla. Dokonce i řízení auta s sebou nese menší riziko smrti nebo vážného zdravotního poškození než návštěva nemocnice.<sup>15</sup>

Ze studie amerického Institute of Medicine z roku 1999 s názvem: „Chybovat je lidské, budujte bezpečnější zdravotnický systém“ vyplývá, že ve Spojených státech umírá ročně až 98 000 lidí nikoli v důsledku své nemoci, ale nedůsledností prevence v lékařské praxi. Takovou smůlu má jeden pacient z tisíce.<sup>3</sup>

V roce 2003 byly totožné výzkumy provedeny v Evropě, především ve Švédsku a Velké Británii. Z výsledků vyplývá, že se mimořádné situace stanou v sedmi až v jedenácti procentech hospitalizací.<sup>15,16</sup>

Ze závěru zprávy vyplývá, že příčinou není špatná práce lékařů a zdravotnického personálu, ale příčiny jsou v aplikovaném systému práce, který není dostatečně zaměřen na sběr dat, analyzování problémů a systematickou prevenci chyb.<sup>15,16</sup>

U nás se podobnými statistikami nikdo nezabýval. Je však velmi pravděpodobné, že stav u nás bude stejný, nebo ještě horší.<sup>15</sup>

*Tabulka 1: Rizikovost lékařské praxe dle světové statistiky*

<b>Povolání/činnost</b>	<b>Počet úmrtí ročně</b>
Zdravotní péče	80 000 -100 000
Horolezectví	200
Bungee jumping	5
Řízení auta	50 000 -70 000
Chemický průmysl	70
Charterové lety	3-5
Pravidelné letecké linky	1000
Evropská železnice	90
Jaderné elektrárny	3

*Zdroj: Marx,D.<sup>15</sup>*

Snížit počet chybných výkonů se dá zavedením určitých pracovních návyků a organizačních opatření. Jedním z řešení výše uvedeného globálního problému je zavádění systémů řízení jakosti. Systematický přístup je založen na specifikování optimálních a ověřených požadavků, které jsou standardizovány důvěryhodnou autoritou. K tomu slouží systémy programů kvality zdravotní péče, které zavádějí standardizované postupy, podobně jako v průmyslu nebo například v letecké dopravě.<sup>17</sup>

Nejdelší historii mají standardizované postupy ve Spojených státech. Historie programů kvality zdravotní péče začala v USA na počátku minulého století, jako zakladatel je uváděn Ernest Codman. V roce 1917 rozvinula American College of Surgeons ACS základní standardy pro nemocnice - při provádění inspekci pouze asi 15 % nemocnic vyhovělo požadavkům. V roce 1926 byl vydán první tištěný manuál. Od roku 1950 se začalo řídit akreditačními standardy více než 3200 nemocnic. V roce 1951 byla vytvořena Společná komise pro akreditaci nemocnic. Tato organizace začala vytvářet standardy a od roku 1953 je začala publikovat. Od roku 1970 se stávají standardy optimálním stupněm kvality namísto dosud sledované minimální úrovně kvality.<sup>18</sup>

Název komise pro akreditaci nemocnic byl v roce 1987 změněn na dnešní Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (dále JCAHO). V roce 1988 byl rozvinut systém hodnocení ukazatelů, JCAHO hodnotí nyní více než 15 000 zdravotnických zařízení v USA. Je to nezávislá nonprofítinní organizace. V roce 1998 byla vytvořena JCAHO na mezinárodní úrovni - Joint Commission International Accreditation (JCIA).<sup>18</sup>

V České republice byly po změně politického systému snahy o implementaci systému zajišťování a zlepšování kvality zdravotní péče a posléze i o zavedení akreditace do zdravotnictví. V České republice vznikla v roce 1998 Spojená akreditační komise ČR (SAK ČR) jako nezávislá organizace poskytovatelů zdravotní péče. Jejími zakladateli se staly Asociace nemocnic ČR a Asociace českých a moravských nemocnic.<sup>18</sup>

V roce 1995 byly u nás zavedeny ISO normy řady 9000, které se zabývají systémem řízení jakosti. Tyto normy pak byly v roce 2001 upraveny do současné platné podoby ISO normy 9000:2000. Některá zdravotnická zařízení započala s certifikací částí zařízení pomocí těchto norem.<sup>18</sup>

V dnešní době je sledování kvality chaotické a každý používá jiná kritéria. Stát sleduje základní demografické ukazatele. Zdravotní pojišťovny sledují hlavně náklady na zdravotní péči a snaží se nastavit nehodnotitelná kritéria poskytované péče. Svaz pacientů zajímají hlavně neúspěchy v poskytování péče, odborné společnosti

zpracovávají standardy poskytované péče.<sup>5</sup> Na různých úrovních vznikají pokusy o měření kvality poskytovaných služeb, které nemohou mít úspěch, pokud není management kvality v zařízeních zaveden plošně dle jasně definovaných kritérií.<sup>17</sup>

Z pohledu státu máme k zavádění systémů kvality zdravotní péče jasný důvod. Česká republika se přihlásila k programu WHO „Zdraví pro všechny“<sup>19</sup>. Cíl 31 zní: „Všechny členské státy by měly ve svých soustavách zdravotní péče vytvořit účinné mechanismy zajišťování kvality péče ve zdravotnických systémech“.<sup>19</sup>

Tohoto cíle se dá dosáhnout uplatněním metod a postupů, jimiž je možno soustavně monitorovat kvalitu péče o nemocné tím, že se hodnocení a usměrňování stanou permanentní složkou pravidelné činnosti zdravotnických pracovníků, jakož i tím, že všichni zdravotničtí pracovníci budou vychovávaní a vedeni k zajišťování kvality.

Chce to především chtít a netříštit zájmy jednotlivých subjektů, podílejících se na poskytování zdravotní péče. Sledování kvality zdravotnických služeb je nutno sjednotit, stanovit jasnou vizi, strategii a priority v zavedení managementu kvality na centrální úrovni.<sup>20</sup> Kvalitní zdravotní péče by měla vést k optimálnímu zlepšení zdraví pacienta, měla by zdůrazňovat zlepšení zdraví a prevencí nemoci, měla by být provedena včas a zároveň by měla usilovat o informovanou kooperaci a spoluúčast pacienta v procesu léčebné péče.<sup>5</sup>

### **2.1.3 Tvorba systému jakosti ve zdravotnictví**

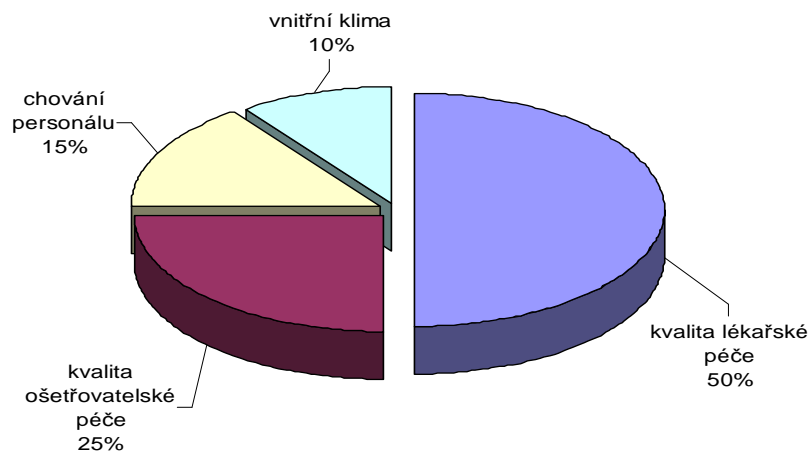
Výzkumy prokázaly, že zatímco v průmyslu je určujícím faktorem kvality kvalita výrobku (80%) a servis (17%) a pouhá 3% zbývají na hodnocení chování zaměstnanců a pracovního klimatu v továrně, v nemocnici představuje kvalita lékařské péče 50% , 25% připadá na ošetrovatelskou péči a zbytek na chování personálu (15%) a hodnocení vnitřního klimatu nemocnice (10%).<sup>14</sup>

Graf 1: Určující faktory kvality výrobku (v továrně)



Dle zdroje: Pešek, J.<sup>14</sup>

Graf 2: Určující faktory kvality zdravotnické služby (v nemocnici)



Dle zdroje: Pešek, J.<sup>14</sup>

Pacient velmi citlivě vnímá pocit péče, neformálního zájmu, slušnosti i kompetence zdravotníků. To vše potvrzuje, že požadavky na management jakosti ve službách, a tudíž i ve zdravotnictví, jsou snad ještě náročnější, než ve výrobním podniku. Nestandardní výrobek v průmyslu nemá rozhodně tak velký dopad na kvalitu života zákazníka jako neshoda ve zdravotnictví.



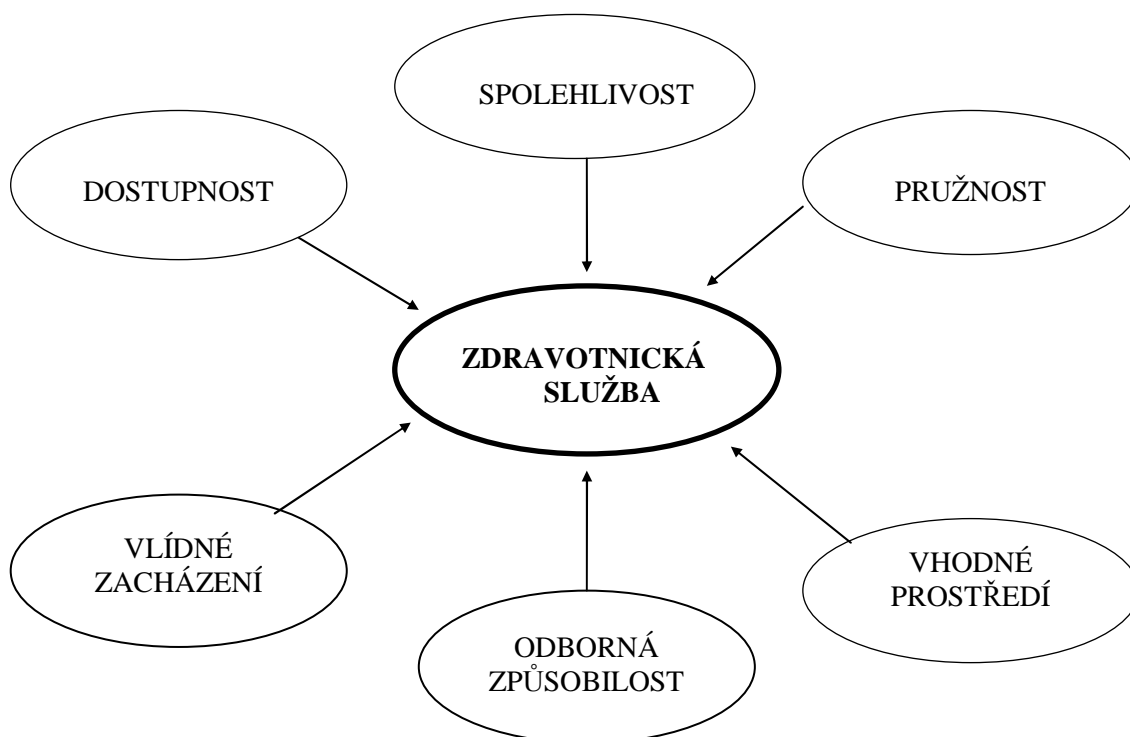
V běžné zdravotnické práci v ČR se pojem jakost či kvalita dosud většinou vztahoval jenom k medicínsko-technologické stránce procesu nebo léčebného zásahu. Kromě kvalitní diagnostiky či lékařské péče je však třeba do kvalitní péče o pacienta zahrnout i aspekty psychologické, etické a dále organizační a ekonomická hlediska, i hlediska pacientů a dalších účastníků podílejících se na poskytování zdravotní péče.<sup>14</sup>

Tvorba systému jakosti ve zdravotnictví musí být

- založena na přijatých principech lékařské vědy a odborném a efektivním využití správné technologie a profesionálních prostředků
- zajišťována s citlivostí a se zájmem o blaho nemocného
- dostatečně popsána v lékařské dokumentaci, aby umožnila pokračování péče.<sup>14</sup>

Ve zdravotnictví jde o činnosti odehrávající se na rozhraní mezi pacientem a zdravotnickým pracovníkem. Pacient formuluje své požadavky na služby způsobem uvedeným v grafu 3.

Graf 3: Požadavky pacientů na služby zdravotnického zařízení

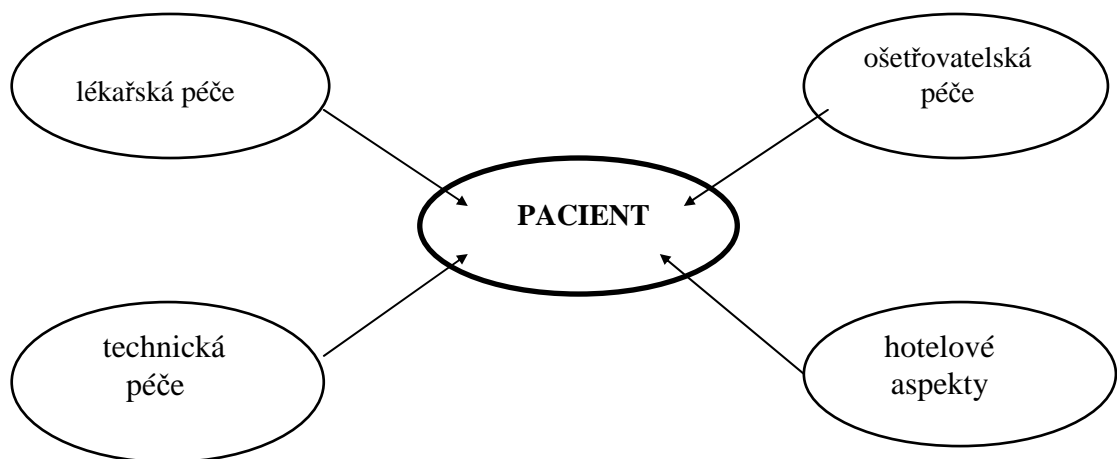


Zdroj: Pešek, J.<sup>14</sup>

V porovnání s výrobky se u služeb, a tedy i ve zdravotnictví, stanovené požadavky obtížněji plní, protože např. ve zdravotnictví se obtížně nalézají kvantifikovatelné, a tudíž měřitelné znaky jakosti služby, a vyskytnuvší se nedostatky a chyby se často obtížně operativně odstraňují. Proto jsou těžištěm pozornosti ve zdravotnictví pracovníci první linie.<sup>14</sup>

Budeme-li hledat další odlišnosti v pojetí jakosti ve zdravotnictví a v průmyslu, je zřejmé, že pojmy z průmyslu, jako např. údržba, se liší ve vztahu k pacientovi. Nicméně údržba a servis mohou být použity ve vztahu např. k přístrojové zdravotnické technice a jiným zařízením (klimatizace, sterilizační jednotky, rentgen atd.), které vyžadují údržbu a pravidelný servis.<sup>20</sup>

*Graf 4: Jednotlivé komponenty péče o pacienta ve zdravotnickém zařízení (nemocnici)*



*Zdroj: Pešek, J.<sup>14</sup>*

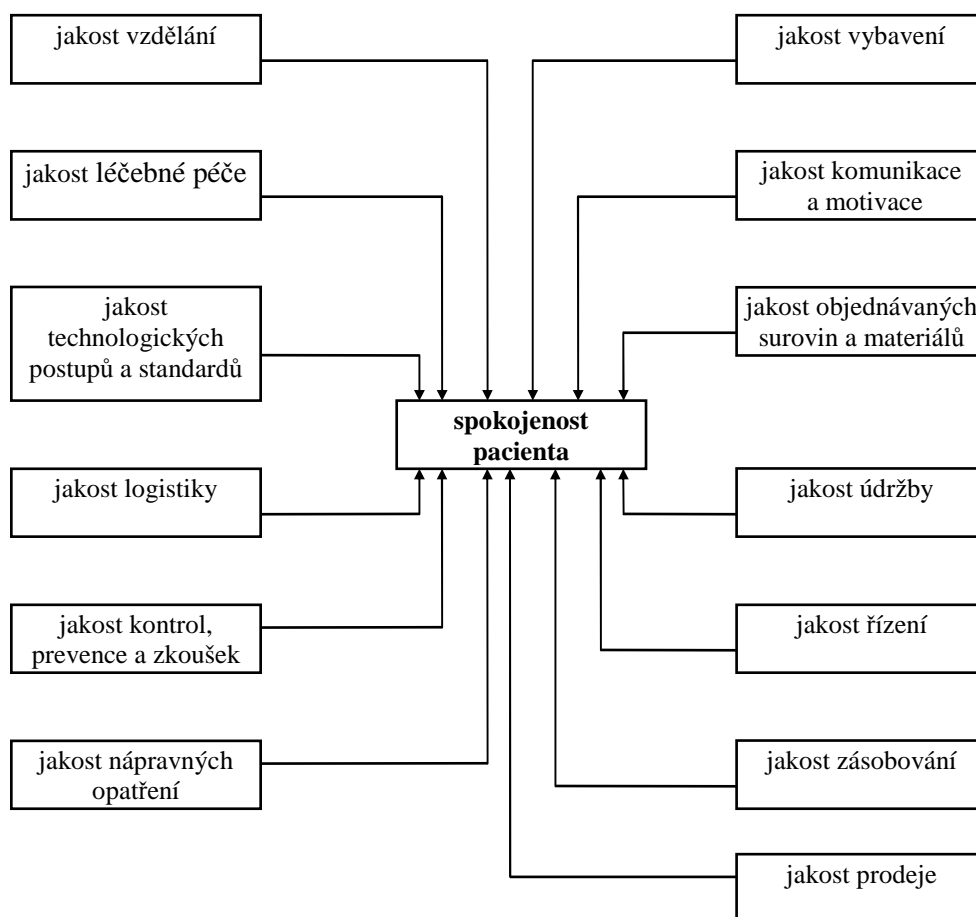
Samozřejmě i ve zdravotnictví lze nalézt hodnotitelné ukazatele, např. proces objednávání, objednací doby, čas strávený u lékaře, adekvátnost testů a vyšetření, kvalita následných rozhodnutí, počet reoperací, využití lůžek, délka hospitalizace, úmrtnost, pooperační mortalita, počty ambulantních pacientů, spokojenost pacienta apod.

Na následujícím schématu (graf 5) je možné vidět jakost jako cílový stav spokojenosti pacienta, sestávající z jednotlivých činností. Pouze ve svém součtu má

konečná jakost svůj smysl. Podcenění kteréhokoliv komponentu (procesu, prvku, vazby) vede ke snížení účinnosti celého systému. Jediný nejakostní útvar organizace může způsobit nejakost zdravotnického zařízení jako celku v očích veřejnosti a narušení vztahu zařízení-pacient. Nebude-li tedy zdravotnické řízení kvalitní jako celek, nedokáže dlouhodobě produkovat kvalitní služby. Toto pochopitelně platí i ve výrobní sféře, ale zdravotnické zařízení a jeho služby jsou veřejností obzvláště sledované, takže zde platí výše uvedené dvojnásob.<sup>5</sup>

Jakost je vlastnost, kterou pacient očekává od nemocničního produktu.

Graf 5: Cílový stav spokojenost pacienta



Zdroj: Madar, J.<sup>5</sup>

Kvalita zdravotní péče musí být chápána jako komplexní služba. Poznatky, týkající se aplikace přístupu zabezpečování kvality tak, jak jsou známy z aplikací v průmyslové sféře, lze transformovat i do sféry zdravotnictví.

Při vnímání kvality zdravotní péče je základním hlediskem kvalita vlastního léčebného úkonu, tj. co poskytujeme, a nezanedbatelnou roli mají i doprovodné služby - organizace příjmu pacienta, podávání informací, zajištění bezpečnosti, ubytování, strava, organizace péče, kulturní možnosti v nemocnici, tj. jakým způsobem službu či péči poskytujeme.<sup>21</sup>

## **2.2 Systém řízení kvality ve zdravotnictví**

V současné době se objevují různé přístupy k vyhodnocování kvalitativní úrovně zdravotnických činností. Lze je rozdělit následujícím způsobem:

- dobrovolné aktivity zdravotnických zařízení směřující k získání Ceny za kvalitu, jako prestižního ocenění, které je udělováno po splnění kritérií vyhlašovaných na určité období zpravidla organizací pro národní cenu za jakost;
- dobrovolné aktivity zdravotnických zařízení směřující k získání certifikátu dle ISO 9001:2000 – systémy managementu jakosti dokládají, že systém jakosti odpovídá požadavkům této normy;
- dobrovolné aktivity k hodnocení kvality poskytovaných zdravotnických ve smyslu požadavků akreditace zdravotnických zařízení.<sup>8</sup>

Výsledkem systematického přístupu k hodnocení kvality jsou různé programy sledování kvality, mezi nimiž nejčastěji převažují akreditace a certifikace.

Cílem těchto programů je, aby se diagnostická a léčebná péče v nemocnicích (či obecně ve zdravotnických zařízeních) trvale zkvalitňovala a aby pro pacienty i personál bylo zajištěno bezpečné prostředí. Veškeré snahy na tomto poli vznikaly jako projev hledání účinného nástroje pro zavádění, rozvoj a kontrolu programu trvalého zvyšování kvality a bezpečného fungování nemocnic.

## 2.2.1 Certifikace

Účelem a smyslem procesu certifikace je získání certifikátu, který stvrzuje, že dodavatel je schopen v oblasti specifikované v certifikátu systematicky plnit požadavky na poskytovanou službu nebo výrobek. Přínosem plynoucím ze zavedení těchto norem je zefektivnění poskytovaných služeb, lépe fungující koordinace činností a identifikace kritických bodů.<sup>3</sup>

Obecně můžeme certifikaci definovat jako činnost třetí strany, kterou prokazuje dosažení přiměřené důvěry, že náležitě identifikovaný produkt (myslí se tím i systém jakosti) je ve shodě s předepsanou normou. Výsledkem certifikačního procesu je udělení či neudělení certifikátu (osvědčení).<sup>22</sup>

Na pomoc organizacím všech typů a velikostí při uplatňování a provozování efektivních systémů managementu kvality byl v roce 1987 schválen soubor norem ISO 9000. Od svého počátku byly normy koncipovány a deklarovány jako univerzální systémy vhodné k široké aplikaci, a to jak z pohledu velikosti organizací (vhodné pro velké i malé organizace), tak i jejich zaměření, tzn. pro podnikatelské subjekty i neziskové organizace či organizace státní a veřejné správy.<sup>17</sup>

Zavedení, udržování a ověření správné funkce certifikace systému řízení jakosti je dobrovolnou aktivitou firmy.

Mezinárodní norma ISO 9001:2000<sup>9</sup> je v současné době ve světě nejrozšířenější model pro certifikaci třetí stranou. Systémy zaváděné podle této normy jsou z hlediska metodologie nejpropracovanější, mohou být kompatibilní s požadavky akreditačních standardů Ministerstva zdravotnictví ČR, mohou být i dobrým výchozím bodem pro model excelence.<sup>4</sup>

Předmětem normy ISO 9001:2000 - Systémy managementu jakosti je ucelený systém požadavků aplikovatelných na management organizace, který řídí procesy a činnosti vzájemně se ovlivňující. Základním požadavkem normy je tedy přijetí procesního přístupu v řízení organizace, tj. identifikovat a řídit důležité procesy. Cílem tohoto přístupu je neustálé zlepšování procesů a zvyšování spokojenosti klientů. Potvrzením úspěšné implementace normy a jejího používání v praxi je certifikace systému managementu jakosti třetí nezávislou stranou (certifikační společností).<sup>3</sup>

## **Principy certifikace zdravotnických zařízení dle normy ISO 9001:2000**

Přístup k systému řízení jakosti je podle této normy postaven na 8 základních principech. Každá zdravotnická organizace, pokud chce uspět, by měla tyto zásady akceptovat a správně interpretovat:

1. Všichni pracovníci důsledně zohledňují zájmy pacienta ve všech aktivitách.
2. Vedení organizace zajišťuje infrastrukturu prostředí, motivující všechny zúčastněné k plnému zapojení do dosahování plánovaných cílů příslušného celku.
3. Pracovníci na všech úrovních jsou podstatou (bytím, základem) organizace a jejich plné zapojení umožňuje využití jejich schopností (dovedností) v co největší prospěch organizace.
4. Základem kvalitního řízení je procesní přístup, založený na důsledném specifikování procesů, jejich vlastníků, měřitelných znaků úspěšnosti procesů, jejich monitorování, vyhodnocování a kontinuálním zlepšováním.
5. Řízení procesů má preventivní charakter, vychází ze znalostí jejich kritických míst a důsledné analýzy rizik. Je postaveno na promyšleném stanovování cílů pro plánovité rozvíjení procesů.
6. Systémový přístup k managementu znamená identifikování, porozumění a řízení systému vzájemně souvisejících procesů zaměřených na daný cíl, což přispívá k efektivnosti a účinnosti organizace.
7. Rozhodování se musí opírat o fakta, získaná pomocí logických analýz údajů a informací, shromážděných při monitorování procesů.
8. Trvalým cílem organizace je neustálé zlepšování.<sup>17</sup>

Certifikace ve zdravotnickém sektoru má mimořádný význam a lze ji obecně rozdělit na certifikaci výrobků určených pro zdravotnictví, spojenou s udělováním značky CE pro výrobky a certifikaci systému managementu jakosti jak výrobců zdravotnické techniky tak zdravotnických organizací. Činnosti v této oblasti kladou vysoké nároky na management jakosti při poskytování lékařských služeb. Mezinárodní

standard ISO 9001:2000 svou strukturou vyhovuje i tak specializované činnosti, jakou je oblast poskytování zdravotní péče.<sup>14</sup>

V tabulce 2 jsou identifikovány procesy, které v rámci standardizovaných systémů řízení mají být algoritmizovány, monitorovány, vyhodnocovány a zlepšovány.

Tabulka 2: Identifikace klíčových procesů dle modelu ISO 9001:2000

Systém managementu jakosti (QM)					
Dokumentace		Řízení dokumentů		Řízení záznamů	
Odpovědnost vedení					
Odpovědnost a pravomoc	Vnitřní komunikace	Tvorba a vyhlášení politiky jakosti	Stanovení a vyhlášení cílů organizace	Analyzování rizik a plánování zlepšování procesů	Přezkoumávání vedením organizace
Management zdrojů					
Zajištění zdrojů	Řízení lidských zdrojů	Infrastruktura Proces údržby a revizí vybavení	Proces zajištění finančních zdrojů	Pracovní prostředí	Řízení informačního systému
Realizace poskytování služby (typické procesy)					
<b>Příjem pacienta</b>	<b>Komplexní vyšetření a anamnéza</b>	<b>Evidence pacientů</b>	<b>Laboratorní vyšetření</b>	<b>Stanovení léčebného postupu</b>	
<b>Předávání pacientů mezi odděleními</b>	<b>Přeprava pacientů</b>	<b>Ambulantní léčba</b>	<b>Řízení prací na operačním sále</b>	<b>Stravování</b>	
<b>Údržba zařízení</b>	<b>Dodržování práv pacientů</b>	<b>Účtování</b>	<b>Informování pacientů</b>	<b>Propouštění pacientů</b>	
8 Měření, analýza a zlepšování					
Monitorování spokojenosti pacienta	Interní prověrky jakosti		Měření efektivity procesů	Měření úspěšnosti léčby	
Monitorování chyb a způsobu jejich odstraňování	Analýza údajů		Zlepšování	Nápravná a preventivní opatření	

Zdroj : Šebestová, M.<sup>17</sup>

Jak je znázorněno ve výše uvedené tabulce, základním procesem je proces řízení služby, obsahující jak organizační opatření pro optimální průchod pacienta nemocničním zařízením, tak i zajištění správných léčebných postupů .

Normy ISO neurčují přesná pravidla, ale pouze definují, co se musí kontrolovat, prostřednictvím množství požadavků, které norma vyžaduje. Normy nehovoří o tom, jak mají být jednotlivé procesy kontrolovány, nechávají velmi mnoho flexibility zavádějící organizaci, takže systém kvality, který organizace vytváří, může plně vyhovovat jak jí, tak i jejím zákazníkům či pacientům. Lze říci, že normy ISO 9000 jsou v podstatě zaměřené spíše na zabezpečování bezchybného chodu a prevenci chyb než na jejich odstraňování.<sup>4</sup>

Certifikát systému jakosti v oblasti zdravotnictví není nikde v evropských podmínkách závaznou podmínkou a zatím ani konkurenční výhodou. Přesto posouzení provedené třetí stranou podle daných kritérií může přinášet výhody. Externí hodnocení prováděné v rámci certifikačního procesu vyžaduje předvedení systematického přístupu a správného pochopení a zavedení systému řízení. Zkušení auditoři (kteří musí být i specialisty z oblasti zdravotnictví) mohou pomoci zdravotnickému zařízení prokázat, že nejen správně pochopili, ale i aplikovali optimální principy systému řízení. Pravidelná posouzení v rámci dozorů udržují zdravotnické zařízení v aktivním stavu a nutí jej stále přemýšlet o možnostech zlepšování a optimalizace vlastních procesů. A to může být velkým přínosem.<sup>5</sup>

Organizace se zavedeným systémem jakosti se pak chová jako dobře organizovaný a bezpečný celek, který:

- vystupuje před pacienty i veřejností s jasným přehledem o rozsahu své způsobilosti a možnostech, které může bez rizika nabídnout;
- jedná na základě dobře propracovaných smluv a záruk, které chrání pacienta i vlastní pracovníky;
- má zajištěnu zastupitelnost zejména klíčových pracovníků a minimalizuje možnosti nepředvídatelného chování organizace jako celku i jejích jednotlivých pracovníků;



- standardizuje komunikaci mezi útvary i jednotlivci a pozitivně působí na vnitropodnikovou kulturu;
- důsledně vyžaduje zvyšování kvalifikace managementu i zaměstnanců.<sup>14</sup>

Tabulka 3: Postup certifikačního procesu

Název bloku	Činnost	Provádí
analýza stávajícího stavu	popis stávající praxe v certifikovaném úseku	odbor jakosti
školení zaměstnanců	seznámení zaměstnanců s normami ISO a cíli systému jakosti	odbor jakosti, případně certifikační orgán
zpracování dokumentace jakosti	co, kdo, jak a kdy má v systému jakosti vykonávat - interní normy certifikovaného pracoviště	odbor jakosti ve spolupráci s odpovědnými pracovníky (prac.týmy) certifikovaného úseku
zpracování příručky jakosti	tvorba základního dokumentu systému jakosti	odbor jakosti ve spolupráci s odpovědnými pracovníky certifikovaného úseku
interní audit	přezkoumání: a) dokumentace b) shody skutečnosti s předepsanými postupy	interní auditor
nápravná opatření	odsouhlasení a provedení nápravných opatření	pracovníci certifikovaného úseku
předcertifikační audit	objektivní posouzení souhlasu dokumentace systému s požadavky normy	interní auditor
certifikační audit	objektivní posouzení dokumentace systému s praktickým prováděním dokumentovaných činností	externí auditor
certifikát	platnost 3 roky, poté reaudit	
závěrečné vyhodnocení	doporučení auditního týmu pro certifikační orgán	závěrečné projednání zjištění s vrcholovým vedením
dozor	pravidelný dohled nad systémem a jeho vylepšování na základě stanovených cílů	certifikační orgán ve spolupráci s úsekem rozvoje a s odpovědnými pracovníky certifikovaného úseku
kontrolní audit	dozorový audit 1krát ročně - kontrola, zda systém jakosti je udržován a je funkční	certifikační orgán ve spolupráci s úsekem rozvoje a s odpovědnými pracovníky certifikovaného úseku
reaudit	audit v rozsahu certifikačního auditu po uplynutí platnosti certifikačního auditu	externí auditor
obnovení certifikátu	každé 3 roky inovovaný certifikát	externí auditor

Zdroj : Šebestová, M.<sup>17</sup>

## **Zdravotnické laboratoře**

Zvláštní požadavky na jakost a způsobilost uplatňuje norma ISO 15189:2003<sup>23</sup> Zdravotnické laboratoře. Tato norma se zaměřuje na zkvalitnění služeb zdravotnických laboratoří, které jsou základem kvalitní péče o pacienta. Cílem každé laboratoře je poskytovat v maximální možné míře kvalitní a správné výsledky. Aby k tomuto cíli laboratoř došla, je nutné nastolit vhodný způsob řízení, který zabezpečuje právě pro podmínky laboratoří uzpůsobená norma ISO 15189:2003. Požadavky normy jsou kladeny na organizaci činností v laboratoři, na odbornou způsobilost pracovníků, pracovní prostředí a na dokumentaci.

### **2.2.2 Akreditace**

Účelem a smyslem procesu akreditace je zlepšovat kvalitu poskytované péče v rámci zdravotnických institucí a tím i v uceleném systému zdravotnictví na základě průkazně ověřených vědeckých poznatků a zkušeností.<sup>24</sup>

Jak akreditace sama, tak zejména příprava na ni, má vzdělávací, organizačně kultivační, standardizační a ověřovací charakter. Cílem je dosáhnout co nejlepší péče pro pacienty za co nejlepších pracovních podmínek pro zdravotnické pracovníky a zavedení prokazatelně efektivního systému trvalého zvyšování kvality. Výstupem procesu akreditace v České republice je osvědčením o tom, že organizace takový funkční systém zavedla.<sup>3</sup>

Historie akreditací ve světě je úzce spojena se snahou zajistit kvalitu lékařské a ošetrovatelské péče v době, kdy tato kvalita byla ohrožena narůstajícími iniciativami zaměřujícími se převážně na kontrolu nákladů. Důraz na kvalitu a zájem o její rozvoj se rozvíjel různou rychlostí a různým způsobem v různých zemích. Nové iniciativy v managementu kvality, které se začaly realizovat v průmyslu, inspirovaly později oblast zdravotnictví a vedly v USA k založení „Spojené komise pro akreditaci“ (JCAHO). Tato komise vytvořila v roce 1976 první komprehensivní soubor standardů a určila počet povinných lékařských a ošetrovatelských auditů za rok.<sup>18</sup>

Na základě standardů JCAHO byly Mezinárodní společnosti pro kvalitu ve zdravotnictví (ISQua) a Mezinárodní zdravotnickou organizací (WHO) definovány Základní mezinárodní akreditační principy, které mají být rozpracovány do akreditačních standardů jednotlivých zemí a které stanovují pro zdravotnická zařízení plnění následujících požadavků :

- zaměření na klienta, respektování jeho práv;
- odpovědnost poskytovatele za kvalitu péče, monitorování a kontinuální zlepšování;
- optimální využívání zdrojů;
- řízení rizik;
- proces jasného řízení v organizaci;
- zahrnutí všech činností do strategického plánování;
- kontakt s přímými poskytovateli péče v příslušném regionu.

Vlastní akreditační hodnocení je zajišťováno příslušnými akreditačními komisemi, tj. skupinami odborníků s dlouholetou praxí v oboru, znalostí zásad managementu a vysokým stupněm odborné a osobní prestiže.<sup>24</sup>

Pro jednotný přístup k akreditační činnosti v oblasti zdravotní péče v souladu s mezinárodními akreditačními principy ISQua se předpokládá ustavení Národního zdravotnického akreditačního systému.<sup>24</sup>

České zdravotnictví si bylo již v roce 1989 akutně vědomo značných rozdílů mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními jak v oblasti fyzického stavu nemocnic, tak technického vybavení. Velké rozdíly byly také v personálním obsazení a ve způsobu, jakým zdravotnický personál poskytoval léčebnou a ošetrovatelskou péči. V roce 1994 byl iniciován projekt „Akreditace nemocnic“, na kterém se podílela pracovní skupina při Ministerstvu zdravotnictví ČR (zástupci MZ ČR, zástupci asociací nemocnic, České lékařské komory, zástupci pojišťoven, CAS, ÚZIS a ředitelé vybraných nemocnic). Řada zkušeností byla získána studováním modelu americké JCAHO. Projekt byl ukončen v roce 1998. V souladu s mezinárodními akreditačními principy ISQua byly stanoveny národní akreditační standardy obsahující kritéria

pro řízení a kontinuální zvyšování kvality, které vycházely ze standardů JCAHO (resp. JCIA). Ve stejném roce bylo ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR č. 7 s názvem Akreditace zdravotnických zařízení<sup>25</sup> zveřejněno metodické opatření s obsahující metodiku akreditací a akreditační standardy a současně byla Asociací nemocnic České republiky a Asociací Českých a moravských smluvně založena Spojená akreditační komise ČR (SAK ČR).<sup>18</sup>

Akreditace je dobrovolná, organizována Spojenou akreditační komisí a udělována na základě doporučení akreditačního týmu. Tato akreditace je udělována na národní úrovni a doba platnosti je 3 – 5 let. (první období po udělení akreditace je kratší).

Principy akreditace v plném rozsahu platí i pro činnost klinických laboratoří, které tvoří nedílnou součást poskytované péče.

### **Principy akreditace zdravotnických zařízení**

Národní akreditační standardy obsahují požadavky na úroveň poskytované zdravotní péče. Standardů je specifikováno 50 a jsou rozděleny do 10 tematických oblastí:

1. Standardy kvality.
2. Standardy diagnostických postupů.
3. Standardy péče o pacienty.
4. Standardy kontinuity zdravotní péče.
5. Standardy dodržování práv pacientů.
6. Standardy podmínek poskytované péče.
7. Standardy managementu.
8. Standardy péče o zaměstnance.
9. Standardy pro sběr a zpracování informací.
10. Standardy protiepidemických opatření.

Ke každému akreditačnímu standardu je vypracována samostatná tabulka, která upřesňuje a specifikuje jeho požadavky - účel standardu - a uvádí některé příklady, jak standard naplnit. Zároveň jsou uvedeny dílčí požadavky, které jsou samostatně

hodnoceny při akreditačním šetření - indikátory standardu, a zdroje informací, které jsou základem hodnocení akreditační komise.<sup>8,25</sup>

Akreditační šetření SAK ČR má přesně určená pravidla, která jsou uvedena v tabulce 4.

*Tabulka 4: Pravidla akreditačního šetření SAK ČR ve zdravotnickém zařízení*

1. Zdravotnické zařízení odešle vyplněnou a statutárním zástupcem podepsanou přihlášku k akreditačnímu šetření na sekretariát Spojené akreditační komise ČR.
2. SAK ČR potvrdí přijetí přihlášky, stanoví termín akreditačního šetření, složení akreditačního týmu, termín předání písemných materiálů.
3. SAK ČR odešle zdravotnickému zařízení návrh smlouvy o provedení akreditace a po podpisu smlouvy vystaví fakturu.
4. Zdravotnické zařízení nejpozději 4-6 týdnů před stanoveným termínem akreditačního šetření odešle (elektronicky nebo na CD) na sekretariát SAK ČR vnitřní předpisy vztahující se k plnění akreditačních standardů, dále organizační řád, provozní řád a spektrum péče.
5. Délka akreditačního šetření bude stanovena podle velikosti ZZ. Samotné akreditační šetření provádí akreditační tým ve složení lékař, sestra, technik. Po dohodě se akreditačního šetření mohou účastni také asistenti – pozorovatelé. Asistent - pozorovatel nemá kompetence žádným způsobem vstupovat do průběhu šetření, bude pouze pasivním účastníkem a je výsadním právem ZZ návštěvu asistenta odmítnout. Asistenti se účastní akreditačního šetření na náklady SAK ČR.
6. Před akreditačním šetřením odešle SAK ČR denní harmonogram akreditačního šetření s uvedením oddělení, provozů a činností, které budou auditovány.
7. SAK ČR oznámí vedení zdravotnického zařízení závěr akreditačního šetření nejpozději do 30 dnů po jeho ukončení.

*Zdroj: SAK ČR<sup>26</sup>*

Z hlediska zdravotnictví lze akreditaci definovat jako proces, jehož cílem je poskytování bezpečné zdravotní péče na nejvyšší možné úrovni kvality, tedy jako posouzení výkonu určitého zdravotnického zařízení. Nejedná se tedy o administrativní kontrolu zaměřenou na formální a věcnou správnost vnitřních předpisů, ale o vysoce profesionální proces spočívající v prověření všech činností daného zařízení, které

mohou ovlivnit péči o pacienta. Akreditační inspektoři sledují veškerý pohyb pacienta daným zařízením – od přijetí, přes organizaci laboratorních a dalších vyšetření, léčby, případně intervenčních výkonů, až po propuštění. Akreditace využívá specializovaných norem – akreditačních standardů. Na rozdíl od obecných technických předpisů jsou akreditační standardy psány jazykem, který je bez nutnosti interpretace srozumitelný pracovníkům zdravotnických zařízení. To je velmi důležitý aspekt, protože umožňuje nemocnicím a léčebnám, aby se na případnou akreditaci připravily samostatně, bez nutnosti nepřiměřeného navyšování nákladů o externí konzultační služby.<sup>24</sup>

Akreditace může nemocnici nesmírně pomoci ve snížení rizik, a tím i k lepší klinické péči.<sup>8</sup>

## 2.3 Nemocnice

Ve světě jsou nemocnice zpravidla definovány jako instituce, které vlastní licenci k poskytování zdravotní péče, mají určitý počet lůžek, organizovaný lékařský tým požadované kvalifikace a poskytují nepřetržité ošetrovatelské služby.<sup>27</sup>

Základním účelem a činností nemocnice je poskytování preventivní, diagnostické a léčebné péče a zajištění provozu jednotlivých lůžkových i ambulantních pracovišť.<sup>21</sup>

Součástí nemocnic jsou také komplementární oddělení (společné léčebné a vyšetřovací složky), nezdravotnická a provozní oddělení nemocnice (stravovací provoz, prádelna, údržba, sterilizace, administrativa, informatika, oddělení zdravotních pojišťoven, oddělení kvality péče, skladové hospodářství aj.).<sup>21</sup>

Nemocnice lze klasifikovat podle několika hledisek:<sup>27</sup>

I. podle průměrné délky ošetrovací doby:

- nemocnice pro akutní péči (ošetrovací doba pacienta zpravidla do 30 dnů);
- nemocnice pro dlouhodobě nemocné;

## II. podle typu vlastnictví:

- státní nemocnice (fakultní, univerzitní či vojenské nemocnice);
- veřejné nemocnice ve vlastnictví a správě krajů, měst;
- soukromé nemocnice neziskového charakteru ve správě církví, dobročinných organizací apod.;
- soukromé nemocnice založené na podnikatelském principu;

## III. podle převažujícího druhu péče:

- všeobecné nemocnice;
- specializované nemocnice (odborné léčebné ústavy atd.);

## IV. podle velikosti lůžkového fondu

- nemocnice malé (do 300 lůžek);
- nemocnice střední (300 – 600 lůžek);
- nemocnice velké (nad 600 lůžek).

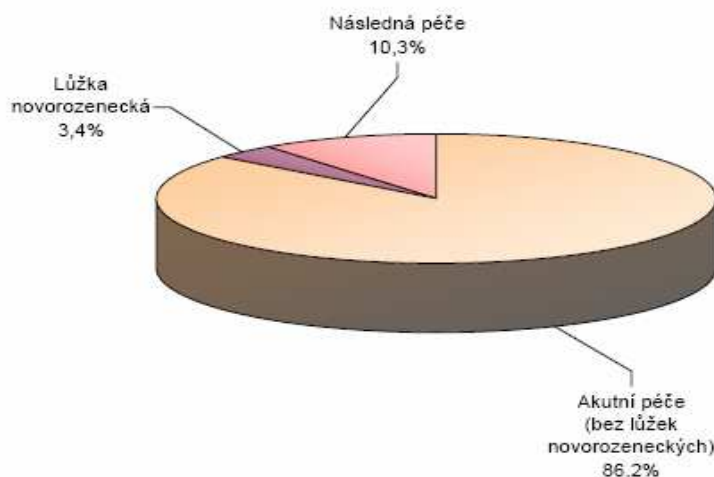
Ve vztahu ke struktuře se většina nemocnic člení na 3 základní subsystemy: <sup>27</sup>

- První subsystem tvoří pracoviště léčebné preventivní péče, které je dále možné rozčlenit na jednotlivá oddělení rozdělená podle lékařských oborů a na laboratorní a obslužná pracoviště, která poskytují specializované služby jednotlivým oddělením.
- Druhý subsystem zahrnuje pracoviště logistického typu, které zajišťuje plynulý chod nemocnice po stránce provozně-technické. Patří sem útvary jako technické oddělení, stravovací provoz, prádelna, dopravní služba apod.
- Třetí subsystem představuje manažersko-ekonomicko-správní úsek. Ten tvoří vrcholový management (ředitel, vrcholoví vedoucí pracovníci nemocnice), střední management (primáři, vrchní sestry, atp.) a management na prvním stupni řízení (staniční sestry, apod.). Všichni tito pracovníci hrají důležitou roli při ekonomickém řízení nemocnice a mají zásadní vliv na zavádění systému jakosti v nemocnici.

### 2.3.1 Nemocniční síť

V České republice bylo koncem roku evidováno 192 nemocnic s 63 662 lůžky, z toho 27 zařízení s 2 324 představují nemocnice následné péče.<sup>28</sup>

Graf 6: Rozložení nemocničních lůžek podle druhu poskytované péče v roce 2007



Zdroj: ÚZIS ČR<sup>28</sup>

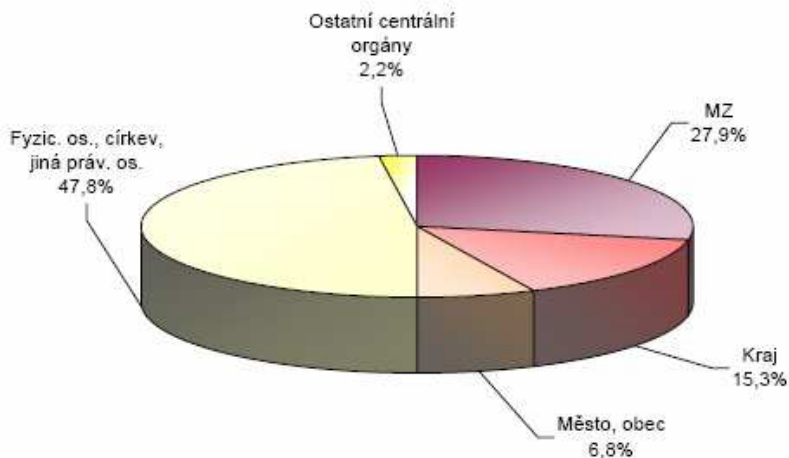
Rozdělíme-li všech 192 nemocnic do skupin podle zřizovatele, pak ke konci roku 2007 bylo:<sup>28</sup>

- 20 zařízení přímo řízeno Ministerstvem zdravotnictví (téměř 28 % všech nemocničních lůžek), z tohoto počtu 11 nemocnic fakultních;
- nemocnice v rezortu ministerstva obrany a spravedlnosti (5 zařízení) mají dohromady 1 409 lůžek, které představují jen 2,2 % všech nemocničních lůžek;
- 25 zařízení spravováno krajem (nemocnice ve formě příspěvkové organizace - více než 15 % všech lůžek);
- 20 zařízení má za zřizovatele město nebo obec (téměř 7 % všech lůžek);
- 122 zařízení privátních - zřizovatel fyzická nebo právnická osoba (necelých 48 % všech lůžek).

Do počtu privátních zařízení je zahrnuto 50 nemocnic - obchodních společností se 100 % podílem veřejného (krajského nebo obecního) majetku. Tato zařízení se podílejí na privátním lůžkovém fondu více než 63 %.



Graf 7: Rozložení nemocničních lůžek podle zřizovatele v roce 2007

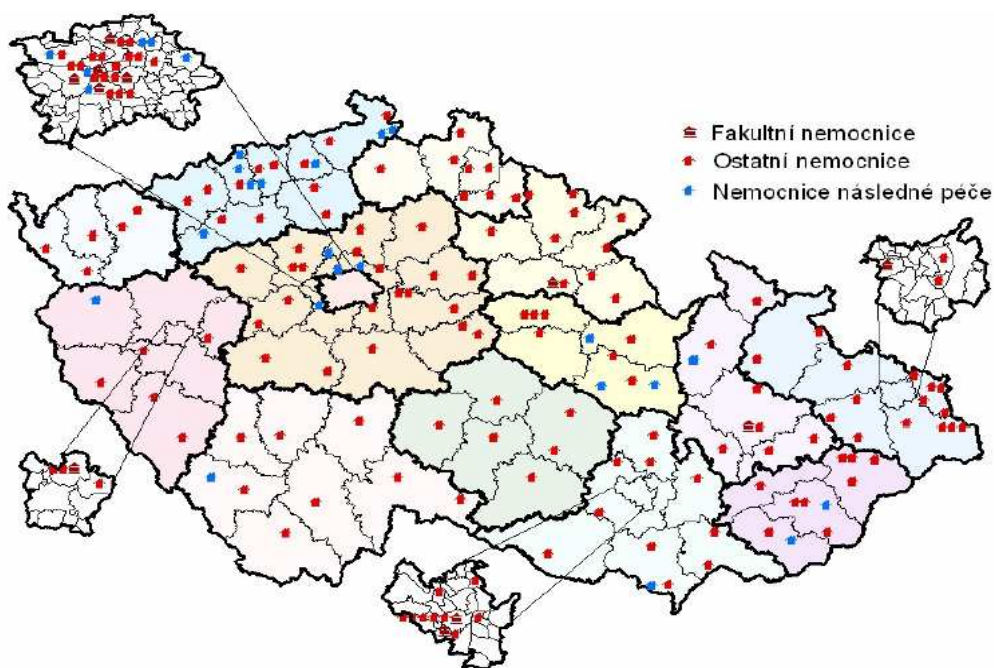


Zdroj: ÚZIS ČR<sup>28</sup>

Rozdělíme-li nemocnice ČR podle velikosti lůžkového fondu, pak:<sup>28</sup>

- do skupiny nemocnic s méně než 100 lůžky spadá 46 zařízení, z čehož 16 z nich tvoří nemocnice následné péče;
- více než 1 000 lůžek má 12 nemocnic (z toho 10 fakultních).

Obrázek 1: Nemocnice v České republice k 31. 12. 2007



Zdroj: ÚZIS ČR<sup>28</sup>

## 2.4 Mezinárodní vazby

Evropská společenství a země Evropského sdružení volného obchodu vytvořily od 1. ledna 1993 evropský hospodářský prostor, což podstatnou měrou ovlivňuje volnou výměnu zboží, služeb, kapitálu a osob. Základním předpokladem pro fungování jednotného trhu je sjednocení technických předpisů a technických norem ve všech částech trhu. Průkaz dodržení technických předpisů musí platit v celém prostoru trhu. Splnění uvedených předpokladů má zaručit přístup na jednotný trh každému.

Právní předpisy členských států ES, harmonizované na základě příslušných směrnic ES, se omezují pouze na ochranu veřejných zájmů (např. zdraví, bezpečnost, ochranu životního prostředí). Tato oblast se nazývá regulovaná sféra. Ostatní oblasti nejsou upravovány právními předpisy jednotlivých států a jsou ponechány účastníkům trhu s tím, že velkou úlohu hraje dobrovolná evropská normalizace. Tato oblast se nazývá neregulovaná sféra. Je přirozené, že jednotné předpisy a normy mají význam pouze tehdy, když pro celý trh postačí jediný průkaz shody. Proto musí platit jednotná pravidla pro tento průkaz a musí existovat infrastruktura s místy provádějícími akreditaci, certifikaci, inspekci, zkoušení, kalibraci atd.<sup>3</sup>

Komise ES svůj postoj k této otázce specifikovala v globální koncepci přístupu ke zkoušení a certifikaci, kde se mimo jiné uvádí: <sup>3</sup>

- akreditace, certifikace, inspekce, zkoušení, kalibrace atd., budou uznávány, avšak nebude budován žádný evropský nadnárodní systém, ale národní systémy;
- akreditační orgány, certifikační orgány, inspekční orgány a zkušební a kalibrační laboratoře se budou řídit ustanovením mezinárodních norem týkajících se akreditace;
- systémy zabezpečující jakost výrobků musí odpovídat požadavkům norem ISO řady 9000;
- odpovědnost za jakost výrobků a služeb nese jednoznačně výrobce;
- specifikuje se používání značky CE;
- upravuje se vzájemné uznávání zkoušek, kalibrací a certifikátů.

V regulované sféře bude ES v souladu se svými zákony a mezinárodními závazky podporovat mezinárodní obchod a uzavírat se třetími zeměmi dohody o vzájemném uznávání za předpokladu, že:

- místa třetích zemí zapojená do posuzování shody poskytují záruky jako místa ES;
- vzájemné uznávání je omezeno na zkušební protokoly, certifikáty a značky shody.<sup>3</sup>

Základem jednotných pravidel akreditace využívaných pro poskytování průkazu shody jsou mezinárodní normy a normativní dokumenty týkající se akreditace. Tyto normy a normativní dokumenty jsou ve svém znění obecné, a proto každý národní akreditační orgán podává výklad ke znění jejich jednotlivých ustanovení.

Pro činnost EU byl přijat princip, že pokud není příslušná oblast řešena závaznými směnicemi (direktivami) EU, platí vzájemné uznávání a plné respektování národních systémů. Aktivity resortu zdravotnictví ČR v oblasti zdravotní péče proto vycházejí ze základních požadavků EU a WHO – to znamená, resort zdravotnictví musí být zaměřen na výsledek, poskytování zdravotnických služeb má odpovídat potřebám společnosti.<sup>19</sup>

Osnova evropské péče o zdraví je specifikována programem WHO – „Zdraví 21 pro Evropský region“.<sup>19</sup>

Evropská unie nemá jednotnou soustavu záruk kvality lékařské péče, zatím neexistují ani jednotné evropské standardy lékařské péče. Jedinou mezinárodně uznávanou akreditací je akreditace udělená Joint Commission International (JCI), která hodnotí 300 různých indikátorů a je neskonale přísnější než národní akreditace, i když ta národní usnadňuje proces získání akreditace mezinárodní. Pro porovnání - naše národní akreditace pracuje s 50 indikátory, které jsou rozděleny do skupiny standardů kvality, diagnostických postupů, péče o pacienta, kontinuity zdravotní péče, dodržování práv pacientů, podmínek poskytování péče a standardy managementu.<sup>28</sup>

Proces mezinárodní akreditace je shodný ve všech zemích. Nemocnice žádající o mezinárodní akreditaci musejí vyhovět asi 1500 parametrům, přičemž akreditaci lze obdržet pouze tehdy, jestliže nemocnice vyhoví 95 procentům z nich. Udělená

mezinárodní akreditace se musí, stejně jako národní akreditace, obnovovat každé tři roky. Mezinárodní akreditaci JCI má ve světě jenom zhruba 60 nemocnic, jsou mezi nimi i dvě české: Ústřední vojenská nemocnice v Praze-Střešovicích a Nemocnice Na Homolce.

V rámci EU neexistuje žádný konkrétní jednotný systém řízení a hodnocení kvality a efektivity ve zdravotnictví a jeho mezinárodní uznávání. Kvalita zdravotní péče je řízena výhradně na národních úrovních jednotlivých zemí. Proto jsou akreditační systémy zdravotnických zařízení organizovány různě, společným mezinárodním cílem je kvalita a bezpečnost poskytované péče.

### 3 Metodika a cíle práce

Diplomová práce je zaměřena na management kvality v poskytování zdravotní péče nemocnicemi s cílem zajistit kvalitu a bezpečí pro pacienty. Zavedení systémů řízení jakosti může nemocnici nesmírně pomoci ve snížení rizik, a tím i k lepší klinické péči.

Cílem diplomové práce s názvem „Akreditace a certifikace v řízení kvality služeb“ je analýza a komparace Národních akreditačních standardů v oblasti zdravotnictví a zavádění systému managementu jakosti v nemocnicích s cílem získání certifikace.

Analýza procesu certifikace byla prováděna v Nemocnici Strakonice, a.s., analýza procesu akreditace v Nemocnici Písek, a.s. Tyto nemocnice byly vybrány pro účely této práce z toho důvodu, že se do procesu zavádění systému kvality zapojily jako první nemocnice Jihočeského kraje a jedny z prvních v celé České republice. Nemocnice Strakonice, a.s. již úspěšně prošla procesem recertifikace, Nemocnice Písek, a.s. získala reakreditaci, je tedy možno čerpat z dostatečného množství údajů a dat k provedení komparativní analýzy.

V současné době je cílem nemocnic v Jihočeském kraji nastavení jednotného systému řízení kvality. Rozbor jednotlivých systémů zlepšování kvality a hodnocení může být jedním východiskem při rozhodování o zavedení procesu zlepšování kvality v nemocnicích.

Pro účely této diplomové práce byly shromážděny potřebné informace nutné pro řešení cíle práce. Bylo využito zejména poznatků získaných studiem odborné literatury a informací získaných konzultacemi, studiem příslušných norem, vyhlášek a nařízení EU i České republiky.

V diplomové práci byla provedena základní charakteristika Nemocnice Strakonice a Nemocnice Písek, dále byla provedena analýza procesu certifikace a procesu akreditace týkající se oblastí: analýza postupných kroků, analýza časového hlediska, analýza obsahu oblastí hodnocení kvality, analýza rozsahu, analýza procesu implementace, analýza systému kontrol.

Výstupem je návrh a doporučení využití vhodné formy systému řízení kvality a aplikace procesu v ostatních nemocnicích Jihočeského kraje.

Záměrem Jihočeského kraje, nemocnic a této diplomové práce je nastavit jednotný proces hodnocení kvality, a to stejnou metodikou a stejnými parametry pro posuzování všech jihočeských nemocnic při využití již získaných zkušeností.

Doporučení vyplývající z této diplomové práce je založeno na vlastním výzkumu daného problému, na konzultacích s odborníky z dané oblasti a zároveň i na vlastních zkušenostech z provozování nemocnic.

## 4 Akreditace a certifikace nemocnic

V současné době se zvyšuje zájem nemocnic o udělení národní akreditace v rámci SAK ČR i o udělení mezinárodní certifikace v rámci normy ISO 9001:2000. Tato aktivita nemocnic je vedena snahou hledat cesty ke zlepšování tak náročné činnosti, jakou je poskytování zdravotní péče.

Cílem nemocnic Jihočeského kraje je dát svým pacientům jistotu, že nemocnice poskytují kvalitní a moderní lékařskou péči, jsou vstřícné k nemocným, respektují jejich práva a snaží se vytvořit příjemné prostředí.

Poskytování kvalitních služeb je základem existence nemocnic a pouze posouzením uznávané, nezávislé instituce lze doložit, že nemocnice tuto kvalitní péči skutečně poskytují. Proto je úsilí směřováno k vytvoření a zavedení jednotného systému řízení jakosti. Tento krok je vyústěním snahy jihočeských nemocnic a jejich vlastníka – Jihočeského kraje - o zvyšování kvality péče o pacienty, ale i kvalitu všech činností, které s péčí o nemocné souvisí.

V Jihočeském kraji je v současné době 7 nemocnic, jejichž zakladatelem je Jihočeský kraj. Všechny tyto nemocnice jsou obchodními – akciovými společnostmi, kde jediným akcionářem, vlastnícím 100 % veřejně neobchodovatelných akcií, je Jihočeský kraj:

Nemocnice České Budějovice, a.s.

Nemocnice Český Krumlov, a.s.

Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.

Nemocnice Písek, a.s.

Nemocnice Prachatice, a.s.

Nemocnice Strakonice, a.s.

Nemocnice Tábor, a.s.

Rozložení nemocnic Jihočeského kraje je zobrazeno na obrázku 2.

Obrázek 2: Síť nemocnic Jihočeského kraje



Nemocnice Strakonice, a.s. i Nemocnice Písek, a.s. se do procesu zavádění systému kvality zapojily jako první nemocnice Jihočeského kraje a jedny z prvních v celé České republice. Nemocnice Strakonice, a.s. byla certifikována v červnu 2006, Nemocnice Písek, a.s. byla akreditována v listopadu 2006.

Nemocnice v současné době již prošly procesem recertifikace v případě nemocnice Strakonice, a.s. a procesem reakreditace v Nemocnici Písek, a.s.

Z hlediska obecné klasifikace se jedná o nemocnice okresního typu poskytující akutní i následnou péči, obě jsou obchodními akciovými společnostmi, jejichž zakladatelem a vlastníkem – stoprocentním akcionářem je Jihočeský kraj. Podle převažujícího druhu péče se jedná o nemocnice všeobecné, dle velikosti lůžkového fondu jsou obě tyto nemocnice nemocnicemi spadajícími do kategorie středně velkých nemocnic.

Tabulka 5: Vybrané ukazatele Nemocnice Strakonice, a.s. a Nemocnice Písek, a.s.

Stav k 31.12.2007	Počet lůžek	Počet zaměstnanců celkem	Počet lékařů	Počet SZP (střední zdravot. personál)	Počet hospital. za rok	Počet ambulantně ošetř. za rok
Nemocnice Písek, a.s.	443	729	89	398	15 063	380 724
Nemocnice Strakonice, a.s.	355	526	75	290	15 691	174 636

Zdroj: Interní materiály nemocnic<sup>29,30</sup>



## 4.1 Analýza procesu certifikace

Analýza procesu certifikace zdravotnického zařízení je provedena v Nemocnici Strakonice, a.s. Důvodem pro výběr této nemocnice je skutečnost, že Nemocnice Strakonice, a.s. zahájila a ukončila proces certifikace zdravotnického zařízení dle norem ISO jako první nemocnice v Jihočeském kraji a mezi prvními v České republice. Dosud získalo certifikát ISO v České republice celkem na šedesát zdravotnických zařízení, velký podíl z celkového počtu certifikovaných zařízení však tvoří kliniky a jiná zdravotnická pracoviště (např. laboratoře).

Při procesu získávání certifikace se Nemocnice Strakonice musela řídit mezinárodní normou ČSN EN ISO 9001:2000, ve které jsou specifikované požadavky na systém managementu jakosti v případech, kdy organizace potřebuje prokázat svoji schopnost trvale poskytovat produkt, který splňuje požadavky zákazníka a příslušné požadavky předpisů, a má v úmyslu zvyšovat spokojenost zákazníka, a to efektivní aplikací tohoto systému, včetně procesů pro jeho neustálé zlepšování, a ujišťováním o shodě s požadavky zákazníka a s příslušnými požadavky předpisů.

Tato norma přesně definuje požadavky na systém managementu jakosti, odpovědnost managementu, management zdrojů, je zde přesně stanoven postup realizace produktu a měření, analýza a zlepšování.

Norma ISO je členěna do 8 částí, splnění jejích požadavků ve všech částech je podmínkou pro udělení certifikace organizace:

1. Organizace
2. . Politika jakosti
- 3.. Systém řízení jakosti
4. Řízení dokumentace
5. Odpovědnost vedení
6. Řízení zdrojů
7. Realizace produktu
8. Měření, analýzy a zlepšování

Všechny požadavky jsou v normě podrobně rozepsány a konkretizovány, v průběhu přípravy certifikace musela Nemocnice Strakonice požadavky stanovené normou postupně naplnit.

#### **4.1.1 Proces certifikace v Nemocnici Strakonice**

Nemocnice Strakonice v letech 2005 a 2006 prošla náročným auditorským posuzováním a výsledkem byl certifikát dle normy ISO 9001:2000 - doklad, který potvrzuje, že toto zařízení nabízí kvalitní služby podle mezinárodních kritérií. Dlouhodobý proces pomohl odstranit spoustu nejrůznějších problémů, které se v chodu nemocnice projevovaly, a to se odrazilo i ve výsledku celostátní ankety mezi pacienty, na jejímž základě byla Nemocnice Strakonice, a.s. pacienty vyhlášena nejlepší jihočeskou nemocnicí roku 2007.

Strakonická nemocnice ještě před rokem 2003 byla nejzadluženější v kraji a dlužila bezmála devadesát milionů korun. Hrozilo, že velkodistributoři léků přestanou dodávat zboží, dokud nebudou splaceny staré faktury s překročenou dobou splatnosti, nemocnice neměla ani na výplaty zaměstnancům. Z tohoto důvodu neměla dobrou pověst v rámci kraje.

Nemocnice Strakonice v roce 2003 v rámci reformy veřejné správy přešla z majetku státu do majetku Jihočeského kraje, do jejího čela byl dosazen nový výkonný management s jediným úkolem - oddlužit nemocnici a navrátit jí alespoň částečně dobrou pověst. Ještě jako příspěvková organizace Jihočeského kraje začala nemocnice znovu nabývat ztracenou prestiž, když gynekologicko-porodnické a dětské oddělení nemocnice získalo titul **Baby Friendly Hospital**.

System řízení kvality se rozhodl management Nemocnice Strakonice zavést na začátku roku 2005, neboť management si uvědomil sílící tlak současného konkurenčního prostředí a začal usilovat o špičkovou pozici mezi nemocnicemi v kraji.

Byla provedena SWOT analýza situace a stavu nemocnice, stanovení silných a slabých stránek nemocnice, příležitostí a hrozeb (viz tabulka 6).

Tabulka 6: SWOT analýza Nemocnice Strakonice

<i>Silné stránky</i>	<i>Příležitosti</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stanovená vize a koncepce</li> <li>• Podpora ředitele</li> <li>• Manažer kvality</li> <li>• Informační systém</li> <li>• Chut' zavést pořádek</li> <li>• Správná laboratorní praxe</li> <li>• Orientace na zákazníka</li> <li>• Nové vedení</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Blízkost hranic</li> <li>• Identifikace procesů = úspory</li> <li>• Mezinárodně uznaná norma</li> <li>• Chystaná změna právní formy nemocnice</li> </ul>
<i>Slabé stránky</i>	<i>Hrozby</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nejasná koncepce MZ ČR v oblasti řízení kvality</li> <li>• Neproškolení zaměstnanci</li> <li>• Špatná informovanost</li> <li>• Firemní kultura</li> <li>• Zvyk „hasit požáry“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neznalost normy -může způsobit obavu ze zbytečného papírování</li> <li>• Mýty o ISO 9000:1994 - děláme vše pro normu</li> <li>• Norma původně vytvořená pro oblast průmyslu</li> </ul>

Zdroj: Interní materiály Nemocnice Strakonice, a.s.<sup>29</sup>

Provedení a vyhodnocení analýzy SWOT vedlo management nemocnice Strakonice k rozhodnutí pro certifikaci systému jakosti dle norem ISO 9001:2000, neboť :

- certifikát poskytuje ubezpečení, že certifikovaný poskytovatel/dodavatel je schopen dodávat služby/výrobky odpovídající stanoveným požadavkům v oblasti, která je certifikována;
- systémy zaváděné dle této normy jsou kompatibilní s požadavky akreditačních standardů vydávaných Ministerstvem zdravotnictví ČR;
- certifikace dle normy ISO má mezinárodní dosah.

Dalším strategickým rozhodnutím managementu ve strakonické nemocnici bylo rozhodnutí pro certifikaci celé nemocnice. Tedy jak zdravotnické části – klinických oddělení, tak i obslužných provozů, aby byl zajištěn soulad mezi jednotlivými činnostmi a aby vstupy a výstupy byly lépe měřitelné.

Tento přístup strakonické nemocnice byl v roce 2005 nestandardní, velké nemocnice většinou připravovaly k certifikaci své obslužné prostory – lékárnu, laboratoře, stravovací provoz, nikoli však zdravotnickou a klinickou část.

## **Proces certifikace**

Ve strakonické nemocnici byl celý proces certifikace rozfázován na čtyři základní etapy tak, aby byly postupně naplněny požadavky stanovené normou ISO 9001:2000.

### **I. etapa ( přípravná) - jaro 2005**

- nemocnice se rozhoduje pro certifikaci dle ISO;
- je akceptován krajský návrh na spolupráci s poradenskou firmou;
- je hledán manažer pro řízení jakosti a kontrolu kvality zdravotní péče.

Nemocnice Strakonice na doporučení svého zakladatele (Jihočeský kraj) navázala spolupráci s konzultační firmou, která již měla zkušenosti se zaváděním systému kvality, a to i ve zdravotnických zařízeních. Na základě doporučení této firmy pak byl stanoven celý postup realizace procesu certifikace.

Vzhledem k tomu, že norma definuje pozici koordinátora projektu – manažera jakosti (QM – Quality Manager) s tím, že tato role je v celém nastavování systému řízení kvality nezastupitelná, byla ustavena pozice manažera pro řízení jakosti a kontrolu kvality zdravotní péče.

Pozice manažera musí být nezávislá na ostatních strukturách. Koordinace projektu je ve velkém zařízení velmi obtížná a časově náročná, pozice manažera kvality je na začátku vnímána negativně. Manažer kvality má za úkol metodicky radit profesionálům, nekompromisně trvat na plnění termínů a jejich neplnění okamžitě hlásit managementu nemocnice.

## II. etapa (zahajovací) - léto 2005

- jmenování manažera jakosti a vytvoření Rada pro kvalitu;
- jmenování zmocněnců jakosti na jednotlivých pracovištích;
- sestavení harmonogramu projektu;
- vstupní analýza;
- definování Politiky jakosti;
- definování motta, vize cílů jakosti  
(Desatero pro zaměstnance a Desatero pro pacienty);
- identifikace procesů;
- vstupní analýza.

Byl jmenován manažer kvality a následně vytvořena Rada pro kvalitu ve složení:

- manažer kvality (náměstek pro léčebnou péči);
- ředitel nemocnice (v té době příspěvkové organizace);
- hlavní sestra (náměstek pro ošetrovatelskou péči).

Na každém oddělení nemocnice byl jmenován zmocněnec pro kvalitu, ve většině případů - vrchní sestra oddělení.

**Stanovení harmonogramu** projektu bylo provedeno Radou pro kvalitu. Byl přesně stanoven den zahájení a den ukončení procesu certifikace. Proces certifikace Nemocnice Strakonice byl rozvržen do 152 dnů.

Informace o zahájení procesu přípravy certifikace byly podány kompetentním pracovníkům. Proběhlo seznámení s kroky a harmonogramem certifikace.

Byla provedena **vstupní analýza** systému řízení, která proběhla v následujících třech dnech na přibližně 70 % pracovišť nemocnice.

Z výsledků analýzy vyplynuly tyto nejzávažnější problémy:

1. Dezintegrace jednotlivých oddělení, popř. úseků nemocnice a preferování individuálních zájmů oddělení nad zájmy celé organizace, nepochopení pro společné problémy, řešení sporných situací výhradně v zájmu svého oddělení, úseku.
2. Bariéry v přenosu informací, respektive pocit, že špatná či pozdní oboustranná informovanost vede ke zbytečnému napětí a pozdním reakcím.
3. Neznalost jednotlivých činností a procesů, které probíhají v nemocnici, nebyly stanoveny odpovědnosti a pravomoci jednotlivců, řada činností probíhala duplicitně a některé činnosti byly prováděny ze setrvačnosti bez jejich smysluplnosti.

Dalším zjištěným nedostatkem při analýze byly nedostatky v dokumentaci. Především ve zdravotnické dokumentaci chyběly zápisy lékařů, podpisy zdravotníků, ordinace byly psány nečitelně, popřípadě doplňovány zpětně. Řada údajů byla duplicitních a evidovala se nejen ve zdravotnické dokumentaci, ale i v různých sešitech a na různých dokumentech, bez toho, že by bylo jasné, proč je zápis nutno evidovat duplicitně.

Nedostatky byly zjištěny nejen ve zdravotnické dokumentaci, ale i v ostatní evidenci. Celá dokumentace v rámci nemocnice byla nejednotná, v podstatě každé oddělení mělo vytvořeny vlastní principy dokumentace. Na oddělení byly uplatňovány již neplatné dokumenty, nové směrnice, metodické pokyny a jiné řídicí akty byly špatně distribuovány, takže nebyla zajištěna jejich implementace na odděleních.

Na základě výsledků analýzy vstupních informací byla vrcholovým vedením nemocnice definována a schválena Politika jakosti.

**Politika jakosti** byla zveřejněna a seznámeni s ní byly všechny úrovně organizace. Tohoto procesu se účastnilo aktivně celé vrcholové vedení v čele s ředitelem.

Strakonická nemocnice vydala v rámci Politiky jakosti „Desatero zásad pro zaměstnance“ a „Desatero zásad pro pacienty“ (viz tabulky 7 a 8).

Tabulka 7: Desatero zásad pro zaměstnance Nemocnice Strakonice, a.s.

Desatero pro zaměstnance
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ poskytujeme péči lege artis každému, kdo nás vyhledá</li><li>➤ využíváme v maximální míře informační systém Medicalcu a ke své činnosti používáme pouze řízenou dokumentaci</li><li>➤ respektujeme jedinečnost a soukromí našich klientů</li><li>➤ kvalitně a srozumitelně informujeme naše pacienty a jejich blízké</li><li>➤ vytváříme příjemné a kulturní prostředí pro naše klienty</li><li>➤ dbáme na zvyšování vzdělání zaměstnanců a podporujeme jejich vědeckou a publikační činnost</li><li>➤ snažíme se odhalovat, pomocí vnitřních auditů, nedostatky v naší práci a průběžně je odstraňujeme</li><li>➤ nosíme viditelně označení se jménem a pracovním zařazením</li><li>➤ kvalitní a včasnou komunikací s ostatními zaměstnanci se snažíme předcházet chybám v oblasti zanedbání péče nebo neodborného postupu</li><li>➤ vytváříme podmínky pro spokojenost zaměstnanců a oceňujeme ty nejlepší</li></ul>

Zdroj: Interní materiály Nemocnice Strakonice, a.s.<sup>29</sup>

Tabulka 8.: Desatero zásad pro pacienty Nemocnice Strakonice, a.s.

Desatero pro pacienty
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ nabízíme komplexní služby příslušných oborů</li><li>➤ dodržujeme zásady slušného chování a současně se chováme profesionálně</li><li>➤ k našim klientům přistupujeme s maximální zodpovědností</li><li>➤ zajišťujeme kvalitní informovanost našich klientů</li><li>➤ respektujeme jedinečnost a soukromí našich pacientů, respektujeme právo „neinformovat“</li><li>➤ jsme ochotní, vlídní a připraveni pomoci v každé situaci</li><li>➤ usilujeme o co nejkratší čekací doby v ambulancích i minimální objednací doby k přijetí a operačním výkonům</li><li>➤ poskytujeme ubytovací, stravovací a další služby pro naše klienty a jejich blízké</li><li>➤ vítáme návštěvy a otevíráme se spolupráci s příbuznými našich pacientů</li><li>➤ přijímáme konstruktivní připomínky k naší práci a vítáme nápady k jejímu zlepšování</li></ul>

Zdroj: Interní materiály Nemocnice Strakonice, a.s.<sup>29</sup>



Součástí Politiky jakosti Nemocnice Strakonice bylo vytvoření vize a motto nemocnice (viz obrázek 3).

Obrázek 3: Motto a vize Nemocnice Strakonice, a.s.



Zdroj: Interní materiály Nemocnice Strakonice, a.s.<sup>29</sup>

Politika jakosti Nemocnice Strakonice má proklamativní charakter, interpretuje základní představu, chování organizace v oblasti jakosti v delším časovém horizontu. Má charakter interního i externího sdělení – zdůvodňuje všem zaměstnancům, proč se vedení rozhodlo věnovat pozornost jakosti a jaké zásady jsou ve vztahu k jakosti pro organizaci směrodatné. Rovněž informuje zákazníky a obchodní partnery o úsilí organizace věnovat jakosti významnou pozornost. Stanovováním politiky jakosti naplňuje strakonická nemocnice normu ISO 9001:2000, která požaduje, aby vrcholové vedení poskytlo důkazy o své osobní angažovanosti a aktivitě při rozvíjení a uplatňování systému managementu jakosti a neustálému zlepšování jeho efektivnosti.

**Cíle jakosti** byly stanoveny převáděním Politiky jakosti do konkrétních úkolů. Vrcholové vedení nemocnice muselo zajistit, aby pro příslušné útvary a úrovně ve zdravotnickém zařízení byly stanoveny cíle jakosti s vyčleněním potřebných zdrojů a jejich maximálním využitím, měřitelné a shodné s politikou jakosti, včetně závazku k neustálému zlepšování.

Nemocnice Strakonice, a.s. rozděluje cíle jakosti na strategické cíle (stanoveny na dobu 2 - 5 let) a taktické cíle (stanoveny na dobu 1 - 2 roky).

Základní cíle jsou:

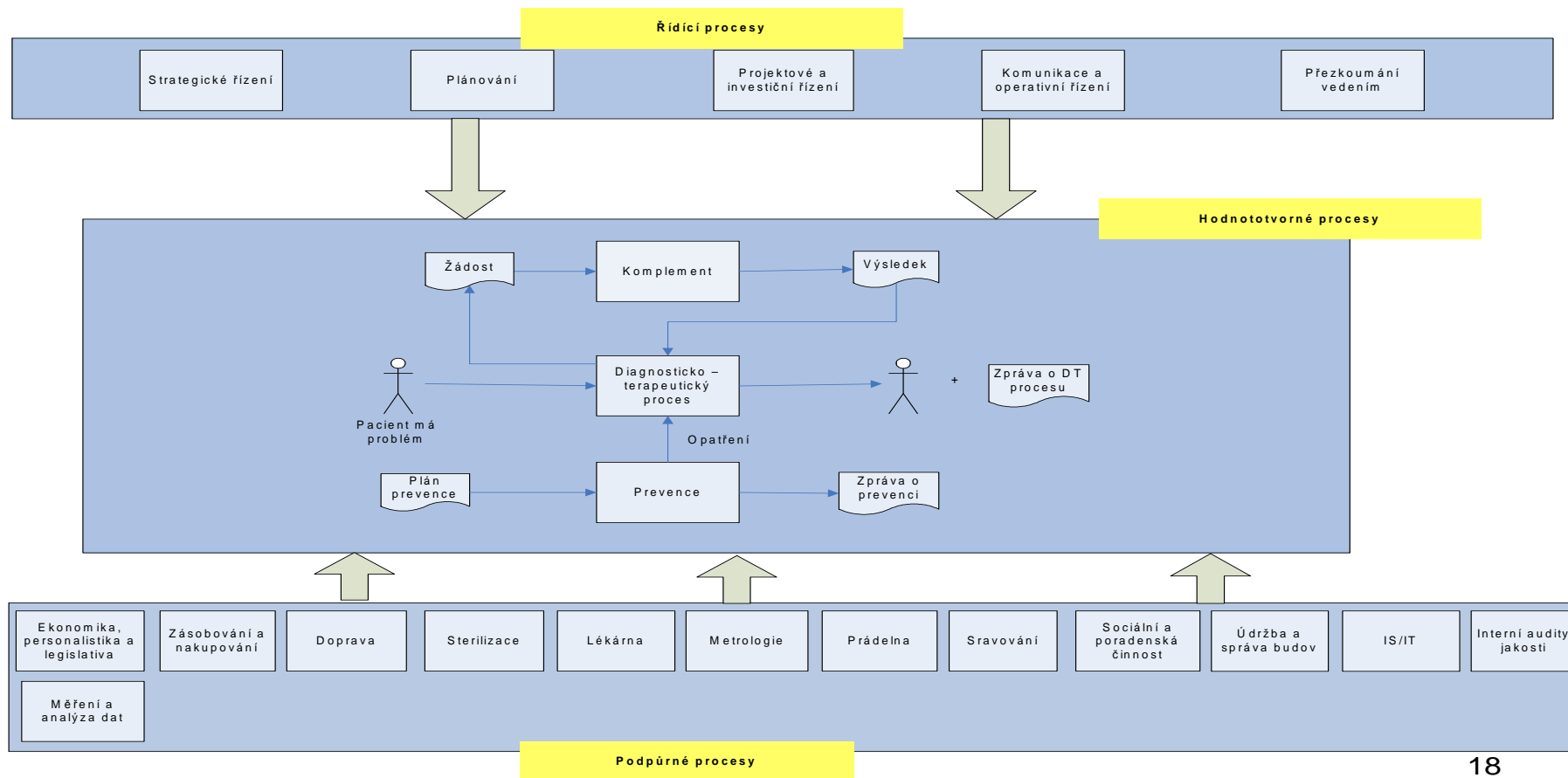
- zvyšování kvality;
- efektivnější využití stávajících zdrojů;
- finanční přínos;
- spokojenost pacienta, kterou lze zajistit poznáním a uspokojováním jeho potřeb;
- poskytnutí kompletního servisu pro pacienta;
- zlepšení přístupu personálu k pacientovi;
- snížení nákladů a závazků společnosti.

Cíle jakosti Nemocnice Strakonice, a.s. jsou kvantifikované a dobře hodnotitelné výsledky, kterých chce nemocnice v jakosti dosáhnout. Preferovány jsou především cíle orientované na zvyšování kvality, efektivnější využití stávajících zdrojů a finanční přínos.

Při plánování tvorby systému managementu musela strakonická nemocnice identifikovat všechny procesy potřebné pro systém managementu jakosti, stanovit pořadí a vzájemné vazby těchto procesů a stanovit kritéria a metody používané k zajištění efektivního fungování a řízení těchto procesů. Procesní mapa Nemocnice Strakonice, a.s. jasně definuje řídicí, hodnototvorné a podpůrné procesy (viz obrázek 4).

Obrázek 4 – Procesní mapa Nemocnice Strakonice, a.s.

# Procesní mapa NS, a.s.



### III. etapa - podzim 2005

- školení manažera a zmocněnců jakosti;
- instalace intranetového portálu;
- vkládání veškeré dokumentů nemocnice na portál;
- tvorba směrnic;
- tvorba Příručky jakosti.

**Školení** zmocněnců kvality a manažera kvality provedla poradenská firma. Účastníci školení dostali základní informaci o ISO normě, o projektu a jeho harmonogramu, o stylu práce při plánování procesů.

**Dokumentace** systému managementu jakosti dle požadavku normy ISO 9001, který Nemocnice Strakonice naplňovala, musí zahrnovat dokumentovaná prohlášení o politice jakosti a o cílech jakosti, příručku jakosti, dokumentované postupy požadované touto mezinárodní normou a dokumenty, které organizace potřebuje pro zajištění efektivního plánování, fungování a řízení svých procesů.

Dokumenty, které jsou součástí systému managementu jakosti, musí mít stabilní vnitřní strukturu a podobu a musí být zpracovávány, vydávány a uchovávány podle předem stanoveného klíče, tzn. musí být řízeny.

Dokument dle normy ISO má pouze a jedině popisovat pracovní postupy na sledovaném pracovišti, nikoli taxativně určovat, co a jak musí pracovníci na daném pracovišti dělat.

Požadavky na dokumenty a řízení dokumentů jsou stanoveny normou ISO. Zpracování dokumentů v Nemocnici Strakonice v souladu s touto normou prováděl buď relevantní odborný pracovník nebo stanovený pracovní tým. Při zpracování dokumentu bylo nutné respektovat platnou legislativu a nejlepší praktiky. Zpracovaný dokument připomínkovali dotčení pracovníci a následně ho schválil příslušný nadřízený, v konečné fázi ředitel nemocnice. Písemné dokumentované postupy řízení v Nemocnici Strakonice konkrétně specifikují, jak se toto schválení provádí. Zároveň je stanoveno, že dokumentace musí být čitelná, datovaná a snadno přístupná, udržovaná v pořádku a po určenou dobu archivovaná.

Nemocnice Strakonice spolu s poradenskou firmou vytvořila **internetový portál**, na který byly postupně vkládány veškeré dokumenty nemocnice. Na internetovém portálu nemocnice se tak shromáždilo 2356 dokumentů, skutečný počet však je ještě vyšší, protože některé dokumenty měly pouze doprovodný charakter a nebyly do konečného součtu zahrnuty. Základní dokumenty představovaly léčebné i ošetrovatelské postupy, legislativu, návody a manuály k přístrojové technice, pokyny pracovní, směrnice, různé typy žádanek používaných odlišně na jednotlivých odděleních, typy záznamů apod. Každé oddělení mělo svůj vlastní způsob vedení dokumentace, jiná pravidla pro to, jak často se provádí záznamy, kdo k nim má přístup, jak dlouho zůstává dokumentace otevřená apod.

Všechna oddělení Nemocnice Strakonice detailně zpracovala informace o jejich způsobu zpracovávání informací a vedení dokumentů a poté se s primáři oddělení diskutovalo o sjednocení dokumentace tak, aby byla v rámci celé nemocnice vedena jednotným způsobem závazným pro všechna oddělení. Obdobným způsobem zpracovávali v nemocnici i směrnice na hlavní činnosti, přitom každé nemocniční oddělení tvořilo směrnice na své vlastní provozy týkající se výhradně jeho činnosti

Dokumenty byly vyhodnoceny, seříděny, sjednoceny, nepotřebné dokumenty vyřazeny. Konečná podoba byla následně upravena Směrnicí o zdravotnické dokumentaci.

Po revizi všech dokumentů byly potřebné dokumenty přepracovány do řízeného dokumentu pro celou nemocnici jednotně a byly vyčleněny a sjednoceny dokumenty potřebné pouze pro chod jednotlivých oddělení.

Procesem řízené dokumentace uložené na portále Nemocnice Strakonice byl v nemocnici vytvořen funkční informační systém, který nutí pracovníky, aby jej využívali, a který zajišťuje jednotnost pro všechny uživatele.

Specifickou oblastí tvorby dokumentace byla oblast nakupování. Nemocnice musela řídit i procesy týkající se nakupování, aby zajistila, že nakupovaný výrobek či služba vyhovuje jejím požadavkům.

Veškeré nakupované suroviny, materiály, polotovary i hotové výrobky (léčiva, zdravotnický materiál, dezinfekční přípravky, potraviny, ostatní materiálové vstupy)

musí splňovat požadavky jakosti, které jsou sjednané v rámci kupní smlouvy. Proto musí objednavatel přesně specifikovat svoje požadavky z hlediska kvality a obchodní oddělení pak garantovat tuto kvalitu tím, že na základě příslušného výběrového řízení vybere a vyhodnotí odpovídajícího subdodavatele. Všechny výrobky musí vyhovovat potřebám a požadavkům zdravotnického zařízení.

Obchodní oddělení strakonické nemocnice vede evidenci svých subdodavatelů a tyto pravidelně hodnotí z hlediska jejich schopností dodávat výrobek či službu v souladu s požadavky zdravotnického zařízení tak, aby mělo objektivní podklad pro jejich výběr.

Všechny uzavírané kupní smlouvy musí obchodní oddělení nemocnice podrobit procesu přezkoumání smlouvy, aby mělo jistotu, že smlouva splňuje požadavek kvality subdodávek. Nemocnice se musí přesvědčit o schopnosti dodavatele dodávat kvalitní výrobky nebo služby (léčiva, zdravotnické prostředky, laboratorní vyšetření, potraviny, klimatizace, úklid atd.). Tento postup je dodržován i při objednávkách služeb. Jedná se o velmi důležitou oblast, která se, i když nepřímo, týká kvality služeb zajišťovaných nemocnicí.

Veškeré platné dokumenty Nemocnice Strakonice byly na internetovém portále seříděny, upraveny a uvedeny ve své aktuální a platné podobě.

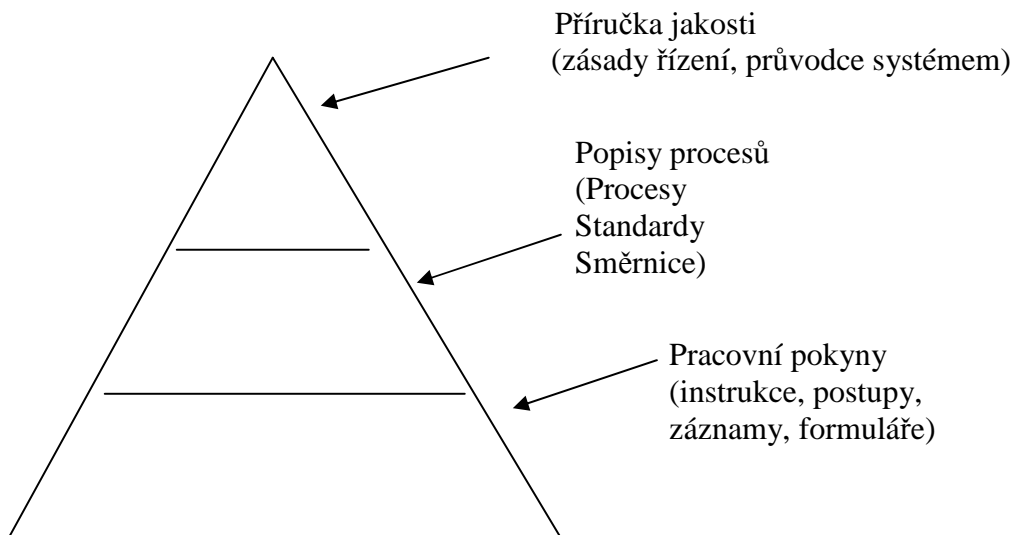
V současné době má Nemocnice Strakonice 44 základních směrnic, tedy takových, které jsou závazné pro celou nemocnici. Tyto směrnice jsou pravidelně revidovány (naposled v říjnu 2007 s platností od 1. 11. 2007) a aktualizovány, aby splnily požadavky legislativy.

V Nemocnici Strakonice byly veškeré směrnice v rámci řízené dokumentace rozděleny do 3 kategorií :

1. zdravotnické předpisy (např. o identifikaci pacientů);
2. organizační směrnice (např. o vzdělávání pracovníků, poplachová směrnice apod.);
3. ekonomické směrnice (tvoří z celkového počtu 14 směrnic).

V souladu s normou ISO byla určena struktura dokumentace systému managementu jakosti ve třech vrstvách (viz obrázek 5).

*Obrázek 5: Struktura dokumentace systému jakosti Nemocnice Strakonice, a.s.*



Celý systém managementu jakosti musí být zdokumentován v základním dokumentu organizace, kterým je příručka jakosti.

**Příručka jakosti** musí obsahovat soubory technicko-organizačních postupů a navazujících pracovních, zkušebních a kontrolních postupů a za její přípravu příručky dle normy ISO jakosti je zodpovědné vrcholové vedení organizace.

Ve strakonické nemocnici vytvořily vlastní příručku jakosti - dokument, podle kterého se bude řídit celá nemocnice. Obsah Příručky jakosti Nemocnice Strakonice je uveden na obrázku 6.

Obrázek 6: Obsah příručky jakosti nemocnice Strakonice, a.s.

<b>Obsah příručky jakosti NS, a.s.</b>	
•	<b>1 Úvodní informace</b>
•	<b>1.1 Účel</b>
•	<b>1.2 Oblast aplikace SMJ</b>
•	<b>1.3 Výjimky z normy ČSN EN ISO 9001:2001</b>
•	<b>1.4 Představení společnosti</b>
•	1.4.1 Založení a vznik
•	1.4.2 Předmět činnosti
•	<b>2 Terminologie</b>
•	<b>3 Systém managementu jakosti</b>
•	<b>3.1 Všeobecné požadavky</b>
•	3.1.1 Řízení dokumentů
•	3.1.2 Řízení záznamů
•	<b>3.2 Odpovědnost managementu</b>
•	3.2.1 Osobní angažovanost a aktivita managementu
•	3.2.2 Zaměření na zákazníka
•	3.2.3 Politika jakosti
•	3.2.4 Plánování
•	3.2.5 Cíle jakosti
•	3.2.6 Plánování systému managementu jakosti
•	3.2.7 Odpovědnost, pravomoc a komunikace
•	3.2.8 Přezkoumání systému managementu
•	<b>3.3 Management zdrojů</b>
•	3.3.1 Poskytování zdrojů
•	3.3.2 Lidské zdroje
•	3.3.3 Infrastruktura
•	3.3.4 Pracovní prostředí
•	<b>3.4 Realizace produktu</b>
•	3.4.1 Plánování realizace produktu
•	3.4.2 Procesy týkající se zákazníka
•	3.4.3 Návrh a vývoj
•	3.4.4 Nakupování
•	3.4.5 Výroba a poskytování služeb
•	3.4.6 Řízení monitorovacích a měřicích zařízení
•	<b>3.5 Měření, analýza a zlepšování</b>
•	3.5.1 Všeobecně
•	3.5.2 Monitorování a měření
•	3.5.3 Řízení neshodného produktu
•	3.5.4 Analýza údajů
•	3.5.5 Zlepšování
•	3.5.6 Neustálé zlepšování
•	3.5.7 Opatření k nápravě
•	3.5.8 Preventivní opatření
•	<b>3.6 Přílohy</b>

Zdroj: Interní materiály nemocnice Strakonice, a.s.<sup>29</sup>



#### IV. etapa - zima 2005 – 2006

- sledování spokojenosti pacientů;
- interní audity jednotlivých pracovišť;
- žádost o certifikaci;

V rámci měření výkonnosti systému managementu jakosti byl v rámci certifikačního procesu proveden **průzkum spokojenosti zákazníků**, zároveň bylo provedeno hodnocení pracovišť nemocnice. Na základě výsledků byla přijata opatření k nápravě.

Vzhledem k tomu, že na základě normy ISO 9001:2000 organizace musí monitorovat informace týkající se vnímání zákazníka, kdy způsob získávání a používání informací musí být předem určen, je v nemocnici ve Strakonících pravidelně kvartálně vyhodnocována spokojenost pacientů. Na základě zjištěných informací jsou následně přijímána opatření k nápravě nedostatků a udržení pozitivního stavu.

Příklad měření spokojenosti hospitalizovaných a ambulantních pacientů je uveden v příloze 1 a v příloze 2.

Nemocnice Strakonice vytvořila skupinu interních auditorů, kteří byli ve spolupráci s poradenskou firmou pro tuto činnost speciálně vyškoleni a zaučeni. Tato povinnost vyplývá z požadavku normy ISO, která stanoví, že organizace musí v plánovaných intervalech provádět interní audity, aby stanovila, zda systém managementu jakosti vyhovuje plánovaným činnostem, požadavkům normy a požadavkům na systém managementu jakosti stanoveným organizací a zda je efektivně uplatňován a udržován.

Byl sestaven plán **interních auditů** a konkrétní program jednotlivých auditů pro konkrétní oddělení a úseky v intencích plánovaného externího auditu. Byly provedeny **interní audity** jednotlivých pracovišť a zjištěné neshody byly hned odstraněny a popřípadě byla přijímána nápravná opatření včetně termínu nápravy. Po uplynutí

stanoveného termínu k odstranění neshod byly provedeny následné kontroly, zda byly zjištěné nedostatky odstraněny. Během interního auditu byla zaznamenávána a aplikována i řada námětů ke zlepšení. Předcertifikační audit byl proveden ve spolupráci s konzultační firmou.

Nemocnice Strakonice podala žádost o **certifikaci Nemocnice Strakonice** dle ISO 9001:2000 firmě CQS – Sdružení pro certifikaci systémů jakosti.

Na základě auditu byl Nemocnici Strakonice vydán mezinárodní certifikát s platností na 3 roky. Certifikát je nepřenosný.

Vzhledem k tomu, že nemocnice k 1. 12. 2007 změnila právní formu a stala se z příspěvkové organizace novou obchodní společností, musela Nemocnice Strakonice, a.s. zažádat o provedení **recertifikace**. V měsíci červnu 2007 byla provedena recertifikace v plném rozsahu a dne 21. 6. 2007 získala Nemocnice Strakonice, a.s. certifikát pro procesy:

- poskytování léčebně-preventivní péče a ošetrovatelské péče
- služby komplementu
- lékárny
- stravování
- prádelny
- dopravy
- ostatních obslužných provozů.

Norma ukládá pravidelný dozorový audit, a to minimálně jedenkrát do roka. Tento audit musí být proveden certifikačním orgánem.

Nemocnice Strakonice, a.s. má dozorový audit naplánován na květen 2008. Do této doby v nemocnici budou provedena nápravná opatření.

Platnost certifikátu končí 30. 6. 2009

Certifikát potvrzuje na základě kladného výsledku certifikačního auditu, že systém managementu jakosti Nemocnice Strakonice, a.s. byl prověřena a shledán v souladu s požadavky ČSN EN ISO 9001:2001 (viz obrázek 7a,b).

Obrázek 7a: Certifikát Nemocnice Strakonice, a.s.



Obrázek 7b: Certifikát Nemocnice Strakonice, a.s. (mezinárodní)



## 4.2 Analýza procesu akreditace

Analýza procesu akreditace zdravotnického zařízení – nemocnice byla provedena v Nemocnice Písek, a.s. Důvodem pro výběr této nemocnice je skutečnost, že Nemocnice Písek, a.s. zahájila a ukončila proces akreditace nemocnice Spojenou akreditační komisí ČR (SAK ČR) jako první a zatím jediná nemocnice v Jihočeském kraji a mezi prvními v České republice, v pořadí byla teprve devátou českou nemocnicí, která úspěšně prošla celým akreditačním řízením. Certifikát o akreditaci jí v prosinci roku 2006 udělila Spojená akreditační komise ČR na základě úspěšně absolvovaného akreditačního řízení, když nemocnice splnila náročná kritéria pro řízení a kontinuální zvyšování kvality dle Národních akreditačních standardů.

V současné době v České republice prošlo národní akreditací 21 nemocnic nebo zdravotních zařízení. Akreditace je samozřejmě dobrovolná.

Národní akreditační standardy obsahují požadavky na úroveň poskytované zdravotní péče. Standardů je specifikováno 50 a jsou rozděleny do 10 oblastí:

### 1. Oblast kvality

(sledování, zajištění kontinuálního zlepšování kvality, dokumentace, infrastruktura, tvorba standard).

### 2. Diagnostické postupy

(standardizace příjmového vyšetření, standardizace zápisů do zdravotnické dokumentace).

### 3. Péče o pacienta

(plán péče, epikríza, pozitivní list, politika léčiv, vybavení přístroji a pomůckami, standardy ošetrovatelské péče, stravování pacientů).

### 4. Kontinuita péče

(propouštěcí zpráva, převoz pacientů na jiné oddělení, jiné ZZ).

### 5. Dodržování práv pacientů

(seznámení pacienta s Kodexem práv, imobilizace pacientů).

6. Podmínky poskytované péče  
(metodické listy, směrnice, předpisy, bezpečnostní aspekty).
7. Standardy managementu  
(organizační řád, poslání, plán rozvoje, komunikace, výkazy státní správě).
8. Péče o zaměstnance  
(popis práce, kontinuální vzdělávání, stanovení kvalifikací).
9. Sběr a zpracování informací  
(standardizace zdravotnické dokumentace a spektra sbíraných dat).
10. Protiepidemická opatření  
(nozokomiální infekce, manipulace s biologickým materiálem a jeho likvidace).

Každý akreditační standard má samostatnou tabulku, která rozvádí a specifikuje jeho požadavky a uvádí příklady, jak standard naplnit. Součástí akreditačního standardu jsou i dílčí požadavky, které jsou samostatně hodnoceny při akreditačním šetření a součástí akreditačního standardu jsou i zdroje informací (potřebné dokumenty), ze kterých budou při jejich hodnocení akreditační inspektoři čerpat.

Vlastní akreditační proces realizují certifikovaní kvalifikovaní akreditační inspektoři – lékaři, zdravotní sestry a administrátoři zdravotnických zařízení s delší odbornou praxí.

#### **4.2.1 Proces akreditace v Nemocnici Písek**

Nemocnice Písek byla v době před akreditací dlouhodobě stabilním podnikem s dobrou mírou investic, poskytující kvalitní lékařské služby, s dobrým jménem v rámci celého regionu. Byla jednou z mála nemocnic s vyrovnaným hospodařením a ekonomickou stabilitou poskytující lůžkovou i ambulantní péči pro obyvatele okresu Písek, ve vybraných odbornostech i pro oblast Strakonice a Prachatic, a zahraničním rekreantům.

Nemocnice Písek obdobně jako Nemocnice Strakonice v roce 2003 v rámci reformy veřejné správy přešla z majetku státu do majetku Jihočeského kraje. Ještě jako příspěvková organizace Jihočeského kraje měla Nemocnice Písek vypracovanou svoji střednědobou koncepci, jejímž cílem bylo upevnění postavení poskytování lůžkové péče v regionu, získání klientely a tím i finančních prostředků pro další rozvoj nemocnice. Ve snaze o stálé zlepšování kvality získalo gynekologicko-porodnické a dětské oddělení nemocnice titul **Baby Friendly Hospital**. Nemocnice byla za rok 2005 a 2006 v rámci celostátní ankety mezi pacienty vyhlášena nejlepší jihočeskou nemocnicí.

System řízení kvality se rozhodl management Nemocnice Písek zavést na začátku roku 2005 jako logické vyústění trvalé snahy zvyšovat kvalitu péče o pacienty, ale i kvalitu všech činností, které s péčí o nemocné souvisí.

V Nemocnici Písek byla provedena analýza situace. Na základě analýzy se management Nemocnice Písek rozhodl provést akreditaci zdravotnického zařízení jako systémové řešení zavedení národních akreditačních standardů.

Byly stanoveny následující kroky procesního řízení v těchto oblastech :

- plán
- testování navržených změn
- realizace
- kontrola
- hodnocení
- revize plánu
- zpětná vazba.

Prvním krokem bylo seznámení s akreditačními standardy. Tento krok provedlo vedení nemocnice pro získání první představy o náročnosti procesu akreditace. Přes zřejmou obtížnost se rozhodlo vedení nemocnice proces akreditace zahájit.

Druhým krokem bylo podání žádosti na Spojenou akreditační komisi o provedení vstupního proškolení a pomoc při zahájení celého projektu.

Pracovníci SAK ČR na základě této žádosti zajistili proškolení kompetentních pracovníků nemocnice a provedli vstupní analýzu, na jejímž základě byly konkrétně zmapovány oblasti, kam je třeba především zaměřit pozornost při plnění požadavků a standardů akreditace. Na základě provedeného auditu upozornili na některé nedostatky, např.:

- ve vedení dokumentace, která byla rozdílná co do oddělení i úseků nemocnice.  
Bylo potřeba sjednotit dokumentaci tak, aby byla vedena jednotně v rámci celé nemocnice, aby byla srozumitelná nejen pracovníkům z jiného oddělení, ale i laikovi stejně jako akreditačnímu komisaři.
- dohledatelnost v dokumentaci.  
Bylo potřeba zajistit, aby bylo vždy dohledatelné, kdo provedl zápis, kdo ordinoval, jaký léčebný postup byl navržen, kým, kdo podal léky apod. Také bylo potřeba upravit dokumentaci a ordinaci léků tak, aby byly podávány vždy aktuálně naordinované léky.

Opatření k nápravě všech nedostatků zjištěných při analýze musela učinit nemocnice zcela samostatně na základě vlastních požadavků a podmínek, avšak v souladu se standardy akreditace budoucího akreditačního procesu.

## **Proces akreditace**

Nemocnice Písek vytvořila plán postupu přípravy akreditace, stanovila a definovala tři základní etapy, které nebyly přesně časově vymezeny ani nebyla přesně stanovena posloupnost naplňování bodů v jednotlivých etapách :

### **1. etapa:**

Základním úkolem této etapy bylo nastartovat proces akreditace v Nemocnici Písek. (viz tabulka 9).



Tabulka 9: I. etapa procesu certifikace v Nemocnici Písek

I. etapa	
Cíl:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poznání sebe sama</li> </ul>
Co, kdo a jak:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyzovat zavedené postupy, zaměřit se na zdravotní dokumentaci, na nemocniční informační systém.</li> <li>• Sledovat zda jsou do činností promítnuty aktualizované zákony, vyhlášky, metodická opatření.</li> <li>• Zaměřit se na tvorbu vnitřních předpisů.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zřízení a obsazení funkce náměstka ředitele pro řízení kvality zdravotní péče.</li> <li>• Ustanovení rady pro kvalitu.</li> <li>• Hlavní sestra.</li> <li>• Vedoucí pracovníci všech oddělení.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seznámení s projektem.</li> <li>• Zajištění písemných podkladů.</li> <li>• Zahájení analýzy a následně tvorby ukazatelů.</li> <li>• Stanovení závazného pokynu ředitele.</li> <li>• Politika kvality Nemocnice Písek.</li> </ul>
Odpovídá:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LN pro řízení kvality a HS na svém úseku</li> <li>• Každý vedoucí pracovník na svěřeném úseku</li> </ul>
Kontrola:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LN, HS průběžně</li> <li>• Vedoucí pracovníci průběžně</li> </ul>

*Zdroj: Interní materiály Nemocnice Písek, a.s.<sup>30</sup>*

Byla zřízena a obsazena funkce náměstka ředitele pro řízení kvality zdravotní péče a ustanovena Rada pro kvalitu, která vypracovala Jednací řád Rady pro kvalitu Nemocnice Písek. Byli jmenováni koordinátoři programu kvality zdravotní péče z jednotlivých oddělení nemocnice.

S cíli a požadavky akreditace byli seznámeni primáři a vrchní sestry, následně vedoucí pracovníci, kteří obdrželi podkladové materiály a dokumentaci, především akreditační standardy, pravidla hodnocení SAK ČR, informace o mírách závažnosti, a také vypracované mapy jednotlivých akreditačních standardů. (Vybrané vzory map akreditačních standardů viz. příloha 3)

S cíli a požadavky vedoucí seznámili své podřízené pracovníky.

Byla provedena analýza zavedených postupů se zaměřením na zdravotní dokumentaci, na nemocniční informační systém a na sledování, zda jsou v nemocnici uplatňovány platné, novelizované a aktualizované zákony, vyhlášky, metodická opatření.

Na základě výsledků analýzy byly navrženy **ukazatele kvality**, které v konečné verzi byly vydány jako Závazný pokyn ředitele s přesným určením názvu ukazatele kvality, s uvedením odpovědnosti, povinnosti prokazatelného proškolení zaměstnanců a určením, kdo odpovídá za kontrolu a aktualizaci.

**Závazný pokyn ředitele** byl stanoven jako kvalitativní nepostupitelné minimum, na které může navazovat závazný pokyn primáře k respektování specifických požadavků jednotlivých odborností. Na Závazný pokyn ředitele rovněž navazují standardy ošetrovatelské dokumentace.

Tvorba ukazatelů kvality byla velmi obtížná. Návrh prošel připomínkovým a oponentním řízením jednotlivých oddělení, připomínky byly zapracovány do návrhu a ten byl v upravené verzi opětovně předán k oponentuře na oddělení nemocnice, aby byl dostatečný prostor uplatnit připomínky, požadavky, názory a zkušenosti. Nedílnou součástí tvorby jednotlivých ukazatelů kvality byly konzultace a studium odborných materiálů, vyhlášek, medicínského práva, soustavné studium dostupných materiálů, účast na seminářích, konferencích a pracovních sympóziích k této problematice.

V nemocnici byl zaveden vnitřní kontrolní systém řízení kvality (vnitřní audity, externí audity) s cílem ověřování plnění standardů při poskytování zdravotní péče a následného odstraňování nedostatků. K tomuto účelu nemocnice zajistila proškolení k tomu určených pracovníků.

Byl proveden audit stupně kvalifikace a odborné způsobilosti lékařů a sester a byl stanoven jednotný postup při zajišťování dalšího vzdělávání a školení, bylo realizováno proškolení a účast na odborných akcích.

Pro následné řízení a kontrolu standard byl v maximální míře využit Nemocniční informační systém, bylo investováno do nákupu programů týkajících se kvality a standardů léčebných postupů. Tím byl v nemocnici vytvořen funkční informační systém, který používají všichni pracovníci a který zajišťuje jednotnost pro všechny uživatele.

V Nemocnici Písek byla po celou dobu procesu akreditace a na základě stanoveného plánu prováděna průběžná kontrola, revize a aktualizace platných předpisů, standardů, byla zpracovávána zpráva o průběhu plnění plánu kvality. Ta je předkládána poradě vedení 4x ročně a vždy dle potřeby, vedoucí oddělení jsou s plněním plánu seznamováni průběžně.

Po celou dobu přípravy akreditace byly odpovědnými pracovníky podávány průběžné informace o realizaci jednotlivých kroků pro poradě vedení, pro vedoucí pracovníky a jednotlivé pracovní týmy.

## **2. etapa**

Základním úkolem v této etapě bylo maximálně využít potenciálu lidí v nemocnici, zapojit je do procesu standardizace, jejímž prostřednictvím mohou rozhodovat o možnostech, jak zlepšit procesy v místě, kde vykonávají svoji funkci, zajistit průběžné proškolení.

(viz tabulka 10)

Tabulka 10: II. etapa procesu certifikace v Nemocnici Písek

<b>II. etapa</b>	
Cíl:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poznávej sám sebe, odstraňuj nedostatky</li> </ul>
Co, kdo a jak	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Využití lidského potenciálu v nemocnici, zapojení do procesu standardizace.</li> <li>• Jmenování komisí a týmů.</li> <li>• Harmonizace oborové legislativy s vnitřními normami.</li> <li>• Standardizace péče, pokračování na standardizaci procesů.</li> <li>• Pokračování na tvorbě ukazatelů kvality.</li> </ul>
Odpovídá:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lékařský náměstek pro řízení kvality a HS na svém úseku</li> <li>• Každý vedoucí pracovník na svěřeném úseku</li> </ul>
Kontrola:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LN, HS průběžně</li> <li>• Vedoucí pracovníci průběžně</li> </ul>

*Zdroj: Interní materiály Nemocnice Písek, a.s.<sup>30</sup>*

V Nemocnici Písek byly určeny sféry činností, které budou komisionálně průběžně sledovány. Sféry činností určila Nemocnice Písek samostatně, na výběru se podílely Rada pro kvalitu, vedení nemocnice, vedoucí pracovníci, vrchní sestry a další pracovníci.

V této souvislosti byly jmenovány komise a pracovní týmy:

- etická komise;
- léková komise;
- tým pro nemocniční nákazy;
- nutriční tým;
- byly vytipovány týmy mezioborové spolupráce.

Pokračoval proces řízení dokumentace:

- Probíhala harmonizace oborové legislativy s vnitřními normami a předpisy nemocnice. V rámci akreditace se v tomto směru jedná o aplikaci všech platných zákonů, vyhlášek a norem a zároveň o kontrolu jejich dodržování.
- Byly členy managementu vytvářeny nebo aktualizovány vnitřní směrnice organizace, směrnice k standardům z medicínské oblasti , z oblasti ošetrovatelské péče a z oblasti HTS a administrativy. Vytvořené směrnice tvoří závazné dokumenty pro celé zdravotnické zařízení
- Byla proveden úprava dokumentace k formální správnosti.

V rámci zavedení jednotné dokumentace v rámci celé nemocnice na mnoha odděleních došlo ke změně dosavadního způsobu vedení dokumentace a nově se nastavil ošetrovatelský proces.

Započal proces **nastavování nemocničních standardů** podle oblastí určených SAK ČR. Tento proces probíhal po celou dobu procesu akreditace. Nejprve byla prováděna:

- standardizace péče;
- standardizace diagnostických postupů;
- byly doplňovány chybějící ukazatele do standardizace kvality a nadefinovány vlastní ukazatele kvality spolu se zajištěním jejich hodnotitelnosti a sledovatelnosti s využitím NIS.

Bylo stanoveno, že každé pracoviště má nejméně dva smysluplné indikátory kvality, které sleduje, vyhodnocuje a vhodnou formou dokumentuje.

Mimo to jsou stanoveny globální indikátory kvality, které nemocnice sleduje jako celek. To jsou:

- výskyt nozokomiálních infekcí;
- mimořádné události;
- výskyt dekubitů.

Byly stanoveny indikátory zlepšení zdravotní péče, indikátory přístupu ke zdravotní péči, indikátory efektivity poskytnuté adekvátní zdravotní péče, indikátory výkonnosti. (Vybrané indikátory kvality Nemocnice Písek jsou uvedeny v příloze 4).

Nastavování nemocničních odborných standardů pokračovalo, a to na spektru péče na jednotlivých odděleních a na způsobu měření efektivity péče. Bylo potřeba zajistit srovnatelnost některých ukazatelů kvality s ostatními zdravotnickými zařízeními.

V rámci akreditačních standardů byly stanoveny další priority:

- důraz na kvalitu a efektivitu intenzivní péče;
- monitorování nemocničních nákaz, jejich prevence a řízení v nemocničním prostředí;
- ochrana zdravotnických pracovníků před nozokomiálními nákazami;
- zaměření se na kvalitu očima pacienta;
- rozvíjení právního vědomí zdravotníků, ochrana osobních dat, nakládání s citlivými údaji.

Nemocnice si v rámci standardů stanovila ještě vyšší kvalitu v takové míře, která není pacientům v jiných nemocnicích běžně poskytována.

Ke splnění akreditačních standardů SAK ČR doplnila Nemocnice Písek programy :

- nutriční program včetně nutričního screening;
- screening bolesti;
- program perioperační péče.

V této etapě opakovaně Nemocnice Písek investovala do vybavení novými počítači, aby zajistila vysoce kvalitní a dostupnou počítačovou síť, a do počítačové podpory programů zaměřených na ukazatele kvality. Součástí investic bylo stálé a opakované proškolení pracovníků k dosažení jejich vysoké odbornosti.

### 3. etapa

Základním úkolem v této etapě byla aplikace stanovených standardů na jednotlivá pracoviště a příprava na samotný proces akreditace.

(viz tabulka 11).

Tabulka 11: III. etapa procesu certifikace v Nemocnici Písek

III. etapa	
Cíl:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nadefinované uveď v život, ztotožni se systémem kvality, pracuj s ním, používej a využívej jej, kontroluj, navrhuj zlepšení.</li><li>• Proces završ akreditací.</li></ul>
Co, kdo a jak	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pokračování procesu standardizace.</li><li>• Jmenování týmů ke zpracování celonemocničních standardů.</li><li>• Příprava na vnitřní audity.</li><li>• Zahájení kontrolní činnosti.</li><li>• Zavedení systémů auditů.</li><li>• Tvorba metodiky standardů.</li><li>• Přihlášení k akreditačnímu řízení.</li></ul>
Jak:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Analýza a zhodnocení dosavadního průběhu</li><li>• Doplnění a aktualizace standardů</li></ul>
Odpovídá:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lékařský náměstek pro řízení kvality a HS na svém úseku.</li><li>• Každý vedoucí pracovník na svěřeném úseku.</li></ul>

Zdroj: Interní materiály Nemocnice Písek, a.s.<sup>30</sup>

Pokračoval proces standardizace diagnostických, léčebných i ošetrovatelských postupů, byly jmenovány týmy, jejichž úkolem bylo zpracovat standardy prostupující celým zdravotnickým zařízením. Důraz při tomto zpracovávání byl kladen především na mezioborovou spolupráci.

Po stanovení každého jednotlivého standardu, doporučení a opatření k němu bylo bezprostředně provedeno jeho uvedení v praxi, aplikace na jednotlivá pracoviště, oddělení a úseky nemocnice. Současně musela být zabezpečena kontrola jeho zavedení a dodržování.

K uvedení standardů do praxe probíhala školení a semináře především pro sestry a SZP, pracovníci absolvovali 2-3 semináře, některé z nich byly pořádány i zábavnou a populární formou.

Byla zahájena příprava na provádění vnitřního auditu. Příprava spočívala:

- V proškolení, získávání teoretických i praktických zkušeností s auditem a následném jmenování jednotlivých kontrolních týmů (např. pro kontrolu dokumentace, pro kontrolu ošetrovatelské dokumentace aj.).
- Byly vytipovány oblasti, kde bylo potřeba provést zvýšenou kontrolu a kontrolní činnost byla zahájena. Byl zaveden systém auditů, který stanoví, že v současné době se vnitřní audity provádí každý měsíc.
- V tomto období započaly práce na tvorbě metodiky standardů.
- Nemocnice Písek vypracovala akreditační manuál, ve kterém je popsáno a podrobně rozpracováno všech 50 akreditačních standardů. (Popis některých konkrétních obsahů standardů Nemocnice Písek, a.s. je uveden v příloze 5).

Ve své podstatě tím Nemocnice Písek dokončila přípravu na akreditaci.

Ještě před samotným akreditačním řízením požádala Nemocnice Písek Spojenou akreditační komisi ČR o provedení tzv. předakreditace. Zástupce SAK provedl šetření v nemocnici, poukázal na nedostatky, které nejsou komisí akceptovatelné, doporučil, co je ještě potřeba před samotným započítím akreditace v nemocnici dodělat, upravit. Teprve poté bylo požádáno na Spojené akreditační komisi ČR o akreditaci Nemocnice Písek.



Celý výše popsaný proces akreditace, který nemocnice v Písku rozdělila do tří realizačních etap, trval přibližně jeden rok od vyhlášení Politiky jakosti do podání přihlášky k akreditaci.

Na podzim roku 2006 nemocnice Písek požádala Spojenou akreditační komisi ČR o akreditaci Nemocnice Písek.

Spojená akreditační komise ČR zaslala nemocnici harmonogram kontroly po jednotlivých oblastech kontroly a po jednotlivých odděleních nemocnice.

Kontrola byla prováděna dle stanoveného harmonogramu nezávislou komisí, jejímiž členy byli lékař, zástupce ošetrovatelské péče, technik.

Akreditační šetření probíhalo 3 dny, na jeho základě následně vypracovali komisaři závěrečnou zprávu – zápis, ve které byla definována veškerá zjištění a nedostatky.

Certifikát o akreditaci se uděluje zpravidla na dobu 3 let. Vzhledem k tomu, že v rámci akreditačního řízení byly zjištěny některé nedostatky, vydala Spojená akreditační komise ČR v listopadu roku 2006 certifikát o udělení akreditace Nemocnici Písek s platností na jeden rok.

V listopadu 2007 proto požádala Nemocnice Písek, a.s. o provedení reakreditace.

Dne 1. 12. 2007 vydala Spojená akreditační komise ČR certifikát o udělení akreditace Nemocnici Písek, a.s. s platností na 3 roky, tedy do 2. 12. 2010.

Za 6 měsíců od udělení akreditace (v květnu 2008) musí být komisí SAK ČR proveden audit v souvislosti s odstraněním zjištěných závad.

Certifikát o udělení akreditace Nemocnici Písek, a.s. stvrzuje, že uvedené zdravotnické zařízení prošlo šetřením Spojené akreditační komise ČR a splnilo kritéria pro řízení a kontinuální zvyšování kvality dle národních akreditačních standardů (viz obrázek 8).

Obrázek 8: Certifikát o udělení akreditace Nemocnice Písek, a.s.



## 5 Diskuse a návrhy

Kvalita poskytovaných služeb zdravotnického zařízení je pro nemocnici samotnou jeho zásadní prioritou. Důkazem, že nemocnice skutečně poskytuje kvalitní péči, je projít posouzením uznávané, nezávislé instituce.

Zájem o stálé zvyšování kvality poskytování zdravotní péče v jihočeských nemocnicích mají jednak jejich vlastníci, Jihočeský kraj, jednak nemocnice samotné, ale především občané regionu. Snahou Jihočeského kraje jakožto vlastníka nemocnic – obchodních společností je, aby úroveň poskytovaných služeb byla v celé ploše na obdobné úrovni a byla tak poskytována všem obyvatelům kraje péče stejně kvalitní a dostupná.

V diplomové práci byly analyzovány certifikace dle normy ISO 9001:2000 a akreditace zdravotnického zařízení Spojenou akreditační komisí ČR.

Analýza procesu certifikace byla prováděna v Nemocnici Strakonice, a.s., analýza procesu akreditace v Nemocnici Písek, a.s.

### **Nemocnice Strakonice, a. s.**

V Nemocnici Strakonice, a.s. proběhla certifikace dle normy ČSN EN ISO 9001:2000, a to celé nemocnice, tedy jak zdravotnické části – klinických oddělení, tak i obslužných provozů.

Základem každého systému řízení kvality je řízená dokumentace.

Na základě certifikace byl v Nemocnici Strakonice, a.s. zaveden systém řízené dokumentace, tzn., že je přesně definováno jakou formální úpravu má každý dokument, kolik kopií je vydáno, kde jsou umístěny, kdo je zpracoval, zkontroloval a schválil a jak často bude revidován. Změny a aktualizace této dokumentace se pochopitelně evidují. Personál zdravotnického zařízení musí být prokazatelně seznámen s každým dokumentem, který se týká přímo nebo nepřímo jeho práce. **Pro pacienta je toto zárukou, že na každé klinice budou dokumenty, podle kterých personál pracuje, a že personál zná jejich obsah.**

V náplních práce jednotlivých pracovníků byly jasně definovány činnosti, za které nese zaměstnanec odpovědnost. Nedílnou součástí normy ISO 9001 na úseku personalistiky je i nastavení systému vzdělávání zdravotnického personálu. **Pacient má tedy jistotu, že o jeho zdraví bude pečovat kvalifikovaný personál.**

Došlo k lepší koordinaci jednotlivých typů služeb v rámci nemocnice a celkově ke zlepšení zdravotních služeb a efektivnímu využití dostupných zdrojů. Největší předností certifikace v Nemocnici Strakonice, a.s. je identifikace kritických bodů, ze kterých mohou plynout nehody nebo jiné negativní události. Nemocnice zavedla takové postupy v práci a přístupu zaměstnanců, které případným incidentům předejdou, nebo je minimalizují. **Pro pacienty to znamená, že nemocnice nemá systémové chyby a kvalita služeb je na vysoké úrovni.**

Mezi požadavky, na které se norma ISO 9001 zaměřuje, jsou nároky na prostředky zdravotnické techniky. V Nemocnici Strakonice, a.s. je zaveden systém, který umožňuje přesné termínované a kontrolované monitorování funkčnosti, údržby a oprav všech prostředků zdravotnické techniky (přístroje, teploměry, fonendoskopy, tonometry atd.). Na základě tohoto monitoringu je možno vyčíslit náklady na opravy a další parametry, které mohou být zohledněny při pořizování nových prostředků zdravotnické techniky. **Pacient má tedy jistotu, že ve zdravotnickém zařízení jsou používány přístroje, jejichž kvalita a přesnost jsou důsledně sledovány.**

Z hlediska zřizovatele nebo vlastníka zdravotnického zařízení je důležité, jak je nastaven systém sledování činností spojených s nakupováním a hodnocením dodavatelů. Strakonická nemocnice na základě normy ISO přesně definuje a hodnotí kritéria pro tyto jednotlivé činnosti.

Základním požadavkem certifikované nemocnice je vytýčení dlouhodobé strategie a určení cílů. Nemocnice Strakonice má tyto cíle rozpracovány i na úroveň jednotlivých oddělení.

Certifikát je potvrzením, že všechny prvky normy ISO, které mají dohromady vytvořit vyvážený systém řízení, byly splněny vyváženým způsobem, že žádná oblast nebyla opomenuta. V procesu certifikace se v podstatě jedná o administrativní kontrolu zaměřenou na formální a věcnou správnost vnitřních předpisů, která zaručuje bezchybný postup celé organizace.

## **Nemocnice Písek, a.s.**

V Nemocnici Písek, a.s. proběhla akreditace Spojené akreditační komise ČR dle Národních akreditačních standardů.

Akreditační proces v Nemocnici Písek, a.s. definuje rozsah a obsah programu kontinuálního zvyšování kvality, bez kterého je řízení a provozování zdravotnického zařízení takřka nemyslitelné. Proces akreditace je zaměřen především na provozní systém nemocnice, požadavky Národních akreditačních standardů se dotýkají všech oblastí a činností nemocnice.

Plnění těchto standardů by Nemocnice Písek nemohla splnit bez zavedení řízené dokumentace, stálého vzdělávání a proškolení pracovníků, řízení mimořádných událostí a opatření na jejich předcházení. Důležité pro získání akreditace rovněž bylo prověření, že nemocnice disponuje přístroji a mobiliářem na dostatečné úrovni, zajišťující kvalitu péče a bezpečí pacientů.

Velká část akreditačních standardů Nemocnice Písek, a.s. je soustředěna na klienta, zejména je bedlivě sledována dostupnost a kontinuita péče. Mezi jednotlivými odděleními, kde je pacient během pobytu léčen, musí fungovat bezchybná komunikace. Další oddíl standardů přezkoumává, zda jsou pacienti a jejich blízcí dostatečně informováni, co je v nemocnici čeká, samostatnou kapitolou je edukace pacienta. Pozornost je věnována také diagnostické péči. Udělení akreditace Nemocnici Písek, a.s. předpokládá standardizované postupy vyšetření pacienta. S tím souvisí také oblast ošetrovatelské péče, přičemž důraz je kladen na bezpečné podávání léčiv. Speciální část norem nemocnice v Písku je vyhrazena prevenci a kontrole nemocničních a profesionálních nákaz.

**Pro zdravotnická zařízení** akreditační proces přináší standardy, jejichž přijetí a realizace snižuje variabilitu mezi jednotlivými odděleními a zdravotnickými zařízeními a zlepšuje kvalitu a kontinuitu péče.

**Pro uživatele (pacienty)** je akreditace zárukou, že nemocnice splňuje nebo překračuje základní požadavky na kvalitu a bezpečnost poskytované péče, že péče je poskytována plně kvalifikovaným a dále proškoleným personálem za použití odpovídajících moderních kvalitních a přesných přístrojů.

**Pro plátce (zdravotnické pojišťovny)** akreditace znamená, že finanční prostředky vyplácené za služby/péči pro jejich klienty jsou investovány v instituci, která má měřitelný a prokazatelný standard poskytovaných služeb.

**Pro komunitu/obec**, která očekává, že nemocnice jejich občanům poskytuje vysoce kvalitní zdravotní péči, akreditace poskytuje záruku o tom, že tomu tak skutečně je.

Akreditace v Nemocnici Písek, a.s.:

- Pomáhá zajistit porovnatelný standard ošetrovatelské péče mezi jednotlivými odděleními a zdravotnickými zařízeními.
- Má vliv na výběrová řízení a vztahy s pojišťovnami.
- Pomáhá získat nebo si udržet špičkové zaměstnance.
- Pomáhá nemocnici získat nové pacienty.
- Je symbolem kvality.
- Zajišťuje jednotná kritéria a standardy.
- Vytváří předpoklady k zavedení programu kontinuálního zvyšování kvality.
- Má vliv na postavení zdravotnického zařízení v rámci celého regionu.

## **Certifikace x Akreditace**

Z provedených analýz vyplývá, že porovnávat standardy ISO 9001:2000 (zabývající se striktně kvalitou) s akreditačními standardy založenými na modelu JCAHO není možné. Tyto systémy nejsou kompatibilní. Každý má svou unikátní filozofii, priority, zaměření a cíle.

Na základě provedených analýz lze definovat některé shody mezi ISO 9000:2000 a akreditačními standardy:

- Metodologie shodná - systémový přístup.
- Zaměření na klienta.
- Zaměření na proces.
- Zdůraznění role vedoucích.
- Požadavek jasné mise, vize, priorit.
- Zajištění systematického procesu projektování a měření systému.
- Rozhodování založené na faktech.
- Zlepšení procesu, ne individuální výkonnost.
- Týmová spolupráce na všech úrovních.

Některé vybrané rozdíly mezi ISO 9000:2000 a akreditačními standardy jsou uvedeny v tabulce 12:

Tabulka 12: Vybrané rozdíly mezi ISO systémem a akreditacemi

ISO 9001	Akreditace SAK
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Zaměření na systémy a procesy</li> <li>● Dělat věc správně</li> <li>● Generický systém řízení kvality</li> <li>● Neříká, co by mělo být</li> <li>● Předpokládá standardizaci vstupů do procesů. ISO byl vytvořen pro průmysl (pacienta nelze standardizovat)</li> <li>● Úspěšný nástroj k vytvoření shody s požadavky</li> <li>● Snadnější audity</li> <li>● ISO nenahrazuje akreditace</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Zaměření na ZZ</li> <li>● Dělat správnou věc</li> <li>● Preskriptivní systém řízení kvality</li> <li>● Říká, co by mělo být</li> <li>● Hlavním vstupem do procesu je pacient, proto se předpokládá variabilita (SAK-ČR vytvořila specifický nástroj pro ZZ)</li> <li>● Má někdy problémy při jištění shody</li> <li>● Časově náročné audity</li> <li>● Akreditace nenahrazují ISO</li> </ul>

Provedená analýza ukazuje, že v přípravné fázi zavádění systému řízení kvality jsou při procesu certifikace i akreditace na nemocnici kladeny obdobné požadavky jak z odborného, tak i z časového hlediska. Obě analyzované nemocnice v této přípravné etapě připravily podmínky k zahájení procesu zavedení systému kvality v obdobném obsahu a rozsahu.

Při analýze postupných kroků zavádění systému managementu kvality bylo zjištěno, že v procesu certifikace je pozornost soustředěna na hlavní procesy v souladu s normou ISO, akreditace jde dál a postihuje všechny procesy, a to na základě stanovených standardů poskytování zdravotní péče.

Analýza obou systémů řízení kvality nemocnic prokázala, že v případě certifikace i akreditace jsou určité **obdobné charakteristiky**.

V obou analyzovaných systémech řízení kvality nemocnice :

- je základním požadavkem vytyčení dlouhodobé strategie a určení cílů rozpracovaných na úroveň jednotlivých oddělení, stanovení Politiky jakosti;
- je nutná osobní angažovanost a aktivita managementu včetně jeho odpovědnost;
- je zaveden systém řízené dokumentace;
- jsou jasně definovány činnosti, za které nese zaměstnanec odpovědnost;
- došlo k lepší koordinaci jednotlivých typů služeb v rámci nemocnice;
- jsou stanoveny kritické body, z nichž mohou plynout nehody nebo jiné negativní události;
- jsou zavedeny takové postupy v práci a přístupu zaměstnanců, které případným incidentům předejdou, nebo je minimalizují;
- je zaveden systém, který umožňuje přesné termínované a kontrolované monitorování funkčnosti, údržby a oprav všech prostředků zdravotnické techniky, na jehož základě je možno vyčíslit náklady na opravy a další parametry;
- je nastaven systém sledování činností spojených s nakupováním a hodnocením dodavatelů;
- je nastaven systém měření, analýzy, stanoven režim kontrol a auditů.

Některé **hlavní rozdíly** mezi certifikací a akreditací, které prokázala provedená analýza:

- V případě akreditace jsou standardy kvality nastaveny i do oblasti diagnostických postupů, léčebné a ošetrovatelské péče, péče o pacienta, protiepidemických opatření, zajištění kontinuity péče. Zcela nad rámec certifikace je v rámci akreditačních standardů velká pozornost věnována edukaci pacientů, programu nutriční, perioperační péči.

Oproti tomu certifikace dle normy ISO vzhledem k extrémní komplexnosti zdravotnických zařízení nepokrývá celou problematiku z hlediska poskytování zdravotní péče. V podstatě se jedná se o administrativní kontrolu zaměřenou



na formální a věcnou správnost vnitřních předpisů, která zaručuje bezchybný postup celé organizace.

- Akreditační standardy oproti certifikaci ukládají rozpracování všech platných oborových legislativních norem do dokumentů nemocnice, stejně tak enviromentálních předpisů a nařízení.

Certifikace stanoví pouze zajištění souladu vnitřních předpisů s platnou legislativou.

- V případě akreditace je implementace všech požadavků a standardů oproti certifikaci náročnější a složitější vzhledem k tomu, že vyžaduje součinnost všech zaměstnanců nemocnice, jejich odbornou způsobilost, znalost a ochotu spolupracovat. Každý chybný článek celého nemocničního komplexu znamená ohrožení akreditačních standard. Je to dáno velkým rozsahem a odborným zaměřením akreditace na poskytování zdravotní péče.

Certifikace neklade tak vysoké nároky na aktivní spolupráci. Přesto, že je nezbytná týmová spolupráce a všichni zaměstnanci musí plnit požadavky stanovené normou ISO, jejich zapojení do systému řízení kvality není tak těsné.

- Zavedení systému akreditace SAK ČR trvalo přibližně jeden rok, Nemocnice Písek musela sama stanovit konkrétní obsah předepsaných standardů a určit cestu k jejich naplnění.

Proces přípravy na certifikaci byl v Nemocnici Strakonice dle harmonogramu stanoven na 152 dní. Požadavky k získání certifikace jsou přímo určeny normou ISO, strakonická nemocnice oproti akreditaci pouze stanovila, jak tyto požadavky naplnit.

- Akreditace SAK ČR má pouze národní charakter a dopad na hodnocení kvality pouze v rámci České republiky, nemá mezinárodní dosah.

Oproti tomu certifikace dle normy ČSN EN 9001:2000 je mezinárodně uznávanou normou.

- Finanční náklady spojené s přípravou na akreditace jsou přibližně stejné jako náklady spojené se samotným získáním certifikátu ISO 9001:2000 (tedy 250 000 až 350 000 Kč).

V případě akreditace je však oproti certifikaci podstatně větší částka věnována na školení, semináře a vzdělávání pracovníků. Konkrétně v případě Nemocnice Písek, a.s. byly celkové finanční náklady ještě vyšší, další finanční prostředky musely být věnovány na obnovu počítačové sítě, bez níž by nebylo možno vyhovět požadavkům akreditace.

Na základě analýzy bylo provedeno porovnání vybraných parametrů akreditace a certifikace (viz tabulka 13).

*Tabulka 13: Porovnání parametrů akreditace a certifikace*

<b>Akreditace</b>	<b>Certifikace QMS-ISO</b>
Na celé zařízení	Na hlavní procesy
Způsobnost organizační	Způsobnost organizační- komplexnější
Hodnotí i odborné požadavky	Nehodnotí odborné požadavky
Hodnotí plnění legislativy	Nehodnotí plnění legislativy přímo, pouze soulad
Požadavky cílené na oblast zdravotní péče	Obecné požadavky
Vyžaduje standardy potřeb, práv a edukace pacienta	Nevyžaduje standardy potřeb, práv a edukace, pouze informovanost
Vyžaduje aktivní spolupráci s okolím	Nevyžaduje aktivní spolupráci
Vyžaduje bezpečnost a ochranu zdraví při práci	Pouze pohled vhodnosti poskytování služby, ne ochrana pracovníků
Vyžaduje protiepidemiologická opatření	Obecné požadavky
Měření výkonnosti, informační a finanční management	Měření s ohledem na požadavky zákazníka- není informační a finanční management
Personální management, spokojenost zaměstnanců	Pouze zajištění kvality činnosti
Enviromentální management	Není enviromentální management
Nejsou striktní požadavky na rozsah dokumentace	Striktní požadavky na rozsah dokumentace
Bodové hodnocení	Splnění ano-ne
Platnost 3 roky	Platnost 3 roky
Není pravidelný dohled	Každý rok dohled
Méně exaktní způsob hodnocení	Exaktní hodnocení
Není vyžadován pravidelný audit interní	Je vyžadován pravidelný audit interní
Národní dosah	Mezinárodně uznávaná norma

Analýzy prokázaly, že obě analyzované metody systému řízení kvality mají své nesporné klady i výhody.

- Akreditace SAK postihuje celou oblast poskytované péče, má přesně stanovené standardy, které jsou přizpůsobeny právě poskytování zdravotní péče, vychází z mezinárodně uznávaných standardů, avšak její dosah je pouze na národní úrovni, národní akreditace.

Akreditační standardy SAK ČR jdou až za hranici kvality, zaručují pořádek ve specifickém prostředí - nemocnici. Zaměřují se na celé zdravotnické zařízení, ne na jednu, i když velice důležitou složku, kterou je kvalita.

- Výhodou certifikace ISO je její mezinárodní dopad. Zároveň oddělení jako jsou transfuzní služby, diagnostika nebo radiační terapie mají podstatně blíže k ISO a pro tato oddělení může být právě tento systém vnímán jako smysluplnější a strategicky důležitější.

Podniky, výrobní i nevýrobní, jsou certifikovány dle ISO norem. Norma ISO 9001:2000 je zaměřena především na kvalitu zboží a služeb, což rovněž vyplynulo z provedené analýzy procesu certifikace v Nemocnici Strakonice. V podstatě se jedná o administrativní kontrolu zaměřenou na formální a věcnou správnost vnitřních předpisů, která zaručuje bezchybný postup celé organizace.

## **Návrhy a doporučení**

Vzhledem ke specifičnosti nemocnic a jejich odlišnosti od výrobních i nevýrobních podniků je vhodnější formou řízení kvality zdravotnického zařízení akreditace.

Akreditace nepředstavuje pouze administrativní kontrolu zaměřenou na formální a věcnou správnost vnitřních předpisů, ale jde o proces spočívající v prověření všech činností daného zařízení, které mohou ovlivnit péči o pacienta. V rámci akreditace je sledován a posuzován veškerý pohyb pacienta daným zařízením – od přijetí, přes organizaci laboratorních a dalších vyšetření, léčby, případně intervenčních výkonů, až po propuštění.

Akreditace využívá specializovaných norem – akreditačních standardů. Na rozdíl od obecných technických předpisů jsou akreditační standardy specializovány na oblast zdravotnictví a jsou tak bez nutnosti interpretace srozumitelné pracovníkům zdravotnických zařízení. Splnění akreditačních standardů zlepšuje kvalitu a kontinuitu péče a zaručuje, že nemocnice splňuje nebo překračuje základní požadavky na kvalitu a bezpečnost poskytované péče.

Na základě výše uvedených kritérií ve vztahu k informacím uvedeným v této práci bych doporučila a navrhla jako nejvhodnější způsob zavádění systému řízení kvality v jihočeských nemocnicích zavedení procesu akreditace zdravotnického zařízení.

Záměrem je akreditovat nemocnice stejnou institucí, stejnou metodikou a stejnými parametry pro posuzování a porovnání v rámci jihočeských nemocnic. Akreditaci v Nemocnici Písek, a.s. provedla Spojená akreditační komise ČR, je vhodné, aby ostatní jihočeské nemocnice, které do procesu zavádění systému kvality vstupují, využily stejný systém a provedli akreditaci Spojenou akreditační komisí ČR. Spojená akreditační komise ČR je uznávanou institucí, navíc připravovaná zdravotnická legislativa navrhuje akreditovat zdravotnické zařízení jako podmínku vstupu na trh zdravotních služeb.

Jak ukázaly rozborů sledovaných způsobů zavádění systémů kvality, je vhodné za současných podmínek v jihočeských nemocnicích pro celé zařízení použít akreditační kritéria, protože ISO normy nepokryjí celou problematiku zdravotnického zařízení, tak jak bylo uvedeno výše.

Avšak vzhledem k tomu, že akreditace zdravotnického zařízení má pouze národní dosah, jako vhodná forma zajištění kvality zdravotnických zařízení Jihočeského kraje se jeví kombinace a uplatnění obou možných systémů řízení kvality. Mezinárodní dopad normy ISO má nesporně vliv na působení nemocnice v rámci evropského trhu, na její image, a především na její konkurenceschopnost v současných ekonomických podmínkách.

S ohledem na výše uvedené skutečnosti a složitost zdravotnických zařízení, snahu zavést komplexní kvalitu poskytovaných služeb v rámci celé nemocnice, se jeví jako nejvhodnější nemocnice v jihočeském kraji jako celek akreditovat a poté buď některé provozy v nemocnicích (např. transfusní oddělení, lékárna, biochemické i jiné laboratoře, technické provozy, knihovna), anebo, lépe, celé zdravotnické zařízení certifikovat dle mezinárodní normy ISO 9000:2000.

Kvalita poskytovaných zdravotnických služeb musí s přihlédnutím k možnostem společnosti vyhovovat především klientům, nikoliv tomu, kdo je poskytuje. Proto výběr a způsoby využití různých programů komplexního kvalitního managementu, tedy nikoli jen managementu kvality, budou jistě indikátorem kvalitního výkonu nejen příslušného pracoviště, nýbrž i celého zdravotnického zařízení. Cílem úsilí nemocnice je omezovat chyby, nežádoucí výsledky, promrhaný čas a nadbytečné náklady spojené se špatnou kvalitou konkrétního zdravotnického výkonu či služby s cílem co nejlepší úrovně dosažené péče o zdraví pacientů.

## 6 Závěr

Součástí transformačního procesu v českém zdravotnictví po roce 1989 byla snaha o vytvoření mechanismu, který by pomohl snížit vysokou variabilitu mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními. Osvědčená metoda takové standardizace, rozšířená v zemích vyspělých demokracií, jsou akreditace. Obdobou standardizace a rozvoje kvality v průmyslu je certifikace ISO 9001:2000. Akreditace, nebo také akreditační řízení, představuje proces, který začíná rozhodnutím zdravotnického zařízení sladit své aktivity s požadavky akreditačních standardů a v případě úspěchu tento proces končí získáním akreditačního certifikátu.

Výrazným podnětem pro růst počtu národně certifikovaných nemocnic je zdravotnická politika jednotlivých zemí i Evropské unie. EU sice nemá jednotnou soustavu záruk bezpečnosti a kvality zdravotní péče, ale už zanedlouho bude stanovena povinnost pro všechna zdravotnická zařízení prokazovat se nějakou formou potvrzení kvality.

Přímé výhody neplynou nemocnici ze zavedení systému řízení kvality a obdržení certifikátu okamžitě. Je to dlouhodobá investice, která se promítne jednak do postavení nemocnice na tuzemském i mezinárodním poli, ale může být také v budoucnu zohledněna při platbách od pojišťoven.

Vzhledem k tomu, že ISO 9001:2000 stále klade důraz na průmyslový model kvality, je pro zdravotnická zařízení v současné době praktičtější a užitečnější soustředit se na splnění požadavků specifických akreditačních standardů, tak jak jsou definovány organizací SAK ČR. Tento proces pomáhá odhalit skutečný stav věcí ve zdravotnickém zařízení a pomáhá také realizovat standardizaci důležitých procesů v rámci ČR a EU. Také Ministerstvo zdravotnictví ČR a VZP ale jasně podporují systém akreditačních zdravotnických zařízení cestou SAK ČR.

Nemoc znamená konfrontaci s utrpením, bolestí, bezmocností a smrtí. Dlouhodobé choroby ve své podstatě ohrožují lidskou důstojnost, kladou nesmírné nároky na ošetřujícího. Ten musí vytvořit vztah důvěry, naslouchání a respektu. Ve zdravotnictví nejde jen o techniku ošetřování a léčebně-diagnostický proces, ale především o komunikaci a doprovázení nemocného po celou dobu jeho nemoci

a pobytu ve zdravotnickém zařízení. Od lékařů a sester se očekává hodně, ale recept na každou konkrétní situaci neexistuje, medicína není rutina ani řemeslo.

Proces v každém zdravotnickém zařízení je potřeba hodnotit od okamžiku, kdy se pacient dostane do kontaktu s nemocnicí, přes vlastní poskytování lékařské péče až do momentu, kdy nemocnici opouští. Je třeba stanovit, jakým způsobem je řízeno, že bude pacientovi stanovena správná diagnóza nebo podány optimální léky. Nedílnou součástí tohoto fungujícího systému managementu ve většině zdravotnických zařízení musí být i správné řízení procesů spojených s ubytovacím a stravovacím zázemím. Stejně tak je potřeba zajistit, že se pacientovi dostane i správné a tolik potřebné sociální podpory, tzn., že bude zabezpečena správná komunikace a péče o jeho emoce, jakož i způsob poskytování následné péče po propuštění domů.

Kvalita poskytovaných služeb zdravotnického zařízení je alfou i omegou jeho existence. Průkazem, že nemocnice skutečně poskytuje kvalitní péči, je projít posouzením uznávané, nezávislé instituce. Je proto nutné rozhodnout a zvolit nevhodnější z možných programů sledování kvality v nemocnicích. Jen tak mohou být naplněny základní cíle systémů řízení kvality, kterými jsou poskytnutí kompletního servisu pro pacienta, zlepšení přístupu personálu nemocnice k pacientovi a celková spokojenost pacienta zajištěná poznáním a uspokojováním jeho potřeb.

## 7 Summary

This work concerns a quality management in the area of health service. The aim of degree work is analysis and comparison of National accreditation standards in health service and downloading quality management system in hospital with destination obtaining certification. On basis of analyse both of processes it defined difference in extent and rating certification and accreditation in hospitals.

Process certification was analysed in Hospital Strakonice who in year 2006 got certification according to norm ISO 9001:2000 on the all hospital, also as on medical part, so another traffic.

Process accreditation was analysed in Hospital Písek who in year 2006 successfully passed accreditation by SAK CZ and got certificate of hospital's accreditation.

From this work follow suggestion and recommendation on the optimal framework quality management system and application of the most suitable process in South Bohemian hospitals.

**Key terms: accreditation, certification, quality, hospital, system management quality, process, standard, customer gen satisfaction.**



## 8 Přehled použité literatury

1. JANEČEK, Z., *Jakost – potřeba moderního člověka*, výstup z projektu podpory jakosti č. 5/16/2004, Praha: Národní informační středisko pro podporu jakosti, 2004. 100 s. ISBN 80-02-01687-4
2. LEŠČIŠIN, M., MACKO, J. *Management kvality*, Bratislava: Edičné středisko Ekonomická univerzita v Bratislave, 1992. 174 s. ISBN 80-225-0456-4
3. BUDA, O. *Příprava a zavádění systému řízení kvality na oddělení Urgentní příjem dospělých*. Studijní závěrečná práce odborného semináře z 9. 9. 2005, Praha: Škola veřejného zdraví IPVZ, 2005. 48 s. [online].[23. 3. 2008)]. Dostupný z WWW: <http://www.apra.ipvz.cz/default.asp>
4. VEBER, J. *Management kvality a environmentu*, Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze, Nakladatelství Oeconomica, 2004. 157 s. ISBN 80-245-0765-X
5. MADAR, J. a kol. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 248 s. ISBN 80-247-0585-0
6. GIBSON, R. (editor) *Nový obraz budoucnosti. Rethinking the future*. Praha: Management Press, 1998. 261 s. ISBN 80-85943-80-8
7. SEEBAUEROVÁ, R., KOIADIS, E., HELUS, Z.: *Qualität durch qualifikation assessing for success Kvalita cestou kvalifikace*, Brno: Paido, 2000. 152 s., ISBN 80-85931-93-1
8. GLADKIJ, I. *Zajišťování a řízení kvality zdravotní péče*. Prezentace přednášky – interní materiál pro účastníky semináře Management kvality ve zdravotnictví, Praha: Škola veřejného zdraví, květen 2006.
9. ČSN EN ISO 9001:2000 *Systémy managementu jakosti, Požadavky*, Praha: ČNI, 2001.
10. KEŘSKOVSKÝ, M., VYKYPĚL O. *Strategické řízení: teorie pro praxi*, Praha: C. H. Beck, 2002. 172 s. ISBN 80-7179-578-X
11. VEBER, J. *Management kvality – od ISO 9000 k TQM*, 1. vyd. Bělá pod Bezdězem: Nakladatelství Máchova kraje, 2000. ISBN 80-901730-5-5
12. NENADÁL, J., PETŘÍKOVÁ R., TOŠENOVSKÝ J., NOSKIEVIČOVÁ D., PLURA J., *Moderní systémy řízení jakosti Quality management*, Praha: Management Press, 2002, 278 s. ISBN 80-7261-071-6
13. NENADÁL, J. *Měření v systémech managementu jakosti*, Praha: Management Press, 2001. 310 s. ISBN 80-7261-054-6
14. PEŠEK, J. *Tvorba systému jakosti ve zdravotnictví a lékařství a využitím norem ISO*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2003. 112 s. ISBN 80-247-0551-6

15. MARX, D. *Průvodce akreditačním šetřením*, 1. vydání Praha: Spojená akreditační komise, 2007. 31 s. [online][16. 3. 2008] Dostupný z WWW: <http://www.sakcr.cz/files/Pruvodce-akr-setrenim-2007.pdf>
16. ČÁPOVÁ, H., MARX, D. *Nemocnice je nebezpečnější než bungee jumping*, Respekt 27/04. [online].[18. 3. 2008]. Dostupný z WWW: <http://www.zdrav.cz/modules.php>
17. ŠEBESTOVÁ, M. *Jakost v souladu s ISO 9000 pro zdravotnické služby*, Metodický materiál CQS, 2000. [online].[16. 3. 2008]. Dostupný z WWW. [http://www.cqs.cz/download/vyznam\\_standardu\\_pro\\_zdravotnictvi\\_a\\_spolecnost.doc](http://www.cqs.cz/download/vyznam_standardu_pro_zdravotnictvi_a_spolecnost.doc)
18. SOVOVÁ, E. *Historie programů kvality zdravotní péče*, ČMKOS Bulletin 06, 2003. [online].[16. 3. 2008]. Dostupný z WWW: [http://osz.cmkos.cz/CZ/Z\\_tisku/Bulletin/06\\_2003/historie.html](http://osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/06_2003/historie.html)
19. HÁVA, P., *Zdraví 21*, koncepční materiály, brožura Zdravotní politika a ekonomika, Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2003. 31 s. ISSN 1213-8096
20. GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*, Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8
21. PIROŽEK, P. *Manažerské rozhodování a správa nemocnic*, Praha: VŠE Praha, 2003. 81 s. ISSN: 1212-3129.
22. PŘÍBEK, J., *Systémy managementu jakosti*, výstup z projektu podpory jakosti č. 5/16/2004, Praha: Národní informační středisko pro podporu jakosti, 2004. 60 s. ISBN 80-02-01687-4
23. ČSN ISO 15189:2003 *Zdravotnické laboratoře*, Praha: ČNI, 2001.
24. CHALOUPKOVÁ, V. *Příprava systému akreditací zdravotnických zařízení v ČR*, Centrum pro kvalitu ve zdravotnictví, SVÚ, 2007. [online].[16. 3. 2008]. Dostupný z WWW: <http://www.szu.cz/cekz/index2.php?str=akreditace>
25. Věstník MZ ČR č. 7/1998, *Akreditace zdravotnických zařízení*, Praha: MZ ČR 1998.
26. Interní materiály SAK ČR, *Pravidla zahájení akreditačního šetření SAK v ČR ve zdravotnickém zařízení*. [online].[5. 3. 2008]. Dostupný z WWW: [http://www.sakcr.cz/files/pravidla\\_akreditacni\\_setreni.pdf](http://www.sakcr.cz/files/pravidla_akreditacni_setreni.pdf)
27. KALA, M., KUBÍLEK, R. *Nemocnice aneb rukověť zvidavého pacienta*, 1. vyd., Olomouc: Rubico, 2002. 138 s. ISBN: 80-85839-47-4.
28. ÚZIS ČR *Nemocnice v České republice v roce 2007*, Aktuální informace č. 8/2008. 12 s. [online][25. 3. 2008]. Dostupný z WWW: <http://www.uzis.cz/download.php>
29. Interní materiály Nemocnice Strakonice, a. s.
30. Interní materiály Nemocnice Písek, a.s.

## Abecední seznam literatury

BUDA, O. *Příprava a zavádění systému řízení kvality na oddělení Urgentní příjem dospělých*. Studijní závěrečná práce odborného semináře z 9. 9. 2005, Praha: Škola veřejného zdraví IPVZ, 2005. 48 s. [online][23. 3. 2008] Dostupný z WWW: <http://www.apra.ipvz.cz/default.as> <sup>3</sup>

ČÁPOVÁ, H., MARX, D. *Nemocnice je nebezpečnější než bungee jumping*, Respekt 27/04. [online].[18. 3. 2008]. Dostupný z WWW: <http://www.zdrav.cz/modules.php> <sup>16</sup>

ČSN EN ISO 9001:2000 *Systémy managementu jakosti, Požadavky*, Praha: ČNI, 2001.<sup>9</sup>

ČSN ISO 15189:2003 *Zdravotnické laboratoře*, Praha: ČNI, 2001.<sup>23</sup>

GIBSON, R. (editor) *Nový obraz budoucnosti. Rethinking the future*. Praha: Management Press, 1998. 261 s. ISBN 80-85943-80-8 <sup>6</sup>

GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*, Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8 <sup>20</sup>

GLADKIJ, I. *Zajišťování a řízení kvality zdravotní péče*. Prezentace přednášky – interní materiál pro účastníky semináře Management kvality ve zdravotnictví, Praha: Škola veřejného zdraví, květen 2006 <sup>8</sup>

HÁVA, P., *Zdraví 21*, koncepční materiály, brožura Zdravotní politika a ekonomika, Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2003. 31 s. ISSN 1213-8096 <sup>19</sup>

CHALOUPKOVÁ, V. *Příprava systému akreditací zdravotnických zařízení v ČR*, Centrum pro kvalitu ve zdravotnictví, SVÚ, 2007. [online].[16. 3. 2008]. Dostupný z WWW: <http://www.szu.cz/cekz/index2.php?str=akreditace> <sup>24</sup>

Interní materiály Nemocnice Strakonice, a.s. <sup>29</sup>

Interní materiály Nemocnice Písek, a.s. <sup>30</sup>

Interní materiály SAK ČR, *Pravidla zahájení akreditačního šetření SAK v ČR ve zdravotnickém zařízení*. [online].[5. 3. 2008]. Dostupný z WWW: [http://www.sakcr.cz/files/pravidla\\_akreditacni\\_setreni.pdf](http://www.sakcr.cz/files/pravidla_akreditacni_setreni.pdf) <sup>26</sup>

JANEČEK, Z., *Jakost – potřeba moderního člověka*, výstup z projektu podpory jakosti č. 5/16/2004, Praha: Národní informační středisko pro podporu jakosti, 2004. 100 s. ISBN 80-02-01687-4 <sup>1</sup>

KALA, M., KUBÍLEK, R. *Nemocnice aneb rukověť zvládavého pacienta*, 1. vyd., Olomouc: Rubico, 2002. s. 138. ISBN: 80-85839-47-4 <sup>27</sup>

KEŘSKOVSKÝ, M., VYKYPĚL O. *Strategické řízení: teorie pro praxi*, Praha: C. H. Beck, 2002. 172 s. ISBN 80-7179-578-X <sup>10</sup>

- LEŠČIŠIN, M., MACKO, J. *Management kvality*, Bratislava: Edičné středisko Ekonomická univerzita v Bratislave, 1992. 174 s. ISBN 80-225-0456-4<sup>2</sup>
- MADAR, J. a kol. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 248 s. ISBN 80-247-0585-0<sup>5</sup>
- MARX, D. *Průvodce akreditačním šetřením*, 1. vydání Praha: Spojená akreditační komise, 2007. 31 s. [online][16. 3. 2008] Dostupný z WWW: <http://www.sakcr.cz/files/Pruvodce-akr-setrenim-2007.pdf><sup>15</sup>
- NENADÁL, J. *Měření v systémech managementu jakosti*, Praha: Management Press, 2001. 310 s. ISBN 80-7261-054-6<sup>13</sup>
- NENADÁL, J., PETŘÍKOVÁ R., TOŠENOVSKÝ J., NOSKIEVIČOVÁ D., PLURA J., *Moderní systémy řízení jakosti Quality management*, Praha: Management Press, 2002, 278 s. ISBN 80-7261-071-6<sup>12</sup>
- PEŠEK, J. *Tvorba systému jakosti ve zdravotnictví a lékárenství a využitím norem ISO*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2003. 112 s. ISBN 80-247-0551-6<sup>14</sup>
- PIROŽEK, P. *Manažerské rozhodování a správa nemocnic*, Praha: VŠE Praha, 2003. 81 s. ISSN: 1212-3129<sup>21</sup>
- PŘIBEK, J., *Systémy managementu jakosti*, výstup z projektu podpory jakosti č. 5/16/2004, Praha: Národní informační středisko pro podporu jakosti, 2004. 60 s. ISBN 80-02-01687-4<sup>22</sup>
- SEEBAUEROVÁ, R., KOIADIS, E., HELUS, Z.: *Qualität durch qualifikation assessing for success Kvalita cestou kvalifikace*, Paido, Brno, 2000, 152 s., ISBN 80-85931-93-1<sup>7</sup>
- SOVOVÁ, E. *Historie programů kvality zdravotní péče*, ČMKOS Bulletin 06, 2003. [online].[16. 3. 2008]. Dostupný z WWW: [http://osz.cmkos.cz/CZ/Z\\_tisku/Bulletin/06\\_2003/historie.html](http://osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/06_2003/historie.html)<sup>18</sup>
- ŠEBESTOVÁ, M. *Jakost v souladu s ISO 9000 pro zdravotnické služby*, Metodický materiál CQS, 2000. [online].[16. 3. 2008]. Dostupný z WWW: [http://www.cqs.cz/download/vyznam\\_standardu\\_pro\\_zdravotnictvi\\_a\\_spolecnost.doc](http://www.cqs.cz/download/vyznam_standardu_pro_zdravotnictvi_a_spolecnost.doc)<sup>17</sup>
- VEBER, J. *Management kvality a environmentu*, Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze, Nakladatelství Oeconomica, 2004. 157 s. ISBN 80-245-0765-X<sup>4</sup>
- VEBER, J. *Management kvality – od ISO 9000 k TQM*, 1. vyd. Bělá pod Bezdězem: Nakladatelství Máchova kraje, 2000. ISBN 80-901730-5-5<sup>11</sup>
- Věstník MZ ČR č. 7/1998, *Akreditace zdravotnických zařízení*, Praha: MZ ČR 1998.<sup>25</sup>
- ÚZIS ČR *Nemocnice v České republice v roce 2007*, Aktuální informace č. 8/2008. 12 s. [online][25. 3. 2008]. Dostupný z WWW: <http://www.uzis.cz/download.php><sup>28</sup>

# Seznam tabulek

- Tabulka 1: Rizikovost lékařské praxe dle světové statistiky, str. 14
- Tabulka 2: Identifikace klíčových procesů dle modelu ISO 9001:2000, str. 24
- Tabulka 3: Postup certifikačního procesu, str. 26
- Tabulka 4: Pravidla akreditačního šetření SAK ČR ve zdravotnickém zařízení, str. 30
- Tabulka 5: Vybrané ukazatele Nemocnice Strakonice, a.s. a Nemocnice Písek, a.s., str. 41
- Tabulka 6: SWOT analýza Nemocnice Strakonice, a.s., str. 44
- Tabulka 7: Desatero zásad pro zaměstnance Nemocnice Strakonice, a.s., str. 48
- Tabulka 8: Desatero zásad pro pacienty Nemocnice Strakonice, a.s., str. 49
- Tabulka 9: I. etapa procesu akreditace v Nemocnici Písek, str. 66
- Tabulka 10: II. etapa procesu akreditace v Nemocnici Písek, str. 69
- Tabulka 11: III. etapa procesu akreditace v Nemocnici Písek, str. 72
- Tabulka 12: Vybrané rozdíly mezi ISO systémem a akreditacemi, str. 80
- Tabulka 13: Porovnání vybraných parametrů akreditace a certifikace, str. 83

# Seznam grafů

Graf 1: Určující faktory kvality výrobku (v továrně), str. 17

Graf 2: Určující faktory kvality zdravotnické služby (v nemocnici), str. 17

Graf 3: Požadavky pacientů na služby zdravotnického zařízení, str. 18

Graf 4: Komponenty péče o pacienta ve zdravotnickém zařízení (nemocnici), str. 19

Graf 5: Cílový stav spokojenosti pacienta, str. 20

Graf 6: Rozložení nemocničních lůžek podle druhu poskytované péče v r. 2007, str. 33

Graf 7: Rozložení nemocničních lůžek podle zřizovatele v r. 2007, str. 34

# Seznam obrázků

Obrázek 1: Nemocnice v České republice k 31. 12. 2007, str. 34

Obrázek 2: Síť nemocnic Jihočeského kraje, str. 41

Obrázek 3: Motto a Vize Nemocnice Strakonice, a.s., str. 50

Obrázek 4: Procesní mapa Nemocnice Strakonice, a.s., str. 52

Obrázek 5: Struktura dokumentace systému jakosti Nemocnice Strakonice, a.s., str. 56

Obrázek 6: Obsah příručky jakosti Nemocnice Strakonice, a.s., str. 57

Obrázek 7a,b: Certifikát Nemocnice Strakonice, a.s., str. 60, 61

Obrázek 8: Certifikát o udělení akreditace Nemocnice Písek, a.s., str. 75

# Seznam příloh

Příloha 1: Příklad měření spokojenosti hospitalizovaných pacientů Nemocnice Strakonice, a.s.

Příloha 2: Příklad měření spokojenosti na ambulancích Nemocnice Strakonice, a.s.

Příloha 3: Vybrané vzory map akreditačních standardů

Příloha 4: Příklady indikátorů kvality Nemocnice Písek, a.s.

Příloha 5: Příklady obsahu standardů Nemocnice Písek, a.s.