



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Ekonomická fakulta



ZHODNOCENÍ SYSTÉMU ŘÍZENÍ JAKOSTI VE VYBRANÉM PODNIKU

Diplomová práce

Studijní program: N6208 – Ekonomika a management

Studijní obor: 6208T085 – Podniková ekonomika

Autor práce: **Bc. Ondřej Šimek, DiS.**

Vedoucí práce: Ing. Lukáš Turčok, Ph.D.



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ekonomická fakulta

Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Ondřej Šimek, DiS.**
Osobní číslo: **E12000217**
Studijní program: **N6208 Ekonomika a management**
Studijní obor: **Podniková ekonomika**
Název tématu: **Zhodnocení systému řízení jakosti ve vybraném podniku**
Zadávací katedra: **Katedra podnikové ekonomiky a managementu**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Teoretická východiska zaměřená na systém řízení kvality a charakteristika základních pojmů.
2. Analýza současného stavu ve vybraném podniku.
3. Identifikace potenciálních neshod na základě analýzy současného stavu.
4. Návrh opatření na optimalizaci systému řízení kvality ve vybraném podniku.
5. Celkové shrnutí poznatků a vyhodnocení návrhu řešení.

Rozsah grafických prací: **dle potřeby dokumentace**
Rozsah pracovní zprávy: **65 normostran**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**
Seznam odborné literatury:

MADAR, J., et al. Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0585-0.

NENADÁL, J., et al. Moderní management jakosti: principy, postupy, metody. 1. vyd. Praha: Management Press, 2008. ISBN 978-80-7261-186-7.

BESTERFIELD, D. H. Quality Control. 1st ed. Illinois: Prentice Hall, 2008. ISBN 978-0135000953.

GOETSCH, D. L. and S. B. DAVIS. Quality Management for Organizational Excellence: Introduction to Total Quality. 1st ed. New Jersey: Prentice Hall, 2009. ISBN 978-0135019.

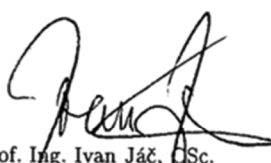
Elektronická databáze článků ProQuest

Vedoucí diplomové práce: **Ing. Lukáš Turčok, Ph.D.**
Katedra podnikové ekonomiky a managementu
Konzultant diplomové práce: **Bc. Petra Hybnerová, MBA**
Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o.

Datum zadání diplomové práce: **31. října 2014**
Termín odevzdání diplomové práce: **7. května 2015**



doc. Ing. Miroslav Žižka, Ph.D.
děkan



prof. Ing. Ivan Jáč, CSc.
vedoucí katedry

V Liberci dne 31. října 2014

Prohlášení

Byl jsem seznámen s tím, že na mou diplomovou práci se plně vzta-huje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé diplomové práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li diplomovou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tom-to případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Diplomovou práci jsem vypracoval samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé diplomové práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum:

Podpis:

Obsah

Seznam obrázků.....	9
Seznam tabulek.....	9
Seznam grafů	9
Seznam zkratk.....	10
Úvod	11
1 Teoretická východiska v oblasti řízení kvality.....	12
1.1 Historický vývoj řízení kvality	12
1.2 Definice kvality.....	13
1.3 Řízení kvality	14
1.3.1 Přístupy k řízení kvality.....	14
1.3.2 Sedm základních nástrojů řízení kvality.....	19
1.4 Řízení kvality ve zdravotnictví	24
1.4.1 Základní prvky soustavy zdravotnictví	25
1.4.2 Základní opatření vedoucí k účinnému rozvoji systému managementu kvality	26
1.4.3 Nejčastěji používané systémy řízení kvality v českém zdravotnictví	27
1.4.4 Důvody k zavádění systému řízení kvality ve zdravotnických zařízeních....	29
1.4.5 Úvod do problematiky řízení rizik ve zdravotnických zařízeních.....	31
2 Analýza současného stavu řízení kvality ve vybraném podniku.....	36
2.1 Historický vývoj nemocnice v Jablonci nad Nisou	36
2.2 Současnost a Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o.	36
2.3 Řízení kvality v Nemocnici Jablonec nad Nisou	38
2.3.1 Historický vývoj řízení kvality v nemocnici	39
2.3.2 Začlenění řízení kvality do organizační struktury nemocnice.....	40
2.4 Charakteristika oddělení zásobování a obchodu.....	42
2.4.1 Řízení kvality na oddělení zásobování a obchodu.....	45
2.4.2 Popis činností oddělení a identifikace potenciálních nehod.....	46
3 Navrhovaná nápravná opatření na optimalizaci systému řízení kvality.....	55
3.1 Výběr dodavatele	55
3.2 Výběr materiálu	57
3.2.1 Nežádoucí událost zdravotnického prostředku.....	57
3.2.2 Koordinace při hlášení jako nežádoucí událost a na SÚKL	59

3.3	Objednávání materiálu	60
3.4	Distribuce materiálu.....	63
3.5	Ekonomická analýza systému řízení kvality.....	64
3.5.1	Ekonomická analýza procesu výběru dodavatele.....	64
3.5.2	Ekonomická analýza procesu výběru materiálu	65
3.5.3	Ekonomická analýza procesu objednávání materiálu.....	65
3.5.4	Nápravná opatření v procesu distribuce materiálu	66
	Závěr.....	67
	Seznam použitých zdrojů.....	68
	Seznam příloh.....	71

Seznam obrázků

Obrázek 1: Organizační struktura Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o.....	37
Obrázek 2: Organizační struktura referátu managementu kvality.....	39
Obrázek 3: Organizační struktura OZO.....	42
Obrázek 4: Ishikawův diagram – Základní činnosti OZO a na ně navázaná potenciální rizika.....	45

Seznam tabulek

Tabulka 1: Analýza procesu nakupování.....	47
Tabulka 2: Analýza procesu výběru materiálu do nemocnice.....	48
Tabulka 3: Analýza procesu objednávání materiálu.....	51
Tabulka 4: Analýza procesu distribuce materiálu.....	52
Tabulka 5: Navrhovaná nápravná opatření k procesu nakupování.....	54
Tabulka 6: Navrhovaná nápravná opatření k procesu výběru materiálu.....	57
Tabulka 7: Navrhovaná nápravná opatření k procesu objednávání materiálu.....	59
Tabulka 8: Sledování dotazů v procesu objednávání materiálů v roce 2014.....	59
Tabulka 9: Navrhovaná nápravná opatření v procesu distribuce materiálu.....	61

Seznam grafů

Graf 1: Sledování dotazů v procesu objednávání materiálu v roce 2014.....	60
---	----

Seznam zkratk

ČIA	Český institut pro akreditaci
ČSN	České technické normy (dříve Československé státní normy)
EFQM	European Foundation for Quality Management
EN	evropská norma
GLP	Good Laboratory Practice
GMP	Good Manufacture Practice
HACCP	Hazard Analysis and Critical Control Points
HTS	hospodářsko-technická správa
ISO	International Organization for Standardization
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
MBNQA	Malcol Baldrige National Quality Award
MTZ	materiálně-technické zabezpečení
NASKL	Národní autorizační středisko pro klinické laboratoře
NRC	Národní referenční centrum
OKBH	oddělení klinické biochemie a hematologie
OTZ	oddělení technického zabezpečení
OZO	oddělení zásobování a obchodu
PDK	pharm data kód
RBC	resortní bezpečnostní cíle
SAK	Spojená akreditační komise
SMART	specific, measurable, aligned, realistic, timed
SÚKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv
SZM	Spotřební zdravotnický materiál
TQM	Total Quality Management
WHA	World Health Assambly
WHO	World Health Organization

Úvod

Tato práce se zabývá zmapováním systému řízení kvality s následnou linkou do oblastí zdravotnictví. Řízení kvality veřejné služby, čímž bezpochyby zdravotnická péče je, se uskutečňuje na více úrovních, a to na mikroúrovni, makroúrovni a po vstupu ČR do Evropské unie i na úrovni mezinárodní. Právě z důvodu velkého zájmu je oblast zdravotnictví a v něm poskytovaná kvalita péče stále aktuálním tématem pro širokou veřejnost. Zároveň tématem velice citlivým a to z logických důvodů. Týká se prakticky nás všech a toho nejcennějšího, co máme - zdraví.

Ve zdravotnickém zařízení, zvláště pak u těch velkých poskytovatelů zdravotní péče, jako jsou nemocnice, je systém řízení kvality širokým komplexem týkající se zdravotnických i nezdravotnických oborů, které v nemocnici působí. Akreditace dle akreditačních standardů pro nemocnice a certifikace dle norem ISO jsou nejčastěji používanými komplexními systémy na hodnocení kvality ve zdravotnickém zařízení. Patří sem také další řada certifikací, akreditací a auditů, které se úzce specializují jen na určitou odbornost v rámci nemocnice jako například oblast bezpečnosti potravin, ochrana životního prostředí či systém řízení bezpečnosti informací.

Hlavní úlohou systému řízení kvality ve zdravotnictví je zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva, zvyšování kvality života a spokojenost pacientů navštěvujících zdravotnická zařízení. Nelze opomenout ani zájmy samotných zdravotnických zařízení. Systém řízení kvality ve zdravotnictví výrazně eliminuje rizika poškození pacienta. Chrání tak nejen pacienty, ale i samotná zařízení a pracovníky před případnými žalobami a soudy.

Diplomová práce představuje jednu z činností nezdravotnického oddělení a poukazuje na úzkou provázanost se zdravotnickou částí nemocnice. Cílem diplomové práce je analyzovat procesy na oddělení zásobování a obchodu, identifikovat potenciální neshody vůči systému řízení kvality v nemocničním zařízení a možnými nápravnými opatřeními pomoci k plnění hlavního úkolu nemocnice a to poskytování kvalitní zdravotnickou péči.

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA V OBLASTI ŘÍZENÍ KVALITY

V teoretické části diplomové práce bude vysvětlen pojem kvalita, popsán historický vývoj řízení kvality. Dále bude uveden mezioborový přehled jednotlivých přístupů k řízení kvality, budou představeny nejpoužívanější nástroje řízení kvality a popsána specifika ve zdravotnickém odvětví. Pojmy kvalita i jakost jsou v České republice z jazykového hlediska považována za synonyma. Pojem jakost se v praxi nejvíce používá ve výrobě u hodnocení jakosti výrobku. Ostatní oblasti a to včetně veřejného sektoru většinou používají termín kvalita.

1.1 Historický vývoj řízení kvality

Důraz na kvalitu je kladen prakticky od počátku lidstva, kdy si lidé začínali vyrábět propriety ke zlepšení a zjednodušení svého životního stylu. Například ke zlepšení úspěšnosti lovu, zpracování potravin, obdělávání zemědělské půdy, atd. Jeden z nejstarších dochovaných zákoníků vůbec tzv. Chamurapiho zákon, již předpokládal a požadoval dodržování kvality a to hlavně ve stavitelství. Za spadlou zeď musel stavitel na své náklady postavit zeď novou a v případě úmrtí majitele domu v důsledku zřícení nekvalitní stavby byl stavitel též usmrcen. V době rozkvětu řemeslné výroby si každý řemeslník (švec, krejčí) musel za kvalitu svých výrobků zodpovídat sám. A to hlavně z důvodu osobního přístupu a následnému prodeji konkrétnímu zákazníkovi (Nenadál et al., 2002).

Veber et al. (2007, s. 15) k řemeslné výrobě uvádí, „*pro řemeslnou výrobu bylo typické, že zhotovitel byl v přímém kontaktu s výrobkem od počátku do konce. V libovolném okamžiku jej mohl srovnávat se svou představou i s představami svého zákazníka. Věděl, zda se dílo daří či nikoliv, a podle okolností mohl do procesu zhotovení zasahovat.*“

S průmyslovou revolucí a zavedením průmyslové výroby odpadá přímý kontakt se zhotovitelem a uživatelem výrobku. Je zřejmé, že v této etapě musely být zavedeny nové postupy a systémy kontrol kvality výrobku třetí osobou. Zprvu si na kvalitu dohlížel majitel firmy či vedoucí výroby. S tím, jak se firmy rozšiřovaly, byl spojen i vznik nových pracovních pozic. Byli to techničtí kontroloři či specialisté na kvalitu jakosti jako osoby

odpovědné za propuštění kvalitního výrobku k zákazníkovi. Tento model s technickou kontrolou ovšem vedl k mylnému přesvědčení, že jedinými odpovědnými za kvalitu jakosti jsou právě kontroloři, kteří i přes sebevětší snahu nemohou kvalitu všech výrobků uhlídat. Proto ve třicátých letech dvacátého století přišli dva Američané Romig a Stewhart s modelem výrobního procesu s výběrovou kontrolou, který je chápán jako první model statistické kontroly. S tímto modelem začali intenzivně pracovat až Japonci po druhé světové válce a snažili se ho rozšířit do všech činností podniku, včetně těch předvýrobních (Nenadál et al., 2002).

Dalšího významného milníku v oblasti řízení kvality si všímá Veber et al., (2007, s. 15) a uvádí, „*druhá světová válka výrazně zesílila požadavky na jakost ve výrobě. Obrovské množství válečného materiálu mohlo být vyráběno pouze za podstatného zlepšení jakosti výroby a jejího plánování. Jakost ve výrobě byla cíleně vyžadována a její význam byl stvrzen.*“

Poptávka po kvalitě a efektivitě výroby přetrvává i po druhé světové válce a v šedesátých letech dvacátého století vzniká základ pro moderní systémy řízení jakosti označovaný jako Company Wide Quality Control (CWQC). Tento systém se v následující dekádě dále vyvíjel a zdokonaloval do podoby totálního managementu jakosti (TQM), který i v současné době zažívá dynamický vývoj. Dnes velice známé normy ISO řady 9000, snažící se o rozsáhlou dokumentaci všech výrobních procesů, vznikají v roce 1987. Ze současného pohledu lze říci, že řízení kvality se uskupilo do třech základních koncepcí:

- koncepce podnikových standardů,
- koncepce ISO,
- koncepce TQM (Nenadál et al., 2002).

1.2 Definice kvality

Definovat jednoznačně kvalitu není jednoduchý úkol. Praktický každý z nás ji vnímá dle svého subjektivního pohledu, ať už se jedná o zákazníka či pacienta. Objektivně lze ale říci, že kvalita je představována předem dohodnutými a všeobecně uznávanými kritérii. Několik z výše uvedených významných osobností má svůj náhled na kvalitu a to se odráží i na definici kvality.

Juran: kvalita je způsobilost pro užití.

Crosby: jakost je shoda s požadavky.

Feigenbaum: jakost je to, co za ní požaduje zákazník (Nenadál et al., 2008).

V definicích kvality se hodně objevuje shoda s požadavky zákazníka. Besterfield D. H. (2008) zmiňuje jednoduchou myšlenku, jak můžeme kvalitu kvantifikovat a to pomocí poměru mezi výkonností produktu či služby a zákaznickým očekáváním. Pokud bude poměr více než jedna, zákazník má velmi dobré mínění o produktu či službě. I když autor přiznává, že očekávání záleží na rozdílnosti vnímání kvality každého jednotlivého zákazníka a uznává i proměnnost očekávání v čase.

Řada normy ISO 9000 vnímá kvalitu jako stupeň plnění požadavků souborem inherentních znaků. Ať už je definic několik, pro kvalitní výrobek či službu je nutností systémové řízení kvality a to na všech úrovních organizace (Madar et al., 2004).

1.3 Řízení kvality

Management kvality je část podnikového managementu, která zabezpečuje maximální spokojenost zákazníků s vynaložením optimálních nákladů. Uspokojování potřeb zákazníků je nutností pro všechny typy organizací, ať již ziskové či neziskové. Řízení každé organizace obsahuje prvky systému managementu jakosti, ale pokud se organizace rozhodne zavést systém managementu jakosti, jedná se o kvalitativně vyšší úroveň systému managementu jakosti a uvědomělou součástí řízení, než když pouze bezděčně využívá těchto prvků (Nenadál et al., 2002).

1.3.1 Přístupy k řízení kvality

Zavádění systému jakosti se stalo velmi aktuálním tématem ve všech ekonomických sférách. Význam řízení kvality jako jeden ze zásadních prvků efektivního fungování organizace již několik desetiletí stoupá a stále více organizací si tento strategický význam uvědomuje. Většina podniků došla k závěru, že efektivní řízení jakosti může poskytnout strategické i konkurenční výhody na trhu. Tato úvaha vedla k přílivu aktivit uvnitř organizací, ať ziskových či neziskových a začaly postupně rozvíjet své přístupy k řízení managementu kvality, často za účasti průmyslových a akademických odborníků v této oblasti. Veliká rozdílnost v jednotlivých činnostech v podnikatelském či neziskovém sektoru si vyžaduje i několik přístupů k zabezpečení jakosti. (Veber et al., 2007).

V následující části popisujeme nejvýznamnější přístupy k zabezpečení kvality.

Správná výrobní praxe (GMP)

GMP je zkratka z anglického Good Manufacture Practice. Tento systém se využívá ve výrobnách léků, ale i v jejich přepravě a distribuci. V této citlivé oblasti je smyslem GMP zajištění požadované jakosti léků a vyhnutí se tak riziku poškození případného uživatele, nebo neúčinnosti léku. Z povahy kontrolovaného odvětví také vyplývá veliký důraz na dodržování hygienických zásad a čistotu provozů (Veber et al., 2007).

Správná laboratorní praxe (GLP)

Zásadami laboratorní praxe se rozumí soubor pravidel tvořící systém práce testovacích zařízení při provádění neklinických studií bezpečnosti chemických látek a přípravků. Tyto zásady jsou také jediným systémem, který lze použít pro hodnocení nebezpečných vlastností chemických látek. Na počátku této normy byla evropská norma EN řady 45 000, od roku 2000 začala platit pro systém zabezpečování jakosti v laboratořích mezinárodní norma ISO 17 025. Klinické laboratoře jsou auditovány dle normy ISO 15189 (Veber et al., 2007).

Analýza nebezpečí a kritické kontrolní body (HACCP)

HACCP je termín pocházející z anglického názvu Hazard Analysis and Critical Control Points. Tento systém preventivních opatření slouží k zajištění zdravotní nezávadnosti potravin a pokrmů a to během veškerých činností souvisejících s výrobou, manipulací, převozem a uskladněním. Systém HACCP ukládá, jaké prostředky a postupy je nutné dodržovat, aby se předešlo možnému poškození zdraví konzumenta. Je to nástroj pro řízení kvality a zdravotní nezávadnosti potravin založený na prevenci. Kritickými úseky mohou být jednotlivé fáze výroby potravin, distribuce i prodej potravin, ve kterých je riziko porušení zdravotní nezávadnosti nejvyšší. Pomocí těchto vytypovaných bodů v jednotlivých fázích výroby či zpracování potravin můžeme lépe kontrolovat dodržování technologických postupů. Sem například patří: tepelné opracování, chlazení, mražení, kontakt mezi čistým a špinavým provozem apod. Pro každý kritický bod jsou určeny i tzv. kritické meze, což jsou hodnoty, které musí být hlídány, dodržovány a zaznamenávány (maximální a minimální teplota, vlhkost apod.) (Veber et al., 2007).

Systém managementu bezpečnosti potravin

Mezinárodní norma ISO 22000:2005 (ČSN EN ISO 22000:2006) určuje specifika k zavedení systému managementu bezpečnosti potravin. Splněním těchto požadavků si zajistíme bezpečnost potravin a krmiv, ale také eliminujeme nekvalitní postupy v potravinářském řetězci. Implementace probíhá vytvořením a stanovením takových cílů, které kolidují s nároky právních předpisů a ostatních nároků v oblasti bezpečnosti potravin. Tato norma je určena pro všechny organizace a potravinové řetězce, jež chtějí svým aktivním a nadstandardním přístupem prokázat zákazníkovi kvalitu poskytovaných služeb. Mezinárodní norma ISO 22000:2005 překračuje svým přístupem Systém kritických bodů v potravinářství (HACCP) a její základ vychází z mezinárodní normy ISO 9001 (ČSN EN ISO 22000/2006).

Systémy péče o ochranu životního prostředí (EMS)

Systém řízení zaměřený na ochranu životního prostředí (Environmental Management System) lze popsat jako součást celkového systému řízení organizace, do kterého jsou zahrnuty požadavky na ochranu životního prostředí. Celková strategie organizace a její každodenní činnosti musí být v souladu s požadavky na ochranu životního prostředí. Systémy EMS představují v současné době nejrozšířenější způsob, jak může organizace deklarovat, že v rámci své činnosti dbá na ochranu životního prostředí a že při produkci výrobků či poskytování služeb jsou zvažovány také jejich dopady na životní prostředí. K zavedení EMS může organizace využít buď některý ze standardizovaných přístupů jako mezinárodní norma ISO 14001 nebo evropský program EMAS, nebo zavést EMS pouze neformálně, tj. bez certifikace nezávislou třetí stranou (Veber et al., 2007).

Systémy péče o bezpečnost a ochranu zdraví při práci (HSMS)

Zkratka HSMS pochází z anglického sousloví Health and Safety Management System. V České republice je spíše znám pod zkratkou BOZP. Tento systém nezapadá do klasického zabezpečování jakosti, ale jeho hlavní úlohou je zajištění ochrany zdraví a bezpečnosti při práci. Avšak zavádění a provozování tohoto systému se již děje v klasickém duchu zajišťování jakosti. V současné době je systém HSMS upraven normativním doporučením OHSAS 18001. Jak uvádí Veber et al., (2007, s. 190). „je zřejmé, že QMS je zaměřen na jakost v zájmu zákazníka, EMS na životní prostředí v zájmu společnosti a HSMS na bezpečnost a ochranu zdraví v zájmu zaměstnanců.“

V organizačním uspořádání jsou často tyto systémy zařazovány do jednoho útvaru a jsou zabezpečovány jednotným přístupem-dokumentací, cíli, prověřování atd.“

Normy řady ISO 9000

Normy této řady slouží jako doporučení při zavádění systému řízení kvality. Ovšem pokud se společnost rozhodne pro certifikaci, doporučení jsou již závazná. I přesto, že se jedná o standardy v přístupu ke kvalitě, v žádném případě není cílem jakkoliv proces sjednotit či standardizovat. Je žádoucí, aby si jednotlivé organizace řídily kvalitu dle své potřeby. Pro úspěšnou implementaci a zajištění správné funkčnosti systému řízení kvality jsou dány návody, požadavky a doporučení uvedené v následujících normách:

- ISO 9000 (V ČR ČSN EN ISO 9000),
- ISO 9001 (V ČR ČSN EN ISO 9001),
- ISO 9004 (V ČR ČSN EN ISO 9004).

Norma ČSN EN ISO 9000 - Základní principy a slovník

Obsahuje popis zásad a základů řízení a definuje terminologii používanou v oblasti řízení kvality. Tato norma klade požadavky na systematické a transparentní řízení organizace a uvádí, že úspěch může být zapříčiněn zaváděním a udržováním takového systému managementu. Norma mimo jiné uvádí i osm obecných zásad směřovaných pro vrcholový management a platných pro jakoukoliv organizaci:

- zaměření na zákazníka,
- vedení,
- zapojení pracovníků,
- procesní přístup,
- systémový přístup k managementu,
- neustálé zlepšování,
- rozhodování na základě faktů,
- vzájemně výhodné dodavatelské vztahy (Macurová, 2008).

Norma ČSN EN ISO 9001 – Požadavky

Tato norma hraje zásadní roli v systému norem ISO řady 9000. Specifikuje požadavky na systém managementu kvality tam, kde organizace potřebuje prokázat, že chce trvale poskytovat produkt splňující požadavky zákazníka, požadavky zákonné a má v úmyslu

zvyšovat spokojenost zákazníka pomocí efektivní aplikace tohoto systému. Organizace musí v souladu s touto normou splňovat následující požadavky:

- identifikovat procesy potřebné pro systém managementu kvality a dále stanovuje proces aplikace v organizaci,
- určovat posloupnost a vzájemné působení těchto vztahů,
- zajistit efektivní fungování a řízení procesů pomocí určených kritérií,
- zajistit přístup ke zdrojům a informacím potřebných pro správné fungování těchto procesů a jejich monitoring,
- sledování a analýza měřitelných procesů,
- uplatňovat nezbytná opatření pro dosažení plánovaných výsledků a pro neustálý proces zlepšování.

Organizace musí tyto procesy samozřejmě řídit dle požadavků normy (Macurová, 2008).

Norma ČSN EN ISO 9004 – Řízení udržitelného úspěchu organizace

Tato norma je nadstavbou normy ČSN EN ISO 9001 a nabízí další doporučení pro zlepšování systému řízení kvality. Aplikace nadstavby vede ke zvýšení výkonnosti organizace a hlavní důraz je kladen na spokojenost zákazníka a dalších zainteresovaných stran. Na základě této normy nelze certifikovat celý systém řízení kvality v organizaci. S řadami ISO 9000 vznikla i těsně související norma řady ISO 10 000. Vznikala v devadesátých letech a jejím hlavním úkolem je rozšířit aplikaci systému řízení kvality do odvětví se specifickými podmínkami (Macurová, 2008).

Total quality management

Total quality management jako přístup k podnikání se začal plošněji využívat v USA na konci osmdesátých a počátku devadesátých let minulého století. Nicméně, jednotlivé prvky konceptu jako six sigma, štíhlá organizace, týmová práce, neustálé zlepšování kvality byly již organizacemi používány mnoho roků předtím. Teprve spojením všech těchto prvků a jejich koordinovaným použitím došlo ke vzniku dnes známému konceptu řízení kvality TQM (Goetsch and Davis, 2014).

Nenadál et al. (2008, s. 47) k filozofii TQM uvádí, „*koncepte TQM je velmi otevřenou filozofií managementu organizací. Protože sama filozofie k praktické aplikaci obvykle nestačí, byly pro podporu TQM vyvinuty různé modely, dnes označované nejčastěji jako*

modely excellence organizací. Z nich jsou nejznámější model Demingovi ceny za jakost v Japonsku, model americké Národní ceny Malcolma Baldrige (MBNQA – Malcolm Baldrige National Quality Award) a v Evropě nejrozšířenější a velmi respektovaný EFQM Model Excellence.“

Goetsch and Davis, (2014)., představují obecně filozofii TQM jako zcela nový pohled na kvalitu oproti tomu tradičnímu. V tradičním pojetí šlo především o kontrolu výrobků a zkoumání procentuální zmetkovitosti či odchylek od ideálního stavu, tzn. kolik je vadných výrobků na tisíc vyrobených, atd. Po řadových zaměstnancích se nechtělo, aby při své práci přemýšleli o případné možnosti zlepšení, ale byli bráni pouze jako prostředek k vyhotovení výrobku. Chtěla se jejich práce a ne jejich mozek. V pojetí TQM je především kladen důraz na zkvalitnění celého procesu výroby, neustálé zlepšování výrobků, zapojení pracovníků na všech úrovních do řízení kvality, potenciálním neshodám předcházet a ne je jen měřit a analyzovat. Organizace, které TQM zavedly, mají větší pravděpodobnost dlouhodobého udržení na trhu a dlouhodobé ziskovosti.

1.3.2 Sedm základních nástrojů řízení kvality

Jak uvádí Veber et al. (2010, s. 265), „*sedm nástrojů řízení kvality (Seven QC Tools) tvoří jednoduché a všeobecné techniky a metodické postupy, které jsou úspěšně využívány při shromažďování, uspořádání a následné analýze informací pro hledání cest k dalším zlepšením*“. Skupina sedmi nástrojů se osvědčila v praxi japonských firem zejména v každodenních provozních činnostech. Byla představena průkopníkem japonského managementu kvality K. Ishikawou.

V roce 1973 ho sám K. Ishikawa představil Československé veřejnosti a následně byl tento soubor nástrojů aplikován i do českého hospodářství.

Soubor sedmi základních nástrojů řízení kvality je tvořen:

- vývojový diagram,
- formulář pro sběr dat,
- histogram,
- paretova analýza,
- diagram příčin a následků,
- bodový diagram,
- regulační diagram (Veber et al., 2007).

V následující kapitole stručně definujeme jednotlivé nástroje řízení kvality.

Vývojový diagram

Vývojový diagram je univerzální nástroj, který pomáhá porozumět průběhu jakéhokoliv procesu. Tento proces se člení do sledu jednotlivých aktivit, jejichž sekvence a struktura jsou vyjádřeny příslušnými grafickými symboly (Nenadál, 2008). Konstrukci vývojového diagramu lze vytvořit podle své potřeby, ale nutností je věrnost zobrazení. Ke znázornění vnitřních procesů a jejich struktury je užíváno několika standardních symbolů, operačních a rozhodovacích bloků dle normy ČSN ISO 5807:1996.

Užití vývojového diagramu směřuje k analýze, popisu i k vývoji právě těchto procesů. Pro příklad lze uvést: sledování výrobního toku, zobrazení závazku či pohledávek vůči dodavatelům, zaučení nových zaměstnanců, zobrazení vazeb mezi jednotlivými útvary v podniku apod. Při tvorbě vývojového diagramu je nutné mít dostatek informací o základních rysech zkoumaného procesu. Při využívání tohoto prostředku je vhodné mít uzavřený proces vývoje a jasně stanovené hranice v něm, tedy začátek a konec (Horálek, 2004).

Tabulky a formuláře pro sběr informací

Formuláře pro sběr dat systematicky zachycují potřebné prvotní údaje, ať číselné či nečíselné, o zkoumaném znaku kvality. Formuláře pro sběr dat nám umožňují zpřehlednění, zjednodušení a standardizaci jejich záznamu a následný lepší přehled při hodnocení souvislostí ve zkoumaném procesu. Každý formulář či tabulka slouží konkrétnímu účelu a tudíž ani nemůže mít unifikovaný vzhled (Horálek, 2004).

Jednotlivé subjekty používající tento prostředek by si měly tabulku či formulář upravit přesně podle svých požadavků. Navrhované formuláře by ovšem neměly být složité. Naopak by měly být jednoduché na porozumění a umožnit rychlou orientaci a následně správnou interpretaci získaných dat. Jsou ovšem náležitosti, které by měly být při získávání dat nezbytné:

- druh informací - vlastní data,
- způsob, jakým budeme získávat,
- způsob zaznamenávání informací,
- určit odpovědného pracovníka za sběr a záznam dat,

- uvedení časových údajů,
- určit místo sběru dat,
- pověřit osobu analýzou a interpretací dat.

Formulář je nejčastěji využíván ve třech různých modifikacích. První z nich je jednoduché sčítání sledovaných údajů, například nepřipustných odchylek. Ve druhém případě můžeme zobrazit soubor měření tak, kde bude tabulka zdrojem pro vytvoření histogramu zaznamenávaného souboru. Ve třetí aplikaci vytváříme záznam o místě výskytu určitých jevů (Nenadál et al., 1998).

Diagram příčin a následků

Diagram příčiny-následek, též podle autora Ishikawův diagram či podle svého tvaru diagram rybí kosti, slouží pro zobrazení souvislostí mezi daným účinkem – následkem a jeho všemi možnými příčinami. Pomáhá tak určit podstatu zkoumaného problému, vytváří podklad pro analýzu souvislostí příčina – následek i podklad pro následné určení důležitosti příčin i úvahy o jejich odstranitelnosti (Veber et al., 2010).

Diagram příčin a následků je jednoduchým a relativně snadno pochopitelným nástrojem využívaným ke zdokonalování procesu, k analýze jeho variability a k určení vztahu mezi potencionálními příčinami vzniku problému. Ishikawův diagram nám neříká, jak problém řešit, ale poskytuje ucelený pohled na zkoumaný problém a graficky znázorňuje veškeré vzájemné souvislosti potenciálních neshod v procesu (Horálek, 2004)

Konstrukce diagramu nekončí prvotními náměty, ale naopak je žádoucí hlubší diskuze a týmová spolupráce, v níž jsou analyzovány možné problémy v jednotlivých odvětvích. Svou konstrukcí nabádá k využití například metody brainstormingu, která využívá znalostí všech zúčastněných a výrazně eliminuje možnost opomenutí některých příčin problému (Veber et al, 2010).

Histogram

Histogram představuje metodu, která transformuje data z nepříliš přehledných tabulek s mnoha údaji do jednodušší grafické formy v podobě sloupcového grafu. Každý jednotlivý sloupec reprezentuje předem určený interval a výška sloupce se odvíjí od počtu výskytu sledovaných údajů v intervalu neboli četností (Veber et al, 2010).

Histogram podává čtyři základní informace o procesu:

- z jeho tvaru poznáme, zda je rozdělení normální (zvonovitý tvar, Gaussova křivka), zda v procesu působí pouze náhodné nebo i vymežitelné příčiny,
- u souboru s normálním rozdělením můžeme odhadnout, v jakém rozmezí se bude nalézat většina hodnot,
- nejvyšší sloupec ukazuje, zda je proces vycentrován,
- zakreslíme-li do diagramu technické specifikace (požadované tolerance), můžeme orientačně odhadnout způsobilost procesu plnit požadavky zákazníka či technické specifikace (Veber et al, 2010).

Histogram slouží jako nástroj pro sdělení vizuální informace o chování sledovaného jevu. Jeho nevýhodou ovšem je, že nám není schopný zobrazit posloupný vývoj, ale jen momentální situaci. K tomu nám však slouží další nástroj v podobě regulačního diagramu.

Regulační diagram

Jak již je napsáno výše, regulační diagram nám znázorňuje vývoj hodnot v časové posloupnosti. Na základě jeho studia můžeme zjistit, jak stabilní či nestabilní vývoj procesu byl, jaké náhodné vlivy na něj působily, pokračující celkový trend či očekávaný další vývoj. Také lze použít k identifikaci a následné eliminaci nepříznivých vlivů, k poskytování zpětné vazby při nastavování procesů a posuzování výkonnosti systému měření.

Základem regulačního výběru je posloupnost výběrů v čase, reprezentovaných výběrovými ukazateli. Výběrová charakteristika vypovídá o okamžitém stavu procesu v regulačních mezích. Regulační meze jsou stanoveny na základě proměnlivosti vyvolané pouze náhodnými příčinami. Za předpokladu působení pouze náhodných příčin budou ležet výběrové ukazatele s největší pravděpodobností uvnitř těchto regulačních mezí (Veber et al, 2010).

Regulační diagram se skládá ze dvou os x a y . Na ose x jsou vynášena pořadová čísla podskupin a na ose y se zaznamenávají hodnoty výběrových charakteristik sledovaného znaku. Výběrovými charakteristikami rozumíme například výběrové rozpětí, průměr, směrodatné odchylky, podíl neshodných jednotek ve výběru. Dalšími prvky regulačního

diagramu je centrální přímka (CL) a horní (UCL) a dolní (LCL) regulační mez. Horní a dolní regulační mezí se určuje prostor, který je již s předem určenou pravděpodobností vnímám jako přípustný pro jednotlivé výkyvy v měření. Centrální přímka je zase vnímána jako průměr procesního měření, nebo jako průměrná hodnota variability znaku. Pokud ovlivňují proces pouze náhodné jevy, lze ho považovat za statisticky zvládnutý a hodnoty výběrových charakteristik se s danou charakteristikou budou pohybovat ve vymezeném intervalu (Horálek, 2004).

Paretův diagram

Tento diagram je pojmenován po sociologovi a ekonomovi Vilfredu Paretovi žijícím v letech 1848-1923. Vilfredo Pareto popsal efekt nerovnoměrného rozdělení bohatství a závěrem tohoto šetření bylo, že malá skupina v dané zemi ovládá většinu majetku a jeho rozdělení je tudíž velmi nesymetrické. Na základě výzkumu množství bohatství v několika zemích dospěl k závěru, že přibližně 80 % bohatství patří zhruba 20 % obyvatel dané země. Tento princip poprvé použil v oblasti řízení kvality Joseph Moses Juran. Jeho snahou bylo aplikovat tuto myšlenku v oblasti průmyslu, kde určil, že zhruba 80 až 95 % odstávek ve výrobě je způsobeno pouze 5 až 20% příčin. Dnes je tento jev všeobecně známý pod názvem Paretovo pravidlo. Nízkému procentu příčin je nutné věnovat primárně pozornost a sám Juran tuto hranici nazval jako životně důležitá menšina. Zprvu nepovažoval za nutné věnovat zbylým 80% velkou pozornost a tuto část příčin nazýval „triviální většina“. Postupem doby ovšem musel uznat, že i tato část má na další výskyt problémů vliv a přejmenoval ji na užitečnou většinu (Nenadál et al, 1998).

Získané hodnoty uspořádáme do tabulky dle jejich významu a následně z nich vypočteme absolutní četnost, kumulativní absolutní četnost, relativní četnost a kumulativní absolutní četnost. Následnou grafickou úpravou Paretova diagramu zjistíme, že se prakticky jedná o histogram, který zobrazuje rozdělení dle problému či nějakého jiného znaku do smysluplných kategorií (Nenadál et al, 1998).

Bodový diagram

Bodový diagram je grafická metoda, která nám ukazuje vztah mezi dvěma proměnnými a jejich případnou závislost. Rozmístění bodů v bodovém diagramu určuje míru těsnosti závislosti, směr, tvar a velikost závislosti. Pomocí grafů můžeme vyjádřit základní typy závislostí. Vlastní konstrukci diagramu začínáme záznamem hodnot dvou proměnných

veličin, které spolu mohou navzájem souviset. Jedna z nich je nazývána vysvětlovanou proměnnou a druhá z nich vysvětlující proměnnou. V konečném výsledku bychom měli odhadnout sílu a míru závislosti těchto proměnných (Horálek, 2004).

Bodovým diagramem stanovujeme jen hypotézu o případné závislosti a jedná se spíše o orientační potvrzení vztahu mezi dvěma proměnnými. Mnohem přesněji stanovíme vzájemnou závislost statistickými metodami jako regresní a korelační analýza (Veber et al., 2010).

1.4 Řízení kvality ve zdravotnictví

Otázka kvality ve zdravotnictví a bezpečnosti pacientů je celosvětové téma a politikum. Světové zdravotnické shromáždění (World Health Assambly) konané dne 18. května 2002 schválilo rezoluci zabývající se otázkou kvality péče a zajištění bezpečnosti pacientů. Vzhledem k neustále rostoucímu výskytu nežádoucích událostí, WHA vyzývá ke zlepšování kvality zdravotní péče a bezpečnosti pacientů. V důsledku této činnosti by se mělo předcházet zbytečným nežádoucím událostem a zároveň snižovat finanční ztráty. Usnesení WHA vyzývá členské státy, aby soustředily veškerou pozornost na otázky bezpečnosti pacientů, rozvoj a posílení systémů, které jsou nezbytné pro zlepšení bezpečnosti pacienta, včetně kvality zdravotní péče, technologií a používaného lékařského vybavení. Studie provedené Světovou zdravotnickou organizací (World Health Organisation) v roce 2009 ukazují, že přibližně u 10 % hospitalizací se vyskytuje nějaký druh poškození pacienta (Briš a Keclíková, 2012).

Česká republika reagovala především až na podporu Lucemburské deklarace o bezpečnosti pacientů, která byla schválena v dubnu 2005 na summitu členských států EU. Touto reakcí bylo vydání nové verze akreditačních standardů bezpečnosti a kvality poskytované péče Spojenou akreditační komisí o.p.s. (Škrála a Škrlová, 2008).

Za zákazníka zdravotnického zařízení a zároveň i hodnotitele kvality lze považovat:

- pacienti - příjemce péče, skrze veřejné zdravotní pojištění si službu platí, v přímém kontaktu s lékaři, sestrami a ostatním ošetrovatelským personálem,
- zdravotní pojišťovny – objednatel péče u zdravotnického zařízení pro své zákazníky (pacienty),

- samoplátce – fyzická osoba, která vyžaduje zdravotnickou službu nad rámec veřejného zdravotního pojištění (plastická operace).

Je zřejmé, že každý typ zákazníka bude kvalitu zdravotnického zařízení hodnotit jinak a k tomu je nutné přihlížet při sestavení hodnotících kritérií.

1.4.1 Základní prvky soustavy zdravotnictví

Úkolem managementu kvality a jeho rozvoje je zavést takový systém kvality, který povede k lepším výsledkům v oblasti prevence a léčení a tudíž i k lepšímu zdravotnímu stavu a větší spokojenosti pacienta. Zdravotnictví je velice obsáhlý a segmentovaný systém a z tohoto důvodu se musíme snažit o vymezení základních prvků a vzájemných vazeb, aby nedocházelo k takzvanému tříštění sil (Gladkij et al., 2003).

Autor dále uvádí nutnost popisu jednotlivých prvků soustavy zdravotnictví. Pokud máme prvky definované, lze i snáze určit, kdo má za jednotlivé prvky zdravotnické soustavy odpovědnost a odpovídá i za jejich kvalitu i růst. S tím souvisí i kontrola za plnění úkolů, která by bez předchozího definování odpovědností nebyla možná. Povinností manažerů je právě určení odpovědnosti za části soustavy ve zdravotnictví. Tuto soustavu lze rozdělit do třech základních prvků:

- vnímání zdravotnictví ze strany státu a jeho zákonodárných a exekutivních orgánů. Jejich úkolem je vytvoření obecných podmínek pro dosažení vysoké úrovně poskytovaných zdravotnických služeb,
- přímí účastníci na zdravotnických pracovištích, tj. zaměstnanci zdravotnických zařízení a také samotná zdravotnická zařízení, která poskytují své služby konkrétním pacientům a klientům,
- přímí účastníci ze strany pacientů, klientů. Nešlo by zlepšovat systém kvality bez zpětné vazby těchto účastníků.

Je zřejmé, že kvalita ve zdravotnictví je odvislá jak od celku, tak i na kvalitě jeho částí.

Dalším ze základních manažerských úkolů je uvědomění si, v jakém stádiu vývoje se organizace nachází. Kromě určení cíle v novém stavu, je důležitá definice jednotlivých vývojových stádií přeměny a určení používaných metod při řízení rozvoje kvality.

Můžeme rozeznávat několik stádií rozvoje řízení kvality, které jsou pro přehlednost uvedeny v příloze č. 5.

1.4.2 Základní opatření vedoucí k účinnému rozvoji systému managementu kvality

Následující body jsou uváděny jako základ úspěšné implementace systému řízení kvality:

- jasně definovatelný a realizovatelný cíl a k němu zajištění materiálních a personálních zdrojů,
- převod rozhodovacích kompetencí a odpovědnosti do místa prováděných úkonů,
- zrod komisí a skupin v oblasti kvality,
- oslovení a zapojení co největšího počtu spolupracovníků do procesu,
- odborné zaučení spolupracovníků do oblasti řízení kvality,
- kontrola transparentnosti prováděných akcí včetně všeobecné informovanosti všech zúčastněných,
- vytvoření datové komunikace s možností přístupu všem spolupracovníkům napříč pracovišti,
- řízení interdisciplinárních procesů v organizaci,
- neustálé cílení na potřeby zákazníka,
- vytvoření funkčního monitorovacího procesu systému vyhodnocení nasbíraných dat.

Všem těmto bodům musí primárně předcházet ztotožnění vedoucích pracovníků s novou situací a dostatek chuti na neustálém zlepšování pracovat. Jejich úkolem je prvotní implementace systému a jeho řízení. Dalším důležitým úkolem vedoucích pracovníků je i vysvětlení potřeby implementace systému řízení kvality i svým podřízeným a zmotivování jich k aktivnímu přístupu (Gladkij el al., 2003).

1.4.3 Nejčastěji používané systémy řízení kvality v českém zdravotnictví

V současnosti existují dva majoritní systémy řízení kvality sloužící k posouzení a porovnání kvalitativní úrovně zdravotnického zařízení a služeb v něm poskytujícím. V této kapitole popisujeme obě v kontextu zdravotnictví.

Certifikace

Obecně můžeme certifikaci definovat jako činnost třetí strany, jejímž smyslem je kontrola poskytované služby v oblasti specifikované v certifikátu a zda je poskytovatel schopen plnit požadavky dané normy. Organizace by po zavedení těchto norem měla lépe koordinovat svou činnost, zefektivnit své vnitřní procesy a snadněji identifikovat kritické body v jednotlivých činnostech (Buda, 2005).

Nejčastěji implementovaný systém v oblasti certifikací českých nemocnic je systém ISO 9001. Tento přístup k řízení kvality je založen na 8 základních principech, které je nutno dodržovat, pokud chce zdravotnické zařízení v certifikaci uspět:

1. všichni pracovníci náležitě zohledňují zájmy pacienta ve všech svých činnostech,
2. vrcholový management uděluje maximální podporu všem svým podřízeným, kteří jsou účastni na plnění kvalitativních cílů organizace,
3. plným zapojením a využíváním schopností svých zaměstnanců směřovat k žádoucímu úspěchu organizace,
4. základem kvalitního řízení je důsledná identifikace všech procesů v zařízení, měřitelnost znaků úspěšnosti procesů, jejich monitoring, správné vyhodnocování a interpretování a jejich neustálé zlepšování,
5. vynikající znalost kritických bodů v jednotlivých procesech organizace a důsledná analýza rizik z kritických bodů vyplývající. Řízení procesů má preventivní charakter,
6. k efektivnosti a účinnosti organizace přispívá zaměření vzájemně souvisejících procesů na daný, požadovaný cíl,
7. jednotlivá rozhodnutí musí být navázána na fakta, která byla získána v rámci sběru dat či monitoringu v rámci organizace,

8. neustálé zlepšování je trvalým cílem organizace (Šebestová, 2000).

V oblasti zdravotnictví má certifikace mimořádný význam a lze ji obecně rozdělit do třech základních skupin, které by měly certifikaci podléhat:

- certifikace výrobků a materiálů vstupující do zdravotnictví,
- certifikace výrobců a dodavatelů zdravotnické techniky včetně certifikace jednotlivých přístrojů,
- certifikace řízení samotných zdravotnických zařízení.

Svou strukturou a pojetím standard ISO 9001 vyhovuje i tak sofistikované a specializované činnosti jako poskytování zdravotnické péče (Pešek, 2003).

Akreditace

Akreditace je proces hodnocení vnitřních procesů v nemocničním zařízení a porovnání s nadefinovanými standardy.

Ministerstvo zdravotnictví je dle ustanovení § 98 odst. 4 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů zmocněno udělovat oprávnění k provádění hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. V současné době je to osm společností, které jsou uvedeny níže:

- Spojená akreditační komise, o.p.s.,
- e-ISO, a.s.,
- Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví, s.r.o.,
- T Cert, s.r.o.,
- CQS – Sdružení pro certifikaci systémů jakosti,
- EURO CERT CZ, a.s.,
- MUDr. Zdeněk Machálek,
- DET NORSKE VERITAS CZ s.r.o. (Seznam oprávněných..., 2010).

Akreditace je externí hodnocení kvality ve zdravotnickém zařízení a jejím hlavním úkolem je porovnání jednotlivých procesů uvnitř zdravotnického zařízení s akreditačními standardy s cílem zajistit poskytování kvalitní a bezpečné zdravotnické péče. Tyto standardy jsou vypracovány takovým způsobem, aby pokrývaly všechny procesy v organizaci, a zdravotnické zařízení se jim musí přizpůsobit. Auditóři, kterými jsou lékaři,

nelékařští zdravotničtí pracovníci a administrátoři ve zdravotnictví, provádějí akreditační šetření a ověřují, zda zařízení postupuje dle platných standardů. Akreditační šetření probíhá metodou stopař. Tato metoda sleduje veškerý pohyb pacienta akreditovaným zařízením od samotného přijetí, přes analýzu laboratorních a dalších vyšetření, druhu a postupu léčby, případně intervenčních výkonů, až po jeho propuštění. V rámci akreditace společnosti zajišťují také konzultační činnost, která je striktně oddělena od činnosti auditorské, tzn., že si zařízení může při přípravě na akreditaci pozvat konzultanta, který ovšem po ukončení konzultační činnosti nemůže v zařízení provádět auditorskou činnost po dobu čtyř let. Po ukončení auditorského šetření tým auditorů vytvoří závěrečnou zprávu, která buď potvrdí či vyvrátí akreditaci zdravotnického zařízení. Akreditace se uděluje na dobu tří let a posléze by zařízení mělo být neakreditováno (Akreditace zdravotnických..., 2010).

Zdravotnická zařízení mají několik důvodů proč systém řízení kvality zavádět. Několik základních bude uvedeno v následující kapitole.

1.4.4 Důvody k zavádění systému řízení kvality ve zdravotnických zařízeních

Primárním důvodem je nařízení zavádění určitého stupně kvality zdravotnickým zařízením dle zákona 372/2011 Sb., který v § 47, bodu 3, písmena b, uvádí, že zdravotnické zařízení musí zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb; minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení je uvedeno níže.

Zákonem nařízené minimální požadavky pro zavedení interního hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotnických služeb

Zavedením tohoto systému zajišťujeme kvalitu prováděných procesů ve zdravotnictví. Jednotlivé požadavky formulovala Rada EU v „Doporučení o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotnickou péčí“, Úřední Věstník 2009/C 151/01 WHO/ Aliance pro bezpečí pacientů a program WHO/ Nemocnice podporující zdraví. Provádí se interním sebehodnocením podle určitých standardů. Cílem tohoto sebehodnocení by měl být kritický náhled na kvalitu poskytované péče a nalezení nejslabších částí systému. Na závěr sebehodnocení si poskytovatel identifikuje oblasti, ve kterých se mu daří dobře, nebo v nich splňuje podmínky jen částečně, popřípadě nesplňuje

podmínky vůbec. Sebehodnocení má sedm základních standardů, které jsou uvedeny ve věstníku Ministerstva zdravotnictví č. 5/2012 a jsou následující:

- zavedení resortních bezpečnostních cílů jako například prevence pádů, bezpečná identifikace pacienta, prevence záměny pacienta, zavedení optimálních postupů při hygieně rukou, bezpečná komunikace, bezpečné předávání pacienta a bezpečné používání léčebných prostředků s vyšší mírou rizikovosti,
- řešení neodkladných stavů,
- dodržování práv pacientů a osob jim blízkým,
- sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí,
- sledování spokojenosti pacientů,
- dodržování personálního zabezpečení zdravotní péče,
- dodržování sledování a uveřejňování objednacích dob pacientů na zdravotní výkony.

Výsledek hodnocení má tři doporučené hodnotící stupně a to:

- splněno – poskytovatel má zaveden požadující systém nebo proces,
- nesplněno – poskytovatel nemá požadovaný standard zaveden,
- nehodnoceno – určité specifické činnosti nemusí mít všechna zařízení zavedena.

Dle uvedených standardů je evidentní snaha o zřízení systému, který bude minimalizovat rizikové činnosti, shromažďovat potřebná data, posuzovat potenciální možnosti ke zlepšení kvality a hlavně dbát na bezpečnost pacienta. (Věstník č. 5/2012, c2012)

Vyšší úhrady od objednatelů zdravotnických služeb

Dle úhradové vyhlášky číslo 324/2014 pro rok 2015 v § 9, článek 2 je rozdíl ve finanční hodnotě bodu za stejný výkon na akreditovaném pracovišti a na pracovišti neakreditovaném.

Úhradová vyhláška číslo 324/2014 pro rok 2015 v § 9, v článku 2, písmena b uvádí, že akreditovaná pracoviště v následujících odbornostech (transfuzní služba, klinická biochemie, lékařská mikrobiologie, lékařská parazitologie, lékařská virologie, patologická anatomie, laboratoř nukleární medicíny, lékařské genetiky a klinické cytologie, laboratoř hematologická a laboratoř mykologická) mají v seznamu výkonů hodnotu bodu 0,70 Kč a fixní složku úhrady 0,37 Kč. Tyto hodnoty platí ovšem jen pokud poskytovatel prokáže, že je v hodnoceném období držitelem osvědčení o akreditaci dle ČSN ISO 15189

o osvědčení o auditu II Národního akreditačního střediska pro klinické laboratoře (NASKL). Pokud poskytovatel neprokáže, že má pracoviště akreditovaná, hodnota bodu klesá na částku 0,55 Kč. Fixní částka zůstává v obou případech stejná.

Jak uvádí úhradová vyhláška číslo 324/2014 pro rok 2015 v § 9, v článku 2, písmena c, mají v seznamu výkonů u odborností laboratoř hematologická a laboratoř klinické cytologie hodnotu bodu 0,50 Kč a fixní složka úhrady činí 0,20 Kč. Tyto hodnoty platí pouze pro akreditovaná pracoviště dle ČSN ISO 15189 anebo doloží osvědčení o auditu II NASKL. Pokud ovšem pracoviště neprokážou certifikaci, hodnota bodu klesá na částku 0,40 Kč. Fixní částka zůstává na hodnotě 0,20 Kč.

Je tedy v eminentním zájmu zdravotnických zařízení mít pracoviště, kde dochází k úhradovým rozdílům, akreditované.

Především jde o ochranu pacienta, ale také o ochranu zdravotníka před případnými žalobami. Obecně lze tento proces popsat jako řízení rizik ve zdravotnických zařízeních. V následující kapitole si tuto problematiku přibližujeme.

1.4.5 Úvod do problematiky řízení rizik ve zdravotnických zařízeních

Příliš málo z probíhajících procesů ve zdravotnickém zařízení proběhne dle předem známého scénáře. Důvodů je mnoho, počínaje velkým množstvím účastníků procesu, rozdílných povah, názorů, odborností, přes chronický nedostatek finančních prostředků, lobby zájmových a mocenských skupin až po praktický konstantní stres všech účastníků procesu, vycházející z povahy poskytovaných služeb. Při střetu všech těchto vnějších i vnitřních vlivů vzniká mnoho rizikových situací, které je potřeba popsat, nalézt nejlepší řešení k nápravě či prevenci a tím i samotnou rizikovou situaci eliminovat. (Škrlová a Škrlová, 2008).

Co to vlastně je riziko? Jak uvádí autoři (2008, s. 12), „*riziko představuje kombinaci pravděpodobnosti výskytu nežádoucího jevu a stupně negativního dopadu takového jevu na výstup procesu*“.

A co je vlastně proces řízení rizika? Jak uvádí Petr a Magda Škrlovi (2008, s. 17), „*řízení rizik je proces identifikování, vyhodnocování potenciálních nebo aktuálních rizik, které*

mohou být zdrojem zranění, finanční ztráty nebo ztráty dobré pověsti zdravotnického zařízení.“

Z pohledu zdravotnictví je pojem riziko úzce svázán se snahou o maximální eliminaci a zajištění bezpečné ošetrovatelské a léčebné péče v globálním hledisku. Riziko je projevem něčeho, co může nastat a pokud se něco takového stane, bude tím něco, nebo někdo negativně ovlivněn. Riziko si nelze plést se slovem hazard. Hazardem je vnímáno záměrné nerespektování směrnic a nařízení a tím pádem i zásadním podceněním rizika (Škrla a Škrlová, 2008).

Řízení rizik z pohledu kontinuálního zvyšování kvality

Jak již bylo řečeno, řízení rizik je hlavně předcházení a eliminace potenciálního rizika. Úkolem manažera rizik je navrhování takových řešení a opatření ve zdravotnickém zařízení, aby došlo k významnému snížení výskytu potenciálních rizik. V souladu s kontinuálním zvyšováním kvality si můžeme popsat jednotlivé cíle, které zároveň řídí i riziko:

- implementace efektivního procesu hlášení a prevence mimořádných událostí,
- zavedení fungujícího systému hlášení a prevence nozokomiálních infekcí,
- zavedení kvalitního systému řízené dokumentace,
- zavedení procesu efektivního hlášení a řešení stížností ze strany pacientů i zaměstnanců,
- implementace efektivního systému prevence pochybení zdravotníků,
- vytvoření registru současných rizik,
- preventivní opatření před soudními spory,
- preventivní opatření před kriminalitou,
- zavedení systému interních auditů, které se zaměřují na bezpečnost procesů a nemocničního prostředí.

Z výše uvedených cílů řízení rizika je patrný průnik s cíly při zavádění managementu kvality. Obě tyto oblasti musí v nemocničním prostředí vzájemně intenzivně komunikovat a spolupracovat (Škrla a Škrlová, 2008).

Je třeba si také uvést, s jakými nedostatky obecně se současný risk management potýká.

Nedostatečnost současného risk managementu

Pokud chceme dojít k excelenci, má před sebou risk management ještě dlouhou cestu. Zvláště pak v regionu středovýchodní Evropy je risk management v řadě organizací využíván jen ve vybraných oblastech své činnosti a není vnímána potřeba komplexního řízení rizika (Kafka, 2009).

Jak uvádí ten samý autor (2009, s. 101) *„nedostatek plánování nebo opatření reagujících na rizika organizace mohou skutečně vést až k ohrožení její samotné existence. Na druhé straně nadměrná opatření vedou ke ztrátě příležitostí. Střední cesta zahrnuje správný odhad rizik a maximalizuje zisk společnosti.“*

V současnosti se čím dál častěji vyskytují žaloby na zdravotnická zařízení a čím dál častěji se poškozeným pacientům přisuzují horentní sumy v podobě odškodnění. Takovýto prohraný soudní proces opravdu může samotnou existenci zdravotnického zařízení ohrozit, nebo výrazně zasáhnout do výsledku hospodaření. Stejně tak je patrná touha, aby nemocnice byly ziskové, nebo aspoň hospodařily s vyrovnaným rozpočtem. Správné zavedení systému řízení rizik může pomoci se případné ztrátě vyhnout.

V následující kapitole bude popsán přístup k řízení rizika dvou stěžejních systémů v oblasti kvality v ČR a to akreditace a certifikace dle ISO 9001.

Řízení rizik a akreditace

Systém akreditace v podstatě převzal filozofii od mezinárodně uznávané organizace v oblasti standardu kvality a bezpečnosti péče JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations). Akreditace klade důraz na standardizovanou léčebnou a ošetrovatelskou péči a samotné standardy se týkají medikačního procesu, prevence nozokomiálních infekcí, klade důraz na informované souhlasy pro pacienty, správnou a jistou identifikaci pacienta, stravovacího provozu a na správné třídění a likvidaci odpadů. Ke splnění akreditace je potřeba splnit stanovené indikátory, které jsou uvedeny v manuálu akreditačních společností. Pomocí stanovených indikátorů se vyhodnocuje plnění potřebných standardů. Zdravotnické zařízení může indikátory aplikovat do svého provozu a například jedním z nástrojů řízení kvality tj. interními audity zjišťovat jejich plnění a dodržování. V případě neshod sjednat nápravu a prověřit dalším

interním auditem. Před samotnou akreditací je možné využít možnosti takzvaného předakreditačního šetření, které probíhá v podobném duchu jako samotná akreditace a upozorní zdravotnické zařízení na nedostatky či chybný výklad standardů bez jakýchkoliv důsledků pro akreditační šetření. I přes všechny tyto možnosti dochází u některých zdravotnických zařízení k opakovaným neúspěchům při získávání akreditace. Mezi nejčastější důvody nezískání akreditace zařazujeme:

- nedostatečná orientace v akreditačních standardech,
- nesprávný výklad akreditačních standardů,
- nepříložením dostatečné váhy k některým požadavkům,
- nedostatečné lpění na dodržování standardů,
- neochota k plnění požadavků na všech odděleních zdravotnického zařízení,
- neochota manažerů kvality k nulové toleranci při nedodržování vnitřních směrnic.

Před blížící se akreditací je v zařízení mezi pracovníky cítit určitá nervozita i obava, jestli už vše funguje v souladu se standardy, ale také vidina úspěšné akreditace. Případný neúspěch může u zaměstnanců vyvolat ztrátu sebedůvěry, ztrátu zájmu o problematiku a pocit zklamání. Manažer rizik i kvality by i z tohoto důvodu měli dbát ohled na důsledné snižování rizika neúspěchu (Škrála a Škrlová, 2008).

Řízení rizik a ISO 9001

Velkým a závažným krokem byl pro české zdravotnictví vstup do EU, protože jsme se vstupem převzali i standardy EU a ty nás budou zcela jistě ovlivňovat. Evropská legislativa je známá svým zaujetím pro kvalitu a bezpečnost práce ve zdravotnictví. Jedním ze systémů, který vede zdravotnická zařízení k excelenci, je právě ISO 9001:2000. Jeho stěžejní linkou jsou procesní řízení, zacílení na zákazníka a zaměstnance, správné vedení dokumentace a neustálé zlepšování kvality. Tento systém má z pohledu řízení rizik důležitý cíl a to dosažení trvalé shody mezi požadavkem na produkt a produktem. Zdáli můžeme chápat riziko jako neshodu s požadovaným, pak právě systém ISO 9001 nabízí řešení zdravotnickým i nezdravotnickým provozům v rámci nemocnice se snížením provozních rizik. O funkčnosti systému se můžeme přesvědčit převážně v průmyslových odvětvích, kde se systém podařilo implementovat mnohem rychleji a efektivněji (Škrála a Škrlová, 2008).

Úkolem vrcholového managementu je seznámení se systémy řízení kvality a rizik, působit na své zaměstnance a vzbudit v nich zájem pro neustálé zlepšování. Nejspíš jen tímto způsobem budou moci zdravotnická zařízení dohnat stupeň implementace systému řízení kvality a rizik v soukromých podnicích.

2 Analýza současného stavu řízení kvality ve vybraném podniku

V úvodu praktické části představíme Nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o. a to včetně historického vývoje, přehledu vývoje řízení kvality a následně popíšeme současný stav řízení kvality, detailněji pak na oddělení zásobování a obchodu včetně analýz a identifikací potenciálních neshod.

2.1 Historický vývoj nemocnice v Jablonci nad Nisou

Městské zastupitelstvo a okresní zastupitelstvo na svém zasedání v roce 1875 rozhodlo o zřízení nemocnice, která také byla za čtyři roky dokončena a prohlášena za veřejnou. V době otevření měla nemocnice 70 lůžek a v roce 1880 v ní bylo ošetřeno 719 pacientů. K další zásadní přestavbě nemocnice se přistoupilo až v roce 1990, kdy od května byly započaty práce na její přestavbě. Za stávajícím interním a chirurgickým pavilonem byl postaven další šestipatrový pavilon, kam byla v březnu 1994 postupně přestěhována interní a chirurgická oddělení s ambulancemi. Po celkově významné rekonstrukci celého areálu se v roce 2005 Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o. mohla chlubit patnácti lékařskými odděleními včetně centrálních operačních sálů. V roce 2013 byl vybudován zcela nový pavilon onkologie a tím i došlo ke kompletnímu sestěhování všech oddělení do areálu nemocnice.

2.2 Současnost a Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o.

Zřizovatelem nemocnice je od 1. ledna 2003 statutární město Jablonec nad Nisou. V současnosti je nemocnice komplexem 16 zdravotnických oddělení a to těchto odborností:

- ARO,
- centrum doléčování a rehabilitace,
- gastroenterologie,
- gynekologicko-porodnické oddělení,
- chirurgické oddělení,
- interní oddělení,
- laboratoř - klinická biochemie a hematologie,

- operační sály a sterilizace,
- ortopedické oddělení,
- ORL ušní, nosní, krční,
- patologie,
- pediatrické oddělení,
- radiodiagnostické oddělení,
- rehabilitace a fyzikální medicína,
- urologické oddělení.

Nemocnici tvoří také nezdravotnická část, tzv. hospodářsko-technická správa, která se skládá ze tří odborů:

- odbor ekonomický (finanční účtárna, mzdová účtárna, účtárnu stavování a hlavní pokladna),
- odbor provozu a správy majetku (velín, prádelna, provozní odbor a stravovací provoz),
- odbor technického zabezpečení (oddělení biomedicínského inženýrství, oddělení telekomunikačního provozu, investiční oddělení a inventarizace majetku),

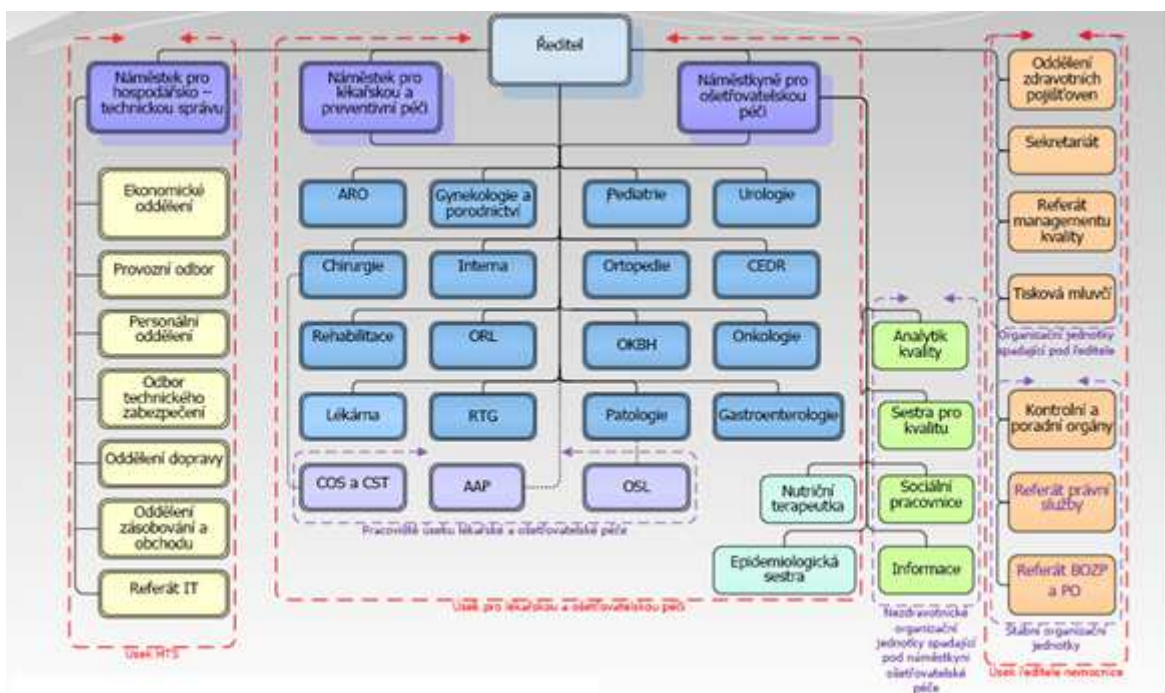
a čtyř samostatných oddělení:

- oddělení zásobování a obchodu,
- personální oddělení,
- oddělení IT,
- oddělení dopravy (dispečink zdravotní služby, sanitní vozidla, hospodářská vozidla).

Dále nemocnice provozuje svojí vlastní lékárnu, součástí pediatrického oddělení je základní a mateřská škola. Neopominutelnou částí nemocnice je i referát managementu kvality. Outsourcingových služeb nemocnice také využívá a to v oblasti právního poradenství, zajišťování bezpečnosti práce a požární ochrany, úklidové služby a částečně informační technologie.

Mezi vrcholové vedení nemocnice patří ředitel nemocnice a pod ním působící náměstci: náměstek pro lékařskou a preventivní péči, který má na starosti všechny lékaře v nemocnici, náměstek pro ošetrovatelskou péči, tzv. hlavní sestra, pod kterou spadají

všechny vrchní a ostatní nelékařský zdravotnický personál a v neposlední řadě náměstek pro hospodářsko-technickou správu, pod kterého spadají hospodářsko-technické odbory a oddělení. Do středního managementu se počítají vrchní sestry a vedoucí odborů a oddělení. Na obrázku č. 1 je možné vidět ilustrativní vyjádření organizační struktury nemocnice Jablonec nad Nisou.



Obr. 1: Organizační struktura Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o.
Zdroj: interní materiály Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o.

Aktuálně má nemocnice 310 akutních lůžek a 67 lůžek následné péče a zajišťuje zdravotní péči pro spádovou oblast zhruba 90 000 obyvatel. O pacienty se stará 128 lékařů, 385 středních a 131 nižších nelékařských pracovníků, 74 dělníků a 51 pracovníků technicko-hospodářské správy. V roce 2014 bylo v nemocnici hospitalizováno 15 503 pacientů, provedeno 6 777 operačních výkonů a uskutečněno 1 326 porodů.

2.3 Řízení kvality v Nemocnici Jablonec nad Nisou

Nemocnice Jablonec má stanovené čtyři základní cíle:

1. spokojený pacient,
2. spokojený zaměstnanec,
3. vysoká odborná úroveň,
4. ekonomická stabilita organizace.

Ani jeden z cílů nemá prioritu a všechny čtyři spolu úzce souvisí. Pokud by se nedařilo některý z cílů dobře plnit, ostatní cíle by byly též negativně ovlivněny. Uvedené strategické cíle významně zasahují i do systému řízení kvality a jsou na ně navázány i další aktivity managementu kvality.

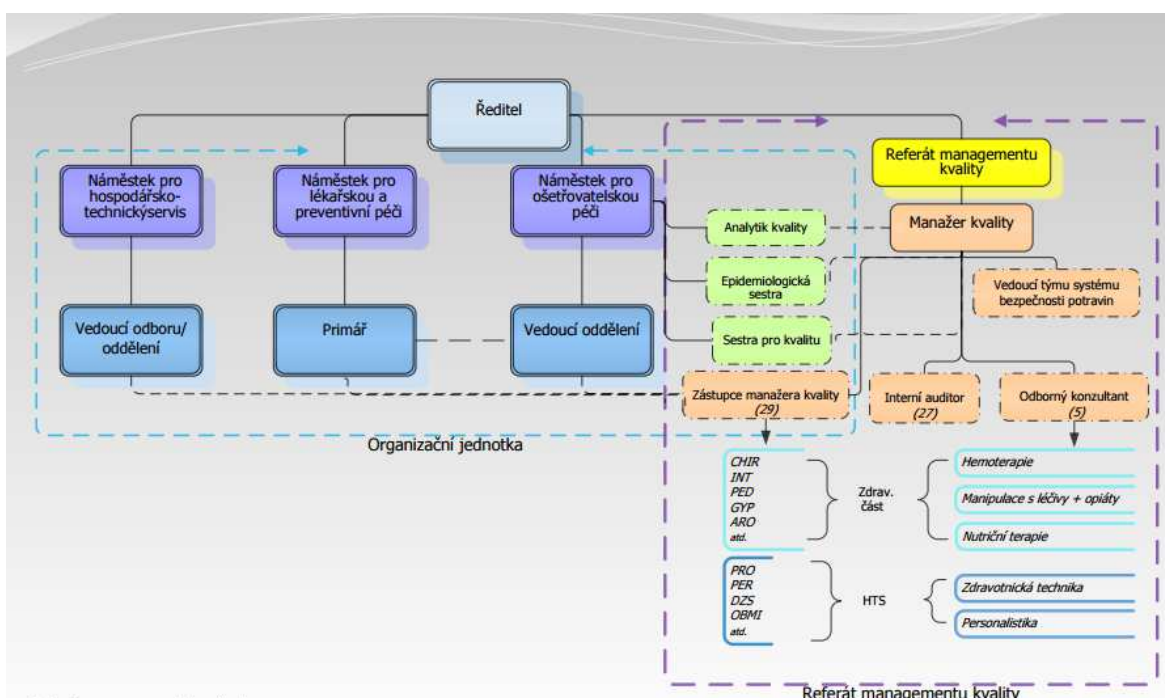
2.3.1 Historický vývoj řízení kvality v nemocnici

Od roku 2006 má nemocnice zaveden systém hlášení nežádoucích a mimořádných událostí, které mohou ohrozit jak pacienty, tak samotné zaměstnance nemocnice. Data jsou pečlivě sledována a analyzována. Na základě výstupů z těchto analýz jsou přijímána preventivní opatření, která zabraňují jejich případnému opakování. Přelomovým rokem v oblasti řízení kvality byl rok 2007, kdy se podařilo certifikovat podle normy ČSN EN ISO 9001:2000 převážnou část hospodářsko-technické správy a část zdravotnických provozů, a to operační sály, centrální sterilizaci, radiodiagnostické oddělení a pracoviště lékárny. V horizontu následujících dvou let se nemocnice připravovala na akreditaci dle národních standardů Spojené akreditační komise. V roce 2009 se nemocnici podařilo obhájit dozorový certifikát kontroly a řízení kvality ISO 9001. Srpen 2010 byl úspěšný pro stravovací provoz, jenž získal certifikaci dle systému HACCP. Po úspěšné obhajobě certifikátu ISO 9001 si v říjnu 2010 nemocnice nechala úspěšně prověřit všechny procesy dle standardů Spojené akreditační komise České republiky a tříletou akreditaci získala. V tomtéž roce se jablonecká nemocnice zapojila do projektu hlášení a analyzování nežádoucích událostí pod záštitou 3. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a od ledna následujícího roku nemocnice zasílá elektronickou formou hlášení o nežádoucích událostech. V roce 2011 se oddělení klinické biochemie a hematologie podařilo splnit podmínky Auditů I Národního autorizačního střediska pro klinické laboratoře. Rok 2012 byl z hlediska řízení kvality úspěšný pro tři oddělení. Patologie a ordinát soudního lékařství absolvoval audity NASKL I a II. Oddělení klinické biochemie a hematologie úspěšně prošlo externím auditem ČIA dle normy ČSN EN ISO 15189:2007 a v neposlední řadě se stravovacímu provozu opět podařilo projít externím, dozorovým auditem dle systému HACCP. Přípravou na obhájení akreditace dle standardů SAK z roku 2010 byl zatížený rok 2013, a to se také v listopadu povedlo. Rok 2014 byl poznamenaný úspěšným dozorovým auditem ČIA dle normy ČSN EN ISO 15189:2007 na oddělení klinické biochemie a hematologie, a také úspěšným dozorovým auditem NASKL na patologickém oddělení.

Na počátku roku 2015 se uskutečnila certifikace systému bezpečnosti potravin na stravovacím oddělení dle normy ČSN EN ISO 22000:2006.

2.3.2 Začlenění řízení kvality do organizační struktury nemocnice

System managementu kvality a navazující program zvyšování kvality je již zaveden v celé nemocnici. Všechny pracovní pozice a jednotlivá pracoviště uvedená na obrázku č. 1 se podílejí na systému řízení kvality. Auditní a kontrolní činnost spadá pod referát managementu kvality, který je přímo podřízen řediteli nemocnice. Odpovědnou osobou je manažer kvality. Organizační strukturu referátu managementu kvality si přiblížíme na obrázku č. 2.



Obr. 2: Organizační struktura referátu managementu kvality

Zdroj: interní materiály Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o.

Prostředníky mezi manažerem kvality a jednotlivými odděleními jsou zástupci manažera kvality. Tyto zástupce jmenuje ředitel nemocnice. Na řízení kvality v nemocnici se přímo podílí další dvě pracovní pozice, a to sestra pro kvalitu a analytik kvality. V rámci systému řízení kvality bylo nutné vytvořit tým interních auditorů, který je dle potřeby doplňován odbornými konzultanty. V týmu interních auditorů je v současné době 27 osob a jsou v něm zastoupeny všechny pracovní pozice napříč nemocnicí od lékařů, přes nelékařské zdravotní pracovníky po zaměstnance hospodářsko-technické správy. V následující části

budou představeny indikátory kvality, které si nemocnice stanovila v souladu se standardy řízení kvality.

Indikátory kvality

V nemocnici jsou dva typy indikátorů, a to celonemocniční, za které je odpovědný manažer kvality spolu s vedením organizace a indikátory na jednotlivých odděleních, za které jsou odpovědní vedoucí se zástupcem manažera kvality. Indikátory celonemocniční podléhají schválení ředitele nemocnice a manažera kvality. Indikátory na oddělení, dle typu, bud ředitelem nebo náměstkem HTS a manažerem kvality. Celá organizace má nastaveny tyto indikátory kvality:

- nežádoucí události,
- nozokomiální a protiepidemická opatření,
- výstupy z interních a externích auditů,
- ošetrovatelské a lékařské indikátory,
- dodržování RBC,
- spokojenost pacientů,
- stížnosti a pochvaly,
- spokojenost zaměstnanců,
- vedení zdravotnické dokumentace,
- ukazatele NRC,
- hospodaření nemocnice, limity a počty bodů.

Co se týče indikátorů na odděleních, tak ty mají mít vliv na tyto okruhy:

- návaznost na hlavní cíle nemocnice,
- potřeby pacientů a zaměstnanců,
- péče o pacienty, bezpečí a práv pacient,
- bezpečí zaměstnanců,
- rizik v přímé péči o pacienta a rizik nezdravotnických,
- zvýšení či snížení nákladů a výnosů,
- výkonnosti procesů,
- zjištění z předchozích analýz,
- legislativních požadavků a akreditačních standardů.

Výsledky z monitorování a měření jsou dále analyzovány a na základě těchto analýz se zpracovávají výstupy, které by měly vést k prevenci nežádoucích událostí, tvorbě případných opatření k nápravě, zkvalitňování a neustálému zlepšování procesů v nemocnici.

Po představení Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o. si představíme i oddělení zásobování a obchodu, ze kterého bude největší díl praktické části vycházet.

2.4 Charakteristika oddělení zásobování a obchodu

Jak již bylo avizováno výše, nebudeme popisovat celý konglomerát řízení kvality v jablonecké nemocnici a to z důvodu velmi širokého spektra odvětví a služeb, kam se všude řízení kvality soustřeďuje. Vycházet budeme z hlubší analýzy na oddělení zásobování a obchodu a procesů v něm probíhajícím, které ovšem mají úzkou souvislost i s následnými procesy v celé nemocnici a významně zasahují do oblasti řízení kvality. Důvodem pro toto omezení je pracovní zařazení autora diplomové práce na oddělení zásobování a obchodu (dále jen OZO) a tudíž i dobrá znalost interních procesů v něm a úzká provázanost na ekonomiku nemocnice.

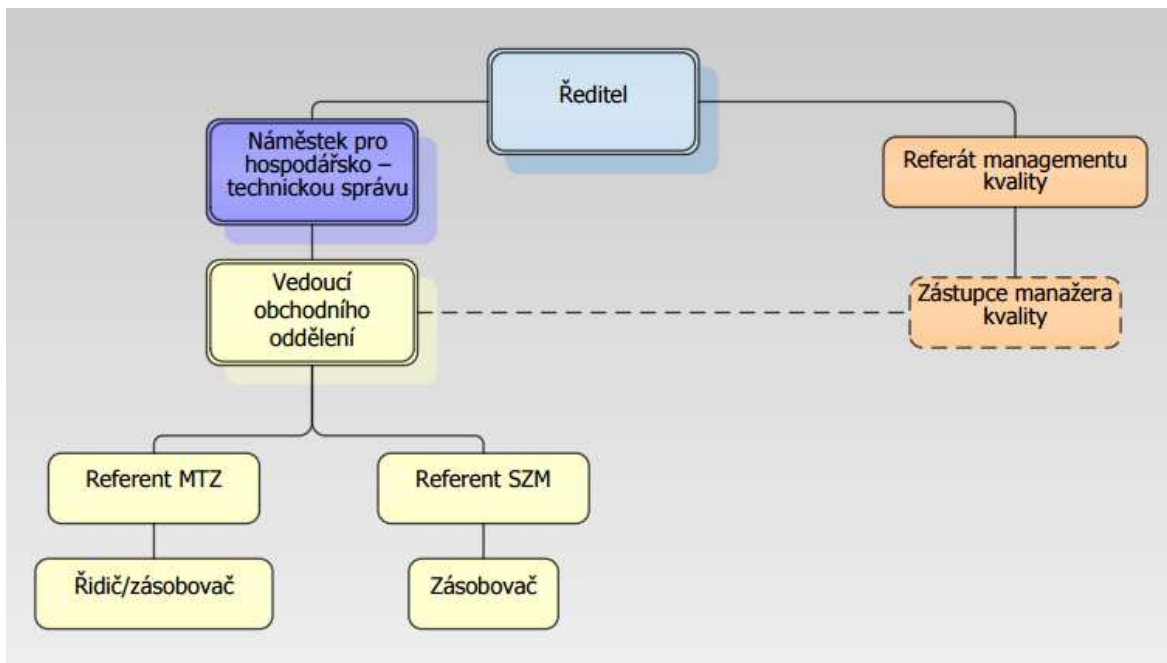
Dle zásad pro vypracování diplomové práce zanalyzujeme současný stav na OZO. Na základě této analýzy identifikujeme potenciální neshody se systémem řízení kvality na OZO a v celé nemocnici, navrhneme vlastní, možná opatření na optimalizaci procesů na OZO, i v celé řadě následných kroků. Na závěr praktické části shrneme navrhované řešení.

V následující části krátce popíšeme roli OZO v nemocničních procesech a představíme organizační strukturu tohoto oddělení.

OZO vzniklo spojením dvou dříve odlišných oddělení a to oddělením, které mělo na starost pouze spotřební zdravotnický materiál (SZM) a oddělením materiálně-technického zabezpečení (MTZ). Důvodem pro vznik byla potřeba sloučit místa nákupu pod jedno oddělení s jasně danou organizační strukturou včetně určení odpovědností, kompetencí a vedení.

V následující části představujeme organizační strukturu oddělení na obr. 3 a krátce popíšeme jednotlivé pozice a povinnosti s nimi spojené. Určení povinností je velmi

důležité při případných neshodách v systému řízení kvality v návaznosti na fungování interních procesů.



Obr. 3: Organizační struktura OZO

Zdroj: interní materiály Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o.

Vedoucí OZO

Úlohou vedoucího je legislativně správně obsáhnout a zaštitit nákup zdravotnického i nezdravotnického materiálu pro potřeby nemocnice a to včetně výběru materiálu i dodavatele. Vedoucí oddělení je také jmenován jako zástupce manažera kvality pro OZO a působí v této oblasti jako prostředník mezi manažerem kvality a oddělením. Zároveň je odpovědný za dodržování a naplňování směrnic a standardů při procesech uvnitř oddělení, které ve většině případů navazují na další procesy a činnosti v celé nemocnici.

Referent SZM

Pracovník působící na této pozici přijímá požadavky od osob oprávněných k objednávání zdravotnického materiálu v rámci nemocnice. Těmito osobami jsou vrchní či staniční sestry jednotlivých zdravotnických oddělení. Dále požadavky kontroluje, zda nedochází k nesmyslně malé či velké objednávce, požadavky transformuje do objednávek, které následně zasílá dohodnutým dodavatelům. Při vykrývání objednávek ze strany dodavatelů kontroluje došlé zboží, identifikuje a označením připravuje na rozvoz po nemocnici. Závěrem celého procesu je elektronické přijetí došlého zboží dle daňových dokladů do

databázového systému a interní vyskladnění na jednotlivá nákladová střediska. Takto připravené podklady jsou zasílány na finanční účtárnu. Referent SZM je také zodpovědný za srozumitelnou databázi zdravotnického materiálu v objednávkovém systému a slouží jako poradní orgán pro osoby oprávněné k objednávání zdravotnického materiálu.

Referent MTZ

Je to pracovník, který má na starosti materiálně-technické zabezpečení nemocnice. Obecné povinnosti a pracovní procesy vyplývající z pozice jsou prakticky totožné jako u referenta SZM, akorát předmět oběhu není zdravotnický materiál, ale všechny ostatní spotřební materiál. Oproti referentovi SZM má referent MTZ menší výjimku v tom, že nevykřívá požadavky pouze zdravotnických oddělení, ale všech článků hospodářko-technické zprávy viz představení současného uspořádání jablonecké nemocnice na Obr. 1.

Řidič, zásobovač

Tento pracovník má starosti rozvoz zdravotnického a spotřebního materiálu po areálu nemocnice a je zodpovědný za jeho bezpečný převoz, předání správné osobě na správné oddělení. Dále má k dispozici hospodářské vozidlo, které používá k zajišťování nákupů spotřebního materiálu v blízkém okolí. Dle povahy jeho náplně práce je spíše využíván referentem MTZ.

Zásobovač

Stejně jako řidič, zásobovač má na starosti rozvoz zdravotnického a spotřebního materiálu po areálu nemocnice včetně všech odpovědností. K těmto povinnostem mu ještě přibývá rozvoz čistého a svoz špinavého prádla do nemocniční prádelny a rozvoz léčivých prostředků z nemocniční lékárny na jednotlivá zdravotnická oddělení. I přes příslušnost k obchodnímu oddělení, je zásobovač také k dispozici potřebám nemocniční prádelny a lékárny.

Po úvodním představení OZO budeme popisovat prvky řízení kvality, které navazují na celonemocniční systém řízení kvality.

2.4.1 Řízení kvality na oddělení zásobování a obchodu

V rámci řízení kvality v nemocnici jsou stanoveny prvky a procesy, které si musí jednotlivá oddělení stanovit a plnit. Ty, které se týkají OZO, jsou popsány následně.

Oddělení má vypracovaný organizační řád – organizační řád je součástí řízené dokumentace nemocnice a popisuje všechny činnosti na oddělení, jejich souslednost, práva a povinnosti pracovníků a slouží jako informace pro ostatní pracovníky nemocnice o činnostech na oddělení.

Oddělení má stanovené cíle kvality – na oddělení se každý rok stanovují minimálně dva cíle kvality, které se následující rok ve spolupráci s manažerem kvality analyzují a hodnotí, zda došlo k jejich naplnění či nikoliv. Cíle kvality jsou vytvářeny metodou SMART a jsou nastavovány tak, aby navazovaly či souvisely se čtyřmi hlavními cíly nemocnice tj. spokojený zaměstnanec, spokojený pacient, ekonomická stabilita a vysoká odborná úroveň. Cíle kvality OZO předkládá vedoucí oddělení prostřednictvím manažera kvality a schvaluje náměstek HTS.

Oddělení má nastaven monitoring (indikátory kvality) – na oddělení je nastaven systém sledování vybrané části procesu a využívá se k možnému zlepšení stavu, jež se může promítnout v cílech kvality na příští období. Jednou ročně se údaje z monitoringu analyzují a zpracují do hodnotící zprávy.

Oddělení má zveřejněn seznam dokumentace – dokumentace, která je součástí celonemocničních procesů a vychází z činnosti OZO. Tato součást řízené dokumentace je veřejně přístupná všem potenciálním zájemcům z řad nemocnice.

Oddělení má plán školení – každoročně se vypracuje harmonogram budoucích školení. Některá navazují na nemocniční standardy kvality a legislativy, jako například bezpečnost a ochrana zdraví při práci, požární ochrana, hygiena rukou a některá na konkrétní pracovní pozici jako například školení řidičů. Plán školení pomáhá předcházet případnému opomenutí některého z povinných školení. Součástí plánu školení jsou také kurzy pro další profesní a osobní rozvoj zaměstnanců OZO.

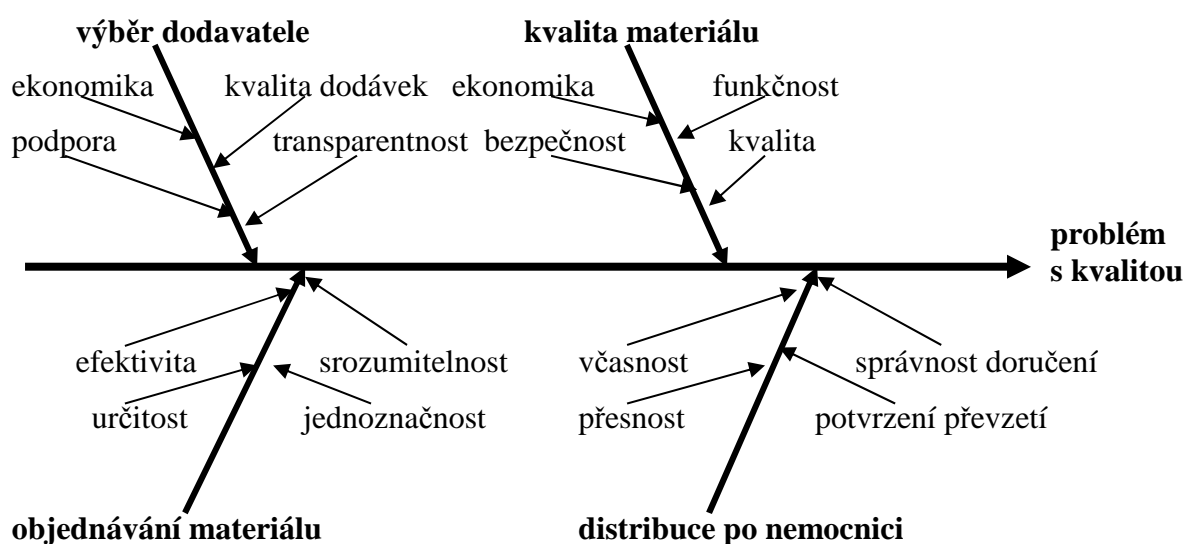
Všechny dokumenty jsou zveřejněny na nemocničním intranetu a na společném disku, který je pro řízení kvality vyčleněn.

2.4.2 Popis činností oddělení a identifikace potenciálních nehod

V této kapitole bude detailněji popsána činnost oddělení, která je rozdělena na čtyři stěžejní prvky a je jim v rámci řízení kvality věnována největší pozornost:

1. výběr dodavatele,
2. zkoušení vybraného materiálu,
3. forma objednávání materiálu,
4. distribuce materiálu po nemocnici.

Každý prvek včetně vlastností s ním spojených představuje Ishikawův diagram.



Obr. 4: Ishikawův diagram – Základní činnosti OZO a na ně navázaná potenciální rizika

Zdroj: vlastní zpracování

Ishikawův diagram představuje základní a na ně navázané vedlejší činnosti na OZO, které představují potenciální rizika v činnosti OZO i v systému řízení kvality v podniku.

V následující kapitole budeme podrobněji popisovat základní činnosti s navázáním na vydefinovaná potenciální rizika, jež mohou být s činnostmi spojená. Budeme k nim hledat taková opatření, která budou případná rizika a neshody minimalizovat.

Výběr dodavatele

Nemocnice jako příspěvková organizace musí dodavatele vybírat dle zákona 137/2006 Sb. o veřejných zakázkách. Jakým způsobem bude dodavatel vybrán, závisí především na předpokládané finanční hodnotě zakázky bez daně z přidané hodnoty. Veřejné zakázky se dle zákona 137/2006 Sb. o veřejných zakázkách dělí do tří základních skupin:

1. nadlimitní veřejná zakázka – jakožto příspěvková organizace města Jablonec nad Nisou má dle zákona 137/2006 Sb. pro nadlimitní veřejnou zakázku stanoven limit 5 244 000,- Kč bez DPH,
2. podlimitní veřejná zakázka – u tohoto typu je dle stejného zákona minimální hranice stanovena na 2 000 000,- Kč za zakázku bez DPH,
3. veřejná zakázka malého rozsahu – všechny zakázky, které dle výše uvedeného zákona nepřesáhnou hranici 2 000 000,- Kč bez DPH.

I přes různá specifika každého typu veřejné zakázky, obecný postup při výběru dodavatele je prakticky identický.

Veřejné soutěži předchází identifikace a specifikace materiálu, který bude soutěžen. Poté se seznam materiálu vyvěsí na profilu zadavatele veřejné zakázky či se rovnou osloví konkrétní firmy. Zákon stanoví lhůty pro zaslání cenové nabídky, ze které posléze vychází potenciální vítěz. V některých případech jsou od uchazečů veřejné zakázky požadovány vzorky nabízeného materiálu, který je testován na vybraném pracovišti. Výstup z testování je součástí hodnocení jednotlivých nabídek spolu s nabídkovou cenou.

Pokud budeme přistupovat k výběru dodavatele jen jako k procesu a samotnou kvalitu dodávaného materiálu a s ním spojené neshody necháme na další část, nejvýznamnější neshodou je nedodržení zákonnosti procesu. Přesto existují při výběru dodavatele i jiné aspekty, na které je nutné upřít pozornost a které mohou ovlivnit kvalitu dodavatelských služeb. Jedná se především o včasnost dodávek. Nemocnice má nastaven systém přímého zásobování v týdenním cyklu, tzn., jeden týden se zbožím objedná, následující týden se objednávka vykryvá. Úplnost dodávek je dalším ukazatelem kvalitního dodavatele. Nemocnice drží malé množství materiálu skladem na jednotlivých odděleních a neúplné dodávky způsobují problém. Dalším důležitým kritériem je podpora ze strany obchodních zástupců firmy. V dodavatelskoodběratelském vztahu se občas vyskytnou situace, které je nutné rychle a adekvátně řešit, zvláště pak v nemocničním prostředí. Dobrá angažovanost

obchodního zástupce může problémům předcházet, popřípadě u již nastalých problémů směřovat k rychlé nápravě. Tyto vlastnosti dodavatele se ovšem projeví až po samotném výběru dodavatele. Případným neshodám jde jen velmi těžko předcházet a řeší se až po vzniku problému. Proto se těmto případným neshodám v této části nebudeme věnovat a budeme se soustředit na dodržování zákonnosti zmíněné výše.

Vrcholným dokumentem řízení dokumentace v nemocnici je v této oblasti Směrnice pro nakupování, která popisuje odpovědnosti a pravomoci při výběru dodavatele, kdo je za nemocnici oprávněn nakupovat, také popisuje průběh výběrového řízení a člení veřejné zakázky. Principem směrnice je ucelený výtah z oboru dané problematiky, který má především informativní charakter a také má uživatelům sloužit jako návod k zákonnému výběru dodavatele. Při analýze tohoto dokumentu byly zjištěny následující neshody, které prezentujeme v tabulce 1.

Tab. 1: Analýza procesu nakupování

výchozí stav	potenciální neshoda
výběr druhu zadávacího řízení	směrnice nekonkretizuje osoby odpovědné za výběr druhu zadávacího řízení
určení finančního objemu zakázky	směrnice nekonkretizuje osoby odpovědné za určení finančního objemu veřejné zakázky
zákon č. 137/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů	dokument neobsahuje všechny potřebné informace k členění veřejné zakázky
vyjádření organizačních jednotek před připravovanou veřejnou zakázkou	absence formuláře, který by umožňoval vyjádření všech zainteresovaných organizačních jednotek před vyhlášením veřejné zakázky

Zdroj: autor, vlastní zpracování

I přesto, že výběr kvalitního dodavatele je spíše ekonomické téma a nevěnuje se mu žádný ze standardů, pro oblast řízení kvality v nemocnici je uvážený výběr velmi důležitý. Na

kvalitě dodávaného materiálu je mnohdy závislý život či zdraví pacienta. Samotnému materiálu bude věnována následující kapitola.

Kvalita používaného materiálu v nemocnici

Kvalita dodávaného materiálu do nemocnice velice úzce souvisí s kvalitou poskytované péče a bezpečností pacienta. Tyto dva prvky jsou nedílnou součástí řízení kvality v organizaci. Z této argumentace vyplývá jasná souvislost mezi používaným zdravotnickým materiálem a řízením kvality. Zdravotnický materiál by měl mít určité vlastnosti, které prokazují jeho kvalitu. Stěžejní popisujeme a uvedeme praktický příklad z nemocničního prostředí:

- funkčnost - infuzní set musí podávat pravidelně a ve stejném objemu infuzní roztok po celou dobu podávání,
- nezávadnost – PVC části zdravotnického materiálu nesmí obsahovat karcinogeny či ftaláty,
- bezpečnost – bezpečnostní prvky proti nežádoucímu vpichu u intravenózních kanyl,
- ekonomičnost – možnost resterilizace a opětovného použití.

Ideální je maximální vyváženost těchto vlastností. Obchodní oddělení ve spolupráci se zdravotnickými odděleními se o tento vzájemný konsensus snaží.

Částečně interní audit a částečně provozní zkušenosti na obchodním oddělení definovaly následné potenciální neshody při výběru materiálu, které jsou k nahlédnutí v tabulce 2. V činnosti oddělení nebyl dosud zaveden systém, který by pomohl neshodám předcházet.

Tab. 2: Analýza procesu výběru materiálu do nemocnice

výchozí stav	potenciální neshoda
smluvní vztah mezi dodavatelem a odběratelem	testovaný nebo nabídnutý materiál je jiný než nakonec dodávaný, tzn., nesouhlasí referenční čísla dodávaného materiálu s nabízeným ve výběrovém řízení
důslednost organizační jednotky	testovaný vzorek materiálu je příliš malý na hodnocení

důslednost organizační jednotky	nezodpovědný přístup k testování soutěženého materiálu
hlášení nežádoucí události	zhoršení kvality materiálu v průběhu zaběhnutého procesu dodávání

Zdroj: autor, vlastní zpracování

System objednávání materiálu

Před více než deseti lety Nemocnice Jablonec nad Nisou používala k zásobování klasické skladové hospodářství, kdy byla většina používaného materiálu držena skladem. Od této doby se vedení nemocnice postupně snažilo přejít na systém přímé spotřeby Just in time, který v nemocnici funguje v současnosti. V praxi to znamená souhrnné objednávání materiálu jednou týdně na základě konkrétních požadavků osob oprávněných k objednávání, které jsou následující týden vykryty. Pro nemocnici v důsledku tohoto systému odpadávají nevýhody v podobě nutnosti provozování skladových prostorů, držení finančních prostředků v zásobách, vyšších personálních nákladů na obsluhu skladu a nákladů na skartaci zboží po uplynutí expirační lhůty.

Proces objednávání materiálu

Vysoutěžený materiál je zaevidovaný do databázového a objednávkového systému. Z tohoto seznamu mohou osoby oprávněné k objednávání realizovat požadavky. Tyto požadavky se jednou týdně na OZO kompletují, kontrolují, převádí na objednávky a zasílají smluvním partnerům. Následující týden se objednávky realizují a požadovaný materiál je doručován do nemocnice.

Na kapitulu objednávání materiálu jsou v oblasti řízení kvality na OZO navázány hlavně indikátory kvality a to konkrétně nastavení cílů kvality a monitoring. V následující části bude analyzován systém monitoringu na oddělení a na něj nastavené cíle kvality, návrh k jejich realizaci a analýza zlepšeného stavu.

Monitoring

OZO působí jako prostředník nákupu mezi odděleními a dodavateli. Do nemocnice je přes OZO nakupováno s menší či větší frekvencí přes 10 000 položek. Dále do systému

objednávání vstupuje neustálý pohyb v položkách z důvodu změn dodavatelů na základě výběrových řízení a trvalý inovační proces, zvláště pak v oblasti zdravotnického materiálu. Velké množství objednávaných položek a neustálé pohyby v databázi materiálů kladou vysoké nároky na správu seznamu položek a působí problémy osobám, které objednávky vytvářejí. Významné množství dotazů při objednávání materiálu bylo jedním z důvodů zasazení monitoringu do této oblasti činností OZO.

Monitoring neboli sledování určitého jevu je navázán na nesrozumitelnost či neurčitost v položkové databázi materiálů v objednávkovém systému. Název indikátoru je Srozumitelnost údajů v objednávkovém systému a sleduje počet dotazů ze strany osob oprávněných k objednávání při vytváření objednávek. Dotazy jsou interně děleny na oprávněné a neoprávněné. Do oprávněných dotazů jsou zahrnuty ty dotazy, které prokazatelně poukazují na nesrovnalost či nesrozumitelnost v databázi položek. Za oprávněné dotazy lze například považovat:

- nesrozumitelnost názvu skladové karty použitím cizích slov,
- nesrozumitelnost názvu skladové karty použitím zkratk,
- neúplnost názvu skladové karty,
- absence všech potřebných dat s materiálem spojených (velikost, šíře, atd.),
- absence údajů o měrné jednotce, počtu kusů v balení a počtu balení v kartonu,
- absence údajů o minimálním objednacím množství a dodavateli,
- duplicita skladových karet.

Oproti tomu neoprávněné dotazy jsou přičítány nevěnované pozornosti sdělení ze strany OZO. Informace již byly poskytnuty a také jsou dostupné v dokumentaci oddělení. Neoprávněné dotazy většinou souvisí s neznalostí názvu požadované položky. Do neoprávněných dotazů jsou zařazovány i dotazy neovlivnitelné činností OZO. Dotazování probíhá telefonní komunikací, emailem a interní poštou. Dotazy jsou zaznamenány a jednou měsíčně převedeny do tabulky sledování dotazů v procesu objednávání materiálu. Analýza v tabulce č. 3 vychází z monitoringu a oprávněných dotazů při procesu objednávání materiálu.

Tab. 3: Analýza procesu objednávání materiálu

výchozí stav	neshoda
zastaralý systém neumožňoval názvosloví o velikosti větší jak 30 znaků	nesrozumitelnost skladových karet a zkratk, neúplnost názvosloví, absence uvedení vlastností materiálu
původní systém neumožňoval požadovanou informaci uvést	neuvedená informace o měrné jednotce, počtu kusů v balení, počtu balení v kartonu
původní systém neumožňoval požadovanou informaci uvést	chybějící informace o minimálním objednacím množství
původní systém neumožňoval požadovanou informaci uvést	neuveden distributor, či výrobce dodávaného materiálu

Zdroj: autor, vlastní zpracování

Distribuce materiálu po nemocnici

Doručený materiál je opticky zkontrolován referenty, rozdělen na jednotlivá nákladová střediska, pro lepší orientaci popsán čísly nákladových středisek a ke každému nákladovému středisku jsou přiděleny dodací listy s výčtem zboží, které dodávka obsahuje. Posléze si osoby zodpovědné za rozvoz materiál naloží na elektrické vozíky a rozvázejí po odděleních. Po sloučení všech oddělení do jednoho areálu má jablonecká nemocnice velkou výhodu v tom, že všechna oddělení jsou spojena chodbami a při rozvozu materiálu se stačí pohybovat jen uvnitř budov. Naložený materiál je rozvážen do skladů na oddělení a předávka by měla probíhat za přítomnosti vrchní sestry, staniční sestry, vedoucí oddělení nebo osoby oprávněné k přebrání zboží. Převzetí zboží je stvrzeno razítkem oddělení a podpisem na dodací listy, z čehož jeden zůstává na oddělení a druhý se vrací na OZO. Tíha odpovědnosti za položkovou správnost dodávky je na samotném oddělení. Kontrola dle dodacích listů musí proběhnout maximálně do následujícího dne od dodávky a v případě nesrovnalostí se kontaktuje OZO, které je posléze řeší s dodavatelem. Osoby zodpovědné za rozvoz materiálu jsou též zodpovědné za vrácení všech potvrzených

dodacích listů zpět na OZO. Dodací listy slouží jako doklad o převzetí a po kompletaci se přiřazují k souhrnným fakturám. Souhrnná faktura nemůže být zpracována a předána k finálnímu zaúčtování bez všech potvrzených dodacích listů patřící k této faktuře. Právě koloběh papírových dodacích listů působí v oblasti distribuce materiálu největší komplikace a vychází z něho i analýza potenciálních neshod.

Ke každému požadavku z jednotlivých nákladových středisek je dodavatelem zvlášť vytvořen dodací list, který je součástí dodávky zboží. Při standardním týdenním koloběhu objednávání se počet požadavku z oddělení pohybuje v intervalu 140 až 160 žádostí. V tom samém intervalu se následující týden pohybuje i počet dodacích listů, které jsou děleny dle nákladového střediska a dodavatele. Velké množství dodacích listů působí komplikace s návratností na OZO.

Obdobný problém působí nepřítomnost či časová vytíženost osob oprávněných k převzetí zboží. Nezřídka kdy se stává, že dotyčná osoba je u naléhavého případu nebo sterilně převlečená na operačních sálech a osoba odpovědná za rozvoz zboží musí čekat na potvrzení dodacího listu nebo přivést zboží zpět na OZO. Tento způsob zpomaluje a snižuje efektivitu procesu distribuce zboží po nemocnici, což je vnímáno jako problém i v komplexu řízení kvality v podniku.

Tab. 4: Analýza procesu distribuce materiálu

výchozí stav	potenciální neshoda
komplikovaný systém potvrzování převzetí zboží na papírové dodací listy	ztráta dodacích listů při distribuci materiálu po nemocnici
časový nesoulad mezi osobou přivážející zboží a osobou oprávněnou k přebírání zboží	nezastižení osoby oprávněné k převzetí a zkontrolování zboží na oddělení při dodávce materiálu

Zdroj: autor, vlastní zpracování

V tabulce 4 jsou uvedené potenciální neshody, ale při distribuci materiálu může dojít k dalším potenciálním neshodám, jako například pozdní dodání na oddělení, dodání na nesprávné oddělení, či poškození materiálu při převozu. Tyto neshody jsou významně ovlivňovány lidským faktorem a při důsledném vedení a dobré angažovanosti pracovníků

v distribuci by mělo docházet k výrazné eliminaci. Těmto neshodám se v analýze navrhovaných nápravných opatření věnovat nebudeme.

3 Navrhovaná nápravná opatření na optimalizaci systému řízení kvality

V následující části budeme popisovat navrhovaná nápravná opatření, která budou vycházet z neshod se systémem řízením kvality v nemocnici, z vlastních analýz problémů, které vycházejí ze zkušeností na pracovišti a v neposlední řadě ze zákonů, a to konkrétně ze zákona č. 137/2006Sb., o veřejných zakázkách, zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a zákona č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích.

3.1 Výběr dodavatele

Při analýze problematiky výběru dodavatele v nemocnici byly nalezeny čtyři potenciální neshody, ke kterým budeme hledat nápravná opatření.

Neshody se z větší části týkají neúplnosti směrnice o nakupování. První stanovená neshoda poukazuje na neurčení odpovědnosti za výběr druhu zadávacího řízení. Zákon č. 137/2006 Sb. určuje šest druhů zadávacích řízení a směrnicí by mělo být určeno, kdo je za výběr odpovědný. Navrhujeme vedoucí OTZ nebo OZO dle druhu poptávaného materiálu či služby. Druhá neshoda se týká určení předpokládaného finančního objemu, který je zásadní při určení typu veřejné zakázky. Tato odpovědnost není ve směrnici definována a navrhujeme její zařazení opět pod vedoucího OTZ nebo OZO. Další neshodou je neaktuálnost směrnice o nakupování se zákonem č. 137/2006 Sb. Doporučujeme revizi směrnice v oblasti lhůt pro předběžné oznámení a podání nabídek. Za poslední případnou neshodu lze považovat absenci dokumentu, který by před samotným zadáním veřejné zakázky umožňoval vyjádření organizačních jednotek, kterých se bude výběrové řízení týkat. V současnosti v nemocnici funguje systém vzájemné kontroly přes formulář Vyjádření ke smlouvě. Jsou tedy hodnoceny případné neshody, které vyplývají až z podpisu rámcové smlouvy a ošetřují až konečnou fázi výběrového řízení. Z tohoto důvodu budeme navrhovat vytvoření dokumentu, který by uceloval pohledy a určoval povinnosti dotčených organizačních jednotek ještě před samotným zahájením výběrového řízení. Dokument bychom nazvali Vyjádření k připravované veřejné zakázce a formátem by byl analogický k Vyjádření ke smlouvě. Nově vytvořený dokument je uveden jako příloha A. V tabulce 5 uvádíme navrhovaná nápravná opatření.

Tab. 5: Navrhovaná nápravná opatření k procesu nakupování

potenciální neshoda	navrhované nápravné opatření
směrnice nekonkretizuje osoby odpovědné za výběr druhu veřejné zakázky	odpovědnosti zakomponovat do směrnice pro nakupování a navázat na vedoucí OTZ nebo OZO
směrnice nekonkretizuje osoby odpovědné za určení finančního objemu veřejné zakázky	odpovědnosti zakomponovat do směrnice pro nakupování a navázat na vedoucí OTZ nebo OZO
dokument neobsahuje všechny potřebné informace k členění veřejné zakázky	revize směrnice pro nakupování v oblasti lhůt pro předběžné oznámení a podání nabídek
absence formuláře, který by umožňoval vyjádření všech zainteresovaných organizačních jednotek před vyhlášením veřejné zakázky	vytvoření formuláře Vyjádření k připravované veřejné zakázce a zavést ho do systému řízení dokumentace

Zdroj: autor, vlastní zpracování

Nelze říci, že by Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o. ve svých procesech postupovala nezákonně, což mimochodem dokládají pozitivní výsledky finančních auditů. Navrhovaná opatření mají za ambici procesy zpřesnit, zrychlit, ujednotit práva a povinnosti dotčených organizačních jednotek a dát nahlédnout hlouběji do zákona 137/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů.

Nemocnice si upravuje procesy podle svých potřeb, ale vždy musí být v souladu se zákonem. Systém certifikace i akreditace vnitřní procesy sleduje, a pokud by v nich mělo docházet k nezákonnému jednání, jednalo by se o závažnou neshodu, která by vedla k neudělení certifikace či akreditace.

3.2 Výběr materiálu

V činnosti oddělení nebyl dosud zaveden systém, který by pomohl neshodám předcházet. Nápravná opatření vycházejí z vytvoření oficiálního dokumentu s hlavičkou nemocnice, který by měl neshodám v testování materiálu předcházet. Dokument obsahuje popis testovaného materiálu, ověření referenčního čísla z cenové nabídky a zkoušeného materiálu, vyjádření oddělení, kde testování probíhalo, vyjádření vedení nemocnice a obchodního oddělení. Za testování je primárně odpovědná vrchní sestra anebo vedoucí oddělení, kde k testování dochází. Dále za vedení ředitel nemocnice nebo náměstek HTS. OZO a OTZ se vyjadřují k organizačním věcem a průběhu výběrového řízení. Tento dokument je oficiální součástí vyhodnocení nabídky a spoluprací všech dotčených článků nemocnice se z větší části zabraňuje spuštění nekvalitního materiálu do nemocnice. Nově vytvořený dokument je přílohou A2 této diplomové práce.

Tato opatření jsou účinná hlavně před prvotním vstupem do nemocnice, ale neřeší snížení kvality materiálu v průběhu dodávek již zaběhnutého dodavatele. V případě zjištění nekvality zdravotnického materiálu je nutná promptní reakce, okamžité obeznámení potřebných osob a neodkladné zajištění nápravného opatření. Nemocnice obecný postup hlášení nežádoucí události měla nastavený. Nově navržený postup zpřesňuje kroky a ukládá povinnosti jen při nežádoucí události zdravotnického prostředku.

3.2.1 Nežádoucí událost zdravotnického prostředku

Tato nežádoucí událost se stala oficiální součástí směrnice popisující všechny možné alternativy nežádoucích událostí v nemocničním zařízení a to směrnice pro hlášení nežádoucích událostí a řešení neshod. V průběhu provádění analýzy byla v nemocnici zaznamenána významná nežádoucí událost v podobě selhání funkčnosti zdravotnického prostředku. Na jejím základě byl nastaven postup pro nápravné opatření, které jasně definovalo činnosti, povinnosti a odpovědnosti jednotlivých článků v rámci hlášení nežádoucí události zdravotnického prostředku.

V počátku bylo nutné si vyjasnit, co vlastně nežádoucí událost zdravotnického prostředku znamená a to též v souladu s novým zákonem 123/2000 Sb. o zdravotnických prostředcích:

- jakékoliv selhání nebo zhoršení charakteristik, popřípadě účinnosti zdravotnického prostředku, anebo nepřesnost v označení zdravotnického prostředku, popřípadě v návodu na jeho použití, které mohou nebo by mohli vést k úmrtí uživatele nebo jiné fyzické osoby anebo k jejich vážnému zhoršení zdravotního stavu,
- technický nebo zdravotní důvod, který souvisí s charakteristikami nebo účinností zdravotnického prostředku a vede z důvodu uvedených v předchozím bodu k systematickému stahování zdravotnického prostředku stejného typu z trhu (hlášení nežádoucí události..., 2010).

V jablonecké nemocnici odstartoval potřebu nového postupu při nežádoucí příhodě technický stav zdravotnického prostředku a to konkrétně nefunkční regulátor průtoku infuze na infuzním setu pro podávání infuze spádově. Při správné funkčnosti regulátoru průtoku ošetřující personál nastaví regulátor takovým způsobem, aby určitý objem infuzního roztoku vykapal za určitý časový úsek. V případě nefunkčního regulátoru průtoku infuze není možné průtok regulovat a infuzní roztok je vykapán do těla pacienta příliš rychle. Tato skutečnost může poškodit zdraví pacienta a u určitých druhů infuzních roztoků způsobit i smrt. Postup hlášení nežádoucí události jsme definovali následovně.

Zaměstnanec je neprodleně povinen reagovat dle následujících bodů:

- zjistit, co se opravdu stalo, rozsah poškození,
- dle potřeby okamžitě řešit a odstranit příčiny nežádoucí události,
- nahlásit nebo zajistit nahlášení nežádoucí události do elektrického systému nahlašování nežádoucích událostí,
- u závažných nežádoucích událostí, které významně ohrožují zdraví nebo mohou způsobit smrt je po nahlášení do elektronického systému nutné záznam vytisknout a nechat podepsat svědky události,
- informovat o nežádoucí události vedoucího pracovníka oddělení.

U nežádoucí události týkající se zdravotnického prostředku vzniká ještě jedna povinnost. Kromě nahlášení do elektronického systému nahlašování nežádoucích událostí je nutné informovat o skutečnosti i Státní ústav pro kontrolu léčiv – SÚKL. Z nutnosti informovat SÚKL vyplývají následující povinnosti.

- zdravotnická zařízení jsou povinny oznámit na SÚKL nežádoucí událost,

- v případě nebezpečí z prodlení je oprávněn oznámit nežádoucí událost spojenou se smrtí fyzické osoby i zaměstnanec nemocnice,
- dle potřeby zajistit a uchovat zdravotnický materiál, který mohl být příčinou vzniku nežádoucí události,
- je-li to možné, zajistit vyjádření svědků,
- vždy je nutné provést zápis o vzniku nežádoucí události do zdravotnické dokumentace pacienta.

3.2.2 Koordinace při hlášení jako nežádoucí událost a na SÚKL

O výskytu nežádoucí události informuje přítomný zaměstnanec neprodleně svého nadřízeného a vyplní hlášení nežádoucí události do elektronického systému. Dále činí kroky dle postupu pro hlášení nežádoucí události, které jsou popsány výše. Informovaný vedoucí oddělení informuje náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, který předává nežádoucí událost prostřednictvím vrchních sester na oddělení. Vedoucí oddělení zajistí ve spolupráci s vedoucím oddělení biomedicínského inženýrství hlášení nežádoucí události na SÚKL v předepsaném formátu dle vyhlášky o nežádoucích příhodách zdravotnických prostředků č. 501/2000 sb., ve znění pozdějších předpisů. Dojde-li v důsledku nežádoucí události k úmrtí, formulář musí být odeslán maximálně do 24 hodin od vzniku, v ostatních případech do tří pracovních dnů. Vedoucí zaměstnanec oddělení, kde k nežádoucí události došlo, informuje i vedoucího OZO. Ten zajistí okamžité stažení stejného typu zdravotnického prostředku, u kterého se nežádoucí událost vyskytla, ze všech oddělení nemocnice. Následuje kontaktování dodavatele, který urgentní dodávkou nahrazuje problémovou šarží novou šarží. Popřípadě se kontaktuje nový dodavatel, který dodává zcela jiný výrobek a následuje distribuce na oddělení. Přehled nápravných opatření je k dispozici v tabulce 6.

Tab. 6: Navrhovaná nápravná opatření k procesu výběru materiálu

potenciální neshoda	navrhované nápravné opatření
testovaný nebo nabídnutý materiál je jiný než dodávaný	nově vzniklý formulář ukládá povinnost vedoucímu OZO nebo OTZ zkontrolovat správnost plnění

testovaný vzorek materiálu je příliš malý na hodnocení	nově vzniklý formulář ukládá povinnost vyjádření vedoucímu organizační jednotky, kde testování probíhalo
nezodpovědný přístup k testování soutěženého materiálu	nově vzniklý formulář ukládá povinnost vyjádření vedoucímu organizační jednotky, kde testování probíhalo
zhoršení kvality materiálu v průběhu zaběhnutého procesu dodávání	vytvořen nový, specifický postup při hlášení nežádoucí události zdravotnického prostředku

Zdroj: autor, vlastní zpracování

Souborem těchto nápravných opatření by se měl eliminovat vstup nekvalitního zdravotnického materiálu do nemocnice a zároveň snížit možnost poškození zdraví pacienta.

3.3 Objednávání materiálu

Dotazy jsou zaznamenány a jednou měsíčně převedeny do tabulky sledování dotazů v procesu objednávání materiálu.

Jak již bylo uvedeno ve druhé části diplomové práce, monitoring musí navazovat na cíle kvality. Z důvodu velkého množství dotazů byly cíle kvality pro rok 2014 definovány následovně:

- instalace nového databázového systému pro jednoduché skladové hospodářství a evidenci objednávaného zdravotnického materiálu,
- zavedení nového webového rozhraní pro objednávání zdravotnického materiálu ve formě e-shop.

Před aplikací stanovených cílů kvality OZO vedlo databázi objednávaného materiálu v systému na velmi zastaralé DOS platformě. Ten samý problém se týkal i objednávkového systému. Instalace samotných programů se datuje do první poloviny devadesátých let dvacátého století. Neshody s kvalitním poskytováním objednávkové a dodavatelské služby úzce souvisí s oprávněnými dotazy výše. Jak už pracovní název naznačuje, dotazy byly oprávněné. Zastaralý databázový systém ovšem neumožňoval požadované informace ze strany objedávajících osob do názvu skladové karty zahrnout. Oprávněné dotazy byly

považovány za neshodu s řízením kvality v nemocnici. Proto byly sumarizovány a následně k nim byla vytvořena nápravná opatření, která lze vidět v tabulce 7.

Tab. 7: Navrhovaná nápravná opatření v procesu objednávání materiálu

neshoda	nápravné opatření
nesrozumitelnost skladových karet a zkratk, neúplnost názvosloví, absence uvedení vlastností materiálu	nový databázový systém umožňuje názvosloví dlouhé až 120 znaků
neuvedená informace o měrné jednotce, počtu kusů v balení, počtu balení v kartonu	nový databázový systém obsahuje políčka, kam tyto informace uvést
chybějící informace o minimálním objednacím množství	nový databázový systém obsahuje políčko, kam tyto informace uvést
neuveden distributor, či výrobce dodávaného materiálu	nový databázový systém obsahuje políčko, kam tyto informace uvést

Zdroj: autor, vlastní zpracování

Na základě určených nápravných opatření byl vybrán a nainstalován nový databázový systém. Instalace nového systému proběhla v červenci 2014. Průběh července a srpna byl věnován doplňování požadovaných informací z oprávněných dotazů do skladových karet zboží ze strany OZO. Toto období přineslo v průběhu roku nejvíce dotazů. Po adaptaci na nový systém se počet dotazů postupně snižoval, zvláště těch oprávněných, což přehledně ukazuje tabulka 8: Sledování dotazů v procesu objednávání materiálu v roce 2014 i graf 1: Sledování dotazů v procesu objednávání materiálu v roce 2014.

Tab. 8: Sledování dotazů v procesu objednávání materiálu v roce 2014

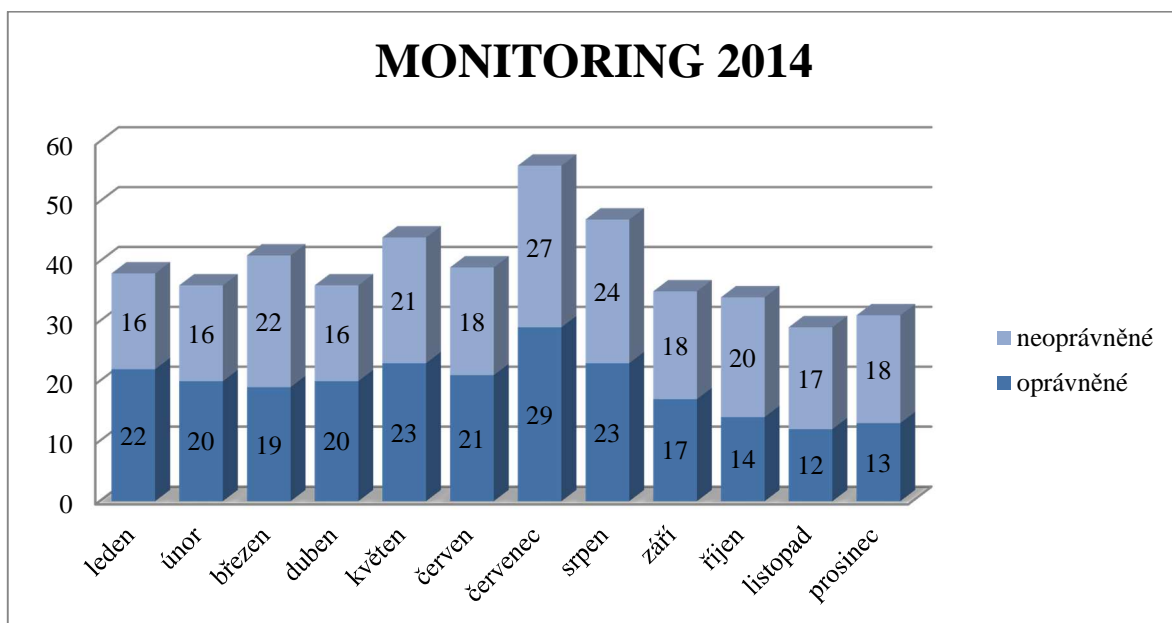
období	počet dotazů	z toho oprávněných	z toho neoprávněných	% oprávněných
2014				
leden	38	22	16	57,89%
únor	36	20	16	55,56%
březen	41	19	22	46,34%
duben	36	20	16	55,56%
květen	44	23	21	52,27%
červen	39	21	18	53,85%

červenec	56	29	27	51,79%
srpen	47	23	24	48,94%
září	35	17	18	48,57%
říjen	34	14	20	41,18%
listopad	29	12	17	41,38%
prosinec	31	13	18	41,94%

Zdroj: autor, vlastní zpracování

Na grafickém vyjádření je dobře vidět, že s nápravným opatřením, tj. instalací nového databázového systému přišlo požadované zpřehlednění seznamu materiálu, což mělo respektive má za důsledek postupné snižování oprávněných a neoprávněných dotazů.

Graf 1: Sledování dotazů v procesu objednávání materiálu v roce 2014



Zdroj: autor, vlastní zpracování

Doprovodným znakem bylo výrazné zrychlení tvorby objednávek a snížení jejich chybovosti. Monitoring v tomto případě definoval a kvantifikoval neshody a na něj navázané, realizované cíle kvality pomohly zefektivnit a zkvalitnit systém objednávání materiálu. Což by mělo být jejich primárním znakem v rámci systému řízení kvality

3.4 Distribuce materiálu

Z analýzy potenciálních neshod vyplývá jako největší problém koloběh velkého počtu dodacích listů a nutnost potvrzování dodacích listů právě v okamžiku doručování materiálu na oddělení. Navrhovaným nápravným opatřením je zavedení a koloběh elektronických dodacích listů.

Tab. 9: Navrhovaná nápravná opatření v procesu distribuce materiálu

neshoda	nápravné opatření
ztráta dodacích listů při distribuci materiálu po nemocnici	zavedení systému koloběhu elektronických dodacích listů mezi dodavatelem, odběratelem a místem konečného určení
nezastižení osoby oprávněné k převzetí a zkontrolování zboží na oddělení při dodávce materiálu	zavedení systému koloběhu elektronických dodacích listů mezi dodavatelem, odběratelem a místem konečného určení

Zdroj: autor, vlastní zpracování

V praxi by to znamenalo, že dodavatelské firmy by místo papírových dodacích listů vytvářely na základě objednávek dodací listy elektronické, které by se následně zasílaly na OZO. Elektronický dodací list se nerozumí formát PDF či jiný podobný, ale ve speciálním formátu PDK, který je určený pro oblast zdravotnictví. Tento formát umožňuje předávání všech potřebných informací mezi dodavatelem a odběratelem, jako obchodní název odběratele i dodavatele, IČO odběratele, DIČ odběratele, EAN kód výrobku, dodavatelský kód výrobku, APA kód výrobku a místo určení dodávky, v nemocničním případě nákladové středisko. Před dodávkou zboží by se dodací listy stáhly z předem domluveného serveru a dle nich by se uskutečnila předběžná kontrola doručovaného zboží. Opět by na OZO proběhlo rozdělení zboží dle nákladových středisek, ale papírový dodací list by se již nepřipravoval ke zboží. Pracovník OZO by před distribucí materiálu po nemocnici rozeslal elektronické dodací listy přes nemocniční server osobám oprávněným k přebírání zboží. Elektronický dodací list by se objevoval v systému, kde si oddělení vytváří objednávky. Po kontrole dodaného zboží k dodacímu listu a k objednávce by osoba oprávněná k převzetí zboží jednoduchým kliknutím v programu schválila dodací list.

Informace o schválení dodacího listu by se objevila na OZO a po kompletaci schválení by se přistoupilo k zpracování faktury.

Navrhované nápravné opatření by zcela eliminovalo ztrátovost dodacích listů při rozvozu zboží. Pokud by nemocnice přistoupila na nový princip, u přebírání materiálu by mohl být prakticky kdokoliv ze zaváženého oddělení. Osoba zodpovědná za přebírání materiálu a správnost dodávky zkontrolovala dle elektronického dodacího listu až ve chvíli, kdy by měla čas a následně potvrdila převzetí na svém počítači v objednávkovém programu. Nutnost čekání při předávce zboží by také odpadla. Navrhované nápravné opatření klade vyšší nároky na objednávkový a databázový systém a je s ním spojeno případné programování požadované nadstavby v podobě elektronických dodacích listů.

3.5 Ekonomická analýza systému řízení kvality

V ekonomické analýze jsme se snažili dívat na jednotlivá navrhovaná opatření z finančního hlediska. Kolik by nápravné opatření Nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o. stálo finančních prostředků, popřípadě kolik by stálo opomenuté nápravné opatření a došlo by k dokonané neshodě. Proti tomu stojí výnosy z aplikace nápravného opatření. Ne u každého navrhovaného opatření se dají náklady a výnosy vyjádřit, popřípadě vyjádřit penězi. U těchto ekonomických analýz budeme spíše uvažovat v teoretické rovině.

3.5.1 Ekonomická analýza procesu výběru dodavatele

U této činnosti oddělení byla identifikována neshoda v podobě nezákonnosti procesu výběru dodavatele a byla navržena opatření v podobě úpravy směrnice a vytvoření nového formuláře. Navrhovaná opatření jsou nákladově zanedbatelná. Za možný náklad lze považovat mzdu zaměstnance, který by směrnici upravoval. Ten by byl v nemocnici zaměstnaný stejně a v tomto kontextu by mzda mohla být vnímána jako fixní náklad a proto by opatření nestála prakticky nic navíc. Oproti tomu stojí případné sankce ze strany kontrolního orgánu, Úřadu pro ochranu hospodářské soutěže, v případě nedodržení zákonného postupu při zadávání veřejných zakázek, či diskriminaci potenciálních dodavatelů. Tyto sankce se pohybují v rozmezí v řádu tisícikorun až po 10 mil. Kč dle závažnosti deliktu a můžeme je vnímat jako potenciální náklad.

3.5.2 Ekonomická analýza procesu výběru materiálu

I u této činnosti bylo nápravným opatřením vytvoření formuláře, který ukládá povinnosti odpovědným organizačním jednotkám. Analogicky s analýzou procesu výběru dodavatele je mzda zaměstnance vytvářející formulář vnímána jako fixní náklad a nemocnici nestojí ni navíc. I v této kapitole je mnohem větším nákladem důsledek případné neshody s řízením kvality v oblasti výběru materiálu a opět uvažujeme v teoretické rovině. Největším nebezpečím v této oblasti je poškození zdraví pacienta či dokonce smrt způsobená nekvalitním zdravotnickým prostředkem a následná žaloba podaná na zdravotnické zařízení pacientem nebo rodinnými příslušníky. V tomto případě nejde vyčíslit rozmezí finančních dopadů v případě úspěšné žaloby, ale už i v České republice registrujeme případy, kdy byly vysouzeny desítky milionů korun na zdravotnickém zařízení.

3.5.3 Ekonomická analýza procesu objednávání materiálu

U tohoto opatření vůči potenciálním neshodám jsme navrhli instalaci nového, moderního databázového a objednávkového systému. Přímými náklady související s instalací databázového programu jsou licenční poplatky ve výši 5000,- Kč včetně DPH za rok za stanici. Objednávkový systém, ke kterému musí mít přístup všechny osoby oprávněné k objednávání, funguje na bázi webového rozhraní a je poskytován k databázovému programu zdarma. Potřebné jsou licence pro tři stanice a to pro vedoucího OZO, referenta SZM a referenta MTZ. Celkové náklady za licenční poplatky činí 15.000,- Kč včetně DPH. Dále je nutné uvažovat o potřebě proškolení v novém systému. Proškolení trvá tři dny po osmi hodinách a školitelé jsou dva. Hodinová sazba je 400,- Kč včetně DPH za hodinu školení jednoho školitele. Celkové náklady na školení tedy činí 19.200,- Kč včetně DPH. Náklady na zavedení nového systému pro objednávání materiálu po sečtení licenčních poplatků a školení činí 34.200,- Kč včetně DPH. Úspora s instalací nového systému je spíše časová a to jak pro osoby, které objednávky vytvářejí, tak pro osoby, které objednávky zpracovávají. Proces objednávání materiálu je s novým systémem mnohem efektivnější a ušetřený čas mohou osoby oprávněné k objednávání věnovat jiné pracovní činnosti. Je pravdou, že s instalací nového systému dochází i k minimální úspoře finanční a to v podobě nákladů na zpětné zasílání materiálu doručeného na základě špatně vytvořené objednávky.

3.5.4 Nápravná opatření v procesu distribuce materiálu

Navrhnuté nápravné opatření je koloběh elektronických dodacích listů. Budeme-li uvažovat, že funkce elektronického dodacího listu lze doinstalovat do stávajícího databázového a objednávkového programu, pak jediným nákladem je programátorský zásah. Časová náročnost odhadovaná dodavatelskou firmou činí 56 hodin při hodinové sazbě 450,- Kč včetně DPH. Celkový náklad na programování činí 25.200,- Kč včetně DPH. Při aplikaci navrhovaného opatření dojde opět k časové úspoře a zvláště pak u osob rozvážející materiál po odděleních.

I přesto, že všechna nápravná opatření nepřinášejí fyzické peněžní příjmy, dovolujeme si je nazvat i úsporná. Každé efektivnější využití času pracovníků v organizaci je vnímáno jako úsporné opatření.

Závěr

Diplomová práce se zabývala systémem řízení kvality obecně s návazností na oblast zdravotnictví a konkrétního zdravotnického zařízení. Z nemocničního komplexu zdravotnických a nezdravotnických oddělení bylo vybráno jedno oddělení, které bylo detailněji analyzováno. Z hlubší analýzy vyplynuly konkrétní, praktické výstupy, které mají za ambici zpřesnit a zefektivnit procesy na vybraném oddělení, potažmo v celém zdravotnickém zařízení.

Nejprve byla definována kvalita jako obecný pojem, který je identický pro všechna odvětví činností, kde se systém řízení kvality aplikuje. Představeny byly také jednotlivé přístupy k řízení kvality, včetně nejpoužívanějších nástrojů kvality. Po obecném přiblížení se práce začala věnovat specifikaci systému řízení kvality ve zdravotnickém zařízení. Existuje několik možností jak v oblasti zdravotnictví jako komplexu řídit neustálé zvyšování kvality. Dva nejpoužívanější v České republice, a to certifikace dle norem ISO a akreditace dle národních akreditačních standardů, byly detailněji popsány, včetně jejich pohledu na řízení rizik.

V úvodu praktické části byl popsán management kvality v konkrétním zdravotnickém zařízení a to v Nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o., včetně jeho vývoje od roku 2006. Z nemocničního zařízení bylo vybráno jedno oddělení z nezdravotnické části, konkrétně oddělení zásobování a obchodu. Analýza oddělení probíhala několika způsoby. Revizí procesů dle aktuálních zákonů, interním auditem řízeným manažerem kvality a vlastní analýzou vycházející z pracovních zkušeností. Podrobně byly analyzovány čtyři stěžejní činnosti oddělení, ve kterých byly identifikovány potenciální neshody.

K potenciálním neshodám byla navržena nápravná opatření, která by mohla být pro systém řízení kvality na oddělení zásobování a obchodu i pro celou nemocnici přínosem. V závěru praktické části této diplomové práce je uvedena ekonomická analýza navrhovaných opatření.

Zjištění a návrhy pro zlepšení budou předloženy vedení příslušného zdravotnického zařízení, přičemž jedno z navrhovaných opatření bylo již realizováno.

Seznam použitých zdrojů

BESTERFIELD, Dale H. 2008. *Quality control*. 1st ed. Upper Saddle River, N.J.: Pearson/Prentice Hall, c2008, ix, 540 p. ISBN 0135000955.

BRIŠ, P. a K. KECLÍKOVÁ. 2012. Quality Process Management in Healthcare Facilities. In *Proceeding of the 8th European Conference on Management, Leadership and Governance*. UK: Academic Publishing International Limited, 2012, s. 66-73. ISBN 978-1-908272-76-8. Také dostupné komerčně z: <http://proquest.umi.com>

GOETSCH, D. L., S. DAVIS. 2014. *Quality Management for Organizational Excellence: Introduction to Total Quality*. 7th edition. Edinburg Gate: Pearson. ISBN 10: 1-292-02233-7.

HORÁLEK, V. 2004. *Jednoduché nástroje řízení jakosti I.: výstup z projektu podpory jakosti č. 5/16/2004*. Vyd. 1. Praha: Národní informační středisko pro podporu jakosti, 2004, 78 s. Průvodce řízením jakosti. ISBN 80-02-01689-0.

KAFKA, T. 2009. *Průvodce pro interní audit a risk management*. Vyd. 1. Praha: C.H. Beck, 2009, xvii, 167 s. C.H. Beck pro praxi. ISBN 978-80-7400-121-5.

MACUROVÁ, P. 2008. *Řízení jakosti B*. 1. vyd. Ostrava: VŠB - Technická univerzita Ostrava, Ekonomická fakulta, 2008, 168 s. Studijní opora pro distanční vzdělávání. ISBN 978-80-248-1720-0.

MADAR, J., et al. 2004. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 248 s. ISBN 8024705850.

NENADÁL, J. 1998. *Moderní systémy řízení jakosti: quality management*. Vyd. 1. Praha: Management Press, 1998, 283 s. ISBN 80-85943-63-8.

NENADÁL, J., PETŘÍKOVÁ R., TOŠENOVSKÝ J., NOSKEVIČOVÁ D., PLURA J. 2002. *Moderní systémy řízení jakosti: quality management*. 2. dopl. vyd. Praha: Management Press, 2002, 282 s. ISBN 80-7261-071-6.

NENADÁL, J. 2008. *Moderní management jakosti: principy, postupy, metody*. Vyd. 1. Praha: Management Press, 2008, 377 s. ISBN 978-80-7261-186-7.

PEŠEK, J. 2003. *Tvorba systému jakosti ve zdravotnictví a lékárenství s využitím norem ISO*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, 110 s. ISBN 8024705516.

ŠKRLA, P. a M. ŠKRLOVÁ. 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 199 s. ISBN 978-80-247-2616-8.

VEBER, J., et al. 2006. *Management kvality, environmentu a bezpečnosti práce: legislativa, systémy, metody, praxe*. Vyd. 1. Praha: Management Press, 2006, 358 s., viii s. barev. obr. příl. ISBN 80-7261-146-1.

VEBER, J. 2007. *Řízení jakosti a ochrana spotřebitele*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2007, 201 s. Manažer. ISBN 978-80-247-1782-1.

Internetové a ostatní zdroje

Asociace nemocnic České republiky [online]. 2015 [vid. 2015-02-14] dostupné z WWW: <http://www.ancr.cz>

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].[vid. 2015-02-12]. Dostupné z WWW: <http://www.apra.ipvz.cz/default.asp>

ČSN EN ISO 22000:2006 *Management bezpečnosti potravin*, Praha: ČNI, 2006, třídicí znak 569600.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. In: *Věstník č. 5/2012*, [online]. Praha: MZCR, 2012-07-28 [vid. 2014-12-20]. Dostupné z WWW: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c5/2012_6452_2510_11.html

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. In: *Seznam oprávněných osob* [online]. Praha: MZCR, 2015-01-20, [vid. 2015-02-22]. Dostupné z WWW: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/seznam-opravnenych-osob-_3205_29.html

SAK: *Spojená akreditační komise* [online]. 2010 [vid. 2014-12-20]. Dostupné z WWW: <http://www.sakcr.cz/cz-top/sluzby/akreditace/>

SÚKL: *Státní ústav pro kontrolu léčiv* [online]. 2010 [vid. 2015-3-24]. Dostupné z WWW: <http://www.sukl.cz/zdravotnicke-prostredky/hlaseni-nezadouci-prihody-zdravotnickeho-prostredku-1>

ŠEBESTOVÁ, M., *Jakost v souladu s ISO 9000 pro zdravotnické služby*, Metodický materiál CQS, 2000. [online].[vid. 2015-02-14]. Dostupné z WWW: http://www.cqs.cz/download/vyznam_standardu_pro_zdravotnictvi_a_spolecnost.doc.

Seznam příloh

Příloha A: Vyjádření k připravované veřejné zakázce

Příloha B: Vyjádření k testovanému materiálu

Příloha A1: Vyjádření k připravované veřejné zakázce

Vyjádření k připravované veřejné zakázce č.



NEMOCNICE
JABLONEC NAD NISOU, p.o.

Název veřejné zakázky.....

Předmět veřejné zakázky.....

.....

Předkladatel za nemocnici (jméno, oddělení).....

Finanční krytí smlouvy z rozpočtu: nemocnice, dotace, darovací účet, atd.....

Vyjádření organizační jednotky, pro jehož potřeby je veřejná zakázka vyhlášována:

.....

.....

.....datum a podpis

Určení druhu veřejné zakázky a odůvodnění (OTZ, OZO):

.....

.....

.....datum a podpis

Předpokládaný finanční objem VZ, způsob zjištění (OTZ, OZO, organizační jednotka):

.....

.....

.....datum a podpis

Právní služba:

.....

.....

.....datum a podpis.....

Příloha A2: Vyjádření k připravované veřejné zakázce

Odborný konzultant:

.....
.....
.....datum a podpis

Vedení nemocnice (ředitel, náměstek HTS):

.....
.....
.....datum a podpis.....

Kopie předána na.....

Příloha B1: Vyjádření k testovanému materiálu

Vyjádření k testovanému materiálu



NEMOCNICE
JABLONEC NAD NISOU, p.o.

Název veřejné zakázky.....

.....

Dodavatel testovaného materiálu.....

Předkladatel za nemocnici (jméno, oddělení)

Popis testovaného materiálu (OZO, OTZ):

.....

.....

.....datum a podpis

Testovaný materiál souhlasí s nabídkou (OZO, OTZ): ANO NE

.....

.....datum a podpis

Vyjádření k testovanému materiálu a dostatečnosti vzorku (vrchní sestra, staniční setra)

.....

.....

.....

.....

.....datum a podpis

OZO:.....

.....datum a podpis

OTZ:.....

.....datum a podpis

Příloha B2: Vyjádření k testovanému materiálu

Vedení nemocnice (ředitel, náměstek HTS):

.....

.....datum a podpis.....

Kopie předána odbor:.....

V případě potřeby, připomínek atd. PIŠTE PROSÍM NA DRUHOU STRANU

