

**Česká zemědělská univerzita v Praze**

**Provozně ekonomická fakulta**

**Katedra řízení**



**Diplomová práce**

**Proces řízení rizik ve zvoleném podniku**

**Bc. Voralová Dagmar**

© 2018 ČZU v Praze

# ČESKÁ ZEMĚDĚLSKÁ UNIVERZITA V PRAZE

Provozně ekonomická fakulta

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Bc. Dagmar Voralová

Veřejná správa a regionální rozvoj

Název práce

**Proces řízení rizik ve zvoleném podniku**

Název anglicky

**Risk Management in Selected Company**

---

### Cíle práce

Hlavním cílem diplomové práce je na základě analýzy popsat a zhodnotit proces řízení rizik ve zvoleném podniku a v případě zjištěných nedostatků navrhnout vhodná opatření.

### Metodika

Práce se skládá ze dvou částí – teoretické a praktické. Teoretická část bude zpracována na základě analýzy sekundárních zdrojů. Praktická část bude zpracována na základě výstupů z kvalitativního výzkumu.

Syntéza výchozí znalostní báze: 11/2016 – 08/2017

Kvalitativní výzkum: 09/2017 – 11/2017

Agregace poznatků: 12/2017 – 02/2018

Odevzdání práce na katedru: 03/2018

**Doporučený rozsah práce**

60-80 stran

**Klíčová slova**

Riziko, proces řízení rizik, identifikace rizik, analýza rizik, hodnocení rizik, matice rizik

---

**Doporučené zdroje informací**

- MERNA, T. FAISAL, F. Risk management. Brno: Computer Press, 2007. ISBN 978-80-251-1547-3.  
SCHOLLEOVÁ, M. Ekonomické a finanční řízení pro neekonomy. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2424-9.  
SMEJKAL, V. RAIS, K. Řízení rizik ve firmách a jiných organizacích. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4644-9.  
ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2616-8.  
ŠUPŠÁKOVÁ, P. Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-9673-9.  
TICHÝ, M. Ovládání rizika: analýza a management. Praha: C.H. Beck, 2006. ISBN 80-717-9415-5.  
VÁCHAL, J., VOCHOZKA, M. Podnikové řízení. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4642-5.  
ZUZÁK, R., KÖNIGOVÁ, M. Krizové řízení podniku. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-3156-8.

---

**Předběžný termín obhajoby**

2017/18 LS – PEF

**Vedoucí práce**

Ing. Martina Fejfarová, Ph.D.

**Garantující pracoviště**

Katedra řízení

---

Elektronicky schváleno dne 6. 2. 2018

**prof. Ing. Ivana Tichá, Ph.D.**

Vedoucí katedry

---

Elektronicky schváleno dne 9. 2. 2018

**Ing. Martin Pelikán, Ph.D.**

Děkan

V Praze dne 23. 02. 2018

### **Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že svou diplomovou práci „Proces řízení rizik ve zvoleném podniku“ jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucího diplomové práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu použitých zdrojů na konci práce. Jako autorka uvedené diplomové práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušila autorská práva třetích osob.

V Praze dne 15.3.2018

---

### **Poděkování**

Ráda bych touto cestou poděkovala své vedoucí práce Ing. Martině Fejfarové, PhD. za její odbornou pomoc a rady při zpracování diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat své rodině za poskytnutou podporu během celého studia.

# Proces řízení rizik ve zvoleném podniku

## Souhrn

Tato diplomová práce se zabývá problematikou řízení rizik ve státním zdravotnickém zařízení, Hamzově odborné léčebně pro děti a dospělé v Luži – Košumberku. Jejím cílem je na základě provedené analýzy stávajících interních materiálů a navazujícího kvalitativního výzkumu navrhnout případná řešení pro jeho zlepšení.

Diplomová práce se skládá ze dvou hlavních částí. V první teoretické části jsou na základě studia dostupné odborné literatury a ISO norem představeny a vysvětleny základní pojmy, je vypracovaná literární rešerše ke klasifikaci, identifikaci, hodnocení a ošetření rizik. Praktická část práce je založena na kvalitativním výzkumu. Je zaměřena na rozbor stávajícího systému řízení rizik, posouzení vhodnosti používaných metod a stupnic hodnocení pravděpodobnosti výskytu a možnosti dopadu rizik.

V závěru práce je na základě vyhodnocení procesu řízení rizik předložen návrh vhodného řešení, který vede ke sladění a použití jednotného systému ohodnocení rizik napříč procesy a systémy v podniku.

**Klíčová slova:** Aktivum, Analýza rizik, Hodnocení rizik, Hrozba, Identifikace rizik, Matice rizik, Proces řízení rizik, Registr rizik, Riziko, Zranitelnost

# Risk Management in Selected Company

## **Summary**

This diploma thesis deals with the issue of risk management in the state health facility, Hamza's sanatory for children and adults in Luže – Košumberk. Its aim is to propose a possible solution for its improvement based on analysis of current internal materials and subsequent qualitative research.

The diploma thesis consists of two main parts. In the first theoretical part, based on the study of the available literature and ISO standards, the basic concepts are presented and explained, a literature search is developed for the classification, identification, evaluation and treatment of risks.

The practical part of the thesis is based on qualitative research. It focuses on the analysis of the existing risk management system, the assessment of the suitability of the methods used and the scales of probability of occurrence and the possibility of risk impact.

At the end of the thesis are a proposal for a suitable solution leading to the harmonization and application of a uniform system across processes and systems in the company, based on evaluation of the risk management process.

**Keywords:** Asset, Risk analysis, Risk assessment, Threat, Risk identification, Risk matrix, Risk management process, Register of risk, Risk, Vulnerability

# Obsah

<b>1 Úvod.....</b>	<b>11</b>
<b>2 Cíl práce a metodika .....</b>	<b>12</b>
2.1    Techniky sběru dat .....	13
<b>3 Teoretická východiska .....</b>	<b>15</b>
3.1    Definice rizika.....	15
3.1.1    Historický kontext.....	15
3.1.2    Současná definice rizika .....	15
3.2    Klasifikace rizik .....	16
3.3    Řízení rizik.....	19
3.4    Rámec managementu rizik.....	21
3.5    Identifikace rizik .....	22
3.5.1    Techniky identifikace .....	23
3.6    Analýza rizik .....	25
3.6.1    Základní pojmy analýzy rizik .....	26
3.6.2    Metody analýzy rizik .....	29
3.7    Hodnocení rizik.....	32
3.8    Ošetření rizik.....	33
3.9    Monitorování a přezkoumávání rizik.....	35
<b>4 Vlastní práce.....</b>	<b>36</b>
4.1    Charakteristika HL .....	36
4.2    Legislativní kontext.....	37
4.3    Řízení kvality a rizik v HL.....	39
4.4    Analýza stávajícího hodnocení rizik .....	42
4.5    Přehodnocení rizik .....	46
4.6    Identifikace nových rizik.....	52
<b>5 Zhodnocení výsledků a návrhy opatření.....</b>	<b>56</b>
5.1    Zhodnocení výsledků a problémových oblastí.....	56
5.2    Navrhovaná opatření .....	59
<b>6 Závěr.....</b>	<b>60</b>
<b>7 Seznam použitých zdrojů .....</b>	<b>62</b>
<b>8 Přílohy .....</b>	<b>67</b>



## Seznam obrázků

Obrázek 1: Přehled dělení rizik poskytovatele lůžkové zdravotní péče .....	18
Obrázek 2: Vztahy mezi informacemi, znalostmi a metodami při řízení rizik.....	20
Obrázek 3: Proces managementu rizik .....	21
Obrázek 4: Proces analýzy rizik .....	25
Obrázek 5: Vztahy při řízení rizik .....	26
Obrázek 6: Vztahy v analýze rizik.....	28

## Seznam rovnic

Rovnice 1: Rovnice rizika.....	16
Rovnice 2: Výpočet hodnoty rizika .....	42
Rovnice 3: Hodnota rizika .....	45
Rovnice 4: Hodnota rizika .....	46

## Seznam tabulek

Tabulka 1: Časový harmonogram.....	14
Tabulka 2: Hodnocení rizik BOZP .....	43
Tabulka 3: Členění stupňů významnosti rizik BOZP .....	43
Tabulka 4: Tabulka ohodnocení rizik zdravotnických prostředků .....	44
Tabulka 5: Tabulka významnosti rizik dle IA .....	45
Tabulka 6: Přehled počtu rizik BOZP dle jejich významnosti .....	47
Tabulka 7: Matice rizik vedených v katalogu IA .....	48
Tabulka 8: Meziroční změny v ohodnocení rizik vedených IA.....	49
Tabulka 9: Meziroční změny v ohodnocení rizik N Oš.....	49
Tabulka 10: Matice rizik vedených N Oš .....	50
Tabulka 11: Matice rizik vedených N RHB .....	50
Tabulka 12: Meziroční změny v ohodnocení rizik .....	51
Tabulka 13: Matice korupčních rizik.....	51
Tabulka 14: Matice rizik zakázkových zdravotnických prostředků .....	52
Tabulka 15: Matice informačních rizik .....	53
Tabulka 16: Přehled identifikovaných informačních rizik .....	54
Tabulka 17: Přehled identifikovaných rizik N Oš .....	54

## Seznam zkratek

BOZP	Bezpečnost a ochrana zdraví při práci
COSO	The Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission
ČR	Česká republika
ČSN	Česká technická norma
Dg.	Diagnóza
ERM	Enterprise risk management
FMEA	Failure Modes and Effects Analysis
GDPR	General Data Protection Regulation
HACCP	Hazard Analysis and Critical Control Points
HFMEA	Healthcare Failure Modes and Effects Analysis
IRM	Institut risk managementu
ISMS	Information Security Management System
IIA	The Institute of Internal Auditors
IS	Informační systém
ISO	Mezinárodní organizace pro normalizaci
IT	Informační technologie
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NIS	Nemocniční informační systém
N Oš	Náměstek pro ošetrovatelskou péči
N RHB	Náměstek pro rehabilitaci
OPT	Ortopedická protetika
PN	Pracovní neschopnost
PO	Požární ochrana
RCA	Root Cause Analysis
SAK	Spojená akreditační komise, o. p. s.
THP	Technicko-hospodářský provoz
TQM	Total Quality Management
WHO	World Health Organization

# 1 Úvod

Řízení rizik je v současné době již běžnou součástí podnikového řízení. Svůj velký vliv na tomto vývoji jistě sehrála celosvětová globalizace, ale rovněž i rychlé tempo rozvoje technologií, vč. technologií informačních.

Podniky, coby systémy otevřené ve vztahu ke svému okolí, se musí v rámci konkurenčního boje vyrovnávat s vnějšími a také vnitřními podněty. Mezi podnikem samotným a jeho okolím tedy dochází k vzájemné interakci, a to jak na straně vstupů (dodavatelé), tak na straně výstupů (zákazníci, pacienti, klienti). Zmiňované podněty tak mohou být pro podnik jak příležitostmi, tak i hrozbami, což pro podnik představuje nutnost se na tyto podněty připravit a poté i adekvátně reagovat.

Problematikou dosahování kvality, produktivity, konkurenceschopnosti a dalšími významnými aspekty se v podniku zabývá management kvality, který je nedílnou součástí firemního managementu. Mezi základní koncepce systému řízení kvality patří ISO normy řady 9000, Total Quality Management (TQM), podnikové/oborové standardy či koncepce správných výrobních praxí např. při výrobě léků, potravin, kosmetiky.

Systémy řízení se postupem času stále vyvíjí a dnešním moderním trendem nabízeným na trhu jsou komplexní integrované systémy řízení, tzv. integrovaný management. Dochází k tomu, že k základní koncepci kvality podniku je možné připojit standardy, které mají vazbu ke kvalitě, jako např. management bezpečnosti práce, environmentální management, management společenské odpovědnosti či management bezpečnosti informací (ISMS) a další. V případě integrovaného řízení rizik se poté jedná o systematický přístup k řízení strategických, provozních a dalších rizik z pohledu celé organizace, který je přínosný pro strategické řízení podniku.

Právě pro strategické řízení podniku je velmi důležité systematické řízení rizik z pohledu celého podniku, které je charakteristické svým proaktivním přístupem postaveným na prevenci, na možném předcházení vzniku krize a dalším nezbytným krokům krizového řízení. Řízení rizik a krizové řízení by měly být součástí strategického řízení podniku a měly by tvořit hodnotnou podporu a základ připravenosti pro případné zvládnutí podnikové krizové situace.

## 2 Cíl práce a metodika

Cílem diplomové práce je na základě zhodnocení systému řízení rizik v Hamzově odborné léčebně (HL) navrhnout vhodná opatření vedoucí ke zlepšení tohoto systému. Vybraným podnikem je Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé, státní příspěvková organizace zřizovaná Ministerstvem zdravotnictví ČR (MZ ČR), poskytující následnou lůžkovou léčebnou péči, ale i ambulantní péči.

Dílčí cíle práce jsou:

- vypracování literární rešerše k problematice řízení rizik,
- popis HL,
- zhodnocení stávajícího systému řízení rizik,
- přehodnocení rizik,
- návrhy nových rizik.

Diplomová práce se skládá ze dvou hlavních částí. V první teoretické části jsou na základě studia dostupné odborné literatury a ISO norem představeny a vysvětleny základní pojmy, je vypracovaná literární rešerše ke klasifikaci, identifikaci, hodnocení a ošetření rizik. Praktická část práce je zaměřena na charakteristiku HL. Problematika poskytování zdravotní péče je velmi specifická a ve státním zdravotnickém zařízení navíc ještě pevně vázaná specifickou přísnou legislativou a dalšími standardy, čímž dochází k prolínání různých přístupů k nastavení systémů kvality či jakosti, při nutném zajištění potřebné kvality a bezpečí poskytované léčebné péče. Navíc postavení státní příspěvkové organizace na konkurenčním trhu významně ztěžuje a svazuje i její právní a ekonomická forma.

Práce je v dílčí části založena na kvalitativním výzkumu rizik. Je zaměřena na rozbor stávajícího systému řízení rizik, posouzení vhodnosti používaných metod, stupnic hodnocení rizik, a zvláště na nalezení jednotného systému hodnocení rizik napříč procesy a systémy v podniku.

Praktická část práce je postavena na osobní znalosti prostředí a procesů v HL, na interních datech a podkladových materiálech HL.

V závěru práce je na základě vyhodnocení procesu řízení rizik stanoven návrh případných opatření zohledňující i historii nastavených systémů a také nákladovosti, která by mohla být vhodným kompromisem vzhledem finanční situaci a možnostem HL.

## 2.1 Techniky sběru dat

Pro zpracování praktické části práce byly využity interní materiály HL, vlastní zkušenosti s řízením rizik v HL a data získaná v rámci skupinového interview.

Ke zjištění a popisu výchozí situace v řízení rizik bylo využito aktuálních interních materiálů, tj. vnitřního předpisu upravujícího řízení rizik v HL, jednotlivých katalogů rizik a vlastní zkušenosti a znalosti související s postupným zaváděním systému řízení rizik v HL.

Pro přehodnocení rizik a identifikace nových rizik byly opět využity interní materiály HL za období let 2015 – 2017 (výroční zprávy HL, ortopedické protetiky, manažera kvality a dále roční vyhodnocení nežádoucích událostí, zápisy z jednání komise pro řízení rizik, zápisy z jednání škodní komise a data z informačního systému určeného pro hlášení nežádoucích událostí).

Dalším významným zdrojem dat pro zpracování praktické části práce byla skupinová interview. Diskuse v rámci skupinového interview bývá stimulována vzájemnou interakcí mezi členy dané skupiny a může tak vznikat i skupinový synergický efekt, který je vlastně určitou formou brainstormingu. Proto pozitivním přínosem tohoto typu sběru dat je možnost získání většího počtu podnětů pro identifikaci nových rizik, než by tomu bylo např. u individuálního rozhovoru. Nutné ale je volit vnímavě a citlivě míru angažovanosti toho, kdo interview vede. Je nutné zajistit všem účastníkům skupiny dostatek prostoru pro jejich vyjádření (Majerová a Majer, 2007, str. 145).

Skupinová interview byla v HL v rámci praktické části práce konána v prostředí, která účastníci skupiny vždy dobře znali a mohli se tedy cítit uvolněně. Snahou bylo dosáhnout neformální formy komunikace a otevřenosti při interview. Čas konání byl vždy předem domluven s účastníky tak, aby nedocházelo k rušivým vlivům z důvodu neodkladných pracovních činností. Časová dotace na každé interview byla počítána na 1,5 – 2 hodiny. Cílem konaného skupinového interview bylo, mimo získání potřebných dat, i pochopení a porozumění náhledu členů dané skupiny na problematiku rizik souvisejících s výkonem jejich práce.

Počet členů skupin se pohyboval od 2 do 5 členů za danou zkoumanou oblast, z toho byl vždy jeden přímý vedoucí zaměstnanec (vedoucí rehabilitace, vrchní sestra, vedoucí technického provozu apod.), odpovědný za vedení katalogu rizik.

Na začátku skupinového interview byli vždy členové skupiny v obecné rovině seznámeni se záměrem a cílem diskuse. Byli vyzváni k aktivní účasti při diskusi s tím, že každý názor na danou problematiku je zajímavý a může být velmi přínosný.

Dále byla vždy přečtena jedna z připravených otázek ze seznamu a následovala diskuse. Záznam diskuse byl pořizován písemně v listinné podobě na místě. Otázky formulované širěji byly dále rozvíjeny a členové skupiny byli vedeni tak, aby uvažovali a hledali své odpovědi, případně i sami aktivně identifikovali nová rizika. Pokud došlo k neurčité odpovědi byly navíc kladeny ještě tzv. sondy, tj. následné, doplňující otázky, které přispěly k přesnějšímu vyjádření při identifikaci a ohodnocení rizik (Majerová a Majer, 2007, str. 104). Seznam kladených otázek a sond v rámci vedených skupinových interview je uveden v Příloze 1.

Z důvodu časové náročnosti na provedení skupinových interview a následného zpracování a analýzy dat bylo nutné vypracovat časový harmonogram, který se podařilo rámcově splnit (viz Tabulka 1).

**Tabulka 1:** Časový harmonogram

Období roku 2017	Činnost
02	Žádost o povolení zpracování diplomové práce na téma Řízení rizik v HL, vč. povolení přehodnotit rizika v HL za použití jednotného způsobu
02 - 04	Studium interních materiálů, ISO norem vztahujících se k řízení bezpečnosti informací a řízení informačních rizik
05	Předložení návrhu na zavedení systému ISMS v oblasti informačních technologií a systému řízení rizik v souladu s normou ČSN/IEC 27005
05	Souhlas ředitele HL se zavedením systému ISMS (bez certifikace) dle ČSN/IEC 27001 a nastavení systému řízení rizik bezpečnosti informací ČSN/IEC 27005 (bez certifikace)
06 - 07	Identifikace rizik bezpečnosti informací a zpracování návrhu katalogu rizik
08	Přehodnocení a identifikace rizik N Oš
	Identifikace rizik na odděleních lůžkové péče a zpracování návrhu katalogu rizik
09	Přehodnocení a identifikace rizik N RHB
	Identifikace rizik na úsecích rehabilitace a zpracování návrhu katalogu rizik
09	Identifikace rizik spalovny a zpracování návrhu katalogu rizik
10	Přehodnocení rizik vedených IA a korupčních rizik
11	Přehodnocení rizik OPT a zpracování návrhu na změnu katalogu rizik
12	Předložení výstupů z analýzy rizik Komisi pro řízení rizik a návrhů doporučení na změny v systému řízení rizik
	Vyjádření risk managera k navrhovaným opatřením

Zdroj: vlastní zpracování

## 3 Teoretická východiska

Následující kapitola je zaměřena na samotný výraz „riziko“, jeho definici a vnímání obsahu jeho významu. Dále se zabývá jednotlivými dílčími částmi celkového rámce řízení rizik, mezi něž patří klasifikace, identifikace, analýza, hodnocení, ošetření a monitorování rizik.

### 3.1 Definice rizika

Riziko je historický výraz, který prošel vývojem v chápání obsahu jeho významu. V dnešní době se jeho definice mezi sebou liší spíše dle zaměření či přímo specifikace příslušných zkoumaných odvětví, oborů, činností (pojišťovnictví, zdravotnictví, podnikání), i když společným základem je neurčitost a nejistota. Obecně se ale dá říci, že jediná obecně uznávaná definice rizika neexistuje (Váchal, Vozka a kol., 2013, s. 55).

#### 3.1.1 Historický kontext

Merna, Al-Thani (2007, s. 7) ve své publikaci uvádí, že o původu slova „riziko“ je možné uvažovat buď jako o latinském slově „riscum“ nebo o arabském slově „risq“. Arabské slovo „risq“ vyjadřuje „všechno co ti bylo dáno (Bohem) a z čeho můžeš mít zisk“, tedy v pozitivním smyslu, náhodného a příznivého výsledku. Zatímco latinské slovo „riscum“, jak uvádí Merna, Al-Thani (2007), se vztahuje k pochybnosti, jakou může představovat korálový útes pro námořníka a vyjadřuje rovněž náhodnou, ale za to nepříznivou událost.

Smejkal a Rais (2013) k původu slova „riziko“ uvádí shodně jako Dvořáček a Kafka (2005), že historický výraz „risco“ pochází z italštiny ze 17. století. Rovněž jako Merna, Al-Thani (2007) uvádí shodné použití významu slova v souvislosti s lodní plavbou.

Ve 2. čtvrtině 18. stol. se poangličtěné slovo „risk“ objevovalo dokonce i u pojišťovacích transakcí. Postupem času tak došlo k posunu ve významu slova na výraz, který se vztahoval „k nechtěným výsledkům a k možnostem jejich výskytu“ (Merna, Al-Thani, 2007, s. 7).

#### 3.1.2 Současná definice rizika

Dnes je riziko, jak uvádí Váchal, Vozka a kol. (2013), definováno různými způsoby, nejčastěji jako:

- očekávaná škoda (závažnost důsledků očekávané škody), tj. riziko jako důsledek;
- škodlivá událost (pravděpodobnost výskytu škodlivé události), tj. riziko jako výskyt;

- riziko jako odchylka od plánovaného cíle (pozitivní, negativní odchylka);
- podmínka vzniku škody nebo krize (zjišťuje se kauzální řetězec rizikových faktorů);  
tj. riziko jako potencionální hrozba.

Pro stanovení hodnoty rizika je pak možné použít tzv. rovnici rizika, která je uvedena níže (Váchal, Vozka a kol., 2013, s. 533).

**Rovnice 1: Rovnice rizika**

$$\text{riziko} = \text{pravděpodobnost výskytu} * \text{míra závažnosti důsledků}$$

Dle Smejkal a Raise (2013, s. 91) „je riziko situace, v níž existuje možnost nepříznivé odchylky od žádoucího výsledku, ve který doufáme, nebo ho očekáváme“. Dále uvádí, že riziko představuje míru ohrožení aktiva, tedy potenciální nebezpečí, že hrozba skutečně nastane a vznikne situace, které jsme se chtěli vyhnout, vč. souvisejících škod a ztrát.

Sobel (2012) definuje riziko jako souhrnný účinek nejistých výsledků na dosažení cílů. Při porovnání jeho definice s normou ČSN ISO 31000 (2010), ve které je riziko definováno jako účinek nejistoty na dosažení cílů zaměřenou na management rizik, je riziko definováno velmi obdobně. Norma navíc uvádí, že účinek nejistoty je odchylkou od očekávaného stavu, tj. kladnou (zisk) anebo zápornou (ztráta). To znamená, že realizace nebezpečí může být pro jednu osobu ve svém důsledku příznivá a zároveň pro jinou osobu nepříznivá.

Dá se říci, že v různých obměnách slovního vyjádření se tento význam vyskytuje dnes jak v naší, tak i zahraniční literatuře. Jde spíše o sémantický problém při definování rizika jako takového, kdy každá definice může mít své varianty.

### 3.2 Klasifikace rizik

Z hlediska podniku, jak uvádí Váchal, Vozka a kol. (2013), je možné rizika rozdělit na vnější a vnitřní podniková rizika.

Vnější podniková rizika se vztahují k podnikatelskému okolí a jejich zdrojem mohou být jak faktory makroekonomické, tak i mikroekonomické (Fotr a Hnilica, 2014, s. 20). Do vnějších lze zahrnout:

- rizika dodavatelsko-odběratelských vztahů (zvýšení cen komodit, narušení dodávek speciálního zdravotního materiálu, léků, úhrady zdravotní péče),
- rizika trhu (konkurence, hospodářská recese, změna zdravotní politiky státu, kraje),



- rizika živelné pohromy a přírodní katastrofy (vichřice, povodeň, požár, epidemie, svrab, štěnice, vši, salmonelóza, žloutenka),
- technické havárie (přerušení dodávek vody, plynu, elektřiny, tepla, vliv chemických látek),
- politická rizika (stagnace úhradových plateb za zdravotní výkony, povinné navyšování mezd),
- finanční rizika (likvidita, inflace),
- technická a technologická rizika (inovace),
- bezpečnostní rizika, např. korupce, kybernetické útoky apod. (Váchal, Vozka a kol., 2013, s. 530).

Vnitřní podniková rizika zahrnují:

- organizační rizika (složitá, členitá organizační struktura),
- výrobní rizika (kvalita poskytované péče, kvalita protetických výrobků),
- personální rizika (nedostatek kvalifikovaných zaměstnanců – lékaři, fyzioterapeuté, sestry, generační výměna managementu, vyhoření personálu, mobbing, bossing),
- finanční rizika (platební neschopnost, nízké cash flow, vysoké odpisy),
- manažerská rizika (změna ve vedení, chybné rozhodnutí),
- výrobní, technická a technologická rizika (nedostatečné investice, inovace),
- bezpečnostní rizika (požáry, nehody, havárie, poruchy výtahů),
- právní rizika (poškození pacienta, postup non lege artis, nevýhodné smlouvy),
- informační rizika (přenos odkrytých hesel, nechráněné uskladnění zálohovacích médií),
- riziko ztráty dobré pověsti (Váchal, Vozka a kol., 2013, s. 530).

Jako významné vnitřní podnikové riziko ve zdravotnictví uvádí Šupšáková (2017) riziko v interní komunikaci ve formě osobní, písemné, telefonické, týkající komunikace mezi zdravotnickým personálem, pacienty, rodinnými příslušníky.

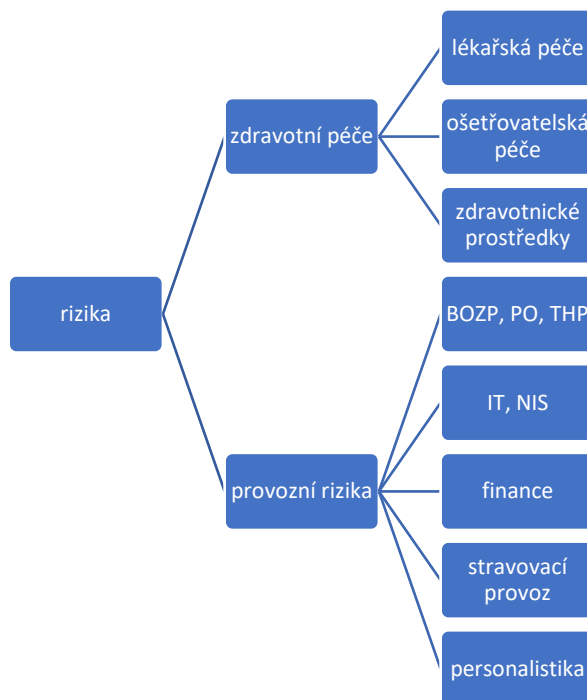
Kromě základního členění rizik na vnitřní a vnější uvádí Fotr a Hnilica (2014) klasifikaci rizik dle jejich věcné náplně. Jako další z možných přístupů ke kategorizaci rizik uvádí Tichý (2006) ve své publikaci členění rizik na hmotné x nehmotné riziko, spekulativní x čisté riziko, systematické x nesystematické riziko, pojistitelné x nepojistitelné riziko, strategické x operační riziko, odhadované riziko.

V pojišťovacích teoriích bychom našli další možná základní členění rizik na rizika vlastní, cizí, pojistně technická rizika či např. další klasifikace dle směrnice Solvency II Evropského parlamentu a Rady (Vávrová, 2014, s. 60).

Tichý (2006) ke klasifikaci rizik uvádí, že nelze uspořádat rizika v univerzálním systému do kategorií nebo tříd s tím, že takové uspořádání je možné pouze v užších okruzích, tj. například v rámci jedné organizace, jednoho oboru činnosti.

V souladu s vyjádřením Tichého se nabízí uvést i členění oblastí rizik u poskytovatelů lůžkových zdravotních služeb, které uvádí Šupšáková (2017). Její členění je v této skupině skutečně možno označit za univerzální uspořádání. Jedná se vlastně o členění, které je v souladu se základní strukturou každého poskytovatele lůžkového zdravotnického zařízení. Šupšáková (2017) dělí rizika v rámci poskytování zdravotních služeb do dvou základních skupin na rizika provozní a rizika poskytování zdravotní péče, která se dále člení (viz obrázek níže). V rozsahu těchto kategorií rozepisuje rizika i Škrála a Škrlová (2008).

**Obrázek 1:** Přehled dělení rizik poskytovatele lůžkové zdravotní péče



Zdroj: upraveno dle Šupšákové (2017, s. 32)

### 3.3 Řízení rizik

Řízení rizik, nebo také management rizik, definuje Smejkal a Rais (2013, s. 127) „jako proces zjištění, kontroly, eliminace a minimalizace nejistých událostí, které mohou subjekt ovlivnit“. Zuzák a Königová (2009) doplňují, že se v případě řízení rizik jedná o neustálou, permanentní činnost, která je součástí krizového řízení podniku. Dále rozvádí, že řízení rizik musí být součástí jak běžné podnikatelské činnosti, tak i podnikové strategie a je nutné, aby se prolínalo i do formulace podnikových cílů. Rizikové řízení je při přípravě podnikových cílů nutné realizovat v těchto pěti krocích:

- identifikace nebezpečí,
- určení výše rizika,
- vyhodnocení,
- zavedení kontrolního systému nad rizikem (identifikace změn rizika),
- sledování vývoje rizika, vyhodnocení změn a realizace opatření.

V praxi to znamená, že pro vypořádání se s riziky v běžném životě je nutné se s nimi naučit žít a také je řídit (Smejkal a Rais, 2013, s. 127).

V souladu s výše uvedeným vyjádřením je i definice Sobela (2012), uvedená v publikaci vydané mezinárodní organizací – Institutem interních auditorů, kde autor definuje podnikové řízení rizik jako integrovaný celopodnikový systém, který je zaměřen na portfolio rizik organizace způsobem, který vytváří a chrání hodnotu a poskytuje záruku, že cíle budou dosaženy. Sobel (2012) v publikaci dále uvádí základní principy efektivních systémů řízení rizik, které jsou shodné se zásadami uvedenými v ČSN ISO 31000 (2010).

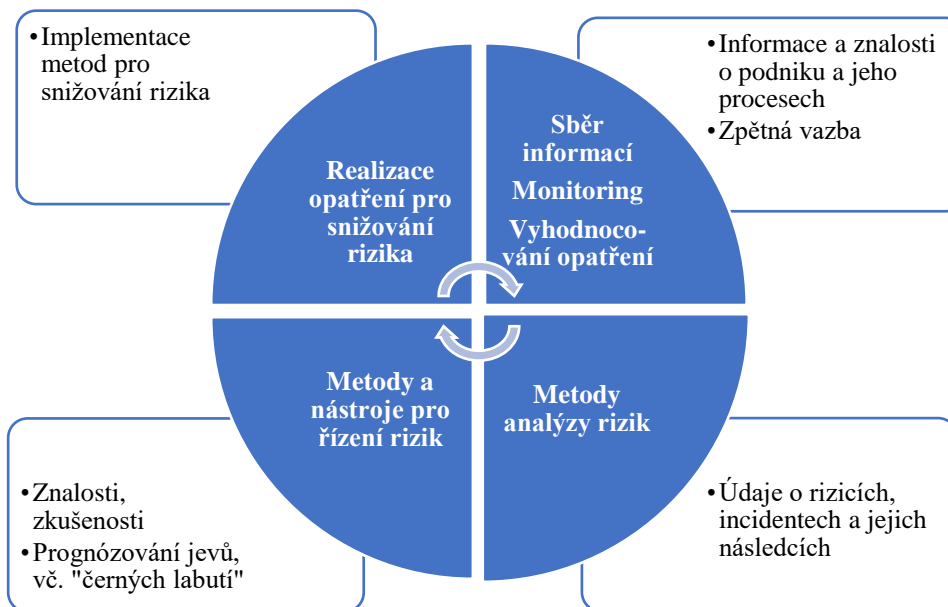
Obdobný je i výklad pojmu „řízení rizik“ uvedený v Metodice řízení rizik ve veřejné správě (Ministerstvo financí, 2016) určené pro všechny organizace hospodařící s veřejnými prostředky, tedy i pro státní zdravotnická zařízení. Řízení rizik je zde rovněž uvedeno jako integrální součást rozhodování v organizaci s cílem předejít negativním jevům, problémům a vyhnout se nutnosti krizového řízení. Škrála, Škrlová (2008) definují cíl řízení rizik ve zdravotnickém zařízení jako snahu snížit výskyt nežádoucích událostí, které by mohly vést k poškození zdraví pacienta, zaměstnanců či majetku. Shodně se vyjadřuje i World Health Organization (2017), která uvádí jako nejvýznamnější úkol zaměřovat se na bezpečnost pacientů, na prevenci nežádoucích událostí, kterým lze předejít v průběhu

péče, protože u přibližně 1 z 10 hospitalizovaných pacientů dochází k poškození, kde mohla být s minimálně 50 % uplatněna prevence.

Kafka (2009) svou definici rozšiřuje a zabývá se i nákladovostí a označuje řízení rizik za systém, který zabezpečuje, že organizace řídí rizika proaktivně, koordinovaně a nákladově efektivním způsobem, který podnik upřednostňuje. Příliš velké investice mohou náklady neúměrně zvyšovat a mohou tím být příčinou snížené konkurenceschopnosti, anebo naopak, nedostatečná pozornost k rizikům může vést ke ztrátám plynoucích ze vzniklých problémů.

Jeden ze zajímavých problémů při řízení rizik, který zmiňuje Smejkal a Rais (2013), je teorie „černých labutí“. Jde o události nebo jevy, které jsou nečekané a v minulosti se nevyskytovaly, popírají veškerá očekávání, a přitom mají na podnik významný dopad. Důvodem je neschopnost vnímání nadčasového kontextu společnosti, přílišné zaměření se na pravidla, fakta, což omezuje obvyklý způsob myšlení. A tak vždy může dojít k výskytu nějaké černé labutě, která může být příčinou významné krizové situace anebo naopak, mimořádného úspěchu (Šupšáková, 2017, s. 4). Znalost vztahů mezi informacemi, metodami pro řízení rizik a znalostmi zachycuje obrázek níže.

**Obrázek 2:** Vztahy mezi informacemi, znalostmi a metodami při řízení rizik



Zdroj: upraveno dle Smejkala a Raise (2013, s. 131)

### 3.4 Rámec managementu rizik

Nastavení celkového rámce managementu rizik v kontextu podniku jako celku je důležité pro zajištění efektivity a úspěšnosti řízení rizik. Kontext pomáhá definovat nejen požadavky a omezení týkající se efektivního řízení rizik, ale také toleranci podniku vůči riziku. Cílem celkového rámce, i ve zdravotnickém zařízení, je integrace managementu rizik do celkového systému řízení podniku (The Australian Council on Healthcare Standards, 2013, s. 21).

Součástí rámce dle ČSN ISO 31000 (2010) je proces řízení rizik (viz Obrázek 3).

Obrázek 3: Proces managementu rizik



Zdroj: upraveno dle ČSN ISO 31000 (2010, s. 26)

V odborných publikacích je nejčastěji uváděným rámcem managementu rizik uváděn Enterprise risk management (ERM), Integrovaný rámec COSO. Tento model ERM popisuje, jakým způsobem integrovat systém risk managementu do organizace a jejich každodenních aktivit (Smejkal a Rais, 2013, s. 152). Kafka (2009) uvádí, že model ERM znázorňuje vnitřní řídicí a kontrolní systém podniku pomocí krychle (viz Příloha 2).

Krychle zachycuje čtyři úrovně cílů, čtyři úrovně zkoumání a osm komponent. Kafka (2009) uvádí, že i přestože dochází k tomu, že se interpretace ERM, a tím pak i následná implementace jednotlivých principů v jednotlivých organizacích liší, je ERM významnou změnou pohledu na ucelený systém risk managementu.

Cílem ERM je dosažení identifikace kritických rizik (zdravotních, bezpečnostních, environmentálních, etiky, finančních...) a snaha řídit a optimalizovat portfolio rizik v rámci

všech činností podniku, která by představovala negativní dopad na podnik (Smejkal a Rais, 2013, s. 152).

Sobel (2012) v publikaci The Institute of Internal Auditors (IIA) pak uvádí, že ERM je integrovaný celoplošný systém. Dále uvádí, že normu ISO vnímá jako proces řízení rizik, kde hlavními komponenty jsou principy, rámec a procesy. V rámci rámce risk managementu jsou ale kromě procesů dalšími důležitými komponenty také lidé, informace a technologie.

Kafka (2009) ve své publikaci mimo ERM uvádí ještě další rámce risk managementu. Jsou jimi:

- Australský standard – AS/NZS 4360:2004,
- IRM's risk management standard,
- Kanadský standard CAN/CSA-Q850-9.

Volba výběru rámce závisí přímo na podniku. Současně se zaměřením na strategické a důležité záležitosti podniku musí být také jisté, že všechna rizika jsou účinně kontrolována a řízena a pozornost je zaměřena na hlavní činnost organizace. V případě zdravotnického zařízení je to léčebná a ošetrovatelská péče o pacienty (The Australian Council on Healthcare Standards, 2013, s. 24). V prostředí poskytování zdravotních služeb pro nastavení rámce systému managementu rizik vytvořilo MZ ČR (2015a) doporučující manuál. Uvedený manuál byl zveřejněn jako příloha v rámci Akčního plánu č. 9 Zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. V uvedeném manuálu pro zavedení systému managementu rizik je uvedeno, že management rizik může být buď součástí standardů kvality daného podniku nebo také jako samostatný systém, který je ovšem úzce spojen se standardy kvality. Podstatné je, aby došlo v rámci managementu rizik k pokrytí všech aktivit v doménách (governance, kompetentní a schopná pracovní síla, bezpečné prostředí a komfort, klinická péče, učení se zkušeností), přičemž každá doména má deset kritérií (viz Příloha 3).

### **3.5 Identifikace rizik**

Identifikace rizik je první a velmi důležitou součástí souboru činností spojených s posuzováním rizik. Dle ČSN ISO 31000 (2010, s.14) je „identifikace rizik procesem hledání, rozpoznávání a popisování rizik“. Při identifikaci rizik je nutné zaměřit se na nalezení zdrojů rizika, a to ať už hmotných nebo nehmotných, a dále na události, které

mohou být příčinou vzniku rizika. Výstupem z identifikace rizik je jejich zaznamenání do katalogu rizik s popisem jejich charakteristik. Každé riziko musí mít zpracovaný a potvrzený popis, vč. uvedení prvotní odezvy na riziko z čehož vyplývá, že při identifikaci rizik došlo k uvědomění si hrozeb a příležitostí, které riziko s sebou přináší (Merna, Al- Thani, 2007, s. 30).

Merna, Al-Thani (2007) uvádí, že proces identifikace rizik je velmi závislý na informacích, které nemusí být vždy lehce dostupné. Je nutné mít informace o projektu, jeho rozsahu, znát cíle projektu, strategii. Pokud je dostatečný rozsah informací, o to přesněji mohou být identifikována stěžejní rizika. Informace a data nemusí být čerpána pouze z interních zdrojů, ale mohou vycházet ze zpracování dat historických nebo z externích zdrojů. Vhodné je vzít v úvahu i události, ke kterým došlo v obdobných organizacích (Dvořáček a Kafka, 2005, s. 130).

### **3.5.1 Techniky identifikace**

Detekce rizika může dle Šupšákové (2017) probíhat retrospektivním nebo prospektivním způsobem:

#### **Retrospektivní (reaktivní) detekce rizik**

- Jedná se např. o metodu RCA metoda (Root Cause Analysis).
- Hodnocení a analýza rizika metodou RCA je prováděna až po vzniku nežádoucí události nebo „skoro pochybení“. Rizika jsou identifikována zpětně např. na základě výstupů z kontrol, auditů, výsledků hodnocení nežádoucích událostí, stížností, hospitalizační dat, soudních sporů apod. (Škrála a Škrlová, 2008, s. 134).
- Jedná se o tzv. kořenovou analýzu, jejímž cílem je prevence před možným opakováním události v budoucnu a to tak, že si klade za cíl zjistit co se stalo, proč se to stalo, co je možné udělat, aby se zabránilo opakování (Šupšáková, 2017, s. 9).

#### **Prospektivní (proaktivní) způsob**

- Jedná se o vyhledávání a následnou analýzu možných rizik.

Šupšáková (2017) uvádí přehled základních prospektivních metod, které mohou být využity k detekci rizika v poskytování zdravotních služeb. Z uvedených metod uvádí jako nejvhodnější pro použití v praxi metodu Failure Modes and Effects Analysis (FMEA).

## **FMEA**

- Zaměřuje se na identifikaci rizik, kde může dojít k pochybením s důsledky dopadu jak pro jedince, tak pro celý podnik. Metoda je zaměřena na procesy, které aktivují celý systém (např. podávání léčiv). Metoda vyžaduje účast multidisciplinárního týmu a je velmi časově náročná (Škrla a Škrlová, 2008, s. 138).

## **HFMEA (Healthcare Failure Modes and Effects Analysis)**

- Jedná se o hybridní metodu, která kombinuje metody FMEA a HACCP (Hazard Analysis and Critical Control Points). Je to rovněž velmi časově náročná metoda, založená na rozhodování celého multidisciplinárního týmu (Šupšáková, 2017, s. 15).

## **HACCP**

- Analýza hazardu a kritických bodů spočívá ve stanovení kritických bodů, tedy míst, kde má být prováděna kontrola jejich dodržování (Šupšáková, 2017, s. 16). Metoda HACCP se užívá především v potravinářském průmyslu a jedná se o zákonem stanovenou povinnost pro celý proces výroby potravin až po konečného spotřebitele (Váchal, Vozka a kol., 2013, s. 508).

## **Barrier Analysis and the Deveopment of Risk Controls**

- Jedná se o analýzu bariér, která zkoumá, proč dosavadní bariéry selhávají, která bariéra by měla být použita pro prevenci. Ve zdravotnictví může být bariérou např. dvojitě uzamykání skříněk na léky (opiáty), bariéra křížení provozu čistého a špinavého prádla apod. (Šupšáková, 2017, s 17).

Škrla a Škrlová (2008) rovněž zmiňují některé z výše uváděných metod, ale s dovětkem, že výběr metody závisí na mnoha faktorech a jedním z významných faktorů je právě člověk a jeho znalosti s použitím vybrané metody.

Jako další metody k identifikaci rizik uvádí Váchal, Vozka a kol. (2013) metody brainstormingu, skupinovou diskusi nebo metodu Delphi.

Řada autorů ve shodně s normou ČSN ISO 31000 (2010) uvádí, že do identifikace rizik mají být zapojeni lidé, kteří mají příslušné znalosti, kteří odpovídají za projekty, procesy a jsou schopni uvědomit si a identifikovat rizika vnitřní i vnější (Schölleová, 2012, s. 29).



### 3.6 Analýza rizik

Sobel (2012, s. 87) v publikaci vydané IIA uvádí, že fáze analýzy rizik pomáhá podniku získat lepší odolnost vůči rizikům a slouží jako cenný vstup do fáze vyhodnocování rizik, ve které je hodnocení rizik dokončeno. Účelem analýzy je zlepšit pochopení různých událostí a výsledků podniku, které mohou ovlivnit jeho cíle. To lze provést stanovením rizikových příčin, zdrojů a vzájemných závislostí. Dále uvádí svůj názor o pohledu ISO 31000 (2010) na analýzu rizik a uvádí, že norma analýzu rizik vnímá jako proces chápání povahy rizika a určení úrovně rizika (Sobel, 2012, s. 81).

ČSN ISO 31000 (2010) uvádí, že provedená analýza rizik je vstupem pro další hodnocení rizik a pro stanovení rozhodnutí, se kterými riziky je nutné dále pracovat, jaké metody či strategie pro ošetření rizik zvolit.

Smejkal a Rais (2013) analýzu rizik popisují jako proces, ve kterém je na základě prvotní identifikace vlastních aktiv následně provedeno určení jejich hodnoty a významu. Poté následuje provedení identifikace možných hrozeb a zranitelností, určení jejich závažnosti a míry hrozící zranitelnosti pro aktivum (viz Obrázek 4).

Jako druhou část označují vyhodnocení hrozícího dopadu na aktivum v případě, že by došlo k aktivaci hrozby. Dále určení úrovně rizik a rozhodnutí, zda jsou rizika ve vztahu k těmto úrovním pro podnik akceptovatelná či neakceptovatelná (Fotr a Hnilica, 2014, s. 16).

**Obrázek 4:** Proces analýzy rizik



Zdroj: upraveno dle Smejkala a Raise (2013, s. 95)

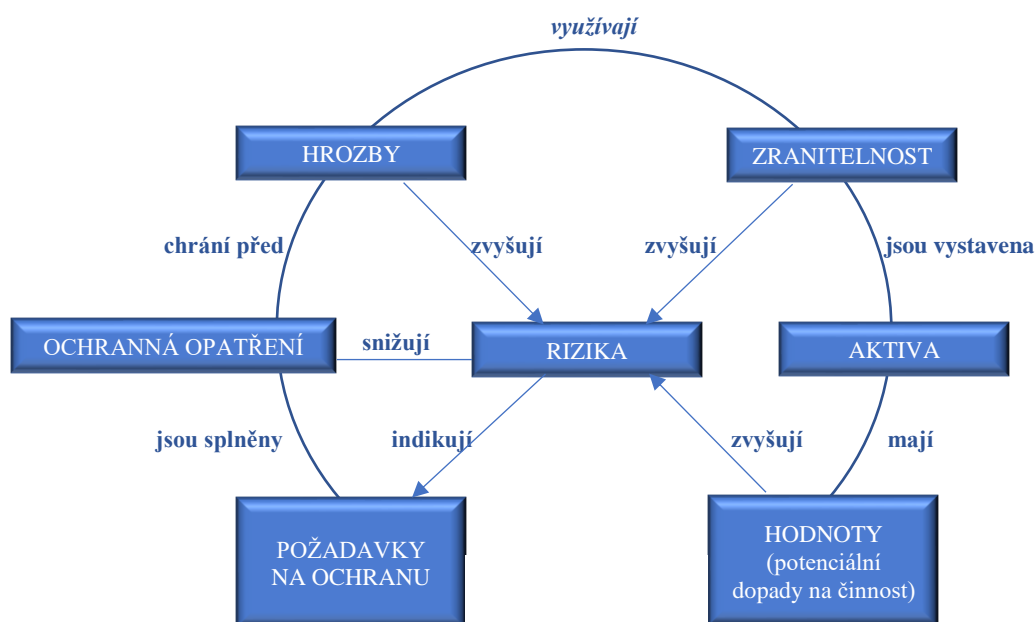
Merna, Al-Thani (2007) doplňuje, že hlavní výstup z analýzy rizik je získaný a hlavně zdokumentovaný přehled ohrožení, zdrojů rizik, rizikových událostí a na stranu druhou také ale i příležitosti. Účelem řízení rizika je tak, určení rovnováhy mezi příležitostmi a rizikem a cílené snahy o provádění řízených kroků managementu podniku ve prospěch příležitosti,

a to vše samozřejmě v souladu s cíli podniku. Z toho důvodu je nutné definovat cíle podniku pro všechny jeho úrovně.

Při analýze rizik je nutné vnímat, že jedna událost může mít vliv na více cílů. Může existovat i vzájemná závislost různých rizik a jejich zdrojů. Nedílnou součástí analýzy by mělo být i vyhodnocení efektivnosti a účinnosti nastavených opatření (ČSN ISO 31000, 2010).

Pro to, aby mohla být analýza rizik správně a efektivně prováděna, je nutné si neustále uvědomovat vztahy mezi jednotlivými prvky, které jsou uvedeny na obrázku níže (Šenfeld, 2012, s. 102).

**Obrázek 5: Vztahy při řízení rizik**



Zdroj: upraveno dle Smejkal a Raise (2013, s. 102)

### 3.6.1 Základní pojmy analýzy rizik

#### Aktivum

Za aktivum je považováno vše, co pro podnik představuje nějakou hodnotu, přičemž právě hodnota je základním charakteristickým parametrem aktiva. Hodnota aktiva může být stanovena objektivně, na základě obecně vnímané ceny nebo na základě subjektivního hodnocení, kde je stanovení hodnoty aktiva významně závislé i na úhlu pohledu hodnotitele. Aktiva je možné dělit na nehmotná, kam patří např. morálka, pověst podniku, informace a na hmotná, což mohou být např. peníze, nemovitosti apod. (Smejkal a Rais, 2013, s. 96).

Merna, Al-Thani (2007) uvádí, že v rámci procesu řízení rizika existuje několik etap, s tím že jednou z těchto etap je i přidělení vlastnictví rizik konkrétním jednotlivcům. Za vlastníka aktiva Smejkal a Rais (2013) shodně jako Merna, Al-Thani (2007) uvádí přímo pověřenou osobu, která nese plnou odpovědnost za dané aktivum, a který se spolupodílí na stanovení hodnoty aktiva.

Obdobně je tomu tak i u informačních aktiv, kde norma ČSN ISO/IEC 27005 (2013) rovněž doporučuje identifikaci jednotlivců, kteří mají nést odpovědnost za konkrétní rizika. Pro potřeby určení hodnoty aktiva uvádí norma jejich členění na primární a sekundární aktiva.

#### Primární aktiva

- informace (osobní a citlivé údaje pacientů, strategické informace),
- obchodní činnosti a procesy (procesy, které při jejich změně může dojít k ovlivnění poslání organizace).

#### Podpůrná aktiva

- software (nemocniční informační systém, účetní systém, operační systém),
- hardware (server, notebook, pracovní stanice, elektronické nosiče),
- pracovníci (uživatelé, pracovníci údržby, bezpečnostní technici, vývojáři),
- sítě (telekomunikační zařízení sloužící k propojení vzdálených počítačů nebo IS),
- lokalita (podnik, budovy, kanceláře, interní telefonní sítě, klimatizace),
- organizace (řídící orgány, útvary organizace, dodavatelé).

Výstupem z identifikace aktiv by měl být seznam aktiv, u kterých je zapotřebí zavést řízení rizik (vč. uvedení jejich důležitosti) a také procesů, které s aktivy souvisí (ČSN ISO/IEC 27005, 2013).

### **Hrozba**

Hrozbou pro podnik může být síla, osoba, aktivita, událost, která na aktivum působí nežádoucím či přímo negativním způsobem a může způsobit podniku ztrátu na hodnotách aktiva (Smejkal a Rais, 2013, s. 97). Původcem hrozeb může být sám člověk nebo také příroda. Mohou být úmyslné, neúmyslné, náhodné, mít svůj původ uvnitř či vně organizace. Ztráta na hodnotách, kterou hrozba způsobí je označována jako „dopad hrozby“ (ČSN ISO/IEC 27005, 2013).

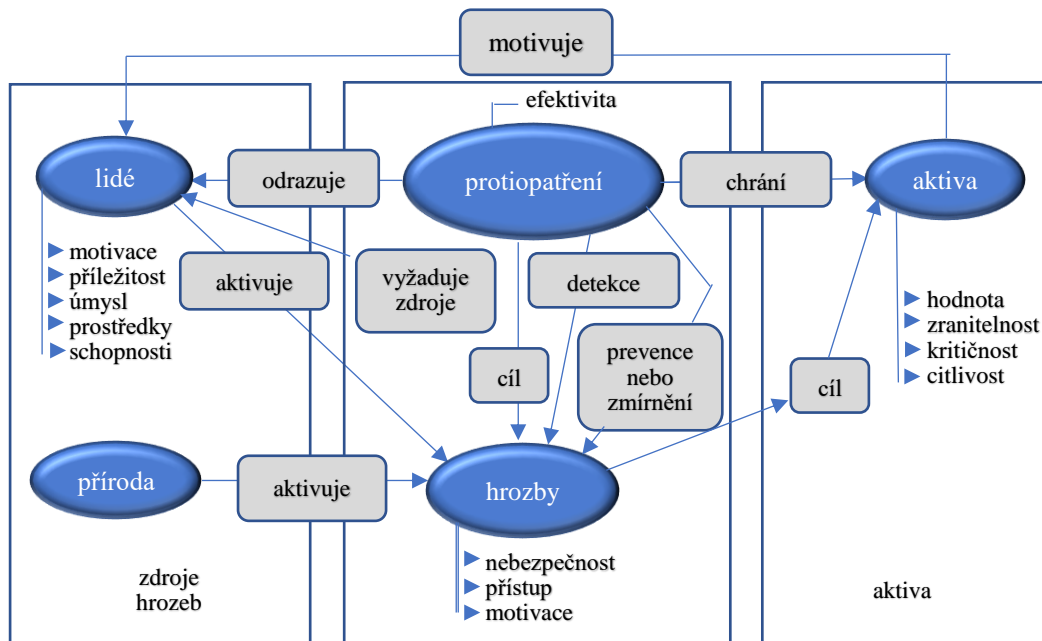
Základní charakteristikou hrozby, kterou uvádí Smejkal a Rais (2013), je úroveň hrozby, jejímiž faktory jsou:

- motivace (zájem podnitit hrozbu vůči aktivu),
- přístup (pravděpodobnost, že hrozba zasáhne aktivum),
- nebezpečnost (intenzita nebezpečí způsobení škody).

Při identifikaci hrozeb by se mělo vycházet i z hodnocení hrozeb v minulosti a ze zkušeností podniku. Je nutné mít na paměti, že hrozby se mohou v čase měnit.

Výstupem z identifikace hrozeb by měl být jejich vyhotovený seznam s uvedením typu a zdroje hrozby (ČSN ISO/IEC 27005, 2013). Schématické znázornění působení hrozeb na aktiva je zachyceno na obrázku níže.

**Obrázek 6:** Vztahy v analýze rizik



Zdroj: upraveno dle Smejkala a Raise (2013, s. 101)

### Zranitelnost

Je slabé místo aktiva, které může hrozba využít a způsobit tak nežádoucí dopad. Zranitelnost vyjadřuje citlivost aktiva na účinek vlivu hrozby. V rámci identifikace zranitelností dochází k hledání právě těch slabých míst, které mohou být zneužity hrozbami a ve svém důsledku způsobit škody na aktivech (ČSN ISO/IEC 27005, 2013).

Smejkal a Rais (2013) uvádí, že u aktiv, která mohou být ohrožena působením hrozby, je stanovena úroveň hrozby vůči danému aktivu a dále, také úroveň zranitelnosti aktiva vůči dané hrozbě. Ke vzniku zranitelnosti dochází vždy tam, kde je třetí plocha, tedy místo, kde na sebe vzájemně působí aktivum a hrozba. Pro určení úrovně zranitelnosti aktiva vůči hrozbě se vychází z hodnocení faktorů citlivosti (náchylnosti k poškození hrozbou) a kritičnosti (důležitosti aktiva pro podnik).

Výstupem z identifikace zranitelností je:

- seznam zranitelností ve vztahu k aktivům, hrozbám, opatřením;
- seznam zranitelností bez vztahu k jakékoli identifikované hrozbě (ČSN ISO/IEC 27005, 2013).

### **Protiopatření**

Cílem protiopatření je snaha působit preventivně a předejít vzniku škody nebo snadněji zvládnout následky již způsobené škody. Protiopatřením může být procedura, upravený postup, změněný proces, který je speciálně určen pro:

- snížení dopadu hrozby nebo zranitelnosti aktiv,
- eliminaci působení hrozby,
- detekování nežádoucího vlivu,
- obnova činnosti po ukončení vlivu hrozby (Smejkal a Rais, 2013, s. 99).

Ve zdravotnictví je řízení rizik, tedy i stanovování protiopatření součástí permanentního procesu kontinuálního zvyšování kvality poskytování zdravotních služeb (Škrála a Škrlová, 2008, s. 22). Při hledání výběru nejvhodnějšího protiopatření je vhodné brát v úvahu i rozumnou vyváženost mezi náklady a přínosy, vnímat efektivitu při hledání řešení (ČSN ISO 31000, 2010).

Při snaze sledovat nákladovost budoucích protiopatření je nezbytné neopomenout stávající a jako vůbec první krok provést analýzu a vyloučit duplicity, ke kterým by mohlo dojít.

Výstupem by měl být seznam nejen plánovaných protiopatření (vč. uvedení jejich zavedení), ale také těch stávajících, vč. jejich užívání (ČSN ISO/IEC 27005, 2013).

### **3.6.2 Metody analýzy rizik**

Metody analýzy rizik nejsou nikde kodifikovány. Tichý (2006) uvádí, že důvodem je široká rozmanitost problematiky rizik. Kodifikace jsou zaměřeny jen na specifické problémy a jsou

spíše záležitostí organizací, než že by šlo o normalizaci na základě konsenzu. Při analýze rizika je možné některou z metod použít nebo se jí nechat inspirovat k dalším modifikacím.

ČSN ISO 31000 (2010) uvádí členění analýzy na kvantitativní, semikvantitativní, nebo kvalitativní, anebo také jejich kombinaci v závislosti na okolnostech. Na tomto členění se shodují i další autoři odborných publikací (Fotr a Hnilica, 2014, s. 53).

Před výběrem vhodné metody analýzy rizik, jak uvádí Smejkal a Rais (Smejkal a Rais, 2013, s. 113), je obvykle prováděna nejprve orientační analýza rizik, jejímž účelem je posouzení klíčových problémů, a nejvíce rizikových aktiv. A na základě tohoto posouzení je potom provedena detailní analýza rizik některou ze zvolených metod.

### **Kvalitativní metody**

Základem kvalitativních metod je určení pravděpodobnosti výskytu nějaké události a závažnosti jejího možného dopadu pro podnik či projekt (Smejkal a Rais, 2013, s. 112). Kvalitativní analýzu hodnotí Váchal, Vozka a kol. (2013) jako rychlejší, a hlavně jednodušší pro hodnotitele. Jako nevýhodu této metody uvádí její nižší spolehlivost, protože kvalifikovaný odhad bývá obvykle ovlivněn subjektivitou hodnotitele. K negativům této metody Smejkal a Rais (2013) ještě uvádí problém, který vzniká při posuzování a určování nákladů na eliminaci hrozeb při použití této metody, kdy chybí jednoznačné finanční vyjádření hrozby.

Z pohledu hodnocení rizik zdravotnických provozů hodnotí Šupšáková (2017) kvalitativní metody, konkrétně FMEA analýzu, jako dostačující a plně pokrývající problematiku a složitost zdravotnických zařízení.

Merna, Al-Thani (2007) ve své publikaci uvádí, že Simon hodnotí kvalitativní analýzu jako téměř vždy hodnotnější oproti informacím získaným z kvantitativní analýzy. Uvádí ji jako vhodnější pro počáteční ohodnocení rizika.

Smejkal a Rais (2013) navíc specifikují možnosti vyjádření rozsahu hodnocení na základě kvalifikovaného odhadu těmito způsoby:

- slovní hodnocení např. <malé, střední, velké>,
- stanovení stupnice pro bodování např. <1 až 10>,
- určení pravděpodobnosti <0, 1>.

### **Metoda účelových interview – metoda Delphi**

Tato metoda je uváděna jako nejběžněji používaná. Je metodou, kde dochází k hledání řešení ve skupině při účelově zaměřených pohovorech. Zapojují se do ní skupiny pracovníků podniku i externích odborníků, kteří stanovují prognózy a odhady nezávisle na sobě, a dále představitelé daných hodnocených subjektů (Fotr a Hnilica, 2014, s. 26). Otázky, které jsou při rozhovorech kladeny se skládají z pevné a variabilní části. Respondenti při rozhovorech nepřichází vzájemně do styku. Výsledky získané v rámci rozhovorů jsou zpracovány, sděleny respondentům. Poté jsou respondenti vyzváni, aby zrevidovali své názory. Stejný postup je opakován ve dvou až třech iteracích (Smejkal a Rais, 2013, s. 114).

### **Pohovory**

Pohovory se používají tam, kde je skupinová práce nepraktická. Jedná se spíše o intuitivní postup, kde je požadavek na získání podrobnějších informací, než jaké může poskytnout skupina (Merna, Al-Thani, 2007, s. 43).

### **Brainstorming**

Brainstorming je kreativní skupinová technika zaměřená na hledání možných řešení, na generování myšlenek. Jejím cílem je získání co největšího množství nápadů. Základní princip spočívá v ignorování jakéhokoli omezování nápadů a myšlenek (Šupšáková, 2017, s 19).

V rámci brainstormingu je vhodné volit neformální prostředí a volit účastníky, kteří se navzájem znají (cca 12 lidí). Předpoklad této techniky spočívá tom, že lidé ve skupině jsou podněcováni nápady ostatních a vymyslí zde více, než jako jednotlivci. Jako ideální časový horizont konání brainstormingu je 15 až 45 minut (Merna, Al-Thani, 2007, s. 42).

### **Kvantitativní metody**

Kvantitativní metody jsou více vědecké a náročnější na čas, provedení a zpracování, než je tomu u metod kvalitativních. Součástí je analýza citlivosti, tedy zjištění citlivosti daného finančního kritéria na možné změny hodnot faktorů rizika, které ho ovlivňují (Fotr a Hnilica, 2014, s. 53).

Smejkal a Rais (2013) uvádí jako příklady:

- metodiku @RISK (určuje pravděpodobnostní rozdělení hrozeb a rizik),
- metodiku RiskPAC (automatizace dotazníkových přístupů),
- programový produkt RiskWatch (automatizace zpracování výsledků).

## **Kombinované (semikvantitativní) metody**

Základními charakteristikami kombinovaných modelů:

- zdrojem jsou číselné údaje,
- větší přiblížení se realitě oproti kvantitativním metodám,
- vliv subjektivity či měřítka zvolené stupnice u kvalitativního hodnocení (Smejkal a Rais, 2013, s. 112).

### **3.7 Hodnocení rizik**

Účelem hodnocení rizik je na základě výstupů z provedené analýzy rizik vytvořit podklady pro další rozhodování o tom, která rizika mají být ošetřena a jaké priority mají být nastaveny pro implementaci řešení.

Sobel (2012) popisuje hodnocení rizik jako proces porovnávání výsledků analýzy rizik s kritérii rizika pro učinění rozhodnutí, zda riziko a/nebo jeho rozsah jsou přijatelné nebo nepřijatelné. ČSN ISO/IEC 27005 (2013) ještě specifikuje, že výstupem z hodnocení rizik je seznam rizik s jejich přidělenými prioritami.

Základními kroky pro vyhodnocení rizik jsou:

- určení úrovně tolerance (určení nákladů, zpoždění projektu),
- přiřazení pravděpodobností rizikům (expertní odhadem, na základě zkušeností),
- přiřazením nákladů rizikům (dopad: ztráta, ušlý zisk, ztráta času, ztráta kvality),
- přiřazení priorit rizikům (Smejkal a Rais, 2013, s. 126).

Vyhodnocení rizik je prováděno formou skupinového hodnocení potenciálních rizik nebo také expertním odhadem. K určení významnosti rizik je možné volit jeden ze dvou přístupů, a to expertní hodnocení nebo analýzu citlivosti. Analýza citlivosti je používána u kvantifikovatelných rizik, kdežto v případě nekvantifikovatelných rizik je možné využít expertní hodnocení (Vávrová, 2014, s. 77).

Expertní hodnocení může mít formu kvalitativní a semikvantitativní. Při kvalitativním hodnocením bývá používána jednotná stupnice, obvykle s pěti až šesti stupni pro vyjádření pravděpodobnosti výskytu a intenzity dopadu. Každý jednotlivý stupeň je popsán příslušným deskriptorem (malá, střední vysoká apod.). Rizika se pak na základě stanovení stupňů zobrazí v matici rizik (viz Příloha 4) podle jejich významnosti pro podnik (Fotr a Hnilica, 2014, s. 53).



Způsob kvalitativního hodnocení rizik uvádí i Australská rada pro standardy zdravotní péče v příručce zaměřené na řízení rizik a zlepšování kvality léčebné péče (The Australian Council on Healthcare Standards, 2013, s. 7).

U semikvantitativního hodnocení, jak uvádí Fotr a Hnilica (2014), je jednotlivým stupňům, jak pravděpodobnosti výskytu, tak i závažnosti negativních důsledků přiřazeno číselné hodnocení. Pro vyjádření intenzity negativních dopadů je používána nelineární stupnice (např. mocninná). Významnost rizika je pak určena jako součin pravděpodobnosti výskytu a závažnosti negativních důsledků hodnot rizika (viz Rovnice 1, bod 3.1.2).

Matrice je jednoduchým, přehledným nástrojem. Může být symetrická nebo asymetrická. Její podobu si může management podniku určit sám a závisí na volbě stupnice ohodnocení pravděpodobnosti výskytu, závažnosti důsledků a na zvolené metodě hodnocení (Váchal, Vozka a kol., 2013, s. 533).

Stupnice hodnocení, jak uvádí Smejkal a Rais (2013), mohou být ve formě slovního hodnocení (kvalitativní metoda), číselného hodnocení pravděpodobnosti výskytu i závažnosti důsledků (kvantitativní metoda) nebo kombinovaného (semikvantitativní metoda).

Dalším přehledným výstupem hodnocení může být i mapa rizik, což je dvourozměrný graf, ve kterém souřadnicemi jsou „pravděpodobnost“ a „dopad rizika“ (Tichý, 2006, s. 194).

Podle možného finančního nebo také existenčního dopadu ztráty jsou rizika dle ČSN ISO/IEC 27005 (2013) dělena na kategorie:

- inherentní riziko – míra rizika bez aplikovaných opatření,
- reziduální riziko – aktuální míra evidovaného rizika při zohlednění opatření,
- cílové riziko – stav rizika bez potřeby implementace opatření.

V etapě analýzy rizik a před přijetím opatření jsou rizika ohodnocena a po implementaci opatření je provedeno přehodnocení míry rizik a může dojít k přesunu rizika do nižší kategorie (Smejkal a Rais, 2013, s. 135).

### **3.8 Ošetření rizik**

Výběr způsobu ošetření rizika závisí na řadě okolností. Mohou jimi být lidské zdroje, finanční zdroje, schopnost proveditelnosti opatření apod. (Tichý, 2006, s. 229). Smejkal

a Rais (2013) uvádí, že i přestože existuje řada postupů, většina z nich se dá přiřadit do jedné z kategorií 4T („*Take, Treat, Transfer, Terminate*“ – tj. „*převzmi, ošetři, předej, ukonči*“).

### **Strategie „Take“**

Jedná se o úplné a vědomé převzetí rizika, bez jeho zanedbání či podcenění (Tichý, 2006, s. 238). Smejkal a Rais (2013) doplňují, že se může jednat o vědomé ale i nevědomé, dobrovolné či nedobrovolné podstoupení rizika (retenci).

### **Strategie „Treat“**

Ošetření rizika je dle Tichého (2006) možné dělit na tři základní formy:

- Prevence – eliminace rizik v portfoliu proaktivních nebo reaktivních prevencí.
- Diverzifikace – obsahuje princip přestavby portfolia rizik tak, aby rizikové faktory ovlivnily jen jednu nebo některé z podnikových aktivit a podnik jako celek tak byl více chráněn před krizí většího rozsahu (Zuzák a Königová, 2009, s. 166).
- Alokace rizik – je přidělení rizik osobám, které se projektu účastní. Dále se dělí na centralizaci rizik (rizika se soustředí u jedné osoby) a decentralizace rizik (riziko je přiděleno té osobě, která je schopná ho nejlépe ovládat).

### **Strategie „Transfer“**

Představuje přenesení rizika na třetí osobu za úplatu. Může se jednat o zálohování jednoduchými jistinami, zástavním právem, zajištění rizika ručitelem, přenesení rizika na pojistitele, přenesení rizika na kapitálové trhy nebo o sdílení rizika na základě smlouvy. Co je třeba si uvědomit je to, že lze sdílet odpovědnost za zvládnutí rizika, ale ne odpovědnost za dopad rizika (ČSN ISO/IEC 27005, 2013).

### **Strategie „Terminate“**

Jedná se o krajní strategii, která představuje ukončení projektu. Podnik k této variantě může přistoupit z důvodů obav před realizací scénářů nebezpečí, ve kterých riziko přesahuje rizikovou kapacitu firmy a je pro podnik nepřijatelné (Fotr a Hnilica, 2014, s. 75).

### **Zásada předběžné opatrnosti**

Jako další z metod, která se stále častěji vyskytuje v různých oborech, uvádí Tichý (2006) zásadu předběžné opatrnosti. Je využívána v oborech, kde nebezpečí může ohrožovat nebo ovlivňovat lidi. Podstatou metody je obava před nebezpečím, které není známo, je neurčité a není možné jeho hodnotu analyticky ani empiricky odhadnout.

Mezi formy realizace metody patří odstoupení od projektu, pojištění, hedging (rozložení portfolia prostředků), plynulé získávání informací, odstranění neurčitostí (Tichý, 2006, s. 238).

Norma ČSN ISO/IEC 27005 (2013) ve vztahu k ošetření rizik bezpečnosti informací uvádí, že by se výběr způsobů ošetření rizik měl provádět až na základě výsledků z posouzení rizik. Nutné je zohlednit očekávané náklady na implementaci ošetření a také přínosy z toho plynoucí. U těch zlepšení, která jsou neekonomická, je zapotřebí posoudit, zda jsou obhájitelná. Norma dále uvádí, že je nutné definovat plán ošetření rizik, který zachycuje přehled pořadí priorit aplikací ošetření konkrétních rizik, vč. uvedení časového horizontu (ČSN ISO/IEC 27005, 2013).

### **3.9 Monitorování a přezkoumávání rizik**

Monitorování a přezkoumávání rizik je nedílnou součástí procesu řízení rizik. Norma ČSN ISO 31000 (2010) sice uvádí, že monitorování a přezkoumávání může být prováděno periodicky nebo ad hoc. Norma ČSN ISO/IEC 27005 (2013) ale uvádí, že celý proces řízení, a to i včetně fáze uplatnění metod pro snižování metod, je nikdy nekončící proces. Důvodem je nestálost a možnost náhlé změny rizik, hrozeb, pravděpodobností, míry zranitelnosti, a to bez předchozího náznaku. To je tedy důvodem, proč je nutné provádět neustálou detekci případných změn.

Proces monitorování a přezkoumání má zahrnovat všechna hlediska procesu managementu rizik. Má být zaměřen na:

- identifikaci nově se vyskytujících rizik,
- získání dalších informací pro možné zlepšení posouzení rizik,
- ujištění o efektivnosti a účinnosti nastavených opatření,
- analyzování nehod, trendů, chyb ale i úspěchů,
- vnímání změn ve vnitřním i vnějším kontextu podniku.

Sobel (2012) rovněž uvádí, že je velmi důležité monitorovat celý systém řízení rizik hodnocením kontextu podniku a výkonnosti podniku v průběhu času. A dále upozorňuje na nezbytnost sledovat, číst a poslouchat zpravodajská média s cílem zaměřit se i na takové informace, jakými jsou ekonomické předpovědi, nadcházející regulační opatření, měnící se úroveň politických nepokojů po celém světě.

## **4 Vlastní práce**

V praktické části práce bude nejprve představena HL a poté budou uvedeny legislativní požadavky závazné, které musí HL, coby státní zdravotnické zařízení, splňovat a dále i doporučující, které se rozhodla HL splňovat v rámci přijatého systému kvality dle akreditačních standardů SAK pro následnou péči.

Dále bude popsán způsob řízení rizik v HL, vč. uvedení odlišností v zavedeném způsobu jejich hodnocení podle jednotlivých vedených oblastí rizik. V textu práce bude další samostatná kapitola věnovaná přehodnocení stávajících rizik, uvedení rizik vysoké významnosti pro HL a znázornění rizik vždy v přehledné matici rizik. V další kapitole bude věnována pozornost nově identifikovaným nejvýznamnějším rizikům v jednotlivých oblastech.

### **4.1 Charakteristika HL**

Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé v Luži – Košumberku je státní příspěvková organizace v přímé řídicí působnosti MZ ČR. Je samostatnou právnickou osobou, jejíž hlavním účelem a náplní, v souladu se zřizovací listinou č. 17268-VI/2012 (Hamzova léčebna, 2012), je poskytování lůžkové a ambulantní léčené rehabilitační péče určené pro děti, dorost i dospělé z celé ČR, a to zejména v oborech rehabilitační a fyzikální medicíny, neurologie, ortopedie a geriatrie. Léčba je zaměřena především na léčbu pacientů s pohybovým postižením z oblasti ortopedických a neurologických onemocnění. Může se jednat o onemocnění vrozená, získaná nebo o stavy po úrazech či operacích.

Léčebná péče o dětské pacienty je zaměřena na léčbu dětí s diagnózou dětské mozkové obrny a dále stavů po rozsáhlých popáleninách, úrazech, operacích hybného systému nebo i míchy či mozku.

Součástí léčebny je spinální rehabilitační jednotka zaměřená na léčbu polytraumatických stavů, stavů po operacích a postiženích s poraněním míchy, výjimečně i mozku. Dalším, stále více vyhledávaným, je oddělení lůžkové ošetrovatelské péče pro pacienty seniorského věku.

Pro potřeby odlišení rizik dle pavilónů v praktické části je nutné uvést zjednodušeně zaměření léčby pacientů na jednotlivých primariátech:

- Rehabilitace I – pavilóny K, V (směs nejrůznějších původních dg., ovšem pro pacienty, kteří nejsou, až na výjimky, v nejtěžším klinickém stavu);
- Rehabilitace II – pavilóny B, I (převážně neurologické základní dg., které způsobily pohybové poruchy);
- Rehabilitace III – pavilón C (ošetřovatelská péče, její součástí je ovšem též ošetřovatelská rehabilitace);
- Rehabilitace IV – pavilóny G, D, SRJ (dospělí pacienti, obvykle s převážnou většinou ortopedických dg.);
- Rehabilitace V – pavilóny E, M (léčba dětských pacientů s různými dg.).

Mezi další, tzv. „jiné“ činnosti HL, uvedené ve zřizovací listině (Hamzova léčebna, 2012), patří např.:

- výroba končetinových ortéz, trupových ortéz a měkkých bandáží;
- spalování odpadů;
- výroba, rozvod tepelné energie;
- praní, žehlení prádla;
- pořádání kurzů, školení.

Hamzova léčebna je akreditovaný podnik, který splňuje požadavky standardů SAK, o. p. s. a má též certifikaci ČSN EN ISO 9001 (2016) v oddělení ortopedické protetiky.

## 4.2 Legislativní kontext

Ve zdravotnictví je při poskytování léčebné a ošetřovatelské péče primární podmínkou zajištění kvality a bezpečí pacienta. Rada Evropy vydala již v roce 1997 doporučení k zavedení systémů hodnocení kvality a bezpečí ve zdravotnictví na úrovni národních států Evropské unie (EU). Rada EU pak 9.6.2009 v Lucemburku schválila Doporučení o bezpečnosti pacientů<sup>1</sup>, vě. prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí, č. 2009/C151/01 (The Council of Europe, 2009). Důvodem vydaného doporučení byl významný nárůst nežádoucích událostí (infekce, nežádoucí události spojené s podáváním léků, komplikace při chirurgických výkonech) souvisejících s poskytováním zdravotní péče (Šupšáková, 2017, s. 34).

---

<sup>1</sup> Návrh Doporučení o bezpečnosti pacientů byl 15.4.2009 schválen Výborem pro evropské záležitosti Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR.

V České republice byl v této souvislosti v roce 2010 MZ ČR zveřejněn první Akční plán, který zahrnoval cíle kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče. V roce 2015 byl v rámci Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí tzv. Zdraví 2020 zveřejněn již Akční plán č. 9 Zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb (Ministerstvo zdravotnictví, 2015a).

Jednou z klíčových priorit, uvedených v tomto akčním plánu, je prioritou kontinuálního zvyšování systému kvality a bezpečí při poskytování zdravotních služeb, která zahrnuje:

- oblast systému hodnocení kvality (interní, externí),
- resortní bezpečnostní cíle (RBC),
- zavedení systému managementu rizik a jeho implementace do národních standardů kvality (Ministerstvo zdravotnictví, 2014).

### **Systém interního a externího hodnocení kvality**

Systém interního a externího hodnocení kvality a bezpečí je upraven zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a prováděcí vyhláškou č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové péče. Podle těchto právních norem je poskytovatel lůžkové, ambulantní péče a zdravotnické záchranné služby povinen zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí. Prováděcí vyhláškou jsou stanoveny minimální požadavky pro interní hodnocení (Příloha 5). Jsou jimi standardy, z nich některé obsahují i tzv. resortní bezpečnostní cíle uvedené ve výše zmíněné Příloze 5.

Externí hodnocení kvality je oproti internímu hodnocení dobrovolné. MZ ČR ale provádí regulaci osob, které mohou externí hodnocení provádět, a to formou udělování oprávnění. Seznam oprávněných osob MZ ČR zveřejňuje na svých webových stránkách. Pouze dvě z uvedených organizací (SAK, o. p. s. a Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví) jsou výhradně orientované na zdravotnictví (Ministerstvo zdravotnictví, 2010a).

### **Resortní bezpečnostní cíle**

Resortní bezpečnostní cíle zavedlo MZ ČR v roce 2010 jako reakci na Doporučení Rady Evropské unie o bezpečnosti pacientů (Ministerstvo zdravotnictví, 2010b). Stanoveny byly na základě analýzy zaměřené na definování nejrizikovějších oblastí spojených s poskytováním zdravotní péče v ČR a staly se tak součástí Akčního plánu kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období 2010 - 2012. Jejich primárním cílem je dosažení

snížení rizik vedoucích k poškození pacientů nebo jiných osob při poskytování zdravotní péče. Závazné jsou pro přímo řízené organizace, tedy i HL, a doporučující pak pro ostatní nestátní zdravotnická zařízení (Šupšáková, 2017, s. 37). V současné době je osm RBC (Příloha 5). Všechny představují rizikové oblasti, které při správném ošetření a nastavení procesů vedou k prevenci rizik.

### **Systém managementu rizik**

Pro zdravotnická zařízení neexistuje žádný závazný právní předpis týkající systému managementu rizik. MZ ČR (2015) v rámci Akčního plánu č. 9 vytvořilo spíše obecný, doporučující materiál k systému managementu rizik, kde uvádí nutnost systematického přístupu k řízení rizik s cílem redukce či eliminace:

- ztrát na životě,
- finančních ztrát,
- ztráty dostupnosti nebo zabezpečení technologie a budov,
- ztráty dostupnosti kvalifikovaného personálu na všech úrovních,
- ztráty reputace.

Kromě výše uvedených legislativních či regulatorních opatření vztahujících se ke kvalitě poskytované zdravotní péče má státní příspěvková organizace povinnost splňovat další legislativní normy vztahující se k bezpečnosti práce, finanční kontrole, veřejným zakázkám, informační bezpečnosti či k ochraně práv fyzických osob (GDPR). Všechny tyto právní normy (Příloha 6) stanovují pravidla, omezení, která je nutné dodržovat a vytvářet takové prostředí, aby bylo možno předcházet rizikům jejich nedodržování či porušování. V opačném případě poskytovatel zdravotní péče zvyšuje rizika při poskytování zdravotní péče.

### **4.3 Řízení kvality a rizik v HL**

V Hamzově odborné léčebně je nastaven systém řízení kvality dle akreditačních standardů Spojené akreditační komise (SAK). Hamzova léčebna se v r. 2004 stala prvním zařízením následné péče v ČR, které obhájilo požadavky náročných akreditačních standardů SAK. V současné době je držitelem již čtvrtého certifikátu stvrzujícího splnění podmínek akreditace dle SAK.

Standardy SAK jsou doporučenými minimálními požadavky na kvalitní a bezpečnou péči, v tomu odpovídajícím bezpečném prostředí. Standardy jsou společností SAK průběžně doplňovány a upravovány tak, aby splňovaly platnou národní legislativu, tudíž i vyhl. MZ ČR č. 107/2012, o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Malá část standardů překračuje rámec povinného minima a vytváří tak prostor i pro nastavení prvků excellence (Šupšáková, 2017, s. 53).

V současné době soubor Národních akreditačních standardů pro následnou péči zahrnuje 81 akreditačních standardů ve 12 okruzích (Příloha 7), vč. definovaných nároků na splnění RBC. Standardy jsou zaměřeny např. na rizika nozokomiálních infekcí, zdravotnickou dokumentaci, identifikaci pacientů, medikaci, likvidaci odpadů a také na rizika spojená s řízením lidských zdrojů, řízením, správou podniku a bezpečným prostředím. Standardy tedy svým rozsahem pokrývají jak klinické, tak i organizační a manažerské aktivity (SAK, 2014). Přestože jsou standardy zaměřeny na postupy směřující k eliminaci rizik, nezahrnují žádná přesná určení či postupy, jak rizika identifikovat, analyzovat, či jakou metodu řízení rizik zvolit.

### **Proces řízení rizik v HL**

Politika řízení rizik v HL je upravena vnitřním předpisem, tzv. metodickým pokynem Řízení rizik v HL (Hamzova léčebna, 2016a). Osobou odpovědnou za systém řízení rizik jako celku je ředitel HL, který je v rámci tohoto systému označován jako risk manager.

Koordinátorem rizik, tedy osobou odpovědnou za souhrnné zpracování výstupů z procesu identifikace a analýzy rizik, monitoring plnění nápravných a preventivních opatření za všechny útvary podniku, je pověřen interní auditor. Jeho úkolem je kromě identifikace a hodnocení rizik:

- přinášet přehled o klíčových rizicích;
- přinášet ujištění o rizicích a jejich řádném a včasném hodnocení;
- hodnotit procesy risk managementu;
- zajišťovat průběžné konzultace či organizaci vzdělávání v oblasti řízení rizik pro další zaměstnance.

Součástí celého systému řízení rizik je i ustanovená Komise pro řízení rizik. Předsedou komise je risk manager (ředitel), zástupcem je koordinátor rizik (interní auditor, dále IA) a členy jsou náměstek ošetrovatelské péče (N Oš), náměstek pro rehabilitaci (N RHB),



technik bezpečnosti práce (BOZP), vedoucí ortopedické protetiky (V OPT) a právník (PRAV). Komise se schází minimálně jedenkrát ročně po ukončeném ročním přehodnocení rizik. Jednotliví členové hodnotí stav rizik v příslušných, jimi řízených oblastech, představí nově identifikovaná rizika a navrhovaná opatření k jejich eliminaci. Komise zhodnotí navržená opatření k eliminaci rizik, a případně upraví či doplní tato opatření. Jednotlivé katalogy rizik jsou poté zveřejněny na interním portále HL (Hamzova léčebna, 2016a).

V HL byla rizika v r. 2010 nejprve evidována interním auditorem, který v souladu s ustanovením zák. č. 320/2001 Sb. provádí identifikaci a analýzu rizik a na základě této analýzy poté sestavuje plány interních auditů (dlouhodobé, střednědobé, roční). V únoru 2010 byla v oddělení ortopedické protetiky v rámci zavedeného systému ISO 9001 (2008) identifikována rizika související s výrobou zakázkových zdravotnických prostředků. V roce 2011 pak následovalo zavedení rizik v rámci BOZP.

Postupným zaváděním různých rizik tak vznikly samostatné katalogy rizik sestavené interním auditorem, technikem BOZP a představitelem vedení pro jakost v oddělení ortopedické protetiky. V roce 2014 přibyl další katalog, a to katalog korupčních rizik. Příkazem ministra zdravotnictví č. 25/2014<sup>2</sup> byla přímo řízeným organizacím uložena povinnost vytvořit interní protikorupční program, jehož součástí je i vedení a pravidelné přehodnocování korupčních rizik. Příkazem ministra zdravotnictví č. 16/2017 ze dne 16. srpna 2017 byl vydán aktualizovaný Resortní interní protikorupční program MZ ČR, který nově zahrnuje i část týkající se způsobu řízení korupčních rizik a uvádí pěti škálovou stupnici v parametrech pravděpodobnosti výskytu a možnosti dopadu rizika. Jako součást řízení rizik uvádí i členění rizik dle významnosti do tří skupin (nízká, střední, vysoká významnost) a zaznamenávání hodnot rizik do matice rizik (Ministerstvo zdravotnictví, 2017).

V roce 2016 byla z katalogu vedeného interním auditorem oddělena rizika ošetrovatelské a rehabilitační péče a byl vytvořen jejich samostatný společný katalog. Důvodem bylo rozhodnutí risk managera o rozšíření evidovaných rizik souvisejících s kvalitou a bezpečím pacienta při poskytování léčebné péče a zvýšení odpovědnosti managera kvality za řízení rizik v souladu s programem kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí poskytované léčebné péče v HL, a to v souladu se standardy SAK č. 9.2 a 9.5 (SAK, 2014).

---

<sup>2</sup> Povinnost vytvoření interního protikorupčního programu vyplývala ze Strategie vlády v boji s korupcí na období let 2013 a 2014 a z Usnesení vlády č. 752 ze dne 2. října 2013.

## 4.4 Analýza stávajícího hodnocení rizik

Postupem času, jak bylo uvedeno výše, vznikaly katalogy rizik bez systémového přístupu k ohodnocení rizik a jejich jednotnému řízení. Tím došlo k tomu, že stávající systémy hodnocení rizik jsou odlišné u rizik vedených:

- technikem BOZP,
- referentem kvality pro ISO (v oddělení ortopedické protetiky),
- interním auditorem + N Oš + N RHB.

### Hodnocení rizik vedených technikem BOZP

Technik BOZP se zabývá hodnocením rizik spojených s bezpečností práce v souladu s povinnostmi vyplývajícími ze zákoníku práce. Při stanovení hodnoty rizika používá výpočet:

**Rovnice 2:** Výpočet hodnoty rizika

$$\text{hodnota rizika} = P * N * H$$

P – pravděpodobnost vzniku a existence rizika

N – pravděpodobnost následků – závažnost

H – názor hodnotitele

Rizika vede technik BOZP v samostatných katalozích rizik dle pracovišť (Příloha 8) v rozsahu splňujícím platnou legislativu a zároveň i přesahující povinnosti akreditačních standardů. Celkem vede cca 1805 rizik (jednotlivé listy rizik ale vedeny nejsou). Jedenkrát ročně technik BOZP společně s příslušnými vedoucími zaměstnanci provádí revizi těchto rizik a jejich aktuální ohodnocení. Mimo tuto pravidelnou revizi aktuálnosti provádí hodnocení rizik vždy:

- před uvedením nového zařízení, případně pracoviště do užívání;
- jako kontrolu po provedených bezpečnostních opatřeních;
- po každé změně, která mohla mít vliv na bezpečnost práce;
- po nehodě/úrazu.

Při stanovení celkového rámce hodnocení rizik vycházel technik BOZP z předchozích pracovních zkušeností s řízením rizik. Souhlasné stanovisko ke způsobu vedení a řízení rizik vyjádřily i kontrolní osoby inspektorátu práce při pravidelných kontrolách.

Pro ohodnocení rizik využívá technik BOZP slovní hodnocení, kterému je přiřazena škála bodového ohodnocení od 1 do 5 uvedená v Tabulce 2.

**Tabulka 2:** Hodnocení rizik BOZP

	<b>Pravděpodobnost vzniku (P)</b>	<b>Pravděpodobnost následků (N)</b>	<b>Názor hodnotitelů (H)</b>
<b>1</b>	Nahodilá	Poranění bez pracovní neschopnosti (PN)	Zanedbatelný vliv na míru nebezpečí a ohrožení
<b>2</b>	Nepravděpodobná	Absenční úraz (s PN)	Malý vliv na míru nebezpečí a ohrožení
<b>3</b>	Pravděpodobná	Vážnější úraz s hospitalizací	Větší, zanedbatelný vliv na míru nebezpečí a ohrožení
<b>4</b>	Velmi pravděpodobná	Těžký úraz a úraz s trvalými následky	Velký a významný vliv na míru nebezpečí a ohrožení
<b>5</b>	Trvalá	Smrtelný úraz	Více významných nepříznivých vlivů na závažnost a následky ohrožení a nebezpečí

Zdroj: vlastní zpracování, upraveno dle (Hamzova léčebna, 2015)

K rozdělení rizik dle významnosti rizika pro HL používá technik BOZP stupnici uvedenou v Tabulce 3. Meziročně dochází k minimálním změnám ohodnocení rizik.

**Tabulka 3:** Členění stupňů významnosti rizik BOZP

<b>Hodnota rizika</b>	<b>Významnost rizika</b>
0 - 3	Nahodilá
4 - 10	Nepravděpodobná
11 - 50	Pravděpodobná
51 - 100	Velmi pravděpodobná
101 - 125	Trvalá

Zdroj: vlastní zpracování, upraveno dle (Hamzova léčebna, 2015)

### **Hodnocení rizik vedených referentem kvality ISO v oddělení OPT**

Oddělení ortopedické protetiky se zabývá výrobou zakázkových zdravotnických prostředků pro pacienty HL, ale i pro zákazníky přicházející s doporučením od lékaře vně HL. Proces identifikace, analýzy a hodnocení rizik vztahující se k uvedené zakázkové výrobě je sice nastaven v souladu s normou ČSN EN ISO 14971 (2009), ale není dle uvedené normy certifikován.

Analýza rizik oddělení OPT obsahuje úplný popis a identifikaci zakázkových zdravotnických prostředků, popis možných nebezpečí při jejich výrobě a aplikaci, včetně

uvedení možných způsobů vedoucích ke snížení identifikovaných rizik na přijatelnou úroveň, a to vždy pro každý jednotlivý typ zakázkového zdravotnického prostředku (viz Příloha 9). Identifikovaná rizika jsou jedenkrát ročně přehodnocována určeným pracovním týmem zaměstnanců oddělení OPT (ortotici - protetici) a pak vždy při zavedení výroby nového zakázkového prostředku, výskytu nového rizika či při vzniku nežádoucí události.

Majiteli rizik jsou příslušní ortotici - protetici, kteří jsou odpovědní za výrobu příslušných druhů zakázkových zdravotnických prostředků uvedených v Příloze 9. Za zpracování katalogu rizik odpovídá vedoucí ortopedické protetiky. Listy rizik nejsou vedeny.

Pro stanovení hodnoty rizika je používáno kvalitativní hodnocení pomocí níže uvedené tabulky. Určení významnosti rizika je hodnoceno dle stupně závažnosti poškození zdraví pacienta/klienta a pravděpodobnosti výskytu (obě v čtyřbodové škále). Podpůrně je při ohodnocení rizik používána bližší slovní specifikace stupňů (viz Příloha 10). Hodnota rizika je určena na základě uvedeného hodnocení a určení významnosti rizika jsou stanovena nápravná opatření vedoucí k eliminaci tohoto rizika a je provedeno nové ohodnocení.

**Tabulka 4:** Tabulka ohodnocení rizik zdravotnických prostředků

Pravděpodobnost výskytu	Stupeň závažnosti poškození zdraví			
	Zanedbatelné	Mírné	Závažné	Trvalé následky
Často	o	●	●	●
Průměrně	o	o	●	●
Zřídka	■	■	o	●
Teoreticky	■	■	■	o

Zdroj: vlastní zpracování, upraveno dle (Hamzova léčebna, 2016c)

Rozdělení rizik do skupin dle významnosti pro HL je „●“ nepřijatelné, „o“ přijatelné s výhradou a „■“ přijatelné. Za pět let nedošlo k významnější změně při určení významnosti vedených rizik.

### Hodnocení rizik vedených interním auditorem

Počáteční identifikace, analýza a hodnocení rizik prováděná interním auditorem v roce 2010 byla zaměřena průřezově, tj, na všechny procesy a činnosti HL. Zahrnovala tedy oblast řídicích procesů, personální oblasti, odboru výživy a stravování, léčebné péče, investičního referátu, centrálního nákupu, ekonomického úseku, provozního odboru (centrální spisovna,

prádelna, ostraha, parková údržba), technického odboru (elektroúdržba, odpadové hospodářství).

Po počátečním negativním přístupu zaměstnanců k řízení rizik, kdy byla rizika z jejich strany vnímána spíše jako obava ze zviditelnění jejich nedostatků, došlo během dvou let ke změně v jejich přístupu. V současné době dochází i k aktivnímu přístupu vlastníků rizik při identifikaci rizik nových, ke sledování stávajících a snaze o jejich minimalizaci. Jednou ročně jsou rizika přehodnocována majiteli rizik za účasti koordinátora rizik.

Pro stanovení hodnoty rizika je používán vzorec:

**Rovnice 3:** Hodnota rizika

$$\text{hodnota rizika} = P * D$$

P – pravděpodobnost vzniku rizika

D – možnost (závažnost) dopadu

Pro vyjádření pravděpodobnosti výskytu a možnosti dopadu je využívána kombinace slovního, případně i číselného vyjádření v Kč (Příloha 11), a to v pěti škálové stupnici u obou výše uvedených parametrů P a D.

Tímto způsobem jsou hodnocena rizika evidovaná jak interním auditorem (zahrnující i dvě informační rizika), tak i rizika korupční a rizika ošetrovatelské a rehabilitační péče.

Přehodnocení rizik je prováděno průběžně, minimálně však jednou ročně. Ohodnocená rizika jsou dále rozdělována do skupin významnosti na velmi nízké, střední, vyšší a vysoké úrovně významnosti rizika pro HL (viz Tabulka 5).

**Tabulka 5:** Tabulka významnosti rizik dle IA

Hodnota rizika	Významnost rizika
1 – 3	Velmi nízká
4 – 9	Střední
10 – 15	Vyšší
16 – 25	Vysoká

Zdroj: vlastní zpracování, upraveno dle (Hamzova léčebna, 2016a)

U rizik s velmi nízkou významností není prováděn monitoring. Rizika se střední významností jsou přehodnocována 1x ročně. Rizika s vyšší významností jsou

přehodnocována 2x ročně a rizika s vysokou významností jsou sledována a vyhodnocována průběžně.

Každé riziko má zaveden svůj tzv. list rizika, kde je uveden jeho název, přesná specifikace rizika, vlastník rizika, prvotní ohodnocení rizika a nastavená opatření k jeho eliminaci. Dále je do listu zaznamenáváno jeho pravidelné přehodnocení se zdůvodněním, proč tomu tak je. Zpětně je pak možné dohledat časový vývoj ohodnocení rizika, vč. uvedených opatření k jeho eliminaci. Všechna rizika jsou zaznamenána v katalogu rizik a mapě rizik.

### **Hodnocení rizik ošetrovatelské a rehabilitační péče**

Způsob ohodnocení rizik je shodný s postupem interního auditora. Pro stanovení hodnoty rizika je používán vzorec:

**Rovnice 4:** Hodnota rizika

$$\text{hodnota rizika} = P * D$$

P – pravděpodobnost vzniku rizika

D – závažnost dopadu

Rizika ošetrovatelské péče jsou hodnocena náměstkyní pro ošetrovatelskou péči a rizika rehabilitační péče náměstkyní pro rehabilitaci. Jedná se o hodnocení spíše průřezová za oblast ošetrovatelské a rehabilitační péče, která nezachycují možné rozdíly specifik jednotlivých oddělení či primariátů. Vedeny jsou rovněž jednotlivé listy rizik a sumární přehled rizik v katalogu rizik. Obě náměstkyně jsou ve vztahu k rizikům jako majitelky rizik.

## **4.5 Přehodnocení rizik**

Na základě zjištěných skutečností řízení rizik v HL, znalosti vnitřních předpisů a v souladu s cílem diplomové práce, byl Komisi pro řízení rizik HL předložen návrh na sjednocení způsobu ohodnocení rizik, společně s žádostí o povolení provedení tohoto přehodnocení, s cílem následného navržení systémového přístupu k řízení rizik v HL. Uvedenou komisí byla žádost o provedení přehodnocení rizik schválena, vč. navrženého způsobu pěti stupňového ohodnocení jak pro pravděpodobnost výskytu, tak i možnost dopadu s použitím stávajících tabulek uvedených ve vnitřním předpise HL (Příloha 11).

Provést přehodnocení rizik nebylo povoleno u rizik vedených technikem BOZP z důvodu specifické problematiky bezpečnosti práce a velmi dobře nastaveného systému ohodnocení

rizik, který je oproti navrhovanému systému (P x D) navíc rozšířen o názor hodnotitele. Technik BOZP eviduje již uvedených 1805 rizik a z pohledu risk managera by bylo velmi neúčelné provést přehodnocení rizik a změnu v jeho zavedené obsáhlé dokumentaci.

Výstupem z rozhovorů s jednotlivými vedoucími zaměstnanci (spravujícími příslušné katalogy rizik a též i s majiteli rizik), byla přehodnocena dosavadní rizika a případně i definována rizika nová. Hodnota významnosti rizika pro HL byla pro všechny nově určena součinem pravděpodobnosti výskytu a možnosti dopadu. Pro další zpracování výstupů z ohodnocení rizik bylo zvoleno rozdělení rizik do tří stupňů významnosti dle hodnoty rizika (nízká 1 - 4, střední 5 - 12, vysoká významnost 15 - 25).

Důvodem volby tohoto způsobu ohodnocení rizik bylo zvolení jednoduchého a napříč HL i srozumitelného způsobu ohodnocení rizik a stanovení stupňů jejich významnosti.

### **Přehodnocení rizik BOZP, PO**

Rizika vedená technikem BOZP jsou vedena odděleně dle vykonávaných činností (viz Příloha 8). Při jejich meziročním přehodnocení technikem BOZP nedošlo k žádným změnám. Meziročně obvykle dochází spíše jen ke drobným změnám při jejich přehodnocení, které jsou způsobeny výskytem nežádoucí události, změnou podmínek majících vliv na bezpečnost práce či zavedení nového zařízení do užívání. Výčet rizik je možné hodnotit jako velmi podrobný, až vyčerpávající, byť se nedá nikdy s jistotou tvrdit, že jejich počet je konečný.

Po ročním přehodnocení technikem BOZP nebylo definováno žádné nové riziko, nedošlo ani ke změně v jejich ohodnocení. Celkem je tedy nyní vedeno technikem BOZP 1805 rizik. Jejich rozložení dle významnosti zachycuje tabulka uvedená níže. Přehled počtu rizik dle oblastí výkonu pracovních činností zachycuje Příloha 8.

**Tabulka 6:** Přehled počtu rizik BOZP dle jejich významnosti

<b>Hodnota rizika</b>	<b>Významnost rizika</b>	<b>Počet rizik</b>	<b>%</b>
0 - 3	Nahodilá	222	12,30
4 - 10	Nepravděpodobná	879	48,70
11 - 50	Pravděpodobná	704	39,00
51 - 100	Velmi pravděpodobná	0	
101 - 125	Trvalá	0	
<b>Celkem</b>	<b>-</b>	<b>1805</b>	<b>100</b>

Zdroj: vlastní zpracování

## Přehodnocení rizik vedených v katalogu interního auditora

V textu výše bylo již zmiňováno, že interní auditor zaváděl rizika v podniku jako první a jednalo se o rizika identifikovaná napříč HL. Po zavedení rizik BOZP, rizik vztahujících se k výrobě zakázkových zdravotnických prostředků a nově i rizik bezpečnosti informací (v r. 2017) tak vlastně došlo k duplicitě některých níže vedených rizik. V rámci provedeného přehodnocení stávajících a nově definovaných rizik bezpečnosti informací bylo tedy z katalogu vedeného IA vypuštěno a zároveň úplně zrušeno z důvodu duplicity:

- pět rizik z oblasti požární ochrany, bezpečnosti práce, používání OOPP, chemických látek a tlakových nádob k dopravě plynů,
- dvě rizika vztahujících se k oblasti IT,
- dvě rizika z oblasti výroby zakázkových zdravotnických prostředků.

Dále bylo v rámci přehodnocení rizik nově vyčleněno pět rizik do samostatného katalogu rizik v odpovědnosti náměstka pro léčebnou péči. Jednalo se o rizika týkající se výskytu nozokomiálních nákaz, nevhodného nakládání s léčivými, rostoucími náklady na léky, rostoucími náklady na speciální zdravotnický materiál, nedostatečného počtu návrhů a žádostí na léčebný pobyt.

Aktualizovaný katalog rizik po provedené úpravě zahrnuje 49 přehodnocených rizik a 5 nově identifikovaných rizik. Jejich zobrazení v matici rizik je uvedeno v Tabulce 7.

**Tabulka 7:** Matice rizik vedených v katalogu IA

		Možnost dopadu				
		1	2	3	4	5
Pravd. výskytu	5					
	4	1		1		
	3	3	8	5		1
	2	7	8	4	2	
	1	1	5	1	2	

Zdroj: vlastní zpracování, upraveno dle Smejkal a Raise (2013)

Při analytickém zpracování rizik vychází jako nejvyšší riziko soudního sporu s pacientem (ohodnoceno součinem 3x5). K meziročním změnám v ohodnocení došlo u šesti rizik (viz Tabulka 8), z toho ve dvou případech se jednalo o nárůst a ve čtyřech případech o pokles ohodnocení. Pokles ohodnocení rizik byl způsoben vlivem nastavených opatření k jejich



eliminaci. Naopak nárůst byl v případě rizika nižšího odběru stravy vlivem rostoucí konkurence v oblasti prodeje obědů cizím strávníkům. Meziročně došlo i ke zvýšení rizika chybně vykázaných výkonů zdravotním pojišťovně z důvodu neklesající chybovosti při zadávání výkonů. Vliv v tomto případě ovšem má významný nárůst ve využití lůžkového fondu, tím i nárůst počtu vykazovaných výkonů.

**Tabulka 8:** Meziroční změny v ohodnocení rizik vedených IA

Název rizika	Ohodnocení rizika v r. 2016			Přehodnocení rizika v r. 2017		
	P	D	P x D	P	D	P x D
Riziko nesplnění plánu rozvoje HL	3	3	9	2	2	4
Riziko nedostatečně kvalifikovaného personálu	3	3	9	1	2	2
Riziko generační výměny personálu	3	4	12	2	1	2
Riziko neúplné personální složky zaměstnance	2	2	4	2	1	2
Riziko nižšího zájmu o odběr stravy	2	3	6	4	3	12
Riziko chybně vykázaných výkonů ZP	2	2	4	3	2	6

Zdroj: vlastní zpracování

### Přehodnocení rizik ošetrovatelské péče

Při přehodnocení rizik vedených N Oš došlo k meziročním změnám pouze u dvou níže uvedených rizik (Tabulka 9), a to z důvodu nastavených opatření eliminujících výskyt těchto rizik a fungujících kontrolních mechanismů v rámci systému kvality.

**Tabulka 9:** Meziroční změny v ohodnocení rizik N Oš

Název rizika	Ohodnocení rizika v r. 2016			Přehodnocení rizika v r. 2017		
	P	D	P x D	P	D	P x D
Riziko nedodržení ordinace lékaře pacientem při „sebemedikaci“	3	4	12	3	2	6
Riziko při podávání tzv. „LASA“ léků (záměny léků s podobným názvem, obalem)	4	3	12	3	2	6

Zdroj: vlastní zpracování

Přehled rozložení rizik dle jejich významnosti pro HL je zachycen v Tabulce 10. Rizikem s nejvyšším stupněm významnosti je riziko pádu pacienta hodnocené pravděpodobností výskytu a možností dopadu (5x5). Dalšími dvěma riziky spadající do nejvyššího stupně

významnosti jsou riziko chybně vedené zdravotnické dokumentace a riziko nedodržování dezinfekčních plánů. Obě rizika byla shodně hodnocena (4x4).

**Tabulka 10:** Matice rizik vedených N Oš

		Možnost dopadu				
		1	2	3	4	5
Pravd. výskytu	5					1
	4		1	1	2	
	3		3	4		
	2		3	1		
	1					

Zdroj: vlastní zpracování, upraveno dle Smejkal a Raise (2013)

### Přehodnocení rizik rehabilitační péče

Náměstek rehabilitační péče vede za oblast rehabilitace tři rizika, a to týkající se snížené kvality bazénové vody v celotělových vanách, zvýšené poruchovosti přístrojů a poškození pacienta při poskytování procedur. V rámci přehodnocení rizik nedošlo k žádným změnám v jejich ohodnocení. Nově identifikované bylo jedno riziko, které bude uvedeno v další kapitole. Přehled významnosti rizik vedených N RHB zachycuje Tabulka 11.

**Tabulka 11:** Matice rizik vedených N RHB

		Možnost dopadu				
		1	2	3	4	5
Pravd. výskytu	5					
	4			1		
	3		1	1		
	2					
	1					

Zdroj: vlastní zpracování, upraveno dle Smejkal a Raise (2013)

### Přehodnocení rizik korupčních

Z celkového počtu devatenácti rizik došlo v rámci jejich přehodnocení ke změně hodnocení u dvou rizik uvedených v Tabulce 12. Zrušeno bylo jedno riziko, které se týkalo nedostatečného nastavení pravidel, odpovědností s důsledkem přesahu kompetencí. Nově identifikované nebylo žádné riziko. Nejvyššího ohodnocení 3x3 dosahuje riziko nedodržování postupů hospodaření při nakládání s léčivy.

**Tabulka 12:** Meziroční změny v ohodnocení rizik

Název rizika	Ohodnocení rizika v r. 2016			Přehodnocení rizika v r. 2017		
	P	D	P x D	P	D	P x D
Riziko zvýhodnění některých zaměstnanců při hospodaření s prostředky FKSP	1	2	2	2	2	4
Riziko nedůsledné kontroly odvedené práce u dohod o provedení práce a dohod o pracovní činnosti	1	2	2	1	1	1

Zdroj: vlastní zpracování

Přehled rozložení rizik dle jejich významnosti je zachycen v tabulce níže.

**Tabulka 13:** Matice korupčních rizik

		Možnost dopadu				
		1	2	3	4	5
Pravd. výskytu	5					
	4					
	3		1	1		
	2	2	7	2		
	1	1	3	1		

Zdroj: vlastní zpracování, upraveno dle Smejkal a Raise (2013)

### Přehodnocení rizik v oddělení ortopedické protetiky

Při přehodnocení stávajících 101 rizik došlo pouze ke změně ohodnocení jednotlivých rizik dle nově nastaveného systému (pěti škálová stupnice pravděpodobnosti výskytu a možnosti dopadu). Možnost volby pěti škálové stupnice je v souladu i s normou ČSN EN ISO 14971 (2012) vztahující se k aplikaci řízení rizik u zdravotnických prostředků. Identifikována nebyla žádná nová rizika. Nový způsob ohodnocení rizik měl ale vliv nejen na změnu hodnoty jednotlivých rizik, ale také i na meziroční změnu v zařazení rizik do stupně významnosti. Přehodnocením došlo k přesunu pěti rizik ze středního do nízkého stupně významnosti. Rozložení rizik dle jejich významnosti je zachycen v matici rizik (Tabulka 14). Rozložení rizik dle jejich významnosti před jejich přehodnocením je uveden v Příloze 12.

Rizika s nejvyšší významností (hodnota 8) byla zaznamenána u protéz dolních a horních končetin, trupových ortéza a ortéz horních a dolních končetin (viz Příloha 13).

**Tabulka 14:** Matice rizik zakázkových zdravotnických prostředků

		Možnost dopadu				
		1	2	3	4	5
Pravd. výskytu	5					
	4					
	3	2				
	2	12	44		27	
	1		8		8	

Zdroj: vlastní zpracování, upraveno dle Smejkal a Raise (2013)

## 4.6 Identifikace nových rizik

Tato část diplomové práce bude zaměřena na identifikaci nových rizik v HL. Oproti původnímu výchozímu stavu popsanému v kapitole 4.4 byly v rámci naplnění cíle diplomové práce rozšířeny oblasti identifikace rizik o rizika vztahující se k ošetrovatelské a rehabilitační péči přímo na konkrétních pavilonech. Dále byla identifikována rizika vztahující se k bezpečnosti informací a s tím přímo související rizika spojená s ochranou fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů (GDPR).

Identifikace nových rizik probíhala formou rozhovorů. Nejprve byly vedeny rozhovory s majiteli stávajících rizik společně s vedoucími provozů, procesů, případně dalších přizvaných osob v rámci oblastí, ve kterých byla rizika přehodnocována. Poté vždy následoval rozhovor zaměřený na hledání, identifikaci a ohodnocení nových rizik.

### Identifikace rizik informační bezpečnosti

Z důvodu platnosti Nařízení Evropského parlamentu a Evropské komise č. 2016/679/EU, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů vyplývá pro zdravotnické zařízení zajistit soulad s tímto nařízením a nastavit takový systém řízení ochrany osobních údajů, resp. ochrany práv a svobod subjektů osobních údajů jejichž je HL správcem, event. zpracovatelem. S tím tedy přímo souvisí nastavení celého systému bezpečnosti informací, vč. řízení informačních rizik.

Informační rizika byla původně vedena v rámci katalogu interního auditora. Jejich struktura a počet byl nedostatečný, proto došlo v rámci diplomové práce k předložení návrhu na zpracování systému politiky informační bezpečnosti a s tím i přímo související návrh katalogu rizik dle struktury uvedené v normě ISO/IEC 27001 (2014).

V červnu 2017 ředitel HL, jako risk manager, vyjádřil souhlas se zavedením a nastavením systému řízení rizik bezpečnosti informací dle ČSN/IEC 27001 (2014) a ČSN/IEC 27005 (2013) s tím, že zavedení tohoto systému nebude certifikováno, ale bude pouze normativní oporou pro zajištění souladu s požadavky GDPR o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů.

Přijetí tohoto rozhodnutí bylo výrazně pozitivní pro další postup v návrhu identifikace informačních rizik a katalogu rizik vztahujících se k bezpečnosti informací v HL. Nově bylo identifikováno 73 rizik. Z nich vysokého stupně významnosti dosáhla 3 rizika, středního stupně 53 rizik a 17 rizik bylo ohodnoceno jako riziko nízkého stupně významnosti (viz Tabulka 15).

**Tabulka 15:** Matice informačních rizik

		Možnost dopadu				
		1	2	3	4	5
Pravd. výskytu	5					
	4				2	
	3	1	3	1	3	1
	2		11	18	12	10
	1			3	2	6

Zdroj: vlastní zpracování, upraveno dle Smejkal a Raise (2013)

Riziky s vysokou významností z nově identifikovaných byla rizika uvedená v Tabulce 16. Vysoká významnost u rizik souvisejících s nekontrolovatelným kopírováním médií je způsobena faktem, že 90 % koncových stanic PC je na zdravotnických odděleních s přístupem ke zdravotnické dokumentaci pacientů. Opatřením k eliminaci rizika přístupu nepovolaných osob je mimo zabezpečení PC i např. instalace knopků (dveřních koulí) místo kliky na dveře, vstupů přes čipy u vybraných pracovišť a dodržování nastaveného klíčového režimu na pracovištích. Vždy individuálně, dle konkrétního pracoviště.

V případech rizik nekontrolovatelného kopírování médií či dokumentů je opatřením zákaz USB portů a CD/DVD vypalovaček na koncových stanicích u zdravotnických pracovníků vyjma USB portů u primářů a dále zajištění kopírování všech dat adresně na uživatele a monitoring PC stanic auditním programem.

**Tabulka 16:** Přehled identifikovaných informačních rizik

<b>Riziko</b>	<b>P</b>	<b>D</b>	<b>P x D</b>
Riziko přístupu nepovolaných osob	3	5	15
Riziko nekontrolovatelného kopírování médií	4	4	16
Riziko nekontrolovatelného kopírování dokumentů	4	4	16

Zdroj: vlastní zpracování

### Nově identifikovaná rizika ošetrovatelské péče

Identifikace nových rizik proběhla i u N Oš, která, zároveň jako manažer kvality, odpovídá za nastavení kvality ošetrovatelské péče napříč HL, řeší systémová opatření a nahlíží s odstupem na všechna zdravotnická oddělení (v rámci pěti primariátů). N Oš byla identifikována níže uvedená nová rizika (Tabulka 17). Jejich ohodnocení vychází z uvědomění si vlivů vnějšího i vnitřního prostředí HL které, mohou mít na výskyt rizika a jeho dopad na HL vliv.

**Tabulka 17:** Přehled identifikovaných rizik N Oš

<b>Název rizika</b>	<b>P</b>	<b>D</b>	<b>P x D</b>
Riziko chybně podaného léku („skorochyba“) z důvodu nepozornosti personálu	3	2	6
Riziko nedostatečné prevence TEN	3	2	6
Riziko odmítnutí zahustit stravu (při poruchách polykání, dysfagií)	3	4	12
Riziko odmítnutí odevzdat inzulinové pero	3	4	12
Riziko vnesení parazitů pacienty (vši, blechy, štěnice)	3	2	6

Zdroj: vlastní zpracování

Z důvodu odlišnosti zaměření jednotlivých léčebných pavilónů na určité spektrum onemocnění byly v rámci diplomové práce a se souhlasem N Oš osloveny i zdravotničtí pracovníci z řad vrchních, staničních sester, se kterými byly vedeny rozhovory s cílem identifikovat nová rizika přímo na jimi řízených pracovištích. Jejich přehled je uveden v Příloze 14 a Příloze 15.

Nově identifikovaná rizika je možné ještě, i když v některých případech s jistou mírou nepřesnosti, rozdělit na rizika spadajících do oblastí, které vymezují resortní bezpečnostní cíle a do oblastí vztahujících se spíše do oblastí standardů. U rizik uvedených v přílohách (Příloha 14 a Příloha 15) je zaznamenána různorodost identifikovaných rizik ovlivněná věkem (dítě, dospělý, senior), typem onemocnění pacienta (ortopedické, neurologické,

spinální, geriatrické). Téměř ve všech odděleních byla identifikována stejná nová rizika, i když s různým stupněm významnosti. Jednalo se o tato rizika:

- riziko poškození zdraví v důsledku pádu,
- riziko zhoršení stavu pacienta v důsledku nozokomiální infekce,
- riziko poranění o použitou jehlu,
- riziko nedodržení frekvencí, rozsahu, úplnosti zápisů do zdravotnické dokumentace pacienta.

### **Nově identifikovaná rizika rehabilitační péče**

N RHB bylo identifikováno pouze jedno nové riziko vzniklé v důsledku vlivu rozvoje digitálních technologií a sociálních sítí. Týkalo se tajného pořizování záznamů na smartphony při práci fyzioterapeutů a následného zveřejňování těchto záznamů na sociálních sítích, a to bez předchozího souhlasu personálu. Jeho hodnota je 16 (4x4).

Dále bylo v souladu s cílem práce a se souhlasem N RHB přistoupeno k identifikaci rizik spojených s poskytováním léčebně rehabilitační péče vedoucími rehabilitací v jednotlivých primariátech. Důvodem je jistá míra odlišnosti zaměření léčebných pavilónů na určité spektrum onemocnění nebo i na věk pacientů (od skupiny dětí, až po seniory na ošetrovatelských lůžkách) a tedy i předpokládaná odlišnost identifikovaných rizik.

U identifikovaných rizik uvedených v Příloze 16 a Příloze 17 došlo pouze ve dvou případech k situaci, že byla identifikována stejná rizika ve více odděleních. Jednalo se o rizika uklouznutí pacienta na vodoléčbě a riziko snížené tolerance chlórované vody. Uvedená rizika byla identifikována v pavilónech, kde jsou hospitalizováni pacienti s lehčím obrazem klinického stavu nebo dětští pacienti. Tedy tam, kde je tato léčebná metoda více užívána.

### **Identifikace rizik pracoviště spalovny**

K identifikaci nových rizik došlo i v oblasti spalování odpadů. Katalog rizik vedený interním auditorem zaměřený na oblasti řídicích, obslužných a podpůrných procesů při poskytování léčebné a ošetrovatelské péče (vyjma oblasti IT, bezpečnosti práce, výroby zakázkových zdravotnických prostředků v oddělení ortopedické protetiky), byl doplněn o rizika související s činností tepelně energetického centra, jehož součástí je i spalovna odpadů. Vedoucí tepelně energetického centra identifikoval níže uvedená rizika. Z pěti identifikovaných nových rizik tři spadají do oblasti střední významnosti a dvě rizika do oblasti nízké významnosti (Příloha 18).

## **5 Zhodnocení výsledků a návrhy opatření**

### **5.1 Zhodnocení výsledků a problémových oblastí**

V Hamzově odborné léčebně je zaveden systém řízení rizik. Je vytvořen vnitřní předpis (metodický pokyn) č. M 08 002 Řízení rizik v HL, se kterým jsou prokazatelně seznámeni všichni zaměstnanci, a který je dostupný na vnitřním Portále HL. Dále je ustanovena Komise pro řízení rizik, která se schází minimálně jedenkrát ročně, obvykle po přehodnocení rizik. V rámci jednání komise jsou jednotlivými osobami, odpovědnými za vedení příslušných katalogů rizik (dle oblastí), zhodnocena stávající, jimi evidovaná rizika, představena rizika nová, vč. opatření k jejich eliminaci. Na závěr je komisí zhodnoceno, zda rizika střední a vysokého stupně významnosti jsou dostatečně ošetřena, či zda je zapotřebí učinit další opatření.

V případě, že je vedena evidence jednotlivých listů rizik, pak je prováděna primárně v listinné podobě s podpisem osoby, která přehodnocení rizika provedla. Následně je vypracován katalog rizik, který je vždy veden v elektronické podobě, ale bez využití specializovaného softwaru.

Na základě studia interních dokumentů bylo v rámci diplomové práce zjištěno, že proces řízení rizik pokrývá oblasti:

- oblast řídicích, obslužných a podpůrných procesů (provozní, technická, finanční rizika, rizika léčebné péče a ostatní tzv. globální rizika);
- BOZP;
- výroby zakázkových zdravotnických prostředků v oddělení ortopedické protetiky;
- ošetrovatelské a rehabilitační péče;
- korupce.

Z důvodu postupného zavádění rizik interním auditorem (průřezově za celou HL), technikem BOZP a vedoucím OPT (při výrobě zakázkových zdravotnických prostředků) došlo ke vzniku tří samostatných systémů k přístupu ohodnocení rizik.

Tři systémy vznikly přibližně za dobu jednoho roku nezávisle na sobě, a protože tehdy neexistoval žádný závazný předpis, který by určoval závazný způsob ohodnocení rizik, byly tyto systémy ohodnocení rizik tolerovány. Zpracovaný vnitřní předpis Řízení rizik v HL



v současné době sice popisuje systém řízení rizik v HL, postup ohodnocení, identifikace a monitorování rizik nastavené interním auditorem, ale nezachycuje odlišnosti v ohodnocení rizik vedených technikem BOZP a referentem kvality v oddělení ortopedické protetiky. Není nastaven jednotný systém přehledného zpracování významnosti rizik do matice rizik. V rámci těchto tří systémů byly používány i jiné výrazy slovního vyjádření stupňů v rámci určování pravděpodobnosti výskytu, možnosti dopadu rizika či názoru hodnotitele. Toto odlišné slovní vyjádření se ukázalo jako velmi přínosné, usnadňující určování hodnoty rizika. Rovněž přechod ohodnocení rizik spojených s výrobou zakázkových zdravotnických prostředků ze čtyř stupňového k pěti stupňovému (viz Příloha 19) je přirozenější, a i z psychologického hlediska více zakotvené v našem podvědomí (obdoba známkování ve škole).

Z analýzy systému řízení rizik vyplynula další zjištění:

- duplicitně bylo vedeno pět rizik bezpečnosti práce vedených jak technikem BOZP, tak i interním auditorem;
- k prezentaci přehledu vyhodnocení rizik nebyla využívána mapa rizik;
- nebyla vedena rizika bezpečnosti informací;
- nebyla vedena rizika tepelně energetického centra
- nedocházelo k identifikaci rizik přímo na zdravotnických odděleních.

V souvislosti s rozšířením rizik v oblasti ošetrovatelské a rehabilitační péče byla provedena identifikace rizik i na nižší řídicí úrovni těchto oblastí, tj. na úrovni vrchních sester a vedoucích rehabilitací. Rizika byla identifikována na jednotlivých primariátech z důvodu odlišností typů poskytované péče i věkového spektra pacientů v jednotlivých primariátech.

V rámci identifikace nových rizik na této nižší úrovni bylo zjištěno, že dochází k odlišnému vnímání významnosti rizik z pohledu náměstka a z pohledu nižšího vedoucího a jeho řadových zaměstnanců. Odlišné není jen ohodnocení rizik, ale i identifikace dalších typů rizik. U shodně či velmi podobně definovaných rizik dosahuje ohodnocení náměstkem vyšších hodnot, než je tomu u nižší úrovně řízení (viz Příloha 14 a Příloha 15).

- Na odděleních bylo v rámci rozhovorů zjištěno, že např. u velmi často opakujícího se výskytu rizika pádu (je způsobeno onemocněním pohybového aparátu a věkem pacientů) je tendence toto riziko u možnosti dopadu, hodnotit nižšími hodnotami, protože není častý výskyt úrazu vlivem pádu. Náměstek ošetrovatelské péče toto

riziko ale vnímá a hodnotí naopak, vzhledem k jeho velkému výskytu z pohledu celého zařízení, jako riziko s nejvyšším stupněm významnosti. Důvodem je vnímání rizika možného poškození zdraví pacienta a následného případného soudního řešení, v případě úrazu vlivem pádu pacienta a samozřejmě také z důvodu četnosti výskytu pádů sumárně v celé HL. Podobně tomu je např. i u rizika nesprávného zápisu výsledku vyšetření/nesprávné léčby v důsledku chybné komunikace, které N Oš hodnotí součinem pravděpodobnosti výskytu a možností dopadu hodnotou 12 (oproti pracovníkům z nižší úrovně vedení, kteří toto riziko buď vůbec neidentifikovali nebo ohodnotili nízkou hodnotou významnosti 2) právě z důvodu jiného subjektivního vnímání významu případného vzniku nežádoucí události a jejího dopadu, případně až do soudního sporu. Přitom rizika definovaná v rámci ošetrovatelské péče měla obecně nižší pestrost, než tomu bylo u identifikovaných nových rizik na nižších úrovních v rámci úseků rehabilitační péče (Příloha 16 a Příloha 17).

- V Příloze 14 a Příloze 16 jsou uvedena rizika N Oš a N RHB, která lze zařadit do oblastí definovaných RBC. V Příloze 15 a Příloze 17 jsou uvedena rizika vztahujících se k oblastem definovaným ve standardech SAK. Toto dělení může být zkresleno i jistou mírou subjektivity, protože některé názvy oblastí uvedených v RBC a standardech se mohou prolínat. Cílem tohoto rozdělení bylo získat přehled o rozložení evidovaných rizik rehabilitační a ošetrovatelské péče dle oblastí RBC v porovnání s oblastmi u standardů SAK a doložit propojenost systému kvality a systému řízení rizik.
- V rámci analýzy řízení rizik, a tedy i v souladu s cílem diplomové práce, byla provedena analýza souladu struktury systému kvality SAK a normy ČSN ISO 31000 (2010) viz Příloha 20. Důvodem je na jedné straně přijímání postupů a nastavení činností dle ISO norem (systém kvality OPT, systém řízení rizik v OPT, systém bezpečnosti informací, řízení rizik) a na druhé straně akreditace systému kvality celé HL dle jiného přístupu, tj. dle standardů specifikovaných společnostmi SAK.
- Systém kvality dle standardů SAK, pokrývá průřezově veškeré oblasti činností běžného zdravotnického zařízení. Při porovnání rozsahu a členění jednotlivých prvků normy ČSN ISO 31000 (2010) se strukturou a členěním akreditačních standardů SAK pro následnou péči a posouzení jejich souladnosti je možné dojít minimálně k závěru, že se systém standardů SAK a uvedené normy ISO vzájemně nevylučují.

Na základě výsledků porovnání struktury a zaměření těchto systémů a doložení jejich vzájemného souladu je proto možné vnímat systém řízení rizik dle ČSN ISO 31000 (2010) kompatibilní a začlenitelný do systému managementu kvality nastaveného dle standardů SAK v HL.

## 5.2 Navrhovaná opatření

Navrhovaná opatření vyplývající z provedené analýzy řízení rizik v HL jsou:

- Provést aktualizaci vnitřního předpisu M 08 002 Řízení rizik v HL a zavést jednotný přístup k ohodnocení rizik. Pro přehlednou prezentaci významnosti evidovaných rizik zpracovávat matici rizik (viz Příloha 21).
- Rozšířit rizika ošetrovatelské a rehabilitační péče o rizika identifikovaná i na nižší řídicí úrovni, tj. na úrovni jednotlivých oddělení.
- Přijmout navržená, nově identifikovaná rizika bezpečnosti informací v rámci systému řízení bezpečnosti informací (ISMS).
- Přenést výkon funkce koordinátora rizik z interního auditora na jiného pracovníka přímo řízeného managerem rizik, tj. ředitelem HL.
- Zakoupit jednoduchý software na evidenci a přehledné vyhodnocování rizik, který sníží administrativní zátěž na rozsáhlé zpracování rizik. Vzhledem k omezeným finančním možnostem státního zdravotnického zařízení bylo navrženo zakoupení licence firmy MYCON, s měsíčním nákladem 375,- Kč, tj. 4500,- Kč za rok.
- Zvážit přípravu a následnou certifikaci pracoviště spalovny dle ČSN EN ISO 14001 (2016) v rámci systému řízení environmentu (EMS), který představuje systematický přístup k ochraně životního prostředí. Na trhu jsou nyní dle informace dostupné nabídky o základní ceně v částkách od 20 tis. Kč. Jedná se ale o dílčí náklad, protože vlastní náklad na certifikaci je závislý na konkrétních provedených činnostech ve vztahu k certifikovanému zařízení a procesu spalovny a může být i násobně vyšší. Tato možnost vyznívá již ale výrazně ekonomicky lépe, než byly informace z minulosti, kdy se podle předchozího šetření v HL pohybovala tato certifikace řádově až ke 100 tis. Kč.

Vyjádření risk managera k navrhovaným doporučením je uvedeno v Příloze 22.

## 6 Závěr

Nastavení systému kvality je pro HL jedním z výchozích bodů pro další úspěšný rozvoj a její směřování. Pro zdravotnické zařízení je zajištění kvality a bezpečí pacienta primárním cílem, který vychází ze samé podstaty jeho činnosti. Proto je nezbytné, aby HL měla nejen funkční systém kvality, ale i systém řízení rizik, který byl právě předmětem analýzy této diplomové práce.

HL je opakovaně úspěšně akreditovaným zařízením následné péče v systému hodnocení kvality dle standardů SAK, které pokrývají průřezově veškeré oblasti činností běžného zdravotnického zařízení. Při provedeném porovnání normy ČSN ISO 31000 (2010) s akreditačními standardy SAK pro následnou péči a posouzení jejich souladnosti je možné dojít k závěru, že se systém standardů SAK a uvedené normy ISO vzájemně nevylučují. Na základě výsledků porovnání těchto systémů a doložení jejich vzájemného souladu je možná aplikace systému řízení rizik dle ČSN ISO 31000 (2010) do zavedeného systému managementu kvality ve zdravotnickém zařízení následné péče (HL).

Pro zvýšení efektivnosti nastaveného systému řízení rizik v HL bylo Komisi pro řízení rizik předloženo doporučení týkající se sjednocení metriky pro ohodnocení rizik různých oblastí činností a funkcí v HL. Dále bylo navrženo jednotné členění rizik dle významnosti do tří stupňů v souladu s ČSN ISO 31000 (2010). Pro rychlou orientaci a prezentaci výstupu ohodnocení rizik bylo doporučeno využívat matici rizik.

Postupně byla přehodnocena rizika v celé HL a byly předloženy katalogy rizik ošetrovatelské a rehabilitační péče zahrnující rizika identifikovaná i na nižších řídicích úrovních, tj. přímo na odděleních. Do samostatného katalogu byla vyčleněna rizika léčebné péče. Byl vytvořen katalog informačních rizik a společně s vedoucím IT nastavena politika bezpečnosti informací. Nově byla identifikována rizika tepelně energetického centra. Došlo k přehodnocení rizik vedených v OPT ze čtyř škálového stupně hodnocení na pěti škálové, v parametrech pravděpodobnosti výskytu a stupně závažnosti poškození zdraví.

Výstupy z provedené analýzy a navržené závěry byly předloženy na jednání Komise pro řízení rizik a byly přijaty. Výjimkou v systému je zatím jen postoj vedení HL k certifikaci pracoviště spalovny dle ČSN EN ISO 14001 v rámci systému řízení environmentu (EMS), která by pro HL představovala citelné zvýšení nákladů tohoto provozu. Rozhodovací postup vedení léčebny nepochybně ovlivňuje fakt, že jinak ve všech parametrech toto technicky

náročné pracoviště splňuje platnou legislativu včetně evropských norem a je samozřejmě náročně systematicky kontrolováno dozorovými orgány. Přesto se rozhodlo vedení léčebny doporučující návrh na certifikaci ještě přezkoumat.

Systém řízení rizik v HL lze hodnotit jako funkční, integrovaný, propracovaný a pokrývající všechny oblasti činnosti HL, a to v rozsahu, který je nad rámec požadavků standardů kvality SAK.

## 7 Seznam použitých zdrojů

*Tištěné zdroje:*

DVOŘÁČEK, Jiří a Tomáš KAFKA. *Interní audit v praxi*. Brno: Computer Press, 2005, 236 s. ISBN 80-251-0836-8.

FOTR, Jiří a Jiří HNILICA. *Aplikovaná analýza rizika ve finančním managementu a investičním rozhodování*. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2014, 298 s. Expert (Grada). ISBN 978-802-4751-047.

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

MAJEROVÁ, Věra a Emerich MAJER. *Empirický výzkum v sociologii venkova a zemědělství*. Vyd. 2. V Praze: Česká zemědělská univerzita, Provozně ekonomická fakulta, 2007, 275 s. ISBN 978-80-213-1698-0.

MERNA, Tony a Faisal F. AL-THANI. *Risk management: Řízení rizik ve firmě*. Brno: Computer Press, 2007, 194 s. ISBN 978-80-251-1547-3.

SOBEL, Paul J. a Kurt F. REDING. *Enterprise risk management: Achieving and Sustaining Success*. Altamonte Springs, Florida: The Institute of Internal Auditors Research Foundation, 2012, 225 s. ISBN 978-089-4137-242.

SAK, O. P. S. *Akreditační standardy pro následnou péči*. 2. vydání. Praha: TIGIS, 2014, 148 s. ISBN 978-80-905886-0-8.

SCHOLLEOVÁ, Hana. *Ekonomické a finanční řízení pro neekonomy*. 2., aktual. a rozš. vydání. Praha: Grada, 2012, 272 s. ISBN 978-80-247-4004-1.

SMEJKAL, Vladimír a Karel RAIS. *Řízení rizik ve firmách a jiných organizacích*. 4., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2013, 483 s. ISBN 978-80-247-4644-9.

ŠENFELD, Antonín. *Posuzování přiměřenosti řízení rizik s použitím normy ISO 31000: IPPF - praktická pomůcka*. Praha: Český institut interních auditorů, 2012, 17 s. ISBN 978-80-86689-47-0.

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

ŠUPŠÁKOVÁ, Petra. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb*. Praha: Grada, 2017, 288 s. ISBN 978-80-271-9673-9.

THE AUSTRALIAN COUNCIL ON HEALTHCARE STANDARDS. *EQulPNational Resource: Risk Management and Quality Improvement Handbook*. 3rd ed. Sydney, 2013, 81 s. ISBN 13: 978-1-921806-46-9. Dostupné také z: [http://www.achs.org.au/media/69305/risk\\_management\\_and\\_quality\\_improvement\\_handbook\\_july\\_2013.pdf](http://www.achs.org.au/media/69305/risk_management_and_quality_improvement_handbook_july_2013.pdf)

TICHÝ, Milík. *Ovládnání rizika: analýza a management*. Praha: Beck, 2006. Beckova edice ekonomie. ISBN 80-717-9415-5.

VÁCHAL, Jan a Marek VOCHOZKA. *Podnikové řízení*. Praha: Grada, 2013, 685 s. Finanční řízení. ISBN 978-80-247-4642-5.

VÁVROVÁ, Eva. *Finanční řízení komerčních pojišťoven*. Praha: Grada, 2014, 192 s. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-4662-3.

*Zdraví 2020: Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2014, 35 s. ISBN 978-80-85-047-47-9. Dostupné také z: [http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci\\_8690\\_3016\\_5.html](http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8690_3016_5.html)

ZUZÁK, Roman a Martina KÖNIGOVÁ. *Krizové řízení podniku*. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2009, 253 s. ISBN 978-80-247-3156-8.

#### *Elektronické zdroje*

*Council Recommendation of 9 June 2009 on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections*. In: . Luxembourg, 2009, ročník 2009, 2009/C 151/01. Dostupné také z: [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=uriserv:OJ.C\\_.2009.151.01.0001.01.ENG&toc=OJ:C:2009:151:TOC](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=uriserv:OJ.C_.2009.151.01.0001.01.ENG&toc=OJ:C:2009:151:TOC)

Informace: Povinně zveřejňované informace. *Hamzova léčebna* [online]. Luže [cit. 2018-02-10]. Dostupné z: [http://www.hamzova-lecebna.cz/obrazky/dokumenty/korupce/zizovaci\\_listina\\_HL\\_cela.pdf](http://www.hamzova-lecebna.cz/obrazky/dokumenty/korupce/zizovaci_listina_HL_cela.pdf)

- KECLÍKOVÁ, Kristýna. *Systém řízení rizik jako součást integrovaného systému řízení managementu kvality ve zdravotnických zařízeních* [online]. Zlín, 2012, 171 s. [cit. 2018-02-12]. Dostupné z: [http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/22425/kecl%C3%ADkov%C3%A1\\_2012\\_dp.pdf?sequence=1](http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/22425/kecl%C3%ADkov%C3%A1_2012_dp.pdf?sequence=1). Disertační práce. Univerzita Tomáše Bati. Vedoucí práce Petr Briš.
- Legislativa: Metodický pokyn CHJ č. 2 – Metodika řízení rizik. *Ministerstvo financí České republiky* [online]. Praha, 2016 [cit. 2017-06-28]. Dostupné z: <http://www.mfcr.cz/cs/legislativa/metodiky/2016/metodicky-pokyn-chj-c-2--metodika-řízení-24501>.
- Portál kvality a bezpečí: Seznam oprávněných osob. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2010a [cit. 2018-02-10]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/seznam-opravnenych-osob\\_3294\\_29.html](http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/seznam-opravnenych-osob_3294_29.html)
- Resortní interní protikorupční program. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2017 [cit. 2018-02-13]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/rezortni-interni-protikorupcni-program-ministerstva-zdravotnictvi-ceske-republik\\_14087\\_3112\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/rezortni-interni-protikorupcni-program-ministerstva-zdravotnictvi-ceske-republik_14087_3112_1.html)
- Tiskové zprávy. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2010b [cit. 2018-02-13]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-se-zameruje-na-bezpecnost-pacientu-predstavuje-akcni-plan-kvality-%20a-bezpecnosti-zdravotni-pece-na-obdobi\\_3444\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-se-zameruje-na-bezpecnost-pacientu-predstavuje-akcni-plan-kvality-%20a-bezpecnosti-zdravotni-pece-na-obdobi_3444_1.html)
- Veřejné zdraví: Akční plány pro implementaci Národní strategie Zdraví 2020. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha, 2015 [cit. 2017-06-28]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/akcni-plany-pro-implementaci-narodni-strategie-zdravi-2020\\_10814\\_3016\\_5.html](http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/akcni-plany-pro-implementaci-narodni-strategie-zdravi-2020_10814_3016_5.html)
- Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*. In: . Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2015, ročník 2015b, částka 12, s. 227-241. Dostupné také z: [https://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c12/2015\\_10587\\_3242\\_11.html](https://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c12/2015_10587_3242_11.html)



*Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*. In: . Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2015, ročník 2015c, částka 16. Dostupné také z: [https://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/vestnik-c16/2015\\_10927\\_3242\\_11.html](https://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/vestnik-c16/2015_10927_3242_11.html)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Patient Safety: Making health care safer* [online]. Geneva, c2017 [cit. 2017-07-17]. Dostupné z: <http://www.who.int/patientsafety/publications/patient-safety-making-health-care-safer/en/>

*Vyhláška č. 102/2012 Sb.: Vyhláška o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče*. In: . Praha, 2012, 39/2012. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-102>

Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Sbírka zákonů*. Praha, 2011, ročník 2011, částka 131, 372/2011. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=372/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=372/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

*Další zdroje:*

ČSN EN ISO 14971 (85 5231). *Zdravotnické prostředky: Aplikace řízení rizika na zdravotnické prostředky*. Praha: Úřad pro technickou normalizaci, metrologii a státní zkušebnictví, 2009, 69 s.

ČSN EN ISO 9001 (01 0321). *Systém managementu kvality: Požadavky*. Praha: Úřad pro technickou normalizaci, metrologii a státní zkušebnictví, 2015, 138 s.

ČSN ISO/IEC 27001 (36 9797). *Informační technologie: Bezpečnostní techniky - Systémy řízení bezpečnosti informací - Požadavky*. Praha: Úřad pro technickou normalizaci, metrologii a státní zkušebnictví, 2014, 25 s.

ČSN ISO/IEC 27002 (36 9798). *Informační technologie: Bezpečnostní techniky - Soubor postupů pro opatření bezpečnosti informací*. Praha: Úřad pro technickou normalizaci, metrologii a státní zkušebnictví, 2014, 73 s.

ČSN ISO/IEC 27005. *Informační technologie: Bezpečnostní techniky - Řízení rizik bezpečnosti informací*. Praha: Úřad pro technickou normalizaci, metrologii a státní zkušebnictví, 2013, 64 s.

ČSN ISO 31000 (01 0351). *Management rizik: Principy a směrnice*. Praha: Úřad pro technickou normalizaci, metrologii a státní zkušebnictví, 2010, 37 s.

*Interní materiály*

*Katalog rizik BOZP*. Hamzova léčebna, 2015.

*Katalog rizik IA*. Hamzova léčebna, 2016b.

*Katalog rizik OPT*. Hamzova léčebna, 2016c.

*Řízení rizik v HL*. 4 dopl. vyd. Hamzova léčebna, 2016a, 7 s.

*Zřizovací listina*. Hamzova léčebna, 2012, 7 s.

## **8 Přílohy**

- Příloha 1 Seznam otázek a sond kladených v rámci skupinového interview
- Příloha 2 Model ERM
- Příloha 3 Definice standardů domén pro zajištění kvality a bezpečí
- Příloha 4 Součtová matice rizik
- Příloha 5 Minimální požadavky pro zavedení interního hodnocení kvality a bezpečí
- Příloha 6 Přehled legislativy a regulačních norem mající vztah k řízení rizik v HL
- Příloha 7 Akreditační standardy pro následnou péči a jejich vztah k řízení rizik
- Příloha 8 Přehled skupin rizik BOZP dle oblastí vykonávané práce
- Příloha 9 Přehled vyráběných zakázkových prostředků v oddělení OPT
- Příloha 10 Tabulka pro určení hodnoty rizika v OPT
- Příloha 11 Tabulka pro určení hodnoty rizik vytvořená interním auditorem
- Příloha 12 Rozložení významnosti rizik zakázkové výroby zdravotnických prostředků
- Příloha 13 Rizika zakázkových zdrav. prostředků s nejvyšším stupněm významnosti
- Příloha 14 Rizika ošetrovatelské péče v členění dle oblastí RBC
- Příloha 15 Rizika ošetrovatelské péče v členění dle oblastí standardů SAK
- Příloha 16 Rizika rehabilitační péče v členění dle oblastí RBC
- Příloha 17 Rizika rehabilitační péče v členění dle oblastí standardů SAK
- Příloha 18 Přehled identifikovaných rizik spalovny odpadů
- Příloha 19 Tabulka pro určení hodnoty rizika v OPT
- Příloha 20 Kompatibilita ČSN ISO 31000:2010 se standardy SAK pro následnou péči
- Příloha 21 Matice rizik
- Příloha 22 Vyjádření risk managera k navrhovaným doporučením

## **Příloha 1** Seznam otázek a sond kladených v rámci skupinového interview

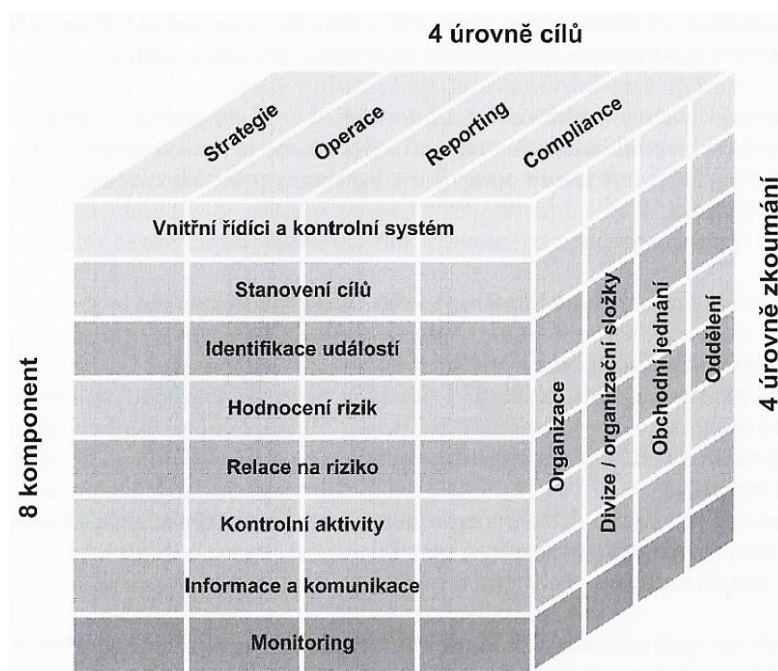
### **Otázky:**

- Jaká nová rizika jste v průběhu roku 2017 identifikovali?
- Jaké nežádoucí události se na Vámi řízeném úseku nejčastěji opakují?
- Jakou nejvýznamnější nežádoucí událost jste v posledním roce zaznamenali?
- Z jakých zdrojů obvykle vycházíte při identifikaci nových rizik?
- Z jakých zdrojů obvykle vycházíte při přehodnocení rizik?
- Jaké faktory mají největší vliv na změnu hodnot vámi řízených rizik?
- Jaké jsou nejvíce problematické oblasti Vaší práce?
- Pokrývají Vámi vedená rizika všechny oblasti Vaší činnosti?

### **Sondy:**

- A dále?
- Vyjmenujte tedy, prosím, tři nejzávažnější...
- Vyjmenujte tedy, prosím, jaké jsou nejhorší...
- Dobře, napadají Vás ještě nějaké další...

## Příloha 2 Model ERM



Zdroj: Kafka (2009, s. 153)

### **Příloha 3** Definice standardů domén pro zajištění kvality a bezpečí

<b>1. Doména – governance – správa, ovládání, řízení</b>
Strategie managementu SMR
Procedurální dokumentace
Komise managementu SMR
Informovanost Managementu
Proces managementu rizik
Registr
Interní audit (sebehodnocení) a externí audit
Zdravotní dokumentace
Registrace personálu
Ověřovací procesy
<b>2. Doména – Kompetentní a schopná pracovní síla</b>
Adaptace nového zaměstnance – trvalý pracovní poměr
Adaptace nového zaměstnance – dočasný pracovní poměr
Supervize lékařů absolventů
Vzdělávání zaměstnanců
Vzdělávání v managementu rizik
Analýza potřebného vzdělávání v oblasti SMR
Školení obsluhy techniky
Prevence a kontrola infekcí ve zdravotnických zařízeních
Školení manipulace s břemenem
Podpora personálu
<b>3. Doména – Bezpečné prostředí a komfort</b>
Ochrana majetku
Absence z důvodů onemocnění
Akutní zhoršení stavu pacienta
Transport pacienta
Propuštění pacienta
Uklouznutí, zakopnutí, pády
Poranění injekční jehlou nebo ostrými předměty – incidenty, skoro incidenty
Údržba medicínských přístrojů a vybavení
Obtěžování/šikana personálu
Násilí a agresivita
<b>4. Doména – Klinická péče</b>
Identifikace pacientů
Informace pro pacienty – informační leták

Rizika informovaného souhlasu a informační leták k informovanému souhlasu
Rizika při operačních zákrocích
Management rizik vedení zdravotní dokumentace
Venózní tromboembolie
Management medikamentózní léčby pacienta
Transfuze
Proces vyšetření
Prevence a kontrola infekce
<b>5. Doména – Učení se ze zkušeností</b>
Hlášení všech incidentů (nežádoucích událostí) a skoro incidentů
Management Nežádoucích událostí
Formální a neformální hlášení obav/postřehů/návrhů
Interní stížnosti
Investigace nežádoucích událostí a stížností
Řešení stížností
Agregace nežádoucích událostí a stížností
Učení se z chyb v praxi
Riziko pochybení
Otevřenost a beztrestnost

Zdroj: upraveno dle (Ministerstvo zdravotnictví, 2015)

#### Příloha 4 Součtová matice rizik

		Závažnost důsledků				
		Zanedbatelná	Malá	Střední	Významná	Katastrofální
Pravděpodobnost výskytu		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Jistá	(5)	6	7	8	9	10
Pravděpodobná	(4)	5	6	7	Inherentní riziko 9	
Možná	(3)	4	5	Reziduální riziko 7	8	
Nepravděpodobná	(2)	3	Cílové riziko	5	6	7
Vzácná	(1)	2	3	4	5	6

Zdroj: upraveno dle (Smejkal a Rais, 2013, s. 126)



## Příloha 5 Minimální požadavky pro zavedení interního hodnocení kvality a bezpečí

<b>1. Poskytovatel lůžkové a jednodenní péče</b>
1.1 Standard: Zavedení resortních bezpečnostních cílů
RBC 1 - Bezpečná identifikace pacientů
RBC 2 - Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikivosti
RBC 3 - Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech
RBC 4 - Prevence pádů
RBC 5 - Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče
RBC 6 - Bezpečná komunikace
RBC 7 - Bezpečné předávání pacientů
RBC 8 - Prevence vzniku proleženin/dekubitů u hospitalizovaných pacientů
1.2 Standard: Řešení neodkladných stavů
1.3 Standard: Dodržování práv pacientů a osob pacientům blízkých
1.4 Standard: Sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí
1.5 Standard: Sledování spokojenosti pacientů
1.6 Standard: Dodržování personální zabezpečení zdravotní péče
1.7 Standard: Dodržování sledování a uveřejňování objednacích dob pacientů na zdravotní výkony
<b>2. Poskytovatel ambulantní péče</b>
2.1 Standard: Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikivosti (RBC2)
2.2 Standard: Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče (RBC5)
2.3 Standard: Řešení neodkladných stavů
2.4 Standard: Zajištění bezpečnosti skladovaných léčivých přípravků
2.5 Standard: Stanovení zásad správné komunikace s pacientem
2.6 Standard: Ordinační doba a zastupitelnost
2.7 Standard: Sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí
<b>3. Poskytovatel zdravotnické záchranné služby</b>
3.1 Standard: Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikivosti (RBC2)
3.2 Standard: Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče (RBC5)
3.3 Standard: Dodržování personálního zabezpečení zdravotní péče
3.4 Standard: Technická kontrola pomůcek k řešení neodkladných stavů

Zdroj: upraveno dle (SAK, 2014)

## Příloha 6 Přehled legislativy a regulatorních norem mající vztah k řízení rizik v HL

<b>Přehled zdravotnické legislativy</b>	
66/2013	Zákon, kterým se mění zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování ve znění pozdějších předpisů
47/2013	Zákon, kterým se mění zák. č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách ve znění zákona č. 167/2012 Sb.
375/2011	Zákon, kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o zdravotních službách, zákona o specifických zdravotních službách a zákona o zdravotnické záchranné službě
374/2011	Zákon o zdravotnické záchranné službě
373/2011	Zákon o specifických zdravotních službách
372/2011	Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
369/2011	Zákon, kterým se mění zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
258/2000	Zákon o ochraně veřejného zdraví
378/2007	Zákon o léčivech
95/2004	Zákon o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta
96/2004	Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních
268/2014	Zákon o zdravotnických prostředcích a o změně zák. č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů
190/2013	Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 54/2008 Sb., o způsobu předepisování léčivých přípravků, údajích uváděných na lékařském předpisu a o pravidlech používání lékařských předpisů
92/2012	Vyhláška o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče
98/2012	Vyhláška o zdravotnické dokumentaci
99/2012	Vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb
348/2016	Vyhláška, kterou se mění vyhláška MZ č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (úhradová vyhláška)
306/2012	Vyhláška o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů soc. péče
271/2012	Vyhláška o stanovení seznamu nemocí, stavů nebo vad, které vylučují nebo omezují zdravotní způsobilost k výkonu povolání lékaře, zubního lékaře, farmaceuta, nelékařského zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka
62/2015	Vyhláška o provedení některých ustanovení zákona o zdravotnických prostředcích
102/2012	Vyhláška o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče
101/2012	Vyhláška o podrobnostech obsahu traumatologického plánu poskytovatele jednodenní nebo lůžkové zdravotní péče a postupu při jeho zpracování a projednání

100/2012	Vyhláška o předepisování zdravotnických prostředků a o podmínkách zacházení s nimi
54/2015	Nařízení vlády o technických požadavcích na zdravotnické prostředky
297/2012	Vyhláška o Listu o prohlídce zemřelého
296/2012	Vyhláška o požadavcích na vybavení poskytovatele zdravotnické dopravní služby, poskytovatele zdravotnické záchranné služby a poskytovatele přepravy pacientů neodkladné péče dopravními prostředky a o požadavcích na tyto dopravní prostředky
<b>Legislativa k finanční kontrole</b>	
320/2001	Zákon o finanční kontrole
<b>Legislativa ke stravovací provozu</b>	
137/2004	Vyhláška o hygienických požadavcích na stravovací služby a o zásadách osobní a provozní hygieny při činnostech epidemiologicky závažných (kritické body HACCP)
<b>Legislativa k bezpečnost práce, požární ochraně</b>	
262/2006	Zákoník práce
11/2002	Nařízení vlády, kterým se stanoví vzhled a umístění bezpečnostních značek a zavedení signálů
21/2003	Nařízení vlády, kterým se stanoví technické požadavky na osobní ochranné prostředky
272/2011	Nařízení vlády o ochraně zdraví před nepříznivými účinky hluku a vibrací
361/2007	Nařízení vlády, kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci
495/2001	Nařízení vlády, kterým se stanoví rozsah a bližší podmínky poskytování osobních ochranných pracovních prostředků, mycích, čisticích a dezinfekčních prostředků
591/2006	Nařízení vlády o bližších minimálních požadavcích na bezpečnost a ochranu zdraví při práci na staveništích
23/2008	Vyhláška o technických podmínkách požární ochrany staveb
246/2001	Vyhláška Ministerstva vnitra o stanovení podmínek požární bezpečnosti a výkonu státního požárního dozoru (vyhláška o požární prevenci)
133/1985	Zákon České národní rady o požární ochraně
22/1997	Zákon o technických požadavcích na výrobky a o změně a doplnění některých zákonů
309/2006	Zákon, kterým se upravují další požadavky bezpečnosti a ochrany zdraví při práci v pracovněprávních vztazích a o zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví při činnosti nebo poskytování služeb mimo pracovněprávní vztahy (zákon o zajištění dalších podmínek bezpečnosti a ochrany zdraví při práci)
89/656/EHS	Směrnice Rady o sblížení právních předpisů členských států týkajících se osobních ochranných prostředků
2016/425	Nařízení EP a Rady (EU) o osobních ochranných prostředcích a o zrušení směrnice Rady 89/686/EHS
<b>Legislativa k informační bezpečnosti</b>	
2016/679	Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů (GDPR)

101/2000	Zákon o ochraně osobních údajů
181/2014	Zákon o kybernetické bezpečnosti
<b>Normy vztahující se k řízení jakosti v oddělení Ortopedické protetiky</b>	
ISO 9001:2015 Požadavky managementu jakosti	
ČSN EN ISO 14971 Zdravotnické prostředky	

Zdroj: vlastní zpracování dle (Šupšáková, 2017)

**Příloha 7** Akreditační standardy pro následnou péči a jejich vztah k řízení rizik

<b>Resortní bezpečnostní cíle Standardy</b>	<b>Možné riziko</b>
<b>Resortní bezpečnostní cíle</b>	
Bezpečná identifikace pacienta	Riziko nesprávné léčby z důvodu záměny pacienta
Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti	Riziko poškození zdraví v důsledku podání nesprávného léku, množství či způsobu aplikace
Prevence záměny pacienta, výkonu, strany při chirurgických výkonech	Riziko nevratného zásahu až poškození zdraví Riziko soudního sporu a vysokého odškodnění
Prevence pádů	Riziko poškození zdraví v důsledku pádu, soudního sporu, finančního odškodnění
Zavedení optimálních postupů hygieny rukou	Riziko přenosu infekce, možnosti poškození zdraví, prodloužení léčby
Bezpečná komunikace	Riziko nesprávného zápisu výsledku vyšetření, nesprávné léčby
Bezpečné předávání pacienta	Riziko nepředání či předání pouze částečné informace o pacientovi s následkem zanedbání péče, poškození zdraví
Prevence vzniku dekubitů u hospitalizovaných pacientů	Riziko poškození zdraví pacienta, komplikace léčby
<b>Standardy</b>	
Práva pacientů a jejich edukace	Riziko nepodání informace pacientovi pro něho srozumitelným způsobem Riziko poskytnutí péče bez informovaného souhlasu (bez informace o rizicích a alternativách léčby)
Dostupnost a kontinuita péče	Riziko ztráty podstatné informace při změně ošetrovatelského týmu, místa (překlady, směna, odborná pracoviště, mezioborové týmy)
Diagnostická péče	Riziko přehlédnutí významného nálezu Riziko prodloužení v léčbě (překladu na lůžko akutní péče)
Terapeutická péče	Riziko poškození pacienta v důsledku nedostatečně prováděných záznamy do ošetrovatelské dokumentace Riziko záměny ordinované medikace
Objednávání, předepisování a podávání léků a léčiv	Riziko záměny podobně vyhlížejících léčiv Riziko záměny dávky (množství) léčiva Riziko ztráty, zcizení léků Riziko nedodržování požadavků na uložení a skladování léčiv
Hygiena prostředí a protiepidemická opatření	Riziko nozokomiální infekce Riziko zhoršení stavu pacienta v důsledku nozokomiální infekce Riziko stížnosti z důvodu nozokomiální infekce Riziko nedodržování správné hygieny rukou

	<p>Riziko nedodržování postupu nakládání s odpady</p> <p>Riziko nedodržování správné manipulace s použitým prádlem</p> <p>Riziko křížení manipulace s čistým a použitým prádlem</p> <p>Riziko poranění o použitou jehlu</p> <p>Riziko chybné manipulace s biologickým materiálem</p> <p>Riziko absence nebo nedostatečně prováděná ochranná dezinfekce, deratizace</p> <p>Riziko nedodržování dezinfekčního a provozního řádu oddělení</p> <p>Riziko nedodržování zásad manipulace se stravou</p>
Řízení a správa	<p>Riziko nedostatečně definovaného rozsahu kompetencí na jednotlivých úrovních řízení</p> <p>Riziko nejasně definovaných vztahů nadřízenosti, podřízenosti</p> <p>Riziko nedostatečně nastavené komunikace vertikální, horizontální</p> <p>Riziko nedostatečného, nevhodného předávání informací</p> <p>Riziko pomnutí legislativních změn, nezpracování platné legislativy do vnitřních předpisů</p>
Řízení kvality a bezpečí	<p>Riziko poskytnutí chybné péče, ošetření</p> <p>Riziko absence klinických postupů, standardů, protokolů poskytování péče, ošetření</p> <p>Riziko nezohlednění výstupů z ankety spokojenosti pacientů, zaměstnanců</p> <p>Riziko nedodržování vnitřního předpisu o hlášení nežádoucích událostí, absence zápisů o NU</p> <p>Riziko nezohledňování závěry z interních auditů kvality při identifikaci a řízení rizik</p> <p>Riziko nevhodně, formálně stanoveného indikátoru kvality (nevyjadřuje zvýšené riziko sledovaného jevu)</p>
Bezpečí prostředí	<p>Riziko neseznámení externích dodavatelů s riziky požáru a zakouření na pracovišti a zavedenými preventivními opatřeními</p> <p>Riziko nedostatečně prováděných bezpečnostních prověrek a kontrol BOZP</p> <p>Riziko chybného nakládání s chemickými látkami a odpady</p> <p>Riziko výpadku dodávek vody, plynu, elektrické energie.</p> <p>Riziko absence evidence zapůjčených či darovaných zdravotnických přístrojů a měřidel</p> <p>Riziko absence revize, kalibrace, bezpečnostně technické kontroly zdravotnických přístrojů a měřidel</p> <p>Riziko absence proškolení zaměstnanců s požitím a obsluhou zdravotnického prostředku</p>
Informace a komunikace	<p>Riziko nahlížení do dokumentace pacienta neoprávněnou osobou</p> <p>Riziko nedodržování frekvencí, rozsahu, úplnosti zápisů, do dokumentace pacienta uvedených ve vnitřních předpisech</p>

	<p>Riziko absence pravidelných auditů dokumentace (hospitalizovaný, ambulantní pacient)</p> <p>Riziko neoprávněného přístupu k datům, informacím</p> <p>Riziko nedostatečného fyzického zabezpečení informací (tiskové výstupy, otevřené pracovny)</p> <p>Riziko nedostatečné logické bezpečnosti přístupu k informacím (HW, SW opatření, identifikace uživatele, pravomoce)</p> <p>Riziko nedostatečného personálního opatření bezpečnosti informací (přístupová práva, detekce neoprávněných přístupů)</p> <p>Riziko nedostatečného procesního opatření (zálohování dat, krizový plán)</p>
Řízení lidských zdrojů	<p>Riziko nedostatečného počtu a struktury zaměstnanců s příslušnou kvalifikací</p> <p>Riziko generační výměny managementu</p> <p>Riziko nedostatečně, neúplně vymezené náplně práce</p> <p>Riziko absence průběžně prováděných změn v kompetencích zdravotnických zaměstnanců</p> <p>Riziko absence či nedostatečnost identifikovaných bezpečnostních rizik, vč. rizik biologických</p>

Zdroj: vlastní zpracování dle (Šupšáková, 2017)

**Příloha 8** Přehled skupin rizik BOZP dle oblastí vykonávané práce

	Celkem rizik	Významnost rizika		
		Nahodilá	Nepravdě- podobná	Pravdě- podobná
Administrativní a kontrolní činnost	78	7	42	29
Ubytovací služby	82	21	27	34
Činnost deratizátora	9	1	3	5
Centrální nákup	130	10	68	52
Dopravní služby	125	4	76	45
Elektroúdržba	145	15	72	58
Stravovací provoz	104	18	54	32
Montážní plošina	13		4	9
Prádelna	79	11	31	37
Ortopedická protetika	189	17	112	60
Tepelně energetické centrum	101	7	51	43
Údržba strojní	268	36	150	82
Údržba parková	193	15	94	84
Činnosti zdravotnických pracovníků	289	60	95	134
<b>Celkem</b>	<b>1805</b>	<b>222</b>	<b>879</b>	<b>704</b>

Zdroj: vlastní zpracování



## **Příloha 9** Přehled vyráběných zakázkových prostředků v oddělení OPT

- Ortézy trupové z pevných plastů
- Přimidla trupová
- Bederní pasy
- Schanzovy límce
- Dlahy na horní a dolní končetiny
- Bandáže končetinové
- Protézy horních a dolních končetin
- Aparátky na dolní končetiny
- Ortopedické vložky
- Ortézy stabilizační pro sed
- Vertikalizační stojany

**Příloha 10** Tabulka pro určení hodnoty rizika v OPT

<b>Pravděpodobnost výskytu</b>	
<b>Stupeň</b>	<b>Slovní vyjádření</b>
<b>1</b>	<b>Teoreticky</b> <i>Nejsou známé případy výskytu rizika, ale jsou teoreticky možné</i>
<b>2</b>	<b>Zřídka</b> <i>Nejsou známé případy výskytu rizika</i>
<b>3</b>	<b>Průměrně</b> <i>Výskyt rizika při normálním použití</i>
<b>4</b>	<b>Často</b> <i>Častý výskyt rizika při normálním použití</i>
<b>Stupeň závažnosti poškození zdraví</b>	
<b>Stupeň</b>	<b>Slovní vyjádření</b>
<b>1</b>	<b>Zanedbatelné</b> <i>Velmi malé změny, které ještě nepředstavují poškození/poranění</i>
<b>2</b>	<b>Mírné</b> <i>Dočasné mírné poškození/poranění, které nevyžaduje lékařské ošetření</i>
<b>3</b>	<b>Závažné</b> <i>Dočasné poškození/poranění, které vyžaduje lékařské ošetření</i>
<b>4</b>	<b>Trvalé následky</b> <i>Trvale těžké poškození/poranění, které nelze následně plně kompenzovat</i>

Zdroj: vlastní zpracování dle (Hamzova léčebna, 2016)

**Příloha 11** Tabulka pro určení hodnoty rizik vytvořená interním auditorem

Pravděpodobnost výskytu		
Stupeň	Přímé vyjádření	Slovní vyjádření
1	1 - 9 %	Je <b>velmi nepravděpodobné, téměř nemožné, že</b> takováto situace nastane. <i>(V minulosti k identické situaci nikdy nedošlo.)*</i>
2	10 - 24 %	Je <b>málo pravděpodobné, výjimečně možné, že</b> situace nastane. <i>(V minulosti k identickým situacím docházelo velmi zřídka.)*</i>
3	25 - 39 %	Je pravděpodobné, běžně <b>možné</b> , že v budoucnu k této situaci dojde. <i>(V minulosti k identickým situacím již došlo.)*</i>
4	40 - 65 %	Je <b>velmi pravděpodobné</b> , že v budoucnu taková situace nastane. <i>(K identickým situacím v minulosti často docházelo.)*</i>
5	66 a více %	Je <b>téměř jisté</b> , že k této události v blízké budoucnosti dojde. <i>(K identickým situacím docházelo v minulosti velmi často, takřka pravidelně.)*</i>

Pozn.: \* Jedná se o pomocnou úvahu

Možnost (závažnost) dopadu		
Stupeň	Přímé vyjádření*	Slovní vyjádření
1	1 - 20 000 Kč	<b>Zanedbatelný dopad.</b> Nemá vliv na chod organizace. Riziko je dobře ovlivnitelné běžnými řídicími a kontrolními mechanismy.
2	20 001 - 200 000 Kč	<b>Malý, zvládnutý dopad.</b> Nemá významný vliv na chod organizace. Riziko je ovlivnitelné jednorázovým zásahem řadového managementu.
3	200 001 - 1 mil. Kč	<b>Středně významný dopad</b> pro organizaci. Může znamenat omezený zásah do chodu organizace. Vyžaduje si systémovější zásah.
4	1 mil. - 3 mil. Kč	<b>Významný dopad</b> pro organizaci. Je zásahem do chodu organizace. Vyžaduje si zásah ze strany vrcholového managementu.
5	více než 3 mil. Kč	Riziko má <b>zásadní (až fatální) dopad</b> na organizaci. Je významným zásahem do chodu organizace, může výrazně ovlivnit její chod, případně existenci. Vyžaduje si včasný zásah vrcholového managementu.

Zdroj: vlastní zpracování dle (Hamzova léčebna, 2016)

## Příloha 12 Rozložení významnosti rizik zakázkové výroby zdravotnických prostředků

Pravděpodobnost výskytu	Stupeň závažnosti poškození zdraví			
	Zanedbatelné	Mírné	Závažné	Trvalé následky
Často				
Průměrně	2	2		
Zřídka	14	47	23	
Teoreticky		8	5	

Zdroj: vlastní zpracování dle (Hamzova léčebna, 2016c)

**Příloha 13** Rizika zakázkových zdrav. prostředků s nejvyšším stupněm významnosti

<b>Ortézy horních a dolních končetin</b>	<b>P</b>	<b>D</b>	<b>P x D</b>
Podráždění pokožky z důvodu alergie na nevhodný materiál	4	2	8
Infekce z důvodu nedostatečné péče o končetinu	4	2	8
Poškození pokožky při chůzi (těsná ortéza při zatížení končetiny)	4	2	8
Poškození kůže v místech okrajů ortézy	4	2	8
Poškození objímky ortézy (prasknutí)	4	2	8
Poškození kůže při chůzi (nedostatečný odstup kůže od kloubů při zatížení)	4	2	8
Nemožnost zajištění západky v zámku kolenního kloubu (není souosé postavení kloubů)	4	2	8
Nemožnost odjištění západky kolenního kloubu (nejsou souosé kolenní klouby)	4	2	8
Nemožnost odjištění západky kolenního kloubu (nevhodné umístění pouzder táhla západky)	4	2	8
Poškození pokožky třením končetin v objímkách	4	2	8
Tuhá flexe – extenze v kolenním kloubu	4	2	8
<b>Trupové ortézy</b>			
Velká mezera vpředu v zapínání ortézy (těsnost ortézy)	4	2	8
Částečné omezení dýchání, nedostatečný nádech v ortéze	4	2	8
Narušená pevnost ortézy	4	2	8
Alergická reakce z důvodu zvýšené citlivosti kůže pacienta	4	2	8
Alergická reakce – nevhodná volba materiálu	4	2	8
Zápach ortézy	2	4	8
Otlak v oblasti kyčelních lopat	2	4	8
Otlak v oblasti v oblasti axil	2	4	8
Otlak tlakem pelot	4	2	8
<b>Protézy dolních a horních končetin</b>			
Obtížné vysouvání pahýlu z lůžka protézy	4	2	8
Seškracení části pahýlu, zarudnutí pokožky, puchýř	4	2	8
Vytržení ventilu z měkkého lůžka při vytažení navlékací pomůcky	4	2	8
Poškození kůže, podráždění, zvýšená citlivost z důvodu nedostatečné péče o pahýl	4	2	8
Poškození kůže, podráždění, zvýšená citlivost z důvodu nesprávné volby materiálu	4	2	8
Alergická reakce z důvodu nevhodné volby materiálu	4	2	8
<b>Ortéza stabilizační pro sed</b>			
Poškození pokožky v důsledku vzniku dekubitu (přecitlivělost pacienta)	4	2	8

Zdroj: vlastní zpracování

**Příloha 14** Rizika ošetrovatelské péče v členění dle oblastí RBC

RBC	Oblast rizika	Název rizika	G	D	SRJ	B	I	K	V	C	E	M	NOš
RBC 1	Bezpečná identifikace pacienta	Riziko nesprávné léčby, podání nesprávného léku, jeho množství z důvodu záměny pacienta				6	6			3	2		9
		Riziko záměny pacienta						1	1				
RBC 2	Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovitosti	Riziko poškození zdraví v důsledku podání nesprávného léku, množství či způsobu aplikace	10	10	10								9
RBC 4	Prevence pádů	Riziko poškození zdraví v důsledku pádu	9	9	9	12	12	9	9	3	4	4	25
RBC 5	Zavedení optimálních postupů hygieny rukou	Riziko přenosu infekce, možnosti poškození zdraví pacienta nebo zaměstnance				6	6	6	6	4	1	1	
RBC 6	Bezpečná komunikace	Riziko nesprávného zápisu výsledku vyšetření, nesprávné léčby v důsledku chybné komunikace				3	3	2	2				12
RBC 7	Bezpečné předávání pacienta	Riziko nepředání či předání pouze částečné informace o pacientovi při zhoršení zdravotního stavu				4	4	1	1				9
RBC 8	Prevence vzniku dekubitů u hospitalizovaných pacientů	Riziko vzniku dekubitů u hospitalizovaného pacienta	6	6	16	6	6			6			6

Zdroj: vlastní zpracování

**Příloha 15** Rizika ošetrovatelské péče v členění dle oblastí standardů SAK

Oblast rizika	Název rizika	G	D	SRJ	B	I	K	V	C	E	M	NOŠ
Práva pacientů a jejich edukace	Riziko luxace hlavice u pacientů po TEP kyčelního kloubu	12	12	12								
	Riziko nedostatečného zachování intimity pacienta na pokoji při vyšetření a sdělování informací o jeho zdravotním stavu	3	3	3	6	6						
	Riziko nepodání informace pacientovi pro něho srozumitelným způsobem				6	6						
	Riziko stížnosti z důvodu neinformovanosti rodiny i pacienta o režimu v prvních 4 dnech hospitalizace (adaptační proces pacienta)				1	1						
	Riziko nedostatečné informovanosti pacienta při překladi z nemocnice						3					
Objednávání, předepisování a podávání léků a léčiv	Riziko záměny ordinované medikace z důvodu podobně vyhlížejícího léčiva	6	6	6	6	6				1		12
	Riziko záměny ordinované medikace						9	9		1		
	Riziko nesprávné manipulace s omamnou a psychotropní látkou				6	6						
	Riziko nedodržování požadavků na uložení a skladování léčiv				1	1	3	3				
Hygiena prostředí a protiepidemická opatření	Riziko zhoršení stavu pacienta v důsledku nozokomiální infekce	12	12	12	6	6	2	2	9			
	Riziko poranění o použitou jehlu	12	12	12	6	6	6	6		6	6	

	Riziko nedodržování správné hygieny rukou				4	4				4	4	
	Riziko nedodržování nastavených postupů manipulace s použitým prádlem				4	4				4	4	
Informace a komunikace	Riziko nedodržování frekvencí, rozsahu, úplnosti zápisů do dokumentace pacienta uvedených ve vnitřních předpisech	4	4	4	4	4	2	2		4	4	
	Riziko agresivního nebo neadekvátního chování pacienta									4		
	Riziko snížené adaptace pacienta na nové prostředí								9	2		
	Riziko nedodržování domácího řádu pacienty									6		
	Riziko stížnosti ze strany průvodce pojištěnce (strava, rehabilitační procedury, ubytování...)										4	
	Riziko poškození pacienta v důsledku nedostatečně prováděných záznamů do ošetřovatelské dokumentace				4	4						
Terapeutická péče	Riziko snížené výživy (malnutrice)								9			

Zdroj: vlastní zpracování



**Příloha 16** Rizika rehabilitační péče v členění dle oblastí RBC

RBC	Oblast rizika	Název rizika	G	D	SRJ	B	I	K	V	C	E	M	
RBC 4	Prevence pádů	Riziko uklouznutí pacienta na vodoléčbě	3	3				1	1		9	9	
		Riziko poškození zdraví v důsledku pádu při přesunech pacienta				9	9						
		Riziko poškození zdraví během nácvičku chůze v důsledku pádu								2			
RBC 6	Bezpečná komunikace	Riziko změny rozpisu procedur z důvodu přání matky (při neakceptaci hrozí možné riziko vzniku stížnosti)									5	5	
		Neplatný, nedostatečně vyplněný poukaz FT na ambulantní RHB						3	3				
		Riziko požadavku na změnu metody (procedury) ze strany pacienta							6	6			
		Riziko nesplnitelného přání a očekávání člena rodiny									9		
		Riziko nepochopení sdělované informace o průběhu rehabilitace									6		

Zdroj: vlastní zpracování

**Příloha 17** Rizika rehabilitační péče v členění dle oblastí standardů SAK

Oblast rizika	Název rizika	G	D	SRJ	B	I	K	V	C	E	M
Hygiena prostředí a protiepidemická opatření	Riziko snížení kvality bazénové vody na velkém bazénu při nepodání pravdivé informace o inkontinenci pacienta										6
Informace a komunikace	Riziko nepochopení sdělované informace z důvodu afázie pacienta nebo poruchy porozumění				4	4					
	Riziko neoprávněného přístupu k datům, informacím				4	4					
Terapeutická péče	Riziko netolerance cvičební metody při individuální LTV									4	4
	Riziko snížené tolerance chlórované vody	2	2	2						2	2
	Riziko netolerance procedury ze strany pacienta (přístrojová lymfodrenáž)	2	2	2							
	Riziko poškození pacienta z důvodu poruchy trofiky kůže (např. necitlivost, papírová kůže)				4	4					
	Riziko netolerance procedury ze strany pacienta (přetížení pacienta)								4		

Zdroj: vlastní zpracování

**Příloha 18** Přehled identifikovaných rizik spalovny odpadů

Název rizika	Ohodnocení rizika		
	P	D	P x D
Riziko postihu za nedodržení nebo překročení emisních limitů	3	2	6
Riziko nesprávného/nedostatečného značení odpadů	2	2	4
Riziko nedodržení povinností při nakládání s odpady	1	1	1
Riziko chybné evidence odpadů v důsledku nesprávného zařazení do kategorie odpadů	2	1	2
Riziko nedodržení likvidace odpadů v určených termínech (nemocniční odpady – likvidace do 3 dnů od převzetí)	2	2	4

Zdroj: vlastní zpracování

**Příloha 19** Tabulka pro určení hodnoty rizika v OPT

<b>Pravděpodobnost výskytu</b>	
<b>Stupeň</b>	<b>Nepřímé vyjádření</b>
<b>1</b>	<b>Téměř jisté</b> <i>Téměř jistý výskyt rizika</i>
<b>2</b>	<b>Velmi pravděpodobné</b> <i>Častý výskyt rizika při normálním použití</i>
<b>3</b>	<b>Průměrně</b> <i>Výskyt rizika při normálním použití</i>
<b>4</b>	<b>Zřídka</b> <i>Jsou známy případy výskytu rizika</i>
<b>5</b>	<b>Teoreticky</b> <i>Nejsou známy případy výskytu rizika, ale jsou teoreticky možné</i>
<b>Stupeň závažnosti poškození zdraví</b>	
<b>Stupeň</b>	<b>Nepřímé vyjádření</b>
<b>1</b>	<b>Žádné</b>
<b>2</b>	<b>Zanedbatelné</b> <i>Velmi malé změny, které ještě nepředstavují poškození/poranění</i>
<b>3</b>	<b>Mírné</b> <i>Dočasné mírné poškození/poranění, které nevyžaduje lékařské ošetření</i>
<b>4</b>	<b>Závažné</b> <i>Dočasné poškození/poranění, které vyžaduje lékařské ošetření</i>
<b>5</b>	<b>Trvalé následky</b> <i>Trvale těžké poškození/poranění, které nelze následně plně kompenzovat</i>

Zdroj: vlastní zpracování dle (Hamzova léčebna, 2016a)

**Příloha 20** Kompatibilita ČSN ISO 31000:2010 se standardy SAK pro následnou péči

Akreditační standardy pro následnou péči (r. 2015)	ČSN ISO 31000:2010
<p><b>I. Resortní bezpečnostní cíle</b> Účel</p> <p>RBC 1 – 5, 7 RBC 6</p>	<p>4. Rámec 5.3.2 Stanovení vnějšího kontextu 5.3.3 Stanovení vnitřního kontextu 4.4.1 Implementace rámce pro management 4.2 Mandát a závazek 4.2 Mandát a závazek 4.3.3 Odpovědnost 5.2 Komunikace a konzultace</p>
<p><b>II. Práva pacientů a jejich edukace</b> Standard 2.1, 2.3 – 2.5, 2.8 Standard 2.1, 2.6, 2.7, 2.9, 2.10, 2.11</p>	<p>4.2 Mandát a závazek 5.2 Komunikace a konzultace, 4.2 Mandát a závazek</p>
<p><b>III. Dostupnost a kontinuita péče</b> Standard 3.1 Standard 3.2, 3.6</p> <p>Standard 3.3 Standard 3.4 – 3.5</p> <p>Standard 3.7</p>	<p>4.3.3 Odpovědnost 4.3.3 Odpovědnost 4.3.6 Nastavení mechanismů pro vnitřní komunikaci a hlášení 5.5 Ošetření rizik 4.3.7 Nastavení mechanismů pro vnější komunikaci a hlášení 4.3.3 Odpovědnost 4.3.7 Nastavení mechanismů pro vnější komunikaci a hlášení</p>
<p><b>IV. Diagnostická péče</b> Standard 4.1</p> <p>Standard 4.2 Standard 4.3, 4.4 Standard 4.5</p> <p>Standard 4.6</p> <p>Standard 4.7</p> <p>Standard 4.8</p> <p>Standard 4.9</p>	<p>4.3.3 Odpovědnost 4.2 Mandát a závazek 4.3.3 Odpovědnost 5.5 Ošetření rizik 4.3.7 Nastavení mechanismů pro vnější komunikaci a hlášení 5.7 Zaznamenání procesů managementu rizik 4.3.5 Zdroje 4.4.1 Implementace rámce pro management 4.3.5 Zdroje 4.3.5 Zdroje 4.3.6 Nastavení mechanismů pro vnitřní komunikaci a hlášení 5.5 Ošetření rizik 4.2 Mandát a závazek 4.3.5 Zdroje 5.2 Komunikace a konzultace</p>
<p><b>V. Terapeutická péče</b> Standard 5.1 – 5.4 Standard 5.5</p> <p>Standard 5.6</p>	<p>4.3.5 Zdroje 4.3.5 Zdroje 4.3.3 Odpovědnost 4.3.3 Odpovědnost 4.3.7 Nastavení mechanismů pro vnější komunikaci a hlášení</p>

Standard 5.7	5.4 Posuzování rizik
Standard 5.8	5.5 Ošetření rizik
	5.4 Posuzování rizik
	5.5 Ošetření rizik
	4.3.7 Nastavení mechanismů pro vnější komunikaci a hlášení
Standard 5.9	4.3.5 Zdroje
	4.3.7 Nastavení mechanismů pro vnější komunikaci a hlášení
<b>VI. Objednávání, předepisování a podávání léků a léčiv</b>	
Standard 6.1	4.3.5 Zdroje
Standard 6.2 – 6.5	4.3.3 Odpovědnost
	4.3.5 Zdroje
<b>VII. Hygiena prostředí a protiepidemická opatření</b>	
Standard 7.1 – 7.2	5.4 Posuzování rizik
	5.5 Ošetření rizik
Standard 7.4	4.3.5 Zdroje
<b>VIII. Řízení a správa</b>	
Standard 8.1	3. Zásady
<b>IX. Řízení kvality a bezpečí</b>	
Standard 9.1	4. Rámec
	4.3.5 Zdroje
Standard 9.2	5.4 Posuzování rizik
	5.3.4 Stanovení kontextu v rámci procesu managementu rizik
Standard 9.3	5.5 Ošetření rizik
Standard 9.4 – 9.6	5.6 Monitorování a přezkoumávání
<b>X. Bezpečí prostředí</b>	
Standard 10.1 – 10.6	4.2 Mandát a závazek
	4.3.5 Zdroje
	5.4 Posuzování rizik
<b>XI. Informace a komunikace</b>	
Standard 11.1 – 11.4	4.2 Mandát a závazek
	4.3.3 Odpovědnost
Standard 11.5	5.6 Monitorování a přezkoumávání
Standard 11.6	4.3.3 Odpovědnost
Standard 11.7	5.4 Posuzování rizik
<b>XII. Řízení lidských zdrojů</b>	
Standard 12.1 – 12.5	4.3.3 Odpovědnost
	4.3.5 Zdroje
Standard 12.6	5.4 Posuzování rizik

Zdroj: vlastní zpracování dle (Keclíková, 2012)

## Příloha 21 Matice rizik

		Možnost dopadu				
		1	2	3	4	5
Pravd. výskytu	5	Yellow	Yellow	Red	Red	Red
	4	Light Blue	Yellow	Yellow	Red	Red
	3	Light Blue	Yellow	Yellow	Yellow	Red
	2	Light Blue	Light Blue	Yellow	Yellow	Yellow
	1	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Yellow

Zdroj: vlastní zpracování, upraveno dle Smejkal a Raise (2013)

## **Příloha 22** Vyjádření risk managera k navrhovaným doporučením

Pro sladění přístupu k ohodnocení rizik napříč HL a nastavení účinnějšího systémového řízení rizik bylo navrženo:

- Provést aktualizaci vnitřního předpisu M 08 002 Řízení rizik v HL, ve kterém by byl uveden jednotný přístup k ohodnocení rizik, tj. v pěti škálových stupních (1 až 5) u pravděpodobnosti výskytu a možnosti/závažnosti dopadu (vyjma rizik vedených technikem BOZP).
- Významnost rizika určit součinem těchto parametrů a dále sledovat pouze rizika střední významnosti a vysoké významnosti.
- Pro ohodnocení rizika vedle číselné hodnoty (1 až 5) používat i textové vyjádření (pomocnou terminologii), která umožní co nejlepší vystižení hodnoty rizika. Příloha 19 pro rizika OPT a Příloha 11 pro ostatní rizika (mimo rizik BOZP).
- Pro přehlednou prezentaci významnosti evidovaných rizik zpracovávat navrženou matici rizik uvedenou v Příloze 21 a členit výsledné hodnoty významnosti rizik do skupin významnosti (např.: nízká - modrá barva, střední - žlutá barva, vysoká - růžová barva).

### **Vyjádření risk managera:**

*„Vyjádření míry rizika je základní postup umožňující další management rizik nejen s cílem využití znalostí rizik pro snížení ohrožení pro podnik z nich vyplývající, ale pro organizaci práce obecně. Využití barevného škálování přináší rychlou orientaci pro všechny pracovníky podniku. Pokud jsou ovšem v různých oblastech řízení práce podniku používány různé škály hodnocení, ztrácí se kvalita náhledu a vyhodnocování rizik díky „zmatení jazyků“. Škála míry váhy rizika proto musí být jednotná a barevné škálování přináší potom možnou očekávanou kvalitu přístupu pracovníků“.*

- Rozšířit rizika ošetřovatelské a rehabilitační péče o rizika identifikovaná i na nižší řídicí úrovni, tj. na úrovni jednotlivých oddělení, kde dochází k identifikaci rizik přímo souvisejících s poskytovanou péčí.

### **Vyjádření risk managera:**

*„Hodnocení míry rizika může samozřejmě záviset na subjektu hodnotitele. Uvedený příklad jasně dokumentuje, že to není chybou postupu, ale naopak tento výsledek užitého postupu přináší i další informační hodnotu“.*



- Přijmout navržená, nově identifikovaná rizika bezpečnosti informací (v souladu s ČSN/IEC 27001 a ČSN/IEC 27005) v rámci systému řízení bezpečnosti informací (ISMS) a po nastavení opatření k jejich eliminaci provést jejich přehodnocení.

**Vyjádření risk managera:**

*„Důležitý je princip přehodnocení, či spíše vyhodnocení jejich významnosti pro danou organizaci. Obecně stanovený soubor obsažený v uvedených normách je nutno plně aplikovat do funkční reality“.*

- Přenést výkon funkce koordinátora rizik z interního auditora na jiného pracovníka přímo řízeného managerem rizik, tj. ředitelem HL.

**Vyjádření risk managera:**

*„Koordinace rizik v organizaci je činnost plně organizační a s konkrétními úkoly interního auditora nikterak nesouvisí. Dokonce svým způsobem je to v rozporu s obecnými pravidly pro práci interního auditora. Nicméně v malých organizacích je nepochybná nutnost některé funkce a činnosti sdružovat“. Zde jsou potom odborné znalosti interního auditora přínosem.*

- Zakoupit jednoduchý software na evidenci a přehledné vyhodnocování rizik, který sníží administrativní zátěž. Na trhu jsou dostupné i v cenových relacích paušálu 400,- Kč/měsíc.

**Vyjádření risk managera:**

*„Pokud požadujeme efektivnost a kvalitu systému řízení rizik, musíme nastavit i podmínky pro tuto činnost. V dnešní době je ruční zpracování rizik již svým způsobem obsolentní. V rozhodování při nákupu tak nakonec může mít u menších organizací vliv prostá ekonomika“.*

- Zařadit do katalogu rizik i navržená rizika vztahující se k činnosti tepelně energetického centra.

**Vyjádření risk managera:**

*„Není žádný důvod, aby jakékoliv pracoviště organizace bylo ze systému vyřazeno“.*

- Zvážit přípravu a následnou certifikaci pracoviště spalovny dle ČSN EN ISO 14001 (2016) v rámci systému řízení environmentu (EMS), který představuje systematický přístup k ochraně životního prostředí. Důvodem pro tento přístup je nejen zachování čistého přírodního prostředí lokality Luže a dokonce členství

Hamzova parku a arboreta v Unii botanických zahrad, ale je také projevem postoje a vnímání odpovědnosti HL k životnímu prostředí.

**Vyjádření risk managera:**

*„Doporučení je jednoznačně správné. Překážkou mohou být jen finanční prostředky organizace. V této souvislosti je nutno konstatovat, že bohužel stát nepostupuje systémově a např. ani u státních organizací nejsou četné vícenáklady související se zaváděním řady evropských norem pokryty potřebným příjmem na pokrytí vyvolaných výdajů. Příspěvkové a rozpočtové organizace se tak dostávají do rozporů, které samy nezavinily“.*