

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta ekonomická

Studijní obor: Systémy projektového řízení



ANALÝZA PROCESŮ VE VYBRANÉM
ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ

Process analysis at selected medical facility

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Ing. Jarmila Ircingová, Ph.D.

Autorka:

Anna Třebová

Plzeň, 2012

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
Fakulta ekonomická
Akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Anna TŘEBOVÁ**
Osobní číslo: **K09B0515P**
Studijní program: **B6209 Systémové inženýrství a informatika**
Studijní obor: **Systémy projektového řízení**
Název tématu: **Analýza procesů ve vybraném zdravotnickém zařízení**
Zadávací katedra: **Katedra podnikové ekonomiky a managementu**

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

1. Vysvětlete základní principy procesního řízení.
2. Popište implementaci procesního řízení organizace.
3. Charakterizujte stávající situaci ve vybrané organizaci.
4. Navrhněte procesní modely vybraných činností v dané organizaci.
5. Zhodnoťte a navrhněte zlepšení fungování organizace.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy: **40 - 60 stran**

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

- **BECKER, J., KUGELER, M., ROSEMANN, M.** *Process management: a guide for the design of business processes.* Berlin : Springer, 2003. ISBN 3-540-43499-2.
- **GRASSEOVÁ, M., DUBEC R., HORÁK R.** *Procesní řízení ve veřejném sektoru.* Brno : Computer Press, 2008. ISBN 978-80-251-1987-7.
- **ŘEPA, V.** *Podnikové procesy. Procesní řízení a modelování. 2. aktualizované a rozšířené vydání.* Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2252-8.
- **ŠMÍDA, F.** *Zavádění procesního řízení ve firmě.* Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1679-4.

Vedoucí bakalářské práce:

Ing. Jarmila Ircingová

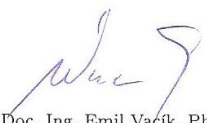
Katedra podnikové ekonomiky a managementu

Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce: **4. května 2012**


Doc. Dr. Ing. Miroslav Plevný
děkan




Doc. Ing. Emil Vacík, Ph.D.
vedoucí katedry

V Plzni dne 30. listopadu 2011

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci „Analýza procesů ve vybraném zdravotnickém zařízení“ vypracovala samostatně pod vedením Ing. Jarmily Ircingové, Ph.D., ve spolupráci s Domažlickou nemocnicí, a.s. a na základě odborných konzultací s Bc. Martinem Hostašem (Krajská zdravotní, a.s.). V seznamu literatury jsem uvedla všechny použité literární a odborné zdroje v souladu s právními předpisy a vnitřními předpisy Západočeské univerzity v Plzni.

V Plzni 2.5.2012

vlastnoruční podpis autorky

Poděkování

Na tomto místě chci poděkovat vedoucí své bakalářské práce Ing. Jarmile Ircingové Ph.D. za důležité připomínky a rady k formální i obsahové stránce práce, dále MUDr. Petru Suastikovi z Domažlické nemocnice, a.s. za poskytnutý čas a důležité materiály, které byly základem pro vypracování praktické části BP a v neposlední řadě děkuji Bc. Martinu Hostašovi za cenné konzultace při vypracovávání procesních modelů.

Úvod	7
OBECNÁ VÝCHODISKA PROCESNÍ ANALÝZY ORGANIZACE.....	8
1. Základní vymezení pojmu „proces“	8
1.1. Klasifikace procesů.....	11
2. Charakteristika funkčního přístupu k řízení	11
2.1. Výhody a nevýhody funkčního řízení	13
2.2. Charakteristika procesního přístupu k řízení.....	15
2.3. Srovnání funkčního a procesního přístupu k řízení – základní rozdíly	17
2.4. Současná situace na poli stylu řízení	18
2.5. Implementace procesního řízení organizace	19
2.5.1. Strategické plánování a příprava projektu.....	21
2.5.2. Popis současného stavu procesů, procesní analýza.....	22
2.5.2.1. Procesní modelování	23
2.5.2.2. Postup procesního modelování	23
2.5.2.3. Nástroje pro mapování procesů	25
2.5.2.4. Standardy pro modelování podnikových procesů.....	25
2.5.3. Procesní analýza.....	27
2.5.4. Návrh cílového stavu.....	28
2.6. Příprava a zavedení organizačních změn	29
PROCESNÍ ŘÍZENÍ APLIKOVANÉ V ORGANIZACI	31
3. Základní informace o zdravotnickém zařízení	31
4. Stávající organizační struktura	35
4.1. Procesní mapy.....	37
4.2. EPC diagramy procesu ambulantní a hospitalizační péče.....	37
4.3. Nedostatky ve stávající organizaci práce	41
4.4. Návrh optimalizačních opatření.....	44
4.4.1. Zhodnocení navrhovaných změn	56
5. Závěr	58
6. Seznam obrázků.....	59
7. Seznam tabulek.....	59
8. Seznam pojmů a zkratk	60
9. Seznam použitých zdrojů	61
9.1. Zdroje literatury	61
9.2. Internetové zdroje	62
10. Seznam příloh	64

Úvod

Dnes každý z nás pociťuje na vlastní kůži, jak se svět mění ze dne na den, minutu po minutě. V době silně pokročilé globalizace, kosmopolitismu a mimořádně proměnlivého prostředí musí být jedinec velmi obezřetný, aby nezůstal pozadu. V korporátní sféře toto platí dvojnásob tím spíše, že imperativem pro podnikatele se stala slova „orientace na zákazníka, dlouhodobá spolupráce, osobní přístup, převis nabídky, znalostní management, best practises, měření kvality a výkonnosti“ a další. Tímto vývojem společnosti vznikla potřeba podniku být flexibilní, tzn. využívat jediný způsob, jak být dnes dlouhodobě konkurenceschopný. V ekonomické sféře je známým faktem, že mnoho japonských a amerických firem vnímá jako jednoznačně nejefektivnější způsob organizace práce právě procesní řízení. O správné volbě strategie prakticky hovoří konkurenceschopnost produkce obou velmocí. Jejich vliv na světovou ekonomiku pociťuje každý z nás.

Tato bakalářská práce se zaměřuje na možnosti uplatnění procesní organizace práce ve specifickém prostředí zdravotnického zařízení a hledá možnosti zefektivnění jeho chodu. Téma je velmi aktuální, jelikož ve velkých zařízeních, jako je nemocnice, často dochází k plýtvání zdroji a neefektivitě práce, a přitom právě tyto instituce mají nekončící problémy s podfinancováním. Je tedy víc než nutné hledat možné úspory všemi možnými prostředky – v této práci konkrétně prostřednictvím postupů Business Process Management (BPM). Jelikož je práce skutečně primárně určena pro potřeby nemocnice, nebudu hned přistupovat ke složitému mapování a hledání problémů ve fungování zařízení. Nejprve jasně vyložím, co procesní řízení znamená, vyjasním základní pojmy a principy a především vysvětlím, proč je právě tento styl považován v dnešní době za tolik perspektivní. Na závěr této úvodní pasáže nastíním postup implementace procesního řízení do organizace. Toto teoretické vymezení základních pojmů, zákonitostí a východisek BPM je dílčím cílem této bakalářské práce.

Hlavním cílem této práce je zmapovat, namodelovat, analyzovat a následně navrhnout optimalizaci vybraných procesů ve zdravotnickém zařízení – Domažlické nemocnici, a.s. (dále pouze Domažlická nemocnice). Tento cíl sleduje především druhá část práce. Ačkoli Domažlická nemocnice je v porovnání s jinými nemocnicemi relativně malá, samotné procesy v ní probíhající jsou od podstaty stejné jako v těch velkých. Jsou jich desítky, proto se zde zaměřím na hlavní zájmovou činnost nemocnice, čímž je průchod pacientů nemocnicí. V souvisejících procesech budu hledat problémová místa, jež mají potenciál ke zlepšení, a v závěru práce doporučím opatření k jejich optimalizaci.

OBEČNÁ VÝCHODISKA PROCESNÍ ANALÝZY ORGANIZACE

Práce je rozdělena na dvě části, které jsou ve své podstatě teoretická a praktická část. Smysl toho je nasnadě. Určitá teoretická východiska jsou nutnou podmínkou pro správné pochopení druhé části práce, tedy konkrétní, reálné procesy v Domažlické nemocnici, jež jsou zde mapovány, analyzovány a hodnoceny. Teoretické pojmy nelze rovnou prokládat praktickou aplikací. Teorie zde je pouze nepostradatelným úvodem do problematiky, kdežto další část řeší procesní problematiku již daleko hlouběji a přímo aplikovanou. Proto nejprve na základě různých literárních zdrojů uvedu podstatné pojmy, dělení procesů dle typu, a co je podstatné, výhody a nevýhody funkčního versus procesního řízení. Jak již bylo řečeno v úvodu, závěr teoretické části patří návodu k implementaci procesního řízení do organizace.

1. Základní vymezení pojmu „proces“

Podle ČSN ISO 9001:2001 je proces definován takto:

„Proces je soubor vzájemně související nebo vzájemně působících činností, které přeměňují vstupy na výstupy.“

Existuje mnoho definic a výkladů pojmu „proces“. V následující pasáži cituji převážně ty, které vystihují proces v pojetí poskytování služeb zdravotnickou institucí.

„Proces je soubor vzájemně souvisejících nebo vzájemně působících činností, které dávají přidanou hodnotu vstupům – při využití zdrojů – a přeměňují je na výstupy, které mají svého zákazníka. Přičemž vstup (vstupy) představuje vždy definovanou vstupní veličinu (zadání) a výstup pracovní výsledek činnosti. Vstup, respektive výstup, je ve formě výrobku či služby. Všechny ostatní vstupující veličiny (pracovníci, materiál, technika, pomůcky atd.) jsou zdroje. Zákazník je subjekt, kterému je výstup procesu určen, respektive předán. Subjektem v tomto pojetí může být osoba, organizace nebo proces, který následuje po procesu, jehož výstup využíváme.“ (Grasseová a kol., 2008)

„Proces je tok práce, postupující od jednoho člověka ke druhému, a v případě větších procesů pravděpodobně z jednoho útvaru do druhého.“ (Basl, Tůma, Glasl, 2002)

„Proces je organizovaná skupina vzájemně souvisejících činností a/nebo subprocesů, které procházejí jedním nebo více organizačními strukturami či jednou (podnikový proces) nebo více spolupracujícími organizacemi (mezipodnikový proces), které spotřebovávají materiální, lidské, finanční a informační vstupy a jejichž výstupem je produkt, který má hodnotu pro externího nebo interního zákazníka.“ (Šmída, 2007)

„Procesní řízení (management) představuje systémy, postupy, metody a nástroje trvalého zajištění maximální výkonnosti a nestálého zlepšování podnikových i mezipodnikových procesů, které vycházejí z jasně definované strategie organizace a jejichž cílem je naplnit stanovené strategické cíle.“ (Šmída, 2007)

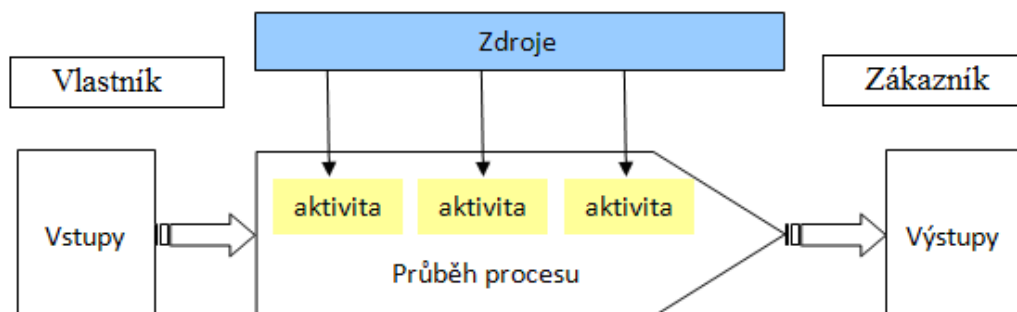
Definice pojmu proces má mnoho podob v různých zdrojích, v zásadě se však literatura shoduje na těchto charakteristikách procesu:

- Je opakovatelný, pokud je standardizován. Tím se liší od definice *projektu*, který je zásadně jednorázový a jedinečný, přestože výstupy procesu i projektu mohou být podobné.
- Jeho výstup tvoří jasně určitelná přidaná hodnota pro finální produkt/službu.
- Je měřitelný parametry, jako jsou náklady, průběžná doba, kvalita apod. Základní parametry, jež hodnotí celkovou efektivitu procesu se nazývají klíčové výkonnostní indikátory (KPI – Key Performance Indicators).
- Každý proces má svého vlastníka a svého zákazníka.
- Je jasně vymezen jeho začátek, konec a návaznost na další procesy.
- Pracuje s podnikovými zdroji (finančními, hmotnými, lidskými).
- Je omezen tzv. regulátory řízení (závazné vyhlášky, normy, atd. – viz text dále).

Cílem procesního řízení je odkrytí jednotlivé procesy, jež jsou překryté funkční organizací. Umožňují jednotlivé elementární části průběžně hodnotit, analyzovat a zlepšovat celkovou efektivitu organizace. Dále odstraňovat činnosti, které celkovou efektivitu zhoršují a představují úzká místa, kde dochází k časovým prodlevám, plýtvání zdroji či nepřidávání hodnoty. Umožňuje „narovnění“ původně nepřehledného toku činností v uzavřených útvarech a lepší pochopení jejich provázanosti naskrz celou organizací.

Na obrázku je vyobrazeno schéma procesu, které je následně podrobněji vysvětleno:

Obrázek 1: Schéma procesu



Zdroj: Vlastní zpracování, 2011.

Vlastník procesu (majitel, správce) je osoba zpravidla s vedoucí funkcí, která má na starost řízení a koordinaci jednotlivých činností. Tato osoba je odpovědná za plnění parametrů procesu, především výstupů, jeho dlouhodobou efektivnost, monitorování výkonnosti, jeho správu, zároveň také řešení problematických situací. Vlastník procesu je zatížen vysokou odpovědností vztahenou k jednotlivým činnostem i konečnému výsledku, ale také úměrnými pravomocemi, aby mohl proces dostatečně efektivně ovlivňovat.

Zákazník procesu je subjekt, jehož potřeby jsou prostřednictvím procesu uspokojovány. Zákazníkem může být osoba, organizace nebo následující proces. Jedná-li se o následující proces v rámci jedné organizace, mluvíme o **interním zákazníkovi**. Interní zákazník je odběratelem předešlého procesu a transformuje jeho výstupy na své vstupy. **Externím zákazníkem** je zbylá veřejnost, jež není organizační složkou dané organizace. Mohou to být zákazníci v obchodech, obchodní partneři, další dealeri či stát.

Vstupy stojí na počátku procesu jako jeho zadání. Jsou získávány z předešlého procesu či od dodavatelů. Vstupy jsou přeměňovány ve výstupy formou přidané hodnoty.

Výstup je výsledkem procesu, tj. výkonem ve formě produktu či služby předávaným zákazníkovi. Nakolik realizované výstupy odpovídají definovaným a požadovaným vstupům následujícího procesu určuje **efektivita procesu**.

Regulátory řízení jsou zejména zákony, vyhlášky, normy atd., jež jsou permanentně závazné pro chod jednotlivých procesů i celé organizace.

Proces jako takový lze rozčlenit do jednotlivých navazujících **činností**, jež jsou ucelenými sledy pracovních úkonů v rámci jedné organizační jednotky.

1.1. **Klasifikace procesů**

V různých publikacích je možno nalézt několik způsobů členění podnikových procesů, např. rozlišování procesů na interní vs. externí, automatizované vs. ruční, atd. Většinou se však jedná o dělení dílčí. Za základní klasifikaci se pokládá rozdělení dle důležitosti a účelu procesu, které vypovídá o nejdůležitějším aspektu procesního řízení, a to o přidané hodnotě pro externího zákazníka. Jedná se o rozdělení na procesy hlavní, řídicí a podpůrné - někdy děleno pouze na hlavní a podpůrné. (Řepa, 2008)

- **Hlavní procesy** – přímo přispívají k naplnění poslání organizace a zároveň jsou klíčové pro její samostatnou existenci. Jedná se o celý řetězec činností, které přidávají hodnotu během přímého kontaktu s externím zákazníkem (nejlépe již od vzniku potřeby až po její uspokojení službou či výrobkem.
- **Řídicí procesy** – jedná se především o činnosti jako plánování, kontrola a monitoring vyhodnocování, řízení lidských zdrojů/marketingu/informací atd., které nepřidávají hodnotu (možno je tedy též řadit mezi podpůrné procesy). Tyto procesy strategického a operačně-taktického významu zajišťují vytvoření prostředí pro fungování ostatních procesů tím, že zajišťují integritu a fungování organizace.
- **Podpůrné procesy** – vše ostatní, co se ve společnosti děje. Za úkol mají dodávání produktů (hmotných i nehmotných) pro zabezpečování chodu ostatních procesů. V zájmu uvolnění kapacit pro možnost soustředit se na hlavní činnosti firmy jsou tyto procesy vhodné pro outsourcing.

2. **Charakteristika funkčního přístupu k řízení**

Jako zakladatele funkčního stylu řízení uvádí mnoho literatur Adama Smithe a jeho dílo Bohatství národů, vycházející z tehdejších podmínek nenasycenosti trhu, dostatku zdrojů a mírným tempem předpovědi změn. Podstatu tohoto přístupu tvořilo vytvoření struktury organizace pyramidového typu, kdy byla práce rozdělena na nejjednodušší úkony proveditelné i těmi nejméně kvalifikovanými pracovníky, kteří byli poté sdružováni dle

specializace a zaměření do jednotlivých jednotek a ty pak dále do útvarů, které vykonávají dílčí činnosti nějakého procesu, aniž byla sledována efektivita toku činností jako celku. Každý útvar měl svoji agendu, zodpovědnost a pracoval samostatně. Ve zjednodušeném modelu jednotliví vedoucí útvarů zodpovídají řediteli, který stojí na vrcholu pyramidy. Vrcholem tohoto typu řízení byla velkovýroba Henryho Forda, kde byly spojeny výhody funkčního řízení s využitím nových pásových strojů. Jedna osoba zastávala práci více lidí a tím bylo docíleno zvýšení produktivity každého pracovníka, úspory času, zrychlení práce a ve výsledku i zvýšení produkce. Cesta ke zlepšování jako celku vedla přes zvyšování výkonnosti jednotlivých útvarů, nejčastěji skrz motivaci pracovníků výkonnostními prémiei nebo pořízením kvalitnějších strojů. (Grasseová a kol., 2008. Vlastní úprava.)

Avšak každý přechod mezi útvary představuje riziko v podobě časové ztráty a komunikačního šumu. Zaměření na malé jednotky a dovednosti jedinců vyžaduje mnoho kontrolních a řídicích pozic, čímž vzniká mnoho míst, která nepřinášejí přidanou hodnotu. Vzniká mnohastupňová nepřehledná organizace s mnoha komunikačními šumy, neúplnými informacemi, omezeným delegováním zodpovědnosti i pravomocí. Daný model je neflexibilní, jelikož jednotliví pracovníci jsou loajální ke svým funkčním útvarům, nikoli organizaci jako celku. Chrání si svá „teplá místa“, na něž jsou zvyklí už řadu let a tím pádem jsou i vedoucími pracovníky upřednostňovány zájmy míst před zájmy organizace.

Dnes již ovšem není doba hromadné výroby. V dnešní turbulentní éře plné konkurence, nedostatku zdrojů a náročných zákazníků se požaduje především individualita, osobní přístup, dlouhodobá spolupráce a efektivita.

2.1. Výhody a nevýhody funkčního řízení

Nevýhody funkčního řízení shrnuty Hromkovou a Holočiovou uvádí další tabulka:

Tabulka 1: Nevýhody funkčního řízení

Funkce neřeší problémy ostatních.	Funkce se často zaobírají jen samy sebou a věci, které se jich přímo netýkají, je nezajímají.
Rozdílné zájmy.	Zájmy funkcí nemusí být v souladu se strategickými funkcemi podniku.
Soupeření na nesprávném místě.	Lidé často věnují mnoho energie při soupeření uvnitř organizace namísto soupeření s konkurencí.
Větší byrokracie.	Při rozhodování musí být informace předávány lineárně vzhůru, což prodlužuje komunikaci. Je nutno dodržovat byrokratická pravidla.
Schází nadhled.	Lidé jsou mnohdy zaujati vlastní funkcí nebo oddělením a uniká jim systém jako celek. Nejsou si vědomi, že jejich činnost ve výsledku nemusí být pro podnik přínosem.
Přílišná centralizace.	Pravomoci se nepřesouvají níže, což zpomaluje fungování celého systému.
Zákazník není na prvním místě.	Vrcholový management je orientován na administrativně-operativní činnosti, nikoliv na zákazníka.
Strategické řízení funkcí.	Neexistuje.
Nejasné rozdělení kompetencí podle funkcí.	Za jeden proces odpovídá více lidí, je nejasná zodpovědnost a rozhodnutí se přesouvá na vrcholového manažera.
Neměřitelné náklady.	Nemožnost měřit jednotlivé činnosti a vyčíslovat náklady na ně.
Málo účinná motivace pracovníků.	Motivace je málo účinná, jelikož odměny nejsou přímo závislé na podílu na výsledku.
Vytváření komunikační a informační bariéry.	Můžou jimi ohrozit prosperitu celé organizace.
Vertikální organizační struktura.	Při řízení se uplatňují tvrdší prvky pomocí příkazů a kontroly práce.
Zaměření na důsledky jevů.	Zaměření na důsledky jevů, nikoliv na příčiny.

Zdroj: Hromková, Holočiová, 2001.

Hlavními nevýhodami funkčního řízení je určitá ignorace problémů a povinností, které se přímo netýkají funkce nebo oddělení, dále konzervativní styl rozhodování (nízké přenášení pravomocí) a delší informační řetězec, čímž mohou vznikat umělé komunikační bariéry

a informační šum. Dále zde někdy vzniká stav, kdy se „organizace řídí pro řízení“ a nikoli pro zákazníka, tzn. při řešení denních záležitostí zaniká esenciální podstata, že všechno by se mělo přizpůsobit tomu, aby byl spokojený zákazník (potažmo pacient).

Výhody funkčního řízení čerpané tentokrát z Dědinovy knihy jsou shrnuty v následující tabulce:

Tabulka 2: Výhody funkčního řízení

Efektivní využití zdrojů.	Úlohy seskupené na jedno místo šetří náklady a čas. Oddělení specializující se na jednu činnost je schopno proniknout více do hloubky a poskytnout více odborných znalostí při řešení problémů.
Jednotný odborný vývoj dovedností.	Pracovníci v jednom úseku se zaobírají podobnou činností, která je pro ně prioritou, a mají možnost se specializovat na danou činnost ve větší míře.
Zřetelný kariérní postup.	Je jednoznačně dané, jaké aktivity vedou pracovníka k povýšení. Pochopí-li pracovník principy kariéry v podniku, na co se zaměřit a v čem se zdokonalovat, může předpokládat, jaký postup jej čeká.
Strategické rozhodování shora.	Podnik je řízen centrálně a vedení určuje směr rozhodování. U všech útvarů v pyramidové struktuře je zajištěno jednotné vedení sledující strategii celé organizace.
Dokonalejší koordinace práce v oddělení.	Společné cíle zaměstnanců v rámci jednoho oddělení, jejich semknutost při řešení problémů vytváří větší kolegalitu. Členové týmu jsou více ochotni pracovat v týmu a plnit cíle podniku.

Zdroj: Dědina, 1996.

Z perspektivy řízení nemocnice považuji z uvedených výhod za nejpřínosnější specializaci činností na jednom místě, jednodušší a dokonalejší koordinaci práce. Především bych však přidala vlastní benefit funkčního řízení. Tím je snadné vedení díky zavedenému a osvědčenému systému nevyžadujícímu příliš mnoho nové iniciativy, tvůrčího přístupu a vystavování se nevoli zaměstnanců vyvolané zaváděním změn.

Celkové zhodnocení funkčního stylu řízení rozvedu později po představení procesního stylu řízení.

2.2. **Charakteristika procesního přístupu k řízení**

Právě procesní přístup je odpovědí na individuální požadavky, jelikož má schopnost reakce na rozdílné požadavky a jejich naplnění. Procesní přístup umožňuje přechod od jednoho produktu k velkému množství rozmanitých produktů a to při zvýšení hospodárnosti, efektivity a účelnosti, tedy přechod z ekonomiky velkého měřítka k ekonomice znalostí.

Podstatu procesního řízení definuje jeho cíl. Cílem procesního řízení je zabezpečit chod organizace

a) způsobem, který:

- definuje pracovní postup (proces) jako ucelený sled činností napříč organizací;
- pro každý proces definuje jeho vstupy, výstupy a zdroje;
- definuje osobní zodpovědnost za proces i za každou činnost;
- nastavuje systém měření výkonnosti procesů;
- sleduje a vyhodnocuje každý proces;

b) tak, aby:

- byla dodržována kvalita výsledků procesů daná měřenými ukazateli a jejich parametry;
- byly optimálně využívány dostupné zdroje;
- byla průběžně zvyšována výkonnost organizace dle předem známých a měřených ukazatelů. (Grasseová a kol., 2008)

Proces se dá popsat následujícími atributy:

- Proces je organizovaná skupina vzájemně souvisejících činností.
- Implementace procesního řízení vede ke snižování nákladů, zvyšování rychlosti a kvality vyplývající z odstraňování bariér mezi jednotlivými odděleními i mezi podnikem a jeho partnery či eliminací duplicitních činností.
- Procesy vedou k možnosti kvantifikovat některé jevy a zvyšovat přesnost odhadů některých budoucích událostí.
- Proces podporuje týmovou práci a angažovanost členů týmů, což vede k předcházení vzniku konfliktů tím, že všichni sledují jeden jasně vytyčený cíl, za jehož dosažení jsou hodnoceni. Spokojenost zaměstnanců je celkově větší, vedle možnosti socializovat se a pracovat v týmu jsou tu další atributy jako dostatek pravomocí, širší náplně pracovních míst, možnost vidět výsledky své práce a využití vlastní kreativity. Významnou roli hraje i hmotná a nehmotná stimulace v tradičních organizacích často podceňována.

Záležitostí přispívající ke klidu na pracovišti je i disciplína vyplývající z definice procesu jako sledu činností vyznačující se opakovatelností. Jasně definovaný proces podporuje důslednost, průhlednost jednání a jednoduchost. Ve výsledku tedy k lepší informovanosti, eliminaci improvizace a redukci chaosu. Pořádek uvnitř podniku následně vede i k jeho lepší prezentaci a kvalitnější spolupráci s externími partnery. Jelikož se procesně řízená organizace snaží dívat sama na sebe očima svého zákazníka, může sledovat ukazatele, které mají význam pro zákazníka, nikoli pouze pro ni samotnou.

Pro vlastníky a manažery organizace je podstatný fakt, že tento styl řízení umožňuje řídit podnik bez pevné organizační struktury. Manažeři spolupracují, namísto aby si chránili svá mocenská postavení, která jim přinášela tradiční struktura. Prostřednictvím sdílené vize dojde k eliminaci mnoha byrokratických procedur a potřeby pevné organizační struktury, která by v tradiční firmě byla nutná k zajištění spolupráce v „autonomních“ částech organizace.

Dále procesní řízení umožňuje:

- vytvoření prostředí pro trvalý monitoring dosahovaných cílů organizace;
- schopnost snadné odhalitelnosti příčiny neplnění cílových ukazatelů;
- trvalé zlepšování procesů na základě průběžného sledování výkonnosti procesů;
- jednoduché a rychlé řízení změn;
- jednoduché, přehledné a jasné definice pracovních pozic, pravomoci a zodpovědnosti;
- detailní popis procesů, přiřazení zdrojů a nákladové plánování parametrizované na základě přidané hodnoty jednotlivých procesů (využití metody ABC – Activity Based Costing);
- odhalení tzv. úzkých míst, jež zhoršují efektivitu celého procesu i organizace jako takové;
- významné zvýšení informovanosti pracovníků na všech úrovních řízení;
- vyhledávání a připomínkování jednotlivých procesů vytvořením platformy pro zapojení všech pracovníků do procesu neustálého zlepšování;
- připojení a provázání jakýchkoliv již existujících podnikových směrnic a dokumentů v elektronické podobě, včetně možnosti jejich spuštění/otevření přímo z modelu, což výrazně zrychlí a zkvalitní práci v celé organizaci.

2.3. Srovnání funkčního a procesního přístupu k řízení – základní rozdíly

V následující kapitole objasním nejzákladnější rozdíly v jednotlivých přístupech. Procesní přístup se oproti funkčnímu stylu řízení liší nejen narovnaným tokem činností (viz obrázek 2) a informací, ale celou řadou dalších aspektů od zaměření se na dovednosti pracovníků, nastavení motivačního systému, stylu komunikace až po přiřazení zodpovědnosti. Výčet primárních rozdílů jsem čerpala z Grasseové (2008):

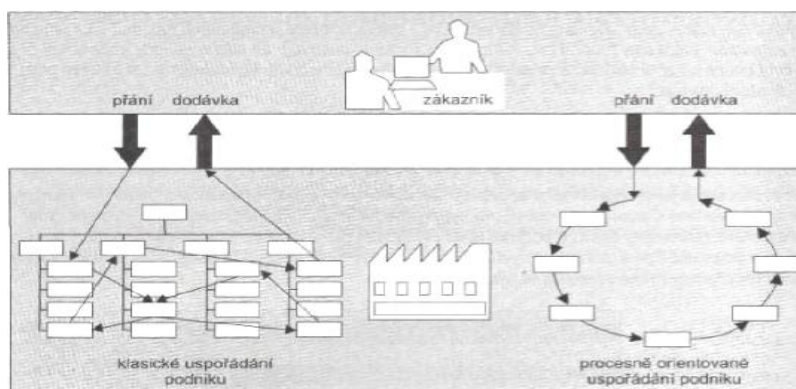
Tabulka 3: Srovnání funkčního a procesního řízení – základní rozdíly

Funkční přístup	Procesní přístup
Lokální orientace pracovníků.	Globální orientace prostřednictvím procesů.
Problém transformace strategických cílů do ukazatelů.	Propojení strategických cílů a ukazatelů procesů. U procesního přístupu je maximálně vystihující charakteristika: Myslete globálně, jedněte lokálně.
Orientace na externího zákazníka. Pracovníci neznají smysl a propojení na interní zákazníky a dodavatele, tzn. minimální součinnost s jinými činnostmi.	Existence interních i externích zákazníků. Pracovníci vědí, jaké vstupy využívají pro prováděné činnosti a od koho je přebírají a jaké výstupy a komu poskytují k realizaci navazujících činností – součinnost s jinými činnostmi.
Problematické definování zodpovědnosti za výsledek procesu a tvorby hodnoty pro zákazníka.	Zodpovědnost a tvorba hodnoty pro zákazníka je určována podle procesů.
Komunikace přes „vrstvy“ organizační struktury.	Komunikace v rámci průběhu procesu.
Problematické přiřazení nákladů k činnostem.	Přímé přiřazení nákladů k činnostem.
Rozhodnutí jsou ovlivňována potřebami činností (funkcí).	Rozhodnutí jsou ovlivňována potřebami procesů a zákazníků.
Měření činnosti je izolováno od kontextu ostatních činností.	Měření činností zohledňuje její požadovaný přínos a výkon v rámci procesu jako celku.
Informace nejsou mezi činnostmi pravidelně sdíleny.	Informace jsou předmětem společného zájmu a jsou běžně sdíleny.
Pracovníci jsou odměňováni podle jejich přispění k dané činnosti.	Pracovníci jsou odměňováni podle jejich přispění k výkonnosti procesu, resp. organizaci jako celku.
Účast zaměstnanců na řešení problémů je nulová nebo je omezena pouze na jimi prováděnou činnost.	Podstatné problémy jsou pravidelně řešeny týmy složenými napříč činnostmi (v rámci procesu) ze všech úrovní organizace.

Zdroj: Grasseová a kol., 2008.

Následujícím obrázkem demonstruji častou neprůhlednost a spletnost toku zdrojů při funkčním stylu řízení (na levé straně) a naproti tomu jasně definovaný a logicky navazující sled činností (na pravé straně obrázku).

Obrázek 2: Funkční vs. procesní řízení



Zdroj: Křivánek, 2010.

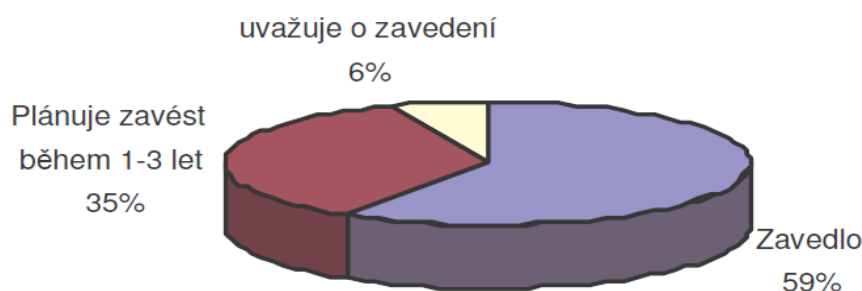
Jak jsem uváděla již v úvodní definici procesu jako takového, cílem přechodu na procesní řízení je zjednodušit a zprůhlednit chod organizace s potenciálem k průběžnému monitorování, analýze a vyhodnocování efektivity plnění poslání a cílů organizace. Toto je nejjobecnější odlišností procesního přístupu od funkčního a poskytuje to možnost dlouhodobého zlepšování a konkurenceschopnost.

2.4. **Současná situace na poli stylu řízení**

„Koncem tohoto desetiletí budou organizace, které se nemění v procesní, spíše výjimkou než pravidlem. Hodnota procesního řízení na trhu prudce stoupá, protože procesní přístup funguje lépe než cokoli jiného. Zkrátka přišla doba procesní organizace, a jen tak neskončí.“

(Hammer, 2001)

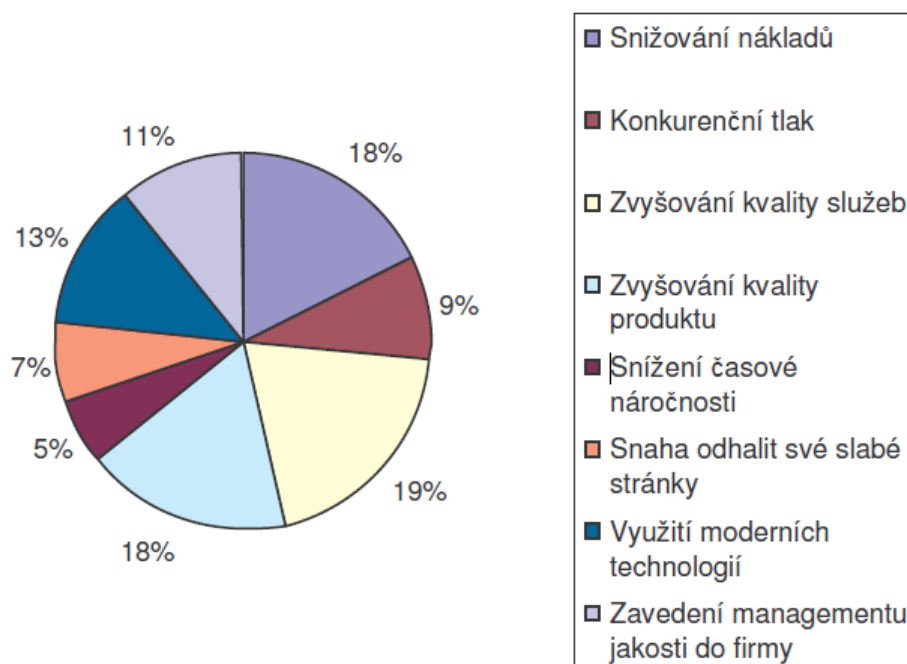
Obrázek 3: Situace procesního řízení v České republice



Zdroj: Řepa, Zámečnicková, 2005.

Předcházející tezi vyjádřil Michael Hammer již před 10 lety. Dnes stojíme na počátku nového desetiletí a musíme mu dát za pravdu (demonstrace výšečovým grafem). Na procesní řízení přecházejí nejen podnikatelské jednotky, ale i veřejný sektor. Nejčastějším důvodem přechodu na procesní organizaci se uvádí zvyšování kvality a snižování nákladů.

Obrázek 4: Důvody přechodu na procesní řízení



Zdroj: Řepa, Zámečnicková, 2005.

Pokud na základě tohoto výšečového grafu budeme uvažovat zvyšování kvality a produktu za jednu kategorii, neuvěřitelných 37% respondentů mění svou organizaci na základě snahy o zlepšení kvality. Tento fakt koresponduje s tvrzením, že žijeme v éře, kdy se hledí nikoli na kvantitu, ale na kvalitu a spokojenost zákazníků stojí na prvním místě.

2.5. Implementace procesního řízení organizace

Dříve než přikročíme k popisování samotného přechodu na procesní řízení a změnám v organizaci, je třeba se trochu zamyslet. Uvažování mnoha firem začíná „Co máme?“ neboli u zdrojů. Nejčastější odpověď na jednoduchou otázku je: „Máme toho málo.“ Proto se firma snaží co nejlépe napasovat zdroje na místa, která považujeme za podstatná, a kde to je nutné, se musí uskromnit. Projekty na snižování nákladů ovšem často končí nešťastně propouštěním zaměstnanců, se kterými však unikají často i důležité znalosti a loajalita, a v neposlední řadě je výsledkem přehazování úkolů a pravomocí. Správný myšlenkový proud by měl být opačný.

Obrázek 5: Procesní přístup k řízení společnosti

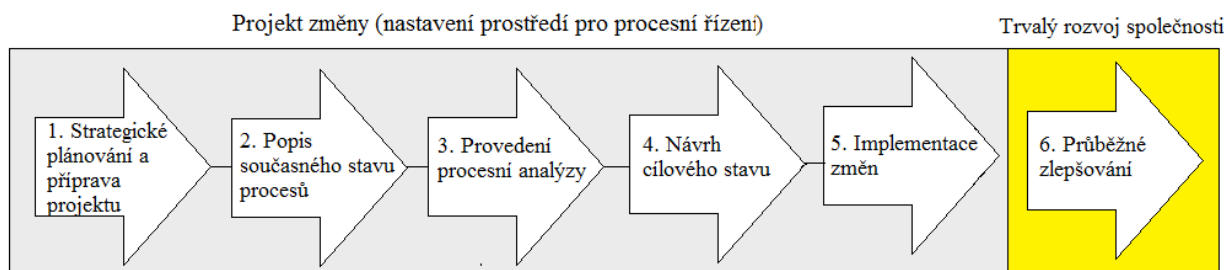


Zdroj: Vaněk, 2002.

Nejprve zjistíme, co naši potenciální zákazníci potřebují, z toho nám logicky vyplyne správný produkt/služba. Poté bychom si měli udělat představu, jak jim to co nejjednodušším a nejefektivnějším způsobem zajistit. Na závěr doplníme zdroje (lidské, technické, finanční atd.), které skutečně potřebujeme.

Základní schéma postupu zavádění procesního řízení tzv. na zelené louce vypadá následovně. Oblast znázorněna šedivě značí jednorázovou radikální přeměnu, neboli projekt, doplněný o fázi průběžného zlepšování zajišťují trvalý rozvoj společnosti, jelikož zavádění správně a efektivně fungující procesní organizace je záležitostí dlouhodobou.

Obrázek 6: Fáze zavádění procesního řízení do organizace

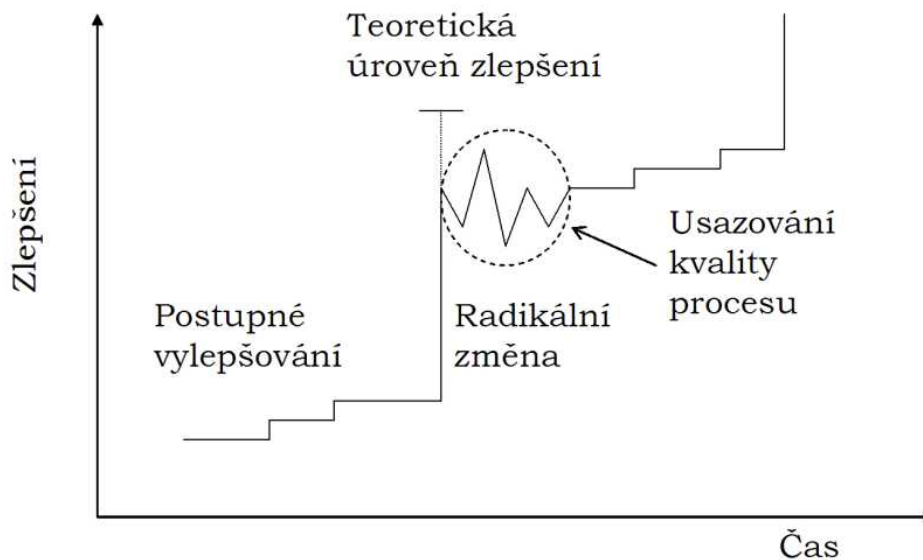


Zdroj: Grasseová a kol., 2008. Vlastní úprava.

Úvodní zavedení procesního řízení do organizace je třeba realizovat jako projekt. Podstatným kritériem určující celý další průběh projektu i chodu celé organizace je rozsah zamýšlených změn a zamýšlené cíle. Může jít o lokální změny „vylepšující“ stávající stav organizace až po extrémní případ „rozbourání“ dosavadní organizační struktury a nahrazení novou, efektivnější, nazývané populárním slovem Reengineering. Pokud budeme hovořit v univerzálně správných pojmech, existují dva způsoby zavádění procesní organizace, a tedy Business Process Reengineering (BPR) a Business Process Optimalization (BPO). Kterou z těchto dvou variant si vedení organizace vybere pro momentální změnu, závisí kromě plánovaných cílů do velké míry i na aktuální situaci v podniku, na stupni „zkostratelnosti“ zaběhnutých procedur,

konzervativnosti managementu a v neposlední řadě na oboru, v němž daná organizace působí. Ne ve všech odvětvích je tak silná konkurence a akcelerace ve vývoji a inovacích. Dle T. Davenporta však v průběhu vývojového cyklu správně procesně řízené organizace dochází k oběma alternativám, které se vzájemně doplňují. Střídání těchto fází ilustruje Davenportův diagram:

Obrázek 7: Vývojový cyklus procesně řízené společnosti



Zdroj: Řepa, 2008.

Na základě uvedených skutečností je nasnadě, že postup znázorněný obrázkem č.7 je univerzálně použitelný nejen při úplně novém seznamování společnosti s procesním managementem, ale lze ho aplikovat jako životní cyklus celého procesního řízení.

2.5.1. Strategické plánování a příprava projektu

Strategický plán nám určuje, jaký je vlastně význam a poslání organizace, tedy komu má sloužit, jaké potřeby má naplňovat a podle kterých pravidel.

„Strategie není výsledkem plánovacího procesu. Naopak je jeho výchozím bodem.“

Henry Mintzberg

Cílem této fáze by mělo být vytvoření vize, neboli zamýšlený cíl a smysl procesní řízení, dále by měly být definovány silné a slabé stránky spolu s určením kritických faktorů úspěchu organizace. V neposlední řadě zajištění plné podpory a pochopení ze strany vedení

a vrcholového managementu organizace, nutně následováno vytvořením vhodného prostředí v celkové firemní kultuře.

To je možné rozdělit na dvě části:

- nastavení prostředí pro procesní řízení ve společnosti realizovaného jako projekt v řádu měsíců, což obnáší změny ve strategii, procesech, organizační struktuře, motivačním systému, informačních technologiích, atd.;
- akceptace nového způsobu řízení zaměstnanci a následující přerod podnikové kultury na hladinu kontinuálního zlepšování, který může trvat v řádu několika let, jelikož obnáší doslova změnu myšlení desítek lidí.

2.5.2. Popis současného stavu procesů, procesní analýza

Druhou fází je popis současného stavu procesů. Tato fáze slouží ke zmapování procesů, zjištění jejich základních aspektů, jejich průběhu a vztahů mezi nimi. Při popisu současného stavu je třeba se mít na pozoru a popisovat skutečně reálný stav. Je důležité vyvarovat se upravování výsledků tak, aby nám správně seděly do očekávaného budoucího stavu. Tím je myšleno jak zhoršování parametrů, u kterých subjektivně předpokládáme, že vyjdou negativně (a tedy se budou muset měnit), tak nevylepšovat ty, které považujeme za uspokojivé. V této fázi je nejvhodnější spolupráce s procesními specialisty a pracovníky s věcnou znalostí problematiky.

Následující procesní analýza má za úkol odhalit problémová místa neboli důvody, proč organizace miní změnit styl řízení. Rozsah a forma rozboru a analýzy musí odpovídat očekávaným výsledkům definovaným v etapě plánování.

Procesy je možné popisovat několika způsoby. Všeobecně nejužívanější jsou vývojové diagramy a modely s doplňujícími informacemi uváděnými zpravidla v tabulce nebo matici a to z důvodů nejvyšší srozumitelnosti a výstižnosti. Slovní popis se jeví díky své nepřehlednosti jako nevhodný. Následující kapitoly i praktická část této práce budou věnovány právě procesnímu modelování.

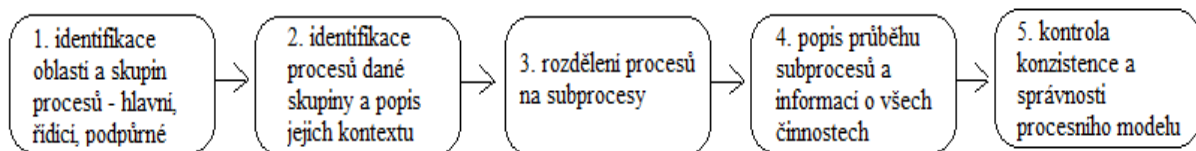
2.5.2.1. *Procesní modelování*

Model můžeme charakterizovat jako zjednodušený obraz skutečnosti v grafické podobě s důrazem na jednoznačnost a přehlednost, kde je kladen důraz na vizualizaci nejzákladnějších objektů a vazeb mezi nimi. Jak již bylo řečeno, je vhodné doplnit elementární model o doplňující informace, ať už slovním popisem, maticí nebo tabulkou pro srozumitelnost.

2.5.2.2. *Postup procesního modelování*

Kapitole o postupu procesního modelování budu věnovat větší pozornost, jelikož při implementaci procesního managementu do organizace je správné nadefinování a namodelování procesů základním faktorem úspěchu, kde každé opomenutí a chyba může snížit výkonnost instituce. Hlavním zdrojem informací zde byla kniha *Procesní řízení ve veřejném sektoru* (Grasseová a kol., 2008) ze které pochází i grafické znázornění postupu procesního modelování níže:

Obrázek 8: Postup procesního modelování



Zdroj: Grasseová a kol., 2008.

Procesní modelování zahajujeme identifikací oblastí a skupin procesů, které vyplývá z definovaných cílů a poslání organizace. O zařazení do kategorií hlavní/řídicí/podpůrné procesy rozhoduje jejich důležitost dle přidávání hodnoty pro externího zákazníka, význam daných procesů pro organizaci a možné dopady při selhání dané oblasti procesů. Posléze po rozčlenění skupin na jednotlivé procesy popíšeme jejich kontext, což znamená identifikaci jejich vstupů, výstupů, vykonavatelů procesů spolu s jejich zákazníky a regulátory řízení. V této fázi se ještě nejedná o detailní popis průběhu a struktury procesu, ale pouze o nastínění a ohraničení procesu předcházející jeho detailní analýze. V této fázi jasně vyplyne, k čemu proces slouží, jaké výkony od procesu můžeme očekávat, jak proces měřit (jaké ukazatele výkonnosti můžeme zvolit) a kdo je zodpovědný za plnění či neplnění očekávaných výsledků (vlastník procesu). Můžeme použít následující návod, přičemž popis (odpovědi na otázky) mohou mít formu slovní, matice, tabulky či grafickou.

Tabulka 4: Schéma postupu kontextu procesu

Zjišťovaná charakteristika procesu
Jaký vstup proces dostane? V jaké formě?
Kdo dodá tento vstup (tedy jaký proces předchází, případě od jakého externího dodavatele vstup získáme?)
Jaké cíle sleduje proces?
Jak měřím cíle (tedy jakými ukazateli)? Jaké cílové hodnoty (parametry) ukazatelů?
Jaké regulátory řízení mají vliv na proces?
Jaký výstup má proces? V jaké formě?
Kdo dostane výstup (tedy kdo je zákazníkem procesu a který proces následuje?)
Jsou k dispozici všechny potřebné zdroje?
Jsou definována všechna rozhraní procesu (návaznost na procesy ostatní?)
Kdo je zodpovědný za proces (vlastník procesu)?
Kdo proces vykonává?
Kdo na procesu spolupracuje (součinnost)?
Kdo proces řídí?
Je proces podporován informačním systémem?
Jaká u procesu mohou nastat rizika?

Zdroj: Grasseová a kol., 2008. Vlastní úprava.

Po popsání kontextu procesů přistoupíme k rozdělení do logických celků neboli subprocesů, jež se vyznačují důležitým meziproduktem, rozhodovacím místem či časovým prostoje. Subprocesy jsou charakterizovány samostatným předpisem a zpravidla odlišným vlastníkem/vykonavatelem než sousedící subproces. Subprocesy jsou uspořádány do souvislého řetězce znázorňující postup tvorby přidané hodnoty v rámci daného procesu.

Následně přikročíme k detailnímu popisu průběhu podprocesů a všech činností. Nakolik podrobně budeme jednotlivé subprocesy popisovat závisí na jejich významu, četnosti opakování a míře rizikovosti pro organizaci. Je vhodné podrobně popsat i ty činnosti, které dlouhodobě vykazují špatnou efektivitu nebo chybovost. Přílišná důkladnost vede k přemíře dokumentace, což se sebou nese nákladnou tvorbu, údržbu a nepřehlednost. V případě, že popisujeme činnosti v aktuální podobě, hovoříme o tzv. AS-IS modelování. Popis budoucího stavu v rámci optimalizace nazýváme TO-BE modelování.

Rozdělení jednotlivých kroků procesů provedeme na základě vznikajících meziproductů. (Další možnosti dělení jsou dle zúčastněných rolí/pracovních pozic či dle ucelených množin

dat.) Každý krok/činnost musí být popsán všemi atributy – tzn. vstup, výstup, omezení/regulátory, zdroje a zúčastněné strany (kdo činnost provádí, kdo je za ni zodpovědný, kdo je zákazník atd.).

2.5.2.3. Nástroje pro mapování procesů

Díky současné oblíbenosti procesního přístupu existuje celá škála nástrojů pro mapování procesů od nejjednodušších zdarma stažitelných na Internetu až po komplexní nástroje za desítky tisíc korun. Nástroje jsou též často poskytovány v několika verzích diferencovaných dostupností i složitostí. Například uvádím:

- Intalio Designer;
- Tibco Business Studio;
- BizAgi Studio/ BizAgi Process Modeller.

Dále pak mezi nejužívanější nástroje patří:

- ARIS;
- Microsoft Visio;
- Business Process Visual ARCHITECT;
- Gravity.

„Vzhledem k tomu, že se BPM¹ problematika týká výhradně komerční sféry, jsou i BPM nástroje v drtivé většině komerční povahy - a zpravidla se jedná o velmi drahý software, což souvisí hlavně s přínosy, které má organizaci přinést - snížení nákladů, větší efektivitu a lepší organizaci práce, měření produktivity a výkonnosti procesů.“ (Vašíček, 2009)

Pro zpracování procesních modelů v této práci jsem použila program BP Visual Architect (viz text dále)

2.5.2.4. Standardy pro modelování podnikových procesů

Považuji za důležité zmínit se ve své práci aspekty, jež procesní modelování limitují a udávají pravidla. Řepa (2007) ve své knize hovoří o oblasti modelování jako o poněkud nepřehledné. Je to z důvodů širokého záběru, relativní čerstvosti problematiky, silnému

¹ [pozn. autora: BPM = Business Process Management]

ovlivnění technologií a dalšími dobovými faktory. Tato nedostatečnost standardizace logicky vyvolává potřebu vytvoření určitého řádu. V knize uvádí jeden, dle jeho slov, velmi seriózní celkový přehled významných standardů v oblasti modelování podnikových procesů institutu CIMOSA Association e.V. (Business Process Modelling and Standardisation). Vedle standardů popsaných v tabulce je třeba ještě zmínit standardy IDEF a standardy společnosti Workflow Management Coalition.

Tabulka 5: Přehled standardů pro modelování podnikových procesů dle CIMOSA

ISO 14258 Pojmy a pravidla modelování organizace		
ISO IS 15704 – Požadavky na referenční architekturu organizace a metodiky (Potřeba rámců, metodik, jazyků, nástrojů, modelů, modulů)		
Rámce	Jazyky	Moduly
CEN/ISO 19439 – Rámec pro modelování	CEN/ISO 19440 – Konstrukty pro modelování	ENV 13550 Služby pro „provádění“ modelu EMEIS
ISO 15745 – Rámec pro integraci aplikací	ISO 18629 – Jazyk pro specifikaci procesů	ISO IS 15531 Výměna výrobních dat
ISO 15288 Řízení životního cyklu	ISO/IEC 15414 – ODP Jazyk pro popis organizace	ISO DIS 16100 Profílance software na podporu výroby
	BPMI/BPML Jazyk pro modelování podnikového procesu	IEC/ISO 62264 Integrace řídicích systémů
	OMG/RfP Profil UML pro popis podnikového procesu	

Zdroj: Řepa, 2007.

Základní normou v tomto pojetí je ISO 14258 definující základní pojmy a pravidla rozpracovaná normou ISO 15704 vyjadřující potřebu rámců, metodik, jazyků atd. Požadavky této normy jsou kategorizovány do tří skupin:

- **Rámce**, jež jsou zaměřeny na obsah a celkový přehled modelování a vazby modelu na reálný systém.
- **Jazyky**, jež jsou zaměřeny na způsob modelování podniku a jeho procesů. Patří sem jednak tři vzájemně se doplňující normy ISO a dva standarty nezávislých

konsorcií: BPML od konsorcia Business Process Management Initiative (BPMI) a UML od konsorcia Object Management Group (OMG).

➤ **Moduly** zaměřené již na „automatizaci“ podnikových procesů. (Řepa, 2007)

UML (Unified Modeling Language) je pravděpodobně nejstarší jazyk svého druhu, který položil základ pro rozvoj ostatních, nicméně jeho zaměření je obecnější než pouze podnikové procesy. Dovolují si uvedený výčet rozšířit ještě o jednu notaci - EPC (Event-driven Process Chain), která je velmi hojně praktikována v německy mluvících zemích, hlavně kvůli její integraci do nejpoužívanějšího ERP systému současnosti, SAP. Poslední notací, na kterou je kladen hlavní důraz, je BPMN, jejíž současná verze 2.0 je obecně považována za dnes nejvyspělejší ze známých notací. (Cikánek, 2011)

2.5.3. Procesní analýza

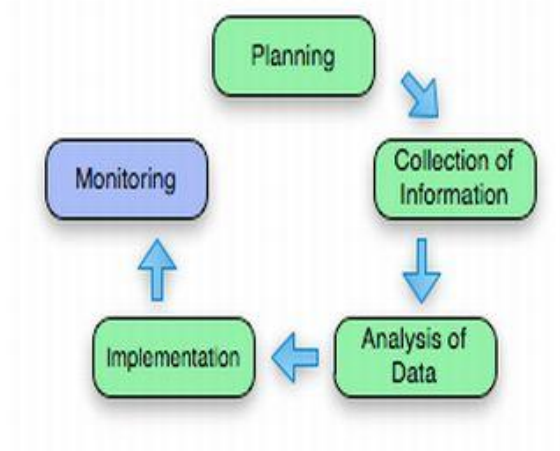
Smyslem procesní analýzy je na srozumitelně namodelovaných procesech najít nedostatky a možnosti zlepšení. Obecně se používají dvě metodiky, a tedy analýza vnitřní logiky procesu a benchmarking. Analýza vnitřní logiky nám vypovídá o tom, zda způsob, kterým danou věc děláme, je ten nejlepší. Benchmarking znamená systematické porovnávání našeho způsobu organizace práce, způsobu řízení, výkonnosti, úrovni produktů/služeb apod. s jinými globálně úspěšnými organizacemi s cílem dosáhnout podnikatelské excelence. (Grasseová, 2008)

Postup benchmarkingu má v zásadě následující kroky:

1. identifikujeme oblasti, které si přejeme zlepšit;
2. nalezneme organizaci(e), jenž se nám podobá organizací práce a má objektivně lepší výkonnostní výsledky než my a detailně prozkoumáme, jak procesy probíhají zde. Vhodné ukazatele pro benchmarking hledáme v produktivitě, jakosti, spokojenosti zákazníků, časových požadavcích a dokumentačních nákladech.
3. Poté zahájíme vlastní proces zdokonalování nejprve podrobnou analýzou a porovnáním zjištěných výsledků s naším stylem organizace a poté implementací nejlepších zjištěných postupů.

Pro lepší představu uvádím názorné schéma:

Obrázek 9: Schéma benchmarkingu



Zdroj: Tutorialspoint, 2012.

V momentě, kdy máme jasno v tom, co můžeme udělat lépe a jak to udělat lépe, máme volnou cestu k vytvoření konkrétního návrhu cílového stavu.

2.5.4. Návrh cílového stavu

Návrh budoucího stavu organizační struktury zahrnuje podrobné definování změn a jasně popsanou představu nového uskupení spolu s přiřazenou odpovědností, vstupy a výstupy. Na základě provedené analýzy a zjištěných nedostatků se zpravidla uvádějí následující opatření:

- odstranění činností, které jsou nezbytné pro vytvoření výsledku procesu;
- přeskupení existujících činností, které probíhají sekvenčně, ale mohly by probíhat paralelně;
- přeskupení činností k odstranění nesouslednosti v čase nebo z hlediska využívaných výstupů;
- úprava kompetencí vlastníka procesu nebo organizačních prvků nebo funkčních míst, kteří jsou do realizace činností procesu zapojeni;
- potřebnost všech stanovených vstupů nebo jsou potřeba jiné vstupy, které chybí (včetně změn ve struktuře a obsahu vstupních nosičů informací);
- úprava nebo zrušení existujících nebo nutnost vydání nových interních normativních aktiv;

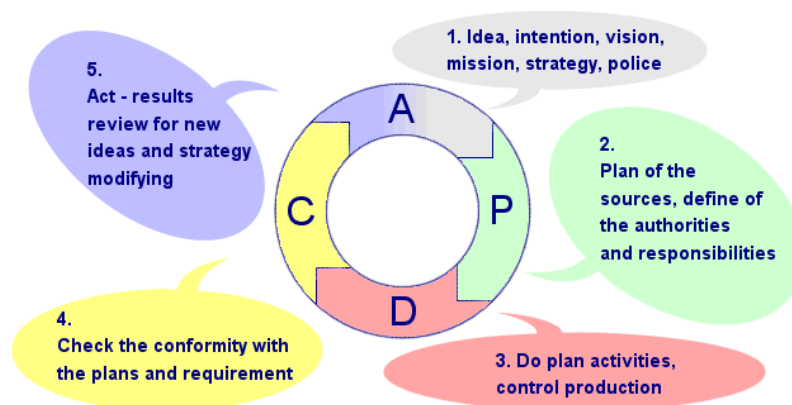
- změna v používaných nebo zavedení nových komunikačních a informačních systémů;
- změna v přípravě a vybavení personálu. (Grasseová a kol., 2008)

Nyní máme dokončenu vizi optimalizovaných procesů a cílové podoby organizace a může dojít k definování chodu procesního řízení jako celku a zahájení fyzické implementace změn.

2.6. Příprava a zavedení organizačních změn

Tato poslední fáze projektu zavádění procesního řízení se zahajuje seznámením zaměstnanců s chystanými změnami a jejich důsledky. Následuje pečlivá příprava počínající úpravou dokumentace, nastavením informačního a motivačního systému až po definování klíčových ukazatelů (v kategoriích času, nákladů a kvality) pro monitorování výkonnosti za účelem budoucího kontinuálního zlepšování a dosažení excelence. Poté co nalezneme odpovědi na otázky: „Jaké změny jsou prioritní a které mohou počkat?“, „Jaké výsledky mají procesy vykazovat?“, „Jak budeme jednotlivé procesy hodnotit a vyhodnocovat?“, můžeme přikročit k tzv. uvedení cílového stavu do života a realizaci plánovaných změn. Často používanou jednoduchou metodou zlepšování je tzv. Demingův cyklus na obrázku 10:

Obrázek 10: PDCA (Demingův) cyklus



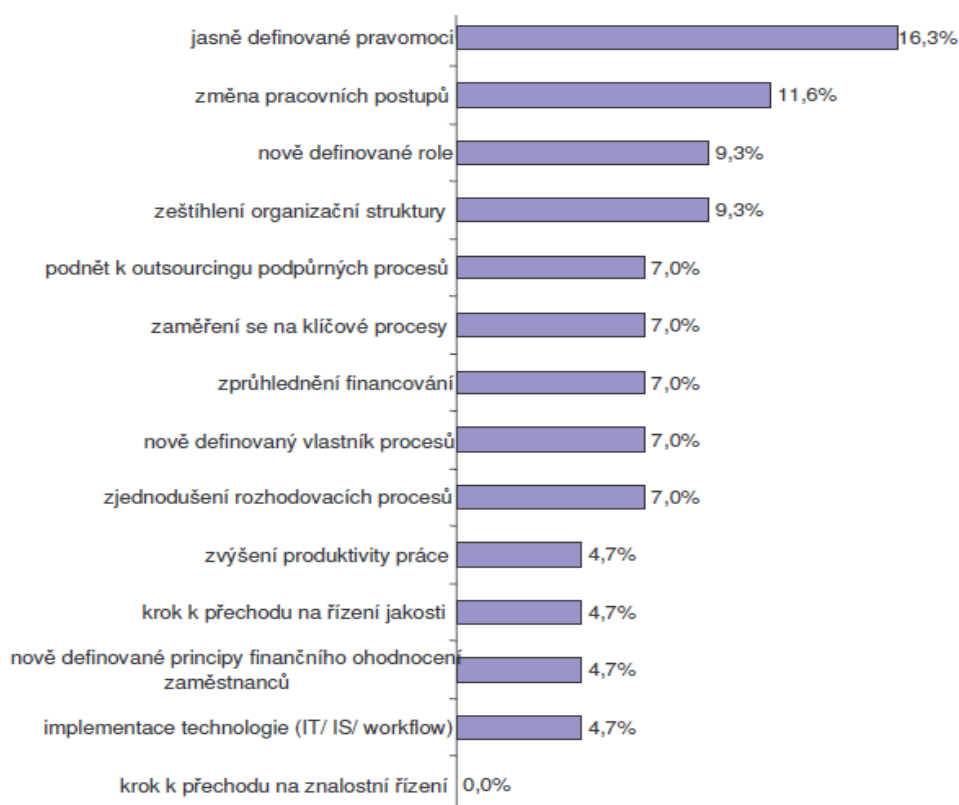
Zdroj: Šnajdr, 2010.

Častější interpretací PDCA cyklu jsou 4 fáze, a tedy *Plánuj* (rozhodneme, co a jak chceme dělat) – *Udělej* (zrealizujeme plán) – *Ověř* (ověříme, zda jsme dosáhli kýženého stavu a výsledků) – *Reaguj* (zanalyzujeme stav pro další nápady, zlepšení či opakování dobrého výsledku). Domnívám se však, že toto modifikované pojetí (zobrazení i prvotní vize a vznik potřeby), je výstižnější.

Během celé implementace procesního řízení je nutné mít na paměti, že cílem je dle rozsahu a zadání projektu formalizovat a standardizovat procesy tak, aby splnily cíle definované na počátku projektu a položily základy pro efektivnější řízení a průběžnou optimalizaci procesů na základě správně určených výkonnostních ukazatelů.

Na závěr teoretické části přikládám graf mapující procentuelní přínosy po zavedení procesní změny vysledované reálnými společnostmi z praxe:

Obrázek 11: Přínosy procesní změny



Zdroj: Řepa, Zámečnicková, 2005.

Zkušenosti s praktickou realizací procesního řízení koresponduje s přínosy vyjmenovanými v druhé kapitole této práce. Dokazuje, že teze autorů zabývajících se tímto tématem nejsou jen prázdná slova, avšak BPM je stále ještě novou metodikou a skutečné přínosy ukáže až čas a opakované průzkumy.

Nyní jsme dokončili teoretický úvod do procesního managementu. Vysvětlili základní pojmy, klady i zápory procesního a funkčního typu řízení a nastínili základní pasáže implementace procesního řízení. Reálně je však tento přechod velmi složitý a obsahově by zdaleka přesahoval rozsah bakalářské práce. Proto se dále zaměřím pouze na zmapování vybraných procesů a nalezení problémových míst. V závěru navrhnou jejich potenciální řešení.

PROCESNÍ ŘÍZENÍ APLIKOVANÉ V ORGANIZACI

Následující část bude zaměřena na analýzu činností v konkrétním zdravotnickém zařízení. Proto chci nejprve toto specifické prostředí přiblížit následující citací:

„Zdravotnictví představuje odbornou část péče o zdraví, kterou se rozumí široce pojatý souhrn sociálních, ekonomických, politických, kulturně výchovných a zdravotnických prostředků, opatření a aktivit, jejichž smyslem je chránit, upevňovat a navracet lidem zdraví.“ (Rektořík, 2004)

3. Základní informace o zdravotnickém zařízení

Následující informace jsou čerpány z výroční zprávy za rok 2010:

Domažlická nemocnice, a.s. se sídlem Kozinova 292, 34422 Domažlice byla zapsána dne 15.9.2003 v obchodním rejstříku vedeného Krajským soudem v Plzni, oddíl B, vložka 1073.

Předmětem podnikání (druhy činností) jsou:

- provozování nestátního zdravotnického zařízení,
- podnikání v oblasti nakládání s nebezpečnými odpady,
- hostinská činnost,
- praní, žehlení, opravy a údržba oděvů, bytového textilu a osobního zboží.

Základním úkolem nemocnice je poskytovat obyvatelstvu zdravotní péči a služby v souladu s koncepcemi jednotlivých medicínských oborů. Domažlická nemocnice poskytuje obyvatelstvu spádového území základní lůžkovou péči a dle potřeby a možností nemocnice i ambulantní péči. Domažlická nemocnice získala akreditace udělované Ministerstvem zdravotnictví k uskutečňování vzdělávacích programů² lékařů – absolventů v těchto oborech:

- vnitřní lékařství;
- chirurgie;
- traumatologie;
- gynekologie a porodnictví;
- anesteziologie a resuscitace;

² Dle zákona č. 95/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu povolání lékaře

- dětské lékařství;
- rehabilitační a fyzikální medicína;
- radiologie a zobrazovací metody.

Počet lůžek celkem:	207
Počet zaměstnanců:	336 (v průměru)
Z toho žen:	276 (v průměru)

Nemocnice byla slavnostně otevřena 22.12.2005.

V roce 2010 již po páté v řadě získala ocenění „Nemocnice Plzeňského kraje očima pacientů“.

Následující výrok, čerpaný též z výroční zprávy, se dle mého názoru dá pokládat za vizi společnosti:

„Do budoucna chceme vytvářet „image“ bezpečné, přátelské a spolehlivé nemocnice pro naše pacienty a návštěvníky. Pro personál chceme vytvářet podmínky a motivaci pro profesionální růst veškerého našeho personálu. Prioritou zůstává stabilizace zdravotnických týmů.“

Mezi nejdůležitější záměry organizace patří (Výroční zpráva, 2011)³:

- důsledné uplatňování ošetrovatelského procesu na všech odděleních nemocnice a neustálá revize ošetrovatelské dokumentace;
- rozvíjet systém řízení kvality ošetrovatelské péče;
- tvorba nových ošetrovatelských standardů a jejich auditu;
- podporovat rozvoj ve všech oborech v oblasti ošetrovatelské péče, fyzioterapie, laboratorní činnosti a radiodiagnostiky;
- zajistit příjemné a bezpečné prostředí pro pacienta s respektováním lidské důstojnosti a uspokojování jeho bio-psychosociálních potřeb;
- vytvářet motivační prostředí pro zaměstnance;
- vychovávat personál k zodpovědnosti za odvedenou práci a výkon;
- sledování spokojenosti pacientů;
- zkvalitnit komunikaci s pacienty a rodinnými příslušníky;
- sledování spokojenosti zaměstnanců;
- zajištění stability v personální politice;

³ [Pozn. autora: Záměry a cíle nejsou upraveny dle pravidla SMART, z důvodů zachování autenticity se zdrojem literatury.]

- podporovat celoživotní vzdělávání nelékařských pracovníků;
- nadále rozvíjet dobrou spolupráci s Domažlickou střední zdravotnickou školou, dále spolupracovat se Střední zdravotnickou školou v Plzni a Fakultou zdravotnických studií Západočeské university v Plzni.

Uvedené záměry budou sledovány v závěrečných doporučeních pro optimalizaci vybraných procesů.

Finanční situace

Z údajů uvedených ve výroční zprávě vyplývá, že náklady u většiny oddělení jsou na jeden ošetrovací den vyšší než příjmy. Paušály od zdravotních pojišťoven v žádném případě nehradí skutečné (ba ani průměrné) náklady, nároky na mzdy a s tím i spojené povinné odvody se zvyšují a v neposlední řadě náklady na povinné bezpečnostní revize přístrojů a zařízení zapříčiňují, že nemocnice je nucena hledat všechny možné úspory – v tomto případě v procesním přístupu v řízení a s tím spojené lepší efektivitě práce.

Zdravotnický holding Plzeňského kraje

V roce 2010 se Domažlická nemocnice stala součástí nově vzniklého Zdravotnického holdingu Plzeňského kraje. Účelem zrození nové organizace bylo především zajištění jednotného řízení a plánování šesti geograficky blízkých nemocničních zařízení a tím zajištění lepší kvality a dostupnosti zdravotní péče pro občany regionu. Druhý logický důvod spočívá ve snížení nákladů a lepší spolupráci s pojišťovnami (tzn. zvýšení příjmů).

„Hlavní náplní činnosti ZHPK je prostřednictvím ovládacích smluv řídit a koordinovat nemocnice zřízené Plzeňským krajem a přitom maximálně využít výhody synergických efektů.“ (Zdravotnický holding Plzeňského kraje, 2010)

Zdravotnický holding sdružuje tato zdravotnická zařízení:

- Klatovská nemocnice, a. s.;
- Domažlická nemocnice, a. s.;
- Nemocnice následné péče LDN Horažďovice, s. r. o.;
- Nemocnice následné péče Svatá Anna, s. r. o.;
- Rokycanská nemocnice, a.s.;
- Stodská nemocnice, a. s..

Obrázek 12: Zdravotnický holding Plzeňského kraje



Zdroj: Zdravotnický holding Plzeňského kraje, 2010.

V krátkodobém horizontu holding sleduje konkrétně tyto záměry⁴:

- nastavení vysoké transparentnosti hospodaření;
- stabilizaci a snížení variabilních i fixních nákladů všech ovládaných subjektů;
- sjednocení formy ekonomického řízení;
- zvýšení kvality poskytované péče na podkladě zavádění standardů;
- zvýšení úrovně vnitřní i vnější bezpečnosti pacientů.

V dlouhodobém horizontu se očekává:

- dosažení zvýšení úhrad za zdravotní péči od zdravotních pojišťoven;
- stabilizace zdravotnického personálu;
- vyrovnané hospodaření řízených subjektů;
- rozvoj zdravotní péče a kontinuální zvyšování její kvality podle nejnovějších, medicínských směrů včetně implementace nových léčebných postupů a technologií včetně získání akreditace našich nemocnic;
- zajištění spolupráce všech zdravotnických zařízení v rámci Plzeňského kraje (např. FN Plzeň a privátních nemocnic), sousedících krajů (Karlovarský, Středočeský a Jihočeský) i Evropské unie (Bavorsko).

⁴ [Pozn. autora: Záměry a cíle nejsou upraveny dle pravidla SMART, z důvodů zachování autenticity se zdrojem literatury.]

4. Stávající organizační struktura

Jedná se o strukturu funkcionální, kde se pracovníci sdružují dle podobnosti úkolů, dovedností či aktivit. Strategické rozhodování je soustředěno do vrcholového vedení (ředitelka nemocnice). Spolupráce pracovníků probíhá spíše uvnitř odborné oblasti (v rámci jednotlivých oddělení) než napříč mezi odděleními. Je zde nejasná odpovědnost za pracovní výsledky (zda má být za výsledky konkrétní činnosti nebo úkolu odpovědný konkrétní pracovník, vedoucí oddělení nebo další). (Dokoupil, 1998) Struktura nemocnice jako takové je znázorněna v příloze A. V příloze B je přiložen přímo organigram⁵, ze kterého jsou patrné hierarchické vztahy jednotlivých pozic. Popis kompetencí se zaměřuje pouze na řídicí funkce v rámci procesu poskytování zdravotnickou péče a procesů jemu přímo nadřazeným. Informace pro slovní popis jsou čerpány z vnitřních předpisů nemocnice (Výrutová, 2005).

V čele nemocnice je ředitelka, která je jmenována radou Plzeňského kraje (pětileté funkční období). Je výkonným orgánem společnosti a zároveň členkou představenstva jakožto statutárního orgánu společnosti. Rozhoduje o běžných záležitostech, jedná jménem nemocnice, vydává vnitřní předpisy, jmenuje a odvolává vedoucí pracovníky a také jim určuje náplň práce. Ředitelce jsou přímo podřízeni: zástupce ředitelky pro LPP, primáři oddělení, manažer pro nelékařské obory (hlavní sestra), vedoucí ekonomického odboru, vedoucí TOO, referent pro zdravotní pojišťovny, personální referent, vedoucí lékárny.

- V jazyce procesního řízení je ředitelka vlastníkem procesu *řízení nemocnice*.

Zástupce ředitelky pro lékařskou a preventivní péči sleduje úroveň poskytovaných zdravotnických služeb, efektivní poskytování léčebné péče, řídí, koordinuje a kontroluje práci primářů, vedoucích oddělení a lékařů specialistů. Zároveň je statutárním orgánem ředitelky a v době její nepřítomnosti ji zastupuje (výjimku z kompetencí, které na něj přecházejí činí vydávání a pozměňování předpisů).

- Zástupce ředitelky je vlastníkem procesu *poskytnutí ambulantní a hospitalizační péče, výkon operační činnosti*.

Manažer pro nelékařské obory (hlavní sestra) zodpovídá za odbornou úroveň poskytované ošetrovatelské péče, podílí se na stanovení strategie a koncepce této péče, spolu s primáři dohlíží na vrchní sestry na jednotlivých odděleních a metodicky koordinuje a kontroluje řízení

⁵ [pozn. autora: organigram = podnikové dokumenty zachycují především konkrétní organizační strukturu a řídicí vztahy instituce]

pracovníků nelékařských povolání (SZP, NZP, PZP – viz pojmy), koordinuje optimální personální obsazení a rozmístění těchto pracovníků. Dále by měla zajišťovat kontinuální vzdělávání zdravotnických pracovníků nelékařů. V neposlední řadě má na starost příslušnou agendu zdravotnické dokumentace a statistiky.

- Dá se říci, že hlavní sestra je vlastníkem (je dozorčím a zodpovědnou osobou) všech ostatních procesů v příloze B, tedy všech, kde nefigurují zdravotničtí pracovníci lékaři, např. *zajištění podpůrných činností k hospitalizační péči, provádění paraklinických vyšetření, poskytnutí sociálních služeb, provádění sterilizace a dezinfekce* atd.

Primáři jednotlivých oddělení jsou přímými nadřízenými lékařů a vrchních sester na daném oddělení. Primář odpovídá za odbornou úroveň lékařské péče na oddělení (také formou odborného růstu místních lékařů), koordinuje kompetence a práci lékařů, odpovídá za optimální etickou a pracovní morálku jak ve styku personálu s pacientem, tak interakce mezi lékaři a ošetrovatelským personálem. Odpovídá za účelnou farmakoterapii a provádění povinných statistických hlášení.

- Primář je vlastník subprocessu *poskytnutí hospitalizační péče*.

Vrchní sestry jsou podřízeny primáři (nikoli ředitelce jako předcházející tři pozice), na základě pokynů primářů a hlavní sestry řídí činnost staničních sester a odpovídá za organizaci práce SZP, NZP a PSP. V rámci své řídicí funkce dohlíží na dodržování etických norem ošetrovatelského personálu, úroveň péče, zajištění a efektivní využívání materiálního a technického vybavení a pomůcek na pracovišti, stará se o optimální úroveň stravování a užívání léků.

Organizace je dále dělena do pěti úseků (ekonomický, personální, technický, stravovací, poskytování zdravotní péče). Dále podrobněji je dělen pouze úsek zdravotnické péče, jelikož má mnohonásobně více personálního obsazení s různou specializací. Tato struktura sleduje tradiční organizační dělení sledující hierarchii řízení. Dále se na organizaci podíváme z pohledu procesního, kde jsou sledovány a sdružovány související činnosti v nemocnici.

V následující kapitole se již nebudu zabývat celou organizací, ale pouze vybranými procesy spojenými s průchodem pacienta nemocnicí. Porovnávat funkční jednotky (popis stavu) a procesy (děj) v zásadě nelze, ale dá se říct, že následující procesy můžeme na diagramu v příloze A hledat v ambulancích a lůžkových částech jednotlivých oddělení spadajících pod úsek poskytování zdravotní péče.

4.1. **Procesní mapy**

Dříve v teoretické části jsem uvedla několik nejpoužívanějších nástrojů ke zpracovávání procesních modelů. Pro tuto práci jsem ke zpracování procesních diagramů zvolila program Business Process Visual ARCHITECT verze 4.3 Simulacian⁶ (vyvinut firmou Visual Paradigm International). Tento program je možné ve zkušební verzi stáhnout zdarma s licencí na 1 měsíc. Program je uživatelsky velmi příjemný, srozumitelný a jednoduše ovladatelný. Podporuje nejnovější standardy a umožňuje analyzovat, vizualizovat a animovat podnikové procesy pomocí různých typů procesních diagramů. Například Microsoft Visio⁷ poskytuje podobné vymoženosti, avšak není graficky tak atraktivní a barevný, čili přehlednost diagramů je nižší.

Pochody v nemocničním zařízení jako celku jsou velmi komplikované a je jich mnoho. Přáním vedení Domažlické nemocnice bylo zmapovat činnosti související s průchodem pacienta nemocnicí, čili podpůrné a řídicí procesy zde nebudu rozebírat vůbec a v rámci hlavních procesů se zaměřím pouze na poskytování péče. V příloze B jsou vypsány jednotlivé hlavní procesy jako např. *výkon operační činnosti; provádění laboratorních vyšetření; zobrazovacích metod; příprava, prodej a distribuce lékárenského sortimentu* atd. V dalších modelech je dopodrobna rozváděn pouze proces poskytování ambulantní a hospitalizační péče, který je nejsložitější a zároveň nejdůležitější.

V příloze C jsou 4 subprocesy, které dohromady tvoří proces *poskytnutí ambulantní a hospitalizační péče*. Jsou to *příjem pacienta ambulantní, příjem pacienta k hospitalizaci, poskytnutí ambulantní péče a poskytnutí hospitalizační péče*. Tyto podprocesy jsou každý zvlášť podrobně rozepsány jako EPC⁸ diagramy v přílohách E - H.

4.2. **EPC diagramy procesu ambulantní a hospitalizační péče**

U zpracování jednotlivých modelů byl kladen důraz na srozumitelnost, přehlednost a pochopitelnost. Proto zde samozřejmě nemohou být dopodrobna rozepsány veškeré skutečnosti, které v rámci těchto podprocesů figurují (resp. zpracování těchto procesních modelů je zjednodušené oproti podobě profesionálních procesních modelů, kde jde procesní management do větší hloubky a více se rozpracovává). Prvky programu byly využívány tak,







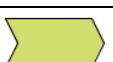

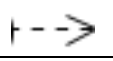
⁶ BP Visual architect: <http://www.visual-paradigm.com/product/bpva/>

⁷ MS Visio: <http://www.microsoft.com/cze/office2010/produkty/visio.aspx>

⁸ [pozn. autora: EPC = Event-driven Process Chains = diagram procesu řízeného událostmi - metoda používaná při modelování procesů]

aby byla vystižena potřebná podstata jevů a stejně tak legenda k modelům byla podána tak, aby byla srozumitelná i osobě, která s tímto programem či s procesními mapami nikdy nepracovala (tzn. nikoli přesně dle příručky).

Tabulka 6: Legenda procesních map

	Událost / rozhodnutí
	Činnost
	Logický operátor: „a“; „a i nebo“; „buď anebo“
	Organizační jednotka
	Odkaz na jiný proces
	Informační vstup
	Informační výstup
	Proces
	Nemocniční IS
	Tok řízení

Zdroj: Vlastní zpracování, 2012.

Nemocniční informační systém je v současné době od firmy Medea, avšak v blízké budoucnosti se bude měnit. Záměrem je sjednotit NIS všech nemocnic spadající pod Zdravotnický holding plzeňského kraje a také modernizace zastaralého systému.

Příjem pacienta ambulantní – příloha E

Jako první EPC model je zde příjem pacientů k ambulantnímu vyšetření (tj. všech, kteří nejsou předem objednaní k hospitalizaci). Pacient může přijít sám, je přivezen záchrannou službou (akutní příjem) či může být objednan k ambulantnímu vyšetření/kontrolě. Nejprve je pacient registrován. Tuto činnost vykonává zdravotní sestra (modré pole v diagramu), poté na základě posouzení naléhavosti případu (může provádět i speciálně vyškolená sestra) se vyřídí nejprve administrativní záležitosti (tisk chorobopisu, předložení doporučení od obvodního lékaře apod.) nebo se přistoupí k okamžitému ošetření, pokud jde o naléhavý případ. Poté je provedeno základní klinické, tj. fyzické, vyšetření, které je založeno na využití smyslových orgánů vyšetřujícího. Druhy vyšetření jsou zrakem (barva kůže, asymetrie těla, kožní útvary), pohmatem (teplota těla, neobvyklé útvary na těle, uzliny, test lokální bolestivosti při stlačení),

poslechem (srdce, cévy, dýchání), čichem (charakteristický zápach doprovázející určité choroby (např. jater, ledvin). Při vstupním vyšetření se zjišťuje anamnesa - osobní, rodinná, pracovního prostředí a také anamnesa vlastního onemocnění (vznik, trvání, vývoj, příznaky). (V.I.P. Most, s.r.o.)

V případě potřeby lékař vypíše žádanky na paraklinická vyšetření, tedy zobrazovací metody (RTG, sonografie apod.) nebo laboratorní vyšetření (běžně se provádí vyšetření moči či krve na přítomnost různých látek). Tyto žádanky spolu s lékařskou a ošetrovatelskou dokumentací jsou výstupem tohoto procesu a zároveň vstupem pro proces provádění paraklinických vyšetření. Na základě výsledků klinických a paraklinických vyšetření lékař určí tzv. pracovní diagnózu (mezi jinými předběžné určení zda půjde o konzervativní či invazivní/operační léčbu) a rozhodne se buď o pokračování v ambulantní péči, nebo o postoupení k hospitalizační péči. V tomto případě se ve fázi aktualizace složky pacienta vypíše další dokumenty – souhlas pacienta s hospitalizací a protokol příjmu pacienta k hospitalizaci. Diagram končí odkazy na proces poskytnutí ambulantní péče a poskytnutí hospitalizační péče. V případě, že se jedná o velmi jednoduchý případ bez nutnosti dalších kontrol či vyšetření jiných specialistů, pacientům průchod procesy končí v tomto místě a do dalšího procesu poskytnutí ambulantní péče již nepokračuje.

Poskytnutí ambulantní péče – příloha F

Po tom, co byl identifikován případ k ambulantní péči během procesu příjmu pacienta, se provede vyšetření a zpřesnění péče. Výstupem této činnosti je lékařská dokumentace, konkrétně ambulantní karta (obsahuje záznamy o subjektivních potížích, objektivním nálezu, diagnosa, záznamy dalších vyšetření, léčba). Dále jsou výstupem žádanky dalších vyšetření (paraklinické, konsiliární), vyúčtování poplatků. Následuje jedna z několika možností, které se navzájem vylučují (v diagramu demonstrováno logickou spojkou XOR):

- 1) je potřeba provést další vyšetření – pokračuje se v ambulantní péči (na diagramu zpětná smyčka, která vrátí cestu procesu před činnost provedení vyšetření);
- 2) pacient je propuštěn a jeho stav se kontroluje ambulantní léčbou – opakování tohoto procesu;
- 3) pacient je převezen do jiného zdravotnického zařízení – pacient se připraví k transportu, vystaví se překládová zpráva (obdoba lékařských zpráv) a je zajištěn transport;

- 4) pacient je postoupen k hospitalizační péči – buď se ihned přejde k procesu poskytování hospitalizační péče, nebo ho sestra objedná k pozdější hospitalizaci a zanese to do systému, aby se s pozdějším příjmem počítalo);
- 5) úmrtí pacienta – administrativně se ukončí dokumentace pacienta (pacient se vyřadí z evidence). Vystavení úmrtního listu, případná pitva a další úkony jsou již zajišťovány v rámci jiného procesu (vypořádání úmrtí pacienta).

Příjem pacienta objednaného k hospitalizaci – příloha G

Příjem pacientů objednaných k hospitalizaci je jednodušší než příjem ambulantních pacientů, jelikož pacient již prošel ambulantním vyšetřením a tudíž je pacientova složka zavedena (je vstupem tohoto procesu), jeho stav je znám a je stanovena pracovní diagnóza. Po příchodu se pacient registruje a zdravotní sestra s ním vyplní souhrnnou příjmovou dokumentaci ošetřovatelskou. To je souhrnné označení pro spisy, které vyřizují zdravotní sestry jako souhlas s hospitalizací, identifikační údaje pacienta, potvrzení pracovní neschopnosti, chorobopis apod. Následuje vstupní vyšetření, které je zaznamenáno do příjmové dokumentace lékařské. Do té patří lékařské zprávy, další informované souhlasy s léčbou, poučení pacienta a další dokumenty zastřešené ošetřujícím lékařem. Na základě tohoto vyšetření se buď potvrdí případ k okamžité či pozdější hospitalizaci nebo se rozhodne o navrácení k ambulantní péči.

Poskytnutí hospitalizační péče – příloha H

Poskytnutí hospitalizační péče je ten nejsložitější proces v nemocnici vůbec. K hospitalizaci je pacient přijat vždy až po průchodu ambulantním vyšetřením, a to buď okamžitě, nebo na základě objednání k pozdější hospitalizaci. Nejprve je pacientu přiděleno lůžko a pacient je poučen o následné péči. Informovaný pacient je moderním trendem z důvodů bezpečnosti a písemný souhlas podepsaný pacientem figuruje jako relativní alibi pro ošetřujícího lékaře. Pacient podepisuje několikrát souhlas – s hospitalizací, informovaný souhlas při nutnosti invazivního zákroku, souhlas s podáváním informací o jeho zdravotním stavu a další. Tyto listiny patří do příjmové ošetřovatelské dokumentace. Sem náleží také tzv. ošetřovatelská anamnéza, tedy zmapování pacientových potřeb (tělesných, psychosociálních apod.) (Zuščich, Drobičilová, 2009)

Po úvodních formalitách je pacient vyšetřen lékařem, který stanoví léčebný plán. Paralelně s prováděním tohoto plánu se realizuje i ošetřovatelský plán, jenž mají pod záštitou ošetřující

sestry. Každá dokumentace se vede zvlášť. Léčba obvykle vyžadující průběžná paraklinická vyšetření je prováděna konzervativně (bez použití jakéhokoliv instrumentárního nebo chirurgického zásahu) nebo operativně (diagram odkazuje na jiný proces – výkon operační činnosti). Veškeré zákroky a dění kolem pacienta je zaznamenáváno do denních záznamů – tzv. dekurzu. Následně, po realizaci plánované péče, lékař vyhodnotí dosavadní léčbu a pokračuje ve stanovené indikaci péče nebo pacienta propustí (je předán do ambulantní péče). V tomto případě se vystaví propouštěcí zpráva, vypořádají poplatky a uzavře se epizoda ve složce pacienta. Pacient též může být přeřazen do jiného zdravotnického zařízení nebo případně je konstatováno úmrtí (překlad či vypořádání úmrtí pacienta je od tohoto bodu totožné jako postup, jenž byl popsán u ambulantní péče výše).

4.3. *Nedostatky ve stávající organizaci práce*

Jak již bylo řečeno, nemocnice získala již poněkolkáté v řadě 1. místo v soutěži Nemocnice očima pacientů. Spokojenost pacientů se službami v Domažlické nemocnici dokládají i výsledky dotazníkového šetření hospitalizovaných pacientů z února roku 2011, kde více jak 90 % pacientů hodnotilo aspekty od zdravotnické péče, informovanost o procedurách a vyšetřeních přes stravu až po subjektivní zlepšení svého zdravotního stavu kladně. Jediná záležitost, na kterou si hospitalizovaní pacienti stěžují už dlouhá léta ve všech nemocničních zařízeních, je příliš brzké ranní buzení. Bohužel tento, ačkoli závažný, nedostatek z pohledu pacientů se patrně nepodaří nijak vyřešit ani v delším časovém horizontu, jelikož to je spojeno s daleko větším problémem ve zdravotnictví, a tím je velmi mnoho práce naproti neustálému nedostatku personálu a nedostatečné proplacenosti nákladů od zdravotních pojišťoven. Z tohoto důvodu se spíše než na perspektivu pacientů zaměřím na problémy z interního pohledu zaměstnanců, vedení nemocnice a vlastního výzkumu. V této kapitole bude uveden pouze výčet vybraných problémů a návrhy na optimalizaci budou předneseny v následující pasáži práce.

1) Přetíženost ambulancí

Jeden z nejpalčivějších problémů, s nimiž se setkává personál nemocnice stejně jako pacienti, jsou časté přeplněné čekárny Chirurgické a Interní ambulance a s tím spojené dlouhé čekací doby na ošetření. Na vině je zde fakt, že na těchto odděleních se na jednom pracovišti zajišťuje pohotovost a stejně tak se zde provádí kontroly, tzn. sledování vývoje zdravotního stavu pacienta po určitém zákroku či ošetření na těchto odděleních. Tímto vzniká situace,

že mezi pacienty, kteří přišli na základě pozvání ke kontrole, často vnikají urgentní případy, které musí být ošetřeny okamžitě a čekací doby objednaných pacientů se tak často dosti prodlužují. Problém se prohlubuje ještě faktem, že pacienti nejsou objednáváni na konkrétní čas nebo den a většina z nich posléze přichází převážně dopoledne a dochází tak k nerovnoměrnému zatížení ordinací v dopoledních a odpoledních hodinách. V neposlední řadě zde hraje roli absence tzv. centrálního příjmu (viz text dále), který je dnes ve větších nemocnicích již obvyklou záležitostí.

2) Struktura pravomocí

Dalším slabým místem, avšak velmi významným, je dělení pravomocí. Tento problém se týká procesu řízení nemocnice, nikoli tedy poskytování zdravotní péče, na které se tato práce zaměřuje, avšak považuji za podstatné se o něm zmínit. Ve vnitřních předpisech je uvedeno základní dělení pravomocí. Např. hlavní sestra zodpovídá za odbornou úroveň poskytované ošetrovatelské péče, dohlíží na vrchní sestry na jednotlivých odděleních a další nižší zdravotnické pracovníky, zajišťuje jejich vzdělání a personální obsazení. Stává se, že tato osoba, jež je součástí řízení nemocnice, fyzicky zajišťuje záležitosti, jež by měly spadat do agendy jejich podřízených, a manažer posléze nemá dostatek času řešit věci, které má v popisu práce (konkrétně například řešení malování, jež by mělo zajistit technické oddělení).

Zástupce ředitele pro lékařskou a preventivní péči má oficiálně na starost řízení procesu poskytování zdravotnické péče, její kvalitu a je vedoucím lékařským pracovníkem. Konkrétním příkladem, co by dle mého názoru nemělo spadat do jeho povinností, je analýza tzv. úhradové vyhlášky. Tato vyhláška je základní dokument, který stanovuje, jaké úhrady budou zdravotnická zařízení dostávat za určité položky zdravotnické péče od zdravotních pojišťoven. Vyhláška vychází každý rok nová, úplně jiná a v průběhu roku jsou různé aktualizace. Vždy jí musí určitá osoba projít a analyzovat její dopady na nemocnici. Tato činnost se dá přirovnat k vykládání zákonů, tedy zkoumání mnoha složitých formulací a výpočtů. Z této analýzy vyplývá např. zda za současných podmínek se nemocnici vyplatí spíše pacienta před operativním zákrokem přijmout večer k hospitalizaci a ráno ho operovat, nebo je výhodnější nechat lůžko prázdné a pacienta operovat v ten samý den, co přijde do nemocnice.

V neposlední řadě spatřuji problém ve faktu, že jak hlavní sestra, tak zástupce ředitele stále vykonávají vedle své vedoucí funkce i služby na sálech, což podstatně snižuje jejich dostupnost pro řešení manažerských povinností.

3) Nadstandardní péče

Standardní a nadstandardní péče je téma, které se řeší ve vládních kruzích v rámci zdravotnické reformy již dlouhá léta. Hlavní body reformy jsou dobře a přehledně vysvětleny například na informačním portálu Vlády České republiky (ICV⁹). Téma celkově je však příliš obsáhlé a já se hodlám zmínit pouze o vybraném problému, a tím je rehabilitační péče. V rámci této péče pacienti dostávají určitý standard nastavený nemocnicí. Často se stává, že pacient žádá určité procedury navíc, ve větším objemu, případně by si rád vybral osobu, která s ním dané procedury provedla apod. Avšak v současném znění zákonů není zcela možné mu v těchto požadavcích plně vyhovět, resp. výklad zákona je v těchto bodech sporný a nová zdravotnická reforma věc nijak neulehčuje.

V souvislosti s touto záležitostí vzniká další sporný bod, a to jak odměnit sestry, které by tuto nadstandardní péči prováděly. Sestra nemůže oficiálně dostat výplatu na ruku za odvedený úkon. Platby za úkony jsou příjmy nemocnice a neexistuje zde žádný systém redistribuce vybraných prostředků zdravotnickému personálu, který by byl pro sestry dostatečně vyhovující a motivující.

4) Komunikace

Dalším bodem, který souvisí s nejasným delegováním pravomocí, je nedokonalá komunikace v rámci nemocnice. Personál (především starší personál) je zvyklý dostávat pokyny v papírové podobě nebo osobně. Ačkoli informační systém umožňuje, aby každý zaměstnanec měl svůj korporátní email, je zde nechuť, případně neschopnost ho používat. Přitom jasné komunikační kanály by měly být základem každé, nejen procesně řízené, organizace. S komunikací však přímo souvisí faktor, který sama nemocnice nemůže příliš ovlivnit. Už delší dobu je potřeba zavedení nového nemocničního informačního systému (NIS), avšak realizaci této obměny bránilo vedení holdingu, které chtělo mít ve všech „svých“ nemocnicích jednotný informační systém, jehož výběr a nákup je pochopitelně zdlouhavá a drahá záležitost. Nyní již však byla zakázka podepsána a nový IS by měl být do všech plzeňských regionálních nemocnic v rámci holdingu instalován v horizontu půl roku.

⁹ Informační centrum vlády: <http://icv.vlada.cz/cz/reforma-zdravotnictvi/>

4.4. Návrh optimalizačních opatření

Následující návrhy jsou vypracovány na základě informací, které byly získány od personálu či vedení nemocnice, z dostupných zdrojů na internetu/literatuře a na základě vlastních empirických poznatků. Jsem toho názoru, že pro Domažlickou nemocnici mohou být tyto poznatky cenným zdrojem informací z pozice externího pozorovatele - nelékaře. Na prvním místě přednesu doporučení ohledně konfliktních ambulancí, jelikož se jedná o nejkompexnější problém.

1) Přetíženost ambulancí

Řešení problémů s přeplněnými ambulancemi může tvořit několik souvisejících opatření. První nejjednodušší možností je oddělit ordinace kontrol a pohotovosti. Nevznikal by zde problém, kdy kontinuální průchod pacientů ordinací je narušován urgentními případy, které nesnesou odkladu, a celkově by se zvýšila kapacita případů, které by ordinace byly schopny plynule ošetřit. Samozřejmě toto řešení vyžaduje vyšší personální obsazení a vyšší nároky na prostory, avšak kapacity nemocnice jsou na toto řešení dostatečné. Je to tedy otázka pouze určitého organizačního přeskupení.

Druhou možností je zřízení tzv. centrálního příjmu. Centrální příjem se v současné době zavádí v mnoha nemocničních zařízeních, avšak provedení, kapacita a velikost jsou pokaždé jiné, přizpůsobené velikosti a dispozičním možnostem stavby nemocnice, velikosti spádové oblasti (objemu pacientů v regionu) a organizaci práce.

Atributy centrálního příjmu

Dá se říci, že jsou tři typy činností, které může centrální příjem zabezpečovat. Jedná se o administrativní činnosti spojené s přijímáním pacientů, dále urgentní příjem pacientů a odborné úkony jako kontroly, specializované poradny apod. V jakém rozsahu se nemocnice rozhodne centrální příjem realizovat, je čistě individuální záležitostí. V případě, že se zařízení rozhodne celý proces ambulantní péče (všechny 3 typy řečených činností) sjednotit, centrální příjem je rozdělen na několik částí dle druhu činnosti a odbornosti a situace vypadá následovně:

- I. První částí je recepce, která je prvním kontaktním místem pro příchozí pacienty, poskytuje informace pro návštěvníky, zajišťuje administrativu, ale také určuje

naléhavost případu a příslušnost do jednotlivých ordinací. Proto je nutné, aby zde sloužil speciálně vyškolený zdravotní pracovník. Na tomto administrativním příjmu předkládají přichodí pacienti své identifikační doklady (občanský průkaz, kartička pojišťovny, doporučení od obvodního lékaře atd.), vypisuje se zde chorobopis s osobními údaji, zadávají se kmenová data pacienta do NIS, tiskne se stanovená dokumentace, vypisují, evidují a rozesílají vystavené pracovní neschopnosti. Zřízení tohoto administrativního pracoviště je o to logičtější, že v nové nemocnici je vedle chirurgické ambulance již vybudován prostor pro tyto účely, z čehož vyplývá, že se při stavbě nemocnice s tímto záměrem počítalo, avšak Domažlická nemocnice funguje již 6 let a prostory jsou zatím nevyužívány.

- II. Další část se dá nazvat oddělením urgentního příjmu (UP). Zde je emergency (běžně se používá tohoto anglického výrazu), kde se ošetřují pacienti v ohrožení života se závažnými poruchami životních funkcí, nejčastěji přejímaní od záchranné služby. Tyto stavy jsou označeny jako kritické a řeší se okamžitě. Dále se klasifikují stavy neodkladný (řešení do 2 hodin) a odložitelný (řešení od 2 do 24 hodin). Tyto se řeší na ambulantním traktu oddělení urgentní medicíny a ošetřují se zde akutní stavy v oborech chirurgie, interna, neurologie a další. Součástí tohoto oddělení jsou také tzv. expektační lůžka, jenž slouží k pobytu nemocného v průběhu vyšetření a stanovování diagnózy, dokud není rozhodnuto o příjmu, překladi do jiného zařízení či propuštění. Tato lůžka se dají sjednotit s tzv. observačními lůžky, kde pacienti odpočívají a jsou sledováni po provedených zákrocích.

Vybavení urgentního příjmu odpovídá vybavení JIP – vybavení pro monitoring EKG, saturaci kyslíku, tlaku apod. Lékaře zde doplňují speciálně proškolené sestry, které jako první komunikují se záchranou službou a zjišťují pracovní diagnózu. Je zde zajištěna nepřetržitá konsiliární služba (konzultace se specialisty z různých oddělení nemocnice jako je neurochirurgie, traumatologie, atd.). V případě hromadného neštěstí zajišťuje toto oddělení ve spolupráci se ZZS likvidaci zdravotních následků mimořádné události.

- III. Poslední částí centrálního příjmu jsou odborné ambulance, které řeší chronická onemocnění, kontroly a poradenství v klasických ordinačních hodinách. Právě tyto odborné ambulance bývají často samostatně a jako centrální příjem se považuje pouze administrativa a urgentní příjem.

Ideální stav je takový, že v klasickém denním provozu, tzn. 7-15 hod., je centrální příjem rozdělen na stanici akutní a odborné ambulance, které se navzájem nenarušují a vykonávají vlastní specializované činnosti. Po třetí hodině, v době ústavní pohotovostní služby, kdy není takový přísun případů, se stanice spojí a redukuje se personální obsazení.

Realizace centrálních příjmů slaví v nemocnicích v České republice úspěchy a přecházejí na toto řešení i menší nemocnice např. nemocnice v Hořovicích¹⁰, Kladně¹¹ či Havířově¹². Pacienti nemusejí ani v nočních hodinách přemýšlet, kam mají se zraněním jít, ale jednoduše přijdou do recepce urgentního příjmu a zbytek obstará personál nemocnice. V případě, že pacient potřebuje ošetření od lékařů různých specializací, veškerá péče je mu poskytnuta na jednom místě. V případě přivezení pacienta na základě komunikace se záchrannou službou speciálně vyškolená zdravotní sestra již svolá potřebné konziliáře s potřebným personálem a celý proces ošetření se tím urychlí a zefektivní.

Na konferenci Olomoucký den urgentní medicíny byla vyzdvížena tato pozitiva správně fungujícího urgentního příjmu (MUDr. ZIKA, 2008):

- „Úspora lůžek v nemocnici –mnoho pacientů u nás končících 1-2denní hospitalizací je po observaci a ujasnění dg. propuštěno přímo z UP většinou týž, nejdéle následující den,
- péče jde za pacientem na jedno místo,
- cirkulace akutního pacienta nemocnicí z ambulance na ambulanci, z oddělení na oddělení neexistuje,
- jednoznačná úspora personálu pracujícího mimo řádnou pracovní dobu, pacient odchází na lůžkové oddělení stabilizovaný a plně zajištěn do začátku řádné pracovní doby.
- Je někde lepší místo pro postgraduální vzdělávání -všeobecný společný blok?
- Je někde lepší příjmové místo pro mezioborového nebo multioborového pacienta?
- Vstup všech neplánovaných příjmů pacientů přes UP = ideál, ale v našich poměrech s vysokým rizikem zahlcení, nutno řešit komplexně s novelizací povinností a zodpovědnosti systému terénní péče.
- Organizační a systémové změny stojí nejméně peněz, ale nejhůře se prosazují.“

¹⁰ <http://www.nemocnice-horovice.cz/centralni-prijem>

¹¹ <http://www.nemkladno.cz/userfiles/File/PDF/urgent-2011-05.pdf>

¹² <http://www.nsphav.cz/>

Mám dojem, že dané uvedené výhody jsou dostatečně výmluvné, avšak ještě bych dodala pár vlastních poznatků. Existencí centrálního administrativního příjmu se z pacienta po průchodem recepcí stává pouze identifikační číslo, které mu dává anonymitu, jak před lékařem, tak před ostatními pacienty v čekárně.

Úspora personálu se netýká pouze zmiňované mimopracovní doby. Správně fungující centrální příjem se dá popsat jako živý organismus. Na urgentním příjmu jsou neustále přítomny řekněme 3 speciálně proškolené sestry a sanitář, kteří napomáhají v ambulancích nebo na recepci podle toho, jak si aktuální situace žádá. Je logické, že není potřeba přítomnosti více sester během celého vyšetření. Dle statistik v tabulce č.7 je vidět, že během 24 hodin přichází průměrně 20 urgentních pacientů (chirurgická + interní pohotovost), takže určitě není nutné, aby v ordinacích bylo neustále vázáno více zdravotnického personálu, když zároveň v jiných ordinacích dochází ke skluzu. Připomínám, že nyní hovořím o urgentním příjmu. V odborných ambulancích a ambulancích kontrol by sestry byly využívány po většinu času. (Toto je hodnocení stavu TO-BE¹³. Nyní, AS-IS¹⁴, jsou ambulance kontrol a pohotovosti spojené, což logicky vyžaduje více sester.)

Konkrétní možnosti v Domažlické nemocnici

Domažlická nemocnice je úplně nová budova, která byla evidentně projektována v duchu moderních trendů organizace práce ve zdravotnictví. Avšak potenciál, který dispoziční uspořádání prostor nabízí, zdaleka není využit. V příloze I je přiložen stavební plán ambulantního traktu nemocnice, který vespodu stránky přechází na vstupní halu nemocnice. Na pravé straně můžeme vidět všechny odborné ambulance (kromě dětské a gynekologické, které jsou v jiných patrech). V tomto místě je i jedna z problémových ambulancí – interní, která v klasických ordinačních hodinách přebírá i naléhavé případy. Téměř celá levá strana patří chirurgické ambulanci (druhá konfliktní ambulance). Všechny ambulance jsou spojeny jednou velkou čekárnou.

Ze zkušeností z Krajské zdravotní, a.s., které obhospodařují 5 spádových nemocnic na severozápadě Čech, se zřízením centrálního příjmu souvisí hlavně náklady na přizpůsobení prostor (stavební úpravy). Z předchozího textu vyplývá, že zdejší prostory jsou pro tyto účely připraveny (až na pár drobných úprav, které vysvětlím později). Jde tedy spíše o organizační přestavbu a využití možností, které se nabízejí. Mezi ně patří:

¹³ [pozn. autora: TO-BE = budoucí stav po provedení optimalizace]

¹⁴ [pozn. autora: AS-IS = současný stav procesů]

- I. 3 menší místnosti v horní části nádkresu (střed). Zde jsou připraveny elektrické obvody pro připojení monitorovacích zařízení a pravděpodobně by měly sloužit jako prostor pro observační lůžka (lůžka, kde pacienti buď čekají na ošetření/rozhodnutí o následném léčebném postupu apod. nebo odpočívají po provedeném zákroku pod odborným dohledem). Tyto prostory jsou však volně přístupné pro pacienty z čekárny (nejsou nijak odděleny), takže jsou nevyužívané (resp. z jednoho je sklad ortéz, v druhé dospávají pacienti narkózu po endoskopických vyšetřeních a třetí je prázdný).
- II. Malý prosklený prostor (okénko) přibližně ve středu chirurgického traktu (levá strana) plánovaný jako recepce. Dosud je nevyužíván.
- III. Elektrické obvody a informační tabulky nade dveřmi odborných ambulancí připraveny pro zprovoznění vyvolávacího (pořadnickového) systému. Tyto obvody je možné vidět v příloze I. Dosud nevyužívány.
- IV. Kapacitní potenciál odborných ambulancí - některé ambulance (např. diabetologická) mají ordinační hodiny pouze 4 hodiny týdně, přitom rozšíření ordinačních hodin je žádoucí a prostory jsou k dispozici. Rozšíření ordinačních hodin skýtá možnost vyššího zisku ústavní lékárny.

V nemocnici nyní recepce existuje přímo u vstupu do hlavní haly. Pracovník, zde působící, je schopen podat pacientům určité informace (neodborné), má jistou bezpečnostní funkci a komunikuje se záchranou službou. To není ideální, jelikož pracovník není zdravotník, hovory musí dále přepojovat či informace distribuovat na specializované pracoviště (chirurgie/interna/...), kde teprve v případě potřeby svolávají konsiliáře a celý proces předávání informací (pro pacienta životně důležitý) se tím komplikuje a prodlužuje. Kontaktním místem pro ZZS by měl bezesporu být zdravotnický pracovník schopný naléhavou situaci patřičně vyhodnotit a jednat způsobem, který celý řetězec předávání informací zkrátí na minimum. Optimální stav je, aby kontaktním místem byl přímo urgentní příjem.

Recepce (neboli centrální administrativní příjem) by měla být prvním místem, kterým projde každý pacient nemocnice. Proto se domnívám, že správné místo je přímo u vchodu do nemocnice. Na tomto pracovišti je žádoucí dostatečně velký disponibilní prostor pro veškerou potřebnou administrativní agendu. Tomuto záměru dobře odpovídá nynější recepce ve vstupní hale nemocnice. Dané „okénko“ v ambulantním traktu je malé a hůře situované.

Navrhuji pracovníka na recepci nahradit specializovaným zdravotníkem vykonávajícím nejen danou administrativu včetně vybírání regulačních poplatků, ale také schopného posouzení naléhavosti a příslušnost případu (zmiňováno výše). Tímto se ušetří jedna pracovní síla (cca 200 000 Kč ročně).

Zřízení centrálního administrativního příjmu by znamenalo přenesení téměř celého čistě administrativního procesu na specializované pracoviště a v ordinacích by se provádělo pouze to, k čemu byly předurčeny – léčilo. Dle odhadu sester sloužících na chirurgické ambulanci se může, na základě přenesení administrativy, zkrátit čas ošetření určitých pacientů (např. při vstupním vyšetření nebo přijímání k hospitalizaci) až o 10 minut. Během dne se na této ambulanci ošetří různý počet pacientů. Následující tabulka obsahuje přesná data počtu pacientů, kteří prošli ambulancemi v roce 2011. Ambulancemi musí vždy znovu projít i pacienti přijímaní k hospitalizaci. Při kalkulaci hrubých 5 minut na pacienta dává časová úspora 9,6 hodin denně. Tato cifra svědčí o tom, že pracovník na administrativním příjmu by byl plně využit. Nutno podotknout, že pro jednoduchost výpočtu bylo počítáno s hodnotou 365 ošetrovatelských dní v roce (tedy nebyly brány v potaz anomálie jako jsou víkendy, svátky apod., kdy se neordinuje v odborných ambulancích). Již při této kalkulaci vychází v chirurgické kontrolní ambulanci (z důvodů vykazování pro pojišťovnu se ambulance oddělují, ačkoli reálně oddělené nejsou) téměř 3 hodinová úspora, avšak skutečné číslo ve vytížených dnech může být i daleko vyšší.

Konkrétní úspora personálu je těžko kvantifikovatelná, jelikož se jedná o diametrálně odlišnou organizaci práce, avšak můžeme to označit za tzv. „best practices“ (tj. názor, že mezi dosažitelnými řešeními existuje jedno nejefektivnější, empiricky prověřené a odzkoušené nejlepšími firmami v oboru (Kanigel, 1997)). Jedná se o ověřenou praxi založenou na maximálním využití lidských zdrojů. Tímto je možno docílit úspory na personálu, což je u každé ekonomické jednotky jedna z nejvýznamnějších nákladových položek. Zdravotní sestra kolem 35 let s určitou odborností a specializací může průměrně vydělávat 25 000 Kč hrubého měsíčně. Již úsporou jedné této pracovní síly se ročně ušetří 370 000 Kč (včetně ZP a SP placeného zaměstnavatelem). Je důležité poznamenat, že investice do zřízení centrálního příjmu je investice jednorázová, kdežto úspory na personálu, na lůžkách a výhody z efektivnější organizace práce jsou dlouhodobé, čili pomyslný ekonomický zisk z této přeměny se bude každým rokem zvyšovat.

Tabulka 7: Úspora času na ošetření při zřízení Centrální administrativy

Úspora času na ošetření při vzniku administrativního centrálního příjmu					
	Počet vyšetření			Ušetřený čas*	
	Rok	Měsíc	Den	za den [min]	za den [hod]
Počet vyšetření při příjmu k hospitalizaci					
Počet přijatých pacientů	8042	670,2	22,0	110	1,8
Počet převzatých pacientů	303	25,3	0,8	4	0,1
Počet samostatných amb. vyšetření					
Diabetická ambulance	929	77,4	2,5	13	0,2
Gastroenterologická amb.	3483	290,3	9,5	48	0,8
Hematologická amb.	1914	159,5	5,2	26	0,4
Kardiologická amb.	4913	409,4	13,5	67	1,1
Onkologická amb.	169	14,1	0,5	2	0,0
Interní amb. kontoly	3483	290,3	9,5	48	0,8
Interní amb. <i>pohotovost</i>	2155	179,6	5,9	30	0,5
Chirurgická amb. kontroly	12137	1011,4	33,3	166	2,8
Chirurgická amb. <i>pohotovost</i>	4527	377,3	12,4	62	1,0
Celkem				576	9,6
* Pozn: na každého pacinta je počítáno 5 minut časové úspory					

Zdroj: *Vlastní zpracování, 2012.*

Na základě uvedených propočtů jsou pozitiva zřízení administrativního příjmu nesporná. Samozřejmě i během vyšetření v ambulancích stále zůstává určitá lékařská administrativa, ta však již nelze delegovat na jinou osobu, než je sám ošetřující lékař.

Nyní upřesním stavební úpravy, které povedou k optimalizaci prostor pro zřízení urgentního příjmu. Základ je vytvoření prostoru s minimálně dvěma ošetřovny (chirurgická a interní), kde bude dostatečný manipulační prostor jak pro pohyb kolem lůžka, ošetření menších poranění, oděrek apod., tak zde bude možnost změření tlaku, odebrání krve, změření EKG s patřičným vybavením a eventuálně i počítač pro lékaře. Dále zde nesmí chybět malý operační sál a observační lůžka. Blízko vchodu do urgentního traktu musí být sesterna. Na tomto místě bude kvalifikovaná sestra, která vyhodnotí stav příchozího pacienta a uloží ho na vyšetřovnu, observační lůžko či rovnou na sálek. Nedaleko je žádoucí sádrovna, avšak ta nemusí být součástí přímo UP. Tento sjednocený prostor je možno snadno vytvořit s minimálními zásahy do aktuálního uspořádání. Využije se aktuální vyšetřovací sál septický (příloha I) spolu s okolními prostory a přičlenění se k nim boxy v horní části plánu. V příloze J můžeme vidět vzniknuvší sdružený prostor (ružový), který je zcela oddělen od části přístupné všem pacientům (šedá část). Mezi původními sklady a pravým boxem vznikne příčka, kdežto

v místě „Vstup urgentní příjem“ budou dveře, které musí odpovídat bezpečnostním předpisům a manipulačním potřebám. Box vpravo je šrafován, jelikož bude dle potřeby sloužit jak pacientům na UP, tak pro odpočinek pacientů po provedení endoskopického vyšetření jako dosud. Je vhodné, aby přímo v boxech byly také PC pro lékaře, to však vyvolá potřebu do těchto míst zabudovat datové kabely (elektrické rozvody zde již jsou). Naproti boxům je nutné vytvořit prostor, odkud budou pacienti na observačních lůžkách monitorováni, což znamená přebudovat prostory současných skladů. Rozsah úprav těchto skladů je na individuálním posouzení, avšak část označená „elektro“ obsahuje důležité elektrické rozvody a zařízení, které pravděpodobně nelze jednoduše přemístit. Stavební změny tedy zahrnují především přidružení boxů pro observační nebo vyšetřovací lůžka a přizpůsobení přilehlých prostor. V případě potřeby je možné UP rozšířit ještě o jednu vyšetřovací místnost (označeno hvězdičkou) a chirurgickou ambulanci (kontrolní) posunout a zahrnout do ní i ordinaci označenou neurologie, která je v současnosti nevyužita. Kontrolní ambulanci by poté tvořily dvě vyšetřovací místnosti spolu se sádrovnou a malou místností pro sestry a archiv (viz příloha I). Následující tabulka ilustruje odhad nákladů na stavební úpravy:

Tabulka 8: Odhad rozpočtu stavebních úprav ambulantního traktu Donem

Popis	Cena
ÚPRAVA AMBULANTNÍHO TRAKTU	156 537
Stavba svislých konstrukcí	4 948
Úpravy povrchu svislých konstrukcí	18 528
Bourání svislých konstrukcí	2 458
Přesun hmot a sutí ze staveniště	9 166
Zdravotní instalace	5 000
Montáž dveřních konstrukcí	11 323
Podlahové úpravy	15 193
Malby	4 921
Elektroinstalace - silnoproud	15 000
Elektroinstalace - slaboproudy	50 000
Vedlejší rozpočtové náklady	20 000
Celkem (bez DPH)	156 537
DPH	31 307
DPH 20 % ze základny: 156 537	31 307
Celkem (včetně DPH)	187 844

Zdroj: Vlastní úprava, 2012.¹⁵

Stavba, úpravy a bourání svislých konstrukcí a dále malby, dveřní konstrukce a přesun hmot ze staveniště jsou základní položky, které se ve skutečném rozpočtu zajisté objeví (s

¹⁵ Zpracováno na základě informací od Ing. Stanislava Volka, jehož živnostíí je projektová činnost ve výstavbě.

kalkulačními odchylkami), avšak *zdravotní instalace* (také sociální zařízení), *úpravy podlah, změny elektroinstalací* (datové kabely, zmíněné výše, patří do slaboproudých instalací) a *vedlejší rozpočtové náklady* mohou být velmi variabilní a ve skutečnosti se mohou od tohoto odhadu značně lišit (v závislosti na rozhodnutí o rozsahu stavebních úprav, zhodnocení statika, použitých materiálech apod.). Celkově však rozpočet (čistě stavebních úprav) pravděpodobně nepřekročí hranici 250 000 Kč.

Posledním krokem vedoucím k vyvážení návštěvnosti ambulancí v jednotlivých denních hodinách je zavedení objednávkového systému a s tím související zprovoznění vyvolávacího (pořadnickového) systému. Ideální je tyto dva systémy propojit. Například na Magistrátu města Karlovy Vary mají na některých odborech (např. registr řidičů) dlouhé čekací fronty, a proto je možné se přes internet objednat na určité půlhodinové rozmezí (nikoli určitý čas). Poté jsou na místě postupně povoláváni příchozí lidé bez objednání a mezi ně jednou za půl hodiny vsazení objednaní příchozí. Domnívám se, že podobný systém v pozměněné podobě by se dal aplikovat i zde. Část pacientů by docházela jako nyní a část by byla objednána v určitých časových intervalech. Na odpolední hodiny se může objednávat více pacientů než na dopoledne, čímž dojde k rozmělnění dopoledního návalu případů. Další možnost je vsazovat neobjednané pacienty ob jednoho objednaného. Moderní technologie umožňuje dokonce propojit objednávkový systém s ordinacemi obvodních lékařů, který přímo vidí volné objednací časy a může pacienta rovnou při návštěvě jeho ordinace objednat k pacienta k vyšetření v nemocnici.

Zdravotnický holding PK zavedl on-line objednávkový systém v některých ambulancích Klatovské a Rokycanské nemocnice, ale vesměs jsou to poradny nebo ordinace praktických lékařů. Služba se však plánuje rozšiřovat i na další pracoviště a zařízení. Více je možné se dočíst na stránkách Zdravotnického holdingu.¹⁶

K patřičnému utřídění řečených informací shrnu předcházející text. Rozdělení ordinací na kontrolní a pohotovostní sníží nápor objemu pacientů na jednoho lékaře. Lékař by se tedy bude moci hlouběji věnovat jednotlivým případům, pacienti nebudou čekat dlouhé hodiny v ordinaci a nesporně se tak zvýší kvalita péče o pacienty. Jazykem procesního řízení se při zavedení těchto změn bude přímo přispívat k hlavnímu poslání nemocnice, tedy zvyšování spokojenosti pacientů (zákazníků).

¹⁶ <http://www.zdraveplzensko.cz/index.php/pacient-navstevnik/9-stranky-zdrave-plzensko/79>

Zřízení centrálního příjmu poskytuje dalekosáhlejší a komplexnější výhody v duchu moderních trendů. Toto centralizované pracoviště sleduje procesní přístup, tedy kumulace podobných činností na jednom místě a využívání z toho plynoucích jmenovaných benefitů. Implementace sama o sobě znamená organizační proměnu a stavební změny, nároky na kapitál, ale především nutnost podrobného plánu a stanovení jasných cílů. Ve výsledku by patrně nebyly takové úspory z rozsahu jako ve větších nemocnicích, ale zajisté se mnohonásobně zlepší komunikace, usnadní se vedení, zlepší se spolupráce a celý proces poskytování ambulantní péče bude možno daleko lépe monitorovat a optimalizovat. Dále bude možné jednoznačně určit zodpovědnost za průběh celého řetězce příjmu urgentních pacientů. Na základě zvládnutí tohoto závazku by měl být vedoucí pracovník (např. staniční sestra) honorován a tento vedoucí posléze může na základě osobního ohodnocení/prémii apod. motivovat podřízené pracovníky k lepšímu odvedení přidělené práce, případně k vlastní iniciativě, která přispěje k lepší kvalitě odvedené služby.

Náklady a výnosy této transformace se dají těžko vyčíslit. Náklady (stavební úpravy, objednávkový a pořadníkový systém, školení související s organizační změnou) jsou jednorázová položka, kdežto nákladová úspora (personál, lůžka) a výnosy (hmotné – příjmy plynoucí z rozšíření ordinačních hodin a z toho plynoucí vyšší příjmy pro ústavní lékárnu; nehmotné – vyšší spokojenost pacientů, kvalitnější péče, lepší komunikace, vyšší bezpečnost – anonymita pacientů a další) přispívají k dlouhodobé prosperitě.

Na základě uvedených důvodů v krátkodobém výhledu doporučuji pouze rozdělení problémových ambulancí na urgentní a kontrolní a v dlouhodobém časovém horizontu doporučuji sledovat a připravovat náročnější, avšak důležitější změnu, která bude přispívat k dlouhodobým záměrům nemocnice (vytváření motivačního prostředí pro zaměstnance, rozvíjení systému kvality, vychovávání personálu k zodpovědnosti za odvedenou práci a výkon). Centralizací podobných činností se práce celkově zprůhlední a dají se jednodušeji aplikovat standarty, čímž se významně zvyšuje bezpečnost pacienta a snižuje možnost výskytu nežádoucích událostí.

Se zřízením centrálního příjmu souvisí doporučení vypracovat přesný organigram, specifikum jednotlivých činností, vzorové náplně práce a zavést řekněme čtvrtletní zkušební provoz, který stanoví skutečnou potřebu personálního obsazení.

2) Struktura pravomocí a odpovědností

Základním prvkem procesního řízení je přesné vymezení pravomocí a odpovědností. Jak bylo řečeno výše, ve vnitřních předpisech určité základní vymezení odpovědností vedoucích pracovníků je, pravomoci nikoli. Stávající popis pracovních pozic je ideální souhrnné vysvětlení pro externí osoby (například dozorčí rada společnosti, investoři nebo osoba jako jsem já) bez potřeby hlubšího zkoumání. Avšak domnívám se, že pro interní potřeby by mělo být dělení kompetencí hlubší a podrobnější. Je třeba rozšířit danou část vnitřních předpisů o konkrétnější vymezení, jak toho co pracovníci nejen musí (povinnosti, zodpovědnost), co mohou (pravomoci), ale také, co již dělat nemají, a je třeba to delegovat (pouze dohled nad činností), případně co nesmí (co je v agendě jiných blízkých pracovních pozic). V případě manažerů zahlcených prací je správná delegace úkolů dvojnásobně důležitá. Důvod, proč uvádět i to, co není v jejich kompetenci je jednoduchý. Lidé často vědí, co je náplní jejich práce, ale hlubší představy o tom, co je povinností jiných, nemají. Tím spíš, když to ti jiní nedělají a jsou přesvědčeny, že je to práce vaše. Je příhodné přesně vymezit i hierarchii úkolů jednotlivých pracovníků či úseků na nižších pozicích a zapracovat to do stejného dokumentu, aby každá informace a všechny předpisy byly snadno dohledatelné a ověřitelné. Zároveň je vhodné plnění konkrétních úkolů ocenit (například osobním hodnocením, prémiei apod.).

V současné době zastává funkci manažera pro nelékařské obory v Domažlické nemocnici osoba, která má vzdělání v oblasti andragogiky (vzdělávání lidských zdrojů). Domnívám se, že by se mělo patřičně využít tohoto potenciálu nejen ke zkvalitňování znalostí a dovedností personálu, ale i prostřednictvím tohoto kvalifikovaného člověka s tímto systémem seznámit všechny zaměstnance, ozřejmit jeho důležitost a užitečnost pro efektivnější dělbu práce. Samozřejmě je také třeba ospravedlnit finanční i nefinanční dopady nedodržování (či neznalosti!) tohoto systému, jakožto negativní motivace, ale také výhody pro ně plynoucí z kvalitního odvádění zadaných povinností (pozitivní motivace).

Co se týče náplně práce zástupce ředitele pro LPP konkrétně. Rozbor úhradové vyhlášky je od podstaty ekonomická analýza, a proto by tuto činnost i ostatní ekonomické rozborů měl zabezpečovat ekonomický úsek a podporovat tím taktické i strategické rozhodování ředitelky. Případně je zde druhá možnost, přenést tuto činnost na existující post *referent pro zdravotní pojišťovnu* (viz příloha B), jehož aktuální náplní práce je pouze výkaznictví pro pojišťovnu (od podstaty účetnictví). Zástupce ředitele jakožto článek řízení nemocnice by měl být

seznámen pouze s výstupem z daného rozboru a zařídit se dle doporučení, která z něho vyplývají, nikoli rozbor fyzicky dělat.

Dříve zmiňovaný fakt, že zástupce ředitele a manažer pro nelékařské obory vykonávají vedle manažerské funkce i služby na odděleních samozřejmě není ideální, avšak za stávajících okolností je to nevyhnutelné. Oba jsou kvalifikovaní zdravotníci a jejich manažerská funkce je záležitostí dočasnou. Pravidelnými službami si udržují kvalifikaci a „kontakt s oborem“. Tato praxe je v menších nemocnicích obvyklá. Opakuji, stav to není optimální, ale manažera pro lékařskou a preventivní péči nemůže dělat někdo, kdo není lékařem. Na druhou stranu opatření, které tento stav může výrazně ulehčit je zaměstnání pracovníka (sekretářky či asistenta), jenž jim bude přímo podřízen a na kterého budou moci delegovat méně důležité (např. administrativní) záležitosti. Toto opatření považuji za nevyhnutelné.

3) Nadstandardní péče

Řešením komplikací s rehabilitační nadstandardní péčí může alespoň z části vyřešit vypracování tarifního rozpisu (ceníku), který jasně přiřadí sestře, která bude daný nadstandard provádět, ohodnocení za provedený úkon, který jí následně bude přičítán k výplatě formou osobního ohodnocení nebo prémie. Ohodnocení úkonů může být určeno pevnou částkou nebo procentem z částky, kterou za úkon platí pacient nemocnici. Ocenění by mělo být pro zdravotníky dostatečně motivující k odvádění kvalitní práce a také ke snaze zvyšovat si odbornou kvalifikaci v tomto oboru. Přesto však může vznikat konflikt, pokud se sestry domnívají, že se jim více vyplatí odchod do zaběhlé soukromé ordinace, kde by si vydělaly více. V tomto případě je nutné využít vzdělávacího a školního systému a patřičně je informovat o všech aspektech podnikání jako nejistota výdělku, nutnost vést si účetnictví, shánění klientů, místní a profesní odloučenost (od lékařů, jiných rehabilitačních pracovníků a jejich znalostí a odbornosti), horší přístup k dalšímu vzdělávání apod. Především však názorné vyčíslení všech nákladů, které na první pohled nemusí být zřejmé. Pokud budou sestry přesvědčeny, že je pro ně práce v nemocnici výhodnější a pohodlnější, budou odvádět lepší práci. Kvalitní rehabilitační oddělení s příjemným, profesionálním personálem a širokým spektrem služeb přinese nemocnici vyšší příjmy nejen z plateb za nadstandardní služby, ale také vlivem většího objemu pacientů.

4) Komunikace

Vzdělání hlavní sestry v andragogice je vhodné využít i ve zlepšování komunikace. Zaměstnance je třeba seznámit s důležitostmi osvojit si moderní způsoby komunikace a učinit je zodpovědné za to, pokud se k nim vlivem jejich zanedbání některé informace dostanou se zpožděním nebo dokonce vůbec. Na zvažování je také klasifikace informací dle důležitosti a roztřídění, které informace se k zaměstnancům budou dostávat jakými způsoby. Například různá sdělení o školeních, informace o dotazníkových šetřeních, výtah z méně důležitých legislativních změn apod. mohou být doručovány výhradně skrz emaily a vývěsní tabule, kdežto žádanky na vyšetření či lékařské zprávy musejí mít ze zákona papírovou formu, která se dá zakládat.

Ve všech zásadních otázkách jako jsou organizační změny způsobené interními vlivy (potřeba snížit náklady, zlepšit efektivitu práce) nebo externími vlivy (legislativní změny), které výrazněji zasáhnou do fungování instituce, je potřeba zaměstnance osobně seznámit s důvody i dopady změn. Zaměstnanci by měli mít možnost vnést své dotazy a námitky a mají právo dostat odpověď, které porozumí. Stejně tak by ti, kteří mají zájem do problematiky proniknout hlouběji, měli mít možnost dostat se k podrobnějším materiálům. Na komunikaci celkově se v moderní společnosti klade stále větší důraz. Je důležité, aby zaměstnanci skutečně pochopili, proč se zavádějí určité změny, přestože řád nějak fungoval. Management určité postupy, předpisy či změny odůvodní a ospravedlní sobě, dozorčí radě apod. a stejně tak by měl být schopný odůvodnit danou záležitost i podřízeným. Školení tohoto typu může být považováno za plýtvání časem, avšak může se jím předejít mnoha nepříjemným situacím, pokud jsou určité záměry špatně pochopeny nebo odmítány. Naopak pokud se podaří vytvořit atmosféru, kdy zaměstnanci mají pocit, že jsou skutečnou součástí dění a rozhodování v nemocnici, mají možnost se vyjádřit a že jejich názor je registrován, nepochybně se to na kvalitě péče o pacienty kladně projeví. Tím spíše pokud náměty zaměstnanců budou přijaty, implementovány a oni za to budou odměněni.

4.4.1. Zhodnocení navrhovaných změn

V předchozím textu jsem nejprve uvedla čtyři vybrané problémy, které byly ve spolupráci s vedením Domažlické nemocnice identifikovány za závažné a zároveň řešitelné. Pro rekapitulaci jmenuji přetíženost určitých ambulancí v případě příjmu urgentního případu, nedostatečně vymezená pravomocí a s nimi související povinnosti a odpovědnost.

Dalším poměrně specifickým problémem je nadstandardní péče a platby s ní související. Dále je zde nedostatek zcela běžný v mnoha organizacích, avšak nesmírně důležitý, a tím je komunikace.

Jednotlivá navržená řešení pro tyto sporné body od sebe nejsou odtržena. Navzájem se prolínají. Prvním je doporučení ke zřízení centrálního příjmu. Toto organizační uspořádání vzbuzuje potřebu přesnějšího organigramu, dokonalejšího delegování jednotlivých pracovních úkolů a jmenovitou odpovědnost za úkony. Tato opatření jsou řešením druhého jmenovaného problému. Aby správně fungovala organizace práce, je třeba ji podpořit efektivním systémem odměňování s motivačním efektem. Vytvoření takového systému je přeneseně doporučením k optimalizaci problému s výplatou za nadstandardní péči. Komunikace je základem veškerých interakcí mezi lidmi. Skrze definování přesných komunikačních kanálů, zlepšení informovanosti zaměstnanců, vytvoření propracovaného školicího a vzdělávacího systému a poskytnutí prostoru pro zpětnou vazbu ze strany zaměstnanců může zdokonalení komunikace nepřímo velmi přispět k optimalizaci všech procesů probíhajících v nemocnici.

Navržená řešení jsou v souladu se záměry a cíly nemocnice konkrétně vytváření motivačního prostředí pro zaměstnance, rozvíjení systému kvality ošetrovatelské péče, vychovávání personálu k zodpovědnosti za odvedenou práci a výkon. Postupy jmenované v této práci by měly přispívat i k politice Zdravotnického holdingu Plzeňského kraje, který chce zvyšovat kvalitu péče formou zavádění standardů. Centralizací podobných činností se práce celkově zprůhlední, standardy se dají jednodušeji aplikovat a sledovat, čímž se významně zvyšuje bezpečnost pacienta. Tímto se snižuje možnost výskytu nežádoucích událostí, jejichž hrozba je při řešení naléhavých případů vysoká.

Nejvyššímu vedení nemocnice budou navržená řešení prezentována až po kompletaci práce.

5. Závěr

Poskytování zdravotní péče s rostoucí kvalitou péče a stále modernějšími léčebnými postupy vyžadují také rostoucí kvalitu řízení, ekonomickou stabilitu a jasný směr budoucího udržitelného rozvoje. V úvodní části této bakalářské práce byly představeny atributy klasického funkčního stylu řízení a srovnány se specifiky procesního typu řízení, které se úspěšně zavádí i do veřejného sektoru. Na základě teoretických východisek čerpaných z různých zdrojů literatury a empirických zkušeností mnoha ekonomicky silných společností, byl Business Process Management identifikován jako optimální způsob, jak zajistit dlouhodobou konkurenceschopnost a trvalý rozvoj firmy. Konkrétní příklad ze zdravotnického prostředí je akciová společnost Krajská zdravotní, která zavedla propracovaný systém procesního řízení v 1 velké a 4 menších nemocnicích na severovýchodě Čech. Argumenty ve prospěch procesního stylu řízení (BPM) jsou pro zdravotnická zařízení zejména specifikace činností, jasně vymezené pravomoci a odpovědnosti pracovních rolí, standardizace postupů minimalizující pochybení a zároveň umožňující snadný monitoring, potenciál kontinuálního zlepšování, efektivnější dělba práce a lepší spolupráce s pojišťovny (následkem průhledných procesů a přesněji přiřazených nákladů jednotlivým činnostem). Především však vytvoření takové organizace práce, která na prvním místě sleduje spokojenost pacienta a jeho největší možné pohodlí. Spokojený pacient se do nemocnice opakovaně vrací a přináší nemocnici vyšší příjmy (primárně i sekundárně formou doporučení dalším lidem).

Cílem této práce bylo zmapovat, namodelovat, analyzovat a následně navrhnout optimalizaci vybraných procesů v Domažlické nemocnici. S výsledkem práce jsem spokojena, jelikož ve spolupráci s vedením nemocnice se podařilo identifikovat významné nedostatky a nalézt proveditelná řešení. Stupeň realizace těchto návrhů již závisí na rozhodnutí nemocnice. Cíl práce se tedy podařilo splnit a dokonce zde vznikl potenciál pro další rozšíření (např. v rámci diplomové práce) o konkrétní plán implementace navrhovaných změn. Především jmenuji plán zřízení centrálního příjmu (realizace jako projekt), dále vypracování podrobného organigramu a specifik činností včetně detailního systému odměňování na základě kvantity i kvality odvedené práce (hovoříme zde o motivační složce mzdy). V neposlední řadě je zde možnost zhotovení akčního plánu na zlepšení komunikace v organizaci jako takové (případně optimalizace vzdělávacího a školicího systému komplexně).

V případě zájmu ze strany Domažlické nemocnice, a.s. je pravděpodobná další spolupráce.

6. Seznam obrázků

Obrázek 1: Schéma procesu.....	10
Obrázek 2: Funkční vs. procesní řízení	18
Obrázek 3: Situace procesního řízení v České republice.....	18
Obrázek 4: Důvody přechodu na procesní řízení	19
Obrázek 5: Procesní přístup k řízení společnosti	20
Obrázek 6: Fáze zavádění procesního řízení do organizace	20
Obrázek 7: Vývojový cyklus procesně řízené společnosti	21
Obrázek 8: Postup procesního modelování	23
Obrázek 9: Schéma benchmarkingu	28
Obrázek 10: PDCA (Demingův) cyklus	29
Obrázek 11: Přínosy procesní změny	30
Obrázek 12: Zdravotnický holding Plzeňského kraje	34

7. Seznam tabulek

Tabulka 1: Nevýhody funkčního řízení	13
Tabulka 2: Výhody funkčního řízení.....	14
Tabulka 3: Srovnání funkčního a procesního řízení – základní rozdíly	17
Tabulka 4: Schéma postupu kontextu procesu.....	24
Tabulka 5: Přehled standardů pro modelování podnikových procesů dle CIMOSA.....	26
Tabulka 6: Legenda procesních map	38
Tabulka 7: Úspora času na ošetření při zřízení Centrální administrativy.....	50
Tabulka 8: Odhad rozpočtu stavebních úprav ambulantního traktu Donem	51

8. Seznam pojmů a zkratek

ARO	Anesteziologicko – resuscitační klinika
AS-IS	Popis aktuálního stavu procesů před provedením optimalizace
BPM	Business Process Management – procesní řízení
BPO	Business Process Optimization - optimalizace procesů
BPR	Business Process Reengineering - přestava procesů
EKG	Elektrokardiografie – vyšetření elektrické činnosti srdceční svaloviny
EPC	Event-driven Process Chains - diagram procesu řízeného událostmi
JIP	Jednotka intenzivní péče
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
LPP	Lékařská preventivní péče
NIS	Nemocniční informační systém
NZP	Nižší zdravotnický personál – střední zdravotnické vzdělání - např. ošetřovatel, pomocný zdravotnický laborant, řidič záchranné služby
OKHB	Oddělení klinické biochemie a hematologie
PZP	Pomocný zdravotnický personál – zdravotnické vzdělání nízké – kurz – např. řidič dopravy
TO–BE	Popis budoucího stavu procesů po provedení optimalizace
TOO	Technicko – obchodní oddělení
SZP	Střední zdravotnický personál (nelékařský) – vyšší zdravotnické vzdělání - např. staniční sestra všeobecná, zdravotnický záchranář
UP	Oddělení urgentního příjmu
ÚPS	Ústavní pohotovostní služba
ZP	Zdravotní pojišťovna
ZZS KP	Zdravotnická záchranná služba Plzeňského kraje

Klinická vyšetření	Fyzická vyšetření pacienta
Paraklinická vyšetření	Vyšetření, které nezahrnují fyzická vyšetření – např. zobrazovací metody (rtg, CT, sono), laboratorní vyšetření a další

9. Seznam použitých zdrojů

9.1. Zdroje literatury

- [1] BASL, J., TŮMA, M., GLASL, V. *Modelování a optimalizace podnikových procesů*. [Skripta]. 1. vydání. Plzeň: Západočeská univerzita, 2002. 140 s. ISBN 80-7082-936-2.
- [2] CIKÁNEK, O.; *Procesní mapování a modelování jako nástroj pro zlepšování procesů*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2011. 73 s. Diplomová práce.
- [3] ČSN ISO 9001:2001 *Systémy managementu jakosti – Požadavky*. Praha: Český normalizační institut.
- [4] DĚDINA, J.; *Podnikové organizační struktury: teorie a praxe*. 1. vyd. Praha: Victoria Publishing, 1996. 117 s. ISBN 8071870293.
- [5] DOKOUPIL, I.; *Podnikový management I.* (soubory studijních materiálů). 1. vyd. Ostrava: VŠB-TU Ostrava, 1998. 350 s. ISBN 80-7078-504-7
- [6] GRASSEOVÁ, M.; DUBEC R.; HORÁK R. *Procesní řízení ve veřejném sektoru*. Computer press, 2008. 266 s. ISBN 978-80-251-1987-7.
- [7] HAMMER, M.; *The Superefficient Company*, Harvard Business Review, September 2001.
- [8] HROMKOVÁ, L., HOLOČIOVÁ, Z. *Teorie průmyslových podnikatelských systémů I*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2005. 112 s. ISBN 80-731-8270-X.
- [9] KANIGEL, R.; *The One Best Way: Frederick W. Taylor and the Enigma of Efficiency*. New York: Viking, 1997.
- [10] SDRUŽENÍ – PROJEKT NEMOCNICE DOMAŽLICE; *Novostavba nemocnice Domažlice*. Domažlice, 2005. Projektový výkres.
- [11] KŘIVÁNEK, L.; *Procesní analýza Integrovaného záchranného systému v České republice*. Brno, 2010. 58 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně.
- [12] PEŠEK, J. *Tvorba systému jakosti ve zdravotnictví a lékárenství s využitím norem ISO*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2003. 110 s. ISBN 8024705516.
- [13] REKTOŘÍK, J. *Ekonomika veřejného sektoru*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004. 96 s. ISBN 8021033304.
- [14] ŘEPA, V. *Podnikové procesy. Procesní řízení a modelování*. 2. aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 281 s. ISBN 978-80-247-2252-8.
- [15] ŠMÍDA, F. *Zavádění procesního řízení ve firmě*. Praha: Grada Publishing, 2007. 292 s. ISBN 978-80-247-1679-4.

- [16] VÝRUTOVÁ, A.; *Vnitřní předpisy*. Domažlice: Domažlická nemocnice, a.s., 2005.

9.2. **Internetové zdroje**

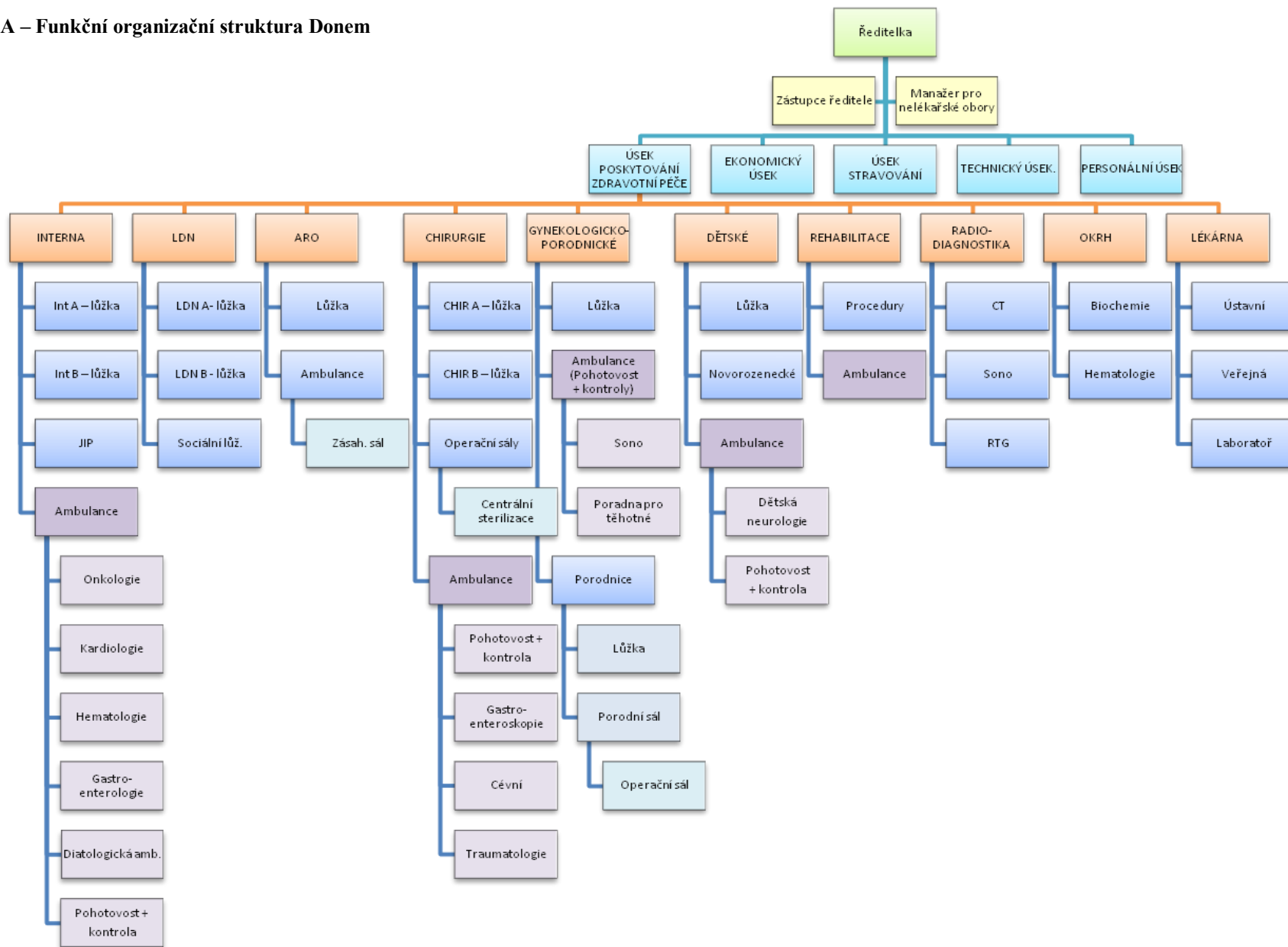
- [17] *Business Proces Visual Architect : User's Guide* [online]. Visual Paradigm, 2010, 2011-80-24 [cit. 2011-09-26]. Dostupné z WWW: <<http://www.visual-paradigm.com/support/documents/bpvauserguide.jsp>>.
- [18] GEHROVÁ, M.; *Fakultní nemocnice Olomouc: Oddělení urgentního příjmu jako nedílná součást nemocnice*. In: [online]. [cit. 2012-02-07]. Dostupné z: http://public.fnol.cz/www/urgent/seminare/20060201/OUP_nemoc.pdf
- [19] MUDr. ZIKA, J.; *Urgentní příjem jako jediné místo vstupu akutního pacienta do nemocnice – opravdu to chceme ?*. In: Olomoucký den urgentní medicíny [online]. 15.5.2008 [cit. 2012-02-07]. Dostupné z: http://public.fnol.cz/www/urgent/konference%202006/ODUM3/L1_2.pdf
- [20] Nemocnice Hořovice: Centrální příjem. [online]. [cit. 2012-02-07]. Dostupné z: <http://www.nemocnice-horovice.cz/centralni-prijem>
- [21] ŘEPA, V. *Řízení procesů versus procesní řízení*. BPM portál – téma měsíce, 2008, 4, [cit. 2011-08-24]
Dostupné na www: <<http://bpm-tema.blogspot.com/2008/04/procesy.html>>
- [22] ŘEPA, V.; ZÁMEČNÍKOVÁ, J.; *Procesní řízení-jak si stojí firmy v ČR?* 2005. [cit. 2011-08-23] Dostupné z WWW: <http://bpr.panrepa.org/Jak_si_stoji.pdf>
- [23] ŠNAJDR, I.; *Can I help you with it?* [online]. Improvement process. 2010. [cit. 2011-09-10]. Dostupné z WWW: <http://www.snajdr.com/main/proces_zlepsovani.php?lan=en>.
- [24] TUTORIALSPPOINT; *Benchmarking process*. [online]. Project Management Concepts. 2012. [cit. 2012-03-20]. Dostupné z WWW: http://www.tutorialspoint.com/management_concepts/benchmarking_process.htm
- [25] VANĚK, R.; *Jak úspěšně implementovat procesní řízení?*. IT SYSTEM 10/2002 [online]. 2002, 10, [cit. 2011-09-07]. Dostupný z WWW: <<http://www.systemonline.cz/clanky/jak-uspesne-implementovat-procesni-rizeni.htm>>.
- [26] V.I.P Most s.r.o.; *Vyšetřovací metody v chirurgii*. [online]. Ústí nad Labem, 2004, 2011-07-22 [cit. 2012-03-22]. Dostupné z: http://www.diagnoza.net/ke_stazeni/obecna.pdf

- [27] VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY. *Informační centrum vlády: Reforma zdravotnictví* [online]. Odbor informatiky Úřadu vlády České republiky, 2011, 1.2.2012 [cit. 2012-02-01]. Dostupné z: <http://icv.vlada.cz/cz/reforma-zdravotnictvi/>
- [28] VYRUTOVÁ, A.; *Výroční zpráva za rok 2010*. In Domažlická nemocnice, a.s. Výroční zpráva za rok 2010 [online]. Domažlice. 31.3.2011 [cit. 2011-09-07]. Dostupné z WWW: <http://donem.cz/Portals/0/Vyrocnizpravy/2010/Vyrocnizprava.pdf>
- [29] Zdravotnický holding Plzeňského kraje [online]. 2010 [cit. 2011-09-09]. Zdravotnický holding Plzeňského kraje. Dostupné z WWW: <http://www.zdraveplzensko.cz/>.
- [30] ZUŠČICH O., DROBIČILOVÁ, A.; *Vedení záznamů ve zdravotnictví*. Olomouc, 2009. [2012-03-22]. Dostupné z WWW: www.ff.upol.cz/uploads/media/Zdravotnicka_agenda_01.ppt

10. **Seznam příloh**

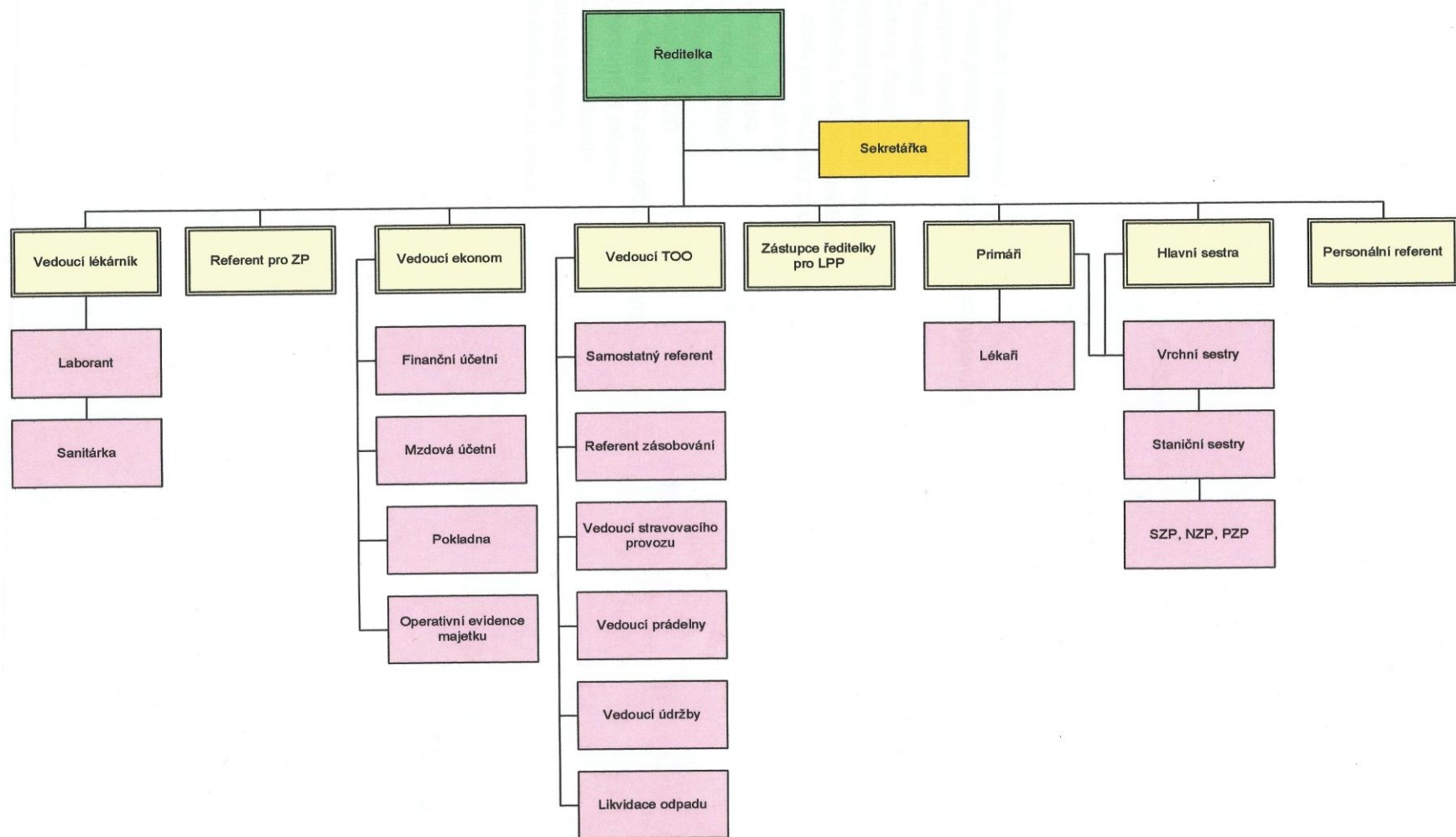
- A – Funkční organizační struktura Donem
- B – Organigram Donem
- C – Hlavní procesy v Donem
- D – Proces zajištění ambulantní a hospitalizační péče
- E – Příjem pacienta ambulantní
- F – Poskytnutí ambulantní péče
- G – Příjem pacienta k hospitalizaci (plánovaný)
- H – Poskytnutí hospitalizační péče
- I – Stavební plán ambulantního traktu Donem

Příloha A – Funkční organizační struktura Donem



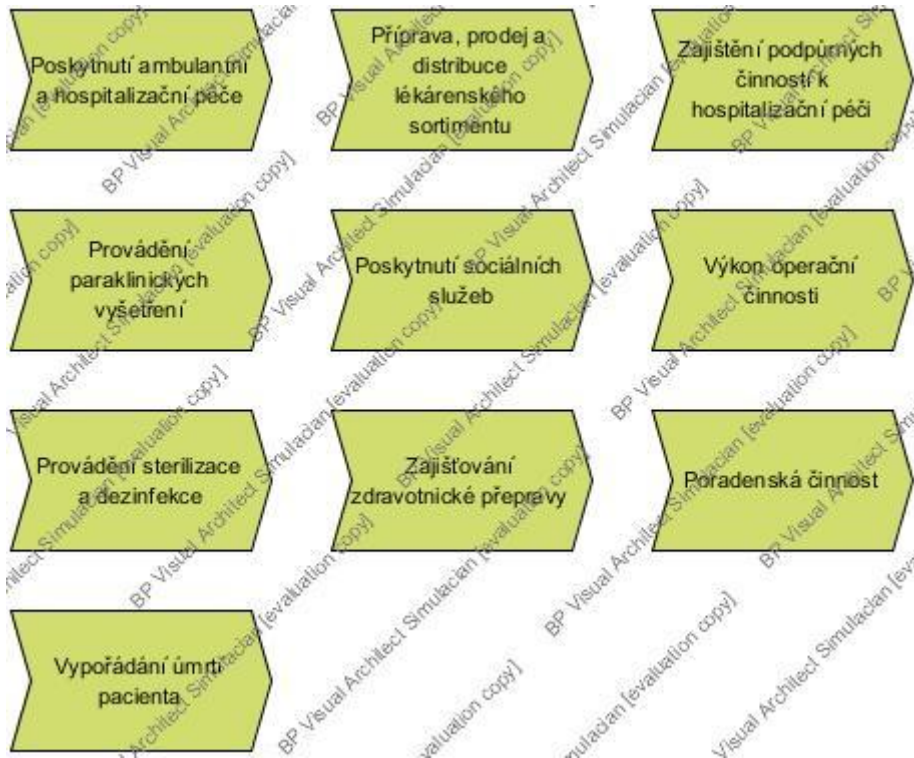
Zdroj: Vlastní zpracování, 2012.

Příloha B – Organigram Donem



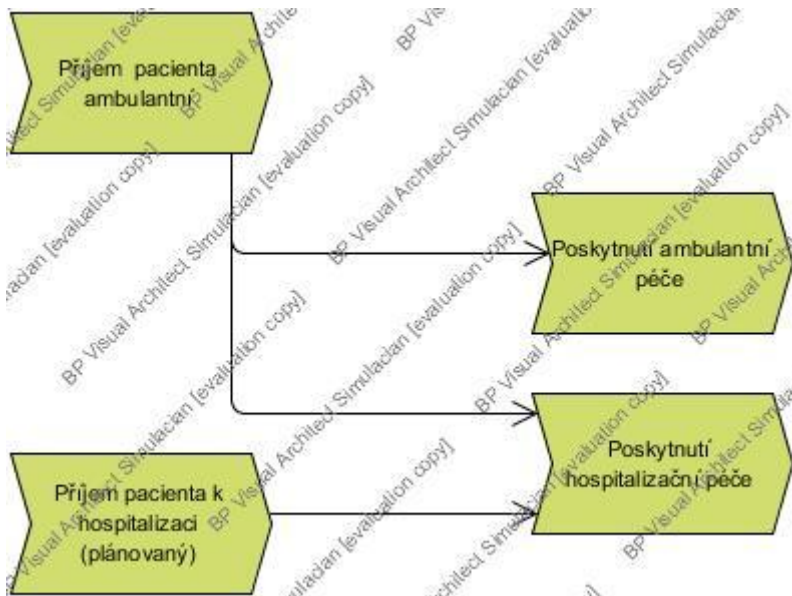
Zdroj: Výrutová, 2005.

Příloha C - Hlavní procesy v Donem



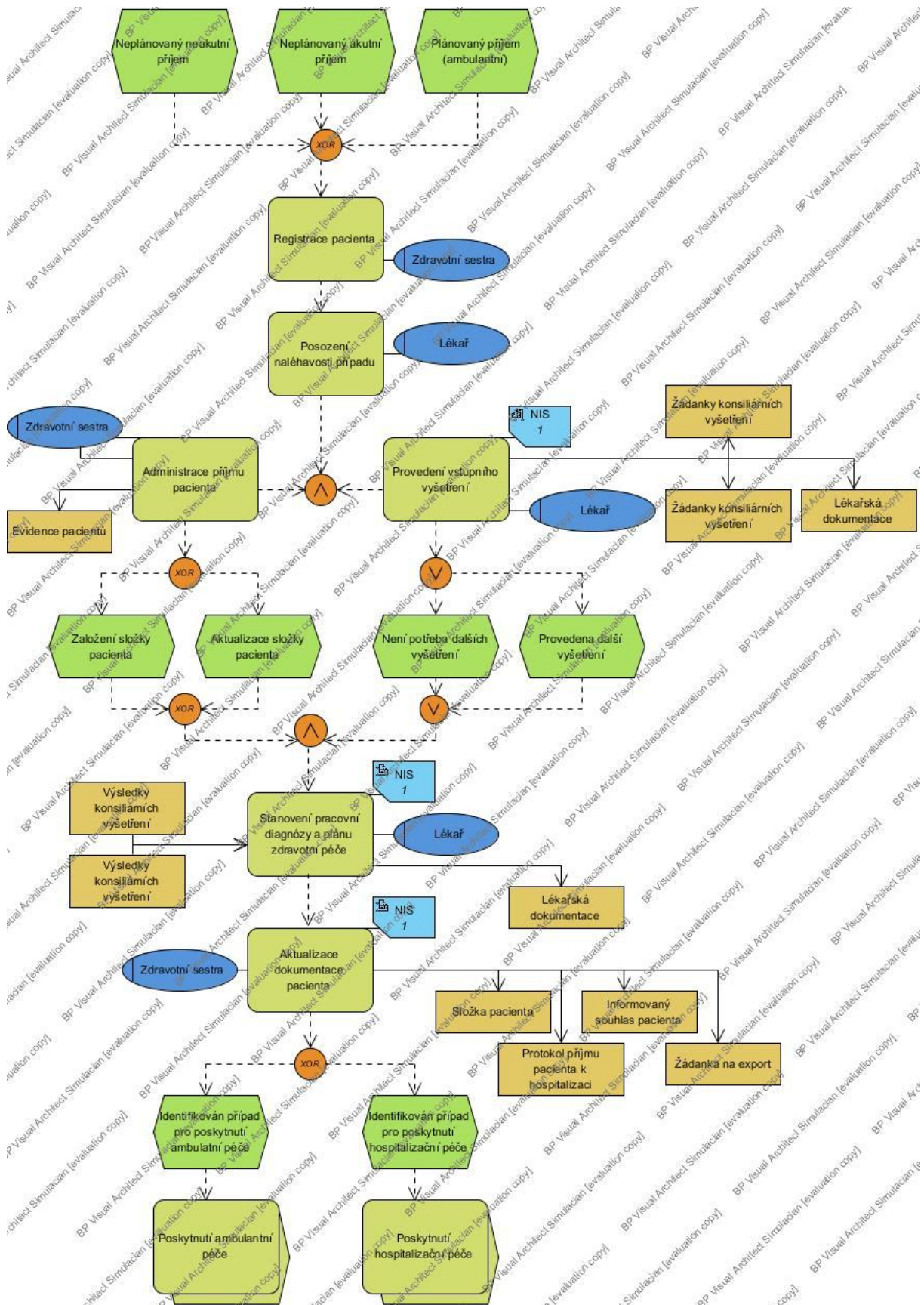
Zdroj: Vlastní zpracování, 2012.

Příloha D - Proces zajištění ambulantní a hospitalizační péče



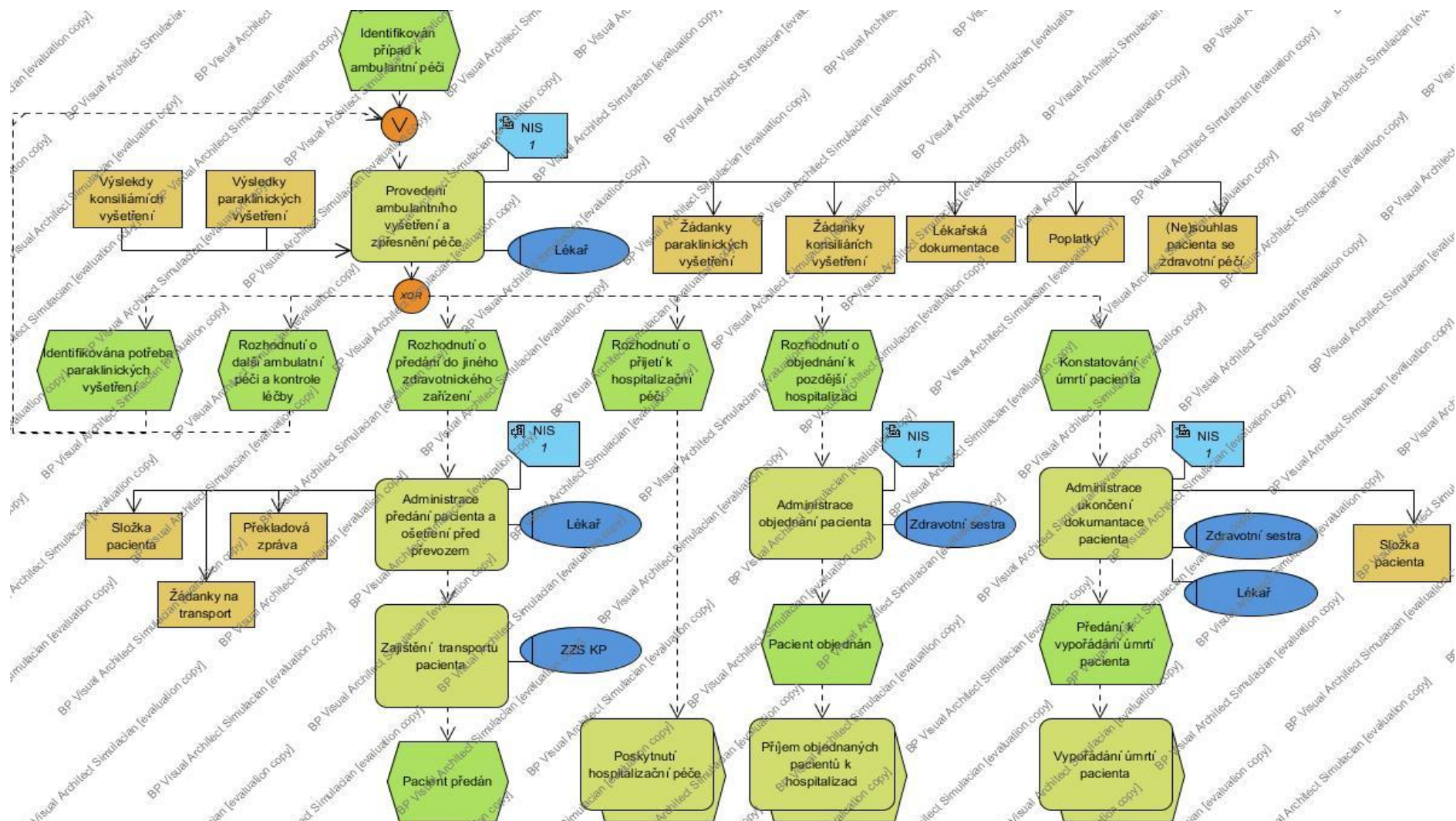
Zdroj: Vlastní zpracování, 2012.

Příloha E - Příjem pacienta ambulantní



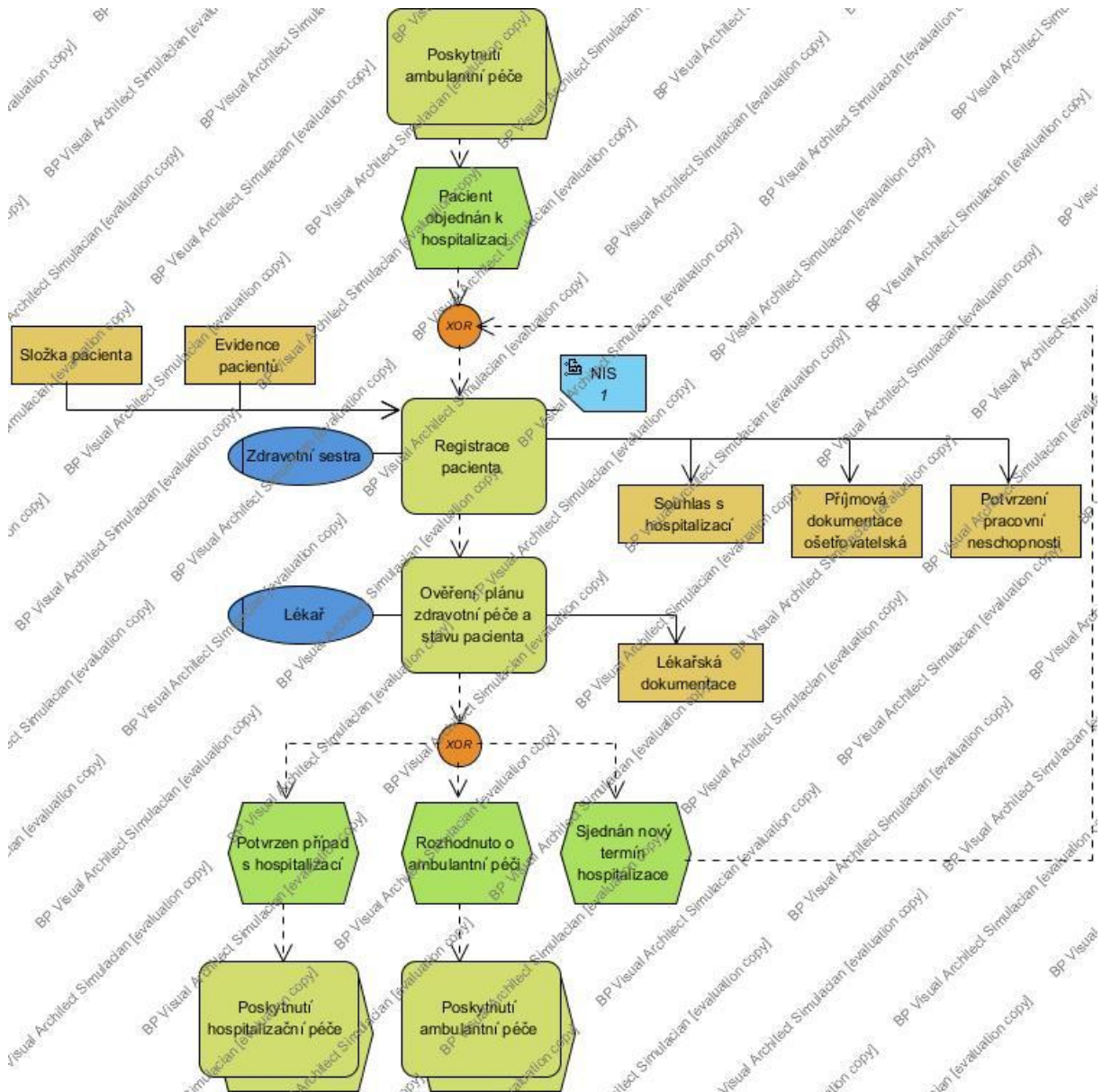
Zdroj: Vlastní zpracování, 2012.

Příloha F - Poskytnutí ambulantní péče



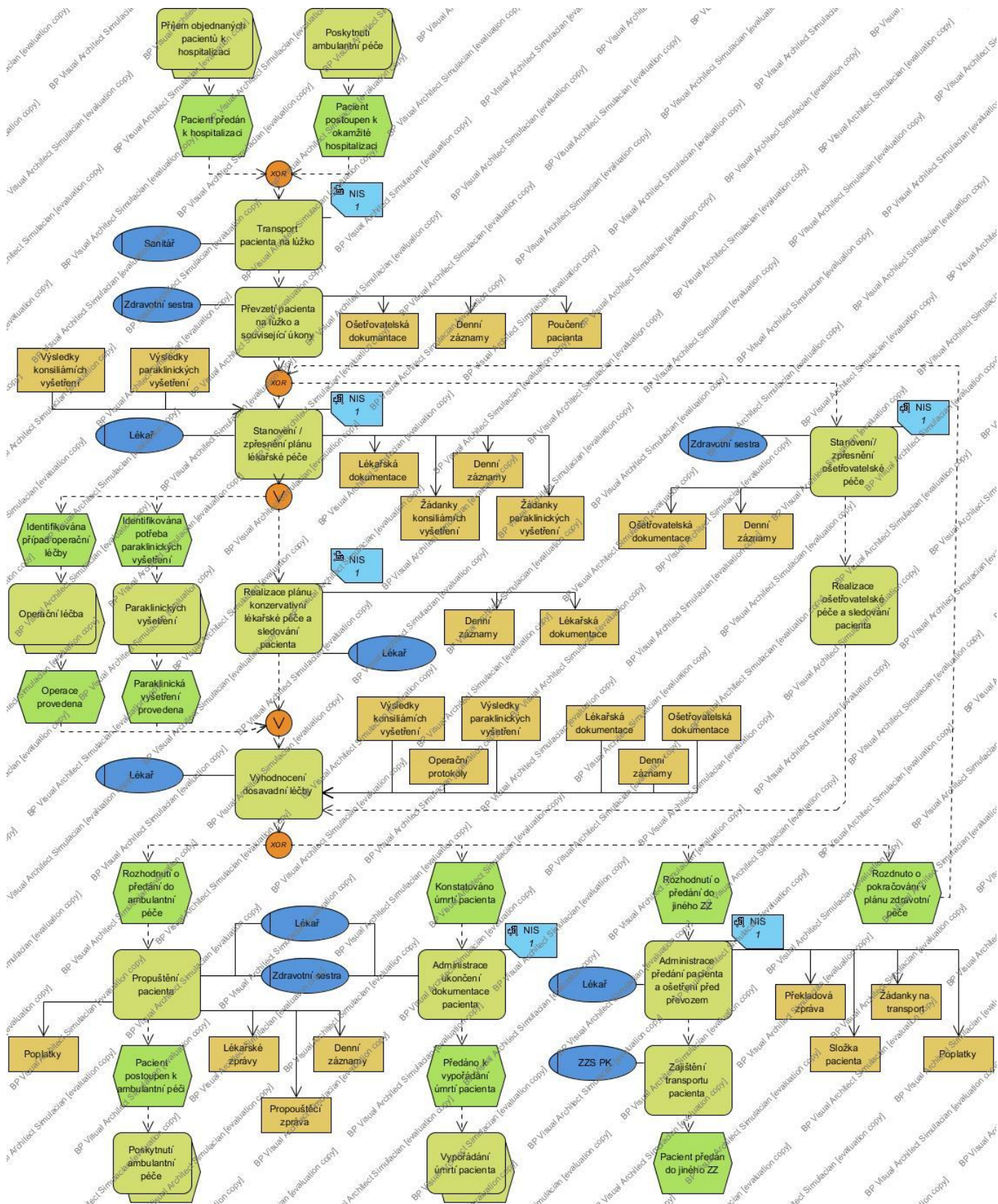
Zdroj: Vlastní zpracování, 2012.

Příloha G - Příjem pacienta k hospitalizaci (plánovaný)



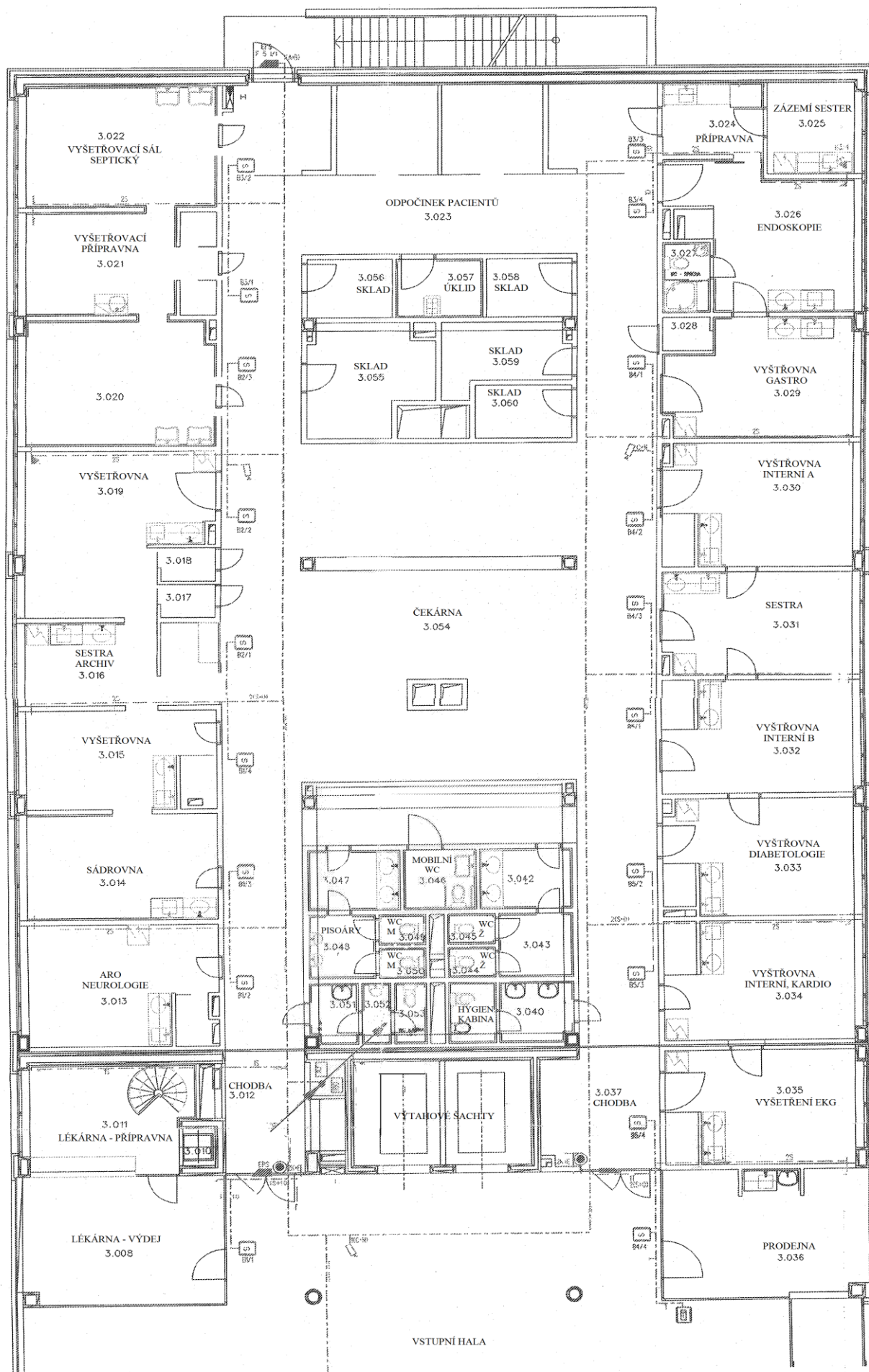
Zdroj: Vlastní zpracování, 2012.

Příloha H: Poskytnutí hospitalizační péče



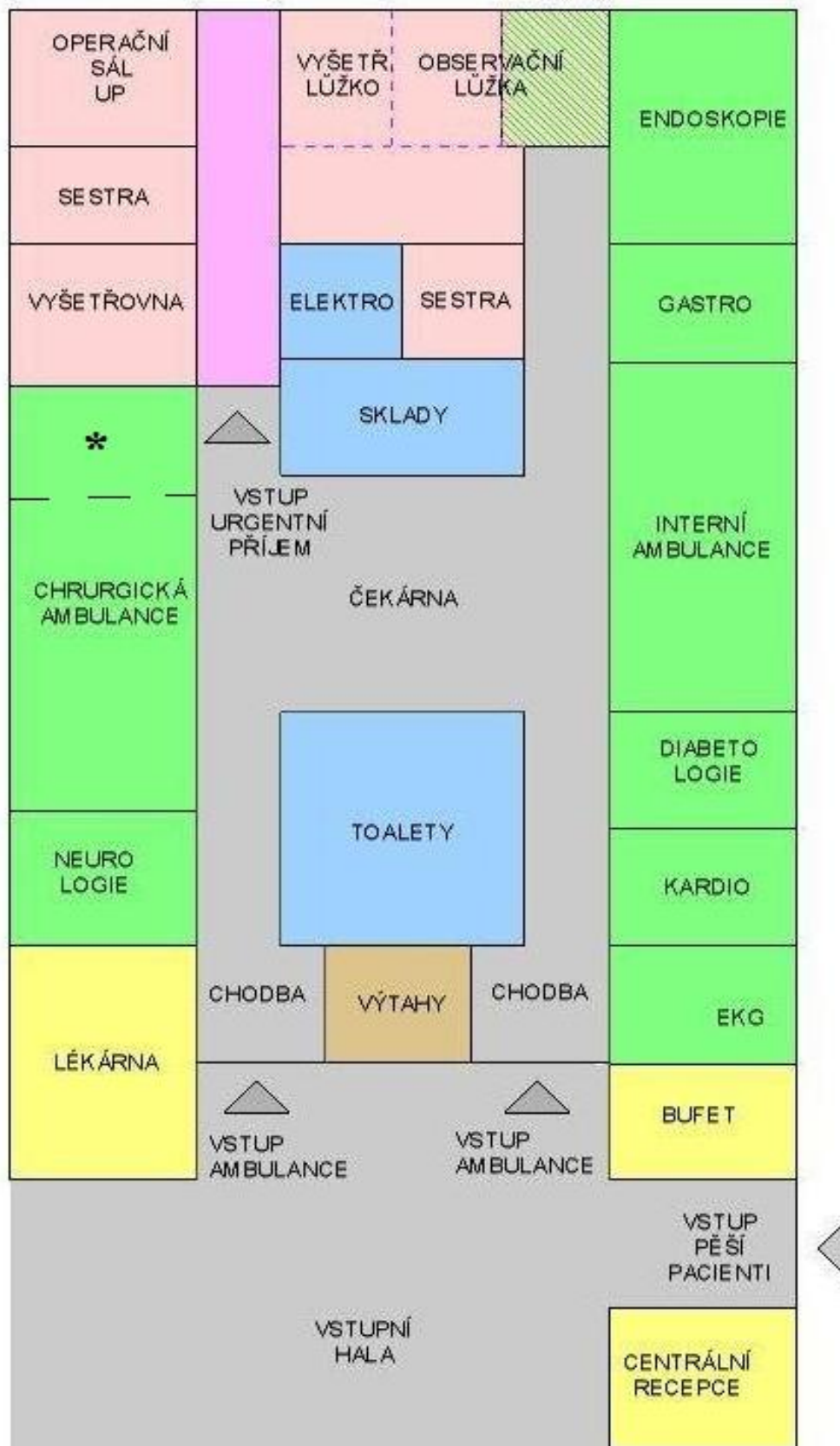
Zdroj: Vlastní zpracování, 2012.

Příloha I - Stavební plán ambulantiho traktu Donem



Zdroj: Sdružení – projekt nemocnice Domažlice, 2005. Vlastní úprava.

Příloha J – Návrh optimalizované podoby ambulantního traktu



Zdroj: Vlastní zpracování, 2012.

Abstrakt

Třebová, A.; *Analýza procesů ve vybraném zdravotnickém zařízení*. Bakalářská práce. Plzeň: Fakulta ekonomická ZČU v Plzni, 2012, s. 64.

Klíčová slova: Proces, procesní řízení, procesní mapování, procesní modelování, zdravotnické zařízení.

Tato bakalářská práce se věnuje problematice zefektivnění chodu zdravotnického zařízení nemocničního typu z perspektivy procesního řízení. Úkolem první, teoretické, části práce je objasnit elementární pojmy a postup zavedení Business process managementu do podniku, a dále metodiku modelování podnikových procesů podpořenou jmenovanými dostupnými softwarovými nástroji. Z této teoretické základny vychází druhá, praktická, část práce. Účelem této je zmapovat, namodelovat, analyzovat a následně navrhnout optimalizaci vybraných procesů souvisejících s průchodem pacienta nemocnicí. Snahou je však tyto vybrané procesy zasadit do celkové perspektivy na chod nemocničního zařízení. Závěrečnou pasáž tvoří nabídka řešení základních identifikovaných problémů.

Abstract

Třebová, A.; *Process analysis at selected medical facility*. Bakalářská práce. Plzeň: Fakulta ekonomická ZČU v Plzni, 2012, s. 64.

Key words: Process, business process management, process mapping, process modeling, medical facility.

This bachelor thesis deals with the issue of streamlining the operation of a healthcare facility from the perspective of the process management. The task of the first and theoretical part of this thesis is to define key concepts and the procedure of the business process management implementation into the company, and also methodology of the business process modeling. The available software tools for the process modeling are also mentioned. This theoretical part underlies the second and practical part. The purpose of this part is to map, model, analyze and then suggest the optimized form of the processes associated with the patient's passage through the hospital, put into the context of an overall perspective on running of the medical facility. The final part of the thesis offers the solutions to the identified problems.