

Program zajišťování kvality a posuzování kvality nemocniční péče  
v podmínkách oblastní nemocnice

---

Zpracoval: MUDr. Eduard Schlich

PA-17

**UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**

Nový systém organizace zdravotní péče v České republice staví vykonavatele této péče do prostředí tržního hospodářství. Je zcela nezbytné na tyto změny reagovat zásadními opatřeními, které povedou ke zlepšení kvality zdravotní péče a ke zkvalitňování finanční správy zdravotnických zařízení.

Z důvodů funkčnosti je nezbytným předpokladem mít k dispozici program posuzování kvality zdravotní péče před implementací procesu kontinuálního zvyšování kvality.

Zavedení systému řízení kvality zdravotní péče je účelné především z těchto důvodů:

- požadavek zajišťování vysoké kvality zdravotní péče je obsažen v řadě právních norem, týkajících se poskytování zdravotnických služeb
- kvalitní péči vyžadují pacienti (pojištěnci) a stále více začnou sledovat kvalitu péče i pojišťovatelé (zdravotní pojišťovny)
- zajišťování kvality je těsně spojeno s efektivitou zdravotní péče a to ve smyslu medicínských kritérií i ve smyslu ekonomickém

O co naléhavější je potřeba zavedení systému řízení kvality zdravotní péče, o to je obtížnější vyhovující systém vytvořit. Tato nemilá skutečnost vyplývá z problematiky práce ve zdravotnictví, z mnoha etických problémů a značného podílu subjektivního pohledu v rozhodování a hodnocení výsledků.

Pro rozvinutí programu zajišťování kvality a posuzování kvality zdravotní péče je nezbytné dodržet některé hlavní zásady:

- k dispozici musí být dobrá metodologie měření činností v péči o pacienty
- program by měl být relativně jednoduchý a nenáročný jak na finanční prostředky, tak na čas zaměstnanců a neměl by narušovat kontinuitu péče o pacienty
- měl by být konzistentní a objektivní s možností opakovaného použití
- měl by být akceptován všemi zaměstnanci organizace
- informace získané z programu musí být dostupné v celé organizaci
- cílem každého programu by měla být včasnost a přiměřenost, identifikace nedostatků, určení jak se nedostatky vyvíjejí, analýza důvodů nedostatků a nesrovnalostí
- program musí probíhat ve všech odděleních nemocnice

Za kvalitní zdravotní péči tedy můžeme považovat péči, která je pro pacienty přínosná, je jimi pozitivně přijímána a je adekvátní z hlediska využití zdrojů.

Pokud chceme posuzovat kvalitu péče musíme brát v úvahu její strukturu (tím rozumíme úroveň a kvalitu zdrojů, které jsou k dispozici), proces poskytování péče (co se s pacientem dělá) a výsledek péče (jakých přínosů je pro pacienta docilováno).

Kvalitu zdravotní péče můžeme posuzovat na různých stupních zdravotnického systému. Na různých úrovních posuzování zdravotní péče musí být uvedena kritéria (struktura, proces, výsledek) transformována tak, aby byla měřitelná.

Je mimo jakoukoliv pochybnost, že z pohledu řízení malé regionální nemocnice se bude jevit otázka posuzování kvality péče zcela odlišné než na úrovni zdravotnického makrosystému.

Tento projekt si v žádném případě nečiní ambice na dokonalý návod k posuzování kvality zdravotní péče\* Má však za cíl celkový pohled na nemocnici, pohled se snahou o znalost věcí, objektivitu a koncepční přístup.

Hranická nemocnice vznikla 1.1.1991 delimitací OÚNZ Přerov. Představuje regionální nemocnici malého typu se spádovou oblastí 50 000 obyvatel (struktura oddělení a lůžek viz příloha č.1). Historicky nemocnice vznikla v období první republiky jako nemocnice okresu Hranice. Od roku 1960 fungovala jako druhá nemocnice okresu Přerov. Z této skutečnosti se odvíjel i asymetrický rozvoj obou nemocnic v okrese. Po delimitaci nebyla hranická nemocnice z hlediska struktury zdravotní péče i z hlediska struktury hospodářské a technické služby schopna samostatné existence.

## Struktura poskytované péče

Z této skutečnosti plynul zcela jasný prioritní úkol dobudovat organizační strukturu do funkční podoby a získat místo a postavení v regionu (příloha č.2).

Při realizaci organizační struktury narážíme ihned na několik stěžejních problémů:

- na úrovni zdravotnického makrosystému není vyjasněna koncepce nemocniční péče
- pravidla zdravotního pojištění a hodnocení za provedené zdravotní výkony se mění za pochodu
- na úrovni maloměsta je absolutní nedostatek místních zdatných odborných pracovníků a jejich získávání znamená řešit mnohdy neřešitelnou bytovou otázku.

Z tohoto pohledu se jevil jako prvořadý úkol definovat, při vědomí všech nejasností, jasnou koncepci organizace, funkce a rozvoje nemocnice.

## Personální politika

S koncepčními záměry musí být jasnou a srozumitelnou formou seznámeni všichni zaměstnanci nemocnice. Cílem informovanosti je angažovat veškerý personál tak, aby se stal součástí systému. Aktivní přístup musí vyplývat z přesvědčení o správnosti postupu. Všichni pracovníci byli vhodné zařazeni do struktury nemocnice.

V organizačním schématu byla přesně vymezena tabulková místa s definicí zodpovědnosti, kompetencí, podřízenosti, nadřízenosti a povinné pracovní náplně. Tento fakt je velice důležitý, neboť nejasné, mlhavé zařazení je potenciálním zdrojem špatně provozované péče na všech úrovních činnosti nemocnice. Velká pozornost je rovněž věnována výběru a přijímání pracovníků, neboť zdravotnická organizace pracuje na základě vysoké odbornosti a týmové.

## Organizační struktura

Změna systému zdravotní péče klade důraz na ambulantní diagnostiku a terapii. Proto je třeba dosáhnout snížení počtu lůžek při zvýšení procentuálního využití lůžka, snížení průměrné doby ošetření a tím zvýšení počtu ošetřených pacientů (příloha č.3). Údaje uvedené v tabulce ukazují nedostatečnou vytiženost lůžek, což má za následek neefektivitu provozu. Zdokonalením organizace práce se podařilo snížit průměrnou ošetrovací dobu z 14,7 na 7,8 dnů. Jestliže stanovíme optimální využití lůžkového fondu 90%, je třeba při zachování průměrné doby ošetření a počtu hospitalizovaných pacientů snížit počet lůžek o dalších 80 lůžek. Ve srovnání s rokem 1987 to znamená snížení počtu lůžek o 213, tj. z 493 na 280 lůžek.

V nově koncipovaném lůžkovém fondu bude vybudován tzv. "odsuvný systém" z lůžek drahých (intenzivních) na lůžka levnější (intermediární a standartní).

Dále je třeba vybudovat a organizovat propuštění pacienta z nemocnice resp. jeho přemístění do sféry sociální nebo sociálně léčebné.

V rámci nové organizace práce je nutno despecializací standartních lůžek vytvořit flexibilní lůžkový fond, který současně se zavedením moderních způsobů hospitalizace (denní stacionáře, jednodenní hospitalizace, hotelový způsob léčby) umožní podstatné zvýšení vytiženosti lůžkové kapacity, personálu a obrátu lůžka s pozitivními důsledky pro hospodaření nemocnice. Nelze přitom opomenout rovněž příznivé účinky ze zvýšené kulturnosti pobytu v 1,2, a 4 lůžkových pokojích na spokojenost pacientů.

Snížení počtu nemocničních lůžek si současně vyžádá vybudování

systému odborných ambulancí v areálu nemocnice postupnou

rekonstrukcí stávajících prostor.

Posílením ambulantního provozu léčby budou optimálně využity

provozy komplementu a bude usnadněna vzájemná komunikace mezi

jednotlivými lékaři. Přesun medicínských činností do odborné

ambulantní praxe je plně v souladu s principem jednoho

ošetřujícího lékaře.

Pro zefektivnění činnosti nemocnice budou

centralizovány některé

provozy - operační sály, endoskopie, intenzivní péče (již

provedeno), příjem a propuštění pacientů.

**UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**

V procesu ekonomizace a zvyšování kvality medicínské péče je nutno činnost lékařů koncentrovat na oblast medicíny. Špičkoví lékaři musí být zbaveni ekonomické a organizační zátěže a musí odborně zastřešovat medicínský obor jako jednotku léčebné péče. Zodpovědnost za provoz funkčně - ekonomické jednotky musí být převedena na lékaře se základní specializací - staniční lékaře. Rovněž v ošetrovatelské péči musí být jasně vymezeny vztahy, kompetence a zodpovědnost mezi lékaři a středním zdravotnickým personálem tak, aby byla posílena její aktivní úloha a nezávislost. Organizačně za provádění ošetrovatelské péče zodpovídá hlavní sestra nemocnice a vrchní sestry oddělení.

V důsledku snížení četnosti výskytu plicních onemocnění a předimenzovanosti oddělení TBC a respiračních onemocnění bude provedena reprofilizace části lůžek na doléčovací oddělení pro dlouhodobé nemocné pacienty (bylo provedeno k 1.5.1993). Uvedený záměr vychází ze zhodnocení celkové situace v regionu, kde se projevuje značný nedostatek kapacity lůžek pro dlouhodobé nemocné. Pacienti, většinou pokročilého věku, kteří vyžadují zvláštní péči s důrazem na ošetrovatelskou a pečovatelskou službu (převažují nad vlastní lékařskou péčí) do značné míry zatěžují provoz lůžkových oddělení (ekonomicky i provozně). Umístěním těchto pacientů na specializovaném oddělení lze proto očekávat i podstatné zefektivnění činnosti nemocnice. V rámci tohoto oddělení je počítáno se specializovaným pracovištěm pro pacienty s porušením integrity kůže (běrcové vředy, diabetické gangreny, atd.) a s ošetrovatelským oddělením dlouhodobě nemocných se zvýšenou starostlivostí.

Podmínkou zdokonalení systému zdravotnických služeb poskytovaných nemocnicí je zprůhlednění vnitřní ekonomiky nemocnice rozpracováním rozpočtů a alokace výdajů na vnitřní organizační jednotky konstituované jako příjmová a výdajová centra (příloha č.4). Výsledky jednotlivých středisek umožní sledovat úroveň hospodaření a produktivitu poskytovaných služeb jako základ pro manažerské řízení nemocnice.

Proces změn v organizačním uspořádání nemocnice a uplatňování manažerských metod řízení bude završen vytvořením tří relativně samostatných provozních jednotek

- provozně technický servis (doprava, údržba, stravování, prádelna, zásobování)
- informační a ekonomický servis
- lůžková a ambulantní zdravotnická péče

## Proces poskytování a výsledek péče

V rámci vytvářeného systému kvality péče budou realizovány tyto aktivity:

1. Vypracování charty práv pacienta (příloha č.5). V této chartě budou definována základní práva pacienta v procesu ambulantní a ústavní léčby. Pacienti a personál budou vhodnou formou seznámeni s těmito právy.

2. Budou zřízeny následující komise:

- celoustavní komise pro kontrolu a hodnocení kvality péče

složení: ředitel  
hlavní sestra  
člen pro chirurgické obory  
člen pro interní obory  
člen pro kontrolu úrovně zdravotní dokumentace  
patolog

Komise se bude scházet minimálně 2x ročně a bude projednávat dílčí zprávy ke kvalitě péče a zabývat se stížnostmi na péči od pacientů i jiných účastníků péče. Komise bude rovněž určovat hlavní směry rozvíjení kvality péče.

- komise pro sledování správnosti diagnóz sledování a rozbor úmrtnosti

- komise pro sledování a rozbor ošetřovatelské péče a spokojenost pacientů s poskytovanou péčí

- komise pro hodnocení zdravotnické

dokumentace Tyto další komise se budou scházet nejméně 4x ročně.

3. Informační zajištění systému

- zdravotnická dokumentace a statistické výkaznictví

- ekonomické hodnocení nákladového a výnosového střediska

- informační systém budovaný pro styk s pojišťovnami

- výsledky dotazníkových šetření

- lékařský audit založený na výběrovém zjišťování

**UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**

- stížnosti a pochvaly
  - expertní analýzy
4. Pro monitorování a hodnocení kvality péče bude používána soustava ukazatelů, které zobrazují tři základní aspekty kvality (podmínky pro péči, procesy související s poskytovanou péčí a výsledky péče) viz příloha č.6.



Problematika zajištění a kontroly kvality zdravotní péče není výše uvedeným zdaleka vyčerpána.

Je třeba zřetelně poukázat na skutečnost, že v běžné zdravotnické praxi se pojem kvalita většinou vztahuje k lékařskotechnologické stránce procesu nebo léčebného zásahu. Mluví se o úspěšné operaci, o kvalitní diagnostice atd. Posuzováno ze systémového a společenského hlediska však za kvalitní péči je možno považovat jen péči, která zahrnuje i další hlediska:

- medicínská, v technologickém slova smyslu

Jaké diagnostické, léčebné či preventivní výkony byly indikovány? Jak dovedné byly provedeny?

- psychologická a etická

Jak prožívají pacienti fáze léčebného procesu?  
Jak byli získáni pro spolupráci a jak hodnotí úroveň poskytnuté péče?

Je otevřeno informační spojení mezi členy rodiny, nemocnicí a pacientem?

Pacient musí pocítovat volnost ke kladení otázek o zdravotní péči, která je mu poskytována. Odpovědi pacientům musí být v laické terminologii, aby byly jasně pochopitelné.

Zejména sestry obstarávají důležité komunikační propojení pro nemocného. Pacienti mají často blíže k sestram než k lékařům a jiným členům personálu.

- organizační

Jaká je uspořádanost pracovních činností? Jak dlouhé jsou objednávací a čekací doby pacientů? Jak efektivně je využita pracovní doba a jiné disponibilní zdroje pro péči o pacienta?

Jednou z důležitých organizačních dovedností je dokumentace. Zdravotnický záznam o pacientovi je významným zdrojem informací. Musí být čitelný a vyhotovený včas a vhodným způsobem. Opravy v záznamu musí být provedeny jednoduchým přeškrtnutím chyby s datem opravy a podpisem opravujícího. Dokumentace se nikdy nesmí přepisovat. Informace o pacientovi musí být zajištěny kontinuálně a to i v období předávání gmén.

- ekonomická

Jak jsou využity zdroje ve vztahu k dosahovaným výsledkům? Jaké jsou náklady na léčení specifikovaného případu?

Je samozřejmostí, že různá kritéria mohou mít v daných podmínkách různou váhu. I když medicínské hledisko je

**UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**

základní, nelze podceňovat ani ostatní. Tato situace je v praxi bohužel velice častá. Správně stanovená diagnóza je pro kvalitu péče nadmíru potřebná. Na druhé straně je třeba brát v úvahu i taková kritéria, jako je včasnost stanovení diagnózy a náklady na stanovení správné diagnózy.

**UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**

Nadbytečný počet vyšetření, časté provádění nerelevantních testů nesvědčí o vysoké úrovni kvality diagnostiky i když podíl správně stanovených diagnóz může být vysoký.

Proto je pojem kvalita zdravotní péče vrcholným kritériem a pouze komplexní chápání celé šíře dané problematiky může vést k definování pravidel pro zajištění kvality péče a jejich následné realizaci a vyhodnocování.

**UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**

Příloha č.1

## Struktura oddělení a lůžek nemocnice Hranice

Oddělení	početlůžek
Interní oddělení	77
Plicní oddělení	24
Infekční oddělení	38
Dětské oddělení	25
Novorozenecké oddělení	15
Gynekologicko-porodnické oddělení intenzivní péče	45
4	
ORL oddělení	
Plastická chirurgie	10
Chirurgické oddělení+urologie	50

*Příloha č. 2*

*Struktura zajišťovaných činností v Nemocnici Hranice*

	1990	1994
interní oddělení	+	+
plicní oddělení	+	+
infekční oddělení	+	+
dětské oddělení	+	+
novorozenecké oddělení	+	+
gynekologicko-porodnické odd.	+	+
chirurgické oddělení	+	+
rehabilitaceení	+	+
foniatické oddělení	+	-
technický odbor	+ -	+
oddělení OKB	+ -	+
hematologie	+ -	+
ekonomický odbor	-	+
oddělení intenzivní péče	-	+
oddělení patologie	-	+
ústavní lékárna	-	+
ORL oddělení	-	+
plastická chirurgie	-	+
urologie	-	+

legenda: činnost nezajištěna -  
činnost nedostatečná - +  
činnost provozována +

*Příloha č. 3*

*Přehled o využití lůžek Nemocnice v Hranicích*

	Počet lůžek	Skut. lůžková kapacita	Počet ošet. dnů	Prům. počet obsaz. lůžek	% obsaz. lůžek	Prům. doba ošetření	Počet hosp. $\phi$
1987	493	179.945	135.086	370	75,0%	13,0	10.398
1988	493	179.945	126.342	346	70,2%	14,0	9.055
1989	437	159.505	130.623	357	81,8%	14,7	8.914
1990	437	159.505	114.048	312	71.5%	13,6	8.367
1991	382	137.481	100.729	275	73.2%	10,2	10.124
1992	382	137.481	89.571	245	65,0%	9,1	9.358
1993	363	132.495	91.819	251	70,0%	7,9	11.371
výsledný stav kalkulace	280	102.200	91.819	251	90,0%	7,8	11.371

Příloha č. 4

NÁKLADOVÉ STŘEDISKO

SLEDOVANÉ OBDOBÍ

Nájem .....	,-
Elektrická energie .....	,-
Plyn .....	,-
Uhlí .....	,-
Teplá užitková voda .....	,-
Topení.....	,-
Technologická pára .....	,-
Voda .....	,-
Různé .....	,-
Léky .....	,-
Zdravotnický materiál .....	,-
Textilní materiál .....	,-
Materiál na běžnou údržbu .....	,-
Čistící prostředky .....	,-
Kancelářské prostředky .....	,-
Ostatní spotř. materiál .....	,-
Mzdové prostředky .....	,-
Pojištění .....	,-
Náklady na stravu .....	,-
Náklady na praní prádla .....	,-
Náklady na údržbu .....	,-
Náklady na dopravu .....	,-
Náklady na údr.zdrav.tech .....	,-
Odpisy INM .....	,-
DKP .....	,-
Ostatní přímé náklady .....	,-
Všeobecná zásobovací režie.....	,-
Zdravotní zásobovací režie skladuZM....	,-
Zdravotní zásobovací režie lékárny ....	,-
Správní režie .....	,-
Telefon .....	,-

N Á K L A D Y celkem

,-

Počet bodů .....	
Počet bodů /Kč/ .....	,-
Přímý materiál .....	,-
Paušál .....	,-
Kategorie .....	,-
Léčiva .....	,-
Přímé platby .....	,-

V Ý N O S Y celkem

,-

\*\*\*\*\*  
\*  
\* H O S P O D Á Ř S K Ý V Ý S L E D E K ,- \*  
\*  
\*\*\*\*\*

## Příloha č.5

### Charta práv pacienta

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou spojena s uvedeným postupem. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich zúčastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření i léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozborý jeho případu, konzultace, vyšetření a léčby jsou věcí důvěrnou a musí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do péče, musí překlad nejprve schválit.



8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinacích a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí, jaká bude jeho další péče.
  
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu.
  
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
  
11. Pacient má právo znát nemocniční řád a je povinnen se jím řídit.
  
12. Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Příloha č. 5

Ukazatel	Hodnocení	Zdroj	Četnost
1. Prostorové podmínky pro péči		EH	1x ročně
2. Vybavení pracoviště technikou		EH	1x ročně
3. Vybavení pokojů pro pacienty		EH	1x ročně
4. Čistota provozu		EH	6x ročně
5. Počet pracovníků		EH	2x ročně
6. Kvalifikační struktura		EH	2x ročně
7. Provozní režim		EH	2x ročně
8. Diagnostický proces		EH, LA	2x ročně
9. Správnost diagnostiky		EH, LA	1x ročně
10. % nosokomiálních nákaz		D	4x ročně
11. Úroveň ošetrovatelské péče		EH	4x ročně
12. Úroveň lékařské dokumentace		EH, LA	4x ročně
13. Čekací doba na hospitalizace		EH, D	4x ročně
14. Čekací doba v ambulancích		EH, D	4x ročně
15. Průměrný čas na 1 amb.vyšetření		EH, D	2x ročně
16. Poč.vybraných výkonů na 100 oš.dnů		EH, P	
17. Počet vybraných výkonů na 100 ambul.pacientů		EH, P	2x ročně
18. Počet stížností na kvalitu péče na 1000 oš. dnů		D	2x ročně
19. Počet stížností na kvalitu péče na 1000 ambul. pacientů		D	2x ročně
20. Počet písemných poděkování od pacientů na 1000 oš. dnů		D	2x ročně
21. Počet písemných poděkování od pacientů na 1000 ambul. pacientů		D	2x ročně
22. Spokojenost pacientů		PP	1x ročně
23. Výsledek péče		D, LA	1x ročně
24. Vývoj letality		D, V, LA	1x ročně
25. Vývoj ošetrovací doby		D, V	2x ročně
26. Využití lůžkového fondu		D, V	2x ročně
27. Rovnoměrnost využívání lůžek		D, V	2x ročně
28. Prostož lůžka ve dnech		V	4x ročně
29. Produkce bodů na 1 oš. den		P	4x ročně
30. Produkce bodů na 1 lékaře		P	4x ročně
31. Přímé věcné náklady na 1 oš. den		P, V	4x ročně
32. Vedení pracoviště		D, EH	2x ročně

Vysvětlivky:

- La - lékařský audit
- EH - expertní hodnocení
- D - dokumentace
- VŠ - výběrové šetření
- V - výkaznictví
- P - výkaznictví pro pojišťovny
- PP - průzkum mezi pacienty

příloha č.7

## Průzkum spokojenosti pacientů

Vážený pane, vážená paní,

protože chceme v naší nemocnici poskytovat kvalitní služby, zajímá nás, jak jste s jejich současnou úrovní spokojen(a). Prosíme Vás proto, abyste upřímně odpověděl(a) na otázky tohoto anonymního dotazníku. Výsledky budou sloužit vedení nemocnice jako informace o skutečné kvalitě poskytovaných služeb a budou využity pro jejich zlepšení.

Přečtěte si, prosím, pozorně následující otázky. Týkají se různých stránek Vašeho pobytu v nemocnici. Vaše odpověď se může pohybovat mezi dvěma krajními hodnotami, které jsou u každé otázky vyjádřeny slovně. Na připojené 7-bodové stupnici zakroužkujte tu číslici, která se nejvíce blíží Vašemu názoru.

1) Jak hodnotíte chování zaměstnanců, kteří s Vámi přišli do styku během přijímací procedury (od vstupu do nemocnice až po ulehnutí na lůžko)?

velmi příjemné      1-----2-----3-----4-----5-----6-----7      velmi nepříjemné

2) Jak jste byl(a) informován(a) o povaze Vašeho onemocnění a léčbě, která Vám byla poskytnuta?

dostatečně a srozumitelně      1-----2-----3-----4-----5-----6-----7      nedostatečně a nesrozumitelně

3) Jak byly podle Vašeho názoru provedeny lékařské výkony, které jste během pobytu v nemocnici absolvoval(a)?

na vysoké odborné úrovni      1-----2-----3-----4-----5-----6-----7      na nízké odborné úrovni

4) Jak byly podle Vašeho názoru provedeny ošetrovatelské a jiné výkony, které Vám byly poskytnuty sestrami?

pečlivě      1-----2-----3-----4-----5-----6-----7      nedbale

5) Jak jste byl(a) při propuštění informován(a) ošetřujícím lékařem o dalším postupu léčení, případných kontrolách, rehabilitaci a pod.?

dostatečně      1-----2-----3-----4-----5-----6-----7      nedostatečně

6) Jaká je podle Vašeho názoru strava v nemocnici vzhledem k zásadám správné výživy a dietním požadavkům?

vyhovující      1-----2-----3-----4-----5-----6-----7      nevyhovující



příloha č.6

Harmonogram prací

1. Projednání zásad projektu
  - zpracování projektu
  - dokonalé seznámení zaměstnanců s projektem do  
31.3.1994
2. Ustanovení příslušných komisí do30.4.1994
3. Uvedení systému do provozu do31.5.1994
4. Hodnocení systému do31.12.1994