

## Vybrané moderní nástroje řízení kvality a jejich praxe ve zdravotnictví

---

Cílem níže uvedeného textu je představit současné trendy v řízení kvality, které se snaží zohlednit v celém procesu managementu specifika veřejného sektoru. Text se zaměřuje především na nástroje, které jsou v současnosti diskutovány v souvislosti s řízením kvality poskytovaných veřejných služeb. Vychází z toho, že i když jsou často v domácím prostoru zmiňována pozitiva tzv. moderních nástrojů/metod řízení kvality ve veřejném sektoru, zahraniční literatura v některých případech popisuje nedostatky, které domácí publikace nereflektují. Text pojednává o vybraných nástrojích obecně a rovněž s přihlédnutím k možnostem a limitům v oblasti zdravotnictví, které tvoří specifickou součást veřejného sektoru.

### 1. Obecný rámec řízení kvality a systém kvality ve zdravotnictví

S uplatňováním manažerských trendů v organizacích veřejného sektoru bývá v posledních letech zdůrazňováno, že pro prospěch všech občanů je potřebné vytvořit více reagující (more responsive) a kvalitnější veřejné služby.<sup>1</sup> Cílem realizace těchto snah je především posílení legitimacy aktivit tohoto sektoru a s tím související důvěry všech potenciálně dotčených subjektů (tzv. *stakeholders*). S výše zmíněnými požadavky souvisejí nemalé investice ve zdokonalování výkonu veřejného sektoru v rámci jeho reformy.

Vymezování termínu kvalita je velmi obtížným úkolem. Například podle Birda je kvalitu lehké rozpoznat, avšak obtížné definovat.<sup>2</sup> Určité vymezení kvality je však nezbytné pro to, aby mohla být následně předmětem zdokonalování a měření, či obecně řízení, a to od jeho složky plánování, až po kontrolu, tak jak tyto prvky vymezuje klasická manažerská literatura, avšak s přihlédnutím ke specifikům konkrétních poskytovaných veřejných služeb.

- Akademický slovník cizích slov rozumí

a) **kvalitou** 1. jakost: *zboží dobré k-y; k. práce; ekon. k. výrobků, služeb* souhrn jejich užitných a společensky významných vlastností; sděl. tech. k. *obrazu (televize)*; filoz. podstatná určenost předmětu, vzhledem k níž je předmětem daným a ne jiným předmětem, souhrn vlastností, jimiž se věc jako celek odlišuje od jiného; šach. *obětovat při šachové hře k-u dát figuru vyšší hodnoty za nižší*; log. *rozdělení kategorických soudů podle k-y na kladné a záporné*; 2. k-y potom chápe souhrn typických, zpravidla kladných vlastností.

b) **kvalitní** jako mající dobrou kvalitu a doplňuje vysvětlení termínu uvedením synonymem jakostní, hodnotný.<sup>3</sup>

---

1 Srovnej například Caddy, J.; Vintar, M. Building Quality into Public Administration. In Building better quality administration for the public: Case studies from central and eastern Europe. Slovakia: NISPAcee 2004, s. 9.

2 Srov. Gaster, L., Squires, A. Providing Quality in the Public Sector. Philadelphia - Maidenhead. Open University Press 2003, s. 5.

3 Autorský kolektiv pod vedením Věry Petráčkové a Jiřího Krause: Akademický slovník cizích slov. Praha: Academia 2001, s. 441

- V angličtině je slovo **quality** vymezováno například jako: 1) úroveň nebo rozsah excellence něčeho; 2) obecná excellence, vysoký standard; 3) a) odlišný nebo odlišující talent nebo atribut, b) základní přirozenost něčeho.<sup>4</sup>
- Seedhouse (1994) chápe kvalitami produktu nebo služby atributy nebo charakteristiky, které mohou a nebo nemusejí uspokojovat potřeby individua.

Pro potřeby tohoto textu je relevantní především vymezení, kdy kvalita představuje **souhrn užitných vlastností**. Tato užitnost je však **velmi subjektivní charakteristikou** a může být chápána jinak poskytovatelem produktu/služby (jednotlivcem, manažerem a jeho podřízenými atd. - a mezi nimi rovněž různorodě) a jinak jednotlivými spotřebiteli v závislosti na mnoha faktorech.

**V oblasti zdravotnictví** se může očekávání užitných vlastností lišit mezi všemi potenciálními relevantními subjekty (prvky):

- a) u pacientů (a to i budoucích pacientů, kterým ústavní dokumenty moderních států přiznávají v podobě specifického práva i určitý standard ochrany zdraví), přes
- b) poskytovatele různých druhů zdravotnických produktů s oblastí zdravotnictví souvisejících, až po
- c) subjekty, které oblast zdravotnictví určitým způsobem regulují, či jinak řečeno mocensky zde intervenují (především s cílem specifikovat ústavně obecně vymezený standard zdravotní péče, a to od určité koncepce zdravotní politiky po její promítnutí do normativních právních dokumentů).

Významným determinantem kvality je zde také vlastní objekt kvality, tzn. konkrétní produkt. Kvalita představuje určité souhrnné kritérium, zahrnuje v sobě aspekty technické, ekonomické, politické a v neposlední řadě též etické. Podle Gladkije „*Dobře řízená a fungující zdravotní péče může tedy přinášet lepší vnímanou kvalitu péče i při poměrně nižší úrovni financování a naopak.*“<sup>5</sup> Zdravotní systém je podle něho odpovědný velkému počtu společenských a ekonomických klientů či spoluhráčů. Tento autor je toho názoru, že v oblasti zdravotnictví existuje nejméně pět různých typů odpovědnosti zdravotnického systému, a to

- a) odborná,
- b) etická,
- c) právní,
- d) politická, a
- e) finanční.

„*Zatímco každý zdravotnický systém má prvky všech pěti typů odpovědnosti, ten či onen v některých převažuje a odráží tak hodnoty, které jsou pro konkrétní zdravotnický systém ústřední.*“<sup>6</sup> V oblasti zdravotnictví je vhodné předmět hodnocení kvality pojímat systémově. Gladkij systém kvality ve zdravotnictví definuje jako souhrn struktury organizace, jednotlivých odpovědností, procedur, procesů a zdrojů, které jsou potřebné k soustavnému zlepšování kvality poskytovaných zdravotnických služeb, jejichž konečným cílem je zlepšování zdravotního stavu, zvyšování kvality života a spokojenosti obyvatel, o něž pečují. Systém kvality zde tak zahrnuje celý proces tvorby postupů, sběru informací, stanovení standardů a hodnocení výsledků toho, co je ve zdravotnictví organizováno jako zdravotní péče a zdravotnické služby.<sup>7</sup> Řízení kvality zde proto souvisí s **konceptem řízené péče**.<sup>8</sup>

<sup>4</sup> Chambers 21st Century Dictionary, Larouse 1996, s. 1132.

<sup>5</sup> Gladkij, I. et al. Management ve zdravotnictví. Brno: Computer Press 2003, s. 4.

<sup>6</sup> Ibidem, s. 5.

<sup>7</sup> Ibidem, s. 289.

<sup>8</sup> Viz Malý, I. Problém optimální alokace zdrojů ve zdravotnictví. Brno: Masarykova univerzita 1998, s. 77 a násl.

Protože zdravotnictví představuje oblast, kde dochází ke střetávání soukromého a veřejného sektoru, je účelné zmínit vývoj konceptu kvality v obou těchto sektorech, ze kterého vyplývá určitá konvergence v poslední dekádě či několika posledních letech. Změny v konceptu kvality v soukromém sektoru jsou někdy znázorňovány následující tabulkou:

**Tabulka 2 - Vývoj konceptu kvality v soukromém sektoru**

Časové období	1945 - 1949	1949 - 1951	1951-konec 60. let 20. století	konec 60. let - 80. léta 20. století	80. léta 20. století - současnost
<b>Definice kvality</b>	souladnost s technicky specifikovanými normami a standardy	souladnost s technicky specifikovanými normami a standardy	vhodnost k využití ( <i>fitness to use</i> )	souladnost s požadavky zákazníka	dosažení maximálního uspokojení zákazníka
<b>Systém řízení kvality</b>	inspekce kvality	statistická kontrola kvality	systémově orientované zabezpečení kvality ( <i>system-oriented quality assurance</i> )	celopodniková kontrola kvality ( <i>company-wide quality-control</i> )	TQM

Zdroj: Caddy, J.; Vintar, M. Building better quality administration for the public: Case studies from central and eastern Europe. Slovakia: NISPAcee 2004, s. 19

Kvalita ve veřejném sektoru není pojmem novým. Její pojetí zde podobně jako v sektoru soukromém procházelo určitým vývojem. Například Beltrami rozlišuje tři **fáze evoluce konceptu kvality ve veřejném sektoru**, které připomínají v mnohém vývojem konceptu kvality v soukromém sektoru, tak jak znázorněný například výše uvedenou tabulkou:<sup>9</sup>

- 1) kvalita ve smyslu respektování norem a procedur;
- 2) kvalita ve smyslu účinnosti (effectiveness); a
- 3) kvalita ve smyslu spokojenosti zákazníka.

Problematickým i ve veřejném sektoru však může být, že **máme příliš mnoho definic kvality** (Bovaird, 1996). Důkazy ze zahraničí upozorňují podle tohoto autora na to, že řada organizací byla schopná dosáhnout rozvoje kvality, pokud se držela jedné definice kvality - a to např. být „v konformitě se specifikací“, být „vhodný pro účel“, „uspokojit očekávání zákazníka“ nebo „předčít očekávání zákazníka“. Od 80. let dvacátého století je v konceptech kvality zdůrazňováno dosahování maximálního **uspokojení zákazníka (klienta)**, které zdůrazňuje koncept Total Quality Managementu (TQM) a které bývá proklamováno i v současné veřejné správě, i když praxe tomuto požadavku odpovídat nemusí.

V současnosti je s ohledem na koncept good governance a v souvislosti se snahou demokratizovat z různých důvodů poskytování veřejných služeb (především proces přijímání rozhodnutí v této oblasti, ať už se týká různé úrovně rozhodování od strategického až po nižší úrovně managementu) je požadováno **vytvoření systému řízení kvality, který zabezpečuje její projednávání a dohodnutí s tzv. stakeholders** („a negotiated concept“ Gasterové)<sup>10</sup> - „Pro zdokonalení kvality jsou rozhodující výsledky, které jsou smysluplné pro místní uživatele

9 Löffler, E. Defining and Measuring Quality in Public Administration. In Caddy, J. Vintar, M. Building better quality administration for the public: Case studies from central and eastern Europe. Slovakia: NISPAcee 2004, s. 21

10 Srovnej Gaster, L., Squires, A. et al. Opus citatum, s. 54.

a komunity.<sup>11</sup> Tento moderní koncept souvisí rovněž s tím, co Frič a Bútora nazývají jako **participační étos** - základní tezí tohoto přístupu je podle jejich názoru to, že v mnoha sférách společnosti (např. bydlení, vzdělání nebo ochrany životního prostředí) jsou lidé, kteří tvoří neoddelitelnou část jakéhokoli řešení problémů v této oblasti. Podle jejich názoru neexistuje „ideální řešení“ učiněná odborníky nebo navržená technokraty, kteří znají „definitivní pravdu“.<sup>12</sup>

Zaměření na pacienty je patrné i v současných trendech řízení kvality ve zdravotnictví. Podle autorského kolektivu Jenkinsona hodnocení kvality ve zdravotnictví tradičně preferovalo před zprávami o preferencích pacientů především zprávy o výsledcích technického a psychologického typu. Teprve nedávno byla podle slov těchto autorů v systému zdravotnictví zdůrazněna snaha po dosažení rovnováhy mezi klinickou účinností poskytovaných služeb očekáváním pacientů, která se týkají přijatelnosti a prospěšnosti.<sup>13</sup> Tento objevující se trend souvisí také s tvrzením Gladkije, že zásadní význam pro správné stanovení cílů zdravotní politiky má **zkoumání zdravotních potřeb obyvatelstva**. Zdravotní potřebou chápá důvodný požadavek na preventivní, kurativní či rehabilitační péči plynoucí z objektivně existující nebo vnímané poruchy zdraví nebo z objektivně existujícího rizika ohrožení zdraví. Citovaná kniha také vymezuje tři přístupy k hodnocení potřeb zdravotnické péče, jejichž prvky jsou obsaženy i v moderních nástrojích řízení kvality, o kterých je pojednáno níže:

- a) *epidemiologický způsob hodnocení potřeb* - kombinace epidemiologických přístupů v kombinaci s hodnocením účinnosti a možného vztahu účinků a nákladů potencionálních intervencí,
- b) *srovnávací způsob* - srovnávání úrovně služeb, které dostávají různé části populací nebo různé populace,
- c) *korporativní* - zkoumající požadavky zdravotnických odborníků, pacientů, politiků a dalších zainteresovaných.<sup>14</sup> V citované knize jsou uvedeny příklady definic kvality zdravotnictví, z nichž nejkompaktnější je patrně tato: „Kvalita zdravotní péče může být ... definována jako stupeň, v němž péče poskytovaná zdravotnickými institucemi (pozn. či jednotlivci) jednotlivcům nebo specifickým populacím zvyšuje pravděpodobnost žádoucích zdravotních výsledků, je konzistentní se současnými odbornými znalostmi a současně přináší spokojenost pacientů i zdravotnických pracovníků.“ Tato definice v sobě implicitně zahrnuje i spokojenost s regulatorním rámcem zdravotnictví.<sup>15</sup>

V literatuře v oblasti řízení kvality veřejného sektoru je někdy kritizována skutečnost, že ve veřejném sektoru byla řada iniciativ v oblasti kvality zavedena shora (top-down), tzn. centrální úrovní státní moci, a to často bez hlubší a jasnější znalosti o tom, jaká jsou specifika kvality ve veřejném sektoru či na nižších správních úrovních státního teritoria. I zde sehrál v tomto ohledu svou úlohu patrně faktor módy a tzv. **institucionální xerox** (někdy též „imitovaná evoluce“) praxe soukromého sektoru či zahraničních zkušeností. Tento termín je

<sup>11</sup> Ibidem, s. 34.

<sup>12</sup> Srovnej Frič, P., Bútora, M. Role občanského sektoru ve veřejné politice. In Potůček, M. et al. Veřejná politika, s. 166.

<sup>13</sup> Jenkinson, C. et al. Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. In QSHC online - <http://qhc.bmjournals.com/cgi/content/full/11/4/335>.

<sup>14</sup> Srov. Gladkij, I. et al. Opus citatum, s. 20.

<sup>15</sup> Viz tamtéž s. 292. O tom, jak by měla být organizována zdravotně sociální péče, o úloze vrcholového managementu při zavádění systému hodnocení kvality ve zdravotnických zařízeních, které ukazatele kvality léčebné péče by mohly být využívány v hodnocení a prosazování kvality zdravotní péče i o úloze pacienta v měnícím se zdravotnictví a sociálních službách bylo diskutováno na konferenci ICEQ, která proběhla 6. a 7. března 2006 v Praze v Nemocnici Na Homolce. Na webových stránkách konference jsou k dispozici prezentace jednotlivých účastníků, avšak souhrnný sborník součástí zveřejněných informací dosud není (<http://www.iceq.cz/zprava2006.asp>).

používán k vyjádření skutečnosti, kdy se v rámci institucionálního evolucionismu klade důraz na potřebu co nejrychlejšího a vcelku bezproblémově chápaného „okopírování“ všeho toho, co je známo a co ze osvědčilo jinde, často bez hlubší analýzy aplikovatelnosti na vlastní, tzn. někdy velmi rozdílné, podmínky.<sup>16</sup>

Příklady iniciativ řízení kvality v systému National Health Service Spojeného království vyjmenovává například Taylor, D. následující tabulkou:

**Tabulka 1 - Příklady iniciativ řízení kvality v systému NHS v 90. letech 20. století**

<b>Iniciativa v oblasti řízení kvality</b>	<b>Popis</b>
Accreditation systems	Techniques for assessing institutional fitness to practise
Anticipated recovery pathways	Multidisciplinary methods for planning and monitoring treatments
Audit	Process for the systematic, cyclical review of the objectives and standards of practice
Benchmarking/benchmarking clubs	Set of techniques for comparing processes between competitor organisations
Business process re-engineering	Radical review of organisational activities, implemented using the methods of total quality management (TQM, see below)
BS 5750/ISO 9000	A form of accreditation based on review of documentation of standard operating processes
Clinical audit	Multidisciplinary, professionally led systematic review of patient care
Cochrane Centre	Part of the NHS research and development programme; it organises systematic reviews of randomised controlled trials and other evidence of the effectiveness of clinical care
Communications programmes	Good communications between providers of services and all their internal (same organisation) and external customers are an integral part of quality management
Complaints systems	The facilitation and analysis of customer complaints is also important in total quality management
Consumer surveys	Large numbers of surveys and monitoring exercises, of varying quality, have been conducted by NHS agencies since 1990
Disease management	Term commonly applied to health care quality management initiatives funded or run by the pharmaceutical industry. Also linked to the US term "managed care"
Effectiveness Bulletins	Produced by academic teams in York and Leeds as a part of the research and development programme's push towards evidence based care
External probity and VFM (value for money) audit	Includes NHS studies such as those commissioned by the Audit Commission.
Inspectorates	Public service health and welfare inspectorates include the Health Advisory Service and the Mental Health Commission
King's Fund organisational audit	A form of accreditation and linked developmental support run by the King's Fund, an independent policy and educational institution
Medical/professional audit	Unidisciplinary audit
Patient's Charter	A set of monitored patient rights and standards first established in 1992 as part of central government's Citizen's Charter initiative
Patient focus	An approach originally developed by US management consultants, designed to ensure that patients' "journeys" through care processes are timely and convenient
Performance indicators and targets	As contained, for example, in the Health of the Nation programme
Protocols/guidelines	Sets of treatment options and agreed decision making criteria, which may serve as a basis for systematic evaluation of clinical and allied care standards

<sup>16</sup> K tomu například v rámci principu path dependency viz. Mlčoch, L.: Institucionální ekonomie. Praha: Karolinum 1996.

Quality of life measurement	There are now over 400 English language instruments available for assessing quality of life, either in relation to specific conditions or overall wellbeing
Quality management assessment systems	A form of organisational audit. Examples include the Malcolm Baldrige award in the US and the European Quality Award
Risk (and claims) management systems	An approach to quality improvement based on techniques designed to minimise the risk of unwanted events for which the organisation might be liable or otherwise incur costs.
Total quality management	TQM techniques seek to enhance organisational sensitivity to customer requirements and optimally involve everyone in an organisation in meeting them

Zdroj : Taylor, D. Quality and professionalism in health care: a review of current initiatives in the NHS. BMJ 1996, 312:626-629. <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/312/7031/626>

Některé z výše uvedených nástrojů budou spolu s dalšími blíže vymezeny v níže uvedeném textu.

## 2. Obecné problémy měření kvality ve veřejném sektoru a ve zdravotnictví

V současné době veřejný sektor především poskytuje **služby** (buď přímo nebo nepřímo prostřednictvím smluvních stran). Někdy bývá teoreticky zdůrazňováno, že ve většině případů jsou **systemy řízení kvality pro vyhodnocování a zabezpečování kvality zboží neadekvátní pro hodnocení kvality služeb**. Podle Zeithamla, Parasuramana a Berryho plyne tato neadekvátnost ze třech základních rozdílů mezi službami a zbožovými statky (goods):<sup>17</sup>

- služby jsou nehmotné, proto precizní specifikace způsobu jejich produkce může být pouze výjimečně stanovena,
- služby s vysokým obsahem prvku práce tendují být velmi heterogenní, a
- produkce a spotřeba mnoha služeb je neoddělitelná.

Tato tvrzení mají podle zmíněných autorů dalekosáhlé následky pro koncepty kontroly kvality či řízení kvality obecně a přes jejich obecnost jsou relevantní i pro oblast zdravotnictví.

Podle Gasterové se veřejné služby významně liší od soukromých služeb (služeb poskytovaných soukromým sektorem), a to i v případě že jsou veřejné služby poskytovány organizacemi ze soukromého sektoru. Nejvýznamnější odlišnou charakteristikou je podle jejího názoru především **idea demokracie**, která má ve veřejném sektoru v diskuzích týkajících se kvality sehrávat centrální úlohu. Tato charakteristika vyžaduje **co možná největší participaci všech potenciálně dotčených subjektů (tzv. stakeholders) v rámci řízení kvality**. Začít se musí vždy na straně občana, nikoliv u poskytovatele služeb, na straně občana, který není pouhým zákazníkem / klientem, protože mu je ústavními právními předpisy přiznána řada základních občanských práv, která mohou v řízení kvality v soukromém sektoru ustupovat do pozadí (např. rovnost v právech, sociální jistoty atp.). Je zde tedy předpokládána vždy určitá analýza **strany poptávky**.<sup>18</sup>

Předmětem určitého druhu analýzy, kterou by měl poskytovatel či garant služeb (pokud outsourcoval poskytování služeb prostřednictvím smlouvy na jiný subjekt nesmí být opomenut fakt, že odpovědnosti za poskytování veřejných služeb se nemůže zbavit) provádět, mají být vždy vnímání, zkušenosti a vztahy v rámci určitého odvětví poskytování veřejných služeb. Proto musí být podle Gasterové zdůrazněna **potřeba komunikace** a rozvinutí kultury, kde může být zabezpečeno propojení všech tzv. stakeholders. K naslouchání všech těchto

17 Srov. Caddy, J.; Vintar, M. et al. Opus citatum, s. 22. Tito autoři vyvinuli tzv. gaps model kvality (model kvality založený na mezerách), který postihuje vztah mezi produktem a očekáváním zákazníka.

18 Srovnej Gaster, L., Squires, A. et al. Opus citatum. s. 4.

relevantních hlasů potom mohou být využity různé nástroje pro zabezpečení konzultace a participace a zpětné vazby, od klasických po **elektronické**.

Základním úkolem pro poskytovatele veřejných služeb, kteří fungují buď přímo nebo na základě kontraktu, je poskytovat (na potřeby) citlivé služby, a to vždy uvnitř určitého právního, finančního a politického rámce, kde mají operovat.<sup>19</sup> Gasterová na základě výše uvedených požadavků vymezuje **model pro kvalitu** (a model for quality), který je znázorněn na níže uvedeném **obrázku 1**.<sup>20</sup> Pro účinné řízení kvality v rámci organizace (někdy též mezi organizacemi) v souladu s tímto modelem je podle jeho autorky důležité, aby měla organizace jako celek jasnou a pro místní komunitu transparentní ideu o následujících oblastech:

- proč a o čem konzultujeme,
- stupeň, ve kterém jsou zapojováni místní lidé,
- jaké metody konzultace a participace jsou nejvhodnější pro tu kterou konkrétní situaci,
- kdo přijímá konečné rozhodnutí,
- jak toto konečné rozhodnutí reflektuje názory těch, kteří byli konzultováni.<sup>21</sup>

Klíčová otázka v řízení kvality ve veřejném sektoru, která je bezpochyby relevantní i pro oblast zdravotnictví, je podle Gasterové následující: „jak balancovat komplex potřeb, přání a poptávek jednotlivců, jednotlivých společenství a společnosti jako celku spolu s kapacitou, zdroji, právními požadavky a technickými schopnostmi organizace a jednotlivců odpovědných za dosahování dobré kvality služeb.“<sup>22</sup> Kvalitu tato autorka vymezuje jako: vyjednaný a dohodnutý soubor vlastností, který zabezpečuje, že služby jsou vhodné pro svůj účel (fit for purpose), poskytované user-friendly způsobem v řádném/spořádaném (decent) prostředí a splňují konzistentní a současně rostoucí standardy a mění se v průběhu času tak, aby uspokojovaly nové potřeby a touhy (needs and aspirations).<sup>23</sup> Implicitně tak v sobě model zahrnuje především kooperaci, participaci a s nimi související rozmanitost a volbu a současně také odpovědnost.

Centrem modelu jsou všichni potenciálně dotčení systémem řízení kvality - občané, spotřebitelé, zaměstnanci na nižších pozicích (tzn. ti, kteří přicházejí do kontaktu s občany a spotřebiteli nejčastěji; front-line staff), tvůrci politik a jiní („other interests“). Model vychází z přesvědčení, že pokud je kvalita prezentována a v praxi implementována fragmentovaně, například prostřednictvím výkonových cílů a indikátorů či zredukována jedním přijatým systémem kvality, nebo jen prostřednictvím vydání dokumentu typu občanská charta, účinnost a dopad změn na zainteresovanost a zapojení zaměstnanců, na služby a jejich příjemce může být oslaben. Gasterová proto doporučuje zaujmout v rámci celé množiny pro řízení kvality využitelných nástrojů **eklektický přístup** - tzn. vybrat z různých nástrojů to, co nejlépe zaručí systémovost, kterou předpokládá výše uvedený model. Účinnost každého z nástrojů řízení kvality je totiž v určitých oblastech vždy limitována, každý z nástrojů má svoje pozitiva a negativa, která mohou, avšak nemusejí být známa subjektům veřejného sektoru, které se rozhodnou zahájit a realizovat určitým způsobem politiku jakosti.<sup>24</sup> Proto bude nástrojům, které jsou v současnosti považovány za moderní věnována pozornost samostatně, a to rovněž s přihlédnutím ke specifikám v oblasti zdravotnictví.

---

19 Srovnej Gaster, L., Squires, A. et al. Opus citatum, s. 1 - 14

20 Ibidem, s. 39

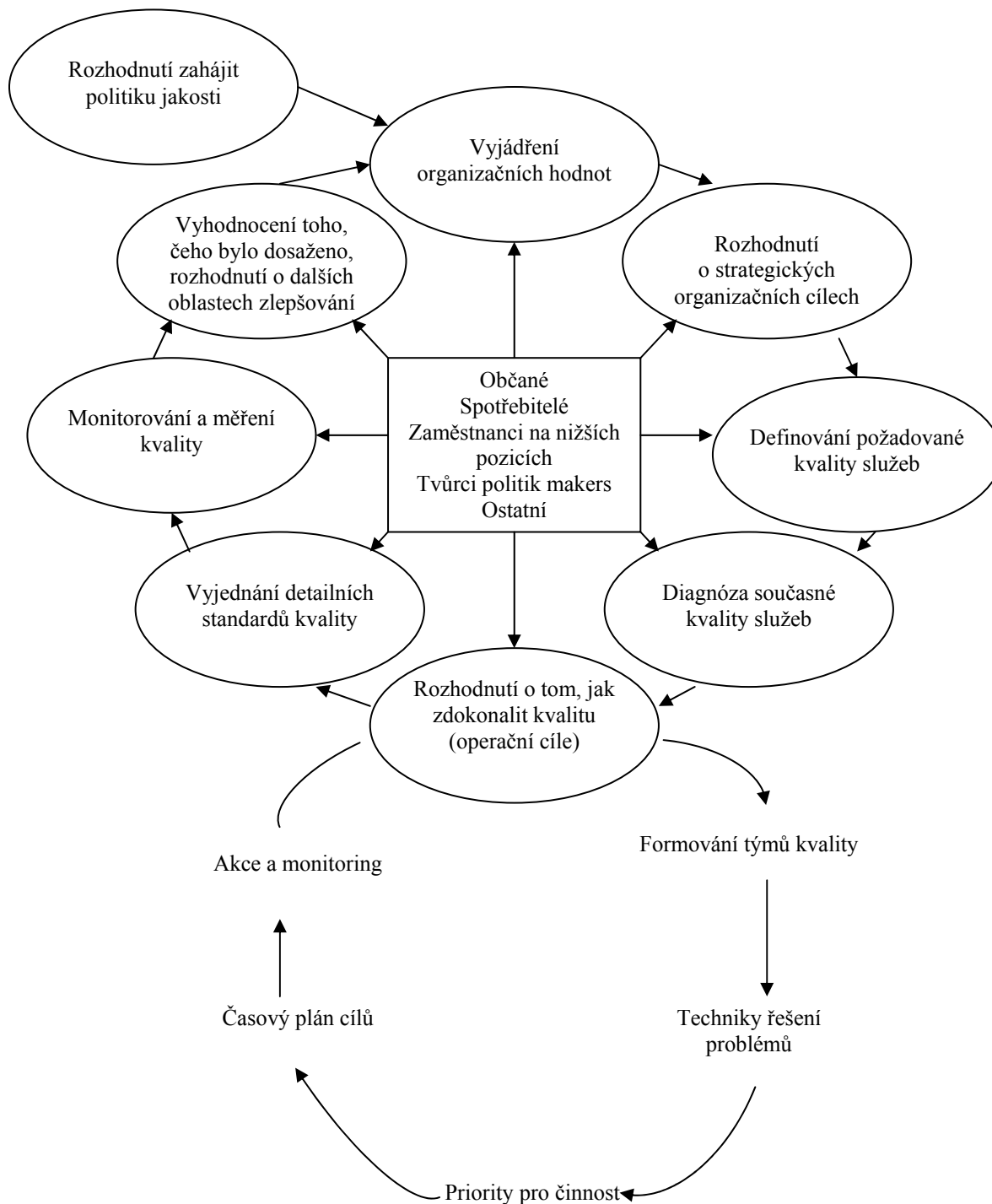
21 Ibid, s. 30.

22 Ibid, s. 43

23 Ibid, s. 54.

24 Ibid. s. 41 - 42.

**Obrázek 1 - Model pro kvalitu**



Zdroj: Gaster, L., Squires, A. Providing Quality in the Public Sector. Philadelphia - Maidenhead. Open University Press 2003. s. 39.

Důležitou oblastí, kterou model Gasterové předpokládá, je **vyhodnocování a měření**. Problémem kvality v soukromém i veřejném sektoru je především to, že „ne všechny aspekty kvality mohou být měřeny. „*Samozřejmě je možné dozvědět se - například prostřednictvím dotazníku klientům - zda-li jsou zaměstnanci v sociálním úřadu považováni za dostatečně zdvořilé nebo ne, ale to nezachytí celou skutečnost... Nicméně bylo velmi lákavé redukovat kvalitu na to, co je kontrolovatelné vytvořením inspekcí, rozvojem standardů, realizováním*



*benchmarkingu a prováděním dotazníkových šetření ohledně spokojenosti atp.*<sup>25</sup> Těmto tendencím musíme být podle Löffler odolní. Podle jejího názoru totiž **kvalita reflektuje vášnivý emocionální pocit vytvořený zbožovými statky nebo službou uvnitř spotřebitele či jiného stakeholdera**. Podle jejího názoru „*toto není definicí kvality, spíše je to rozpoznáním toho, že můžeme vidět symptomy kvality, nikoliv kvalitu jako takovou... problémem je těžká měřitelnost těchto symptomů... nikoliv zavádění konceptů kvality do praxe... jakémukoliv přístupu ke kvalitě, který ignoruje tyto symptomy, chybí její esence...*“<sup>26</sup> Silné zaměření se na měření a monitoring může podle jejího názoru rovněž jednoduše ve veřejném sektoru vytvořit novou byrokracii, aniž by byly zdokonaleny veřejné služby.

Kvalita ve veřejném sektoru je v současnosti považována za **multi-dimenzionální koncept**.<sup>27</sup> K jejímu vyhodnocování, které nemusí být s ohledem na výše uvedené nikdy perfektní, je proto smysluplnější definovat celý seznam měřítek namísto spoléhání se na jediný ukazatel či index. Pro oblast služeb například Zithaml, Parasuraman a Berry identifikovali následující dimenze, které ovlivňují zákaznický pohled na kvalitu:

- hmotná aktiva (tangibles),
- spolehlivost,
- citlivost,
- kompetence,
- zdvořilost,
- kredibilita,
- bezpečnost,
- přístup,
- komunikace,
- porozumění zákazníkovi.

Podle Gasterové výzkumy ukázali, že spotřebitelé si obzvláště cení následujících charakteristik a politiky a praxe subjektů veřejné správy by měly tam, kde je to možné, uspokojovat právě tato očekávání:

- spolehlivosti,
- dobrých a relevantních informací,
- rychlosti/včasnosti výkonů,
- přístupu,
- ochoty / vstřícnosti.

Opatření týkající se kvality, která mají vycházet z výše uvedených očekávání, musí být vždy určitým způsobem operacionalizována prostřednictvím **indikátorů kvality**. Ty jsou obecně kategorizovány na **kvantitativní a kvalitativní**. Pro řízení kvality je teorií vyžadován mix obou těchto kategorií indikátorů. Metodiky doporučují, aby tzv. chytré („smart“) indikátory byly:

- **Specific** (specifické)
- **Measurable** (měřitelné)
- **Achievable** (dosažitelné)
- **Relevant** (relevantní)

---

25 Caddy, J.; Vintar, M. et al. Opus citatum, s. 24.

26 Ibidem, s. 24.

<sup>27</sup> „Patient satisfaction is often considered to be an abstract, multidimensional phenomenon.“ (Beattie, P. F. et al. Patient Satisfaction With Outpatient Physical Therapy: Instrument Validation. In Physical therapy, Vol. 82, No. 6, June 2002, pp. 557-565, dostupný zde: <http://www.ptjournal.org/cgi/content/full/82/6/557>)

- Time-related (vztáhnutelné k určitému časovému období).<sup>28</sup>

Hledání těchto ideálních indikátorů může být a zpravidla je velmi **časově a finančně náročné a vyžaduje zkušenosti a znalosti**, a to i v oblasti **zdravotnictví** Podle Strnada je vytvoření vhodných validních a praktických ukazatelů pro měření výsledků zdravotnických služeb velmi obtížné, a to především z těchto důvodů:

a) Různé ukazatele dopadu zdravotnických služeb na zdravotní stav jedinců a populačních skupin působí jako součást obecných determinant zdraví a nemoci a jsou významně ovlivněny faktory mimo zdravotnictví, význam mají především socioekonomický status jedince, výživa, kouření, podpora rodiny, věk, genetická dispozice, fyziologická rezerva. Z tohoto důvodu je nutno podle tohoto autora nutno rozlišovat pojmy „výsledek ve stavu zdraví“ a „výsledek zdravotní péče (zdravotnických služeb)“.<sup>29</sup>

b) Mnoho výsledků zdravotní péče má kvalitativní charakter, velmi těžko umožňují přesné vyjádření. Sem patří takové výsledky, jakými jsou bolest, úzkost, naděje atp.

c) Výsledky řady zdravotnických intervencí se nemusí projevit ihned, ale jsou ovlivněny časem (citovaný autor uvádí příklad zabránění vzniku nemocí preventivním očkováním).

d) Lidé trpící stejnou chorobou netvoří jednodušskou skupinu, ale tvoří četné podskupiny lišící se stupněm rozvoje choroby, přidruženými diagnózami, imunologickým statusem a demografickými charakteristikami; to vše má podle Strnada vliv na výsledky léčby.

e) dosažené výsledky medicínských intervencí ne vždy mohou být připsány specifickému léčení. Na konečných výsledcích se zpravidla podílí celý komplex faktorů.<sup>30</sup>

Tyto důvody souvisí rovněž se specifickými znaky systému péče o zdraví a zdravotnictví, tak jak o nich píše v citované knize Zlámal.<sup>31</sup>

Vyhodnocování kvality zdravotnictví souvisí obecně s tím, co kniha autorského kolektivu Gladkije označuje za diagnostiku kvality a efektivity činnosti zdravotnického zařízení. Souvisí především s hodnocení následujících parametrů (a to přiměřeně dle objektu hodnocení):

a) parametry poptávky po službách

b) strukturní aspekty zařízení (kapacita zařízení vzhledem k poptávce, včetně technického vybavení<sup>32</sup>)

c) parametry procesů (úroveň diagnostiky a terapie, diagnostické a léčebné postupy, úroveň ošetrovatelské péče, organizace práce, komunikační procesy s klienty i uvnitř organizace, způsoby financování, motivování lidí atp.)

d) výstupní parametry - výstup a výsledek (kvantita a vnímaná kvalita realizovaných zdravotnických služeb, produktivita práce, ekonomická situace zařízení)

e) parametry týkající se prostředí (postoje veřejnosti a případných nadřízených orgánů k organizaci, chování plátců - zdravotních pojišťoven, postoje dodavatelů léků a ostatního zboží, vztah k ostatním zdravotnickým zařízením atd.).<sup>33</sup>

28 Srov. Löffler, E. Defining and Measuring Quality in Public Administration. In Caddy, J.; Vintar, M. Building better quality administration for the public: Case studies from central and eastern Europe. Slovakia: NISPAcee 2004, s. 26.

<sup>29</sup> Faktory mimo oblast zdravotnictví („nezdravotnické“) vymezují například také skripta Ekonomika zdraví autorky Durdisové (Durdisová, J. Ekonomika zdraví. Praha: VŠE 2005, s. 15 a násl.

<sup>30</sup> Srovnej Gladkij, I. et al. Opus citatum. s. 86 - 87.

<sup>31</sup> Srovnej tamtéž, s. 105 - 106.

<sup>32</sup> Obecné makroukazatele v oblasti zdravotnictví a makroukazatele technického vybavení, které byly použity v praxi pro hodnocení situace v ČR jsou součástí článku Jaroš, J. et al. Decentralization and Governance of Healthcare in the Czech Republic in the 1990s. In Shakarishvili, G. (Ed.). Decentralization in Healthcare - Analyses and Experiences in Central and Eastern Europe in the 1990s. Budapest: OSI/LGI 2005. s. 196 - 197.

<sup>33</sup> Srovnej Gladkij, I. et al. Opus citatum, s. 284 - 285.

Tvůrci indikátorů k měření kvality ve zdravotnictví by měli podle autorského kolektivu Campbella vzít v úvahu následující tři oblasti:

a) jaké aspekty budou indikátory vyhodnocovány - zde autoři rozlišují:

- procesy (zaměstnanec, vybavení, systém řízení návštěv, atd.)
- procesy (předepisování medikamentů, vyšetření, interakce mezi lékařem a pacientem)
- výsledky (úmrtnost, nemocnost, spokojenost pacienta).

b) všichni potenciálně dotčení mají různé názory na kvalitu péče (tvůrci indikátorů musí mít jasno v tom, které názory byly pro vytvoření jejich indikátorů určující)

c) vytvoření indikátorů vyžaduje dostatečné množství podporujících informací a důkazů.<sup>34</sup>

### 3. Vybrané v současnosti používané nástroje řízení kvality ve veřejném sektoru a jejich využitelnost v oblasti zdravotnictví

#### 3.1 Benchmarking

Termín benchmarking byl původně v anglické terminologii využíván zeměměřiči, kteří jej využívali k identifikaci bodu, od kterého byla následně prováděna všechna ostatní měření. Během 70. let 20. století však tento termín nabyl širšího významu a benchmarking je od té doby považován především za nástroj zvyšování kvality a výkonnosti. Vznik tohoto nástroje je spojován se společností Xerox, v rámci které byl nástroj benchmarking vymezen takto: „*Benchmarking je nepřetržitý proces měření (vlastních) produktů, služeb a praktik s ohledem na charakteristiky nejtrvalejších (the toughest) konkurentů nebo společností, které jsou považovány za lídry v daném odvětví (nejlepší třídu).*“

Existuje řada definic tohoto nástroje. Všechny však zahrnují proces učení se, sdílení informací a přijímání tzv. nejlepší praxe pro zlepšování vlastností vlastních aktivit. Benchmarking je tak založen na **porovnávání charakteristik vlastních činností s charakteristikami činností jiných, avšak srovnatelných organizací**. V případě, že srovnatelná organizace dosahuje lepších výsledků, požaduje benchmarking analýzu toho, proč naše organizace dosáhla výsledků horších. Těžiště tohoto nástroje je spatřováno v neustálém procesu učení se dobré praxi srovnatelných organizací. **Nejde však o zkopírování lepších výsledků**, vždy musí být kladen důraz na přizpůsobení se vlastním specifickým podmínkám.

Využití benchmarkingu ve veřejném sektoru je zdůrazňováno především v poslední dekádě. Z textů, které se vztahují k v současnosti diskutovaným nástrojům řízení kvality - modelu EFQM, CAF, **avšak i ISO standardům - je patrné, že tyto specifické nástroje pro řízení předpokládají benchmarking, respektive že jsou samy svými určitými prvky typem benchmarkingu**. Je proto možné buď

- a) hovořit o **širším konceptu procesu benchmarkingu**, v rámci kterého lze mezi jeho nástroji najít např. model EFQM či model CAF, nebo
- b) hovořit o **užším konceptu benchmarkingu**, který je specifickou součástí například modelu EFQM či modelu CAF a který předpokládá i implementace ISO standardů.

**Vhodnější je patrně vycházet při vymezování benchmarkingu ve smyslu bodu a)**, to znamená pojímat benchmarking jako širší konceptuální součást řízení kvality. Takovéto pojetí sice **nemusí korespondovat s praxí, kdy různé dokumenty či jednotlivci hovoří o benchmarkingu jako o samostatném nástroji**. Pojetí vycházející z bodu a) je však

<sup>34</sup> Srov. Campbell, S. M. et al. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. In BMJ research articles, 326(7393): 816–819, 2003 April 12, <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1125721>.

konzistentní například s tvrzením tvůrců modelu EFQM, že model EFQM představuje způsob benchmarkingu s jinými organizacemi (podobně jako model CAF), a to především tím, že model předpokládá to, že organizace ve veřejném sektoru jejich využitím mohou zdokonalit vlastní kvalitu, a to právě učením se od sebe navzájem. Pojetí a) je v souladu i s praxí, kdy například **úředníci využívají prvků benchmarkingu nevědomě, aniž by znali obsah tohoto slova a funkci samotného nástroje**, protože se v každodenní práci patrně nevyhnou občasné konzultaci některé problémové otázky se spřáteleným úřadem stejné, vyšší či nižší úrovně veřejné správy. Širší pojetí benchmarkingu vyjadřuje i možné **rozdělení benchmarkingu** na strategický, výkonnostní nebo konkurenční, procesní, funkcionální nebo generický, vnitřní, vnější nebo též mezinárodní.<sup>35</sup>

V rámci iniciativ v oblasti řízení kvality ve Spojeném království byla vytvořena **The Public Sector Benchmarking Service (PSBS)**. Zkratka této organizace souvisí rovněž s následujícími anglickými slovy: Promote, Supply, Broker, Support. Cílem této služby je:

- podporovat - a to transfer znalostí a účinného benchmarkingu,
- nabízet - praktické rady a informace o nástrojích pro zdokonalení,
- zprostředkovat - proces učení se prostřednictvím sdílení znalostí a informací o případech dobré praxe,
- podporovat - projekty, jejichž cílem je zkvalitňovat veřejné služby.

Webové stránky této služby<sup>36</sup> tvrdí, že ačkoliv benchmarking zahrnuje provádění srovnání výkonnosti, benchmarking sám o sobě není:

**Tabulka 3 - Co benchmarking je a co benchmarking není.**

<b>BENCHMARKING</b>	
<b>NENÍ</b>	<b>JE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- pouhou analýzou konkurentů</li> <li>- porovnáním „ligových“ tabulek</li> <li>- rychlá náprava a jednorázová činnost</li> <li>- kopírování nebo dostižení</li> <li>- špehování či provádění špionáže</li> <li>- industriální turismus (<i>industrial tourism</i>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- je nejlépe prováděn kolaborujícím způsobem</li> <li>- cílem je učit se o okolnostech a procesech, které podporují dokonalejší výkonnost</li> <li>- benchmarkingové projekty mohou probíhat řadu měsíců a je velmi důležité opakovat je průběžně proto, aby organizace nezaostávala v měnícím se prostředí</li> <li>- v rapidně se měnícím prostředí se dobrá praxe může objevit velmi rychle;</li> <li>rovněž fakt, že ostatní dělají věci jinak, nemusí nutně znamenat, že je dělají lépe</li> <li>- otevřenost a čestnost jsou životně důležité pro úspěšnost benchmarkingu</li> <li>- pokud jsou prováděny návštěvy konkrétního místa, měly by být vždy součástí strukturovaného programu, který předpokládá důkladnou analýzu</li> </ul>

Zdroj: The Public Sector Benchmarking Service <http://www.benchmarking.gov.uk>.

**Účelem využití benchmarkingu** v soukromém sektoru bylo především získat konkurenční výhodu, být lepší než konkurenti v daném odvětví. Ve veřejném sektoru Spojeného království je benchmarking uznávaným nástrojem pro zahájení a neustálé zkvalitňování veřejných služeb a za předpoklad tohoto zkvalitňování. Toto zkvalitňování souvisí i s předpokladem, že efektivní a účinné veřejné služby hrají vitální součást procesu zdokonalování konkurenceschopnosti soukromého sektoru, a to snižováním administrativní zátěže na podnikatelské subjekty. Bez ohledu na to, v jakém sektoru či v jaké organizaci je benchmarking využit, měla by jeho praxe podle zkušeností ve Spojeném království v co

<sup>35</sup> Blíže zde [http://www.benchmarking.gov.uk/about\\_bench/types.asp](http://www.benchmarking.gov.uk/about_bench/types.asp).

<sup>36</sup> <http://www.benchmarking.gov.uk>.

možná nejvyšší možné míře vycházet z metodicky ověřených a proto doporučovaných následujících **kroků benchmarkingového procesu a jejich sekvenčních součástí**.<sup>37</sup>

### 1) plánování

- identifikování oblasti, která má být předmětem revize
- definování cílů studie a kritérií pro posuzování úspěchu
- výběr metody benchmarkingu
- identifikování potenciálních partnerů
- vytvoření plánu projektu benchmarkingu
- vypracování komunikační strategie
- přiřazení zdrojů a jmenování projektového týmu
- zabezpečení souhlasu, přijetí a podporu v rovině vrcholového řízení (tedy u tzv. *senior managers*)

### 2) sběr dat a informací

- shromáždění informací a údajů, které se týkají výkonnosti (součástí mohou být tzv. procesní mapy)
- výběr partnera a jeho kontaktování
- dohoda s partnery týkající se vzájemných procedur
- připravení otázek a domluvení se na terminologii a nástrojích pro měření výkonnosti, které budou využity
- distribuce soupisu otázek každému z partnerů
- provedení sběru dat a informací s využitím některé z dostupných metod
- pokud jsou v rámci benchmarkingu uvažovány návštěvy konkrétních organizací, doporučuje se, aby byl připraven program těchto návštěv a projednán jejich účel
- uspořádání poznatků pro jejich následnou analýzu

### 3) analýza získaných poznatků

- vyhodnocování poznatků a jejich rozpracování do tabulek, schémat a grafů
- identifikování mezer ve výkonnosti mezi domácí organizací a organizacemi, kteří dosahují lepších výsledků (**předpokladem je, že mezi partnery taková organizace je**)
- nalezení možných vysvětlení zjištěných mezer ve výkonnosti
- zabezpečení toho, aby bylo srovnání smysluplné a důvěryhodné (*meaningful and credible*)
- komunikování výsledků podle komunikační strategie (viz výše)
- identifikování realistických příležitostí pro zlepšování

### 4) doporučení vyplývající ze 3)

#### a) navrhnutí doporučení

- prozkoumání proveditelnosti (*feasibility*) zdokonalování s ohledem na podmínky, které determinují domácí organizaci
- dohodnutí uskutečnitelných kroků pro zdokonalování
- získání důvěry skupin a jednotlivců, kteří jsou klíčovými pro potřebné změny
- vytvoření akčního plánu pro zlepšování

#### b) realizace návrhů

- realizace akčního plánu
- monitorování výkonnosti
- odměňování úspěchů a jejich komunikace
- neustálé informování klíčových skupin a jednotlivců o dosaženém pokroku

---

37 Srovnej s „The Benchmarking Process“ [http://www.benchmarking.gov.uk/about\\_bench/theprocess.asp](http://www.benchmarking.gov.uk/about_bench/theprocess.asp).

## 5) monitoring a přezkoumávání

- vyhodnocení realizovaného benchmarkingového procesu a porovnání dosažených výsledků s kritérii cílů a úspěšnosti včetně celkové efektivnosti a účinnosti
- dokumentování toho, čeho se organizace „naučila“ z praxe jiných (lepších) organizací, a zpřístupnění této dokumentace ostatním
- pravidelné zvažovat, zda-li jsou výstupy z benchmarkingu aktuální s ohledem na možné změny podmínek, které ovlivňují výkonnost spojenou s dobrou praxí.

**Potenciál benchmarkingu souvisí především s jeho požadavkem pravidelného vyhodnocování, které nemusí být nutně ve spojení s jinými nástroji (např. elektronickými) značně finančně nákladné, pokud mu budou vytvořeny příznivé podmínky, které již ale vyšší finanční nároky mohou vyžadovat.** Podle PSBS může mít benchmarking **prospěšné efekty v následujících oblastech** (k textu je vždy připojen v závorce komentáře autora):

- benchmarking v sobě obsahuje potenciál zvýšit uvědomění o vlastní výkonnosti a o důležitosti větší otevřenosti o silných a slabých stránkách organizace (pozn. to je patrně **nejvýraznějším odlišujícím znakem využití benchmarkingu ve veřejném sektoru** oproti jeho využití v sektoru soukromém, i v rámci veřejného sektoru však **může** tento potenciál **narážet na rivalitu / konkurenci některých subjektů veřejného sektoru**),
- učení se od jiných a větší důvěra v rozvoj a aplikaci nových přístupů (pozn. ve veřejném sektoru je **věcí diskuze velikost prostoru pro experimentování** a to právě s ohledem na finanční možnosti jednotlivých, **přínosná zde může být různá forma partnerství** se sektorem soukromým nebo s akademickou sférou),
- vyšší zapojení a motivace zaměstnanců v rámci programů pro změnu (pozn. protipólem může být **silná odolnost vůči změnám**),
- rozšíření ochoty sdílet možná řešení obecných problémů a širší možnosti pro budování konsensu o tom, co je potřebné pro přizpůsobení se změnám (pozn. i toto tvrzení je diskutabilní, a to podobně jako v předchozím bodě),
- lepší pochopení širších souvislostí a získání komplexnějšího pohledu na vzájemné ovlivňování řady faktorů, které usnadňují implementaci dobré praxe (pozn. a to jak na vzájemné pozitivní, tak i na negativní vztahy - především ty, které se navzájem vylučují *trade offs* - mezi jednotlivými faktory, a to například pokud budou, nebo nebudou splněny výše uvedené předpoklady), a
- zvýšení míry spolupráce a větší pochopení interakcí v rámci organizace i mezi organizacemi (pozn. pokud v praxi nenabourá ideální předpoklad vzájemné otevřenosti a kooperativnosti mezi srovnatelnými organizacemi veřejného sektoru).

**Pokud budou v praxi splněny výše uvedené předpoklady, je možné vyslovit hypotézu, že i když implementace benchmarkingu předpokládá finanční zdroje, může se pozitivně promítnout do posílení efektivnosti vlastních výsledků.** Dokáže-li organizace monitorovat dobrou praxi srovnatelných organizací, ze které vyplývají nedostatky pro její vlastní činnosti, může cestou přijetí opatření k vlastnímu zlepšení činností pozitivně posílit poměr mezi využitými vstupy a produkoványými výstupy / výsledky, tzn. efektivnost.

V České republice mají přístup k datům, které mohou být podkladem benchmarkingu, především zdravotní pojišťovny, což může ovlivňovat i veřejnou dostupnost těchto informací. Pro usnadnění přístupu k těmto informacím byl v květnu 2005 podán návrh zákona o právu občana na informace ve zdravotnických zařízeních, který zakotvoval právo každého na informace o kvalitě péče poskytované ve zdravotnických zařízeních. Kromě toho ukládal

zdravotním pojišťovným povinnost zveřejňovat informace o zdravotnických zařízeních v rozsahu potřebném pro sledování kvality a ceny poskytované zdravotní péče. Tento rozsah, obsah a formu zveřejnění informací přitom mělo dále specifikovat Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou. Podle navrhovaného znění měl tento zákon nabýt účinnosti 1. 7. 2006. Podle informací na stránkách Senátu však nebyl tento návrh v legislativním procesu přijat.<sup>38</sup>

Snahu provést určitý druh benchmarkingu v **oblasti zdravotnictví** představoval v **České republice** žebříček 16 fakultních nemocnic, které publikovalo Ministerstvo zdravotnictví na konci ledna 2006. Tento žebříček vycházel podle dostupných informací z údajů za první pololetí 2005 a stal se předmětem kritiky pro porovnávání nesrovnatelného (úrazová nemocnice vs. Ústav pro matku a dítě). Ministerstvo uvažovalo, že v budoucnu bude seznam vypovídat o kvalitě péče podle jednotlivých oborů.

Inspirativní pro Českou republiku může být iniciativa všech nemocnic v americkém státě Louisiana, jejímž výsledkem jsou webové stránky <http://www.lahealthinform.org>, které jsou provozované asociací těchto nemocnic a zpřístupňují návštěvníkům informace o kvalitě a ceně nemocnic. Tato iniciativa přitom byla podnětována legislativou, která požadovala zvětšení průhlednosti zdravotnictví.<sup>39</sup> V červenci 2005 byl v USA přijat The Patient Safety and Quality Improvement Act of 2005, který normativně oblast veřejnosti určitých informací limituje, protože zakotvil ochranu důvěrnosti informací o pacientovi. Pro účely benchmarkingu jsou využívány také webové stránky <http://www.ahcpub.com>. Louisiánská iniciativa je součástí snad po vytvoření průhledného zdravotnictví, tak jak jej požaduje United States Department of Health and Human Services (HSS) a její projekt Health Care Transparency (<http://www.hhs.gov/transparency>). Americké federální ministerstvo zdravotnictví (HSS) také každoročně publikuje zprávu o kvalitě národního zdravotnictví.<sup>40</sup> V mezinárodním benchmarkingu působí například webové stránky CASPE research (<http://www.caspe.co.uk/>), které v současnosti (říjen 2006) informují o vybraných aspektech praxe 17 evropských zemí a odkazují i na instituce, které se snaží ovlivňovat (vyhodnocováním, přijímáním standardů, publikováním „best practice“ informací) kvalitu ve zdravotnictví.<sup>41</sup>

Využití benchmarkingu v nemocnicích zdůrazňuje například Pelikan et al. kvůli nutnosti přizpůsobit prostředí, které se rychle mění v závislosti na:

- demografických změnách (stárnutí populace)
- epidemiologických změnách (více chronických nemocí)
- ekonomickým změnám (omezené zdroje)
- technickým změnám (lepší možnosti pro diagnózu, terapii atd.)
- poptávce pacientů po kvalitě života, aktivním zapojení atd.<sup>42</sup>

Benchmarking byl v případě nemocnic realizován i v Německu, a to především od roku 2001 pod záštitou Německého národního projektu benchmarkingu kvality (BQS). Tato oblast souvisí především s německou politikou „Management kvality v nemocnicích“, kterou zahájilo německé federální ministerstvo zdravotnictví již v roce 1998. Tento projekt od roku

<sup>38</sup> Poslanecká sněmovna ve 3. čtení návrh 1. 2. 2006 schválila, Senát jej 22. 3. 2006 zamítl, o návrhu se v Poslanecké sněmovně znovu hlasovalo 25. 4. 2006, avšak sněmovna jej již nepřijala. (viz <http://www.senat.cz/xqw/xervlet/pssenat/historie?action=detail&value=1880>)

<sup>39</sup> Blíže o této iniciativě také zde: [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_m0NUZ/is\\_7\\_13/ai\\_n16535217](http://findarticles.com/p/articles/mi_m0NUZ/is_7_13/ai_n16535217).

<sup>40</sup> Zpráva za rok 2005 je k dispozici zde:

<http://www.qualitytools.ahrq.gov/qualityreport/2005/browse/browse.aspx>.

<sup>41</sup> Viz zde <http://www.caspe.co.uk/expert/netherlands.htm> a zde <http://www.caspe.co.uk/expert/links.htm>.

<sup>42</sup> Pelikan, M. J. Benchmarking hospital services - Theory and Practice From an Austrian Model Project (prezentace dostupná zde: <http://www.univie.ac.at/lbimg/present/28082002.pdf#search=%22Benchmarking%20hospital%20services%20-%20Theory%20and%20Practice%20From%20an%20Austrian%20Model%20Project%22>)

2004 spadá do působnosti Federálního společného výboru (G-BA), který vytvořil podvýbor pro oblast benchmarkingu “externí kvality”. Je podle slov jeho koordinátorů projektem povinným, který se zaměřuje na kvalitativní cíle léků a ošetřování, týkajících se 26 diagnóz / procedur (včetně srdeční chirurgie, operací rakoviny prsu, zápalu plic atd.). Statistiky více jak 350 kvalitativních cílů, které jsou publikovány jako výsledky každoročních hodnocení, jsou dostupné na <http://www.bqs-outcome.de> (již v roce 2004 se benchmarking týkal více jak 2000 německých nemocnic - přes 98 % z celkového počtu, a více jak 20 % celkových případů, které jsou řešeny na úrovni nemoc v Německu). Od roku 2005 jsou německé nemocnice také povinny publikovat na internetu zprávy kvality.<sup>43</sup>

## 3.2 Modely excelence a sebehodnocení

### 3.2.1 Model EFQM

Tento model je součástí tzv. modelů excelence, které se snaží implementovat koncepci Total Quality Management (TQM). Modely excelence kvality jsou určeny především pro **sebehodnocení** (*self-assessment*) organizace nebo jako **základ pro externí ohodnocování** organizace. Toto sebehodnocení může posloužit identifikaci silných stránek, ale také prvků, které je nutno zdokonalit. Modely excellence tak představují podobně jako například *analýza SWOT nástroj pro diagnózu*. Klíčovým znakem je zde možnost využití bodování procesu zdokonalování a jejich komparace.

Model EFQM vyvinula ho v roce 1991 **Evropská nadace pro management jakosti** (*European Foundation for Quality Management*, <http://www.efqm.org>), která byla se souhlasem Evropské komise založena v roce 1988 čtrnácti v té době významnými evropskými společnostmi. Do roku 1999 byl používán pod názvem Evropský model TQM. Podobně jako normy ISO 9000 z r. 1994 byl však i tento model zásadně inovován a oficiálně představen na jaře r. 1999 pod změněným názvem *EFQM Excellence Model*. Tento model se stal široce využívaným instrumentem pro sebehodnocení v různých zemích západní Evropy. Podle tvůrců modelu EFQM model odráží základní koncepty strukturovaného systému řízení.<sup>44</sup> Jeho vytvoření vychází rovněž ze snahy unifikovat oblast hodnocení kvality - „*model také poskytuje obecně užívaný manažerský jazyk a nástroj a tím napomáhá sdílení „dobré praxe“ napříč odlišnými sektory.*“<sup>45</sup>

Model vychází, jak je zřejmé, z tzv. **excelence**. Ta je tvůrci modelu vymezena jako vyjimečná (*outstanding*) práce v oblasti řízení organizace a dosahování výsledků. Excelentními organizacemi jsou ty, které usilují o uspokojení svých tzv. stakeholders - všech potenciálně dotčených subjektů, a to tím, co tyto organizace ve skutečnosti dosahují, jak toho dosahují, čeho s největší pravděpodobností dosáhnout a důvěrou ve výsledky, kterých dosáhnout v budoucnosti.<sup>46</sup> Základem Modelu excelence EFQM je následujících osm koncepcí, které musí nějakým způsobem organizace implementovat, aby dosáhla excelence. Model rovněž předpokládá, že praxe těchto koncepcí bude pravidelně vyhodnocována a

<sup>43</sup> Srovnej Veit, Ch. National hospital quality benchmarking in Germany (dostupný zde: [http://www.cmwf.org/usr\\_doc/Veit\\_summary.pdf](http://www.cmwf.org/usr_doc/Veit_summary.pdf))

<sup>44</sup> Anglické dokumenty, které vysvětlují podstatu tohoto modelu je možné nalézt například zde: <http://www.efqm.org/Default.aspx?tabid=102>. Součástí jsou jak bezplatné informace o obsahu a smyslu modelu EFQM, tak i zpoplatněné manuály pro implementaci modelu. Omezenější informace lze nalézt na webových stránkách České společnosti pro jakost - <http://www.csq.cz>.

<sup>45</sup> <http://www.efqm.org/Default.aspx?tabid=24>.

<sup>46</sup> Srovnej s výše uvedenou webovou stránkou.



zdokonalována. Tyto koncepce jsou přitom podle tvůrců tohoto modelu aplikovatelné ve všech ekonomických odvětvích a rovněž bez ohledu na velikost organizace:

- **Orientace na výsledky**  
Koncepce – dosahování výsledků, které uspokojí všechny zainteresované strany
- **Zaměření na zákazníka**  
Koncepce – vytváření trvale udržitelných hodnot pro zákazníka
- **Vedení a stabilita cílů**  
Koncepce – vizionářské a tvůrčí vedení na základě stálosti záměrů a cílů
- **Řízení na základě procesů a faktů**  
Koncepce – řízení organizace pomocí souboru vzájemně závislých a propojených systémů, procesů a faktů
- **Zapojení zaměstnanců a jejich rozvoj**  
Koncepce – maximalizování přínosu zaměstnanců prostřednictvím jejich rozvoje a angažovanosti
- **Trvalé vzdělávání, inovace a zlepšování**  
Koncepce – pozitivní kritizování současného stavu a provádění změny prostřednictvím vzdělávání s cílem vytvářet inovace
- **Rozvoj partnerských vztahů**  
Koncepce – rozvíjení a udržování partnerství, která přidávají hodnotu
- **Sociální odpovědnost**  
Koncepce – překračování rámce, v němž organizace pracuje a úsilí pochopit očekávání svých zainteresovaných stran ve společnosti a reagování na ně.

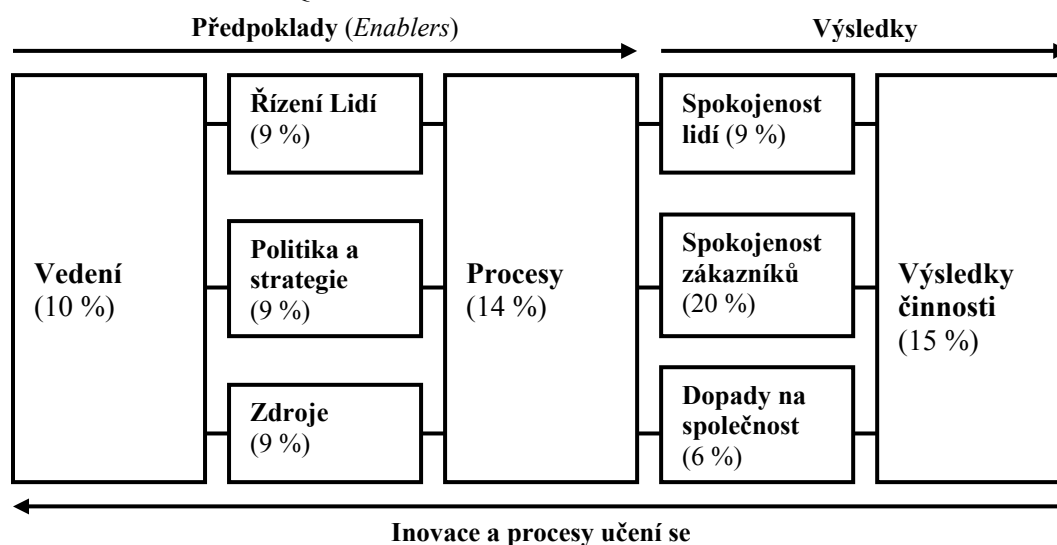
Model vychází z předpokladu, že vynikajících výsledků organizace může být dosaženo pouze za podmínky maximální spokojenosti externích zákazníků, spokojenosti vlastních zaměstnanců a při respektování okolí (jeho podmínky jsou tedy velmi podobné modelu Gasterové, který je uveden výše). Tyto souhrnně označované výsledky jsou však podmíněny precizním zvládnutím a řízením procesů, což vyžaduje nejenom vhodně definovanou a rozvíjenou politiku a strategii, ale i propracovaný systém řízení všech druhů zdrojů (lidské zdroje nevyjímaje) a budování vztahů partnerství. To může být realizováno za podmínky adekvátní kultury a přístupu vedení všech úrovní managementu. Model EFQM tak představuje především soubor doporučení podnikatelskému i veřejnému sektoru, jejichž aplikace ovlivňuje styl řízení a jejichž výsledkem mohou být podle autorů modelu zlepšení, která se projeví jak v ekonomických parametrech, tak ve vztazích se zákazníky, zaměstnanci a společností. Tvůrci tohoto modelu jej označují za praktický nástroj, který může být využit jako:

- nástroj pro sebehodnocování (*self-assessment*),
- způsob benchmarkingu s jinými organizacemi,
- návod k identifikaci oblastí pro zdokonalování,
- základ pro obecnou terminologii a obecný způsob myšlení,
- struktura pro systém řízení organizace.

Model je podle svých tvůrců **rámecem pro stanovení přístupů a metod, jak naplnit jednotlivé jeho prvky a charakteristiky**, není podle nich preskriptivním modelem. Poskytuje rámec kritérií, který může být využit organizacemi bez ohledu na jejich velikost, sektor, ve kterém působí a jejich strukturu. Je sebehodnotícím nástrojem pro identifikaci silných stránek, ale také prvků, které je nutno zdokonalit. Slouží tedy především k analýze **stavu, ve kterém se organizace nachází**. Pro dosažení kontinuity v řízení kvality předpokládají autoři modelu (nikoliv však výslovně model sám) další kroky v řízení kvality.

EFQM vymezuje **9 kritérií**, z nichž 5 představuje faktory, které umožňují výsledky - tzv. předpoklady (*enablers*), a další čtyři se vztahují k výsledkům činnosti organizace (*results*). Model je založen na předpokladu že vynikajících výsledků je s ohledem na výkon, zákazníky, lidské zdroje a společnost dosaženo prostřednictvím vůdcovství v oblasti politiky a strategie, lidských zdrojů, partnerství, zdrojů a procesů. EFQM model je prezentován ve formě diagramu, který ilustruje obrázek č. 2. Diagram ukazuje, že inovace a proces učení napomáhá zlepšování předpokladů (*enablers*), které jsou nezbytné pro zdokonalování vlastních výsledků. Každé součásti je přiřazeno procento, které má ilustrovat důležitost (v dostupných zdrojích však neexistuje informace o tom, jakým způsobem byla jednotlivá procenta stanovena).

**Obrázek 2 - Model EFQM**



Zdroj: přeložená anglická verze z knihy Gaster, L., Squires, A. *Providing Quality in the Public Sector*. Philadelphia - Maidenhead. Open University Press 2003, s. 73.

Praxe modelu je vyhodnocována v rámci ceny *EFQM Excellence Award* (EEA) (dříve *European Quality Award*).<sup>47</sup> Soutěž o tuto cenu je od roku 1992 organizována každoročně v kategoriích: velké organizace, organizace veřejného sektoru a malé a střední podniky. Soutěže se účastní organizace, které naplňují prvky a kritéria modelu EFQM.<sup>48</sup> Soutěžitelé zpracují a předloží samohodnotící zprávu. Ta je nezávisle hodnocena mezinárodní skupinou 4-6 hodnotitelů, kteří musí dojít ke konsensu a stanovit bodový výsledek. V případě dobrého výsledku probíhá ověření podstatných faktů na místě. Hodnotící porota potom vybírá nejlepší organizace, kterým jsou udělovány Evropské ceny kvality. Při vyhodnocování je posuzována míra plnění 25 subkritérií předpokladů (každé ze sedmi hledisek) a 8 subkritérií výsledků (každé z pěti hledisek) a to v rozpětí 0-100%. Výsledky jsou za použití matematického mechanismu přepočítávány na body. Maximální bodový zisk je 1000 a za vynikající výsledky jsou považovány zisky nad hranicí 500 bodů.

<sup>47</sup> Příručku o této ceně je k dispozici zde: <http://www.efqm.org/uploads/EEA2006Brochure.pdf>.

<sup>48</sup> V roce 2005 vyhrály tuto soutěž následující organizace: německá BMW Chassis and Driveline Systems Production unit, španělská Euskalit, FirstPlus Financial Group ze Spojeného království, italská Fonderie del Montello, španělská Fundacion Novia Salcedo, španělská **nemocnice** Hospital de Zumarraga, německé firmy Knorr-Bremse Systems for Commercial Vehicle, Knorr-Bremse Systems for Rail Vehicles a Siemens Automation & Drives Congleton, TNT Express Information and Communication Services ze Spojeného království a opět německá T-Systems Multimedia Solutions.

**Získání ceny kvality (EEA) není vázáno na členství v síti EFQM, ale na zaplacení nevratného poplatku,** který v současnosti činí 1000 EUR. Přihláška k soutěži o cenu kvality je otevřená všem a je možné ji nalézt na webových stránkách organizace EFQM. Právě toto vyhodnocování a udělování ceny kvality může odkrýt organizacím vhodnou praxi procesů pro zajištění systémového řízení kvality. **Až tímto vyhodnocením dochází k identifikování možných postupů, jak zdokonalit praxi vlastní organizace.** „Realizace excellence v praxi je zajišťována jednoduše plánováním, stanovováním priorit a implementováním způsobů, které mohou zdokonalit praxi.“ Pro ověření, jestli došlo následně ke zdokonalení, model vyžaduje kontrolu, tzn. porovnání plánovaných výsledků s výsledky reálnými. Organizace může také model EFQM využít jen pro **zdokonalení svého systému řízení, aniž by se ucházela o nějaké ocenění** na národní či evropské úrovni.

V **České republice** byl zahájen **program Národní ceny ČR za jakost**, který je plně kompatibilní s programem Evropské ceny za kvalitu a vychází z principů Modelu excellence EFQM. Od roku 2001 je tato cena na základě usnesení vlády č. 806 součástí Národní politiky podpory jakosti. Národní cena České republiky je program, který oceňuje efektivní řízení všech činností organizace a jeho cíle jsou:

- Zvyšování konkurenceschopnosti na domácím i zahraničním trhu
- Motivace k trvalému zlepšování kvality všech činností
- Využívání moderních metod sebehodnocení
- Spokojenost zákazníka a spotřebitele
- Dosažení ekonomické úspěšnosti
- Přínosy Ceny vyplývají z přínosů uplatňování Modelu excellence. Hodnocení firmy kvalifikovanými hodnotiteli současně poskytuje organizaci objektivní a kvalitní zpětnou vazbu v oblasti silných stránek i příležitostí pro zlepšování.

Národní cena ČR za jakost je od roku 2006 rozdělena zvláště pro sektor podnikatelský a veřejný. **Cena za jakost je pro oblast veřejného sektoru** je na hodnocení podle dvou modelů – zde popisovaného modelu excellence EFQM a modelu CAF, kterému je věnován samostatný text. **Poplatky za účast organizací veřejného sektoru v programu Národní ceny ČR za jakost v roce 2006 jsou hrazeny z rozpočtu Rady ČR pro jakost.**<sup>49</sup>

**Potenciál modelu EFQM** vyplývá:

- a) z jeho povahy, kdy je jako ostatní excellence modely nástrojem pro sebehodnocení a diagnózu silných a slabých stránek organizace.
- b) z ceny kvality, které mají představovat substitut tržní soutěže ve veřejném sektoru.

Z bodu a) vyplývá, že samotná diagnóza představuje pouze součást prvních kroků v rámci řízení kvality. Předpokládá **další kroky**, které by měly zabezpečit udržování zjištěných pozitiv a vypořádávání se s negativy. Riziko využití tohoto modelu spočívá právě v tom, že organizace implementuje pouze model EFQM a v dalších krocích z různých důvodů nepokračuje. Diskutována může být i související **otázka, zda-li vítěz bude usilovat o udržování systému řízení kvality i po získání této ceny.**

Soutěž mezi participujícími, které podle tvůrců modelu EFQM tento model napomáhá, má motivovat subjekty veřejného sektoru ke zvýšení kvality poskytovaných služeb. Je otázkou, zda-li bude tento motivační nástroj fungovat i v praxi. Model EFQM tak v sobě obsahuje i **požadavky na personální řízení organizace**, jehož účinnost ovlivňuje faktickou účinnost modelu EFQM.

Positivní potenciál modelu EFQM spočívá rovněž v tom, že samotná soutěž přináší

---

<sup>49</sup> Přihlášku do soutěže je možné nalézt zde: <http://www.scj-cr.cz/p.php?p=cena-za-jakost,dokumenty>. V roce 2005 byly cenou oceněny následující organizace: v kategorii do 250 zaměstnanců TNT Express Worldwide spol. s r.o., IFE-CR, a.s., MERO ČR, a.s., DIAMO, státní podnik a Gymnázium Praha 4, Postupická 3150.

znalosti, jak být lepší. Vítěz ceny se pravděpodobně stane modelovým pro další organizace. Z výše uvedeného jasně vyplývá, že model EFQM je nutné propojit s analýzami typu **benchmarking**, respektive že samotný model EFQM je jedním druhem benchmarkingových analýz.

V literatuře je rovněž kritizována skutečnost, že se model EFQM - stejně jako normy ISO i model CAF - může stát **pouhým manažerským nástrojem, který nemusí brát v potaz stanoviska všech potenciálně dotčených (stakeholders)**. I tento aspekt zdůrazňuje nutnost propojit model EFQM, pokud má být zaveden systém, který skutečně reflektuje určitým způsobem i jiné zájmy, než pouze zájmy poskytovatelů veřejných služeb. Velký význam zde sehrává především kontrola důkazů, na kterých je sebehodnocení založeno.

Na zmíněných webových stránkách organizace EFQM je stanoveno, že pokud chce instituce, která hodlá aplikovat model EFQM, vytěžit z tohoto nástroje maximum, musí mít **řídící tým** v první řadě jasno v tom, co model EFQM vyžaduje - znát obsah všech výše zmíněných koncepcí. Pokud není smysl modelu EFQM pochopen, může snaha o systematickosti brzy narazit.

Problematickým mohou být i v rámci modelu EFQM stanovená **procenta**, respektive důležitost jednotlivých součástí modelu, která nemusejí odrážet specifika různých subjektů veřejné správy.

Odborná literatura z oblasti řízení kvality někdy upozorňuje na skutečnost, že **dosavadní výzkum** v oblasti účinnosti využití modelu EFQM se dosud soustředil především na procesy a problémy zavádění modelu EFQM a organizační dopady zavádění tohoto modelu, spíše než na efekty využití tohoto modelu na kvalitu produkovaných služeb. **Praktické dopady využití modelu EFQM na kvalitu produkovaných veřejných služeb tak dosud nejsou empiricky ověřené.** V rámci Spojeného království, kde je tento model hojně využíván organizacemi veřejného sektoru, byl proveden výzkum, jehož výsledky byly publikovány v roce 2000. Závěry tohoto výzkumu říkají, že praxi, kterou předpokládá model EFQM, se podaří v organizace zrealizovat až v horizontu 5 let.<sup>50</sup> Z výše uvedeného vyplývá, že náklady na zavedení mohou být vysoké, přičemž výsledky se mohou objevit až po delším časovém období, což může být v rozporu s nedostatečným **dlouhodobým plánováním** ve veřejné správě, která veřejný sektor řídí, protože plánovací období zde nemusí zohledňovat období za hranicí jednoho volebního období.

Model EFQM také předpokládá, aby organizace, která se snaží model implementovat, našla partnera z řad podobných organizací. K tomuto účelu byla také vytvořena síť EFQM, která v současnosti zahrnuje více než 700 členských organizací různé velikosti a z různých sektorů z více než 50 zemí celého světa.<sup>51</sup> Členské instituce mají potom privilegium přístupu k datům, znalostem, které se týkají praktických zkušeností a technik pro dosahování lepších výsledků. **Členství vyžaduje poplatek**, který je odstupňován podle povahy členské instituce a ročního obrátu (*annual turnover*) organizace. Velikost poplatků pro získání členství v síti EFQM je v současnosti stanovena následovně:

a) **Všeobecná členská instituce (general member)** - takovýmto členem sítě EFQM se může stát organizace, která je podnikatelským subjektem, organizací z vládního sektoru veřejného sektoru či jiné organizace z neziskového veřejného sektoru, které se nacházejí v regionu evropského trhu (*European marketplace*). Jejich roční poplatek může být následující:

---

<sup>50</sup> Srovnej Gaster, L., Squires, A. Providing Quality in the Public Sector. Philadelphia - Maidenhead. Open University Press 2003, s. 111.

<sup>51</sup> Členské instituce lze podle jednotlivých zemí nalézt zde: <http://www.efqm.org/Default.aspx?tabid=86>.

**Tabulka 4 - Poplatky za členství v síti EFQM (*general members*)**

	<b>Poplatek</b>	<b>Roční obrat</b>
<b>General A</b>	11 000 EUR	větší jak 1 miliarda EUR
<b>General B</b>	5 500 EUR	v rozmezí mezi 1 miliardou a 100 miliony EUR
<b>General C</b>	2 700 EUR	v rozmezí mezi 100 miliony a 5 miliony EUR
<b>General D</b>	1 350 EUR	menší jak 5 milionů EUR

b) **Přidružený člen** (*associate member*) - tuto skupinu představují vzdělávací instituce jako např. univerzity, sdružení zaměstnavatelů, národní či regionální organizace kvality. Tito přidružení členové nemají oproti skupině v bodě a) volební právo a jejich roční poplatek je v současnosti stanoven na 1 100 EUR.

c) **Další člen** (*other representative member*), který je podřazenou jednotkou všeobecné členské instituce a který musí zaplatit 1 100 EUR, aby získal všechna práva (včetně licencování a přímých vztahů s EFQM) kromě volebních práv.

d) **Příčleněný člen** (*affiliate member*) - organizace vně evropského trhu. Takovéto členské instituce není rovněž přiznáno volební právo v rámci sítě EFQM. Poplatky jsou obdobné jako u skupiny a).

Model EFQM byl v praxi zdravotnictví použit například v Německu, kde mají zdravotnické organizace povinnost provádět participovat na aktivitách TQM (na základě čl. 137 kodexu sociálních práv). Kritéria tohoto modelu jsou zde používány také v soutěži o cenu Ludwiga Erharda. Mezi prvními organizacemi, které tento model použily již v roce 1996 byli Německé centrum pro srdce, Institut hygieny Nemocnice Heidelberské univerzity či Rehabilitační klinika Triberg. V praxi tohoto modelu se objevily především problémy spojené s nedostatkem času pro jeho realizaci a také s ochotou zaměstnanců podílet se na sebehodnocení (např. z důvodu rivalitního vztahu časem na sebehodnocení a časem, který musel být věnován péči o pacienty). Další problémy měly podle komentátorů logistický charakter - byly spojeny především s obtížností nalézt prostory pro pořádání setkání. Problémem sebehodnocení byla někdy i malá dynamika hodnotících týmů.<sup>52</sup> Stručné informace existují i o realizaci tohoto modelu například nemocnicemi v Itálii.<sup>53</sup> Ve Španělském Baskitsku je institucí zastřešující praxi EFQM od konce 90. let 20. století Basque Foundation for Quality Promotion.

### 3.2.2 Model CAF a sebehodnocení

Model **Common Assessment Framework** („Společný hodnotící rámec“), známý pod svou zkratkou CAF, je **podobně jako model EFQM** (viz samostatný text) jedním z modelů vynikající kvality (*Quality Excellence Models*). CAF byl podle svých tvůrců speciálně vytvořen pro účely veřejného sektoru a veřejné správy. Je výsledkem spolupráce pracovní skupiny pro inovaci veřejných služeb (IPSG), která vznikla z iniciativy ministrů a generálních ředitelů států Evropské unie, v jejich působnosti je problematika veřejné správy, za výrazné

<sup>52</sup> Srovnej Moeller, J. The EFQM Excellence Model. German experiences with the EFQM approach in health care. In International Journal for Quality in Health Care, Vol 13, Number 1, 2001. (Dostupný zde: <http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/13/1/45>)

<sup>53</sup> Venero, S. et al. The EFQM Excellence Model application and benchmarking in seven Italian healthcare organisations - dostupný zde: <http://www.isqua.org.au/isquaPages/Conferences/amsterdam/AmsterdamWebFiles/webfiles/CONF21-10-04/Posters/PosterAbstracts/B24b/B24b-152-Venero-doc.pdf#search=%22The%20EFQM%20Excellence%20Model%20application%20and%20benchmarking%20in%20seven%20Italian%22>.

tvůrčí podpory Evropského institutu pro veřejnou správu (EIPA) se sídlem v Maastrichtu. Pilotní verze modelu CAF byla prezentována na První evropské konferenci kvality veřejné správy v květnu 2000 v Lisabonu. Praxe jeho využívání vedla k jeho modifikaci do podoby, která byla představen v říjnu 2002 na Druhé evropské konferenci kvality v Kodani (tato verze je někdy označována CAF 2002, v následujícím textu bude používáno jen „CAF“). Na podobné konferenci ze září 2006 byla představena verze, která má být rozhodující pro další praxi této oblasti.<sup>54</sup> První český překlad tohoto modelu provedla Česká společnost pro jakost, poslední předklady této instituce se však týkají modelu CAF 2002.<sup>55</sup>

Ve srovnání s TQM je CAF podle jeho autorů „snadným“ modelem vhodným zejména **pro získání prvotní představy o tom, jak organizace funguje**. Tento model byl podobně jako model EFQM navržen jako „všeobecný“ **sebehodnotící instrument**. Oproti EFQM je CAF podle svých tvůrců méně náročný (i finančně) a proto vhodnější pro organizace, které startují s implementací myšlenek konceptu TQM. Je však rovněž méně systematický. Model CAF je volně šířitelný a za jeho použití se nemusí platit žádný licenční poplatek. **Finanční výdaje souvisejí s procesem jeho zavádění a především s jeho aktualizací**.

Podle anglické verze modelu CAF 2002 je jeho **účelem**.<sup>56</sup>

1. vystihnout unikátní znaky organizací veřejného sektoru,
2. sloužit jako nástroj pro subjekty veřejného sektoru, které chtějí zdokonalit svoji výkonnost
3. působit jako most napříč různými modely, které jsou používány v řízení kvality,
4. usnadnit benchmarking mezi organizacemi veřejného sektoru.

Dokument vysvětlující model CAF 2006 potom říká, že se jím předpokládáné a vymezené sebehodnocení vypořádává se základními charakteristikami organizací veřejného sektoru, za které považuje demokratickou citlivost na potřeby / odpovědnost, fungování v rámci právního rámce, komunikaci s politickou úrovní, zapojení tzv. stakeholders a balancování jejich potřeb, excelenci při poskytování služeb, hodnotu za peníze (tj. známé - spíše retoricky - tvrzení value for money, dosahování cílů a řízení modernizace, inovace a změny).

Model CAF je graficky znázorňován podobným obrázkem jako model EFQM, pracuje tak opět s **předpoklady pro dosahování výsledků** („tedy jak musíme řídit, jak uplatňovat strategii, jak motivovat a řídit zaměstnance, jak pracovat se zdroji a budovat partnerství, jak řídit procesy“), jejichž kvalita se promítá do následných **výsledků**. Model se skládá podobně jako model EFQM z devíti okruhů, které mají být předmětem sebehodnocení a které čerpají z poznatků současných teorií managementu. V rámci těchto okruhů je vždy vymezen seznam kritérií, které mají posloužit identifikaci a testování hlavních oblastí. Kritéria identifikují hlavní otázky, které je třeba při hodnocení organizace zvážit. Model je založen na provedení sebehodnocení následujících devíti kritérií: (tabulka obsahuje porovnání verze CAF 2002 s verzí CAF 2006, která byla publikována v září 2006)<sup>57</sup>

<sup>54</sup> Anglická verze CAF 2006 je k dispozici zde <http://www.eipa.eu/?option=projects&id=10>.

<sup>55</sup> České verze dokumentu CAF 2002 a rovněž příručky k aplikaci tohoto novelizovaného modelu lze stáhnout zdarma na stránkách Národní politiky podpory jakosti, konkrétně zde [http://www.npj.cz/publikace\\_list.asp?hledej=CAF&dostupne=&orderby=nazev](http://www.npj.cz/publikace_list.asp?hledej=CAF&dostupne=&orderby=nazev).

<sup>56</sup> Podobně je účel vymezen i v novelizované verzi CAF 2006. Anglická verze příručky k tomuto modelu je dostupná na webovém umístění <http://www.2qconference.org>.

<sup>57</sup> Pilotní verze modelu CAF byla prezentována na První evropské konferenci kvality veřejné správy v květnu 2000 v Lisabonu. Praxe jeho využívání vedla k jeho modifikaci a současná verze vychází z modelu, který byl představen v říjnu 2002 na Druhé evropské konferenci kvality v Kodani (tato verze je někdy označována CAF 2002, v následujícím textu bude používáno jen „CAF“). První český překlad tohoto modelu provedla Česká společnost pro jakost. České verze dokumentů a rovněž příručky k aplikaci lze stáhnout zdarma na stránkách Národní politiky podpory jakosti, konkrétně zde <http://www.npj.cz/>

**Tabulka 5 - Struktura modelu CAF 2002 v porovnání s CAF 2006**

<b>1. VEDENÍ</b>
1.1 Nasměrování organizace: vypracování a sdělování vize, poslání a hodnot (v CAF 2006 „Poskytnutí směru pro organizaci vytvořením poslání, vize a hodnot“)
1.2 Vypracování a uplatňování systému pro řízení organizace (v CAF 2006 „Vypracování a uplatňování systému pro řízení organizace, výkonu a změny“)
1.3 Motivování a podporování pracovníků v organizaci a vystupování jako vzor určité funkce (totožné s CAF 2006)
1.4 Řízení vztahů s politiky a jinými zainteresovanými stranami (v CAF 2006 „Řízení vztahů s politiky a jinými zainteresovanými stranami k zabezpečení sdílené odpovědnosti“)
<b>2. STRATEGIE A PLÁNOVÁNÍ</b>
2.1 Shromažďování informací týkajících se současných a budoucích potřeb zainteresovaných stran (totožné s CAF 2006)
2.2 Vypracování, přezkoumání a aktualizování strategie a plánování (v CAF 2006 „Vypracování, přezkoumání a aktualizování strategie a plánování při zohlednění potřeb tzv. stakeholderů a dostupných zdrojů“)
2.3 Uplatňování strategie a plánování v celé organizaci (totožné s CAF 2006)
(v CAF 2006 ještě kritérium:
2.4 Plánování, implementování a přezkoumání modernizace a inovace)
<b>3. ŘÍZENÍ LIDSKÝCH ZDROJŮ (v CAF 2006 „Lidé“ ve smyslu „Pracovníci“)</b>
3.1 Plánování, řízení a zlepšování lidských zdrojů s ohledem na strategii a plánování (v CAF 2006 „Plánování, řízení a zdokonalování lidských zdrojů průhledně a s ohledem na strategii a plánování“)
3.2 Identifikování, rozvíjení a využívání odborných způsobilostí pracovníků při vyrovnávání osobních, týmových a organizačních záměrů a cílů (v CAF 2006 „Identifikování, rozvíjení a využívání odborných způsobilostí pracovníků při vyrovnávání individuálních a organizačních cílů“)
3.3 Zapojení pracovníků rozvíjením dialogu a zmocňováním (v CAF 2006 „Zapojení pracovníků rozvíjením otevřeného dialogu a zmocňováním“)
<b>4. PARTNERSTVÍ A ZDROJE</b>
4.1 Rozvíjení a uplatňování klíčových partnerských vztahů (totožné s CAF 2006)
4.2 Rozvíjení a uplatňování partnerství se zákazníky/občany (v CAF 2006 ... „s občany/zákazníky“)
4.3 Řízení znalostí (v CAF 2006 „Řízení financí“)
4.4 Řízení financí (v CAF 2006 „Řízení informací a znalostí“)
4.5 Řízení technologie (totožné s CAF 2006)
4.6 Řízení budov a peněžních prostředků (v CAF 2006 „Řízení prostředků (facilities)“)
<b>5. ŘÍZENÍ PROCESŮ A ZMĚN (v CAF 2006 „Procesy“)</b>
5.1 Identifikování, navrhování, řízení a zlepšování procesů (v CAF 2006 „Identifikování, navrhování, řízení a zlepšování procesů na základě zásady stálého pokračování“)
5.2 Rozvíjení a poskytování služeb a produktů při zapojování zákazníků/občanů (v CAF 2006 „Rozvíjení a poskytování služeb a produktů zaměřených na občany/zákazníky“)
5.3 Plánování a řízení modernizace a inovace (v CAF 2006 „Inovace procesů zapojením občanů/zákazníků“)
<b>6. VÝSLEDKY ZAMĚŘENÉ NA ZÁKAZNÍKA/OBČANA (v CAF 2006 „... na občana/zákazníka“)</b>
6.1 Výsledky měření spokojenosti zákazníků/občanů (v CAF 2006 „... občanů/zákazníků“)
6.2 Ukazatele měření orientovaných na zákazníka/občana (v CAF 2006 „... občana/zákazníka“)
V nové verzi modelu jsou jako příklady indikátorů uvedeny následující:
a) Indikátory vztahující se k celkovému image organizace
- Počet a čas vyřízení stížností
- Míra veřejné důvěry v organizaci a její služby a produkty
- Čekací doba
- Čas vyřízení / poskytnutí služby

- Míra školení pracovníků v oblasti účinného vyřizování vztahů s občany/zákazníky (např. profesionálnost a přátelská komunikace a zacházení s nimi)
- Indikátory souladnosti s aspekty diverzity a gender
- b) Indikátory vztahující se k zapojení
  - Míra zapojení tzv. stakeholders při navrhování a poskytování služeb a produktů a/nebo návrh procesů přijímání rozhodnutí
  - Obdržené a zaznamenané návrhy
  - Implementace a rozsah užití nových a inovativních způsobů jednání s občany/zákazníky
- c) Indikátory vztahující se k produktům a službám
  - Dodržování publikovaných standardů služeb (např. tzv. chart občanů)
  - Počet dokumentů, které se navrátili s chybovým oznámením zpět a/nebo případů, které vyžadují opětovné postoupení/kompensaci
  - Míra úsilí zdokonalit dostupnost, přesnost a průhlednost informací.

## 7. VÝSLEDKY LIDÍ (pracovníků)

7.1 Výsledky měření spokojenosti lidí a motivace (totožné s CAF 2006)

7.2 Ukazatelé výsledků lidí (totožné s CAF 2006)

V nové verzi modelu jsou jako příklady indikátorů uvedeny následující:

- a) indikátory vztahující se ke spokojenosti (např. úroveň absentismu a nemocnosti, míry proměny zaměstnanců, počet stížností)
- b) Indikátory vztahující se k výkonnosti (např. míra produktivity, výsledky hodnocení)
- c) Úroveň užívání informačních a komunikačních technologií zaměstnanci
- d) Indikátory vztahující se k rozvoji dovedností (např. participace a míra úspěšnosti ve školicích aktivitách, účinnost rozpočtů na školení)
- e) Důkaz o schopnosti jednat s občany/zákazníky a reagovat na jejich potřeby
- f) Stupeň rotace zaměstnance uvnitř organizace (mobilita)
- g) Indikátorů vztahující se k motivaci a zapojení (např. míra návratnosti dotazníků určených zaměstnancům, počet návrhů pro inovaci, participace ve vnitřních diskuzních skupinách)
- h) Množství/frekvence odměňování jednotlivců a týmů
- i) Počet oznámení možných případů konfliktu zájmů

## 8. VÝSLEDKY PRO SPOLEČNOST

8.1 Výsledky v oblasti tzv. sociální výkonnosti

(v CAF 2006 „Výsledky sociálních měření vnímání potenciálně dotčených)

8.2 Výsledky v oblasti životního prostředí (v CAF 2006 „Indikátory společenské výkonnosti určené organizací“)

V nové verzi modelu jsou jako příklady indikátorů uvedeny následující:

- a) Vztahy s relevantními úřady, skupinami a reprezentanty společenství
- b) Množství prostoru v médiích
- c) Podpora sociálně znevýhodněným občanům
- d) Podpora integrace a přijetí etnických menšin
- e) Podpora mezinárodních rozvojových projektů
- f) Podpora občanského zapojení občanů/zákazníků a zaměstnanců
- g) Produktivní výměna znalostí a informací s jinými
- h) Programy prevence v oblasti zdravotních rizik a nehod
- i) Aktivity organizace k uchování a udržení zdrojů

## 9. KLÍČOVÉ VÝSLEDKY VÝKONNOSTI

9.1 Dosahování cílů (v CAF 2006 „Externí výsledky: vztah výstupů a výsledků k cílům)

9.2 Finanční výkonnost

(v CAF 2006 „Interní výsledky“, a to s příklady v oblasti výsledků managementu a inovace a v oblasti finančních výsledků)

Zdroj : Překlad anglické verze CAF 2002, <http://www.2qconference.org>.

Model předpokládá možnost přizpůsobení konkrétní sebehodnotící instituci či sebehodnocené činnosti. Nová verze CAF 2006 říká, že základní okruhy a jejich kritéria by měla být považována jako povinná. Jednotlivá kritéria pro předpoklady i výsledky se skládají ze subkritérií, která jsou složena z jednotlivých otázek (indikátorů) (model CAF má cca 250 otázek pro provedení sebehodnocení). Seznam odpovídajících otázek (resp. jejich příkladů), které jsou součástí sebe-vyhodnocování v rámci aplikace modelu CAF, představuje podle



tvůrců modelu pomocný nástroj pro nalezení důkazů pro sebehodnocení. Nová verze modelu se svým grafickým znázorněním od předchozí podoby neliší. Autoři konstatují, že klade větší důraz především na oblast modernizace a inovace, která se vztahuje především k okruhu Vedení a Strategie a plánování. Pro účely ulehčení implementace modelu CAF příručka k nové verzi obsahuje také širší a v jasnější množinu příkladů předmětu sebehodnocení. Obsahuje také požadavky na **posílení participace občanů/zákazníků** a v oblasti Strategie a plánování rovněž prvky, které rozpracovává specifická metoda **Balanced Scorecard**, která je analytickým nástrojem k rozkladu procesu realizace strategie (k převedení strategie do operativních procesů) pro účely je snadnější realizace.<sup>58</sup>

Pro sebehodnocení model CAF využívá od svého počátku **metodu bodování stupně kvality**. Každé z uvedených kritérií mělo dosud být v rámci jejich subkritérií hodnoceno podle tzv. panelů pro hodnocení. Jejich podoba vycházela ve verzi CAF 2002 z rozdělení kritérií na předpoklady a výsledky. Oba tyto panely vymezovaly hodnocení od 0 (žádný podstatný důkaz o praxi, a to ani plánované / výsledky nejsou měřeny) do 5 (přístup je plně implementován - včetně benchmarkingu / jsou dosaženy vynikající výsledky). Nová verze zakotvuje

- a) „klasickou metodu hodnocení“, která novelizuje metodu bodování podle CAF 2002
- b) tzv. vyladěnou (fine-tuned) CAF bodování, která je určena organizacím, které chtějí hodnocení přizpůsobit detailnější analýze jednotlivých kritérií.

Skóre u obou druhů hodnocení je založeno na bodování od 0 do 100 bodů. Jejich hodnota v případě a) je určena hodnocením podle dřívější stupnice a předpokládá následující sekvenční fáze, které jsou relevantní pro hodnocení - Plan, Do, Check, Act, PDCA. Metoda v b) podle tvůrců CAF 2006 reflektuje realitu, kdy mnoho institucí hodnocené činnosti provádí (Do), avšak někdy bez patřičného plánování (Plan). Bodové hodnocení vychází z míry důkazů předmětu sebehodnocení od žádného po „excellentní“, a to opět zvláště pro předpoklady a zvláště pro výsledky.

Dokladem o provedeném sebehodnocení je **sebehodnotící zpráva**. Protože model CAF předpokládá (i když praxe může být jiná) vyhodnocování externího okolí, jeho průhlednosti a pravdivosti může napomoci zveřejnění sebehodnocení a možnost diskuze výsledků se všemi potenciálně dotčenými. Její nedílnou součástí má být **akční plán**, který by měl zajistit kontinuálnost sebehodnocení v následujících letech.

**Potenciálními přínosy** modelu CAF může být to, že tento model **podle svých tvůrců** poskytuje:

- hodnocení založené na důkazu (ktelé musí existovat v době vypracování zprávy o sebehodnocení, na základě které je vypracováván akční plán rozvoje kvality)
- prostředek pro dosažení důsledného řízení a konsensu o tom, co je zapotřebí udělat pro zlepšení organizace,
- hodnocení podle souboru kritérií, která byla ve velké míře přijata v celé Evropě,
- prostředky pro měření pokroku v čase prostřednictvím pravidelného sebehodnocení,
- vazbu mezi cíli a podpůrnými strategiemi a procesy,
- prostředek pro zaměření činnosti zlepšování tam, kde je to nejvíce zapotřebí,
- příležitosti pro prosazování a sdílení správné praxe v různých oblastech organizace a s jinými organizacemi,
- prostředek pro vytváření nadšení mezi pracovníky, a to jejich zapojením do procesu zlepšování,

---

<sup>58</sup> O možnosti použití BSC v oblasti zdravotnictví stručně pojednává například článek Santiaga, J. M. Use of the Balanced Scorecard to Improve the Quality of Behavioral Health Care. In Psychiatric services. 50/1999, <http://psychservices.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/50/12/1571>.

- příležitosti pro identifikování pokroku a vynikajících úrovní úspěchu,
- prostředek pro začlenění různých iniciativ v oblasti jakosti do běžných činností.

Praktické přínosy zavedení modelu CAF je však nutné, podobně jako v případě modelu EFQM, brát rezervovaněji. Literatura upozorňuje na některé **nedostatky** tohoto modelu:

- model CAF představuje v první řadě diagnostický nástroj pro odhalení silných a slabých stránek organizace. **Předpokládá shromáždění příslušných důkazů a také další kroky**, které by měly zabezpečit udržování zjištěných pozitiv a vypořádávání se s negativy a riziko účinného využití tohoto modelu pro zdokonalování kvality organizace spočívá v tom, že **organizace v dalších krocích nepokračuje** a jen provede sebehodnocení využitím modelu CAF například jen proto, aby splnila formální náležitosti určitého právního předpisu. Model CAF není cestou k efektivnímu, kvalitnímu a výkonnému úřadu, jak praví *Aplikační příručka modelu CAF*.<sup>59</sup> Je pouze prvním krokem na této cestě.
- Také model CAF se může stát **výlučně manažerským nástrojem, který nemusí brát v úvahu stanoviska potenciálně dotčených (stakeholders)**. Pro zabezpečení propojenosti s názory vně úřadu je proto podle Gasterové nutné spojit implementaci modelu CAF s jinými nástroji pro dosahování tzv. demokratického konceptu kvality.<sup>60</sup>
- Autoři modelu v doprovodných materiálech konstatují, že tento model byl vytvořen také pro účely určité unifikace hodnocení kvality a rovněž pro srovnatelnost výsledků. Ta však nemusí být zajištěna. Model není normativní, neříká sebehodnotitelům, které jím navrhované příklady objektů hodnocení musí organizace vyhodnocovat. Pokud není (jak může být učiněno právním zakotvením povinné struktury sebehodnocení) sjednocena praxe sebehodnocení, mohou si sebehodnotitelé vybrat a srovnatelnost výsledků tím nemusí být zajištěna.
- Dosud nebylo empiricky ověřeno, zda-li využití modelu CAF vede k dosahování zamýšlených účelů, především ke kontinuálnímu zvyšování kvality, respektive udržování kvality na vysoké úrovni. **Dosavadní výzkum v oblasti "excellence" modelů, jejichž je model CAF součástí, se soustřeďoval spíše na procesy a problémy jejich zavedení a organizačními dopady než na dopady využití těchto modelů na kvalitu produkováných služeb.**<sup>61</sup>
- Určitá negativa mohou plynout i z následujícího tvrzení výkonného ředitele České společnosti pro jakost: „*musím shrnout, že v modelu CAF určitá možnost nadhodnocení výsledků existuje, ale významně se snižuje s mírou pečlivosti, jak jsou uváděny důkazy. A navíc by organizace klamaly především samy sebe*“.<sup>62</sup> Sebehodnotící známka podle české aplikační příručky (viz níže) předpokládá totiž stanovení známky za otázku na základě aritmetického průměru známek jednotlivých hodnotitelů nebo na základě zásady konsenzu (dohody) hodnotitelů o známce.

Celý model CAF se snaží na základě sebehodnocení zjistit, jaká je realita jeho poslední součásti - kritéria **Klíčové výsledky výkonnosti** (Key performance results). Toto kritérium má být předmětem sebehodnocení ve dvou základních rovinách - podle příručky se má týkat sebehodnocení o vývoji ukazatelů výsledků, kterých dosahuje úřad ve vztahu k **dosahování cílů a finanční výkonnosti**.

59 Srovnej Půček, M. et al. Aplikační příručka modelu CAF. Praha: Národní politika podpory jakosti 2005, s. 10. <<http://www.npj.cz>>

60 Srovnej Gaster, L., Squires, A. Opus citatum, s. 73 - 74.

61 Srovnej tamtéž s. 73 - 74.

62 Časopis Moderní obec 10/2005 - rozhovor s výkonným ředitelem České společnosti pro jakost Ing. Vladimírem Votápkem.

S ohledem na dosahování klíčových výsledků jsou důležitou skupinou aktérů, které ovlivňují výsledky, občané. Česká aplikační příručka předpokládá pro sebehodnocení podle modelu CAF **posouzení praxe rozvíjení a uplatňování partnerství se zákazníky / občany** a pro sebehodnocení navrhuje posouzení praxe následujících (jak je patrné navzájem propojených a v některých oblastech se proto dublujících) přístupů („*Zvažte důkaz o tom, co vedoucí pracovníci / manažeři organizace dělají pro:*“)<sup>63</sup>.

- a) *povzbuzování zapojení zákazníků / občanů v záležitostech, které se týkají společnosti* - zde je důležitou součástí jasná definice role úřadu v procesu povzbuzování zapojování veřejnosti, zpracování příslušného plánu, zpřístupňování potřebných informací, podpora aktivit na zapojení veřejnosti a především stanovení metodiky pro šetření spokojenosti občanů a povzbuzování k zapojení (autoři aplikační příručky doporučují například použít metodiku v rámci Evropské sady udržitelného rozvoje), upozorňují na nutnost ukázat občanům, že jsou přijímána opatření na základě šetření.
- b) *zapojování zákazníků / občanů do politických rozhodovacích procesů (například konzultační skupiny, ankety, průzkumy veřejného mínění)* - i zde má být jasně stanovena role úřadu, organizovat šetření spokojenosti zákazníků úřadu. Předmětem sebehodnocení má být i to, jak na základě zjištění subjekt veřejné správy přijímá opatření. Spokojenost zákazníků úřadu má být zařazena mezi klíčové ukazatele. Mají být iniciovány nebo organizovány další ankety a šetření a průzkumy veřejného mínění k důležitým otázkám.
- c) *otevřenost myšlenkám, námětům a stížnostem zákazníků / občanů a rozvíjení a využívání vhodných mechanismů (například prostřednictvím anket, konzultačních skupin, dotazníků, sběrných boxů pro stížnosti, průzkumů veřejného mínění atd.)*. Inspirativní může být např. návrh autorů zavést systematické shromažďování a zpracovávání formálních a neformálních stížností a podnětů) či návrh ověřit schopnost úřadu k zapojování veřejnosti, uplatňování námětů a stížností auditem,
- d) *aktivní povzbuzování občanů / zákazníků, aby se organizovali, a k činnosti v různých občanských seskupeních (především zde autoři zdůrazňují partnerství s neziskovým sektorem)*
- e) *zajišťování aktivní informační politiky* - významnou navrhovanou součástí je zde zejména definování vhodných informačních kanálů, stanovení pravomocí a odpovědnosti za ně, návrh umožnit zpřístupnění usnesení zastupitelstva na www, zajistit, aby podklady pro jednání zastupitelstva byly občanům k dispozici na dostupném místě, návrh stanovit postupy pro zpracování, schválení a zveřejnění výroční zprávy úřadu, upozornění na povinnost dodržovat povinnosti dle zákona o svobodném přístupu k informacím 106/1999 Sb.
- f) *zajišťování individuálního přístupu k zákazníkům / občanům (například identifikováním zaměstnanců veřejné správy, kteří s nimi jednají)* - pro praxi elektronické veřejné správy je možné za nejdůležitější součást navrhovaných opatření považovat zajistit dostatek informací pro občany k určení zodpovědností zaměstnanců pro jednotlivé záležitosti a oblasti a s tím související jednoznačné identifikování pracovníků, se kterými občan jedná.

g) *zajišťování transparentnosti úřadu a také jeho rozhodování a rozvíjení (například vydáváním ročních zpráv, pořádáním tiskových konferencí a poskytováním informací na internetu).*

Řada z výše uvedených návrhů autorů aplikační příručky, které mohou být mimo jiné uchopeny pro účely získání určité konkurenční výhody, předpokládá to, že poskytovatelé veřejných služeb budou konat to, co zákon nemusí výslovně vymezovat jako jejich povinnost. Požadavky mohou být vyplývat pouze z obecných neurčitých právních pojmů (demokracie, veřejný zájem, účelnost, či v oblasti zdravotnictví standardní zdravotní péče atd.). Proto je předmětem sebehodnocení jedním z **nejvýznamnějších patrně předpoklad pro dosahování klíčových výsledků - pracovníci**. Důraz je zde tak kladen na hodnocení vytvoření a praxe politiky řízení lidských zdrojů. Mezi důležité součásti sebehodnocení je zde a) praxe vymezení motivačních faktorů, hodnocení toho, zda systém odměn navazuje na plnění cílů, výkonnostní parametry, dosahování úspor apod. a c) získávání zpětné vazby od zaměstnanců, např. pomocí šetření spokojenosti zaměstnanců, hodnotícími pohovory atd. S ohledem na tuto oblast příručka předpokládá i **sebehodnocení oblasti řízení znalostí**.

Model CAF je v současnosti realizován například finskými nemocnicemi (např. nemocničním distriktem Pirkanmaa či nemocničním distriktem univerzity v Tampere), a to na fakultativním základě jako nástroj doporučený finským ministerstvem financí v propojení s dalšími nástroji řízení kvality.<sup>64</sup>

### 3.2.3 ISO normy a úloha standardů

Normy ISO jsou **mezinárodní standardizační normy**, které vydává International Organization for Standardization se sídlem v Ženevě. Slovo **standard** je vymezováno jako ustálená, normální míra, stupeň jako základ hodnocení něčeho či jako vzor, podle něhož se něco řídí; standardizace potom jako uvádění, uvedení na standard, do jednotné úpravy.<sup>65</sup> Jednotlivé normy ISO se vztahují k různým oblastem, od zemědělských či konstrukčních aktivit po nejnovější informační technologie.<sup>66</sup> Tyto mezinárodní standardy bez ohledu na odvětví, pro která se svým obsahem vztahují, mají za cíl poskytovat referenční rámec nebo určitý obecný technologický jazyk mezi dodavateli a jejich zákazníky, který umožňuje obchod a transfer technologie.

**Smyslem** standardů je především vymezení specifikací a kritérií, která odrážejí konsensus celé řady subjektů a která mají reflektovat vhodnou praxi. Sama organizace ISO definuje svoje standardy jako „*technické shody které poskytují rámec pro celosvětově kompatibilní technologie*“. Pomineme-li požadavky na bezpečnost různých materiálů a jiných ryze technických specifikací a kritérií, můžeme říci, že významným účelem ISO mezinárodních standardů v soukromém sektoru se posilování konkurenceschopnosti prostřednictvím certifikace, tzn. osvědčení o tom, že určitá oblast je v souladu s kritérii a specifikami ISO standardů.<sup>67</sup>

<sup>64</sup> CAF je v oblasti zdravotnictví v anglické terminologii také zkratkou Chemically Assisted Fragmentation.

<sup>65</sup> Srovnej Akademický slovník cizích slov, s. 708.

<sup>66</sup> Od roku 1947 do současnosti organizace ISO publikovala více než 15 000 mezinárodních standardů. Jejich seznam je možné nalézt jak na stránkách organizace ISO, tak i například zde [http://en.wikipedia.org/wiki/List\\_of\\_ISO\\_standards](http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_ISO_standards).

<sup>67</sup> ISO mezinárodní standardy nejsou závazné pro průmyslové organizace či vlády jenom na základě síly, že jsou mezinárodním standardem, to znamená automaticky po jejich vydání. Tato automatická závaznost není možná především kvůli tomu, že určité typy standardů by se mohly dostat do konfliktu se sociálními, kulturními nebo i legislativními očekáváními a požadavky. Ani experti, kteří mají pravomoc podílet se na vytváření ISO

Mezinárodní organizace pro standardizaci na svých webových stránkách uvádí, že mezi všemi standardy, které vznikly na její půdě, mají speciální postavení normy série **ISO 9000 a série ISO 14000**. Právě tyto dvě série hrají v posledních několika letech významnou úlohu i v rámci veřejného sektoru. Série standardů ISO 9000 se zabývá řízením kvality. Revidovaná verze ISO série 9000 (původní verze byla z roku 1987) přibližuje podle jejich autorů ISO blíže k tzv. modelům vynikající kvality (quality excellence models). Standardy systému řízení série ISO 14000, které předpokládá tato série uvádí požadavky na to, co musí organizace činit v rámci řízení procesů, které ovlivňují dopady aktivit organizace na životní prostředí.

Naprostou většinu ISO standardů tvoří velmi specifické referenční rámce, které se vztahují k určitému produktu, materiálu nebo procesu. Oproti tomu standardy v sérii ISO 9000 a také ISO 14000 mají rozdílný charakter. Představují tzv. **standardy pro obecně použitelné (generic) systémy řízení**. Podle tvůrců těchto standardů mohou být použitelné v rámci jakékoliv organizace - bez ohledu na velikost, sektor či odvětví, ve kterém působí. Mohou být tedy použitelné ve veřejné správě a v jejích subjektech. Systémy řízení jsou zde vymezeny jako to, co organizace dělá pro to, aby řídila své procesy nebo činnosti. Systémy řízení se podle organizace ISO vztahují ke struktuře organizace pro její procesy nebo činnosti, které transformují vstupy na produkt nebo službu, která splňuje cíle organizace - jako příklady těchto cílů jsou uvedeny uspokojení kvalitativních požadavků zákazníky, souladnost s požadavky regulace nebo souladnost s environmentálními cíli.

Normy série ISO 9000 a série ISO 14000 vychází z předpokladu, že pro systémy řízení obecně lze vypočítat určité nezbytné znaky, které ve svých textech vyjmenovávají. Obě série vycházejí podle dostupných informací na webových stránkách organizace ISO z následujících principů řízení kvality:<sup>68</sup>

- 1) zaměření se na zákazníka
- 2) vedení
- 3) zapojování lidí
- 4) procesní přístup
- 5) systémový přístup k řízení
- 6) kontinuální zdokonalování
- 7) faktický přístup k procesu rozhodování
- 8) vzájemně prospěšné dodavatelské vztahy.

Normy ISO série 9000 a 14000 vycházejí z předpokladu, že k tomu, aby byla opravdu efektivní a účinná, musí organizace zabezpečit systematickosti jejích aktivit. To podle tvůrců těchto norem zabezpečí, že není opomenuto nic důležitého a že každý má jasno v tom, za co je kdo v rámci organizace odpovědný - „*každý má jasnou představu o tom, kdo je odpovědný za činění čeho, kdy, jak, proč a kde.*“ I když jsou tyto standardy podle jejich tvůrců aplikovatelné na každou organizaci, je zřejmé, že série ISO 9000 a 14000 je určena spíše **pro rozsáhlé organizace a pro ty organizace, v rámci kterých probíhají komplikované procesy**. Implementace těchto sérií může mít v ostatních organizacích limitovanou účinnost a může zde představovat zbytečné plýtvání finančními prostředky. Neexistuje však žádný empirický výzkum, který by stanovil hranici velikosti či složitosti organizace, v rámci které lze účinně využít standardů série ISO 9000 či ISO 14000.

---

standardů nemusí být vždy zajedno a ne všechny návrhy se stanou standardem na základě jednomyslného rozhodnutí všech. Jednotlivé státy a jejich standardizační úřady hrají i nadále roli finálního arbitra. V rámci organizace ISO funguje cca 3000 technických skupin (technických výborů, podvýborů, pracovních skupin atd.), ve kterých participuje kolem 50 000 expertů.

68 Obsah těchto principů je možné nalézt například zde: <http://www.iso.org/iso/en/iso9000-14000/understand/qmp.html>.

Obě série standardů předpokládají:

- a) **certifikaci** - vydání písemného potvrzení (certifikátu) nezávislým externím úřadem, který provedl audit systému řízení organizace a ověřil, že tento systém je v souladu s požadavky, které vyjmenovává série ISO 9000 nebo 14000 (podle předmětu certifikace);
- b) **registraci** - organizace, která provedla výše uvedený audit, zaznamená certifikát do svého registru klientů.

Systém řízení organizace musí být podle série ISO 9000 i série ISO 14000 jak certifikován, tak i registrován. Tyto dvě skutečnosti od sebe nelze oddělovat. I když je výše uvedena nutnost certifikovat / registrovat, tyto požadavky se vztahují pouze k „certifikovaným“ (certifikovaným a registrovaným) systémům řízení. Jak již bylo řečeno výše, standardy ISO nejsou automaticky všeobecně závazné. Tuto všeobecnou závaznost jim může poskytnout až jejich inkorporování v právním řádu. V případě série ISO 9000 a ISO 14000 v současnosti záleží certifikování jen na uvážení organizace. Organizace sama může využít série ISO 9000 či ISO 14000 jako inspiraci pro svůj systém řízení, aniž by se rozhodla jej certifikovat. Sama organizace ISO praví - *„Vaše organizace je může implementovat výhradně pro interní přínosy, které přináší zvýšením účinnosti a efektivnosti vašich činností bez způsobení újmy vašim investicím, které jinak certifikační program vyžaduje.“*

Sama Mezinárodní organizace pro standardizace **doporučuje určitý postup** v případě, že se organizace rozhodne certifikovat (certifikovat a registrovat) svůj systém řízení podle série ISO 9001/14000. Organizace by měla **vzít v úvahu následující skutečnosti**:

- Prvním krokem je vyhodnocení toho, jestli je organizace schopna implementovat standard ISO, a to i bez certifikace. Nejlepším kritériem je podle tvůrců standardů ISO zlepšení efektivnosti a účinnosti činností organizace.
- Dalším krokem je rozhodnutí o tom, zda-li bude objednána nezávislý audit systému řízení organizace, který potvrdí / nepotvrdí konformitu s ISO (ISO 9001:2000 nebo ISO 14001:2004) na výše uvedených „podnikatelských základech“
- Pokud bylo učiněno rozhodnutí pro provedení auditu, měla by být součástí následného procesu následující:
  - vyhodnocení několika certifikačních organizací,
  - mít na paměti, že nejlevnější certifikační organizace se může ukázat jako ta nejnákladnější, pokud je její audit nekvalitní, nebo pokud její certifikát není uznávaný spotřebiteli,
  - **vyhodnocení toho, jestli mají auditoři certifikační organizace zkušenosti v odvětví, kde se nachází vaše organizace (to je relevantní především v oblasti veřejné správy, kde zkušeností dosud není mnoho),**
  - v souladu s publikací série ISO 9000:2000 vyhodnotit, zda-li certifikační organizace ve své činnosti integrovala „přeostření“ (nové zaměření revidované série ISO) standardů z konformity na výkon.
- **Důležitým je rovněž to, zda-li certifikační organizace byla akreditována, a pokud ano, potom kým byla akreditována. Tento požadavek nabývá na důležitosti rovněž v oblasti veřejného sektoru. Legislativa nemusí akreditaci předpokládat, i když by to pro zabezpečení dobré praxe pravděpodobně mělo být součástí právní reality.** Sama Mezinárodní organizace pro standardizaci na svých webových stránkách říká, že akreditace je ve většině zemí volbou, nikoliv povinností. Uznává, že to, že certifikační organizace není akreditovaná, nemusí být směrodatné, tzn. že i neakreditovaná organizace může mít svoji **reputaci**, která tak představuje důležité kritérium, pokud akreditace chybí. Akreditace i v případě, že není povinná, však podle

organizace ISO slouží tomu, aby byla demonstrována nezávislost potvrzení kompetentnosti (otázkou zde zůstává oficiálnost akreditační instituce atd.).<sup>69</sup>

**Certifikace** podle norem ISO je považována za nástroj zvýšení důvěry v organizaci a tvůrci těchto standardů za prostředek k vybudování samoregulujícího systému, který reaguje pružně na změny požadavků zákazníků, legislativních požadavků i změn uvnitř organizace (např. nových technologií, organizačních změn apod.). Je však vhodné zopakovat, že organizace sama může **normy ISO pouze využít pro vlastní inspiraci**, aniž by se rozhodla je certifikovat, může myšlenky normy ISO implementovat, aniž by to pro ni znamenalo finanční investici. Literatura někdy rovněž říká, že **systémy zajištění kvality** (quality assurance) **nemusejí být realizovány jen prostřednictvím mezinárodních standardizačních systémů** (ISO standardy), **nýbrž i prostřednictvím systémů interně vzniklých**, které jsou přizpůsobeny potřebám a podmínkám konkrétní organizace. Mezi kritizovanými nedostatky standardů bývá zdůrazňována např. menší pružnost na měnící se prostředí v případě velmi konkrétních standardů, omezenost reflektovat potřeby různých skupin obyvatel a otázky po tom, čí zájmy vlastní standard zakotvuje. **Ztrátu na efektivnosti v důsledku centrálně přijatého standardu** zkoumá v domácí literatuře např. Ochrana.<sup>70</sup>

Předpokladem, ze kterého vychází především série ISO 9000 je tvrzení, že existence organizace, která nemá svoje zákazníky, nebo organizace, která má nespokojené zákazníky, je velmi nebezpečná. V případě veřejného sektoru je první uvedený příklad, tzn. organizace bez zákazníků, v některých případech z určitých důvodů - a to i ve zdravotnictví - nereálný. Vystává zde **otázka, jak se vyrovnat s nespokojenými zákazníky, a to především v případě možných metod řešení negativ. V tomto směru série ISO neobsahuje žádné konkrétnější doporučení.**

Inspirativní je následující možnost, kterou předpokládá Mezinárodní organizace pro standardizaci - „**organizace může pozvat své klienty, aby provedly audit kvality** pro to, aby důvěřovaly, že organizace je schopna poskytovat produkty nebo služby, které splňují jejich požadavky“. To vyžaduje participaci. Rovněž tato možnost zdůrazňuje **nutnost spojit / propojit certifikaci ISO norem s dalšími nástroji řízení kvality a nikoliv pouze certifikovat systém řízení.**

**Další nedostatky** certifikování mohou být shrnuty následovně:

- standardy ISO tendují ke zdůraznění systémovosti a procedur, spíše než výstupů a výsledků, což může vést k tomu, že bude v praxi vytvořen dokonalý systém k vytváření zboží a služeb, které však nikdo nechce,<sup>71</sup>
- problémem i různorodost certifikačních autorit,
- je diskutována otázka, zda-li organizace, které svůj systém řízení certifikovaly, udržují systém jakosti i po certifikování, tzn. zda-li jsou neustále zaručovány podmínky re-certifikace, která však - respektive jejíž určitá aktualizace není vyžadována,
- podle některých je nákladné zavedení. Nákladnost systému řízení certifikovaného podle ISO standardů však spočívá především v udržování ve smyslu předchozí odrážky.

---

<sup>69</sup> Mezinárodní organizace pro standardizaci výše uvedené certifikáty nevydává. Pragmaticky podtrhuje význam certifikace a zdůrazňuje, že je pouze odpovědná za rozvoj, udržování a publikaci standardů série ISO 9000/14000, avšak že sama neprovádí audit nebo nehodnotí systémy řízení jako činí certifikační organizace. Organizace ISO se na svých webových stránkách dokonce zbavuje veškeré zodpovědnosti za certifikáty, které jsou vydávány certifikačními organizacemi.

<sup>70</sup> F. Ochrana: Veřejný sektor a efektivní rozhodování. Management press, Praha 2001, s. 35.

<sup>71</sup> Srovnej Gaster, L., Squires, A. Providing Quality in the Public Sector. Philadelphia - Maidenhead. Open University Press 2003, s. 39. Zde je uvedeno i následující: "Caricatured, this can mean that perfect systems can be developed – to produce goods or services that nobody wants or needs."

**Pro oblast využití informačních a komunikačních technologií byly vydány speciální ISO normy**, které se vztahují k bezpečnosti informačních systémů normy **ISO/IEC 17799 a ISO/IEC 27001 (BS 7799-2)**. Jejich cílem je určení toho, jak vybudovat, spravovat a kontrolovat systém pro řízení bezpečnosti informací organizace (ISMS) se znalostí rizik, které informace organizace ovlivňují (ISMR). I když byly formulovány především pro potřeby subjektů soukromého sektoru, mohou posloužit rovněž organizacím ze sektoru veřejného.

**Norma ISO 17799** představuje podle svých tvůrců praktický manuál (code of practice), který se týká řízení informační bezpečnosti a který staví na nejlepší praxi v této oblasti. Jejím cílem je poskytnout všeobecný popis oblastí, které jsou považovány za velmi důležité při zavádění, implementaci a udržování informační bezpečnosti v organizaci. Protože tento standard nezahrnoval všechny oblasti, které jsou pro praxi informační bezpečnosti považovány za důležité, byla tato norma několikrát revidována. Podoba tohoto standardu z roku 2000 zahrnovala těchto deset primárních sekcí:

- Politika bezpečnosti (*Security Policy*)
- Kontrola přístupu do systému (*System Access Control*)
- Řízení počítačů a provozních činností (*Computer & Operations Management*)
- Rozvoj systému a jeho udržování (*System Development and Maintenance*)
- Shoda (*Compliance*)
- Bezpečnost personálu (*Personnel Security*)
- Bezpečnost organizace (*Security Organization*)
- Klasifikace přínosu a jeho kontrola (*Asset Classification and Control*)
- Management kontinuity podnikání (*Business Continuity Management - BCM*).

Poslední revidací této normy je standard **ISO/IEC 17799:2005 Information technology - Security techniques - Code of practice for information security management**, který obsahuje více než 133 strukturovaných oblastí doporučení rozdělených do 11 kapitol, ve kterých je obsaženo více než 5000 přímých a odvozených bezpečnostních opatření, podporujících dosahování cílů organizace, přičemž odpovědnost za ně je možné jednoduše přiřadit osobám s odpovídajícími funkcemi.

**Norma ISO 27001** je nazvána "Information Security Management - Specification With Guidance for Use". Tato norma si klade za cíl poskytnout doporučení, jak aplikovat ISO/IEC 17799 (do budoucna ISO/IEC 27002) v rámci procesu budování, provozu, údržby a zlepšování systému řízení bezpečnosti informací (ISMS) v organizaci v souladu se systémy řízení kvality nebo bezpečnosti prostředí.

Normy série ISO 9000 jsou patrně nejčastěji implementovaným nástrojem v praxi řízení kvality českých nemocnic. Příkladem je i Fakultní nemocnice Brno. Podle jejich webových stránek se zde započalo se sledováním jakosti poskytované péče v roce 1999.<sup>72</sup> Proklamovaným důvodem bylo posílení odborné prestiže nemocnice v oblasti kvality poskytovaných služeb a podpora managementu na všech úrovních nemocnice pro efektivní řízení procesů, aby i ekonomické výsledky odrážely snahu uspokojit klienty a ostatní zainteresované strany. Pro certifikaci systému řízení jakosti útvarů FN Brno byla vybrána externí mezinárodně akreditovaná firma Det Norske Veritas. Očekávané přínosy certifikace byly následující: „*Naplněním požadavků normy ISO 9001:2000 management útvaru získá přehled o procesech, o vzájemných vazbách mezi procesy, nástroje pro ovlivňování (řízení) procesů a jejich neustálé zlepšování. Účinným nastavením procesů se dosáhne zjednodušení a průhlednosti procesů. Důslednou identifikací a analýzou vnitřních procesů se zajistí správná funkce celého útvaru i bezproblémová vazba na vstupní, výstupní a podpůrné externí procesy. Zavedený systém řízení jakosti u útvarů s výrobní praxí a laboratorii dává zákazníkům větší záruky, že produkty popř. výsledky služeb splňují jejich požadavky a očekávání, čímž roste*

<sup>72</sup> Bliže zde: <http://www.fnbrno.cz/Article.asp?nArticleID=804&nLanguageID=1>.




konkurenceschopnost útvaru a důvěra zákazníka. Zavedením systému řízení jakosti u klinických útvarů díky kvalitnějšímu přístupu zdravotnického personálu a systematickosti péče vzrůstá spokojenost a důvěra pacientů a to vede k vyšší ekonomické efektivitě útvaru.“

### 3.2.4 Metody empirického výzkumu

Je patrné, že řada z výše uvedených metod předpokládá v některé ze svých fází realizace provedení určitého empirického šetření, a to buď kvantitativního, nebo též kvalitativního charakteru. Na významu proto nabývají doporučení sociologie v oblasti nástrojů zajištění empirických dat (dotazování, pozorování, experimentu) a různé druhy metod vyhodnocování shromážděných dat, v rámci kterých sehrávají významnou úlohu metody statistické analýzy, nástroje, které vymezuje teorie rozhodování atp.

Příkladem zahraničního empirického šetření spokojenosti pacientů s návštěvou lékaře v USA, je následující dotazník:


Patient Survey

1. Age: \_\_\_\_\_ (years)    2.  Male  Female

3. General area of treatment (check all that apply):  Neck  Back  Arm  Leg  Foot/Ankle  Hand/Wrist  
 Other (specify): \_\_\_\_\_

**Please answer the questions below by circling the response which best describes your opinions about your treatment.**

		Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
1 The office receptionist is courteous.	1	2	3	4	5	5
2 The registration process is not appropriate.	1	2	3	4	5	5
3 The waiting area is comfortable (in terms of lighting, temperature, decor and furnishings).	1	2	3	4	5	5
4 My therapist did not spend enough time with me.	1	2	3	4	5	5
5 My therapist thoroughly explains the treatment(s) I receive.	1	2	3	4	5	5
6 My therapist treats me respectfully.	1	2	3	4	5	5
7 My therapist listens to my concerns.	1	2	3	4	5	5
8 My therapist did not answer all my questions.	1	2	3	4	5	5
9 My therapist advises me on ways to avoid future problems.	1	2	3	4	5	5
10 My therapist gives me detailed instructions regarding my home program.	1	2	3	4	5	5
11 Overall, I am completely satisfied with the services I receive from my therapist.	1	2	3	4	5	5
12 I would return to this office for future services or care.	1	2	3	4	5	5

Zdroj: Beattie, P. F. et al. Opus citatum. <<http://www.ptjournal.org/cgi/content/full/82/6/557>>

Další příklad šetření představuje například Survey on Disparities in Quality of Health Care, které v USA v r. 2001 realizovala instituce Princeton Survey Research Associates s cílem zjistit vnímání kvality zdravotní péče společenskými menšinami, a to s využitím dotazníku, který je k dispozici zde: [http://www.cmf.org/usr\\_doc/qualitysurvey\\_2001\\_questionnaire.pdf#search=%22healthcare%20quality%20\(questionnaire\)%22](http://www.cmf.org/usr_doc/qualitysurvey_2001_questionnaire.pdf#search=%22healthcare%20quality%20(questionnaire)%22). V České republice probíhalo například dotazníkové šetření “Kvalita onkologické péče očima pacientů” (datzník je k dispozici zde: <http://www.ocol.cz/cs/dotaznik-spokojenosti>).

Specifickou skupinou zde sehrávají dotazníky zaměřené na sledování kvality života. Klíčovou podmínkou pro jejich správnou aplikaci je podle autorského kolektivu Müllerové pochopení podstaty těchto dotazníků - *„Kvalita života popsaná dotazníky není další nástroj v baterii standardních diagnostických testů, měla by být vždy hodnocena odděleně jako vyjádření pohledu/nazírání individua (případně jeho prožívání) na svůj život v nemoci. Kvalita života poskytuje zdravotníkům pohled z „druhé strany“ a její hodnota by měla korigovat premisy/předpoklady o náhledu pacienta založené na zkušenostech. Zároveň by neměl dotazník kvality života směřovat zdravotníka ke sdílení, neměl by být natolik osobní, jako je např. rozhovor s emocionální stránkou, kdy se obtížně rozliší pravé názory nemocného. Ověření objektivity dotazníku zajišťuje jeho použití jako standardního nástroje, přičemž umožňuje proniknout lékaři k hodnotám a jejich prožívání nemocného bez toho, aby jimi byli pohlceni.“*<sup>73</sup>

Dotazníky, které se snaží získat informace o vybraných aspektech spokojenosti pacientů, jsou realizovány také Fakultní nemocnicí Brno. Jejich podoba byla k dispozici zde na v současnosti nefungujících prvcích stránek FN Brno - <http://www.fnbrno.cz/article.asp?nDepartmentID=10&nArticleID=883&nLanguageID=1>. Cílem těchto dotazníků bylo zjistit, jak jsou oblasti uvedené v dotazech hodnoceny a vnímány pacienti, popřípadě jejich rodinnými příslušníky. Toto hodnocení má být podle slov jeho autorů následně předáno příslušným útvarům, jejichž úkolem je na základě připomínek přijmout opatření k nápravě (např. úpravu provozní doby, změnu způsobu objednávání pacientů). Dotazníkovým šetřením mají být také odhaleny případné nedostatky v chování personálu, nedostatky při zachování intimity pacienta při poskytování péče, a rovněž dostatečnost informací o zdravotním stavu. Další oblastí, která je zahrnuta v tomto dotazníkovém šetření, je sledování kvality prostředí, čistoty, stravování, doplňkových služeb, protože i tyto oblasti výrazně ovlivňují spokojenost pacientů.

---

<sup>73</sup> Müllerová, H. et al. Mezikulturní přenos a validace dotazníku kvality života Q-LES-Q (Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire) v populaci nemocných s depresivní poruchou. Článek publikovaný v <http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/PSYCH201/05.htm>.