

# **Projekt zlepšení kvality postgraduálního vzdělávání lékařů na rezidenčním místě**

MUDr. Alice Píšková

---

Diplomová práce  
2019

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta managementu a ekonomiky

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta managementu a ekonomiky  
Ústav managementu a marketingu  
akademický rok: 2018/2019

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **MUDr. Alice Příšková**  
Osobní číslo: **M17769**  
Studijní program: **N6208 Ekonomika a management**  
Studijní obor: **Management ve zdravotnictví**  
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Projekt zlepšení kvality postgraduálního vzdělávání lékařů na rezidenčním místě**

Zásady pro vypracování:

### Úvod

Definujte cíle práce a použité metody zpracování práce.

#### I. Teoretická část

- Zpracujte literární rešerši zaměřenou na problematiku managementu kvality, managementu ve zdravotnictví a vzdělávání lékařů v České republice.

#### II. Praktická část

- Popište a analyzujte současnou úroveň postgraduálního vzdělávání lékařů na rezidenčním místě v České republice.
- Navrhněte a vytvořte projekt zlepšení kvality postgraduálního vzdělávání lékařů na rezidenčním místě v České republice.
- Projekt podrobte nákladové, časové a rizikové analýze.

### Závěr

Rozsah diplomové práce: cca 70 stran  
Rozsah příloh:  
Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

**ARMSTRONG, Michael a Stephen TAYLOR.** Řízení lidských zdrojů: moderní pojetí a postupy : 13. vydání. Praha: Grada Publishing, 2015, 920 s. ISBN 978-80-247-5258-7.  
**ARTHUR, J.** Lean Six Sigma for Hospitals: simple steps to fast, affordable, and flawless healthcare. 1st Ed. New York: McGraw-Hill, 2011, 348 s. ISBN 978-0-07-175325-8.  
**BRÍŠ, P.** Management kvality. Vyd. 2., uprav. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2010, 208 s. ISBN 978-80-7318-912-9.  
**HENDERSON, Euan S et al.** Managing in health and social care. 2nd ed. New York: Routledge, 2010, 384 s. ISBN 02-038-5693-7.  
**MORROW, R.** Utilizing the 3Ms of process improvement in healthcare: a roadmap to high reliability using lean, Six Sigma, and change leadership. 1st Ed. Boca Raton, FL: CRC Press, 2012, 292 s. ISBN 978-1-4398-9535-1.

Vedoucí diplomové práce: **doc. Ing. Petr Briš, CSc.**  
Ústav průmyslového inženýrství a informačních systémů  
Datum zadání diplomové práce: **14. prosince 2018**  
Termín odevzdání diplomové práce: **16. dubna 2019**

Ve Zlíně dne 14. prosince 2018

L.S.

doc. Ing. David Tuček, Ph.D.  
*děkan*

doc. Ing. Pavla Staňková, Ph.D.  
*ředitelka ústavu*

**PROHLÁŠENÍ AUTORA  
BAKALÁŘSKÉ/DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Prohlašuji, že**

- beru na vědomí, že odevzdáním diplomové/bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby;
- beru na vědomí, že diplomová/bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí, že jeden výtisk diplomové/bakalářské práce bude uložen na elektronickém nosiči v příruční knihovně Fakulty managementu a ekonomiky Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně;
- byl/a jsem seznámen/a s tím, že na moji diplomovou/bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 2 a 3 autorského zákona mohu užít své dílo – diplomovou/bakalářskou práci nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen přípouští-li tak licenční smlouva uzavřená mezi mnou a Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně s tím, že vyrovnání případného přiměřeného příspěvku na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše) bude rovněž předmětem této licenční smlouvy;
- beru na vědomí, že pokud bylo k vypracování diplomové/bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tedy pouze k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové/bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- beru na vědomí, že pokud je výstupem diplomové/bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá. Neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

**Prohlašuji,**

1. že jsem na diplomové/bakalářské práci pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.
2. že odevzdaná verze diplomové/bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně

Jméno a příjmení: Alice Pišková

.....  
podpis diplomanta

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce je zaměřena na kvalitu postgraduálního vzdělávání lékařů na rezidenčních místech. Na základě zjištění je vypracován projekt na zlepšení kvality postgraduálního vzdělávání, který je zároveň cílem diplomové práce. V teoretické části práce byla zpracována literární rešerše na téma kvality zdravotnické péče a současného vzdělávání lékařů podporovaných nejen z dotačního programu. Navazuje praktická část, kde byly v úvodu popsány základní charakteristiky a specifika současného vzdělávání lékařů na rezidenčních místech a analýza uvedené problematiky pomocí SLEPT analýzy makroprostředí a SWOT analýzy. Analytickou část doplnily výsledky z kvantitativního šetření pomocí dotazníků. Na základě všech analýz byl navržen projekt ke zlepšení kvality postgraduálního vzdělávání lékařů na rezidenčních místech. Podstatou projektu jsou pravidelné konzultace lékařů s jejich školiteli. Následovalo podrobení projektu časové a nákladové analýze a analýze rizik.

**Klíčová slova:** postgraduální vzdělávání lékařů, rezidenční místo, management ve zdravotnictví, management kvality, řízení lidských zdrojů

## **ABSTRACT**

The thesis is focused on the quality of post-graduate education of residents doctors. Based on the findings, a project is being developed to improve the quality of post-graduate education, which is also the aim of the thesis.

The theoretical part presented a literature review of the topic of management of quality of health care and contemporary education of doctors not only supported from the grant program. It is followed by the practical part, where the basic characteristics and specifics of contemporary education of residents doctors were described and the analysis of this issue by SLEPT analysis of macro-environment and SWOT analysis. The analytical part was supplemented by results from quantitative survey using questionnaires.

Based on all the analyses, a project was proposed to improve the quality of post-graduate medical education of residents doctors. The essence of the project is regular consultations of doctors with their trainers. It was followed by a time, cost and risk analysis.

**Keywords:** post-graduate education of doctors, resident doctors, health services management, management of quality, human resources management.

**Poděkování:**

Na tomto místě bych ráda poděkovala doc. Ing. Petru Briši, CSc. za odborné vedení, vstřícnost a cenné připomínky, kterými přispěl k vypracování této práce.

Velké poděkování patří také mé rodině za jejich nekonečnou trpělivost a vytrvalou podporu během celého současného i minulého studia. Děkuji svým blízkým přátelům, kteří mě motivovali k cestě za vysněným povoláním.

V neposlední řadě děkuji také svým kolegům z řad lékařů, kteří ochotně zodpověděli všechny mé dotazy a nebáli se o této ožehavé problematice diskutovat.

**Motto:**

„Management je dělat věci správně. Leadership je dělat správné věci.“

Peter Drucker

„Abychom mohli něco zlepšit, musíme to změnit. Abychom mohli něco změnit, musíme tomu rozumět. Abychom mohli něčemu rozumět, musíme to měřit.“

W. Edwards Deming

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE</b> .....	<b>12</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>14</b>
<b>1 VZDĚLÁVACÍ PROCES</b> .....	<b>15</b>
1.1 LÉKAŘSKÁ FAKULTA .....	15
1.2 POSTGRADUÁLNÍ VZDĚLÁVÁNÍ .....	17
1.2.1 Základní pojmy .....	17
1.2.2 Vzdělávací programy .....	18
1.2.3 Akreditace pracovišť .....	19
1.2.4 Předatestační příprava .....	20
1.2.4.1 Obory specializace .....	20
1.2.4.2 Společný základ .....	22
1.2.5 Rezidenční místa .....	23
1.2.6 Atestace .....	23
1.3 ROZŠIŘOVÁNÍ A UDRŽOVÁNÍ ZNALOSTÍ.....	24
<b>2 POSTAVENÍ LÉKAŘE</b> .....	<b>25</b>
2.1 POSTAVENÍ LÉKAŘE VE SPOLEČNOSTI.....	25
2.2 LÉKAŘ JAKO ZAMĚSTNANEC A JEHO POSTAVENÍ.....	26
<b>3 MANAGEMENT KVALITY</b> .....	<b>27</b>
3.1 KVALITA JAKO POJEM .....	27
3.2 FUNKCE MANAGEMENTU KVALITY .....	27
3.3 ZÁKLADNÍ PRINCIPY .....	28
3.3.1 Orientace na zákazníka .....	28
3.3.2 Osobní odpovědnost – vůdcovství .....	29
3.3.3 Zapojení pracovníků.....	29
3.3.4 Procesní přístup a systémový přístup .....	29
3.3.5 Zlepšování .....	30
3.3.6 Rozhodování na základě faktů .....	30
3.3.7 Vzájemné výhodné dodavatelské vztahy .....	30
3.4 ŘÍZENÍ LIDSKÝCH ZDROJŮ JAKO SOUČÁST MANAGEMENTU KVALITY .....	30
3.4.1 Management zdokonalování pracovníků .....	33
<b>4 MANAGEMENT KVALITY VE ZDRAVOTNICTVÍ</b> .....	<b>36</b>
4.1 HISTORIE MANAGEMENTU KVALITY VE ZDRAVOTNICTVÍ .....	36
4.1.1 Historie managementu kvality ve zdravotnictví v České republice.....	36
4.2 SPECIFIKA MANAGEMENTU KVALITY VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	37
4.3 SYSTÉM KVALITY VE ZDRAVOTNICTVÍ .....	39
4.4 KVALITA VZDĚLÁNÍ A VÝKONNOST LÉKAŘŮ A JEJICH HODNOCENÍ.....	40
4.4.1 Vliv počtu odpracovaných hodin .....	41

4.5	HODNOCENÍ PRACOVNÍKŮ .....	42
4.5.1	Vliv hodnocení pracovního výkonu lékařů .....	42
<b>5</b>	<b>ANALYTICKÉ METODY A METODA VÝZKUMU .....</b>	<b>44</b>
5.1	DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ.....	44
5.2	SWOT ANALÝZA .....	44
5.3	SLEPT ANALÝZA .....	44
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>46</b>
<b>6</b>	<b>CHARAKTERISTIKA POSTGRADUÁLNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ DO 1. 7. 2017 .....</b>	<b>47</b>
6.1	PŘEHLED NEJDŮLEŽITĚJŠÍCH ZMĚN VE VZDĚLÁVÁNÍ PO SCHVÁLENÍ NOVELY ZÁKONA Č. 95/2004 SB.....	47
6.2	NÁPLŇ PRÁCE LÉKAŘE V ZÁKLADNÍM KMENI .....	48
6.3	NÁPLŇ PRÁCE LÉKAŘE VE SPECIALIZOVANÉM VÝCVIKU DO ATESTACE .....	49
<b>7</b>	<b>CHARAKTERISTIKA REZIDENČNÍHO MÍSTA.....</b>	<b>50</b>
7.1	METODIKA .....	52
7.2	ŽADATELÉ O DOTACI .....	53
7.3	HODNOCENÍ ŽÁDOSTI .....	53
7.4	VÝBĚR REZIDENTA .....	54
7.5	PRŮBĚH VZDĚLÁVÁNÍ NA REZIDENČNÍM MÍSTĚ .....	55
7.6	HODNOCENÍ A REALIZACE PROJEKTU DOTACE NA REZIDENČNÍ MÍSTO .....	55
<b>8</b>	<b>ANALÝZA SOUČASNÉHO PRŮBĚHU VZDĚLÁVÁNÍ.....</b>	<b>56</b>
8.1	VÝBĚR KANDIDÁTA .....	56
8.2	PŘEZKOUMÁNÍ ODPOVĚDNOSTI A PRAVOMOCÍ .....	56
8.3	PŘEZKOUMÁNÍ KVALITY A CÍLŮ .....	56
8.4	KVANTITATIVNÍ VÝZKUM.....	57
8.4.1	Cíle výzkumu a výzkumné otázky .....	57
8.4.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	58
8.4.3	Realizace a zpracování dotazníkového šetření.....	58
8.4.4	Vyhodnocení výsledků dotazníkového šetření.....	58
8.5	SWOT ANALÝZA VZTAŽENÁ KE KVALITĚ VZDĚLÁVÁNÍ LÉKAŘŮ NA REZIDENČNÍM MÍSTĚ.....	65
8.5.1	Matematický model SWOT analýzy .....	67
8.5.2	Závěry SWOT analýzy.....	69
8.6	SLEPT ANALÝZA .....	69
8.6.1	Sociální faktory .....	70
8.6.2	Legislativní faktory .....	71
8.6.3	Ekonomické faktory .....	72
8.6.4	Politické faktory .....	72
8.6.5	Technologické faktory .....	72
<b>9</b>	<b>VYHODNOCENÍ ANALÝZY S PRAKTICKÝMI NÁVRHY ŘEŠENÍ.....</b>	<b>73</b>



9.1	NÁVRHY NA ZMĚNU A JEJICH PŘÍNOSY .....	73
9.2	PROJEKT KONZULTAČNÍCH HODIN ŠKOLITELŮ S JEJICH REZIDENTY .....	73
9.2.1	Cíle zlepšení kvality postgraduálního vzdělávání lékařů .....	73
9.2.2	Implementace cíle .....	74
9.2.3	Návrh a sestavení týmu koordinující administraci a realizaci projektu .....	74
9.2.4	Edukace školitelů .....	75
9.2.5	Motivace zúčastněných stran .....	75
9.2.6	Samotná realizace konzultačních hodin obsahuje tyto činnosti .....	75
9.3	ČASOVÁ ANALÝZA .....	77
9.4	NÁKLADOVÁ ANALÝZA .....	79
9.5	IDENTIFIKACE RIZIK A RIZIKOVÁ ANALÝZA .....	81
9.5.1	Identifikace rizik .....	81
9.5.2	Riziková analýza .....	81
9.5.3	Návrhy ke snížení možných rizik.....	83
9.6	OMEZENÍ PROJEKTU .....	85
9.7	VYHODNOCENÍ PROJEKTU .....	85
9.8	SHRNUTÍ PROJEKTOVÉ ČÁSTI.....	86
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>88</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>90</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>95</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>96</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>97</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>98</b>

## ÚVOD

System postgraduálního vzdělávání lékařů je žhavým tématem jak odborné veřejnosti, tak politických stran ve snaze si dopomoci k lepšímu volebnímu výsledku. Bývá také jedním z argumentů, proč dochází k frustraci mladých lékařů a jejich odlivu do zahraničí.

I když jsem sama s blížícím se koncem studia na lékařské fakultě vyhledávala aktuální informace o dalším průběhu vzdělávání lékařů, byl pro mě systém poměrně neprůhledný a složitý. Postupně mi v hlavě zůstávaly nezodpovězené otázky. Jak bude mé vzdělávání v reálu probíhat? Bude zaměstnavatel ochoten mě vyslat na povinné stáže a kurzy, aniž bych musela podepisovat tzv. kvalifikační dohodu? Budu za minimálně 5 let atestovaným lékařem v oboru, který jsem si zvolila? Obdobné otázky si i nyní kladou nejen studenti medicíny, čerství absolventi lékařských fakult, ale bohužel i lékaři, kteří jsou již v přípravě na atestační zkoušku.

V teoretické části diplomové práce je popsán systém vzdělávání lékařů do 1. 7. 2017. Po tomto datu došlo v celém systému k poměrně velkým změnám a doposud k němu nejsou dostatečné manuály a plány. Je zcela jasné, že se systém vzdělávání bude v dalších letech měnit a aktualizovat. Zůstává však otázkou, zdali se celý proces vedoucí k získání atestace zjednoduší či nikoli.

Jedním z řešení, jak mít reálnou představu o svém vzdělávání tak, aby probíhalo dle skutečných pravidel, je systém rezidenčních míst. Tento systém státem dotovaného postgraduálního vzdělávání by měl poskytovat lékařům jistotu a kvalitní přípravu k atestační zkoušce. Pro zdravotnická zařízení představuje také menší náklady se vzděláváním a jeho přípravou.

Jsou ale mladí lékaři na rezidenčních místech skutečně kvalitně připravováni, nebo jsou jim potutelně nabízeny *kvalifikační dohody*?

Kvalitní vzdělání je základem kvalitního lékaře, a to takového lékaře, který je schopen se rozhodovat o pacientově zdraví, aby jeho léčba probíhala vždy v souladu se současnými znalostmi v oblasti medicíny a vedla k jeho prospěchu.

Cílem diplomové práce je navržení projektu, který bude přínosem nejen pro samotné lékaře na rezidenčním místě, ale také pro zaměstnance a v konečném důsledku i pro pacienty. Díky těmto navrženým změnám bude vzdělávání lékařů na rezidenčním místě kvalitnější, samotní lékaři tak spokojenější. Díky této motivaci bude proto pro zdravotnické organizace

snadnější udržet si stávající zaměstnance, zamezit tak jejich odlivu do jiných zařízení nebo zcela mimo odvětví.

V teoretické části je rozebrána současná podoba vzdělávání a teorie kvality ve zdravotnictví a propojení do managementu lidských zdrojů. V praktické části je analyzována současná podoba postgraduálního vzdělávání pro většinu mladých lékařů. Podkladem pro projektovou část je vyhodnocení kvantitativního výzkumu. Na základě všech pomocných analytických metod je vypracován projekt se všemi důležitými náležitostmi vedoucí k úspěšné realizaci a uskutečnění výše uvedených cílů.

## CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE

Základem ke zpracování diplomové práce je definování současné podoby postgraduálního vzdělávání lékařů a jeho legislativního uchopení. Vzhledem k praktické části je nutná orientace v problematice managementu kvality a lidských zdrojů. K vytvoření teoretické části práce byla provedena literární rešerše a následná analýza odborné literatury, doporučených postupů, legislativních předpisů České republiky, která odpovídala tématu práce.

Problematická byla teoretická část zaměřena na současné vzdělávání mediků a lékařů. Vzhledem k tomu, že existuje malé množství knižních zdrojů odpovídající této problematice, čerpala jsem především z oficiálních legislativních dokumentů, vyhlášek a norem. Dalším zdrojem informací byly webové stránky postgraduálního vzdělávání a informace poskytnuté lékařskými fakultami.

Cílem práce je pomocí zjištěných teoretických poznatků analyzovat současný systém a průběh vzdělávání mladých lékařů na rezidenčních místech tak, jak probíhá v akreditovaných zdravotnických zařízeních a následně vytvořit projekt, který vede k celkovému zlepšení kvality vzdělávání.

Praktická část práce je tvořena analytickou a projektovou částí. Úvod do analytické části představuje charakteristika postgraduálního vzdělávání lékařů do 1. 7. 2017 a charakteristika rezidenčního místa. Od tohoto se pak odvíjí i analýza současného průběhu vzdělávání na rezidenčních místech včetně postupů při výběrů kandidátů a řízení dokumentace.

Součástí analytické části práce je výzkumné šetření, ve kterém byl pro získání dat použit kvantitativní výzkum, a to formou dotazníkového šetření zaměřeného na kvalitu vzdělávání lékařů z pohledu jich samotných. Před samotným spuštěním online dotazníků proběhlo prvotní šetření na 6 respondentech, a to za účelem odstranění stylistických a gramatických nedostatků a snížení dalších možných rizik. Dotazník byl distribuován online pomocí sociálních sítí. Konkrétně přes stránky, kde mladí lékaři tvoří velkou část odběratelů. V časovém horizontu od 1. 12. 2018 do 28. 2. 2019 vyplnilo dotazník celkem 98 lékařů připravujících se k atestační zkoušce nebo těsně po ní. Dotazník byl složen z 19 otázek jak uzavřených, tak otevřených. Po ukončení dotazníků byla data vyhodnocena a pro lepší názornost převedena do grafické podoby. Jednotlivé výsledky jsou poté v diplomové práci slovně okomentovány. Anonymita respondentů byla zachována. Analytická část je následně podrobena SWOT a SLEPT analýze makroprostředí, která poskytuje další poznatky související s plánovanou realizací projektu.

V projektové části je vytvořen návrh projektu vedoucí ke zlepšení kvality vzdělávání lékařů na rezidenčních místech. Projekt je založen na výsledcích analytické části, která ukázala možné nedostatky a prostor ke zlepšení současného stavu. Zároveň jsou brány v úvahu další skutečnosti, které mohou projekt ovlivnit. Tento projekt je následně podroben časové, nákladové a rizikové analýze.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 VZDĚLÁVACÍ PROCES

Lékařské povolání je bezpochyby velmi náročné. Stejně náročná je i cesta k odborné přípravě. Prvním krokem je úspěšné absolvování lékařské fakulty v oboru všeobecné lékařství. Po absolutoriu je mladý lékař zařazen do specializačního vzdělávání oboru, který si zvolil.

Gladkij (2003) rozděluje vzdělávání lékařských pracovníků na dvě obsahově odlišné skupiny. První je zaměřena především na oblast kvalifikace, tedy zvýšení nebo změnu kvalifikace, doškolování, aj. Druhou skupinu charakterizuje formování pracovního potenciálu, pochopení a zvládnutí problémů, formování sociálních vlastností atd.

V první fázi přípravy lékař absolvuje předepsané stáže a kurzy dané pravidly jednotlivých programů specializačního vzdělávání. Je schopen vykonávat povolání lékaře ve zdravotnickém zařízení, avšak jen pod dozorem/dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí. Několikaletá příprava (délka závisí na zvoleném oboru specializačního vzdělávání) je završena úspěšným složením atestační zkoušky. Po získání specializované způsobilosti nabývá lékař veškerých pravomocí k vykonávání samostatné činnosti bez odborného dohledu, který nad ním doposud měl jeho školitel. Nese veškerou odpovědnost za své úkony. Na druhé straně se zvedá jeho platové ohodnocení.

V současné medicíně narůstá potřeba vysoce specializovaných a technicky náročných přístrojů, avšak na rozdíl od strojírenského průmyslu tyto stroje nenahrazují lidskou činnost. Naopak podporují znalosti zdravotníků a zlepšují tak péči o pacienty. Nicméně vyžadují vzdělaný a proškolený personál k jejich obsluze a následnému vyhodnocení jejich činnosti.

### 1.1 Lékařská fakulta

Standardní doba studia v oboru všeobecné lékařství je šest let. Forma studia je pouze prezenční. Absolventi fakulty získávají úplné lékařské vzdělání. Po úspěšném ukončení studia je udělován titul MUDr. (z latinského *medicinae universae doctor*). Uplatnění je možné ve všech lékařských specializačních oborech lůžkové či ambulantní sféry nebo hygienické službě. Řada absolventů se poté věnuje vědecké a akademické činnosti. Další možnou variantou uplatnění je komerční činnost ve zdravotnictví (Všeobecné lékařství – Katalog oborů MU, ©2019).

Studium je založeno na postupném průchodu studenta teoretickými, preklinickými a posléze klinickými předměty. Teoretické předměty jsou soustředěny převážně do prvních třech let studia. Výuka předmětu se obvykle skládá z přednášek, praktických cvičení a seminářů. Během čtvrtého a pátého ročníku prochází student postupně klinickými předměty. Klinické předměty se typicky skládají z přednášek a stáží na jednotlivých klinikách. Poslední rok je věnován zejména předpromočním stážím, při nichž se studenti vzdělávají a „pracují“ na klinikách pod dozorem zkušených lékařů.

Studium probíhá podle kreditového systému, pro postup do následujícího semestru je rozhodující dosažení minimálního počtu kreditů. Kromě toho je pro zápis předmětů zaveden systém prerekvizit, na základě kterého jsou striktně vymezeny podmínky zápisu předmětů (znalosti získané při studiu předmětu v nižším ročníku jsou základem pro studium předmětů ve vyšším ročníku) (Všeobecné lékařství – Katalog oborů MU, ©2019).

Studium je ukončeno státní rigorózní zkouškou složenou z několika částí, a to zpravidla pediatrie, porodnictví a gynekologie, vnitřní lékařství, chirurgie, zdraví, prevence, zdravotnictví. A další dle volby jednotlivých lékařských fakult (Všeobecné lékařství – Katalog oborů MU, ©2019).

Jak je uvedeno v katalogu oborů Lékařské fakulty Masarykovy univerzity, je absolvent po úspěšném ukončení studia schopen uplatnit teoretické a praktické znalosti z biofyziky, biologie, biochemie, farmakologie, anatomie, morfologie a fyziologie lidského organismu za normálních i patologických stavů. Dokáže rozpoznat stavy ohrožující život a poskytnout kvalifikovanou pomoc. Ovládá základní způsoby lékařského vyšetřování s použitím jednodušší přístrojové techniky a základních laboratorních metod včetně diferenciální diagnostiky chorob, které jsou v naší populaci rozšířeny nebo které jsou významné pro svou závažnost. Prakticky zvládá základní léčebné a ošetrovatelské výkony. Je obeznámen s principy diagnostiky a léčby všech závažnějších poruch zdraví a jejich třídění podle naléhavosti, způsobu a místa léčby. Ovládá principy léčby závažnějších poruch zdraví. Uplatňuje pravidla primární a sekundární prevence a podpory zdraví. Má základní znalosti a dovednosti v oblasti radiační ochrany. Je obeznámen s organizací zdravotnictví v České republice a základními právními aspekty. Zná ekonomická pravidla vztahující se ke zdravotnickým zařízením. Chápe společenské a ekonomické determinanty zdravotního stavu a důsledky nemoci. Ovládá základy lékařské psychologie a profesní etiky kontaktu lékaře s pacientem, a je schopen je aplikovat v lékařské praxi (Všeobecné lékařství – Katalog oborů MU, ©2019).



Nutno však zde zmínit myšlenku Persauda (2002), který konstatuje, že klasický lékařský výcvik nedokáže dostatečně připravit mladé lékaře na stres při následné lékařské praxi. Dokonce může přispět přímo k problému. Podle něj se studenti medicíny vyznačují jistým osobnostním předpokladem, a to je perfekcionismus. Tato vlastnost, která motivuje k dokončení lékařské fakulty, může být esenciální i pro samotné povolání lékaře, zároveň však kontraproduktivní při setkání se s chaotickým světem klinické praxe.

## 1.2 Postgraduální vzdělávání

Postgraduálním vzděláváním lékařů rozumíme získání specializované způsobilosti. Specializovaná způsobilost lékaře je získána úspěšným ukončením specializačního vzdělávání atestační zkouškou. Specializovaná způsobilost je podmínkou pro samostatný výkon povolání lékaře (Česko, 2004).

Specializační vzdělávání probíhá podle zákona 95/2004 Sb. § 5 odst. 4 formou celodenní průpravy v rozsahu odpovídajícím stanovené týdenní pracovní době, nebo rozvolněné průpravy v nižším rozsahu, než je stanovená pracovní doba. Nicméně celková délka, úroveň a kvalita nesmí být nižší než v případě celodenní průpravy. Tato průprava je odměňována. Rozsah absolvované praxe potvrzuje školitel a statutární zástupce zdravotnického zařízení (Česko, 2004).

### 1.2.1 Základní pojmy

Pro výkon lékařského povolání podle zákona o vzdělávání č. 95/2004 Sb. je třeba splnit tři základní požadavky. Těmito požadavky jsou odborná způsobilost, právní bezúhonnost a zdravotní způsobilost (Česko, 2004).

**Odborná způsobilost** se získává absolvováním nejméně šestiletého prezenčního studia, které obsahuje teoretickou a praktickou výuku v akreditovaném zdravotnickém magisterském studijním programu všeobecné lékařství (Česko, 2004).

**Právní bezúhonnost** se myslí takový stav, kdy nedošlo k pravomocnému odsouzení k nepodmíněnému trestu odnětí svobody pro úmyslný trestný čin spáchaný v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, nebo se na něho hledí, jako by nebyl odsouzen (Česko, 2004).

Prokazuje lékař výpisem z Rejstříku trestů České republiky.

**Zdravotní způsobilost** se většinou ověřuje formou vstupní lékařské prohlídky, která je povinná před uzavřením pracovního poměru (Česko, 2004).

Další povinnou součástí celého procesu je členství v České lékařské komoře. Bez tohoto členství totiž není možné lékařskou praxi na území České republiky vykonávat.

**Specializovanou způsobilost** získává lékař ukončením postgraduálního specializačního vzdělání, a to složením atestační zkoušky ve zvoleném oboru. Skládá se z absolvování společného kmene a následně vlastního specializačního výcviku ve zvoleném oboru. Obor, který chce lékař vykonávat, záleží čistě na jeho preferencích a rozhodnutí. Zvolený obor si může kdykoli během přípravy změnit. O zařazení do oborů specializačního vzdělávání musí lékař požádat, a to prostřednictvím elektronické žádosti v aplikaci Evidence zdravotnických pracovníků (EZP). Průběh specializačního vzdělávání zajišťuje akreditované zařízení, které přidělí školení školitele se specializovanou způsobilostí. Specializační vzdělávání probíhá podle vzdělávacích programů příslušných oborů (Jak získat specializovanou způsobilost, ©2008–2018).

Celý tento proces je ukončen zařazením lékaře do zvoleného oboru, získáním průkazu odbornosti a logbooku. Do těchto dokumentů jsou poté zapisovány výkony a hodnocení, které lékař získá v průběhu své postgraduální přípravy.

### 1.2.2 Vzdělávací programy

Vzdělávací programy stanoví požadavky na specializační výcvik – minimální dobu specializačního vzdělávání, rozsah a obsah povinné a doporučené praxe ve vlastním oboru a doplňkových oborech, požadavky na teoretické znalosti a praktické dovednosti a výkony a předpoklady pro vykonání atestační zkoušky a její části (Jak získat specializovanou způsobilost, ©2008–2018).

Každý vzdělávací program má určenou délku praxe, která je nutná k získání specializace. Jsou přesně stanoveny podmínky pro akreditaci pracovišť, na kterých lze specializační vzdělávání absolvovat. Jsou definovány všechny povinné stáže a kurzy, počty výkonů a výčet znalostí a schopností, které budou na konci výcviku vyžadovány. K tomu, aby lékař zdárně složil atestační zkoušku, je třeba splnit všechny požadavky daného vzdělávacího programu. Záznamy o absolvované praxi včetně výkonů musí být řádně doloženy v průkazu odbornosti nebo logbooku a potvrzeny školitelem se specializovanou způsobilostí.

Lékaři a zubní lékaři se splněnými požadavky základního kmene si mohou prostřednictvím elektronické žádosti v aplikaci EZP podat žádost o vystavení certifikátu o absolvování základního kmene opravňující k samostatnému výkonu některých činností (Jak získat specializovanou způsobilost, ©2008–2018).

Tyto programy jsou neustále aktualizovány. Požadavky na lékaře, zapsané do specializačního vzdělávání stejného oboru v jiných letech, mohou být odlišné. K poslední obměně požadavků došlo v roce 2017, a to kvůli novele zákona č. 95/2004 Sb. Ministerstva zdravotnictví České republiky. Jedná se o zákon č. 67/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů. Tento zákon vešel v platnost 1. 7. 2017. Upravuje tak dosavadní systém vzdělávání.

Absolvent, jenž ukončil lékařskou fakultu před datem, kdy zákon nabyl platnosti, se mohl rozhodnout, zdali se zapíše do systému vzdělávání před 30. červnem 2017 nebo po něm. V praxi to znamená, že lékaři zapsáni 1. 7. 2017 jsou již vzdělávání podle nové vyhlášky.

### 1.2.3 Akreditace pracovišť

Aby byla praxe lékaři započítána do jeho předatestační přípravy, je nutné, aby tato byla vykonávána v akreditovaném pracovišti pro zvolený obor. Systém vzdělávání rozděluje akreditovaná pracoviště i podle jejich stupně.

Existují tak pracoviště I. stupně, na kterých je možné vykonávat jen některé z podmínek atestační přípravy a pracoviště II. stupně. V některých oborech mohou být i pracoviště III. stupně. Pracoviště s nižším stupněm akreditace jsou většinou zdravotnická zařízení s menší úrovní specializace (okresní a městské nemocnice). Pracoviště s vyšším stupněm jsou fakultní a krajské nemocnice (Šedo, 2017).

Toto rozčlenění zdravotnických zařízení je pro vzdělávání lékařů velmi podstatné. V konkrétním případě to znamená, že lékař v atestační přípravě například v oboru vnitřní lékařství, který působí v okresní nemocnici s akreditací I. stupně právě pro tento obor, musí část své praxe vykonat na jiném pracovišti s vyšším stupněm akreditace. Akreditace jsou po splnění podmínek udělovány Ministerstvem zdravotnictví České republiky.

V České republice existují zdravotnická zařízení s různým stupněm akreditace. Proto musí lékař v průběhu své předatestační přípravy kontrolovat, zdali má jeho pracoviště stále

požadovanou akreditaci na příslušný obor. Není výjimkou, že akreditace bývá pracovišti odebrána nebo ponížena, což by lékaři znemožnilo další vzdělávání.

## 1.2.4 Předatestační příprava

### 1.2.4.1 Obory specializace

Délku, rozsah a obsah uvádí jednotlivé vzdělávací programy. Přehled oborů uvádí tabulka (Tab. 1).

*Tabulka 1: Přehled oborů specializačního vzdělávání uvedených v zákoně č. 95/2004 Sb. ve znění platném od 7/2017 (Česko, 2004)*

Specializační obor	Základní kmen
alergologie a klinická imunologie	interní nebo pediatrický
anesteziologie a intenzivní medicína	anesteziologický
cévní chirurgie	chirurgický
dětská a dorostová psychiatrie	psychiatrický nebo pediatrický
dětská chirurgie	chirurgický
dětská neurologie	neurologický nebo pediatrický
dermatovenerologie	dermatovenerologický
endokrinologie a diabetologie	interní nebo pediatrický
gastroenterologie	interní nebo chirurgický
geriatrie	interní nebo všeobecné praktické lékařství
gynekologie a porodnictví	gynekologicko-porodnický
hematologie a transfuzní lékařství	interní nebo pediatrický
hygiena a epidemiologie	hygienicko-epidemiologický
chirurgie	chirurgický
infekční lékařství	interní nebo pediatrický

kardiochirurgie	kardiochirurgický
kardiologie	interní
klinická biochemie	interní nebo pediatrický
klinická onkologie	interní
radiační onkologie	interní
lékařská genetika	interní nebo pediatrický nebo gynekologicko-porodnický
lékařská mikrobiologie	interní nebo pediatrický
maxilofaciální chirurgie	maxilofaciálně-chirurgický
nefrologie	interní
neurochirurgie	neurochirurgický
neurologie	neurologický
nukleární medicína	interní nebo radiologický
oftalmologie	oftalmologický
ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí	ortopedický
otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku	otorinolaryngologický
patologie	patologický
pediatrie	pediatrický
plastická chirurgie	chirurgický
pneumologie a ftizeologie	interní
psychiatrie	psychiatrický
radiologie a zobrazovací metody	radiologický
rehabilitační a fyzikální medicína	interní nebo chirurgický nebo pediatrický nebo ortopedický nebo neurologický
revmatologie	interní

soudní lékařství	patologický
urgentní medicína	anesteziologický nebo chirurgický nebo interní nebo všeobecné praktické lékařství
urologie	urologický
vnitřní lékařství	interní
všeobecné praktické lékařství	interní nebo všeobecné praktické lékařství

#### 1.2.4.2 Společný základ

Prvním milníkem v atestační přípravě je získání kmene, tzv. *základ*. Získáním kmene lékař potvrzuje, že ovládá obecné předpoklady a znalosti potřebné k výkonu povolání ve zvoleném oboru. Je stanoveno nově 19 základních kmenů (Tab. 2), jejichž absolvování je podmínkou pro další část specializačního vzdělávání a vydání certifikátu o absolvování základního kmene opravňujícího k výkonu některých činností bez odborného dozoru, ale pouze s odborným dohledem.

Kmen může být pro řadu oborů společný. Jedním z příkladů je kmen interní nebo chirurgický. Nejkratší možná délka praxe pro získání kmene je nyní podle nové vyhlášky 30 měsíců. Lékaři zapsaní do 30. 6. 2017 mohou složit zkoušku z kmene již po 2 letech praxe v oboru. Požadavky na lékaře v různých kmenech se liší (Česko, 2004).

Lékaři a zubní lékaři zařazení do specializačního vzdělávání po 1. 7. 2009 podle vyhlášky č. 185/2009 Sb., ve znění pozdějších předpisů, postupují pouze podle vzdělávacích programů z roku 2009–2010, 2010–2011, 2015. Tyto vzdělávací programy zahrnují dvouletý základní kmen ve všech základních oborech.

Základní kmen představuje absolvování povinné praxe a zahrnuje teoretické znalosti a praktické dovednosti (Jak získat specializovanou způsobilost, ©2008–2018).

*Tabulka 2: Přehled základních kmenů uvedených v zákoně č. 95/2004 Sb. ve znění platném od 7/2017 (Česko, 2004)*

anesteziologický	oftalmologický
dermatovenerologický	ortopedický
gynekologicko-porodnický	otorinolaryngologický
hygienicko-epidemiologický	patologický

chirurgický	pediatrický
interní	psychiatrický
kardiochirurgický	radiologický
maxilofaciálněchirurgický	urologický
neurochirurgický	všeobecné praktické lékařství.
neurologický	

### 1.2.5 Rezidenční místa

Jelikož je vzdělávání lékařů velmi nákladné, bylo by pro celou řadu zdravotnických zařízení téměř likvidační hradit všem svým lékařům jejich specializační vzdělávání. Proto existuje v České republice dotační program. Jsou jím rezidenční místa.

V současné podobě existují od roku 2012. Dotace je poskytována na dobu prvních 24 měsíců (případně 30 měsíců v režimu novely zákona 95/2004, která je platná od 7/2017) - do získání kmene. V některých oborech je dotována celá doba specializačního vzdělávání. Pro každý z těchto oborů je stanoven maximální počet rezidenčních míst a o tato rezidenční místa musí zdravotnické zařízení požádat. V případě přidělení dotace jsou pořádána výběrová řízení pro lékaře, kteří chtějí být v těchto oborech vzdělávání. V ostatních případech, tedy v těch, kdy je dotována doba do získání kmene, výběrové řízení pro lékaře neprobíhá (Šedo, 2017).

Jak Šedo (2017) upozorňuje, důležitým faktem je, že na rezidenty, jak se lékařům zařazeným do dotačního programu říká, nejsou kladeny žádné závazky. To ani v případě, že vzdělávání v tomto programu předčasně ukončí, nebo změní zaměstnavatele.

Výhodou rezidenčních míst pro samotné lékaře je to, že zdravotnické zařízení, jež je i příjemcem dotace, musí umožnit rezidentovi specializační vzdělávání bez zbytečných odkladů a nesmí klást žádné další podmínky.

### 1.2.6 Atestace

Specializační vzdělávání se ukončuje atestační zkouškou před oborovou atestační komisí zřízenou Ministerstvem zdravotnictví České republiky. Členové atestační komise jsou jmenováni ministrem. Předpoklady přístupu k atestační zkoušce jsou stanoveny příslušnými vzdělávacími programy. Nutné je absolvování požadované praxe pro základní kmen a vlastní specializovaný výcvik, doložení provedených výkonů v logbooku, absolvování

povinných vzdělávacích akcí, úspěšně složeného povinného testu a předložením a obhajobou atestační práce (Česko, 2004).

Organizace atestační zkoušky je stanovena vyhláškou č. 188/2009 Sb. pro lékaře, zubní lékaře a farmaceuty. Atestační zkouška se skládá ze dvou částí, teoretické a praktické. V teoretické části si lékař losuje tři odborné otázky. Praktická část spočívá v ověření odborných praktických dovedností, je stanoven příslušným vzdělávacím programem. Obsahuje vyšetření pacienta, diagnostiku, diferenciální diagnózu, vyšetřovací postup, navrženou léčbu, simulovaný případ, test, analýzu laboratorních nálezů, obhajobu projektu.

V případě neúspěchu je možnost zkoušku opakovat, a to nejdříve za jeden rok. Maximálně jsou přípustné dva opravné termíny (Česko, 2009).

### **1.3 Rozšiřování a udržování znalostí**

Lékaři vykonávající zdravotnické povolání se celoživotně vzdělávají. Celoživotní vzdělávání je průběžné obnovování vědomostí, dovedností a způsobilosti odpovídající získané odbornosti v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky. Formy celoživotního vzdělávání jsou zejména samostatné studium odborné literatury, účast na kurzech, školicí akci, seminářích, odborných a vědeckých konferencích a kongresech (Česko, 2004).

Po získání specializované způsobilosti v daném oboru se dále může lékař vzdělávat v oborech nástavbových. Vzdělávání v nástavbovém oboru uskutečňuje akreditované zařízení. Vzdělávací programy schvaluje ministerstvo a upravuje je vyhláška č.152/2018 o nástavbových oborech lékařů a zubních lékařů. Vzdělávací programy nástavbových oborů trvají minimálně jeden rok. Vzdělávací program stanoví délku, rozsah a obsah vzdělávání v nástavbovém oboru, zejména počet hodin praktického a teoretického vyučování, a výuková pracoviště, na kterých může probíhat výuka zvláštní specializované způsobilosti ukončena komisionální zkouškou (Česko, 2004). V rámci rozšiřování znalostí mohou lékaři absolvovat funkční kurzy. Vzdělávání ve funkčním kurzu provádí akreditované zařízení. Vzdělávací programy funkčních kurzů se uskutečňují v délce minimálně jeden měsíc a maximálně šest měsíců. Délka, rozsah a obsah je dán příslušným vzdělávacím programem. Ten také stanovuje, která odborná, specializovaná nebo zvláštní specializovaná způsobilost je předpokladem pro zařazení do funkčního kurzu. Kurz se ukončuje závěrečnou zkouškou před komisí zřízenou ministerstvem (Česko, 2004).



## 2 POSTAVENÍ LÉKAŘE

### 2.1 Postavení lékaře ve společnosti

Podle Ivanové, Juríčkové a Gladkije (2013) patří profesionální role lékaře do tzv. *pomáhajících povolání*. Vzhledem k různým odbornostem je nutné, aby lékař disponoval celou řadou dovedností osvojených na základě vědomostí získaných studiem. Jak však Ivanová, Juríčková a Gladkij (2013) správně zdůrazňují, že vztah mezi klientem a lékařem hraje velkou roli. Tato dovednost se však na lékařských fakultách neučí a bere se jako určitý předpoklad.

Persaud (2002) se svém článku prohlašuje, že povolání lékaře bylo vždy uznávanou profesí, která představovala určitou autonomii a přináší jisté postavení a respekt ve společnosti. Růst manažerských zásahů, rostoucí odpovědnost, požadavky administrativy, nepraktické cíle, stále narůstající konzumentský přístup a nedostatek důvěry mění současnou medicínu k nepoznání. A je třeba na tyto změny připravovat mladé lékaře již v negraduálním studiu.

Změny, které zmiňuje Persaud (2002), však vedou ke zhoršení vztahů mezi pacienty a lékaři. Ty jsou poté zdrojem stresu. Naopak pozitivní vztahy mohou být silným ochranným štítem. Tyto změny však způsobují stále větší regulaci a administraci medicíny, která je vedena pokusem o odhalení lékařské chyby nebo selháním lékaře. Proto je nyní medicína stále více praktikována v obraně, tak aby zaměstnanci nebyli pod hrozbou možného vyšetřování.

Vztahu mezi lékařem a pacientem se věnuje mnoho autorů. Tento vztah je velmi důležitý hlavně v počátcích profesního života lékaře, kdy se utváří jeho postoj k pacientům. Obzvláště důležitým je při řešení krizových situací, a to z toho důvodu, že pacient je informačně znevýhodněn.

*„V lékařské praxi je klient – pacient postaven většinou do pozice s neúplnými informacemi, tedy v závislém postavení k lékaři a zdravotnickému zařízení. Právě v těchto situacích je nutná vzájemná důvěra, slušnost, respekt, porozumění. Vztah mezi pacientem a lékařem je určován jejich rolí. V ČR stále převládá představa dominujícího lékaře „zachránce“ a pasivního, vděčného a závislého pacienta“ (Vymětal, 2003, s. 127).*

## 2.2 Lékař jako zaměstnanec a jeho postavení

Ivanová, Juričková a Gladkij (2013) ve své publikaci zmiňují i myšlenku Druckera, který tvrdí, že postavení lékařů ve společnosti je podstatně jiné než postavení ostatních pracovníků. Ačkoli mají nad sebou určité vedení, sami jsou často vedoucími dalších pracovníků.

*„Navíc jsou to specialisté, i když je jejich specializace poměrně úzká, vyznají se v ní lépe než vrcholové vedení a jsou si toho vědomi. Ve vlastním oboru jsou svému zaměstnavateli nadřazeni bez ohledu na to, jaké podřízené místo zaujímají v organizační hierarchii... Proto také mají lékaři velký vliv na rozhodování, v jakých podmínkách a za jakých okolností pracují, jak jsou odměňováni, jaké jsou podmínky vstupu do profese a jak je výkon profese kontrolován“* (Ivanová, Juričková a Gladkij, 2013. s. 80-81).

Velký rozdíl můžeme pozorovat i napříč odvětvími. Zatímco u mladých lékařů jsou školištělé nazýváni kolegy, nikoli nadřízenými, u manuálně zaměřených pracovních pozic (např. ve strojírenství) může nadřízený dávat úkoly více direktivně (Ben-Tovim, 2017, s. 32).

Pokud se však vysokoškolsky kvalifikovaný lékař chce stát odborníkem, musí strávit řadu let dalšího vzdělávání v programech, které jsou stále řízeny lékaři, jejichž pozice jsou vyhraněny a téměř neohroženy. Proto i zde vzniká konflikt mezi lékaři, určující průběh vzdělávání a manažery. Podle Ben-Tovima (2017) se situace pravděpodobně nezmění, i když připouští, že má své kladné i záporné stránky. Z moderních manažerských technik zde cituje myšlenku Petera Druckera. Ten tvrdí, že výměna odborných znalostí mezi odvětvími znalostních pracovních služeb a zdravotní péčí může být obousměrná.

Jak posléze Ivanová, Juričková a Gladkij (2013) zmiňují, posouzení příslušnosti je téměř plně v kompetenci samotných lékařů. To umocňuje i užívání odborného jazyka, přístrojů, pomůcek, oblečení a dalších.

### 3 MANAGEMENT KVALITY

#### 3.1 Kvalita jako pojem

Pojem kvalita nebo také jakost je poměrně obtížné definovat. V literatuře můžeme nalézt poměrně velké množství definic a vysvětlení. Pojem kvalita je odvozen od latinského zájmena *qualis*, v překladu jaký.

Briš (2010) vysvětluje kvalitu pomocí ISO 9000. Kvalitu tedy vnímá jako splnění požadavků. Tyto požadavky jsou vztaženy jak na zákazníka, tak i na zaměstnance, vlastníka, legislativu, dodavatele, konkurenci a další subjekty účastnící se procesu.

Vnímání kvality je do značné míry subjektivní záležitostí. A ve zdravotnictví má svá specifika. Jde především o vnímání kvality z pohledu zaměstnanců, pacientů a managementu.

#### 3.2 Funkce managementu kvality

*„Celkový trend vývoje v oblasti systému managementu kvality směřuje k tzv. Total Quality Management, jehož původ je v Japonsku. Zde bylo zjištěno, že kvalita a její neustálé zlepšování hrají hlavní úlohu zajišťování konkurenceschopnosti a rentability organizace“* (Briš, 2010, s. 42).

Arthur (2011) zmiňuje pět základních kroků ke správnému fungování strategie řízení typické pro Six Sigma tzv. DMAIC. Six Sigma je strategie řízení, která si klade za cíl identifikovat a odstranit příčiny chyb v procesech výroby.

1. Define – definovat/identifikovat základní problém.
2. Measure – měření.
3. Analyze – analyzovat původ a příčinu problému.
4. Improve – zlepšovat procesy.
5. Control – kontrola měřením a monitorováním (Arthur, 2011, s. 83-84).

Ke správnému fungování managementu kvality je třeba znát problémy, které organizaci brání k růstu a zlepšování. Měření, výpočty a údaje o nefunkčních procesech jsou základem k nastavení požadavků k odstranění těchto chyb. Bez těchto údajů nelze správně analyzovat a zlepšovat procesy. Chyba managementu organizací bývá častokrát již v této úvodní fázi.

Arthur (2011) doporučuje začít skutečnými a aktuálními problémy, ke kterým existují dostatečné informace a data. Poté je cesta k analytické, zlepšovací a kontrolní fázi daleko snadnější.

*„Jednou z největších výzev Lean Six Sigma není používání metod nebo nástrojů ale vytvářet postoje které najdou a změní nedostatky a odchylky“ (Arthur, 2011, s. 111).*

### 3.3 Základní principy

Existují tzv. normy ISO řady 9000, ty jsou založeny na osmi zásadách, které jsou platné pro jakoukoli organizaci v různých odvětvích. Jsou rovněž základem podnikatelského úspěchu. Tyto normy rovněž představují principy pro dosažení cílů v kvalitě. V českých organizacích jsou již běžnou záležitostí. Normy byly poprvé přijaty v roce 1987 a jsou pravidelně aktualizovány (Briš, 2010, s. 27-31).

**Mezi tyto metody patří:**

- orientace na zákazníka;
- vůdcovství;
- zapojení pracovníků;
- procesní přístup;
- systémový přístup k managementu;
- neustálé zlepšování;
- přístup k rozhodování zakládající se na faktech;
- vzájemně výhodné dodavatelské vztahy.

Mimo normy z řady ISO 9000 se vyskytují i další specifické normy pro určité obory. Jedná se hlavně o odbornosti, kde jsou nároky na kvalitu vysoké (letectví, vojenství, potravinářství nebo lékařství) (Briš, 2010, s. 41).

#### 3.3.1 Orientace na zákazníka

Podstatou této metody je poznat současné a budoucí potřeby zákazníků a dodávanými výrobky a službami plnit jejich požadavky či překonávat jejich očekávání. Cílem je také zajistit vyvážené řízení chodu organizace zejména s ohledem na potřeby a očekávání nejen zákazníků, ale i dalších zainteresovaných stran. Důležité je věnovat pozornost i na způsob dodávání, cenové relace, spolehlivost, dostupnost, udržovatelnost a další (Briš, 2010, s. 27–28).

### 3.3.2 Osobní odpovědnost – vůdcovství

Metoda vůdcovství z anglického „leadership“ si klade jako hlavní cíl osobní příklad a angažovanost vedoucích pracovníků. Tedy těch, kteří vytvářejí a rozvíjí kulturu organizace. Zásadami správného vůdcovství jsou mimo jiné chápavost, zohledňovat potřeby všech zúčastněných stran, stanovovat vize, cíle, hodnoty a etické modely, budovat důvěru, inovovat, inspirovat, vzdělávat a trénovat pracovníky... (Briš, 2010, s. 28).

Požadavky zákazníků se mohou dělit z několika hledisek. Jsou to požadavky z hlediska času (současné/budoucí), stavu (emocionální/racionální) a úrovně (primární/sekundární) (Briš, 2010, s. 84).

Organizace musí vhodně zvolit metodu k získávání a vyhodnocování dat o preferencích zákazníků tak, aby mohla cíleně měnit nebo zlepšovat svou produkci s ohledem na technické možnosti firmy.

### 3.3.3 Zapojení pracovníků

Pracovníci jsou podstatou samotné organizace. Podle Briše (2010) je základem tohoto principu změna chování a vnímání z pohledu samotných zaměstnanců. Ti poté svým aktivním hledáním příležitostí ke zlepšení, nabytím nových znalostí a soustředěním se na tvorbu hodnot pro klienty a uspokojováním z vlastní práce přispívají ke zvyšování kvality.

Úsilí, které zaměstnanci do práce vynaloží, však souvisí s jejich předchozími pracovními zkušenostmi. Lidé jsou nejen poháněni potřebami, ale jsou schopni pochopit své zkušenosti a změnit své úsilí odpovídajícím způsobem. Spojení mezi úsilím a odměnou je tak poměrně velkou motivační silou (Henderson et al., 2010, s. 64).

### 3.3.4 Procesní přístup a systémový přístup

Proces je soubor vzájemně souvisejících činností, které přeměňují vstupy na výstupy. Vstupy tvoří většinou výstupy jiných procesů. Podmínkou také je, aby se v průběhu procesu zvyšovala hodnota produktu (Briš, 2010, s. 72).

*„Aplikování zásady procesního přístupu vede k transformování řídicí struktury a celého přístupu k managementu organizace“ (Briš, 2010, s. 29).*

Pokud jsou činnosti v organizaci chápány a řízeny jako proces, dosáhne se výsledku účinněji.

Mezi nevýhody tohoto systému patří především uzavřenost, zaměření se na konečné výsledky a komunikační bariéry. Na druhou stranu však procesní přístup může neshody objevit relativně brzy a vyřešit rychleji jejich následky (Briš, 2010, s. 72–73).

U *systémového pojetí managementu* jsou jednotlivé procesy vzájemně propojeny a dochází tak k řízení celého systému.

### 3.3.5 Zlepšování

Cílem každé organizace je zlepšování. Toto zlepšování se děje jak na úrovni výrobků a služeb, jednotlivých procesů, tak systému. Mělo by být zároveň cílem každého pracovníka. Zlepšování lze zajistit nápravou již zavedených špatných postupů, jejich prevencí a zdokonalováním.

### 3.3.6 Rozhodování na základě faktů

Měřením, analýzou a vyhodnocením údajů z jednotlivých podsložek organizace může management efektivně a rozhodnout a řídit další kroky podniku. K rozhodnutím přispívá i intuice a zkušenosti managementu organizace.

### 3.3.7 Vzájemné výhodné dodavatelské vztahy

Dobré vztahy s dodavateli mohou vést k rozvíjení a zlepšování výrobků a procesů. Zlepšením komunikace lze vytvářet intenzivní vztahy s klíčovými dodavateli a vytváření dlouhodobých plánů, které podporují strategie obou zainteresovaných stran.

## 3.4 Řízení lidských zdrojů jako součást managementu kvality

Briš (2010) ve své publikaci uvádí definici zdrojů dle ISO 9001. Podle ní představují zdroje příležitosti a omezení, ke kterým musí být přihlédnuto v průběhu procesu plánování. Zároveň i samotné zdroje musejí být do procesu zahrnuty. Avšak jak je poté vysvětleno, lidé nejsou a také nemohou být pouhými zdroji. Jejich hlavní devizou jsou schopnosti, znalosti, pracovní síla, kreativita.

Lidé tvoří základní součást organizace. Díky nim je podnik schopen využívat veškeré další zdroje a efektivně jednat ke všeobecné spokojenosti. Aby však mohla organizace poskytovat kvalitní služby a produkty musejí být její zaměstnanci způsobilí.

Jak Briš (2010) správně upozorňuje, existuje mezi kvalifikací a způsobilostí značný rozdíl. Způsobilý zaměstnanec je chápán jako zaměstnanec mající veškeré reálné předpoklady k pracovní pozici, kterou bude vykonávat. Na druhé straně kvalifikace zajišťuje pouze odborné předpoklady k jejímu zvládnutí.

*„Je nutno podotknout, že míra požadavků na stupeň způsobilosti by měla být přímo úměrná šíři pravomocí, ve kterých má zaměstnanec možnost rozhodovat“* (Briš, 2010, s. 96).

Plánování lidských zdrojů vychází ze systemizace pracovních míst jednotlivých oddělení, pracovišť a z aktuálních potřeb organizace.

### **Mezi základní body v oblasti managementu lidských zdrojů patří:**

- *Plánování lidských zdrojů:* základem plánování je adekvátní obsazení pracovní pozice pracovníkem mající potřebné znalosti, dovednosti, osobní vlastnosti a postoje.
- *Získávání pracovníků:* získávání nových pracovníků se může dít dvojí cestou. V prvním případě může organizace najímat nové pracovníky, avšak tento proces je poměrně náročný a může skrývat poměrně velká úskalí. Druhá cesta, která je pro organizace výhodná, je obsazování zaměstnanců na nová místa z vlastních zdrojů. Toto s sebou nese výhody spojené především s rychlejším zaškolením (Briš, 2010, s. 96).
- *Motivace a odměňování:* motivace a odměňování zaměstnanců jdou ruku v ruce. Odměňování, ať už peněžní nebo nepeněžního, podporuje výkonnost, odpovědnost a naplňování zvolené strategie organizace (Briš, 2010, s. 98).

V současné době se rozvíjí především systém nepeněžních výhod, kdy se firmy snaží pomocí benefitních programů nejen udržet stávající zaměstnance, ale i přilákat nové.

Pocit dostatečného ocenění, očekávání spravedlivého výdělků a možnost vzdělávání jsou hlavními faktory vzniku demotivace a demoralizace zaměstnanců (Henderson et al., 2010, s. 67).

- *Hodnocení zaměstnanců:* základem správného hodnocení je stanovení hodnotících kritérií, četosti hodnocení. Často se využívá komplexní hodnocení pracovníků, tzv. hodnocení 360 stupňů (Obr. 1), kdy pracovníka hodnotíme z více úhlů pohledu. Toto hodnocení zobrazuje schéma níže. Obsah hodnocení by měl následně sloužit k nápravě nebo doporučení, případně zlepšení motivace a odměňování. Každý

hodnocený musí mít možnost se k výsledkům hodnocení vyjádřit (Briš, 2010, s. 100; Urban, 2013, s. 64).

Ve zdravotnictví je hodnocení 360 stupňů doplněno o hodnocení pacientů, kteří jsou schopni poskytnout vhléd i do sociálních dovedností (Cox, Irby a Epstein, 2007, s. 392).



Obrázek 1: Model hodnocení 360 stupňů (vlastní zpracování, Briš, 2010)

- *Zdokonalování zaměstnanců:* plán vzdělávání pracovníka by měl odpovídat strategii, cílům a požadavkům organizace. Zdokonalování zaměstnanců zahrnuje kurzy, školení, samovzdělávání, povinné proškolení v oblasti BOZP a požární ochrany, konkrétní vzdělávací programy související s výkonem specializovaných pracovních pozic (Briš, 2010, s. 102).

*„Řízení lidských zdrojů založené na schopnostech se týká uplatňování pojetí schopností a výsledků analýzy schopností za účelem podporování a zlepšování procesů řízení lidských zdrojů, zejména procesů spojených se získáváním a výměrem, vzděláváním a rozvojem řízení pracovního výkonu nebo odměňováním“ (Armstrong, 2015, s. 136).*



### 3.4.1 Management zdokonalování pracovníků

Specifikace pracovních míst obsahují výčet požadovaných schopností a dovedností. Toto umožňuje stanovit potřebu zdokonalování zaměstnanců (Armstrong, 2015, s. 133).

Cílem strategie zdokonalování je podle Armstronga (2015) osvojení a rozvíjení znalostí, dovedností a schopností vedoucí k efektivnímu vykonávání svěřené práce, rozvíjení osobních i kariérních cílů ve prospěch organizace i sebe sama.

Před zahájením samotného vzdělávacího procesu je nejprve nutné provést analýzu či průzkum potřeb vzdělávání. Cílem tohoto průzkumu je identifikovat, zdali existuje nedostatek nebo požadavek vzdělávání pracovníků. Informuje také o povaze těchto nedostatků. O tom, jaké vzdělávání či metody rozvoje jsou na dané pozice vhodné použít, rozhoduje z velké části i analýza pracovních pozic a rolí.

Briš (2010) vyjmenovává několik metod vzdělávání, zahrnuje i metody, které jsou prováděny přímo na pracovišti, pod odborným vedením ale i metody, jež jsou aplikovány mimo pracoviště zaměstnance.

Většina těchto metod se však odehrává na pracovišti zaměstnavatele. Podporována je především myšlenka samostatně řízeného vzdělávání, které je podněcováno vzdělávacími aktivitami a rozmanitými metodami učení se s využitím novodobých technik (Armstrong, 2015, s. 357–358).

Jak ale Armstrong (2015) dodává, vzdělávání na pracovišti má i nevýhody. Jednou z nich je osvojení si špatných návyků od jiných spolupracovníků. Úspěšnost vzdělávání a rozvoje je zároveň závislá na ochotě a schopnosti liniových manažerů – přímých nadřízených výkonných pracovníků.

Ve zdravotnictví jde použít většina z uvedených metod zdokonalování zaměstnanců.

*Instruktaž při výkonu práce* – rychlý zácvik, funguje pouze u konkrétních úkolů (např. administrativní, manuální dovednosti) (Armstrong, 2015, s. 701).

*Koučink* – soustavné podněcování a směřování školence k žádoucímu výkonu a poskytování bezkonfliktní zpětné vazby. Školitel je školenci přidělen. Koučink by se neměl zaměřovat za mentoring (rozdíl popsán níže). Musí se však dbát i na vyškolení samotných školitelů tak, aby si osvojili praktiky správného koučinku (Jimmerson, 2007, s. 67).

*Mentoring* – iniciativa se oproti koučinku přesouvá na školence, který si mentora volí. Úkolem mentora je motivovat, radit a usměrňovat.

*Consulting* – využívá se u takových pozic, kde je nutná odborná pomoc, nebo osobní intervence.

*Asistování* – uplatňováno u absolventů, kde hrozí možnost osvojení si nevhodných pracovních návyků.

*Pověření úkolem*

*E-learning* – samostudium, používá se u jednoduchých školení. Bývá zakončen testem.

*Participační metody* – přednášky s diskuzí, demonstrování.

*Případové studie, workshop, brainstorming, simulace, hraní rolí, vzdělávání a výcvik v assessment centrech, virtuální realita* (Briš, 2010, s. 103–104).

Která z těchto metod je ale nejlépe uplatnitelná ve zdravotnictví a vykazuje největší efektivnost? Jako nejefektivnější metodu zdokonalování uvádí Jimmersonová (2007) metodu „one – on – one“ tedy jeden na jednoho. Takováto metoda umožňuje věnovat veškerý čas vyhrazený ke vzdělávání k problémům a požadavkům jedince. Jako druhou nejefektivnější metodu uvádí metodu provádění zadaného úkolu.

Vzdělávání zaměstnanců musí být kontrolováno a hodnoceno. Hodnocení provádí samotný pracovník, školitel, osoba, nebo organizace k tomu určená. Hodnotí se především efektivita vzdělávání, která často využívá kvantitativní výzkum. Hodnocení probíhá jak před zahájením programu, v jeho průběhu a po jeho skončení, někdy i s delším časovým odstupem. Přínos vzdělávání je hodnocen přímým nadřazeným. Žádoucí efekt vzdělávání je dostatečné přenesení nově nabytých poznatků do praxe (Briš, 2010, s. 104).

Vzdělávání a rozvoj zlepšuje výkon jednotlivců, týmu a celé organizace. Umožňuje zastupitelnosti zaměstnanců, vytváří pozitivní prostředí na pracovišti, zlepšuje úroveň poskytovaných služeb a v konečném důsledku snižuje náklady na další rozvoj a vzdělání (Armstrong, 2015, s. 339).

Jedná se o systematický proces, díky němuž získávají zaměstnanci esenciální znalosti k vykonávání a zkvalitnění dané pracovní pozice. Vzdělávací proces musí jít ruku v ruce s kariéřním postupem. Úzce souvisí s osobními zájmy a preferencemi zaměstnanců. Organizace musejí rozpoznat důležitost a provázanost obou těchto složek a poskytovat příležitosti pro jejich rozvoj (Pynes a Lombardi, 2011, s. 316).

Dobře navržený program zdokonalování se, který posiluje postavení zaměstnanců a podporuje je v jejich úsilí, zajistí větší spokojenost s prací; méně frustrace, větší sebeúctu, ale i

pověst organizace na základě lepší zpětné vazby od uživatelů služeb (Henderson et al., 2010, s. 236–237).

*„Cílem vzdělávacího programu by mělo být dosažení očekávané změny chování účastníků tak, aby skutečné chování účastníků po dokončení vzdělávacího programu odpovídalo požadovanému chování, které by mělo být výsledkem úspěšného vzdělávacího programu. Jakékoli rozdíly mezi skutečným a požadovaným chováním budou naznačovat určité nedostatky ve vzdělávacím programu“ (Armstrong, 2015, s. 806).*

## 4 MANAGEMENT KVALITY VE ZDRAVOTNICTVÍ

*„Kvalita zdravotní péče je definována jako stupeň, v němž péče poskytovaná zdravotnickými institucemi jednotlivcům nebo specifickým populacím zvyšuje pravděpodobnost žádoucích zdravotních výsledků, je konzistentní se současnými odbornými znalostmi a současně přináší spokojenost pacientů i zdravotnických pracovníků“ (Gladkij, 2003, s. 292).*

Henderson et al. (2010) vnímá kvalitu ve zdravotnictví ze dvou úhlů pohledu. Z pohledu zákazníka a služby, přičemž je nutné v chápání kvality zahrnout oba způsoby vnímání. Podstatou managementu kvality ve zdravotnictví je pak porozumět a zabývat se rozdíly mezi jednotlivými pohledy.

Jak uvádí Škrla a Škrlová (2003), je kvalita ve zdravotnictví více než zlepšování lékařské nebo ošetrovatelské péče, a je nutno brát v úvahu její komplexnost a multidimenzialitu.

### 4.1 Historie managementu kvality ve zdravotnictví

V dřívějších dobách nebyla kvalita zdravotní péče neoddělitelnou součástí a byla chápána jako samozřejmost. Neexistovaly nástroje k jejímu měření, kontrolování či zlepšování.

Až mohutný rozvoj medicínských technologií ve druhé polovině dvacátého století determinoval i paralelní sledování kvality péče, kterou nové technologie produkovaly.

*„Pozvolný růst „kapitalizace zdraví“, tedy zájmu jednotlivců a některých sociálních skupin investovat do zachování nebo zlepšení zdravotního stavu (zvyšování potenciálu zdraví), vedou ke stavu, kdy se kvalita stává zájmem „soukromým“; příjemci péče se transformují z role „objektů péče“ do role „subjektů péče“. Zdá se, že právě proces „kapitalizace zdraví“ je velmi silným indikátorem vzniku systémů hodnotících kvalitu poskytovaných zdravotnických služeb“ (Šťastný, 2015, s. 157).*

#### 4.1.1 Historie managementu kvality ve zdravotnictví v České republice

Podle Šťastného (2015) nastal intenzivní rozvoj sledování kvality v 70. letech minulého století a byl způsoben rozvojem vyspělých medicínských technologií a enormně rostoucími náklady na zdravotní péči.

Problematika managementu kvality ve zdravotnictví je z pohledu české historie poněkud obtížná. Vzhledem k předchozí éře komunismu a určité bariéře se k nám novinky ze světa medicíny dostávaly obtížně. Určitou stopku vystavilo i plánované hospodářství v tehdejších

Československu. Kvalita zdravotní péče byla zajišťována administrativně, a to vyhláškami, příkazy, metodickými pokyny apod. Důležitým faktorem tohoto období byla dominantní role státu. S nástupem demokracie byla zdravotní péče charakterizována nedostatkem poskytované péče. Došlo k nekoordinované decentralizaci a kvalita péče nebyla dostatečně sledována (Šťastný, 2015, s. 156).

K významnějšímu rozvoji sledování kvality došlo až koncem devadesátých let minulého století, následně zejména po vstupu České republiky do Evropské unie. Začaly se rozvíjet různé formy a systémy sledování a měření kvality (Šťastný, 2015, s. 156).

Jak Šťastný (2015) ve svém odborném článku zmiňuje, došlo po roku 1989 v ČR k vytvoření nového medicínského oboru veřejné zdravotnictví. Jeho součástí se mimo jiné stala i problematika kvality zdravotní péče. Škola veřejného zdravotnictví při Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (dále jen IPVZ) vypracovala systém doškolování zakončený atestací v oboru.

Na úrovni Státního zdravotního ústavu vzniklo Centre for Public Health Promotion a dále i Středisko pro kvalitu a autorizaci, které se podílí na zabezpečení programu sledování a kontroly kvality poskytovaných služeb v oblasti ochrany veřejného zdraví (Šťastný, 2015, s. 157).

V devadesátých letech minulého století se rozvíjely různé systémy sledování a regulace kvality, které lze rozdělit na interní a externí. Interní systémy jsou založeny na interním auditu. Zavádění externích systémů umožňuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování, na který navazují vyhlášky ministerstva zdravotnictví, které obsahují minimální hodnotící standardy (Šťastný, 2015, s. 157).

## 4.2 Specifika managementu kvality ve zdravotnictví

Zdravotnictví je zvláště náročné, protože je založeno na znalostech. Na rozdíl od jiných převážně strojírenských oborů se neuskutečnila náhrada lidských zdrojů sofistikovanými stroji. Zdravotnictví se navíc stává mnohem více technicky vybaveným odvětvím a důležitost vzdělání a proškolení pracovníků musí růst úměrně s těmito technologickými pokroky (Ben-Tovim, 2017, s. 31).

Ministerstvo zdravotnictví České republiky navrhuje sedm atributů kvality a výkonnosti služeb ve zdravotnictví: přístup, návaznost, přiměřenost, účinnost, hospodárnost, přijatelnost a bezpečí (Šťastný, 2015, s. 157).

Někteří autoři také dodávají, že specifika managementu kvality ve zdravotnictví jsou navíc určovány požadavky, které jsou stanoveny očekáváním jak klientů – zaměstnanců, tak klientů – pacientů. Těmito atributy jsou včasnost, slušné chování, flexibilita, porozumění, důslednost, dostupnost, empatie, ochota a schopnost podpořit celou pacientovu osobnost, profesionální chování, nebudit dojem uspěchanosti nebo netrpělivosti, pochopení lidské ne pouze medicínské dimenze péče, dotek, úsměv, schopnost a ochota vyslechnout a efektivně komunikovat, odpovědět na dotazy nebo včas zajistit někoho, kdo je schopen podat žádanou informaci, respektovat lidskou důstojnost, soukromí a práva (Škrla, Škrlová, 2003, s. 22).

Navíc zde vstupuje i role zdravotních pojišťoven, odborných společností, politiků, kteří vytváří jiná kritéria a požadavky na kvalitu zdravotních služeb (Madar, 2004, s. 35).

Specifikům managementu kvality se věnuje také Gladkij (2003), který zmiňuje účinnost, dostupnost, včasnost, bezpečnost, přiměřenost, soustavnost, návaznost a ekonomickou efektivnost.

Veřejnost od lékařské péče vyžaduje především odbornost, dostupnost speciálních vyšetřovacích metod, včasnost a přesnost stanovení diagnózy, týmovou spolupráci, přímost a pravdivost při podávání informací.

Gladkij (2003) rozděluje kvalitu na pět znaků:

- vnímané výsledky systému kvality;
- dosahované klinické výsledky;
- vnímání rozvoje systému kvality;
- organizační determinanty;
- individuální determinanty.

Kvalita je v některých případech spojena především se zjišťováním spokojenosti pacientů. To podle Šťastného (2015) není ukazatel kvality v užším slova smyslu. V širším slova smyslu tento aspekt (i vyhodnocování dotazníků) mezi měření kvality patří. Ukazatele kvality jsou vybraná měření kvality, která splnila stanovená kritéria (na důležitost, vědeckou správnost, proveditelnost a užitečnost) a byla zveřejněna nějakou autoritou.

Proč je ale kvalita ve zdravotnictví stále více sledována? Jedním z důvodů je čistě ekonomický – obchodní charakter. Tedy vztah mezi nabídkou a poptávkou zdravotnických služeb. Z tohoto pohledu je snahou manažerů mít co možná největší konkurenční výhody zvolených produktů či služeb. Poptávku určuje samotný spotřebitel. Dalším důvodem je fakt,

že v současnosti dochází ve zdravotnictví stále k častějším právním sporům, a tak je potřeba služby více kontrolovat a zvyšovat jejich kvalitu. Napříč všemi odvětvími můžeme také pozorovat stále intenzivnější zavádění norem a předpisů s cílem zvyšování kvality.

Ivanová, Juríčková a Gladkij (2013) ve své práci neopomenuli také možný důvod snížených nákladů při rostoucí kvalitě nabízených služeb spojených s menší náročností procesů a snížení výskytu nežádoucích událostí.

### 4.3 Systém kvality ve zdravotnictví

*„Systém kvality ve zdravotnictví můžeme definovat 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“* (Gladkij, 2003, s. 289).

Jiná definice systému kvality ve zdravotnictví podle WHO chápe systém jako nástroj k vytváření dokonalosti v dosahování cílů v oblasti zlepšování zdravotní péče s ohledem na aktuální očekávání obyvatelstva (Ivanová, Juríčková a Gladkij, 2013 cit. podle Legido-Quigley et al, 2008, s. 2).

Gladkij (2003) také zdůrazňuje, že cílem systému kvality zdravotní péče je omezit chyby, nežádoucí výsledky, promrhaný čas a přidané náklady spojené se špatnou kvalitou konkrétního výkonu, produktu či služby. Všechny tyto cíle musejí korespondovat s potřebami a požadavky pacientů, zaměstnanců a dalších vnějších a vnitřních klientů.

*„WHO, v širším slova smyslu, sleduje pět základních oblastí kvality a výsledkem je index daný vahou těchto jednotlivých oblastí. Jsou jimi střední délka života (25 %), „distribuce zdraví“ v populaci (25 %), „responzivita“ systému (12,5 %), distribuce této „responzivity“ do sociálních skupin (12,5 %) a sociální spravedlnost (25 %)“* (Šťastný, 2015, s. 157).

Těchto cílů je dosahováno díky zavedení příslušných metod a opatření ke sledování a vyhodnocování kvality péče a definováním standardů. Důležitou roli v tomto procesu vytváří také zdravotníci, kteří se přímo těchto postupů účastní.

Kvalita se týká zdravotnictví jako celku. Na jedné straně stojí zákonodárci zodpovědní za obecnou strukturu kvality a legislativu a jsou rovněž garanty kvality. Na druhé straně vystupují zdravotnická zařízení a jejich pracovníci. Důležitou roli hrají i klienti. Spolu s ma-

nažery a partnery zdravotnických zařízení se poté podílejí i na hodnocení péče. V hodnocení kvality zdravotní péče je nejprve nutné stanovit kritéria, která obsahují základní aspekty a výsledky poskytované péče. Je nutno zvolit takový systém monitorování vycházející ze stanovených indikátorů kvality, dokumentace, kvantitativního šetření apod.

Charakteristickými determinantami kvality zdravotní péče jsou dokumentace systému kvality, angažovanost pracovníků, průběžné monitorování systému a jeho řízení pomocí aktualizovaných standardů kvality, péče o znalostní kapitál pracovníků, aktualizace procedur zlepšování kvality (Gladkij, 2003, s. 305–306).

*„Značný význam pro zvyšování kvality má i uplatňování metody „peer review“ - vzájemného posuzování diagnostických, léčebných a ošetrovatelských a zabezpečujících postupů a činností kolegy z jiných obdobných pracovišť“ (Gladkij, 2003, s. 315).*

#### **4.4 Kvalita vzdělání a výkonnost lékařů a jejich hodnocení**

*„Svět neustálých změn je živým organismem a je ho potřebné zkoumat systémově. Se změnou postavení podniku se mění i postavení člověka v něm, jeho role dostává nový obsah a novou dimenzi“ (Častorál, 2010, s. 106).*

Hodnocení klinického výkonu v medicíně je důležité, nicméně náročné. Z historického hlediska jsou hodnocení implicitní, nestandardní a vycházejí z holistických nebo subjektivních úsudků. Nedávné reformy v postgraduální medicínské výchově přinesly nové systémy pro hodnocení kompetencí a výkonnosti.

Vzdělávání a rozvoj by se měly zaměřit na rozvoj dovedností a znalostí, které jednotlivec potřebuje účinně vykonávat ve svém oboru.

Henderson et al. (2010) rozděluje rozvoj do tří kategorií:

- odborná příprava: specifická pro práci pomáhá lidem získat a rozvíjet potřebné znalosti a dovednosti, aby mohly účinně vykonávat svou práci;
- pokračující profesní rozvoj: držet krok s nejnovějším výzkumem, přístupy a techniky;
- osobní rozvoj poskytuje lidem možnost rozvíjet úspěšnou kariéru v organizaci. To také uznává, že osobní růst jednotlivce je důležitý pro udržování motivace.



#### 4.4.1 Vliv počtu odpracovaných hodin

V přehledové studii popisují Moonesinghe et al. (2011) okamžitý vliv snížení počtu pracovních hodin lékařů v odborné přípravě postgraduálního vzdělávání na bezpečnost pacientů a klinické výsledky léčby. Zkoumané studie poukazovaly na efekt snížení počtu pracovních hodin na postgraduální vzdělávání, možnost ke zlepšení praktických dovedností a dopad na pacienty. Snížení počtu odpracovaných hodin neměl u většiny studií žádný vliv na zlepšení výsledků odborné přípravy. Pár studií se věnovalo i tréninkovým příležitostem, avšak pouze jedna z šesti zkoumaných prokázala zlepšení účasti na trénincích. Tato byla provedena na vzorku lékařů vnitřního lékařství.

Avšak jak je v závěru správně zdůrazněno, omezení pracovní doby či jiné změny v postgraduální medicínské výchově by mohly ovlivnit kvalitu výcviku (Moonesinghe et al., 2011, s. 9).

Důležitou částí článku byl dopad na samotné pacienty. „*V literatuře, která zkoumala souvislost mezi zkrácením pracovní doby a objektivními opatřeními u pacientů, vyplývá, že neexistuje jasný signál, který by naznačoval, že se jedná o přínos nebo škodu. Může se zdát intuitivní, že lékaři, kteří pracují méně hodin, budou méně unavení, sníží počet chyb a výsledky pacientů by se měly zlepšit*“ (Moonesinghe et al., 2011, s. 9).

Tomuto vlivu se věnovalo 34 studií, většina pocházejících ze Spojených států amerických. Zde Moonesinghe et al. (2011) uvádějí, že pouze dvě ze zkoumaných studií prokázaly evidentní negativní dopad na pacienty. Čtyři naopak vykazovaly zlepšení. Většina však prokázala, že snížení počtu odpracovaných hodin nemá na pacienty žádný dopad.

Z toho přehledového článku je patrné, že snížení počtu odpracovaných hodin mladými lékaři v postgraduálním vzdělávání má buď příznivý, nebo neutrální dopad na bezpečnost pacientů. Klinický výsledek má omezený nebo žádný vliv na postgraduální výcvik. Vzhledem ke konfliktním výsledkům různých institucí a špatné kvalitě některých hodnocených studií bylo nemožné porovnávat uvedené dopady při snížení pracovní doby na méně než 56 nebo 48 hodin týdně, jak je v souladu s evropskou legislativou (Moonesinghe et al., 2011, s. 8).

Klíčovou roli hraje identifikace potřeb ve vzdělávání. Ta může být zjišťována různými postupy. Mezi tyto postupy můžeme zařadit předpokládané potřeby, analýzu mezer ve vzdělání, analýzu plánů organizace a plánů lidských zdrojů, průzkumy a hodnocení pra-

covního výkonu a individuálního rozvoje, analýza pracovních míst a analýza dovedností (Armstrong, 2015, s. 805).

## 4.5 Hodnocení pracovníků

### 4.5.1 Vliv hodnocení pracovního výkonu lékařů

Hodnocení na pracovišti se týká hodnocení každodenních praktik prováděných v pracovním prostředí. Tedy hodnocení toho, co lékaři skutečně dělají. Hlavní výhodou podle Millerové a Archerové (2010) je schopnost hodnotit výkon v kontextu. Poskytování systematické zpětné vazby může pozitivně změnit klinický výkon.

*„Hodnocení pracovního výkonu a individuálního rozvoje by mělo zahrnovat analýzu požadavků pracovního místa nebo pracovní role v podobě znalostí, dovedností a schopností požadovaných k efektivnímu vykonávání svěřené práce“ (Armstrong, 2015, s. 805).*

*„Hodnocení lékařů má 3 hlavní cíle: optimalizovat dovednosti všech studentů a odborníků tím, že poskytne motivaci a směr pro budoucí vzdělávání, ochrání veřejnost před nekvalifikovanými lékaři a poskytne základ pro výběr žadatelů o pokročilé vzdělání“ (Cox, Irby a Epstein, 2007, s. 388).*

Několik autorů se shoduje, že vliv hodnocení má nemalý vliv na kvalitu ve zdravotnictví. Podle Coxe a jeho spolupracovníků (2007), může hodnocení výrazně posílit vnitřní motivaci k učení a zvýšit standardy na je samotné.

Millerová a Archerová (2010) shrnují hodnotící metody na pracovišti do následujících kategorií:

- *pozorování klinických činností*, hodnocení a přímé pozorování procedurálních dovedností;
- *diskuse o klinických příkladech*;
- *zpětná vazba od vrstevníků, spolupracovníků a pacientů*, nazývána zpětná vazba mezi více zdroji; někdy známé jako hodnocení 360 °. Nástroje pro shromažďování těchto údajů zahrnují nástroj mini-hodnocení, týmové hodnocení chování a dotazník spokojenosti pacienta (Miller a Archer, 2010, s. 2).

Vědecký článek Millerové a Archerové (2010) zkoumá 16 studií, které se věnují hodnocení na pracovišti, jež ovlivňuje výchovu a vývoj lékaře. Jedna ze studií, kterou Millerová a Archerová (2010) ve své práci zmiňují, hodnotí spolehlivost a proveditelnost hodnocení na

pracovišti. Ta vyznívá z hlediska vlivu na vzdělávání pozitivně. Klinické hodnocení, přímé pozorování procedurálních dovedností a zpětná vazba mezi různými zdroji byly užitečné při podpoře osobního rozvoje. Mezi negativní stránku však patří značná administrativní a časová náročnost.

Zkoumané studie také ukázaly rozdílnost v postoji lékařů jednotlivých odborností. Zásadní rozdíl představovali mladí lékaři a chirurgové v porovnání s praktickými lékaři, kteří byli ke změnám více nakloněni. Tato variabilita je zřejmě způsobena individuálními potřebami jednotlivých odborností (Miller a Archer, 2010, s. 2).

Nejsilnějším důkazem pro zlepšení výkonu na pracovišti je studie zkoumající zpětnou vazbu mezi více zdroji. Jedna ze studií, která je v článku zmiňována, dokazuje, že lékaři, kteří jsou vystaveni konkrétní zpětné vazbě od vrstevníků, spolupracovníků a pacientů, mohou využívat tato data k ovlivnění svého výkonu (Miller a Archer, 2010, s. 5).

Již bylo zmíněno, že hodnocení zaměstnanců ovlivňuje jejich výkon. Proto je pro zaměstnavatele důležité znát, jak lékaři pracují a jaké jsou jejich výsledky. Na druhé straně vystupuje zaměstnanec, ten musí vědět, jak jej zaměstnavatel vyhodnotí a jak je s jeho prací spokojen (Koubek, 2011, s. 124).

Cox, Irby a Epstein (2007) také zmiňuje, že u rezidentů a lékařů je hodnocení prováděno až na konci dokončených stáží. Rezident má poté několik hodnocení od různých vedoucích a vyšších lékařů. Vzhledem k tomu, že doposud neexistují zavedené standardy k podávání hodnocení lékařů v předatestační přípravě, je poměrně velkým problémem jejich subjektivita. Dalším aspektem hodnocení je i to, že hodnotitel je prakticky nepřítomen ve chvílích, kdy dochází k interakcím s pacientem.

## 5 ANALYTICKÉ METODY A METODA VÝZKUMU

### 5.1 Dotazníkové šetření

Kvantitativní nebo také ekoskopický výzkum je zaměřen na rozsah a počet výskytu jevu. Zjišťuje věcné údaje, data o chování, preferenci, postojů a mínění respondentů.

Nástrojem k získání potřebných poznatků k pozdější projektové části je dotazníkové šetření. Dotazníkové šetření je nepřímá forma dotazování a dokáže poskytnout bližší informace o názorech, představách, chování, potřebách a požadavcích dotazovaných. V této diplomové práci byla použita nestandardizovaná zjevná forma dotazníku. Otázky i jejich počet a seřazení byly plně v kompetenci jejich autorky.

*„Zvláštní průzkumy zaměřené na potřeby vzdělání mohou zjišťovat názory manažerů a ostatních zaměstnanců na to, co se potřebují naučit“ (Armstrong. 2015, s. 805). Nedostatkem této metody je neúplnost a nepřesnost informací.*

### 5.2 SWOT analýza

SWOT analýza patří mezi základní metody strategické analýzy. Název této analýzy je odvozen od počátečních písmen anglických výrazů **S**trengths – silné stránky, **W**eaknesses – slabé stránky, **O**pportunities – příležitosti a **T**hreats – hrozby. SWOT je tedy analýzou silných a slabých stránek, příležitostí a hrozeb, která zjišťuje, jak současné strategie organizace reagují na změny. Silné a slabé stránky patří mezi faktory vnitřního prostředí, které může firma svým chováním ovlivnit. Příležitosti a hrozby jsou faktory vnějšího prostředí, které organizace ovlivnit nemůže.

Podle Častorála (2015) ukazuje SWOT analýza strukturovaný vztah ke kvalitě.

### 5.3 SLEPT analýza

Analýza marketingového makroprostředí, která představuje analýzu sociálního, legislativního, ekonomického, politického a technologického prostředí. Existují i různé modifikace SLEPT analýzy, např. PEST, PESTLE, STEER a jiné. Zkoumá vlivy okolního prostředí působící na daný podnik. Vlivy jsou dynamické jevy a ovlivňují výchozí pozici. Základním cílem je identifikovat pro každou skupinu faktorů nejvýznamnější jevy a rizika, která by

mohla ohrozit proces, ke kterému jsou tyto jevy vztaženy (Častorál, 2013, s. 48; Tóth a Petrů, 2017, s. 61).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 6 CHARAKTERISTIKA POSTGRADUÁLNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ DO 1. 7. 2017

V roce 2017 došlo ve vzdělávání lékařů k podstatným změnám. Vše upravuje novela zákona 95/2004 Sb. Ministerstva zdravotnictví České republiky.

Jedná se o zákon č. 67/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů. Tento zákon vešel v platnost 1. 7. 2017. Upravuje tak dosavadní systém vzdělávání. To je také důvodem, že nyní fungují paralelně dva systémy vzdělávání.

### 6.1 Přehled nejdůležitějších změn ve vzdělávání po schválení novely zákona č. 95/2004 Sb.

Novela zákona č. 95/2004 Sb., která byla schválena 31. ledna 2017, vyvolala celou řadu diskuzí a spekulací.

Lékaři, kteří byli do základního oboru zařazeni před nabytím účinnosti tohoto zákona, mohou specializační vzdělávání v tomto oboru dokončit podle aktuálního znění a změny se jich netýkají. Nový zákon tedy platí pro lékaře, kteří se přihlásili do oboru specializačního vzdělávání až v době účinnosti tohoto zákona.

Délka přípravy k absolvování základního kmene je nově 30 z dosavadních 24 měsíců. Kmen je ukončen zkouškou. Neúspěšnou zkoušku lze opakovat za 6 měsíců a jsou k dispozici celkem 3 pokusy.

Lékaři před zkouškou z kmene pracují pod *dozorem*, tedy pod přímým vedením atestovaného lékaře, který musí být fyzicky přítomen ve zdravotnickém zařízení a dostupný na vyžádání do 15 minut. Samostatně smí vykonávat činnosti, které jsou vyjmenovány ve vyhlášce či jsou písemně stanoveny nadřízeným.

Po absolvování základního kmene pracují lékaři pod *dohledem* lékaře se specializovanou způsobilostí. Ten však nemusí být fyzicky přítomen na pracovišti, nicméně musí být k dispozici trvale na telefonu a fyzicky dostupný do 30 minut. Kompetence lékařů po kmenech jsou taktéž stanoveny vyhláškou nebo dány písemně nadřízeným.

Důležitou změnu ve vzdělávání představuje minimální výše pracovního úvazku, která může být započítána jako praxe a uznána příslušným vzdělávacím programem. Minimální

výše tohoto úvazku je 0,5. Avšak pro rodiče dětí předškolního věku je povolen i úvazek 0,2. Přičemž v obou situacích se délka vzdělání prodlouží o poměrnou část. U PhD. studentů se po doporučení školitele a schválení ministerstva může započítat úvazek 0,5 jako celý.

Podstatné změny se dotkly také akreditací pracovišť. Těmi se ale v této práci zabývat nebudeme.

Důležitou změnou je redukce počtu základních oborů z původních 46 na 43. Z tohoto seznamu byla vyřazena traumatologie, pracovní lékařství, angiologie a praktické lékařství pro děti a dorost, které bude součástí pediatrie. Mezi základní obory se naopak zařadila maxilofaciální chirurgie. Omezen je počet oborů, do kterých se může lékař současně zapsat. Doposud byl tento počet neomezen. Nyní to jsou pouze dva obory se shodným základním kmenem.

Předepsána je také povinnost školitele účastnit se atestační zkoušky svého školence. Pokud tak nemůže učinit, musí pověřit zástupce ze stejného pracoviště.

## 6.2 Náplň práce lékaře v základním kmeni

Výkonem povolání lékaře s odbornou způsobilostí je preventivní, diagnostická, léčebná, léčebně rehabilitační, dispenzární a paliativní péče podle zákona o zdravotních službách prováděná lékařem s odbornou způsobilostí pod odborným dozorem lékaře se specializovanou způsobilostí. Bez odborného dozoru vykonává činnosti, které odpovídají rozsahu znalostí a dovedností získaných studiem lékařské fakulty v oboru všeobecné lékařství a které jsou stanovené prováděcím právním předpisem, a před získáním certifikátu o základním kmeni vykonává další činnosti v rozsahu, který mu písemně stanoví školitel, a to pod odborným dohledem.

### Popis pracovních činností:

Pod vedením lékaře se specializovanou způsobilostí vykonává odborné práce, v souladu s náplní oboru a danou vyhláškou č. 280/2018 Sb. MZ, a to jak v průběhu pracovní doby, tak ve výkonu ústavní pohotovostní služby. Dále vykonává vizity s neodkladnou realizací změn léčebného a diagnostického plánu, taktéž další činnosti k zajištění chodu pracoviště. Navrhuje diagnostické a léčebné postupy, které jsou kontrolovány. Denně kontroluje a vyhodnocuje aktuální laboratorní výsledky, výsledky paraklinických vyšetření a konziliárních vyšetření. Má povinnost účastnit se vyžádané pitvy. Vede a zpracovává záznamy v klinickém informačním systému. Pod vedením lékaře se specializovanou způsobilostí



vede a zpracovává záznamy pro potřeby zdravotních pojišťoven, včetně vedení zdravotnické dokumentace pacientů. Podílí se na vývoji a zavádění nových léčebných postupů, klinickém zkoušení nových léků a na řešení výzkumných úkolů. Aktivně se účastní na seminářích oddělení i celostátních seminářích a konferencích. Přípravuje se na splnění podmínek základního kmene vzdělávacího programu.

### **6.3 Náplň práce lékaře ve specializovaném výcviku do atestace**

Výkonem povolání lékaře s odbornou způsobilostí po absolvování základního kmene v daném oboru je preventivní, diagnostická, léčebná, léčebně rehabilitační, dispenzární a paliativní péče podle zákona o zdravotních službách prováděná lékařem s odbornou způsobilostí pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí. Bez odborného dohledu může lékař s odbornou způsobilostí a s certifikátem o absolvování základního kmene vykonávat činnosti, které odpovídají rozsahu znalostí a dovedností získaných vzděláváním v základním kmene, jsou stanoveny prováděcím právním předpisem a další činnosti v rozsahu, který mu písemně stanoví jeho školitel.

## 7 CHARAKTERISTIKA REZIDENČNÍHO MÍSTA

System rezidenčních míst je zaměřen na podporu specializačního vzdělávání lékařských zdravotních pracovníků ve vybraných základních oborech uvedených ve vyhlášce č.185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů.

Určuje požadovanou finanční podporu vzdělávacího procesu směřujícího k získání specializované způsobilosti, a to na základě úspěšně vykonané atestační zkoušky, formou víceleté dotace poskytnuté ze státního rozpočtu. Tato dotace slouží k úhradě nákladů spojených se specializačním vzděláváním rezidenta. Finanční prostředky jsou poskytovány akreditovaným zdravotnickým zařízením, tedy těm, kterým byla udělena akreditace podle ustanovení § 17 zákona č. 95/2004 Sb.

Finanční podpora je poskytována po dobu celého specializačního vzdělávání u vybraných lékařských oborů, a to celorepublikově či jen v některých regionech. Je tedy účelově vázána a lze ji použít pouze na úhradu nákladů spojených s dotačním programem Rezidenčního místa.

Dotace se poskytuje na částečnou úhradu nákladů spojených se specializačním vzděláváním rezidenta, včetně mzdových nákladů (hrubé mzdy rezidentů a školitelů či příjem školitele u OSVČ a odvody na zdravotní a sociální pojištění za zaměstnavatele ve stanovené výši pro příslušný rok). Zahrnuje také úhrady povinných kurzů a stáží stanovených platnými vzdělávacími programy pro jednotlivé obory a materiálové náklady, a to po celou dobu trvání příslušného specializačního vzdělávání, která odpovídá minimální délce specializačního vzdělávání stanovené vzdělávacím programem vytvořeným v souladu s vyhláškou č. 185/2009 Sb. Výši dotací pro vybrané lékařské obory shrnuje tabulka (Tab. 3).

Tabulka 3: Výše dotace na vybrané lékařské obory (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, ©2010–2019)

Obor specializačního vzdělávání	Počet rezidentů	Minimální délka specializačního vzdělávání/ roky	Celková dotace na 1 rezidenta za celé SV	Celková dotace na rezidenty za celé specializační vzdělávání
Všeobecné praktické lékařství	100	3	1 440 000	144 000 000
Praktické lékařství pro děti a dorost	25	4	1 920 000	48 000 000
Dětské lékařství	40	5	2 100 000	84 000 000
Gynekologie a porodnictví	30	5	2 100 000	63 000 000
Vnitřní lékařství	50	5	2 100 000	105 000 000
Anesteziologie a intenzivní medicína	40	5	2 100 000	84 000 000
Psychiatrie	10	5	2 100 000	21 000 000
Rehabilitační a fyzikální medicína	10	5	2 100 000	21 000 000
Chirurgie	45	6	2 520 000	113 400 000
Radiologie a zobrazovací metody	25	5	2 100 000	52 500 000
Neurologie	25	5	2 100 000	52 500 000
Finanční prostředky vynaložené celkem na dotační program č. 2 vyhlášený v roce 2017				788 400 000

**Rezidenční místo** – školící místo na akreditovaném pracovišti, které je spolufinancováno ze státního rozpočtu v podobě dotace.

**Rezidentem** je účastník specializačního vzdělávání, který se účastní specializačního vzdělávání na rezidenčním místě, a který získal příspěvek ze státního rozpočtu na pokrytí nákladů spojených se specializačním vzděláváním.

**Školitel** musí mít nejméně 5 let praxe v příslušném oboru. Musí splňovat povinnost minimálního úvazku 1,0 nebo dle platného vzdělávacího programu příslušného oboru. Předpokladem školitele je také nejvyšší dosažené vzdělání v příslušném oboru a splnění personálních požadavků uvedených v příslušném vzdělávacím programu.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky je povinno vypsát počet rezidenčních míst v jednotlivých oborech a výši dotace, vydat manuál pro aktuální rok, zveřejnit seznam úspěšných i vyloučených žádostí o dotaci.

**Ukončení projektu** – nastává splněním všech požadavků stanovených vzdělávacím programem příslušného oboru a úspěšným absolvováním atestační zkoušky. V případě většího počtu školenců (rezidentů) v jednom projektu je ukončen projekt úspěšným absolvováním atestační zkoušky posledního rezidenta. Dalším důvodem může být předčasné ukončení projektu např. ukončením pracovního poměru, odstoupením rezidenta ze specializačního vzdělávání, úmrtím rezidenta, úmrtím školitele (u OSVČ) apod.

## 7.1 Metodika

Ministerstvo zdravotnictví České republiky má povinnost každoročně vydat manuál pro dotační program rezidenčních míst. Tato metodika je určena pro žadatele o dotaci ze státního rozpočtu na rezidenční místo ve vybraných lékařských oborech na specializační vzdělávání. Manuál je veřejně dostupný na internetových stránkách ministerstva.

Metodika definuje cíle a zaměření projektu, zahrnuje informace pro žadatele o dotaci včetně instrukcí a podmínek k samotné žádosti, podrobnosti k hodnocení podaných žádostí se zveřejněním výsledků, informace k podání námitek. Důležitým bodem metodiky je část věnovaná způsobu poskytování a podmínky čerpání dotace, s nimiž souvisí povinnosti akreditovaných zařízení s rezidenčním místem. Nechybí zde také část zabývající se podmínkami dotačního programu po výběru rezidenta. Seznamuje s podmínkami přerušení či zastavení poskytování dotace. Informuje o pravidlech, které je nutné dodržovat. Stanovuje lhůty pro dodání podkladů a vyřizování administrativních záležitostí spojených s čerpáním dotace, či jejím přerušením nebo zastavením.

Metodika se také věnuje tomu, jak má probíhat samotná realizace, ukončení a průběžné a následné hodnocení projektu z pohledu zdravotnického zařízení.

## 7.2 Žadatelé o dotaci

Žadatelem o dotaci může být akreditované zařízení podle platného ustanovení § 13 zákona č. 95/2004 Sb., jenž má sídlo na území České republiky.

Toto akreditované zařízení poté žádá o dotaci dle platného legislativního ustanovení tj. § 21a zákona č. 95/2004 Sb. Zdravotnické zařízení může být jak s akreditací na celý vzdělávací program, tak s akreditací na jeho část.

Získáním dotace se žadatel zavazuje část nákladů spojených se specializačním vzděláváním rezidenta uhradit z vlastních zdrojů (Metodika pro žadatele o dotaci ze státního rozpočtu na rezidenční místo – lékařské obory – program č. 2, 2016).

### Žádost o dotaci by měla obsahovat:

- průvodní list k žádosti;
- informace o žadateli;
- informace o vlastnické struktuře;
- předběžný finanční plán;
- profesní životopis školitele;
- prohlášení osob odpovědných za vyplnění žádosti včetně prohlášení člena statutárního orgánu nebo zástupce právnické osoby;
- čestné prohlášení o bezdlužnosti;
- čestné prohlášení o spolupráci s akreditovaným zařízením poskytujícím zdravotní služby;
- povinné přílohy k žádosti.

Žádost včetně všech požadovaných dokladů se podává v písemné a v elektronické podobě. Dotaci je možno čerpat pouze pokud je akreditované zařízení zdravotnických služeb uzavře s případným rezidentem pracovní poměr.

## 7.3 Hodnocení žádosti

Hodnocení žádosti je rozdělené na dvě části, a to posouzení formálních náležitostí a dále odborné hodnocení projektů. Formální hodnocení žádostí provádí Komise pro přijímání

žádostí jmenovaná Ministerstvem zdravotnictví ČR. V případě, že žádost nebude splňovat některou z náležitostí zde uvedených, bude vyloučena z dalšího procesu hodnocení pro formální nedostatky. Odborné hodnocení provádí příslušná akreditační komise ministerstva.

Ministerstvo zdravotnictví poté prostřednictvím oficiálních webových stránek zveřejní seznam žádostí, které byly z procesu schvalování vyloučeny. Proti tomuto rozhodnutí má žadatel právo na námitky. Namítat lze pouze v případě, že údajně chybějící skutečnosti byly v žádosti doloženy.

### **Hodnotící kritéria žádostí**

*Regionální kritéria* – potřeba odborníků daného oboru specializačního vzdělávání v příslušném regionu České republiky a potřebnosti podpory udržení a rozvoje oboru v regionu.

*Kvalita zajištění průběhu celého vzdělávacího programu.*

*Zkušenosti se školící činností školitele.*

*Délka praxe školitele v příslušném oboru.*

*Volitelné kritérium Akreditační komise* – určuje komise samotná pro lepší a efektivnější stanovení počtu rezidenčních míst a jejich pořadí.

Seznam akreditovaných zařízení poskytujících zdravotní služby, kterým byla přidělena dotace, je poté zveřejněn na oficiálních webových stránkách ministerstva.

## **7.4 Výběr rezidenta**

Výběr rezidenta provádí příslušné akreditované zařízení, které získalo dotaci ze státního rozpočtu na rezidenční místo.

Akreditované zařízení poskytující zdravotní služby má povinnost do 14 dnů ode dne zveřejnění rozhodnutí o poskytnutí dotace na rezidenční místo vyhlásit výběrové řízení na schválená rezidenční místa. Tato povinnost vyplývá z ustanovení § 21b odst. 1 zákona č. 95/2004 Sb. a z ustanovení § 3 odst. 1 vyhlášky č. 186/2009 Sb., o stanovení postupu při vyhlášení výběrového řízení na rezidenční místo, průběhu výběrového řízení na rezidenční místo a základních kritériích výběru rezidenta. Po výběru rezidenta pro něj zpracuje vzdělávací plán podle platného vzdělávacího programu a finanční plány specializačního vzdě-

lávání (Metodika pro žadatele o dotaci ze státního rozpočtu na rezidenční místo – lékařské obory – program č. 2, 2016).

## 7.5 Průběh vzdělávání na rezidenčním místě

Tato část je věnována průběhu vzdělávání na rezidenčním místě z pohledu samotného rezidenta.

V případě výběru rezidenta musí žadatel zpracovat a předložit vzdělávací plán rezidenta odpovídající platnému vzdělávacímu programu pro příslušný obor. Při zpracování tabulky je nutné doplnit, v jakém roce a u jakého akreditovaného zařízení poskytující zdravotní služby rezident splní jednotlivé povinné stáže a kurzy. Nezbytné je též uvést termín zahájení specializačního vzdělávání, termín zařazení do oboru a termín nástupu na rezidenční místo. V případě, že žadatel nemůže zajistit celé specializační vzdělávání na vlastním pracovišti, je nutné po výběru rezidenta předložit kopii smlouvy o spolupráci s jiným akreditovaným zařízením poskytujícím zdravotní služby (Metodika pro žadatele o dotaci ze státního rozpočtu na rezidenční místo – lékařské obory – program č. 2, 2016).

Příjemce dotace je povinen prokazatelně a doložitelným způsobem vést evidenci pracovní doby rezidenta.

## 7.6 Hodnocení a realizace projektu dotace na rezidenční místo

Příjemce dotace je povinen předkládat, v řádných termínech na stanoveném formuláři, průběžné zprávy o plnění programu zahrnující přehled absolvovaných částí v daném roce, přehled zbývajících částí stanovených vzdělávacím programem a finanční vyúčtování. Tato povinnost platí i v případě, že došlo k přerušení poskytování dotace na rezidenční místo. V posledním roce, ve kterém rezident úspěšně složí atestační zkoušku, se předkládá zpráva závěrečná. Ke kontrolám průběžné zprávy slouží kopie indexů a logbooků rezidentů (Metodika pro žadatele o dotaci ze státního rozpočtu na rezidenční místo – lékařské obory – program č. 2, 2016).

Závěrečná zpráva zahrnuje popis a zhodnocení realizace odborné části projektů a finanční vyúčtování na určeném formuláři.

Na konci projektu provede kontrolu nezávislý kontrolní orgán. Tímto orgánem se rozumí daňový nebo ekonomický poradce nebo účetní kancelář, kteří nezpracovávali účetnictví.

## 8 ANALÝZA SOUČASNÉHO PRŮBĚHU VZDĚLÁVÁNÍ

Důležitým bodem je analýza systému vzdělávání. Důraz je kladen na rozvojové potřeby jednotlivce a v rámci týmu. Informace o průběhu vzdělávání byly získány z dotazníků lékařů v predatestační přípravě a osobními rozhovory.

### 8.1 Výběr kandidáta

Výběr kandidáta, který se účastní výběrového řízení na pozici rezidenta, se děje podle platné legislativy.

Základním krokem je zaslání řádně vyplněné přihlášky, osobního dotazníku a dalších dokumentů (lékařský posudek o zdravotní způsobilosti k výkonu povolání, výpis z Rejstříku trestů, neověřená kopie dokladu o získání odborné způsobilosti, potvrzení o zařazení do příslušného oboru specializačního vzdělávání, přehled odborné praxe).

Dle platné vyhlášky č. 186/2009 Sb. vybere nejméně tříčlenná komise, z níž jeden člen musí být školitelem rezidenta, lékaře, který na základě své přihlášky a dalších dokumentů nejlépe vyhovuje na místo rezidenta. Komise může s vybranými uchazeči absolvovat i osobní pohovory. Komise svá rozhodnutí zdokumentuje do Zprávy o posouzení a hodnocení uchazečů na místo rezidenta.

### 8.2 Přezkoumání odpovědnosti a pravomocí

Odpovědnost a kvalita postgraduálního vzdělávání lékařů na rezidenčním místě nebývá ve většině českých nemocnic nijak kontrolována. V některých nemocnicích sice existují oddělení pro kvalitu zdravotnické péče, ty se ale kvalitou vzdělávání lékařů příliš nezabývají. Vzdělávání a jeho průběh je čistě na zodpovědnosti samotného rezidenta, jeho školitele a Ministerstva zdravotnictví České republiky. Každoročně musí rezident odevzdat příslušné osobě vyplněný logbook a průkaz odbornosti doposud splněnými výkony a potvrzenými stážemi dle aktuálního plánu vzdělávání.

### 8.3 Přezkoumání kvality a cílů

Přezkoumání kvality vzdělávání se děje na základě každoročního vyúčtování a odevzdání logbooků s vyplněnými absolvovanými stážemi a povinnými kurzy Ministerstva zdravot-



nictví České republiky. Cíle vzdělávacího programu odpovídají požadovaným výsledkům vzdělávacího programu.

## 8.4 Kvantitativní výzkum

Předmětem výzkumu bylo zjistit současný pohled na kvalitu vzdělávání lékařů a jejich spokojenost. Pro získání dat byl použit kvantitativní výzkum, a to formou dotazníkového šetření.

Výzkumné otázky byly položeny následovně: 1. Jak je vnímáno postgraduální vzdělávání lékařů? 2. Jaký je vztah a vliv školitelů na jejich vzdělávání? 3. Jaké jsou pracovní podmínky lékařů v předatestační přípravě a mohou ovlivňovat jejich pocit ke kvalitě vzdělávání?

### 8.4.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Základním cílem dotazníkového šetření bylo zjistit současnou kvalitu a spokojenost se vzděláváním lékařů, a to především v programu rezidenčních míst očima jich samotných.

Jak vzdělávání probíhá, jaké je jeho směřování, zdali mladí lékaři znají výhody spojené s programem rezidenčních míst a zdali je za výhody vůbec považují. Dalším cílem bylo zjistit, jak je vzorek lékařů spokojen se svým vzděláváním, a jestli vidí prostor ke zlepšení. Konkrétně se dotazuje na povinné certifikované kurzy v rámci předatestační přípravy. Zkoumá, jaký dopad má absolvování kurzů na vzdělávání a následnou praxi vybraných lékařů. Jedním z hlavních cílů dotazníkového šetření byla část věnovaná školitelům. Vzhledem k tomu, že školitel lékaře provází celou předatestační přípravou, je jeho role velmi důležitá. Proto se dotazník zaměřil i na to, jak intenzivní jsou konzultace a vztah mezi lékařem a jeho školitelem. Výzkum také mapuje jejich pracovní zátěž a platové ohodnocení.

Dotazník byl složen z devatenácti otázek jak uzavřených, tak otevřených a pro potřeby autora rozdělen do několika sekcí. První část zaměřená na identifikační otázky zkoumala genderové rozložení respondentů, v jaké fázi vzdělávání právě jsou a zdali obdrželi rezidenční místo.

Následovala druhá sekce otázek, která zkoumala samotný vzdělávací program, tak jak jej vnímají samotní účastníci vzdělávání. Jaká je jejich interakce se školiteli, jak vnímají samotné vzdělávání a povinné aktivity, které se k němu vztahují. Třetí část dotazníkového

šetření měla za úkol zmapovat pracovní zařazení, podmínky, vytíženost a platové ohodnocení respondentů napříč jejich odbornostmi.

#### **8.4.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Důležitým faktem dotazníkového šetření je vzorek oslovených respondentů. Tento vzorek odpovídá skupině lékařů po absolvování lékařské fakulty, lékařů ve specializačním vzdělávání (lékařů v době přípravy k absolvování základního kmene a po jeho splnění ve vlastní specializační přípravě) a lékařům těsně po atestaci. Zároveň byli cílenými otázkami zváni k vyplnění dotazníku ti lékaři, kteří se vzdělávají/vzdělávali v programu rezidenčních míst. Tito lékaři tvořili většinu vybraného souboru.

#### **8.4.3 Realizace a zpracování dotazníkového šetření**

K pretestům bylo osloveno 6 lékařů. Tito lékaři byli vybráni jak z fakultní, tak krajské a okresní nemocnice. Polovinu z tohoto počtu tvořili lékaři s přiděleným rezidenčním místem. Dotazník jim byl zaslán v online zpracování dva týdny před plánovaným spuštěním oficiálního dotazníku, který sloužil jako nástroj k vypracování této diplomové práce. Na konci dotazníku k pretestům byla navíc položena otevřená otázka, která se dotazovala na případné výtky a doporučení ke změnám otázek pro autora testu. Na základě těchto informací byl dotazník pozměněn do jeho finální podoby, byly opraveny rovněž gramatické a stylistické nedostatky.

Finální dotazník byl uveřejněn v online podobě pomocí nástroje Google formuláře. Internetový odkaz byl poté distribuován především přes sociální sítě. Byl uveřejněn ve skupinách, jejichž majoritní podíl tvoří lékaři z výše uvedené charakteristiky výzkumného souboru. V časovém horizontu od 1. 12. 2018 do 28. 2. 2019 vyplnilo dotazník celkem 98 lékařů připravujících se k atestační zkoušce nebo těsně po ní.

K zachování anonymity respondentů nebylo k vyplnění dotazníku vyžadováno žádné přihlášení či zadávání osobních údajů. A výsledky dotazníků byly zpřístupněny pouze autorce diplomové práce.

#### **8.4.4 Vyhodnocení výsledků dotazníkového šetření**

Dotazníkové šetření vyplnilo celkem 98 respondentů, z toho 58 žen a 48 mužů. I zde můžeme tedy sledovat určitý trend, kdy ženy lékařky jsou v převaze. Všechny dotazníky byly

vyplněny řádně, avšak došlo k nesrovnalostem související se získáním rezidenčního místa pro určité obory. Někteří respondenti, například z oboru nefrologie a otorhinolaryngologie, uvedli, že jsou držiteli rezidenčního místa. To však podle vypsání rezidenčních míst možné není, a tak jsou pravděpodobně zařazeni do více oborů například nefrologie a vnitřní lékařství nebo v případě ORL navíc ještě v oboru chirurgie. Pro potřeby analýzy bude v tomto případě toto rezidenční místo započítáno do oboru, na který je vypsán dotační program.

### Informace o respondentech

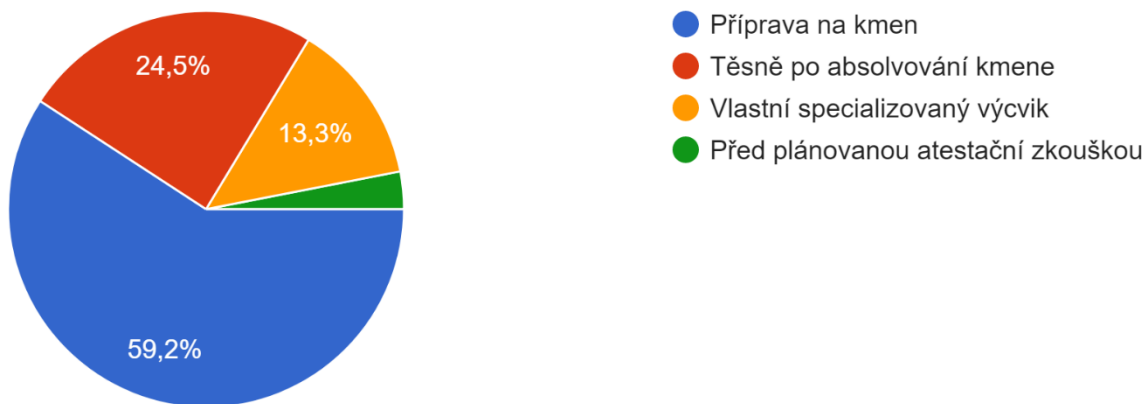
První část otázek sloužila k identifikaci respondentů. Jedna z otázek byla na jejich specializaci. 22 lékařů se specializací vnitřní lékařství, 14 chirurgů, 12 lékařů se specializací anesteziologie a intenzivní medicína, 10 neurologů, 9 budoucích pediatrů, 6 lékařů v oboru gynekologie a porodnictví. Dotazník vyplnilo také 6 respondentů z oboru radiologie a zobrazovací metody, 3 lékaři z ortopedie a traumatologie, po 2 lékařích infekčního lékařství a z oborů kardiologie, oftalmologie, psychiatrie a všeobecného praktického lékařství. Po jednom lékaři z oboru nefrologie, neurochirurgie, otorhinolaryngologie a plicního lékařství. Dva respondenti specializaci neuvědli. Specializační obory a počet rezidenčních míst je přehledně uveden v tabulce (Tab. 4).

*Tabulka 4: Výsledky dotazníku s počtem respondentů dle oboru (vlastní zpracování)*

Specializační obor	Počet respondentů	Počet rezidenčních míst
Vnitřní lékařství	22	18
Chirurgie	14	9
Anesteziologie a intenzivní medicína	12	9
Neurologie	10	6
Pediatric	9	6
Gynekologie a porodnictví	6	4
Radiologie a zobrazovací metody	6	5
Ortopedie a traumatologie	3	-
Infekční lékařství	2	-

Kardiologie	2	-
Oftalmologie	2	-
Psychiatrie	2	2
Všeobecné praktické lékařství	2	2
Nefrologie	1	-
Neurochirurgie	1	-
Otorhinolaryngologie	1	-
Plicní lékařství	1	-
Neuvedeno	2	-
<b>Celkem</b>	<b>98</b>	<b>61</b>

Většina lékařů, která dotazník vyplnila, se nachází v přípravě k získání základního kmene, a to 59,2 % ze všech respondentů. Podrobné rozložení uvádí následující obrázek (Obr. 2).



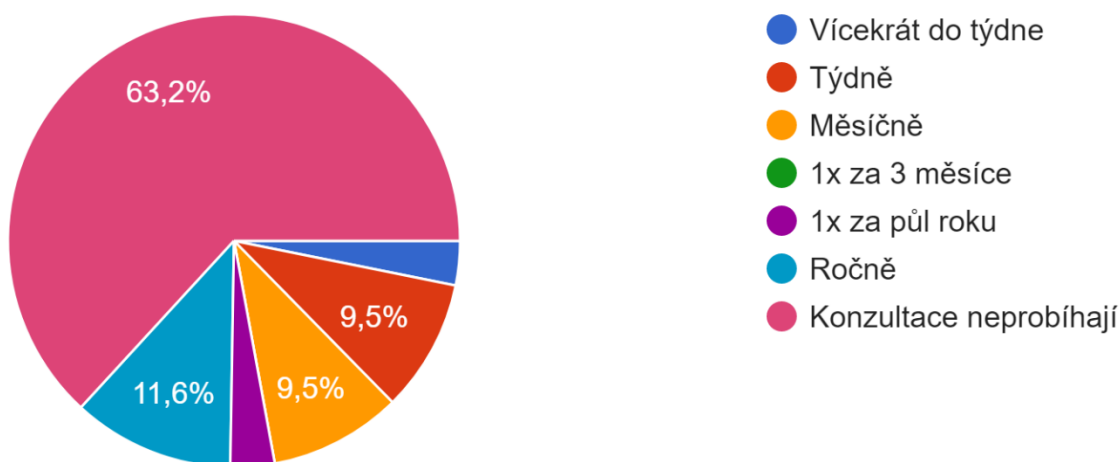
Obrázek 2: Rozložení respondentů podle stupně aktuálního dosaženého vzdělání (vlastní zpracování)

### Vnímání kvality vzdělávání

Protože předmětem šetření je získání představy především o kvalitě vzdělávání na rezidenčních místech, následovala otázka, zdali jsou lékaři rezidenty. Dotazník tedy vyplnilo celkem 61 rezidentů. To tvoří 64,9 % odpovědí. Zbýlých 35,1 % vyplnili lékaři, kteří se systémem rezidenčních míst nevzdělávají. Čtyři lékaři otázku nevyplnili. Nicméně i tyto odpovědi nám poskytly představu o jejich vzdělávání. Zajímavým faktem je, že většinu

rezidentů tvořily ženy. Toto možná koreluje i s představou managementu, že ženy lékařky mohou kvůli mateřství ze systému na krátkou dobu odejít. Proto jsou jim nabízeny rezidenční místa, která jim garantují nejkratší možnou dobu přípravy a jasné podmínky vzdělávání. Z odpovědí je také patrné, že většina lékařů s rezidenčním místem se připravuje na získání základního kmene. To může vysvětlovat mnohem větší zájem nemocnic o poskytování dotací na vzdělávání ze státního rozpočtu v posledních dvou letech.

Úkolem další části dotazníku bylo zjistit, jak probíhá současné vzdělávání. 27 (27,6 %) dotazovaných však není informováno o vzdělávacích plánech. Toto je poměrně překvapivé zjištění vzhledem k tomu, že přípravu k atestačním zkouškám a plnění stáží mají částečně ve své kompetenci a ve většině českých nemocnic si musí stáže domlouvat svépomocí. Z tohoto lze předpokládat i výsledek otázky 5. Alarmujícím zjištěním je, že 24 (24,5 %) lékařů přiznává, že absolvované stáže neprobíhají v souladu se vzdělávacími plány. Tyto stáže jsou zkracovány především na úkor potřeb domovského pracoviště. Pouze 52 (53,1 %) lékařů uvedlo, že jimi absolvované stáže jsou se vzdělávacími plány v souladu. Zbýlý počet lékařů, který zaškrtl položku nevím, lze vysvětlit tím, že ještě žádné povinné stáže neabsolvovali nebo neví, jaká je dálka stáží dle plánů. Pozitivním zjištěním bylo, že většina lékařů zná své školitele, avšak interakce v rámci konzultací neprobíhají u 63,2 % respondentů, to odpovídá počtu 60 lékařů. Konzultace se školiteli probíhají vícekrát do týdne pouze u třech lékařů z oboru chirurgie, kardiologie a neurologie. Méně časté konzultace probíhají u budoucích lékařů, kteří vyplňovali dotazník, a to napříč všemi specializačními obory. Četnost odpovědí na otázku, jak často probíhají konzultace, je uvedena v obrázku (Obr. 3).



Obrázek 3: Četnost konzultací se školiteli (vlastní zpracování)

Součástí vzdělávacích programů jsou povinné vzdělávací kurzy, které zabezpečuje IPVZ. Tyto aktivity byly ohodnoceny převážně kladně, pouze 13 respondentů bylo s kurzy nespokojeno. Účastníci kurzů byli většinou spokojeni jak s délkou kurzů, s programem, tak s přínosem přednášené látky do praxe. Třetina respondentů však kurzy ještě neabsolvovala.

Důležitou otázkou celého kvantitativního šetření byla subjektivně vnímaná kvalita vzdělávání. Ta ve většině odpovědí byla hodnocena jako průměrná až podprůměrná. Hodnotilo se známkami 1 (nejlepší) až 5 (nejhorší). Jen 5 lékařů bylo s kvalitou vzdělávacího programu spokojeno, 20 respondentů by kvalitu ohodnotilo známkou 2. Trojku udělilo 31 dotázaných. Kvalitu vzdělávání oznámkovalo 38 lékařů čtverkou a 4 lékaři udělili nejhorší možnou známku. U většiny nespokojených respondentů lze dopátrat i celkový negativní postoj k rezidenčním místům. V otevřených otázkách si pak nejvíce stěžovali na nedostatečný dozor/dohled, nedostatek interakcí se školitelem a špatnou motivaci. Mezi dalšími důvody bylo nedodržování předepsané délky stáží a neúměrná pracovní zátěž.

### **Doba vzdělávání**

Třetí část dotazníku se zaměřovala na délku vzdělávání. V tomto případě se zohledňovala i doba přerušení (např. z důvodu těhotenství a rodičovské dovolené, nebo změny oboru). Pouze 8 lékařů vzdělávání a praxi přerušilo. Z tohoto počtu byl pouze jeden muž. Průměrná délka přerušení je 2–3 roky. U těchto respondentů se zároveň prodloužila odhadovaná délka k přípravě na atestační zkoušku. Lékaři na rezidenčních místech odhadují svou délku přípravy v souladu s minimální požadovanou délkou dle vzdělávacích plánů příslušných oborů. Avšak zde můžeme nalézt výjimky. Například lékařka s rezidenčním místem v oboru radiologie uvedla, že odhaduje své vzdělávání na 10 let a zároveň nevnímá žádné výhody, které se získáním rezidenčního místa plynou. Delší odhadovanou délku přípravy uvedli lékaři bez rezidenčních míst, s nižším pracovním úvazkem než 1,0 a ti, jež podepsali kvalifikační/stabilizační dohodu s nemocnicemi, kde pracují. S posledním vysvětlením se váže otázka, kdy tuto dohodu podepsali. Dohoda má pro lékaře bez rezidenčních míst přinést co nejkratší délku přípravy dle vzdělávacích plánů. Toto vzdělávání je zrazeno ze zdrojů nemocnice, kde pracují. Podepsáním se však většinou zavazují, že po složení atestační zkoušky v této nemocnici určitou dobu setrvají.

### **Vnímání dotačního programu z pohledu lékařů**

Předposlední část dotazníkového šetření měla za úkol zjistit, jaké povědomí a názory mají respondenti na systém rezidenčních míst. V této otázce odpovědělo všech 98 lékařů a jejich

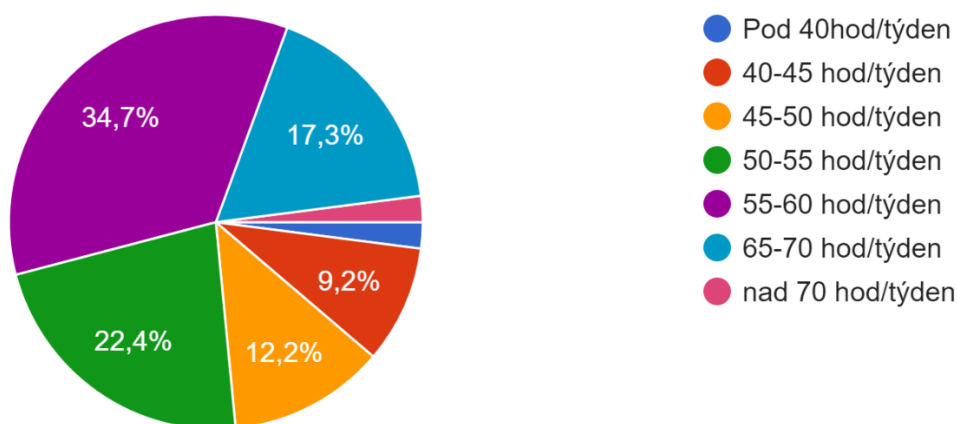
odpovědi byly téměř vyrovnané. 31,6 % dotázaných uvedlo, že vnímá výhody spjaté dotačním programem, 34,7 % tyto benefity nevnímá a poslední skupina 33 lékařů neměla vyhraněný názor. Lékaři se poté mohli specificky vyjádřit. Některé z důvodů, proč odpověděli na předchozí otázku kladně, byly řádné dokončení vzdělávání v nejkratší možné době, dodržování stáží a nepodepisování stabilizačních dohod. Na opačné straně dominovaly především připomínky ke zkracování stáží, i když dotyčný rezidenční místo obdržel. Často se také objevovaly komentáře ke školiteli a nedostatečnému doзору/dohledu. Některé zkušenosti lékařů naznačovaly, že rozdíl mezi vzděláváním na rezidenčním místě a bez něj nevnímají a lékaři mají ve vzdělávání stejné podmínky.

### **Pracovní podmínky**

Poslední sada otázek mapovala pracovní podmínky lékařů v predatestační přípravě. 19 lékařů pracuje s podepsanou kvalifikační/stabilizační dohodou, od které je již vzhledem k vysoké informovanosti mladých lékařů upouštěno. Většina lékařů má také plný pracovní úvazek, tzn. 1,0. Čtyři lékaři pracují na částečný úvazek, díky kterému se jim pravděpodobně protáhne i délka jejich predatestační přípravy. Tento úvazek mají spojený s dalším doktorským studiem.

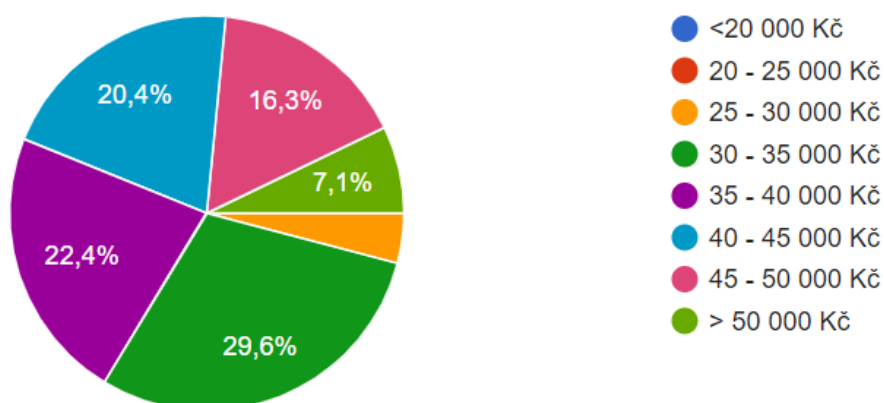
V otázce 18, která se týkala doby strávené v práci, bylo hlavním zjištěním, že téměř 34,7 % lékařů stráví v práci až 60 hodin týdně. To při úvazku 1,0 znamená 20 hodin přesčasové práce. 19 lékařů dokonce uvedlo, že jejich týdenní pracovní doba je nad 65 hodin týdně. Takové pracovní vytížení může pro lékaře znamenat nejen zvýšenou únavu, ztrátu pozornosti a s tím spojené vyšší riziko chyb, ale také demotivaci a psychické strádání, které později může přerůst až v syndrom vyhoření. Vzhledem k nedostatku zdravotnického personálu lze obecně tvrdit, že počet hodin přesčasové práce bude nadále růst.

Počet pracovních hodin, které lékaři týdně odpracují i v rámci ústavní pohotovostní služby, ukazuje následující obrázek (Obr. 4).



Obrázek 4: Počet odpracovaných hodin v týdnu včetně práce přesčas (vlastní zpracování)

Poslední z otázek, která byla však nepovinná, byla zaměřena na platové ohodnocení lékařů. Další vyobrazení (Obr. 5) zobrazuje peněžní ohodnocení lékařů bez započítané práce přesčas. Lékaři zde měli uvádět čistou mzdu. Pouze 7 lékařů má čistý měsíční příjem nad 50 tisíc korun. Tito lékaři jsou podle dotazníků těsně před plánovanou atestací, nebo ve vlastním specializovaném výcviku. 29 lékařů uvedlo, že se jejich měsíční čistá mzda pohybuje mezi 30–35 tisíci korun. 22 (22,4 %) respondentů měsíčně obdrží 35–40 tisíc korun. Výdělek mezi 25–30 tisíci uvedli 4 lékaři, to zároveň představuje nejmenší mzdu mezi dotazovanými. Otázkou však zůstává, zda je jejich platové ohodnocení vzhledem k vykonané práci a práci přesčas dostačující. Zbylé otázky a jejich výsledky jsou graficky znázorněny v příloze (Příloha P IV).



Obrázek 5: Platové ohodnocení lékařů v předatestační přípravě (vlastní zpracování)



## 8.5 SWOT analýza vztažená ke kvalitě vzdělávání lékařů na rezidenčním místě

Cílem je vytvořit výchozí souhrnnou SWOT analýzu pro zkoumanou problematiku ve zdravotnických zařízeních, kde probíhá vzdělávání lékařů na rezidenčním místě.

*Tabulka 5: SWOT analýza kvality postgraduálního vzdělávání na rezidenčním místě (vlastní zpracování)*

<b>S</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procesní a systematické řízení</li> <li>• Komplexní vzdělávací plány jednotlivých oborů</li> <li>• Dotační program</li> <li>• Osobní a kariérní růst zaměstnanců</li> <li>• Technické zázemí a vybavenost pracovišť</li> </ul>
<b>W</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nezastupitelnost školitelů</li> <li>• Administrativní zátěž spojená s dokumentací rezidenčních míst</li> <li>• Neexistence standardů hodnocení kvality vzdělávání</li> <li>• Nedostatečná edukace školitelů v různých metodách učení</li> <li>• Špatné motivační prvky školitelů i rezidentů</li> <li>• Chybění konzultačních hodin</li> </ul>
<b>O</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Externí vzdělávací aktivity, kurzy, stáže, e-learning</li> <li>• Zvyšující se zájem o kvalitu vzdělávání z pohledu politiků a odborné veřejnosti, sjednocení a zjednodušení systému vzdělávání</li> <li>• Zastupitelnost rezidentů</li> <li>• Zájem o obor</li> <li>• Nové komunikační a informační technologie a výukové materiály</li> </ul>
<b>T</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nedostatek finančních zdrojů a růst nákladů</li> <li>• Odchod kvalifikovaných lékařů (demografický vývoj, volba jiného zaměstnání, ...)</li> <li>• Politická nestabilita a nejednotnost</li> <li>• Časová náročnost</li> <li>• Neexistence projektů na zlepšování kvality ve vzdělávání lékařů</li> </ul>

Prostřednictvím SWOT jsme zjistili několik předností, mezi které patří zejména procesní a systematické řízení dotačního programu rezidenčních míst. Silnou stránkou je rovněž získání dotačního programu. Zároveň zajišťuje určitou kontrolu plnění povinností získávání kvalifikace, ale také určitým způsobem ověřuje kvalitu zdravotnického zařízení. Toto je zajištěno především díky podmínkám pro organizace k získání dotace (nutné platné akreditace zdravotnických zařízení udělované Ministerstva zdravotnictví České republiky). Toho času platné vzdělávací plány jsou především výhodou pro realizaci, hodnocení a evidenci vzdělávání lékařů. Důležité je také zmínit dobrou vybavenost akreditovaných pracovišť, kde je možno provádět specializovaný výcvik rezidentů.

Přes všechny výše zmíněné výhody má ale vzdělávání lékařů v organizacích poskytující zdravotní péči značné nedostatky. Nezastupitelnost školitelů je problematickým bodem, vzhledem k návaznosti ke konkrétnímu rezidenčnímu místu a lékaři, které toto místo obdržel. Zároveň jsou požadavky na kvalifikaci a kompetence školitele vysoké a nelze jej proto nahradit jakýmkoli lékařem se specializovanou způsobilostí v oboru.

Se vzděláváním na rezidenčních místech se vede poměrně složitá dokumentace. To znamená administrativní zátěž s tím spojenou. Zároveň v žádné metodice o rezidenčních místech nejsou zmíněny standardy kvality vzdělávání. Nedostatečné je i používání různých metod učení ve vzdělávání, které je zřejmě způsobené nedostatečnou motivací školitelů. U rezidentů pramení demotivace především s časovou náročností vykonávané práce. Časová vytiženost školitelů a rezidentů je zřejmě i příčinou chybění konzultačních hodin.

Mezi příležitostmi lze obecně zahrnout všechny externí vzdělávací aktivity, jejichž kvalita je sledována Ministerstva zdravotnictví České republiky a IPVZ, které je organizuje. Stoupá také zájem odborné veřejnosti o poskytování kvalitního vzdělávání a zjednodušení celého systému, které by navíc mohlo přinést menší odliv lékařů do zahraničí, či jiného oboru. Velkým potenciálem pro vzdělávání lékařů je tvorba nových výukových materiálů a technologií, které mohou rozvíjet jejich dovednosti a oživit tak klasický systém výuky.

Hrozbou je především nedostatek financí k ohodnocení školitelů, rezidentů a zajištění kvalitního vzdělávání. To je taky dalším možným důvodem k odchodu lékařů. Zdravotnictví také čelí nepříznivému demografickému vývoji, kdy atestovaní lékaři a školitelé jsou často v předdůchodovém nebo již důchodovém věku a jejich dlouhodobé setrvání v akreditovaných zdravotnických zařízení je otázkou. S měnící se politickou scénou se také mění názory na vzdělávání lékařů, a proto dochází k častým obměnám vzdělávacích plánů.

Důkazem toho jsou nové změny platné od 1. 7. 2017. V tomto směru se nepodnikají ani změny týkající se projektů podporující kvalitu vzdělávání lékařů.

### **8.5.1 Matematický model SWOT analýzy**

Matematický model slouží ke znázornění a posouzení vazeb mezi vnějšími a vnitřními faktory, které jsme definovaly ve SWOT analýze. Matematický model k analyzované problematice je názorně shrnut v tabulce (Tab. 6).

#### **Hodnocení vzájemných vazeb:**

- oboustranně pozitivní vazba: +,
- oboustranně negativní vazba: -,
- neutrální vliv: 0.

Tabulka 6: Matematický model SWOT analýzy (vlastní zpracování)

		Příležitosti					Hrozby					Σ
		Externí vzdělávací aktivity	Zvyšující se zájem o kvalitu	Zastupitelnost rezidentů	Zájem o obor	Komunikační technologie a výukové materiály	Nedostatek finančních zdrojů a růst nákladů	Odchod kvalifikovaných lékařů	Politická nestabilita a nejednotnost	Časová náročnost	Neexistence projektů na zlepšování kvality vzdělávání	
Silné stránky	Procesní a systematické řízení	+	+	+	+	+	-	-	-	0	-	1
	Komplexní vzdělávací plány	+	+	+	+	+	-	-	-	0	-	1
	Dotační program	+	0	0	+	+	-	-	-	0	-	-1
	Osobní a kariérní růst zaměstnanců	+	0	+	+	+	-	-	0	0	0	2
	Technické zázemí	0	+	0	0	+	-	0	0	0	-	0
Slabé stránky	Nezastupitelnost školitelů	0	0	0	0	0	-	-	0	-	0	-3
	Administrativní zátěž	-	0	-	0	0	-	0	-	-	0	-5
	Neexistence standardů kvality vzdělávání	-	0	0	-	-	-	0	-	-	-	-7
	Edukace školitelů v metodách učení	-	-	0	0	-	-	-	-	-	-	-8
	Špatné motivační prvky	0	0	0	0	0	-	-	0	0	0	-2
	Konzultační hodiny	0	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-8
Σ	1	1	1	2	2	-11	-8	-6	-5	-7		

### 8.5.2 Závěry SWOT analýzy

#### Z výše uvedené tabulky SWOT analýzy a matematického modelu vyplývá:

- celkový nedostatek finančních prostředků ve zdravotnictví – lze změnit navýšením dotací, jinou politikou zdravotnictví;
- chybění konzultačních hodin pro rezidenty;
- špatně edukovaní školitelé v nových metodách učení – odesílat lékaře na kurzy o metodách učení, trénovat a rozvíjet „soft skills“;
- nedostatek kvalifikovaných lékařů – snížit fluktuaci zaměstnanců a stávající zaměstnance stabilizovat;
- absence jakýchkoli standardů kvality vzdělávání lékařů;
- neexistence projektů ke zlepšování kvality.

Největší hrozbou ve vzdělávání lékařů je nedostatek financí a odchod kvalifikovaných lékařů, kteří mohou být zároveň školiteli a poskytovat tak požadované standardy na kvalitu péče vyžadované i u akreditace organizací. Nedostatek financí se projevuje na odměnách a motivaci zaměstnanců.

Slabými stránkami jsou neexistence konzultačních hodin, kde by byl časový prostor k prodiskutování jednotlivých klinických případů a dovysvětlení požadovaných informací. Nicméně toto jde v ruku v ruce s nepoužíváním nových technik učení, které by mohli školitelé při těchto konzultacích využívat.

Největšími příležitostnostmi jsou stále zlepšující se technologie a výukové materiály, často formou e-learningu, simulací apod., které poskytují možnosti pro kvalitní rozvoj a procvičení nově nabytých dovedností.

Silnou stránkou je osobní a kariérní růst spojen s kompetencemi, které lékař se vzděláním přebírá.

### 8.6 SLEPT analýza

Níže bude vypracována analýza makroprostředí tzv. SLEPT analýza. Ta je tvořena sociálními, legislativními, ekonomickými, politickými a technologickými faktory, které problematiku vzdělávání lékařů ovlivňují.

### 8.6.1 Sociální faktory

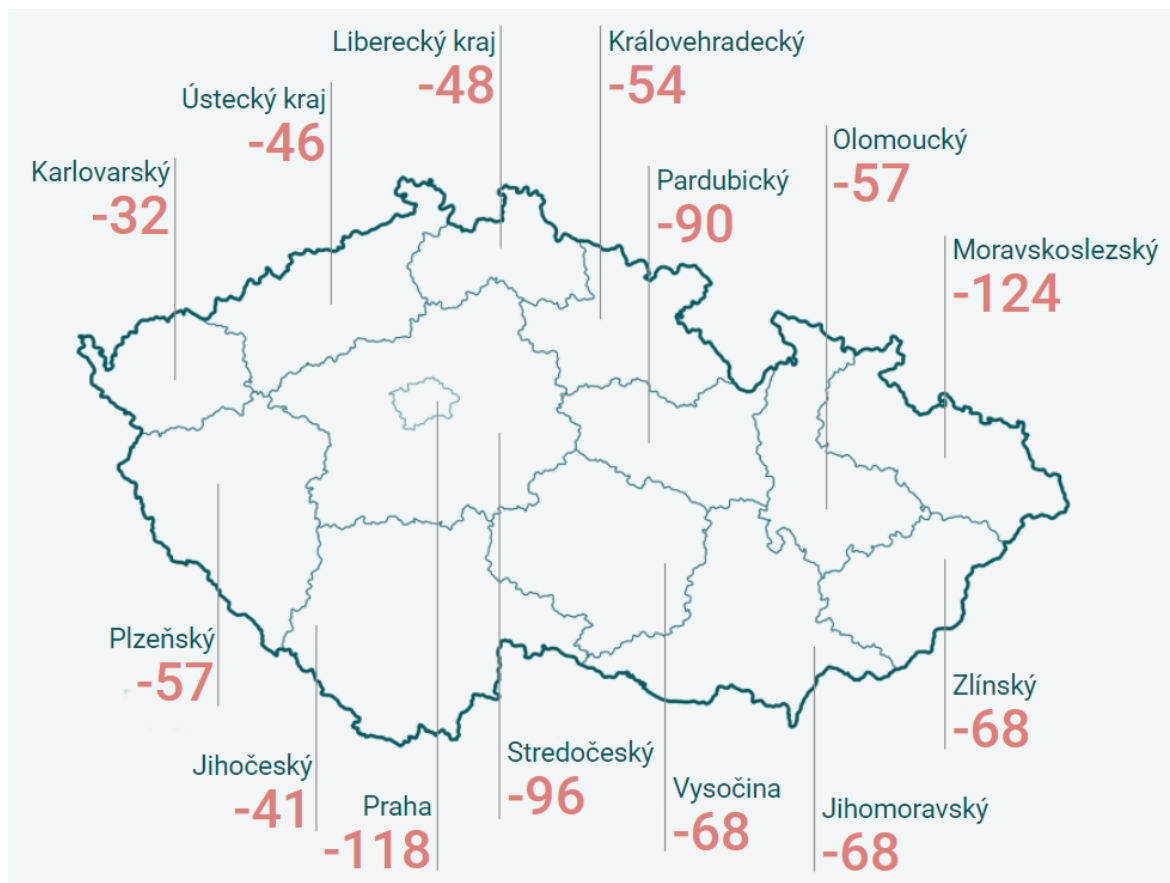
Mezi sociální faktory ovlivňující vzdělávání lékařů patří stárnutí populace. V tomto kontextu nemyslíme stárnutí populace vztaženou k pacientům. Nicméně se tímto myslí stárnutí odborníků a specialistů, především pak atestovaných lékařů pracujících v nemocnici. Tento trend bude podle dosavadních analýz stále patrnější. Zároveň podmínky zdravotních organizací pro tyto lékaře nejsou příznivé, a tak mnohem častěji odcházejí kvalifikovaní lékaři do ambulantní sféry, které však ve většině případů nemůže být udělena akreditace k poskytování vzdělání nutné pro atestační přípravu. Pozitivní je však prodlužování střední délky života, která vede k tomu, že se prodlužuje i aktivní věk lékařů praktikující svou profesi. Nicméně v medicíně, snad více než v jakémkoli jiném oboru, je nutné prohlubovat a obnovovat své vzdělání a schopnosti. To může být ze stran motivace starších lékařů také problematické.

Nejen stárnutí populace ale i vnímání absolventů lékařských fakult můžeme zařadit mezi sociální faktory ovlivňující vzdělávání. V celé společnosti se mluví o tom, že mladí lékaři raději volí práci v zahraničí, či vůbec do klinické praxe nenastoupí a raději volí jiný obor. Důvodů je několik. Především se jedná o nedostatečné financování zdravotnictví a špatné platové ohodnocení v poměru počtu odpracovaných hodin a přesčasů. Celková nálada ve zdravotnictví s neúměrně vysokými nároky a kompetencemi na absolventy přispívá negativnímu vnímání medicíny.

Velkou sociální otázkou je i feminizace medicíny. Je zřejmé již na prvních přednáškách v rámci studia na lékařské fakultě, že ženy tvoří jasnou většinu mezi studenty medicíny. Tento poměr mezi muži a ženami lze sledovat i u mladých lékařů a lékařek. Mnoho z žen v předatestační přípravě pak volí mezi založením rodiny a pokračování v klinické praxi. Proto se pak vzdělávání a příprava k atestaci prodlužuje někdy i o více jak 5 let.

Fenoménem posledních let je narůstající počet lékařů cizinců. Hodně diskutovaným tématem jsou nedostatečné a neověřené odborné znalosti a neznalost českého jazyka některých národností.

Považuji za důležité zmínit i problematiku nedostatku lékařů především v odlehlých, problematických regionech České republiky s velkou spádovostí. Důvodem jsou nejen lepší pracovní podmínky v sousedních zemích, kam čeští lékaři za prací odcházejí, ale i nízká úroveň ostatních služeb.



Obrázek 6: Počet chybějících lékařů v jednotlivých krajích ČR (Zdravotnictví volá o pomoc, ©2019)

### 8.6.2 Legislativní faktory

Zákony, vyhlášky a jiné legislativní úpravy byly již zmíněny a podrobně analyzovány výše. Základním normativním dokumentem je **zákon č. 372/2011 Sb.**

Otázkou vzdělávání lékařů se zabývá **zákon č. 95/2004 Sb.**, o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů. Znovu je zde nutno podotknout novelu tohoto zákona z roku 2017, která výrazně změnila předatestační přípravu mladých lékařů. Nyní lze pozorovat negativní náladu mladých lékařů vzdělávajících se podle nové vyhlášky. Ti doposud nevědí, jak jejich vzdělávání bude probíhat. Zatím totiž neexistují kompletní metodiky vzdělávání na celé specializační vzdělávání v jednotlivých oborech, a tak je pro ně vzdělávání velkou neznámou.

Dalším zákonem, který je nutné zmínit je **zákon č. 262/2006 Sb.**, zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů, tento pak upravuje obecné pracovní podmínky.

### 8.6.3 Ekonomické faktory

Největším faktorem, který s sebou nese nejzávažnější rizika, je celkový nedostatek financí ve zdravotnictví. Vzhledem ke stále vzrůstajícím státním výdajům na zdravotní péči spojené s demografickým vývojem obyvatelstva, je financování zdravotnictví ožehavým tématem pro celé politické spektrum.

Nedostatečné platové ohodnocení zdravotníků, které plyne z nedostatku finančních prostředků, způsobuje personální nestabilitu celého odvětví.

Navíc zdravotnictví vyžaduje neustálou modernizaci a inovaci jak materiálů, tak procesů a systematizaci.

### 8.6.4 Politické faktory

Politická situace také ovlivňuje uvedenou problematiku. V současnosti se vedou politické diskuze s odborníky, jak systém vzdělávání sjednotit a co nejvíce zjednodušit.

Vzdělávání lékařů je závislé na měnící se politické situaci a na preferencích a programu vládnoucích stran. Časté změny zákonů upravujících vzdělávání lékařů, které nejsou dostatečně podporovány odbornými společnostmi, vyvolávají pouze nestabilitu a negativní náladu lékařů.

Stanovení rozpočtu zdravotnictví je rovněž pravomocí zákonodárců a je závislé i na aktuální fázi volebního období.

### 8.6.5 Technologické faktory

Výzkum, vývoj nových technologií a vývoj léčiv znamená především vyšší vládní výdaje jdoucích do tohoto sektoru.

Nové technologie, které vstupují do zdravotnictví, přispívají především ke zrychlení a zpřesnění diagnostiky, efektivnějšímu léčení a následné prevenci vzniku chorob. Většina těchto technických vymožeností však nenahrazuje lidský faktor. Toto je třeba brát v potaz, protože obsluha přístrojů a zhodnocení výsledků vyžaduje dostatečně kvalifikovaný personál.

Další zdokonalení a napomáhání sektoru zdravotnictví můžeme spatřovat v nových informačních technologiích.



## 9 VYHODNOCENÍ ANALÝZY S PRAKTICKÝMI NÁVRHY ŘEŠENÍ

### 9.1 Návrhy na změnu a jejich přínosy

Podle odpovědí z dotazníkového šetření je patrné, že většina mladých lékařů i rezidentů své školitele zná. Toto je zcela určitě pozitivní zjištění. Školitel hraje v profesním životě lékaře důležitou roli. Poskytuje mu zpětnou vazbu, motivuje, udílí rady, dohlíží a napomáhá mu ve výkonu profese lékaře. A je pro mladého lékaře jakýmsi vzorem.

Co však většina lékařů uvedla v dotazníku jako nedostačující, je frekvence osobních konzultací. Ty u většiny respondentů neprobíhají vůbec, nebo je jejich častost sporadická. Z vědeckých článků je patrné, že správné mentorování a koučink s poskytováním objektivní zpětné vazby dokáže zlepšit kvalitu vzdělávání a s tím i kvalitu poskytované péče s kladným efektem na zdraví pacientů.

### 9.2 Projekt konzultačních hodin školitelů s jejich rezidenty

Projekt zlepšení postgraduálního vzdělávání lékařů na rezidenčním místě je založen na analýze kvantitativního výzkumu mezi lékaři v předatestační přípravě. Na základě tohoto šetření bylo zjištěno, že hlavním nedostatkem je nedostatečná profesní interakce se školitelem. Proto jeden z návrhů na zlepšení je projekt koncipován na konzultacích se školitelem, kde by bylo možno monitorovat a hodnotit. Na základě tohoto by bylo možné dále zefektivňovat systém vzdělávání.

Nicméně zlepšení kvality vzdělávání lékařů vyžaduje systémové a legislativní změny, avšak některé z nich je možno realizovat i na pracovištích okresních, krajských i fakultních nemocnic čistě z iniciativy managementu zdravotnických zařízení. Proto návrh projektu zasazuje do smyšlené zdravotnické organizace XY s akreditací II. typu v oboru vnitřní lékařství, které bylo uděleno rezidenční místo v oboru vnitřní lékařství.

#### 9.2.1 Cíle zlepšení kvality postgraduálního vzdělávání lékařů

Cíle zlepšení kvality postgraduálního vzdělávání lékařů korespondují s požadovanými výsledky vzdělávacího programu. Cíle tohoto projektu jsou především postaveny na pozitivní změně ve vzdělávání lékařů, která je schopná zajistit lepší uspokojování individuálních a společenských potřeb. Zlepšení pracovního výkonu, získávání nových dovedností, pro-

hloubení stávajících znalostí a rozvíjení zvláštních schopností. Na základě těchto změn by byl pak možný rychlejší kariérní postup, změna současného pracovního zařazení spojená s růstem peněžního ohodnocení a zlepšení motivace. V konečném důsledku je takto možné zefektivnit celý vzdělávací proces a spokojenost lékařů. V širším pojetí toto zlepšení vede ke zvýšení kvality poskytované péče, růstu spokojenosti klientů a snížení finančních prostředků. Cílovou skupinou projektu jsou lékaři ve vzdělávacím procesu.

Při vytváření projektu jsou uplatňovány zásady metody SMART. Název metody je odvozen od počátečních písmen anglických názvů a charakteristik, které jsou uplatňovány ke stanovování cílů projektu. **S**pecific – konkrétní; **M**easurable – měřitelné; **A**chievable – dosažitelné, **R**ealistic – realistické, **T**ime-bound – časově ohraničené.

**S** – konkrétní program a jasné definování konzultačních hodin s vhodnou časovou dotací.

**M** – definovány výstupy z hodnocení projektu a jejich výsledný efekt

**A** – je stanoven reálný a jasně definovaný cíl.

**R** – reálné náklady v reálném časovém horizontu.

**T** – podrobení projektu časové analýze.

### 9.2.2 Implementace cíle

Implementace cíle obsahuje sestavení plánu, vymezení obsahu a stanovení výstupu konzultací, určení metod vzdělávání, studijních a výukových materiálů, technického vybavení, organizační zajištění, administrativní podpora.

### 9.2.3 Návrh a sestavení týmu koordinující administraci a realizaci projektu

Zodpovědnost za sestavení týmu nese vedoucí pracovník managementu organizace. Zpravidla to je vedoucí pracovník personálního oddělení a oddělení zajišťující vzdělávání zaměstnanců. Sestavený tým musí být kompetentní ve věcech týkajících se řízení lidských zdrojů a vzdělávání. Tým by měl být doplněn i členy evidující všechny dokumentaci a realizaci systému rezidenčních míst. Cílem tohoto týmu je zajišťovat bezproblémovou realizaci projektu. V iniciální fázi by měl koordinovat výběr vhodných školitelů a rezidentů do projektu. Spoluvytvářet osnovy a plány jednotlivých konzultací. Vést požadovanou dokumentaci a vyhodnocovat zpětnou vazbu. Měl by být nápomocen při řešení problémů.

#### 9.2.4 Edukace školitelů

Řádný výběr školitelů je základem úspěšného projektu. Školitelé by měli být informováni o cílech a způsobu vedení projektu od kompetentních pracovníků. Měli by se znát a uplatňovat různé metody učení. Jako vhodnou metodu vzdělávání by bylo možné použít metodu „blended learning“, která představuje kombinaci metod učení vedoucí ke zlepšení efektivity procesu vzdělávání. Tyto metody se navzájem doplňují. Specifické manuální dovednosti mohou být procvičovány na vybraných externích kurzech. Dále by se měla více využívat metoda simulace nebo hraní rolí, která by zdokonalila dovednosti a klinický úsudek v problematických situacích. Ovládat by měli především metodu vedení a koučinku. Je žádoucí, aby byl školitel členem týmu zodpovědného za koordinaci projektu. Spoluvytváří vzdělávací plány a je nápomocen při řešení problémů.

#### 9.2.5 Motivace zúčastněných stran

Snahou managementu je posílení vnější i vnitřní motivace zaměstnanců účastnících se projektu, a to s ohledem na vytyčené cíle.

#### 9.2.6 Samotná realizace konzultačních hodin obsahuje tyto činnosti

**Zajištění odpovídajícího technického zázemí:** je nutné zmínit, že každé učení potřebuje adekvátní prostředí. V případě teoreticky zaměřených konzultací je vhodné využívat nové metody učení, například metodou e-learningu nebo využívat světových vědeckých databází. K tomuto postačuje klidná místnost s počítačem a přístupem k internetu. V případě nutnosti procvičování praktických dovedností, je úkolem zodpovědné osoby tyto prostory opatřit. Může se například jednat a místnost k sonografickému nebo endoskopickému vyšetřování s potřebnými nástroji. Může jít ale i o praktické nacvičování dovednosti, které speciální prostory nevyžadují. Jde třeba o procvičování chirurgické zručnosti nebo základní vyšetřovací metody.

**Stanovení časové dotace a častosti konzultací:** na jejím vytvoření se podílí tým ve spolupráci se školitelem a rezidentem, který na základě svých priorit stanoví potřebnou dobu ke konzultaci. Zohledňuje se pracovní vytíženost. V tomto případě by mohlo dojít i k úpravě pracovní doby a zohlednit časovou náročnost lékařského povolání.

Časová dotace je proto značně individuální, odhadem 1–2 hodiny 1x za měsíc. Častost konzultací může být periodická či náhodná dle potřeb školitele. V ideálním případě jednou měsíčně.

**Propracovat osnovu a obsah konzultací:** stanovení náplně konzultací by mělo být s ohledem a po vzájemné dohodě dle potřeb rezidenta v konkrétním specializačním oboru. Školitel by měl také aktivně vnímat nedostatky rezidenta a pokusit se v tomto vyhrazeném čase ke konzultacím o případné změny v postupu a jednání mladého lékaře. Po vytvoření osnovy by měly být ozřejměny otázky, které se k realizaci vzdělávacího programu váží. Co budou rezidenti po skončení programu vědět a umět? Jaké jsou klíčové body učení každé lekce? Jaké bude jejich propojení a implementace do praxe? Jak bude probíhat samotné učení? Jak se zajistí identifikace specifických požadavků rezidentů? Jaké metody učení a aktivity budou využity? Bude třeba zajistit jiné pomůcky k učení (vizuální, elektronické, ...)? Budou účastníci dostatečně motivováni po celou dobu trvání projektu? Jak bude sledován průběh konzultací? Jak bude program vyhodnocován a jaký dopad bude mít toto hodnocení?

Při samotné realizaci je vyžadována flexibilita v organizaci a plánování. Program konzultací se totiž stanovuje „na míru“ rezidentovi v závislosti na jeho požadavcích a dosavadní úrovni vzdělání.

**Povinnosti školitele:** vyplývají z jeho kompetencí a funkce, musí zvolit správně metody a přístup uplatňovaný v konzultacích. Být na konzultace připraven, zajímat se o aktuální problémy rezidenta. Všít si negativních i pozitivních skutečností. V komunikaci upřednostňovat jasné a pochopitelné vyjadřování, slušnost, upřímnost a otevřenost. Podporovat vzájemnou důvěru, iniciativu a poskytovat upřímnou zpětnou vazbu spojenou s hodnocením rezidenta a celého projektu.

**Povinnosti rezidenta:** povinnosti rezidenta souvisí s náplní pracovní činnosti lékaře. Z jeho vlastní iniciativy by se měl zajímat o nejnovější poznatky z oblasti medicíny. Jednat vždy slušně s respektem a v zájmu pacienta. Měl by kooperovat s dalšími členy týmu. Být připraven ke konzultacím. Řádně plnit požadavky školitele případně jej požádat o radu. Poskytovat co možná nejobjektivnější hodnocení školitele a celého projektu.

### 9.3 Časová analýza

Časová analýza projektu zahrnuje časový plán realizace. Jednotlivé kroky realizace jsou spolu propojeny v logických návaznostech. Důležité je identifikovat činnosti, které nemohou začít, dokud nebudou jiné dokončeny. Tyto aktivity určují celkový sled činností, které se v rámci projektu vykonávají.

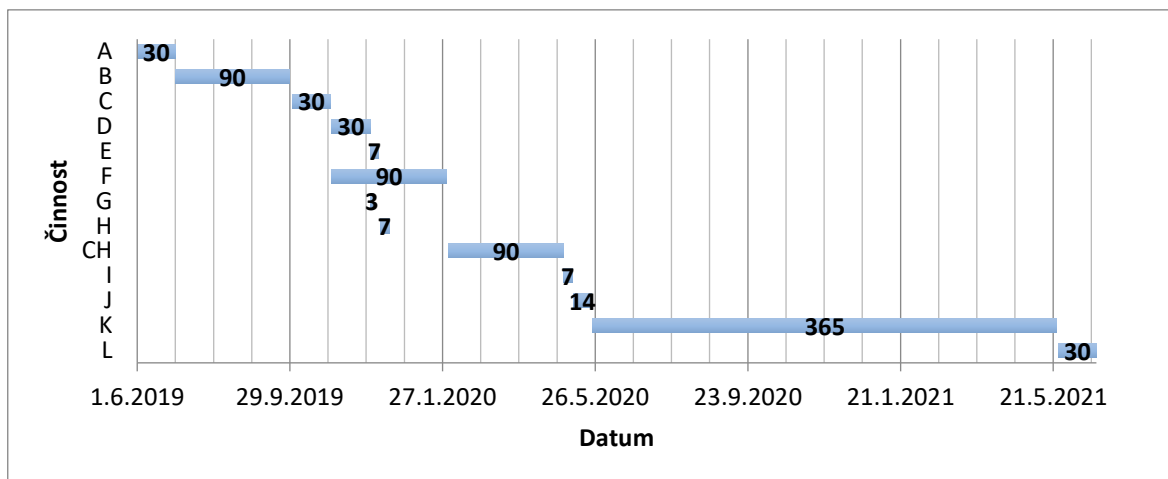
Hlavním cílem analýzy je pak určit časovou náročnost dílčích kroků realizace a stanovit kritické činnosti projektu. Sestavením časového rozvrhu projektu je získána představa o termínech zahájení a ukončení jednotlivých činností. Nutné je také počítat s časovými rezervami pro kritické činnosti. Tyto činnosti v případě zpoždění mohou prodloužit celkovou dobu trvání projektu. Ideální zařazení projektu do vzdělávání rezidenta je poměrně obtížné.

Z vlastních zkušeností bych konzultační hodiny nezařazovala hned od počátku nástupu do nového zaměstnání. Pro mladého lékaře je nové pracovní prostředí náročné, poměrně chaotické a plné nových skutečností, znalostí a dovedností, které je potřeba si osvojit. Tento proces vyžaduje určitý čas a pomoc všech kolegů, aby přispěli ke správnému zapracování do kolektivu a osvojení si správných návyků. Z obecných závěrů vyplývá, že nově příchozí absolvent lékařské fakulty je schopen víceméně samostatné práce po třech měsících od nástupu do zaměstnání, nicméně je důležité brát v potaz individuální potřeby rezidentů a jejich schopnost se učit. Proto by měla být doba zahájení projektu konzultačních hodin v kompetenci školitele. Zároveň by měla být ve vzájemné shodě s rezidentem a zodpovědnou osobou za dokumentaci a celou realizaci projektů, kterou zpravidla bývá personální oddělení, či osoba pověřená vzděláváním zaměstnanců.

Jednotlivé činnosti projektu jsou i délkou trvání a návaznostmi znázorněny v tabulce (Tab. 11). Následně jsou zobrazeny v Ganttově diagramu (Obr. 7). Ganttův diagram je vizualizací plánovaných činností projektu. Je zde uvedena každá činnosti i s odhadovanou dobou trvání. Lze ji použít v jakékoli fázi plánování projektu (Henderson et al., 2010, s. 349).

Tabulka 7: Časová analýza projektu (vlastní zpracování)

Označení	Činnost	Předcházející činnost	Doba trvání
A	Schválení a zahájení projektu	-	30 dní 1. 6. – 1. 7. 2019
B	Zajištění finančních zdrojů	A	90 dní 1. 7. – 29. 9. 2019
C	Vybudování realizačního týmu	B	30 dní 1. 10. – 31. 10. 2019
D	Výběr školitelů a rezidentů	C	30 dní 1. 11. – 1. 12. 2019
E	Obeznamení školitelů a rezidentů	D	7 dní 1. 12. – 8. 12. 2019
F	Vypracování osnov, plánů a evaluačních dotazníků	B–D	90 dní 1. 11. 2019 – 30. 1. 2020
G	Příprava prostor	C	3 dny 1. 12. – 4. 12. 2019
H	Úprava pracovní doby školitele a rezidenta a vypracování nových smluv	E	7 dní 9. 12. – 16. 12. 2019
CH	Implementace a zkušební fáze projektu	F	90 dní 1. 2. – 1. 5. 2020
I	Hodnocení zkušební fáze a zpětná vazba	CH	7 dní 1. 5. – 8. 5. 2020
J	Nápravná opatření	I	14 dní 9. 5. – 23. 5. 2020
K	Finální projekt	J	365 dní 24. 5. 2020 – 24. 5. 2021
L	Konečná evaluace a zpětná vazba	K	30 dní 25. 5. – 24. 6. 2021



Obrázek 7: Ganttův diagram projektu (vlastní zpracování)

Délka přípravy před samotným zahájením zkušebních konzultací je 198 dní. V této době probíhají veškeré přípravy dokumentů a hodnotících dotazníků, zajištění osnov a plánů konzultací. Jsou provedeny nutné změny v pracovních smlouvách zajištění adekvátních prostor. V projektu je zahrnuta zkušební fáze, po které je projekt zhodnocen. Na základě zpětné vazby všech zúčastněných jsou doladěny případné nedostatky. Následuje finální projekt. Celková délka projektu je 754 dní. Z uvedeného vyplývá, že kritickými body realizace projektu jsou činnosti A, B, C, F, CH, I, J, K, L, protože v případě jejich zpoždění se celá realizace projektu prodlouží.

Pro nastupujícího lékaře s rezidenčním místem by jej projekt provázela od zaučení až téměř do splnění podmínek k získání základního kmene. V tomto považuji rozvržení realizace projektu za příznivé. V této době, kdy má získávat obecné zkušenosti k výkonu lékařského povolání, by měl být profesionální přístup a koučink školitele nejintenzivnější.

## 9.4 Nákladová analýza

Účelem nákladové analýzy je vyčíslit náklady spojené s realizací projektu. Nejedná se o účetní souhrn, ale o odhad možných nákladů, které organizace za konzultační hodiny vynaloží.

Mezi náklady projektu patří investiční náklady, provozní náklady. Provozní náklady zahrnují čas na realizaci navrhovaných kroků.

Základním poznatkem před vytvořením nákladové analýzy je vůbec vědomí současného vyúčtování dotačního programu. V současné době většina nemocnic České republiky vyúčtovává pouze dotace na mzdu školitele a rezidenta. Ostatní náklady včetně kurzů, škole-

ní, materiálů a dalších v dotačním vyúčtování nefigurují. Děje se tak pro zjednodušení celého účtování a dokládání příslušných dokumentů. Vzhledem k tomu, že náklady na mzdy školitele a rezidenta jsou částečně hrazeny z dotačního programu, nejsou proto v uvedených nákladech projektu započítány. Vypočítané náklady na mzdy zaměstnanců zajišťující administraci a realizaci projektu jsou odvozeny z platových tabulek pro rok 2019. Avšak záleží na typu organizace a možnostech vnitřních personálních zdrojů. Pro tento účel se jedná celkem o 3 zaměstnance v administrativě, kteří spadají do 11. platové třídy.

Následující tabulka znázorňuje náklady na jednotlivé položky pro celou délku trvání projektu vztažené na jednoho rezidenta. Některé náklady jako například na technickou vybavenost se poté mohou rozpočítat mezi více rezidentů (pokud jimi organizace disponuje).

*Tabulka 8: Nákladová analýza projektu na celou dobu trvání (vlastní zpracování)*

Náklady	Specifikace	Částka (v Kč)
Vypracování návrhu projektu	-	2 000
Náklady na výběrové řízení	-	3 000
Přepřeprogramování pracovních smluv	pracovní smlouvy školitele a rezidenta	2 000
Nutná školení	pro školitele	15 000
Technické zázemí pro konzultace	kancelářské vybavení, PC, USB, software, přístupy k databázím	100 000
Mzda a odměny nových administrativních pracovníků účastnících se projektu	2 noví zaměstnanci, odměny pro zaměstnance stávající (součet hrubých mezd a odměn na dobu trvání projektu)	2 300 000
Náklady na evaluaci projektu	náklady na vypracování dotazníků a hodnotících archů, náklady na tisk a zpracování	15 000
<b>CELKEM</b>		<b>2 437 000</b>



## 9.5 Identifikace rizik a riziková analýza

Rizika, která s sebou projekt nese, je důležité při realizaci zohlednit. Proto je zde nejprve výčet možných rizik spojených s projektem a určení jejich pravděpodobnosti a míry dopadu v případě jejich výskytu. Aby mohl projekt probíhat bez větších komplikací a problémů, je nutno také navrhnout postupy a jednotlivé kroky ke snížení pravděpodobnosti uvedených rizik, nebo alespoň jejich dopad na celkový průběh projektu v případě, že by se jej nepodařilo eliminovat.

### 9.5.1 Identifikace rizik

- neschválení projektu vedením organizace;
- nedostatek finančních prostředků;
- neefektivní motivace zúčastněných zaměstnanců;
- nezájem vedoucích pracovníků;
- odchod klíčových specializovaných lékařů z organizace;
- výběr nekompetentní osoby ke vzdělávání rezidentů;
- nechut' a neúčast rezidentů;
- neefektivní průběh projektu;
- nepodávání zpětné vazby;
- nesplnění očekávání projektu.

### 9.5.2 Riziková analýza

Nástrojem pro analýzu rizik a jednou z nepoužívanějších metod při analýze rizik je použití tzv. matice rizik. Jde o kvantitativní metodu, kdy vycházíme ze závažnosti dopadu a z pravděpodobnosti výskytu daného rizika. Tato matice rizik je zaměřena na identifikování, vyhodnocování a řešení potencionálních nebo aktuálních rizik spojených s realizací projektu. Tato rizika mohou být nejen zdrojem finančních ztrát pro organizaci, ale také plýtvání časem a potenciálem zúčastněných zaměstnanců. To může snížit jejich motivaci a následně i odchod z organizace.

Tabulka 9: Pravděpodobnost výskytu rizik (vlastní zpracování)

Stupeň	%	Slovní hodnocení
1	0–5	prakticky nepravděpodobné
2	5–20	málo pravděpodobné
3	20–50	příležitostné
4	50–70	pravděpodobné až časté
5	70–100	velmi časté

Tabulka 10: Dopad rizik (vlastní zpracování)

Dopad	
1	velmi zanedbatelný
2	zanedbatelný
3	závažný
4	velmi závažný
5	katastrofický

Pro tento účel byla použita součtová matice rizik:

- 2–4 ... dané riziko je akceptovatelné (mírné);
- 5–7 ... je potřebné přijat adekvátní opatření (střední);
- 8–10 ... je nutná okamžitá náprava (extrémní).

Tabulka 11: Matice rizik (vlastní zpracování)

		Pravděpodobnost				
		Stupeň	1	2	3	4
Dopad	1	2	3	4	5	6
	2	3	4	5	6	7
	3	4	5	6	7	8
	4	5	6	7	8	9
	5	6	7	8	9	10

Tabulka 12: Riziková analýza projektu (vlastní zpracování)

Zdroj rizika	Pravděpodobnost	Dopad	Riziko
Neschválení projektu vedením organizace	2	5	7
Nedostatek finančních prostředků	4	4	8
Neefektivní motivace zaměstnanců	4	4	8
Nezájem vedoucích pracovníků	3	4	7
Odchod klíčových specializovaných lékařů	3	5	8
Výběr nekompetentní osoby	1	5	6
Nechuť a neúčast rezidentů	1	2	3
Neefektivní průběh projektu	3	3	6
Nepodávání zpětné vazby	3	4	7
Nesplnění očekávání projektu	3	3	6

### 9.5.3 Návrhy ke snížení možných rizik

Největší riziko projektu spatřuji v nedostatku finančních prostředků k samotné realizaci projektu. Tyto prostředky jsou vynaloženy na finanční ohodnocení zainteresovaných stran a celé zajištění projektu. Tyto prostředky mohou být pokryty z poskytované dotace k realizaci vzdělávání na rezidenčním místě. Avšak úkolem managementu organizací je nalézt i jiné zdroje financování. Mohou to být například další dotační programy poskytované z Evropské unie, nebo ministerstvem. Mohou se ale nalézt i další subjekty, které budou mít snahu vzdělávat lékaře. Může se také jednat o komerční organizace typu farmaceutických firem, které navíc mohou přispět k financování externích vzdělávacích aktivit.

Z nedostatku financí k realizaci projektu může plynout i nedostatečná motivace a odměňování. Dostatek vnější i vnitřní motivace zajistí stabilizaci personálu. Faktor s extrémní hodnotou rizika je právě odchod klíčových zaměstnanců z organizace. Jsou tím myšleni převážně vysoce kvalifikovaní lékaři schopní edukace rezidentů. Jelikož je jejich úloha v projektu nezastupitelná, musí organizace podniknout veškeré kroky k jejich udržení. Těmito kroky jsou již zmíněná motivace a ohodnocení. Tímto také roste důvěra v management a posílení interpersonálních vztahů v organizaci a růst loajality ze stran za-

městnanců. Růst motivace lze zprostředkovat pomocí různých benefitů. Tyto benefity se mohou týkat společenských, sportovních, zdravotnických či kulturních oblastí. Vhodné je, aby vnější a vnitřní motivace zaměstnanců byla v rovnováze.

Nezájem vedoucích pracovníků lze částečně eliminovat tím, že budou vysvětleny všechny pozitivní dopady, které s sebou projekt přináší i pro další oblasti jejich života. Důraz je možno také klást na rozvoj osobní a kariérní stránky zaměstnance, rozšíření kompetencí úměrně stupni vzdělání, prostor pro iniciativu a nové nápady.

Neschválení projektu vedením organizace může být způsobeno nejistým výsledkem a poměrně dlouhou dobou očekávaného efektu. Je nutné pro eliminaci tohoto rizika detailně vysvětlit veškeré přínosy projektu i v jeho širším významu. Kladně vnímaná kvalita vzdělávání a zájem o tuto problematiku ze stran managementu může naopak přivést nové mladé lékaře a vyrovnat se s nedostatkem kvalifikovaných pracovních sil.

Výběr kompetentního školitele je zajištěn poměrně složitým procesem ověřování znalostí a dovedností. A proto je toto riziko málo pravděpodobné. Školitel má za sebou celou řadu zkušeností. Důležité je brát na vědomí ale i charakterové vlastnosti školitelů a jejich zdravotní stav. Riziko výskytu takových školitelů je zanedbatelné, protože eliminace těchto rizik je v praxi již zavedená. Avšak zdroj problému nemusí být způsoben jednotlivcem. Možný zdroj problému by mohl spočívat ve jmenování školitele na nevhodnou práci, její obsah. Je také důležité průběžně kontrolovat činnost školitelů, protože se jejich kompetence mohou časem měnit, nebo rezident vyžaduje jiný přístup. Vhodné jsou debaty školitele s vedením projektu a dostatečné objasnění a stanovení cílů a poskytnout adekvátní zaškolení.

Nechť a neúčast rezidentů se aktivně podílet na svém vzdělávání s sebou nese nízká rizika ovlivnění projektů. Každý mladý lékař se chce ve své práci co nejvíce zdokonalovat a jednat vždy v nejlepším zájmu pacienta dle aktuálních poznatků lékařské vědy. Organizace by mohla tuto pohnutku posílit například proplacením e-learningových kurzů, simulací nebo zpřístupnit hrazené online databáze vědeckých článků a publikací. Lékaři by měli být poučeni o možných důsledcích nekvalitního vzdělávání, protože si jich nemusí být dostatečně vědomi.

Vzhledem k velké časové vytíženosti jak rezidentů, tak školitelů by byla výhodná úprava pracovní doby lékařů. Tato doba by byla využita pro samostudium nebo konzultace se ško-

litelem. Zároveň by sloužila k vyplnění nutné dokumentace. Takto by se mohla zkrátit pracovní doba obou lékařů jeden den v měsíci.

Důležitým prvkem pro správné fungování projektu je zpětná vazba. Její nesprávná interpretace či její chybení s sebou přináší poměrně závažné dopady. Zaměstnanci vyplňující evaluaci by měli rozumět jejich účelu. Pro jednodušší vyhodnocování je vhodné formuláře převést do elektronické podoby. To by také odbouralo případné nesrovnalosti při nečitelnosti záznamů a dlouhodobě je evidovat.

Zároveň by měl mít rezident i jeho školitel možnost obrátit se na kompetentní osoby se svými obavami, stížnostmi a požadavky. Měli by mít také možnost se vyjádřit ke změnám.

Všechna tato opatření vedou k efektivnímu průběhu projektu a splněných cílů, které si projekt klade.

## 9.6 Omezení projektu

Neexistující standardizace systémového hodnocení kvality vzdělávání, která by umožnila porovnání.

## 9.7 Vyhodnocení projektu

Výsledky projektu a dopad jeho na kvalitu poskytované péče by bylo možno hodnotit ihned, nebo s časovým odstupem. Bezprostředním hodnocením by bylo možné zaznamenat subjektivní vnímání kvality vzdělávání u rezidentů. Tímto by se celková nálada a motivace účastníků projektu mohla zlepšit a s tím je povzbudit do další praxe. Zároveň by nově nabytými teoretickými a praktickými dovednostmi mohli přispět k lepší kvalitě poskytovaných zdravotně diagnostických, léčebných a preventivních služeb. Projekt by navíc vedl k lepší připravenosti na atestační zkoušku mladého lékaře.

Hodnocení s časovým odstupem by umožnilo sledovat vlivy vzdělávání na kvalitu poskytované péče.

Evaluace projektu by měla být prováděna opakovaně. Měla by využívat různé metody hodnocení včetně hodnocení sledování lékaře při práci. Toto hodnocení se však může jevit jako problematické, a to vzhledem k malé proškolenosti samotných hodnotitelů v provádění správného hodnocení a poměrně velké časové náročnosti.

**Hodnocení rezidentů:** vypracování posudku a záznamu školitelem o průběhu konzultací a průběžném vzdělávání rezidentů. Hodnocení obsahuje dotazník pro školitele se zpětnou vazbou pro rezidenty a management organizace. Hodnotící formulář by hodnotil také sociální dovednosti rezidentů, jako jsou vztah a komunikace s pacienty, schopnost týmové práce, ...). Návrh formuláře hodnocení vzdělávacího projektu konzultačních hodin pro školitele je připojen v příloze V.

**Hodnocení školitelů:** hodnocení průběhu konzultací a vzdělávání rezidenty. Hodnocení obsahuje dotazník pro rezidenty se zpětnou vazbou určenou školiteli a managementu organizace. Návrh formuláře hodnocení vzdělávacího projektu konzultačních hodin pro rezidenty je připojen v příloze VI.

**Hodnocení projektu:** vypracování konečné evaluace a přínos projektu pro zvýšení kvality ve vzdělávání. Konečné hodnocení obsahuje hodnocení řízení vzdělávacích aktivit, vhodnost, účinnost, náklady v porovnání s rozpočtem. Návrh formuláře hodnocení celého vzdělávacího projektu konzultačních hodin je připojen v příloze VII.

## 9.8 Shrnutí projektové části

Na základě zpracování teoretických poznatků z oblasti řízení lidských zdrojů, managementu kvality ve zdravotnictví a vypracování kvantitativní analýzy podpořená SWOT a SLEPT analýzou současného stavu kvality vzdělávání lékařů v předatestační přípravě byl navržen projekt vedoucí ke zlepšení kvality postgraduálního vzdělávání lékařů na rezidenčním místě.

Cílem projektu je nalézt takový způsob zlepšení kvality vzdělávání lékařů, který bude odpovídat požadovaným výsledkům vzdělávacího programu, bude pro zúčastněné přínosný a bude mít efekt i na celkové zlepšení kvality poskytované zdravotní péče.

Projekt by měl ale také podporovat a naplňovat dílčí cíle v oblasti motivace, zvýšení spokojenosti a tím i stabilizaci personální situace ve zdravotnictví. Všechny tyto faktory mohou přispět k většímu zájmu a růstu žádostí na pracovní pozici lékaře v České republice.

Na základě výsledků v analytické části byly zjištěny nedostatky hlavně v četnosti profesních interakcí mezi školiteli a rezidenty. Této problematice se věnuje i projektová část. Jejím úkolem je sestavit projekt, který dopomůže ke zlepšení současného stavu.

Ke zlepšení kvality vzdělávání byl navržen projekt organizující pravidelné konzultace rezidentů s jejich školiteli. K naplánování a realizaci projektu je vytvořen tým skládající se z osob zodpovědných za dosavadní fungování dotačního programu rezidenčních míst, administrativních pracovníků a školitele. Tito lidé vzájemně kooperují při vytvoření časové dotace, frekvence a osnovy konzultací, přičemž jednotlivé atributy jsou velmi individuální a orientují se čistě podle potřeb a požadavků rezidenta. V projektu je zahrnuta zkušební fáze, jež má za úkol doladit případné nedostatky projektu a zabránit ztrátě motivace účastníků již v prvních fázích realizace. Projekt je v celém svém průběhu všemi účastníky hodnocen. Díky průběžným dotazníkům o spokojenosti a kvalitě konzultací mohou být případné nedostatky odstraněny bez většího prodlení a operativně reagovat na změny v potřebách vzdělávání rezidenta. Projekt je koncipován tak, aby z časového hlediska překryl minimální dobu nutnou k absolvování všech stáží do splnění požadavků k získání základního kmele. Celková doba projektu i s jeho přípravou, zkušební, realizační a vyhodnocovací fází je 754 dní. Časově nejnáročnější je samotná doba vyhrazená na konzultace po předchozí testovací fázi. Avšak nejkritičtější etapou projektu je fáze plánovací, zkušební a vyhodnocovací. Na celou dobu trvání projektu jsou odhadované náklady vyčísleny na 2 437 000 korun českých. V těchto nákladech zauímají největší položku náklady na mzdy a ohodnocení administrativních pracovníků a účastníků projektu. Nutno zde připomenout, že náklady na mzdy školitele a rezidenta jsou částečně hrazeny z dotačního programu rezidenčních míst, a tak náklady na mzdy těchto účastníků jsou pro zdravotnické organizace menší. Je také potřeba dodat, že s větším množstvím rezidentů se mohou tyto náklady dělit. Dále byl projekt podroben rizikové analýze. Byly navrženy konkrétní možnosti snížení pravděpodobnosti výskytu a případného dopadu uvedených rizik na implementaci projektu.

Vzhledem k systému hodnocení projektu a opatřením zajišťující jeho správné fungování by měl projekt celkově přispět ke zlepšení kvality postgraduálního vzdělávání lékařů na rezidenčním místě a jejich spokojenosti. Tímto bude i zvyšována kvalita poskytované zdravotní péče, posilována motivace a spokojenost zaměstnanců, a tím také snížení fluktuace zaměstnanců. V konečném důsledku tak mohou tyto faktory přispět ke snížení neshod ve zdravotní péči a potažmo ke snížení vynaložených prostředků na chod a poskytování zdravotní péče v organizaci, což je však vzhledem k různorodosti odvětví a variabilitě sledovaných prvků obtížně vyčíslitelné. Dá se však předpokládat, že z dlouhodobého pohledu budou přínosy několikanásobně vyšší než výše zmíněné navrhované náklady. Tímto je dosaženo naplnění cílů stanovených v analytické a projektové části.

## ZÁVĚR

Vzdělávání lékařů v předatestační přípravě je spojeno především se samostatně řízeným vzděláváním, které předpokládá fakt, že se lidé naučí mnohem více, když sami přijdou na to, jak věci fungují. Avšak při výkonu lékařského povolání, snad více než v kterémkoli jiné pracovní pozici, potřebují někoho, kdo by jim poradil, pomohl a byl oporou v krizových situacích. Musejí být vedeni k tomu, aby si sami o pomoc či radu řekli. Zároveň musí být jejich snažení podporováno ze stran nadřízených a managementu.

U nových zaměstnanců lékařů je volen plánovaný a systematický přístup, který zahrnuje vymezení kompetencí a toho, co se musí naučit či jaké dovednosti si mají osvojit. V tomto jsou především využíváni zkušenější kolegové, nebo školitelé a mentoři. Vzdělávání by mělo být podpořeno příznivým prostředím pro samostudium, a to například poskytováním materiálů, hrazením nepovinných kurzů nebo možností online vzděláváním.

Ke konceptu zkvalitnění postgraduálního vzdělávání lékařů na rezidenčním místě by měla především přispět snaha politického spektra a odborné veřejnosti v jakémsi sjednocení ohledně vhodných opatření v posouzení kvality postgraduálního lékařského výcviku.

Hlavním cílem diplomové práce bylo proto vytvoření projektu zaměřeného na zlepšení kvality postgraduálního vzdělávání lékařů na rezidenčním místě. Projekt byl vypracován na základě informací získaných v analytické části, osobních zkušenostech a informacích personalistek různých zdravotnických zařízení. Analytickou část tvořila jak analýza makroprostředí SLEPT, tak souhrnná SWOT analýza doplněná o kvantitativní šetření pomocí dotazníků určených pro lékaře v předatestační přípravě. Vypracovaný projekt vedoucí ke zlepšení přípravy k atestační zkoušce vede mimo jiné k větší spokojenosti zaměstnanců, zlepšení kvality poskytované péče a s tím snížením nákladů. Projekt má podněcovat a motivovat lékaře a tím také stabilizuje situaci ve zdravotnictví. Jeho hlavní podstatou je zajištění konzultačních hodin mezi školiteli a rezidenty. Projekt byl následně podroben časové, nákladové a rizikové analýze.

Tento projekt poskytuje mladým lékařům podporu v jejich vzdělávání a výkonu práce lékaře. Pokud bude projekt řádně veden a podporován ze stran všech zúčastněných, je jeho výsledkem zlepšení motivace, vzdělávacího systému a přípravy na atestační zkoušku. S časovým odstupem Pravidelné hodnocení je zárukou správného fungování projektu a větší efektivity v plnění hlavních i dílčích cílů.



Do budoucna by bylo vhodné také zavést dlouhodobé longitudinální studie na podkladě hodnocení a sledování, které by byly zaměřeny na objektivní výsledky ošetřených pacientů během předatestační přípravy lékařů. Ty by mohly sledovat např. míru komplikací, výskyt nežádoucích událostí, nebo délku hospitalizace. Vyhodnocení takového výzkumného šetření by mohlo znamenat výhodu pro plánování vzdělávání dalších generací lékařů a dokumentovalo by kvalitu s klinickým dopadem současného systému vzdělávání.

Všechna opatření, která vedou ke kvalitnějšímu vzdělávání lékařů, jsou podporována nejen odbornou veřejností a jsou motivačním faktorem pro mladé lékaře. Důležité je, aby změny měly systémový dopad. Velký prostor k rozvoji vzdělání nyní poskytují různé simulátory a alternativní prostředí k výcviku. Potenciál má také úroveň dozoru/dohledu a výsledná hodnocení rezidenta. Takovéto monitorování kvality vzdělávání by mohlo přinést srovnání mezi různými regiony a určení postupů, které vedou ke kvalitnímu vzdělání.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

ARMSTRONG, Michael a Stephen TAYLOR, 2015. *Řízení lidských zdrojů: moderní pojetí a postupy*, 13. vydání. Praha: Grada Publishing, 920 s. ISBN 978-80-247-5258-7.

ARTHUR, Jay, 2011. *Lean six sigma for hospitals: simple steps to fast, affordable, and flawless healthcare*, 1st Ed. New York: McGraw-Hill, 348 s. ISBN 978-0-07-175325-8.

BEN-TOVIM, David I., 2017. *Process redesign for healthcare using lean thinking: a guide for improving patient flow and the quality and safety of care*. 1. Boca Raton: CRC Press, 210 s. ISBN 978-1-138-19609-4.

BRIŠ, Petr, 2010. *Management kvality*. Vyd. 2., uprav. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 208 s. ISBN 978-80-7318-912-9.

ČASTORÁL, Zdeněk, 2010. *Strategický management změn a znalostí*. Vydání I. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 216 s. ISBN 978-80-86-723-94-5.

ČASTORÁL, Zdeněk, 2013. *Management lidského faktoru: management lidských zdrojů, management lidského kapitálu, personální management*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 336 s. ISBN 978-80-7452-038-9.

ČASTORÁL, Zdeněk, 2015. *Management kvality a výkonnosti*. První vydání. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 140 s. ISBN 978-80-7452-101-0.

GLADKIJ, Ivan, 2003. *Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví: řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví: kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování*. Brno: Computer Press, 380 s. ISBN 978-80-7318-912-9.

HENDERSON, Euan S. et al., 2010. *Managing in health and social care*. 2nd ed. New York: Routledge, 384 s. ISBN 02-038-5693-7.

IVANOVÁ, Kateřina, Lubica JURÍČKOVÁ a Ivan GLADKIJ, 2013. *Medicína a společnost*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 90 s. ISBN 978-80-244-3446-9.

JIMMERSON, Cindy LeDuc, 2007. *A3 problem solving for healthcare: a practical method for eliminating waste*. New York: Healthcare Performance Press, 159 s. ISBN 978-1-56327-358-2.

KOUBEK, Josef, 2011. *Personální práce v malých a středních firmách*. 4., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 281 s. ISBN 978-80-247-3823-9

MADAR, Jiří, 2004. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení: vážně i nevázně k prosperitě nemocnic a spokojenosti pacientů*. Praha: Grada, 248 s. ISBN 80-247-0585-0.

MORROW, Richard, 2012. *Utilizing the 3Ms of process improvement in healthcare: a roadmap to high reliability using lean, Six Sigma, and Change Leadership*. 1st Ed. Boca Raton, FL: CRC Press, 292 s. ISBN 978-1-4398-9535-1.

PYNES, Joan a Donald N. LOMBARDI, 2011. *Human resources management for health care organizations: a strategic approach*. 1st ed. San Francisco: Jossey-Bass, 424 s. ISBN 978-0-470-87355-7.

TÓTH, Endre a Naděžda PETRŮ, 2017. *Strategické řízení podniku: (studijní texty předmětu)*. Praha: Vysoká škola finanční a správní, 180 s. ISBN 978-80-7408-151-4.

ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ, 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion, 477 s. ISBN 80-7172-841-1.

Urban, Jan, 2013. *Management lidských zdrojů*. 1. Vydání. Praha: Ústav práva a právní vědy, 152 s. ISBN 978-80-905247-4-3.

VYMĚTAL, Jan, 2003. *Lékařská psychologie*. 3. aktualizované vydání. Praha: Portál, 397 s. ISBN 80-7178-740-x.

### Elektronické zdroje

Jak získat specializovanou způsobilost, ©2008–2018. *Institut postgraduálního vzdělávání* [online] [cit. 2019-03-05]. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/lekari-zubni-lekari-farmaceuti/ziskavani-specializace/jak-ziskat-specializovanou-zpusobilost>

*Metodika pro žadatele o dotaci ze státního rozpočtu na rezidenční místo – lékařské obory – program č. 2: Dotace na celé specializační vzdělávání u vybraných lékařských oborů, 2016* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 201 [cit. 2019-03-01]. Ke stažení dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Odbornik/Soubor.ashx?souborID=28858&typ=application/msword&nazev=Metodika\\_2017\\_cel%C3%A9\\_spec\\_vzdel\\_P2.doc](http://www.mzcr.cz/Odbornik/Soubor.ashx?souborID=28858&typ=application/msword&nazev=Metodika_2017_cel%C3%A9_spec_vzdel_P2.doc)

*Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. MZČR, ©2010–2019 [cit. 2019-02-20]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/>

ŠEDO, Jiří, 2017. Vademecum: Rezidenční místa. In: *Mladí lékaři* [online]. 2. 3. 2017 [cit. 2019-03-12]. Dostupné z: <http://www.mladilekari.com/2017/vademecum-rezidencni-mista/>

ŠEDO, Jiří, 2017. Vademecum: Specializační vzdělávání lékařů. In: *Mladí lékaři* [online]. 1. 6. 2017 [cit. 2019-03-12]. Dostupné z: <http://www.mladilekari.com/2017/vademecum-specializacni-vzdelavani-lekaru/>

Všeobecné lékařství – Katalog oborů MU, ©2019. *Informační systém Masarykovy univerzity* [online] [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/auth/obory/106?fakulta=1411>

*Výše dotace na vybrané lékařské obory 2017 – program č. 2* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, [cit. 2019-03-01]. Ke stažení dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Odbornik/Soubor.ashx?souborID=28862&typ=application/vnd.openxmlformats-officedocument.spreadsheetml.sheet&nazev=V%C3%BD%C5%A1e\\_dotace\\_na\\_vybran%C3%A9\\_1%C3%A9ka%C5%99sk%C3%A9\\_obory\\_program\\_%C4%8D.\\_2.xlsx](http://www.mzcr.cz/Odbornik/Soubor.ashx?souborID=28862&typ=application/vnd.openxmlformats-officedocument.spreadsheetml.sheet&nazev=V%C3%BD%C5%A1e_dotace_na_vybran%C3%A9_1%C3%A9ka%C5%99sk%C3%A9_obory_program_%C4%8D._2.xlsx)

Zdravotnictví volá o pomoc, ©2019. Počet chybějících lékařů v jednotlivých krajích ČR [obrázek]. In: *Zdravotnictví volá o pomoc* [online]. [cit. 2019-03-15]. Dostupné z: [http://zdravotnictvivolaopomoc.cz/wp-content/uploads/2016/04/mapa\\_fb.jpg](http://zdravotnictvivolaopomoc.cz/wp-content/uploads/2016/04/mapa_fb.jpg)

*Žádost o poskytnutí dotace RM 2017 – program č. 2: Dotace na celé specializační vzdělávání u vybraných lékařských oborů, 2016* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 201 [cit. 2019-03-01]. Ke stažení dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Odbornik/Soubor.ashx?souborID=28860&typ=application/vnd.ms-excel&nazev=%C3%BD%C3%A1dost\\_o\\_poskytnut%C3%AD\\_dotace\\_RM\\_2017\\_program\\_%C4%8D\\_2.xls](http://www.mzcr.cz/Odbornik/Soubor.ashx?souborID=28860&typ=application/vnd.ms-excel&nazev=%C3%BD%C3%A1dost_o_poskytnut%C3%AD_dotace_RM_2017_program_%C4%8D_2.xls)

### Článek v elektronickém periodiku

COX, Malcom, David M. IRBY, a Ronald M. EPSTEIN, 2007. Assessment in Medical Education. [online]. *New England Journal of Medicine*, **356**(4), s. 387-396 [cit. 2019-02-22]. DOI: 10.1056/NEJMra054784. Dostupné z: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra054784>

MILLER, Alice a Julian ARCHER, 2010. Impact of workplace based assessment on doctors' education and performance: a systematic review. [online]. *BMJ*, **341**(sep24 1), s. c5064-c5064 [cit. 2019-03-07]. DOI: 10.1136/bmj.c5064. Dostupné z: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.c5064>

MOONESINGHE, Suneetha Ramani et al., 2011. Impact of reduction in working hours for doctors in training on postgraduate medical education and patients' outcomes: systematic review. [online]. *BMJ*, **342**(mar22 1), s. d1580-d1580 [cit. 2019-03-09]. DOI: 10.1136/bmj.d1580. Dostupné z: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.d1580>

PERSAUD, R., 2002. Reducing the stress in medicine. [online]. *Postgraduate Medical Journal*, **78**(915), s. 1-3 [cit. 2019-03-07]. DOI: 10.1136/pmj.78.915.1. Dostupné z: <http://pmj.bmj.com/cgi/doi/10.1136/pmj.78.915.1>

ŠŤASTNÝ, Jan, 2015. Kvalita zdravotní péče: o co vlastně jde? [online]. *Interní medicína pro praxi.*, **17**(3), s. 156-158 [cit. 2019-03-07]. ISSN: 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2015/03/14.pdf>

### **Legislativní dokumenty**

ČESKO, 2017. Zákon č. 67/2017 ze dne 31. ledna 2017, kterým se mění zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů, In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 22. s. 723–752 [cit. 2019-02-21]. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=61766>

ČESKO, 2004. Zákon č. 95/2004 ze dne 29. ledna 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu povolání lékařů a farmaceutů, ve znění pozdějších předpisů, In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 30. s. 1434–1451 [cit. 2019-02-21]. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=4334>

ČESKO, 2006. Zákon č. 262/2006 ze dne 21. dubna 2006 zákoník práce, In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 84. s. 3146–3241 [cit. 2019-03-14]. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=4930>

ČESKO, 2011. Zákon č. 372/2011 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 131. s. 4730–4801 [cit. 2019-03-14]. <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=6059>

ČESKO, 2018. Vyhláška č. 152/2018 ze dne 25. července 2018 vyhláška o nástavbových oborech vzdělávání lékařů a zubních lékařů, In: *Sbírka zákonů České republiky* [online].

Částka 80. s. 2530–2534 [cit. 2019-02-23]. <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=63171>

ČESKO, 2009. Vyhláška č. 185/2009 ze dne 17. června 2009 o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů, In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 56. s. 2693–2716 [cit. 2019-02-23]. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=5502>

ČESKO, 2009. Vyhláška č. 186/2009 ze dne 10. června 2009 o stanovení postupu při vyhlášení výběrového řízení na rezidenční místo, průběhu výběrového řízení na rezidenční místo a základních kritériích výběru rezidenta (o rezidenčních místech), In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 56. s. 2717–2726 [cit. 2019-02-23]. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=5502>

ČESKO, 2009. Vyhláška č. 188/2009 ze dne 10. června 2009 o atestační zkoušce, aprobační zkoušce a závěrečné zkoušce certifikovaného kurzu a o postupu ověření znalosti českého jazyka pohovorem lékařů, zubních lékařů a farmaceutů (o zkouškách lékařů, zubních lékařů a farmaceutů), In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 56. s. 2730–2734 [cit. 2019-02-22]. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=5502>

ČESKO, 2018. Vyhláška č. 280/2018 ze dne 5. prosince 2018 o stanovení činností, které může lékař vykonávat bez odborného dohledu a bez odborného dozoru na základě odborné způsobilosti, In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 141. s. 4802 [cit. 2019-02-22]. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=63470>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

ČR	Česká republika
EZP	Evidence zdravotnických pracovníků
IPVZ	Institut postgraduálního vzdělávání
Kč	Koruna česká
MUDr.	Medicinae universae doctor
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
PEST	Analýza politických, ekonomických, sociálních a technologických faktorů
PESTLE	Analýza politických, ekonomických, sociálních a technologických, legislativních a ekologických faktorů
SLEPT	Analýza sociálních, legislativních, ekonomických, politických a technologických faktorů
STEER	Analýza sociokulturních, technologických, ekonomických, ekologických a regulujících faktorů
SWOT	Analýza silných a slabých stránek, příležitostí a hrozeb
WHO	World Health Organization

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

<i>Obrázek 1: Model hodnocení 360 stupňů (vlastní zpracování, Briš, 2010) .....</i>	<i>32</i>
<i>Obrázek 2: Rozložení respondentů podle stupně aktuálního dosaženého vzdělání (vlastní zpracování) .....</i>	<i>60</i>
<i>Obrázek 3: Četnost konzultací se školiteli (vlastní zpracování) .....</i>	<i>61</i>
<i>Obrázek 4: Počet odpracovaných hodin v týdnu včetně práce přesčas (vlastní zpracování) .....</i>	<i>64</i>
<i>Obrázek 5: Platové ohodnocení lékařů v předatestační přípravě (vlastní zpracování) .....</i>	<i>64</i>
<i>Obrázek 6: Počet chybějících lékařů v jednotlivých krajích ČR (Zdravotnictví volá o pomoc, ©2019) .....</i>	<i>71</i>
<i>Obrázek 7: Ganttův diagram projektu (vlastní zpracování) .....</i>	<i>79</i>



**SEZNAM TABULEK**

<i>Tabulka 1: Přehled oborů specializačního vzdělávání uvedených v zákoně č. 95/2004 Sb. ve znění platném od 7/2017 (Česko, 2004).....</i>	<i>20</i>
<i>Tabulka 2: Přehled základních kmenů uvedených v zákoně č. 95/2004 Sb. ve znění platném od 7/2017 (Česko, 2004).....</i>	<i>22</i>
<i>Tabulka 3: Výše dotace na vybrané lékařské obory (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, ©2010–2019).....</i>	<i>51</i>
<i>Tabulka 4: Výsledky dotazníku s počtem respondentů dle oboru (vlastní zpracování).....</i>	<i>59</i>
<i>Tabulka 5: SWOT analýza kvality postgraduálního vzdělávání na rezidenčním místě (vlastní zpracování).....</i>	<i>65</i>
<i>Tabulka 6: Matematický model SWOT analýzy (vlastní zpracování).....</i>	<i>68</i>
<i>Tabulka 7: Časová analýza projektu (vlastní zpracování).....</i>	<i>78</i>
<i>Tabulka 8: Nákladová analýza projektu na celou dobu trvání (vlastní zpracování).....</i>	<i>80</i>
<i>Tabulka 9: Pravděpodobnost výskytu rizik (vlastní zpracování).....</i>	<i>82</i>
<i>Tabulka 10: Dopad rizik (vlastní zpracování).....</i>	<i>82</i>
<i>Tabulka 11: Matice rizik (vlastní zpracování).....</i>	<i>82</i>
<i>Tabulka 12: Riziková analýza projektu (vlastní zpracování).....</i>	<i>83</i>

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I Příhláška do výběrového řízení na rezidenta

Příloha P II Osobní dotazník rezidenta

Příloha P III Kvantitativní výzkum – Dotazník ke zhodnocení kvality postgraduálního vzdělávání lékařů na rezidenčních místech

Příloha P IV Grafické vyhodnocení kvantitativního výzkumu

Příloha P V Formulář hodnocení vzdělávacího projektu konzultačních hodin – školitel

Příloha P VI Formulář hodnocení vzdělávacího projektu konzultačních hodin – rezident

Příloha P VII Formulář hodnocení celého vzdělávacího projektu konzultačních hodin

# PŘÍLOHA P I: PŘIHLÁŠKA DO VÝBĚROVÉHO ŘÍZENÍ NA MÍSTO REZIDENTA

Přihláška do výběrového řízení na místo rezidenta		
<input type="text"/>		
Název zařízení s rezidečním místem		
<input type="text"/>		
Název oboru		
Jméno, popřípadě jména, příjmení a titul	<input type="text"/>	
<input type="text"/>		
Datum narození		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dřívejší příjmení liší-li se od stávajícího	Státní příslušnost	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Adresa místa trvalého pobytu / adresa místa pobytu u cizinců	PSC	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
e-mail	Telefon	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Kontaktní adresa	PSC	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Identifikační údaje o vyhlášovateli		
Název vyhláivatele	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Sídlo vyhláivatele	PSC	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Seznam příloh		
osobní dotazník		
lékařský posudek o zdravotní způsobilosti k výkonu povolání		
výpis z Rejstříku trestů		
neověřená kopie dokladu o získání odborné způsobilosti		
potvrzení o zařazení do příslušného oboru specializačního vzdělávání		
přehled odborné praxe		
Beru na vědomí, že tyto osobní údaje jsou vyžadovány podle § 60b odst. 3 zákona č. 96/2004 Sb., ve znění zákona č. 189/2008 Sb., a že budou zpracovány výhradně pro naplnění tohoto zákona.		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Místo	Datum	Podpis

(Ministerstvo zdravotnictví České republiky, ©2010–2019)

## PŘÍLOHA P II: OSOBNÍ DOTAZNÍK REZIDENTA

OSOBNÍ DOTAZNÍK REZIDENTA				
FOTOGRAFIE	<input type="text"/>			
	Jméno, popřípadě jména, příjmení a titul			
	Dřívejší příjmení liší-li se od stávajícího		<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Datum narození		Státní příslušnost		
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Adresa místa trvalého pobytu / adresa místa pobytu u cizinců			PSC	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
e-mail			Telefon	
<input type="text"/>				
Kontaktní adresa				
Vzdělání a kvalifikace				
	Druh školy	Obor	Rok ukončení	Druh zkoušky
Střední	- odborné			
	- vyšší odborné			
	- další			
Vysokoškolské				
Postgraduální				
Kurzy, školení, stáže				
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				
Jazykové znalosti				
Jazyk	<u>Stupeň znalosti (podle stupnice Rady Evropy: A1 až C2)</u> <u>(Společný evropský referenční rámec pro jazyky)</u>		Druh zkoušky	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Odborné znalosti a dovednosti (práce s počítačem, řidičský průkaz, státní zkoušky)				
<input type="text"/>				

Průběh dosavadního zaměstnání		
Zaměstnavatel	OD - DO	Zařazení

Motivační dopis

Je proti Vám vedeno trestní stíhání? ANO - NE Důvod

Prohlašuji, že veškeré mnou uvedené údaje jsou pravdivé a že v současné době nejsem rezidentem na jiném rezidenčním místě.

Místo
Datum
Podpis

(Ministerstvo zdravotnictví České republiky, ©2010–2019)

## **PŘÍLOHA P III: KVANTITATIVNÍ VÝZKUM – Dotazník ke zhodnocení kvality postgraduálního vzdělávání lékařů na rezidenčních místech**

Dobrý den,

jsem studentkou navazující kombinované formy magisterského studia oboru Management ve zdravotnictví na fakultě Managementu a ekonomiky Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. V rámci své diplomové práce jsem se rozhodla zpracovat téma kvality postgraduálního vzdělávání lékařů na rezidenčním místě. Zvolila jsem toto téma proto, že i když by mělo být víceméně vzdělání pod kontrolou a mělo by probíhat tak, aby se mladý lékař naučil co možná nejvíce a rozvíjel své dovednosti, mnohdy tomu tak není. Proto bych vás chtěla poprosit o vyplnění krátkého dotazníku, na základě kterého bych mohla vytvořit projekt, jenž by mohl ve zdravotnických zařízeních vést ke spokojenosti všech zúčastněných stran.

**\*Povinné pole**

### **1. Pohlaví \***

Žena

Muž

### **2. Ve kterém oboru jste zařazen/a? \***

### **3. V jaké části specializačního vzdělávání se právě nacházíte? \***

- a) Příprava na kmen
- b) Těsně po absolvování kmene
- c) Vlastní specializovaný výcvik
- d) Před plánovanou atestační zkouškou

### **4. Obdrželi jste rezidenční místo? \***

- a) Ano
- b) Ne

**5. Jste obeznámeni se svými vzdělávacími plány? \***

a) Ano

b) Ne

**6. Jsou vámi absolvované stáže shodné se vzdělávacími plány? \***

a) Ano, v plném rozsahu

b) Ne

c) Nevím

**7. Znáte svého školitele? \***

a) Ano

b) Ne

**8. Pokud jste odpověděli v předchozí otázce ANO. Jak často probíhají konzultace s vaším školitelem?**

a) Vícekrát do týdne

b) Týdně

c) Měsíčně

d) 1x za 3 měsíce

e) 1x za půl roku

f) Ročně

g) Konzultace neprobíhají

**9. Pokud jste absolvovali nějakou z povinných vzdělávacích aktivit, jak byste ji ohodnotili? \***

	Velmi spokojen/a	Spokojen/a	Nevím	Nespokojen/a	Velmi nespokojen/a	Neúčastnil/a jsem se
Význam kurzu s ohledem na Vaše potřeby						
Program kurzu						
Délka kurzu						
Přínos pro praxi						
Školící program celkově						

**10. Byli jste nuceni výkon lékařského povolání a vzdělávání z jakéhokoli důvodu přerušit, či ukončit? (těhotenství, změna oboru...) \***

a) Ano

b) Ne

**11. Pokud jste specializační vzdělávání přerušili, jaká byla doba přerušení?**

a) Méně než 1 rok

b) 1-2 roky

c) 2-3 roky

d) 3-4 roky

e) 4-5 let

**12. Za jak dlouhou dobu odhadujete, že budete připuštěni k atestační zkoušce? (celkově od zahájení přípravy) \***

**13. Jak vnímáte kvalitu svého vzdělávání? \***

Nejlepší

Nejhorší

1

2

3

4

5



**14. Vnímáte nějaké výhody rezidenství? \***

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

**15. Jaké jsou důvody vaší předchozí odpovědi?**

**16. Je vaše pracovní pozice vázaná stabilizační /kvalifikační dohodou? \***

- a) Ano
- b) Ne

**17. Jaká je výše vašeho pracovního úvazku?**

**18. Kolik hodin týdně strávíte průměrně v práci?**

Započítejte prosím i dobu práce přesčas, či dobu strávenou v práci nad rámec pracovní doby

- a) Pod 40hod/týden
- b) 40-45 hod/týden
- c) 45-50 hod/týden
- d) 50-55 hod/týden
- e) 55-60 hod/týden
- f) 65-70 hod/týden
- g) nad 70 hod/týden

**19. Kolik činí váš ČISTÝ měsíční plat?**

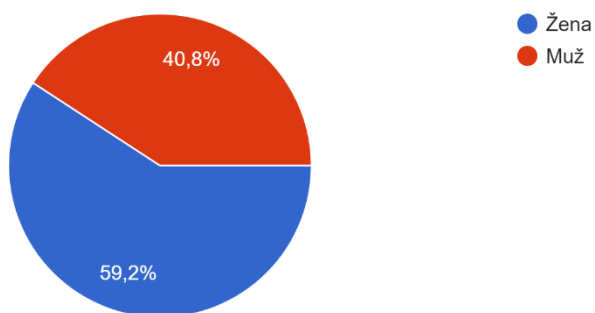
Bez započítané práce přes čas

- a) <20 000 Kč
- b) 20–25 000 Kč
- c) 25–30 000 Kč
- d) 30–35 000 Kč
- e) 35–40 000 Kč
- f) 40–45 000 Kč
- g) 45–50 000 Kč
- h) >50 000 Kč

# PŘÍLOHA P IV: GRAFICKÉ VYHODNOCENÍ KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU

## 1. Pohlaví

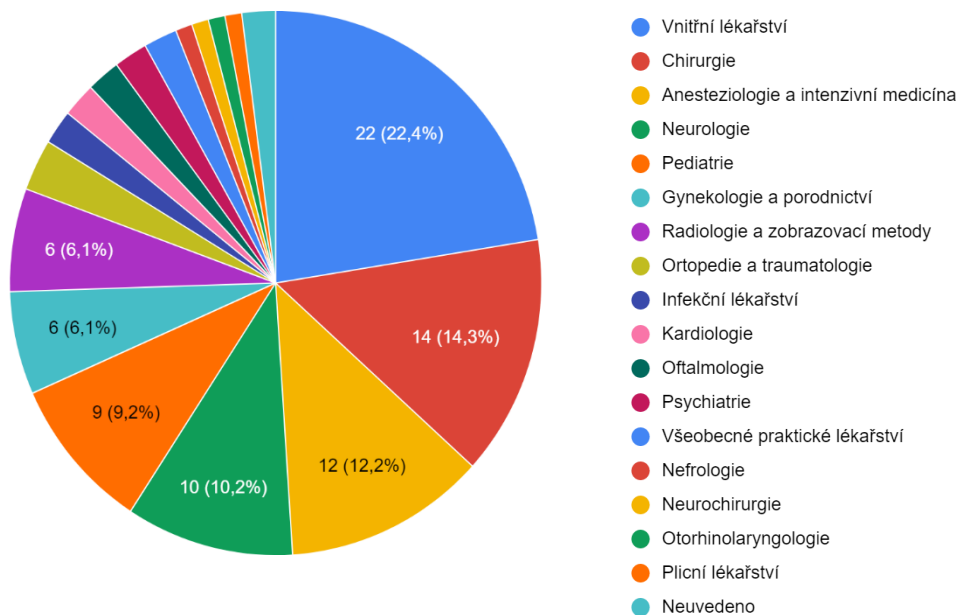
98 odpovědí



(vlastní zpracování)

## 2. Ve kterém oboru jste zařazen/a?

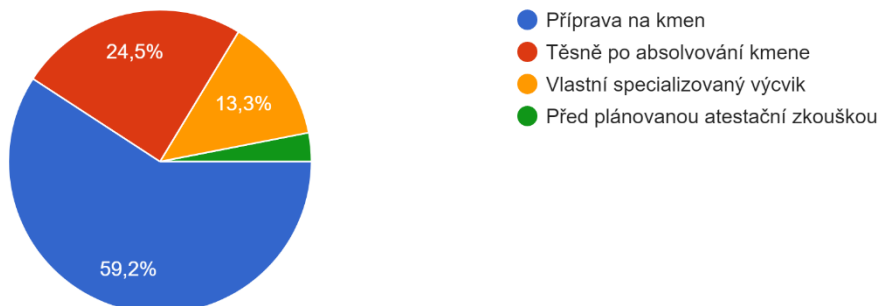
94 odpovědí



(vlastní zpracování)

### 3. V jaké části specializačního vzdělávání se právě nacházíte?

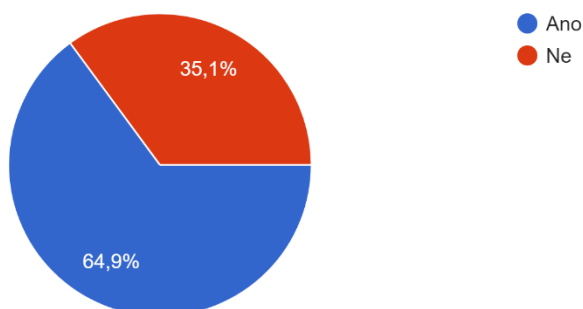
98 odpovědí



(vlastní zpracování)

### 4. Obdrželi jste rezidenční místo?

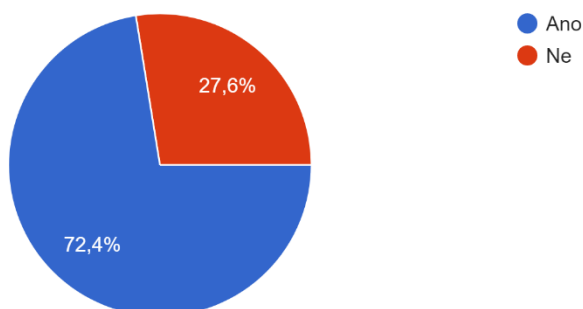
94 odpovědí



(vlastní zpracování)

### 5. Jste obeznámeni se svými vzdělávacími plány?

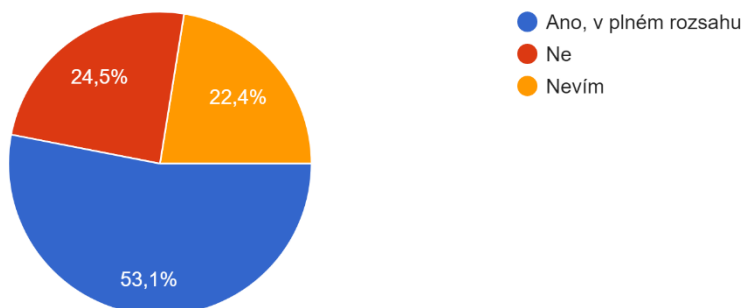
98 odpovědí



(vlastní zpracování)

## 6. Jsou vámi absolvované stáže shodné se vzdělávacími plány?

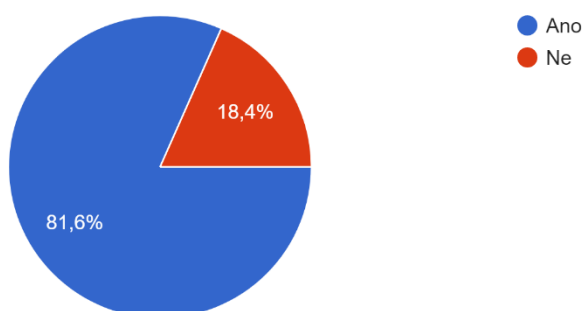
98 odpovědí



(vlastní zpracování)

## 7. Znáte svého školitele?

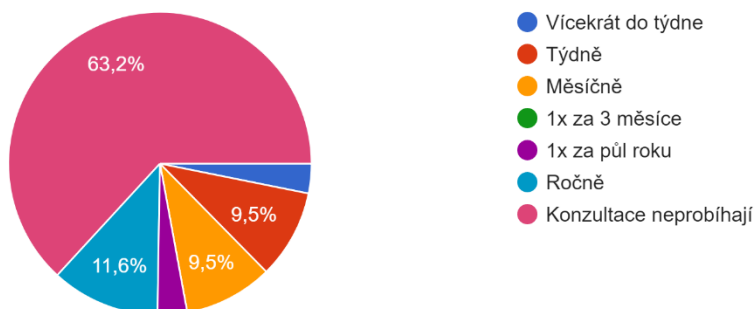
98 odpovědí



(vlastní zpracování)

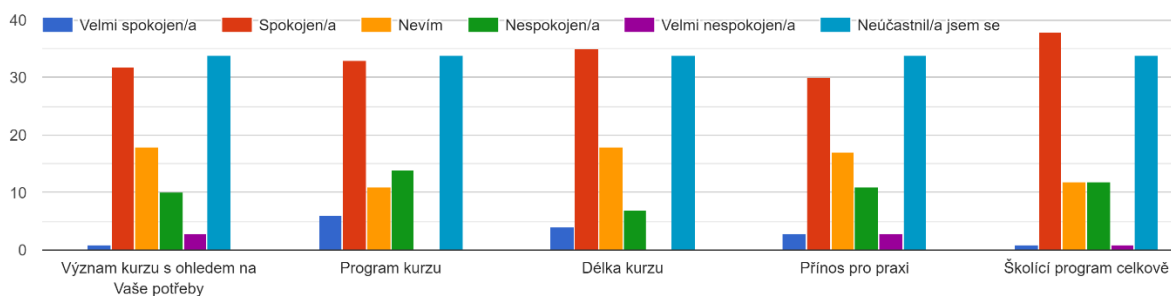
## 8. Pokud jste odpověděli v předchozí otázce ANO. Jak často probíhají konzultace s vaším školitelem?

95 odpovědí



(vlastní zpracování)

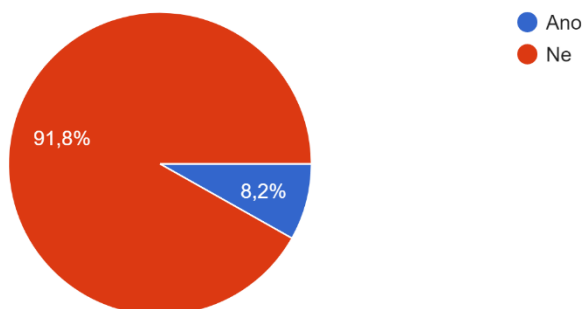
9. Pokud jste absolvovali nějakou z povinných vzdělávacích aktivit, jak byste ji ohodnotili?



(vlastní zpracování)

10. Byli jste nuceni výkon lékařského povolání a vzdělávání z jakéhokoli důvodu přerušit, či ukončit? (těhotenství, změna oboru,...)

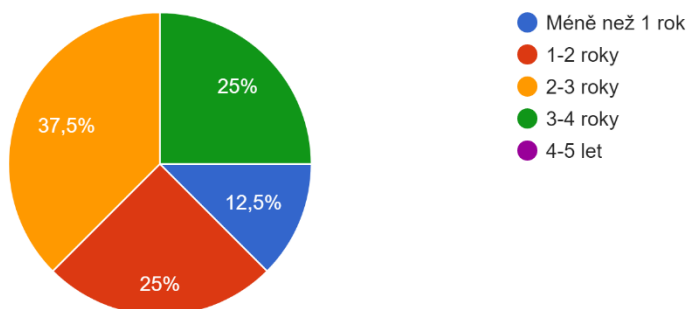
98 odpovědí



(vlastní zpracování)

11. Pokud jste specializační vzdělávání přerušili, jaká byla doba přerušení?

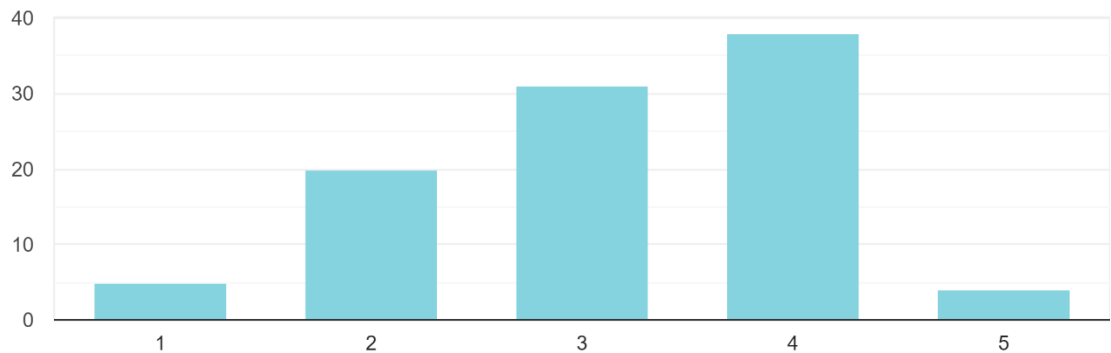
8 odpovědí



(vlastní zpracování)

### 13. Jak vnímáte kvalitu svého vzdělávání?

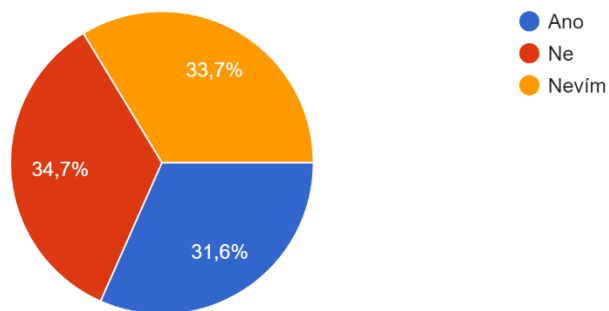
98 odpovědí



(vlastní zpracování)

### 14. Vnímáte nějaké výhody rezidenství?

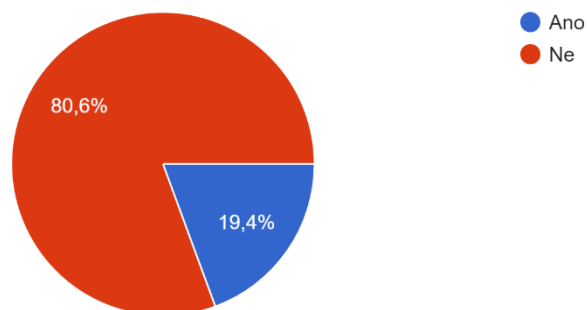
98 odpovědí



(vlastní zpracování)

### 16. Je vaše pracovní pozice vázaná stabilizační /kvalifikační dohodou?

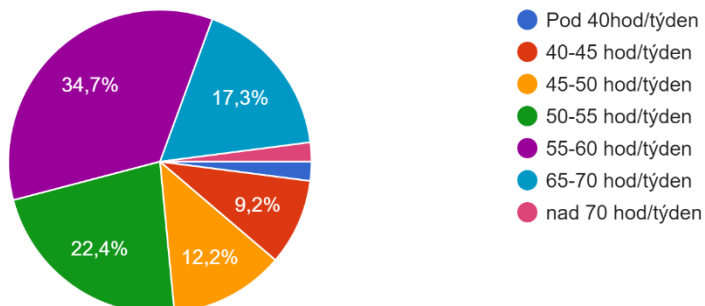
98 odpovědí



(vlastní zpracování)

## 18. Kolik hodin týdně strávíte průměrně v práci?

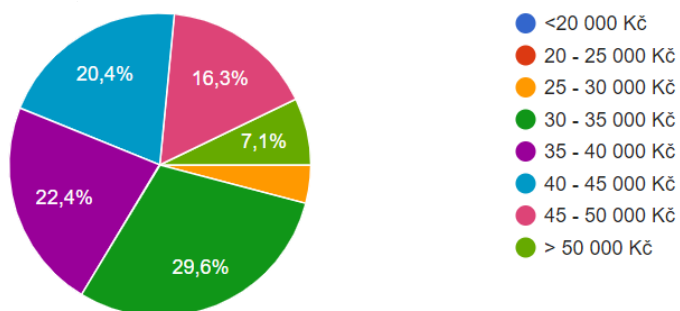
98 odpovědí



(vlastní zpracování)

## 19. Kolik činí váš ČISTÝ měsíční plat?

98 odpovědí



(vlastní zpracování)



## PŘÍLOHA P V: FORMULÁŘ HODNOCENÍ VZDĚLÁVACÍHO PROJEKTU KONZULTAČNÍCH HODIN – ŠKOLITEL

### FORMULÁŘ HODNOCENÍ VZDĚLÁVACÍHO PROJEKTU KONZULTAČNÍCH HODIN – ŠKOLITEL

Jméno školitele:

Jméno rezidenta:

Datum konání konzultace:

*Hodnocení: pro každou lekci označte do tabulky níže*

	Výborné	Velmi dobré	Dobré	Uspokojivé	Neuspokojivé
Klinické dovednosti (anamnéza, vyšetření, léčba)					
Úroveň stanovených teoretických znalostí					
Klinické úvahy a úsudek v nespecifických situacích (diferenciální diagnostika)					
Odborné a vědecké aktivity					
Týmová práce a profesionalita					
Komunikační dovednosti (s pacienty, personálem)					
Chování a vztahy (s pacienty, personálem)					
Organizační schopnosti, plnění svěřených úkolů					
Motivace, smysl pro zodpovědnost					
Předpoklady pro další výkon specializace					
Slovní hodnocení					
Jak byste ohodnotil/a celkovou úroveň projektu?					

Prostor na poznámky:

## PŘÍLOHA P VI: FORMULÁŘ HODNOCENÍ VZDĚLÁVACÍHO PROJEKTU KONZULTAČNÍCH HODIN – REZIDENT

### FORMULÁŘ HODNOCENÍ VZDĚLÁVACÍHO PROJEKTU KONZULTAČNÍCH HODIN – REZIDENT

Jméno školitele:

Jméno rezidenta:

Datum konání konzultace:

*Hodnocení: pro každou lekci označte do tabulky níže*

	Výborné	Velmi dobré	Dobré	Uspokojivé	Neuspokojivé
<b>Obsah lekce</b>					
<b>Úroveň stanovených teoretických znalostí</b>					
<b>Úroveň výkladu a použité vzdělávací metody</b>					
<b>Provázanost s praxí</b>					
<b>Odborné a vědecké aktivity</b>					
<b>Kvalita pomůcek, výukové materiály, technické zázemí</b>					
<b>Komunikační dovednosti školitele a srozumitelnost výkladu</b>					
<b>Chování a vztahy</b>					
<b>Organizační schopnosti</b>					
<b>Přístup a připravenost na lekci</b>					
<b>Slovní hodnocení</b>					
<b>Jak byste ohodnotil/a celkovou úroveň projektu?</b>					

Prostor na poznámky:

# PŘÍLOHA P VII FORMULÁŘ HODNOCENÍ CELÉHO VZDĚLÁVACÍHO PROJEKTU KONZULTAČNÍCH HODIN

## FORMULÁŘ HODNOCENÍ CELÉHO VZDĚLÁVACÍHO PROJEKTU KONZULTAČNÍCH HODIN

Jméno školitele:

Jméno rezidenta:

Datum konání:

*Hodnocení: pro každou lekci zaznačte do tabulky níže*

	Výborné	Velmi dobré	Dobré	Uspokojivé	Neuspokojivé
Byly definovány jasné cíle projektu?					
Byly použity správné metody odpovídající potřebám účastníků?					
Odpovědnost a plánování					
Úroveň a kvalifikace kompetentních osob projektu					
Byly zajištěny potřebné zdroje?					
Kvalita pomůcek					
Probíhalo vzdělávání v souladu se stanoveným plánem?					
Byl projekt průběžně sledován a hodnocen?					
Byly případné nedostatky odstraněny včas?					
Byly splněny cíle projektu?					
Slovní hodnocení					
Jak byste ohodnotil/a celkovou úroveň projektu?					

Prostor na poznámky: