

# Projekt založení hospicové péče ve Zlínském kraji

Mgr. Ivana Ďurišová

---

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: **Mgr. Ivana Ďurišová**  
Osobní číslo: **M16681**  
Studijní program: **N6208 Ekonomika a management**  
Studijní obor: **Management ve zdravotnictví**  
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Projekt založení hospicové péče ve Zlínském kraji**

Zásady pro vypracování:

### Úvod

Definujte cíle práce a použité metody zpracování práce.

#### I. Teoretická část

- Na základě rešerše odborné literatury analyzujte problematiku založení a řízení zdravotnického zařízení poskytující hospicovou a paliativní péči.

#### II. Praktická část

- Proveďte situační analýzu hospicové péče v daném regionu.
- Na základě výsledků z analýzy navrhněte projektové řešení vybudování hospicové péče.
- Zhodnoťte přínosy, náklady a rizika projektu.

### Závěr

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

Seznam odborné literatury:

- BUŽGOVÁ, Radka.** Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života. Praha: Grada, 2015, 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.  
**CONNOR, Stephen R.** Hospice and Palliative Care: The Essential Guide. 3rd ed. London: Taylor and Francis, 2017, 290 s. ISBN 1317221176.  
**DOLEŽAL, Jan.** Projektový management: komplexně, prakticky a podle světových standardů. Praha: Grada, 2016, 424 s. ISBN 978-802-4756-202.  
**KUZNÍKOVÁ, Iva.** O sociální práci pro management zdravotnických organizací. Ostrava: Ostravská univerzita, 2012, 96 s. ISBN 9788073689872.  
**SHIRLEY, David.** Project Management for Healthcare: concepts and practice. 2nd ed. Hoboken: Computer Press, 2016, 283 s. ISBN 14-398-1954-8.

Vedoucí diplomové práce: **doc. Ing. Josef Kubík, CSc.**  
Ústav regionálního rozvoje, veřejné správy a práva  
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: Mgr. Ivana Ďurišová

.....  
podpis diplomanta

## ABSTRAKT

Diplomová práce se věnuje tématu založení hospice na území Zlínského kraje, konkrétně v Uherském Hradišti. Hlavním cílem je připravit projekt, který povede k založení a následnému provozu zařízení. V teoretické části je definován význam paliativní péče a zaměřuje se na podnikání ve zdravotnictví. Praktická část se zabývá analýzou podkladů, které jsou následně použity v projektové části. Projektová část je věnována založení hospice. Obsahuje postup při založení, marketingový plán, personální zajištění a finanční, rizikovou a časovou analýzu. Finální částí je celkové zhodnocení projektu a jeho implementace do praxe.

Klíčová slova: paliativní péče, hospic, podnikání, sociální služba, podnikatelský plán, řízení

## ABSTRACT

The diploma thesis focuses on the issue of establishing a hospice in the Zlín Region, specifically in Uherské Hradiště. The main goal is to prepare a project that would lead to the establishment and subsequent operation of the facility. The theoretical part defines the meanings of palliative care and focusing on health care business. The practical part deals with the analysis of materials, which are subsequently used in the project part. The project dedicated to the establishment of the hospice. It includes setting up process, marketing plan, human resources and analyses of finance, risk and time management. The final part is the evaluation of the project and its implementation into practice.

Keywords: palliative care, hospice, business, social service, business plan, management

Poděkování:

Ráda bych na tomto místě poděkovala vedoucímu mé diplomové práce, doc. Ing. Josefu Kubíkovi, CSc., za profesionální přístup, odborné vedení a cenné rady, které mi poskytl při konzultacích k diplomové práci.

Můj dík současně patří i celé mé rodině, která mě po celou dobu studia podporovala a motivovala.

## OBSAH

ÚVOD .....	9
CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE .....	10
<b>I. 11TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>11</b>
<b>1 KONCEPCE PALIATIVNÍ PÉČE.....</b>	<b>12</b>
1.1 DEFINICE PALIATIVNÍ PÉČE.....	12
1.2 PRINCIP PALIATIVNÍ PÉČE.....	12
1.3 DĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE.....	13
1.3.1 PALIATIVNÍ PÉČE POSKYTOVÁNA V NEMOCNICÍCH.....	14
1.3.2 PALIATIVNÍ PÉČE POSKYTOVÁNA V LŮŽKOVÝCH HOSPICÍCH.....	15
1.3.3 PALIATIVNÍ PÉČE POSKYTOVÁNA V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ.....	16
1.4 PALIATIVNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE.....	16
1.5 HOSPICOVÁ PÉČE.....	17
1.5.1 HISTORIE A ROZVOJ HOSPICOVÉ PÉČE.....	18
1.5.2 SÍŤ HOSPICŮ V ČESKÉ REPUBLICE.....	19
1.5.3 HOSPICOVÁ PÉČE V ZAHRANIČÍ.....	19
<b>2 PODNIKÁNÍ .....</b>	<b>21</b>
2.1 MOŽNOSTI PODNIKÁNÍ V ČESKÉ REPUBLICE.....	22
2.2 FYZICKÁ A PRÁVNICKÁ OSOBA V PODNIKÁNÍ.....	23
2.2.1 FYZICKÁ OSOBA.....	23
2.2.2 PRÁVNICKÁ OSOBA.....	24
2.3 PODNIK.....	27
2.3.1 ZNAKY PODNIKU.....	27
2.3.2 PODNIKATEL.....	28
2.3.3 CÍLE PODNIKU A JEHO FUNKCE.....	29
2.3.4 ZALOŽENÍ PODNIKU.....	29
2.4 PODNIKÁNÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	31
<b>3 PODNIKATELSKÝ PLÁN.....</b>	<b>32</b>
3.1 TVORBA PODNIKATELSKÉHO PLÁNU.....	32
3.2 PŘÍPRAVA PODNIKATELSKÉHO PLÁNU.....	33
3.3 STRUKTURA PODNIKATELSKÉHO PLÁNU.....	34
<b>4 ZÁVĚREČNÉ SHRNUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI.....</b>	<b>36</b>
<b>II. 37PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>37</b>
<b>5 ANALÝZA EXTERNÍCH FAKTORŮ .....</b>	<b>38</b>
5.1 PEST ANALÝZA – ANALÝZA VNĚJŠÍHO PROSTŘEDÍ.....	38
5.2 POLITICKO - PRÁVNÍ FAKTORY.....	38
5.2.1 EKONOMICKÉ OKOLÍ.....	40
5.2.2 SOCIÁLNÍ A KULTURNÍ OKOLÍ.....	42
5.2.3 TECHNOLOGICKÉ FAKTORY.....	43
5.3 ANALÝZA HOSPICOVÉ PÉČE VE ZLÍNSKÉM KRAJI.....	44

5.3.1	TRENDY VE VÝVOJI HOSPICOVÉ PÉČE .....	45
5.3.2	SWOT ANALÝZA HOSPICOVÉ PÉČE VE ZLÍNSKÉM KRAJI .....	47
5.4	ANALÝZA KONKURENČNÍHO PROSTŘEDÍ.....	49
5.4.1	PORTERŮV MODEL 5-TI KONKURENČNÍCH SIL .....	49
5.4.2	ANALÝZA KONKURENTŮ VE ZLÍNSKÉM KRAJI.....	54
5.5	DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ.....	56
5.5.1	CÍLE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	57
5.5.2	METODIKA PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	57
5.5.3	CHARAKTERISTIKA SOUBORU RESPONDENTŮ.....	57
5.5.4	ANALÝZA A INTERPRETACE DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	58
5.5.5	VYHODNOCENÍ CÍLE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A VÝZKUMNÝCH HYPOTÉZ .....	65
5.6	SHRnutí POZNATKŮ ANALYTICKÉ ČÁSTI.....	66
	<b>6 PROJEKT ZALOŽENÍ HOSPICOVÉ PÉČE .....</b>	<b>68</b>
6.1	PŘEDPOKLÁDANÝ POSTUP PŘI ZALOŽENÍ HOSPICE .....	68
6.2	HYGIENICKÉ POŽADAVKY NA PROVOZ HOSPICE .....	74
6.2.1	PROVOZNÍ ŘÁD.....	76
6.3	TECHNICKO – VĚCNÉ VYBAVENÍ.....	77
6.3.1	SPECIFICKÉ POŽADAVKY NA VYBAVENÍ HOSPICE .....	79
6.4	SOUPIS SMLUV, SMĚRNIC A DOKUMENTŮ POTŘEBNÝCH K PROVOZU HOSPICE .....	79
6.5	NAVÁZÁNÍ SMLUVNÍHO VZTAHU SE ZDRAVOTNÍMI POJIŠŤOVNAMI.....	80
6.6	MARKETINGOVÝ PLÁN .....	81
6.6.1	POSANÍ, VIZE, CÍLE A STRATEGIE .....	82
6.6.2	CÍLOVÁ SKUPINA.....	82
6.6.3	MARKETINGOVÝ MIX 4P.....	83
6.7	PERSONÁLNÍ ZAJIŠTĚNÍ.....	86
6.8	FINANČNÍ PLÁN .....	88
6.8.1	PLÁN NÁKLADŮ HOSPICE .....	88
6.8.2	PLÁN PŘÍJMŮ HOSPICE .....	93
6.8.3	PLÁN PŘÍJMŮ A VÝDAJŮ HOSPICE .....	96
6.9	ANALÝZA RIZIK PROJEKTU.....	97
6.10	ČASOVÁ ANALÝZA .....	98
6.11	ZHODNOCENÍ PROJEKTU Z HLEDISKA IMPLEMENTACE DO PRAXE .....	101
6.12	CELKOVÉ SHRnutí PROJEKTU .....	103
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>104</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>105</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>113</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>114</b>
	<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>115</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ.....</b>	<b>117</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>118</b>



## ÚVOD

Umírání a smrt je právem aktualizované téma, o kterém bychom se neměli bát přemýšlet, a to jak v rovině obecné, tak i profesionální. Když si člověk opakovaně připomíná konečnou fázi svého života, jistě bude jinak a odpovědněji zacházet s drahocenným časem, který mu je pro pobyt na tomto světě věnován. Člověk se bojí smrti, konkrétněji má strach z utrpení a bolesti. Ti, kteří očekávají svůj skon v určitém čase, a právě tak i jejich příbuzní, pátrají po přiměřených formách pomoci a také po informacích, jak situaci prožívali a jak se s ní vyrovnali jiní lidé. Často chybí konkrétní návody a doporučení, jak zvládnout nesnadnou životní situaci. Právě v tento okamžik hledejme přiměřené a dostupné formy péče, které každému umožní důstojně odejít.

Právě paliativní neboli útěšná medicína může pro umírající a jejich rodiny představovat ucelený a nadějný systém pomoci s cílem dosažení co nejlepší kvality života nemocných v terminální fázi onemocnění. Klade důraz na léčbu bolesti, dušnosti, nevolnosti a dalších vyskytujících se symptomů, řeší psychologické, sociální a duchovní problémy nemocných. Paliativní péči lze poskytovat ve zvláštních zařízeních, které se nazývají hospice.

Hospic neboli útulek či útočiště byl původně termín používaný ve středověku pro tzv. domy odpočinku určené unaveným poutníkům. Hospice později přirozeně zanikly, myšlenka na jejich obnovu ožila teprve v 18. století v irském Dublinu. V České republice je historie hospiců poměrně krátká a datuje se od roku 1995, kdy lékařka Marie Svatošová založila občanské hnutí *Ecce homo*, které podporovalo rozvoj hospicového hnutí v Česku. Mimořádně úspěšným počinem bylo vybudování Hospice Anežky České v Červeném Kostelci, který byl první na území České republiky.

Diplomová práce pojednává o projektu zaměřeném na založení lůžkového hospicového zařízení v Uherském Hradišti, které by zajišťovalo poskytování paliativní péče primárně obyvatelům Zlínského kraje, případně i části kraje Jihomoravského. Myšlenka o založení hospice vychází z představy osvětlit veřejnosti možnosti paliativní medicíny a ukázat, že v případě nejtěžšího životního období nezůstanou samy.

Práce je složena z části teoretické a části praktické. Teoretická část definuje pojmy vztahující se k paliativní a hospicové péči a také tato část popisuje možnosti podnikání v České republice. Druhou část tvoří analytická fáze prostředí, která mapuje podmínky pro založení hospice. Projektová část, vycházející z analytické části, předkládá ucelený projekt na založení hospicového zařízení ve Zlínském kraji i s hodnocením implementace do praxe.

## CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE

Hlavním cíle diplomové práce je vypracovat projekt na založení hospicového zařízení ve Zlínském kraji, které by mohlo být reálně uvedeno do provozu.

Díličím cílem práce je na základě teoretických znalostí získaných literární rešerší analyzovat prostředí pro založení hospicového zařízení a identifikovat příležitosti, hrozby a rizika, která souvisejí s plánovaným projektem. V analytické části byly využity metody PEST, SWOT a Porterova analýza, díky kterým byly připraveny podklady pro tvorbu podnikatelského plánu. Dále bylo provedeno anonymní dotazníkové šetření ohledně názoru a zájmu respondentů Zlínského kraje o využití služby. V projektové části jsou popisovány jednotlivé kroky, které vedou k reálnému založení hospicového zařízení. Byla zhodnocena i jeho možná implementace do praxe a případná rizika, která s plánovaným projektem mohou nastat.

V rámci diplomové práce byly definovány hypotézy a následně ověřeny pomocí dotazníkového šetření:

**Hypotéza 1:** Více než 75 % respondentů má zájem o služby hospice ve Zlínském kraji. Tato hypotéza byla stanovena zejména z důvodu zjištění zájmu obyvatel Zlínského kraje o službu.

**Hypotéza 2:** Více než 50 % respondentů má zájem o služby pobytové hospicové péče. Hypotéza sloužila ke zjištění preference občanů formy hospicové péče, zda mobilní či lůžková.

**Hypotéza 3:** Více než 50 % respondentů je ochotna zaplatit částku za 1 měsíc kompletních služeb v rozmezí 10 001 – 15 000 Kč. Zde bylo zjišťováno, kolik jsou ochotni respondenti vynaložit finančních prostředků spojených s měsíčním pobytem v hospicovém zařízení.

Byla stanovena i hypotéza 4, která je ověřována projektovou částí práce:

**Hypotéza 4:** Projekt založení hospicové péče ve Zlínském kraji je finančně udržitelný a provozu schopný.

Výstupem diplomové práce bude ucelený, realizovatelný a finančně udržitelný projekt pro založení hospicové péče ve Zlínském kraji.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 KONCEPCE PALIATIVNÍ PÉČE

Problematika paliativní neboli útěšné medicíny každodenně provází zdravotnické týmy při jejich práci, protože jen menší část onemocnění můžeme vyléčit. Většina nemocí má chronický charakter a z nich opět významná část zkrátí pacientův život a vede dříve či později nevyhnutelně ke smrti. Doposud je výuka lékařů a sester často zaměřena především na technologicky pojatou medicínu využívající komplikované přístrojové vybavení a sofistikované vyšetřovací a léčebné postupy. Jsou převážně orientovány na jediný cíl – uzdravení nemocného. Každá jiná možnost je pak považována za neúspěch a případné selhání jednotlivce i týmu (Connor, 2017, s. 9 – 13). Péče o chronicky nemocné a nemocné v terminální fázi života nebývá v popředí zájmu zvláště u mladší generace zdravotníků. Přitom právě tyto nemocní potřebují lékařskou a zejména ošetrovatelskou péči nejvíce. Moderní paliativní medicína výrazně přispívá k dobré kvalitě života nemocných při využití interdisciplinární týmové práce zdravotníků s různými znalostmi a dovednostmi. U takového spektra pacientů je prvním úkolem odstranit či alespoň zmírnit obtíže nemocného a pečovat o co nejlepší kvalitu jeho života, s vědomím, že dobu života nemůžeme výrazně prodloužit (Haškovcová, 2000, s. 11 – 13).

### 1.1 Definice paliativní péče

Paliativní péče je přínosem pro všechny s život ohrožující nemocí a to bez ohledu na prognózu. Mezinárodně uznávaná definice Výboru ministrů Rady Evropy definuje paliativní péči jako *„Aktivní, na kvalitu života orientovanou péči poskytovanou nemocným, kteří trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu. Jejím cílem není primárně vyléčení pacienta či prodloužení jeho života, ale prevence a zmírnění bolesti a dalších tělesných i duševních strádání, zachování pacientovi důstojnosti a podpora jeho blízkých.“* (Marková a kol., 2015, s. 9). Základním cílem je tedy holistický přístup k nevléčitelně nemocným pacientům, který se zaměřuje na bio – psycho – sociální a spirituální dimenzi nemocných (Sláma, 2012, s 10).

### 1.2 Princip paliativní péče

Paliativní péče uznává a respektuje duševní hodnotu každého jedince jako autonomní a individuální osobnosti. Péče je poskytována pouze tehdy, když jsou pacienti a/nebo rodina připraveni ji akceptovat. V ideálním případě si pacient uchová možnost volby mezi různými variantami léčby, místě péče a přístupu ke specializované terapii. Pacient by měl mít

možnost rozhodnutí. Pro tento účel je nutné poskytnout dostatek informací o diagnóze, prognóze a variantách léčby a dalších souvisejících aspektech péče. Důležitou součástí je i téma diskuze o etickém problému, který nastává v případě, že pacient není schopen o sobě a další terapii rozhodovat či kdy rozhodovat o dalším průběhu péče nechce. Poskytovatelé paliativní péče by měli udržovat s pacienty i jejich rodinami vztah na bázi spolupráce, neboť jsou důležití partneři při plánování péče a zvládnutí onemocnění pacienta. Hlavním cílem paliativní péče je dosáhnout, podpořit, zachovat a posílit nejvyšší možnou kvalitu života. Paliativní péče se nesnaží smrt ani uspíšit, ani oddálit. Uznává hodnotu života, přirozenost procesu smrti i skutečnost, že jak život, tak umírání mohou být příležitostmi pro osobní růst a seberealizaci (Radbruch, Payne a kol., 2010, s. 21 - 25).

Haškovcová uvádí (2000, s. 38-39), že principy paliativní medicíny korelují s potřebami umírajících a zaměřují se na tyto základní cíle:

- Symptomatickou léčbu;
- Zmírňující péči;
- Efektivní terapii somatické a psychické bolesti;
- Emotivní podporu;
- Sociální zázemí;
- Spirituální pomoc;
- Aktivní nebo aktivizační individuální program pro umírající;
- Odbornou pomoc rodině umírajícího.

Paliativní péče se neodvrací od terminálně nemocných klientů, ale záleží jí na jejich důstojnosti a přívětivé kvalitě života (Marková a kol., 2015, s. 8).

### 1.3 Dělení paliativní péče

Podle celkové odbornosti péče a v souladu se standardy paliativní péče rozlišujeme dvě úrovně poskytování, a to obecnou a specializovanou paliativní péči.

**Obecná paliativní péče** – jedná se o péči, kterou poskytují zdravotníci a pracovníci sociálních služeb v rámci svých odborností. Základním stanoviskem je včasná detekce nevyléčitelného onemocnění, identifikace a ovlivňování oblastí, které jsou významné pro kvalitní život nemocného (např. racionální využití kauzálních léčebných postupů, léčba symptomů, empatická komunikace, organizační zabezpečení péče, zajištění konziliární služby specialistů, garance domácí ošetrovatelské péče atd.). Obecnou paliativní péči by

měli dokázat poskytnout všichni zdravotníci z hlediska specifike své odbornosti (Sláma, 2012, s. 10).

**Specializovanou paliativní péčí** se rozumí aktivní multidisciplinární péče poskytovaná odborníky, kteří jsou v oblasti paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými znalostmi a zkušenostmi. Tým tvoří lékař, zdravotní sestry, sociální pracovník, psycholog, fyzioterapeut, pastorační pracovník a dle potřeby další odborníci. Poskytovat paliativní péči a konziliární činnost je stěžejní pracovní náplní tohoto multidisciplinárního týmu. Specializovaná paliativní péče má sloužit k zajištění péče u pacientů, kteří komplexností svých potřeb (tělesných nebo psychosociálních) přesahují možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče (Sláma, 2012, s. 11).

V rámci specializované paliativní péče se můžeme setkat s různými organizačními formami. V České republice (dále jen ČR) se v roce 2013 vyskytují následující:

- Mobilní paliativní péče (péče poskytovaná v domácím nebo náhradním sociálním prostředí klienta);
  - Ambulance paliativní medicíny;
  - Samostatně stojící lůžkové zařízení hospicového typu;
  - Oddělení paliativní péče v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení.
- (Sláma, Špínková a Kabelka, © 2013, s. 7)

V zahraničí nacházíme i mnoho jiných variant specializované paliativní péče jako např. konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení, denní stacionář určený paliativním klientům a zvláštní zařízení specializované paliativy (specializované poradny, tísňové linky, zařízení určená pro určité diagnostické skupiny atd.) (Sláma, Špínková a Kabelka, 2013, s. 7).

### **1.3.1 Paliativní péče poskytována v nemocnicích**

Nemocnice, navzdory obavám z povahy tohoto prostředí, zastává významnou roli při poskytování paliativní péče. Slýcháváme, že lidé si přejí „umírat doma“. Ne vždy je to ale možné, a právě z tohoto důvodu je důležitá fungující nemocniční paliativní péče, která má za cíl tu nejlepší možnou péči pro umírajícího. Náplní paliativního týmu v nemocnicích je zejména složitá komunikace s pacientem a všemi odbornostmi, které o pacienta pečují. Má za cíl probrat s pacientem onemocnění, vysvětlit alternativy zdravotní péče, koordinovat složky multidisciplinárního týmu, které mohou přispět ke zlepšení kvality života a společně

vytvářet plán pro situace zlepšení či zhoršení pacientova stavu. (Payne, Seymour a Ingleton, 2007, s. 118 – 132) Ze zahraničních příkladů a pilotních projektů v rámci ČR může mít paliativní péče v nemocnicích čtyři podoby:

- **Lůžkové paliativní oddělení** – poskytuje hospitalizovaným pacientům péči v terminální fázi života.
- **Paliativní konziliární tým** – zajišťuje konzultace a intervence paliativních specialistů pro všechna oddělení nemocnice. V zahraničí velmi rozšířená metoda, v ČR začíná vznikat díky programu **Spolu až do konce**.
- **Ambulance paliativní medicíny** – zabezpečuje starost o pacienty, pobývajících v domácím prostředí nebo v zařízení sociálních služeb.
- **Lůžková stanice paliativní medicíny** – poskytuje akutní paliativní péči, ale po stabilizaci zdravotního stavu a formulaci plánu propouští pacienty zpět do původního zázemí (hospic, domácí péče aj.). V ČR tento typ péče prozatím neexistuje (Bužgová, 2015. s. 24).

V ČR je rozvoj těchto forem paliativní péče oproti zahraničí značně opožděn. Pro příklad v USA (Spojené státy americké) má vlastní paliativní program 80 % nemocnic, v Německu pracují paliativní týmy ve více než 250 nemocnicích, v rakouských nemocnicích funguje 49 konziliárních týmů a 36 lůžkových stanic, které se věnují oblasti paliativní péče. V současné době spouští Ministerstvo zdravotnictví ČR (dale jen MZ ČR) projekt podporující paliativní péči v nemocnicích (MZ ČR, © 2018).

### 1.3.2 Paliativní péče poskytována v lůžkových hospicích

Lůžkový hospic jako samostatně stojící lůžkové zdravotnické zařízení poskytuje specializovanou paliativní péči především pacientům s omezenou očekávanou délkou života (délka pobytu v řádu týdnů až měsíců). Klade důraz na individuální potřeby a přání nemocného a na vytvoření prostředí v němž by mohl zůstat až do konce života v intenzivních vztazích se svou rodinou a blízkými. Tohoto cíle dosahuje snahou o „domácí atmosféru“, maximálním soukromím (obvykle jednolůžkové pokoje), volným režimem pro návštěvy a dobrou dopravní dostupností. Péči poskytuje multidisciplinární tým složený z lékaře, zdravotní sestry, ošetřovatele, sociálního pracovníka, pastoračního pracovníka a dobrovolníků (Vadivelu a Kaye, 2012, s. 7 – 18). V ČR bylo na základě dat Asociace

poskytovatelů hospicové paliativní péče ( dále jen APHPP) k roku 2012 celkem 14 lůžkových hospiců (APHPP, © 2017, s. 1-3).

### **1.3.3 Paliativní péče poskytována v domácím prostředí**

Jak již bylo zmíněno, je ideální, když člověk může zemřít v rodinném prostředí v péči rodinných příslušníků. V takové situaci musí mít rodina určité podmínky. Nestací jen chtít, je třeba také umět a moci (Haškovcová, 2000, s. 53). V oblasti sociální politiky lze však intervenovat ve prospěch pacientů a jejich rodinných příslušníků. V případě, že rodinný příslušník přebírá péči o osobu blízkou, lze pobírat určité sociální dávky, které mu umožňují setrvat mimo zaměstnání (Kuzníková, 2012, s. 18 - 21). Naučit pečovat rodinu o nemocného není nemožné. Pouze malé procento rodin zvládá tuto péči samostatně a vyžaduje jen minimální pomoci zdravotníků. Zařízení mobilní specializované paliativní péče (také domácí hospic, mobilní hospic) představuje specializovanou paliativní péči v domácím nebo náhradním sociálním prostředí pacientů. Tato forma je v některých zahraničních zemích nejrozvinutější paliativní péčí. V USA představuje více než 90 % objemu veškeré specializované paliativy. Řada zařízení domácí ošetrovatelské péče (home care) poskytuje některé aspekty hospicové paliativní péče. Rodina poskytuje laickou péči a některé odborné úkony, které ji zdravotníci naučí. Náročnější ošetrovatelské výkony spadají do kompetencí profesionálů, kteří právě podle potřeby/dohody dojíždějí do domácího prostředí pacienta (Sláma, 2012, s. 11 - 12).

## **1.4 Paliativní péče v České republice**

Paliativní péče prokázala především v posledních 30-ti letech, že je nedílnou součástí odpovědného přístupu k demografickým a epidemiologickým výzvám posledních desetiletí a to nejen z hlediska klinického, ale i zdravotně-ekonomického. Její rozvoj zásadním způsobem podporuje rovnováhu mezi akutní medicínou a návaznou, dlouhodobou a terminální péčí ve všech vyspělých zemích. V některých členských zemích Evropské unie (dále jen EU) je nárok na kvalitně poskytovanou paliativní péči zakotven přímo v legislativě. Paliativní péče v současnosti představuje jeden z nejdynamičtěji se rozvíjejících oborů medicíny. Bohužel ČR však v rozvoji paliativní péče výrazně zaostává i za některými ekonomicky méně vyspělými evropskými zeměmi (Kabelka, Sláma a Loučka, © 2016). V ČR potřebuje každoročně paliativní péči více než 70 000 pacientů. Právě většina chronicky nemocných pacientů umírá na lůžkách akutní nebo následné péče v nemocnicích.



Nejčastějším důvodem hospitalizace je právě kvůli komplikacím a očekávané progresi chronických onemocnění. Právě kvalitní paliativní léčbou, díky lepšímu plánování a organizaci péče by bylo možné předcházet významné části těchto hospitalizací. V ČR se v současné době můžeme setkat s rozvojem paliativní péče a to např. v programu Ministerstva zdravotnictví České republiky „*Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče.*“. Předmětem projektu je zvýšení dostupnosti služeb obecné a specializované paliativní péče v nemocnicích, díky kterému dojde ke zlepšení kvality života lidí s nevléčitelným onemocněním. Lůžková zařízení v ČR nejsou pro pacienty v závěru života adekvátní zejména z důvodu malé schopnosti rozhodování o indikaci do paliativní péče či při tvorbě plánu péče (nedostatečná léčba symptomů, špatná komunikace s rodinou, vícelůžkové pokoje, nevěnování pozornosti psychosociálním a spirituálním potřebám). Cílem projektu je vytvořit prostředí pro zvýšení dostupnosti paliativní péče v nemocnicích akutní, následné a dlouhodobé péče prostřednictvím vytvoření nového samostatného programu paliativní péče a připravit tak pacientům adekvátní závěr života (MZ ČR, © 2018).

Dalším významným projektem v této oblasti je pilotní projekt MZ ČR a Všeobecné zdravotní pojišťovny (dále jen VZP) v rámci Mobilní specializované paliativní péče (dále jen MSPP). Tato koncepce umožňuje pacientům důstojně dožít v domácím prostředí. Program běží již od jara roku 2015 a má za cíl ověřit, jestli je MSPP bezpečnou formou zdravotní péče, která má klinický přínos pro pacienta a která není významně dražší než současné způsoby péče o umírající. Analyzovaná péče měla charakter „domácí hospitalizace“ pacienta v terminální fázi onemocnění, přičemž mobilní hospic zajišťoval veškerou zdravotní péči, kterou pacient v průběhu péče potřeboval, v režimu 24/7/365 (Kabelka, © 2016).

## 1.5 Hospicová péče

Hospicová péče je specializovaná forma zdravotní, sociální a psychologické péče, která je poskytována klientům každé indikační, diagnostické i věkové skupiny, u nichž se předpokládá prognóza délky života na základě objektivního lékařského posouzení kratší, než šest měsíců a u kterých byla ukončena aktivní kurativní léčba. V rámci hospicové péče se klientům poskytuje především paliativní péče. Základem je léčba bolesti, dušnosti a dalších symptomů terminálního stadia onemocnění, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních potřeb a problémů nemocných klientů a návazně i jejich rodinných příslušníků.

Časový horizont 6 měsíců do očekávaného úmrtí tak zásadně odlišuje péči hospicovou od péče nemocnic, léčeben dlouhodobě nemocných nebo ošetrovatelských ústavů (APHP, © 2017, s. 1-3). Nejedná se ovšem o místo, kde pacienti v terminálním stádiu čekají na svůj konec. Pracovníci hospicových služeb dbají na kvalitu života nemocných, hlídají dodržování bio-psycho-sociálních potřeb, nabízí rodině aktivní spoluúčast v rámci péče (návštěvy nemocného, neomezování času stráveného s nemocným) svých svěřenců. Erudovaný multidisciplinární tým dává prostor nejbližším strávit spolu co nejvíce příjemných chvil, zatímco zabezpečuje úkony pro zachování důstojného dožití. V ČR se můžeme setkat s poskytováním hospicové péče v rámci lůžkového hospice a domácího hospice (Haškovcová, 2000, s. 39 – 44).

**Lůžkový hospic** je specializované zařízení pro zvládnutí, tlumení a tišení symptomů nevyléčitelných onemocnění v terminální fázi lidského života. Jedná se o místo laskavé péče, které vytváří bezpečné prostředí pro nemocného a jeho rodinu. Nemocný může kdykoliv dle svého přání pobyt v hospici ukončit a znovu požádat o přijetí do hospicové péče (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012, s. 233 - 234). Naproti tomu stojí **domácí hospic**, který poskytuje výše zmíněnou péči v sociální prostředí nemocného. V současné době je většina těchto registrovaných specializovaných organizací (domácí hospice) bez smlouvy se zdravotními pojišťovnami. Pojišťovny se odkazují na nepravdivou informaci, že tuto speciální péči poskytují v regionu agentury domácí péče. Problém nastává tehdy, je-li pacient pod záštitou takové agentury a dojde ke komplikacím zdravotního stavu. Nemocní jsou odesíláni do lůžkových zařízení různého typu (nejčastěji interní oddělení, léčebny dlouhodobě nemocných). Jedná se tak o proklamované tvrzení, že je klientům poskytnuta domácí hospicová péče. Skutečná domácí hospicová péče je v současné době financována většinou z darů jednotlivců a sponzorů (APHP, © 2017, s. 4 – 8).

### 1.5.1 Historie a rozvoj hospicové péče

Termín hospic znamená útulek nebo útočiště. Vychází již ze středověku, kdy byl používán pro tzv. domy odpočinku, které vyhledávali zejména unavení poutníci směřující do Palestiny. Pobyli zde několik dní, aby načerpali nové síly na další úseky náročné cesty. Hospic většinou vedl člověk, který byl schopen vést nejenom hostinec, ale vyznal se i v ranhojičství. Hospice později přirozeně zanikly a myšlenka na ně ožila teprve v 18. století, kdy byla v Dublinu otevřena nemocnice pro umírající a poskytovaná péče odpovídala principům sesterské charity (Haškovcová, 2000, s. 39).

Protagonistkou hospicového hnutí se stala Angličanka Cecilia Saundersová. Již v mládí byla přesvědčená, že umírající potřebují specifickou péči a že je možné je uchránit utrpení. Významným milníkem je rok 1969 kdy byl v Londýně otevřen první hospic moderního typu s názvem St. Christopher's Hospice, v jehož čele stanula právě Cecilia Saundersová. V současné době je nazýván „mateřským domovem“ hospicového hnutí (Payne, Seymour a Ingleton, 2007, s. 51 – 53).

Historie hospicového hnutí v ČR je poměrně krátká a datuje se od roku 1993, kdy lékařka Marie Svatošová založila občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí s názvem Ecce homo. Prvním mimořádným počinem tohoto hnutí bylo vybudování a otevření Hospice Svaté Anežky České v Červeném Kostelci (Haškovcová, 2000, s. 40 – 41).

### **1.5.2 Sít' hospiců v České republice**

Rozvoj hospicové péče v ČR byl nastartován v rámci změn, které v českém zdravotnictví probíhaly od devadesátých let 20. století. Díky tomuto byl v roce 1995 otevřen první hospic v ČR. V roce 2017 vláda schválila legislativní zakotvení hospiců do českých norem. Ministerstvo zdravotnictví doplnilo úpravu novely zákona o zdravotních službách a úprava se právě týkala poskytování hospicové péče. Cílem bylo výslovné zakotvení instituce tzv. hospice coby poskytovatele zdravotních služeb pacientům v terminálním stádiu ve speciálních lůžkových zařízeních. Na základě této novely předpokládá ministerstvo větší dostupnost hospicové péče pro všechny, kdo jí potřebují. V současné době je na území Česka celkem 16 lůžkových hospiců, které splňují parametry standardů APHPP. Asociace si dává za cíl dosažení stavu, kdy v ČR je poskytována hospicová péče samostatně stojící, specializovaným zařízením v rozsahu alespoň 1 kraj = 1 lůžkový hospic. Dále si klade za cíl legislativní ukotvení pro dostatečné financování na základě smluv se zdravotními pojišťovnami (APHPP, © 2017)

### **1.5.3 Hospicová péče v zahraničí**

Za kolébku moderního hospicového hnutí lze jistě považovat Velkou Británii, kde na předměstí Londýna byl vybudován roku 1967 hospic sv. Kryštofa, ve kterém je péče o „celkovou bolest“ terminálně nemocných poprvé zajištěna multidisciplinárním profesionálním týmem. Vztah mezi prvními hospici a hlavním proudem medicíny byl zpočátku napjatý. Zastánci hospicového hnutí, často nezdravotníci či střední a nižší zdravotnický personál, vytýkali, že zdravotní péče o umírající v nemocnicích je

nepřiměřená, příliš agresivní a nedostatečně empatická. V současné době je v západní Evropě již tato nevraživost překonána. Samostatně stojící hospice se tak staly místem, kde jsou aplikovány nejmodernější léčebné postupy při mírnění symptomů a setkáváme se i s probíhajícím klinickým výzkumem v této oblasti. Naopak v mnoha akutních nemocnicích a zařízeních následné péče je snaha využívat poznatky právě z hospicové a paliativní péče. Specifika hospiců u nás a v zahraničí jsou zajisté ovlivněna rozdílnými koncepcemi národního systému zdravotnické a sociální péče, ustanovenými standardy a způsoby financování. Zatímco v ČR je preferováno centralizované řízení o kapacitě vycházející ze spádové oblasti, v zahraničí se setkáváme s modelem zřizování lokálních zařízení o nižší kapacitě s důrazem na maximální komfort nemocného, byť na úkor vyšších provozních nákladů (Sláma, © 2009, s. 183 – 185). Vzhledem k tradici společných dějin i státu může být pro ČR inspirativní zejména rakouské hospicové hnutí. Rakouský hospicový program je důsledně budován jako otevřený a vyzývá laickou veřejnost ke spolupráci. Ve Francii například „posvětil“ myšlenku hospicového hnutí prezident François Mitterand, který projevil zájem „*O místo kde smrt není schována, ani dramatizována, ale doprovázena. Místo, které není místem umírání, ale života.*“ (Haškovcová, 2000, s. 54 – 56). Nemocní si např. ve francouzském hospici Clermont-Ferrandu mají k dispozici vinný bar, kde si pod lékařským dohledem mohou dát se svými blízkými sklenku vína či whisky (Po lécích na skleničku, © 2014).

## 2 PODNIKÁNÍ

Současná legislativa pojem podnikání výslovně nedefinuje. K vymezení pojmu podnikání lze dospět výkladem §§ 420-421 Občanského zákoníku, který definuje pojem podnikatel (Česko, 2012). Na základě tohoto vymezení lze podnikání popsat jako soustavnou činnost prováděnou samostatně vlastním jménem na vlastní odpovědnost za účelem dosažení zisku. Základním charakterem podnikání a jakékoliv podnikatelské činnosti je tedy vlastnictví a řízení podniku, které spočívá v samostatném a iniciativním využívání vlastních nebo svěřených prostředků, za účelem dosažení ekonomických zisků. (Paták, 2006 s. 5). Cílem podnikání je maximalizace hodnoty podniku a maximalizace hodnoty majetku vlastníků (Martinovičová, Konečný a Vavřina, 2014, s. 13). Podnikání tedy můžeme vnímat ve dvou základních významech. Jednak jako činnost, jejímž smyslem je tvorba přidané hodnoty k stávajícím statkům a tvorba zisku. Druhá možnost nahlížení je i jako způsob chování člověka, který má zájem vytvářet nové hodnoty, hledat originální způsoby dosažení cílů. K tomu je ochoten nasadit vlastní zdroje i čas, přebírat odpovědnost a nést přiměřené riziko. (Režňáková, 2012, s. 7) Úspěch podnikání je tak do značné míry vázán na schopnost (nápaditost, aktivitu, iniciativu) podnikatele. Pojem podnikání v posledních letech výrazně zobecněl v běžné mluvě, nicméně jeho interpretace je poměrně složitá. Vedle právnické interpretace nacházíme i další možnosti vysvětlení pojmu:

**Ekonomické pojetí** – do podnikání zapojíme ekonomické zdroje a jiná aktiva tak, aby se zvýšila jejich původní hodnota. Jde o flexibilní proces jak vytvořit přidanou hodnotu.

**Psychologické pojetí** – podnikání jako aktivita kdy jsme motivováni něco vlastnit, vypracovat se, vyzkoušet si něco či splnit. Podnikání je v tomhle pohledu pouze nástroj k dosažení seberealizace, zbavení se závislosti, postavení se na vlastní nohy atd.

**Sociologické pojetí** – podnikání je vytváření blahobytu pro všechny zainteresované, nalezení směru k lepšímu využití zdrojů a vytvořit nové pracovní podmínky a příležitosti (Srpková a Veber 2012, s. 14).

Podnikání nelze nařídit ani naplánovat, lze jej však vyvolat nebo usnadnit. Vychází z vnitřní aktivity podnikavého jedince, která však může být utlumena nebo úplně potlačena různými bariérami (Srpková a Veber, 2012, s. 15).

## 2.1 Možnosti podnikání v České republice

Právní úprava podmínek pro podnikání v ČR vychází z listiny základních práv a svobod, kde je zakotveno právo každého občana podnikat a provozovat jinou hospodářskou činnost. Konkrétní legislativní úprava podnikání je dána zejména občanským zákoníkem, zákonem o obchodních korporacích a živnostenským zákonem. Podstatné pro problematiku podnikání jsou i právní předpisy věnující se účetnictví, daním a ostatním odvodům. (Veber a Srpová, 2012, s. 68)

Mezi zásadní zákony upravující podnikání v ČR patří zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, který definuje pojmy fyzická a právnická osoba, podnikatel, obchodní firma, sídlo podnikání aj.

Na občanský zákoník navazuje právní úprava některých právnických osob a to zákonem č. 90/2012 Sb. o obchodních korporacích, který podrobně upravuje právní postavení obchodních společností a družstev. Obchodní korporace představují v našem státě nejčastější formu podnikání.

Dalším významným zákonem upravujícím podnikání zejména fyzických osob je zákon 455/1991 Sb., živnostenský zákon ve znění pozdějších předpisů.

Výše uvedené právní normy nabízejí podnikatelům široké spektrum formy podnikání. Výběr formy podnikání závisí na rozhodnutí podnikatele. Dle Synka (2011, s. 26 – 27) volíme právní normy na základě:

- Způsobu a rozsahu ručení (podnikatelské riziko);
- Oprávnění k řízení (vedení podniku, možnost spolurozhodování);
- Počtu zakladatelů;
- Nároků na počáteční kapitál;
- Administrativní náročnosti založení podniku a rozsah výdajů se založením a provozováním;
- Účasti na zisku/ztrátě;
- Finanční možnosti (přístup k cizím zdrojům);
- Daňové zatížení;
- Zveřejňování povinnosti.

## 2.2 Fyzická a právnická osoba v podnikání

Než zahájíme podnikatelské aktivity, je důležité zvolit správnou právní formu pro podnikání. Představuje významné rozhodnutí, které ovšem není nezvratné. V pozdější době jde zvolený typ transformovat na jiný. Toto rozhodnutí sebou ovšem přináší komplikace a náklady. Legislativní úprava připouští podnikání fyzických a právnických osob za předpokladu splnění podmínek, které zákon ustanovuje (Srpková a Řehoř, 2010, s. 67).

### 2.2.1 Fyzická osoba

Pojem upravuje občanský zákoník č. 89/2012 Sb., který říká, že člověk svým narozením získává práva a povinnosti. Člověk má právní osobnost od narození až do smrti. V odvětví podnikání sem patří:

**Podnikatelé** – podnikají na základě živnostenského oprávnění (Živnostenský zákon) nebo na základě jiného oprávnění podle jinak stanovujícího zákona např. lékaři, lékárníci, veterináři. Činnost vykonávají buď sami osobně, nebo prostřednictvím jiných osob – zaměstnanců. Za **zaměstnance** považujeme ty osoby, které jsou schopné vstupovat do pracovně – právních vztahů se svými zaměstnavateli (Šimková, 2014, s. 118).

V souvislosti s podnikáním fyzických osob je zásadní pojem osoba samostatně výdělečně činná tzv. OSVČ. Jedná se o termín, který se používá pro fyzickou osobu, která má příjmy z podnikání nebo jiné samostatně výdělečné činnosti. Fyzická osoba, která chce takto podnikat, musí získat živnostenské nebo jiné oprávnění k provozování podnikatelské činnosti. Podle požadavků odborné způsobilosti se živnosti dělí na **ohlašovací živnosti** (provozovány na základě ohlášení) a **koncesované živnosti** (provozovány na základě správního rozhodnutí, např. pohřební služba, cestovní kancelář, taxislužba aj.) (Srpková a Řehoř, 2010, s. 67). Důležité je splnění podmínek pro vydání živnostenského oprávnění. Ty jsou dány Živnostenským zákonem č. 455/1991 Sb. v pozdějším znění. Jedná se o:

#### Všeobecné podmínky:

- plná svéprávnost;
- bezúhonnost;

#### Speciální podmínky:

- odborná nebo jiná způsobilost, vyžaduje-li to požadovaná živnost;

Evidence všech podnikatelů provozujících živnost je vedena v Živnostenském rejstříku.

### 2.2.2 Právnícká osoba

Pojem právnícká osoba definuje zákon č. 89/2012 Sb. jako „*Organizovaný útvar, o kterém zákon stanoví, že má právní osobnost, nebo jehož právní osobnost zákon uzná. Právnícká osoba může bez zřetele na předmět své činnosti mít práva a povinnosti, které se slučují s její právní povahou.*“ (Česko, 2012). Mezi právnícké osoby řadíme **obchodní společnosti** (např. veřejná obchodní společnost, společnost s ručením omezeným, akciová společnost), **družstva**, **státní podniky**, **nadace** aj. (Šimková, 2014, s. 118). Právnícká osoba je právní forma, která má za cíl umožnit, aby na určitý společenský útvar byl pohled jako na celek, který je způsobilý k právním jednáním. Útvar může být tvořen skupinou lidí a majetkem (např. akciová společnost), pouze majetkem (např. nadace) nebo pouze skupinou lidí (např. veřejná obchodní společnost). Právnícké osoby vznikají dnem, kdy jsou zapsány do obchodního rejstříku (Majdúchová a Neumannová, 2014, s. 23).

Nejčastější formu podnikání v rámci právnícké osoby na území ČR jsou obchodní společnosti. Blíže si nyní specifikujeme jejich charakteristiku.

#### **Veřejná obchodní společnost (v. o. s.)**

Veřejnou obchodní společnost definujeme jako společnost, ve které alespoň dvě osoby podnikají pod společnou firmou a ručí za závazky společnosti společně a nerozdílně celým svým majetkem. Zisk (ztráta) se dělí mezi společníky rovným dílem. Pro společníky platí zákaz konkurence v oboru, tj. společník nesmí provozovat zároveň jinou firmu se stejným předmětem podnikání (Šimková, 2014 s. 121).

#### **Komanditní společnost (k. s.)**

Podle legislativní úpravy ČR se komanditní společnost řadí mezi právníckou osobu, v níž jeden nebo více společníků se zaručuje za závazky společnosti do výše svého nesplaceného vkladu – **komanditisté** a jeden nebo více společníků ručí neomezeně celým svým majetkem – **komplementáři**. Společnost může založit minimálně jeden komanditista a jeden komplementář. Podmínkou vzniku je vložení základního kapitálu ve výši určené písemnou formou smlouvy. Komanditista je povinen vložit vklad do základního kapitálu v minimální hodnotě stanovené společenskou smlouvou (důležité ve smlouvě stanovit charakteristiku vkladu – peněžitý, nepeněžitý a co jej tvoří). Společnost vzniká zápisem do obchodního rejstříku. Rozdělení zisku se stanovuje poměrem ve společenské smlouvě. Ztrátu nesou komplementáři rovným dílem, pokud nestanoví společenská smlouva jinak. Zákaz



konkurence platí pro komplementáře ve stejném rozsahu jako u veřejné obchodní společnosti (Srpková a Řehoř 2010, s. 72 – 74).

### **Společnost s ručením omezeným (s.r.o.)**

Společnost s ručením omezením patří mezi formy obchodní společnosti. Je celosvětově uznávána a v ČR je jedna z nejrozšířenějších forem podnikání. Legislativně je zakotvena v zákoně č. 90/2012 Sb., o obchodních korporacích. Základní kapitál je tvořen vklady společníků a společníci ručí za závazky společnosti omezeně do výše upsaných vkladů. Dle § 142 je výše minimálního vkladu 1,- Kč, jestliže společenská smlouva nestanoví jinak. Výše vkladu může být pro jednotlivé podíly stanovena rozdílně. Vklad do společnosti může být i v nepeněžní formě (např. stroj, vybavení). Společnost může být založena jednou osobou, maximálně však padesáti společníky. Podíl společníka se určuje dle poměru vkladu k výši základního kapitálu, ledaže společenská smlouva neurčí jinak. K orgánům společnosti patří valná hromada, jednatel a dozorčí rada. **Valná hromada** je nejvyšším orgánem. Mezi členy se řadí všichni společníci a rozhodují o změnách ve společnosti (např. změny společenské smlouvy, změny v základním kapitálu, volba/odvolání jednatele aj.). Valnou hromadu svolává jednatel alespoň jednou za účetní období. **Jednatel** je statutárním orgánem společnosti. Přísluší mu obchodní vedení společnosti, zajišťuje řádné vedení předepsané evidence a účetnictví a informuje společníky. V případě odstoupení, odvolání z funkce či smrti jednatele zvolí valná hromada do 1 měsíce jednatele nového. Každý jednatel je uveden v obchodním rejstříku. **Dozorčí rada**, která se zřizuje fakultativně, dohlíží na činnost jednatelů. Kontroluje obchodní a účetní dokumentaci. Jednou ročně podává zprávu o své činnosti valné hromadě. Členem dozorčí rady nemůže být jednatel společnosti či jiná osoba oprávněná podle zápisu v obchodním rejstříku jednat za společnost (Česko, 2012).

### **Akciová společnost (a. s.)**

Akciová společnost se řadí mezi korporace, jejíž základní kapitál se skládá z akcií. Akcie je cenný papír nebo zaknihovaný cenný papír, potvrzující, že jeho majitel (držitel) – akcionář, vložil určitý majetkový podíl (kapitál) do akciové společnosti a s nímž jsou spojena práva akcionáře přiznaná zákonem a stanovami vůči akciové společnosti. Akcionář má právo podílet se na řízení společnosti (hlasování na valné hromadě akcionářů), jejím zisku (výplata dividendy) a případně také na likvidačním zůstatku v případě zániku. Základní kapitál je rozvržený na určitý počet akcií o určité nominální hodnotě, akcie též společnosti mohou mít různou jmenovitou hodnotu. Výše základního kapitálu je minimálně 2 000 000 Kč nebo

80 000 €. Akcionář neručí za závazky společnosti. Proces založení je poměrně komplikovaný. K založení akciové společnosti se vyžaduje přijetí stanov ve formě veřejné listiny (notářský zápis). Ten kdo přijal stanovy a podílil se na úpisu akcií, je zakladatel. Ve stanovách je nutno vymezit jaká bude vnitřní struktura akciové společnosti a na základě tohoto určení rozlišujeme dualistický nebo monistický systém.

Nejvyšším orgánem každé akciové společnosti je valná hromada, prostřednictvím které akcionáři vykonávají své právo podílet se na řízení společnosti. Je tvořena všemi na ni přítomnými akcionáři, kteří se jí účastní osobně nebo v zastoupení. Každý akcionář má hlasovací právo podle jmenovité hodnoty svých akcií.

Statutárním orgánem v rámci dualistického systému je představenstvo, které řídí její činnost a jedná jejím jménem. Představenstvu přísluší obchodní vedení. Členy představenstva volí a odvolává valná hromada. V monistickém systému je statutárním orgánem statutární ředitel, který je jmenován správní radou.

Kontrolním orgánem při dualistickém systému je dozorčí rada, která zejména dohlíží na výkon působnosti představenstva a na činnost společnosti. Členy dozorčí rady volí a odvolává valná hromada. V rámci monistického systému je kontrolním a stěžejním orgánem společnosti správní rada (Česko, 2012).

### **Zapsaný ústav (z. ú.)**

K právnickým osobám oprávněným podnikat můžeme podle zákona č. 89/2012 Sb. občanský zákoník, zařadit i zapsané ústavy. Podnikání však není hlavní činností a podnikání ústavu nesmí být na újmu hlavní činnosti. Dosažený zisk lze použít pouze k subvenci provozu, pro niž byl založen, a k úhradě nákladů vynaložených na vlastní řízení. Účelem ústavu je provozovat činnost užitečnou společensky či hospodářsky s využitím své osobní a majetkové složky. Ústav provozuje činnost, jejíž výsledky jsou každému stejně dostupné za předem stanovených podmínek. Svou sociálně ekonomickou podstatou jde o soubor složený z věcné a osobní složky, není tedy ani souborem majetku, ani sdružením osob.

Ústav se zakládá zakládací listinou nebo pořizáním v případě úmrtí. Počet zakladatelů a jejich právní postavení není zákonem nijak omezeno, zakladatel má vkladovou povinnost, výše vkladu není zákonem stanovena. Ke vzniku ústavu se vyžaduje zápis do veřejného rejstříku. Statutárním orgánem ústavu je ředitel volený a odvolávaný správní radou. Správní rada je orgánem kolektivním, který dohlíží na zachování účelu, pro nějž byl ústav založen a na

náležitě spravování jeho majetku. Má minimálně 3 členy, jejich jmenování a odvolávání z funkce je v pravomoci zakladatele. V čele správní rady je předseda volený členy správní rady z jejich středu. Fakultativním orgánem ústavu je dozorčí rada, čítající min. 3 členy, jmenovaná rovněž zakladatelem, která plní funkci kontrolní a revizní (Česko, 2012).

## 2.3 Podnik

Pro podnikatelské subjekty, které vyhledávají a využívají podnikatelské příležitosti je zaveden v ekonomické teorii pojem podnik (Majdúchová a Neumannová, 2014, s. 24). Podnikem se rozumí každý subjekt, který vykonává hospodářskou činnost bez ohledu na jeho právní formu. Patří mezi základní prvky národního hospodářství (Vochozka a Mulač, 2012, s. 35). V oblasti vymezení tohoto pojmu nalézáme široké spektrum definic, které danou problematiku vymezují. V české legislativě byl pojem podnik zakotven v zákoně č. 513/1991 Sb., obchodní zákoník který jej definoval jako „*Soubor hmotných, jakož i osobních a nehmotných složek podnikání. K podniku náleží věci, práva a jiné majetkové hodnoty, které patří podnikateli a slouží k provozování podniku nebo vzhledem ke své povaze mají tomuto účelu sloužit*“. Ten byl ovšem k 31. 12. 2013 zrušen a nahrazen zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, který již tento pojem přímo nedefinuje (Československo, 1991). Obecně lze podnik chápat jako subjekt, ve kterém dochází k přeměně vstupů (materiál, suroviny, práce) na výstupy (statky a služby). Obsáhleji lze pojem podnik definovat na základě praktických zkušeností jako ekonomicky a právně samostatnou jednotku založenou za účelem podnikání (Srpová a Řehoř, 2010, s. 35).

### 2.3.1 Znaky podniku

Podnik lze vymezit i na základě dalších charakteristik. E. Gutenberg charakterizoval podstatu podniku formou všeobecných a specifických znaků (Srpová a Řehoř, 2010, s. 35).

#### Všeobecné znaky podniku:

- Princip výrobních faktorů - v každém podniku se účelně využívají faktory (práce, suroviny, stroje aj.) vzhledem k požadovanému výstupu podniku.
- Princip hospodárnosti - snaha podniku pracovat co nejekonomičtěji (maximalizace výstupu, maximalizace vstupu, optimalizace vztahu mezi vstupy a výstupy).
- Princip finanční rovnováhy - projevuje se ve schopnosti platební bilance podniku.

**Specifické znaky podniku:**

- Princip soukromého vlastnictví - vlastník podniku si vyhrazuje právo přímo nebo nepřímo se podílet na vedení podniku.
- Princip autonomie - vyjadřuje svobodu a nezávislost podnikatelské činnosti.
- Princip ziskovosti - bezpodmínečný motiv podnikání a zároveň nevyhnutelný podmínka pro udržení a rozvoj podnikatelské činnosti.

(Srpková a Řehoř, 2010, s. 35)

**2.3.2 Podnikatel**

Podnikatele můžeme popsat z různých úhlů pohledu. Svou definici má mezi ekonomy, psychology, politiky i právníky. V zákoně č. 89/2012 Sb., občanský zákoník je podnikatel definován §§ 420 - 422 jako „*Ten, kdo samostatně vykonává na vlastní účet a odpovědnost výdělečnou činnost živnostenským nebo obdobným způsobem se záměrem činí tak soustavně za účelem dosažení zisku. Za podnikatele se považuje také každá osoba, která uzavírá smlouvy související s vlastní obchodní, výrobní nebo obdobnou činností či při samostatném výkonu svého povolání, popřípadě osoba, která jedná jménem nebo na účet podnikatele. Za podnikatele se považuje osoba zapsaná v obchodním rejstříku. Má se za to, že podnikatelem je osoba, která má k podnikání živnostenské nebo jiné oprávnění podle zákona. Podnikatel, který nemá obchodní firmu, právně jedná při svém podnikání pod vlastním jménem.*”.

Podnikatel je subjektem podnikatelské aktivity. Vytváří produkty pro ostatní lidi, hledá nejlepší využití potencionálních zdrojů a vytváří pracovní příležitosti. Vede svou firmu (podnik) k růstu a ziskům s využitím plánované strategie (Majdúchová a Neumannová, 2014, s. 21). Podnikatel může současně vykonávat i funkci manažera. Může samozřejmě pověřit vedením podniku jiného manažera a sám si ponechat práva vlastníka a realizovat je prostřednictvím pozice v představenstvu (např. představenstvo a.s.) (Papula a Papulová, 2013, s. 33). Dle Srpkové a Řehoře (2010, s. 31) je podnikatel hlavním hybatelem v podnikání a nositelem podnikavosti. Pojem velmi trefně vystihuje věta W. Churchila, který podnikatele charakterizoval: „*Podnikatelé jsou někdy považováni buď za vlka, kterého je třeba zabít, nebo za krávu, kterou je třeba stále dojit. Přitom by však měli být považováni za koně, který táhne káru.*” (Srpková a Řehoř, 2010, s. 30).

### 2.3.3 Cíle podniku a jeho funkce

Hlavním důvodem existence podniků je, aby vyráběly, distribuovaly výrobky a poskytovaly služby zákazníkům. To můžeme zařadit mezi hlavní funkci podniku. Podniky ve své funkci sledují určitý stav nebo výsledek, kterého chtějí dosáhnout. Ten samozřejmě závisí na účelu, pro který byl daný podnik založen, a který je jeho důvodem existence. Co je primárním cílem podniku odvozuje tzv. teorie podniku (Synek, 2006, s. 55). Obecná ekonomická teorie definuje jako cíl podniku maximalizaci zisku. Musíme si ovšem uvědomit, že se jedná o zisk ekonomický nikoliv účetní. Koncept je zapotřebí modifikovat. Můžeme stanovit cíl krátkodobý a dlouhodobý. Za krátkodobý cíl (např. roční) lze považovat:

- Maximalizaci čistého zisku;
- Maximalizaci cash flow podniku za sledované období.

První krátkodobý cíl je nejjednodušší, ovšem v podnikové praxi nenesou významnou validitu. Zisk se řadí mezi účetní veličinu a nevyjadřuje faktický úspěch. Řada podniků vykazuje slušný zisk, ale vinou špatné platební bilance od obchodních partnerů jsou insolventní. Za věrohodnější ukazatel považujeme cash flow, který je dán faktickým rozdílem peněžních příjmů a peněžních výdajů za sledované období (Mulačová a Mulač, 2013, s. 16-18). Dle Synka (2006, s. 65) slouží krátkodobé cíle k dosažení cílů dlouhodobých. Krátkodobé cíle jsou více operativní a za jejich dosažení jsou odpovědní i manažeři nižších stupňů řízení. Dlouhodobé cíle vyplývají z přijaté strategie podniku, jsou většinou komplexnější a za dosažení odpovídají vrcholoví manažeři. Dlouhodobým cílem podniku by měla být maximalizace jeho hodnoty. Maximalizace hodnoty podniku patří mezi vrcholové cíle – nejlépe postihuje vlastní smysl podnikání (trvale vydělávat co nejvíce) (Mulačová a Mulač, 2013, s. 18).

Vedle finančních cílů podniku můžeme sledovat i cíle nefinanční. S nefinančními cíli se setkáváme zejména u menších podniků. Mezi tyto cíle řadíme např. pokračování v rodinné tradici, realizovat dětské sny, mít trvalou práci pro sebe a členy své rodiny, „být svým pánem“ (Synek, 2006, s. 61).

### 2.3.4 Založení podniku

Každoročně vzniká velké množství podniků různého zaměření, velikosti i právní formy. Nejdůležitějším předpokladem pro rozvoj začínajícího podniku je silná motivace podnikatele založená na osobních plánech, záměrech a přání ve formě podnikatelských cílů.

Důležitým předpokladem úspěchu je i smysluplnost, kvalita a reálnost naplnění stanovených cílů. Na počátku podnikání by měl být kvalitní podnikatelský nápad (Srpková a Řehoř, 2010, s. 56-57). Podnikatel se při zakládání podniku musí jednoznačně rozhodnout jaký výrobek či službu chce nabízet, jakou technologii při výrobě zvolí a kdo bude cílová skupina zákazníků (Majdúchová a Neumannová, 2014, s. 66).

Formalizovaným dokumentem odrážející založení podniku je zakladatelský projekt. Ten nám komplexně řeší nejen podnikatelské příležitosti na trhu, ale zároveň řeší i reálnost a dostupnost všech potřebných zdrojů. Cílem zakladatelského projektu jsou komplexní informace o reálnosti zamýšleného podnikatelského záměru. Představuje důležitý dokument, neboť právě založení podniku je spojeno s finanční nákladností, proti kterým zpočátku nestojí žádné peněžní příjmy. Součástí zakladatelského projektu je právě proto i zakladatelský rozpočet, který slouží nejen pro rozhodnutí podnikatele, ale i jako informace pro potenciaální investory (Doležal, 2016, s. 55 – 56). Aby podnikatelský projekt splnil svůj záměr, měl by obsahovat následující položky:

- Význam projektu - stručná charakteristika, základní koncepce podniku;
- Stanovení podnikatelských cílů - hierarchie uspořádání a časová osa plnění cílů;
- Rozbor podmínek na trhu – teorie odbytu statků a služeb;
- Rozbor podmínek pro zabezpečení výroby statků nebo poskytování služeb – odhadnutí nároků na zdroje (např. stroje, pracovní síla, suroviny, materiál);
- Marketingový rozbor – rozborů způsobů jak prodávat statky a služby a jak získat zákazníky;
- Organizační a personální zabezpečení – volba vhodné právní formy podniku, volba organizačního zabezpečení podniku (dostatek personálu);
- Ekonomicko – finanční zabezpečení – analýza nákladů a výnosů, finanční analýza potřebných zdrojů (zakladatelský rozpočet);
- Právní zabezpečení – právnícko – ekonomické řešení podnikatelského projektu (legalita podniku, právní forma podniku);
- Souhrnné doporučení – rekapitulace podnikatelského záměru.

(Majdúchová a Neumanová, 2014, s. 66 – 67)

## 2.4 Podnikání ve zdravotnictví

Zdravotnická zařízení poskytují celou řadu služeb týkající se prevence, diagnostiky, léčení a rehabilitace. Řadu služeb poskytují ambulantní formou, jiné jsou spojeny s nutností hospitalizace (krátkodobé či dlouhodobé). Ve srovnání s řadou běžných služeb (např. kadeřnictví, hotelnictví, opravárenství) je provozování zdravotnického zařízení spojeno se specifiky, které jsou pro obor typická. Řadíme zde:

- Předmět činnosti – prioritní je zabezpečení prevence a udržení či obnova zdraví před náklady spojenými s výkonem;
  - Vztah zákazníka k poskytovateli služby – zájem o službu je nutný (např. bolest, respirační insuficience, infarkt myokardu) nikoliv motivovaný;
  - Povinnost poskytovatele služby – zdravotník (lékař, zdravotní sestra) nemůže odepřít poskytnutí služby;
  - Zákazník nemá možnost prověřit kvalitu poskytnuté zdravotní služby.
- (Synek, 2006, s. 368 – 369)

Celkové roční výdaje na zdravotnictví odhadujeme v současné době přibližně na 300 mld. Kč, což představuje výdaje ve výši 7,5 % HDP (hrubý domácí produkt) v roce 2012. Hlavním zdrojem financování zdravotnické péče v ČR je úhrada prostřednictvím zdravotních pojišťoven. Podíly státních a územních rozpočtů na financování zdravotnictví postupně klesá, pohybuje se přibližně mezi 5 – 6 %. V posledních letech výrazně stoupají soukromé zdroje (přímé platby, spoluúčast). Od roku 2001 byla ověřována možnost zavedení úhrady systémem DRG (Diagnosis Related Groups). V současné době převažuje tento systém úhrad u lůžkové péče (Kebza, 2017 s. 20 – 22).

Zdravotnictví obecně není vyloučeno ze systému podnikání, nicméně potencionální podnikatelé musí pamatovat, že základním pilířem zdravotnictví je etický kodex a lidská solidarita. Privátní zdravotnické zařízení by mělo mít ke svému podnikatelskému záměru vypracovaný podnikatelský plán, který popisuje veškeré podstatné vnější i vnitřní faktory v souvislosti s podnikáním ve zdravotnictví. Je nutné pamatovat na to, že zdravotnické zařízení vedle všeobecných standartních požadavků kladených na podnikatelské subjekty musí respektovat i řadu specifických požadavků (např. způsobilost zdravotnického personálu, hygienické zabezpečení, technické vybavení) (Synek, 2006, s. 377).

### 3 PODNIKATELSKÝ PLÁN

Podnikatelský plán lze definovat jako „*Písemný dokument zpracovaný podnikatelem, popisující všechny podstatné vnitřní i vnější faktory související s podnikatelskou činností.*“ (Srpková a Řehoř, 2010, s. 59). Podnikatelský plán určuje strategickou volbu podnikání. Definuje a kvantifikuje prostředky k dosažení podnikatelských cílů, implementuje strategii (Synek, 2011, s. 176). Slouží zejména podnikateli k interním účelům. Sestavujeme jej ovšem komplexně, neboť často právě podnikatelský plán požaduje banka, budoucí společník či investor z důvodů pozdějšího financování. Má tedy dvě funkce, interní a externí. Za interní funkci považujeme plán jako plánovací nástroj, podklad pro rozhodovací proces a nástroj kontroly. Slouží podnikateli při zakládání firmy a v průběhu při výrazných změnách, které mohou mít dlouhodobý dopad na funkci podniku (Srpková a Řehoř, 2010, s. 59). Z externího pohledu vstupuje podnikatelský plán jako nástroj komunikace s vnějším okolím, především pro potenciální investory či věřitele (Synek, 2011, s. 176). Externí subjekty na základě podnikatelského plánu analyzují schopnost firmy realizovat podnikatelský záměr. Právě kvalitně zpracovaný plán může výrazně přispět k získání potřebné investice (kapitálu) (Srpková a Řehoř, 2010, s. 60).

Podnikatelský plán slouží jako plánovací nástroj pro stanovení a koordinaci podnikových aktivit. Jednotlivé části plánu představují komponenty podnikového plánování a nezbytným předpokladem kvalitního plánu je vzájemná sladěnost a propojenost dílčích plánů. Konkrétním východiskem je představa o výši zisku či míře zhodnocení vložené investice. Proto je důležité kvalitně zpracovat i finanční plán, který je právě součástí podnikatelského plánu. Na základě finančního plánování zkoumají potenciální investoři či věřitelé schopnost platební bilance (Synek, 2011, s. 177).

#### 3.1 Tvorba podnikatelského plánu

Pokud zpracováváme podnikatelský plán, je důležité respektovat obecně platné zásady. Plán by měl mít jistou vypovídající hodnotu zejména pro externí subjekt, na který se snažíme zapůsobit a získat finanční investice. Je tedy nezbytné, aby podnikatelský plán byl:

- **Inovativní** – prokazujeme, že přinášíme unikátní přidanou hodnotu pro zákazníka a náš statek nebo služba bude uspokojovat zákazníka lépe než dosud konkurence;



- **Srozumitelný a stručný** – vyjadřujeme se jednoduše a neprezentujeme zbytečně mnoho „omáčky“ kolem podnikatelského záměru;
- **Logický a přehledný** – logické uspořádání a návaznost, tvrzení obsažená v plánu nesmí být v rozporu, grafické znázornění (např. časová osa, tabulky, grafy);
- **Pravdivý a reálný** – informace zobrazené v plánu musí být reálné a pravdivé, plán slouží jak pro externí prezentaci, tak pro podnikatele samotného a použití nepravdivých informací by pozbylo smyslu i účinnosti;
- **Respektující rizika** – identifikací rizik, respektováním a návrhem na opatření či jejich eliminaci zvyšujeme důvěryhodnost podnikatelského plánu.

(Srpková a Řehoř, 2010, s. 60)

### 3.2 Příprava podnikatelského plánu

Než začneme sestavovat finální podobu podnikatelského plánu, je třeba připravit potřebné materiály, ze kterých budou čerpány potřebné informace. Rozsah a propracovanost se odvíjí od velikosti firmy a účelu podnikání. Komplexnost plánu může být ovlivněna i velikostí trhu, na který se chystáme proniknout a konkurencí. Dále se zaměřujeme při sestavování i na skutečnost, zda plán bude sloužit internímu nebo i externímu účelu (Veber a Srpková, 2005, s. 91).

Podle Vebera a Srpkové (2005, s. 91 – 92) máme dvě zásadní oblasti pro přípravu podnikatelského plánu. **Sběr informací** nám slouží ke správným rozhodnutím, neboť na základě špatných informací s rozhodnutí činní obtížně. Díky současnému rozvoji informačních technologií načerpáme značné množství informací online. Státní instituce, profesní sdružení ale i firmy mají své webové stránky, na niž nacházíme většinu požadovaných informací. Dobrým zdrojem informací jsou i publikace, ročenky či údaje ze statistického úřadu. Pozor si musíme dávat na validitu těchto informací a přesycení (vhodná selekce). Pravdou zůstává, že i sebelepší online zdroj nenahradí přímý osobní kontakt. Jednání s potencionálními zákazníky, dodavateli, investory či představiteli konkurence poskytuje dobré podklady pro vyhodnocení pozice statku či služby na trhu.

Druhou oblastí je **formální úprava** podnikatelského plánu. Plán sestavujeme za různým účelem a tomu také odpovídá požadovaná forma. Na úvodní stranu jistě patří název firmy, logo, kontakt na osobu, která plán vypracovala a adresa sídla firmy. Na podnikatelském plánu pracujeme týdný až měsíce a často již vypracované části podléhají opětovné revizi. Orientační rozsah plánu činní cca 40 – 50 stran bez příloh.

### 3.3 Struktura podnikatelského plánu

V současné době nenalezneme žádné závazné právní požadavky na vytvoření podnikatelského plánu. Můžeme postupovat podle jistých pravidel a potenciální podnik si plán upraví dle svých požadavků. Je ovšem důležité stanovit pro koho je podnikatelský plán sestavován. Pokud je plán tvořen pouze pro potřeby podnikatele, od stanové šablony je možno se odchýlit. V případě že tvoříme podnikatelský plán pro externího investora (např. banka), postupujeme dle stanovených požadavků na strukturu a rozsah. Současným trendem pro mnohé investory je předkládání podnikatelského plánu ve formě prezentace (PowerPoint), naopak u bank se setkáváme s vyžadováním řady dokumentů a informací (Srpková, 2011, s. 14).

Srpková v knize Podnikatelský plán a strategie (2011, s. 14 – 15) uvádí asi nejběžnější strukturu podnikatelského plánu s jakou se setkáváme. Obsahuje následující body:

1. titulní list;
2. obsah;
3. úvod, účel a pozice dokumentu;
4. shrnutí;
5. popis podnikatelské příležitosti;
6. cíle firmy a vlastníků;
7. potenciální trhy;
8. analýza konkurence;
9. marketingová a obchodní strategie;
10. realizační projektový plán;
11. finanční plán;
12. hlavní předpoklady úspěšnosti projektu;
13. přílohy.

Obsah podnikatelského plánu a jeho rozsah ovlivňuje rozdílnost podniků, vývojová, výrobní a odbytová struktura a velikost. Úvodní část má ukázat externistovi přesvědčivý obraz podniku s maximální stručností a výstižností. Ostatní části plánu se odvíjejí od odhadu prodeje, na který se zaměřuje příslušná část plánu. Prodej je založen na průzkumu a analýze konkurenčních odvětví (Synek, 2006, s. 165). Firma nemůže úspěšně fungovat bez jasně stanovených marketingových cílů. Nezaměřujeme se pouze na reklamu, ale chápe jej spíše jako nástroj, který nám pomáhá v nadbytku konkurence získat přízeň dostatečného množství

zákazníků (Srpková a Řehoř, 2010, s. 63). Marketingová strategie zahrnuje plán vývoje cen, prodejní politiku a distribuci k cílové skupině klientů. Část věnovaná výzkumu a vývoji vyplývá z inovací. Navazujícím je plán výroby zaměřený na technologii výroby, rozsah a využití výrobních kapacit. Stěžejním bodem podnikatelského plánu je financování. Zahrnuje celkovou potřebnou výši kapitálu a jeho struktury s ohledem na cenu a riziko. Dále obsahuje struktury podnikového majetku, podíl dlouhodobého a oběžného majetku, rozhodování o investicích a plánování likvidity. Doporučuje se provést výpočet bodu zvratu ke zjištění minimální množství produkce, které zajistí neztrátovost. Cílem je ukázat vývoj finanční situace podniku (Synek, 2006, s. 166; Srpková a Řehoř, 2010, s. 65).

## 4 ZÁVĚREČNÉ SHRNUÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

Teoretická část diplomové práce popisuje za pomoci dostupných zdrojů situaci v oblasti paliativní a hospicové péči a současnou situaci v oblasti podnikání. Získané poznatky byly použity v souvislosti s oblastí zdravotnictví, kde na základě osvojených teoretických poznatků chceme zpracovat praktickou část diplomové práce. Teoretická část je rozdělena celkem na tři kapitoly.

První kapitola pojednává o paliativní a hospicové péči. Definovali jsem paliativní péči a její principy, formy poskytování a rozdíly v této oblasti v ČR a zahraničí. Zdrojem literatury pro tuto část teorie jsou zejména publikace od Haškovcové, Slámy, Markové, Radbrucha a Payneové. Významným literárním pramenem jsou i standardy paliativní péče, které jsou vytvořeny předními odborníky (českými i zahraničními) na danou problematiku.

Druhou kapitolou lze nastínit současnou situaci v rámci podnikání v ČR s konkretizováním na zdravotnictví. Jsou popisovány pojmy jako podnik, podnikatel, znaky podniku a také formy podnikání. Literární zdroje mohou být v současné době z právního hlediska neaktualizované, proto jsme primárně pro právní formy podnikání čerpaly z právních norem České republiky. Z publikací jsme volily zejména literární zdroje od Srpové, Vebera, Doležala, Synka, Váchala a Vochozky.

Třetí kapitolu jsme věnovaly podnikatelskému plánu, jeho tvorbě, přípravě a struktuře. Hlavním literárním pramenem byly knihy, jejichž autorkou je J. Srpová. Pro doplnění podkladů pro tuto kapitolu bylo dále čerpáno zejména od Řehoře, Synka a Vebera.

Při zpracování teoretické části bylo zjištěno, že na téma stanovené problematiky existuje široké spektrum publikací. Vzhledem k množství zdrojů, jsme se snažily od každého autora čerpat stěžejní část obsahu dané problematiky.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5 ANALÝZA EXTERNÍCH FAKTORŮ

Při zakládání podniku hraje důležitou roli analýza okolí. Podnik nelze vnímat jako subjekt nezávislý na okolním prostředí – potřebujeme dodavatele, odběratele, zaměstnance aj. Proto je nezbytnou součástí analýza externího okolí nejen v ekonomické sféře (Váchal a Vochozka, 2013, s. 85). Vliv externích faktorů na podnik je velmi silný, zatímco možnost podniku ovlivňovat zkoumané okolí je omezená (Synek, 2006, s. 13).

### 5.1 PEST analýza – analýza vnějšího prostředí

PEST analýza (Tab. 1) představuje analýzu vnějšího prostředí v politicko – právních (P), ekonomických (E), sociálně – demografických (S) a technologických (T) faktorech. Řadíme ji mezi základní nástroje strategického managementu pro hodnocení podmínek makrookolí podniku. Cílem je identifikace a analýza faktorů, které bezprostředně ovlivňují okolí podniku v souvislosti s projektem na vybudování hospicové péče (Dvořáček a Slunčík, 2012, s. 9).

Tab. 1 - PEST analýza (vlastní zpracování)

<b>P</b>	<b>Politicko – právní faktory</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Stabilita politické situace v zemi;</li> <li>➤ Intenzita sociálních požadavků;</li> <li>➤ Potřeba podpory od vlády;</li> <li>➤ Zdravotnická legislativa;</li> <li>➤ Pracovní právo;</li> </ul>
<b>E</b>	<b>Ekonomické faktory</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ekonomická stabilita;</li> <li>➤ Úrokové sazby;</li> <li>➤ Vládní výdaje na zdravotnictví;</li> <li>➤ Dotační programy;</li> <li>➤ Platby zdravotních pojišťoven;</li> </ul>
<b>S</b>	<b>Sociálně – demografické faktory</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Demografický vývoj obyvatelstva v kraji;</li> <li>➤ Sociální legislativa;</li> <li>➤ Životní styl;</li> <li>➤ Životní hodnoty;</li> </ul>
<b>T</b>	<b>Technologické faktory</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Nové technologie;</li> <li>➤ Modernizace;</li> </ul>

### 5.2 Politicko - právní faktory

Politicko – právní faktory řadíme mezi stěžejní část, která ovlivňuje fungování podniku. Provozovat nestátní zdravotnické zařízení na území ČR je spjato s dodržováním řady platných zákonů a vyhlášek. Vzhledem k současné situaci, kdy Česká republika patří

k zemím Evropské unie, je nezbytné dodržování i legislativních podmínek v rámci členství v EU. V tabulkách 2 a 3 uvádíme pro přehlednost stěžejní zákony a vyhlášky ve znění pozdějších předpisů v souvislosti s podnikatelskou činností v rámci projektu budování hospicové péče.

Tab. 2 - Přehled platných zákonů (vlastní zpracování, zdroj: [www.zakonyprolidi.cz](http://www.zakonyprolidi.cz))

<b>89/2012 Sb.</b>	nový občanský zákoník;
<b>372/2011 Sb.</b>	o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování;
<b>373/2011 Sb.</b>	o specifických zdravotních službách;
<b>48/1997 Sb.</b>	o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů;
<b>592/1992 Sb.</b>	o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění;
<b>258/2000 Sb.</b>	o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů;
<b>90/2012 Sb.</b>	o obchodních korporacích;
<b>108/2006 Sb.</b>	o sociálních službách;
<b>96/2004 Sb.</b>	o nelékařských zdravotnických povoláních;

Tab. 3 - Přehled platných vyhlášek (vlastní zpracování, zdroj: [www.zakonyprolidi.cz](http://www.zakonyprolidi.cz))

<b>99/2012 Sb.</b>	o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb
<b>92/2012 Sb.</b>	o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče
<b>55/2011 Sb.</b>	vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků
<b>306/2012 Sb.</b>	vyhláška o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče
<b>201/2018 Sb.</b>	Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2019
<b>137/2004 Sb.</b>	Vyhláška o hygienických požadavcích na stravovací služby a o zásadách osobní a provozní hygieny při činnostech epidemiologicky závažných
<b>246/2001 Sb.</b>	vyhláška o požární prevenci

Dalším důležitým faktorem je podpora koncepce hospicové péče ze strany vlády, konkrétně Ministerstva zdravotnictví České republiky, neboť patří mezi základní koordinační orgán pro subjekty působící v oblasti paliativní a hospicové péči. Podporuje vznik hospiců v České republice již od roku 1994, kdy byl zřízen investiční dotační program k podpoře vzniku

nových hospicových zařízení. V současné době má MZ ČR program na další podporu rozvoje hospicové paliativní péče v termínu realizace 2017 – 2022 (MZ ČR, © 2016).

### 5.2.1 Ekonomické okolí

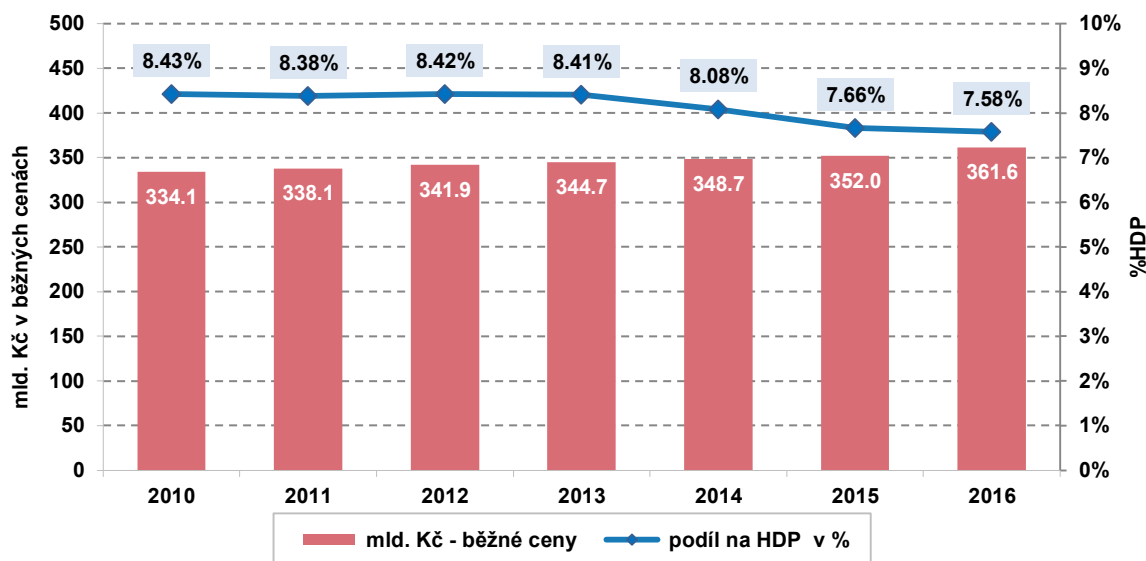
Možnost financování je v současných vyspělých tržních resp. smíšených ekonomikách řešena velmi rozmanitě. Způsoby úhrad zdravotní péče se od sebe liší zejména podílem zdrojů pocházejících z veřejného sektoru na celkových výdajích, rozsahem přímých úhrad od klientů za spotřebované služby, existencí a rozsahem zdravotního pojištění, formami proplácení nákladů poskytovatelům zdravotnických služeb a řadou dalších faktorů (Financování zdravotní péče, © 2006).

V roce 2016 představovaly celkové výdaje na zdravotnickou péči v ČR částku 361,6 mld. Kč. Meziročně vzrostly o 9,6 mld. Kč, tj. o 2,7 % od roku 2010. Uvedený meziroční celkový nárůst výdajů na zdravotní péči v ČR byl zapříčiněn jak nárůstem prostředků ze zdravotního pojištění, tak přímo hrazené péče ze státního rozpočtu. Výdaje zdravotních pojišťoven meziročně vzrostly o 3,2 mld. Kč (1,4 %) a výdaje ze státního rozpočtu o 3,3 mld. Kč (6,2 %). Přímé platby klientů vzrostly meziročně o 1,9 mld. Kč (3,8 %). Od roku 2010 včetně vynaložila ČR na zdravotní péči celkově 2 421 miliard korun, z toho v letech 2014 až 2016 byl náklad cca 1 062 mld. Kč (ČSÚ, © 2018).

V absolutních hodnotách každoročně výdaje na zdravotní péči v ČR rostou. V ukazateli HDP dochází od roku 2014 k meziročnímu poklesu (z 8,4 % - rok 2010 na 8,1 % - rok 2014). Klesající trend pokračoval i v následujících letech. Současná ekonomika vydává na zdravotní péči přibližně 7,5 % HDP. Výdaje na zdravotnictví v ČR v posledních letech rostou pomalejším tempem než česká ekonomika. Lze tedy definovat, že v rámci EU patří výdaje na zdravotní péči k těm nižším. V pomyslném žebříčku zemí EU se nacházíme spolu s Maďarskem na 18. místě (ČSÚ, © 2018). Při srovnání se zahraničím, nejmenší finanční prostředky vydávané na zdravotnictví k poměru HDP má Rumunsko (cca 5,1 %). Naopak nejvíce financí k poměru HDP na zdravotnictví vynakládá Německo, Francie, Švédsko a Nizozemsko (přibližně 11 %) (Bureš, © 2017).



Graf 1 - Celkové výdaje na zdr. péči v Česku, 2010 - 2016 (mld. Kč; podíl na HDP)



(zdroj ČSÚ, © 2018)

V roce 2016 dosáhly průměrné výdaje na zdravotní péči na jednoho obyvatele 34 230 Kč, tj o 7,8 % více než v roce 2010. Pro větší přehlednost je v tabulce 4 uveden seznam výdajů za zdravotnictví dle Českého statistického úřadu (ČSÚ) za rok 2016 podle zdrojů financování.

Tab. 4 - Výdaje na zdravotnictví v ČR za rok 2016 podle zdrojů financování (v mld.), (zdroj ČSÚ, © 2018; vlastní zpracování)

UKAZATEL	2016
<b>Věřejné zdroje celkem</b>	<b>300 210</b>
Věřejné zdravotní pojištění	237 700
Státní rozpočet	55 895
Krajské a obecní rozpočty	6 614
<b>Soukromé zdroje celkem</b>	<b>10 222</b>
Soukromé zdravotní pojištění	484
Neziskové instituce	8 479
Podniky – závodní preventivní péče	1 259
Přímé platby domácností	51 215
<b>Výdaje na zdravotní péči celkem</b>	<b>361 647</b>
<b>Podíl z HDP</b>	<b>7,58 %</b>

Financování výkonů zdravotní péče je od 1. 1. 2019 řízeno úhradovou vyhláškou č. 201/2018 Sb. o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2019, kterou vydává MZ ČR vždy pro konkrétní kalendářní rok. Vyhláška pro rok 2019 obsahuje poprvé dohody všech jednotlivců poskytujících zdravotní péči. Úhrady za zdravotní výkony se budou stanovovat dohodou mezi poskytovateli zdravotní péče a pojišťovny bez zásahu politické vůle. Předpokladem pro Dohodovací řízení 2019 byl odhadovaný růst příjmů systému veřejného zdravotního pojištění. Celkově se vynaloží v roce 2019 na zdravotnictví 320 mld. Kč, tedy o 20 mld. Kč více než v roce 2018. Strategie vyjednávání byla postavena na rovném přístupu ke všem jednotlivcům zdravotní péče a dohodou na spravedlivém navýšení úhrad po odečtení všech mandatorních výdajů vynucených evropskou legislativou, přirozenými nárůsty výdajů na zdravotní péči a potřebou stabilizovat personální situaci (např. všeobecné sestry ve směnném provozu). Zbylou část financí zdravotní pojišťovny rozdělí spravedlivě rovným dílem mezi jednotlivé segmenty zdravotní péče. V průměru pak půjde o 5% nárůst úhrad oproti roku 2018 u všech skupin poskytovatelů (MZ ČR, © 2018).

### 5.2.2 Sociální a kulturní okolí

Zlínský kraj se řadí mezi 1 ze 14 územně samosprávných celků České republiky. Tvoří jej celkem 4 okresy (Zlín, Uherské Hradiště, Kroměříž a Vsetín) a svou rozlohou 3 963 km<sup>2</sup> je čtvrtým nejmenším krajem.

Na území Zlínského kraje žilo ke dni 30. 9. 2018 582 860 obyvatel, což představuje cca 5,5 % celkového počtu obyvatel na území České republiky. Vývoj věkového složení obyvatelstva je charakterizován zvyšujícím se podílem obyvatel v postproduktivním věku. V roce 2014 se zvýšil podíl obyvatel starších 64 let o 0,5 % oproti roku 2013. I přes zjištěné údaje je věková struktura z ekonomického hlediska příznivá (Charakteristika kraje, © 2019). Podle údajů Českého statistického úřadu zjišťujeme, že průměrný věk obyvatelstva v kraji k roku 2015 činil 42,9 let. Střední délka života u žen byla 81,7, u mužů 75,4 let. Ukazatelem zřetelného stárnutí populace v kraji je index stáří, který vzrostl v období 2010 – 2015 o 12,9 % (2010 – index stáří 115,7 %; 2015 – index stáří 128,6 %) (ČSÚ, © 2016).

I přesto, že z výše uvedených dat vidíme, že se obyvatelstvo dožívá stále vyššího věku, nemůžeme jednotně uvést, že klienti hospicové péče jsou výhradně senioři. Hospicová péče je určena klientům, u kterých byly vyčerpány již všechny možnosti kauzální terapie. Mezi nejčastější příjemce této formy péče jsou především onkologicky nemocní a pacienti jejichž

potřeba odborné lékařské a ošetrovatelské péče překračuje možnosti domácího prostředí. Zhoubná onkologická onemocnění jsou dlouhodobě druhou nejčastější příčinou úmrtí v ČR po kardiovaskulárních onemocněních. V roce 2016 zemřelo na zhoubné nádory 27 261 osob (ÚZIS, © 2016).

Cílem Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče je dosažení takového stavu, kdy v ČR je poskytována hospicová péče samostatně stojícím specializovaným zařízením hospicového typu v rozsahu alespoň 1 kraj = 1 lůžkový hospic. Hustota pokrytí by měla dosahovat 5 lůžek/100 tisíc obyvatel (APHPP, © 2017, s 1-3). Podle údajů z ÚZIS je v současné době na území ČR k dispozici 18 hospicových zařízení, které disponují 484 lůžky (Nováková, © 2017).

### 5.2.3 Technologické faktory

V hospicové péči nelze úplně specifikovat technologický rozvoj. Za stěžejní pro lůžkovou hospicovou péči považujeme funkční vyhovující zázemí pro klienty v terminální fázi života. Na základě standardů APHPP pro tento typ péče by měli převažovat jednolůžkové pokoje s vlastním sociálním zařízením a možností přistýlky pro rodinné příslušníky. Klient by měl mít možnost upravit si pokoj dle svého přání, aby se cítil „jako doma“. Důraz by měl být kladen zejména na kvalitní poskytování paliativní medicíny, sociální, psychologický a duchovní rozměr komplexně poskytované péče. Hospic by měl zabezpečit i duchovní péči pro klienty a to pravidelným pořádáním bohoslužeb, přítomností pastora/kaplana/kněze každý den (Kuzníková, 2012, s. 67).

Součástí vybavení hospicového zařízení jsou pomůcky k péči o pacienty. Zde je důležité zařadit pomůcky pro osobní hygienu klientů (bezbariérové přístupy, pojízdné toalety, pojízdná vana aj.), polohovací pomůcky a antidekubitární matrace, kterých je v současné době na trhu nepřeberné množství (firma LINET, ERGON, aj.) Nezbytnou součástí je i přístrojové vybavení. Pro pacienty má velký význam televize popřípadě rádiový přijmač pro zpříjemnění volných chvil. Z hlediska léčebných postupů zde řadíme pomůcky jako lineární dávkovač pro aplikaci léčiv tišících bolest, infuzní pumpy z důvodů aplikace tekutin, tonometry a popřípadě monitory vitálních funkcí. Z nabídky přístrojového vybavení můžeme vybírat z firem např. B. Braun, Argus, Fresenius.

Důležitou roli v technologických faktorech je přístrojové vybavení pro personál starající se o klienty. Informační a komunikační technologie mají v podnikatelském sektoru významnou úlohu již několik let. V současné době neexistuje snad žádný podnik, který by nepoužíval

počítač s připojením k internetu. Rozvoj informačních technologií umožňuje zdravotnickému zařízení snižovat náklady např. vedením plně elektronické zdravotnické dokumentace, informovat okolí o své činnosti prostřednictvím webových stránek aj. Pro potřeby provozování hospice lze zřídit webové stránky, na kterých případní zájemci o služby hospice získají kompletní informace o poskytovaných službách, včetně ceníku služeb poskytovaných za přímou úhradu klientem. Očekává se proniknutí i na nové komunikační platformy jako je Facebook a Instagram, které vévodí v současných nových technologiích internetové komunikace. Včasné zavedení poskytování informací pomocí nových komunikačních kanálů může poskytnout jistou konkurenční výhodu pro nově zřízené hospicové zařízení.

### 5.3 Analýza hospicové péče ve Zlínském kraji

Zlínský kraj je jedním ze 14 územně samosprávných celků ČR. Rozprostírá se ve východní části Moravy a východní okraj tvoří hranici se Slovenskou republikou. Hustota zalidnění činí 149 obyvatel/km<sup>2</sup> a výrazně tak převyšuje republikový průměr (133 obyvatel/ km<sup>2</sup>). Vývoj věkového složení obyvatel charakterizuje zvyšující se podíl osob v postproduktivním věku. V kraji se nachází celkem 307 obcí, z toho 30 měst. Mezi nejvýznamnější městské a průmyslové aglomerace patří Zlín – Otrokovice – Napajedla (koncentrace obyvatel přes 100 tisíc) a Uherské Hradiště – Kunovice – Staré Město (koncentrace obyvatel cca 40 tisíc) (Charakteristika kraje, © 2019).

Zdravotní péči ve Zlínském kraji zabezpečuje více než 1 700 poskytovatelů zdravotních služeb a téměř 12 000 zdravotnických pracovníků. Zlínský kraj disponuje čtyřmi nemocnicemi, které se nacházejí ve významných krajských centrech (Zlín, Uherské Hradiště, Vsetín, Kroměříž) a zaručují ambulantní a lůžkovou zdravotní péči pro celý region. Lidem v přímém ohrožení života poskytuje pomoc Zdravotnická záchranná služba Zlínského kraje, p. o. Zlínský kraj zodpovídá i za plánování sociálních služeb na svém území. Zřizuje organizace, které zabezpečují největší pobytové kapacity služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením a podílí se na jejich financování (Charakteristika kraje, © 2019).

V oblasti hospicové péče nacházíme na území Zlínského kraje 2 hospice lůžkového typu a několik agentur poskytující domácí hospicovou péči. Agentury pro poskytování domácí hospicové péče nacházíme ve variantě samostané agentury (např. PAHOP, Most k domovu), nebo jako jednu z činností agentur domácí péče, které mají nasmlouvané zdravotní výkony 925 - sestra domácí zdravotní péče s možností využití tzv. signálního kódu 06349 –

ošetřovatelská péče o pacienta v terminálním stavu (Česko, 1998). Zde se ovšem nejedná o specializované poskytovatele domácí hospicové péče, kteří mají přirozenou vazbu na již existující lůžkový hospic.

### **HOSPIC CITADELA**

Je jedním ze středisek zdravotnické péče Diakonie Českobratrské církve evangelické, jejímž cílem je pomáhat potřebným. Řadí se mezi nestátní zdravotnické zařízení zaměřené na specializovanou paliativní (hospicovou) péči zahrnující lůžkový hospic a ambulanci paliativní medicíny. Poskytuje rovněž služby typu pobytových sociálních služeb, jako jsou odlehčovací služby, sociálně zdravotní lůžka a domov se zvláštním režimem. Samozřejmostí je individuální přístup a naplnění požadavků klientů při uspokojování bio-psycho-sociálních potřebách. O klienty pečují multidisciplinární tým, který je sestaven z lékařů, zdravotních sester, pečovatelek, fyzioterapeutů, duchovních a dobrovolníků. Služby poskytuje hospic Citadela od roku 2004. Klientům pomáhají s respektem a úctou, poskytují emoční podporu v životně náročných situacích (Diakonie Českobratrské církve evangelické, © 2019).

### **HOSPIC HVĚZDA**

Středisko hospic Hvězda se řadí mezi nestátní zdravotnické zařízení, které je zaregistrováno jako sociální služba poskytující ve zdravotnickém zařízení ústavní péči na vysoké profesionální úrovni. Posláním hospice Hvězda je poskytování paliativní péče, což pro klienty znamená přijetí skutečnosti o závažně nevyléčitelné nemoci. Klientům zařízení je poskytována obecná a specializovaná paliativní péče. Středisko nabízí svým klientům služby typu např. pomoc nemocnému i jeho rodině před vlastním umístěním do zařízení, péči o nemocného klienta v době vlastní hospitalizace, péči o tělo zemřelého a pomoc pozůstalým v těžké životní situaci. Hospic Hvězda provozuje svoji činnost od roku 2000. Poskytuje služby lůžkového hospice, domácí péči a domácí hospicovou péči. Dále provozuje i denní stacionář pro klienty s mentálním a duševním onemocněním a domovy se zvláštním režimem (Hospic Hvězda, z. ú., © 2019).

#### **5.3.1 Trendy ve vývoji hospicové péče**

Představy, jak dříve v minulosti vypadala péče o umírající, bývá výrazně idealizovaná, a to do podoby tzv. domácího modelu umírání. O takovém modelu umírání však můžeme mluvit až teprve v posledních dvou stoletích. Do této doby byla péče o většinu prostých lidí laická, a často dokonce žádná. Dlouhodobým problémem společnosti byl úkol, jak zajistit každému

umírajícímu alespoň minimální zázemí a pokrýt nejdůležitější fyzické potřeby. V historickém kontextu lze tedy sledovat vývoj chudobinců, chorobinců, špitálů, pastoušek a domovského práva. Ilustrujeme tím snahy o vznik funkční a dostupné sítě pomoci potřebným lidem. Takové tendence k systémové změně jsou zřetelné již od středověku. Situace umírajících byla po dlouhá staletí neutěšená a bylo viditelné, že mocní a bohatí měli v procesu umírání určitá privilegia (např. přítomnost lékaře u lůžka). Většina lidí však postrádala lékaře nejen v závěru života, ale i často v průběhu (Haškovcová, 2000 s. 25 – 26).

V dřívějších dobách až po současnost se setkáváme s termínem **domácí model umírání**. Ten v historickém vývoji znamenal to, že umírající v určité chvíli sám zhodnotil vlastní situaci a poznal, že nastala „poslední hodinka“. Svolal členy rodiny, v jejich přítomnosti vyslovil své poslední přání a důstojně se s nimi rozloučil. Rodina zavolala kněze, který navštívil umírajícího se zvonečkem v ruce, jehož zvuk dával celé vesnici na vědomí osud jednoho ze členů domácnosti. Kněz poskytl umírajícímu zaopatření svátostmi (svátost nemocných neboli laicky poslední pomazání) a připravil těžce nemocného na neznámou cestu. Umírající se zpravidla zklidnil a očekával svou smrt. Pokud trpěl bolestmi, které se nedařilo zvládnout, byl volán lékař, který aplikoval injekci morfia. Musíme ovšem zdůraznit, že uvedený model umírání byl spíše vzácností. Mnoho umírajících rodinu nemělo nebo byla rodina dysfunkční. Lékař nebyl standartně přítomen při umírání. Příčinou bylo nedostatečné množství lékařů a neschopnost zaplatit alespoň minimální honorář. Umírající, kteří rodinu ale měli, tak neumírali opuštěni. Rodina si s ohledem na tradice rozdělila pečovatelské role. Psychickou oporou jim v nesnadné životní situaci poskytovala osobní víra, kněz a někdy i sousedé. Každý člen rodiny se v průběhu života setkal s umírajícím a následně i s péčí o mrtvé tělo. Každý tehdy věděl, jak vypadá smrt a umírání z blízka. Moderní člověk takové znalosti nemá. Chybí mu cenné praktické dovednosti a většinou je přesvědčen, že péče o umírající je výhradně v kompetenci zdravotníků. Setkání s umírajícím provází panický strach a bezradnost. V současné době právě umírající a jejich rodiny nejčastěji postrádají psychickou podporu a pomoc v této oblasti (Haškovcová, 2000, s. 26 – 29).

Na druhé straně stojí **institucionální model umírání**, který je samozřejmě srovnáván s domácím modelem umírání. Institucionální model umírání se vyvíjel postupně. Důležité bylo dostatečné hygienické zázemí (základní hygienické zázemí, teplo, strava) pro každého umírajícího. Nemocní byly často situovány do chorobinců, později do zdravotnických zařízení (špitály, nemocnice). Umírajícím nebyla věnována z hlediska odbornosti dlouhou dobu pozornost. Ve snaze zlepšit podmínky umírání vznikly tzv. bílé zástěny – plenty, které

se začaly běžně používat až ve 20. letech 20. století, a zajišťovali umírajícímu klid. Jak se začala zlepšovat ekonomická situace států, začalo se zlepšovat i zdravotnictví. Umírajícím byl vyčleněn zvláštní pokoj pro umírání. Návštěvní hodiny byly pouze středu a neděli, takže byl příbuzným odepřen každodenní styk s nemocným. Laická veřejnost odsunula těžce nemocné do nemocnice s cílem, že medicína zabráni smrti, nebo zajistí důstojný odchod ze života (Haškovcová, 2000, s. 30 – 31). Právě tomu čelí moderní hospicová péče. Demografický vývoj vykazuje dlouhodobě stárnutí populace. Senioři jsou ovšem vitálnější, zdravější a často odkládají odchod do důchodového věku. V dřívějším modelu domácího umírání se rodina o starší, nemocné a umírající příbuzné starala. V současné době vidíme trend vývoje umístování nebo starší osoby chtějí sami do institucionální zařízení (domovy důchodců, hospice). Lidé sice odpovídají, že by se chtěli o své příbuzné postarat, ale mnoho laiků si neumí pod tímto pojmem představit, o jakou péči se bude jednat. Být s umírajícím člověkem 24 hodin denně, 7 dní v týdnu je velmi emocionálně, psychicky a i finančně náročné. Trendem vývoje jsou jednak hospicová zařízení, která umožňují nevyčitatelně nemocným důstojné umírání, tak i rozvoj mobilních hospicových zařízení, která pomáhají právě rodinnám v domácím prostředí pečovat o ne-mocného a umírajícího klienta. Ve světě dnes existuje přes 7 000 zařízení hospicové a paliativní péče, která působí ve více než 90 zemích (Peřina, © 2016).

### 5.3.2 SWOT analýza hospicové péče ve Zlínském kraji

SWOT analýza patří mezi univerzální analytické techniky používané pro zhodnocení vnitřních a vnějších faktorů ovlivňujících úspěšnost organizace. Zaměřuje se na vnitřní silné (strengths) a slabé (weaknesses) stránky podniku a příležitosti (opportunities) a hrozby (threats) identifikovatelné ve vnějším okolí podniku. Účelem analýzy není určit jakýkoliv druh silných stránek, slabých stránek, příležitostí a hrozeb, ale zaměřit se na vyzdvížení těch, které mají pro podnik strategický význam (Váchal a Vochozka, 2013, s 433).

V současné době prozatím neexistuje vnitřní prostředí podniku a nelze tedy zpracovat klasickou SWOT analýzu se zaměřením na silné a slabé stránky společnosti. Volíme proto tedy zkrácenou verzi OT analýzy, neboť příležitosti a hrozby identifikujeme ve vnějším okolí podniku. V OT analýze se tedy budeme zabývat zhodnocením příležitostí (O – opportunities) a hrozeb (T – threats). Sestavení analýzy probíhá na základě informací, které byly získány v průběhu zpracování diplomové práce a jsou uvedeny po přehled v tabulce (Tab. 5).

Tab. 5 - OT analýza (vlastní zpracování)

<i><b>Příležitosti (O – opportunities)</b></i>	<i><b>Hrozby (T – threats).</b></i>
Dotační programy – ČR, EU;	Omezená možnost financování;
Demografický vývoj obyvatelstva;	Změna legislativy;
Rostoucí informovatnost obyvatelstva;	Finanční náročnost pro klienty;
Zájem potencionálních klientů o službu;	Syndrom vyhoření;
Spolupráce s okolními zdr. zařízeními (nemocnice, domovy důchodců);	Nedostatek personálu pro zabezpečení provozu hospice;
Nedostatek zařízení;	Konkurence (hospic Hvězda Zlín);
Spolupráce se vzdělávacími institucemi (zdravotní školy, sociální služby);	Nedostatek klientů – rozvoj mobilní hospicové péče;

### ***Příležitosti***

V současné době se na území Zlínského kraje nachází celkem dvě hospicová zařízení – Hospic Citadela (Valašské Meziříčí) a hospic Hvězda (Zlín). Můžeme tedy uvést, že je na trhu příležitost pro vybudování hospice na území okresu Uherské Hradiště. Vzhledem k pomalu rostoucí povědomosti obyvatelstva o možnostech poskytování hospicové péče a spolupráci s okolními zdravotnickými zařízeními lze předpokládat nárůst poptávky po této službě. Současnou velkou příležitostí je i podpora od státu, kdy jsou vyhlášeny dodací programy právě na poskytování hospicové péče a tím získání části financí na vybudování hospice. Důležitým bodem je prezentování paliativní potažmo hospicové péče na různých seminářích, kongresech a odborných konferencích, kde informujeme nejen veřejnost, ale i odborníky z řad lékařů o nových trendech a možnostech v poskytování hospicové péče. V neposlední řadě vidíme příležitost ve spolupráci se vzdělávacími institucemi. Praxi hospicovém zařízení bychom mohly poskytnout studentům Střední zdravotnické školy, která se nachází v Uherském Hradišti, Univerzitě Tomáše Bati v oblasti studia všeobecných sester a zdravotně sociálních pracovníků a taktéž případným kurzům z úřadu práce (např. sanitářský kurz).

### ***Hrozby***

Zásadní hrozbu pro provozování hospice představuje financování ze stran zdravotních pojišťoven. Zdravotní pojišťovna poskytuje pouze malou část finančních zdrojů, které nepokryjí náklady spojené s provozováním hospicové péče. Financování hospice je tedy



nejvíce pokryto ze sponzorských darů a příspěvků, příspěvků na péči a samofinancováním klientů. Další hrozbou je nezajištění personálního vybavení pro potřeby provozu hospice ze strany lékařského personálu tak i středního zdravotnického personálu. Celorepublikově čelíme ve zdravotnictví nedostatku personálu. Problém může být i to, že práce u hospicového lůžka je psychicky silně náročná, neboť personál je v neustálém kontaktu s nemohoucím umírajícím člověkem, a díky tomu může docházet k fluktuaci zaměstnanců a syndromu vyhoření. Potencionální hrozbu může představovat i nedostatek klientů v hospicové péči. Situace může být důsledkem nedostatečné informovanosti obyvatel o možnosti využití této služby, nebo i nespolečné spolupráce se zdravotnickým zařízením, které by případně mohlo odkazovat pacienty potřebující hospicovou péči na využití služeb. V neposlední řadě musíme počítat i s hrozbou nedostatku klientů v souvislosti s rozvojem mobilní hospicové péče, která by poskytovala služby klientům doma a v důsledku toho by mohl klesnout zájem potenciálních klientů o pobytový hospic. Riziko může představovat i změna legislativy, která by zahrnovala změny požadavků na technicko – věcné vybavení a personální zjištění. V případě, že by nebylo dosaženo minimálních požadavků legislativy, nemohl by být hospic uveden do provozu.

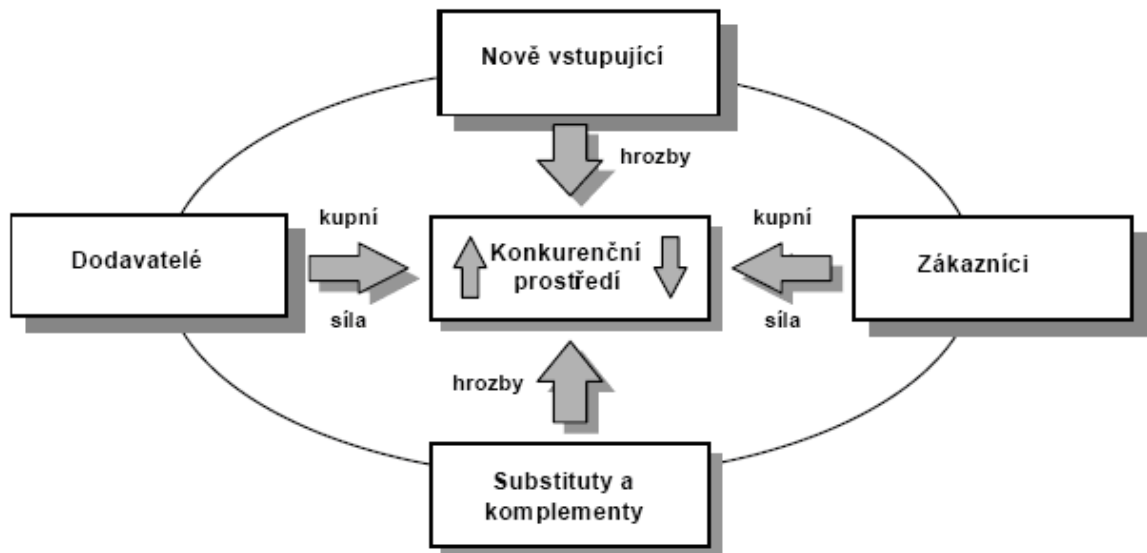
#### **5.4 Analýza konkurenčního prostředí**

Zmapovat konkurenční prostředí řadíme mezi základní nástroj při snaze vstoupit se svým podnikem na trh služeb. Analyzovat konkurenční prostředí se doporučuje ještě před zahájením vlastního podnikání. Podnikatel se během analýzy dokáže na trhu lépe orientovat a uvědomí si silné a slabé stránky svého podnikatelského záměru. Prováděná analýza se skládá ze dvou částí. První část se zaměřuje na konkurenční síly a jejich ovlivňování podniku. Druhá část definuje jednotlivé konkurenty ve zkoumaném odvětví. Cílem je získat holistický pohled na konkurenční prostředí hospicové péče ve Zlínském kraji a přilehlém okolí.

##### **5.4.1 Porterův model 5-ti konkurenčních sil**

Stav konkurence ve zkoumaném odvětví závisí na působení pěti základních sil a výsledkem jejich společného působení je ziskový potenciál v analyzovaném oboru. M. Porter je autorem modelu, který znázorňuje působení a charakteristiku těchto základních pěti sil (Váchal a Vochozka, 2013, s. 404). Struktura modelu je jednoduchá a mezi analyzované oblasti patří nově vstupující konkurenti, stávající konkurenti, dodavatelé, zákazníci a substituty. Jedinečným analytickým přínosem modelu je systematičnost, se kterou prezentuje jednotlivé

konkurenční síly. Model disponuje relativně vysokou vypovídající schopností (Kalouda, 2016, s. 96).



Obr. 1 - Porterův model 5S (zdroj jakasi.cz)

### **Ohrožení ze strany nových konkurentů**

Vstup nového konkurenta v oblasti hospicové péče může ovlivňovat několik bariér, mezi které řadíme především legislativní normy, kapitálovou náročnost a personální obsazení pro zajištění provozu zařízení. Navázání vztahu se zdravotními pojišťovnami může zásadně ovlivnit vstup nových konkurentů na trh, neboť pojišťovny regulují smluvní vztahy se zdravotnickými zařízeními podle potřeby a také mají nastavené limity pro úhradu péče.

Další důležitou bariérou pro provozování hospicové péče může být současná krize zdravotnictví v ČR. Neustálý nedostatek zdravotnického personálu (lékaři, sestry) vede spíše k redukci počtu lůžek a zavírání oddělení v zařízeních, než k otevírání nových „konkurenčních firem“. Vzdělávání zdravotnického personálu lze v ČR považovat za časově náročné a platové podmínky neodpovídají požadované kvalifikaci, která je kladena zejména na střední zdravotnický personál (všeobecné sestry, všeobecné sestry se specializací).

Důležitost klademe hlavně na diferenciaci poskytovaných služeb mezi jednotlivými konkurenty. V základních službách se nabídka v porovnání s konkurenty často překrývá.

Nově vstupující konkurent může využít dobré marketingové strategie a vyzdvihnout služby a pomůcky, kterými se bude lišit od stávajících podniků (např. pomůcky na péči ze zahraničí, pokoje s balkónem, zelená výsadba v okolí hospice). Dále považujeme za stěžejní informovanost okolních zdravotnických zařízení (nemocnice), obvodních lékařů a obyvatel o nově vznikající službě hospicové péče, která představuje rozšíření povědomí mezi potenciaálními klienty a budování dobré pověsti zdravotnického zařízení. Z důvodu přehlednosti byla vypracována tabulka 6, která shrnuje možné ohrožení ze stran nových konkurentů.

Tab. 6 - Ohrožení ze strany nových konkurentů (vlastní zpracování)

Ohrožení ze strany nově vstupujících konkurentů (1 – nejnižší riziko, 5 – nejvyšší riziko)	Bodové hodnocení
<b>Kapitálová náročnost vstupu</b>	4
<b>Navázání smluvního vztahu s pojišťovnami</b>	4
<b>Nedostatečné personální obsazení</b>	4
<b>Diferenciace služeb</b>	3

#### *Rivalita mezi existujícími konkurenty (Tab. 7)*

Přímé konkurenty v oblasti hospicové péče ve Zlínském kraji můžeme najít dva, lůžkové hospice Hvězda a Citadela. Z hlediska největšího konkurenta považujeme hospice Hvězda ve Zlíně – Malenovicích než Citadelu, neboť je snadněji dostupější pro obyvatele okresu Uherské Hradiště. Nabízí služby hospicového charakteru (lůžkový hospice, domácí hospicová služba), domovy se zvláštním režimem a denní stacionář. Hospic má k dispozici 14 lůžek a jeho obloženost v roce 2017 byla 99,7 % (uzavřeno 66 smluv o poskytnutí péče). Předpokládáme, že poloha hospice v Uherském Hradišti bude pro obyvatele více přívětivější a časově výhodnější, než kdyby za svými příbuznými dojížděli. Potenciální konkurencí může být i Uherskohradištská nemocnice a. s. (dale jen UHN a. s.), která disponuje odděleními následné ošetrovatelské péče a sociálními lůžkami. Pacienti zde mohou být přeloženi v rámci pobytu v nemocnici z důvodu, že nebudou mít povědomí, nebo jim či rodinným příslušníkům nebude nabídnuta alternativa hospicové péče v případě, že by byl pacient vhodným kandidátem. UHN a. s. v současné době nedisponuje pracovištěm, které by se zaměřovalo výhradně na paliativní či hospicovou péči. Další z možností konkurenčního prostředí jsou agentury domácí péče, či mobilní hospicová zařízení. Služby těchto agentur nabízejí poskytování hospicové péče přímo u klientů v domácím prostředí. Výhoda je hlavně

ve větším povědomí klientů o možnosti využívat domácí péči (služba je déle na trhu, spolupráce s obvodními lékaři). Případně vybudovaný hospic by měl navázat spolupráci s těmito agenturami, aby se rozšířila informovanost o nově vznikající službě pro potencionální klienty.

Z výše uvedených informací, lze definovat, že pomalu dochází k růstu odvětví v hospicové péči. V budoucnu můžeme očekávat omezení zřizování zařízení zejména ze stran zdravotních pojišťoven.

Tab. 7 - Rivalita mezi konkurenty (vlastní zpracování)

<b>Rivalita mezi konkurenty (1 – nejnižší riziko, 5 – nejvyšší riziko)</b>	<b>Bodové hodnocení</b>
<b>Množství konkurentů a schopnost jejich konkurence</b>	4
<b>Diferenciace konkurentů</b>	3
<b>Růst odvětví</b>	3

### ***Vyjednávací síla dodavatelů***

Každé zdravotnické zařízení jakéhokoliv typu potřebuje dodavatele zdravotnického materiálu. Zboží je dodáváno různorodým spektrem dodavatelů podle toho na jakou se zaměříme oblast. Hospicové zařízení potřebuje dodavatele v oblasti zdravotnické techniky (postele, antidekubitní pomůcky, přístrojové vybavení), zdravotnického materiálu (obvazový materiál, jednorázové pomůcky, prádlo, léčiva atd.), dodavatele stravy a dalších nezbytností pro potřebu provozování zařízení. Z důvodů velkého množství různých firem zaměřujících se na zdravotnické vybavení, lze konstatovat, že dodavatelé jsou nuceni nabízet své výrobky za výhodné ceny, neboť přechod k jinému dodavateli sebou nese nízkou míru rizika a na trhu je značné množství konkurentů nabízejících právě zdravotnické vybavení. Za významného dodavatele můžeme považovat i zdravotní pojišťovny. V případě, že zdravotní pojišťovna uzavře ze zdravotnickým zařízením smlouvu o úhradě výkonů spojených s ošetřováním klientů, lze předpokládat vyšší zájem klientů, než kdyby se na úhradě měli podílet pouze jako samoplátci. Důležitou vyjednávací sílu má taktéž poskytovatel prostor pro provozování zařízení. Nalézt prostory, které by funkčně vyhovovaly potřebám hospice je dáno určitými legislativními požadavky (vyhlášky, zákony) a právě dodavatel těchto prostor má značnou vyjednávací sílu, kterou považujeme za nejvyšší riziko. Vyjednávací sílu dodavatelů jsme shrnuli v tabulce (Tab. 8).

Tab. 8 - Vyjednávací síla dodavatelů (vlastní zpracování)

Vyjednávací síla dodavatelů (1 – nejnižší riziko, 5 – nejvyšší riziko)	Bodové hodnocení
Počet a význam dodavatelů	2
Přechod k jinému dodavateli	1
Navázání smluvního vztahu s pojišťovnami	4
Dodavatelé zázemí pro zařízení	5

### *Vyjednávací síla odběratelů*

Za odběratele považujeme potencionální klienty, kteří budou mít zájem o nabízenou hospicovou péči. V případě hospice se jedná o klienty v terminální fázi života, kteří chtějí důstojně a klidně dožít. Právě počet klientů hodnotíme jako nejrizikovější, neboť prozatím je význam této služby poměrně málo rozšířen mezi laickou veřejnost a lidé často neví co si pod tímto pojmem představit. Nabízené služby musí potencionální klienty zaujmout určitou kvalitou zařízení a přístupem pracovníků zařízení. Pro snížení vyjednávací síly odběratelů je důležitá orientace na klienty. Klient a případně i rodina by měly být se službou spokojeni. Kvalitním uspokojování základních požadavků a potřeb (bio-psycho-sociální potřeby, tišení bolesti) nebude mít důvod zákazník odcházet a vyhledávat jinou službu. Naopak v případě spokojenosti může klient či rodina službu doporučit i dalším lidem ve svém okolí a díky tomu může zařízení získat další odběratele.

Poměrně rizikovým faktorem je financování hospicové služby. Zdravotní pojišťovna se podílí na částečné úhradě hospicové péče. Zbylé služby, které klient odebírá (ubytování, strava, aj.), bude s pravděpodobností poskytována za přímé úhrady klientů. Považujeme za nutné o tomto faktu zákazníky informovat prostřednictvím ceníku služeb. Osoby, které budou tvořit klientelu hospice budou nejčastěji senioři pobírající starobní důchody, popřípadě příspěvky na péči.

Předpokladem úspěšného vedení hospice bude spolupráce s obvodními lékaři, nemocnicemi a agenturami domácí péče. Důležitou roli hraje i marketingová propagace zařízení k oslovení nadací a sponzorů k finanční podpoře. Shrnutí vyjednávací síly odběratelů znázorňuje tabulka 9 - Vyjednávací síla odběratelů.

Tab. 9 - Vyjednávací síla odběratelů (vlastní zpracování)

Vyjednávací síla odběratelů (1 – nejnižší riziko, 5 – nejvyšší riziko)	Bodové hodnocení
Počet klientů	4
Význam služby pro klienta	3
Citlivost klientů na kvalitu služby	3
Citlivost klientů na cenu služby	4
Informovanost klientů	3

**Ohrožení substituty (Tab. 10)**

Substituty se myslí takové služby, které dokáží nahradit primární službu. Poskytovat lůžkovou hospicovou péči je natolik specifické a odborné, že pravděpodobná substituce není možná. Hospicová péče spočívá v holistickém a empatickém přístupu ke klientům v závěrečné fázi života. Za jediného substituta služby lze snad považovat pouze mobilní domácí hospice, který poskytuje částečně stejnou péči v domácím prostředí nemocného.

Klienti, případně rodina klienta, mohou vnímat jako substituty nemocnice (interní odd., LDN), domovy důchodců či agentury domácí péče. U uvedených zařízení často ovšem schází právě zmíněný empatický a holistický přístup, ba naopak zařízení chtějí z pacienta co nejvíce profitovat (umělé udržování pacienta při životě).

Tab. 10 - Ohrožení substituty (vlastní zpracování)

Ohrožení substituty (1 – nejnižší riziko, 5 – nejvyšší riziko)	Bodové hodnocení
Substituční služby	neexistují
Potencionální substituty	3

**5.4.2 Analýza konkurentů ve Zlínském kraji**

Ve Zlínském kraji nacházíme dva lůžkové hospice. Hospic Citadela ve Valašském Meziříčí a nestátní zdravotnické zařízení sociálních služeb Hvězda, které jako jednu z činností má i provoz lůžkového hospice. Právě tyto dvě zařízení považujeme za největší konkurenty pro plánovaný hospic.

### ***Hospic Citadela***

Hospic Citadela patří mezi nestátní zdravotnické zařízení se zaměřením na specializovanou paliativní péči zahrnující lůžkový hospic a ambulanci paliativní medicíny. Zároveň poskytuje i několik typů pobytových sociálních služeb (odlehčovací služba, sociálně zdravotní lůžka, domov se zvláštním režimem). Individuálním přístupem pomáhají naplnit potřeby svých klientů. K dispozici mají multidisciplinární tým stávající se z lékařů, zdravotních sester, pečovatelek, fyzioterapeutů, duchovních a dobrovolníků.

Zřizovatelem je křesťanská nestátní nezisková organizace Diakonie Českobratrské církve evangelické. Posláním Diakonie je pomáhat potřebným. Opírají se o základní hodnoty: milosrdenství, fortelnost, společenství a naději. Financování hospice probíhá ze zdravotního pojištění klientů, dotací ze státního rozpočtu, dotací měst a obcí, přímých úhrad od klientů a darů fyzických a právnických osob. Spoluúčast klientů na hospicové péči je uvedena v ceníku služeb a činí 290 Kč/den za služby sociální péče, 170 Kč/den za stavné, noclech pro osobu blízkou stojí 100 Kč/noc a klienti mohou využít i sanitky ve vlastnictví hospice kdy sazba je 10 Kč/km a 30 Kč/ 15 min pro řidiče. Celkem v roce 2017 poskytli své hospicové služby 318 klientům (Diakonie Českobratrské církve evangelické, © 2019).

Při zjišťování informací o konkurenci bylo čerpáno z webových stránek zařízení. Stránky jsou přehledně vedeny a aktualizovány, klient má tedy možnost zjistit všechny potřebné informace. Hospic disponuje i facebookovým profilem, kde mohou případní zájemci čerpat aktuální informace.

Citadelu lze považovat za kvalitního konkurenta. Prostředí, ve kterém poskytují služby, je modernizované a z recenzí na facebooku je patrné, že jde o kvalitní bezpečné služby. Výhodou pro plánovaný hospic je vzdálenost hospice Citadela od Uherského Hradiště (cca 80 km) a z tohoto důvodu nebude primárně vyhledávaným zařízením pro klienty z Uherskohradištska.

### ***Hospic Hvězda***

Hvězda z.ú., patří mezi nestátní zdravotnické zařízení se zaměřením na poskytování sociálních služeb, zdravotních služeb, ostatních a doplňkových služeb na vysoké profesionální úrovni. Posláním organizace je rozšíření praktického naplňování myšlenek humanismu, mezigenerační tolerance, solidarity a občanského soužití. Má za cíl poskytovat kvalitní so-

ciální služby splňováním Standardů kvality sociálních služeb, modernizovat služby, zviditelnovat organizaci z důvodů většího povědomí obyvatel o možnosti poskytování sociálních služeb a také spolupracovat se zdravotními pojišťovkami, což povede ke kladnému hospodaření organizace. Středisko Hvězda poskytuje široké spektrum sociálních služeb. Provozují lůžkovou hospicovou službu, domácí péči a domácí hospicovou péči. Dále poskytují služby v rámci denního stacionáře pro postižené klienty a domova se zvláštním režimem. Sdružení je držitelem certifikace ISO 9001.

Zakladatelkou ústavu je paní Bc. Miroslava Kalivodová, která je zároveň i ředitelkou ústavu. Hospic disponuje celkem 14 lůžky a v roce 2017 poskytl své služby celkem 66 klientům. Financování provozu zařízení je obdobné jako u hospice Citadela. Finanční spoluúčast klientů činí celkem 380 Kč/den při pobytu v jednolůžkové bytové jednotce nebo 370 Kč/den ve dvoulůžkové bytové jednotce. Cena zahrnuje ubytování a celodenní stravu. Zařízení dále poskytuje různé fakultativní dopňkové služby např. perličková koupel, doplňková strava, celodenní pitný režim. U zmíněných služeb není uvedena cena (Hospic Hvězda, z. ú., © 2019).

Informace o potencionální konkurenci byly opět čerpány převážně z aktualizovaných webových stránek zařízení. Stránky ovšem nelze považovat za tak přehledné jako u předchozího konkurenta. Člověk relativně složitě vyhledává potřebné informace, a navíc celkový dojem webu působí neupraveně a zastarale. Středisko působí i na sociální platformě Facebook, ale jeho poslední činnost je z roku 2013. Aktuální informace lze zjistit tedy pouze na webových stránkách. Za zmínku stojí i vytvořená videoprezentace, která podává ucelený náhled na služby zařízení.

Z hlediska konkurence považujeme středisko Hvězda za potencionálně vyšší konkurenci než hospice Citadela. Prostory objektu, kde je péče poskytována, jsou relativně moderní a udržované. Výhodou pro občany Uherskohradištska může být dobrá dostupnost (vzdálenost od Uherského Hradiště cca 30 km) a široké spektrum poskytovaných služeb.

## 5.5 Dotazníkové šetření

V souvislosti s analytickou fází projektu založení hospicového zařízení bylo provedeno průzkumné šetření formou dotazníku ke zjištění zájmů a povědomí občanů Zlínského kraje k tématu hospicové péče.



### 5.5.1 Cíle průzkumného šetření

**Hlavní cíl:** Zjistit zájem respondentů o služby hospicové péče ve Zlínském kraji, preference formy poskytování (pobytový hospic, mobilní hospicová péče) a vyšší částky, kterou jsou respondenti ochotni za 1 měsíc kompletní poskytované péče uhradit.

**Výzkumná hypotéza 1:** Více než 75 % respondentů má zájem o služby hospice ve Zlínském kraji.

**Výzkumná hypotéza 2:** Více než 50 % respondentů má zájem o služby pobytové hospicové péče.

**Výzkumná hypotéza 3:** Více než 50 % respondentů je ochotna zaplatit částku za 1 měsíc kompletních služeb v rozmezí 10 001 – 15 000 Kč.

### 5.5.2 Metodika průzkumného šetření

K realizaci vlastního průzkumného šetření byla zvolena kvantitativní průzkumná forma nestandardizovaného dotazníkového šetření. Metoda byla zvolena z důvodu jednoduchosti zpracování a získání relativně velkého počtu dat od respondentů za krátký časový úsek. Výhoda dotazníku spočívá v jeho anonymitě, která vede k větší spolupráci a upřímnosti respondentů. Nevýhodou naopak může být, že ne každý respondent odpoví na otázky pravdivě a rovněž nemusí být dotazník vyplněn řádně dle instrukcí. V konečném důsledku mohou být tedy získaná data zkreslená.

Dotazník pro respondenty obsahoval celkem 12 otázek (viz příloha PI). Byl anonymní a distribuovaný v elektronické formě respondentům. V dotazníku bylo využito uzavřených otázek (1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12) a polouzavřených otázek (3, 6). Získaná data byla vyhodnocena pomocí tabulek a u vybraných otázek i grafem.

Před zahájením vlastního sběru dat, byla provedena pilotní studie k ověření srozumitelnosti dotazníku. Pilotní studie se zúčastnilo celkem 10 respondentů a na základě zpětné vazby byly stylisticky upraveny otázky dotazníkového šetření.

### 5.5.3 Charakteristika souboru respondentů

Dotazník byl zpracován a distribuován pro obyvatele Zlínského kraje. Podmínkou pro zařazení do šetření byl věk (starší 18 – ti let), trvalý pobyt na území Zlínského kraje, ochota a spolupráce při vyplňování dotazníku. Sběr dat proběhl v období od 27. 1. do 10. 2. 2019. V rámci probíhajícího šetření byl dotazník distribuován elektronickou formou prostřednictvím

Google formuláře a také formou předem připraveného vytištěného formuláře. Za sledované období jsme obdrželi 85 odpovědí elektronicky a rozdali 30 papírových formulářů v okrese Uherské Hradiště. Můžeme konstatovat, že jsme celkově rozdali 115 dotazníků (100 %). Návratnost činila 112 dotazníků (97,4 %). Z vrácených dotazníků bylo pro neúplné vyplnění 5 dotazníků vyřazeno, což činí 4,5 %. K finálnímu zpracování bylo tedy použito 107 správně vyplněných dotazníků (100 %).

#### 5.5.4 Analýza a interpretace dotazníkového šetření

Ke zpracování jsme použili data ze 107 kompletně vyplněných dotazníků, což v konečném souboru považujeme za 100 %. Položky jsou zpracovány a interpretovány dle řazení otázek v dotazníkovém formuláři. Vyhodnocení zobrazujeme v absolutních (n) a relativních (%) četnostech. Výsledky relativních četností zaokrouhlujeme na jedno desetiné místo. Každá otázka je pro přehlednost znázorněna pomocí tabulek.

**Otázka 1** (Tab. 11) zjišťuje, zda dotazovaní mají osobní zkušenost či se u nic v rodině vyskytlo onkologické onemocnění. Zkušenost s onkologickým onemocněním má 73 dotazovaných, což je 68,2 %, bez zkušenosti je 31 dotazovaných (29 %) a 3 dotazovaní (2,8 %) neví, zda se u nic či v rodině toto onemocnění vyskytlo.

Tab. 11 - Zkušenost s výskytem onkologického onemocnění (vlastní zpracování)

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<b>Ano</b>	73	68,2 %
<b>Ne</b>	31	29,0 %
<b>Nevím</b>	3	2,8 %
<b>Celkem</b>	<b>107</b>	<b>100,0 %</b>

**Otázka 2** (Tab. 12) se respondentů dotazovala na setkání s termínem hospicové péče. Celkem 97 dotazujících (90,7 %) uvedlo, že termín zná. 5 dotazovaných (4,7 %) se s názvem nesešlo a zbylých 5 respondentů (4,7 %) neví.

Tab. 12 - Setkání s termínem hospicová péče (vlastní zpracování)

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	97	90,7 %
Ne	5	4,7%
Nevím	5	4,7 %
<b>Celkem</b>	<b>107</b>	<b>100,0 %</b>

**Otázka 3** (Tab. 13) pokládala respondentům dotaz, zda znají náplň práce hospicových služeb. Respondenti v této položce mohli zaznačit více možností odpovědí, proto relativní četnosti vycházejí z celkového počtu odpovědí. 101 (28,6 %) odpovědí bylo zjištěno u odpovědi komplexní péče o pacienta v závěrečné (terminální) fázi života. Druhou nejpočetnější odpovědí byla psychologická podpora rodiny s četností 73 odpovědí (20,7 %). 71 (20,1 %) odpovědí bylo zaznamenáno u aplikace léků tišících nezvladatelné bolesti. Odpověď zapůjčení nebo poskytnutí pomůcek pro nemocného pacienta do domácího prostředí, byla označena 57 krát, tj. 16,1 %, následována možností komplexní léčba základního onemocnění pacienta s 20 (5,7 %) odpověďmi. Ve variantě odvoz a dovoz k lékaři na vyšetření bylo zjištěno 17 odpovědí (4,8 %) a možnost zajištění stravy, úklid domácnosti pacienta obdržela celkem 13 (3,7 %) odpovědí. Nejméně odpovědí bylo zaznamenáno v odpovědi jiné, kdy pouze 1 respondent (0,3 %) dopsal odpověď aktivity pro nemocné.

Tab. 13 - Poskytované služby hospicové péče (vlastní zpracování)

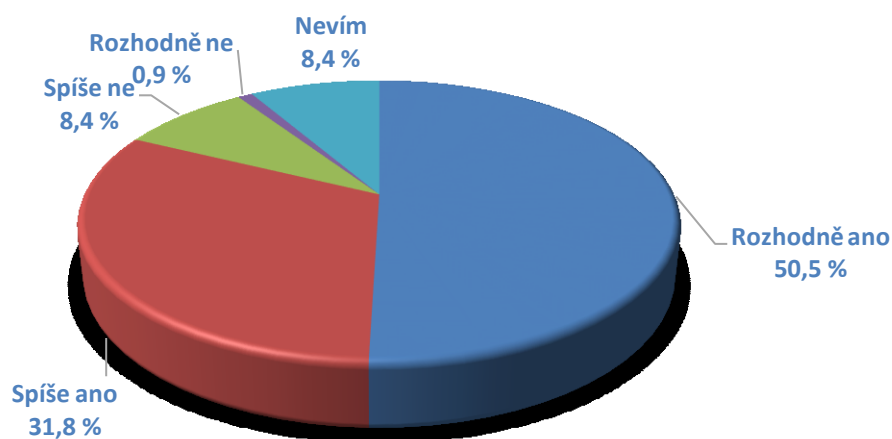
Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<b>Péči o pacienta v terminal. stadiu</b>	101	28,6 %
<b>Léčbu základního onemocnění</b>	20	5,7 %
<b>Zajištění stravy, úklid domácnosti pacienta</b>	13	3,7 %
<b>Psycholog. podporu rodiny</b>	73	20,7 %
<b>Odvoz/dovoz k lékaři na vyšetření</b>	17	4,8 %
<b>Aplikace léků tišících bolest</b>	71	20,1 %
<b>Zapůjčení pomůcek do domácího prostředí</b>	57	16,1 %
<b>jiné</b>	1	0,3 %
<b>Celkem</b>	<b>353</b>	<b>100 %</b>

**Otázka 4** zjišťovala, jestli by respondent uvítali nabídku hospicové péče pro sebe či členy své rodiny. Celkem 54 respondentů (50,5 %) se vyjádřilo, že rozhodně ano, 34 respondentů (31,8 %) uvedlo že spíše ano, 9 respondentů (8,4 %) spíše ne a 1 respondent (0,9 %) rozhodně nemá o hospicovou službu zájem. Zbýlých 9 dotazovaných (8,4 %) ještě není rozhodnuto. Pro přehlednost uvádíme výsledky v tabulce (Tab. 14) a taktéž formou koláčového grafu (Graf 2).

Tab. 14 - Možnost využití hospicové péče (vlastní zpracování)

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<b>Rozhodně ano</b>	54	50,5 %
<b>Spíše ano</b>	34	31,8 %
<b>Spíše ne</b>	9	8,4 %
<b>Rozhodně ne</b>	1	0,9 %
<b>Nevím</b>	9	8,4 %
<b>Celkem</b>	<b>107</b>	<b>100,0%</b>

Graf 2 - Zájem o služby hospicové péče (vlastní zpracování)

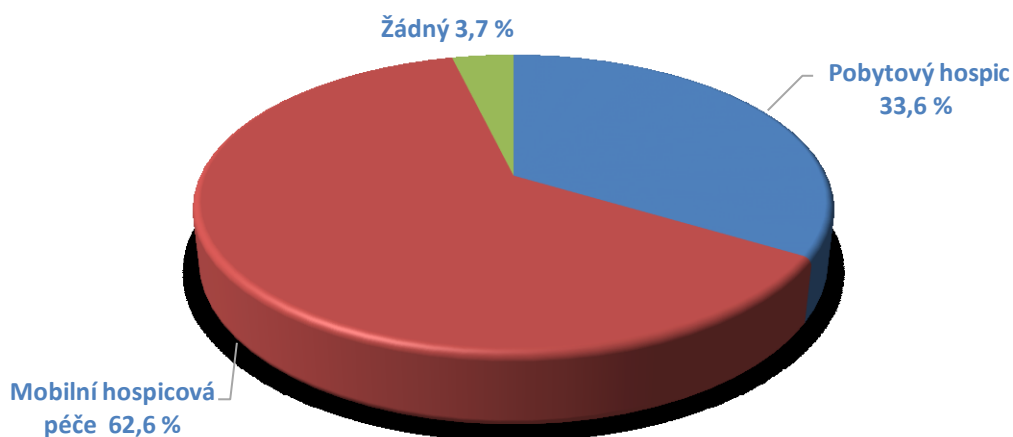


**Otázka 5** pojednává o preferencích typu hospicové péče. Z výsledků bylo zjištěno, že pobytový hospic preferuje 36 respondentů (33,6 %) a 67 respondentů (62,6 %) by mělo zájem o mobilní hospicovou péči. Ve 4 případech (3,7 %) nemají respondenti zájem ani o jeden druh nabízené péče. Výsledky jsou znázorněny v tabulce (Tab. 15) a v grafu (Graf 3).

Tab. 15 - Preference typu hospicové péče (vlastní zpracování)

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Pobytový hospic	36	33,6 %
Mobilní hospicová péče	67	62,6 %
Žádný	4	3,7 %
<b>Celkem</b>	<b>107</b>	<b>100,0 %</b>

Graf 3 - Preference typu hospicové péče (vlastní zpracování)



**Otázka 6** (Tab. 16) mapuje informovanost respondentů o způsobu financování hospicové péče. Dotazovaní mohli v otázce volit více variant odpovědí, proto absolutní četnost neodpovídá počtu respondentů. Bylo zjištěno, že 73 odpovědí (31,7 %) činila úhrada z veřejného zdravotního pojištění, 71 odpovědí (30,9 %) má financování ze sponzorských darů, nadací a přímá úhrada klientem získala 64 odpovědí (27,8 %) ze všech možných. Nejméně si lidé myslí, že se na financování hospicové péče podílí sociální pojištění s 22 odpověďmi (9,6 %).

Tab. 16 - *Financování hospicové péče (vlastní zpracování)*

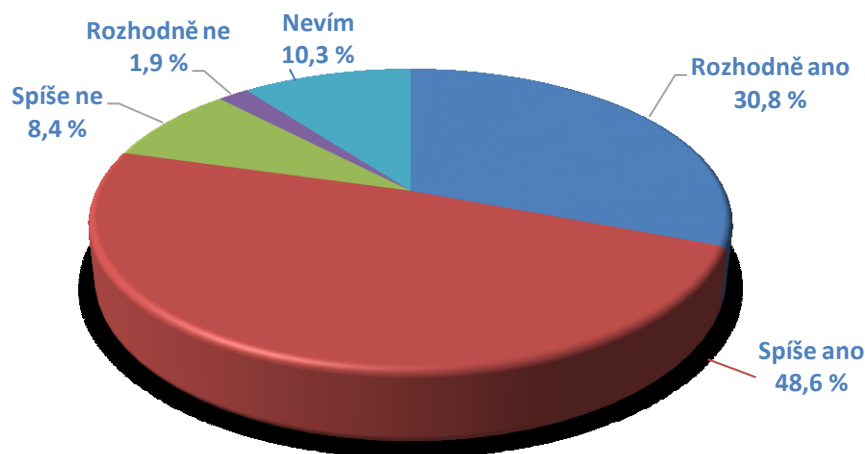
Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<b>Veřejné zdravotní pojištění</b>	73	31,7 %
<b>Sociální pojištění</b>	22	9,6 %
<b>Přímá úhrada klientem</b>	64	27,8 %
<b>Sponzorské dary, nadace</b>	71	30,9 %
<b>jiné</b>	0	0,0 %
<b>Celkem</b>	<b>230</b>	<b>100,0 %</b>

**Otázka 7** (Tab. 18) zjišťovala ochotu respondentů podílet se na spolufinancování péče. Z výsledků je zřejmé, že v součtu kladných odpovědí by se celkem 85 respondentů (79,4 %) bylo ochotno podílet na finanční spoluúčasti při poskytování hospicové služby. Nezájem o spoluúčast projevilo v součtu 11 dotazovaných (10,3 %) a zbylých 11 respondentů není ještě rozhodnuto. Otázka je pro přehlednost znázorněna graficky (Graf 4).

Tab. 17 - *Ochota úhrady hospicové péče (vlastní zpracování)*

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<b>Rozhodně ano</b>	33	30,8 %
<b>Spíše ano</b>	52	48,6 %
<b>Spíše ne</b>	9	8,4 %
<b>Rozhodně ne</b>	2	1,9 %
<b>Nevím</b>	11	10,3 %
<b>Celkem</b>	<b>107</b>	<b>100,0 %</b>

Graf 4 - Ochota úhrady hospicové péče (vlastní zpracování)

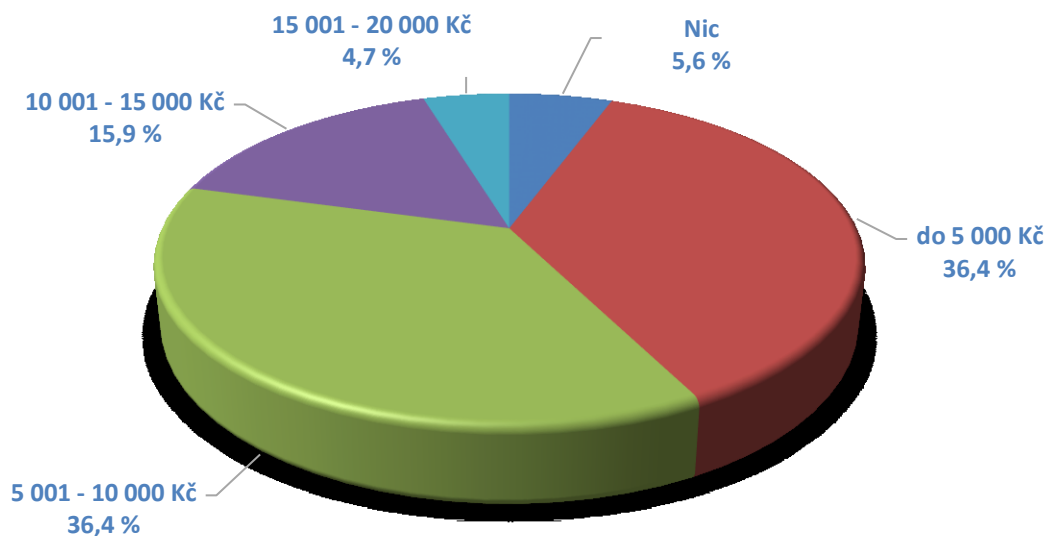


**Otázka 8** pokládá dotaz v rámci finanční spoluúčasti na případné komplexní hospicové péči v době trvání 1 měsíce. Shodně odpovědělo 39 respondentů (36,4 %), kteří jsou ochotni podílet se na financování částkami do 5 000 Kč a v rozmezí 5 001 – 10 000 Kč. V případě 17 respondentů (15,9 %) byla zjištěna ochota příspěvku 10 001 – 15 000 Kč a 5 respondentů (4,7 %) částku 15 001 – 20 000 Kč. Pouze 1 dotázaný (0,9 %) je ochoten přispívat na poskytovanou péči více než 20 000 Kč/měsíc. Zbylých 6 respondentů (5,6 %) by se finančně neúčastnilo. Výsledky lepší přehlednost jsou výsledky otázky zobrazeny v tabulce (Tab. 18) a v grafické formě (Graf 5) koláčového grafu.

Tab. 18 - Částka úhrady hospicové péče (vlastní zpracování)

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Nic	6	5,6 %
do 5 000 Kč	39	36,4 %
5 001 – 10 000 Kč	39	36,4 %
10 001 – 15 000 Kč	17	15,9 %
15 001 – 20 000 Kč	5	4,7 %
více než 20 000 Kč	1	0,9 %
<b>Celkem</b>	<b>107</b>	<b>100,0 %</b>

Graf 5 - Částka úhrady hospicové péče (vlastní zpracování)



**Otázka 9** (Tab. 19) zjišťuje dostupnost hospicové péče v okolí respondenta. 71 oslovených (66,4 %) uvedlo, že mají hospicovou péči v okolí, 14 dotázaných (13,1 %) nemá ve svém okolí dostupnou hospicovou péči a zbylých 22 respondentů (20,5 %) neví zda mají ve svém okolí poskytovatele hospicové služby.

Tab. 19 - Hospicová péče v okolí (vlastní zpracování)

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	71	66,4 %
Ne	14	13,1 %
Nevím	22	20,5 %
<b>Celkem</b>	<b>107</b>	<b>100,0 %</b>

**Otázka 10** zjistila věk respondentů, kteří se zúčastnili šetření. Pro větší přehlednost (Tab. 20) bylo věkové složení respondentů v dotazníku kategorizováno. Nejvíce dotázaných bylo z kategorie 18 – 30 let celkem 47 respondentů (43,9 %), nejméně naopak bylo z kategorie více než 70 let (2 respondenti = 1,9 % přístupu). Tento počet respondentů lze přisuzovat faktu, že starší lidé nemají často možnost přístupu k internetovému připojení.



Tab. 20 - Věk respondent (vlastní zpracování)

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
18 – 30 let	47	43,9 %
31 – 50 let	44	41,1 %
51 – 70 let	13	13,1 %
více než 70 let	2	1,9 %
<b>Celkem</b>	<b>107</b>	<b>100,0 %</b>

**Otázka 11** (Tab. 21) byla zaměřena na pohlaví respondentů. Průzkumu se zúčastnilo 90 žen (83,3 %) a 18 mužů (16,7 %).

Tab. 21 - Pohlaví respondent (vlastní zpracování)

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<b>Muž</b>	18	16,7 %
<b>Ženy</b>	90	83,3 %
<b>Celkem</b>	<b>107</b>	<b>100 %</b>

**Otázka 12** (Tab. 22) se zaměřovala na okres bydliště oslovených. Nejvíce oslovených bylo z okresu Uherské Hradiště, a to celkem 62, tj. 57,9 %. Nejméně oslovených bylo naopak z okresu Kroměříž (4 respondenti = 3,7 %).

Tab. 22 - Okres bydliště respondentů Zlínského kraje (vlastní zpracování)

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<b>Zlín</b>	24	22,4 %
<b>Uherské Hradiště</b>	62	57,9 %
<b>Vsetín</b>	17	15,9 %
<b>Kroměříž</b>	4	3,7 %
<b>Celkem</b>	<b>107</b>	<b>100,0 %</b>

### 5.5.5 Vyhodnocení cíle průzkumného šetření a výzkumných hypotéz

Hlavním cílem průzkumného šetření bylo zmapovat zájem respondentů o služby hospicové péče ve Zlínském kraji, preference formy poskytování a zjištění výše finanční spoluúčasti, kterou jsou dotazovaní ochotni platit za 1 měsíc kompletní poskytnuté péče.

**Výzkumná hypotéza 1**, že více než 75 % respondentů ve Zlínském kraji má zájem o služby hospicového zařízení, **se potvrdila**. V součtu kladných odpovědí 88 dotazovaných (82,3 %) odpovědělo rozhodně ano či spíše ano. Pouze součet 10 respondentů, tj. 9,3 %, projevilo nezájem o zkoumanou oblast. V případě 9 - ti dotázaných (8,4 %) nelze jednoznačně stanovit odpověď, neboť prozatím neví, zda budou mít o službu v budoucnu zájem.

**Výzkumná hypotéza 2**, že více než 50 % respondentů má zájem o hospicovou péči formou pobytového zařízení, **se nepotvrdila**. Celkem 67 dotázaných, tj. 62,6 %, uvedlo, že by raději využilo nabídky mobilní hospicové péče, která pečuje o klienta v domácím prostředí. Námi zvolený pobytový hospic by volilo pouze 36 respondentů (33,6 %) a zbylí 4 respondenti (3,7 %) by nevolili žádnou hospicovou péči. Z výsledků lze tedy uvést, že zájem o mobilní hospicovou péči je větší než o lůžkové zařízení. Můžeme ovšem předpokládat, že v případě navázání spolupráce s mobilním hospicem, lze spolupracovat a případně klientům nabízet službu až jako sekundární řešení v případě potřeby.

**Výzkumná hypotéza 3**, že více než 50 % respondentů je ochotna zaplatit částku za 1 měsíc kompletních služeb v rozmezí 10 001 – 15 000 Kč, **se nepotvrdila**. Ze šetření bylo zjištěno, že dotazovaným respondentům nevadí finanční spoluúčast na poskytnuté péči (v součtu respondent se 85, tj. 79,4 % vyjádřilo kladně), předpokládají jí pouze menší než bylo v hypotéze stanoveno. Více než polovina respondentů, v součtu 78, tj. 72,8 %, uvedla částky v rozmezí do 5 000 Kč a v rozmezí 5 001 – 10 000 Kč. Částku, kterou jsem uvedli pro potvrzení hypotézy (10 001 – 15 000 Kč) či vyšší označilo v součtu pouze 23 respondentů, což je z celkového podílu 21,5 %. Lze ovšem předpokládat, že pokud dojde k využití služeb hospicového zařízení a potenciální klienti se informují o nákladech na poskytnutou službu, akceptují nastavené ceny hospice.

## 5.6 Shrnutí poznatků analytické části

Zpracováním analytické části diplomové práce byly zjišťovány podmínky pro založení lůžkové hospicové služby na území Zlínského kraje – konkrétně v Uherském Hradišti. K analyzování externích faktorů bylo využito PEST analýzy a Porterova modelu 5 – ti konkurenčních sil. Dále bylo využito provedení SWOT analýzy v modifikaci OT analýzy (zaměření na příležitosti a hrozby), neboť prozatím neexistuje interní prostředí firmy. K průzkumu názoru obyvatelstva, zda by byl zájem o poskytování hospicové služby, bylo zvoleno originální dotazníkové šetření.

V současné době se na území Zlínského kraje nacházejí již dva provozovatelé hospicového zařízení (hospic Citadela, hospic Hvězda), ale vidíme možnost proniknout na trh v okrese Uherské Hradiště, konkrétně v Uherském Hradišti. Hospic Hvězda je sice v pohodlné dojezdové vzdálenosti (cca 30 km), ale disponuje pouze 14 lůžky, které vykazovaly téměř 100% obloženost během celého roku. Z výsledků šetření bylo zjištěno, že lidé by měli zájem o nabízenou službu hospicové péče. Jsou ochotni se podílet i na spolufinancování služby, i když v relativně menší předpokládané částce. Myslíme si ale, že v případě zdůvodnění výše ceny, za kterou bychom hospicovou péči poskytovali, budou lidé sumu akceptovat. Možnou překážku lze spatřovat v případě neuzavření smluvního vztahu se zdravotní pojišťovnou. V takovém případě by se cena za péči vyšplhala výše a zde už nelze uvést, zda by ji potenciální klienti byly schopni akceptovat či ji zvládly zaplatit se svých příjmů (důchodů).

## 6 PROJEKT ZALOŽENÍ HOSPICOVÉ PÉČE

Projektová část diplomové práce vychází ze zpracování analytické části. Cílem je návrh projektu, který má sloužit k realizaci vybudování lůžkové hospicové služby. Hospicová péče by byla určena pro paliativní klienty ve Zlínském kraji, primárně zaměřující se na Uherskohradištsko, Uherskobrodsko, Zlínsko, případně i Veselsko a Hodonínsko (Jihomoravský kraj).

Chceme vybudovat centrum lůžkové hospicové péče v Uherském Hradišti, kde by mohly být přijímáni klienti v terminálním stavu, o které se nemohou rodinní příslušníci postarat. Zařízení by poskytovalo soukromí a individuální přístup pro klienty, který nelze poskytnout v běžném nemocničním prostředí a zaručovalo by důstojné umírání. Paliativní péči by poskytoval multidisciplinární tým, který je tvořen lékaři, všeobecnými zdravotními sestrami, sociální pracovníci, ošetřovatelkami, psychologem, duchovním a dobrovolníky. Garantem péče je lékař, který získal atestaci v oboru Paliativní medicína a algeziologie.

Hlavním předmětem činnosti zřízeného ústavu by bylo poskytování hospicové péče klientům, u kterých byla ukončena kauzální léčba a byla nahrazena léčbou symptomatickou. Takovou péči chápeme jako komplexní poskytovanou péči zaměřenou na kvalitu života pacientů v preterminálním a terminálním stavu nevléčitelných onemocnění. Smyslem je zmírnit tělesné i duševní strádání, zachovat pacientovi lidskou důstojnost a poskytnout příbuzným a přátelům umírajících podporu nejen v hodině umírání, ale i po smrti nemocného. U klientů nezáleží na věku, pohlaví, národnosti, vzdělání či náboženskému vyznání. Služba je určena každému pacientovi, který splňuje hlavní podmínku (ukončení léčby) a potřebuje využít hospicovou péči.

### 6.1 Předpokládaný postup při založení hospice

Jako potencionálně nejvhodnější právní formou pro poskytování zdravotnických a sociálních služeb právnickou osobou se jeví ústav. Ústav se zakládá na dobu neurčitou, vzniká dnem zápisu do veřejného rejstříku u příslušného soudu. (Rejstřík ústavů u Krajského soudu v Brně)

Zakladatelem ústavu je fyzická osoba – Mgr. Ivana Ďurišová, která vymezuje pro účely sepsání notářského zápisu - Zakládací listiny o založení ústavu v souladu s ust. § 405 NOZ tato zakladatelská právní jednání:

### 1. Zakladatel ústavu

Zakladatelem ústavu je Mgr. Ivana Ďurišová, nar. XX.XX.XXXX, bydliště XXXXXXXXXXXX Pro případ nemožnosti rozhodování zakladatele o změnách zakladatelského právního jednání, nabývá jeho práva vůči ústavu JUDr. Blanka Ďurišová, nar. XX.XX.XXXX, bydliště, XXXX, a to ve stejném rozsahu jako zakladatel.

### 2. Název ústavu a jeho sídlo

Název ústavu zní: Hospic Velehrad, z. ú. (dále jen ústav).

Sídlo ústavu: Uherské Hradiště.

Adresa sídla ústavu: Nemocniční 585, 686 01 Uherské Hradiště.

Co se týče sídla ústavu, postačí uvést obec, v níž se jeho sídlo nachází, aby nebylo nutno při každé změně adresy provádět změnu zakladatelské listiny. Plná adresa však musí být uvedena ve veřejném rejstříku, ve kterém bude ústav zapsán (Česko, 2012).

### 3. Účel ústavu a předmět činnosti ústavu

Účelem ústavu Hospic Velehrad, z. ú. je poskytovat nemocným preterminální a terminální péči u nevléčitelných onemocnění. Základní pilíře Hospice Velehrad, z.ú. jsou:

- poskytování specializované paliativní péče v lůžkovém hospici i domácím prostředí pacienta;
- poskytování sociální odlehčovací služby formou pobytovou nebo terénní ve vlastním sociálním prostředí;
- poskytování širšího spektra komunitních služeb občanům z nejbližšího okolí s cílem podpory inkluze všech, kteří hledají zázemí a pomoc, bourání mezigeneračních bariér a zabezpečení služeb, které občané hledají a my je poskytujeme.

### Zdravotní služby

Ze zdravotních služeb chceme klientům poskytovat následující spektrum služeb:

- lůžková hospicová péče, odlehčovací služby, zdravotní péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí klienta (mobilní hospicová péče), respitní péči, služby klinického psychologa a odborné sociální poradenství;

### Ostatní služby

- vzdělávání v oblasti paliativní péče, duchovní a pastorační péče, zajišťování osvěty a zvyšování informovanosti široké veřejnosti v oblasti zdravotních a sociálních služeb, pořádání komunitních akcí.

### 4. Vedlejší činnost ústavu – předmět podnikání

- velkoobchod a maloobchod, pronájem a půjčování věcí movitých, ubytovací služby, poskytování služeb pro rodinu a domácnost;

Provoz předmětu podnikání nesmí být na újmu kvalitě, rozsahu a dostupnosti služeb poskytovaných v rámci předmětu hlavní činnosti ústavu. Zisk ústavu lze využít pouze k subvenci činnosti pro niž byl ústav založen a k úhradě nákladů na své vedení. Rozsah vedlejší činnosti ústavu lze měnit rozhodnutím zakladatele nebo správní rady, a to za podmínek, že tyto činnosti nebudou v rozporu s účelem ústavu (Česko, 2012).

### 5. Vklad a zdroje financování

Zakladatel vloží při založení ústavu peněžitý vklad ve výši 100 000 Kč, slovy: jednototísíckorun českých na účet u ČSOB a. s., pobočka Uherské Hradiště, jehož majitelem bude ústav. Prostředky k zajištění fungování a realizaci svého účelu lze získat ze zdrojů:

- úhrady od klientů v souladu s platnou legislativou;
- dotací, příspěvků a darů právnických a fyzických osob;
- veřejných sbírek, charitativních projektů;
- výnosů z podnikání ústavu.

### 6. Orgány ústavu

Orgány ústavu jsou ředitel a správní rada.

### 7. Ředitel ústavu

Ředitel je statutárním orgánem ústavu řídící jeho provoz, jedná jeho jménem a rozhoduje ve všech záležitostech, které nespádají do pravomoci správní rady. Ředitel je povinen zajistit řádné fungování ústavu a naplňování, pro něž byl ústav založen, řádné vedení jeho účetnictví, plnění všech zákonných povinností, minimálně jednou za 3 měsíce informovat o činnosti ústavu správní radu a plnit další povinnosti, které stanovuje zakládací listina. Ředitelem ústavu může být pouze bezúhonná fyzická osoba. Volí jej správní rada na pětileté

funkční období a zvolen může být opakovaně. Nemůže být členem správní rady, může se však účastnit jejich jednání a prezentovat na nich své názory. O odvolání ředitele rozhoduje správní rada. K odvolání dochází, pokud ředitel nezajistil řádné plnění výše uvedených povinností, a to přesto, že byl prostřednictvím správní rady vyzván k nápravě tohoto stavu, nebo pokud i přes řádné plnění jeho povinností jedná způsobem, který ústav navenek poškozují. Může jej odvolat i z jiných důvodů, záleží to jen na uvážení správní rady (Česko, 2012).

## 8. Správní rada

Správní rada je tříčlenný orgán, který dodržuje účel, pro nějž byl ústav založen (řádné hospodaření s majetkem ústavu). Schvaluje rozpočet ústavu, řádnou a mimořádnou účetní uzávěrku a výroční zprávu. Rozhoduje o zrušení ústavu, vydání statutu a o jeho změnách, volbě a odvolání ředitele a stanovení jeho mzdy, rozdělení hospodářského výsledku, odměňování členů správní rady a ředitele v závislosti na hospodářských výsledcích ústavu, změně sídla ústavu a to po předchozím vyjádření ředitele. Předchozí souhlas správní rady se vyžaduje pouze k právnímu jednání, jímž ústav nabývá nebo pozbývá vlastnické právo k nemovité věci, vlastní nemovitou věc zatěžuje, zakládá jinou právnickou osobu nebo se na takové osobě podílí vkladem. Vydání souhlasu či nesouhlasu je správní rada povinna učinit nejpozději do 10 dní ode dne, kdy je k tomu ředitelem vyzvána. V případě nečinnosti správní rady je zakladatel oprávněn správní radu odvolat, a to ve lhůtě do 30 dnů ode dne, kdy byl o nečinnosti správní rady písemně informován ředitelem ústavu. Členy správní rady jmenuje, a odvolává zakladatel ústavu. Funkční období členů správní rady je pětileté. Pokud zanikne členu správní rady jeho členství před uplynutím funkčního období, jmenuje zakladatel na jeho místo člena nového. Neučiní-li tak zakladatel do 2 měsíců od okamžiku zániku členství daného člena, zvolí správní rada bez návrhu nového člena sama, tuto osobu je možno zvolit maximálně na dvě po sobě jdoucí funkční období. V čele správní rady stojí předseda, kterého si zvolí členové správní. Předseda svolává řádná i mimořádná zasedání, řídí jejich průběh a stará se o komunikaci mezi správní radou, ostatními orgány ústavu a zakladatelem. Správní rada se schází pravidelně čtyřikrát do roka. Mimo pravidelná zasedání se správní rada může sejít na mimořádném zasedání, konaném zpravidla k řešení naléhavých otázek. Z každého zasedání správní rady je pořízen zápis. Po jednom vyhotovení je zápis zaslán řediteli a zakladateli (Česko, 2012).

## 9. Statut ústavu

Správní rada vydá statut ústavu, a to do 6 měsíců ode dne vzniku ústavu a upraví v něm vnitřní organizaci ústavu a podrobnosti o jeho činnosti včetně podmínek poskytování služeb. Statut ústavu je fakultativní dokument, jeho úkolem je obsáhnout v sobě vnitřní uspořádání ústavu. V případě této zakládací listiny je detailně upravena vnitřní struktura, co se týče orgánů ústavu a jejich činnosti. Na statut zbyde úprava vnitřní struktury za účelem každodenní činnosti, např. rozčlenění ústavu na jednotlivá pracoviště, organizační řád (Česko, 2012).

## 10. Hospodaření ústavu

Dosažený zisk může ústav použít jen k podpoře činnosti, pro niž byl založen a k úhradě nákladů na vlastní správu. Ústav se nesmí bez předchozího souhlasu zakladatele účastnit na podnikání jiných osob. Ústav nesmí poskytnout zálohu, zápůjčku, úvěr nebo zajištění dluhu žádnému svému z členů správní rady, svému řediteli a osobám jim blízkým. Ústav se nesmí podílet na majetkové podpoře politických stran a politických hnutí (Česko, 2012).

## 11. Účetnictví a výroční zpráva ústavu

Ústav je povinen ve svém účetnictví důsledně oddělit náklady a výnosy spojené s účelem předmětu činnosti, náklady a výnosy spojené s vedlejší činností ústavu a náklady a výnosy spojenými se správou ústavu. Ústav vyhotovuje a zveřejňuje výroční zprávu, jejímž hlavním účelem je informovat veřejnost o jeho činnosti a hospodaření. Výroční zprávu schvaluje správní rada, přičemž její vyhotovení a zveřejnění uložením do Sbírký listin musí být provedeno nejpozději do 6 měsíců od konce účetního období. Za vyhotovení výroční zprávy a její předání správní radě odpovídá ředitel. Pokud po vyhotovení výroční zprávy vyjdou najevo nové skutečnosti, které vyžadují její opravu, je ústav povinen tuto opravu provést a zveřejnit bez zbytečného odkladu (Česko, 2012).

## 12. Zrušení a likvidace ústavu

Ústav zaniká výmazem z veřejného rejstříku. Zániku ústavu vždy předchází jeho zrušení s likvidací nebo bez ní. Likvidace není vyžadována, pokud se jedná o zrušení ústavu sloučením, splynutím či rozdělením. Mimo případů vyplývajících ze zákona se ústav zrušuje:

- dnem, na němž se usnesla správní rada;



- prohlášením konkurzu nebo zamítnutím návrhu na prohlášení konkurzu pro nedostatek majetku.

Za účelem likvidace jmenuje správní rada bez zbytečného odkladu likvidátora, nesplní-li tuto povinnost, jmenuje likvidátora příslušný soud. Dnem zápisu likvidace a likvidátora do příslušného rejstříku veškeré pravomoci orgánů ústavu přechází na likvidátora. Likvidační zůstatek bude v celé své výši použit pro veřejně prospěšné účely. Toto neplatí, pokud likvidační zůstatek nebo jeho část tvoří účelově vázané plnění z veřejného rozpočtu (Česko, 2012).

### 13. Závěrečná ustanovení

Jakékoli změny či doplňky této zakladatelské listiny musí zakladatel učinit písemně formou notářského zápisu. Právní vztahy vyplývající z této zakládací listiny se řídí, není-li v ní výslovně upraveno, příslušnými ustanoveními obecně závazných právních předpisů právního řádu ČR. Zakládací listina nabude platnosti dnem podpisu notářského zápisu a účinnosti nabude dnem zápisu založeného ústavu do veřejného rejstříku u Krajského soudu v Brně.

Ústav sepsáním notářského zápisu Zakládací listiny o založení ústavu v intencích výše uvedených může být založen na základě pokynů zakladatele pro sepsání notářského zápisu. K samotnému vzniku ústavu však dojde až zápisem do veřejného rejstříku vedeného Krajským soudem v Brně na základě návrhu podaného zakladatelem. Návrh musí být doplněn o následující přílohy:

- Souhlas pro provozování hlavního předmětu činnosti je nutno získat rozhodnutím Krajského úřadu ve Zlíně, odboru zdravotnictví na základě zakládací listiny ústavu.
- Oprávnění k provozování ostatních služeb a pro vedlejší činnosti ústavu se získá na základě živnostenského oprávnění vydaného Městským úřadem Uherského Hradiště, Živnostenského úřadu, na činnosti vymezené v zakladatelské listině, a to na základě zakládací listiny ústavu.
- Zápis ze zasedání správní rady o volbě ředitele ústavu s podpisy, které nemusí být úředně ověřeny.
- Čestné prohlášení o tom, že osoba statutárního orgánu a členové správní rady je plně svéprávná a souhlas osoby s tím, že bude zapsána do veřejného rejstříku opatřený úředně ověřeným podpisem.

- Souhlas majitele nemovitosti s umístěním sídla ústavu s úředně ověřeným podpisem. (Souhlas nesmí být starší 3 měsíců) Z praktického hlediska je vhodné s majitelem ústavu uzavřít smlouvu o budoucím nájmu nemovitosti, definitivní nájemní smlouvu je možno uzavřít až po zápisu ústavu do veřejného rejstříku.
- Prohlášení o složení zapisované výše vkladu. Prohlášení podepíše zakladatel, je vhodné doplnit i o potvrzení banky se sdělením čísla účtu, na který byl vklad vložen.
- Vyplněný návrh na zápis do veřejného rejstříku s úředně ověřeným podpisem zakladatele. Je nutno vyplnit inteligentní formulář pro zápis, který je k dispozici pouze na stránkách [www.justice.cz](http://www.justice.cz). Zápis je osvobozen od soudních poplatků (Česko, 2012).

Z výše uvedeného je zřejmé, že ještě než ústav vznikne jako samostatná právnická osoba, je zapotřebí vynaložit určité náklady a uzavřít příslušné smlouvy v souvislosti s jeho budoucí činností. Jedná se o právní služby notáře, ale také uzavření nájemní smlouvy, nákup či pronájem vybavení, jednání se zdravotními pojišťovnami, jednání s bankami apod. Občanský zákoník dává v § 127 možnost založenému ústavu přihlásit se k důsledkům takto učiněného jednání, a pokud k tomu dojde, platí, že ústav je z těchto jednání oprávněn a zavázán od počátku. Účinky právních jednání učiněných před tím, než byla přiznána právní osobnost nově založené právnické osobě Hospic Velehard, z. ú. , může tento pro sebe převzít nejpozději do tří měsíců od svého vzniku (Česko, 2012).

## 6.2 Hygienické požadavky na provoz hospice

Nezbytnou součástí provozu hospice je splnění hygienických kritérií pro provozování zdravotnických zařízení. Kritéria upravuje vyhláška č. 306/2012 Sb. v platném znění „o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče.“ Vyhláška upravuje kompletní program zahrnující jak problematiku péče o klienta, tak i oblast vztahující se k personálu a upravuje požadavky na hygienický provoz prostorů zdravotnického zařízení, které slouží pacientům, personálu a návštěvám. Zařízení musí zaručit vysokou hygienickou úroveň svého vybavení a provozu, zejména z důvodu zabránění přenosu infekcí.

**Bariérový režim** - zdravotnický personál používá ochranné pomůcky (ochranný oděv, pracovní obuv) přidělené zaměstnavatelem určené k vykonávání pracovní činnosti. Pracovníci musí provádět hygienu rukou před výkony léčebné a ošetrovatelské péče. Hygienická dezinfekce rukou je součástí bariérového ošetrovatelského režimu a je vhodnější

ji používat při běžném ošetrovatelském kontaktu. Mechanické mytí rukou využíváme při kontaktu se stravou, osobní hygieně a viditelném znečištění. Není vhodné pro rutinní používání.

**Dezinfekce a sterilizace** - u poskytovaných výkonů, kdy dochází k porušení kožního krytu (např. krevní odběry, infuzní terapie), je třeba volit pracovní pomůcky k tomu určené. Opakovaně používané zdravotnické pomůcky se dezinfikují, čistí a sterilizují dle údajů od výrobce. Jednorázové pomůcky neresterilizujeme. Pomůcky a přístroje, které sterilizujeme, používáme dle pokynů výrobce a sterilizujeme v přístroji tomu určenému. Vysterilizované pomůcky uchováváme v ochranných obalech opatřených datem expirace. V hospicovém zařízení bude preference využívání jednorázových pomůcek. V případě nutnosti sterilizace materiálu, je snaha navázat smluvní spojení s Uherskohradištskou nemocnicí a. s.

**Požadavky na úklid** – prostory zdravotnických zařízení a zařízení sociálních služeb se provádějí denně na vlhko, v případě potřeby i častěji. Na záchodech, v koupelnách a na dalších pracovištích stanovených provozním řádem se používají běžné čisticí prostředky a dezinfekční prostředky s virucidním účinkem. Při kontaminaci ploch biologickým materiálem se provádí okamžitá dekontaminace znečištěného místa. Použitá lůžka na pokojích jsou dezinfikována omytím dezinfekčním prostředkem po každém propuštění. Malování prostor probíhá jedenkrát ročně, v případě prostor, které neslouží k poskytování zdravotnických služeb, se maluje jednou za 2 roky.

**Manipulace s prádlem** - prádlo má obdobný charakter jako zdravotnický materiál určený k opakovanému použití. Praní zabezpečujeme v provozovnách, které mají k tomuto účelu uzpůsobený režim a nedochází ke křížení zdravotnického prádla s prádlem ostatních. Čisté prádlo při přepravě chráníme před znečištěním a poté skladujeme v čistých, pravidelně dezinfikovatelných skříních, regálech či skladech. V podmínkách provozu hospicového zařízení je předpoklad spolupráce s prádelenskou společností (např. CHRÍŠTOF, spol. s.r.o.).

**Nakládání s odpady** – při provozu hospicového zařízení je produkována řada druhů odpadů, se kterými nakládáme v rámci zákona č. 185/2001 Sb., o odpadech v pozdějším znění. Jde o tzv. nebezpečné odpady a ostatní odpady. Původce odpadu (hospic) je odpovědný za nakládání s odpady do doby jejich odstranění oprávněnou firmou na likvidaci. Odpady se třídí v místě vzniku. Nebezpečný odpad se odkládá do označených, oddělených, krytých, uzavíratelných, nepropustných a mechanicky odolných obalů bez nutnosti další manipulace.

Nebezpečný odpad odstraňujeme u lůžek klientů bezprostředně, z pracoviště průběžně, nejméně však jednou za 24 hodin. S nebezpečnými odpady nakládá hospicové zařízení na základě souhlasu věcně a místně příslušného orgánu státní správy (odbor životního prostředí). Ostrý odpad ukládáme do předem označených pevnostěných a nepropíchnutelných obalů.

**Stravování** – požadavky na provoz stravovacího zařízení vychází z vyhlášky 137/2004 Sb., o hygienických požadavcích na stravovací služby a o zásadách osobní a provozní hygieny při činnostech epidemiologicky závažných ve znění pozdějších předpisů. Zodpovědnost za kvalitní a nezávadnou stravu nese provozovatel stravovací služby. Pracovníci služby musí v odpovídající míře dodržovat osobní hygienu, aby nebyly zdrojem kontaminace potravin. Strava se chodícím klientům může podávat v klientské jídelně, ležícím klientům na pokojích. Stravu vydává zdravotnický personál, který je proškolen v dané činnosti. Pacient nesmí pomáhat s jakoukoliv manipulací se stravou. V podmínkách hospice by bylo kompletní stravování klientů zajištěno spoluprací s UHN a.s. dle ordinovaných diet. Způsob distribuce bude probíhat systémem tabletů, kdy jsou pokrmy ihned po dokončení rozdělovány na talíře a ukládají se na podnos a přikryjí poklopem. Na pracoviště by se dovážely ve vyhřívaných termoboxech a následně se strava otevírala až u pacienta. Pitný režim by byl zajišťován pomocným personálem hospice v čajové kuchyňce.

Podrobné informace o hygienických požadavcích na provoz zdravotnického zařízení hospicového typu stanovujeme v Provozním řádu.

### **6.2.1 Provozní řád**

Provozní řád je soubor pravidel a činností, které jsou pro provozování zdravotnického zařízení nezbytně nutným dokumentem. Vychází ze zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů v platném znění. Zajišťuje plynulý a bezpečný provoz a měl by regulovat předvídatelné provozní situace. Charakterizuje zaměření zařízení, počet personálu, materiální vybavení (nábytek, přístrojová technika), provozní dobu zařízení, povinnosti pracovníků, pravidla bezpečnosti ochrany zdraví při práci (dále jen BOZP), hygienické požadavky, havarijní opatření, likvidaci odpadů, způsob stravování a další oblasti.

Tvorba provozního řádu je povinností vlastníka objektu či poskytovatele služby. Můžeme jej zpracovat sami nebo jeho tvorbu přenechat externí organizaci, která se zpracováním provozních řádů zabývá. Vytvoření dokument předkládáme Krajské hygienické stanici (dále

jen KHS) Zlínského kraje, pobočka Uherské Hradiště, kde podléhá provozní řád schválení oprávněnou osobou (epidemiolog). Šablonu pro vytvoření provozního řádu nalezneme na webových stránkách KHS.

### 6.3 Technicko – věcné vybavení

Zdravotnické zařízení musí z hlediska stavebně – technických požadavků prostor a funkčního dispozičního uspořádání zabezpečovat účelný a bezpečný provoz. Požadavky na technické a věcné vybavení stanovuje vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče ve znění pozdějších předpisů. Na základě vyhlášky musí zdravotnické zařízení splňovat obecné požadavky, mezi které řadíme:

- provozně uzavřený a funkčně provázaný celek;
- umístění v nebytových prostorech splňujících požadavky na výstavbu;
- zajištěná dodávka pitné vody, teplé vody;
- zajištění odvodu odpadních vod;
- vybavení systémem přirozeného nebo nuceného větrání a systémem vytápění;
- zajištění připojení na přívod elektrické energie;
- zajištěné připojení k veřejné telefonní síti (pevné či mobilní);
- zajištění počítače s připojením k internetu.

Dále musí být zajištěn prostor pro manipulaci s biologickým materiálem. Zde musí být omyvatelný povrch stěn minimálně do výšky 180 cm a povrch vybavení a podlahy musí být snadno omyvatelný a dezinfikovatelný.

Základní provozní prostory zdravotnického zařízení lůžkového charakteru jsou pokoje pro pacienty, vyšetřovna, pracovna sester, pracoviště zdravotnických pracovníků a jiných odborností pokud je zřízeno, koupelna pro pacienty a WC, denní místnost pro pacienty, která může sloužit jako jídelna. V tabulce 23 jsou uvedeny pro přehled stěžejní základní provozní prostory a jejich specifické minimálně technicko – věcného vybavení.

Tab. 23 - Základní technické prostory zdravotnického zařízení (vlastní zpracování)

Místnost	Požadavky, vybavení
<b>Pokoje pacientů</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ minimální užitá plocha 8 m<sup>2</sup> pro jednolůžkový pokoj;</li> <li>➤ dostatečný prostor pro práci personálu, pohyb klientů a manipulaci s přístroji či pomůckami;</li> <li>➤ zdroj elektrické energie a lokální osvětlení u každého lůžka;</li> <li>➤ komunikační zařízení mezi klientem a zdravotnickým personálem;</li> <li>➤ přímé denní svícení;</li> <li>➤ umyvadlo, pokud nemá přímou návaznost na koupelnu či WC;</li> </ul>
<b>Pracovna sester</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ nábytek pro činnost sester;</li> <li>➤ pracovní pult s oddělenými plochami pro přípravu léčiv;</li> <li>➤ plocha pro manipulaci s biologickým materiálem;</li> <li>➤ komunikační zařízení mezi pacientem a sestrou;</li> <li>➤ umyvadlo;</li> <li>➤ dřez pro mytí a čištění pomůcek;</li> </ul>
<b>Vyšetřovna</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ minimální užitá plocha 8 m<sup>2</sup>;</li> <li>➤ nábytek pro práci zdravotníků;</li> <li>➤ vyšetřovací lehátko či lůžko;</li> <li>➤ umyvadlo;</li> </ul>
<b>WC pro pacienty</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ zřizujeme odděleně pro muže a ženy;</li> </ul>
<b>Koupelna pro pacienty</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ pro klienty částečně nebo zcela imobilní musí být vybavena zvedákem nebo sprchovacími pojízdnými lůžky;</li> </ul>

Vedlejšími provozními prostory lůžkového zařízení jsou sanitární zařízení pro zaměstnance, skladovací prostory, prostory pro dekontaminaci pomůcek a likvidaci biologického materiálu, denní místnost pro zaměstnance a místnost pro zemřelé pokud je zřízena. Sanitární zařízení pro zaměstnance mohou být zřízeny jako centrální šatny. Skladovací prostory se zřizují pro oddělené skladování čistého a špinavého prádla, sterilního materiálu, odpadů, uklidových prostředků, podložních mís a močových lahví s možností jejich dekontaminace. Prostory lůžkového zařízení je třeba řešit tak, aby byla možná pohodlná a bezpečná manipulace s pojízdným lehátkem či křeslem. Tento požadavek se nevztahuje na vedlejší prostory (Česko, 2012).

Pro účely zřízení zdravotnického zařízení hospicového typu chceme získat objekt, který by byl zkolaudován a používán jako lůžkové zdravotnické zařízení. V rámci revitalizace UHN a.s., kdy došlo k modernizaci oddělení, se uvolnily prostory, které by po rekonstrukci splňovaly funkční podmínky pro vznik hospice.

### 6.3.1 Specifické požadavky na vybavení hospice

Specifické vybavení pro léčebny s lůžky ošetrovatelské péče včetně hospice hospice je také stanoveno vyhláškou 92/2012 Sb. v platném znění. Pracoviště musí být vybaveno prostředky pro polohování a zajištění hygienické péče imobilních klientů a manipulaci s nimi. Zřizují se koupelny vybavené zvedáky či sprchovacími lůžky. V případě poskytování hospicové péče, minimální technicko – věcné vybavení je následující:

- Polohovací lůžka s antidekubitními matracemi (aktivní či pasivní režim);
- Židle s područkami;
- WC židle pojízdná a stabilní;
- Chodítka pojízdná nízká a vysoká;
- Mechanické pojízdné křeslo;
- Pojízdné lůžko do sprchy;
- Lineární dávkovače, infuzní pumpy;
- Koncentrátor kyslíku, pokud není centrální rozvod kyslíku;
- Glukometr, pulzní oxymetr;
- Odsávačka, v případě že není centrální rozvod vakua.

Pro samotný provoz lůžkového oddělení je dle vyhlášky nutno zajistit v hospici vybavením: defibrilátor, EKG přístroj, vybavení pro kardiopulmonální resuscitaci, skříň na léčivé přípravky, chladnička pro uchování léčivých přípravků, trezor pro uchování omamných látek, transportní lehátko, tonometr, fonendoskop, lékařský teploměr a připojení na náhradní zdroj energie.

## 6.4 Soupis smluv, směrnic a dokumentů potřebných k provozu hospice

### A: Dokumenty při založení:

1. Zakladatelská listina
2. Rozhodnutí Krajského úřadu o oprávnění k provozování zdravotnických služeb
3. Rozhodnutí Krajského úřadu o oprávnění k poskytování sociálních služeb
4. Živnostenské oprávnění k provozování vedlejší činnosti
5. Souhlas vlastníka nemovitosti k umístění sídla ústavu
6. Výpisy z rejstříku trestů pro odpovědné zástupce

### B: Dokumenty po vzniku:

1. Výpis z veřejného rejstříku

2. Smlouvy o poskytování a úhradě zdravotnických služeb (smlouvy se ZP)
3. Smlouva o nájmu nebytových prostor pro provoz ústavu
4. Smlouvy o dodávkách energií
5. Smlouvy o poskytování služeb v oblasti stravování klientů a praní prádla
6. Smlouva o zajištění sběru a přepravy nebezpečného odpadu
7. Smlouvy o nájmu věcí movitých – vybavení zařízení
8. Smlouva o pojištění odpovědnosti při poskytování zdravotních a sociálních služeb
9. Smlouva o pojištění majetku
10. Smlouva o zřízení běžného účtu
11. Smlouva o poskytování služeb elektronických komunikací
12. Smlouvy o poskytnutí softwarového vybavení a souvisejících služeb
13. Smlouvy s poskytovatelem telekomunikačních služeb
14. Provozní řád včetně rozhodnutí Krajské hygienické stanice o jeho schválení
15. Požární řád
16. Osvědčení o registraci správce daně u místně příslušného finančního úřadu
17. Protokoly o zkouškách sterilizační techniky
18. Protokoly o elektrovevizích – výchozí revize elektroinstalace, elektrovevize zdravotnických prostředků a elektrospotřebičů
19. Pracovní smlouvy včetně kvalifikací zdravotnických pracovníků, mzdové výměry
20. Pojistná smlouva o úrazovém pojištění zaměstnanců
21. Protokoly o školení zaměstnanců o BOZP a PO včetně osvědčení o školení
22. Karty zaměstnanců o školení BOZP a PO
23. Karty zdravotnických přístrojů (pořizovací doklad, prohlášení o shodě, návod k použití v češtině, školení obsluhy, provozní deník)
24. Protokoly o revizích tlakových nádob

## **6.5 Navázání smluvního vztahu se zdravotními pojišťovny**

Získání smluvního vztahu se zdravotními pojišťovny považujeme za důležitou část při provozu hospice. V první fázi musí získat zařízení rozhodnutí o registraci nestátního zdravotnického zařízení. Tímto rozhodnutím získává hospic právo poskytovat zdravotní péči jako podnikatel. V druhé fázi se poté provozovatel hospicové služby uchází o možnost poskytovat zdravotní péči na účet veřejného zdravotního pojištění, tedy uchází se o smlouvy se zdravotními pojišťovny formou výběrového řízení, které určuje příslušná zdravotní



pojišťovna. Výběrové řízení probíhá v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. Výběrové řízení na poskytování lůžkové péče vyhláší MZ ČR a musí obsahovat:

- rozsah hrazených služeb a konkrétně vymezené území, pro které mají být zdravotní služby poskytovány;
- označení zdravotní pojišťovny, pokud je navrhovatelem výběrového řízení;
- lhůtu, pro podání nabídky (nesmí být kratší než 30 pracovních dnů);
- místo kam přihlášku podat;
- lhůtu, kdy může poskytovatel zahájit činnost zdravotních služeb, které jsou předmětem výběrového řízení.

Vyhlašovatel zřizuje pro každé výběrové řízení komisi. Ta je schopna rozhodnutí, je-li přítomna nadpoloviční většina členů. O jednání, průběhu a výsledku se vyhotoví zápis, který se předá vyhlašovateli. Ten je povinen zveřejnit výsledek výběrového řízení a zdravotní pojišťovna přihlíží k výsledkům výběrového řízení při uzavírání smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb. Výsledek výběrového řízení nezaručuje uzavření smlouvy (Česko, 1997).

Samotné navázání smluvního vztahu spočívá v podání žádosti o uzavření smlouvy o poskytování a úhradě zdravotních služeb k vybrané zdravotní pojišťovně. Na webových stránkách či pobočkách pojišťoven získáme žádosti k vyplnění s pokyny informace o dokumentech, které je nutné k žádosti přiložit (výsledek výběrového řízení, výpis z obchodního rejstříku, doklady o kvalifikaci aj.). Pro podmínky hospicové péče chceme zajistit smluvní vztah s co největším počtem pojišťoven na území České republiky.

## 6.6 Marketingový plán

Nezbytnou částí při realizaci hospicového zařízení je marketingový plán. Správně zvolený a cílený marketing může z velké části ovlivnit provoz zařízení. Cílem marketingového plánu je uvést do povědomí veřejnosti, potenciaálních klientů a zdravotnických subjektů (obvodní lékaři, nemocnice) nově založené hospicové zařízení, které bude poskytovat kvalitní hospicovou péči s důrazem na zachování pacientovi důstojnosti a poskytnutí podpory celé rodině.

### 6.6.1 Poslaní, vize, cíle a strategie

Mezi základní hodnoty Hospice Velehrad, z.ú. bude patřit vysoká kvalita a profesionalita při komplexnosti poskytování hospicové péče. Pro splnění a dodržení uvedených hodnot bude stanoveno poslaní, vize a cíle zařízení, které nám pomohou při uvedení služeb na trhu.

#### Poslaní

Poskytovat komplexní služby pacientům v preterminální a terminální fázi nevyléčitelné choroby, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu celé rodině.

#### Vize

Být na trhu služeb vyhledávaným a uznávaným hospicovým centrem pro Zlínský kraj.

#### Cíle

Hlavním cílem hospicového zařízení je poskytovat komplexní hospicovou péči ke spokojenosti klienta a vyrovnaný hospodářský výsledek, který v následujících letech bude umožňovat rozvoj hospice.

Dále byly stanoveny dílčí cíle, kterých bude potřeba dosáhnout:

- Před zahájením provozu a průběžně zvýšit povědomí veřejnosti o paliativní péči.
- Před zahájením a v průběhu provozu navázat spolupráci s obvodními lékaři a nemocnicemi o možnosti poskytování lůžkové hospicové služby a tím oslovit možné potencionální klienty.
- Získat smluvní vztah alespoň se 2 pojišťovny do 1 roku provozu.
- Během prvního roku získat alespoň 85 % obloženost hospice.

### 6.6.2 Cílová skupina

Primární cílovou skupinu pro lůžkovou hospicovou péči budou tvořit klienti, u kterých byla ukončena kauzální léčba (např. onkologická léčba) a byla nahrazena léčbou symptomatickou a není možné zajistit jiným způsobem odpovídající péči (např. rodina). Péče bude poskytována každému klientovi bez rozdílu pohlaví, věku či náboženskému vyznání s výjimkou dětí.

Odlehčovací služba, kterou v rámci hospicové péče chceme taktéž nabízet klientům je určena zejména pro rodinu, která se stará o klienta v domácím prostředí. Využití této služby spočívá v převzetí klienta do hospicového zařízení a poskytnout mu potřebnou péči. Rodina tak získá potřebný čas na oddych a rekreaci.

V případě zestabilnění lůžkové hospicové služby a kapacitního pokrytí personálem budou výhledově (do 2 let) nabízeny služby mobilní hospicové péče, která by byla určena klientům v domácím prostředí.

### 6.6.3 Marketingový mix 4P

Marketingový mix nám reprezentuje strategickou pozici produktu na trhu pomocí čtyř parametrů – produkt (v našem případě služba), cena, propagace a distribuce.

Účelem marketingového mixu je informovat veřejnost a zdravotnické zařízení ve Zlínském kraji o možnosti využití služeb lůžkové hospicové péče. Za stěžejní lze považovat navázání dlouhodobé spolupráce s obvodními lékaři a zdravotnickými zařízeními (UHN a.s.), kteří právě mohou informace dále předávat laické veřejnosti a doporučovat využití.

#### *Produkt/Služba*

Produktem lůžkového hospicového zařízení bude nabízená služba hospicové péče. Primární služba, kvůli které je hospic zřizován, bude určena pro klienty, kteří se nacházejí v preterminálním a terminálním stádiu nemoci, kdy se o ně nemohou postarat rodinní příslušníci, anebo sami klienti nechtějí, aby se o ně rodinní příslušníci starali. Zároveň si přejí individuální přístup, který nenaleznou v běžném nemocničním prostředí. Budeme chtít informovat možné potencionální klienty a zdravotníky ve Zlínském kraji, především v okrese Uherské Hradiště, o kvalitách a přínosech poskytování kvalitní a bezpečné hospicové péče. Každý klient, který projeví zájem o umístění do hospicového zařízení, bude seznámen s principy paliativní péče a bude souhlasit s jejím poskytováním na základě písemné smlouvy a informovaného souhlasu. V případě, že nemůže projevit svou vlastní vůli vzhledem ke svému zdravotnímu stavu, uzavře za něj smlouvu opatrovník, respektive osoba blízká. Samozřejmostí bude i možnost neustálé přítomnosti rodinného příslušníka, který za určitý finanční obnos může s příbuzným trávit 24 hodin denně. Pokud klient bude chtít ukončit poskytovanou službu, nebo se rozhodne rodina převzít péči, klient či osoba blízká může uzavřenou smlouvu kdykoliv ukončit.

Dalšími službami, které budou nabízeny v souvislosti s provozem lůžkového hospice jsou:

- odlehčovací služby;
- pronájem kompenzačních pomůcek (např. pojízdné WC, chodítka);
- služby klinického psychologa;
- odborné sociální poradenství;

- edukační činnost v oblasti paliativní medicíny;
- pořádání komunitních akcí a pastorační péče;
- služby mobilní hospicové péče (výhledově do 2 let od vzniku ústavu).

### ***Cena***

Cena poskytovaných služeb hospicového zařízení je vícezdrojová položka, která má pokrýt náklady spojené s provozem a případný zisk, který investujeme dále do poskytování služeb. Při navázání smlouvy se zdravotní pojišťovnou, hradí zdravotnickou péči pojišťovna. Klient hradí ubytování a stravu dle platného ceníku. V zařízení chceme poskytovat služby půjčovny kompenzačních pomůcek a odborné sociální poradenství. V tabulce 24 je uveden přehled cen nabízených služeb. Při půjčování kompenzačních pomůcek je třeba uhradit jednorázový manipulační poplatek 50,- Kč.

*Tab. 24 - Ceník poskytovaných služeb (vlastní zpracování)*

<b>Položka</b>	<b>Cena/Kč</b>	<b>Cena/měsíc/Kč</b>
<b>Ubytování</b>	210,-/den	6 300,-
<b>Strava</b>	170,-/den	5 100,-
<b>Odlehčovací služba - péče</b>	130,-/hod	dle potřeby
<b>Ubytování - příbuzný</b>	100,-/noc	dle potřeby
<b>Sociální poradenství</b>	500,-/hod	dle potřeby
<b>Chodítka nízké</b>	4,-/den	120,-
<b>Chodítka vysoké</b>	8,-/den	240,-
<b>Invalidní vozík</b>	17,-/den	500,-
<b>Pojízdný WC klozet</b>	10,-/den	300,-
<b>Nástavec na WC</b>	5,-/den	150,-
<b>Lineární dávkovač</b>	34,-/den	1000,-
<b>Infuzní pumpa</b>	27,-/den	800,-
<b>Polohovací lůžko</b>	30,-/den	600,-
<b>Antidekubitní matrace</b>	17,-/den	500,-

### ***Distribuce***

Nově zřízený lůžkový hospic se bude nacházet ve Zlínském kraji, konkrétně ve městě Uherské Hradiště. Prostory, kde bude hospic umístěn, budou v areálu Uherskohradištské nemocnice. V rámci revitalizace nemocnice se uvolnily prostory, které koncepčně splňují

požadavky na provoz zdravotnického zařízení. Místo lze považovat za strategicky výhodné, protože se nachází v klidné lokalitě, která má zároveň i dobrou dostupnost pro případné návštěvy (parkoviště, zastávka MHD). V rámci areálu nemocnice je vybudovaný nový park, který mohou klienti využívat a kavárna s bufetem. V pěší vzdálenosti (cca 5 min) se nachází menší obchodní středisko s možností nakoupení základních věcí (supermarket Albert, květinářství, lékárna, trafika, aj.).

Provoz hospicového zařízení bude nepřetržitý jak pro lůžkový hospic, tak i pro odlehčovací službu. Klientům bude poskytována potřebná péče 24 hodin denně/7 dní v týdnu. V tabulce 25 se nachází předpokládaný denní režim, který lze upravit dle individuálních přání klientů.

Tab. 25 - Denní režim (vlastní zpracování)

<b>7:00 – 9:00</b>	Buzení klientů, aplikace léků, snídaně, podle potřeby krmení klientů
<b>9:00 – 11:30</b>	Hygiena na lůžku, ve sprše nebo vaně, vizita lékaře, převazy, fyzioterapie
<b>12:00 – 13:00</b>	Podávání obědů (dle potřeby krmení), aplikace léků
<b>13:00 – 15:00</b>	Odpolední klid, volná zábava
<b>15:00 – 15:30</b>	Svačina
<b>15:30 – 17:00</b>	Aktivizace, procházka, aktivity dle přání klientů, návštěvy
<b>17:00 – 18:00</b>	Večerní hygiena, převazy dle potřeby
<b>18:00 – 19:30</b>	Podávání léků, večeře (dle potřeby krmení)
<b>19:30 – 7:00</b>	Aktivity dle přání klientů, noční režim

Příjem klientů do hospice bude probíhat každý všední den do 15:00 hodin. Příjem pacienta o víkendu bude možný pouze po předchozí domluvě ve výjimečných situacích. Provozní doba určená pro kontakt se sociálním pracovníkem nebo na zapůjčení kompenzačních pomůcek bude 40 h týdně každý pracovní den. V tabulce 26 jsou uvedeny možné provozní hodiny poskytovaných služeb.

Tab. 26 – Provozní doba sociálních služeb (vlastní zpracování)

<b>Pondělí</b>	8:00 – 12:00	12:30 – 16:30
<b>Úterý</b>	10:00 – 12:30	13:00 – 18:30
<b>Středa</b>	8:00 – 12:00	12:30 – 16:30
<b>Čtvrtek</b>	7:00 – 12:00	12:30 – 15:30
<b>Pátek</b>	7:00 – 12:00	12:30 – 15:30
<b>Sobota, neděle</b>	Pouze po předchozí domluvě	

### *Propagace*

S propagací nově vzniklého lůžkového hospice bude potřeba začít alespoň 3 měsíce před jeho samotným otevřením. Primárním úkonem pro zisk klientů bude informovat obvodní lékaře a zdravotnická zařízení na Uherskohradištsku, Uherskobrodsku, Zlínsku a případně také Veselsku (Jihomoravský kraj) o nově vznikající hospicové službě. Cílem bude, aby informace předávali dále potencionálním klientům nebo v případě zhoršení pacientova zdraví nabídly možnost řešení právě prostřednictvím hospicové služby.

Další spolupráce bude navazána s městem Uherské Hradiště, Uherský Brod a regionálními obcemi, které opět budou informovány o vznikajícím hospici. Města mohou informace předat občanům prostřednictvím informační desky, webových stránek nebo v místním zpravodaji. Regionální obce budou osloveny osobně nebo prostřednictvím emailu adresovaného starostovi obce, který může informace předat občanům uveřejněním na obecní tabuli, webových stránkách nebo prostřednictvím rozhlasu.

Další nástroje marketingové komunikace, které budou k propagaci využity jsou:

- Webové stránky, aktualizované sociální sítě (Facebook, Instagram);
- Informační letáky, vizitky;
- Regionální tisk, regionální TV.

V současné době bez kvalitně zpracovaných webových stránek nelze podnikat. Cílem bude mít přehledné webové stránky, které klientům nabídnou veškeré informace týkající se paliativní hospicové péče. Samozřejmostí bude zřízení účtů na sociálních sítích, které budou také sloužit jako nástroj komunikace, zejména v aktualizaci informací. Informační letáky, vizitky budou k propagaci nabízeny po dohodě u obvodních lékařů a ve zdravotnických zařízeních (nemocnice, polikliniky). Reklamou pro hospic může být i uveřejnění článku v regionálním deníku Slovácký deník nebo na reportáž na regionální televizi TVS.

## **6.7 Personální zajištění**

Paliativní péči nejefektivněji poskytuje multidisciplinární tým zdravotnických odborných pracovníků, kteří jsou vybaveni znalostmi a dovednostmi ve všech aspektech procesu péče související s jejich profesí. Tento tým doplňují další profese (psycholog, duchovní aj.). Zásadní předpoklad personálního obsazení hospicové lůžkové jednotky vychází z multidisciplinarity poskytované specializované paliativní péče respektující standardy a normy paliativní péče EAPC (European Association for Palliative Care). Při plánování

personálního obsazení je nutné vzít v úvahu vlastní filosofii komplexnosti specializované paliativní péče, která klade důraz na individuální potřeby holistického přístupu a přání každého klienta. Vytváří prostředí, v němž může klient setrvat až do konce života a sdílet účast svých nejbližších. Z uvedeného vyplývá, že péče je poskytována nejen nemocnému, ale i jeho blízkým (Radbruch a Payne, 2010, s. 51 - 57).

V zařízení, které poskytuje specializovanou paliativní péči, se předpokládá 24 hodinová dostupnost zdravotnických členů multidisciplinárního týmu. Minimální požadavky složení multidisciplinárního týmu specializované paliativní péče korespondují s aktuálními legislativními požadavky a zákonnými normami personálního zabezpečení v poskytování zdravotních a sociálních služeb v ČR. V lůžkovém hospici o kapacitě 20 – 30 lůžek se v současném rámci legislativy předpokládá následující personální vybavení:

**Lékař** (celkem 1,7 úvazku), z toho:

- Vedoucí lékař s odbornou způsobilostí (viz dále) s minimálním úvazkem 0,2;
- Lékař s odbornou způsobilostí 1,5;
- Další lékaři pro zajištění nepřetržité dostupnosti lékaře 24 hodin/7 dnů v týdnu;

Lékař je na pracovišti nepřetržitě dostupný v pracovní dny v osmihodinové pracovní době. Nepřetržitá dostupnost mimo tuto pracovní dobu a v sobotu, neděli a ve svátek je zajištěna formou pohotovosti na telefonu. Pokud bude potřeba fyzické přítomnosti lékaře na oddělení, je doba dostupnosti stanovena do 30 minut.

**Nelékařský zdravotnický personál** (celkem 11,0 úvazků), z toho:

- Všeobecná sestra s odbornou způsobilostí S2 9,0 úvazku;
- Sestra s odbornou způsobilostí S3 2,0 úvazku;
- Sanitář nebo ošetřovatel s odbornou způsobilostí 5,0 úvazku;
- Pracovník v přímé obslužné péči 10,0 úvazku;
- Sociální pracovník 1,0 úvazku;
- Duchovní, kaplan nebo pastorační asistent 0,2 úvazek (nebo jiná forma působení v minimálním rozsahu na DPP).

Dále jako doporučené profese, které patří do složení multiprofesního týmu:

- Psycholog/psychoterapeut 0,5 úvazku;
- Nutriční terapeut 0,2 úvazku;
- Fyzioterapeut 0,3 úvazku.

Vedoucí lékař musí splňovat odbornou způsobilost kvalifikačního vzdělání dle zákona 95/2004 Sb. a je držitelem atestace nástavbového oboru Paliativní medicína nebo Paliativní medicína a léčba bolesti. V této pozici má minimální úvazek 0,4 (Česko, 2012).

Všeobecná sestra (S2), Sestra (S3) a Sanitář musí splňovat odbornou způsobilost kvalifikačního vzdělání dle zákona 96/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů. Všeobecným sestřám se doporučuje absolvování vzdělávacího kurzu ELNEC (End of Life Nursing Education Consortium) s mezinárodní licencí, garantovanou v ČR odbornou sesterskou společností ČAS (Česká Asociace Sester), případně jiné akreditované kurzy zaměřené na paliativní péči. (Centrum paliativní péče, © 2019). Pracovník v přímé obslužné péči a sociální pracovník musí splňovat podmínky kvalifikace dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění. Pro aktivizační činnosti, vyplnění času a sociální stimulaci klientů a kontaktu s veřejností, je předpokladem zapojení do multidisciplinární péče dobrovolnického centra.

## 6.8 Finanční plán

Finanční plán vychází z celkové strategie podniku. Primárním cílem finančního plánování je určení finančních cílů firmy. Musí splňovat svůj účel, zejména, jak se jednotlivé aktivity promítají do finančních kategorií a zároveň zajišťovat finanční rovnováhu. Při sestavování je třeba brát v úvahu objektivní poznání vnitřních podmínek organizace, ale také celkovou situaci na trhu (Janišová a Křivánek, 2013, s. 270).

### 6.8.1 Plán nákladů hospice

Pro přehled můžeme finanční náklady na zřízení a provoz hospice rozdělit:

- **Vstupní náklady:** náklady, které musíme vynaložit před samotným provozem;
- **Fixní náklady:** provozní náklady, nezávisí na objemu poskytnutých služeb;
- **Variabilní náklady:** provozní náklady, závislé na objemu poskytnutých služeb.

#### Vstupní náklady na zařízení hospice

Vstupní náklady při zřízení hospice znamenají peněžní prostředky, které musíme jednorázově vynaložit před samotným zahájením provozu. V tabulce 27 je uveden přehled vstupního vybavení, na které budou vynaloženy peněžní prostředky. Jedná se o přibližný odhad cen dle průzkumu současné situace na trhu. Při odběru více kusů vybavení, můžeme počítat i s množstevní slevou.



Tab. 27 - Vstupní náklady na vybavení a provoz (vlastní zpracování)

Položka	ks	Kč/ks	Celkem Kč
Kompletní vybavení pokoje	-	18 400,-	443 000,-
Pronájem povlečení + ručník/rok	40	850,-	34 000,-
Polohovací pomůcky celkem	-	70 000,-	70 000
Koupelové vybavení (pojízdná vana, WC)	1 + 6	46 000 + 3 900	69 400
Nádstavce na WC	6	800	4 800
Mechanický invalidní vozík	6	4 300	25 800
Chodítka (vysoké a nízké)	3 + 3	4000 + 1 500	16 500
Vybavení společenských prostor	-	50 000,-	50 000
Vybavení sesterny	-	40 000	40 000
Elektrospotřebiče (lednice, mikrovlnky,..)	-	6 400,-	12 800
Vybavení denní místnosti personálu	-	20 000	20 000
Vybavení kanceláře	-	40 000	40 000
Zdravotnický software	1	35 000,-	35 000
Počítače (notebook)	4	10 000,-	40 000
Kancelářská technika (tiskárna, skartovačka)	-	18 000,-	18 000
Zřízení webových stránek, emailu	-	10 000,-	10 000,-
Telefony	4	2 000	8 000
Výzdoba prostor (závěsy, obrazy, květiny)	-	10 000	10 000
Glukometr, tonometr	3 + 3	600 + 1 100	5 100
Dávkovače mýdla, dezinfekce	56	700	39 200
Propagační materiály (reklama, letáky)	-	20 000	20 000
Ostatní - rezerva	-	50 000	50 000
<b>Celkem</b>	-	<b>463 550,-</b>	<b>1 061 600,-</b>

Prostory, které budou sloužit k provozu hospicového zařízení, byly dříve užívány jako lůžkové oddělení nemocnice. V rámci revitalizace nemocnice dojde k rekonstrukci a uzpůsobení prostor pro provoz hospice. Díky tomu nebude potřeba žádných vstupních stavebních úprav, ale pouze nastěhování materiálního vybavení pro potřeby provozu a vyzdobení prostor. Vzhledem k charakteru budovy, není nutné pořizovat pomůcky pro odsávání a kyslíkovou terapii (centrální rozvod kyslíku a vacua). Vstupní náklady určené pro provoz budou financovány vícezdrojově. Částečně budou uhrazeny z vloženého kapitálu a částečně budou

uhrazeny bankovním úvěrem. V budoucnu lze počítat s rozšiřováním vybavení hospice (např. televize na každý pokoj). Zmíněné náklady lze považovat za nezbytně nutné k provozu zařízení. Vybrané pomůcky budou pořízeny ve větším počtu, neboť budou k dispozici k zapůjčení klientům do domácího prostředí dle platného ceníku.

### Fixní provozní náklady hospice

Fixními náklady myslíme náklady, které se v krátkodobém časovém horizontu s objemem poskytnutých služeb nemění. Jsou vynaloženy i tehdy, pokud nebudou poskytovány žádné služby. Můžeme zde zařadit nájemné, zálohy na energie, pojištění a další. Pro přehled je vypracována tabulka 28, která uvádí přehled fixních nákladů hospice.

Tab. 28 - Fixní náklady hospice (vlastní zpracování)

Položka	Náklady/měsíc/Kč	Náklady/rok/Kč
Nájem prostor	75 000,-	900 000,-
Zálohy (energie, voda, topení)	65 000,-	780 000,-
Pojištění	2 000,-	24 000,-
Nákup přístrojů - leasing	12 834,-	154 008,-
Nákup lůžek a matrací - leasing	14 968,-	179 616,-
Odvoz odpadů - paušál	15 000,-	180 000,-
Pracovní oděvy (pronájem, praní) - paušál	20 000,-	240 000,-
Pronájem povlečení + ručník/rok	18 780	225 000,-
Sanační prostředky	5 000,-	60 000,-
Konsesionařské poplatky TV	2 025,-	24 300,-
Údržba webových stránek, emailu	1 600,-	19 200,-
Telekomunikační služby, internet	6 000,-	72 000,-
Údržba zdravotnického systému	800,-	4 800,-
Revize elektra a hasících přístrojů	500,-	6 000,-
Mzdy zaměstnancům	1 000 980,-	12 011 760,-
Splátka bankovního úvěru	40 457,-	485 484,-
<b>Celkem</b>	<b>1 280 944,-</b>	<b>15 366 168,-</b>

Zvolené prostory pro provoz hospice jsou majetkem Zlínského kraje, konkrétně se jedná o budovu, která se uvolnila v rámci revitalizace nemocnice a sloužila pro zdravotnické účely. Vzhledem k povaze podnikatelského záměru a cenám pronájmu na Uherskohradištsku bude snaha vyjednat cenu za pronájem 2 000 Kč/m<sup>2</sup>. Měsíční zálohy na energie, vodu a topení

činní 65 000 Kč. Odvoz a likvidace odpadu se bude řešit v rámci areálu nemocnice paušální měsíční platbou. Důležitou položkou je nákup lůžek a antidekubitních matrací pro klienty. Vzhledem k výši částky bylo rozhodnuto pořídit vybavení formou leasingového splácení s 0% akontací. Stejná forma financování byla zvolena u přístrojového vybavení, kde bude potřeba pořídit defibrilátor s monitorací EKG (povinné vybavení), injekční dávkovače a infuzní pumpy. Smlouvu s leasingovou společností bude uzavřena na období 5 let. Důležitou součástí provozu je zajištění povlečení a pracovního oděvu pro personál. Měsíčně je vyčíslena částka 18 780 Kč na pronájem kompletního setu na jedno lůžko (kapna, prostěradlo, povlak na polštář a ručník). Bude pronajato více kusů než je stanovený počet lůžek z důvodu výměny (exitus, kontaminace biologickým materiálem). Paušální částka byla stanovena u pronájmu a praní oděvů pro personál. Každý zaměstnanec obdrží 3 ks pracovního oděvu (šaty, kalhoty + halena). Pro potřeby provozu bude sjednáno pojištění majetku a pojištění odpovědnosti při poskytování zdravotní péče. Sjednání proběhne u České podnikatelské pojišťovny s roční úhradou ve výši 24 000 Kč. Měsíční náklad je vyčíslen na 2 000 Kč. Nedílnou součástí jsou i poplatky za poskytování televizního vysílání, který je pro jeden televizní přijmač stanoven na 135,- Kč/měsíc. Údržba webu, telekomunikační služby a internet budou odebírány od společnosti T – mobile. Údržba softwaru byla stanovena měsíční sazbou na 800,- Kč. Minimálně 1x za rok musí být revize elektroniky a přístrojů. Částka byla nasmlouvána na 6 000,- Kč s revizním technikem nemocnice. Největší položkou provozních nákladů jsou mzdy zaměstnanců. Finanční ocenění jednotlivých pracovníků je uvedeno pro přehled v tabulce 29, kde jsou zobrazeny mzdy jednotlivých pracovníků v superhrubé mzdě a hrubé mzdě. Jako jeden ze zdrojů financování nákladů (vstupních, provozních) bude použit podnikatelský úvěr ve výši 2 000 000,- Kč s roční úrokovou mírou 7,9 % na dobu 5 let. Výše jedné splátky by tedy činila 40 457,- Kč.

Tab 29 - Mzdové náklady personálu hospice (vlastní zpracování)

Pozice	Úvazek	Mzda	Superhrubá mzda	Σmzdy/měsíc
Lékař specialista	1,0	39 000	52 260,-	52 260,-
Lékař řadový	2,0	30 000	40 200,-	80 400,-
Všeobecná sestra (S2)	9,0	22 000	29 480,-	265 320,-
Všeobecná sestra (S3)	2,0	25 000,-	33 500,-	67 000,-
Sanitář/ošetřovatel	5,0	18 000,-	24 120,-	120 600,-
Pečovatelka	10,0	17 000,-	22 780	227 800,-
Sociální pracovníce	1,0	24 000,-	32 160,-	32 160,-
Psycholog	0,5	14 000,-	18 760,-	18 760,-
Fyzioterapeut	0,3	6 000,-	8 040,-	8 040,-
Nutriční specialista	0,2	4 000,-	5 360,-	5 360,-
Duchovní	0,2	4 000,-	5 360,-	5 360,-
Účetní	1,0	23 000,-	30 820,-	30 820,-
Uklízečka	2,0	13 000,-	17 420,-	34 840,-
Manager/ředitel	1,0	39 000	52 260,-	52 260,-
<b>Celkem</b>	-	<b>278 000,-</b>	<b>372 520,-</b>	<b>1 000 980,-</b>

### Variabilní provozní náklady

Variabilními provozními náklady, se myslí objem nákladů, který se mění podle obloženosti zařízení a charakteru poskytované péče. Kalkulace variabilních nákladů byla stanovena na 410,- Kč na 1 den/klient. Částka byla vykalkulována podle závislosti na obloženosti hospice a reálné spotřeby provozního materiálu podle aktuálního stavu klientů. Průměrně lze odhadnout obloženost hospice na 85 %/rok. (↓obloženosti - exitus, ↑ obloženosti – infomovanost o službě, spolupráce se zdravotnictvím). Podle obloženosti se odvíjí náklady na stravné a praní lůžkovin. Spotřeba materiálu je stanovena odhadem na základě cen zdravotnického materiálu a zkušeností z praxe. Je nutno uvést, že každý klient je individuální a spotřebu materiálu nelze paušalizovat z důvodu různé náročnosti poskytované péče (např. péče o dekubity, péče o stomika, léčivé přípravky). Pro přehled jsou variabilní provozní náklady uvedeny v tabulce 30, kde jsou kategorizovány dle jednotlivých položek.

Tab. 30 - Variabilní provozní náklady (vlastní zpracování)

Položka	Náklady/1 klient/den	Náklady celkem/měsíc
<b>Povlečení (praní)</b>	140,-	44 100,-
<b>Stravné</b>	120,-	75 600,-
<b>Spotřební zdravotnický materiál</b>	200,-	126 000,-
<b>Celkem</b>	<b>460,-</b>	<b>245 700,-</b>

### 6.8.2 Plán příjmů hospice

Příjmy, které bude mít hospicové zařízení k dispozici, budou vícezdrojové. Primárním cílem je uzavření smlouvy se zdravotními pojišťovnami o vykazování péče, která je hrazena ze zdravotního pojištění. Další varianty spolufinancování péče jsou:

- Příspěvky na péči;
- Přímá úhrada klientem;
- Sponzorské dary, nadace;
- Sociální poradenství, půjčovna kompenzačních pomůcek.

Filozofií hospicového zařízení je poskytování kvalitní, dostupné a bezpečné hospicové péče. Díky smlouvám se zdravotními pojišťovnami, můžeme poskytovat zdravotnickou péči „zdarma“, sociální složku – ubytování a stravu hradí klient ze svého příjmu (většinou starobní důchod). Podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění musí klientovi zůstat „kapesné“ 15 % jeho příjmu. Částka, která bude klientům účtována za ubytování a stravu je celkem 380,- Kč/den a vždy se bude počítat s 30 kalendářními dny (viz tabulka 24, Ceník poskytovaných služeb). V případě složité životní situace lze platbu individualizovat na základě možností klienta. Příbuzný, který se ubytuje u klienta, uhradí poplatek 100,- Kč/noc. Fakultativně bude nabídnuta celodenní strava za 170,- Kč. Další suma, která bude obdržena od klientů, je tzv. příspěvek na péči (Tab. 31). Pokud má klient příspěvek vyřízený, celá jeho výše připadne pečující osobě, tedy hospici. Hodnota příspěvku je stanovena podle zákona 108/2006 Sb. na základě stupně závislosti (I. – IV. st).

Tab. 31 - Příspěvek na péči (zdroj: zákon č. 108/2006 Sb., vlastní zpracování)

<b>I. stupeň – lehká závislost</b>	880,- Kč
<b>II. stupeň – středně těžká závislost</b>	4 400,- Kč
<b>III. stupeň – těžká závislost</b>	8 800,- Kč
<b>IV. stupeň – úplná závislost</b>	13 200,- Kč

Lidé, kteří žádají o službu lůžkového hospice, jsou ve většině případů v kategorii III. a IV. Jsou to lidé závislí na pomoci druhé osoby. Pokud bude přijat klient, který má nárok na příspěvek a nemá jej doposud vyřízený, sociální pracovníce hospice zažádá o přiznání. Pro vyčíslení příjmů se bude kalkulovat s obložností 85 % a budou převládat lidé s příspěvkem na péči IV. st (7 lidí III. st, 14 lidí IV. st), neboť se musí počítat s obsazením odlehčovací služby, kde klient nemusí mít přiznaný příspěvek vůbec, nebo jen lehčí stupeň.

**Platby od pojišťovny** tvoří největší položku příjmů pro hospic v případě nasmlouvání. Úhrady od pojišťovny jsou dány úhradovou vyhláškou pro rok 2019 č. 201/2018 Sb., která stanovuje paušální sazbu za 1 den pobytu podle kategorie klienta, typu ošetrovacího dne a hodnoty ošetrovacího dne včetně režie přiřazené k ošetrovacímu dni a paušální částkou za léčivé přípravky. Výše paušální částky za den hospitalizace se stanoví podle vzorce:

$$PS_{OD,2019} = (1,05 * PS_{OD,2018}) + \text{Navýšení}_{OD_{i2019}}$$

**PS<sub>OD,2019</sub>** znamená paušální sazbu za 1 den hospitalizace v roce 2018 hospitalizace v roce 2018, bez navýšení úhrad na zvýšení příplatku zdravotnickým pracovníkům vykonávajícím povolání bez odborného dohledu v nepřetržitém provozním režimu u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče za ošetrovací den

**Navýšení<sub>OD<sub>i2019</sub></sub>** znamená navýšení úhrad na zvýšení příplatku zdravotnickým pracovníkům vykonávajícím nelékařské zdravotnické povolání v nepřetržitém provozním režimu u poskytovatelů lůžkové péče za ošetrovací den podle typu. Navýšení pro hospicovou péči má výkon kód 00030 a navýšení je 233,- Kč.

Poskytovatel, který neměl v roce 2018 uzavřenou smlouvu s pojišťovnou nebo neposkytoval konkrétní typ ošetrovacího dne, stanoví pojišťovna  $PS_{OD_{i2018}}$  dle kategorií (tab. 32):

Tab. 32 - Ošetrovací den/kategorie (zdroj: vyhláška č. 201/2018, vlastní zpracování)

OD	Kategorie 1	Kategorie 2	Kategorie 3	Kategorie 4	Kategorie 5
00030	1405,33	1 487,25	1 569,18	1 651,10	1 733,01

Na základě zkušeností z praxe a návštěv lůžkového hospicového zařízení jeví se dle definice MZ ČR pro hospic nejčastější pacienti ze 3 a 4 kategorie.

**Kategorie 3** - pacient vyžadující zvýšený dohled, lucidní, neschopný pohybu mimo lůžko ani s dopomocí či samostatně na invalidním vozíku, vyžadující téměř úplnou obsluhu.

**Kategorie 4** - pacient imobilní nesoběstačný, lucidní pacient zcela imobilní, příp. inkontinentní, vyžadující ošetrovatelskou pomoc při všech i nejběžnějších úkonech.

V neposlední řadě nesmíme opomenout financování z dotací, sponzorských darů a nadací. Výše je individuální a záleží pouze na dotačním programu nebo štedrosti sponzora. V souvislosti se zahájením činnosti hospice budou přislíbené dary v celkové výši 500 000,- od dárců nadace SYNOT (300 000 Kč), město Uherské Hradiště (100 000 Kč) a město Uherský Brod (100 000 Kč).

Zdrojem pro hospice budou i příjmy za pronájem kompenzačních pomůcek a odborné sociální poradenství na základě platného ceníku služeb.

### **Odhadované příjmy hospice**

Pro kalkulaci odhadovaných příjmů (tabulka 33) se počítá s obsazeností 85 % (21 klientů /měsíc). Musí se vzít v úvahu příspěvky na péči, platby od pojišťoven. Bylo stanoveno, že nejčastější kategorií jsou pacienti 3 a 4, a příspěvky 3. a 4. stupně. Z toho lze určit obsazenost hospice v poměru:

- 10 klientů kategorie a stupeň 4;
- 8 klientů kategorie 3 a stupeň 3;
- 3 klienti odlehčovací služby.

Do odhadovaných příjmů prozatím nebude započítáváno půjčovní kompenzačních pomůcek, sociální poradenství a ubytování příbuzných, neboť nelze s určitostí uvést, jaká bude poptávka po takových službách. Příjmy z těchto služeb se budou započítávat až v ročním zúčtování. Mohou sloužit i jako menší rezerva v případě nečekaných výdajů.

*Tab. 33 - Odhadované příjmy hospice (vlastní zpracování)*

<b>Zdroj příjmu</b>	<b>Měsíční příjem</b>	<b>Roční příjem</b>
Platby pojišťovny	1 055 812,-	12 669 755,-
Platby klientů	239 400,-	2 912 700,-
Příspěvky na péči	202 400,-	2 428 800,-
Odlehčovací služba	129 575,-	1 554 900,-
<b>Celkem</b>	<b>1 627 187,-</b>	<b>19 566 155,-</b>

Dalšími příjmy jsou vstupní kapitál (100 000,- Kč), podnikatelský úvěr (2 000 000,- Kč), a předjednaný sponzorský dar (500 000,- Kč), které budou využity k úhradě vstupních investic

a zbylé finance budou použity ke krytí měsíčních nákladů. Přehledněji budou rozpracovány v následující kapitole.

### 6.8.3 Plán příjmů a výdajů hospice

Výsledkem hospodaření bude zjištění rozdílu mezi náklady a příjmy hospice a tím lze zjistit, zda bude generován zisk nebo ztráta za určité období. Zisk či ztráta je důležitou součástí poměrových ukazatelů, konkrétně v případě hospice ukazatelem nákladové rentability. V tabulce 34 ukazujeme hospodářský výsledek prvního roku provozu hospicového zařízení.

Tab. 34 – Hospodářský výsledek v prvním roce provozu (vlastní zpracování)

Doba	Příjmy celkem	Vstupní náklady	Fixní náklady	Variabilní náklady	Náklady celkem	Hospodářský výsledek
<b>Měsíc</b>	4 227 187	1 061 600	1 280 944	245 700	2 588 244	1 638 943
<b>Rok</b>	22 166 155	1 061 600	15 366 168	2 948 400	19 376 169	2 789 986

Celkové příjmy jsou kalkulovány z odhadovaných ročních příjmů hospice (viz Tab. 33), vstupního kapitálu, který je 100 000,- Kč, podnikatelského úvěru ve výši 2 000 000,- Kč a sponzorského daru 500 000,- Kč, který primárně slouží jako zdroj pro vstupní náklady. Ačkoliv se může jevit hospodářský výsledek s patrným ziskem relativně vysoký, je třeba uvažovat nad tím, že platby od pojišťoven reálně hospic obdrží až po určité době a vykazání činnosti, vyřízení příspěvků na péči (ne každý klient bude mít už priznaný příspěvek) nebo nedostatečné finanční prostředky klienta k pokrytí služeb hospicové péče nebudou ze začátku tvořit dostatečné příjmy pro možnosti provozu. Z tohoto důvodu se použije ke krytí provozních nákladů uvedený podnikatelský úvěr, vstupní kapitál a sponzorský dar. Pro názornost je uveden v tabulce 35 případ, že za první měsíc neobdrží platba od pojišťovny a v průměru pouze polovina předpokládané sumy z příspěvků na péči (101 200,- Kč). Zbylé částky příjmů budou ponechány bez změny.

Tab. 35 – Financování hospice bez plateb od pojišťoven s částečným příspěvkem na péči (vlastní zpracování)

Doba	Příjmy	Vstupní náklady	Fixní náklady	Variabilní náklady	Náklady celkem	Hospodářský výsledek
<b>Měsíc</b>	3 070 175	1 061 600	1 280 944	245 700	2 588 244	481 931

Z výše uvedených propočtů bylo zjištěno, že příjmy, které budou k dispozici (bez platby pojišťoven) slouží k pokrytí měsíčního provozu dle odhadovaných kalkulací. Vygenerovaný



zisk nám zaručuje pokrytí nečekaných výdajů, které mohou v souvislosti s provozem nastat (nenaplnění platby od klientů, pokles obloženosti). Lze konstatovat, že pokud by se nepodařilo uzavřít smluvní vztah s pojišťovnou, projekt hospicové péče lze považovat reálně za finančně neudržitelný.

## 6.9 Analýza rizik projektu

Rizikem lze definovat škodlivou událost nebo očekávanou škodu za podmínek vzniku škody nebo krize díky potencionální nepříznivě okolností. Může se vyznačovat jako odchylka od plánovaného cíle, která bude mít nežádoucí charakter ztrátu. Součástí každého plánovaného projektu by měla být právě analýza rizik, která napomáhá identifikovat potencionální rizika, určit jejich míru a význam pro podniky (Shirley, 2016, s. 121 - 125). Pro vyjádření míry rizika byly zvoleny jako ukazatel procenta. Čím více dané riziko obdrží procent, tím negativnější bude dopad na fungování provozu hospice. V tabulce 36 je uveden přehled rizik, se kterými je nutno kalkulovat v případě projektu založení hospicové péče. Jednotlivá rizika jsou spolu provázána a souvisí spolu (např. nenavázání vztahu se zdravotní pojišťovnou → nedostatečné množství financí).

Tab. 36 - Analýza rizik projektu (vlastní pracování)

Riziko	Pravděpodobnost	Míra rizika
Nenavázání smluvního vztahu s pojišťovny	80 %	Vysoká
Nedostatek personálu	90 %	Vysoká
Nedostatečné množství financí na provoz	60 %	Středně vysoká
Nezájem ze stran klientů (malá poptávka)	30 %	Mírné
Poškození klienta	20 %	Mírné

### Vysoká míra rizika

Do této kategorie byly zařazeny **nenavázání smluvního vztahu s pojišťovny** (80 %) a **nedostatek personálu** (90 %). V případě, že by se nepodařilo navázat smluvní vztah, dochází k výraznému úbytku finančních prostředků určených na zajištění provozu a projekt je po finanční stránce neudržitelný. Vysoké riziko bylo zvoleno i z důvodu, že v kraji se již dva hospice nacházejí a proto může pojišťovna neuzavřít smlouvu (předimenzování kapacit). Lze konstatovat, že v současné době zažívá paliativní péče v ČR rozvoj a nachází podporu ze stran MZ ČR a EU (grantové programy). Proto také lze uvažovat, že navázání smluvního vztahu nemusí být úplně nereálné. Větší míru rizika je možno spatřovat v **nedostatku**

*personálního zajištění* provozu. Celorepublikově se české zdravotnictví potýká s nedostatečným personálním obsazením nemocnic. Lze se domnívat, že absolventi, kteří opouštějí zdravotní školy a fakulty spíše uvažují o práci v akutní sféře než o práci v hospicovém zařízení, která je velmi fyzicky a hlavně psychicky náročná. Naopak starší zdravotnický personálu může opouštět akutní oblast a vyhledávat spíše klidnější, méně fyzicky náročnou (např. ambulantní péče, domácí služby). Proto lze tuto oblast považovat za nejrizikovější z celého projektu.

### **Středně vysoké riziko**

Jako středně vysoké riziko jsou označeny nedostatečné finanční prostředky na provoz. Tato kategorie opět souvisí s nenavázáním smluvního vztahu s pojišťovnou. Vedle toho lze zařadit i nemožnost klientů uhradit požadovanou výši služeb (nízké starobní/invalidní důchody), nenaplnění představ o výši příspěvku na péči (přiznání nižší sazby) nebo nenalezení sponzorů pro zvýšení příjmů. Zdrojem příjmů pro financování může být případně rodina klienta, která může mít finanční spoluúčast na pobytu klienta. Vzhledem ke skutečnosti, že se momentálně paliativní péče těší podpoře ze strany státu, lze tím apelovat na případné potencionální finanční zdroje (pojišťovny, nadace, sponzoring).

### **Nízké riziko**

Nízkým rizikem byly označeny kategorie týkající se malé poptávky po službě a možnosti poškození klienta. Nezájem ze stran klientů nelze předpokládat, neboť momentální poptávka v rámci sociálních služeb výrazně převyšuje nabídku. Zdrojem klientů mohou být dále nemocnice, které by mohly nabízet pacientům, případně příbuzným, možnosti využití této služby jako alternativnější a vhodnější než samotné hospitalizace. Možnost poškození klienta byla taktéž vyhodnocena jako nízká. Samozřejmostí je, že při poskytování péče může dojít ke komplikacím, které zdravotně klienta ohrožují (např. pády, záměna léků), ale z těchto důvodů je nutné preventivně předcházet takovým situacím při poskytování bezpečné a kvalitní zdravotní i ošetrovatelské péče.

## **6.10 Časová analýza**

Časová analýza je proces potřebný pro řízení projektu z hlediska času. Prioritním je dodržení logických návazností činností a určení optimálních termínů jejich zahájení a ukončení. Díky tomu byl sestaven plán projektu tak, že mezi jednotlivými aktivitami jsou identifikovány logické časové vazby.

Časový harmonogram projektu byl zpracován metodou kritické cesty (CPM – Critical Path Method), která patří mezi základní síťové analýzy s cílem sestavit dobu trvání projektu na základě délky tzv. kritické cesty, což představuje sled vzájemně závislých činností s nejmenší časovou rezervou. Primárním zdrojem pro vytvoření CPM je stanovení jednotlivých činností (tabulka 37), určení doby jejich trvání (týdny) a určení návazností těchto činností tak, jak půjdou v projektu po sobě a jaká činnost musí které předcházet.

Tab. 37 - Časový harmonogram činností projektu (vlastní zpracování)

<b>Krok</b>	<b>Popis činnosti</b>	<b>Doba realizace (týdny)</b>	<b>Předchozí činnost</b>
<b>A</b>	Sestavení podnikatelského plánu	5	-
<b>B</b>	Nalezení prostor pro provoz hospice	4	A
<b>C</b>	Vyřízení registrace a oprávnění k provozování + živnostenské oprávnění	4	B
<b>D</b>	Vznik právnické osoby	1	C
<b>E</b>	Zpracování a schválení potřebných dokumentů k provozu zařízení	7	D
<b>F</b>	Navázání smluvních vztahů se zdravotními pojišťovnami	12	D
<b>G</b>	Vyřízení podnikatelského úvěru	4	D, E
<b>H</b>	Uzavírání pracovně právních smluv se zaměstnanci	12	D, F
<b>I</b>	Uzavření smluv s poskytovateli služeb pro zajištění provozu	2	D, F, G
<b>J</b>	Výběrové řízení – materiální vybavení	8	D, F, G,
<b>K</b>	Propagace, spolupráce se zdrav. organizacemi	6	D, H, F
<b>L</b>	Vybavení hospice	5	J
<b>M</b>	Zahájení provozu činnosti	1	L

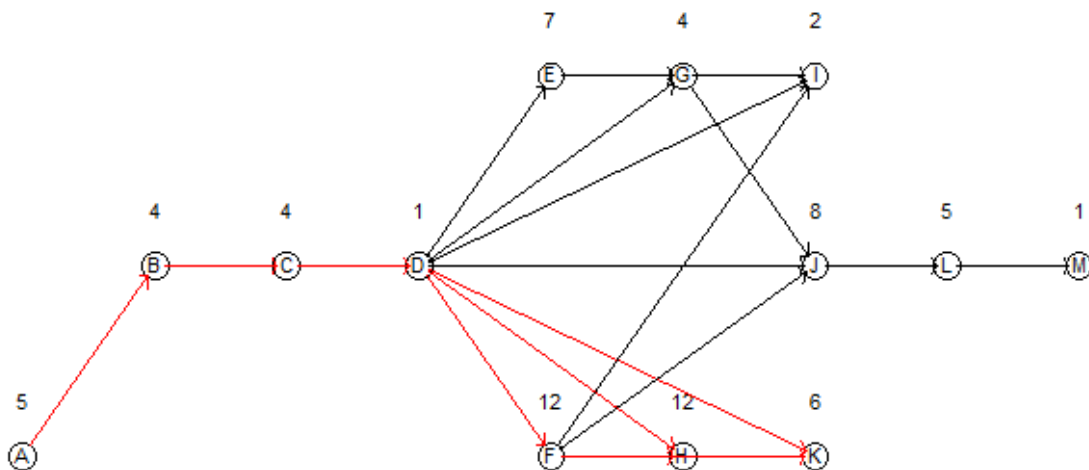
Vstupní podklady byly zpracovány podle programu QM for Windows, který určí nejkratší dobu realizace projektu. Za výchozí bod pro začátek projektu lze považovat sestavení podnikatelského plánu a ukončení zahájením provozní činnosti. Stanovené termíny realizace jsou uvedeny tak, aby se daly reálně uskutečnit.

Activity	Activity time	Early Start	Early Finish	Late Start	Late Finish	Slack
Project	44					
A	5	0	5	0	5	0
B	4	5	9	5	9	0
C	4	9	13	9	13	0
D	1	13	14	13	14	0
E	7	14	21	19	26	5
F	12	14	26	14	26	0
G	4	21	25	26	30	5
H	12	26	38	26	38	0
I	2	26	28	42	44	16
J	8	26	34	30	38	4
K	6	38	44	38	44	0
L	5	34	39	38	43	4
M	1	39	40	43	44	4

Obr. 2 - Metoda CPM (vlastní zpracování programem QM for Windows)

Metoda CPM (obr. 2) sestavila celkovou dobu trvání projektu na 44 týdnů. Sloupec Late Start ukazuje kdy nejpozději je nutné s řešením dané činnosti začít, aby byl projekt dokončen ve stanoveném termínu. Sloupec Slack představuje časovou rezervu u stanovených aktivit. Tato rezerva udává časový interval, ve kterém se lze zpozdít, ale nedojde k ovlivnění dokončení ve stanoveném termínu. Činnosti s nulovou časovou rezervou byly hodnoceny jako kritická cesta, což v případě zdržení nebo prodloužení doby úkonu vede k posunutí ukončení realizovaného projektu.

Graficky znázorněná kritická cesta je uvedena na obrázku č. 3, kde je zachycena červenou barvou. Lze ji spatřovat u činností A, B, C, D, F, H, K, kdy právě zde nevzniká žádná časová rezerva a díky tomu může dojít k prodloužení celkové realizace projektu a nedodržení termínu zahájení provozní činnosti.



Obr. 3 Metoda CPM – grafické znázornění (vlastní zpracování programem QM for Windows)

## 6.11 Zhodnocení projektu z hlediska implementace do praxe

Cílem projektu je zřízení lůžkového hospicové zařízení s názvem Hospic Velehrad, z.ú., které by bylo specializované zdravotnické středisko poskytující služby paliativní péče lidem s ukončenou kauzální léčbou. Na základě provedeného dotazníkového šetření bylo zjištěno, že lidé, pokud by se dostaly do situace, že už nebudou moci o samy sebe pečovat a jejich zdravotní stav vyžaduje péči druhé osoby, chtějí využít pro důstojný konec života hospicové zařízení. Více než 60 % dotazovaných uvedlo, že by raději využilo služeb mobilní hospicové péče, ale vzhledem k vývoji populace je předpoklad, že bude zájem i o služby lůžkového hospice. Současný trend ve vývoji populace spočívá stále v prodlužování věku odchodu do důchodu, a důsledkem toho, by se ani o své příbuzné, kteří jsou nemocní, nebyly schopni příbuzní postarat. V takovém případě lze využít služby hospicové péče, ať už mobilní nebo kamenné. Lůžkový hospic bylo rozhodnuto zakládat z důvodu příležitosti na trhu služeb. Hospicová péče bude poskytována pro oblast Zlínského kraje, zejména Uherskohradištska, Brodská a případně i část kraje Jihomoravského (Hodonínsko, Veselsko).

Ekonomická udržitelnost projektu je možná pouze za předpokladů uzavření smluvních vztahů s pojišťovny a roční obsazenosti alespoň 85 %. V případě, že by se nenavázaly tyto vztahy nelze uvést, že by bylo nemožné službu implementovat do praxe, ale finanční spoluúčast klientů by byla velmi vysoká. Na základě dotazníkového šetření, které bylo provedeno, nejsou ochotni klienti akceptovat částku spoluúčasti ve většině případů vyšší než 15 000 Kč, a díky tomuto zjištění by se projekt stal finančně neudržitelným, neboť by nebyly

pokryty provozní náklady hospice. Navíc filozofií hospicové péče je poskytnout péči každému klientovi i takovému, který se ocitl v tíživé finanční situaci a není schopen uhradit náklady spojené s pobytem v hospici. K tomuto účelu slouží financování pomocí sponzorských darů a nadací, které ovšem nepokryjí většinové náklady provozu. Proto lze považovat projekt finančně neudržitelný bez smluvních vztahů s pojišťovnami.

Obsazenosti hospice, která by měla v průměru být na 85 % je potřeba podpořit marketing. Hlavním cílem v propagaci je oslovení ke spolupráci obvodní lékaře, agentury domácí péče, mobilní hospicové služby a zdravotnická zařízení. Bude s nimi navázána spolupráce, která by spočívala v tom, že budou potencionálním klientům nabízet služby. Dále bude nutné informovat o nově vznikající službě různými propagačními materiály, články v novinách, nebo i reklamou na regionální televizi. Je třeba začít o paliativní péči mluvit mezi laiky, aby měli představu, co to znamená a hlavně co nabízí. Webové stránky pro návštěvníky musí být přehledné a vysvětlovat problematiku a nabízející služby jasně a srozumitelně (tj. zbytečně nezatěžovat odbornými výrazy).

Problém při zavádění projektu do praxe lze identifikovat v oblasti personálního zabezpečení provozu. Momentálně se celorepublikově vyskytuje nedostatek personálu ve všech oborech zdravotnictví ať už u lékařů nebo nelékařského personálu. Motivací, která by pro potencionální zaměstnance byla, je finanční ohodnocení. Proto se musí investovat v budoucnu hlavně do mzdových podmínek zaměstnanců, aby se udržely na pracovních pozicích.

Časová analýza byla realizována formou analýzy CPM v programu QM for Windows. Stanovila, že projekt lze realizovat za 44 týdnů od zadání.

Pro určení celkové doby realizace byla použita analýza CPM (metoda kritické cesty) v programu WinQSB. Deset zadaných činností bude realizováno po dobu 94 dní, velká část doby připadá návrhu projektu a získání živnostenského listu a stavebního povolení. Program určil čtyři kritické cesty projektu, tedy nejdelší možné cesty mezi vstupním a výstupním uzlem. Činnosti na kritické cestě mají nulovou časovou rezervu, jejich zpoždění by vedlo k prodloužení celé realizace.

## 6.12 Celkové shrnutí projektu

<b>Název:</b>	Hospic Velehrad z.ú.
<b>Úmístění:</b>	Uherské Hradiště, Zlínský kraj
<b>Popis činnosti:</b>	Poskytovat bezpečnou a kvalitní paliativní péči nevyléčitelně nemocným klientům, kteří chtějí důstojně a v klidu prožít konec života.

Primárním záměrem projektu bylo vybudování prosperujícího lůžkového hospice a jeho implementace do praxe. Nejdůležitějšími body, které byly stanoveny pro správné fungování hospice, jsou zavřené smluvní vztahy se zdravotními pojišťovnami a průměrná obložnost klientů ročně (alespoň 85 %).

Analytickou částí bylo rozebráno prostředí hospicové péče ve Zlínském kraji. Zkoumalo se vnější makro prostředí formou PEST analýzy, rozebíraly příležitosti a hrozby zkrácenou verzí SWOT analýzy (OT analýza) a zmapovalo se konkurenční prostředí Porterovým modelem 5-ti konkurenčních sil.

Projektová část se zaměřila už na samotnou realizaci směřující k potenciálnímu založení hospice. Byl co nejpřehledněji sestaven plán, podle kterého bude projekt vybudován. Pozornost byla věnována finančnímu plánu, který ukázal, jaký objem financí je třeba shromáždit na první rok založení a provozu (analýza vstupních, provozních a variabilních nákladů). Rizikovou analýzou byla zhodnocena potenciální rizika projektu, kdy největší problém se nachází v personálním nedostatku. Součástí je i časová realizace projektu, kde byla využita metoda kritické cesty pomocí programu QM for Windows.

Implementovat projekt do praxe se podaří pouze tehdy, pokud budou uzavřeny smluvní vztahy s pojišťovnami, dostatečná obložnost a personál, který zajistí bezpečný a kvalitní provoz.

Je třeba dodat, že zvláště analýza nákladů a příjmů vychází z odhadů a zkušeností z praxe ve zdravotnické oblasti. Celá problematika kalkulace nákladů a příjmů je daleko složitější, především proto že se jedná o služby ve zdravotnictví, kde je třeba ke každému klientovi přistupovat individuálně a díky tomu, že každý klient vyžaduje trochu jiný způsob péče, nelze s přesností kalkulovat náklady spojené právě s ošetrovatelskou péčí.

## 7 ZÁVĚR

Tématem diplomové práce je projekt na vybudování hospice ve Zlínském kraji, konkrétně v Uherském Hradišti. Záměr vybudování takového zařízení reaguje na nedostatečné kvalitní zázemí pro obyvatele, u kterých byla ukončena kauzální léčba a nahrazena léčbou symptomatologickou.

Cílem práce bylo vytvořit přehledné a ucelené podklady pro tento typ podnikání, který by byl v reálné podobě finančně udržitelný a provozuschopný. Podklady slouží jako vyjednávací prostor pro pojišťovny při uzavírání smluvního vztahu, investory (banky), dotační komise a případné sponzory.

V první části, která se věnuje teorii, byla nastíněna problematika paliativní péče a formy podnikání, které je možné uplatnit v českém zdravotnictví. Na teoretickou část navazuje analytická část s využitím PEST analýzy, OT analýzy a Porterova modelu. Pomocí těchto analýz byly zmapovány podmínky pro vznik a konkurenční prostředí hospice.

Projektová část detailně popisuje jednotlivé body, které se musí v rámci realizace projektu připravit a zohlednit. Ve finanční analýze byly zpracovány náklady a příjmy hospice, kde se dospělo k závěru, že pokud by se nepodařilo sjednat smluvní vztahy s pojišťovnami, tak lze konstatovat, že projekt je z dlouhodobého hlediska finančně neudržitelný. Provedením rizikové analýzy bylo detekováno riziko v nedostatečném personální obsazením a spolu s pojišťovnami je hodnoceno za nejvíce kritické body projektu. Časová analýza ukázala, že pro bezproblémový průběh při realizaci projektu je potřebná doba stanovená na 44 týdnů. Na základě provedení všech potřebných analýz a zhodnocení lze určitě uvést, že projekt je připraven na implementaci do praxe.

Péče o nevléčitelně nemocného člověka je fyzicky a hlavně psychicky velmi náročná pro obě strany. Realizace projektu takového charakteru by měla napomoci spoustě lidí důstojně a hlavně bez bolesti prožít poslední zbytky života. Nelze opomenout ani rodinu nemocného, které je třeba být oporou v těžké životní situaci. Cílem je vybudovat centrum, kam když člověk přijde, ví, že nebude nikdy sám.



**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY****Tištěné zdroje**

- [1] BUŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
- [2] CONNOR, Stephen R., 2017. *Hospice and Palliative Care: The Essential Guide*. 3rd ed. London: Taylor and Francis, 290 s. ISBN 1317221176.
- [3] DOLEŽAL Jan a kolektiv, 2016. *Projektový management: komplexně, prakticky a podle světových standardů*. Praha: Grada, 424 s. ISBN 978-802-4756-202
- [4] DVOŘÁČEK, Jiří a Peter SLUNČÍK, 2012. *Podnik a jeho okolí: jak přežít v konkurenčním prostředí*. V Praze: C.H. Beck, xvii, 173 s. ISBN 978-80-7400-224-3.
- [5] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2000. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 191 s. ISBN 80-726-2034-7.
- [6] JANIŠOVÁ, Dana a Mirko KŘIVÁNEK, 2013. *Velká kniha o řízení firmy: [praktické postupy pro úspěšný rozvoj]*. Praha: Grada, 394 s. ISBN 978-80-247-4337-0.
- [7] KALOUDA, František, 2016. *Finanční analýza a řízení podniku*. 2. rozšířené vydání. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 321 s. ISBN 978-80-7380-591-3.
- [8] KEBZA, Vladimír, 2017. *Psycholog ve zdravotnictví*. 2., upravené vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 106 s. ISBN 978-802-4636-573.
- [9] KUZNÍKOVÁ, Iva, 2012. *O sociální práci pro management zdravotnických organizací*. Ostrava: Ostravská univerzita, 96 s. ISBN 978-807-3689-872
- [10] MAJDÚCHOVÁ, Helena a Anna NEUMANNOVÁ, 2014. *Podnik a podnikanie*. Druhé prepracované a doplnené vydanie. Bratislava: Sprint 2., 215 s. ISBN 978-80-89710-04-1.
- [11] MARKOVÁ, Alžběta, 2015. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 2. aktualizované vydání. Praha: Cesta domů, 155 s. ISBN 978-80-905809-4-7.
- [12] MARTINOVIČOVÁ, Dana, Miloš KONEČNÝ a Jan VAVŘINA, 2014. *Úvod do podnikové ekonomiky*. Praha: Grada, 208 s. ISBN 978-80-247-5316\_4.

- [13] MULAČOVÁ, Věra a Petr MULAČ, 2013. *Obchodní podnikání ve 21. století*. Praha: Grada, 520 s. ISBN 978-80-247-4780-4.
- [14] PAPULA, Ján a Emília PAPULOVÁ, 2013. *Základy manažérskej ekonomiky*. Bratislava: Kartprint, 243 s. ISBN 978-80-89553-11-2.
- [15] PATÁK, Milan R., 2006. *Podnikový finanční management*. Praha: Idea servis, 234 s. ISBN 80-859-7052-X.
- [16] PAYNE, Sheila, Jane SEYMOUR a Christine INGLETON, 2007. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1.
- [17] RADBRUCH, Lukas a Sheila PAYNE, 2010. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. Praha: Cesta domů, 63 s. ISBN 978-80-904516-1-2.
- [18] REŽŇÁKOVÁ, Mária, 2012. *Efektivní financování rozvoje podnikání*. Praha: Grada, 142 s. ISBN 80-247-1835-9.
- [19] SHIRLEY, David, 2016. *Project Management for Healthcare: concepts and practice*. 2nd ed. Hoboken: Computer Press, 283 s. ISBN 14-398-1954-8
- [20] SLÁMA, Ondřej, 2012. Obecná a specializovaná paliativní péče. *Paliativna medicína a liečba bolesti*. Bratislava: Solen, 5(1), s. 10 - 12. ISSN 1337-6896.
- [21] SRPOVÁ, Jitka a Václav ŘEHOŘ, 2010. *Základy podnikání: teoretické poznatky, příklady a zkušenosti českých podnikatelů*. Praha: Grada, 427 s. ISBN 978-80-247-3339-5.
- [22] SRPOVÁ, Jitka, 2011. *Podnikatelský plán a strategie*. Praha: Grada, 194 s. ISBN 978-80-247-4103-1.
- [23] SYNEK, Miloslav, 2006. *Podniková ekonomika*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: C.H. Beck, 475 s. ISBN 80-717-9892-4.
- [24] SYNEK, Miloslav, 2011. *Manažerská ekonomika*. 5., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 471 s. ISBN 978-802-4734-941.
- [25] ŠIMKOVÁ, Eva, 2014. *Základy ekonomie a drobného podnikání: systematický přehled základní ekonomické problematiky*. Vyd. 3., aktualiz. a rozš. Hradec Králové: Gaudeamus, 137 s. ISBN 978-807-4353-581.

- [26] VADIVELU, Nalini, Alan David KAYE a Jack M. BERGER, 2012. *Essentials of Palliative Care*. New York: Springer, 518 s. ISBN 978-1-4614-5163-1.
- [27] VÁCHAL, Jan a Marek VOCHOZKA, 2013. *Podnikové řízení*. Praha: Grada, 685 s. ISBN 978-80-247-4642-5.
- [28] VEBER, Jaromír a Jitka SRPOVÁ, 2005. *Podnikání malé a střední firmy: pro všechny podnikatele a manažery: od podnikatelského záměru k zahájení podnikání: jak úspěšně řídit malou i větší firmu :programy podpory podnikání*. Praha: Grada, 304 s. ISBN 80-247-1069-2.
- [29] VEBER, Jaromír a Jitka SRPOVÁ, 2012. *Podnikání malé a střední firmy*. 3. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 332 s. ISBN 80-247-4520-8.
- [30] VOCHOZKA, Marek a Petr MULAČ, 2012. *Podniková ekonomika*. Praha: Grada, 570 s. ISBN 978-80-247-4372-1.
- [31] VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ, 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 448 s. ISBN 978-80-247-3742-3.

### Elektronické zdroje

- [32] BUREŠ, Michal. *Kolik nás ročně stojí zdravotní péče?*. Finance.cz [online] © 2017 [cit. 2019-01-19]. Dostupné z: <https://www.finance.cz/496417-financovani-ceskeho-zdravotnictvi/>
- [33] *Centrum paliativní péče: Základní kurz pro zdravotní sestry ELNEC* [online], 2019. Praha [cit. 2019-03-29]. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/kurzy/elnec>
- [34] Co je Porterův model pěti sil? Obrázek. In: Jakasi.cz [online]. Jakasi, © 2019 [cit. 2019-01-19]. Dostupné z: <http://www.jakasi.cz/co-je-porteruv-model-peti-sil/>
- [35] ČESKO, 1997. Zákon č. 48 ze dne 7. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 16/1997 [cit. 2019-02-15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>
- [36] ČESKO, 1998. Vyhláška č. 134 ze dne 2. června 1998 seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 46/1998 [cit. 2019-03-15]. Dostupné z: <https://zakonyprolidi.cz/cs/1998-134>

- [37] ČESKO, 2000. Zákon č. 258 ze dne 14. července 2000 o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 72/2000 [cit. 2019-02-20]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-258>
- [38] ČESKO, 2001. Vyhláška č. 246 ze dne 29. června 2001 o stanovení podmínek požární bezpečnosti a výkonu státního požárního dozoru (vyhláška o požární prevenci) In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 95/2001 [cit. 2019-02-20]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2001-246>
- [39] ČESKO, 2001. Zákon č. 185 ze dne 15. května 2001 o odpadech a o změně některých dalších zákonů In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 71/2001 [cit. 2019-02-20]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2001-185>
- [40] ČESKO, 2004. Vyhláška č. 137 ze dne 17. března 2004 o hygienických požadavcích na stravovací služby a o zásadách osobní a provozní hygieny při činnostech epidemiologicky závažných In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 45/2004 [cit. 2019-02-20]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-137>
- [41] ČESKO, 2004. Zákon č. 95 ze dne 29. ledna 2004 o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 30/2004 [cit. 2019-02-20]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-95>
- [42] ČESKO, 2004. Zákon č. 96 ze dne 4. února 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 30/2004 [cit. 2019-02-20]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>
- [43] ČESKO, 2006. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 37/2006 [cit. 2019-02-20]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
- [44] ČESKO, 2011. Vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků In: *Sbírka zákonů České republiky*

- [online]. Částka 20/2011 [cit. 2019-02-20]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>
- [45] ČESKO, 2011. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 131/2011 [cit. 2019-02-20]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
- [46] ČESKO, 2011. Zákon č. 373 ze dne 6. listopadu 2011 o specifických zdravotních službách In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 131/2011 [cit. 2019-02-20]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-373>
- [47] ČESKO, 2012. Vyhláška č. 306 ze dne 12. září 2012 o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 109/2012 [cit. 2019-02-20]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-306>
- [48] ČESKO, 2012. Vyhláška č. 92 ze dne 15. března 2012 o požadavcích na minimální technická a věcná vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 36/2012 [cit. 2019-02-12]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-92>
- [49] ČESKO, 2012. Vyhláška č. 99 ze dne 22. března 2012 o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 36/2012 [cit. 2019-02-20]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-99>
- [50] ČESKO, 2012. Zákon č. 89 ze dne 3. února 2012 občanský zákoník. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 33/2012 [cit. 2018-12-15]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>
- [51] ČESKO, 2012. Zákon č. 90 ze dne 25. ledna 2012 o obchodních společnostech a družstvech (zákon o obchodních korporacích). In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 34/2012 [cit. 2018-12-15]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-90>
- [52] ČESKO, 2018. Vyhláška č. 201 ze dne 5. září 2018 o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2019 In: *Sbírka zákonů České*

- republiky* [online]. Částka 100/2018 [cit. 2019-02-20]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2018-201>
- [53] ČESKOSLOVENSKO, 1991. Zákon č. 455 ze dne 2. října 1991 o živnostenském podnikání (živnostenský zákon). In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 87/1991 [cit. 2016-02-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1991-455>
- [54] ČESKOSLOVENSKO, 1991. Zákon č. 513 ze dne 5. listopadu 1991 obchodní zákoník. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 98/1991 [cit. 2018-12-20]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1991-513>
- [55] ČESKOSLOVENSKO, 1992. Zákon č. 592 ze dne 20. listopadu 1992 o pojistném na veřejné zdravotní pojištění In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 119/1992 [cit. 2019-02-20]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1992-592>
- [56] ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. 2016. Obyvatelstvo Zlínského kraje v roce 2015 [online]. Zlín: *Český statistický úřad*, 2016 [cit. 2019-01-19]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/xz/obyvatelstvo-zlinskeho-kraje-v-roce-2015>
- [57] ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Výsledky zdravotnických účtů ČRv letech 2010 až 2016 k 31. prosinci 2016 [online]. Praha: *Český statistický úřad*, 2016 [cit. 2019-01-25]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr>
- [58] Diakonie Českobratrské církve evangelické: *Hospic Citadela* [online], © 2019. [cit. 2019-02-05]. Dostupné z: <https://www.citadela.cz/>
- [59] *Financování zdravotní péče – obecná část* [online] © 2006 Brno: Masarykova univerzita [cit. 2019-01-22]. Ke stažení dostupné z: [https://is.muni.cz/el/1456/jaro2006/CN\\_KVEKZD/um/W6/financovani\\_zdravotnictvi.pdf](https://is.muni.cz/el/1456/jaro2006/CN_KVEKZD/um/W6/financovani_zdravotnictvi.pdf)
- [60] Hospic Hvězda, z.ú.: *Nestátní zdravotnické zařízení* [online], © 2019. [cit. 2019-01-19]. Dostupné z: <http://hvezdazu.cz/nestatni-zdravotnicke-zarizeni.html>
- [61] Charakteristika kraje. *Zlínský kraj* [online] © 2019 [cit. 2019-01-19]. Dostupné z: <https://www.kr-zlinsky.cz/zakladni-charakteristika-kraje-cl-3685.html>
- [62] Integrovaný portál MPSV. *Příspěvek na péči*. [online] © 2016. Praha [cit. 2018-12-15]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>.
- [63] KABELKA, Ladislav, Ondřej SLÁMA a Martin LOUČKA. *Paliativní péče v ČR 2016: Situační analýza*. [online] © 2016 Brno [cit. 2018-12-20]. Dostupné také z:

- [https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/12/situacni-analyzopal\\_iativni-pece.pdf](https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/12/situacni-analyzopal_iativni-pece.pdf)
- [64] KABELKA, Ladislav. *Tisková zpráva ČSPM k vyhodnocení pilotního projektu Mobilní specializované paliativní péče*. [online] © 2016 Brno. Dostupné také z: <https://www.paliativnimedicina.cz/tiskova-zprava-cspm-k-vyhodnoceni-pilotniho-projektu-mobilni-specializovane-paliativni-pece/>
- [65] *Koncepce hospicové péče pro Českou republiku: stanovisko a doporučení APHPP*. [online] © 2017 Praha [cit. 2018-12-15]. Dostupné také z: <http://asociacehospicu.cz/uploads/Koncepce%20hospicov%C3%A9%20p%C3%A9%20pro%20C4%8De%20pro%20C4%8CR%20%20final.pdf>
- [66] Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Podpora hospicové paliativní péče v ČR* [online] © 2016 Praha [cit. 2019-01-19]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/135-100-podpora-hospicove-paliativni-pece-vcr\\_12787\\_3514](https://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/135-100-podpora-hospicove-paliativni-pece-vcr_12787_3514)
- [67] Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Podpora paliativní péče - zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče* [online] © 2018. Praha [cit. 2018-12-15]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/dokumenty/informace-o-projektu-podpora-paliativni-pecezvyseni-dostupnosti-zdravotnich-s\\_14874\\_2452\\_8.html](https://www.mzcr.cz/dokumenty/informace-o-projektu-podpora-paliativni-pecezvyseni-dostupnosti-zdravotnich-s_14874_2452_8.html)
- [68] Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Ve Sbírce zákonů vyšla úhradová vyhláška, která je poprvé výsledkem dohody mezi pojišťovny a poskytovateli*. [online] © 2018. Praha [cit. 2019-01-19]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/dokumenty/ve-sbirce-zakonu-vysla-uhradovavyhlaskaktera-je-poprve-vysledkem-dohody-mezi\\_16006\\_114\\_1.html](https://www.mzcr.cz/dokumenty/ve-sbirce-zakonu-vysla-uhradovavyhlaskaktera-je-poprve-vysledkem-dohody-mezi_16006_114_1.html)
- [69] NOVÁKOVÁ, Zdeňka, 2018. *Zdravotnictví ČR: Lůžkový fond*. [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky [cit. 2019-02-03]. Dostupné také z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/luzkova-pece>
- [70] PEŘINA, Jakub, 2016 *Historie a současnost paliativní péče v Česku. Důstojné umírání* [online] © 2016 [cit. 2019-01-19]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/clanky/historie-a-soucasnost-paliativni-pece-v-cesku>

- [71] *Po léčích na skleničku. Nemocnice ve Francii zřídí vinný bar.* [online] © 2014 [cit. 2019-03-17]. Dostupné z: [https://www.tyden.cz/rubriky/relax/apetit/nedriv-leky-a-pak-sklenicku-nemocnice-ve-francii-zridi-vinny-bar\\_314431.html#.U-BxeytdXeU](https://www.tyden.cz/rubriky/relax/apetit/nedriv-leky-a-pak-sklenicku-nemocnice-ve-francii-zridi-vinny-bar_314431.html#.U-BxeytdXeU)
- [72] SLÁMA, Ondřej, Martina ŠPINKOVÁ a Ladislav KABELKA. *Standardy paliativní péče* [online] © 2013 Brno [cit. 2018-12-10]. Dostupné z: [https://www.paliativnimedicina.cz/wpcontent/uploads/2016/11/standardypp\\_cspm\\_2013\\_def.pdf](https://www.paliativnimedicina.cz/wpcontent/uploads/2016/11/standardypp_cspm_2013_def.pdf)
- [73] SLÁMA, Ondřej. *Paliativní a hospicová péče v České republice a v Evropě. Klinická onkologie.* [online] © 2009 Brno: Ambit Media, 22(4), 183 - 185 [cit. 2019-03-17]. ISSN 1802-5307. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/files/klinicka-onkologie/151/3521.pdf>
- [74] ÚZIS ČR, 2016. *Novotvary 2016* [online]. Česká republika [cit. 2019-02-03]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/novotvary-2016>



**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

€	Euro.
§	Paragraf.
APHPP	Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče.
BOZP	Bezpečnost a ochrana zdraví při práci.
ČAS	Česká asociace sester.
ČSÚ	Český statistický úřad.
DRG	Diagnosis Related Groups.
EAPC	European Association for Palliative Care.
ELNEC	End of Life Nursing Education Consortium.
EU	Evropská unie.
HDP	Hrubý domácí produkt.
KHS	Krajská hygienická stanice.
MSPP	Mobilní specializovaná paliativní péče
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky.
NOZ	Nový občanský zákoník.
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná.
PAHOP	Paliativní a hospicová péče.
UHN	Uherskohradištská nemocnice.
USA	United States of America.
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky.
v. o. s.	Veřejná obchodní společnost.
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna.
z. ú.	Zapsaný ústav.
ZP	Zdravotní pojišťovna

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obr. 1 - Porterův model 5S.....	50
Obr. 2 - Metoda CPM (vlastní zpracování programem QM for Windows).....	99
Obr. 3 - Metoda CPM – grafické znázornění (vlastní zpracování programem QM for Windows).....	100

**SEZNAM TABULEK**

Tab. 1 – PEST analýza (vlastní zpracování).....	38
Tab. 2 - Přehled platných zákonů (vlastní zpracování).....	39
Tab. 3 - Přehled platných vyhlášek (vlastní zpracování).....	39
Tab. 4 - Výdaje na zdravotnictví v ČR za rok 2016 podle zdrojů financování (v mld.), (zdroj ČSÚ, © 2018; vlastní zpracování).....	41
Tab. 5 - OT analýza (vlastní zpracování).....	48
Tab. 6 - Ohrožení ze strany nových konkurentů (vlastní zpracování).....	51
Tab. 7 - Rivalita mezi konkurenty (vlastní zpracování).....	52
Tab. 8 - Vyjednávací síla dodavatelů (vlastní zpracování).....	53
Tab. 9 - Vyjednávací síla odběratelů (vlastní zpracování).....	54
Tab. 10 - Ohrožení substituty (vlastní zpracování).....	54
Tab. 11 Zkušenost s výskytem onkologického onemocnění (vlastní zpracování).....	58
Tab. 12 Setkání s termínem hospicové péče (vlastní zpracování).....	59
Tab. 13 Poskytované služby hospicové péče (vlastní zpracování).....	59
Tab. 14 - Možnost využití hospicové péče (vlastní zpracování).....	60
Tab. 15 Preference typu hospicové péče (vlastní zpracování).....	61
Tab. 16 - Financování hospicové péče (vlastní zpracování).....	62
Tab. 17 - Ochota úhrady hospicové péče (vlastní zpracování).....	62
Tab. 18 - Částka úhrady hospicové péče (vlastní zpracování).....	63
Tab. 19 - Hospicová péče v okolí (vlastní zpracování).....	64
Tab. 20 - Věk respondent (vlastní zpracování).....	65
Tab. 21 - Pohlaví respondent (vlastní zpracování).....	65
Tab. 22 - Okres bydliště respondentů Zlínského kraje (vlastní zpracování).....	65
Tab. 23 - Základní technické prostory zdravotnického zařízení (vlastní zpracování).....	77
Tab. 24 - Ceník poskytovaných služeb (vlastní zpracování).....	83

---

Tab. 25 - Denní režim (vlastní zpracování).....	84
Tab. 26 – Provozní doba sociálních služeb (vlastní zpracování).....	84
Tab. 27 - Vstupní náklady na vybavení a provoz (vlastní zpracování).....	88
Tab. 28 - Fixní náklady hospice (vlastní zpracování).....	89
Tab. 29 - Mzdové náklady personálu hospice (vlastní zpracování).....	91
Tab. 30 - Variabilní provozní náklady (vlastní zpracování).....	92
Tab. 31 - Příspěvek na péči (vlastní zpracování, zdroj: zákon č. 108/2006 Sb.).....	92
Tab. 32 - Ošetřovací den/kategorie (zdroj: vyhláška č. 201/2018, vlastní zpracování).....	93
Tab. 33 - Odhadované příjmy hospice (vlastní zpracování).....	94
Tab. 34 – Hospodářský výsledek v prvním roce provozu (vlastní zpracování).....	95
Tab. 35 – Financování hospice bez plateb od pojišťoven s částečným příspěvkem na péči (vlastní zpracování).....	95
Tab. 36 - Analýza rizik projektu (vlastní zpracování).....	96
Tab. 37 - Časový harmonogram činností projektu (vlastní zpracování).....	98

**SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1 - Celkové výdaje na zdr. péči v Česku, 2010 - 2016 (mld. Kč; podíl na HDP).....	41
Graf 2 - Zájem o služby hospicové péče (vlastní zpracování).....	60
Graf 3 - Preference typu hospicové péče (vlastní zpracování).....	61
Graf 4 - Ochota úhrady hospicové péče (vlastní zpracování).....	63
Graf 5 - Částka úhrady hospicové péče (vlastní zpracování).....	64

## SEZNAM PŘÍLOH

P I: DOTAZNÍK.....	119
--------------------	-----

## PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

### Preference hospicové péče ve Zlínském kraji

Dobrý den,

prosím Vás, zda byste mohli věnovat několika minut k vyplnění krátkého dotazníku. Jmenuji se Ivana Ďurišová a studuji obor Management ve zdravotnictví na Univerzitě Tomáše Bati. Cílem dotazníku je průzkum preferencí občanů Zlínského kraje při založení a poskytování služby hospicové péče. Dotazník je anonymní a dobrovolný. Výsledky šetření budou sloužit jako podklady pro mou diplomovou práci. **V otázkách máte možnost jedné správné odpovědi pokud u otázky nebude uvedeno jinak.**

Předem velmi děkuji za Vaši ochotu a čas při zpracování

Mgr. Ivana Ďurišová

1. Máte zkušenosti či vyskytlo se u Vás nebo v rodině onkologické onemocnění?  
a) ano                      b) ne                      c) nevím
2. Setkal/a jste se s termínem hospic, hospicová péče?  
a) ano                      b) ne                      c) nevím
3. Co podle Vás poskytuje svým klientům hospic/hospicová péče? (možnost více odpovědí)  
a) komplexní péči o pacienta v závěrečné (terminální) fázi života,  
b) komplexní léčbu základního onemocnění pacienta,  
c) zajištění stravy, úklid domácnosti nemocného,  
d) psychologickou podporu rodiny,  
e) odvoz a dovoz k lékaři na vyšetření,  
f) aplikaci léků tišících nezvladatelné bolesti,  
g) zapůjčení nebo poskytnutí pomůcek pro nemocného pacienta do domácího prostředí,  
h) jiné, uveďte \_\_\_\_\_
4. Uvítal/a by jste možnost využití hospicové péče pro sebe nebo člena rodiny v závěrečné fázi života?  
a) rozhodně ano      b) spíše ano              c) spíše ne              d) rozhodně ne              e) nevím
5. Jaký typ hospicové péče by jste preferoval/a?  
a) pobytový hospic – umístění nemocného do hospice,  
b) mobilní hospicová péče – péče o nemocného v domácím prostředí, zdravotnický personál dopomáhá rodině s péčí o nemocné,

6. Z jakých finančních zdrojů je podle Vás hrazena hospicová péče? (možnost více odpovědí)

- a) z veřejného zdravotního pojištění
- b) ze sociálního pojištění
- c) přímá úhrada klientem
- d) sponzorské dary, nadace
- e) jiná, uveďte \_\_\_\_\_

7) Byly by jste ochotni za poskytovanou hospicovou péči platit?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne
- e) nevím

8. Kolik by jste byly ochotni zaplatit za 1 měsíc kompletní péče v hospicovém zařízení?

- a) nic
- b) do 5 000,-Kč
- c) 5 001 – 10 000,- Kč
- d) 10 001 – 15 000,- Kč
- e) 15 001 – 20 000 ,- Kč
- f) více než 20 000,- Kč

9) Máte ve svém okolí poskytovatele hospicové péče, hospic?

- a) ano
- b)ne
- c) nevím

10) Měl/a by jste zájem o využití služeb hospice?

- a) ano
- b) ne
- c) jiné \_\_\_\_\_

11. Jaký je Váš věk?

- a) 18 – 30 let
- b) 31 – 50 let
- c) 51 – 70 let
- d) více než 70 let

12. Pohlaví?

- a) muž
- b)žena

13. Okres Vašeho bydliště ve Zlínském kraji?

- a) Zlín
- b) Uherské Hradiště
- c) Vsetín
- d) Kroměříž